

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**İZMİR İLİNDE FONKSİYONEL KONSTİPASYON
SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
ARAŞTIRILMASI**

İSMAİL ÇİFÇİ

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2018

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**İZMİR İLİNDE FONKSİYONEL KONSTİPASYON
SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

İSMAİL ÇİFÇİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. AZİZE DİLEK GÜLDAL

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
TABLOLAR DİZİNİ	III
GRAFİKLER DİZİNİ.....	IV
KISALTMALAR.....	V
ÖNSÖZ.....	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	IX
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1 KRONİK KONSTİPASYON.....	3
2.1.1 Tanımlama	3
2.1.2 Patofizyoloji.....	3
2.1.3 Epidemiyoloji ve risk faktörleri.....	4
2.1.4 Etiyoloji	5
2.1.4.1 Kronik Konstipasyonun Sekonder Nedenleri	6
2.1.4.2 Kronik Konstipasyonun Primer Nedenleri.....	6
2.1.4.2.1 Fonksiyone Konstipasyon	10
2.1.4.2.1.1 Tanımlama.....	10
2.1.4.2.1.2 Epidemiyoloji	11
2.1.4.2.1.3 Tanı.....	11
2.1.4.2.1.4 Fonksiyonel konstipasyon ile ilişkili faktörler	12
2.2 OKB	12
2.2.1 Tanım	12
2.2.2 Sık görülen obsesyon ve kompulsiyon türleri	13
2.2.3 Epidemiyoloji	14
2.2.4 Etiyoloji	14
2.2.5 Tanı	15
2.2.6 Fonksiyonel konstipasyon ve OKB ilişkisi.....	17

2.3 KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ.....	18
2.3.1 Tanım.....	18
2.3.2 Kişilik ölçekleri.....	18
2.3.2.1 On Maddeli Kişilik Envanteri (TIPI).....	20
2.3.2.2 Fonksiyonel konstipasyon ve kişilik özellikleri ilişkisi.....	20
3GEREÇ ve YÖNTEM.....	22
3.1 Araştırma Yöntemi.....	22
3.2Araştırma Örneklemi.....	22
3.3Araştırmanın Uygulanması.....	23
3.4Veri Toplama Araçları.....	23
3.4.1Anket.....	23
3.4.2Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I).....	24
3.4.3On Maddeli Kişilik Envanteri (TIPI).....	24
3.5 İstatistiksel Analizler.....	25
4BULGULAR.....	26
4.1Demografik Özellikler.....	26
4.2Alışkanlıklar ve Hastalıklar.....	27
4.3Kronik konstipasyon alt tipleri.....	29
4.4Fonksiyonel Konstipasyon sıklığı.....	29
5TARTIŞMA.....	35
6SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
7KAYNAKLAR.....	42
8EKLER.....	55
8.1EK-1: Araştırmacı Değerlendirme Ölçeği.....	55
8.2EK-2: Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu.....	58
8.3EK-3: Bilgilendirilmiş hekim olur formu.....	59
8.4EK-4: On Maddeli Kişilik Envanteri.....	60
8.5EK-5: M.I.N.I. OKB modülü.....	61
8.6EK-6: Etik Kurul Onay Yazısı.....	62
8.7Ek-7: İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü Onay Yazısı.....	63

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Kronik Konstipasyonun primer ve sekonder nedenleri

Tablo 2. Araştırma evreni ve örneklemi

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 4. İlçelere göre katılımcı sayıları

Tablo 5. Katılımcıların alkol ve sigara kullanım oranları

Tablo 6. Katılımcıların kronik hastalıkları dağılımı

Tablo 7. Kronik konstipasyon, İBS ve OKB görülme sıklıkları

Tablo 8. Katılımcıların kişilik özellikleri

Tablo 9. Kronik konstipasyonu olan katılımcıların dağılımı

Tablo 10. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre FK sıklığının cinsiyet temelinde değerlendirilmesi

Tablo 11. Katılımcıların demografik özellikleri ve alışkanlıkları ile FK durumlarının değerlendirilmesi

Tablo 12. Fonksiyonel konstipasyonu olan olguların yakınmalarının değerlendirilmesi

Tablo 13. Fonksiyonel konstipasyonu olan olguların OKB açısından değerlendirilmesi

Tablo 14. FK olan olguların kişilik özellikleri açısından değerlendirilmesi

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Katılımcıların yakınma oranları

Grafik 2. Katılımcıların haftalık dışkılama sayısı oranları

Grafik 3. Katılımcıların laksatif ilaç kullanmadan yumuşak, şekilsiz dışkılama oranları



KISALTMALAR

FGID: Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalık

FK: Fonksiyonel Konstipasyon

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SCL-90: Symptom Checklist

İBS: İrritabl Barsak Sendromu

GİS: Gastrointestinal Sistem

İBS-K: İrritabl Barsak Sendromunun Konstipasyon Subtipi

FDB: Fonksiyonel Defekasyon Bozukluğu

M.I.N.I.: Mini-International Neuropsychiatric Interview

DSM-IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV

ICD-10: International Classification of Diseases 10

TİPI: On Maddeli Kişilik Envanteri

NEO-FFI: NEO Five-Factor Inventory

DM: Diyabetes Mellitus

BKİ: Beden kütle İndeksi

ÖNSÖZ

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki ihtisasım süresince emeği geçen ve bizlere her konuda yol gösteren tez danışmanım Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL' a

Tezin her aşamasında yardımcı olan ve uzmanlık eğitimim boyunca tecrübelerinden faydalandığım Prof. Dr. Mehtap KARTAL ve desteklerini esirgemeyen kıymetli hocalarım Prof. Dr. Vildan MEVSİM, Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR ve Doç. Dr. Tolga GÜNVAR' a

Asistanlık eğitimime katkıda bulunan tüm uzman doktorlarımıza, birlikte çalışmaktan son derece mutluluk duyduğum ve kendileriyle çok güzel anılar paylaştığım asistan arkadaşlarıma, ASM hemşirelerine ve personeline,

Gastroenteroloji rotasyonum süresince deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Hale AKPINAR ve tezimin planlanmasında katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Göksel BENİ' ye

Sevgisini, emeğini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen annem ve babama

Varlığıyla hayatıma güzellik getiren biricik eşim ve kızıma sonsuz teşekkürler.

Dr. İsmail ÇİFÇİ

İZMİR-2018

ÖZET

İZMİR İLİNDE FONKSİYONEL KONSTİPASYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI

Dr. İsmail ÇİFÇİ, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
İnciraltı/İZMİR

Amaç: Bu araştırmanın amacı İzmir ilinde fonksiyonel konstipasyon sıklığını ve fonksiyonel konstipasyonun OKB ve kişilik özellikleri başta olmak üzere çeşitli faktörlerle ilişkisini belirlemektir.

Yöntem: Bu çalışma, kesitsel tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır. İzmir ili 11 merkez ilçesinin her birinden rastgele örneklem yöntemiyle belirlenen 11 Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde, 1 Ekim 2017- 31 Kasım 2017 tarihleri arasında, herhangi bir nedenle ASM'ye başvuran 18 yaş ve üzeri 990 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişilere yüz yüze görüşme yöntemiyle, araştırmacı tarafından ROME IV kriterleri esas alınarak oluşturulmuş anket ile Mini-International Neuropsychiatric Interview içerisindeki OKB modülü ve On Maddeli Kişilik Envanteri uygulanmıştır.

İstatistiksel analizler, SPSS 22.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları verildi. Kategorik bağımsız değişken ile bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi uygulandı. Ortalamaların karşılaştırılmasında ise t-testi kullanıldı. Bağımsız grupların ortalamalarının kıyaslanmasında ANOVA analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için p değeri <0,05 kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 502 (%50,7) kadın ve 488 (%49,3) erkek olmak üzere toplam 990 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş aralığı 18-78 arasında olup, kadınların yaş ortalaması 36,44 (std=14,571); erkeklerin yaş ortalaması ise 36,94 (std=12,854) idi. Çalışmamıza katılanların %7'si (n=69) ROME IV kriterlerine göre FK tanısına uymakta olup, bu kişilerin %60,9'u kadındı

ve erkeklere göre oldukça yüksekti. Fonksiyonel konstipasyon yaşa bağlı olarak artmaktaydı ($t=2,619$, $p=0,009$). Erkekler ve kadınlar eğitim durumuna göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde, yüksek eğitim düzeyine sahip erkeklerde fonksiyonel konstipasyon sıklığı anlamlı olarak yüksekti.

Fonksiyonel konstipasyonu olan olguların %13'ü OKB pozitif olarak değerlendirildi. Bu oran FK olmayanlara göre anlamlı olarak ($p=0,003$) yüksek bulunmuştur.

FK olgularının duygusal dengelilik puanları FK olmayanlara göre anlamlı ($p=0,038$) olarak düşük bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamız FK'un birinci basamakta oldukça sık görülen bir GİS yakınması olduğunu göstermekte ve özellikle tedavideki farklılıklardan ötürü konstipasyon yakınması ile başvuran hastalarda tanısal yaklaşımın önemini ortaya koymaktadır. FK tanısı olan bireylerde OKB görülme sıklığı FK olmayan bireylere göre anlamlı olarak yüksek, duygusal dengelilik düzeyleri ise anlamlı olarak düşük bulunmuştur. FK tanısı alan bireylerde bu duruma sebep olarak psikiyatrik hastalıkların ve kişilik özelliklerinin de etken olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fonksiyonel konstipasyon, obsesif kompulsif bozukluk, ROME IV kriterleri, kişilik özellikleri

ABSTRACT

Ismail CIFCI, MD; Dokuz Eylul University Faculty of Medicine Department of Family Medicine, Inciralti/IZMIR

Objective: The aim of this study was to determine the prevalence of functional constipation in the province of Izmir and the relationship between functional constipation with OCD, personality traits and various factors.

Method: This study was planned as a cross-sectional descriptive study. A total of 990 persons aged 18 years and older who applied to ASM for any reason between 11 October 2017 and 31 November 2017 were included in the study.

Persons who volunteered to participate in the study were interviewed by the researcher on the basis of ROME IV criteria and OCD module in Mini-International Neuropsychiatric Interview and Ten Item Personality Inventory.

Statistical analysis was performed using SPSS 22.0 package program. Mean, standard deviation for descriptive continuous variables; Frequency and percentage distributions were given for categorical variables. Chi-square test was used to compare categorical independent variables and dependent variables. The t-test was used to compare the means. ANOVA analysis was used to compare the means of independent groups. A p value of <0.05 was accepted for statistical significance.

Results: A total of 990 people, 502 (50.7%) female and 488 (49.3%) male, were included in the study. The age range of the participants was between 18-78 and the average age of women was 36.44 (std = 14.571); The mean age of males was 36.94 (std = 12.854). In our study, 7% (n = 69) of the participants were in compliance with the diagnosis of FK according to ROME IV criteria and 60.9% of them were female and were quite high compared to men. Functional constipation increased with age ($t = 2,619$, $p = 0,009$). When men and women were evaluated

separately according to educational status, the frequency of functional constipation was significantly higher in males with higher education level.

13% of patients with functional constipation were evaluated as OCD positive. This rate was found to be significantly higher ($p = 0.003$) than non-FK.

Emotional balance scores of patients with FK were significantly lower than those without FK ($p = 0.038$).

Conclusion: Our study shows that FC is a common GIS complaint in primary care. Furthermore, it shows the importance of diagnostic approach in patients presenting with constipation due to differences in treatment. The prevalence of OCD was significantly higher in the individuals with FC than in the non-FC group and the level of emotional balance was significantly lower. It should be kept in mind that psychiatric diseases and personality traits may also be the cause of this condition in individuals diagnosed with FC.

Key Words: Functional constipation, obsessive compulsive disorder, ROME IV criteria, personality characteristics



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Konstipasyon, toplumda sindirim sistemiyle ilgili görülen en sık yakınma olup ciddi ekonomik kayba yol açmakta, kişilerin yaşam kalitesini, sosyal hayatlarını ve günlük yaşamdaki performanslarını etkilemektedir (1).

Konstipasyon; dışkılamada zorlanma, aralıklı, tam olmayan defekasyon ve yetersiz veya ağrılı defekasyon işlemi olarak tanımlanabilir. Konstipasyonun diğer yakınmaları ise topak veya sert dışkılama, bağırsakların tam boşalamama hissi, karında rahatsızlık veya ağrı hissi, dışkılama sırasında çıkışta engellenme/takılma hissi ve el yordamıyla dışkılamanın kolaylaştırılmasıdır (2).

Konstipasyon ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınlarda, yaşlılarda, beyaz olmayan ırkta ve düşük sosyoekonomik düzeyli kişilerde daha sık görüldüğü bulunmuştur (3).

İlk ROME kriterleri 1994 yılında tanımlanmış ve bunu 1999-2000 yılında ROME II, 2006 yılında ROME III ve son olarak 2016 yılında revize edilen ROME IV kriterleri takip etmiştir (4).

En son 2016 yılında yayınlanmış olan ROME IV kılavuzunda fonksiyonel gastrointestinal hastalık (FGID) tanımı ile ilgili pozitif (diğer hastalıkların ekarte edilerek tanı konulması yerine) bir tanım yapılması kararlaştırılmıştır (5).

Fonksiyonel konstipasyon (FK) prevalansını belirlemek için yapılmış az sayıda çalışma mevcut olup, çalışmalar daha çok kronik konstipasyona yönelik kurgulanmıştır. Kuzey Amerika’da yapılan çalışmalarda kronik konstipasyon tahmini prevalansı %1,9-27,2 arasında değişen oranlarda bulunmaktadır (6,7). Çin’de ROME II kriterleri ile yapılan ve toplumun genelini yansıtan bir çalışmada fonksiyonel konstipasyon sıklığı %6 sonucuna ulaşılmış olup (8), ülkemizde ise Kasap ve Bor tarafından ülke nüfusunun %52’sini kapsayan 20 ilde yapılan bir örneklem ile gerçekleştirilen (n=3214) ilk geniş kapsamlı çalışmada fonksiyonel konstipasyon prevalansı %8,3 olarak bulunmuştur (9). Yaşlı popülasyonda konstipasyon prevalansı tam olarak belirlenememekle birlikte yapılan çalışmalardan elde edilen verilere göre %24-50 arasında tahmin edilmektedir (5).

Obsesyon terimi psikiyatride “yanlış olduğu bilindiği halde engellenemeyen, mantık ve muhakeme ile uzaklaştırılamayan, arzu edilmeyen saplantı halindeki fikirler” olarak tanımlanmıştır (10). Kompulsiyonlar ise çoğu defa saplantılı düşünceleri (obsesyon) zihinden çıkarmak için yapılan irade dışı tekrarlayan hareketlerle karakterizedir (11).

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) kişinin akademik ve sosyal işlevlerinde ciddi bozulmalara sebep olan rahatsızlık veren, benliğe yabancı (ego distonik), bunalıcı ve tekrarlayıcı düşüncelerden (obsesyon) ve bu düşünceleri zihinden çıkarmak için yapılan yineleyici davranış ve zihinsel eylemlerden (kompulsiyon) oluşan psikiyatrik bir bozukluktur (12). Daha önce ROME III kriterleri kullanılarak FK tanısı konulmuş bireyler ile sağlıklı bireylerin kıyaslandığı bir çalışmada FK tanılı bireylerin Symptom Checklist (SCL-90) OKB skorları anlamlı yüksek bulunmuştur (13). Farklı bir çalışmada ise hayatının herhangi bir döneminde OKB tanısı alan kadın bireylerde, OKB ile konstipasyon öyküsü arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (14). 2017’de yayınlanmış bir çalışmaya göre ise obsesif kompulsif spektrumun, fonksiyonel konstipasyon ve irritabl bağırsak sendromu (İBS) varlığı ile korelasyon gösterdiği gösterilmiştir (15).

Kişilik, psikolojide yer alan önemli alanlarından biridir ve literatürde organize duygusal, kognitif, sosyal ve fiziki özelliklerin tamamı olarak ele alınmaktadır. Ayrıca kişilik doğuştan olan ve kolayca değişmeyen özelliklerin tamamı olarak tanımlanır (16,101). Daha önce FK’lu bireylerde kişilik özelliklerini araştıran bir çalışmada, FK’lu bireylerin nevrotiklik düzeylerinde anlamlı yükseklik ve dışadönüklük düzeylerinde anlamlı düşüklük bulunmuştur (13).

Bu araştırmanın amacı İzmir ilinde fonksiyonel konstipasyon sıklığını ve fonksiyonel konstipasyonun OKB ve kişilik özellikleri başta olmak üzere çeşitli faktörlerle ilişkisini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 KRONİK KONSTİPASYON

2.1.1. Tanımlama

Konstipasyon, çoğu zaman kişinin barsak fonksiyonlarında anormallik hissetmesidir ve dışkılama sayısında azalmayla birlikte hastalar karın alt bölgesinde gerginlik, rahatsızlık ve şişkinlik tarif ederler (6).

Konstipasyon bir hastalık değil, kişilerce değişik ve farklı olarak değerlendirilen subjektif bir semptomdur. Bazı hastalar için dışkının çok az miktarda ya da çok sert olması iken, başkası için zorlu dışkılama, az sayıda dışkılama ya da tam boşalamama şeklinde tanımlanabilir. Klinik pratikte bu parametrelerin çoğunu sayısallaştırmak zordur. Sadece dışkılama sayısı ölçülebilir ve bireyler arası karşılaştırma yapılabilir (17).

Konstipasyon izole ya da altta yatan farklı bir sebebe bağlı olarak ortaya çıkar ve toplumda sindirim sistemiyle ilgili görülen en sık yakınma olup önemli oranda ekonomik kayıplara sebep olmaktadır (17). Çünkü kronik konstipasyon beraberinde çoklu doktor başvurularını, ileri merkezlere sevk, hastane yatışlarını ve cerrahi operasyonları da getirir. Ayrıca en az diğer kronik hastalıklar kadar önemli düzeyde kişilerin hayat kalitesini, sosyal yaşamlarını ve günlük yaşamdaki performanslarını da etkiler (18). ABD’de her yıl 2,5 milyon kişi konstipasyon şikayeti ile hekime başvurmakta ve laksatifler için her yıl 800 milyon dolardan fazla sağlık harcaması yapılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde konstipasyon yakınması olanların ancak üçte biri hekime başvuru yapmaktadır.

2.1.2. Patofizyoloji

Defekasyonun başlatılması genellikle defekasyon refleksleriyle olmaktadır. Mide dolduktan sonra ve karın içi basıncı artmakta, gastrokolik ve ileokolik refleksler harekete geçmektedir (19). Ortaya çıkan uyarılar; mezenterik plexuslar ile inen kolon, sigmoid kolon ve rektumda kitlesel hareketleri başlatıp, dışkının anüse doğru ilerlemesini sağlarlar.

Normal kolon motilitesi:

- 1.Non peristaltik-segmental kontraksiyonlar
- 2.Peristaltik lokal itici kontraksiyonlar

3.Peristaltik yüksek amplitüdü itici kontraksiyonların bir karışımından oluşur.

Segmental kontraksiyonlar dışkının karışımını sağlayan kolondaki lokal kontraksiyonlardır. Kolon grafilinde ‘haustralar’ olarak isimlendirilirler. Lokal itici kontraksiyonlar dışkıyı ileri veya geriye doğru sadece kısa mesafelerde sürükleyen peristaltik kontraksiyonlardır. Yüksek amplitüdü itici kontraksiyonlar ise proksimal kolondan distale doğru uzun bir mesafe ilerleyerek en son hastanın dışkılamasını sağlayan, gün içerisinde birkaç defa oluşan peristaltik hareketlerdir. Yemeklerden sonra oluşan dışkılama hissi, yüksek amplitüdü itici kontraksiyonlar sebebiyle gerçekleşir (gastrokolik refleks). Normal zamanlarda dışkı inen kolon distali, sigmoid kolon ve rektum proksimalinde birikmektedir. Günde birkaç kez olan yüksek amplitüdü itici kontraksiyonlar, dışkının sol kolon distalinde birikmesine ve kolonun bu bölümünün dışkı ile dolup gerilmesine neden olur. Sol kolon distalinde lümen içi basınç eşik değeri aşınca dışkı rektum distaline iner. Bu sırada iç anal sfinkter gevşerken dış sfinkter bir miktar kasılır ve feçes anal kanalın proksimaline gelir. Sigmoid kolon ve rektumda oluşan güçlü peristaltik aktivite feçesi dışarı atmaya çalışır. Dışkılama için uygun ortam yoksa anorektal bölgede bulunan refleks mekanizmalar sayesinde ve korteksin uyarılarıyla rektum ve sigmoid bölgedeki kaslar gevşeyerek dışkılama ihtiyacı sona erer. Defekasyon refleksi birçok defa baskılanır ise rektum genişleyerek içinde bulunan feçese uyum sağlar (20).

Konstipasyona kolonda, anorektal bölgede ya da her ikisinde motilite bozuklukları olduğu belirlenmiştir (21). Anorektal bölgenin motilitesi bozuk iken, kolon motilitesi normal olabilmektedir. Bu durumda kolon transit zamanı normaldir. Anorektal bölge motilitesi normal iken kolon motilitesi bozulmuş ise kolon transit zamanı yavaşlamıştır (Colonic inertia). Yavaşlamış kolon transit zamanına bağlı konstipasyonda yemeklerden sonra oluşması beklenen refleksler (gastrokolik refleks) ve laksatiflere olan cevaplar körleşmiştir. Bazı çalışmalarda kolonda hareketi sağlayan, elektriksel uyarıları üreten pacemaker hücrelerinin (interstisyel Cajal hücreleri) ve enterik nöronların sayılarının azalmış olduğu veya bu hücrelerin olmadığı gösterilmiştir (22).

2.1.3. Epidemiyoloji ve risk faktörleri

Amerika’da yapılan çalışmalarda kronik konstipasyon tahmini prevalansı %1,9-27,2 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (6,7)

Oranların bu denli farklı olması muhtemel tanım farklılıkları ve örneklem seçimine dayanmaktadır. Kronik konstipasyon sıklığının genellikle yaşla birlikte arttığı bildirilmektedir (23). Yaşlılarda konstipasyon, daha sık olarak sistemik bir hastalıktan ya da kullandıkları ilaçların yan etkilerinden olabilmektedir. Siyah ırkta beyazlara göre, çocuklarda erişkinlere göre, yaşlılarda gençlere göre daha sık oranda görülmektedir (24-27). Bununla birlikte, Suares'in yaptığı büyük bir meta analizde, muhtemelen bireysel çalışmalarda kullanılan farklı yaş aralıkları nedeniyle bu verileri desteklenmemiştir (28). Dispepsi, İBS gibi sık görülen diğer gastrointestinal sistem (GİS) hastalıkları gibi kronik konstipasyon da kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir (21,29,30). Kadınlarda barsak transit zamanının erkeklere göre daha yavaş olduğu gösterilmiş olup özellikle menstrüasyon dönemlerinde birçok kadının konstipasyon şikayeti olmaktadır (31). Düşük kalorili beslenme de konstipasyon için bir risk unsuru oluşturmaktadır (32). Çevresel faktörler olarak kırsal ve soğuk bölgelerde yaşamak, konstipasyon gelişimi için birer risk faktörüdür (33). Düşük sosyoekonomik statü, genellikle kronik konstipasyon için bir risk faktörü olarak düşünülmüştür (34-36). Yapılan bir meta analizde, sosyoekonomik durum ile konstipasyon semptomlarının varlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen yalnızca altı çalışma tanımlanmıştır. Toplanan veriler düşük sosyoekonomik düzeye kıyasla yüksek sosyoekonomik düzeydeki bireylerde kronik konstipasyon prevalansında ılımlı bir artış olduğunu gösterilmiştir. Ancak orta ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki kişiler arasında bu farklılık gösterilememiştir (28). Konstipasyon yakınması olan hastaların bir kısmında depresyon saptanmaktadır. Bunun bir neden mi yoksa sonuç mu olduğu tam olarak anlaşılamamıştır (37,38).

2.1.4. Etiyoloji

Kronik konstipasyonun çok çeşitli sebepleri bilinmektedir. Konstipasyon idiyopatik olabilir veya herhangi bir hastalığa bağlı olarak sekonder gelişebilir. Sekonder konstipasyona yol açan mekanik, endokrin, metabolik, nörolojik nedenler ve ilaçlar gibi çeşitli etkenler bulunmaktadır. Konstipasyon; bazı metabolik (Diabetes mellitus, hipotiroidizm, hiperparatiroidizm, hiperkalsemi), nörolojik veya obstrüktif barsak hastalıklarının ilk bulgusu olabileceği gibi; daha çok sık kullanılan bazı ilaçların yan etkisi olarak da ortaya çıkabilmektedir (Tablo 1).

2.1.4.1. Kronik Konstipasyonun Sekonder Nedenleri

Nörolojik ve metabolik hastalıklar, Diabetes mellitus, hipotiroidi gibi endokrin hastalıklar ve anoreksiya nervoza gibi psikiyatrik hastalıklar konstipasyonun ikincil nedenlerindendir. Ayrıca bazı ilaçların yan etkisi olarak da konstipasyon oluşabilir. Aganglionozis (Hirschsprung hastalığı) ve fonksiyonel çıkış bozuklukları (dissinerjik defekasyon veya pelvik taban disfonksiyonu) gibi defekasyon bozukluğuna sebep olan diğer durumlardır. İBS'nin konstipasyon subtipi olan hastalar da bu grupta değerlendirilebilir. Merkezi ve periferik sinir sistemini tutan hastalıklarında motor aktivite bozulduğu için konstipasyon görülebilir. Cauda equina düzeyinde sinir kesileri veya bu bölgeyi tutan lezyonlar sonucu kolonun parasempatik inervasyonu bozulur ve hipomotilite, kolonik genişleme, rektal tonus ve hassasiyetinin azalması, distal kolonda staz ve defekasyonda bozulma olur. Spinal kordun üst seviyelerindeki hasarlarda kolonik refleksler normaldir ve anal kanalın el yordamıyla uyarılması sonucu dışkılama sağlanabilir. Multipl skleroz ve Parkinson hastalarında da konstipasyon sık görülür. Bu hastalarda fiziksel aktivitenin kısıtlanması ve tedavide kullanılan ilaçlar kabızlığa neden olmaktadır. Ağır multipl sklerozlu hastalarda konstipasyonun ileri boyutta görülmesinin sebebi yemek sonrası olması gereken kolonik motor yanıtlarının olmamasıdır. Ayrıca motor aktivitenin normal kortikal inhibisyonu kesintiye uğramıştır (39). Doğumdan itibaren olan spastik segmentin proksimalinde kolonik genişlemenin olduğu, distal barsakta gevşemeyen ve dışkının ilerletilemediği hirschsprung hastalığında distal barsaktaki fonksiyonel tıkanıklık, submukozal ve myenterik pleksustaki intramural gangliyon hücrelerinin yokluğuna bağlıdır. Nöral krest hücrelerinin kaudal migrasyonun embriyonik gelişim sırasında durmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Antikolinerjik ilaçlar, intestinal düz kas kontraktilesini azaltırlar (40). Kalsiyum kanal blokerlerinden özellikle verapamil ve nifedipin rektosigmoid dismotiliteye neden olarak ciddi düzeyde konstipasyon yapabilirler (41).

2.1.4.2. Kronik Konstipasyonun Primer Nedenleri

Primer konstipasyon; normal transit (geçiş) zamanlı konstipasyon, yavaş transit zamanlı konstipasyon ve anorektal disfonksiyon olarak üçe ayrılır. Normal geçiş zamanlı kabızlığa fonksiyonel konstipasyon denir. Dışkının kolonu geçiş hızı normaldir. Yavaş geçiş zamanlı konstipasyonda ise; barsak hareketleri yetersizdir ve karında gerginlik olur. Patogenezinde miyenterik pleksus anomalileri, kolinerjik iletim bozukluğu, noradrenerjik nöromusküler ileti

sistemindeki anomaliler yer almaktadır. Anorektal disfonksiyon pelvik kasların defekasyon için gerekli uyumlu kasılmayı sağlayamamasıdır. Bu hastalar tam boşalamama hissi ve tıkanıklık hissinden yakınır. Ayrıca dışkılama için el yordamıyla perineal bölgeyi uyarma gereksinimleri olur (42).

Primer konstipasyon kadınlarda daha sık görülmektedir. Karın ağrısı sık görülmez ve megakolon da nadir görülür. Hasta seyrek dışkılama, dışkılama sırasında aşırı ıkınma veya her ikisini birden tarifler; fiberden zengin beslenme ya da orta derecede etkili laksatifler verildiğinde şikayetlerinde gerileme olur. Barsak fonksiyonlarına göre birçok alt tipi vardır:

A) Normal kolonik geçişli konstipasyon: Primer konstipasyonun en sık görülen alt grubudur. Dışkılama sayısı az olan ve laksatifler ya da fiberden zengin beslenmeye yanıtı olmayan bu grup hastaların kolonik geçişleri normaldir. Anorektal bölgenin fonksiyonunda bozulma mevcuttur. Psikososyal stres durumlarında hastaların şikayetlerinde artış görülür (43). Bu gruptaki hastaların tanıları sıkça irritabl barsak sendromunun konstipasyon subtipi (İBS-K) ile karışmaktadır.

B) Kolonik durgunluk - yavaş geçişli konstipasyon: Kolonik geçiş yavaşlamış olan ciddi konstipasyonlu hastaların önemli bir kısmında kolonik durgunluk mevcuttur ve radyoopak maddelerin proksimal kolondan geçiş gecikmektedir. Anorektal bölge fonksiyonları ise normaldir. Çocuklarda ve genç kadınlarda daha sık görülmektedir (44).

Bu grupta kolon rezeksiyonu yapılan bir grup hastanın çıkarılan kolon örneklerinde myenterik plexusdaki interstisyel Cajal hücrelerinin azaldığı görülmüştür. Kolonik motiliteyi sağlamada bu hücrelerin önemli rolleri olduğu düşünülmektedir (22).

Anorektal bölgedeki fonksiyon bozulmasına ROME III konsensus toplantısında Fonksiyonel Defekasyon Bozukluğu (FDB) adı verilmesi kararlaştırılmıştır. Anorektal bölge fonksiyonu iki şekilde bozulabilir:

1-Çıkışın gecikmesi- defekasyon itici gücünde yetersizlik:

Kolondan geçiş normal olup rektumda barsak hareketleri yavaşlar (45). Yani ıkınma sırasında rektumun iç basıncı dışkıyı atacak kadar güçlü değildir. Bu tablo Hirschsprung hastalığındaki duruma benzer; fekal tıkaçlı hastalar, megarektum ve dışkılama sırasında pelvik taban kaslarının anormal yanıtı görülen hastalarda gözlenir.

2- Dissinerjik dışkılama-pelvik taban disfonksiyonu:

Daha çok yaşlılarda ve kadınlarda görülen konstipasyon tipidir (46). Tek başına olabileceği gibi yavaş kolon transit zamanına bağı konstipasyonla veya İBS-K ile birlikte olabilir. Dissinerjik dışkılama patogenezi net olarak anlaşılmamış olup birden fazla sebebe bağı olduğu düşünölmektedir. Pelvik disfonksiyon nedenleri arasında anal fissür, anal striktür, pelvik taban yetersizliğı, proktit, rektosel, tromboze hemoroid ve ürojinekolojik disfonksiyon sayılabilir (1).



Tablo 1. Kronik Konstipasyonun primer ve sekonder Nedenleri

Kronik Konstipasyon	
Primer Konstipasyon	
Kronik idiyopatik konstipasyon	Normal transit konstipasyon (FK)
	Konstipasyon predominant İBS
Yavaş transit konstipasyon	Hirschsprung hastalığına bağlı megakolon
	Chagas hastalığı
	Kronik idiyopatik megakolon
	Multipl endokrin neoplazi tip 2B ilişkili megakolon
Rektal boşaltım bozuklukları	Disinerjik defekasyon
	Rektal intussusepsiyon
	İnen perine sendromu
	Rektal prolapsus
	Rektosel (genellikle rektumun ön duvarını etkileyen)
Sekonder Konstipasyon	
İlaçlar	Opioidler
	Ca kanal blokerleri
	α 2-adrenerjik agonistler
	Trisiklik antidepresanlar
	5-hidroksitriptamin reseptör 3 antagonistleri
	Dopaminerjik ilaçlar
	Antikolinerjik ilaçlar
	Nöroleptikler
	Kemoterapötik ajanlar
	Anabolik steroidler
Elektrolit dengesi bozuklukları	Hiperkalsemi
	Hipokalemi
Hormonal değişiklikler	Hipotiroidizm
	Hiperparatiroidizm
	Hiperglisemi
	Gebelik
Psikiyatrik bozukluklar	Depresyon
	Yeme bozuklukları
Nörolojik bozukluklar:	Parkinson hastalığı
	Multipl skleroz
	Omurilik hasarı
Yaygın kas hastalığı:	İlerleyici sistemik skleroz
	Miyotonik distrofi
	Amiloidoz
Gastrointestinal sistem organik hastalığı	Kolorektal kanser
	Polipler

2.1.4.2.1 Fonksiyonel Konstipasyon

2.1.4.2.1.1 Tanımlama

Fonksiyonel konstipasyon, spesifik fizyolojik nedenleri olmayan, ciddi ekonomik maliyeti olan ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen yaygın bir klinik durumdur.

Primer konstipasyonun en sık görülen alt grubudur. Dışkılama sayısı az olan ve laksatifler ya da fiberden zengin beslenmeye yanıtı olmayan bu grup hastaların kolonik geçişleri normaldir. Anorektal bölgenin fonksiyonunda bozulma mevcuttur. Psikososyal stres durumlarında hastaların şikayetlerinde artış görülür (43). Bu gruptaki hastaların tanıları sıkça İBS-K ile karışmaktadır. İBS ve FK birinci basamakta sıklıkla görülmekte ve ayırıcı tanıda hekimleri zorlamaktadır. İrritabl barsak sendromunun konstipasyon baskın subtipinde, daha çok karın ağrısı ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklikler gözlenmektedir. Bu hastalarda yavaş kolonik transit zamanı veya dissinerji görülmemekle birlikte daha sık olarak visseral hipersensitivite bulunmaktadır (47). ROME IV kriterlerine göre FK tanısı konabilmesi için İBS'yi dışlamak gerekmektedir.

Genel olarak haftada iki ya da daha az sayıda dışkılama sıklığı konstipasyon olarak tanımlanabilmekte ancak sayı kriteri tek başına yeterli değildir. Hastaların yaklaşık %60'ı günlük barsak hareketleri normal olmasına rağmen hastalar kendilerini konstipe olarak değerlendirirler. Bu hastaların genellikle tam dışkılayamama hissi ve dışkılamada zorlanma yakınmaları mevcuttur. Genelde seyrek dışkılama alışkanlığı olan kişilerde dışkının barsaklarda kalış zamanı uzamakta ve bu sebeple dışkı içindeki suyun emilimi artmakta, dışkı ise sertleşmektedir. Özellikle yaşlılarda, fekal tıkaç ve fekal inkontinansa bağlı konstipasyon görülebilmektedir.

Bu sebeplere bağlı olarak fonksiyonel kabızlığı tanımlamak için daha kapsamlı kriterlere ihtiyacımız olduğunu gözlenmiştir. Uluslararası bir çalışma grubu 2016 yılında ROME IV başlığı altında fonksiyonel konstipasyon için bazı tanı kriterleri belirlemişlerdir.

Fonksiyonel konstipasyon; dışkılama sırasında aşırı ıkınma, topak veya sert dışkılama, sık olmayan dışkılama ve tam boşalmama hissinin ön planda olduğu fonksiyonel barsak hastalığıdır. Fonksiyonel konstipasyonu olan kişilerde karın ağrısı ve/veya karında şişkinlik şikayetleri olabilmekle birlikte, bu semptomlar ana semptomlar olmamalı ve hastadaki semptomlar İBS tanı kriterlerini karşılamamalıdır. Semptomlar tanı konulmasından en az 6 ay önce başlamış olmalı ve son üç aydır devam etmelidir (48).

2.1.4.2.1.2 Epidemiyoloji

Konstipasyon toplumda oldukça sıkça görülen bir gastrointestinal sistem yakınması olup, sıklığı kullanılan tanımlara göre çokça farklılık göstermekle birlikte %2-28 arasında değişen oranlarda görülen bir sağlık problemidir (24,25). Çin'de ROME II kriterleri ile yapılan ve toplumun genelini yansıtan bir çalışmada fonksiyonel konstipasyon sıklığı %6 bulunmuştur. Ayrıca İBS'nin konstipasyon subtipi %1 olarak bulunmuş olup bu kişilerin yaş ortalaması fonksiyonel konstipasyon tanısı olanlara göre anlamlı olarak düşük çıkmıştır ($41,9 \pm 14,3$ yıl ve $45,5 \pm 16,7$ yıl, $p=0,003$) (8). Ülkemizde Kasap ve Bor tarafından yapılan, 20 ili ve ülke nüfusunun %52'sini kapsayan bir örnekleme sahip ($n=3214$) geniş kapsamlı çalışmada ise fonksiyonel konstipasyon görülme sıklığı %8,3 oranında bulunmuştur (9)

2.1.4.2.1.3 Tanı

Son olarak 2016 yılında yayınlanan ROME IV kılavuzunda fonksiyonel gastrointestinal hastalık tanımı için pozitif (diğer hastalıkları ekarte ederek tanı konulması yerine) bir tanım yapılmaya çalışılmıştır (4).

ROME IV'te 33 erişkin ve 20 pediatrik grupta olmak üzere toplam 53 fonksiyonel gastrointestinal hastalık sınıflanmaktadır. Hastalıklar, anatomik bölgelere göre gruplandırılmıştır (57). ROME IV kriterlerine göre fonksiyonel konstipasyon tanı kriterleri aşağıda gösterilmiş olup bu semptomların en az altı ay önce başlamış ve son üç aydır devam etmekte olması gereklidir.

1. Aşağıdakilerden iki veya daha fazlasını içermeli

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

2. Laksatif kullanmadan yumuşak, şekilsiz feçesin nadiren olması

3. İBS tanısı için yeterli kriterin olmaması

2.1.4.2.1.4 FK ile ilişkili faktörler

Literatür verileri, konstipasyon prevalansının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermekte ve yaygınlık 50 yaşın üzerindeki kişilerde artmaktadır. Ayrıca düşük sosyo-ekonomik durum konstipasyon ile ilişkilendirmiştir. Çevresel faktörler olarak kırsal ve soğuk bölgelerde yaşamak, konstipasyon gelişimi için birer risk faktörüdür (33). Eğitim düzeyine göre ilişki araştıran çalışmalarda ise sonuçlar farklılıklar göstermektedir. İlişki gösterilemeyen pek çok çalışma bulunurken, düşük eğitim düzeyi ile ilişkilendiren çalışmalar da mevcuttur (7). Daha önce FK'lu bireylerde OKB ilişkisi araştıran bir çalışmada anlamlı ilişki bulunmuştur. FK'lu bireylerde kişilik özellikleri araştıran bir çalışmada ise nevrotiklik düzeylerinde anlamlı yükseklik ve dışadönüklük düzeylerinde anlamlı düşüklük bulunmuştur (13).

2.2 OBSESİF -KOMPULSİF BOZUKLUK

2.2.1 Tanım

Obsesif Kompulsif bozukluk kişinin sosyal ve mesleki işlevlerinde belirgin bozulmaya yol açan, rahatsız edici, benliğe yabancı, yineleyici ve bunaltı oluşturan düşünceler (obsesyon) ve bunaltıyı gidermek için yapılan yineleyici davranış ya da zihinsel eylemlerle (kompulsiyon) tanımlanan bir psikiyatrik bozukluktur (12).

Obsesif kompulsif bozukluk, istenmeden gelen, uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyete ve sıkıntıya neden olan, benliğe yabancı ve yineleyici özellikte sürekli düşünceler, dürtüler (impulslar) ve hayal, düşlemler (imajlar) olarak tanımlanan obsesyonlar ve bunlara ikincil olarak gelişen, kişinin yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanan kompulsiyonlarla karakterize bir bozukluktur (50).

Obsesif kompulsif bozukluk motor işleyişi etkiler düşünceleri değiştirir, ruh halini bozar, algıyı ve iradeyi zedeler. Bütün bunlar sosyal hayatta düzensizliğe, önemsenecek derecede hareket kaybına, aile düzeninin bozulmasına ve ekonomik güçlüklerle yol açar. Bu açıdan obsesyonlar ve kompulsiyonlar sıkıntı verdikleri kadar zaman kaybına da kişinin günlük yaşantısında, eğitim hayatında veya iş hayatında işlevini yitirmesine de neden olurlar. DSM-IV-TR'de OKB, anksiyete bozuklukları içerisinde yer almaktadır (51).

2.2.2 Sık Görülen Obsesyon ve Kompulsiyon Türleri

Kirlenme/ bulaşma obsesyonlarında kirli olduğu düşünülen yerlerden mikrop, idrar, feçes, meni vb. şeylerin bulaşma endişesi yer almaktadır. Anksiyete ile birlikte, kendini kirleteceği nesnelerden korku duyma ön plandadır. Utanç duygusu da eşlik eder. Bu obsesyonlar sıkça el yıkama, uzun süreli banyo yapma, eşyaları aşırı temizleme gibi temizleme kompulsiyonlarını beraberinde getirir. Çeşitli çalışmalarda en sık karşılaşılan obsesyon bulaşma obsesyonu olup hastaların yaklaşık %45-55’inde görülmektedir (52-55).

Kuşku obsesyonları bir eylemin yapılıp yapıldığından emin olamama halidir. Kuşku obsesyonu olan kişilerde, bir şeyi unutmuş olmak ya da bir nedenle çevreye zarar veriyor olmak gibi kendini suçlayıcı düşünceler vardır. Kuşku obsesyonu çoğunlukla bir tehlike durumunu gösterdiğinden, güvenliği sağlamakla ilişkili kontrol etme kompulsiyonları geliştirir ve kontrol edemez ise anksiyete geliştirir. Kuşku obsesyonları, sık karşılaşılan obsesyonlardır (53,56)

Saldırganlık obsesyonları kişinin kendine, yakınlarına veya başka birine zarar verme, öldürme düşünceleri, şiddet içeren korkutucu imgeler ile ilgilidir. Kişi bu obsesyonları eyleme geçirme korkusu ile evdeki delici kesici aletleri uzaklaştırabilir. OKB’de saldırganlık obsesyonlarının yaygınlığı %10–20 oranında görülmektedir (52).

Cinsel obsesyonlar utanç verici ve kabul edilemez olarak nitelenen cinsel temalarla ilgili obsesyon çeşididir. Eşcinsellik, ensest ilişkilerle ilgili düşünceler, karşısındaki kişinin cinsel organına baktığının sanılacağı korkusu olabilir. OKB’de sıklık oranı %13–26 arasında görülmektedir (52,56).

Dini obsesyonlar kişinin sahip olduğu dini ve ahlaki değerlere istemeyerek küfür etme, karşı gelme ve bu düşünceler ibadet esnasında gelirse ibadetini tekrar ederek aşırı vakit harcama durumudur. 10 Dini obsesyonun görülme oranları farklı kültürlerde ve dinlerde değişkenlik göstermektedir. Türk toplumunda ise sıklığı %11–42 arasında değişmektedir (52,54). Saldırganlık, cinsel ve dini obsesyonlarda kompulsiyon olmaz.

Somatik obsesyonlar sıklıkla kanser, AIDS, zührevi bir hastalığa yakalanma korkusu şeklinde ortaya çıkmaktadır. Kişinin bu obsesyona karşı geliştirdiği kompulsiyonlar, hastalıkla ilgili olduğu düşünülen beden bölümünün kontrolü ve onaylanma arayışıdır.

Sayma obsesyonlarında birey herhangi bir eylemi belirli bir sayıya kadar saymadan yaparsa işinin rast gitmeyeceğini düşünerek sayma davranışında bulunurlar.

Düzen ve simetri obsesyonları belirli ortam, nesne ya da durumların simetrik bir şekilde olması gerektiği obsesyonu ya da bir eylemin belirlenmiş bir sırada yapılması gerektiği obsesyonu olarak görülür. Nesneler belirli bir düzende durmazsa eyleme başlayamama ve sürekli o düzeni korumaya çalışmaktan işi yapamama gerçekleşir.

Biriktirme/saklama kompulsiyonları, gerçek anlamda maddi ya da manevi değeri olmayan birçok şeyin, saklanıp biriktirildiği, gereksinim duyulmadığı halde satın alındığı durumlardır.

Zihinsel kompulsiyonlar yineleyici tarzda dua etme, sayı sayma, belirli kelimeleri yineleme gibi düşünsel süreçlerdir (57).

2.2.3 Epidemiyolojisi

Beş epidemiyolojik çalışmanın sonuçları analiz edildiğinde OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %1,9–3,3 civarında olduğu bildirilmiştir (58-61). Bu oran neticesinde OKB, en sık rastlanılan dört psikiyatrik rahatsızlıktan birisidir. Ülkemizde OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2–3,7 oranında olduğu tespit edilmiştir (52,56,62,63) Türkiye Psikiyatri Derneği'nin toplum içerisinde yaptığı araştırmalar sonucunda OKB'nin her 100 kişiden 2- 3'ünde görüldüğü saptanmıştır. Fakat birçok kişi belirtilerin hafif olmasından kaynaklı veya hastalıklarını gizlemek istemeleri ve hiç kimseye belli etmek istememeleri veya uzun yıllar süren rahatsızlıklarına alışmış olmaları sonucu profesyonel yardıma başvurmamalarının sebeplerindendir (64).

2012 yılında Wittchen ve Jacobi tarafından yapılan geniş çaplı bir araştırmaya göre 18-64 yaş arası kadınlarda yaşam boyu prevalansı %3,6, erkeklerde ise %1,8 olarak bildirilmiştir. İki cinsiyet arasında fark olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (65-67). Hastaların birinci derecede akrabalarındaki yaşam boyu yaygınlık ise ortalama %20'dir (52,53,68).

2.2.4 Etiyoloji

OKB'nin nedenleri psikanalitik, bilişsel kuramlar ve biyolojik etkenler olarak üçe ayrılır.

Psikanalitik kurama göre OKB, katı tuvalet eğitimi sonucunda kontrol edilemeyen kuvvetli cinsel ya da saldırgan dürtülerin sonucunda ortaya çıkmıştır. Kişinin, Freud'un gelişim evrelerinden anal dönemde (12-36 ay) saplanıp kaldığı varsayılır.

Psikanalitik kuramın bir diğer temsilcisi Alfred Adler (1931), OKB'yi ebeveynlerin aşırı hükmediciliği sonucunda bireylerin yeterlilik duyguları geliştirememelerinden doğan bir patoloji olarak değerlendirmiştir. Aşağılık duygularıyla yüklü olan bu kişiler bilinç dışında kendilerini

yeterli hissedecekleri ve kontrol edebilecekleri bir alana sahip olabilmek için kompulsif ritüellere başvururlar.

Bilişsel davranışçı kurama göre ise OKB, sonuçların pekişmesi sonucu öğrenilen davranıştır. Kişi kompulsif kontrol etme ile olabilecek felaketlerin önüne geçerek kendini güvende hissetmekte ve kaygı düzeyini aşağıya çekmektedir. Hoşa gitmeyen düşünceleri bastırmaya çalışma aşırı duygusal durumlarla ilişkilidir ve böylece bastırılmış düşünce ve duygu arasında kuvvetli bir ilişkiye yol açar. Birçok bastırma denemesinden sonra şiddetli bir duygu, düşüncenin geri dönmesine ve olumsuz duygu durumunun artmasına neden olur. Sonuç kaygının artmasıdır (69).

Biyolojik etkenler; OKB'nin beyin iltihabı, kafa yaralanmaları ve beyin tümörleri ile ilişkili olduğu ve hastaların frontal loblarında belirgin bir hareketlenme olduğu görülmüştür. OKB'ye neden olan bir gen bulunamamasına rağmen genetik bir yatkınlık mevcut olup OKB hastalarının yakınlarında bu hastalığın görülme olasılığı artmaktadır.

2.2.5 Tanı

Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) ve International Classification of Diseases 10 (ICD-10) psikiyatrik bozuklukları için Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'daki psikiyatristler ve klinisyenler tarafından ortaklaşa geliştirilen kısa yapılandırılmış bir tanı amaçlı görüşmedir (70).

ICD-10'a göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri

1. İnsanın kendi dürtüleri ya da düşünceleri olarak tanımlansa da ego-distonik özellik gösterir. Yani kişi bu düşünceleri ve dürtüleri mantıksız ve anormal bulmaktadır.
2. İnsanın birden fazla karşı duramadığı düşünceleri olsa bile en az bir tanesine karşı koymakta başarısızlık yaşaması gerekmektedir.
3. Düşünce veya davranış zevk verici olmamalıdır (anksiyetenin veya gerilimin azalması zevk olarak değerlendirilemez).
4. İmaj, dürtü ya da düşünce rahatsızlık verecek biçimde tekrarlayıcı olmalıdır (Dünya Sağlık Örgütü, 1993).

Bunlar depresyonda görülen “ruminasyonlarla” karıştırılmamalıdır. Zira depresyon OKB'ye en fazla komorbidite gösteren rahatsızlıktır.

DSM-IV- TR'ye Göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri:

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:

(1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler dürtüler ya da düşlemler.

(2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

(3) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da baskılamaya çalışır veya başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

(4) Kişi obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1) Bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örneğin; el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örneğin; dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).

(2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurutulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir, ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boş harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir. (örneğin; bir Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; Vücut Dismorfik Bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım

bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerine düşünüp durma; Hipokondriazisin olası durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

E. Bu bozukluk bir maddenin (örneğin; kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Çalışmamızda M.I.N.I. 5.0.0'ın Türkçe versiyonunun OKB modülü kullanılmıştır. Türkçe uyarlaması Engeler tarafından 2004 yılında yapılmıştır (71).

2.2.6 Fonksiyonel konstipasyon ve okb ilişkisi

Psikoanalitik gözlem tıptaki literatürde kabızlığı obsesif kompülsiyon özellikleriyle ilişkilendiren bir gelenek başlatmıştır. Fonksiyonel konstipasyon hastalarında duygusal durum, psikolojik özellikler ve bilişsel işlevler karmaşıktır. Psikolojik faktörler, beyin-bağırsak eksenini aracılığıyla gastrointestinal fonksiyonu etkileyebilecek fonksiyonel gastrointestinal bozuklukların gelişimiyle yakından ilişkiliydi (72).

Bununla birlikte, beyin-bağırsak ekseninin FK'lu hastalarda nasıl başladığı ve psikolojik özelliklerin, duygusal durumun ve bilişin bağlantı mekanizması bilinmemektedir. Konstipasyon, psikiyatrik popülasyonda yaygın bir semptom olup şizofreni hastalarında %36,3 depresif hastalarda %57,7 iki yıllık prevalans bildirilmiştir (73,74) Konstipasyon, psikiyatrik popülasyondaki sık görülen bir sorun olmasına rağmen bu konuda çok az araştırma bulunmaktadır.

2016 yılında, ROME III kriterleri ile belirlenmiş 35 fonksiyonel konstipasyonlu ve 24 sağlıklı gönüllü ile yapılan bir çalışmada, FK'lu bireyler ile normal bireylerin Symptom Checklist OKB skorlarında anlamlı farklılık bulunmuştur (13). 2011 yılında yapılan bir çalışmada ise hayatının herhangi bir döneminde OKB tanısı alan kadın bireylerde, OKB ile konstipasyon öyküsü arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (14). Yine FGID'lerden biri olan İrritabl barsak sendromu ve OKB ile yapılan bir çalışmada İBS yaygınlık oranları, OKB hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0002$) (75).

2.3 KİŞİLİK

2.3.1 Tanım

Kişilik, psikolojide yer alan önemli bir alandır ve literatürde kişiye özgü olan ve kişiyi diğerlerinden ayıran örgütlenmiş duygu, düşünce ve toplumsal davranışların bütünü olarak tanımlanır. Aynı zamanda kişilik, doğuştan getirilen ve çevreyle etkileşim yoluyla şekillenen ve kolay değişmeyen özellikler bütünü olarak da ele alınmaktadır. Kişiliğin bu kadar önemli olmasının nedeni kişiliğin, kişilerarası ilişkilerin niteliğini, zorlu yaşam koşullarına karşı uyumu, mesleki başarıları, sosyal katılımı, mutluluğu ve sağlığı yordayan en önemli değişkenlerden biri olmasıdır (76).

Psikoloji bilimine göre kişilik, kişilerin kendilerine has ve ayırt edici davranışlarının tümü olarak açıklanmaktadır (77). Robert E. Park ve Earnest W. Burgess'e göre, kişilik "bireyin grubun içindeki rolünü belirleyen özelliklerin toplamı ve organizasyonu"dur. Arnold W. Rose, "kişilik, bir kişinin değerlerinin (fikirleri, prestij, güç ve cinsiyet gibi gayretlerinin nesneleri) yanı sıra onun fiziksel olmayan özelliklerinin toplamıdır (Alışlagelmiş hareket etme ve tepki verme biçimleri) "şeklinde bir tanımlama yapmaktadır (78,79)

Kişilik, bireyin doğuştan getirdiği genetik özelliklerle onun gerçek ya da hayali olarak ebeveynleri ile deneyimlediği etkileşimi yoluyla oluşur (80,81).

2.3.2 Kişilik ölçekleri

Kişiliği incelemek için çeşitli yaklaşımlar (psikanalitik, davranışçı, özellik yaklaşımı gibi) ortaya konulmuş ancak son yirmi yıldır kişilik özelliklerinin beş faktör altında değerlendirilebileceğini ileri süren Beş Faktör Kuramı (Big-Five Personality Theory) ön plana çıkmaya başlamıştır (76,82).

Bunlar dışadönüklük (extraversion), uyumluluk (agreeableness), duygusal denge (emotional stability), sorumluluk (conscientiousness) ve deneyime açıklıktır (openness to experience). Dışadönüklük, sosyal beceri, girişimcilik ve konuşkanlık gibi özellikleri içermektedir. Dışadönükler aktif, sempatik, etkileyici ve baskın bireylerdir. Uyumluluk, sempatik, saygılı, samimi, anlayışlı gibi özellikleri içermektedir. Uyumlu bireyler başkalarıyla olumlu ve karşılıklı ilişkileri sürdürme eğilimindedirler. Duygusal denge, eleştiriye açıklık, sakinlik, rahatlık gibi özellikleri göstermektedir. Bu özelliğin baskın olduğu bireyler olumsuz

duygularla ve durumlarla etkin biçimde baş ederler. Sorumluluk, öz disiplin, düzen, başarma gibi özellikleri içermektedir. Bu özelliğin baskın olduğu bireyler planlı, organize ve öz disiplinli olma eğilimindedir. Beş faktörden bir diğeri olan deneyime açıklık ise yaratıcı, merak, yeni düşüncelere açıklık gibi özellikleri içerir. Bu bireylerin hayal gücü geniş, estetik duyarlılıkları yüksektir (84).

Dışadönük bireyler iyimser, sosyal, enerjik, neşeli, cana yakın, kendine güvenli, girişken ve diğerlerine karşı ilgili, kolay iletişim kuran ve iletişim kurmaktan memnun olan kişilerdir. İç dönük kişiler ise kapalı, yalnız kalmayı seven, iletişim kurmakta zorlanan, kurdukları iletişimden mutlu olmayan, mesafeli bireyler olarak tanımlanmaktadır (84). Dışa dönükler diğer insanlara göre daha fazla mutlu olma eğilimindedirler ayrıca hayata karşı daha olumlu bakışa sahip olup; bağlılık, yakınlık ve sosyal ilişki sürdürmeye eğilimlidirler (85). Yumuşak başlılık (Uyumluluk) düzeyi yüksek kişiler, sempatik yardımsever güvenilir, yumuşak başlı, fedakâr, alçak gönüllü açık sözlü etkileşim ve iletişim sırasında çatışmadan uzak bireyler olarak tanımlanmaktadır. Bunların aksine, uyumluluk düzeyi düşük kişiler ise, düşmanca, yarışmayı seven, güvenilir ve bir etkileşim sırasında karşısındakine karşı şüpheli, inatçı, kaba kişilik özellikleriyle bağdaştırılmaktadır (84). Uyumluluk düzeyi yüksek kişilik: yardım davranışı, empati ve çatışma çözümünde yapıcı olma ile ilişkilidir. Buna karşın uyumluluk düzeyi düşük kişilik, sinirli düşmanca ve kuşkucu olma eğilimindedir (85).

Sorumluluk kişilik özelliği, itaatkârlık, düzenlilik, öz disiplin, başarı yönelimlilik gibi özellikleri içinde barındıran bir kişilik boyutunu ifade etmektedir. Sorumluluğu yüksek kişiler yaptıkları işler ve ilişkilerinde disiplinli, dikkatli, başarma duygusu yüksek olurken; sorumluluk düzeyi düşük olanlar, ilişki ve iletişimlerinde dikkatsiz, dağınık olarak değerlendirilmektedir (86).

Duygusal denge faktörü nörotisizm olarak da adlandırılmakta olup, dengesi düşük (Nevrötik) kişiler çeşitli araştırmalarda gergin, endişeli, güvensiz, kendisiyle uğraşan, sinirli, kaygılı gibi özelliklerle tanımlanmaktadır. Nevrötik kişiler saldırgan, kırılgan, strese karşı aşırı tepki veren ve dürtüsel davranan kişilerdir (85). Bazı araştırmacılar da nörotisizmi, rasyonel olmayan düşünceler ve başa çıkma mekanizmalarında yetersizlik olarak açıklamaktadırlar. Nörotisizm faktöründe yüksek puan alan kişiler, sıklıkla karmaşık duygularla uğraşmak zorunda olduklarından, kuruntulu düşünceler ve düşmanca tepkiler gibi uygun olmayan başa çıkma mekanizmalarına başvurabilmektedirler (87,88). Duygusal dengesi yüksek kişiler ise kendine

güvenen, karşısına etkileşim ve iletişim sırasında karşısındakine güven veren, sakin özellikler gösterirler (86).

Deneyime Açıklık kişilik boyutu beş faktör kişilik yapısı içinde bilişsel yönü en fazla olan özellik olarak görülmektedir. Bu açıdan yüksek seviyede açıklık özelliğine sahip olan bireyler, hayal kuran, maceracı, orijinal, yaratıcı, meraklı, kendi düşünce ve duygularına yönelen olarak; düşük düzeyde olanlar ise, değişime direnen, kapalı, tutucu olarak değerlendirilmektedir. Deneyime açıklık boyutundakiler etkileşimlerinde de bu tür özellikler aramaktadırlar (84). Deneyime Açıklık kişiler sorunlarını bitirmek için daha az ihtiyaç duyarlar ve belirsizliği tolere edebilirler. Bu kişilik özelliğinin insanların politik ve ideolojik tutumlarını belirlediği daha az önyargılı olma eğilimde oldukları iddiası vardır (88,90)

Beş faktörlü kişilik kuramı kişiliğin beş boyutunun kalıcı değişmez özellikler olarak biyolojik temelli olduğu iddiasından hareket etmektedir (86,89).

2.3.2.1 On Maddeli Kişilik Envanteri (TIPI)

Beş Faktör Kişilik Modeli temel alınarak geliştirilen ölçeklerden biri, On Maddeli Kişilik Envanteri (TIPI) 'dir. Ölçek on maddeden oluşur ve her madde benzer bir anlam taşıyan iki sıfatı içerir. Ölçeğin maddeleri, Yedi derecelmeli Likert tipi olan bu ölçekte, her bir alt boyutta iki madde yer almaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Atak tarafından yapılmıştır (91).

2.3.2.2 Fonksiyonel konstipasyon ve kişilik özellikleri ilişkisi

Son zamanlarda, kişilik özellikleri ile sağlık sonuçlarının öngörücü olabileceği hipotezinden yola çıkarak, doğrudan ya da bir dizi mekanizma yoluyla sağlık sonuçlarını etkileyerek, kişilik özellikleri ve sağlık arasındaki ilişkileri inceleyen çok sayıda araştırma yapılmıştır. 960 Daha yüksek nevrotiklik ve dürtüsellik, strese bağlı oluşabilecek sorunların oluşumunu doğrudan doğruya öngörür (92). Daha direkt olarak, nevrotiklik de azalan hücresel bağışıklık aktivitesi, artmış inflamatuvar sitokin düzeyleri ve düşük kortizol stres reaktivitesi ile ilişkilendirilmiştir (93-95).

Beş faktörlü modelin diğer kişilik özellikleri sağlık çalışmaları bağlamında daha az dikkat çekmiştir. Dışa dönüklük, azalmış sitokin seviyeleri, artmış kortizol seviyeleri ve yüksek düzeyde deneyimlere açıklık hastalık ilerlemesini yavaşlatmakla ilgili bulunmuş olup, düşük sorumluluk, sonraki yaşamda yüksek kümülatif hastalık yüküyle ilişkilendirilmiştir (96,97).

Negatif duygulara belirgin bir kırılganlık getiren nevrotiklik, Fonksiyonel gastrointestinal hastalığı olanlarda (FGID) psikiyatrik komorbidite değerlendirilirken kullanılan ana özelliklerinden biridir ve aynı zamanda İBS gelişimi için bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. FGID'lı kişilerde yapılan bir çalışmada anlamlı derecede yüksek nevrotiklik düzeyi bulunmuştur (98,99).

Psikiyatrik olmayan İBS hastalarında yapılan ilk çalışmada, İBS-K hastalarının, NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) üzerinde daha yüksek ortalama puanlarla nevrotiklik ve sorumluluk ile karakterize edildiği gösterilmiştir. Aynı çalışmada İBS'li kadınlar erkeklere kıyasla nevrotik, sorumluluk ve dışa dönüklük düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (100)

FK'lu bireylerde yapılan bir çalışmada ise nevrotiklik düzeylerinde anlamlı yükseklik ($p<0,001$) ve dışadönüklük düzeylerinde anlamlı düşüklük bulunmuştur ($p<0,05$) (13).

3) GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırma Yöntemi

Bu araştırma, kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır. İzmir ili 11 merkez ilçesinin her birinden rastgele örneklem yöntemiyle belirlenen 11 Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde, 1 Ekim 2017- 31 Kasım 2017 tarihleri arasında, herhangi bir nedenle ASM'ye başvuran 18 yaş ve üzeri 990 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişilere yüzyüze görüşme yöntemiyle, araştırmacı tarafından oluşturulmuş anket ile Mini-International Neuropsychiatric Interview ve On Maddeli Kişilik Envanteri uygulanmıştır.

Çalışma için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22.12.2016 tarihli 2016/32-43 karar numaralı onay (Ek-6) alınmıştır. Çalışmanın birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılabilmesi için ise İzmir Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin (Ek-7) alınmıştır. Ayrıca, seçilen her bir ASM'de görevli aile hekimlerinin bilgisi ve izni dahilinde ASM sorumlu hekiminden de birimin işleyişini engellemeyecek şekilde veri toplanması için gönüllü olduklarına dair yazılı izinler (Ek-3) alınmıştır.

3.2 Araştırmanın örnekleme

Araştırmanın evrenini İzmir il merkezinde yaşayan 18 yaş üstü bireyler oluşturmuştur. İzmir İl Halk Sağlığı müdürlüğünden elde edilen verilere göre bu kapsamda 2.149.941 kişi mevcuttur. Çalışmaya katılmayı engelleyecek zihinsel ve fiziksel engelin bulunması tek hariç bırakma kriteridir.

Evreni bilinen örneklem formülüne göre $n = N \cdot t^2 pq / d^2 (N-1) + t^2 pq$
Formüldeki;

N : Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatasını ifade etmektedir.

Çalışmada p değeri 0,1; q değeri 0,9; d değeri 0,02 olarak alınmıştır.

Örneklem büyüklüğü, kullanılan formülle, %95 güven düzeyi ve %2 hata payı ile minimum 864 kişi olarak hesaplanmıştır. Kişi sayıları ilçedeki nüfuslarına orantılı olarak dağıtılmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma evreni ve örneklemi

İlçe adı	Araştırma Evreni (N)	Araştırma Evreni (%)	Araştırma Örneklemi (n)
Balçova	62.399	2,90	25
Bayraklı	240.983	11,21	97
Bornova	320.408	14,90	129
Buca	343.389	15,97	138
Çiğli	129.065	6,00	52
Gazimir	93.409	4,34	37
Güzelbahçe	21.180	0,99	9
Karabağlar	335.721	15,62	135
Karşıyaka	257.863	11,99	104
Konak	302.010	14,05	121
Narlıdere	43.498	2,02	17
TOPLAM	2.149.925	100	864

3.3 Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya dahil edilen kişilere araştırmacı tarafından hazırlanan anket (Ek-1), Mini-International Neuropsychiatric Interview ve On Maddeli Kişilik Envanteri yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Anket sonunda FK, İBS veya OKB olduğu düşünülen kişiler ileri incelemeler konusunda bilgilendirilmiş ve yönlendirilmiştir.

3.4 Veri Toplama Araçları

3.4.1 Anket (Ek-1)

Araştırmacı tarafından hazırlanan ankette; bilgi alınan kişinin yaşı, cinsiyeti, kilosu, boyu, eğitim durumu, yaşam şekli, sigara kullanım süresi ve günlük adet olarak miktarı, kadeh/şişe cinsinden haftalık alkol kullanımı, ROME IV kriterlerine göre hazırlanmış fonksiyonel

konstipasyon ve İBS tanısına yönelik sorular bulunmaktadır. Ayrıca katılımcılara GİS alarm semptomları, bilinen organik GİS hastalıkları, geçirilmiş abdominal veya pelvik cerrahi girişim, bazı kronik hastalıklar (diabetes mellitus, multipl sklerozis, parkinson hastalığı, tiroid bezi hastalıkları, paratiroid bezi hastalıkları, elektrolit düşüklüğü/yüksekliği, depresyon) ve kullandıkları ilaçlar sorgulanmıştır. Altı ay ve daha uzun süredir kabızlığı olanlar kronik konstipasyon grubu olarak değerlendirilmiş olup, bu katılımcılar Diyabetes Mellitus (DM), hipotiroidi gibi hastalıklara sahipse endokrin sebepler grubuna, ROME IV kriterlerine göre İBS veya Fonksiyonel konstipasyon tanı kriterlerini karşılayanlar bu iki gruba, kalan katılımcılar ise diğer grubuna eklenerek dört gruba ayrıldılar.

3.4.2 Mini-International Neuropsychiatric Interview

Mini-International Neuropsychiatric Interview, DSM-IV ve ICD-10 psikiyatrik bozuklukları için Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'daki psikiyatristler ve klinisyenler tarafından ortaklaşa geliştirilen kısa yapılandırılmış bir tanı amaçlı görüşmedir. Çok merkezli klinik çalışmalar ve epidemiyoloji çalışmaları için kısa ama kesin yapılandırılmış bir psikiyatrik görüşme ihtiyacını karşılamak amaçlı tasarlanmıştır (70). Türkçe uyarlaması 2004 yılında Engeller tarafından yapılmıştır. MINI 40 adet yabancı dile çevrilmiş, ICD-10 ve DSM-IV uyumlu, yüksek derecede güvenilir, geçerli ve diğer yapılandırılmış görüşmelerden daha az zaman alan bir görüşme çizelgesidir (71). Çalışmamızda Obsesif Kompulsif bozukluğu olan katılımcıları belirlemek için M.I.N.I içerisinde OKB ile ilgili olan altı soruluk modül kullanılmıştır. Katılımcılar sorulara basamaklı olarak evet - hayır şeklinde yanıt vermekte olup, son soruda evet yanıtını verenler OKB olarak değerlendirilmektedir.

3.4.3 On Maddeli Kişilik Envanteri (TIPI)

Beş Faktör Kişilik Envanteri. Jhon ve Srivastava tarafından geliştirilen ve Evinç tarafından Türkçe'ye uyarlanan Beş Faktör Kişilik Envanteri, deneyime açıklık, sorumluluk, dışa dönüklük, yumuşak başlılık ve duygusal dengesizlik olmak üzere beş önemli kişilik özelliğini ölçen bir ölçme aracıdır (101,102)

Beş Faktör Kişilik Modeli temel alınarak geliştirilen ölçeklerden biri, On Maddeli Kişilik Envanteridir. Ölçek on maddeden oluşur ve her madde benzer bir anlam taşıyan iki sıfatı içerir. Ölçeğin maddeleri, Yedi derecelmeli Likert tipi olan bu ölçekte, her bir alt boyutta iki madde

yer almaktadır. Katılımcılar bu on maddeyi 1 = kesinlikle katılmıyorum, 2 = katılmıyorum, 3 = biraz katılmıyorum, 4 = ne katılıyorum ne katılmıyorum, 5 = biraz katılıyorum, 6 = katılıyorum, 7 = kesinlikle katılıyorum olacak şekilde puanlamaktadır. Alt boyutların madde puanlarının ortalaması alındığında beş önemli kişilik özelliğinin puanları bulunmaktadır.

Ölçeğin Türkçe formunda madde yük değerleri 0,67 ile 0,86 arasında değişirken, tersten kodlanması gereken herhangi bir madde bulunmamaktadır. Ölçek puanlanırken toplam puan alınmamakta, her bir alt ölçek için toplam puan alınmakta, her bir alt ölçekten aldıkları puanlar dikkate alınarak, bireylerde baskın olan kişilik özelliğini belirlemeye çalışılmaktadır. Bireyleri kişilik özelliklerinden birine atamaya dönük olan bu ölçekte bir bireyin en yüksek puan aldığı alt ölçeğe ait kişilik özelliğinin o kişinin temel kişilik özelliği olduğu kabul edilmektedir (91).

Ölçeğin güvenirliğini incelemek için Cronbach alfa ile değerlendirilen iç tutarlılık ve test tekrar test kararlılığına ilişkin analizler gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı Deneyime Açıklık alt ölçeği için 0,83, Yumuşak başlılık alt ölçeği için 0,81, Duygusal Dengelilik alt ölçeği için 0,83, Sorumluluk alt ölçeği için 0,84 ve son olarak Dışa Dönüklük alt ölçeği için 0,86 olarak bulunmuştur.

Test tekrar test güvenirliği için hesaplanan test tekrar test güvenirlik katsayısı Deneyime Açıklık alt ölçeği için 0,89, Yumuşak başlılık alt ölçeği için 0,87, Duygusal Dengelilik alt ölçeği için 0,89, Sorumluluk alt ölçeği için 0,87 ve son olarak Dışa Dönüklük alt ölçeği için 0,88 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak, On Maddeli Kişilik Envanteri'nin iç tutarlılığa sahip ve kararlı ölçüm yapan bir araç olduğu görülmüştür.

3.5 İstatistiksel Analizler

Çalışmamızda Fonksiyonel konstipasyon varlığı bağımlı değişken olarak alındı. Bilgi alınan kişinin yaşı, cinsiyeti, Beden kütle indeksi (BKİ), eğitim durumu, yaşam şekli, sigara ve alkol kullanımına yönelik sorular, ayrıca OKB varlığı ve kişilik özellikleri bağımsız değişkenler olarak belirlendi.

İstatistiksel analizler, SPSS 22.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları verildi. Kategorik bağımsız değişken ile bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi uygulandı. Ortalamaların karşılaştırılmasında ise t-testi kullanıldı. Bağımsız grupların ortalamalarının kıyaslanmasında ANOVA analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için p değeri <0,05 kabul edildi.

4)BULGULAR

4.1. Demografik Özellikler

Çalışmaya 502 (%50,7) kadın ve 488 (%49,3) erkek olmak üzere toplam 990 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş aralığı 18-78 arasında olup, kadınların yaş ortalaması 36,44 (std=14,571); erkeklerin yaş ortalaması ise 36,94 (std=12,854) idi. 45 yaş ve altında katılımcı sayısı 776 (% 77,4) idi.

Çalışmaya katılanların eğitim durumları değerlendirildiğinde dengeli bir dağılım gözlenmiş olup %27,5'i üniversite ve üstü düzeyde eğitim aldıkları görülmüştür. Yalnız yaşayanlar azınlıkta olup, %87,8'i başkasıyla birlikte yaşamaktadır. (Tablo 3)

Katılımcıların genel boy ortalaması 170,24 cm, kilo ortalaması 74,97 kg, BKİ ortalaması ise 25,7 kg/m² bulunmuştur. Kadınların boy ortalaması 163,87 cm, kilo ortalamaları 66 kg, erkeklerin boy ortalamaları 176,79 cm kilo ortalamaları ise 84,19 bulunmuştur. BKİ'ye göre %40,5'inin normal sınırlarda olduğu görülmüştür. (Tablo 3)

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		Sayı (n=990)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	488	49,3
	Erkek	502	50,7
Eğitim	İlkokul Ve Altı	205	20,7
	Ortaokul	254	25,7
	Lise	267	27
	Üniversite Ve Üstü	264	26,6
Yaşam Şekli	Yalnız	120	12,1
	Birileriyle	870	87,8
BKİ	Zayıf	47	4,7
	Normal	401	40,5
	Fazla Kilolu	375	38,3
	Obez	153	15,7
	Morbid Obez	8	0,8

Katılımcılar ilçelere göre değerlendirildiğinde Balçova 29 kişi, Bayraklı 110 kişi, Bornova 151 kişi, Buca 155 kişi, Çiğli 60 kişi, Gaziemir 44 kişi, Güzelbahçe 13 kişi, Karabağlar 146 kişi,

Karşıyaka 117 kişi, Konak 144 kişi, Narlıdere 21 kişi ve toplamda 990 kişi çalışmamıza dahil edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. İlçelere göre katılımcı sayıları

İlçe adı	Katılımcı sayısı (n)
Balçova	29
Bayraklı	110
Bornova	151
Buca	155
Çiğli	60
Gaziemir	44
Güzelbahçe	13
Karabağlar	146
Karşıyaka	117
Konak	144
Narlidere	21
TOPLAM	990

4.2. Alışkanlıklar ve Kronik Hastalıklar

Katılımcıların %27,0'si sigara içmekte olup, sigara içenler arasında paket/yıl ortalaması 8,12 (min 1; maks 40) olarak hesaplanmıştır. Sigara içenlerin %63,7'si erkektir. Az sayıda kötüye kullanım olmakla birlikte %73,4'ü alkol kullanmamaktadır (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların alkol ve sigara kullanım oranları

		Sayı (n)	Yüzde (%)	Paket yıl	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara	Evet	267	27,0	1-3	76	30,0
				4-9	91	36,0
				10 ve üzeri	86	34,0
	Hayır	723	73,0			
				Kullanım Türü	Sayı (n)	Yüzde (%)
Alkol	Evet	263	26,6	Sosyal içici	260	98,9
				Kötüye kullanım	3	1,1
	Hayır	727	73,4			

Katılımcıların diğer kronik hastalıkları da sorgulanmış olup, %12,3’ünde hipertansiyon, %9,5’inde bilinen organik GİS hastalıkları ve %8’inde nörolojik hastalık öyküsü en sık görülenlerdi. Ayrıca %6,2’sinde diyabetes mellitus, %5,2’sinde diğer endokrin- romatoloji -FTR hastalıkları, %3’ünde astım ve koah, %2,4 kalp ve damar hastalıkları, %1,8 hipotiroidi, %1,7 ruh hastalıkları, %1,2 genitoüriner sistem hastalıkları ve %2,5 oranında da diğer hastalıklar bulunmaktaydı. (Tablo 6)

Tablo 6. Katılımcıların kronik hastalıkları dağılımı

Kronik hastalıklar	Var		Yok	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
Hipertansiyon	122	12,3	868	87,7
Konstipasyon dışı bilinen GİS	94	9,5	896	90,5
Nörolojik hastalıklar	79	8	911	92
Diyabet	61	6,2	929	93,8
Diğer endokrin-romatolojik-FTR	52	5,2	938	94,8
Astım ve KOAH	30	3	960	97
Diğer	25	2,5	965	97,5
Kalp ve damar hastalıkları	24	2,4	966	97,6
Hipotiroidi	18	1,8	972	98,2
Ruh hastalıkları	17	1,7	973	98,3
Genito-üriner hastalıklar	12	1,2	978	98,8

Çalışmamızda altı ay ve daha uzun süredir konstipasyonu olan kişilerin oranı %11,7 iken İBS olanlar %6,7 ve OKB olanlar ise %4,6 idi (Tablo 7). Sorular birbirinden bağımsız değerlendirilmiş olup bir katılımcı birden fazla grupta ‘var’ olarak bulunabilmektedir.

Tablo 7. Kronik konstipasyon, İBS ve OKB görülme sıklıkları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik konstipasyon	Var	116	11,7
	Yok	874	88,3
İBS	Var	66	6,7
	Yok	924	93,3
OKB	Var	46	4,6
	Yok	944	95,4

Çalışmamızda on soruluk kişilik envanteri ile belirlenmiş kişilik özellikleri puanlarına göre en yüksek ortalama sorumluluk, en düşük ise deneyime açıklık puanındaydı.

Tablo 8. Katılımcıların kişilik özellikleri

Kişilik özellikleri	Ortalama	Std
Sorumluluk	5,603	1,20
Yumuşak Başlılık	5,124	1,17
Dışadönüklük	4,931	1,42
Duygusal Dengelilik	4,478	1,38
Deneyime açıklık	4,388	1,37

4.3 Kronik konstipasyon alt tipleri

Kronik konstipasyonlu olgular alt tiplerine göre değerlendirildiğinde, 69 (%59,5) kişi fonksiyonel konstipasyon (FK), 19 (%16,4) kişi İBS-K, 11 (%9,5) kişi DM, Hipotirodi gibi sekonder endokrin sebepler ve 17 (%14,7) kişi diğer sebepler olarak ayrılmıştır.

Tablo 9. Kronik konstipasyonu olan katılımcıların dağılımı

Kronik konstipasyon alt tipleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Fonksiyonel konstipasyon	69	59,5
İBS-K	19	16,4
Endokrin sebepler	11	9,5
Diğer sebepler	17	14,7
TOPLAM	116	100

4.4 Fonksiyonel Konstipasyon sıklığı

Çalışmamıza katılanların %7'si (n=69) ROME IV kriterlerine göre FK tanısına uymakta olup, bu kişilerin %60,9'u kadındı ve erkeklere göre oldukça yüksekti. Bu kişilerin %91,3'ü yalnız yaşamaktaydı. Eğitimi üniversite ve üzeri eğitime sahip olanlar %36,2 ile en büyük gruptu. Sigara kullanmayanlar %65,2 iken alkol kullanmayanlar %82,6 idi. Fonksiyonel konstipasyon yaşa bağlı olarak artmaktaydı (t=2,619, p=0,009). Yaşa göre 45 yaş altı ve üstü kişiler ayrı ayrı

değerlendirildiğinde 45 yaş altı kişilerde FK sıklığı %6,4 iken, 45 yaş üstü kişilerde %8,8 olarak bulundu ancak bu durum anlamlı bir fark oluşturmamaktaydı. Erkekler ve kadınlar eğitim durumuna göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde, yüksek eğitim düzeyine sahip erkeklerde fonksiyonel konstipasyon sıklığı anlamlı olarak yüksekti.

Tablo 10. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre FK sıklığının cinsiyet temelinde değerlendirilmesi

		FK		FK DEĞİL		p değeri
		Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	
Eğitim durumu						
ERKEK	İlkokul ve altı	3	11,1	87	18,9	0,048
	Ortaokul	3	11,1	135	29,3	
	Lise	6	22,2	89	19,3	
	Üniversite ve	15	55,6	150	32,5	
KADIN	İlkokul ve altı	12	28,6	103	22,4	0,331
	Ortaokul	11	26,2	105	22,8	
	Lise	9	21,4	163	35,4	
	Üniversite ve	10	23,8	89	19,3	

Tablo 11. Katılımcıların demografik özellikleri ve alışkanlıkları ile FK durumlarının değerlendirilmesi

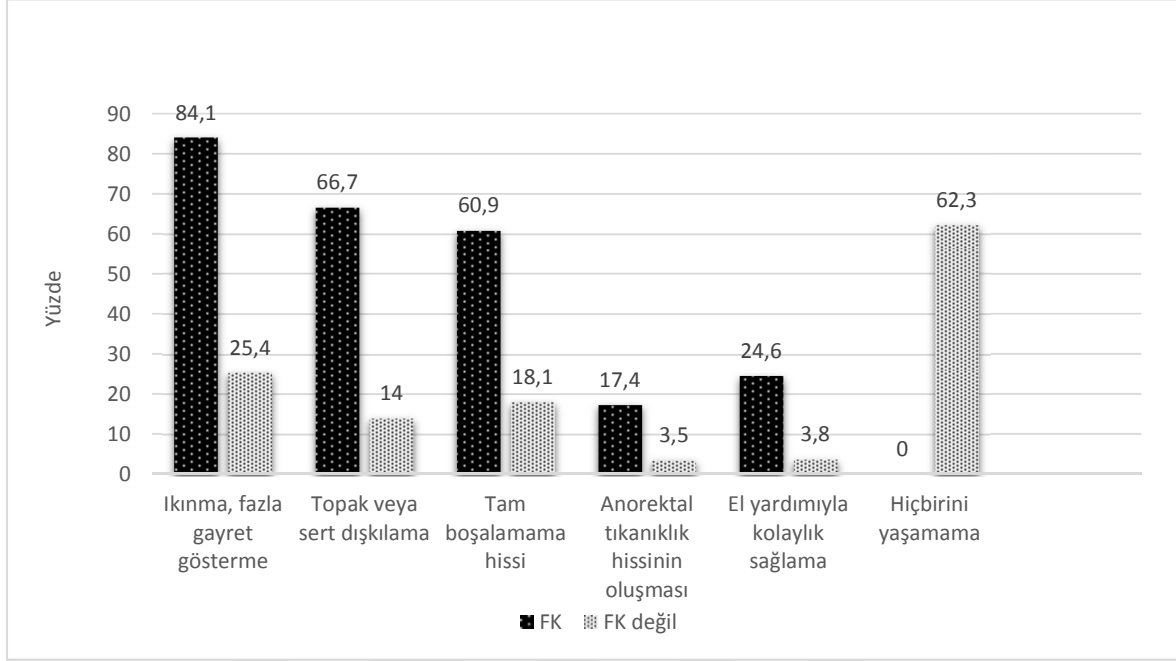
	FK		FK DEĞİL		p değeri
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	
Cinsiyet					
Erkek	27	39,1	461	50,1	0,080
Kadın	42	60,9	460	49,9	
Eğitim durumu					
İlkokul ve altı	15	21,7	190	20,6	0,244
Ortaokul	14	20,3	240	26,1	
Lise	15	21,7	252	27,4	
Üniversite ve üstü	25	36,3	239	26,0	
Yaşam şekli					
Yalnız	6	8,7	114	12,4	0,476
Birileriyle	63	91,3	807	87,6	
BKİ					
Zayıf ve Normal	29	42,0	419	45,5	0,350
Fazla kilolu	24	34,8	355	38,5	
Obez ve morbid obez	16	23,2	147	16,0	
Sigara					
Evet	24	34,8	243	26,4	0,169
Hayır	45	65,2	678	73,6	
Alkol					
Evet	12	17,4	251	27,3	0,099
Hayır	57	82,6	670	72,7	
Yaş					
45 yaş altı	48	69,6	703	76,3	0,262
45 yaş üstü	21	30,4	218	23,7	

Fonksiyonel konstipasyonlu olguların yakınmaları değerlendirildiğinde; en sık yakınma %84,1 ile ıkınma ve fazla gayret gösterme olurken, %81,2'sinde laksatif ilaç kullanmadan yumuşak veya şekilsiz dışkılamamanın nadiren olması, %66,7'sinde topak veya sert dışkılama, %60,9'unda tam boşalamama hissi, %24,6'sında el yardımıyla kolaylık sağlayarak dışkılama zorunluluğunda olunması, %17,4'ünde anorektal tıkanıklık hissini oluşması yakınmaları mevcuttu. Tüm yakınmalar toplam örnekleme göre FK olmayanlara göre anlamlı yüksek

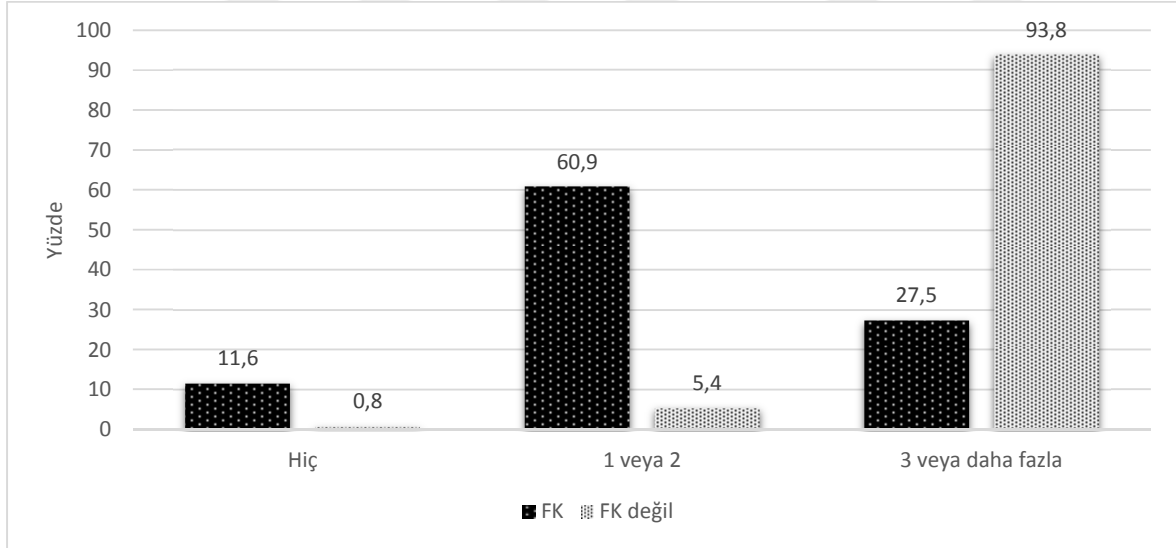
bulunmuştur ($p<0,001$). FK olgularının %60,9'u haftada 1-2 kez kendiliğinde dışkılama yapabilmekteydi.

Tablo 12. Fonksiyonel konstipasyonu olan olguların yakınmalarının değerlendirilmesi

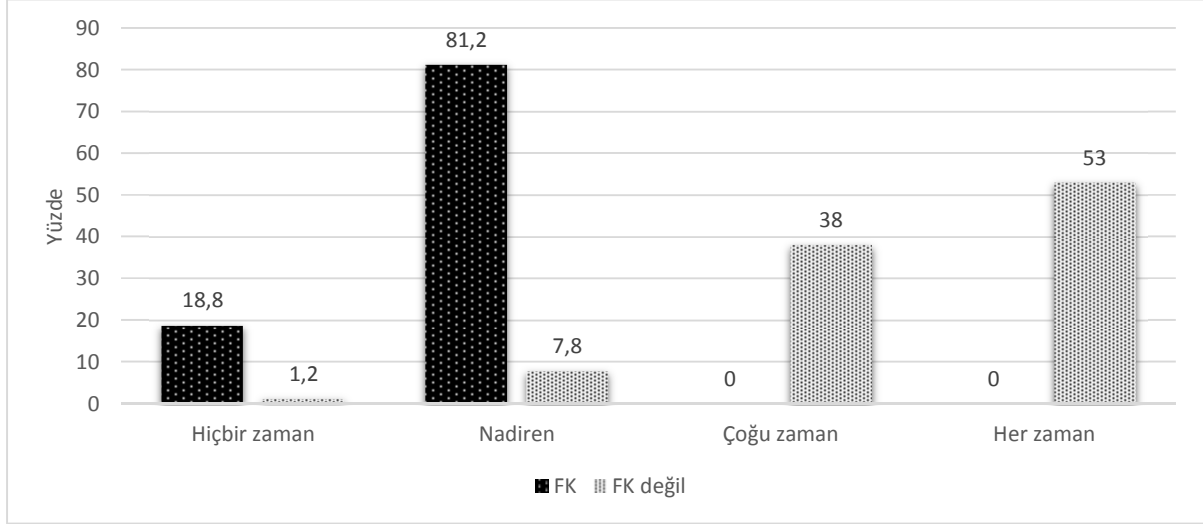
	FK N=69	Yüzde	FK DEĞİL N=921	Yüzde	P
IKINMA, FAZLA GAYRET GÖSTERME					
Evet	58	84,1	234	25,4	<0,001
Hayır	11	15,9	687	74,6	
TOPAK VEYA SERT DIŞKILAMA					
Evet	46	66,7	129	14,0	<0,001
Hayır	23	33,3	792	86,0	
TAM BOŞALAMAMA HİSSİ					
Evet	42	60,9	167	18,1	<0,001
Hayır	27	39,1	754	81,9	
ANOREKTAL TIKANIKLIK HİSSİNİN OLUŞMASI					
Evet	2	17,4	32	3,5	<0,001
Hayır	57	82,6	889	96,5	
EL YARDIMIYLA KOLAYLIK SAĞLAYARAK DIŞKILAMA					
Evet	17	24,6	35	3,8	<0,001
Hayır	52	75,4	886	96,2	
HİÇBİRİNİ YAŞAMADIM					
Evet	0	0	574	62,3	<0,001
Hayır	69	100	347	37,7	
HAFTADA KAÇ DEFA KENDİLİĞİNDEN DIŞKILAMA					
Hiç	8	11,6	7	0,8	<0,001
1-2	42	60,9	50	5,4	
3 +	19	27,5	884	93,8	
LAKSATİF İLAÇ KULLANMADAN YUMUŞAK, ŞEKİLSİZ DIŞKILAMA					
Hiçbir zaman	13	18,8	11	1,2	<0,001
Nadiren	56	81,2	72	7,8	
Çoğu zaman	0	0	350	38,0	
Her zaman	0	0	488	53,0	



Grafik 1. Katılımcıların yakınma oranları



Grafik 2. Katılımcıların haftalık dışkılama sayısı oranları



Grafik 3. Katılımcıların laksatif ilaç kullanmadan yumuşak, şekilsiz dışkılama oranları

Fonksiyonel konstipasyonu olan olguların %13'ü OKB pozitif olarak değerlendirildi. Bu oran FK olmayanlara göre anlamlı olarak ($p=0,003$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 13. Fonksiyonel konstipasyonu olan olguların OKB açısından değerlendirilmesi

		FK (n=69)		FK DEĞİL		p değeri
		n	%	n	%	
OKB	Evet	9	13,0	37	4,0	0,003
	Hayır	60	87,0	884	96,0	

Fonksiyonel konstipasyonu olanlarda beş önemli kişilik özelliği puanlarının ortalamaları değerlendirildiğinde, en yüksek ortalama 5,464 ile sorumluluk olurken, ikinci sırada 5,152 ile yumuşak başlılık, üçüncü sırada 5,065 ile dışadönüklük, dördüncü sırada 4,413 ile deneyime açıklık ve beşinci sırada ise 4,145 ile duygusal dengelilik bulunmaktaydı. FK olgularının duygusal dengelilik puanları FK olmayanlara göre anlamlı ($p=0,038$) olarak düşük bulunmuştur.

Tablo 14. FK olan olguların kişilik özellikleri açısından değerlendirilmesi

	FK (n=69)	FK DEĞİL (n=921)	p değeri
Sorumluluk	5,464	5,613	0,320
Yumuşak Başlılık	5,152	5,122	0,837
Dışadönüklük	5,065	4,921	0,417
Deneyime açıklık	4,413	4,387	0,877
Duygusal Dengelilik	4,145	4,503	0,038

5) TARTIŞMA

İzmir ili merkez ilçelerinde 18 yaş ve üzeri bireylerde yaptığımız çalışmaya katılanlarda fonksiyonel konstipasyon sıklığı %7 olarak tespit edilmiştir. Fonksiyonel konstipasyon prevalansını belirlemek için yapılmış az sayıda çalışma mevcut olup, çalışmalar daha çok kronik konstipasyona yönelik kurgulanmıştır. Kuzey Amerika'da yapılan çalışmalarda kronik konstipasyon tahmini prevalansı; tanımlamada %1,9-27,2 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (6,7). Ortaya çıkan bu geniş aralıktaki oranların, çalışmanın yapıldığı yaş grupları, örneklemin seçildiği evren ve tanımlamada kullanılan kriterlerin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. ROME II kriterleri kullanılarak Çin'de yapılan ve toplumun genelini yansıtan bir çalışmada fonksiyonel konstipasyon sıklığı için %6 sonucuna varılmıştır (8). Ülkemizde ise Kasap ve Bor tarafından ROME II kriterleri kullanılarak 20 ilde yapılan ve ülke nüfusunun %52'sini kapsayan bir örneklem ile gerçekleştirilen (n=3214) ilk geniş kapsamlı çalışmada fonksiyonel konstipasyon prevalansı %8,3 olarak bulunmuştur (9). Çalışmamızda ortaya çıkan sonuç fonksiyonel konstipasyon üzerine odaklanmış ve ROME kriterleri kullanılarak yapılan bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu benzerliğin sebebi olarak tanımlamada kullanılan yöntemler gösterilebilir. Fonksiyonel konstipasyon tanısı açısından ROME II ve ROME IV kriterleri arasındaki farklılık semptomların süresi ve eliminasyonda kullanılan İBS tanımının değişikliği olup, diğer maddeler aynı kalmıştır.

İlerleyen yaşlarda konstipasyon sıklığının arttığını gösteren çalışmalar mevcut olup buna sebep olarak ilaç kullanımının artması ve sistemik hastalıklar gösterilmiştir (22,103). 65 yaş ve üzeri bireylerle yapılan nüfus çalışmalarında, kadınların %26'sı, erkeklerin ise %16'sının konstipasyon çektiği düşünülürken, 84 yaşındaki bir hasta alt grubunda bu oranlar kadınlarda %34'e, erkeklerde ise %26'ya çıkmıştır(104,105). Çalışmamızın sonucunda 69 adet katılımcı fonksiyonel konstipasyon olarak değerlendirilmiştir. Katılımcılar 45 yaş altı ve üstü olarak iki grupta değerlendirildiğinde 48 kişi (%6,4) ilk gruba, 21 kişi (%8.8) ise ikinci gruba dahildi. 45 yaş sınırı katılımcıların yoğunluğuna göre seçilmiştir. Fonksiyonel konstipasyon yaşa bağlı olarak artmaktaydı (t=2,619, p=0,009). Bulduğumuz sonuçlar literatür ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Konstipasyonu araştıran birçok çalışmada kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranlar bildirilmiştir. Suares ve Ford tarafından yapılmış bir meta-analizde,kadın cinsiyette konstipasyonun erkeklere göre daha sık (OR: 2.22; 95 % CI: 1.87 – 2.62) görüldüğü

gösterilmiştir(28). Ülkemizde Çetinkaya ve ark (2000) yaptıkları çalışmada konstipasyon oranının kadınlarda daha sık görülen bir problem olduğunu saptamışlardır (106). 2008 yılında Başaranoğlu ve ark. yaptığı çalışmada ise fonksiyonel konstipasyon ile kadın cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (107). Bu çalışmalarda kullanılan tanı koyma araçları ve yöntemsel farklılıkların anlamlılık üzere etkisi olabileceğini düşünebiliriz. Meta analize dahil edilme kriterlerine baktığımızda ROME I-II-III kriterleri veya hekim görüşüne göre tanı konulmuş çalışmalar görülürken, Başaranoğlu ve ark. çalışmasında ROME II modüler soru anketinin kullanıldığını görüyoruz. ROME II kriterleri temel alındığında yakınmaların son üç ayla sınırlı tutulması kadınlarda daha fazla tanı konulmasına yol açmış olabilir. Bu durum kadınların hormonal düzenlerindeki farklılıklar, beslenme ve tuvalet alışkanlıkları ile de ilişkili olabilir. Buna ek olarak, kadınlarda katı ve sıvı gıdalar için mide boşalma sürelerinin uzun olması da etkili olabilir. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte fonksiyonel konstipasyonu olanların çoğunun kadın olduğu görülmüştür. Bunun nedeni kullandığımız kriterler olduğu gibi yaş grubumuzun genç olması ve bu nedenle ileri yaşlarda daha sık görülen fonksiyonel konstipasyonun iki cinsiyet arasındaki farkı göstermek için yeterli olmaması olarak düşünülebilir.

Daha önce yapılan bir dizi çalışmada konstipasyon ile eğitim seviyesi arasında ters korelasyon gösterilmiştir (23,17,108,109). Ebling ve ark. ROME III kriterleri kullanarak yaptığı çalışmanın sonucunda lise düzeyinde eğitim almış kişilerde FK oranı anlamlı olarak yüksek bulunurken, diğer eğitim düzeyleri için anlamlı bir farklılık görülmemiş olup eğitim seviyesi ile FK arasında da bir korelasyon mevcut değildi. Stewart ve ark. yaptığı çalışmaya göre ise erkeklerde daha yüksek eğitim seviyesi ile fonksiyonel konstipasyon arasında anlamlı ilişki saptanırken, kadınlarda ise ilişki saptanamamıştır (7). Çalışmamızda da diğer bazı çalışmalara benzer olarak genelde eğitim düzeyi ile FK arasında bir ilişki gösterilemezken cinsiyet temelinde erkeklerde FK ile yüksek eğitim seviyesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlar eğitim seviyesi ile FK arasında sabit bir ilişki olmadığını, çalışmanın kurgulandığı bölgelere göre farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur. Mevcut çalışmalar neticesinde eğitim seviyesi ile FK arasındaki ilişkinin sebebini net bir biçimde belirtmek mümkün değildir. Ancak alınan eğitimlerin niteliği, eğitime başlangıç zamanı ve toplam eğitim saati, halen eğitim görenlerin okullarındaki yemek saatleri, miktar ve içeriklerinin bölgelere göre gösterdiği farklılığın bu

sonuçlara etki ettiği düşünülebilir. Eğitim düzeyine göre kadınlar ve erkekler arasında ortaya çıkan farklılığın sebebini aydınlatmak için ise daha ileri düzey çalışmalara ihtiyaç vardır.

Literatürde pek değinilmeyen ancak daha önce 2014'te Hırvatistan'da yapılmış bir çalışmaya göre hane halkı sayısı ile fonksiyonel konstipasyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yalnız yaşamının etkisini araştırdığımız çalışmamızda ise başkasıyla birlikte yaşayan kişilerle göre yalnız yaşayanlarda daha düşük oranda fonksiyonel konstipasyon görülmüş fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Beden kütle indeksi ve fonksiyonel konstipasyon arasında ilişki araştıran bazı çalışmaların sonuçlarına göre BKİ ile FK arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (110,111). Buna karşın Çin'de yapılan bir çalışmanın sonucunda düşük BKİ ile FK arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu çalışmanın metodu incelendiğinde katılımcılar BKİ'ne göre üç gruba ayrılmış olup, BKİ 23 kg/m² ve üzerinde olanlar tek bir sınıfta değerlendirilmiştir (8). Bu sınıflandırmada fazla kilolu olanlar ve obezler ayrı bir sınıfta değerlendirilmemiş olup, normal kilo aralığının üst sınırı da diğer çalışmalara göre farklıdır. Çalışmamızda ise BKİ ile FK arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sayısal olarak morbid obez grubunun yeterince fazla olmadığı düşünüldüğünde, özellikle bu grubu hedef alan başka çalışmalar yapılabilir.

Daha önce yapılan çalışmalarda FK ile sigara ve alkol kullanımı arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (8,112). Murakami ve ark.'nın Japonya'da 18-20 yaş arasındaki 3835 kadın katılımcı ile yaptıkları bir çalışmada ise FK olan katılımcılarda alkol kullanımı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (110). Bu çalışmanın yaş grubu seçimi ve sadece kadın katılımcıları içermesi gibi bazı kısıtlılıkları mevcuttur. TÜİK'in 2016 yılı verilerine göre Türkiye'de sigara kullanım oranı %26,5 olup bu oran çalışmamızla benzerdir. Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında sonuçlanan Türkiye genelinde yaptığı bir çalışmada Ege bölgesinde alkol kullanım oranı %18.8 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda alkol kullanım oranı daha yüksek bulunmuştur. Ancak Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu'nun 2010 yılı Ege bölgesi verilerine baktığımızda nüfus başına alkol satışı Muğla, Aydın ve İzmir gibi sahil bölgelerinde daha yüksek olup, buralarda alkol kullanım oranının Ege bölgesindeki diğer illere göre daha yüksek olacağını öngörebiliriz. Çalışmamızda alkol kullanım miktarları Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sınıflanmış olup kadınlarda günlük 1 kadeh/şişe, erkeklerde 2 kadeh/şişe sosyal içici olarak değerlendirildi. Daha yüksek düzeyde kullanımlar ise kötüye kullanım olarak sınıflandırıldı. Çalışmamızda literatüre uyumlu olarak FK ile sigara ve alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ancak

toplumda sigara ve alkol kullanımının sıklığı düşünüldüğünde bu maddeleri kullanıp bırakan kişilerde de FK düzeyini ayrıca değerlendirmek gerekmektedir.

Psikolojik faktörler, beyin-bağırsak eksenini aracılığıyla gastrointestinal sistem fonksiyonlarını etkileyebilmektedir (72). Rao ve ark. 2007’de Birleşik Devletler’de yaptığı bir çalışmada dissinerjik dışkılama ve yavaş transit zamanlı konstipasyonlu bireylerde obsesif kompulsif özelliklerin anlamlı olarak yüksek bulunduğu saptanmıştır (113). 2016 yılında Li ve ark. ROME III kriterleri ile belirlenmiş 35 fonksiyonel konstipasyonlu ve 24 sağlıklı gönüllü ile yaptıkları çalışmada, FK’lu bireyler ile normal bireylerin Symptom Checklist OKB skorlarında anlamlı farklılık bulmuşlardır (13). 2011 yılında North ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise hayatının herhangi bir döneminde OKB tanısı alan kadın bireylerde, OKB ile konstipasyon öyküsü arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (14). Çalışmamızda ROME IV kriterleri ile belirlenmiş FK tanısı olan bireylerde M.I.N.I 5.0.0’a göre OKB görülme sıklığı, FK olmayan bireylere göre anlamlı olarak yüksekti. Katılımcılar yaşa göre 45 yaş altı ve üstü olarak iki gruba ayrıldığında da anlamlı fark devam etmekteydi. Bunun bir sebep mi yoksa sonuç mu olduğu henüz bilinmemekle birlikte ilerleyen zamanlarda beyin-bağırsak eksenindeki mekanizmaları aydınlatmaya yönelik yapılacak ayrıntılı çalışmalar yol gösterici olacaktır. Ayrıca Sigmund Freud’un psikoseksüel gelişim aşamalarına göre 12-18 aylıktan 3 yaşına kadar olan süreyi kapsayan anal dönemde ebeveynlerin tuvalet eğitimi ile ilgili çocuğa olan yaklaşımları bazı bireylerin bu aşamaya özel davranış paternleri geliştirmesine yol açabilmektedir. Obsesif davranışlar ve konstipasyon bu dönemde kazanılmış özellikler olarak gösterilebilir.

Beş faktörlü kişilik modeline göre nevrotiklik, Fonksiyonel gastrointestinal hastalığı olanlarda psikiyatrik komorbidite değerlendirilirken kullanılan ana özelliklerden biridir ve aynı zamanda İBS gelişimi için bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Tanum ve ark. 2001 yılında yaptıkları çalışmada FGID’li kişilerde anlamlı derecede yüksek nevrotiklik düzeyi bulunmuştur (98,99). Li ve ark. yaptıkları çalışmada FK’lu bireylerde nevrotiklik düzeylerinde anlamlı yükseklik ve dışadönüklük düzeylerinde anlamlı düşüklük bulunmuştur (13). Bizim çalışmamızda ise FK olan bireylerin duygusal dengelilik düzeyleri anlamlı olarak düşük bulunmuş olup diğer özellikler ile bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç kişilik özelliklerinin ve özellikle nevrotikliğin bazı hastalıklara yatkınlık yaratabileceğini göstermektedir.

Çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yönleri;

Bu çalışma birinci basamağa başvuranlarda yapılmakla birlikte ikinci ve üçüncü basamağa göre toplumu daha iyi yansıtması, konsensusun en son oluşturduğu ROME IV kriterlerinin kullanılması, verilerin hekim tarafından bire bir yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanması güçlü yönleri arasında sayılabilir.

Sonuç aşamasında OKB ile ilişki değerlendirilirken, OKB ile birlikte özellikle depresyon gibi komorbid diğer psikiyatrik durumların varlığının değerlendirilmeyişi, OKB şiddetinin ölçülmemesi ve bazı hastaların kullandıkları ilaçların ismini bilmemesinden oluşan veri kaybı çalışmanın kısıtlılıkları olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda eğitim seviyesi oldukça yüksek çıkmıştır. İzmir valiliğinin 2017 yılı verilerine baktığımızda ilimizde 15 yaş ve üzeri kişilerde yüksekokul ve fakülte mezunu oranı %18.4'dür. Türkiye'de ise bu oran %15.3 olarak bulunmuştur. Çalışmamız İzmir ilinin merkez ilçelerinde planlandığı için eğitim düzeyinin il geneline göre daha yüksek olması doğaldır. Örneğin Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2017 yılı verilerine göre Balçova ilçesinde 18 yaş ve üzeri olup fakülte, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış kişilerin oranı %30'lara yaklaşmaktadır. Eğitim seviyesinin yüksek olmasının bir başka nedeni de çalışmanın genç nüfusu daha çok kapsamaması olabilir. İkinci bir sınırlılık olarak sayılabilecek bu durumun nedeni de çalışmanın ASM'ye başvuran hasta ve yakınları arasında yapılması olabilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

İzmir ili merkez ilçelerinde fonksiyonel konstipasyon sıklığı ve OKB ile kişilik özellikleri başta olmak üzere ilişkili faktörleri araştıran bu çalışmanın sonucuna göre;

On bir merkez ilçenin birinci basamak kuruluşlarından tanıda ROME IV kriterleri kullanılarak toplanan verilerin sonucunda fonksiyonel konstipasyon sıklığı %7 bulunmuştur. Bu sonuç FK'un birinci basamakta oldukça sık görülen bir GİS yakınması olduğunu göstermekte ve özellikle tedavideki farklılıklardan ötürü konstipasyon yakınması ile başvuran hastalarda tanısız yaklaşımın önemini ortaya koymaktadır.

Kadın ve erkek arasında FK sıklığı yönünden anlamlı bir fark olmamakla birlikte tanılanan kişilerin çoğunluğu kadındır. Günlük yaşam ve sosyal performans üzerine etkisi göz önüne alındığında, hastaların GİS yakınmaları sorgulanırken özellikle kadınlara konstipasyonun varlığı mutlaka sorulmalıdır.

Çalışmamızda eğitim düzeylerine göre kadınlar ve erkeklerde FK sıklığı farklı bulundu. Yüksek eğitim seviyesi olan erkeklerde FK daha sık görülürken, kadınlarda bu durum geçerli değildi. Bu farklılığın sebebini araştırmaya yönelik farklı kurgulanmış çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca bu ilişkinin tesadüfi olup olmadığı daha büyük katılımlı araştırmalarla ortaya konulmalıdır.

Yalnız yaşamının etkisini araştırdığımız çalışmamızda başkasıyla birlikte yaşayan kişilerle göre yalnız yaşayanlarda daha düşük oranda fonksiyonel konstipasyon görülmüş fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Elde edilen bu sonucun daha fazla çalışmayla desteklenmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda ROME IV kriterleri ile belirlenmiş FK tanısı olan bireylerde M.İ.N.İ 5.0.0'a göre OKB görülme sıklığı, FK olmayan bireylere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Özellikle son zamanlarda daha popüler hale gelmiş olan beyin-barsak eksenine üzerine yapılan çalışmalar doğrultusunda GİS hastalıkları ile psikiyatrik bozukluklar arasında sıkça ilişkiye rastlanmaktadır. Birinci basamakta FK yaygınlığı dikkate alındığında bu kişilere tanı konulduktan sonra ayrıca psikiyatrik durumlarının da mutlaka değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım aile hekimliğinin esas aldığı biyopsikososyal yaklaşıma da uygunluk göstermektedir.

Çalışmamızda FK olan bireylerin duygusal dengelilik düzeyleri anlamlı olarak düşük bulunmuş olup diğer özellikler ile bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç nevrozluğun FK'ya yatkınlık yaratabileceğini göstermiş olup, nedene yönelik araştırmalarda hastaların kişiliğinin de değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Yine bu kişilerde mevcut olan stres faktörlerinin iyi araştırması ve bunların ortadan kaldırılmasının tedavide etkili olabileceği unutulmamalıdır.



7.KAYNAKLAR

- 1- Göksel B, Mustafa Y, Hale A. Kronik Konstipasyona Güncel Yaklaşım güncel gastroenteroloji 72 18/1
- 2- Savaş MC. (2004). Konstipasyon Türkiye Tıp Dergisi, 11(4): 204-216
- 3- Drossman DA, Richter JE, Talley NJ, et al. The functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology and treatment. McLean, VA : Degnon Associates, 1994
- 4- Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. Gastroenterology 2016;150:1262- 79.
- 5- Higgins PD, Johnson JF. Epidemiology of chronic constipation in North America: a systematic review. Am J Gastroenterol 2004; 99: 750-9.
- 6- Johanson JF, Sonnenberg A, Koch TR. Clinical epidemiology of chronic constipation. J Clin Gastroenterol. 1989 Oct;11(5):525-36.
- 7- Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS, Woods MS, Stemhagen A, Chee E, Lipton RB, Farup CE. Epidemiology of constipation (EPOC) study in the United States: relation of clinical subtypes to sociodemographic features.
- 8- Zhao YF, Ma XQ, Wang R, Yan XY, Li ZS, Zou DW, et al. Epidemiology of functional constipation and comparison with constipation-predominant irritable bowel syndrome: the Systematic Investigation of Gastrointestinal Diseases in China (SILC). Aliment PharmacolTher. 2011 Oct;34(8): 1020–9.
- 9- Kasap E, Bor S. Fonksiyonel barsak hastalığı prevalansı. Güncel Gastroenteroloji 2006;10:165-8.

- 10-Köknel, Ö. (1988). Korkular, Takıntılar, Saplantılar. 4.Basım, Altın Kitaplar: İstanbul
- 11-Yaşan, A., Gürgen, F. (2004). Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 14(2):61-67.
- 12-American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., Washington DC.
- 13- Xiaoyi Li, Rui Feng, Hao Wu, Lei Zhang, Lan Zhao, Ning Dai, Enyan Yu, Psychological characteristics and GoNogo research of patients with functional constipation Medicine (Baltimore). 2016 Dec; 95(52): e5685.
- 14- Carol S. North, Mark Napier, David H. Alpers & Edward L. Spitznagel Complaints of Constipation in Obsessive-Compulsive Disorder Pages 65-70 | Published online: 04 Dec 2011
- 15- Cristina Stasi, Cristiana Nisita, Sonia Cortopassi, Giorgio Corretti, Dario Gambaccini, Nicola De Bortoli, Bernardo Fani, Natalia Simonetti, Angelo Ricchiuti, Liliana Dell’Osso, Santino Marchi, and Massimo Bellini, Subthreshold Psychiatric Psychopathology in Functional Gastrointestinal Disorders: Can It Be the Bridge between Gastroenterology and Psychiatry. Gastroenterology Research and Practice Volume 2017, Article ID 1953435
- 16- Goldberg LR. The development of markers for the Big-Five factor structure. Psychol Assess. 1992;4:26–42.
- 17- 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.
- 18- Glia A, Lindberg G: Quality of life in patients with different types of functional constipation. Scand J Gastroenterol 1997, 32(11):1083-1089.

19- S H: Çocukların Kronik Konstipasyonun Etyopatogenezini Değerlendirmede Kolon Transit Zamanı Ölçümünün ve Anorektal Manometrinin Yeri; 1993

20- 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.

21- İ.Yurdakul, Kronik Kabızlık, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No:58 Kasım 2007; s. 43-5

22- L . Burgart , L . Wang , J . Pemberton , T . Young–Fadok , J . Szurszewski , G . Farrugia Decreased interstitial cell of Cajal volume in patients with slow-transit constipation. Gastroenterology , Volume 118 , Issue 1 , Pages 14 – 21

23- Talley, N. J., Jones, M., Nuyts, G. & Dubois, D. Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. Am. J. Gastroenterol. 98, 1107–1111 (2003).

24- Lembo A, Camilleri M. Chronic Constipation. NEJM 2003; 349: 1360-368.

25- Türkay C, Aydoğan T, Özden A. Konstipasyon tanım ve epidemiyolojisi. Güncel Gastroenteroloji 2005; 48-52.

26- Talley NJ. Definitions, epidemiology and impact of chronic constipation. Rev in Gastroenterol Dis 2004; 4 Suppl 2: S3-S10

27- Lennard-Jones JE. Constipation. In: Feldman M, Sleisenger MH, Scharschmidt BF, eds. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management. 6th ed. Philadelphia: Saunders, 1998:174-97

- 28- Soares, N. C. & Ford, A. C. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am. J. Gastroenterol.* 106, 1582–1591 (2011).
- 29- Lovell, R. M. & Ford, A. C. Effect of gender on prevalence of IBS in the community: systematic review and meta-analysis. *Am. J. Gastroenterol.* 107, 991–1000 (2012).
- 30- Ford, A. C., Marwaha, A., Sood, R. & Moayyedi, P. Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. *Gut* 64, 1049–1057 (2015)
- 31- Wyman JB, Heaton KW, Manning AP, Wicks AC. Variability of colonic function in healthy subjects. *Gut* 1978;19:146-50.
- 32- Chang JY, Locke GR, Schleck CD, et al. Risk factors for chronic constipation and a possible role of analgesics. *Neurogastroenterol Motil* 2007;19:905–911.
- 33- Johanson JF: Geographic distribution of constipation in the United States. *Am J Gastroenterol* 1998, 93(2):188-191.
- 34- Everhart, J. E. et al. A longitudinal survey of self-reported bowel habits in the United States. *Dig. Dis. Sci.* 34, 1153–1162 (1989).
- 35- Howell, S. C., Quine, S. & Talley, N. J. Low social class is linked to upper GI symptoms in an Australian sample of urban adults. *Scand. J. Gastroenterol.* 41, 657–666 (2006).
- 36- Bytzer, P. et al. Low socioeconomic class is a risk factor for upper and lower GI symptoms: a population based study in 15 000 Australian adults. *Gut* 49, 66–72 (2001)
- 37- Donald IP, Smith RG, Cruikshank JG, et al. A study of constipation in the elderly living at home. *Gerontology* 1985; 31: 112-8.

- 38- Whitehead WE, Drinkwater D, Cheskin LD, et al. Constipation in the elderly living at home: Definition, prevalence, and relationship to life style and health status. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37:423-9.
- 39- Glick ME, Meshkinpour H, Haldeman S, et al. Colonic dysfunction in multiple sclerosis. *Gastroenterology* 1982;83:1002-7.
- 40- Ness J, Hoth A, Barnett MJ, et al. Anticholinergic medications in community-dwelling older veterans: prevalence of anticholinergic symptoms, symptom burden, and adverse drug events. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006;4:42-51.
- 41- 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;79:892-6.
- 42- Hsieh C. Treatment of constipation in older adults. *American Family Physician* 2005;72(11):2277-2283.
- 43- Wald A, Hinds JP, Caruana BJ. Psychological and physiological characteristics of patients with severe idiopathic constipation. *Gastroenterology* 1989;97:932-7.
- 44- Preston DM, Lennard-Jones JE. Severe chronic constipation of young women: 'idiopathic slow transit constipation'. *Gut* 1986;27:41-8
- 45- Martelli H, Devroede G, Arhan P, Duguay C. Mechanisms of idiopathic constipation: outlet obstruction. *Gastroenterology* 1978;75:623-31
- 46- Bannister JJ, Abouzekry L, Read NW. Effect of aging on anorectal function. *Gut* 1987;28:353-7.
- 47- Towers AL, Burgio KL, Locher JL, et al. Constipation in the elderly: influence of dietary, psychological, and physiological factors. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:701-6.

48- Muhsin KAYA, Hüseyin KAÇMAZ Roma IV Kriterlerine Göre Fonksiyonel Barsak Hastalıklarının Yeniden Değerlendirilmesi Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Diyarbakır

49- Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. In: Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, et al, eds. Rome III: The Functional Gastrointestinal Disorders. 3rd ed. McLean, VA: Degnon Associates, Inc, 2006:1-29.

50- Bayalan, Yusuf. (2016, 5 Şubat). Obsesif Kompulsif Bozukluk Nedir? Erişim tarihi: 15 Mayıs 2017, <http://www.yusufbayalan.com.tr>

51- American Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). (çeviri ed. E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2000.

52- Egrilmez A, Gülsere L, Gülseren S ve ark. (1997) Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. Psychopathology 30:106-110.

53- Tükel R, Polat A, Ozdemir O, Aksüt D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry. 2002 May-Jun;43(3):204-9.

54- Sayar K, Ugurad IK, Acar B. The phenomenology of obsessive compulsive disorder Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin Of Clinical Psychopharmacology. 1999; 9(3): 142-147

55- Steven A Rasmussen, MD; Jane L Eisen, MD Clinical Features and Phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder Psychiatric Annals. 1989;19(2):67-73

56- Demet MM, Deveci A, Deniz F ve ark 2005 Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:133-144.

57- Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995 Jan;152(1):90-6.

58- Jerome K. Myers, PhD; Myrna M. Weissman, PhD; Gary L. Tischler, MD; et al Six-Month Prevalence of Psychiatric Disorders in Three Communities *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41(10):959-967. doi:10.1001/archpsyc.1984.01790210041006

59- Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD Jr., Regier DA. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*. 1984;41:949–958.

60- Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Dec;45(12):1094-9.

61- Bland RC, Orn H, Newman SC. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1988;338:24–32.

62- Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C ve ark. (1995) Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi, 1. baskı, Sivas. Dilek Matbaası, s. 50- 52.

63- Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R ve ark. (2004) 12 month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry*, 45:367-374.

64- Köroğlu E: Anksiyete bozuklukları serisi, Hekimler yayın birliği, 1995:75-85

65- M. Degonda, M. Wyss, J. Angst (1993) The Zurich Study. XVIII. Obsessive-compulsive disorders and syndromes in the general population. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 243 (1993), pp. 16-22

66- Nestadt G, Samuels JF, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR. Obsessions and compulsions in the community. *Acta Psychiatr Scand*. 1994 Apr;89(4):219-24.

67- Stein MB, Forde DR, Anderson G, Walker JR. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *Am J Psychiatry*. 1997 Aug;154(8):1120-6.

68- Juang YY1, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2001 Dec;55(6):623-7.

69- Davison G. C, Neale J. M (2004). *Abnormal Psychology*. (İ. Dağ, Çev.). Ankara Turkish Psychological Association Publication.

70- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH (1998) The MiniInternational Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 59 Suppl 20:22-33;quiz34- 57

71- Engeler A. M.I.N.I. Araçları Türkçe Uyarlama 5.0.0., GSK, İstanbul, 2004

72- Nehra V, Bruce BK, Rath-Harvey DM, Pemberton JH, Camilleri M Psychological disorders in patients with evacuation disorders and constipation in a tertiary practice. *Am J Gastroenterol*. 2000 Jul; 95(7):1755-8.

73- M. De Hert, L. Dockx, C. Bernagie et al., “Prevalence and severity of antipsychotic related constipation in patients with schizophrenia: a retrospective descriptive study,” *BMC Gastroenterology*, vol. 11, article 17, 2011

74- M. I. Afridi, M. A. Siddiqui, and A. Ansari, “Gastrointestinal somatization in males and females with depressive disorder,” *Journal of the Pakistan Medical Association*, vol. 59, no. 10, pp. 675–679, 2009

75- Masand PS, Keuthen NJ, Gupta S, Virk S, Yu-Siao B, Kaplan D. Prevalence of irritable bowel syndrome in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 2006 Jan;11(1):21-5.

76- McAdams DP, Olson BD. Personality development: continuity and change over the life course. Annu Rev Psychol. 2010;61:517-42.

77- Şimşek, M, Ş., Akgemci, T. & Çelik, A. (2003). Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış. Konya: Adım Matbaacılık

78- Robert E. Park ve Ernest W. Burgess, Şehir: Kent Ortamındaki İnsan Davranışlarının Araştırılması Üzerine Öneriler ISBN: 9786058446632, Heretik 2015; 22, Sosyoloji Dizisi: 6

79- Arnold M. Rose , "Sociology: An Analysis of Life in Modern Society. Arnold W. Green" American Journal of Sociology 59, no. 2 1953anderson: 171-172.

80- Akhtar, S. Comprehensive dictionary of psychoanalysis. Karnac Books.2009

81- Dabos, G.E Ve Rousseau, D.M. "Mutuality And Reciprocity İn The Psychological Contracts Of Employees And Employers” , Journal Of Applied Psychology, Vol. 89, No. 1, 2004, 52-72

82- Klimstra TA. The dynamics of personality and identity in adolescence. Euro J Dev Psycho 2012; 9:472-484

83- Morsünbül Ü.(2014). Hızlı büyük beşli kişilik testi Türkçe versiyonu geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 27(4):316-322

84- Bono JE, Boles TL, Judge TA, Lauver KJ. The role of personality in task and relationship conflict. J Pers. 2002 Jun;70(3):311-44.

85- Weitten,W.,Hammer,Y.E.,Dunn,D.S.(2015).Psikoloji ve çağdaş yaşam insan uyumu. (Çev.Ed. Ebru İlkiz,2015). Nobel yay. Ankara.

86- Paul T. Costa, Jr. and Robert R. McCrae (1995) Domains and Facets: Hierarchical Personality Assessment Using the Revised NEO Personality Inventory Journal Of Personality Assessment, 1995,64(1), 21-50

87- Amirkhan JH, Risinger RT, Swickert RJ. Extraversion: a "hidden" personality factor in coping? J Pers. 1995 Jun;63(2):189-212.

88- Matthews, G., Derryberry, D. and Siegle, G. J. (2000) Personality and emotion: cognitive science perspectives. In S. E. Hampson (ed.), Advances in personality psychology, pp. 199–237. London: Routledge.

89- Robert R. McCrae, Paul T. Costa Personality in Adulthood: A Five-factor Theory Perspective Guilford Press, 1 Oca 2003 - 268 sayfa

90- Flynn FJ. Having an open mind: the impact of openness to experience on interracial attitudes and impression formation. J Pers Soc Psychol. 2005 May;88(5):816-26.

91- Hasan ATA K On-Maddeli Kişilik Ölçeği'nin Türk Kültürü'ne Uyarlanması Nöropsikiyatri Arşivi 2013; 50: 312-319

92- Iacovino JM, Bogdan R, Oltmanns TF Personality Predicts Health Declines Through Stressful Life Events During Late Mid-Life J Pers. 2016 Aug; 84(4):536-46.

93- Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, Liu H, Sham L, Reim EK, Lanctôt KL
A meta-analysis of cytokines in major depression. Biol Psychiatry. 2010 Mar 1; 67(5):446-57.

94- Chida Y, Hamer M Chronic psychosocial factors and acute physiological responses to laboratory-induced stress in healthy populations: a quantitative review of 30 years of investigations. Psychol Bull. 2008 Nov; 134(6):829-85.

95- Herbert TB, Cohen S Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. Psychosom Med. 1993 Jul-Aug; 55(4):364-79.

96- Ironson GH, O'Leirigh C, Weiss A, Schneiderman N, Costa PT Jr Personality and HIV disease progression: role of NEO-PI-R openness, extraversion, and profiles of engagement. Psychosom Med. 2008 Feb; 70(2):245-53

97- Chapman BP, Lyness JM, Duberstein P Personality and medical illness burden among older adults in primary care. Psychosom Med. 2007 Apr; 69(3):277-82.

98- Tanum L, Malt UF Personality and physical symptoms in nonpsychiatric patients with functional gastrointestinal disorder. J Psychosom Res. 2001 Mar; 50(3):139-46.

99- Labus JS, Mayer EA, Chang L, Bolus R, Naliboff BD The central role of gastrointestinal-specific anxiety in irritable bowel syndrome: further validation of the visceral sensitivity index. Psychosom Med. 2007 Jan; 69(1):89-98.

100- Farnam A, Somi MH, Sarami F, Farhang S, Yasrebinia S Personality factors and profiles in variants of irritable bowel syndrome. World J Gastroenterol. 2007 Dec 21; 13(47):6414-8.

101- John OP, Srivastava S. The big five factor trait taxonomy; History measurement and theoretical perspectives. Pervin LA editor. Handbook of Pers: Theory and Res. içinde. New York: Guilford Press; 1990; s. 102-138.

102- Evinç GŞ. Maternal personality characteristics, affective state, and psychopathology in relation to children's attention deficit and hyperactivity disorder and comorbid symptoms. Unpublished Master Thesis. Ankara: METU; 2004.

103- Vazquez Roque M, Bouras EP. Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients. Clin Interv Aging. 2015 Jun 2;10:919-30.

104- Harari D. Constipation. In: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, editors. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. New York, USA: McGraw-Hill Companies; 2009. p. 1103–22.

105- Harris LA. Prevalence and ramifications of chronic constipation. Manag Care Interface. 2005;18:23–30

106- Çetinkaya H, Özkan H, Bektaş M, ve ark. Ankara'nın değişik kesimlerinde konstipasyon prevalansı ve demografik özelliklerin konsti-pasyon ile ilişkisi. Turk J Gastroenterol 2000

107- Basranoglu M , Celebi S , Ataseven H et al. Prevalence and consultation behavior of self-reported rectal bleeding by face-to-face interview in an Asian community . Digestion 2008 ; 77 : 10 – 5.

108- Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, et al. Functional constipation and outlet delay: A population-based study. Gastroenterology 1993;105:781–90.

109- Sandler RS, Jordan MC, Shelton BJ. Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. Am J Pub Health 1990;80:185–9.

110- Murakami K, Sasakii S, Okubo H, Takahashi Y, Hosono Y, Itabashi M. Food intake and functional constipation: a cross-sectional study of 3,835 Japanese women aged 18-20 years. J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo) 2007; 53: 30–6.

111- Talley NJ, Quan C, Jones MP, Horowitz M. Association of upper and lower gastrointestinal tract symptoms with body mass index in an Australian cohort. Neurogastroenterol Motil 2004; 16: 413–9.

112- C.-L. LU, F.-Y. CHANG, C.-Y. CHEN, J.-C. LUO & S.-D. LEE Significance of Rome II-defined functional constipation in Taiwan and comparison with constipation-predominant

irritable bowel syndrome *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*.

113- Rao, S. S. et al. Psychological profiles and quality of life differ between patients with dyssynergia and those with slow transit constipation. *J. Psychosom. Res.* 63, 441–449 (2007).



8.EKLER

8.1 EK-1: ARAŞTIRMACI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

BU ARAŞTIRMANIN AMACI İZMİR İLİNDE FONKSİYONEL KONSTİPASYONUN SIKLIĞI İLE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB) BAŞTA OLMAK ÜZERE ÇEŞİTLİ FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİNİ BELİRLEMEDİR.

- 1) Yaşınız :
- 2) Cinsiyetiniz
a) Erkek b) Kadın
- 3) Yaşam şekliniz
a) Yalnız yaşıyor
b) Birileri ile yaşıyor
- 4) Eğitim durumunuz
a) İlk okul b) Orta okul c) Lise d) Üniversite
- 5) Boyunuz ve kilonuzu yazınız.
..... cm kg
- 6) Sigara kullanıyor musunuz? Cevabınız evet ise kaç tane/gün?
A. Evet - tane/günyıldır
B. Hayır
- 7) Alkol kullanıyor musunuz? Cevabınız evet ise kaç kadeh ya da şişe/hafta
A. Evet / kadeh/şişe haftada
B. Hayır

- 8) Son zamanlarda kabızlık şikayetiniz var mı?
- A) Evet. Son 6 aydır veya daha uzun süredir devam ediyor
- B) Evet. 6 aydan az bir süredir var
- C) Hayır
- 9) 4 dışkılamanızdan en az 1'inde aşağıdakilerden birini/birkaçını yaşar mısınız? (son 3 aydır)
- İkinme, fazla gayret gösterme
 - Topak veya sert dışkılama
 - Tam boşalamama hissi
 - Anorektal tıkanıklık hissinin oluşması
 - El yardımıyla kolaylık sağlayarak dışkılama zorunluluğunda olunması
 - Hiçbirini yaşamadım ...
- 10) Haftada kaç defa kendiliğinden (ilaç kullanmadan- elle kolaylık sağlamadan) dışkılamanız olur? (son 3 aydır)
- a) Hiç
- b) 1-2
- c) 3 veya daha fazla
- 11) Dışkı yumuşatıcı ilaç kullanmadan yumuşak dışkılama yapabilir misiniz? (son 3 aydır)
- a) Hiçbir zaman yapamam.
- b) Nadiren yapabilirim.
- c) Çoğu zaman yapabilirim.
- d) Her zaman yapabilirim.
- 12) Son 6 aydır veya daha uzun süredir devam eden ve son 3 ay içinde haftada en az 1 gün tekrarlayan karın ağrısı şikayetiniz var mı?
- A. EVET VAR
- B. HAYIR YOK (ise diğer ankete geçiniz)

13) Karnınızda ağrı şikayetiniz dışkılamanızla ilişkili mi ?

A) Evet

B) Hayır

14) Karnınızda ağrı şikayetinizle “birlikte” dışkınızda değişiklikler de oluyor mu? (ishal, sümüksü gaita ya da 6 aydan kısa süreli kabızlık gibi)

A) Evet oluyor

B) Hayır olmuyor

15) Karnınızda ağrı şikayetinizle “birlikte” günlük rutin dışkılama sıklığınız değişiyor mu? (azalma veya artma oluyor mu)

A) Evet

B) Hayır

8.2 EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Fonksiyonel konstipasyon; toplumda oldukça sık rastlanılan, hayatı tehdit etmeyen fakat yaşam kalitesini bozan, iş gücü kayıplarına yol açan, önemli bir fonksiyonel bağırsak bozukluğudur.

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) belirgin bir sıkıntıya sebep olan, zamanın boşa harcanmasına yol açan, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki veya eğitimle ilgili işlevselliğini, olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozan ve tedaviye cevap verebilen bir ruh sağlığı sorunudur.

Bu araştırmanın amacı İzmir ilinde fonksiyonel konstipasyon sıklığını ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum.

Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın

Adı:

Soyadı:

Tarih:

İmza:

1.1.1.1 Olur Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

1.1.1.2 Adı:

Soyadı:

Tarih:

İmza:

1.1.1.3 Bilgilendirme Yapan Araştırmacının

Adı: İsmail

Soyadı: Çifçi

Tel: +90 (232) 412 22 22

Tarih:

İmza:

8.3 EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ HEKİM OLUR FORMU

Değerli meslektaşım;
Fonksiyonel konstipasyon; toplumda oldukça sık rastlanılan, hayatı tehdit etmeyen fakat yaşam kalitesini bozan, iş gücü kayıplarına yol açan, önemli bir fonksiyonel bağırsak bozukluğudur.

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) belirgin bir sıkıntıya sebep olan, zamanın boşa harcanmasına yol açan, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki veya eğitimle ilgili işlevselliğini, olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozan ve tedaviye cevap verebilen bir ruh sağlığı sorunudur.

Bu araştırmanın amacı İzmir ilinde fonksiyonel konstipasyon prevalansını ve kişilik özellikleri, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile ilişkisini belirlemektir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Azize Dilek Güldal danışmanlığında uzmanlık tez çalışmamızı ilçesindeki ASM'de yapmayı planlamaktayız.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar dahilinde söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

ASM Sorumlu Hekiminin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının:

Adı: İsmail

Soyadı: ÇİFÇİ

Tel: +90 (232) 412 22 22

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile

Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi Balçova/İZMİR

"Yukarıda ASM sorumlu hekimine araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum ve anlattım."

Tarih:

İmza:

8.4 EK-4: ON MADDELİ KİŞİLİK ENVANTERİ

Burada sizin için geçerli olabilen veya olmayabilen bir dizi kişilik özelliği vardır. Hangi ölçüde katılıp hangi ölçüde katılmadığınızı belirtmek için yanına bir rakam girin. Bir özelliği diğerinden daha güçlü uygun görseniz bile özelliklerin çifti sizin için hangi ölçüde geçerli ise ona uygun puanlama yapınız.

- 1 = kesinlikle katılmıyorum
- 2 = katılmıyorum
- 3 = biraz katılmıyorum
- 4 = ne katılıyorum ne katılmıyorum
- 5 = biraz katılıyorum
- 6 = katılıyorum
- 7 = kesinlikle katılıyorum

Kendimi şöyle görüyorum:

1. Dışa dönük, istekli
2. Eleştirel, kavgacı
3. Güvenilir, öz disiplinli
4. Kaygılı, kolaylıkla hayal kırıklığına uğrayan
5. Yeni yaşantılara açık, karmaşık
6. Çekingen, sessiz
7. Sempatik, sıcak
8. Altüst olmuş, dikkatsiz
9. Sakin, duygusal olarak dengeli
10. Geleneksel, yaratıcı olmayan

8.5 EK-5: M.I.N.I. OKB MODÜLÜ

H1

Geçen ay içinde , istemediğiniz, tatsız,uygun olmayan, zorla aklınıza takılan ya da aşırı sıkıntı veren tekrarlayıcı düşünceler,dürtüler ya da görüntüler sizi rahatsız etti mi?(kirlendiğiniz ya da mikrop bulaştığı düşüncesi ya da başkalarına bulaştırma korkusu ya da istemeden birilerine zarar verme korkusu? Ya da bazı dürtülerin eyleme geçirileceğinden korku ya da yanlış giden şeyler için sorumlu olduğunuza dair hurafe, korku ya da cinsel içerikli düşünceler, görüntüler, dürtüleri içeren takıntılar ya da istifleme, biriktirme ya da dinsel saplantılar)

HAYIR EVET

➤ **H1E YANITINIZ HAYIR İSE H4E GEÇİNİZ**

H2

Aldırmamaya ya da aklınızdan çıkarmaya çalıştığınız halde, bu saplantılar tekrar zihninize takılıyorlar mıydı?

HAYIR EVET

➤ **H2 YE YANITINIZ HAYIR İSE H4E GEÇİNİZ**

H3

Bu takıntıların kendi zihninizin ürünü olduğunu ve dışarıdan bir etkilenme ile olmadığını düşünüyor musunuz?

HAYIR EVET

H4

Geçen ay içinde aşırı yıkama,sayma,tekrar tekrar gözden geçirme veya birşeyleri tekrar tekrar söyleme, biriktirme, düzenleme ya da diğer batıl adetler gibi karşı koyamadığınız yineleyici davranışlarınız oldu mu?

HAYIR EVET

➤ **H3 YA DA H4E YANIT EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR? HAYIR EVET**

H5

İster saplantılı düşünceler, ister yapmak istemediğiniz halde yaptığınız hareketler olsun, bunların aşırı ya da mantık dışı olduklarını fark ettiniz mi?

HAYIR EVET

H6

Bu saplantılı düşünceler ve/veya yapmak istemediğiniz halde yaptığınız hareketler günlük yaşamınız, mesleki işlevlerinizi, olağan sosyal etkinliklerinizi ya da ilişkilerinizi engelledi mi ya da bu durum günde bir saatten fazla zamanınızı aldı mı?

HAYIR EVET

➤ **H6YA YANIT EVET OLARAK MI KODLANMIŞTIR?**

8.6 EK-6: ETİK KURUL ONAY YAZISI

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/32-43	Tarih:22.12.2016
	Prof.Dr.Dilek GÜLDAL'ın sorumlusu olduğu "İzmir İlinde Fonksiyonel Konstipasyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Banu</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ş.Reyhan</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Nejat</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ece</i>
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Vesile</i>
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Sevinç</i>
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>M. Gümmüştekin</i>
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ayşe</i>
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Bilge</i>
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Müge</i>
Doç.Dr.Şeyda SEREN INTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Şeyda</i>
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Sefa</i>
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Sevda</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Ahmet Can</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Mehmet Erhan</i>

8.7 EK-7: İZMİR HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ ONAY YAZISI



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 77597247-604.02
Konu : Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL'ın
Araştırma İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
(Aile Hekimliği Anabilim Dalı)

İlgi : 03/10/2017 tarihli ve 77597247-543 sayılı yazı.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL sorumluluğunda yapılmak istenen **"İzmir İlinde Fonksiyonel Konstipasyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması"** konulu araştırma ile ilgili başvuru evrakları İl Sağlık Müdürlüğü Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiş ve komisyon tarafından yapılan değerlendirmede;

"Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür," hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz, hükümleri yer almaktadır."

"Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla çalışmanın yapılması uygun bulunmuştur" denilmektedir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Bediha SALNUR
İl Sağlık Müdürü