

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**KRONİK KONSTİPASYON HASTA
DEĞERLENDİRME VE YAŞAM KALİTESİ
ÖLÇEĞİNİN TÜRK TOPLUMU İÇİN GEÇERLİK
VE GÜVENİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZM.DR.GÖKSEL BENGİ

GASTROENTEROLOJİ UZMANLIK TEZİ

İZMİR - 2012

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**KRONİK KONSTİPASYON HASTA
DEĞERLENDİRME VE YAŞAM KALİTESİ
ÖLÇEĞİ 'NİN TÜRK TOPLUMU İÇİN GEÇERLİK
VE GÜVENİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

GASTROENTEROLOJİ YAN DAL UZMANLIK TEZİ

Uzm. Dr. GÖKSEL BENGİ

TEZ DANIŞMANI

Prof.Dr.HALE AKPINAR

İZMİR 2012

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ

ŞEKİL LİSTESİ

KISALTMALAR

ÖNSÖZ

ÖZET

SUMMARY

1. GİRİŞ VE AMAÇ

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Konstipasyon

2.1.1. Konstipasyonun Tanımı

2.1.2. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri

2.1.3. Kolonun Motor Aktivitesi ve Dışkılama Fizyolojisi

2.1.4. Etyoloji ve Patofizyoloji

2.1.4.1. Kronik Konstipasyonun İkincil Nedenleri

2.1.4.2. Primer Kronik Konstipasyon

2.1.5. Kronik Konstipasyonun Komplikasyonları

2.1.6. Konstipasyona Tanısal Yaklaşım

2.1.7. Kronik Konstipasyon Tedavisi

2.1.7.1. Başlangıç Değerlendirmesi ve Tedavisi

2.1.7.2. Davranışsal Yaklaşımlar

2.1.7.3. Farmakolojik Tedavi

2.1.7.4. Ciddi Konstipasyon Tedavisi

2.1.7.5. Diğer Tedavi Seçenekleri

2.1.7.6. Cerrahi Tedavi

2.2. Yaşam Kalitesi

2.2.1. Yaşam Kalitesinin Objektif ve Subjektif Göstergeleri

2.2.1.1. Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri

2.2.1.2. Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi

2.2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi

2.2.2.2. Değerlendirme Araçlarının Özellikleri

2.2.2.3. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi

2.2.2.4. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

2.2.2.5. Güvenirlik

2.2.2.6. Geçerlik

2.2.2.7. Kültürler Arası Karşılaştırma

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Amaç

3.2. Hastalar

3.3. Araştırmada Kullanılan Gereçler

3.4. Araştırmada Kullanılan Yöntemler

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

4.SONUÇLAR

4.1. Kronik Konstipasyon Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri

4.2. Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KKYKÖ)' nin Değerlendirilmesi

4.2.1. KKYKÖ'nin Dil Geçerliliği'ne Yönelik Yapılan Çalışmalar

4.2.2. KKYKÖ'nin Güvenirlik Analizleri

4.2.2.1. Ölçeğin İç Tutarlılık Analizleri

4.2.2.1.1. Cronbach Alpha Katsayısı Hesaplanması

4.2.2.1.2. Madde Analizi

4.2.2.2. Ölçeğin Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirilmesi

4.2.3. KKYKÖ'nin Geçerlik Analizleri

4.2.3.1. Ölçeğin İçerik / Kapsam Geçerliliğine Yönelik Çalışmalar

4.2.3.2. Ölçeğin Yapı Geçerliliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar

4.2.3.2.1. Faktör Analizine Yönelik Çalışmalar

4.2.3.2.2. Hipotez Sınamasına Yönelik Çalışmalar

5.TARTIŞMA

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

7.KAYNAKLAR

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Kronik Konstipasyon Nedenleri

Tablo 2: Konstipasyona Neden Olan İlaçlar

Tablo 3: Konstipasyon Risk Faktörleri

Tablo 4: Sekonder Konstipasyonun Nedenleri

Tablo 5: Pelvik Taban Disfonksiyon Nedenleri

Tablo 6: Dissinerjik Dışkılama Tanı Kriterleri

Tablo 7: Kronik Konstipasyonlu Hastalarda Klinik Bulgular ve Olası Nedenleri

Tablo 8: Laksatiflerin Özellikleri

Tablo 9: Ölçeğin Güvenirliğini Belirlemede Kullanılan Yöntemler

Tablo 10: Ölçeğin Geçerliğini Belirlemede Kullanılan Yöntemler

Tablo 11: Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KKYKÖ)

Tablo 12: Araştırma Grubu Hastaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 13: Araştırma Grubu Hastaların Bazı Sosyoekonomik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 14: Araştırma Grubunun Genel Sağlık, Alışkanlık ve Bakım Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 15: Katılımcıların Konstipasyon Ölçek Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tablo 16: Konstipasyon Ölçeğinin İç Tutarlılığı

Tablo 17: Tüm Sorular ve Toplam Test Puanı Arasındaki Korelasyonlar

Tablo 18: Alt Grup ve Toplam Test Puanı Arasındaki Korelasyonlar

Tablo 19: Fiziksel Rahatsızlık Alt Grubu Toplam Puan ve Soru Puanları Arasındaki Korelasyon

Tablo 20: Psikososyal Rahatsızlık Alt Grubu Toplam Puan ve Soru Puanları Arasındaki Korelasyon

Tablo 21: Kaygılar-Uyarılar Alt Grubu Toplam Puan ve Soru Puanları Arasındaki Korelasyon

Tablo 22: Tatminlik Alt Grubu Toplam Puan ve Soru Puanları Arasındaki Korelasyon

Tablo 23: Sorulara Göre Gözlemci İçi Test – Retest Güvenilirliği

Tablo 24: Ölçek Alt Gruplarının ICC değerleri

Tablo 25: KKYKÖ Faktör Yapısı

Tablo 26: KKYKÖ' nin Puan Ortalamaları ile SF-36, PAC-SYM, Konstipasyon Ciddiyet Skorlaması Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Defekasyon Fizyolojisi

Şekil 2: Kronik Fonksiyonel Konstipasyon Alt Grupları ve İrritabl Barsak Sendromunun Örtüşmesi

Şekil 3: Kronik Fonksiyonel Konstipasyonun Türleri

Şekil 4: Bristol Dışkı Skalası

Şekil 5: Kronik Konstipasyon Tanı ve Tedavi Algoritmi

KISALTMALAR

KKYKÖ: Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği

PAC QOL: Patient Assesment of Constipation- Quality of Life

PAC-SYM: Patient Assesment of Constipation Symptoms Questionnaire

K-İBS: Konstipasyon Baskın İrritabl Barsak Sendromu

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

NSAİİ: Non Steroid Anti İnflamatuvar İlaç

FDB: Fonksiyonel Defekasyon Bozukluğu

EMG: Elektromiyografi

OR: Odds Ratio

GGK: Gaytada Gizli Kan Testi

MR: Manyetik Rezonans

PEG: Polietilen Glikol

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

QOL: Quality of Life

SF-36: Short Form-36

DEÜTF: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

KMO: Kaiser-Meyer Olkin Testi

TEŞEKKÜR

Ailem...Bana en büyük desteği veren onlar oldu, onların karşılıksız verdikleri destek ve sevgiye teşekkürler. Sevgili anne ve baba; bu onur sizlerin... Biricik ablam, zor günlerimde bana destek oldun; hiçbir teşekkür benim için yaptıklarının karşılığı olamayacak...

Gastroenteroloji yan dal uzmanlık eğitimim boyunca yanında çalışmaktan onur duyduğum, bilgi ve birikimleriyle bana yardımcı olan, yaptığım işe duyduğum sevginin şekillenmesini sağlayan, yetişmemde emeği geçen; başta Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. İlkey Şimşek ve işindeki özeni, kişiliğiyle her zaman örnek aldığım ve beni her zaman destekleyen sevgili tez hocam Prof. Dr. Hale Akpınar olmak üzere kıymetli hocam Prof.Dr. Ömür Gönen'e teşekkürü bir borç biliyorum. Ayrıca sadece akademisyen olarak değil aynı zamanda bana bir ağabey ve abla kadar şefkat ve ilgi gösteren, her fırsatta hekimlik ve hayatla ilgili tecrübelerinden yararlanmama izin veren sevgili hocalarım Prof.Dr. Ömer Topalak, Doç. Dr. Müjde Soytürk ve Doç. Dr. Mesut Akarsu hocalarıma en içten duygularıyla teşekkür ederim. Tezimde emeği geçen, tezin her aşamasında bilgisine başvurduğum Prof. Dr. Hülya Ellidokuz ve tez çalışmasının istatistik aşamasında bizden destek ve yardımını esirgemeyen Doç. Dr. Pembe Keskinoglu'na da sonsuz teşekkürler ederim.

Aynı çalışma ortamını paylaşmaktan mutluluk duyduğum siz dostlarım: Uzm. Dr. Ömer Burçak Binicier, Uzm. Dr. Mustafa Yalçın, Uzm. Dr. Gözde Derviş Hakim, Uzm. Dr. Seda Akkaya Özdiñç ve Uzm. Dr. Ufuk Engin. Hayatımın birer parçası olduğunuz için teşekkürler...Tüm uzmanlık eğitimim süresince her konuda bana yardımcı olan, gülyüzüyle beni hep destekleyen, sevgili dostum Uzm. Dr. Dilek Solmaz' a teşekkür ederim. Tezimde istatistik aşamasındaki katkıları nedeniyle Tolga Ceviz'e teşekkür ederim.

Bugüne kadar beraber çalıştığım uzman olmuş ve uzmanlık eğitimine devam eden tüm asistan arkadaşlarıma, tüm endoskopi ünitesi hemşirelerine ve çalışanlarına, hoşgörüsüyle Sayın Mustafa Yarıcı'ya teşekkürlerimi borç bilirim.

En zor günlerimde hep yanımda olan, kaybetmekte olduğumuz değerlere sonuna kadar sahip çıkan tüm gerçek arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum...

Saygılarımla;
Dr. Göksel Bengi.

ÖZET

KRONİK KONSTİPASYON HASTA DEĞERLENDİRME VE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN TÜRK TOPLUMU İÇİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzm. Dr. Göksel Bengi

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Gastroenteroloji Bilim Dalı İnciraltı / İZMİR 35340

dr.gokselbengi@hotmail.com

Amaç

Kronik konstipasyon hastanın büyük ölçüde yaşam kalitesini bozmakla birlikte önemli oranda mali kayba ve iş gücü kaybına yol açmaktadır. Kronik konstipasyonlu hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek için spesifik çok az sayıda değerlendirme formu kullanımdadır. Bunlardan en duyarlı olanı PAC-QOL (Patient Assesment of Constipation-Quality Of Life) anketidir. Dil ve hastalıkların coğrafi dağılım farklılıklarına bağlı olarak tanı, semptom değerlendirme ve yaşam kalitesi anketleri kültürler arası farklılıklar göstermektedir. Geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş kronik konstipasyonla ilgili Türkçe yaşam kalitesi anketi bulunmamaktadır. Bu çalışma, “Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla planlanan tanımlayıcı ve metodolojik bir araştırmadır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya, Ocak-Haziran 2012 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran konstipasyon yakınması olan ve kronik fonksiyonel konstipasyon kriterlerine uyan hastalar alınmıştır. Araştırma verileri anket formu yardımıyla 154 kişilik örneklem grubundan elde edilmiştir. “KKYKÖ” kronik kabızlığın yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkilerini ölçmek için geliştirilmiş, puanlaması ve yapısı bakımından basit bir ölçektir. “KKYKÖ” toplamda 28 soru içermektedir. Ölçeğin faktör analizi yapısı incelendiğinde “Fiziksel rahatsızlık”, “Psikososyal rahatsızlık”, “Kaygılar-uyarılar” ve ‘Tatminlik’ olmak üzere 4 alt boyuttan oluştuğu görülmektedir. Ölçeğin hipotez sınamasında ölçüt geçerliliği için konstipasyon semptom değerlendirme, örtüşüm geçerliliği için SF 36 anketleri kullanılmıştır. Katılımcılar anketler yüz yüze görüşme

yöntemi uygulandıktan 2 hafta sonra güvenilirliğini test etmek için 'KKYKÖ' hastalara yeniden uygulanmıştır.

Sonuçlar

Bu araştırmada yer alan 154 kişinin yaş ortalaması 49.45 ± 17.21 yıldır. Araştırma grubunun %72'si kadındır ve %38.3'ünün ilkökul düzeyinde eğitimi vardır. Gerekli izinler istendikten sonra 'KKYKÖ' İngilizce'den Türkçe'ye 'çeviri-tekrar çeviri yöntemi' kullanılarak çevrilmiştir. 'KKYKÖ'nin içerik geçerliliği uzman görüşlerine dayanılarak sınanmıştır. 'KKYKÖ'nin iç tutarlılığı iyi düzeydedir (Cronbach Alpha katsayısı 0.89). Ölçeğin test-retest güvenilirliği $r = 0.659$, $p < 0.001$ olarak bulunmuştur. Yine ölçeğin zaman geçerliliği ICC (Intraclass correlation coefficient) denilen yöntemle değerlendirilmiştir ve burada ikinci hafta kontrolünde tüm soruların ICC değeri 0.89 olarak tespit edilmiştir. Faktör analizi ile çalışmanın yapıldığı grupta ölçeğin geçerliliği kontrol edilmiştir. Ölçek verimiz için KMO :0.857 ve Barlet test $p=0.000$ ' dir ve ileri düzeyde anlamlıdır. Faktör analizine göre sorular iki faktör altında toplanmıştır ve bu faktörler toplam varyansın % 65.1'ini açıklamaktadır. Ölçeğin hipotez sınavında ise PAC QOL ve SF-36 arasındaki korelasyon ters yönde zayıf ilişki ($r= -0.381$, $p < 0.001$) olarak bulunmuştur. Yine PAC QOL ve PAC-SYM arasındaki korelasyon katsayısı $r=0.494$ ($p < 0.001$) iken PAC QOL ve Konstipasyon Ciddiyet Skoru arasında da korelasyon katsayısı $r=0.411$ ($p < 0.001$) bulunmuştur. Yine bu ölçekler arasında da anlamlı ve zayıf-orta derecede ilişki bulunmuştur.

Tartışma ve Öneriler

Bizim araştırmamız sonucunda 'Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği' aldığımız örneklem grubu için bu ölçeğin kullanılabilirliği güvenilir fakat geçerli bulunmamıştır. Bu sonuca dayanarak sadece 154 hastalık bir örneklem grubunun sonucunu Türk toplumu için genellemek doğru olmayacaktır. Ölçek içeriğini biraz değiştirerek ya da dil ve anlaşılabilirlik konusunda gerekli düzenlemeler yaparak daha özel (örneğin daha genç ve eğitim düzeyi daha yüksek) hasta grupları seçerek bu ölçeğin uygulanması yararlı olacaktır. Kronik konstipasyon hastalarında ciddiye ve semptom skorlamasıyla birlikte kullanıldığında, bu yaşam kalitesi ölçeği subjektif ve objektif iki ölçüm aracının eş zamanlı kullanılması ile hasta değerlendirmesine bütüncül bir yaklaşım getirmesi bakımından klinik kullanımda yararlı bir ölçektir.

SUMMARY

VALIDITY AND RELIABILITY OF PATIENT ASSESSMENT OF CONSTIPATION QUALITY OF LIFE SCALE FOR TURKISH SOCIETY

Dr. Göksel Bengi

Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Internal Diseases, Gastroenterology İnciraltı / İZMİR 35340

dr.gokselbengi@hotmail.com

Background

Chronic constipation not only ruins the patient's quality of life significantly but also results in substantial financial and labor loss. There are a few specific evaluation forms in use to evaluate the life quality of patients with chronic constipation. The most sensitive one of these forms is PAC-QOL (Patient Assessment of Constipation – Quality of Life) survey. Diagnosis, symptom evaluation and quality of life surveys differ between cultures depending on the language and disease's geographical distribution. There aren't any life quality surveys on chronic constipation in Turkish language, whose validity and reliability has been proven. This study is a descriptive and methodological research planned to define validity and reliability of the "Patient Assessment of Constipation Quality of Life Scale" for Turkish society.

Material and Method

The study included the patients suffering from constipation, who applied to Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Department of Gastroenterology outpatient clinic between January and June 2012. These patients' complaints were consistent with the chronic functional constipation criteria. Research data were achieved from a sample group of 154 patients who filled in the survey form. With regards to its scoring system and structure, "Patient Assessment of Constipation Quality of Life Scale" is a simple scale developed to measure the effects of chronic constipation on quality of life and daily life activities. "Patient Assessment of Constipation Quality of Life Scale" consists of total 28 questions. The factor analysis structure of the scale shows that it is comprised of 4 sub-dimensions including "Physical discomfort", "Psychosocial discomfort", "Concerns-remarks" and "Satisfaction". In hypothesis verification of the scale, constipation symptom assessment was used for criterion validity and SF 36 surveys were used for

overlapping validity. The surveys were carried out face-to-face and “PAC QOL” was filled out by patients again to test the reliability 2 weeks later.

Results

The age average of 154 persons in this study is 49.45 ± 17.21 years. 72% of the research group is women and 38,3% has education on elementary level. After obtaining necessary permissions, “PAC QOL” was translated from English to Turkish by “translation-retranslation” method. Content validity of “PAC QOL” was tested by specialist’s comments. Internal consistency Cronbach Alpha coefficient of “PAC QOL” is on good level as 0.89. The scale’s test-retest reliability was found to be $r=0.659$, $p<0.001$. Time validity of the scale was evaluated by ICC (Intraclass correlation coefficient) method and ICC value of all questions in the second week control was confirmed as 0.89. The validity of the scale in the study group was controlled by factor analysis. Our scale data is KMO: 0.857 and Bartlett test $p=0.000$ which is significant in advanced level. Questions were categorized under two factors according to the factor analysis and these factors explain 65.1% of total variation. In hypothesis verification of the scale, correlation between PAC QOL and SF-36 showed reverse poor relation ($r= -0.381$, $p<0.001$). Correlation coefficient between PAC QOL and PAC-SYM was $r=0.494$ ($p<0.001$) while the correlation coefficient between PAC QOL and Constipation Severity Score was $r=0.411$ ($p<0.001$). Again, significant and poor-medium level of relation was found between these scales.

Discussion and Suggestions

In conclusion of our study, usability of the “Patient Assessment of Constipation Quality of Life Scale” was found to be reliable but not valid based on the sample group we used this scale for. It wouldn’t be right to generalize the result of a sample group of 154 patients for the entire Turkish society depending on this result. It will be useful to use this scale on more peculiar patient groups (for instance younger people with higher level of education) by changing the scale a little or making necessary adjustments on the language and understandability. When used together with the severity and symptom scoring of chronic constipation patients, this quality of life scale is a useful scale in clinical use as it brings a holistic approach to patient assessment by using two measurement tools simultaneously one being subjective and one being objective.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü günümüzde sağlık problemlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bilimsel bilgi ve teknolojideki gelişmelere rağmen dramatik olarak kronik hastalıklarla yaşayan birey sayısı artmaya devam etmektedir . Kronik hastalıklar; hastanın fonksiyonlarını yerine getirmede kapasitesini tehdit eden, gözlenebilen, hissedilebilen değişikliklere neden olan uzun süreli, kendiliğinden geçmeyen ve genellikle tam tedavi edilemeyen hastalıklardır ve büyük ölçüde kişinin yaşam kalitesini etkilerler. Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık; “yalnızca hastalık veya sakatlık halinin olmaması hali değil, ayrıca fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyi durumda olma halidir” şeklinde tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi ise, "hedefleri, beklentileri, standartları ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak ifade edilmiştir. Bir diğer ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Bu bağlamda sağlık ve yaşam kalitesi, tıbbi ölçüm parametrelerinin ve sağlıklı / hasta birey değerlendirmesinin de içinde yer aldığı bütüncül kavramlar olarak ele alınmaktadır.

Yaşam biçimindeki değişiklikler, çevre faktörlerinin değişmesi, doğuştan beklenen yaşam ümidinin artması gibi nedenlerle Türkiye gibi gelişmekte olan ve gelişmiş birçok ülkede kronik hastalıklar onyıllar içinde artış göstermiştir. 21.yüzyıl, sağlık açısından herkes için daha iyi bir bakış açısı sunmaktadır. Bu, sadece daha uzun değil, daha kaliteli bir yaşamı, daha az sakatlık ve hastalığı ifade etmektedir. Kronik hastalığı olan bireyler ve onların aileleri ciddi boyutta kişisel öz saygı kaybı, konum kaybı, bağımsızlık kaybı, reddedilme duygusu, çaresizlik gibi psikososyal ve fiziksel sorunların yanında ekonomik kayıplarda yaşarlar. Bu durumdan hasta ve ailenin yanı sıra toplum da etkilenir.

Kronik fonksiyonel konstipasyon, klinik pratikte sık karşılaşılan problemlerden biridir. Kronik konstipasyon; zorlu, sık olmayan ya da tam oluşturulamamış barsak hareketlerine bağlı ortaya çıkan uzun dönemli semptomlarla karakterlidir. Kronik konstipasyon (kronik fonksiyonel kabızlık) eskiden beri farklı araştırmacılar tarafından çok çeşitli şekillerde tarif edilmiştir. Her şeyden önce konstipasyon bir hastalık değil, kişiden kişiye değişen ve farklı şekillerde yorumlanan sübjektif bir semptomdur.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılan popülasyon tabanlı çalışmalarda prevalansı 30-64 yaş arasında % 19.2 ve 65 yaş üzerinde % 24.4 olarak bulunmuştur [1]. Kronik konstipasyon tanısı bazen sadece hastanın dışkılama sayısına dayanılarak konulurken bazen buna eşlik eden rahatsızlık hissi ya da dışkılamada zorlanma gibi diğer semptomların varlığı da göz önünde bulundurulur [2]. Dışkılama sıklığının tanıda tek başına kullanılması objektif değerlendirme kriterlerine uygun değildir. Roma III kriterleri, fonksiyonel konstipasyonun tanısı için geliştirilmiştir. Fakat bu kriterler konstipasyonun ciddiyetini belirleyemez. Roma III kriterlerine ek olarak birçok klinisyen 'Konstipasyon skorum sistemi' [3] ya da 'Konstipasyon değerlendirme skalası' [4] gibi ölçekleri hastanın konstipasyonunu tanımlamada ve ciddiyetini belirlemede kullanmaktadır.

Konstipasyon tedavisinin maliyeti dikkat çekicidir. ABD'de 800 milyon doları aşan miktarda para, laksatifler için harcanmaktadır. Her sene bu ülkede 2.5 milyon kişi kabızlık için hekime başvurmaktadır. Tıbbi değerlendirmeler, tanısal araştırmalar ile cerrahi girişimler için harcanan para miktarı bilinmemektedir. Konstipasyon nedeni ile iş gücü kaybı da oldukça fazladır. Tedavi için harcanan miktar bütün bunların üzerine ayrı bir yük getirmektedir. Türkiye'de ise bu anlamda yapılmış bir çalışma ve güvenilir bir veri yoktur.

Kronik konstipasyonun değerlendirilip tedavi edilmesinde, standardize olarak hasta değerlendirmesi çok önemlidir. Fakat konstipasyona spesifik çok az değerlendirme formu kullanımda bulunmaktadır. Bunlardan en duyarlı olanı PAC-QOL (Patient Assessment of Constipation-Quality Of Life) anketidir. Dil ve hastalıkların coğrafi dağılım farklılıklarına bağlı olarak tanı, semptom değerlendirme ve yaşam kalitesi anketleri kültürler arası farklılıklar göstermektedir. Geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiş kronik konstipasyonla ilgili Türkçe yaşam kalitesi anketi bulunmamaktadır. Türkiye'de de tüm dünyadaki gibi "Kronik konstipasyon hasta değerlendirme ve yaşam kalitesi ölçeği" anketi kullanılarak standardizasyon sağlanabilir. Bu çalışma, "Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeği"nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla planlanan tanımlayıcı ve metodolojik bir araştırmadır. Geçerlik (validity); bir ölçeğin istenilen özelliği ölçme ve bu işi diğer özelliklerinin etkilerine kapalı olarak yani onların etkilerini ölçümlere yansıtmadan yapma derecesidir. Güvenirlik (reliability) ise bir ölçüm aracının

hatalardan arınmış olarak ölçme yapabilme yeteneğidir. Bu çalışma sonucunda bu değerlendirmenin Türk toplumu için geçerliği ve güvenilirliği saptanırsa bu ölçek diğer çalışmalarda ve günlük pratikte uygulanabilecektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK KONSTİPASYON

Konstipasyon, genel popülasyonda sindirim sistemiyle ilgili görülen en sık yakınma olup önemli oranda ekonomik kayba yol açmaktadır [5]. Çünkü kronik konstipasyon beraberinde çeşitli doktor ziyaretlerini, özelleşmiş merkezlere sevki, hastaneye yatışları ve cerrahi operasyonları da getirir. Ayrıca osteoartrit ve diyabet kadar önemli oranda hastaların yaşam kalitesini, sosyal yaşamlarını ve günlük yaşamdaki performanslarını da etkiler [6]. ABD’nde her yıl 2,5 milyon kişi konstipasyon yakınmasıyla hekime başvurmakta ve laksatifler için her yıl 800 milyon dolardan fazla harcama yapılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde konstipasyon yakınması olanların ancak üçte biri hekime başvurmaktadır. Kronik konstipasyonun çok çeşitli nedenleri vardır (Tablo 1). Nadiren konstipasyon; bazı metabolik (Diabetes mellitus, hipotiroidizm, hiperkalsemi, ağır metal zehirlenmesi), nörolojik veya obstrüktif barsak hastalıklarının ilk bulgusu olabileceği gibi; daha sıklıkla sık kullanılan bazı ilaçların yan etkisi olarak da ortaya çıkabilir (Tablo 2). İkincil nedenler dışlandıktan sonra idyopatik kabızlık; normal ya da yavaşlamış kolonik geçiş, fonksiyonel dışkılama bozuklukları (pelvik taban disfonksiyonu) veya her ikisine bağlı olarak ortaya çıkabilir.

Tablo 1. Kronik Konstipasyon Nedenleri

Nörolojik Hastalıklar	Nörolojik Olmayan Hastalıklar
<i>Periferik</i>	Hipotiroidizm
Diabetes Mellitus	Hiperparatiroidizm
Otonomik nöropati	Hipokalemi
Hirschsprung hastalığı	Hiperkalsemi
Chagas hastalığı	Hipermagnezemi
İntestinal psödoobstrüksiyon	Hamilelik
	Hiperglisemi
<i>Santral</i>	Panhipopituarizm
Multipl sklerozis	Sistemik sklerozis
Demans	Myotonik distrofi
“Cauda Equina” sendromu	Kronik böbrek yetmezliği
Spinal kord yaralanması	Paraneoplastik sendrom
Parkinson hastalığı	İdyopatik konstipasyon
	Normal kolonik geçişli
İrritabl Barsak Sendromu	Yavaş kolonik geçişli
İlaçlar	Dissinerjik dışkılama
	Psikolojik yandaş hastalıklar
	Depresyon-stres
	Anoreksiya nervoza
	Kişilik bozuklukları

Tablo.2. Konstipasyona Neden Olan İlaçlar

Analjezikler Asetaminofen- NSAİİ Antikolinergikler Antihistaminikler Antispasmodikler Antidepresanlar Antipsikotikler Katyon içerikli ajanlar Demir preparatları Alüminyum (anatasitler, sukralfat) Nöral aktif ajanlar Opiyatlar Antihipertansifler Gangliyon blokerleri Vinka alkaloidleri Kalsiyum kanal blokerleri Beta blokerler 5HT3 antagonistleri Diüretikler Aspirin Anabolik steroidler
--

2.1.1.Konstipasyonun Tanımı:

Konstipasyon, genellikle hastanın barsak fonksiyonlarında anormallik hissetmesidir ve az sayıda dışkılamayla birlikte hastalar alt karın bölgesinde rahatsızlık, gerginlik ve şişkinlik tarif ederler [7]. Her şeyden önce kabızlık bir hastalık değil, kişiden kişiye değişen ve farklı şekillerde yorumlanan subjektif bir semptomdur. Birisi için dışkının çok sert ya da çok az miktarda olmasıdır. Diğeri için dışkılamanın çok zorlu ya da az sayıda olması ya da tam boşalamama ve acil dışkılama ihtiyacı olabilir. Klinik pratikte bu parametrelerin çoğunu sayısallaştırmak zordur sadece dışkılama sayısı ölçülebilir ve bireyler arası karşılaştırma yapılabilir [8].

Konstipasyon, ABD ve İngiltere’de yapılan epidemiyolojik çalışmalar temel alınarak; haftada üç ya da daha az dışkılama sıklığı olarak tanımlanabilir. Genel olarak haftada iki veya daha az sayıda dışkılama alışkanlığı konstipasyon olarak tarif edilmekle birlikte, sayı tek başına yeterli bir kriter değildir. Hastaların nerdeyse % 60’ının günlük barsak hareketleri normal olmasına rağmen hastalar kendilerini konstipe sayarlar. Bu hastalar genellikle dışkılamada zorlanma ve tam dışkılayamama hissederler. Genel olarak seyrek dışkılama alışkanlığına sahip olan

bireylerde dışkıının barsak içinde kalış süresi uzamakta ve bu nedenle dışkı içindeki suyun emilimi artmakta ve dışkı sertleşmektedir. Özellikle yaşlılarda konstipasyon, fekal tıkaç ve fekal inkontinansla da ilişkili olabilir.

Tüm bu gözlemler fonksiyonel kabızlığı tanımlamak için daha kapsamlı kriterlere ihtiyacımız olduğunu göstermiştir. Uluslararası bir çalışma grubu Drossman öncülüğünde 2006 yılında Roma III adı altında fonksiyonel kabızlık için bazı tanı kriterleri önermişlerdir [9]. Tanı koyarken bu kriterlerin son 12 ayda ve birbirini takip eden en az üç ay boyunca görülmüş olması önemlidir.

1. Aşağıdakilerden en az iki veya daha fazlasının bulunması:

- Dışkılamaların en az % 25'inde ıkınma, fazla gayret gösterme
- Dışkılamaların en az % 25'inde topak veya sert dışkılama
- Dışkılamaların en az % 25'inde tam boşalamama hissi
- Dışkılamaların en az % 25'inde ano rektal tıkanıklık hissinin oluşması
- Dışkılamaların en az % 25'inde el yardımıyla kolaylık sağlayarak dışkılama zorunluluğunda olunması
- Haftada üçten daha az sayıda dışkılama

2. Laksatif kullanmadan nadiren yumuşak dışkılama yapılabilmesi

3. Konstipasyonun baskın olduğu irritabl barsak sendromu (K-İBS) için aranılan kriterlerin yetersiz olması şartları aranmalıdır.

Kronik konstipasyon diyebilmek için, hasta en az altı ay boyunca semptomatik olmalı ve birbirini takip eden en az üç ay boyunca da yukarıdaki kriterlere uygun yakınmaları olmalıdır [10]. Ayrıca fonksiyonel kabızlığı olan hastaların K- İBS'den ayrılan en önemli yanı bu grup hastada karın ağrısının olmamasıdır.

2.1.2. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri:

Kuzey Amerika'da kronik kabızlık tahmini prevalansı; tanımlamada Roma III kriterleri kullanıldığında %1.9-27.2 arasında değişmekle birlikte endüstrileşmiş ülkelerde yaşlılarda günlük laksatif kullanımı % 50-74 olarak bildirilmiştir [11, 12]. Birçok çalışmada kronik konstipasyon prevalansı % 12-19 (ortalama % 15) arasındadır [13]. Kronik konstipasyonu saptamada Roma II kriterlerini kullanan çalışmalar diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında prevalans oranlarının daha düşük

olduğu görülmüştür. Yaşlı popülasyonda konstipasyon prevalansı tam olarak belirlenememekle birlikte çalışmalardan elde edilen verilere göre % 24-50 arasında seyretmektedir [14]. Günlük laksatif kullanımı ise evlerinde yaşayan yaşlılarda % 10-18 oranındayken; bakımevlerinde yaşayanlarda bu oran %74'lere ulaşmaktadır [15]. Genel popülasyonun beşte biri yaşamları boyunca kronik kabızlık yakınması bulunur [13]. Ülkemizde Kasap ve Bor tarafından 20 ilde ve ülke nüfusunun % 52'sini kapsayan bir örnekleme gerçekleştirilen (n: 3214) ilk geniş kapsamlı çalışmada ise fonksiyonel konstipasyon oranı % 8.3 bulunmuştur [16].

ABD'nde ve İngiltere'de bildirilen kronik kabız olguların çoğunluğunun kadın, beyaz olmayan ırk ve 60 yaş üstünde olduğu görülmüştür. Prevalans çalışmalarına göre kadınlarda erkeklere göre kronik konstipasyon görülme oranı 2-3 kat fazladır [17]. Çalışmalarda kadınlarda barsak geçiş zamanının erkeklere göre daha yavaş olduğu gösterilmiştir, özellikle de menstruasyon dönemlerinde birçok kadın kabızlıktan yakınmaktadır [18]. Diğer risk faktörleri; fiziksel aktivite azlığı, beslenme bozukluğu, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyin düşük olmasıdır [19]. Çevresel faktörler de örneğin kırsal ve soğuk bölgelerde yaşamak gibi, kabızlık gelişimi için birer risk faktörüdür [20]. Az sıvı alan ve liften fakir gıdalarla beslenenlerde, genel inancın aksine, kabızlığın oluşumu ile saptanmış bir ilişki yoktur. Dışkıının kolonda rahatça ilerlemesi (normal kolon transit zamanı) ve normal bir defekasyon için itici kolon kontraksiyonlarının olması (propulsif kontraksiyonlar) ve normal bir anorektal refleks varlığı gereklidir. Rektal dolgunluğu kavrayacak duysal fonksiyonların da bozulmamış olması gerekir.

Kronik konstipasyon prevalansı; yaşla birlikte artıp özellikle 65 yaş ve üstünde yoğunlaşmaktadır [21]. Bu yaş grubundaki erkeklerin % 26'sı; kadınların % 34'ü kronik konstipasyondan yakınmaktadır [14]. Özellikle yaşlılarda kalori alımının ve bununla birlikte sıvı ve lifli besin alımının azalmasıyla konstipasyonun ortaya çıkışı artmaktadır [22]. Ayrıca çoklu ilaç kullanımı ve immobilité de bu yaştaki kabızlıktan sorumlu diğer faktörlerdir (Tablo 3). Yaşlılarda uzun süren kabızlıkta genellikle kolon, rektum veya her ikisinde dilatasyon gelişir. Böyle atonik barsaklar büyük miktardaki dışkıyı tutabilir (megakolon ve/veya megarektum) ve hiç defekasyon hissi oluşmaz.

Tablo 3. Konstipasyon Risk Faktörleri

1. Yenidoğanlar ve çocuklar
2. 55 yaş üzeri yetişkinler
3. Yakın zamanda geçirilmiş abdominal veya perianal-pelvik cerrahi
4. Gebelik
5. Sedanter yaşam tarzı
6. Fiberden ve sudan yetersiz diyet
7. Polifarmasi (özellikle yaşlılarda)
8. Laksatiflerin kötüye kullanımı
9. Kabızlığa neden olan hastalıklar
10. Bakım hastaları
11. Seyahat
12. Kronik kabızlık öyküsü

2.1.3.Kolonun Motor Aktivitesi ve Dışkılama Fizyolojisi

Defekasyon genellikle defekasyon refleksleriyle başlatılır. Mide dolunca ve karın içi basıncı artınca gastrokolik ve ileokolik refleksler harekete geçer [23]. Meydana gelen uyarılar; mezenterik plexus yoluyla inen kolon, sigmoid kolon ve rektumda kitlesel hareketleri başlatırlar, feçesin anüse doğru itilmesini sağlarlar. Normal kolon motilitesi:

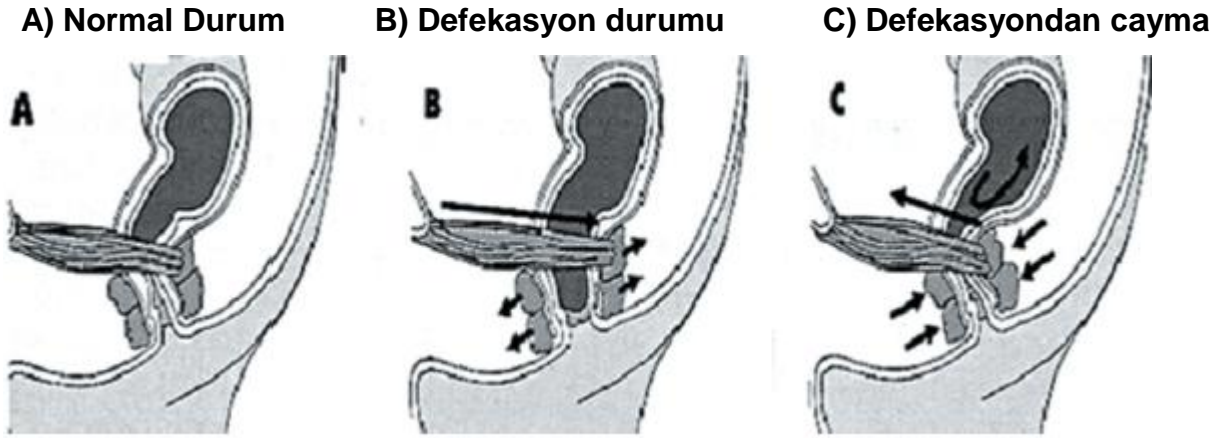
1.Non peristaltik-segmental kontraksiyonlar

2.Peristaltik-lokal itici kontraksiyonlar

3.Peristaltik yüksek amplitüdü itici kontraksiyonların bir karışımından meydana gelmiştir. Segmental kontraksiyonlar dışkının karışımını sağlarlar. Kolondaki yerel kontraksiyonlardır. Kolon grafilerinde 'haustralar' olarak tarif edilir. Lokal itici kontraksiyonlar dışkıyı proksimal veya distal yöne doğru, sadece kısa mesafeler içerisinde sürükleyen peristaltik kontraksiyonlardır. Yüksek amplitüdü itici kontraksiyonlar ise proksimal kolondan distale doğru uzun bir mesafe kat ederek sonunda hastanın dışkılamasını sağlayan, günde sadece birkaç defa meydana gelen peristaltik hareketlerdir. Yemeklerden sonra ortaya çıkan dışkılama hissi, yüksek amplitüdü itici kontraksiyonlardan doğar (gastrokolik refleks).

Normal durumlarda dışkı inen kolon distali, sigmoid kolon ve rektum proksimalinde birikir. Günde birkaç defa meydana gelen yüksek amplitüdü itici kontraksiyonlar, dışkının sol kolon distalinde toplanmasına ve kolonun bu kısmının dışkı ile dolup gerilmesine sebep olur. Bu bölgede lümen içi basınç belirli bir eşiği aşınca dışkı rektum distaline iner. Bu sırada internal anal sfinkter gevşerken

eksternal anal sfinkter hafifçe kontrakte olur ve dışkı anal kanalın proksimaline ulaşmış olur. Bu sırada artan anorektal basınç nedeniyle şahıs dışkılama ihtiyacı duyar. Ortam uygun ise dışkılama pozisyonu alınır. İkinme eylemi ile birlikte internal ve eksternal anal sfinkterler açılır, anal kanalın basıncı düşer, puborektal kas gevşer ve anorektal açı düzleşirken perine birkaç cm. aşağı doğru bombeleşir. Sigmoid kolon ve rektumda oluşan güçlü peristaltik aktivite dışkıyı dışarı atmaya çalışır. Eğer ortam dışkılama için uygun değilse anorektal bölgede bulunan ve korteksle ilişkili olan refleks mekanizmalar sayesinde ve korteksin uyarılarıyla rektum ve sigmoid kasları gevşeyerek dışkılama ihtiyacı yani sıkışma hissi bir süre sonra geçer (Şekil 1). Defekasyon refleksi birçok kez baskılanırsa rektum, içinde biriken dışkı kitlesine uyum sağlamak için genişleyebilir [24].



Şekil 1. Pubisten koksiks ucuna doğru uzanan yüzeye pelvik taban denir. Burada ortada puborektalis, yanlarda levator ani kasları bulunur. Defekasyon sırasında normalde eksternal anal sfinkter ve puborektalis gevşer. Anorektal açı düzleşir. Karın içi basınç artar, rektum içi basınç artar ve dışkı dışarıya atılır.

2.1.4.Etyoloji ve Patofizyoloji

Konstipasyon, genellikle dışkının kalın barsak ve anorektal bölgede ilerlemesiyle ilgili bozukluktan kaynaklanır. Çoğunlukla proksimal gastrointestinal sistemdeki geçiş olağandır. Kolonik geçişteki yavaşlama idyopatik olabileceği gibi ikincil nedenlere de bağlı olabilir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda konstipe hastaların % 50'sinin konstipasyon probleminin erişkin dönemde, % 37'sinin çocukluk çağında başladığı, % 15'inin influenza, depresyon veya anoreksiya gibi hastalıklarla,

% 9'unun cerrahi sonrası, kadınların % 5'inin gebelik veya doğum sonrası ortaya çıktığı rapor edilmiştir.

2.1.4.1.Kronik Konstipasyonun İkincil Nedenleri:

Düşük lif alımı, yetersiz hidrasyon ve azalmış mobilite kronik konstipasyona neden olabilir. Konstipasyonla ilgili hastalıklar nörolojik ve metabolik hastalıklar, Diabetes mellitus gibi endokrin hastalıklar ve anoreksiya nervoza gibi psikiyatrik hastalıklardır. Kabızlık ayrıca bazı ilaçların yan etkisi olarak da ortaya çıkabilir (Tablo 2).

Aganglionizis (Hirschsprung hastalığı) ve fonksiyonel çıkış bozuklukları (dissinerjik defekasyon veya pelvik taban disfonksiyonu) gibi defekasyon bozukluğuna yol açan durumlar da diğer anomaliler olabilir. Ek olarak iritabl barsak sendromlu hastalar da genellikle konstipasyon dönemlerinden yakınır ve zaman zaman da ishal ya da normal dışkılama anamnezi verirler.

Kolonik ve anorektal motor fonksiyonları enterik, sempatik ve parasempatik sinirlerce koordine edilirler. Dolayısıyla merkezi ve periferik sinir sistemini tutan hastalıklar da konstipasyona yol açabilir. Distal kolonun parasempatik innervasyonu pelvisten geçip rektumdaki barsak duvarına ulaşan sakral sinirlerle gerçekleşir. Cauda equina düzeyinde sinir kesileri veya bu bölgeyi tutan lezyonlar sonucu hipomotilite, kolonik genişleme, rektal tonus ve duyarlılığının azalması, distal kolonda staz ve dışkılamada bozulma gerçekleşir. Benzer bulgular meningomyelomalaksi nedeniyle veya spinal anestezi sonrası lumbosakral sinir köklerinde hasar oluşursa ortaya çıkabilir. Kabızlık spinal kordun üst seviyelerindeki hasarın sonucu olarak da ortaya çıkabilir. Spinal kordun alt seviyesindeki hasarların tersine burada kolonik refleksler normaldir ve anal kanalın parmakla uyarılması sonucu dışkılama sağlanabilir.

Multipl skleroz ve Parkinson hastalarında da konstipasyon prevalansı yüksektir, bu hasta grubunda fiziksel inaktivite ve kullanılan ilaçlar kabızlığa neden olmaktadır. İleri derecedeki multipl sklerozlu hastalarda kabızlık ileri boyuttadır. Bu hastalarda yemek sonrası kolonik motor yanıt izlenmez [25].

Hirschsprung hastalığı; doğumdan itibaren distal barsakta gevşemeyen ve dışkının ilerletilemediği bir segment ve bu spastik segmentin proksimalinde kolonik genişlemeyle karakterli konjenital bir hastalıktır. Distal barsaktaki fonksiyonel

tıkanıklık, submukozal ve myenterik pleksustaki intramural gangliyon hücrelerinin yokluğuna bağlıdır. Embriyonik gelişim sırasında nöral krest hücrelerinin kaudal migrasyonun durmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Bu hastalarda RET proto-onkogeninde inaktive edici bir genetik mutasyon ve yine endotelin B reseptöründe bir mutasyon saptanmıştır.

İlaçlardan antikolinerjikler, intestinal düz kas kontraktilesini azaltırlar [26]. Kalsiyum kanal blokerlerinden özellikle verapamil ve nifedipin rektosigmoid dismotiliteye neden olarak ciddi konstipasyon yapabilirler[27]. Unutulmamalıdır ki kronik kabızlığı olan hastalarda NSAİİ grubu ilaçlar sterkorol ülser perforasyonlarına sebep olabilir.

Tablo 4. Sekonder Konstipasyonun Nedenleri

Neden	Örnek
Organik	Kolorektal kanser, ekstraintestinal kitle, postinflamatuvar, iskemik veya cerrahi stenoz
Kardiyak	Konjestif kalp yetmezliği
Endokrin veya metabolik	Diyabetes mellitus, hipotiroidizm, hiperkalsemi, porfiri, kronik böbrek yetmezliği, panhipopituitarizm, hamilelik, hipermagnezemi
Nörolojik	Spinal kord hasarı, Parkinson hastalığı, parapleji, multipl sklerozis, otonomik nöropati, Hirschsprung hastalığı, kronik intestinal psödoobstruksiyon, demans, serebrovasküler hastalık
Miyojenik	Miyotonik distrofi, dermatomiyozit, skleroderma, amiloidoz, kronik intestinal psödoobstruksiyon
Anorektal	Anal fissür, anal striktür, inflamatuvar barsak hastalığı, proktit
Psikolojik	Anksiyete ve depresyon
İlaçlar	Opiyatlar, antihipertansif ajanlar, trisiklik antidepresanlar, demir preparatları, anti epileptik ajanlar, anti Parkinson ilaçlar (antikolinerjik veya dopaminerjik)
Diyet veya yaşam biçimi	Düşük posalı diyet, dehidratasyon, immobilite, düşük kalorili diyet

2.1.4.2. Primer Kronik Konstipasyon:

Bu grup konstipasyon daha çok kadınlarda izlenir. Karın ağrısı sık değildir ve megakolon nadirdir. Hasta sık olmayan dışkılama, dışkılama sırasında aşırı derecede ıkınma veya her ikisini de tarifler; fiberli beslenme ya da orta derecede etkili laksatifler verildiğinde yakınmalar geriler. Barsak fonksiyonlarına göre birçok alt tipi vardır:

A) Normal kolonik geçiş: Primer kabızlığın en sık alt grubudur. Dışkılama sayısı az olan ve laksatifler ya da fiberli beslenmeye rağmen yanıtı olmayan bu grup hastaların kolonik geçişleri normaldir, anorektal bölge fonksiyonu bozulmuştur. Daha

çok psikososyal stress durumlarında genellikle yakınmalar artış gösterir [28]. K- İBS ile çok karışmakla birlikte ana farklılığı karın ağrısının bu grupta görülmemesidir.

B) Kolonik durgunluk - yavaş geçişli konstipasyon – kolonik 'inertia': Yavaş kolonik geçişi olan ciddi kabızlıklı hastaların büyük bir kısmında kolonik durgunluk vardır ve radyopak maddelerin proksimal kolondan geçişi gecikmektedir. Anorektal bölge fonksiyonları normaldir. Daha çok çocuklarda ve genç kadınlarda görülmektedir [29]. Diyet faktörü gelişiminde önemli yer tutmaktadır. Kolonda yüksek amplitüdü kontraksiyonlar izlenip; dışkının yavaş ilerlemesine, şişkinlik, karında rahatsızlık hissi ve tam boşalamamaya yol açar[30]. Bu hastaların istirahat kolonik motiliteleri sağlıklı kontrol gruplarıyla aynı olup; yemek sonrası ya da bir kolinerjik ajan olan bisacodyl verilmesi sonrası motor aktiviteleri ya çok az artmaktadır ya da hiç artmamaktadır. Kolonik düz kasların primer disfonksiyonuna (myopati) veya nöronal innervasyon bozukluğuna (nöropati) bağlı olabileceği gibi dissinerjik dışkılamaya ikincil de gelişebilir. Ayrıca kolonik düz kasların primer disfonksiyonuna ve innervasyon bozukluğuna bağlı olarak da rektal duyarlık azalmıştır.

Bu bulgular enterik sinir pleksuslarında fonksiyon bozukluğu olduğunu düşündürür. Kolon rezeksiyonu yapılan bu gruptaki bazı hastaların çıkarılan kolon örneklerinde myenterik pleksusdaki interstisyel Cajal hücrelerinin azaldığı gösterilmiştir. Bu hücrelerin kolonik motiliteyi sağlamada önemli rolleri olduğu düşünülmektedir [31]. Yapılan birçok değişik histolojik ve biyokimyasal çalışmada; bu grupta kolinerjik aktivitede azalma, adrenerjik yanıtta artış, gastrokolik reflekste azalma, rektosigmoid kolon aktivitesinde dissinerji, hem interstisyel Cajal hücreleri hem de myenterik pleksus gangliyonlarında nörodejenerasyon, substans P, vazoaaktif intestinal peptid (VIP) ve nitrik oksit gibi enterik nörotransmitterlerde anormallikler izlenmiştir [32-38].

Anorektal bölgenin fonksiyonunun bozulmasına Roma III konsensus toplantısında Fonksiyonel Defekasyon Bozukluğu (FDB) isminin verilmesi kararlaştırılmıştır. Anorektal bölge fonksiyonu iki şekilde bozulabilir:

1) Çıkışın gecikmesi- defekasyon itici gücünde yetersizlik: Kolondan geçiş normal olup rektumda barsak hareketleri durgunlaşır [39]. Yani ıkınma sırasında rektumun iç basıncı dışkıyı atacak kadar kuvvetli değildir. Bu tablo Hirschsprung

hastalığına benzer; fekal tıkaçlı hastalar, megarektum ve dışkılama sırasında pelvik taban kaslarının anormal yanıtı görülen kişilerde izlenir [40] .

2) Dissinerjik dışkılama-pelvik taban disfonksiyonu: Özellikle kadınlarda ve yaşlılarda görülen konstipasyon tipidir [41]. Tek başına olabildiği gibi yavaş kolon transit zamanına bağlı konstipasyonla veya K-İBS ile birlikte olabilir. Bu hasta grubunda puborektal ve eksternal anal sfinkter kaslarında gevşemede ve kasılmada yetersizlikle ilgili olarak efektif olmayan dışkılama gerçekleşmektedir. Burada hastanın defekasyon girişimi sırasında yani ıkınırken rektal basınç artar ama aynı zamanda anal sfinkter basıncı da artış gösterdiği için dışkı atılamaz (paradoksal anal kontraksiyon) [42]. Bazen anal sfinkter basıncı artmaz ama gevşemesinde bir kusur olabilir ve yetersiz gevşer, bu durumda yine dışkılama mümkün olmaz. Ayrıca anatomik anormallikler (rektal prolapsus veya rektosel) veya perineal hasarda da (çocukluk döneminde travma veya sakral sinir hasarı) anorektal ve pelvik taban ünitelerinin normal fonksiyonlarında bozukluklar oluşabilir. Bu grupta birçok hasta normal kolonik geçiş zamanına sahiptir [42].

Dissinerjik dışkılamanın patogenezi net olarak anlaşılmamış olup multifaktöryel olduğu düşünülmektedir (Tablo 5). Bunun organik ya da nörojenik bir hastalıktan çok edinilmiş, öğrenilmiş bir fonksiyon bozukluğu olduğu düşünülmektedir. Dissinerjik dışkılamanın manometrik tanısında pelvik tabanın yetersiz kontraksiyonu ve bazal istirahat sfinkter basıncında % 20'den az gevşeme görülmektedir [43] (Tablo 6).

Tablo 5. Pelvik Disfonksiyon Nedenleri

Pelvik taban disfonksiyonu nedenleri

Anal fissür
Anal striktür
Dissinerjik defekasyon
Pelvik taban yetersizliği
Proktit
Rektosel
Tromboze hemoroid
Ürojinekolojik disfonksiyon

Tablo 6. Dissinerjik Dışkılama Tanı Kriterleri

A. Hasta fonksiyonel kronik konstipasyon için tanı kriterlerine (Roma III) mutlaka sahip olmalıdır **ve**

B. Hasta mutlaka tekrarlayan dışkılama hareketleri sırasında dissinerji özellikleri göstermeli:

Dissinerjik veya obstruktif dışkılama paterni:

- Anal sfinkter tonusunda (anal kontraksiyon) paradoksal artış **veya**
- İstirahat anal sfinkter basıncında % 20 'den az gevşeme **veya**
- Manometri, görüntüleme ya da EMG ile tespit edilen yetersiz ilerletici hareketler **ve**
- Tekrarlayan dışkılama hareketleri sırasında aşağıdaki kriterlerden biri veya birkaçının olması:
 1. Bir dakika içinde 50 ml.suyla dolu balonun anal kanaldan atılamaması
 2. Uzamış kolon geçiş zamanı (24 adet radyoopak işaretleyici içeren kapsül alımının ardından 120 saat sonra çekilen düz karın grafisinde beş işaretleyiciden fazla barsaklarda rezidü kalması)
 3. Defekografi sırasında baryumun % 50'sinden fazlasının barsaklarda retansiyona uğraması

İrritabl barsak sendromu: Kabızlık baskın irritabl barsak sendromu olgularında (K-İBS), ağırlıklı olarak karın ağrısı ve değişken dışkılama alışkanlıkları gözlenir. Bu hastalarda yavaş kolonik geçiş ya da dissinerji görülmemekle birlikte daha yoğun olarak visseral hipersensitivite mevcuttur [22]. Yapılan bir araştırmada kronik fonksiyonel konstipasyon alt grupları ve İBS'nun birbirleriyle örtüşmeleri Venn diagramıyla gösterilmiştir (Şekil 2).

Ciddi idyopatik kronik konstipasyonu olan 277 hasta kolon geçiş çalışmaları, balon çalışmaları, pelvik taban elektromyografisi ve dışkılama proktogramlarıyla değerlendirilmiştir [44] .

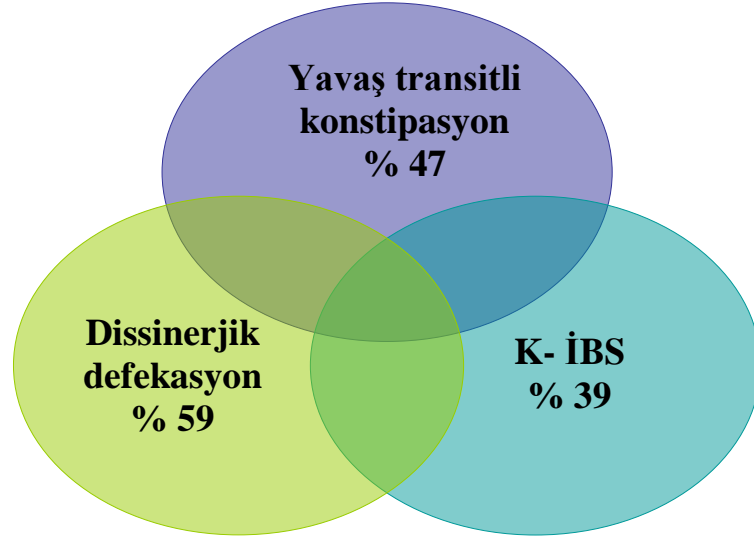
Buna göre kabızlık nedenleri:

- Yavaş geçişli kabızlık- % 11
- Dissinerjik dışkılama- %13
- Her ikisinin kombinasyonu- %5
- İrritabl barsak sendromu- %71 olarak saptanmıştır.

Megakolon ve megarektum:

Konstipasyonu olan hastaların çok az bir kısmında megakolon veya megarektum görülür. Tersine, genişlemiş kolon ya da rektumu olan hastaların çoğu konstipasyona

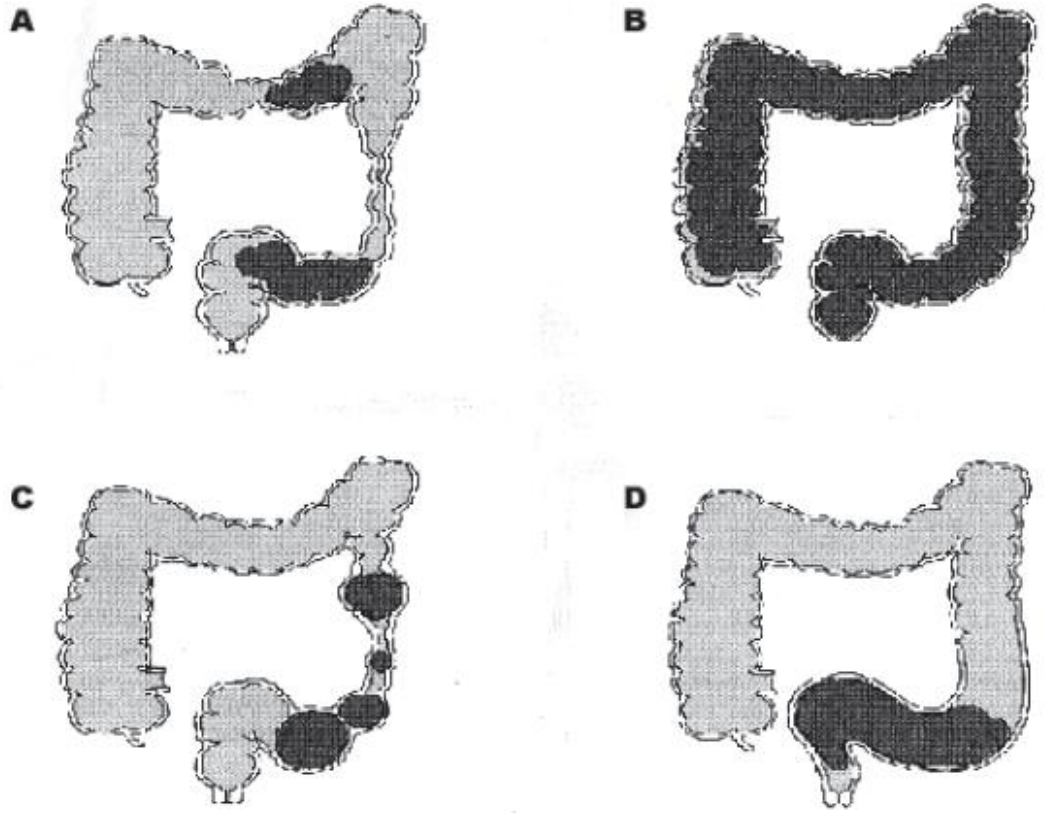
ya da dışkılama zorluğuna sahiptir. Bu iki durum birlikte görülebileceği gibi ayrı ayrı da görülebilir. Radyolojik değerlendirme tanı koymada yardımcı olsa da her zaman manometrik değerlendirmeyle korelasyon göstermez.



Şekil 2. Kronik Fonksiyonel Konstipasyon Alt Grupları ve İrritabl Barsak Sendromunun Örtüşmesi

Birincil megakolonun nörolojik bir disfonksiyona bağlı olduğu düşünülür ama herhangi bir spesifik nörohistolojik değişiklik gösterilememiştir. İkincil megakolon ya da megarektum genellikle ileri yaşlarda ve kronik dışkı retansiyonuna cevap olarak ortaya çıkabilir. Bu hastalarda rektal kompliyans ve elastisite artmış, rektal duyu küntleşmiş ve rektal distansiyona karşı internal anal sfinkter gevşemesinde çok az artış olmaktadır [45] .

Megarektum dışkı tıkaçıyla ilgili olabilir ve genellikle çocuklar, fiziksel ya da mental özürlü erişkinlerde ortaya çıkar [46]. Megarektum ayrıca Hirschsprung hastalığı, meningomiyelosele, lumbosakral kord lezyonları ve tuvalet alışkanlığı az olanlarda da görülebilir. Megarektumda görülen motor ya da duysal anomaliler bazı hastalarda tedaviyle geri dönebilir.



Şekil 3. Kronik Fonksiyonel Konstipasyonun Türleri

- A. Normal kolon transit zamanı B. Yavaş kolon transit zamanı
C. İrritabl barsak sendromu D. Fonksiyonel defekasyon bozukluğu

Yaşlılıkta görülen kabızlığın en sık mekanizmaları:

- Yaşlıların çok az bir kısmında kolonik geçiş zamanı ciddi olarak uzar ve bu grup hastalarda su absorpsiyonu artarak katı dışkı oluşumuna sebep olur.
- Yaşlılıkla birlikte myenterik pleksustaki nöronların sayısı azalır ve myenterik disfonksiyona bağlı olarak direkt uyarılara yanıt bozulur.
- Sol kolonda artan kollajen birikimi kolonik ve rektal kompliance bozukluğu ve dismotiliteye neden olur.
- Yaşla birlikte rektal ve perianal duyarlılıkta azalma saptanır.
- Kolonun sirküler kas tabakasının inhibitör sinirlerinin amplitüdünde azalma sonucu segmental motor koordinasyon bozulur.

- 60 yaş ve üstünde intestinal reseptörlere bağlanan plazma endorfinlerinde artış olur.
- Yaşlı kadınlarda perineal yapının bozulmasıyla birlikte pudental sinir hasarına ve kas kitlesinin azalmasına bağlı istirahat ve maksimum anal sfinkter basıncı azalır.
- Maksimum kasılma basıncı azalır ve rektal duvar elastisitesi kaybolur.
- Yaşlı kadınların defekografilerinde rektoanal açının yetersiz açılması ve perineal iniş derecesinin gençlere göre artması nedeniyle rektal dışa çıkışta bir yetersizlik gözlenir.
- Yaşla birlikte internal anal sfinkterin fibro yağlı dejenerasyonu ve kalınlığında artış olur.

Tüm bu sebepler yaşlılarda kronik kabızlığın daha sık ortaya çıkmasına yol açan mekanizmalardır [47] .

2.1.5.Kronik Konstipasyonun Komplikasyonları:

1.Fekal inkontinans: Tıkanıklık oluşturan segmentin etrafından geçen taze dışkının çok miktarda rektumdan çıkışı, eğer rektal tuşe yapılmazsa kronik kabızlık konusunda bizi yanıltır. Kronik kabızlıkta fekal inkontinans gelişmesi için “odds ratio” (OR) 1.7’ dir. Özellikle yaşlılarda fekal tıkaç ve paradoksal diyareye bağlı fekal tıkaç oluşumu kabızlıkla ilgili önemli semptomlardır [48]. Fekal inkontinans sterkorol ülserlere, kanamaya ve anemiye neden olabilir.

2. Hemoroidler: Uzamış ıkınma ve karın içi basıncında artış, anorektal bölgedeki arteriyovenöz anastomozlar ve pleksuslardaki venöz basıncı artırır [49]. Konstipasyonu olanlarda hemoroid gelişimi için rölatif risk 4.1 dir.

3. Anal fissür: Travma ve sert dışkının çıkışı sırasında oluşan mukozal yırtıktır ama internal anal sfinkterde spazm sonucu oluşan rölatif iskemi de katkıda bulunur [49]. Kronik konstipasyonu olanlarda anal fissürün beş kat daha sık görülmesi beklenir.

4.Organ prolapsusları: Kronik kabızlık; uterus, rektum, mesane ve vajina gibi pelvik organların prolapsusu için bilinen bir risk faktörüdür [50] . Rektal prolapsus için OR 2.3 dür.

5.Fekal tıkaç ve barsak tıkanması: Dışkı materyalinin uzun süre beklemesi tıkaç oluşumuna sebep olur ve dev tıkaçlar kalın barsak tıkanıklığına yol açabilirler hatta bu durumlarda cerrahi gerekebilir [51]. Retrospektif çalışmalarda kronik konstipasyonda fekal tıkaç oluşumu için risk artışının 5-6 kat olduğu bulunmuştur.

6. Barsak delinmesi veya sterkoral peritonit: Genellikle tıkaçlar kolon duvarına baskı yaparlar ve böylece iskemik ülserlere ve aniden delinmeye neden olurlar. Bunun sonucunda sterkoral peritonit tablosu gelişebilir hatta hasta ölebilir [52] . Sık görülen bir tablo olmayıp 1894-2006 yılları arasında 90'dan az vaka bildirilmiştir.

Bazı vakalarda da ıkınmaya bağlı senkop ve kardiyak iskemi görülebilir [53] .

2.1.6.Konstipasyona Tanısal Yaklaşım:

Kronik kabızlığı olan hastanın ilk değerlendirmesi dikkatli bir anamnez ve fizik muayene ile başlar. Laboratuvar testleri, endoskopik değerlendirme ve radyolojik çalışmalar ancak seçilmiş olgularda uygulanmalıdır. Sistemik bir değerlendirmede rutin olarak kan testlerinin (serum kalsiyum ve tiroid fonksiyon testleri dâhil), radyoloji veya endoskopik işlemlerin uygulanmasını destekleyecek yeterli kanıt yoktur. Ancak hematokezya, kilo kaybı, ailesinde barsak kanseri ya da inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü olan, anemisi, dışkıda gizli kan testi pozitif olanlar veya akut başlangıçlı konstipasyonu olanlar bu değerlendirme dışında tutulmuştur [54]. Alarm semptomlarının yokluğunda, tanı testleri yapılmadan ampirik tedaviye (hasta eğitimi, diyet değişiklikleri, posalı beslenme) başlanabilir.

Eğer bu değerlendirmelerle hastanın kabızlığının sebebi açıklanamadıysa ve konservatif tedavi yaklaşımlarına da yanıt alınamadıysa ek tanı testlerine gidilmelidir.




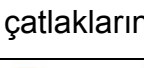
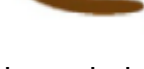


Anamnez: En önemlisi konstipasyonun süresi ve özelliğidir. Özellikle kabızlığın ikincil nedenleri üzerine yoğunlaşılmalıdır. İdyopatik konstipasyonu olan hastaların çoğu diğer hastalıklar açısından asemptomatiktir. Hastayı en çok hangi semptomun sıkıntıya soktuğu öğrenilmelidir. Örneğin hasta ağrı, şişkinlik ve barsak hareketleriyle birlikte kramp hissediyorsa İBS; uzun ve zorlu ıkınmalar, parmak yardımıyla dışkılama tarifliyorsa pelvik taban disfonksiyonu düşünülmelidir. Öyküde barsak alışkanlıklarında altı haftadan uzun süre değişiklik, kilo kaybı, persistan kanlı mukuslu dışkılama, geçirilmiş karın cerrahisi, rektumdan nedeni bilinmeyen kanama varlığı malignite yönünden uyarıcı olmalıdır. Bu hastaların mutlaka bir üst basamağa sevk gereklidir.

- Dikkatli bir ilaç anamnezi önemlidir; düzenli ilaç kullanımı ile konstipasyonun başlaması arasında ilişki olabilir.
- Birçok sistemik ya da nörolojik hastalıklar gastrointestinal sistem dışında organları etkileyerek kolonik motiliteyi bozabilir. Bu hastalarda diğer hastalıklarıyla ilişkili yakınmalar vardır.
- Tümör gibi lokal tutulumlu durumlarda karın ağrısı ve rektal kanama gibi semptomlar olabilir.

Özellikle yaşlı hastalarda kabızlığa neden olabilecek ilaçlar ve organik hastalıklar sorgulanarak dışlanmalıdır. Hastanın laksatif kullanıp kullanmadığı ve dozunu sormak faydalı olabilir.

Ayrıca Bristol dışkılama skalası kullanılarak hastaların kolonik geçiş zamanları hakkında da bilgi edinilebilir. Düşük skorlar (1,2) yavaş geçişi, yüksek skorlar (5-7) hızlı geçişi ve bozulmuş rektal hassasiyeti gösterir [55]. Tip 1 de yaklaşık kolonik geçiş zamanı 100 saat olup tip 7 de 10 saattir.

Fizik muayene: Kronik kabızlığı olanların çoğunda karın muayenesi ve rektal tuşe çok yardımcıdır. Anemi bulgularının varlığı, kilo kaybı, karında kitle, karaciğer büyümesi veya ele gelen bir kalın barsak bize tanıda yol gösterici olabilir.

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

Şekil 4. Bristol Dışkı Skalası

Rektal tuşede:

- Fissür, hemoroid görülebilir, dışkı retansiyonu ya da ağrılı tuşe saptanabilir. Erkeklerde prostat hipertrofisi, bayanlarda posterior vaginal kitleler ele gelebilir.
- Asimetrik anal kanal açılması sfinkter fonksiyonunu bozan nörolojik bir hastalığı daha çok düşündürür.
- Puborektal ve eksternal anal sfinkter kaslarının cevapları değerlendirilebilir, özellikle bu dissinerjik dışkılaması olan hastalarda önemlidir.

Sağ elle yapılan rektal tuşede rektal hassasiyet, kitle, darlık ya da dışkı değerlendirilebilir. Eğer dışkı tespit edilirse yoğunluğu da not edilmelidir. İstirahat sfinkter tonusu normal, zayıf ya da azalmış olarak belirlenmelidir. Normalde karın kaslarının kasılmasının ardından, eksternal anal sfinkter ve puborektal kaslarda gevşeme olur. Dissinerjik hastalarda karın kasları yeterince kasılamaz, anal sfinkter gevşeyemez ve paradoksal kasılma olur, perineal inişte yetersizlik gözlenir. Bir çalışmada rektal tuşenin dissinerjik dışkılamayı tanımada duyarlılığı % 75, özgüllüğü % 87 bulunmuştur [56]. Rektal prolapsus ve rektosel de bu muayene sırasında saptanabilir.

Laboratuvar bulguları: Tam kan sayımı, serum glukoz, kreatinin, kalsiyum ve tiroid stimulan hormon (TSH) ; hematokezya, kilo kaybı, aile öyküsü, anemisi, pozitif gaytada gizli kan testi (GGK) olanlar ve kısa sürede kabızlığı ortaya çıkanlarda istenmelidir.

Endoskopi: Fleksibl sigmoidoskopi ya da kolonoskopi lezyonları (soliter rektal ülser, inflamasyon, malignite...) saptamada üstün tekniklerdir. Aynı zamanda doku örnekleme ya da polipektomi olanağı da sağlarlar. Kolonoskopi; anemisi, rektal kanaması, pozitif GGK, obstruktif semptomları, ani kabızlık öyküsü, kilo kaybı, dışkı şeklinde değişiklik ve rektal prolapsusu olan hastalarda uygulanmalıdır [57] . 50 yaşın üzerinde ve daha önce hiç kolon kanseri taraması yapılmayan hastalara da kolonoskopi yapılmalıdır.

Direk ve Baryumlu grafiler: Düz karın grafileri ciddi dışkı retansiyonunu ve megakolonu gösterebilir. Baryum lavman megakolon ve megarektum tanısında kullanılabilir. Aynı zamanda klasik Hirschsprung hastalığında agangliyonik distal

barsağı ve proksimal kolondaki genişlemeyi gösterebilir. Aynı zamanda gastrografinin kolonu uyardığı için defekasyona da yardımcı olur. Üst GIS baryumlu grafide hastalardaki özofageal ya da gastrik motilite bozukluğu dışlanabilir .

Kolon geçiş çalışmaları: Özellikle dışkılama sayısı az olanlarda etkilidir. Laksatiflere dirençli olgularda normal ya da yavaş kolon geçişini saptamada önemlidir. Kolon geçiş zamanı dışkının kolondan geçiş zamanı olarak tanımlanır.

Radyopak işaretli çalışmalar: Radyopak maddenin gastrointestinal sistemden geçişi değerlendirilir. Bu konuda birçok yöntem uygulanmakla birlikte en az uygulananı sintigrafidir. Sintigrafi kolonun farklı segmentlerindeki geçişi ayrıntılı göstermede daha değerlidir [58]. Kolonik geçişin kantitatif değerlendirmesini verir. Teknesyum 99 m kaplı polistiren kolonda açılan kapsüller içirildikten 24 ve 48 saat sonra ölçülen radyoizotop miktarlarına göre kolonik geçişin zamanı ölçülür. Sintigrafik ve radyopak tetkikler birbirini doğrular.

Tablo 7.Kronik Konstipasyonlu Hastalarda Klinik Bulgular ve Olası Nedenleri

<i>Bulgu</i>	<i>Olası neden</i>
Öykü	
Şişkinlik, kramp	İrritabl barsak sendromu
Hematokezya	Kolon kanseri, divertikülozis, inflamatuvar barsak hastalığı
Yaşlı hastada yeni başlayan kabızlık	Kolon kanseri
Uzayan ıkınma, parmakla dışkılama	Pelvik taban disfonksiyonu
Yaklaşık 4,5 kg.dan fazla kilo kaybı	Kolon kanseri
Fizik muayene	
Anal sfinkter tonus kaybı	Sakral sinir patolojisi
Rektal tuşede pelvik kalkışın olmaması	Pelvik taban disfonksiyonu
Rektal tuşede dışkı sızıntısı	Fekal tıkaç, rektal prolapsus
Rektal tuşede ağrı	Anal fissür,hemoroid
Laboratuvar	
Serum kalsiyum seviyesinde artış,düşük serum potasyum ve magnezyum seviyesi	Metabolik nedenler
Demir eksikliği anemisi	Kolon kanseri
TSH seviyesinde artış	Hipotiroidi
Dışkıda gizli kan testi pozitifliği	Kolon kanseri

Hasta yüksek lifli diyet (20-30 gr /gün) alır ve testten 2-3 gün önce laksatif, lavman ya da barsak hareketlerini etkileyecek ilaç alımını keser. Radyoopaklı besinler yutulur ve bunun kolon boyunca ilerleyişi karın radyografileriyle takip edilir. Sağ, sol ve rektosigmoid kolon bölgeleri ayrı ayrı değerlendirilir[59]. Hergün direk batın grafisinin çekilmesi hastanın aşırı bir radyasyona maruz kalmasına sebep olacağından genellikle belirteçler yutturulduktan sonra 2. ve gerektiğinde 5. günde direk batın grafisi çekilir.

- Sağ ya da sol kolonda geçişte uzama olanlar yavaş geçişli kabızlık grubu olarak düşünülür.
- İşaretli belirteçler proksimal kolonda normal ilerlerken rektumda bekliorsa çıkışın geciktiği kabızlık grubuna ayrılır.
- Kronik kabızlığı olan birçok hasta normal geçiş zamanına sahiptir. Bu hastalar bilinçli ya da bilinçsiz barsak hareketlerini yanlış algırlar.

Rutin klinik kullanımda 24 adet işaretli kapsül yutturulur ve 120 saat (6 gün) sonra düz karın grafisiyle değerlendirme yapılır. Altıncı günde beş işaretli markerdan fazlası tespit edilirse yavaş geçişli kabızlık tanısı konulur. Fakat dissinerjik dışkılamalı hastalarda da bu retansiyon olacağı için önce bu grup dışlanmalıdır. Kesin kural olmamakla birlikte belirteçlerin tüm kolon boyunca ya da sağ kolonda gözlenmesi yavaş transitli kabızlık lehine, rektosigmoid bölgede gözlenmesi FDB lehinedir [60].

Sintigrafik metodla 24-48 saatte değerlendirme yapılabilirken, radyoopak teknikle bu 5-7 günü bulabilir.

Kablosuz motilite kapsülü: Bölgesel (mide boşalımı, ince barsak geçişi) ya da kolonik geçiş değerlendirmesi yapılabildiği gibi tüm gastrointestinal sistem pasajı da değerlendirilebilir. Bu yöntem laksatiflere dirençli kabızlık vakalarında normal ve yavaş geçiş zamanlı alt tipleri ayırmada kullanılabilir. Diğer radyoopak işaretli testler ve sintografiyle duyarlık ve özgüllüğü benzerdir. Kolay tolere edilebilen, hasta uyumu yüksek, radyasyon maruziyeti olmayan güvenli bir yöntemdir. Daha pahalı bir yöntem olmakla birlikte birçok olguda klinik değeri tartışmalıdır.

Defekografi: Anorektumun anatomik ve fonksiyonel değişiklikleri hakkında bilgi veren bir görüntüleme yöntemidir. Dışkı kıvamına getirilmiş baryum ile yapılabilir. Fizyolojik defekasyon pozisyonunda baryumun dışkılanması floroskopi ile veya video kaydı ile takip edilir. Özellikle potansiyel anatomik sebepleri (enterosel, intusepsiyon)

değerlendirmede yardımcıdır. Hastalar bu testi utandırıcı bulabilmekle birlikte özellikle yaşlılarda azalmış mobilite bu testi zor kılmaktadır.

Hastanın rektumuna ıkınması, öksürmesi sırasında yaklaşık 150 ml. baryum verilir. Hastalar özel bir oturağa oturtularak floroskopi eşliğinde bu baryumun görüntülemesi yapılır. Anorektal yapılar istirahat halinde ve baryumlu içerik dışarı çıkarken değerlendirilir. Pelvik taban dissinerjisi, perinede yetersiz açılma (<1 cm) ve anorektal açıda normalden az değişme olması ile (<15 derece) tanı alır.

Manyetik rezonans (MR) ve dinamik MR defekografi ile bütün pelvik taban anatomisi ve sfinkter morfolojisi radyasyon almadan değerlendirilebilir. Fakat bu testler pahalıdır ve standart defekografiye ek katkısı olup olmadığı tartışmalıdır.

Motilite çalışmaları:

- Anorektal manometri: İstirahat halinde ve dışkılama esnasında pelvik tabanın refleks aktivasyonu ile birlikte anal sfinkter fonksiyonunu değerlendirir. Rektumda internal ve eksternal sfinkter hizasına yerleştirilen balonun taşıdığı algılayıcılarla istirahat basınçları, daha sonra balon şişirilip ilk hissettiği basınç, dışkılama hissi oluşturan basınç ve tahammül edilen maksimal basınç ölçülür. Rektal duyarlılık ve kompliyans, internal anal sfinkterin gevşemesi ve yalancı dışkılama hissi uyandıran manometrik kalıplar saptanabilir. Ayrıca hastadan rektum ve anal sfinkterin sıkılması sırasındaki basınç ölçülür, hastadan ıkınarak balonu atması istenir ve böylece hastanın internal ve eksternal sfinkterinin uyumlu çalışıp çalışmadığı kontrol edilir. Dissinerjik dışkılama, rektal duyu problemleri ve biyofeedback tedavisine yanıtın değerlendirilmesinde de kullanılabilir[61]. Normalde manometride dışkılama sırasında intrarektal basınç artarken eksternal sfinkter basıncında azalma izlenir. Normalde istirahat durumunda anal kanalda balon kataterle ölçülen anal sfinkter basıncı 80 mm Hg 'nın üstüneyken dışkılama sırasında 180 'in üzerine çıkar. Dissinerjik dışkılamalı hastalarda bu fazda eksternal sfinkter basıncı artış gösterir. Hirschsprung rahatsızlığında dışkılama gayreti sırasında rektal distansiyonu takiben internal anal sfinkterin gevşemesi mümkün olmaz.
- Kolonik manometri: Kolonun ve rektumun lümen içi basınç aktivitesini, motor aktivitesini ve kolonik motilitenin detaylarını gösterir [62]. Hastalar

duysal disfonksiyonlarına göre normal, miyopatik veya nöropatik kolon olarak sınıflandırılır. Kronik kabızlıkta kullanımının ek katkı sağladığına dair yeterli kanıt bulunmamaktadır. Pratik kullanımda yeri yoktur.

- Balonun defekasyon testi: Basit, dışkılamamanın fizyolojik değerlendirmesini yapan iyi bir tarama testidir [62]. Standart bir metodolojisi yoktur. Rektuma yerleştirildikten sonra içine 50 ml.lik su doldurulan ve ucunda bir katateri bulunan balonun bir lazımlığa, dışkılama gayreti ile çıkartılması şeklinde yapılır. Eğer balon bir dakikadan az sürede çıkartılamazsa, disfonksiyonu gösterir fakat duyarlılığı % 90 civarındadır [63]. Testin normal olması olası dışkılama bozukluğunu dışlamaz. Ayrıca dissinerjik dışkılama ve yavaş geçişli kabızlık vakalarında da örtüşmeler görülebilir. Bu testin sonuçları anorektal fonksiyonu değerlendiren diğer testlerin sonuçlarıyla birleştirilmelidir.

Diğer testler:

- Rektal barostat testi: Rektal duyarlılık, tonus ve kompliyansı değerlendirir. Rektuma uyumu yüksek bir balon yerleştirilir. Bu test rektal hiposensitiviteyi değerlendirmede ve megarektumu tespit etmede gereklidir. K-IBS hastalarında da bu çalışmalar rektal hipersensitiviteyi saptayabilir. Klinik kullanım için çok uygun değildir.

2.1.7.Kronik Konstipasyon Tedavisi:

Tedavide amaç; barsak hareketlerini normale döndürmek, yumuşak dışkılamayı sağlamak, haftada en az üç kez zorlanmadan dışkılamak ve ciddi yan etkiler olmadan hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır. Öncelikle kronik kabızlığın normal mi yoksa yavaş geçişli tipte mi olduğu yoksa fonksiyonel dışkılama bozukluğu mu olduğu belirlenmelidir.

- Normal ya da yavaş geçişli kabızlıkta hasta eğitimi, davranış değişikliği, diyet değişiklikleri ve laksatif tedavisi temeli oluşturmaktadır. Ciddi yavaş geçişli kabızlık nadirdir ve cerrahiyle tedavi edilebilir fakat operasyon öncesi hasta özelleşmiş bir merkezde değerlendirilmelidir.

- Fonksiyonel dışkılama bozukluklarının tedavisinde fitiller, biyofeedback, puborektal kasa botulinum toksin enjeksiyonu ve gevşeme egzersizleri yer alır.

2.1.7.1. Başlangıç Değerlendirmesi ve Tedavisi

İdyopatik kronik kabızlığın tedavisinde hasta eğitimi, diyet değişiklikleri, hacim oluşturan laksatifler ve / veya hacim oluşturmeyen laksatif ve lavmanlar yer alır. Güvenliği, etkinliği, maliyeti ve klinik yanıt oranlarına göre başlangıç tedavisi seçilir. Kronik kabızlık tedavisiyle ilgili oluşturulmuş bir kılavuz yoktur. Tedavi eğer mümkünse altta yatan patolojiye düzeltmeye yönelik olmalıdır.

Hasta eğitimi: Hastalar laksatif kullanımını azaltma, egzersiz, sıvı ve lifli ürünleri artırma konusunda eğitilmelidirler. Laksatif bağımlısı hastalara ilaç kullanımını azaltmaları tavsiye edilmeli ve barsak hareketlerini arttıran diğer yöntemler anlatılmalıdır. Hastalara yemek sonrası kolonik motilitenin arttığı belirtilerek yemek sonrası dışkılamaya çalışmaları önerilmelidir. Özellikle sabahları kolonik motor aktivitenin en yüksek olduğu hatırlatılmalıdır. Barsak hareketlerinin en yoğun olduğu dönem sabah kalktıktan sonraki ilk iki saat ve kahvaltıdan sonradır. Ayrıca hastalara günde en az iki saat, genellikle yemeklerden yarım saat sonra dışkılamaya çıkmaları için öğüt verilmeli fakat beş dakikadan daha uzun süre zorlamamaları tavsiye edilmelidir [64]. Birçok normal barsak alışkanlığına sahip hastanın hemen hemen hergün aynı saatte tuvalete çıktıkları saptanmıştır. Bu da bize dışkılamanın başlangıcının bir durumsal refleks olduğunu göstermektedir.

Diyet değişiklikleri: Özellikle yaşlılarda kontrendikasyon yoksa günde en az iki litre su tüketmeleri önerilmelidir. Fiberden zengin beslenmeyle psilyum ve metilselüloz gibi hacim oluşturan laksatifler en fizyolojik ve etkili tedavi yöntemleridir. Yeterli sıvıyla alındığında bunlar birçok kabız hastada barsak hareketlerini arttırırlar [65].

Posa: Bitkisel yiyeceklerin çözünebilen veya çözünemeyen kısımlarından oluşan ve sindirilmekten korunarak barsaklara geçen kısmıdır. Tahıl fiberlerinin sindirime dirençli hücre duvarları vardır. Bunlar hücresel yapıları içerisinde su tutma yeteneğine sahiptir. Normal geçiş zamanlı kabızlarda fiber desteği şikayetleri azaltabilir. 3327 kadınla yapılan prospektif bir kohort çalışmada günde 20 gram ve 7 gram fiber alanlar karşılaştırıldığında, ciddi oranda yüksek fiber alanlarda kabızlık

azalmıştır [66] . Fiber birçok doğal besin maddesinde ve beslenme ürününde bulunur. Fiberden zengin ürünler çok ucuz, kullanımı kolay ve güvenli olduklarından normal geçiş zamanlı kabızlarda tedavide birinci seçenektir. Narenciyelerde fiber bol miktarda bulunur ve kolonik florayı geliştirerek fekal kitleyi artırırlar [67]. Buğday ürünleri de en etkili fiber laksatiflerden biri olup şişkinliği ve irritabl barsak sendromu olanlarda karın ağrısını arttırabilir. Fiber ürünlerin büyük parçalar halinde alınması dışkı hacmi oluşturuucu etkisini arttırır. Fibere ek olarak şeker içeriği (sorbitol ve fruktoz) olan meyvelerin (elma, şeftali, kiraz, üzüm, armut, kuru üzüm ve fındık) tüketilmesi ayrıca faydalıdır. Önerilen diyetle fiber miktarı 20-35 gram / gündür. Yüksek fiberli diyet sonrası su alımı da önerilmektedir. Fiberin barsak hareketleri üzerine etkisini göstermesi haftaları alabilir ama genellikle 3-5 gün içinde etkisi görülebilir. Özellikle yavaş geçişli kabızlığı olan olgularda fiber şişkinlik ve gaz şikayetlerini arttırır ve uyum oranını % 50 gibi değerlere düşürür. Yüksek oranlarda fiber alımının şişkinlik şikayetini arttıracığı konusunda hastalar bilgilendirilmeli ve öncelikle küçük oranlarda başlanıp zamanla fiber alımı arttırılarak ideal etkinlik ve uyuma ulaşılmalıdır [53]. Maksimum etkinliğe ulaşabilmek için fiber alımı en az 4-6 hafta devam ettirilmelidir. Megakolon, obstrüktif lezyonlar ve tıkaçıcı fekal tıkaç durumlarında fiber verilmemelidir.

2.1.7.2.Davranışsal Yaklaşımlar:

Özellikle nörojenik kabızlığı olan, demansif ya da fiziksel sorunları olan hasta grubunda etkilidir.

Biyofeedback: Pelvik taban disfonksiyonu tipi dışkılama hastalığı olan hastaların dışkılama sırasında anal sfinkter kaslarını gevşetebilmesi, karın kaslarını çalıştırabilmesi için ve ayrıca karın kasları, rektum ve anal sfinkter kasları arasındaki koordinasyon ile rektum duyarlılığını tekrar geri kazanabilme amacı ile hastaya bir çeşit idman yaptırmak suretiyle onu eğitmektir [68]. Anorektal biofeedback görsel, işitsel ve sözel uyarılarla yapılan nöromuskuler şartlama yöntemidir. Ağrısız, invazif olmayan bir yöntemdir. Rektum içine sokulan cihazların defekasyon gayreti ve ıkınma sırasında gösterdiği değerler hasta tarafından görülür. Hasta ekrandan yetersiz ya da yanlış kasılmalarının sonuçlarını izleyebilir. Bu bir tür rektoanal koordinasyon eğitimidir. Fonksiyonel dışkılama bozukluğu olan erişkinlerde EMG biyofeedback

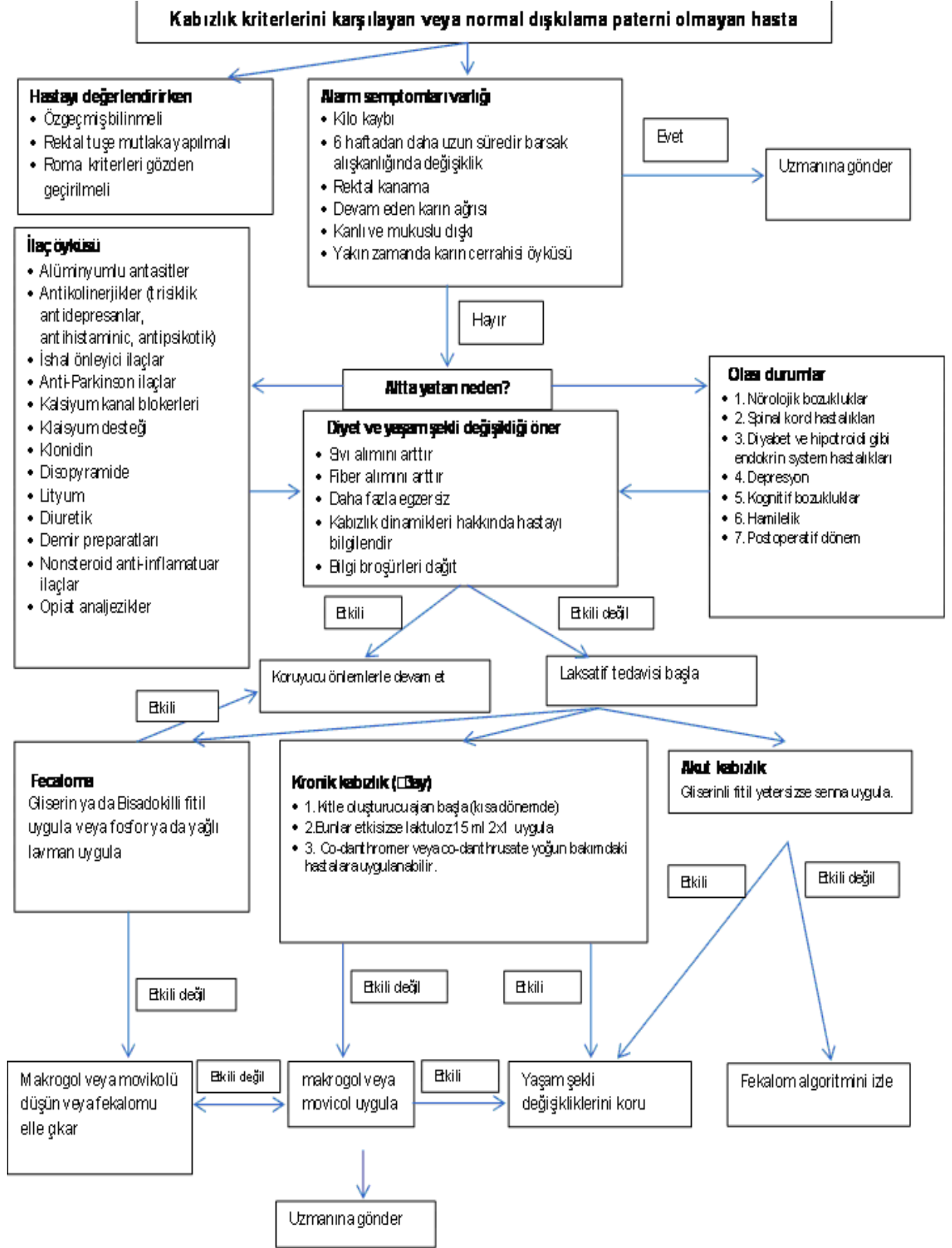
yönteminin klinik iyileşmeye sebep olduğu gösterilmiştir [69]. Yaklaşık olarak dissinerjik dışkılamalı hastaların 2/3'ünde aynı zamanda yavaş geçişli konstipasyon da izlenir. Bu grup hastada biyofeedback çalışması barsak hareketlerini artırır; dissinerjiyi ve dışa çıkış disfonksiyonunu düzelterek kolonik geçişi hızlandırır [68]. Fakat biyofeedback çalışması dissinerjik dışkılaması olmayan yavaş geçişli kabızlık hastalarında etkili bulunmamıştır [70]. Bu tedavideki asıl amaç hastanın başlangıçta aletlerden aldığı bilgiler sayesinde yapabildiği denetimi, ileri aşamalarda geri bildirim olmadan yapabilir hale gelmesidir [60]. Bu yöntem kolay uygulanabilir olmayıp standardize değildir, farklı merkezlerdeki sonuçlar değişkenlik gösterir. Ulaşılabilir olduğunda özellikle pelvik taban disfonksiyonu ve ciddi kabızlığı olanlarda iyi bir alternatif tedavidir.

2.1.7.3.Farmakolojik Tedavi:

Laksatifler:

Dışkı kitlesi oluşturuucu laksatifler: Psilyum, metilselüloz, kalsiyum polikarbofil ve buğday dekstran bu gruptan olan organik polimerlerdir. Bunlar doğal ya da sentetik polisakkarit ya da sellüloz deriveleri olup suyu emip dışkı kitlesini arttırarak laksatif etkilerini gösterirler. Bu laksatifler dışkılama sıklığını arttırırlar ve minimum yan etki gösterirler. Yeterli suyla alınmazlarsa etki göstermezler; şişkinliğe ve paradoksal olarak barsak tıkanıklığına sebep olurlar. Tek başlarına ya da liften zengin diyetle birlikte kullanılabilirler. Psilyumla yapılan çalışmalarda kronik kabızlığı olan hastalarda dışkılama sıklığını arttırdığı görülmekle birlikte diğer laksatifler için yeterli kanıt bulunmamaktadır. Özellikle yeterli lifli diyet alamayanlarda birinci sıra tedavi seçeneği olarak tartışılmaktadır. Warfarin, digital, potasyum tutucu diüretikler, salisilatlar ve antibiyotiklerle birlikte alındıklarında bu ilaçların etkinliğini azaltabilir.

Surfaktanlar- dışkı yumuşatıcılar: Kronik kabızlıkta kullanımlarına dair çok az kanıt vardır. Dokuzat sodyum gibi dışkı yumuşatıcılar yüzey gerilimini azaltarak, intestinal sıvının dışkıya penetrasyonunu sağlayarak dışkının yumuşamasına yardımcı olur. Tek başına plaseboya karşı üstünlüğünü gösteren bir çalışma bilinmemekle birlikte bir çift kör randomize kontrollü çalışmada psilyuma göre daha etkisiz bulunmuştur [71]. Mineral yağı ise dışkı üzerinde kayganlaştırıcı etki gösterir



Şekil 5. Kronik Konstipasyon Tanı ve Tedavi Algoritmi

fakat etkinliğiyle ilgili herhangi bir plasebo kontrollü randomize çalışma yoktur. Çocuklarda ve yaşlılarda aspirasyon ve lipid pnömonisi riski vardır [72]. Yan etkileri az olmasına rağmen diğerlerine göre daha az etkilidirler. Ancak dışkı kitlesini oluşturan laksatifler işe yaramaz ya da tercih edilmezse kullanılabilirler.

Ozmotik laksatifler: Hacim oluşturan laksatiflere yanıt vermeyenlerde kullanılmalıdır. Polietilen glikol (PEG), zayıf emilen ya da emilmeyen şekerler ve salin laksatifler, az emildiklerinden intestinal lümende osmotik gradiyent oluştururlar, intestinal su salınımına sebep olur ve böylece dışkı sıklığını arttırlar. Genellikle iki haftadan kısa süre kullanımda güvenlidirler. Bu ajanların fazla kullanımı, böbrek ya da kalp yetmezliği olanlarda elektrolit ya da volüm bozukluklarına sebep olur [73] .

PEG: Kolonik bakterilerle hidrolize olmadığı için gaza sebep olmazlar, elektrolit ihtiva etmediği için su ve tuz absorpsiyonu gerçekleşmez. Dışkı sıklığı ve yoğunluğunu bu grup içerisinde en çok arttıran ajandır ve plaseboya karşı üstünlüğü en az üç randomize kontrollü çalışmada gösterilmiştir [74]. Günde bir seferden fazla kullanılmamalı ve yavaş yavaş dozu arttırılmalıdır. Eğer hastada yanıt alınamıyorsa günlük doz 17 grama düşürölüp yanına stimölün bir laksatif eklenebilir. Günlük 34 gram gibi yüksek doz kullanımlarında karın şişkinliği, bulantı, ishal ve kramplara sebep olabilir. Gebelerde kullanılabilir.

Sentetik disakkarit-Laktuloz: İntestinal enzimlerce metabolize olmaz; parçalanmayan bu şekerin osmotik etkisine bağlı olarak intestinal lümende su ve elektrolitler değişmeden kalırlar. Laktulozun etki göstermesi için 24-48 saat gibi bir süreye ihtiyacı vardır. Dışkı sıklığını arttırır, kabızlık semptomlarını azaltır ve özellikle yaşlılarda diğer laksatiflere olan ihtiyacı azaltır. Gaz şikayetini sebep olabilir [75].

Sorbitol: Laktulozla eşit derecede etkin daha az pahalı bir alternatiftir [76]. Yine sorbitol de dışkı sıklık ve yoğunluğunu arttırır. Laktuloz ve sorbitol birlikte kullanımı; gaz ve şişkinlik şikayetini sebep olur.

Salin: Magnezyum hidroksit ve magnezyum sitrat az miktarda emilen hiperozmolar solölasyonlardır. Böbrek yetmezlikli olgularda hipermagnezemiye yol aması en büyük komplikasyonudur [77].

Ozmotik laksatifler, ancak kitle oluşturucu ya da dışkı yumuşatıcı laksatifler işe yaramadığında kullanılmalıdır.

Stimülan Laksatifler: Bisakodil, senna ve sodyum pikosülfat intestinal mukozadaki elektrolit transportunu değiştirerek etki gösterirler. Ayrıca intestinal motor aktiviteyi, kolondaki myenterik aktiviteyi uyararak ve peristaltik kontraksiyonları tetiklemek suretiyle artırırlar [78]. Lümenden su emilimini azaltırlar. Net etkileri intestinal motiliteyi arttırmaktır. Hergün düzenli alımı sonrası hipokalemi, protein kaybettirici enteropati ve tuz birikimi görülebilir. Bunların uzun süre kullanımının kolonun yapısal ya da fonksiyonel bozukluğuna yol açarak kolorektal kanser ya da diğer tümörleri arttırdığına dair ikna edici kanıt yoktur [79]. Fakat bazı gözlemsel çalışmalarda senna kullanımı sonucu kolon kanser için bir risk faktörü olan melanozis kolinin geliştiği bildirilmiştir. Bu durum ilacın kesilmesinden sonra birkaç ay içinde normale döner.

Klor Kanal Aktivatörleri:

Kolonik motor aktiviteyi arttırarak kolonik geçişi hızlandırmayı amaçlar ama genellikle başarı şansı düşüktür.

Lubiproston: Lokal etki gösteren bisiklik yağ asidi yapısında barsak epitel hücrelerinin apikal membranında bulunan tip 2 klor kanallarının aktivatörüdür. Su ile sodyumun pasif diffüzyonu sonucu klordan zengin intestinal sıvı sekresyonunu arttırır [80]. Gastrointestinal sistem düz kaslarına etki etmeksizin dışkı su içeriğini arttırarak barsak distansiyonu, peristaltizm ve dışkılamaya sebep olurlar [81]. 24 saatte spontan barsak hareketleri başlar. İki plasebo kontrollü çalışmada 479 kronik idyopatik kabız hasta randomize edilerek bir gruba aktif tedavi (günde 24 veya 48 µgr) diğer gruba da plasebo dört hafta boyunca verilmiştir. Haftalık gözlemlerde aktif tedavi alanların çok ciddi oranda çalışmanın primer sonlanım noktasına (haftada en az üç kez spontan barsak hareketlerinin artışıyla birlikte dışkılama olması) ulaştığı gözlenmiştir. Aynı zamanda karında şişkinlik, rahatsızlık hissinin de azaldığı; dışkı sıklık ve sertliğinde azalma olduğu gözlenmiştir. Uzun süre kullanımda bir elektrolit anormalliği gösterilmemiştir. En sık yan etkisi hastaların % 30'unda görülen bulantıdır. Yine hastaların % 13'ünde ishal gözlenmiştir. Önerilen günde iki kez yemeklerle 24 µgr alınmasıdır. Kronik kabızlık tedavisinde lubiprostonun rolü hala net değildir. Diğer tedavi seçenekleriyle karşılaştırıldığı bir çalışma olmayıp uzun

dönem güvenilirliği bilinmemektedir. Eldeki bilgilere göre şu aşamada diğer tedavi seçeneklerine yanıtız hastalarda kullanılabilir.

5-Hidroksitriptamin reseptör subtip 4 (5-HT4) agonistleri:

Primer afferent nöronlar, düz kas hücreleri, enterokromafin hücreler ve kolonun myenterik pleksusunda 5-HT4 reseptörleri bulunur. Bunlar barsakların peristaltizmini arttıran diğer nörotransmitterleri salgılatırlar [82]. Özellikle bu grupta yer alan ve 2007 yılında kardiyovasküler olaylara sebep olduğu için piyasadan kaldırılan tegaserodla ilgili etkinlik ve güvenlik çalışmaları devam etmektedir [83].

Prukaloпрid: Avrupa'da ulaşabilen ama ABD'nde olmayan bu 5-HT4 reseptör agonisti olan ilaç, günde bir kez 1-4 mg. kullanıldığında 4-12 haftalık takiplerde 65 yaş üstündeki hastalarda plaseboya göre güvenli ve tolere edilebilir bulunmuştur [84]. CYP3A4 enzim sistemiyle metabolize olmadığı için diğer 5-HT4 reseptör agonistlerine göre ilaç-ilaç etkileşimleri daha azdır [85]. Özellikle ciddi olgularda barsak hareketlerini arttırmış, kabızlıkla ilgili semptomları hafifletmiştir ve hiç kardiyovasküler yan etki izlenmemiştir [86]. Prukaloпрidin dozu klinik yanıtı göre titre edilebilir. En sık yan etkileri baş ağrısı, bulantı ve ishaldir [87]. Son çalışmalarda özellikle kardiyak aritmilere sebep olabileceği gösterilmiştir ve bu yan etki içeriğindeki benzofurana bağlanmıştır. Tıpkı Tegaserod gibi bu ilacın kullanımı da FDA tarafından yaşlılarda önerilmemektedir [88].

Velusetrag ve Norcisapride kronik kabızlık tedavisinde araştırma aşamasında olan diğer 5-HT4 reseptör agonistleridir [89].

Guanilat siklaz-c reseptör agonistleri:

Linaklotid: Araştırma aşamasında olan bu ilaç minimal emilen, intestinal epitel hücrelerin apikal membranındaki guanilat siklaz –C reseptörünü aktive eden 14 aminoasitli bir peptid agonist olup intestinal lümene klor ve bikarbonat sekresyonunu arttırarak intestinal sıvı salınımını arttırır ve kolon pasajını hızlandırır. İki tane büyük faz III çalışmada, kronik kabızlıklı hastalarda linaklotid alan gruplarda (145 veya 290 µgr) haftada üç ya da daha fazla tam spontan barsak hareketi oranı yüksek olup, 12 haftanın en az dokuzunda başlangıca göre spontan barsak hareketlerinde artış 145 µgr alanlarda % 21, 290 µgr alanlarda % 19 oranında tespit edilmiştir. En sık ve doz

ilişkili yan etki diyare olup her iki linaklotid grubundaki hastaların % 4 'ünde tedaviyi kesecek şiddette olmuştur [90]. Halen bu tedavinin uzun dönem risk ve faydaları bilinmemektedir.

Misoprostol: Ciddi kabızlığı olanlarda tedavide başarıyla kullanılan bir prostaglandin analogudur [91]. Anektodal çalışmalara göre misoprostol (200 µgr, gün aşırı başlanıp haftada bir 200 µgr artırılması en güvenli doz olup) PEG (17-34 gram/gün) ile birlikte alındığında etkili olabilir. Gebe kalabilecek kadınlarda kullanılmamalıdır çünkü fetus kaybına yol açabilir. Menstrüel kanamayı arttırabilir.

Kolşisin: Kronik kabızlık tedavisinde etkili olabilecek bir diğer ajandır. Günlük bir miligram alan hastalarla yapılan çalışmada plaseboyla karşılaştırıldığında 2. ayın sonunda kabızlık semptom skorlarında iyileşme kaydedilmiştir [92]. Böbrek yetmezlikli hastalarda kullanılmamalıdır ve myopati yapma riski vardır.

Opioid antagonistler: Periferik etkili 'mü' opioid reseptör anatagonisti olan alvimopan ve metilnaltrekson; narkotik ilişkili kabızlık ya da paralitik ileus tedavisinde kullanılabilir. Bu ilaçlar kan beyin bariyerini geçemezler ve dolayısıyla opioidlerin analjezik etkilerini ortadan kaldırmazlar.

2.1.7.4.Ciddi Kabızlık Tedavisi:

Fitiller: Fonksiyonel dışkılama bozukluklarında başlangıç fitil tedavisi olarak gliserin veya bisadokil'li ürünler tercih edilir. Fitiller dışkıyı yumuşatırlar ve özellikle obstrüktif tip kabızlıkta etkindirler. Klinik faydaları sınırlıdır [12].

Lavmanlar: Özellikle yaşlılarda sodyum fosfatlı lavmanlar, uzun süren kabızlık durumlarında fekal tıkaç oluşmasını engellemek için kullanılır. Fosfatlı lavmanlarla elektrolit anomalileri olabileceği gibi sabun bazlı lavmanlarla da rektal mukoza hasarı oluşabilir.

Tıkaç temizleme: Rektumda fekal tıkaçı olan hastalar eğer gerekliyse el yardımıyla bu tıkaçlar çıkartılmalıdır. Bu işlemten sonra mineral yağlı bir lavmanla dışkı yumuşatılıp rektum kayganlaştırılır. Eğer elle tıkaç temizleme başarısız olursa suda eriyen kontrastlı lavmanın floroskop altında uygulanması önerilir, böylelikle eğer bir tıkanıklık varsa tespit edilir ve daha proksimaldeki tıkaçlara da ulaşma şansı olabilir. Eğer bunlarla da temizlenemezse lokal anesteziyle anal kanal ve pelvik taban kasları rahatlatılarak, karın masajıyla tıkaçların dışarıya çıkarılması sağlanabilir.

Tablo 8. Laksatiflerin Özellikleri

İlaç	Etki süresi	Dozu	Endikasyon	Yan etki
Kitle oluşturanlar				Sıvı yükü, gaz ve şişkinlik
<i>Psyllium</i>	12-72 saat	10-20 gr suyla		Şişkinlik,kramp
<i>Metil selüloz</i>	12-72 saat	3-6 gram/gün suyla	İlımlı kabızlıkta	Karın şişliği, gaz
<i>Polikarbofil</i>	24-48 saat	4-8 gram/gün		Daha az şişkinlik
Dışkı yumuşatıcılar			Sertleşmiş dışkıda ve parsiyel barsak obstrüksiyonunda	
<i>Dokuzat sodyum-kalsiyum</i>	24-72 saat	100 mg/günde 2 kez	Diğer laksatiflerle birlikte	Kontakt dermatit
Osmotik laksatifler				
<i>Magnezyum hidroksit</i>	1-3 saat	30-60 ml/gün		Gaz, hipermagnezemi, hipokalemi
<i>Laktuloz</i>	24-48 saat	10-30 mg/günde 2 kez		Gaz, kramp, hipokalemi
<i>Sorbitol</i>	24-48 saat	10-30 mg/günde 2 kez		Gaz, kramp, hipokalemi
<i>Polietilen glikol</i>	4-48 saat	10-30 mg/günde 2 kez	Hasta kabız ve iyi derecede su içebiliyorsa	Karın ağrısı, şişkinlik, bulantı
<i>Gliserin</i>	15-60 dakika	2-3 gram sup.		Rektal irritasyon
Stimülanlar				
<i>Senna (antrakinolonlar)</i>	6-12 saat	12-30 mg/gün		Kramp, melanozis koli, hipokalemi
<i>Bisakodil</i>	6-12 saat	10-30 mg/gün		Gaz,şişkinlik
Lavmanlar				Mekanik travma
<i>Fosfat enema</i>	5-15 dakika			KKY ve KBY de su ve elektrolit bozukluğu
<i>Mineral yağ</i>	6-8 dakika	100-250 ml/gün		İnkontinans
<i>Bisakodil</i>	15-60 dakika	10 mg sup.		Rektal irritasyon

Zaman zaman eğer tıkaç parmak mesafesinin daha ilerisindeyse fleksibl ya da rijid sigmoidoskopiyle tıkaçlar snare yardımıyla temizlenebilir. Ardından tüm kolonun değerlendirme işlemi yapılmalıdır. Eğer tüm bunlarla tıkaçlar çıkarılamaz ve hastanın da ciddi karında gerginliği varsa perforasyon ya da iskemi şüphesiyle cerrahi gerekebilir. Tıkaç temizleme işleminden sonra üç güne kadar hergün lavman uygulanıp, PEG türevi boşaltıcı solüsyonlar içirilerek barsak temizliği tamamlanır. Devamında gün aşırı sorbitol, laktuloz ya da PEG içerikli solüsyonlarla devam edilir. Hastalar yemeklerin kolonik motiliteyi arttırıcı etkisinden faydalanmak üzere yemek sonrası tuvalete gitmeleri konusunda bilgilendirilmelidir. Eğer iki gün boyunca yine hiç dışkı çıkışı olmazsa fekal tıkaçı önlemek için bisadokil ya da gliserinli fitiller uygulanmalıdır. Alternatif olarak lavmanlar da kullanılabilir. Bu uygulamalarla % 78 oranında tıkaçların tekrarlaması engellenebilir [93] . Hasta ve ailesi bu tedaviye uyum sağlayamazsa ya da altta yatan barsak fonksiyon bozukluğu ileri derecedeysse bu tedavi yaklaşımı da başarısız olur.

2.1.7.5.Diğer Tedavi Seçenekleri:

Botulinum Toksini: Pelvik taban disfonksiyonu olan hastalarda puborektal kasa botulinum toksini injeksiyonu yapılarak başarı sağlanabilir ama bu konuda tecrübe sınırlıdır [94] . Ultrason eşliğinde puborektal kasın her iki tarafına 60-100 ünite tip A botulinum toksini injekte edildiğinde fonksiyonel dışkılama bozukluğu olanlarda etkili bulunmuştur. Devamlı yanıt alınabilmesi için tekrarlayan injeksiyonlara ihtiyaç vardır.

Bakteriyoterapi-probiyotikler: Laktobacillus ve Bifidobacterium isimli iki simbiyotik flora bakterisi kronik kabızlığı olanlarda kalın barsaklarda düşük oranda tespit edilmiştir [95] ve dolayısıyla probiyotik bakterilerin kronik kabızlık ve inflamatuvar barsak hastalıklarında kullanımını desteklemektedir [96]. Bir prospektif çalışmada Bifidobacterium hipokalorik diyete eklendiğinde kabızlık şikayetlerini geriletliği görülmüş [97], yine bir başka prospektif çalışmada da Lactobacillus'un etkinliği gösterilmiştir [98].

Geleneksel Çin tıbbı: Çinlilerde kronik kabızlığın ilk tanımlanması M.S. 200 yıllarına kadar dayanmakta olup tedavide herbal ürünlerle birlikte akupunktur kullanılmıştır. İki randomize kontrollü çalışmada fonksiyonel kronik konstipasyonda partiküler Yung-Chang kapsülünün etkili olduğu gösterilmiştir [99] .

Elektriksel stimülasyon: Konservatif tedaviye yanıt vermeyen kronik konstipe hastalar için sakral nöromodülasyonun kullanımıyla ilgili bilgiler sınırlıdır. Etki mekanizması net olmamakla birlikte, barsağın ekstrinsik nöral kontrolünün nöromodülasyonunu sağlar veya inhibitör refleksleri düzenler.

2.1.7.6.Cerrahi Tedavi:

Dikkatli seçilen hastalarda ileorektal anastomozlu subtotal kolektomi veya total kolektomi uygulanabilir. Cerrahi düşünmek için en az beş kriter olması gerekmektedir:

- Kronik, ciddi ve medikal tedaviye yanıtsız konstipasyon yakınması olanlar
- Yavaş kolonik geçişli konstipasyon paterni olanlar
- Hastanın radyolojik ve manometrik çalışmalarla gösterilen intestinal pseudoobstrüksiyonunun olmaması
- Hastanın anorektal manometride pelvik taban disfonksiyonunun olmaması
- Hastanın baskın semptomunun karın ağrısı olması.

Bir çalışmada; 74 ciddi, dirençli, yavaş geçiş konstipasyonlu hastada kolektomi ve ileorektostomi uygulanmış [44] . Postoperatif komplikasyon olarak; % 9 ince barsak tıkanıklığı, % 12 uzamış ileus görülmüştür. Hastaların % 97'si cerrahi sonuçlardan memnun kalmış, % 90'ında yaşam kalitesinde 56 aylık izlemde iyileşme gözlenmiştir.

2.2.YAŞAM KALİTESİ

Bireyin toplumun bir parçası olarak yaşamını sürdürmesinde anahtar role sahip olan sağlık; bireyin çevresi ile bir bütün olarak, mevcut sorunları ile baş edebilir, sınırlılıkları içinde en üst düzeyde sağlıklı olması, üretkenliği ve yaşam kalitesi ile ele alınmaktadır.

Sağlık profesyonellerinin, sadece tıbbi bir takım parametrelere bakarak, kişiyi sağlıklı olarak değerlendirmeleri yetersizdir. Fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden de iyilik hali gereklidir. Bu nedenle 20.asrın sonlarına doğru sağlık profesyonelleri ve

ekonomistler tarafından klinik ve laboratuvar parametrelerinin yanı sıra 'yaşam yıllarına uyarlanan kalite' kavramının kullanılması tercih edilmeye başlanmıştır.

Yaşam kalitesi; çok yönlü olması, sürekli gelişim ve değişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilen, yaşamda nelerden zevk alındığını, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğini ifade etmesi sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması zor bir kavramdır.

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından 'sosyal çevrenin yansıyan tepkisi' şeklinde tanımlanmıştır. Sağlık alanı çalışmalarıyla yaşam kalitesinin birleştirilmesi ve 'sağlıkla ilgili yaşam kalitesi' kavramına aslında ilk kez DSÖ Anayasası'nda (1948) yer alan sağlığın tanımı içinde rastlanmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade etmektedir. Fiziksel alan, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal alan, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derecede ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Mental alan içinde ise depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık ve mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumlar yer almaktadır [100].

2.2.1.Yaşam Kalitesinin Objektif ve Subjektif Göstergeleri

2.2.1.1.Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri:

Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri fiziksel iyilik hali, fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları ve sağlık durumuyla ilgili konuları kapsar. Kronik hastalığı olan bireylerde fiziksel gereksinimlerin karşılanması son derece önemlidir. Ancak kronik hastalığı olan bireylerin fiziki aktiviteleri yapmada önemli sorunları vardır. Özellikle yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziki dayanıklılık isteyen aktiviteleri çok güçlükle yapmakta ya da hiç yapamamaktadırlar.

Kronik hastalığın hangi türü olursa olsun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yeterince yapamaması, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları, hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmaları ve yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olmaktadır.

2.2.1.2.Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri:

Psikolojik göstergeler yaşam doyumu, psikolojik etki ve emosyonel iyilik hali olup yaşam deneyimlerinin subjektif değerlendirilmesi ile elde edilirler. Yaşam kalitesi göstergelerini dört temel alan kapsamında da değerlendirmek mümkündür:

1. Psikolojik esenlik: Akıl sağlığı, yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imgesi, anksiyete, oto kontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, mutluluk, sosyal izolasyon, duygusal reaksiyonlar bu alanda değerlendirilir.

2. Fiziksel esenlik: Fonksiyonel yeterlilik, fiziksel hareket, yaşam aktiviteleri, iştah, yeme, uyku, seks, zindelik, yorgunluk, ağrı, sağlık-hastalık algılanması, sağlıkta değişim ve tedavi ile ilgili durumlar bu alanda değerlendirilir.

3. Sosyal ve bireysel esenlik: Bireyin eşi, varsa çocukları ya da ebeveynleri ve yakın arkadaşları ile ilişkileri, sosyal etkinlikleri, başkalarından destek görme, mahremiyet, çevresince benimsenmesi, farklı organizasyonlara katılma, öğrenme durumu, kendini ve yaşamı algılama biçimi, çalışma durumu bu alanda değerlendirilir.

4. Parasal / maddi esenlik: Geleceğe ilişkin güven duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi ve ev durumu bu alanda değerlendirilir.

2.2.2.Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi

Sağlık hizmetlerinin geleneksel modellerinde amaç hastalığın tedavisi ve acı çekmenin sonlandırılması iken günümüzde bu amaç sağlığın sürdürülmesi ve artırılmasına yardımcı olarak yaşam biçiminin bireysel felsefesinin yaratılmasına dönüşmüştür. Sağlık, 1946' da DSÖ tarafından tanımlandığı gibi yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir. Zamanla gerek sağlıkçılar, gerekse sosyal bilimciler yaşamın niteliği, yani Türkiye'de alışıldık adıyla '**yaşam kalitesi**' (Quality of Life=QOL) kavramı üzerinde düşünmeye başlamışlardır. Sağlıkta yaşam kalitesi için yapılan tanımlamalar şunlardır: [101]

- İki komponenti olan iyilik halidir; bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneğidir, ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur.

- Hastaların beklentileri ile erişebildiklerinin arasındaki uçurumun olabildiğince az olmasıdır.
- Bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanışıdır.
- Hastanın hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgisi algısıdır.

Bu bağlamda sağlıkta yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi kavramının içerdiği tüm alt başlıklar; bireyin sağlığı ve bireyin işlev görme, iyilik hali ve genel sağlık algılarının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerden ölçümü ile ilgilidir [100].

2.2.2.1.Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi:

1.Genel Yaşam Kalitesi (Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi): Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde primer olarak hastalığın, yaralanmanın, bunların önlenmesi ve tedavinin yaşam süresine olan etkisini değerlendirmede kullanılır. Genel yaşam kalitesi fonksiyonel duruma, iyilik haline ve çoğunlukla sağlıkla ilgili görüş açılarını içeren kavramlara odaklanmıştır [102] .

Genel yaşam kalitesi değerlendirmelerinden en bilinenleri Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile, Quality of well-being scale, McMaster Health Index Questionnaire, Dartmouth COOP Function Charts, WHOQOL, Duke Health Profileve Medical Outcome Study, Short Form-36 (SF-36)' dir [103].

Bazı yaşam kalitesi ölçekleri fiziksel, mental, sosyal ve görünen sağlığı, sakatlık ve ağrıyı değerlendirirken bazıları da fiziksel fonksiyonu, fiziksel problemlerin neden olduğu rol sınırlılıklarını, sosyal fonksiyonu, fiziksel ağrıyı, genel mental sağlığı, duygusal problemlerin neden olduğu rol sınırlılıklarını, dayanma gücünü ve genel sağlık algılamalarını ölçer, farklı durumları karşılaştırma olanağı verir. Fakat özel sağlık problemleri olan kişilerin bakımında gelişmeleri göstermede yeterli olmayabilir[103].

Genel yaşam kalitesi ölçümleri genellikle daha kapsamlı ve geniştir. Farklı topluluklarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Genel başlıkların kullanılması nedeniyle duyarlılığının daha az olması, elde edilen verilerin klinik kararlarda

kullanımının daha sınırlı olması ve bazı hastaların başlıkları konu ile ilgisiz bulması genel yaşam kalitesi ölçümlerinin sınırlılıkları olarak belirtilebilir.

2. Hastalığa özgü yaşam kalitesi: Hastalığa özgü yaşam kalitesi özel bir hastalığın ve tedavisinin yaşam kalitesine olan potansiyel etkisine değinmektedir. Bu yaşam kalitesi değerlendirmeleri daha dar kapsamlı olmasına rağmen en ince ayrıntıları bile değerlendirmektedir. Bu nedenle daha duyarlıdır ve önemli olan küçük klinik değişiklikleri kolaylıkla saptayabilir ve elde edilen veriler klinik kararlarda rahatlıkla kullanılabilir. Çalışmanın amacına bağlı olarak hem sağlıkla ilgili hem de hastalık /semptom / tedaviye özgü farklı girişimlerin etkisi değerlendirilebilir.

Hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirmelerinin de bazı sınırlılıkları vardır. Hastalıkların başlangıcına, şiddetine, devresine ve hastanın yaşına göre spesifik hastalığın değişmesi ve önceden tahmin edilemeyen problemlerin saptanamaması bu sınırlılıklardan birkaçıdır [103].

2.2.2.2.Değerlendirme Araçlarının Özellikleri

Ölçek uyarlamasının ortaya çıkarabileceği problemler nedeni ile çalışmalarda kullanılacak ölçüm araçlarının toplumların kültürel ve sosyal yapılarına uygun olarak geliştirilmesi gereklidir. Kuşkusuz kendi toplumumuzun kültürüne özgü yeni ölçeklerin geliştirilmesinin birçok yararı vardır ancak, ölçek uyarlamasının tercih edilmesinin de bazı nedenleri bulunmaktadır. Öncelikle, uluslararası yayınlarda yeterince tanınan ve üzerinde bilgi birikimi bulunan bir ölçeği Türkçe'ye kazandırarak kullanmak, araştırmacının yeni bir ölçek hazırlamak için geçireceği süreyi kısaltır. Alanındaki kuramsal ve uygulamalı çalışmalara ayıracağı süreyi artırır, araştırmacıya iletişim kolaylığı ve karşılaştırılabilir bilgi sağlar. Bu durum bilimsel olarak zorunlu olmayan ancak çabuk iletişim kurmak için yararlı, zaman kazandırıcı, etkin bir yaklaşımdır.

Farklı kültürlerde geliştirilen ölçekleri uyarlamanın yaratacağı psikolinguistik (anlatım, dil) problemler, deneysel ve istatistiksel tekniklerle en aza indirildiğinde ölçeklerin bir çok global kavramı ölçebileceği ve uluslararası / kültürlerarası karşılaştırma ve tartışma olanağı sağlayacağı da vurgulanmaktadır. Bir kültürde geçerli ve güvenilir olarak belirlenen bir test başka bir kültürde bu özelliklere sahip olmayabilir. Bir ölçeğin farklı dil ve kültürlerde uygulanabilir olması için yapılan

sistematik hazırlık çalışmaları, ölçek uyarlaması olarak adlandırılır. Ölçek uyarlaması aşamaları aşağıdaki başlıklar altında özetlenebilir [104]:

- Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi / dil uyarlaması
- Psikometrik özelliklerin incelenmesi
- Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması

2.2.2.3. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi

Uyarlama çalışmaları testin Türkçe'ye çevrilip amaçlanan kitle tarafından anlaşılabilir bir dil yapısının kazandırılması ile başlar. Yapılan işlem 'çeviri' işlemi değil 'uyarlama' süreci olmalıdır çünkü bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi o ölçeğin doğasını bir miktar değiştirir. Farklılıkların azaltılması ya da en aza indirilmesi ve çevrilen dili kullanan insanlara uygulanarak standardizasyonunun yapılması, ölçek uyarlamasının temel işlemlerini oluşturur. Yapılan çalışmalar, tek taraflı çeviri yapılarak kullanılan ölçeklerin, geçerlik ve güvenilirliğinin düşük olduğunu göstermiştir.

Geri çeviri yöntemi daha maliyetli ve daha fazla zaman gerektiren bir yol olmasına karşın kültürler arası ölçek uyarlamalarında en çok önerilen yollardan birisidir. Bunun için en az iki çevirmenin olması gerekmektedir. Çevirmenlerden biri ölçeği orijinal dilden kullanılacağı dile çevirirken, diğer çevirmen de kullanılacağı dile çevrilen formu tekrar orijinal dile çevirmektedir. Yine de kültüre uygun çeviride yetersizlikler olmakta ve kullanımında güçlükler yaşanmaktadır. Bu nedenle ön uygulamanın yapılması önerilmektedir.

2.2.2.4. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

Ölçeğin standardize olabilmesi ve sonrasında uygun bilgiler üretme yeteneğine sahip olması ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesi olan 'güvenirlik' ve ölçmeyi amaçladığı özelliği doğru ölçebilme derecesinin göstergesi olan 'geçerlik' olarak nitelendirilen iki temel özelliğe sahip olması ile belirlenir. Güvenirliğin sağlanması geçerlik için bir ön koşuldur. Ölçme araçlarının geçerli ve güvenilir olması birbirinden bağımsız olarak düşünülemez, her ikisinin bir arada olması ile ölçek anlam bulur [104].

2.2.2.5.Güvenirlik

Güvenirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir. Ölçekle sağlanan bilgilerin kararlı özellik taşıdığına, yani hatadan arındırılmış olduğuna ve aynı amaçla yapılacak ikinci bir ölçümde aynı sonuçların elde edileceğine güven duyulması gerekir. Güvenilir bir ölçek hatasız ölçme yapan ölçektir. Ölçme aracıyla ilgili hata kaynaklarını azaltmak için ölçme aracının bazı yöntemlerle güvenilirliğinin araştırılması gerekir.

Gözlenen ölçüm değerinde hatanın katkısının artması, ölçülmek istenen özellik bakımından birimler arası gerçek farklardan gelmekte olan değişkenliğin azalmasına yol açacak ve güvenilirliğin azalmasına neden olacaktır. Gözlenen ölçüm değerindeki hata katsayısının azalması ise ölçeğin birimler arasındaki bazı gerçek farklılıkları yansıtmasını sağlayacak ve güvenilirliğin artmasını sağlayacaktır [104].

Güvenirlik katsayısı

Güvenirlik en iyi şekilde -1'den +1'e kadar değişen (r) korelasyon katsayısı ile ifade edilir. Korelasyon bir istatistiksel yöntem olarak iki değişken arasındaki ilişkinin derecesi ve yönü hakkında bilgi vermektedir. Hesaplanan korelasyon katsayısının +1 olması, iki ölçüm arasında pozitif ve mükemmel bir ilişki olduğunu, -1 olması ise negatif ve mükemmel bir ilişki olduğunu gösterir. 0.00 ise bir ilişki olmadığını gösterir. Testin güvenilirliği yükseldikçe hata oranı azalmaktadır. Literatürde 0.7'den düşük korelasyon katsayısı olan ölçeklerin kullanılması pek önerilmemektedir. Tablo 9'da ölçeğin güvenilirliğini sağlamak için kullanılan yöntemler gösterilmektedir [105].

Tablo 9. Ölçeğin Güvenirliğini Belirlemede Kullanılan Yöntemler

Değişmezlik	Test-tekrar test Paralel form
Ölçümcü Güvenirliği	Gözlemciler arası uyum Gözlemciler içi uyum
İç Tutarlık	Testi yarılama Madde istatistikleri İç tutarlık güvenilirlik katsayısı hesaplama

Değişmezlik

1.Testin tekrarı yöntemi (Test-tekrar test yöntemi): Bu yöntemde test aynı cevaplayıcı grubuna iki defa uygulanır. İki uygulamadan elde edilen puanlar arasında korelasyon hesaplanır. Test-tekrar test güvenilirliğine kararlılık, devamlılık, istikrarlılık katsayısı adı da verilir.

Testin tekrarı birkaç gün ile birkaç aylık bir süreden sonra yapılabilir. Test puanları sürekli bir değişken ve eşit aralıklı ölçek nitelikleri taşıdığı için güvenirlüğün bulunmasında genelde Pearson ya da Spearman Korelasyon eşitliği kullanılmaktadır. Bu katsayı örneklem büyüklüğünden etkilendiği için bunun hesaplanmasında en az 30 kişiden oluşan bir gruba uygulanması gerekmektedir.

Bu yöntemde iki uygulama arasında aralık kısa olduğu zaman birey ilk uygulamada hatırlayabildiği bazı bilgileri ikinci uygulamada kullanabilir, aralık uzun tutulduğunda ise zaman içerisinde ölçülen özellikler değişikliğe uğrayacağı için düşük güvenilirlik katsayıları elde edilecektir. Bu nedenle, önerilen süreler genellikle iki-üç ile dört-altı hafta arasında değişmektedir. Ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu saptamak için hesaplanan korelasyon katsayısının pozitif ve yüksek olması istenir. Bu sınır ölçekler için en az 0,70'dir [105].

2. Paralel (Eşdeğer) Form Yöntemi: İki eşdeğer formun deneklere uygulanıp aralarında korelasyon bakılmasına dayanır. Bulunan katsayı eşdeğerlik katsayısı olarak adlandırılır. İki testin paralel olabilmesi için aynı değişkeni ölçmesinin yanı sıra ortalamalarının, standart sapmalarının, varyanslarının, kovaryanslarının, madde sayılarının ve tiplerinin eşit olması gerekir.

Ölçümcü Güvenirliği

1.Gözlemciler arasındaki uyum: Bu tür ölçümlerde gözlemcilerin ayrı ayrı yaptıkları ölçümlerin ortalamaları alınarak, her bir durum için tek bir değer bulunur. Ayrı gözlem sonuçları birbirine ne kadar yakın ise sonuçta elde edilen ortalama değerlerin güvenirligi o kadar yüksek olur.

2.Gözlemciler içi uyum: İki ya da daha fazla gözlemin aynı gözlemci tarafından yapılarak puanlanması söz konusudur. Burada ölçümler arası tutarlığın yüzdesi güvenilirlik sınanması için en çok kullanılan istatistik yöntemidir [104].

İç Tutarlılık

İç tutarlılık, ölçüm aracının ölçtüğü varsayılan niteliği ölçen soruların kendi içlerinde ne kadar birbirleriyle ilişkili olduklarını, ne kadar homojen bir soru grubu oluşturduklarını tespit eder. Bir ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğine sahip olduğundan söz edebilmek için ölçeğin tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünü kanıtlamak gerekir. Bir ölçekte, alfa katsayısının hesaplanabilmesi için bir niteliği ölçen iki ya da daha fazla sorunun olması gerekir. İç tutarlılık katsayısını hesaplamada çok sayıda yöntem vardır:

1. İki yan test / yarıya bölme güvenilirliği: Bir gruba aynı anda uygulanan ölçme aracının soruları, iki eşit yarıya bölünür ve bireylerin iki eşdeğer yarıdan aldıkları puanlar arasındaki ilişki hesaplanır.

2. Madde Analizi / Madde toplam puan korelasyon katsayısı: Bu yöntemle bir test maddesinin varyansı toplam test puanının varyansı ile karşılaştırılarak aralarındaki ilişki incelenir. Bu ilişki Pearson ya da Spearman Korelasyonunun düzeltilmiş formülü ile hesaplanır. Ölçekteki maddeler eşit ağırlıkta ve bağımsız üniteler şeklinde ise her madde ile toplam değerler arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir. Madde toplam korelasyon katsayısının negatif olmaması gerekir. Kabul edilebilir olması için en az 0.20 olması gerekmektedir. 0.20'nin altında olması güvenilirliği düşürücü bir etki yaptığından o maddelerin çıkarılması gerekir.

3. Cronbach alfa katsayısı, Kuder-Richardson 20 ve 21: Bu tekniklerden hangisinin kullanılacağı, madde puanlarının ölçeklenme biçimine bağlıdır. Madde puanları süreksiz, var-yok, evet-hayır, doğru-yanlış veya 1-0 şeklinde ise KR20, sürekli ise Cronbach Alfa hesaplanması gerekir. Ayrıca KR21 eşitliği ise ölçekteki her bir sorunun güçlük derecesinin aynı olduğu varsayımında kullanılabilir.

- **Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı:** Cronbach (1951) tarafından geliştirilen alfa katsayısı yöntemi, maddeler doğru-yanlış olacak şekilde planlanmadığında, 1-3,1-4,1-5 gibi puanlandığında, kullanılması uygun olan bir iç tutarlılık tahmin yöntemidir. Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan k maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır [105].

2.2.2.6.Geçerlik

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir. Ölçüm aracının amacına hizmet edebilme özelliğidir. Ölçülen özelliğe sahip oluş derecesi bakımından bireyler arası gerçek farklardan meydana gelen değişkenliğin, ölçümlerde meydana gelen toplam değişkenliğe oranı hesaplanır. Geçerliğin yüksek olması, büyük ölçüde, ölçülmek istenen değişkenin ifade edilebilmesine bağlıdır. Bir ölçmenin geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu onun güvenilir olmasıdır. Ölçek geliştirme ve uyarlama aşamalarında sık kullanılan geçerlik türleri Tablo10'da gösterilmiştir. İdeal bir geçerlik saptama bu üç geleneksel kategoriye de kapsayan bilgileri içermelidir [104].

Tablo 10. Ölçeğin Geçerliğini Belirlemede Kullanılan Yöntemler

İçerik / Kapsam geçerliği	Uzman görüşleri alma
Ölçüt-Bağımlı geçerlik	Yordama-kestirim Eş zaman /her zaman
Yapı geçerliği	Faktör analizi Bilinen grup karşılaştırması Hipotez sınanması /mantıksal analiz Çok özellikli-çok yöntemli matris

İçerik / Kapsam geçerliği

Kapsam geçerliği ölçüm aracının, ölçülmek istenen yapının temel elementlerini ne ölçüde kapsadığını incelemekle ilgilidir. Kullanılan ölçeğin ölçülmek istenen değişkeni ölçüp ölçmediğini gösterir. Bu geçerlik türü, bir ölçme aracı içindeki maddeler veya soruların ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı konuları dengeli bir şekilde temsil etme derecesi hakkındaki uzman görüşüdür ve geçerlik düzeyi sayısal değerlerle belirlenemez. Konu uzmanların görüşlerine başvurularak ölçme aracının kullanılacağı amaç için uygun olup olmadığına, gerekli veriyi toplayacak durumda olup olmadığına ilişkin görüş alınarak daha saf, anlaşılır ve anlamlı maddelerden oluşan bir uyarlama sağlanmaya çalışılır.

Ölçüt-Bağımlı Geçerlik

Bir testin diğer testle elde edilen sonuçları verme yeteneğidir. Ölçüm aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği ne kadar başarıyla yordadığı sorusuna cevap verir. Yordama (kestirimsel) ve eş zaman (uyum) geçerliği olarak iki türüdür.

1.Yordama (kestirimsel) geçerliği: Geliştirilen ölçme aracından elde edilen puanlarla gelecekte gözlenecek, ölçülecek davranış arasındaki korelasyon hesaplanır. Eğer bireylerin test puanı ileride ne olacağına karar vermek amacıyla kullanılacak ise ya da ölçütle ilgili puanlar ilerideki bir zamanda elde edilmek zorundaysa testin yordama geçerliğine bakılır.

2.Eş zamanlı / benzer ölçek geçerliği: Üzerinde çalışılan ölçme aracından elde edilen puanların daha önce geliştirilmiş olan ve geçerlik güvenirliği test edilmiş olan aynı özelliği ölçen bir başka ölçme aracının puanları ile arasındaki korelasyon hesaplanır. Burada önemli nokta, karşılaştırılacak ölçeğin geçerlik güvenirliği yapılmış bir ölçek olması gerekliliğidir.

Yapı geçerliği

1. Faktör analizi: Aynı yapıyı ölçen çok sayıda değişkenden, az sayıda tanımlanabilir anlamlı değişken keşfetmeye yönelik çok değişkenli bir istatistiktir. Faktör analiziyle, ölçülen yapıda birbiriyle yüksek korelasyon gösteren özellikler birer faktör altında kümelendirilir. Açıklayıcı ve doğrulayıcı olmak üzere iki temel yönetime ayrılmaktadır. Açıklayıcı faktör analizinde değişkenler arasındaki ilişkiden hareketle faktör bulmaya, teori üretmeye yönelik bir işlem; doğrulayıcı faktör analizinde ise değişkenler arasındaki ilişkiye dair daha önce saptanan bir hipotezin test edilmesi söz konusudur [104].

2. Bilinen grup karşılaştırması: Bu yöntemle ölçmek istenilen özellik açısından birbirine benzemediği düşünülen iki ayrı gruba geliştirilen araç uygulanır ve sonuçlar karşılaştırılır. Gruplardan biri ölçülmek istenen faktörler açısından özellikleri bilinen bir gruptur. Bu yaklaşıma zıt gruplar geçerliği de denilmektedir.

3. Hipotez sınanması / mantıksal analiz: Eldeki testten çıkacak sonuçlara yönelik hipotezler geliştirilir. Bu hipotezler araştırma sonuçları ile desteklendiği zaman testin yapı geçerliği hakkında veri elde edilmiş olur. Burada araştırmacı ilgili kaynaklar

doğrultusunda önceden aralarında ilişki olacağı varsayımı kurduğu ilişkilerin yönünü ve düzeyini korelasyon analizi ile değerlendirirken test eder.

4. Çok özellikli - çok yöntemli matriks: Bir testin ölçtüğü değişkenlerin yanında ölçmediği değişkenlerin belirlenmesi de önemlidir. İlgilenilen iki ya da daha fazla, farklı kavramın ölçümleri arasındaki korelasyon katsayısı düşük ise ayırt edici geçerlik, her kavram için iki ya da daha fazla farklı ölçüm yolundan elde edilen puanlar yüksek korelasyon gösterirse benzer sonuç geçerlik doğrulanmış olur. Bunun için grubun dört ya da fazla testi doldurmaya gönüllü olması gerekir.

2.2.2.7.Kültürler Arası Karşılaştırma

Ölçek uyarlama çalışmalarının bu aşamasında uyarlanan ölçeğin normları saptanır ve diğer dildeki ölçek normları ile karşılaştırılır. Bu aşamada aşağıdaki soruların yanıtları aranır:

- ✓ Uyarlanan ölçeğin puan ortalamaları, standart sapmaları ve kesme noktası gibi özellikleri orijinal ölçeğin norm değerlerine benziyor mu?
- ✓ Uygulanan ölçeğin ölçme hatası, orijinal ölçeğin ölçme hatasına yakın mı?
- ✓ Uyarlanan ve orijinal ölçeğin faktör yapıları benziyor mu?
- ✓ Faktör-madde yükü her iki ölçekte de benzer değerde mi?

Yukarıda sorulan soruların bir çoğu, uyarlanan ölçeğin psikometrik özellikleri değerlendirilirken kendiliğinden yanıtlanır. Bu sorulara istenen yanıtlar alınamıyorsa örneğin ölçeklerin faktör yapısı örtüşmüyor ise bunun olası nedenleri araştırılmalı ve açıklanmalıdır [104].

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Gastroenteroloji polikliniğine başvuran kronik fonksiyonel kabızlığı olan hastalara uygulanacak olan KKYKÖ'nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla planlanan kesitsel, tanımlayıcı ve metodolojik bir çalışmadır. Çalışmaya, DEÜTF etik kurul onayı alındıktan sonra başlanmış ve çalışmaya alınan tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

3.1.Amaç

A- Tüm dünyadaki gibi KKYKÖ 'nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini belirlemektir.

B- Bu çalışma sonucunda bu değerlendirmenin Türk toplumu için geçerliği ve güvenilirliği saptanırsa bu ölçeği diğer çalışmalarda ve günlük pratikte uygulayabilmektir.

3.2. Hastalar

Çalışmaya, Ocak-Haziran 2012 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran konstipasyon yakınması olan ve kronik fonksiyonel konstipasyon kriterlerine uyan hastalar alınmıştır. Araştırma kapsamına, okuma-yazması olan, araştırmaya gönüllü, 18 yaş ve üstü, bilişsel fonksiyonları yerinde olan kronik konstipasyon hastaları ve kronik konstipasyon dışında sadece bir kronik hastalığı olan hastalar dâhil edilmiştir.

Araştırmanın örneklemini araştırma evreninden olasılıksız örneklem seçim tekniği ile seçilen ve sınırlamada belirlenen özelliklere uygun ve araştırmaya katılmaya kabul eden kişiler oluşturmuştur. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünün madde sayısının en az beş katı olması gerektiği bilgisine dayanılarak ölçeği oluşturan 28 soru için soru sayısının beş katı olan 140 kişilik örneklem büyüklüğüne ulaşılması hedeflenmiş ve toplamda 154 hasta bu çalışmaya alınmıştır [106].

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

DEÜTF Gastroenteroloji Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran konstipasyon yakınması olan ve kronik fonksiyonel konstipasyon kriterlerine uyan hastaların çalışmaya alınmıştır.

Araştırma kapsamına:

- 1) okuma-yazması olan,
- 2) araştırmaya gönüllü,
- 3) 18 yaş ve üstü, bilişsel fonksiyonları yerinde olan

4) kronik konstipasyon hastaları (Roma III kriterlerine göre tanı alan) ve kronik konstipasyon dışında sadece bir kronik hastalığı olan hastalar (ek kronik hastalıkların yaşam kalitesini daha fazla etkileyeceği ve yaşam kalitesini azaltacağı düşünüerek sadece ek bir kronik hastalığı olan hastalar) çalışma kapsamına alınmıştır.

Çalışmaya almama kriterleri:

- 1) İlaç kullanımına bağlı konstipasyonu olanlar
- 2) Akıl sağlığı yerinde olmayıp anket formunu dolduramayacak hastalar
- 3) Türkçe okuyup yazamayan hastalar
- 4) Son üç ay içerisinde hayatında önemli bir olay yaşayanlar (örneğin birinci derecede akrabalarından birini kaybetme) çalışma dışı bırakılmıştır.

Gerektiğinde araştırmanın sonlandırılma kriterleri (hastalık vb.):

Hastanın çalışmaya katılmak istememesi, anket formunu tamamlamaması, anketin tekrar uygulanmasını kabul etmemesi olarak belirlenmiştir.

3.3. Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırmada gerekli verilerin toplanması için aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır:

- ROMA III Kriterleri Formu (Ek 2)
- Sosyodemografik Özellikler Anket Formu (Ek 3)
- Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 4)
- Short Form 36 (EK 5)
- Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme Formları (Ek 6)

Fonksiyonel Kabızlık–Roma III Kriterleri (Ek-2):

Uluslararası bir kurul, kronik fonksiyonel kabızlığın, “Roma III kriterleri” diye isimlendirilen, hastaların kolaylıkla anlayabileceği ve cevaplayabileceği, deneysel araştırmalarda ve klinik uygulamada kolaylık sağlayacağı düşünülen uygun bir tarifini

önermiştir. Tanı koyarken bu kriterlerin son 12 ayda ve birbirini takip eden en az üç ay boyunca görülmüş olması önemlidir.

1. Aşağıdakilerden en az iki veya daha fazlasının bulunması:

- Dışkılamaların en az % 25'inde ıkınma, fazla gayret gösterme
- Dışkılamaların en az % 25'inde topak veya sert dışkılama
- Dışkılamaların en az % 25'inde tam boşalamama hissi
- Dışkılamaların en az % 25'inde ano rektal tıkanıklık hissini oluşması
- Dışkılamaların en az % 25'inde el yardımıyla kolaylık sağlayarak dışkılama mecburiyetinde olunması
- Haftada üçten daha az sayıda dışkılama

2. Laksatif kullanmadan nadiren yumuşak dışkılama yapılabilmesi

3. K-İBS için aranılan kriterlerin yetersiz olması şartları aranmalıdır.

Kronik konstipasyon diyebilmek için, hasta en az altı ay boyunca semptomatik olmalı ve birbirini takip eden en az üç ay boyunca da yukarıdaki kriterlere uygun şikayetleri olmalıdır.

Sosyodemografik Özellikler Anket Formu (Ek-3):

Bu form, kronik konstipasyon hastalarının sosyo-demografik özelliklerini ve hastalığa ilişkin değişkenlerini içeren toplam 21 sorudan oluşmaktadır. Bireyin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin yaş, cinsiyet, medeni durum, ev halkı sayısı, çocuk sayısı, sosyal güvence, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, mesleği, tekrar ulaşılması için gerekli olan ad, soyadı, adres, telefon bilgilerini içermektedir. Hastalığa ilişkin değişkenler açısından hastalığın tanısına, sigara, alkol tüketim sıklığına, bakmakla yükümlü olduğu kişilere, ona bakabilecek kişilere, var olan ek kronik hastalığına, hastalığı nedenli yaşam şekli değişikliğine, rol performansı problemlerine yönelik sorular yer almaktadır.

Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-4):

“Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeği” kronik kabızlığın yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkilerini ölçmek için Patrick Marquis ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiş, puanlaması ve yapısı bakımından basit bir ölçektir. Orijinal ismi ‘Patient Assessment of Constipation Quality of Life Questionnaire’dir [107].

“Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeği” toplamda 28 soru içermektedir. Bu 28 sorunun içeriklere göre birleşmesiyle 7 ölçek maddesi oluşmaktadır.

Madde 1; birinci ve ikinci sorunun birleşmesiyle oluşmakta ve kronik kabızlıkla ilgili semptomların son iki hafta içindeki yoğunluğuyla ilgilidir.

Madde 2; üç, dört, beş ve altıncı sorulardan oluşmakta ve kronik kabızlığın günlük yaşamı ne sıklıkla etkilediğini incelemektedir.

Madde 3; yedi, sekiz, dokuz, on, onbir ve onikinci soruların birleşmesi ile oluşmakta ve kronik kabızlığın günlük yaşamı ne ölçüde etkilediğiyle ilişkilidir.

Madde 4; onüç, ondört, onbeş, onaltı, onyediyedi ve onsekizinci sorunun birleşmesiyle oluşmakta hastanın duyguları ve sıklığıyla ilişkilidir.

Madde 5; ondokuz, yirmi ve yirmibirinci sorulardan oluşmakta hastaların kronik kabızlıkla duygularının ne ölçüde etkilendiğini değerlendirmektedir.

Madde 6; yirmi iki, yirmi üç ve yirmi dördüncü sorulardan oluşmakta ve kabızlıkla birlikte hastanın yaşantısını değerlendirmektedir.

Madde 7; yirmi beş, yirmi altı, yirmi yedi ve yirmi sekizinci sorulardan oluşmakta ve hastanın ne ölçüde hoşnut olduğuyla ilgilidir.

Ölçeğin faktör analizi yapısı incelendiğinde “Fiziksel rahatsızlık”, “Psikososyal rahatsızlık”, “Kaygılar-uyarılar” ve ‘Tatminlik’ olmak üzere 4 alt boyuttan oluştuğu görülmektedir. ‘Fiziksel rahatsızlık’ boyutu dört madde, “Psikososyal rahatsızlık” boyutu sekiz madde, “Kaygılar-uyarılar” boyutu onbir madde ve ‘Tatminlik’ alt boyutu beş maddeden oluşmaktadır [107].

Ölçeğin uygulanması yaklaşık 15-20 dakikadır. Tablo 11’de ölçeğin alt boyutları, maddeleri, ölçek içerisinde yer aldığı soru numaraları ve maddelerin içerdiği alt soru sayıları görülmektedir.

Ölçek, Marquis ve arkadaşları tarafından ABD ve İngiltere’de 9 merkezde 260 kronik kabızlık hastasında 6 haftalık gözlem periyodunda uygulanmıştır. Bu çalışmada ölçek maddelerinin hesaplanan Cronbach alfa katsayıları 0.81 ile 0.91 arasında bulunmuştur. “Fiziksel rahatsızlık” maddesi için Cronbach Alpha katsayısı 0.86, “Psikososyal rahatsızlık” maddesi için 0.91, “Kaygılar-uyarılar” maddesi için 0.83 ve ‘Tatminlik’ maddesi için 0.81 olarak bulunmuştur. Marquis tarafından yapılan

bu çalışmada tüm ölçek için Cronbach Alpha katsayısı 0.93 olarak hesaplanmıştır [107].

Tablo 11. Kronik Kabızlık Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ölçeğin alt boyutları	Ölçek maddeleri	Soru numaraları	
Fiziksel rahatsızlık	Madde 1.Kabızlığın ölçüsü Madde2.Kabızlığın günlük yaşam üzerindeki etkilerinin sıklığı	1-2-3-4	
Psikososyal rahatsızlık	Madde2.Kabızlığın günlük yaşam üzerindeki etkilerinin sıklığı Madde3. Kabızlığın günlük yaşam üzerindeki etkilerinin ölçüsü	5-6-7-8-9-10-11-12	
Kaygılar-uyarılar	Madde 4. Hastanın duygularının sıklığı Madde 5. Hastanın duygularının ölçüsü Madde 6. Hastanın kabızlıkla birlikte olan yaşantısı	13-14-15-16-17-18- 19-20-21-22-23	
Tatminlik	Madde 6. Hastanın kabızlıkla birlikte olan yaşantısı Madde7. Hastanın ne kadar memnun olduğu	24-25-26-27-28	

Yedi maddeden oluşan ölçek Likert tipindedir. Ölçekte her bir seçenek en az '0' ile en fazla '4' arasında bir puan almaktadır. '0' en düşük puanı '4' ise en yüksek puanı ifade etmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin daha kötü olduğunu ifade etmektedir.

3.4. ARAŞTIRMADA KULLANILAN YÖNTEMLER

Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanmasına yönelik olarak geçerliliğini test etmek için araştırmanın ilk aşamasında ölçeğin dil geçerliliğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Ölçek, ilk önce İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. İki dili de iyi bilen, tıp mensubu 3 kişi tarafından çeviri yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe çevirisinden en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan halinin Türkçe'den İngilizce'ye çevirisi de her iki dili de çok iyi bilen bir İngiliz dili uzmanı, bir de yurt dışında eğitim almış bir uzman hekim tarafından yapılmıştır (çeviri-tekrar çeviri yöntemi). Son olarak İngilizce'ye çevrilmiş olan ölçek; iki uzman hekim tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçe'ye çevrilen son hali ilk metinler ile karşılaştırılmış ve gerekli değişiklikler yapılarak içerik geçerliğinin değerlendirilmesi için 3 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur. Görüşüne başvurulanan uzmanlardan, ölçek maddelerini anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, kültüre uygunluk yönünden değerlendirmeleri istenmiştir. Her bir madde 1 ile 10 arasında değişen puanlarla değerlendirilmiştir (1=hiç uygun değil, 10=tamamen uygun). Uzman görüşlerine göre her bir maddenin uygunluk puanı en az 7 puan ve üzeri olarak bulunmuştur. Uzmanlar tarafından önerilen değişiklikler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir. Verileri araştırma kapsamına alınmayan 10 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Katılımcılara ölçekteki ifadelerin anlaşılabilirliğine, kolay okuma, doldurulma durumlarına ilişkin sorular sorularak ankete son şekli verilmiştir.

Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Psikometrik Uygunluğu:

Güvenirlilik ve Geçerlik Analizleri

1.Güvenirlilik Analizleri [108]:

“Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin güvenirliliği kapsamında zamana göre değişmezlik, iç tutarlılık ölçütleri incelenmiştir.

a)Zamana Göre Değişmezlik: Ölçeğin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için **test- tekrar test yöntemi** uygulanmıştır. İlk uygulamadan 2 hafta sonra 77

örneklem grubuna anket tekrar uygulanmıştır. Önceki ve sonraki ölçümler arasındaki korelasyon sıralı ve sürekli veriler karşılaştırıldığı için “**Spearman Korelasyon Katsayısı**” hesaplanarak incelenmiştir.

b) İç Tutarlılık: Ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için “**Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı**” hesaplanmış ve madde analizlerinde, madde-toplam puan korelasyonunu incelemek için ‘**Spearman Korelasyon Katsayısı**’ hesaplanmıştır.

2.Geçerlik Analizleri [108] : Ölçeğin geçerliği, içerik/kapsam geçerliği ve yapı geçerliği değerlendirilerek incelenmiştir.

a)İçerik/Kapsam Geçerliği: İçerik / kapsam geçerliğinin sağlanmasında ölçeğin anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, kültüre uygunluk yönünden değerlendirmesi için 3 uzman görüşüne başvurulmuştur.

b)Yapı/Kavram Geçerliği: Yapı geçerliği kapsamında faktör analizi ve hipotez sınaması yöntemleri kullanılmıştır.

Faktör analizinde, doğrulayıcı faktör analizi (Confirmatory factor analysis) uygulanmıştır.

Hipotez sınamasında ölçüt geçerliği için konstipasyon semptom değerlendirme, örtüşüm geçerliği için SF 36 anketleri kullanılmıştır. Bu anketlerin toplam puan ortalamaları ile “Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeği” nden alınan toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki ‘Spearman korelasyon katsayısı’ ile belirlenmiştir.

Ayrıca elde edilen tüm verilerin analizinde The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 for Windows programı kullanılmıştır. Sosyo-demografik verilerin değerlendirilmesinde kronik kabızlık hastalarının sosyo-demografik özellikleri için sayı ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır.

3.5.ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

- Araştırmaya dâhil edilmek istenen kronik konstipasyon hastalarına sözlü ve yazılı bilgi verildikten sonra gönüllülüklerini beyan etmek üzere yazılı izin alınmıştır). (Ek 1)
- Ölçeğin Türkçe`ye çevrilip Türkiye`de uygulanması için Patrick Marquis`den e-posta ile izin istenmiştir.
- Çalışmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji A.B.D`dan ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır (Ek 7).

4.SONUÇLAR

4.1. Kronik Konstipasyon Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri

Bu araştırmada yer alan 154 kişinin yaş ortalaması $49,45 \pm 17,21$ yıldır (en az:18, en çok: 85). Araştırma grubunun %72'si kadın, yaklaşık 2/3'ü evli (%65,6) ve %38,3'ünün ilkokul düzeyinde eğitimi vardır. Çalışma grubunun demografik ve eğitim durumu özellikleri Tablo 12'de özetlenmiştir.

Tablo 12. Araştırma Grubu Hastaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı (n=154)	%
Cinsiyet		
Erkek	43	27,9
Kadın	111	72,1
Medeni durum		
Evli	101	65,6
Bekar	27	17,5
Dul veya boşanmış	26	16,9
Eğitim durumu		
İlkokul	59	38,3
Ortaokul	31	20,1
Lise	54	35,1
Üniversite	10	6,5
Toplam	154	100,0

Çalışma grubunun meslek, çalışma özellikleri, sosyal güvence ve ekonomik durum özellikleri Tablo 13'de özetlenmiştir. Katılımcıların %33,1'i ev hanımı, %25,3'ü emekli olup % 67,5'i de şu an çalışmamaktadır. Tümünün sosyal güvencesi vardır, çoğunluğu SSK ve Emekli sandığıdır (%87,7). Katılımcıların yaklaşık olarak yarısının (%48,1) geliri 1000-3000 TL arasındadır.

Tablo 13. Araştırma Grubu Hastaların Bazı Sosyoekonomik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı (n=154)	%
Meslek		
Serbest meslek	7	4,5
Devlet memuru	20	13,0
İşçi	16	10,4
Ev hanımı	51	33,1
Emekli	39	25,3
Diğer	21	13,6
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	104	67,5
Yarım gün çalışıyor	4	2,6
Tam gün çalışıyor	46	29,9
Sosyal güvence		
Emekli sandığı	66	42,9
SSK	69	44,8
Bağkur	16	10,4
Diğer-özel	3	1,9
Gelir durumu		
500 YTL - daha az	3	1,9
500-1000 YTL	59	38,3
1000-3000 YTL	74	48,1
3000 YTL - daha fazla	18	11,7
Geçimini sağlayan kişi		
Kendisi	75	48,7
Esi	61	39,6
Anne-baba	16	10,4
Çocuğu	2	1,3

Katılımcıların %43,5'inde komorbid bir durum vardır, %8,4'ünde diyabet, %6,5'inde KVH bulunmaktadır. Şu an %27,3'ü sigara içmekte, alkol alışkanlığı çok düşük düzeydedir. Kişilerin %43,5'i bir kişiye bakmakla yükümlü iken %52,6'sı kendisine gerektiğinde bakım verecek birisi olduğunu bildirmiştir. Genel sağlık durumu özellikleri Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Araştırma Grubunun Genel Sağlık, Alışkanlık ve Bakım Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı (n=154)	%
Kronik hastalık (var)	67	43,5
Hipertansiyon	8	5,2
Diyabet	13	8,4
Kardiyovasküler hastalık	10	6,5
Akciğer hastalıkları	5	3,2
Tiroid hastalıkları	11	7,1
Diğer hastalıklar	20	13,0
Sigara alışkanlığı		
Hayır	98	63,6
Evet	42	27,3
Eski içici	14	9,1
Alkol alışkanlığı		
Tüketmiyor	120	77,9
Sosyal icici	29	18,8
Ayda bir kez	2	1,3
Haftada bir iki kez	3	1,9
Hastalık durumunda bakım alma-verme durumu		
Bakmakla yükümlü olduğu kişi varlığı (var)	67	43,5
Evde bakımını üstlenecek kişi varlığı (var)	81	52,6

4.2. 'Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Değerlendirilmesi

Ölçek bulguları, dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar, ölçek güvenilirliği analizlerine ait bulgular ve ölçek geçerliği analizlerine ait bulgular olmak üzere üç başlık altında yapılmıştır.

Bir ölçme aracında olması gereken vazgeçilmez iki temel özellik **geçerlik** ve **güvenirlilik**dir. Güvenirliğin sağlanması geçerlik için bir ön koşuldur fakat geçerli olduğunun da göstergesi değildir. Ancak güvenilir olmayan bir aracın geçerliğine bakmaya gerek yoktur. Bu bakımdan ölçeğin güvenilirliğine yönelik bulguların öncelikli verilmesi tercih edilmiştir.

4.2.1. 'Kronik Kabızlık Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Dil Geçerliği'ne Yönelik Yapılan Çalışmalar

"Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeği" kronik kabızlığın yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkilerini ölçmek için Patrick Marquis ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiş bir ölçektir. Bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmalarında, İlk adım olarak ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye iki dili de iyi bilen, tıp mensubu 3 kişi tarafından çevirisi yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe çevirisinden en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan halinin Türkçe'den İngilizce'ye çevirisi her iki dili de çok iyi bilen bir İngiliz dili uzmanı, bir de yurt dışında eğitim almış bir uzman hekim tarafından yapılmıştır (çeviri-tekrar çeviri yöntemi). Son olarak İngilizce'ye çevrilmiş olan ölçek; iki uzman hekim tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçe'ye çevrilen son hali ilk metinler ile karşılaştırılmış ve gerekli değişiklikler yapılarak içerik geçerliliğinin değerlendirilmesi için 3 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur.

Örneğin pilot uygulaması sırasında kronik kabızlığın hastanın günlük yaşamı üzerindeki etkisinin ölçüsünü inceleyen on, onbir ve onikinci sorular hastalar tarafından yeterince anlaşılmadığı için anlaşılabilirliği arttırmak için örnekler eklenmiştir. Verilen örnekler ölçeğin orijinal içeriğinde olmayan ancak Türk kültüründe günlük yaşamda yapılan aktiviteler ile ilgilidir.

'Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlaması sırasında "**12) Been worried about having to change your daily routine (for example traveling, being away from home)?**" sorusu ön uygulama sırasında

hastaların soruyu net anlamamaları üzerine **'son 2 haftada kabızlığınız nedeniyle günlük rutin programınızı değiştirmek zorunda kalmaktan dolayı endişe duyduunuz mu?'** sorusuna, Türk toplumuna uygun olabilecek örnekler eklenmiş ve soru **'son 2 haftada kabızlığınız nedeniyle günlük rutin programınızı (örneğin seyahat etmek, çarşıda gezmek, komşuya ya da kahveye gitmek, sinema/tiyatroya gitmek, lokantada yemek yemek gibi) değiştirmek zorunda kalmaktan dolayı endişe duyduunuz mu?'** şeklinde değiştirilmiştir.

Yine benzer şekilde **'10) Been embarrassed about staying in the bathroom for so long when you were away from home? ve 11) Been embarrassed about having to go to the bathroom so often when you were away from home?'** soruları da **' son iki hafta içinde evden uzakta olduğunuz zamanlarda tuvalette çok uzun süre kalmak zorunda olmaktan dolayı utandınız mı? ve son iki hafta içinde evden uzakta olduğunuz zamanlarda tuvalete çok sık gitmek zorunda kalmaktan dolayı utandığınız oldu mu?'** şeklinde sorulduğunda çok açıklayıcı olmadığı için **' son iki hafta içinde evden uzakta olduğunuz zamanlarda (seyahatte, arkadaş komşu ziyaretinde, çarşıda gibi...) tuvalette çok uzun süre kalmak zorunda olmaktan dolayı utandınız mı? ve son iki hafta içinde evden uzakta olduğunuz zamanlarda (seyahatte, arkadaş komşu ziyaretinde, çarşıda gibi...) tuvalete çok sık gitmek zorunda kalmaktan dolayı utandığınız oldu mu?'** şeklinde örnekler verilerek değiştirilmiştir.

4.2.2. 'Kronik Kabızlık Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri

Bu bölümde bu yaşam kalitesi ölçeğine verilen cevapların sonuçları, zamana göre değişmezlik, iç tutarlık analizlerine yönelik bulgular yer almaktadır. Kabızlık değerlendirme ölçeğinin her soru için verilen yanıtların sıklık dağılımları ve her soru bazında ortanca (median) değerler Tablo 15'te sunulmuştur. Konstipasyon ölçeği ilk uygulamada median değer 50.0 ve minimum değer 0.0, maksimum değer 98'dir.

Tablo 15. Katılımcıların Konstipasyon Ölçek Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Son 2 haftada;	0-Hiç Sayı (%)	1-Biraz Nadiren Sayı (%)	2-Kismen Bazen Sayı (%)	3-Oldukça Çoğunlukla Sayı (%)	4-Aşırı Herzaman Sayı (%)	Median
S1.Kendinizi patlayacak kadar şişkin hissettiniz mi?	17 (11.0)	32(20.8)	38 (24.7)	47 (30.5)	20 (13.0)	2
S2.Kabızlığınız yüzünden kendinizi ağırlaşmış hissettiniz mi?	20(13.0)	27(17.5)	33(21.4)	47 (30.5)	27(17.5)	2
S3.Herhangi bir fiziksel sıkıntı hissettiniz mi?	25(16.2)	26(16.9)	45(29.2)	43 (27.9)	15(9.7)	2
S4.Tuvalete çıkma ihtiyacı hissedip te yapamadığınız oldu mu?	10(6.5)	19(12.3)	33(21.4)	70 (45.5)	22(14.3)	3
S5.Diğer insanların yanında olmaktan dolayı utanıyorsunuz mu?	70(45.5)	31(20.1)	37(24.0)	14 (9.1)	2(1.3)	1
S6.Tuvalete çıkamadığınız için gittikçe daha az mı yemek yiyorsunuz?	50(32.5)	27(17.5)	45(29.2)	23 (14.9)	9(5.8)	1
S7.Yediklerinize dikkat etmek zorunda kaldınız mı?	24(15.6)	27(17.5)	37(24.0)	53 (34.4)	13(8.4)	2
S8. İştahınız azaldı mı?	66(42.9)	36(23.4)	32(20.8)	16 (10.4)	4(2.6)	1
S9.Ne yiyeceğinizi seçememekten endişe duyduunuz mu ?	57(37.0)	29(18.8)	28(18.2)	26 (16.9)	14(9.1)	1
S10.Evden uzak olduğunuz zamanlarda tuvalete çok uzun süre kalmaktan dolayı utanıyorsunuz mu?	44(28.6)	28(18.2)	36(23.4)	29 (18.8)	17(11.0)	2
S11. Evden uzak olduğunuz zamanlarda tuvalete çok sık gitmek zorunda kalmaktan dolayı utanmış olduğunuz oldu mu?	62(40.3)	33(21.4)	26(16.9)	26 (16.9)	7(4.5)	1
S12.Günlük rutin programınızı değiştirmek zorunda kaldığınız için endişe duyduunuz mu?	44(28.6)	33(21.4)	32(20.8)	31 (20.1)	14(9.1)	1
S13.Durumunuz nedeniyle kendinizi huzursuz hissettiniz mi?	8(5.2)	21(13.6)	37(24.0)	53 (34.4)	35(22.7)	3
S14.Durumunuz nedeniyle kendinizi üzgün hissettiniz mi?	12(7.8)	25(16.2)	40(26.0)	55 (35.7)	22(14.3)	2
S15.Durumunuzu takıntılı haline getirdiniz mi ?	32(20.8)	26(16.9)	41(26.6)	35 (22.7)	20(13.0)	2
S16.Durumunuz nedeniyle stresli oldunuz mu?	17(11.0)	24(15.6)	31(20.1)	58 (37.7)	24(15.6)	3
S17.Durumunuz nedeniyle kendinize güveniniz azaldı mı?	63(40.9)	27(17.5)	33(21.4)	23 (14.9)	8(5.2)	1
S18.Durumunuzun kontrol ünün elinizde olduğunu hissettiniz mi?	40(26.0)	41(26.6)	40(26.0)	19 (12.3)	14(9.1)	1
S19.Tuvalete ne zaman çıkacağınızı bilememekten dolayı endişe duyduunuz mu?	32(20.8)	28(18.2)	28(18.2)	52 (33.8)	14(9.1)	2
S20.İhtiyacınız olduğunda tuvalete gidip dışarı çıkamamaktan dolayı endişe duyduunuz mu?	24(15.6)	25(16.2)	30(19.5)	52 (33.8)	23(14.9)	2
S21.Tuvalete çıkamamaktan dolayı gittikçe daha fazla rahatsızlık duyduunuz mu?	10(6.5)	26(16.9)	32(20.8)	54 (35.1)	32(20.8)	3
S22. Durumunuzun daha da kötüye gideceğinden korktunuzmu ?	18(11.7)	13(8.4)	47(30.5)	42 (27.3)	34(22.1)	2
S23.Vücudunuzun düzgün çalışmadığını hissettiniz mi?	7(4.5)	16(10.4)	43(27.9)	56 (36.4)	32(20.8)	3
S24.İstediğinizden daha az sıklıkta tuvalete çıktınız mı ?	10(6.5)	23(14.9)	31(20.1)	61 (39.6)	29(18.8)	3
S25.Tuvalete çıkma sıklığınızdan memnun musunuz?	92(59.7)	30(19.5)	14(9.1)	14 (9.1)	4(2.6)	0
S26.Tuvalete çıkma düzeninizden memnun musunuz?	100(64.9)	17(11.0)	20(13.0)	12 (7.8)	5(3.2)	0
S27.Barsaklarınızın çalışması hakkında memnun musunuz?	92(59.7)	38(24.7)	11(7.1)	9 (5.8)	4(2.6)	0
S28.Tedavinizden memnun musunuz?	50(32.5)	54(35.1)	27(17.5)	19 (12.3)	4(2.6)	1

Tabloda da görüldüğü gibi ölçek sorularından en çok onüçüncü soruda aşırı ya da her zaman şeklinde yanıt verilmiş olup yirmi altıncı soruda da en fazla oranda hiç yanıt verilmiştir.

4.2.2.1. Ölçeğin İç Tutarlılık Analizleri

Tutarlılık tüm sorular ve ölçeğin bölümleri göz önünde bulundurularak değerlendirilmiştir ve Tablo 16'da özetlenmiştir. Bu ölçeğin iç tutarlılığını belirlemede **Cronbach Alpha katsayı hesaplaması** ve **madde analizi** yöntemleri kullanılmıştır.

4.2.2.1.1. Cronbach Alpha katsayısı hesaplaması:

Tablo 16. Konstipasyon Ölçeğinin İç Tutarlılığı

Konstipasyon Ölçeği / bölümleri	Cronbach alpha değeri
Konstipasyon Ölçeği tüm sorular	0.895
Fiziksel rahatsızlık	0.794
Psikososyal rahatsızlık	0.825
Kaygılar-uyarılar	0.885
Tatminlik	0.706

Konstipasyon ölçeğinin tüm sorular ve bölümlere ait sorulara göre tutarlılığı kontrol edildiğinde, tüm bölüm soruları ve ölçeğin tüm soruları için bu araştırma grubunda tutarlı olduğu (0.70'den büyük) saptanmıştır. İç tutarlılık güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0.89; alt boyutlar için ise 'fiziksel rahatsızlık' için 0.79, 'psikososyal rahatsızlık' için 0.82, 'kaygılar-uyarılar' için 0.88 ve 'tatminlik ' için 0.70 bulunmuştur.

4.2.2.1.2. Madde Analizi

Bu bölümde ölçekteki her bir sorunun ait olduğu alt boyut toplam puanı ile korelasyonu ve her bir ölçek alt boyut toplam puanının ölçek toplam puanı ile korelasyonu incelenmiştir.

Tablo 17. Tüm Sorular ve Toplam Test Puanı Arasındaki Korelasyonlar

Son 2 haftada;	Rho (p) Soru /toplam puan
Kendinizi patlayacak kadar şişkin hissettiniz mi?	0.584 (<0.001)
Kabızlığınız yüzünden kendinizi ağırlaşmış hissettiniz mi?	0.612 (<0.001)
Herhangi bir fiziksel sıkıntı hissettiniz mi?	0.590 (<0.001)
Tuvalete çıkma ihtiyacı hissedip te yapamadığınız oldu mu?	0.488 (<0.001)
Diğer insanların yanında olmaktan dolayı utandınız mı?	0.570 (<0.001)
Tuvalete çıkamadığınız için gittikçe daha az mı yemek yiyorsunuz?	0.449 (<0.001)
Yediklerinize dikkat etmek zorunda kaldınız mı?	0.498 (<0.001)
İştahınız azaldı mı?	0.388 (<0.001)
Ne yiyeceğinizi seçememekten endişe duydunuz mu ?	0.651 (<0.001)
Evden uzak olduğunuz zamanlarda ttuvalette çok uzun süre kalmaktan dolayı utandınız mı?	0.679 (<0.001)
Evden uzak olduğunuz zamanlarda tuvalete çok sık gitmek zorunda kalmaktan dolayı utandığınız oldu mu?	0.581 (<0.001)
Günlük rutin programınızı değiştirmek zorunda kaldığınız için endişe duydunuz mu?	0.546 (<0.001)
Durumunuz nedeniyle kendinizi huzursuz hissettiniz mi?	0.729 (<0.001)
Durumunuz nedeniyle kendinizi üzgün hissettiniz mi?	0.689 (<0.001)
Durumunuzu takıntı haline getirdiniz mi ?	0.588 (<0.001)
Durumunuz nedeniyle stresli oldunuz mu?	0.624 (<0.001)
Durumunuz nedeniyle kendinize güveniniz azaldı mı?	0.558 (<0.001)
Durumunuzun kontrol ünün elinizde olduğunu hissettiniz mi?	0.102 (0.209)
Tuvalete ne zaman çıkacağınızı bilememekten dolayı endişe duydunuz mu?	0.696 (<0.001)
İhtiyacınız olduğunda tuvalete gidip dışarı çıkamamaktan dolayı endişe duydunuz mu?	0.676(<0.001)
Tuvalete çıkamamaktan dolayı gittikçe daha fazla rahatsızlık duydunuz mu?	0.680(<0.001)
Durumuzun daha da kötüye gideceğinden korktunuzmu ?	0.613(<0.001)
Vücudunuzun düzgün çalışmadığını hissettiniz mi?	0.616(<0.001)
İsteddiğinizden daha az sıklıkta tuvalete çıktınız mı ?	0.435(<0.001)
Tuvalete çıkma sıklığınızdan memnun musunuz?	0.600(0.458)
Tuvalete çıkma düzeninizden memnun musunuz?	0.630(0.440)
Barsaklarınızın çalışması hakkında memnun musunuz?	0.290(0.717)
Tedavinizden memnun musunuz?	0.011(0.894)

Tablo 18. Alt Grup ve Toplam Test Puanı Arasındaki Korelasyonlar

Alt grup	Alt grup/Toplam test skor korelasyonu	
	Rho	P
Fiziksel Rahatsızlık	0.735	<0.001
Psikososyal Rahatsızlık	0.844	<0.001
Kaygılar-Uyarılar	0.882	<0.001
Tatminlik	0.231	0.004

Tabloya göre ölçekte en düşük alt boyut- toplam test puan korelasyonuna sahip madde 0.23 ile tatminlik alt grubudur. Ölçeğin tüm alt gruplarına bakıldığında toplam puanlarla korelasyon görülmekle birlikte zayıf bir korelasyon saptanmıştır. En yüksek alt boyut-toplam test puan korelasyonuna sahip madde 0.88 ile kaygılar-uyarılarıdır.

Tablo 19. Fiziksel Rahatsızlık Alt Grubu Toplam Puan ve Soru Puanları Arasındaki Korelasyon

Sorular	Alt grup / soru puanları korelasyonu	
	Rho	P
Soru 1	0.848	<0.001
Soru 2	0.846	<0.001
Soru 3	0.771	<0.001
Soru 4	0.638	<0.001

Fiziksel rahatsızlık alt grubu toplam puan ve soru puanları arasında korelasyon anlamlı ve orta-güçlü düzeydedir (Tablo 19).

Tablo 20. Psikososyal Rahatsızlık Alt Grubu Toplam Puan ve Soru Puanları Arasındaki Korelasyon

Sorular	Alt grup / soru puanları korelasyonu	
	Rho	P
Soru 5	0.620	<0.001
Soru 6	0.616	<0.001
Soru 7	0.589	<0.001
Soru 8	0.534	<0.001
Soru 9	0.731	<0.001
Soru 10	0.768	<0.001
Soru 11	0.685	<0.001
Soru 12	0.680	<0.001

Psikososyal rahatsızlık alt grubu toplam puan ve soru puanları arasında korelasyon anlamlı ve orta-güçlü düzeydedir (Tablo 20).

Tablo 21. Kaygılar-uyarılar alt grubu toplam puan ve soru puanları arasındaki korelasyon

Sorular	Alt grup / soru puanları korelasyonu	
	Rho	P
Soru 13	0.799	<0.001
Soru 14	0.811	<0.001
Soru 15	0.708	<0.001
Soru 16	0.741	<0.001
Soru 17	0.627	<0.001
Soru 18	0.049	0.549
Soru 19	0.738	<0.001
Soru 20	0.764	<0.001
Soru 21	0.785	<0.001
Soru 22	0.758	<0.001
Soru 23	0.666	<0.001

Kaygılar-uyarılar alt grubu toplam puan ve soru puanları arasındaki korelasyon da orta-güçlü düzeyde olmakla birlikte soru temelli değerlendirildiğinde onsekizinci sorunun kaygılar-uyarılar alt grup toplam puanı ile korelasyonunun olmadığı görülmüştür (Tablo 21).

Tablo 22. Tatminlik Alt Grubu Toplam Puan ve Soru Puanları Arasındaki Korelasyon

Sorular	Alt grup / soru puanları korelasyonu	
	Rho	P
Soru 24	<i>0.140</i>	<i>0.083</i>
Soru 25	0.736	<0.001
Soru 26	0.762	<0.001
Soru 27	0.761	<0.001
Soru 28	0.733	<0.001

Tatminlik alt grubu toplam puan ve soru puanları arasındaki korelasyona bakıldığında da yine bunun anlamlı ve orta-güçlü düzeyde olduğu görülmüştür. Fakat yirmidördüncü soruyla tatminlik alt grubu arasındaki korelasyon düşük düzeydedir (Tablo 22).

4.2.2.2. Ölçeğin Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirilmesi (test - retest güvenilirliği)

Konstipasyon ölçeğinin, uygulayıcı içi belirli bir zaman sonra güvenilirliği (intra-observer reliability) Spearman korelasyon analizi ile test edilmiştir. Korelasyon katsayısı 0,659, $p < 0.001$ olarak saptanmıştır, gözlemci içi test - retest güvenilirliği iyi

düzeyde ve anlamlıdır. Her madde temelinde gözlemci içi güvenilirlik sonuçları aşağıdaki tabloda sunulmuştur (Tablo 23).

Tablo 23. Sorulara Göre Gözlemci İçi Test-Retest Güvenirliği

Son 2 haftada;	Rho (p) Soru /tekrarsoru	Rho (p) Soru /tekrartoplam
Kendinizi patlayacak kadar şişkin hissettiniz mi?	0.413 (<0.001)	0.284 (0.012)
Kabızlığınız yüzünden kendinizi ağırlaşmış hissettiniz mi?	0.343 (0.002)	0.309 (0.006)
Herhangi bir fiziksel sıkıntı hissettiniz mi?	0.354 (0.002)	0.380 (<0.001)
Tuvalete çıkma ihtiyacı hissedip te yapamadığınız oldu mu?	0.415 (<0.001)	0.304 (0.007)
Diğer insanların yanında olmaktan dolayı utandınız mı?	0.642 (<0.001)	0.528 (<0.001)
Tuvalete çıkamadığınız için gittikçe daha az mı yemek yiyorsunuz?	0.656 (<0.001)	0.435 (<0.001)
Yediklerinize dikkat etmek zorunda kaldınız mı?	0.431 (<0.001)	0.209 (0.068)
İştahınız azaldı mı?	0.630 (<0.001)	0.379 (<0.001)
Ne yiyeceğinizi seçememekten endişe duydunuz mu ?	0.389 (<0.001)	0.418 (<0.001)
Evden uzak olduğunuz zamanlarda tuvalete çok uzun süre kalmaktan dolayı utandınız mı?	0.558 (<0.001)	0.541 (<0.001)
Evden uzak olduğunuz zamanlarda tuvalete çok sık gitmek zorunda kalmaktan dolayı utandığınız oldu mu?	0.601 (<0.001)	0.457 (<0.001)
Günlük rutin programınızı değiştirmek zorunda kaldığınız için endişe duydunuz mu?	0.429 (<0.001)	0.386 (<0.001)
Durumunuz nedeniyle kendinizi huzursuz hissettiniz mi?	0.210 (0.067)	0.254 (0.026)
Durumunuz nedeniyle kendinizi üzgün hissettiniz mi?	0.419 (<0.001)	0.285 (0.012)
Durumunuzu takıntı haline getirdiniz mi ?	0.481 (<0.001)	0.215 (0.061)
Durumunuz nedeniyle stresli oldunuz mu?	0.449 (<0.001)	0.417 (<0.001)
Durumunuz nedeniyle kendinize güveniniz azaldı mı?	0.596 (<0.001)	0.332 (0.003)
Durumunuzun kontrol ünün elinizde olduğunu hissettiniz mi?	0.174 (0.130)	0.007 (0.949)

Tuvalete ne zaman çıkacağınızı bilememekten dolayı endişe duydunuz mu?	0.439 (<0.001)	0.352 (0.002)
İhtiyacınız olduğunda tuvalete gidip dışarı çıkamamaktan dolayı endişe duydunuz mu?	0.341 (0.002)	0.428 (<0.001)
Tuvalete çıkamamaktan dolayı gittikçe daha fazla rahatsızlık duydunuz mu?	0.349 (0.002)	0.335 (0.003)
Durumuzun daha da kötüye gideceğinden korktunuz mu?	0.335 (0.003)	0.273 (0.016)
Vücudunuzun düzgün çalışmadığını hissettiniz mi?	0.289 (0.011)	0.279 (0.014)
İsteddiğinizden daha az sıklıkta tuvalete çıktınız mı ?	0.180 (0.117)	0.060 (0.604)
Tuvalete çıkma sıklığınızdan memnun musunuz?	0.198 (0.084)	0.08 (0.945)
Tuvalete çıkma düzeninizden memnun musunuz?	0.227 (0.047)	0.019 (0.871)
Barsaklarınızın çalışması hakkında memnun musunuz?	0.296 (0.009)	0.085 (0.463)
Tedavinizden memnun musunuz?	0.229 (0.045)	0.093 (0.420)

Ölçek maddelerinin test tekrar-test uygulamaları sonucu bulunan korelasyon analiz sonuçlarına göre yirmi sorunun test-tekrar test korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olup diğerlerinin (soru 13,18,23,24,25,26,27,28) korelasyon katsayıları anlamlı değildir.

Orijinal ölçeğin geliştirilmesi aşamasında ise zaman geçerliği ICC (Intraclass correlation coefficient' denilen yöntemle değerlendirilmiştir ve burada 2. hafta kontrolünde tüm soruların ICC değeri 0.82 olarak tespit edilmiştir. Alt grup analizlerinde ise 'Kaygılar-uyarılar' için bu değer 0.8, 'Fiziksel rahatsızlık' için 0.73, 'Psikososyal rahatsızlık' için 0.82 ve ' Tatminlik' alt grubu için 0.66 olarak saptanmıştır.

Tablo 24. Ölçek Alt Gruplarının ICC değerleri

Alt Grup	ICC	%95 CI-MİNİMUM	% 95 CI-MAKSİMUM
<i>Fiziksel Sağlık</i>	0.794	0.735	0.843
<i>Psikososyal Sağlık</i>	0.808	0.759	0.851
<i>Kaygılar-uyarılar</i>	0.885	0.856	0.910
<i>Tatminlik</i>	0.706	0.626	0.774
<i>Test Toplamı</i>	0.895	0.870	0.918

ICC: Intraclass correlation coefficient (sınıf içi korelasyon katsayısı)

4.2.3. Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlik Analizleri

4.2.3.1. Ölçeğin İçerik / Kapsam Geçerliği'ne Yönelik Yapılan Çalışmalar

İçerik / kapsam geçerliğinin sağlanmasında ölçeğin anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, kültüre uygunluk yönünden değerlendirilmesi için 3 uzman görüşüne başvurulmuştur. Her bir madde 1 ile 10 arasında değişen puanlarla değerlendirilmiştir (1= hiç uygun değil, 10= tamamen uygun). Uzman görüşlerine göre her bir maddenin uygunluk puanı en az 7 puan ve üzeri olarak bulunmuştur. Uzmanlar tarafından önerilen değişiklikler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir. Verileri araştırma kapsamına alınmayan 10 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Katılımcılara ölçekteki ifadelerin anlaşılabilirliğine, kolay okuma, doldurulma durumlarına ilişkin sorular sorularak ankete son şekli verilmiştir.

4.2.3.2. Ölçeğin Yapı Geçerliği'ne Yönelik Yapılan Çalışmalar

4.2.3.2.1. Faktör Analizine Yönelik Çalışmalar

Faktör analizi ile çalışmanın yapıldığı grupta ölçeğin geçerliği kontrol edilmiştir (Tablo 25). Öncelikle ölçekteki sorular için KMO (Kaiser-Meyer Olkin)ve Bartlett test istatistiği kontrol edilmiştir. Ölçek veri yapısında faktör analizi yapabilmek için KMO > 0,50 ve bartlett test < 0,05 olmalıdır. Ölçek verimiz için KMO: 0,857 ve Bartlett test p=0,000'dır ve ileri düzeyde anlamlıdır. Bu verilerle faktör analizi yapılabilir. Faktör analizi sonuçlarını değerlendirirken, soruların hangi faktörler altında

yüklerinin olduğu kontrolü yapıldı ve faktör yükü 0.1'den fazla olan faktörler belirlendi, bunlar arasında hangi faktörde yük fazla ise soru o faktör altında gösterilmiştir.

Faktör analizine göre sorular iki faktör altında toplanmıştır ve bu faktörler toplam varyansın % 65.1'ini açıklamaktadır. Faktör analizi sonucunda soruların çoğunluğunun tek faktör altında toplanması ve 8. Soruda üç faktör altında benzer yük göstermiş olması ve faktör analizine geçişte yapılan ön analizlerden olan anti-image covariance'ta pek çok sorunun anti-image covariance'nın 0.50 altında olması nedeniyle geçerliliğin bu araştırma grubu için sorunlu olduğu söylenebilir.

Tablo 25. Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği Faktör Yapısı

Faktörler	Soru no	Soruların faktör yükü	Faktörlerin açıkladığı varyans
Faktör 1	13	0.798	1.992
	21	0.797	1.126
	20	0.745	1.135
	14	0.744	1.930
	19	0.744	1.308
	23	0.715	0.824
	16	0.705	1.633
	22	0.681	0.933
	10	0.674	2.588
	3	0.641	6.110
	2	0.633	11.383
	15	0.609	1.717
	1	0.600	32.424
	4	0.565	5.663
	17	0.555	1.420
	9	0.553	2.776
	5	0.553	5.059
	11	0.514	2.526
12	0.505	2.152	

	7	0.502	3.506
	24	0.495	0.753
	6	0.420	4.503
	8	0.327	3.118
Faktör 2	26	0.840	0.587
	27	0.817	0.497
	25	0.799	0.690
	28	0.589	0.316
	18	0.445	1.332

4.2.3.2.2. Hipotez Sınamasına Yönelik Çalışmalar

Bu bölümde 'Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin 'Hipotez sınaması / Mantıksal Analiz' i değerlendirilmiştir. Hipotez sınaması için KKYKÖ puan ortalamaları ve SF-36, PAC-SYM, Konstipasyon ciddiyet skorları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tablo 26. KKYKÖ'nin Puan Ortalamaları ile SF-36, PAC-SYM, Konstipasyon Ciddiyet Skoru Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	SF 36	KKYKÖ	PAC SYM	KONSTİPASYON CİDDİYET SKORU
SF 36	1.000	- 0.381	-0.314	-0.350
KKYKÖ	-0.381	1.000	0.494	0.411
PAC SYM	-0.314	0.494	1.000	0.563
KONSTİPASYON CİDDİYET SKORU	-0.350	0.411	0.563	1.000

Tüm korelasyonlarda p değeri < 0.001'dir.

Tüm ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki ilişki 'Spearman Korelasyon Katsayısı'nın hesaplanması ile belirlenmiştir. Elde edilen ölçümler sonrası hesaplanan KKYKÖ ve SF-36 arasındaki korelasyon katsayısı -0.381 ($p < 0.001$) olarak bulunmuştur. İki ölçüm aracının puanları arasında anlamlı ancak ters yönde

zayıf ilişki bulunmuştur. Yine KKYKÖ ve PAC-SYM arasındaki korelasyon katsayısı 0.494 ($p<0.001$) iken KKYKÖ ve Konstipasyon Ciddiyet Skoru arasında da korelasyon katsayısı 0.411 ($p<0.001$) bulunmuştur. Yine bu ölçekler arasında da anlamlı ve zayıf-orta derecede ilişki bulunmuştur.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde tartışma iki başlık altında yapılacaktır. Birinci bölümde, 'KKYKÖ'nin dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik yapılan işlemlere ilişkin tartışma, ikinci bölümde ise bu ölçeğin güvenirlik ve geçerlik sonuçlarına ilişkin tartışmaya yer verilecektir.

5.1. Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Yapılan İşlemler

Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlaması sırasında **'12) Been worried about having to change your daily routine (for example traveling, being away from home)?'** sorusu ön uygulama sırasında hastaların soruyu net anlamamaları üzerine **'son 2 haftada kabızlığınız nedeniyle günlük rutin programınızı değiştirmek zorunda kalmaktan dolayı endişe duyduunuz mu?'** sorusuna, Türk toplumuna uygun olabilecek örnekler eklenmiş ve soru **'son 2 haftada kabızlığınız nedeniyle günlük rutin programınızı (örneğin seyahat etmek, çarşıda gezmek, komşuya ya da kahveye gitmek, sinema/tiyatroya gitmek, lokantada yemek yemek gibi) değiştirmek zorunda kalmaktan dolayı endişe duyduunuz mu?'** şeklinde değiştirilmiştir.

Yine benzer şekilde **'10) Been embarrassed about staying in the bathroom for so long when you were away from home? ve 11) Been embarrassed about having to go to the bathroom so often when you were away from home?'** soruları da **' son iki hafta içinde evden uzakta olduğunuz zamanlarda tuvalette çok uzun süre kalmak zorunda olmaktan dolayı utandınız mı? ve son iki hafta içinde evden uzakta olduğunuz zamanlarda tuvalete çok sık gitmek zorunda kalmaktan dolayı utandığınız oldu mu?'** şeklinde sorulduğunda çok açıklayıcı olmadığı için **' son iki hafta içinde evden uzakta olduğunuz zamanlarda (seyahatte, arkadaş komşu ziyaretinde, çarşıda gibi...) tuvalette çok uzun süre kalmak zorunda olmaktan dolayı utandınız mı? ve son iki hafta içinde evden uzakta olduğunuz zamanlarda (seyahatte, arkadaş komşu ziyaretinde, çarşıda gibi...) tuvalete çok sık gitmek zorunda kalmaktan dolayı utandığınız oldu mu?'** şeklinde örnekler verilerek değiştirilmiştir.

5.2. Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Güvenirliğinin ve Geçerliğinin Değerlendirilmesi

5.2.1. Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

Bu başlık altında 'Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin tüm maddelerinden ve alt boyutlarından elde edilen puanların değerlendirilmesinde, test-tekrar test korelasyonlarına, iç tutarlık analizlerine yönelik tartışma yer almıştır.

5.2.1.1. Ölçeğin Tüm Sorularından Elde Edilen Puanların Değerlendirilmesi

Tüm ölçeğe katılan hasta gruplarının sosyodemografik verilerine baktığımız zaman yaş ortalamasının 49,45 olduğu görülüyor. Fakat örneklem grubu 19-85 gibi geniş bir aralıkta yaş dağılımı gösterdiği ve ileri yaş grubunun oranı daha yüksek olduğu için testin cevaplanmasında sıkıntılar yaşanmış olabilir. Çalışmaya alınan kronik konstipasyonlu hastaların % 72.1'ini literatürle de uyumlu olarak kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların % 38.3'ü ise ilkokul mezunu olup, bu grubun en büyük grubu oluşturması anket sorularının anlaşılabilirlik ve doğru cevaplanabilme oranlarını etkilemiş olabilir.

Örneklem grubunun % 33.1'ini ev hanımları oluşturmakta olup katılımcıların % 67.5'i halen herhangi bir işte çalışmamaktadır. Katılımcıların %43.5'inde komorbid bir durum vardır, % 8.4'ünde diyabet, % 6.5'inde kardiyovasküler hastalık bulunmaktadır. Birden fazla komorbid durumu olan hastalar zaten yaşam kalitesini kötü yönde etkileyebileceği için çalışmaya alınmamıştır.

'Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde yer alan 28 soruya verilen cevaplar incelendiğinde ilk uygulamadaki medyan değer 50.00 (en düşük 0,00 en yüksek 98,00) olduğu görülmüştür. Tüm sorulara aşırı ya da her zaman şeklinde cevaplar verilmiş olsaydı bu ölçekten alınabilecek maksimum puan; soru başına dört puan olduğu hesaba katılarak 112 olacaktır. Bizim örneklem grubumuzdaki bir hastanın bu ölçekten toplam puan olarak '0' almış olması hastanın ölçeğe verdiği önem açısından şüphe uyandırmaktadır. Çünkü çalışmaya alma kriterlerimiz olan Roma III kriterlerine bakacak olursak mutlaka hastaların yaşam kalitelerini bozacak yakınmalarının olması gerektiği ve bunların da puansal olarak yaşam kalitesi ölçeğine yansımış olması gerekmektedir. Bu sonuç bize hastaların bu ankete katılımı ciddiye alıp almadıkları, yeterli zaman ve özeni gösterip göstermedikleri konusunu

düşündürmektedir. Ayrıca hastaların yaş ve eğitim durumu da belki de bu formu doldurmak için ideal şartı taşıyor olabilir. Eğitim düzeyi daha yüksek ya da yaşı ortalama değerlerde olan hastaların bu anketi cevaplamadaki doğruluk oranları daha yüksek olabilir. Bu anket çalışmasının yüz yüze görüşme tekniğiyle yapılması durumunda da testin güvenilirlik değerlerinin artış göstereceği bir gerçektir. Fakat bu durumda da hastayı yönlendirme sorunu yaşanacak ve bu yöntemin izlenmesi ölçeğin klinik pratikte kullanımını zorlaştıracaktır. Tüm ölçekte en düşük medyan değerlere (0) ile 25, 26 ve 27. sorular sahip olup, bunlar hastaların tuvalete çıkma sıklık ve düzenlerinden aşırı derecede memnun olmadıklarını göstermektedir. Bu soruların yer aldığı tatminlik alt grubunun tüm ölçek toplam yaşam kalitesi skoruna puansal olarak katkısı azalmıştır. Yaşam kalitelerinin kötü yönde etkilendiğini göstermektedir (Tablo 15).

Yine ölçekteki tüm soruların cevapları incelendiğinde; hiç cevabı verilerek bu ölçekten en çok '0' puan alınan soru (100 kişi, % 64.9) hastaların tuvalete çıkma düzeninden memnun olup olmadığının sorulduğu 26. sorudur. Aşırı ya da her zaman şeklinde cevap verilerek ölçekten en çok dört puan alınan (35 kişi, % 22.7) soru ise onüçüncü soru olan durumunuz nedeniyle kendinizi huzursuz hissettiniz mi? sorusudur. Buradan çıkan sonuç kronik konstipasyon yakınmasıyla bu anket çalışmasına aldığımız hastaların en büyük sıkıntılarının tuvalete çıkma düzensizliğinden kaynaklandığı ve bundan dolayı da büyük ölçüde kendilerini huzursuz hissettikleridir.

Marquis ve arkadaşlarının 2003 yılında Amerikan toplumunda geliştirdiği bu ölçeğin ilk çalışmasında da toplam ölçeğin ortalama medyan değeri 1.85 bulunmuştur. Yaşam kalitesi anketine en fazla puansal olarak katkısı olan alt grup ise (medyan değer 3.49) tıpkı bizim çalışmamızda da yaşam kalitesini en kötü yönde etkileyen alt grup olan 'tatminlik' alt grubudur. En az medyan değere sahip alt grup ise 'psikososyal rahatsızlık' alt grubu olarak görülmüştür. Diğer alt gruplar için medyan değerler ise 'kaygılar-uyarılar' için 1.69 ve 'fiziksel rahatsızlık' için ise 2.09 dur [107]. Aynı Ölçeğin İngiltere' de yapılan validasyon çalışmasında ise tüm soruların ortalama medyan değeri 1.89; alt gruplarda ise 'kaygılar-uyarılar' için 1,80, 'Psikososyal rahatsızlık' için 1.30 ve en yüksek medyan değere sahip olan 'tatminlik' için ise 2.97'dir.

2003 yılında ilk uygulanan ve bizim de bu çalışmada uyguladığımız kronik konstipasyon yaşam kalitesi anketinde özellikle hastaların tatminlik konusunda sıkıntı yaşadıkları görülmektedir. Çünkü bu hasta grubu özellikle kronik konstipasyon ve beraberinde getirdiği psikolojik sıkıntılar nedeniyle tedavilerden de çok fayda görmemektedirler. Frank ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptığı kronik konstipasyon hastalarının semptomları belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda da en çok hastaların abdominal yakınmalarının ön planda olduğu ve barsak düzenlerinden memnun olmadıkları gösterilmiştir [109].

5.2.1.2. Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği İçin İç Tutarlılık Değerlendirmesi

5.2.1.2.1. Cronbach Alpha Katsayısı Hesaplama

Homojen bir yapıyı ölçtüğü varsayılan ve benzer maddelerden oluşan ölçme araçlarının bir tek uygulamayla güvenilirliğinin belirlenmesi o ölçme aracının iç tutarlılığı hakkında bilgi verir. İç tutarlılığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının bir bütünü oluşturmak üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımıdır [110].

Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği likert tipinde bir ölçek olduğu için iç tutarlılığının belirlenmesinde Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin tümünün Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 'Fiziksel rahatsızlık' için 0.79, 'Psikososyal rahatsızlık' için 0.82, 'Kaygılar-uyarılar' için 0.88, 'Tatminlik' için ise 0.70'dir. Bu sonuçlara göre ölçekte bulunan maddelerin birbirleri ile tutarlı ve aynı özelliği ölçen maddelerden oluştuğu belirlenmiştir (Tablo 16). Bir başka deyişle ölçeğin homojenliği yeterli düzeydedir.

Ölçeğin orijinalinde Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları 0.81 ve 0.91 arasında değişmekte olup tüm ölçeğinki 0.93'dür. 'Kaygılar-uyarılar' alt boyutu için 0.83, 'Fiziksel rahatsızlık' için 0.86, 'Psikososyal rahatsızlık' için 0.91 ve 'Tatminlik' alt boyutu için 0.81'dir [107]. Fransa, İngiltere, Hollanda, Belçika, Kanada ve Avustralya'da yapılan validasyon çalışmasında ise tüm sorularda ortalama Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.94 olup alt gruplarda da bu değer 0.8'in üstündedir.

Konstipasyon ölçeğinin tüm sorular ve bölümlere ait sorulara göre tutarlılığı kontrol edildiğinde, tüm bölüm soruları ve ölçeğin tüm soruları için bu araştırma grubunda tutarlı olduğu (> 0.70) saptanmıştır. Ölçeğin maddelerinin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları incelendiğinde; ölçek maddeleri içinde en düşük değer 0,70 ile 'Tatminlik' alt grubuna aittir. Marquis ve arkadaşlarının yaptığı ilk çalışmada da Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları için benzer sonuçlar hesaplanmıştır. Burada da bir kez daha hastaların barsak hareketlerinin sıklık ve düzeninden, daha önce denedikleri tedavilerden memnun kalmadıkları gösterilmiş olmaktadır. Daha önceki çalışmaların da sonuçlarına benzer olarak bu kronik konstipasyon yaşam kalitesi anketi genel iyilik hali ve fonksiyonları değerlendirmede kısıtlı kalmakla birlikte mevcut haliyle klinik kullanıma uygun olup daha spesifik değerlendirme ölçütlerinin geliştirilmesi için ışık tutmaktadır.

5.2.1.2.2. Madde Analizleri

Maddelerin belirli bir niteliği ölçüp ölçmediğini ayırt etmek için uygulanan işlemler madde analizleri olarak adlandırılırlar. Madde analizleri katılımcının ölçekten aldığı toplam puanı ile her bir maddeden aldığı toplam puan arasındaki korelasyona bakılarak hesaplanır. Bir maddenin toplam puan ile arasındaki korelasyon düşük ise o maddenin diğer maddelerden farklı bir özelliği ölçtüğü şeklinde değerlendirilir. Madde toplam korelasyonunun düşük olması güvenilirliğin düşmesine neden olduğu için o maddenin ölçekten çıkarılması gerekmektedir.

Bu bölümde;

- ölçekteki her bir sorunun toplam test puanı ile korelasyonu
- ölçekteki her bir sorunun ait olduğu alt boyut toplam puanı ile korelasyonu
- ölçekteki her bir ölçek alt boyut toplam puanının ölçek toplam puanı

korelasyonu incelenmiştir.

➤ Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Soru - Toplam Puan Korelasyonları

Tabloya göre ölçekte onsekiz, yirmibeş, yirmialtı, yirmiyedi ve yirmisekizinci sorularda soru-toplam puan korelasyonları p değerleri > 0.005 olduğu için anlamlı bulunmamıştır. Anlamlı bulunan korelasyonlardan da en düşük olanı 0.38 ile iştahın azalmasıyla ilgili sorudur. Ölçekte en yüksek soru-toplam puan korelasyonu 0.72 ile

'durumunuz nedeniyle kendinizi huzursuz hissettiniz mi? ' sorusudur ve bu korelasyon orta-güçlü düzeydedir (Tablo 17).

➤ **Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Grup - Toplam Puan Korelasyonları**

Ölçekte en düşük alt boyut- toplam test puan korelasyonuna sahip madde 0.23 ile 'tatminlik' alt grubudur. Ölçeğin tüm alt gruplarına bakıldığında toplam puanla korelasyon görülmekle birlikte zayıf bir korelasyon saptanmıştır. En yüksek alt boyut- toplam test puan korelasyonuna sahip madde 0.88 ile 'kaygılar-uyarılar'dır. Diğerleri ise 'fiziksel rahatsızlık' için 0.73 ve 'Psikososyal rahatsızlık' için 0.84'dür. Genel olarak değerlendirdiğimizde 'tatminlik' alt grubu hariç diğer tüm alt gruplarla toplam test puanı arasında güçlü bir korelasyon bulunmaktadır.

➤ **Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Soru – Alt Grup Toplam Puan Korelasyonları**

'Fiziksel rahatsızlık ve Psikososyal rahatsızlık ' alt grupları toplam puanları ve içerdikleri soru puanları arasında korelasyonlar anlamlı ve orta-güçlü düzeydedir (Tablo 19-20). 'Kaygılar-uyarılar' alt grubu toplam puan ve soru puanları arasındaki korelasyon da orta-güçlü düzeyde olmakla birlikte soru bazında değerlendirildiğinde onsekizinci sorunun 'Kaygılar-uyarılar' alt grup toplam puanı ile korelasyonunun olmadığı görülmüştür (Tablo 21). Son olarak 'Tatminlik' alt grubu toplam puan ve soru puanları arasındaki korelasyona bakıldığında da yine bunun anlamlı ve orta-güçlü düzeyde olduğu görülmüştür. Fakat yirmidördüncü soruyla tatminlik alt grubu arasındaki korelasyon düşük düzeydedir (Tablo 22).

Marquis ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada madde analizi yapılmamıştır. Bizim çalışmamızda üç bölüm halinde madde analizleri incelenmiştir. Her bir sorunun toplam test puanıyla korelasyonunda dört sorunun korelasyonu anlamsız çıksa da madde analizleri bir bütün olarak değerlendirildiğinde gerek soruların ait oldukları alt grup puanlarıyla korelasyonlarının orta – iyi düzeyde olması gerekse 'Tatminlik' alt grubu hariç diğer tüm alt grupların toplam test puanıyla korelasyonunun güçlü olması bu anket çalışmasını tutarlı ve güvenli kılmaktadır.

5.2.1.3. Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirmesi

Ölçeğin zamana göre değişmezliği yani test tekrar test güvenilirlik katsayısı 'Spearman ' Korelasyon işlemi ile belirlenmiştir. Korelasyon katsayısı hesaplanırken kararlılık gösterebilmesi için grubun en az 30 kişiden oluşması gerekmektedir. Bu araştırmada hastalardan poliklinik kontrollerine tekrar gelenlerden 77 kişilik gruba tekrar test uygulanabilmektedir. Araştırmada test-tekrar test aralığı olarak iki hafta kabul edilmiştir.

Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinin tümünün Spearman Korelasyon analizi sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.65'dir. Ölçeği soru bazında değerlendirdiğimizde; ölçek maddelerinin test tekrar-test uygulamaları sonucu bulunan korelasyon analiz sonuçlarına göre yirmi sorunun test-tekrar test korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olup diğerlerinin (soru 13,18,23,24,25,26,27,28) korelasyon katsayıları anlamlı değildir (Tablo 23). Hastalar ya tekrar test zamanında yeterli özen göstermeyip vakit ayırmadıkları için, ya da özellikle korelasyonun olmadığı sorular testin son soruları olduğu için hastalar bu kısımda anketten sıkılmış olabilirler. Daha da önemlisi bu sorular örneklem grubu tarafından ya kişilerin yaş ya da eğitim durumu gibi kişisel özelliklerine bağlı olarak doğru anlaşılmamış olabilir veya soruların Türkçe adapte edilmiş hali yeterince anlaşılır ve açıklayıcı olmayabilir. İki hafta boyunca hastaların semptomlarının derecesindeki değişiklik ve bu süreçte standart etkin tedavi almamaları da bazı sorulardaki korelasyon anlamsızlığını açıklayabilir. Tüm bunlara rağmen 'Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği' nin zamana göre kararlılığını iyi derecede sağladığını söylemek mümkündür.

Orijinal ölçeğin geliştirilmesi aşamasında ise zaman geçerliliği ICC (Intraclass correlation coefficient' denilen yöntemle değerlendirilmiştir ve burada ikinci hafta kontrolünde tüm soruların ICC değeri 0.82 olarak tespit edilmiştir. Alt grup analizlerinde ise 'Kaygılar-uyarılar' için bu değer 0.8, 'Fiziksel rahatsızlık' için 0.73, 'Psikososyal rahatsızlık' için 0.82 ve 'Tatminlik' alt grubu için 0.66 olarak saptanmıştır. Buna ek olarak ikinci hafta kontrollerinde hastaların konstipasyon ciddiyet skorlamalarında da bir değişiklik izlenmemiştir [107]. Yine Fransızca ve Flemenkçede yapılan validasyon çalışmasında da ICC değeri 'Tatminlik' alt grubu

hariç tüm alt gruplarda 0.7'nin üzerinde tespit edilmiştir. Bizim ölçeğimizde ise buna benzer olarak tüm test ele alındığında ICC değeri 0.89 olarak orijinal çalışmadan bile daha yüksek bulunmuştur. Bizim uyguladığımız ölçeğin alt grup analizlerinde ise 'Kaygılar-uyarılar' için bu değer 0.88, 'Fiziksel rahatsızlık' için 0.79, 'Psikososyal rahatsızlık' için 0.80 ve 'Tatminlik' alt grubu için 0.70 olarak orijinal çalışmadakine benzer saptanmıştır. Dolayısıyla tüm ölçek alt gruplarından elde edilen korelasyon katsayıları 0.7 den yüksek olup istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı oldukları görülmüştür.

5.2.2. Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

5.2.2.1. Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinin İçerik / Kapsam Geçerliliği'ne Yönelik Yapılan Çalışmalar

Görüşüne başvurulmuş uzmanlardan, ölçek maddelerini anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, kültüre uygunluk yönünden değerlendirmeleri istenmiştir. Her bir madde 1 ile 10 arasında değişen puanlarla değerlendirilmiştir (1=hiç uygun değil, 10=tamamen uygun). Uzman görüşlerine göre her bir maddenin uygunluk puanı en az yedi puan ve üzeri olarak bulunmuştur. Uzmanlar tarafından önerilen değişiklikler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir. Verileri araştırma kapsamına alınmayan 10 hastaya ön uygulama yapılmış ve hasta grubunun iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı 0,89 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların ölçekteki ifadelerin anlaşılabilirliğine, kolay okuma, doldurulma durumlarına ilişkin sorular sorularak ankete son şekli verilmiştir. Tüm bunlara rağmen ölçeğin analizleri tamamlandığında özellikle 18.soru olan 'Durumunuzun kontrolünün elinizde olduğunu hissettiniz mi?' sorusunun hastalar tarafından yeterince anlaşılmadığı düşünülmüştür. Bu sorunun daha anlaşılabilir şekle çevrilmesi ya da örneklenmesi faydalı olabilecektir.

5.2.2.2. Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Yapı Geçerliliği'ne Yönelik Yapılan Çalışmalar

5.2.2.2.1. Faktör Analizi

'Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin faktör yapısını incelemek amacıyla yapılan faktör analizi sonucunda ölçek sorularının iki faktör altında

toplandığı görülmektedir. Soruların faktör yükleri 0.32-0.79 arasında bulunmuştur. Sekizinci soru olan 'İştahınız azaldı mı?' sorusu 0.32 ile en düşük faktör yüküne sahip sorudur. Ölçek soruları arasında faktör ağırlığı 0.30'un altında olan hiçbir soru olmadığı için ölçekten çıkarılan soru da olmamıştır. Fakat orijinal ölçek dört faktör altında toplanırken bizim ölçeğimizde bu farklılık göstermiştir. Faktör analizi sonucunda soruların çoğunluğunun tek faktör altında toplanması ve 8. Soruda üç faktör altında benzer yük göstermiş olması ve faktör analizine geçişte yapılan ön analizlerden olan anti-image covariance'ta pek çok sorunun anti-image covariance 'nın 0.50 altında olması nedeniyle geçerliliğin bu araştırma grubu için sorunlu olduğu söylenebilir (Tablo 25).

Faktörler toplam varyansın % 65.1'ini açıklamaktadır. Sosyal bilimlerde yapılan analizlerde % 40-60 arasında değişen varyans oranları yeterli kabul edilmektedir. Bu çalışmanın literatür bilgisi ışığında toplam varyansı yeterli oranda açıkladığını söylemek mümkündür. Yapılan Faktör analizinde öncelikle ölçekteki sorular için KMO (Kaiser-Meyer Olkin) ve Bartlet test istatistiği kontrol edilmiştir. Ölçek veri yapısında faktör analizi yapabilmek için KMO > 0.50 ve bartlet test < 0.05 olmalıdır. Ölçek verimiz için KMO : 0.857 ve Bartlet test p=0.000' dir ve ileri düzeyde anlamlıdır. Tüm bunlara rağmen bizim ölçeğimizdeki faktör yapısı orijinal ölçeğin faktör yapısıyla uyumluluk göstermemektedir.

5.2.2.2.2. Hipotez Sınaması / Mantıksal Analiz

Hipotez sınaması için KKYKÖ puan ortalamaları ve SF-36, PAC-SYM, Konstipasyon ciddiye skorları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Tüm ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki ilişki 'Spearman Korelasyon Katsayısı'nın hesaplanması ile belirlenmiştir. Elde edilen ölçümler sonrası hesaplanan KKYKÖ ve SF-36 arasındaki korelasyon katsayısı -0.381(p<0.001) olarak bulunmuştur. İki ölçüm aracının puanları arasında anlamlı ancak ters yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Yine KKYKÖ ve PAC-SYM arasındaki korelasyon katsayısı 0.494 (p<0.001) iken KKYKÖ ve Konstipasyon Ciddiyet Skoru arasında da korelasyon katsayısı 0.411 (p<0.001) bulunmuştur. Yine bu ölçekler arasında da anlamlı ve zayıf-orta derecede ilişki bulunmuştur (Tablo 26). Orijinal ölçek çalışmasında ise KKYKÖ ile haftalık dışkılama sayısı, karın ağrısı, gözlemci ve

hastanın klinik gözleminde oluşan konstipasyon ciddiyet ölçekleri arasında korelasyon bakılmış ve önemli oranda konstipasyonun şiddeti arttıkça KKYKÖ toplam puanının da arttığı gözlemlenmiştir [107] .

Bizim verilerimizden de anlaşılacağı gibi PAC SYM ve konstipasyon ciddiyet skorundan alınan puanlar arttıkça Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesinden alınan puanlar da artış göstermekte ve puan ortalamaları arasındaki korelasyon katsayısı artmaktadır. Bunun yanında KKYKÖ puanı arttıkça yaşam kalitesinin kötü olduğunu göstermekte, SF-36 da ise puan arttıkça yaşam kalitesinin iyi olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla bu iki ölçek arasında ters bir ilişki olması doğaldır

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik konstipasyon hastalarının yaşam kalitesini ölçmek için 'Kronik Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği' ilk defa Patrick Marquis ve arkadaşları tarafından 2003 yılında Amerikan toplumunda İngilizce olarak geliştirilmiş ve yine aynı ekip tarafından Fransızca ve Flemenkçe dillerinde de İngiltere, Fransa, Hollanda, Belçika, Kanada ve Avustralya'daki hasta gruplarında güvenilirlik ve geçerliliği gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda ise aldığımız örneklem grubu için bu ölçeğin kullanılabilirliği güvenilir fakat geçerli bulunmamıştır. Bu sonuca dayanarak sadece 154 hastalık bir örneklem grubunun sonucunu Türk toplumu için genellemek doğru olmayacaktır.

Bizim ölçek çalışmamızda geçerliğin sağlanamama nedenleri; hastaların 18-85 yaş arasında heterojen bir gruptan oluşması ve örneklem grubunun büyük kısmının yaşlı kesim olması, ankete katılanların büyük kısmının ilkokul mezunu olması olabilir. Eğitim seviyesi düşük ve yaşı ileri olan hastaların bu ölçekteki soruları anlayıp doğru cevaplamaları gerçekten zordur. Diğer bir neden anketin Türkçe'ye uyarlanmasında ve sorularda açıklayıcı örnekler verilmesinde yaşanan sıkıntı olabilir. Her ne kadar anket öncesi pre test grubunun cevaplarına göre düzenlemeler yapılsa da sonuçlar bazı soruların örneklem grubu tarafından yeterince anlaşılmadığını gösteriyor. Hastaların gerek bu anket formlarını tek başlarına doldurmaları, gerek yeterli özen ve zamanı harcamamalarına dayananan yanlış cevaplamalar olmuş olabilir. Eğer yüz yüze görüşme tekniğiyle yapılan bir anket formu olsaydı sonuçlar değişebilirdi ama bunun da negatif tarafı hastaların kolayca yönlendirilebilmeleri ve klinikte bunu yapmanın pratik olmamasıdır. Ölçek içeriği Avrupa ve Amerika' daki hasta gruplarındakine uygun olup Türk toplumu için çok uygun olmayabilir. Bu yüzden belki de içeriği biraz değiştirerek ya da dil ve anlaşılabilirlik konusunda gerekli düzenlemeler yapılarak daha özel (örneğin daha genç ve eğitim düzeyi daha yüksek) hasta grupları seçilerek bu ölçeğin uygulanması ve sonuçlarının irdelenmesi yararlı olacaktır. Kronik konstipasyon hastaları ve ailelerine yönelik eğitim programları düzenlenmesi ve bu programların hasta eğitim broşürü ve kitapçığı halinde basılı materyal olarak sunulması, hastaların farkındalığını arttırmak ve yaşam kalitelerini düzeltmek adına önerilir.

Özellikle 2. hafta ölçümlerinde başlangıç anket cevaplarıyla korelasyonun ve özellikle tüm ölçekte tatminlik alt boyutuyla ilgili cevapların kötü olması hastaların yeterli ve etkin tedaviyi almadığını düşündürmektedir. Dolayısıyla bu ölçeğin geçerliliğini ve verimini arttırmak adına test tekrarı sürecinde hastalara standart ve etkin bir tedavi verilip aynı zamanda başlangıç ve kontrolde konstipasyon ciddiyet skorları arasındaki korelasyon bakılarak analiz yapılabilir.

Ölçeğin fiziksel rahatsızlık, psikososyal rahatsızlık, kaygılar-uyarılar ve tatminlik alt boyutlarını içermesi hastaları değerlendiren klinisyenler için sıkıntıların belirlenmesi ve bu yönde girişim uygulanması açısından rehber niteliğindedir. Kronik konstipasyon hastalarında ciddiyet ve semptom skorlamasıyla birlikte kullanıldığında, bu yaşam kalitesi ölçeği subjektif ve objektif iki ölçüm aracının eş zamanlı kullanılması ile hasta değerlendirmesine bütüncül bir yaklaşım getirmesi bakımından klinik kullanımda yararlı bir ölçektir.

7.KAYNAKLAR

1. Talley NJ, Fleming KC, Evans JM, O'Keefe EA, Weaver AL, Zinsmeister AR, Melton LJ, 3rd: Constipation in an elderly community: a study of prevalence and potential risk factors. *Am J Gastroenterol* 1996, 91(1):19-25.
2. Schaefer DC, Cheskin LJ: Constipation in the elderly. *Am Fam Physician* 1998, 58(4):907-914.
3. Agachan F, Chen T, Pfeifer J, Reissman P, Wexner SD: A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. *Dis Colon Rectum* 1996, 39(6):681-685.
4. McMillan SC, Williams FA: Validity and reliability of the Constipation Assessment Scale. *Cancer Nurs* 1989, 12(3):183-188.
5. Singh G, Lingala V, Wang H, Vadhavkar S, Kahler KH, Mithal A, Triadafilopoulos G: Use of health care resources and cost of care for adults with constipation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007, 5(9):1053-1058.
6. Glia A, Lindberg G: Quality of life in patients with different types of functional constipation. *Scand J Gastroenterol* 1997, 32(11):1083-1089.
7. Johanson JF, Sonnenberg A, Koch TR: Clinical epidemiology of chronic constipation. *J Clin Gastroenterol* 1989, 11(5):525-536.
8. Pare P, Ferrazzi S, Thompson WG, Irvine EJ, Rance L: An epidemiological survey of constipation in canada: definitions, rates, demographics, and predictors of health care seeking. *Am J Gastroenterol* 2001, 96(11):3130-3137.
9. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC: Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006, 130(5):1480-1491.
10. Brown WJ, Mishra G, Lee C, Bauman A: Leisure time physical activity in Australian women: relationship with well being and symptoms. *Res Q Exerc Sport* 2000, 71(3):206-216.

11. **Suares NC, Ford AC: Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2011, 106(9):1582-1591; quiz 1581, 1592.**
12. **Bouras EP, Tangalos EG: Chronic constipation in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2009, 38(3):463-480.**
13. **Higgins PD, Johanson JF: Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2004, 99(4):750-759.**
14. **Talley NJ, O'Keefe EA, Zinsmeister AR, Melton LJ, 3rd: Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly: a population-based study. *Gastroenterology* 1992, 102(3):895-901.**
15. **Whitehead WE, Drinkwater D, Cheskin LJ, Heller BR, Schuster MM: Constipation in the elderly living at home. Definition, prevalence, and relationship to lifestyle and health status. *J Am Geriatr Soc* 1989, 37(5):423-429.**
16. **Kasap E BS: Güncel Gastroenteroloji, vol. 10/2; 2006.**
17. **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. *J Pain Symptom Manage* 2009, 37(4):737-745.**
18. **Wyman JB, Heaton KW, Manning AP, Wicks AC: Variability of colonic function in healthy subjects. *Gut* 1978, 19(2):146-150.**
19. **Sandler RS, Jordan MC, Shelton BJ: Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. *Am J Public Health* 1990, 80(2):185-189.**
20. **Johanson JF: Geographic distribution of constipation in the United States. *Am J Gastroenterol* 1998, 93(2):188-191.**
21. **Sonnenberg A, Koch TR: Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986. *Dig Dis Sci* 1989, 34(4):606-611.**
22. **Towers AL, Burgio KL, Locher JL, Merkel IS, Safaeian M, Wald A: Constipation in the elderly: influence of dietary, psychological, and physiological factors. *J Am Geriatr Soc* 1994, 42(7):701-706.**

23. S H: Çocukların Kronik Konstipasyonun Etyopatogenezini Değerlendirmede Kolon Transit Zamanı Ölçümünün ve Anorektal Manometrinin Yeri; 1993.
24. Ozturk R, S S: Defecation disorders: an important subgroup of functional constipation, its pathophysiology, evaluation and treatment with biofeedback. *Turk J Gastroenterol* 2007, 18(3):139-149.
25. Glick ME, Meshkinpour H, Haldeman S, Bhatia NN, Bradley WE: Colonic dysfunction in multiple sclerosis. *Gastroenterology* 1982, 83(5):1002-1007.
26. Ness J, Hoth A, Barnett MJ, Shorr RI, Kaboli PJ: Anticholinergic medications in community-dwelling older veterans: prevalence of anticholinergic symptoms, symptom burden, and adverse drug events. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006, 4(1):42-51.
27. Traube M, McCallum RW: Calcium-channel blockers and the gastrointestinal tract. American College of Gastroenterology's Committee on FDA related matters. *Am J Gastroenterol* 1984, 79(11):892-896.
28. Wald A, Hinds JP, Caruana BJ: Psychological and physiological characteristics of patients with severe idiopathic constipation. *Gastroenterology* 1989, 97(4):932-937.
29. Preston DM, Lennard-Jones JE: Severe chronic constipation of young women: 'idiopathic slow transit constipation'. *Gut* 1986, 27(1):41-48.
30. Stivland T, Camilleri M, Vassallo M, Proano M, Rath D, Brown M, Thomforde G, Pemberton J, Phillips S: Scintigraphic measurement of regional gut transit in idiopathic constipation. *Gastroenterology* 1991, 101(1):107-115.
31. He CL, Burgart L, Wang L, Pemberton J, Young-Fadok T, Szurszewski J, Farrugia G: Decreased interstitial cell of cajal volume in patients with slow-transit constipation. *Gastroenterology* 2000, 118(1):14-21.
32. Bassotti G, Chiarioni G, Imbimbo BP, Betti C, Bonfante F, Vantini I, Morelli A, Whitehead WE: Impaired colonic motor response to

- cholinergic stimulation in patients with severe chronic idiopathic (slow transit type) constipation. *Dig Dis Sci* 1993, 38(6):1040-1045.
33. Hagiwara N, Tomita R: Pathophysiology of chronic constipation of the slow transit type from the aspect of the type of rectal movements. *Hepatogastroenterology* 2008, 55(85):1298-1303.
 34. Bassotti G, de Roberto G, Castellani D, Sediari L, Morelli A: Normal aspects of colorectal motility and abnormalities in slow transit constipation. *World J Gastroenterol* 2005, 11(18):2691-2696.
 35. Bassotti G, Villanacci V, Maurer CA, Fisogni S, Di Fabio F, Cadei M, Morelli A, Panagiotis T, Cathomas G, Salerni B: The role of glial cells and apoptosis of enteric neurones in the neuropathology of intractable slow transit constipation. *Gut* 2006, 55(1):41-46.
 36. Lee JI, Park H, Kamm MA, Talbot IC: Decreased density of interstitial cells of Cajal and neuronal cells in patients with slow-transit constipation and acquired megacolon. *J Gastroenterol Hepatol* 2005, 20(8):1292-1298.
 37. Sjolund K, Fasth S, Ekman R, Hulten L, Jiborn H, Nordgren S, Sundler F: Neuropeptides in idiopathic chronic constipation (slow transit constipation). *Neurogastroenterol Motil* 1997, 9(3):143-150.
 38. Liu L, Shang F, Morgan MJ, King DW, Lubowski DZ, Burcher E: Cyclooxygenase-dependent alterations in substance P-mediated contractility and tachykinin NK1 receptor expression in the colonic circular muscle of patients with slow transit constipation. *J Pharmacol Exp Ther* 2009, 329(1):282-289.
 39. Martelli H, Devroede G, Arhan P, Duguay C: Mechanisms of idiopathic constipation: outlet obstruction. *Gastroenterology* 1978, 75(4):623-631.
 40. Read NW, Abouzekry L, Read MG, Howell P, Ottewell D, Donnelly TC: Anorectal function in elderly patients with fecal impaction. *Gastroenterology* 1985, 89(5):959-966.
 41. Bannister JJ, Abouzekry L, Read NW: Effect of aging on anorectal function. *Gut* 1987, 28(3):353-357.

42. Rao SS, Welcher KD, Leistikow JS: Obstructive defecation: a failure of rectoanal coordination. *Am J Gastroenterol* 1998, 93(7):1042-1050.
43. Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S: Functional anorectal disorders. *Gastroenterology* 2006, 130(5):1510-1518.
44. Nyam DC, Pemberton JH, Ilstrup DM, Rath DM: Long-term results of surgery for chronic constipation. *Dis Colon Rectum* 1997, 40(3):273-279.
45. Wald A, Caruana BJ, Freimanis MG, Bauman DH, Hinds JP: Contributions of evacuation proctography and anorectal manometry to evaluation of adults with constipation and defecatory difficulty. *Dig Dis Sci* 1990, 35(4):481-487.
46. Read NW, Timms JM: Defecation and the pathophysiology of constipation. *Clin Gastroenterol* 1986, 15(4):937-965.
47. Papachrysostomou M, Pye SD, Wild SR, Smith AN: Significance of the thickness of the anal sphincters with age and its relevance in faecal incontinence. *Scand J Gastroenterol* 1994, 29(8):710-714.
48. De Lillo AR, Rose S: Functional bowel disorders in the geriatric patient: constipation, fecal impaction, and fecal incontinence. *Am J Gastroenterol* 2000, 95(4):901-905.
49. Chong PS, Bartolo DC: Hemorrhoids and fissure in ano. *Gastroenterol Clin North Am* 2008, 37(3):627-644, ix.
50. Jeon MJ, Chung SM, Jung HJ, Kim SK, Bai SW: Risk factors for the recurrence of pelvic organ prolapse. *Gynecol Obstet Invest* 2008, 66(4):268-273.
51. Narayanaswamy S, Walsh M: Calcified fecolith--a rare cause of large bowel obstruction. *Emerg Radiol* 2007, 13(4):199-200.
52. Heffernan C, Pachter HL, Megibow AJ, Macari M: Stercoral colitis leading to fatal peritonitis: CT findings. *AJR Am J Roentgenol* 2005, 184(4):1189-1193.
53. Gallagher P, O'Mahony D: Constipation in old age. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2009, 23(6):875-887.

54. Rao SS, Ozturk R, Laine L: Clinical utility of diagnostic tests for constipation in adults: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005, 100(7):1605-1615.
55. Lewis SJ, Heaton KW: Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol* 1997, 32(9):920-924.
56. Tantiphlachiva K, Rao P, Attaluri A, Rao SS: Digital rectal examination is a useful tool for identifying patients with dyssynergia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010, 8(11):955-960.
57. Qureshi W, Adler DG, Davila RE, Egan J, Hirota WK, Jacobson BC, Leighton JA, Rajan E, Zuckerman MJ, Fanelli R *et al*: ASGE guideline: guideline on the use of endoscopy in the management of constipation. *Gastrointest Endosc* 2005, 62(2):199-201.
58. Lundin E, Karlbom U, Westlin JE, Kairemo K, Jung B, Husin S, Pahlman L, Graf W: Scintigraphic assessment of slow transit constipation with special reference to right- or left-sided colonic delay. *Colorectal Dis* 2004, 6(6):499-505.
59. Diamant NE, Kamm MA, Wald A, Whitehead WE: AGA technical review on anorectal testing techniques. *Gastroenterology* 1999, 116(3):735-760.
60. Rao SS, Welcher KD, Pelsang RE: Effects of biofeedback therapy on anorectal function in obstructive defecation. *Dig Dis Sci* 1997, 42(11):2197-2205.
61. Rao SS: Dyssynergic defecation and biofeedback therapy. *Gastroenterol Clin North Am* 2008, 37(3):569-586, viii.
62. Rao SS, Singh S: Clinical utility of colonic and anorectal manometry in chronic constipation. *J Clin Gastroenterol* 2010, 44(9):597-609.
63. Minguez M, Herreros B, Sanchiz V, Hernandez V, Almela P, Anon R, Mora F, Benages A: Predictive value of the balloon expulsion test for excluding the diagnosis of pelvic floor dyssynergia in constipation. *Gastroenterology* 2004, 126(1):57-62.
64. Rao SS: Constipation: evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2009, 19(1):117-139, vii.

65. Tramonte SM, Brand MB, Mulrow CD, Amato MG, O'Keefe ME, Ramirez G: The treatment of chronic constipation in adults. A systematic review. *J Gen Intern Med* 1997, 12(1):15-24.
66. Dukas L, Willett WC, Giovannucci EL: Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and constipation in a study of women. *Am J Gastroenterol* 2003, 98(8):1790-1796.
67. Floch MH, Wald A: Clinical evaluation and treatment of constipation. *Gastroenterologist* 1994, 2(1):50-60.
68. Rao SS, Seaton K, Miller M, Brown K, Nygaard I, Stumbo P, Zimmerman B, Schulze K: Randomized controlled trial of biofeedback, sham feedback, and standard therapy for dyssynergic defecation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007, 5(3):331-338.
69. Heymen S, Jones KR, Scarlett Y, Whitehead WE: Biofeedback treatment of constipation: a critical review. *Dis Colon Rectum* 2003, 46(9):1208-1217.
70. 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.
71. McRorie JW, Daggy BP, Morel JG, Diersing PS, Miner PB, Robinson M: Psyllium is superior to docusate sodium for treatment of chronic constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 1998, 12(5):491-497.
72. Guntupalli KK, Francis PB: Unilateral lung infiltrate. Lipoid pneumonia. *Eur Respir J* 1991, 4(1):125-127.
73. Lembo A, Camilleri M: Chronic constipation. *N Engl J Med* 2003, 349(14):1360-1368.
74. Dipalma JA, Cleveland MV, McGowan J, Herrera JL: A randomized, multicenter, placebo-controlled trial of polyethylene glycol laxative for chronic treatment of chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 2007, 102(7):1436-1441.
75. Attar A, Lemann M, Ferguson A, Halphen M, Boutron MC, Flourie B, Alix E, Salmeron M, Guillemot F, Chaussade S *et al*: Comparison of a low

- dose polyethylene glycol electrolyte solution with lactulose for treatment of chronic constipation. *Gut* 1999, 44(2):226-230.
76. Lederle FA, Busch DL, Mattox KM, West MJ, Aske DM: Cost-effective treatment of constipation in the elderly: a randomized double-blind comparison of sorbitol and lactulose. *Am J Med* 1990, 89(5):597-601.
 77. Kutsal E, Aydemir C, Eldes N, Demirel F, Polat R, Taspnar O, Kulah E: Severe hypermagnesemia as a result of excessive cathartic ingestion in a child without renal failure. *Pediatr Emerg Care* 2007, 23(8):570-572.
 78. Ewe K, Ueberschaer B, Press AG: Influence of senna, fibre, and fibre + senna on colonic transit in loperamide-induced constipation. *Pharmacology* 1993, 47 Suppl 1:242-248.
 79. Wald A: Is chronic use of stimulant laxatives harmful to the colon? *J Clin Gastroenterol* 2003, 36(5):386-389.
 80. Johanson JF, Ueno R: Lubiprostone, a locally acting chloride channel activator, in adult patients with chronic constipation: a double-blind, placebo-controlled, dose-ranging study to evaluate efficacy and safety. *Aliment Pharmacol Ther* 2007, 25(11):1351-1361.
 81. Lacy BE, Levy LC: Lubiprostone: a novel treatment for chronic constipation. *Clin Interv Aging* 2008, 3(2):357-364.
 82. Kim HS: 5-Hydroxytryptamine₄ receptor agonists and colonic motility. *J Smooth Muscle Res* 2009, 45(1):25-29.
 83. Loughlin J, Quinn S, Rivero E, Wong J, Huang J, Kralstein J, Earnest DL, Seeger JD: Tegaserod and the risk of cardiovascular ischemic events: an observational cohort study. *J Cardiovasc Pharmacol Ther* 2010, 15(2):151-157.
 84. Quigley EM, Vandeplassche L, Kerstens R, Ausma J: Clinical trial: the efficacy, impact on quality of life, and safety and tolerability of prucalopride in severe chronic constipation--a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther* 2009, 29(3):315-328.
 85. Camilleri M, Deiteren A: Prucalopride for constipation. *Expert Opin Pharmacother* 2010, 11(3):451-461.

86. Camilleri M, Kerstens R, Rykx A, Vandeplassche L: A placebo-controlled trial of prucalopride for severe chronic constipation. *N Engl J Med* 2008, 358(22):2344-2354.
87. Ford AC, Suares NC: Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2011, 60(2):209-218.
88. Cash BD, Chey WD: Review article: The role of serotonergic agents in the treatment of patients with primary chronic constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2005, 22(11-12):1047-1060.
89. Manabe N, Wong BS, Camilleri M: New-generation 5-HT₄ receptor agonists: potential for treatment of gastrointestinal motility disorders. *Expert Opin Investig Drugs* 2010, 19(6):765-775.
90. Lembo AJ, Schneier HA, Shiff SJ, Kurtz CB, MacDougall JE, Jia XD, Shao JZ, Lavins BJ, Currie MG, Fitch DA *et al*: Two randomized trials of linaclotide for chronic constipation. *N Engl J Med* 2011, 365(6):527-536.
91. Roarty TP, Weber F, Soykan I, McCallum RW: Misoprostol in the treatment of chronic refractory constipation: results of a long-term open label trial. *Aliment Pharmacol Ther* 1997, 11(6):1059-1066.
92. Taghavi SA, Shabani S, Mehramiri A, Eshraghian A, Kazemi SM, Moeini M, Hosseini-Asl SM, Saberifiroozi M, Alizade-Naeeni M, Mostaghni AA: Colchicine is effective for short-term treatment of slow transit constipation: a double-blind placebo-controlled clinical trial. *Int J Colorectal Dis* 2010, 25(3):389-394.
93. Levine MD, Bakow H: Children with encopresis: a study of treatment outcome. *Pediatrics* 1976, 58(6):845-852.
94. Maria G, Cadeddu F, Brandara F, Marniga G, Brisinda G: Experience with type A botulinum toxin for treatment of outlet-type constipation. *Am J Gastroenterol* 2006, 101(11):2570-2575.
95. Khalif IL, Quigley EM, Konovitch EA, Maximova ID: Alterations in the colonic flora and intestinal permeability and evidence of immune activation in chronic constipation. *Dig Liver Dis* 2005, 37(11):838-849.

96. Borody TJ, Warren EF, Leis SM, Surace R, Ashman O, Siarakas S: Bacteriotherapy using fecal flora: toying with human motions. *J Clin Gastroenterol* 2004, 38(6):475-483.
97. Amenta M, Cascio MT, Di Fiore P, Venturini I: Diet and chronic constipation. Benefits of oral supplementation with symbiotic zir fos (Bifidobacterium longum W11 + FOS Actilight). *Acta Biomed* 2006, 77(3):157-162.
98. An HM, Baek EH, Jang S, Lee do K, Kim MJ, Kim JR, Lee KO, Park JG, Ha NJ: Efficacy of Lactic Acid Bacteria (LAB) supplement in management of constipation among nursing home residents. *Nutr J* 2010, 9:5.
99. Jia G, Meng MB, Huang ZW, Qing X, Lei W, Yang XN, Liu SS, Diao JC, Hu SY, Lin BH *et al*: Treatment of functional constipation with the Yun-chang capsule: a double-blind, randomized, placebo-controlled, dose-escalation trial. *J Gastroenterol Hepatol* 2010, 25(3):487-493.
100. Apolone G, Mosconi P: Review of the concept of quality of life assessment and discussion of the present trend in clinical research. *Nephrol Dial Transplant* 1998, 13 Suppl 1:65-69.
101. Fidaner C: Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı. In: *1Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu*. İzmir; 2004: 1-3.
102. Aktaş I: Yaşam Kalitesi. Denizli; 2001.
103. Şahin H: Eski Bir Kavram, Yeni Bir Ölçüt;Yaşam Kalitesi. *Toplum ve Hekim Dergisi* 1997(12):40-46.
104. Küçükgülü Ö: Bakımverenlerin Yükü Envanteri`nin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. izmir; 2004.
105. Sümbüloğlu V: Biyoistatistik. Ankara; 1997.
106. Şencan H: Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlik ve Geçerlilik; 2011.
107. Marquis P, De La Loge C, Dubois D, McDermott A, Chassany O: Development and validation of the Patient Assessment of Constipation Quality of Life questionnaire. *Scand J Gastroenterol* 2005, 40(5):540-551.

108. Ercan İ: Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004(30):211-216.
109. Frank L, Kleinman L, Farup C, : Psychometric validation of a constipation symptom assessment questionnaire. *Scand J Gastroenterol* 1999, 34(9):870-877.
110. Dedeli O: Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Gaita İnkontinansı Anketi'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. İZMİR; 2

EK:1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışma Başlığı:

KRONİK KONSTİPASYON HASTA DEĞERLENDİRME VE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRK TOPLUMU İÇİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Protokol No:

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GASTROENTEROLOJİ BİLİM DALI

ÇALIŞMAYA KATILAN GÖNÜLLÜNÜN İSMİ:

Kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü günümüzde sağlık problemlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar; hastanın fonksiyonlarını yerine getirmede, kapasitesini tehdit eden, gözlenebilen, hissedilebilen değişikliklere neden olan uzun süreli, kendiliğinden geçmeyen ve genellikle tam tedavi edilemeyen hastalıklardır ve büyük ölçüde kişinin yaşam kalitesini etkilemektedir. Kronik kabızlık bu hastalıkların önemli nedenleri arasındadır. Bu etkileri belirlemek için çeşitli anket formları ve ölçekler kullanılmaktadır. Türkçede valide edilip geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiş kronik konstipasyonla ilgili yaşam kalitesi anketi ya da tanı ve semptom değerlendirme skalası bulunmamaktadır. Türkiye’ de de tüm dünyadaki gibi “Kronik konstipasyon hasta değerlendirme ve yaşam kalitesi ölçeği ” anketi kullanılarak standardizasyon sağlanabilir. Yapacağımız bu çalışma sonucunda bu değerlendirmenin Türk toplumu için geçerliği ve güvenilirliği saptanırsa bu ölçek diğer çalışmalarda ve günlük pratikte uygulanabilecektir.

Bu çalışmada hastalığınızın yaşam kalitenizi nasıl etkilediği ve yapılan testin (Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeği) Türk Toplumu için geçerli ve güvenli bir ölçek olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Anket formunda yer alan soruların tarafınızdan yanıtlanması istenecektir. Anket formu 6 hafta sonra tekrar uygulanacaktır. Bu çalışmada elde edilen veriler kimliğinizin anlaşılmasına imkan olmayacak şekilde kodlanacaktır. Çalışma ile ilgili sorularınız için aşağıda belirtilen sorumlu kişileri arayabilirsiniz. Bunun dışında bu çalışmayla ilgili olarak herhangi bir ek ilaç ya da tedavi verilmeyecektir. Bu çalışma rutin kontrol ve tedavinizi herhangi bir şekilde etkilemeyecek ve aksatmayacaktır. Bu çalışmaya katılmamakta özgürsünüz. Araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra fikrinizi

değiştirirseniz araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmacı da gönüllünün kendi rızasına bakmadan, olguyu araştırma dışı bırakabilir. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz, yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri, herhangi bir yayın ya da raporda kullanılırken bu yayınlarda isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşlamayacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih: İmzası:

Adres:

Telefon:

Olur alma işleme başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı:

Görevi: İmzası:

Tarih:

Açıklama yapan araştırıcının adı: Göksel Soyadı: Bengi

Telefon:0-232-4123701 /0-532-4626972

Tarih: İmzası:

Sorumlu Hekimler:

1.Göksel Bengi 0 532 4626972

2.Hale Akpınar 0 232 4123705

EK-2 ROMA III KRİTERLERİ

Tanı koyarken bu kriterlerin son 12 ayda ve birbirini takip eden en az üç ay boyunca görülmüş olması önemlidir.

1.Aşağıdakilerden en az iki veya daha fazlasının bulunması:

- Dışkılamaların en az % 25'inde ıkınma, fazla gayret gösterme
- Dışkılamaların en az % 25'inde topak veya sert dışkılama
- Dışkılamaların en az % 25'inde tam boşalamama hissi
- Dışkılamaların en az % 25'inde ano rektal tıkanıklık hissinin oluşması
- Dışkılamaların en az % 25'inde el yardımıyla kolaylık sağlayarak dışkılama zorunluluğunda olunması
- Haftada üçten daha az sayıda dışkılama

2. Laksatif kullanmadan nadiren yumuşak dışkılama yapılabilmesi

3. K-İBS için aranılan kriterlerin yetersiz olması şartları aranmalıdır.

Kronik konstipasyon diyebilmek için, hasta en az altı ay boyunca semptomatik olmalı ve birbirini takip eden en az üç ay boyunca da yukarıdaki kriterlere uygun yakınmaları olmalıdır [10]

EK 3

Sayın Katılımcı,

Aşağıdaki anketin birinci bölümünde sizi tanıtıcı sorular, ikinci bölümünde kronik kabızlığın yaşam kalitenizi nasıl etkilediğine dair sorular yer almaktadır. Sorularda doğru veya yanlış cevap yoktur. En iyi cevap sizin vereceğiniz yanıtlardır. Bu nedenle her soruyu okuyup size uygun gelen cevabı işaretleyiniz. Hiçbir soruyu mümkün olduğunca boş bırakmamaya özen gösteriniz. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Uzm.Dr.Göksel BENGİ

DEÜTF Gastroenteroloji Bilim Dalı

Anket No:

Tarih:

Adınız Soyadınız:

Adresiniz:

Tel No:

e-mail:

Protokol Numarası:

Sosyodemografik Özellikler Anket Formu

1) Kaç yaşındasınız?

2) Cinsiyetiniz:

a) Kadın b) Erkek

3) Medeni Durumunuz:

a) Evli

b) Bekâr

c) Dul

d) Boşanmış

4) Çocuğunuz var mı? Kaç tane olduğunu belirtiniz.

a) Evet..... b) Hayır

5) Siz de dahil ev halkı kaç kişi?

6) Eğitim düzeyiniz nedir?

141

a) İlkokul

b) Lise

c) Üniversite

d) Diğer.....

7) Mesleğiniz nedir?

a) Serbest meslek

b) Devlet memuru

c) İşçi

d) Ev Hanımı

e) Emekli

f) Diğer

8) Bağlı olduğunuz sosyal güvence nedir?

a) Emekli Sandığı

b) SSK

c) Yeşil Kart

d) Bağ Kur

e) Ücretli

9) Ailenizin gelir düzeyi nedir?

- a) 500 YTL veya daha az
- b) 500 YTL – 1000 YTL
- c) 1000 – 3000 YTL
- d) 3000 YTL veya daha fazla

10) Ailenizin geçimini kim sağlıyor?

- a) Kendiniz
- b) Eşiniz
- c) Anne/Babanız
- d) Çocuğunuz

11) Nasıl bir işte çalışıyorsunuz?

- a) Çalışmıyorum
- b) Part time (yarım günlük)
- c) Full time (tam günlük)

12) Tam günlük bir işte çalışmamanızın nedeni nedir?

- a) Hastalığıma bağlı iş bulamama
- b) Hastalık şikayetlerime bağlı çalışamama
- c) Öğrenci olma
- d) Diğer.....

13) Ailenizde bakmakla yükümlü olduğunuz kimse var mı?

Belirtiniz.....

14) Evde bakımınızı üstlenebilecek kimse var mı?

Belirtiniz.....

15) Sigara içiyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

16) Günde kaç paket/adet?.....

17) Ne sıklıkta alkol tüketiyorsunuz?

- a) Tüketmiyorum
- b) Sosyal içiciyim
- c) Ayda bir iki kere
- d) Haftada bir iki kere
- e) Hemen hemen her gün

18) Kronik bir hastalığınız var mı?

- a) Evet b) Hayır

19) 18. soruya cevabınız evet ise belirtiniz.....

20) Hastalığınız hayatınızda yapmayı çok istediğiniz bir şeye engel oldu mu?

Belirtiniz.....

21) Hastalığınıza bağlı size ait görevi yerine getiremediğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Annelik/babalık görevi
- c) Eş görevi
- d) Öğrenci
- e) Diğer (Belirtiniz)

EK-4 HASTA KONSTİPASYON (KABIZLIK) DEĞERLENDİRME FORMU

Aşağıdaki sorular son iki hafta boyunca kabızlığın günlük hayatınız üzerindeki etkisini ölçmek için düzenlenmiştir. Her soru için lütfen bir kutucuğu işaretleyiniz.

Aşağıdaki sorular belirtilerinizin şiddetiyle ilgilidir. Son 2 hafta içinde, ne ölçüde...	Hiç 0	Biraz 1	Kısmen 2	Oldukça 3	Aşırı 4
1. Kendinizi patlayacak kadar şişkin hissettiniz mi?					
2. Kabızlığınız yüzünden kendinizi ağırlaştırmış hissettiniz mi?					

Aşağıdaki sorular konstipasyonun <u>günlük yaşamanız</u> üzerindeki etkisi ile ilgilidir. Son 2 hafta içinde, ne sıklıkla...	Hiç 0	Nadiren 1	Bazen 2	Çoğunlukla 3	Her zaman 4
3. Herhangi bir fiziksel sıkıntı hissettiniz mi?					
4. Tuvalete çıkma ihtiyacı hissedip de yapamadığınız oldu mu?					
5. Diğer insanların yanında olmaktan dolayı utanırsınız mı?					
6. Tuvalete çıkamadığınız için gittikçe daha az mı yemek yiyiyorsunuz?					

Aşağıdaki sorular kabızlığın <u>günlük yaşamanız</u> üzerindeki etkisi ile ilgilidir. Son 2 hafta içinde, ne ölçüde...	Hiç 0	Biraz 1	Kısmen 2	Oldukça 3	Aşırı 4
7. Yediklerinize dikkat etmek zorunda kaldınız mı?					
8. İştahınız azaldı mı?					
9. Ne yiyeceğinizi seçememekten endişe duydunuz mu (örneğin arkadaşınızın evinde ziyaretteyken)?					
10. Evden uzak olduğunuz zamanlarda tuvalette çok uzun süre kalmaktan dolayı utanırsınız mı?					

11. Evden uzak olduğunuz zamanlarda tuvalete çok sık gitmek zorunda kalmaktan dolayı utanmış olduğunuz oldu mu?					
12. Günlük rutin programınızı (örneğin seyahat etmek, evden uzakta olmak durumu) değiştirmek zorunda kaldığınız için endişe duydunuz mu?					

Aşağıdaki sorular <u>duygularınız</u> ile ilgilidir. Son 2 hafta içinde, ne sıklıkla...	Hiç 0	Nadiren 1	Bazen 2	Çoğunlukla 3	Her zaman 4
13. Durumunuz nedeniyle kendinizi huzursuz hissettiniz mi?					
14. Durumunuz nedeniyle kendinizi üzgün hissettiniz mi?					
15. Durumunuzu takıntı haline getirdiniz mi?					
16. Durumunuz nedeniyle stresli oldunuz mu?					
17. Durumunuz nedeniyle kendinize güveniniz azaldı mı?					
18. Durumunuzun kontrolünün elinizde olduğunu hissettiniz mi?					

Aşağıdaki sorular <u>duygularınız</u> ile ilgilidir. Son 2 hafta içinde, ne ölçüde...	Hiç 0	Biraz 1	Kısmen 2	Oldukça 3	Aşırı 4
19. Tuvalete ne zaman çıkacağınızı bilememekten dolayı endişe duydunuz mu?					
20. İhtiyacınız olduğunda tuvalete gidip dışarı çıkamamaktan dolayı endişe duydunuz mu?					
21. Tuvalete çıkamamaktan dolayı gittikçe daha fazla rahatsızlık duydunuz mu?					

Aşağıdaki sorular <u>kabızlıkla birlikte olan yaşantınız ile</u> ilgilidir. Son 2 hafta içinde, ne sıklıkla...	Hiç 0	Nadiren 1	Bazen 2	Çoğunlukla 3	Her zaman 4
22. Durumunuzun daha da kötüye gideceğinden korktunuz mu?					
23. Vücudunuzun düzgün çalışmadığını hissettiniz mi?					
24. İsteddiğinizden daha az sıklıkta tuvalete çıktınız mı?					

Aşağıdaki sorular <u>ne kadar memnun olduğunuz ile</u> ilgilidir. Son 2 hafta içinde, ne ölçüde...	Hiç 0	Biraz 1	Kısmen 2	Oldukça 3	Aşırı 4
25. Tuvalete çıkma sıklığınızdan memnun musunuz?					
26. Tuvalete çıkma düzeninizden memnun musunuz?					
27. Barsaklarınızın çalışması hakkında memnun musunuz?					
28. Tedavinizden memnun musunuz?					

EK -5

HASTA KONSTİPASYON (KABIZLIK) DEĞERLENDİRME FORMU

Aşağıdaki anket formu **son 2 hafta** için geçerli olmak üzere kabızlığınız ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Her soruyu, semptomlarınıza göre, mümkün olan en doğru şekilde cevaplayınız. Burada doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

Aşağıdaki her semptom için, lütfen belirtilen semptomu **son 2 hafta içinde** ne kadar **şiddetli** hissettiğinizi belirtiniz. Geçen 2 hafta içinde karşılaşmadığınız semptomları 0 olarak işaretleyiniz. Biraz hissettiyseniz 1'i, kısmen hissettiyseniz 2'yi, şiddetli şekilde hissettiyseniz 3'ü ve çok şiddetli hissettiyseniz 4'ü işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

Aşağıdaki semptomların her birini son 2 haftadır ne kadar şiddetli hissediyorsunuz?	Hiç 0	Biraz 1	Kısmen 2	Şiddetli 3	Çok şiddetli 4
29. Karın bölgesinde rahatsızlık					
30. Karın bölgesinde ağrı					
31. Karın bölgesinde şişkinlik					
32. Mide krampları					
33. Tuvalete çıkarken acı duyma					
34. Tuvalete çıkarken ya da sonrasında rektal yanma					
35. Tuvalete çıkarken ya da sonrasında rektal kanama ya da yırtılma					
36. Tuvalete tam çıkamama, "bitmemiş" gibi hissetme					
37. Çok sert dışkı					
38. Çok küçük dışkı					
39. Tuvalete çıkmak için kendinizi kasmak ya da sıkmak					
40. Tuvalete çıkma ihtiyacı hissedip çıkamamak (yanlış alarm)					

EK 6

Hasta adı soyadı:

Tarih:

SF 36

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesine karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesine hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ İTMEK VE AĞIR olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
GÜNLÜK alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (ömeğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (ömeğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem evişişlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duyduğunuz en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sınırlı bir insan olduğunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüznü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorğun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman b)Çoğu zaman c) Bazen d)Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					

Ek 7 etik kurul onayı