T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİR SAĞLIK KURULUŞUNDA ÇALIŞAN KADINLARDA KONSTİPASYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

AYŞE GÜNEY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Danışman

Doç.Dr. Kemal Macit HİSAR

KONYA - 2020

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİR SAĞLIK KURULUŞUNDA ÇALIŞAN KADINLARDA KONSTİPASYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

AYŞE GÜNEY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Kemal Macit HİSAR

KONYA - 2020

ÖNSÖZ

Çalışmam süresince anlayışlı ve iyi niyetli tavrıyla çalışmamın her aşamasında bana destek veren Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Başkanı Sayın Doç.Dr. Kemal Macit HİSAR ve tüm bölüm hocalarıma,

Tez çalışmamı yürüttüğüm Konya Numune Hastanesi'nde bana yardımcı olmak için ellerinden geleni yapan değerli mesai arkadaşlarıma,

Çalışmamın ve hayatımın her anında yanımda olan ve bana destek veren sevgili eşim Emre GÜNEY'e, çalışmam sırasında teknik desteğini benden esirgemeyen biricik abim İbrahim YEL'e, evlatlarını büyük bir fedakârlıkla yetiştiren kıymetli annem Hatice YEL ve babam Yusuf YEL'e, beni annelik unvanı ile onurlandıran canım oğlum Ertuğrul'a ve tüm aileme,

Sonsuz teşekkürler…

Ayşe GÜNEY

KONYA/2020

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR v
ÖZET vi
SUMMARY vii
1. GİRİŞ 1
1.1. Defekasyon Fizyolojisi 3
1.2. Fonksiyonel Konstipasyonun Tanımı 4
1.3. Fonksiyonel Konstipasyon Epidemiyolojisi 5
1.4. Fonksiyonel Konstipasyon Türleri ve Patafizyolojisi 6
1.4.1. Normal geçişli konstipasyon 6
1.4.2. Yavaş geçişli konstipasyon 7
1.4.3. Defekasyon bozuklukları 7
1.5. Fonksiyonel Konstipasyon Etiyolojisi ve Risk Faktörleri 8
1.5.1. Hastalıklar 8
1.5.2. İlaçlar 9
1.5.3. Yetersiz diyet lifi 9
1.5.4. Yetersiz sıvı tüketimi 10
1.5.5. Fiziksel inaktivite 10
1.5.6. Obezite 11
1.5.7. Düşük sosyoekonomik düzey ve eğitim seviyesi 12
1.5.8. Yaş 12
1.6. Fonksiyonel Konstipasyon Tanısı 13
1.7. Fonksiyonel Konstipasyon Tedavisi 14
1.7.1. Hasta eğitimi 14
1.7.2. Beslenme değişiklikleri 14
1.7.3. Farmakolojik tedavi 15
1.7.4. Davranışsal yaklaşımlar 15
1.7.5. Fitiller 15
1.7.6. Lavmanlar 15
1.7.7. Tıkaç temizleme 16
1.7.8. Elektriksel stimülasyon 16

1.7.9. Cerrahi tedavi 16
1.8. Fonksiyonel Konstipasyonun Komplikasyonları 17
2. GEREÇ VE YÖNTEM 18
2.1. Araştırmanın Türü 18
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 18
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi 18
2.4. Veri Toplama Araçları 18
2.4.1. Anket formu 18
2.4.2. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği 19
2.5. Verilerin Toplanması 19
2.6. Araştırmanın Değişkenleri 19
2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları 20
2.8. Araştırmanın Soruları 20
2.9. Verilerin Analizi 20
3. BULGULAR 22
3.1. Katılımcılara ait tanımlayıcı bulgular 22
3.2. Katılımcıların dışkılama özellikleri ile ilişkili faktörler 26
3.3. Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile ilişkili faktörler 41
3.4. Katılımcıların SYBD ölçeği alt ölçek puanları ile ilişkili faktörler 45
4. TARTIŞMA 51
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 56
6. KAYNAKLAR 58
7. EKLER 64
EK-A: KADINLARDA FONKSİYONEL KONSTİPASYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER; VAKA KONTROL ÇALIŞMASI 64
EK-B: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 70
EK-C: ETİK KURUL İZNİ 71
8. ÖZGEÇMİŞ 75

SİMGELER VE KISALTMALAR

BKI: Beden kütle indeksi

SYBD: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ÖZET

T.C
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Bir Sağlık Kuruluşunda Çalışan Kadınlarda Konstipasyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler

Ayşe GÜNEY
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2020

Konstipasyon toplumda sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir sağlık problemidir. Fonksiyonel konstipasyonun risk faktörleri arasında beslenme, fiziksel aktivite, sosyoekonomik durum, yaş gibi etkenlerin yanı sıra cinsiyet de bulunmaktadır. Fonksiyonel konstipasyona kadınlarda daha sık rastlanmaktadır.

Bu araştırma, kadınlarda fonksiyonel konstipasyon sıklığının belirlenmesi ve konstipasyonla ilişkili faktörlerin incelenmesini amaçlayan, kesitsel bir çalışmadır.

Araştırma Konya Numune Hastanesi'nde çalışmakta olan 109 gönüllü kadın personel ile yürütülmüştür. Araştırmada kullanılan anket formu, kişisel bilgiler, beslenme durumu, fiziksel aktivite düzeyi, dışkılama alışkanlığı, antropometrik ölçümler ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği olmak üzere 6 bölümden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının %42,20'si hemşirelerden oluşmaktadır. %44,04'ü 29-39 yaş aralığında olup %66,88'i üniversite mezunudur. Katılımcıların %71,56'sı gelirinin giderine eşit olduğunu bildirmiştir.

Araştırmamızda gelir düzeyinin düşük olması, BKI değerinin yüksek olması ve yetersiz su tüketiminin (günlük 7 bardak ve altı) dışkılama alışkanlıkları üzerinde olumsuz etkisi olduğu belirlenmiştir. Meyve tüketiminin de dışkılama sayısı üzerine etkili olduğu, hiç meyve tüketmeyen katılımcıların haftalık dışkılama sayısının düşük olduğu saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Fonksiyonel Konstipasyon; Kadın; Sağlık Personeli

SUMMARY

REPUBLIC OF TURKEY

SELÇUK UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Prevalence of Constipation and Associated Factors in Women Working in a Healthcare İnstitution

Ayşe GÜNEY

Department of Public Health

MASTER'S THESIS/ KONYA-2020

Constipation is a common health problem that affects the quality of life adversely. Risk factors for functional constipation include nutrition, physical activity, socioeconomic status, age, as well as gender. Functional constipation is more common in women.

This study is a cross-sectional study aimed to determine the frequency of functional constipation in women and to investigate the factors associated with constipation.

The study was conducted with 109 volunteer female staff working in Konya Numune Hospital. The survey used in the research consists of 6 parts: personal information, nutritional status, physical activity level, defecation habit, anthropometric measurements and healthy lifestyle behaviors scale.

42.20% of the women who participated in the study consisted of nurses. 44.04% of them are in the 29-39 age range and 66.88% have university degrees. 71.56% of the participants stated that their income was equal to their expenses.

In the study, low income level, high BMI value and insufficient water consumption (7 glasses or less per day) were found to have a negative effect on defecation habits. It was found that fruit consumption also had an effect on the frequency of defecation, and the frequency of defecation was low in the participants who did not consume any fruit.

Key Words: Care Health Personnel; Functional Constipation; Woman

1.GİRİŞ

Konstipasyon, insanlarda sindirim sistemi ile ilgili en sık bildirilen yakınma olup büyük oranlarda ekonomik kayıplara neden olmaktadır (Singh ve ark 2007). Konstipasyon, bireylerin yaşam kalitesini ve verimliliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

Konstipasyon, defekasyon esnasında fazla zorlanma, dışkılamanın sık olmaması ve tam boşalamama hissi ile karakterize fonksiyonel barsak hastalığıdır (Kaya ve Kaçmaz 2016). Konstipasyonu, hastalar ve doktorlar genellikle farklı tanımlamaktadır. Hastaların yaklaşık % 60'ı kendilerini 'kabız' saymaktadırlar. Bu bireyler sıklıkla zor dışkılama ve yetersiz boşalma hissederler (Bengi ve ark 2014).

Konstipasyonun başıca belirtileri, sinirlilik, baş ağrısı, paslı dil, hazımsızlık sorunu, karında gerginlik, nefeste kötü koku oluşumu şeklindedir. Fonksiyonel konstipasyonu olanlarda, ön planda olmamakla birlikte karın ağrısı ve şişkinlik semptomları da görülür (Baysal ve ark 2008, Kaya ve Kaçmaz 2016).

Gastrointestinal hastalıkların tanımlanmasında çeşitli tanı kriterleri geliştirilmiştir. Bu kriterlerin ilki 1978 yılında geliştirilen 'Manning Kriterleri'dir (Manning ve ark 1978). Daha sonra Manning Kriterleri geliştirilerek 1989 yılında 'Roma I Kriterleri' tanımlanmıştır (Thompson ve ark 1989). Roma I kriterlerinin tekrar gözden geçirilmesiyle 1999 yılında ' Roma II Kriterleri' yayınlanmıştır. 'Roma III Kriterleri' ise 2006 yılında geliştirilmiştir. Roma III kriterlerinin Roma II' den farkı, semptomların başlangıcı ile ilgili zaman aralığının daha kısıtlayıcı olmasıdır. Roma III kriterlerinde semptomlar, tanıdan en az 6 ay önce başlamalı ve son 3 ay içinde devam etmelidir. Bu zaman aralığı Roma II kriterlerinde, 12 ay içinde en az 12 hafta sürmesi şeklindedir (Akaslan 2011).

Günümüzde beyin-bağırsak etkileşimli bozukluklar olarak da adlandırılan fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar için Roma IV kriterleri Mayıs 2016'da yayınlanmıştır. Roma IV kriterleri kültürel faktörler, biyopsikososyal faktörler, intestinal mikrobiyota, yaş-cinsiyet-kadın sağlığı gibi yeni bölümler içermektedir. (Schmulson ve Drossman 2017).

Schmidt ve Santos'un yaptığı bir çalışmada (2014) yaklaşık 6 yıllık süreçte (2005-2011) yayınlanan makaleler incelendiğinde konstipasyon prevalansının %2,6 ile

%26,9 arasında değiştiği belirlenmiştir. Ülkemizde 20 ilde 3214 kişi ile Roma II kriterleri kullanılarak gerçekleştirilen çalışmada fonksiyonel konstipasyon prevalansı %8,3 olarak belirlenmiştir (Kasap ve Bor 2006).

Fonksiyonel konstipasyonun risk faktörleri arasında, beslenme alışkanlıkları, fiziksel inaktivite, düşük eğitim ve sosyoekonomik düzey, yaş ve cinsiyet bulunmaktadır (Talley ve ark 2003, Suares ve Ford 2011). Konstipasyon kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir.Yunanistan'da yürütülen bir çalışmada (Papatheodoridis ve ark 2010) kadınlarda fonksiyonel konstipasyon görülme oranı %28,8 olarak belirlenmiş ve kadınlarda fonksiyonel Konstipasyon görülme oranı erkeklerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. İngiltere ve ABD (Amerika Birleşik Devletleri)'de kronik konstipasyon vakalarının çoğunluğunun kadınlarda, beyaz olmayanlarda ve 60 yaş üzerinde görüldüğü bildirilmiştir. Prevalans çalışmalarının sonuçlarına bakıldığında kronik konstipasyon kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat fazla görülmektedir (McCrea ve ark 2009).

İran'da Mayıs 2007 – Aralık 2009 yılları arasında 18180 yetişkinle Roma III kriterleri kullanılarak yapılan bir araştırmada fonksiyonel diyare dışındaki tüm fonksiyonel barsak hastalıklarının görülme oranı kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Fonksiyonel konstipasyon prevalansı kadınlarda %3,7 erkeklerde %1,2 olarak belirlenmiştir (Sorouri ve ark 2010). Konstipasyonun kadınlarda daha fazla görülme nedeni streoid hormonların düzeylerindeki düşüş ve kolon düz kas hücrelerindeki progesteron reseptörlerindeki artışla ilgili olabileceği düşünülmektedir (Xiao ve ark 2005).

Sanayi devrimi ile kadınların işgücüne katkısı başlamıştır (Çekal 2008). Ülkemizde 2018 yılında toplam işgücü oranı erkeklerde %71,3, kadınlarda %33,2 olarak belirlenmiştir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin de içinde bulunduğu hizmet sektöründe çalışan kadınların oranı %55,4 iken bu oran erkeklerde %53'tür (Türkiye İstatistik Kurumu 2018). Çalışan kadınların ve özellikle eğitim seviyesi yüksek bireylerin beslenme bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (Arslan ve Ceviz 2007, Ulaş ve Genç 2010). Beslenme bilgi düzeyi yüksek olsa da çalışma koşullarına bağlı olarak çalışan bireylerde öğün atlama, yetersiz sıvı alımı ve fiziksel inaktivite gibi davranışlar ortaya çıkabilmektedir. Sağlık hizmetlerine önemli ölçüde

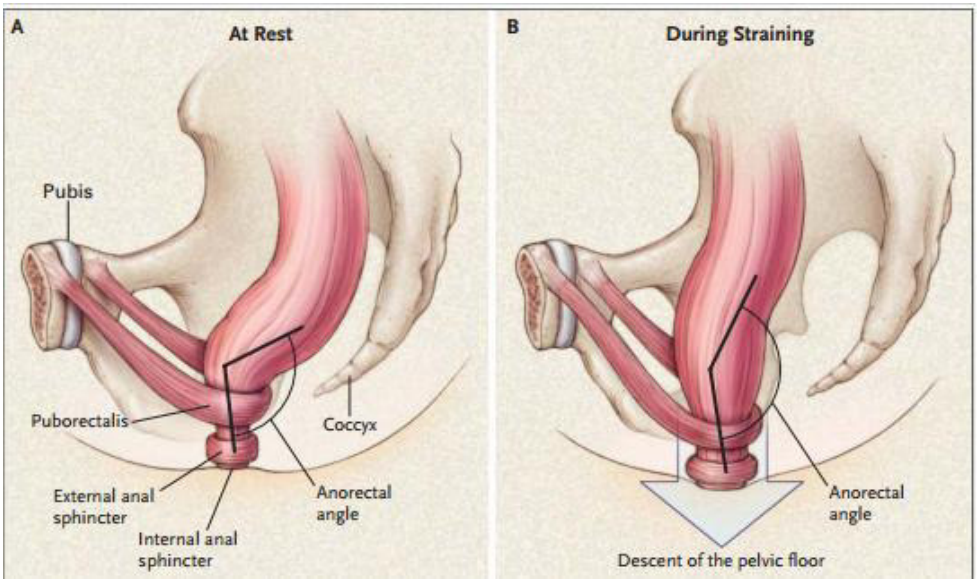
katkıda bulunan kadın sağlık çalışanlarında konstipasyon sıklığını araştıran bir çalışmaya rastlanılamamıştır.

Bu çalışmada, kadın sağlık çalışanlarında fonksiyonel konstipasyon sıklığının belirlenmesi ve konstipasyonun beslenme, fiziksel aktivite, sıvı tüketimi gibi faktörlerle ilişkisi incelenerek diyetisyenlik mesleğinin temel amaçlarından olan bireylerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için öneriler üretmek ve bu veriler ışığında sağlıklı yaşam eğitimleri vermek amaçlanmıştır.

1.1.Defekasyon Fizyolojisi

Rektumun içinde bulunan feçes nedeniyle gerilmesi sonucu rektum kas yapısı refleks olarak kasılır ve defekasyon isteği başlar. Rektum gerildiğinde sifinkter gevşer. Rektum içi belli bir basınca ulaştığında dış sifinkter de iç sifinkter gibi gevşer ve rektum içeriği refleks olarak dışarı atılır (Gökbel ve ark 2015).

Ikınma ile dış anal sifinkter yeterli basınca ulaşmadan önce de defekasyon başlatılabilir. Ikınma sonucu karın kasları kasılarak pelvik taban 1-3 cm aşağıya iner. Anüs ile rektum arasında normalde 90 derece olan açı 15 derece veya altına düşer. Böylece dış anal sifinkter gevşer ve defekasyon gerçeklerşir (Gökbel ve ark 2015).



Şekil 1.1. Anorektal bölgenindinlenme halindeki (A) ve ıkınma sırasındaki (B) sagittal kesiti (Gökbel ve ark 2015).

Besinler ile midenin gerilmesi rektum kasılmalarını ve genellikle de defekasyon isteğini başlatır.Bu yanıt ‘gastrolik refleks’ olarak adlandırılır. Yemekten sonra görülen defekasyona çocuklarda sıklıkla karşılaşılırken, defekasyon zamanı yetişkinlerde alışkanlıklar ve kültürel faktörlerden de etkilenir (Gökbel ve ark 2015).

Dış sifinkterin kasılması ile defekasyon refleksi baskılanabilmektedir. Defekasyon refleksinin sık sık baskılanması sonucu rektum, biriken dışkının kitlesine uyum sağlayabilmek için genişleyebilir (Öztürk ve Rao 2007).

1.2.Fonksiyonel Konstipasyonun Tanımı

Konstipasyon, defekasyon esnasında fazla zorlanma, dışkılamanın sık olmaması ve tam boşalamama hissi ile karakterize fonksiyonel barsak hastalığıdır (Kaya ve Kaçmaz 2016).

Kronik konstipasyonu olan bireylerde yapılan anketler sonucuna göre en sık karşılaşılan semptomlar, defekasyon esnasında fazla ıkınma (%79), sert feçes çıkarılması (%71), karın bölgesinde rahatsızlık hissetme (%62), karın bölgesinde şişkinlik hissetme (%57), defekasyonun uzun süre olmaması (%57) ve defekasyondan sonra tam boşalamama hissinin (%54) olmasıdır (Johanson ve Kralstein 2007).

Günümüzde beyin-bağırsak etkileşimli bozukluklar olarak da adlandırılan fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar için Roma IV kriterleri Mayıs 2016’da yayınlanmıştır. Roma IV kriterleri kültürel faktörler, biyopsikososyal faktörler, intestinal mikrobiyota, yaş-cinsiyet-kadın sağlığı gibi yeni bölümler içermektedir. (Schmulson ve Drossman 2017).

Roma IV tanı kriterlerinde fonksiyonel konstipasyon için herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Roma III tanı kriterleri kullanılmaya devam edilmektedir.

Tablo 1.1. Fonksiyonel konstipasyon tanısında Roma III kriterleri (Longstreth ve ark 2006).

Semptomların tanıdan en az altı ay önce başlamış ve üç ay süre ile devam etmesi gerekir
1.Aşağıdakilerden iki veya daha fazlasını içermeli * Defekasyonların dörtte birinden fazlasında aşırı ıkınma olmalı * Defekasyonların dörtte birinden fazlasında topak şeklinde veya keçi pisliği şeklinde feçes çıkarma * Defekasyonların dörtte birinden fazlasında yetersiz boşalma hissi olması * Defekasyonların dörtte birinden fazlasında anorektal bölgede engelleme veya tıkanma hissinin olması * Defekasyonların dörtte birinden fazlasında elle defekasyona yardım etme (örneğin parmakla rektumu boşaltma veya pelvise baskı yapma) * Haftada üç kezden az spontan defekasyon olması **2.** Laksatif kullanmadan yumuşak, şekilsiz feçesin nadiren olması **3.** IBS (İrritabl barsak sendromu) tanısı için yeterli kriterin olmaması

1.3. Fonksiyonel Konstipasyon Epidemiyolojisi

Konstipasyon genel popülasyonda %2-28 oranında görülmektedir (Higgins ve Johanson 2004, Harris 2005). Bir başka çalışmada erişkinlerde ortalama konstipasyon prevalansı %14 (%1,9 ile %40,1 arasında) civarında bildirilmiştir (Kaya ve Kaçmaz 2016).

Yaşla birlikte arttığı bilinen konstipasyon prevalansı, yapılan çalışmalara göre yaşlı popülasyonda %11-74 arasında değişmektedir (Wang ve Tsai 2012, Werth ve ark 2015). Gelişmiş ülkelerde yaşlılarda laksatiflerin günlük kullanım oranı %50-74 arasındadır. Amerika'da fonksiyonel kabızlık prevalansı Roma III kriterlerine göre %1,9-27,2 arasında değişmektedir (Bouras ve Tangalos 2009, Suares ve Ford 2011).

2011-2015 yılları arasında yayınlanmış makalelerden elde edilen bilgilere göre ise konstipasyon prevalansı %2,6-26,9 arasında değişmektedir. Konstipasyon, Japonya'da 18-20 yaş arası kadınların kendi ifadelerinde göre %26'sını, Kore'de genel nüfusun %16,5' ini etkilemektedir (Murakami ve ark 2006, Jun ve ark 2006). Yunanistan'da yürütülen bir çalışmada (Papatheodoridis ve ark 2010) fonksiyonel konstipasyon görülme oranı kadınlarda %21 erkeklerde %11 olarak belirlenmiş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir. İspanyada 600 sağlıklı kadında fonksiyonel konstipasyon prevalansı %28,8 olarak belirlenmiştir. Fonksiyonel

konstipasyon tanısı alanlardan %8,2'sinde dissinerjik defekasyon, %0,17'sinde yavaş geçişli konstipasyon olduğu bildirilmiştir (Ribas ve ark 2011).

Kolombiya'da yaşları 8-18 arasında değişen 2820 çocukta fonksiyonel konstipasyon oranı %13 (368 çocuk) olarak belirlenmiştir (Koppen ve ark 2016).

Roma II kriterleri kullanılarak yapılan bir toplum bazlı çalışmada 1988-1994 yılları arasında ve 2003-2004 yılları arasında olmak üzere iki çalışma gerçekleştirilmiştir. İlk çalışmada (1988-1994) 5264 kişiden 4235 kişi anketi tamamlamış gerekli kontroller yapıldıktan sonra 3933 kişi çalışmaya alınmıştır. İkinci çalışmada ise (2003-2004) 4194 kişiden 2298 kişi anketi tamamlamış ve kontrollerden sonra 2256 kişi çalışmaya alınmıştır. Her iki çalışmaya da katılan kişi sayısı 852'dir. 9 adet veri kaybı, 100 adet kronik konstipasyon, 98 adet irritabl barsak sendromu ile karşılaşılmış ve bu 207 kişi çıkarılarak 645 kişi değerlendirilmiştir. 12 yıllık süreçte 645 kişiden 112 kişide kronik konstipasyon gelişmiştir. 12 yılda total konstipasyon insidansı %17,4 olarak belirlenmiştir (Choung ve ark 2007).

1.4.Fonksiyonel Konstipasyon Türleri ve Patafizyolojisi

Konstipasyon, 3 grupta sınıflandırılmaktadır;

- Normal geçişli konstipasyon
- Yavaş geçişli konstipasyon
- Defekasyon bozuklukları

Hastalarda tek tip veya birden fazla tip görülebilmektedir (Lembo ve Camilleri 2003). Fonksiyonel konstipasyonun etkilendiği faktörler stres, medikal tedavi, uyku düzeni, nörotransmitterler ve beslenme şeklinde sıralanabilir (Shafik ve ark 2003, Chen ve Bonham 2005).

1.4.1.Normal geçişli konstipasyon

'Normal geçişli konstipasyon' klinikte en sık karşılaşılan konstipasyon türüdür. Bu hastalarda dışkı ilerlemesi ve sıklığı normaldir ancak hastalar kendilerini konstipe olarak tanımlarlar. Dışkılama esnasında karşılaşılan problem ise zorlanma ve sert dışkıdır. Bu hasta grubunda abdominal distansiyon ve ağrı şikayetleri görülebilmektedir.

Konstipasyon semptomları, diyet lifinin yeterli miktarda alınması ve laksatif kullanımı önerileri ile azaltılabilir (Lembo ve Camilleri 2003).

1.4.2.Yavaş geçişli konstipasyon

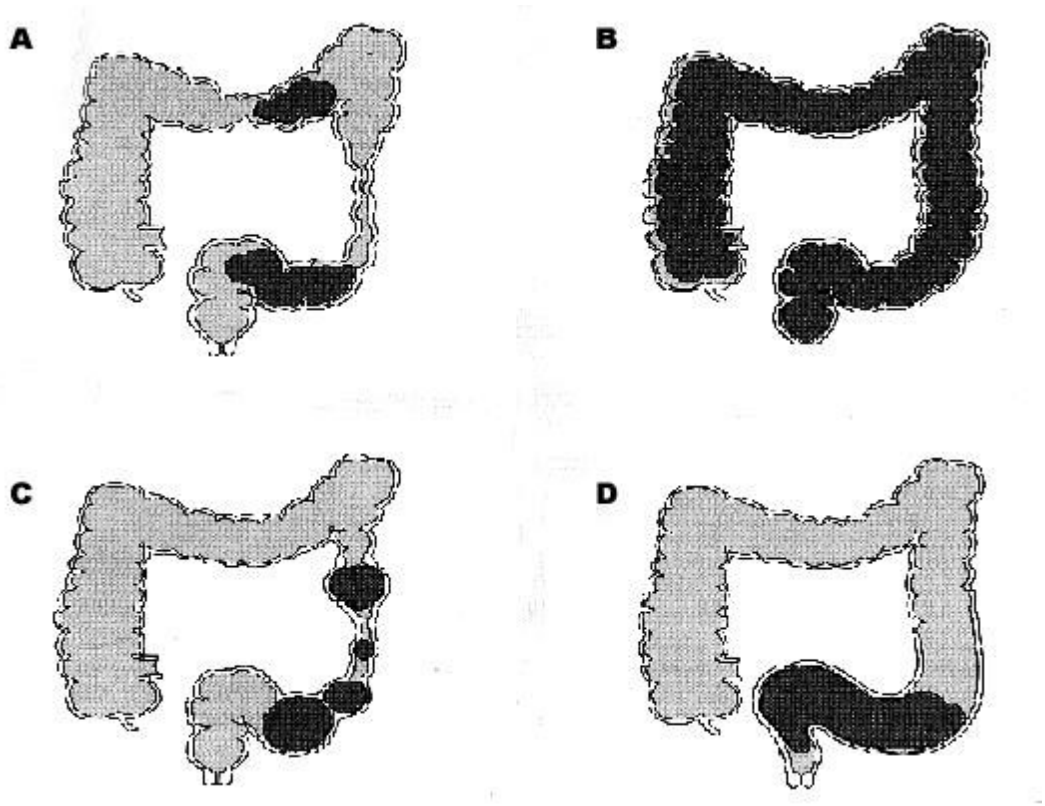
Genellikle çocukluk çağında başlamakla birlikte en çok adölesan dönemindeki genç kadınlarda görülür. Normal geçişli konstipasyon semptomları olan sert dışkı, dışkılamada zorlanma durumu, abdominal distansiyon ve ağrı yavaş geçişli konstipasyonda da görülür. Yavaş geçişli konstipasyonun normal geçişli konstipasyondan en büyük farkı yavaş geçişli konstipasyonda seyrek defekasyon görülmesidir (Lembo ve Camilleri 2003).

Yavaş geçişli konstipasyonu olan hastalarda, yapılan kolektomi materyallarinde interstisyel cajal hücrelerinde azalma olduğu belirlenmiştir (Sanders ve ark 2014).

1.4.3.Defekasyon bozuklukları

Roma III konsensus toplantısında anorektal bölge fonksiyonunun bozulmasının 'Fonksiyonel defekasyon bozuklukları' (FDB) olarak adlandırılmasına karar verilmiştir. Anorektal bölge fonksiyonu bozukluğu iki şekilde karşımıza çıkmaktadır;

- Çıkışın gecikmesi- defekasyon itici gücünde yetersizlik; defekasyon sırasında uygunsuz kontraksiyonlu veya kontraksiyonsuz itiş kuvvetinin yetersiz olması ya da anal sfinkterin %20'den daha az gevşemesi olarak tanımlanabilir (Kayıkçıoğlu 2010)
- Dissinerjik defekasyon; hastalarda, puborektal ve eksternal anal sfinkterlerinde kasılma ve gevşemede yetersizliğe bağlı olarak efektif olmayan dışkılama gerçekleşir. Burada hasta ıkınırken rektal basınç artmakta ancak aynı zamanda anal sfinkter basıncı da arttığı için dışkılama gerçekleşememektedir (paradoksal anal kontraksiyon). Bazı olgularda da anal sfinkter basıncı artmaz ama gevşemesinde bir sorun olabilir. Yetersiz gevşeme olduğundan yine dışkılama gerçekleşemez (Bengi ve ark 2014).



Şekil 1.2. Fonksiyonel konstipasyon türleri (Bengi 2012).

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

1.5.Fonksiyonel Konstipasyon Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Konstipasyon, genel olarak dışkının kalın barsakta ilerlemesi ile ilgili bozukluk olduğunda görülmektedir. Genellikle proksimal gastrointestinal sistem geçişi normaldir. Kolon geçişindeki yavaşlama idyopatik de olabilir, ikincil nedene bağlı da olabilir (Bengi 2012).

Konstipasyonun ikincil nedenleri ve risk faktörleri şu şekilde sıralanabilir;

1.5.1.Hastalıklar

- Mekanik tıkanıklık; kolorektal tümör, üretral darlıklar,geniş rektosel, megakolon, ameliyat sonrası anomaliler, anal fissür
- Nörolojik bozukluklar; otonom nöropati, serebrovasküler hastalık, kognitif bozukluk-demans, depresyon, multiple skleroz, Parkinson, spinal kord dejenerasyonu, hirschprung hastalığı, chagas hastalığı

- Endokrin- metabolik bozukluklar; kronik böbrek hastalığı, diyabetes mellitus, dehidratasyon, ağır metal zehirlenmesi, hiperkalsemi, hipermagnezemi, hiperparatroidizm, hipokalemi, hipomagnezemi, hipotroidizm, porfiria, üremi, hiperglisemi
- Gastrointestinal bozukluklar – lokal ağrılı durumlar; irritable barsak sendromu, apse, fistül, hemoroid, levator ani sendromu, proktalji fugaks, rektal prolaps, volvulus
- Miyopati; amiloidoz, dermatomiyozit, sklerodermi, sistemik skleroz
- Diğer; kardiyak hastalıklar, dejeneratif eklem hastalığı, gebelik (Linberg ve ark 2010, Bengi ve ark 2014).

1.5.2.İlaçlar

- Analjezikler; asetaminofen- nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar
- Antikolinerjikler; antihistaminikler, antidepresanlar, antipsikotikler, antipasmodikler
- Katyon içerikli ajanlar; demir suplemanları, alüminyum
- Nöral aktif ajanlar; opiyatlar, antihipertansifler, vinka alkaloidleri, kalsiyum kanal blokerleri, gangliyon blokerleri, beta blokerler, 5-HT3 antagonistleri, aspirin, diüretikler
- Anabolik steroidler (Bengi ve ark 2014).

1.5.3.Yetersiz diyet lifi

Posa ve konstipasyon ilişkisi sağlıklı bireyler ile yürütülen çalışmalarda incelendiğinde, posasız sıvı diyet alanlarda barsak geçiş zamanının uzadığı, dışkı miktarı ve dışkılama sıklığının azaldığı belirlenmiştir. Posa miktarı yükseltildiğinde bu problemlerin düzeldiği gözlenmiştir (Eroğlu Samur ve Mercanlıgil 2012).

Yaşları 36-61 arasında değişen 62036 kadın katılımcı ile yapılan bir araştırmada haftada iki veya daha az defekasyon konstipasyon olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada daha yüksek miktarda posa alımı olanlarda (ortalama 20 g/gün) daha düşük miktarda posa alımı olanlara göre (ortalama 7 g/gün) konstipasyon görülme oranı daha düşük bulunmuştur (Dukas ve ark 2003).

Hemşirelik yüksekokulunda eğitim gören 315 öğrenci ile yapılan bir araştırmada veri toplama aracı olarak Öğrenci Tanıtım Formu, Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Posalı gıda tüketme alışkanlığı olduğunu belirten öğrencilerde Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin ağrı alt ölçeği puanının, posalı gıda tüketme alışkanlığı bulunmadığını belirten öğrencilere göre anlamlı oranda daha düşük olduğu belirlenmiştir (Turan ve ark 2011).

1.5.4.Yetersiz sıvı tüketimi

Yetersi sıvı alımı konstipasyonun risk faktörleri arasında yer almaktadır (Lindberg ve ark 2010). Sıvı alımı ve düzenli fiziksel aktivite ile dışkılama düzeni oluşabilmektedir. Konstipasyon problemi olan bireylerin günlük en az 1500-2000 ml sıvı tüketmeleri önerilmektedir. Kafeinli ve alkollü içecekler ile çorba ve diğer yiyecekler bu miktara dahil edilmemelidir (Baysal ve ark 2008). Bununla birlikte literatürde sıvı alımının artırılması ile dışkılama düzeninin olumlu etkilendiğine dair kanıt yoktur (Cabre 2011). American Gastroenterological Association'ın (AGA) verilerine göre dehidratasyon olmadığı sürece sıvı alımını artırmanın konstipasyonu düzelteceğine yönelik yeterli kanıt bulunmamaktadır (Bharucha ve ark 2013).

1.5.5.Fiziksel inaktivite

Düzenli egzersiz yapılmasının konstipasyon riskini azalttığı kabul edilmektedir (Kaya ve Kaçmaz 2016). Ancak literatüre bakıldığında egzersizin konstipasyon üzerine etkileri tartışmalıdır. Roma I kriterleri kullanılarak yaşları 24-77 arasında değişen 1069 kişiye posta yoluyla anketler gönderilmiş ve %72 oranında cevap alınmıştır. Egzersiz düzeyi ile konstipasyon durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Tuteja ve ark 2005). Yapılan bir başka çalışmada yaşları 64-94 arasında değişen 157 yaşlı birey, farklı egzersiz gruplarına göre üçe ayrılarak kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında konstipasyon semptomları ve laksatif kullanımı açısından fark bulunmamıştır (Chin A Paw ve ark 2006).

Ayaz ve Hisar (2014) kontipasyonu olan 18 yaş üstü 35 kadın katılımcıya üç ayda sekiz kez ev ziyareti yaparak uyguladıkları eğitim programı sonucu günlük 30-45 dakikalık yürüyüş yapmanın konstipasyondan korunmada etkili olduğunu bildirmişlerdir. 37-41 haftalık, 1698 gebe ile yürütülen bir çalışmada meslekleri gereği sedanter yaşam tarzı olan gebelerde fonksiyonel konstipasyon oranı diğer gebelere göre

daha yüksek bulunmuştur (Shi ve ark 2015). Ülkemizde fiziksel aktivite seviyesi ile konstipasyon şiddeti arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada Roma III kriterleri kullanılarak kronik konstipasyon tanısı alan 79 bireye anket uygulanmıştır. Konstipasyon şiddetinin belirlenmesinde Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği, fiziksel aktivite seviyesinin belirlenmesinde Uluslararası Fiziksel Aktivite anketi – Kısa Form kullanılmıştır. Uluslararası Fiziksel Aktivite anketi – Kısa Form'dan elde edilen fiziksel aktivite puanı ile konstipasyon şiddeti arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Orhan ve ark 2015).

1.5.6.Obezite

Obezite konstipasyon gelişiminde önemli risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Obezite ve konstipasyon ilişkisinin altında yatan mekanizma tam olarak bilinmemektedir. Çalışmalarda genellikle konstipasyonun yetişkinlerde beden kütle indeksine göre, çocuklarda persentile göre değişip değişmediğini incelenmektedir.

Literatürde çocuk popülasyonla yapılan çalışmalarda obezite ile fonksiyonel konstipasyonun ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Pashankar ve Loening-Baucke 2005, Teitelbaum ve ark 2009, Phatak ve Pashankar 2014, Olaru ve ark 2016).

Yetişkin bireylerle yapılan çalışmalara bakıldığında; İran'da yapılan toplum bazlı bir çalışmada, Mayıs 2006- Aralık 2007 arasında rastgele seçilmiş 18.180 kişiye iki bölümden oluşan anket uygulanmıştır. Fazla kiloluluk/obezite ile abdominal distansiyon, mide yanması, ve bulantı-kusma anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Fonksiyonel konstipasyon ile fazla kiloluluk/obezite arasında anşamlı bir ilişki bulunamamıştır (Pourhoseingholi ve ark 2009).

Gastrointestinal hastalıklar ile beden kütle indeksi ilişkisinin araştırıldığı bir başka çalışmada, 18 yaş üzeri 35477 kişi üzerinde Roma III kriterlerinden uyarlanmış anket uygulanmıştır. Çalışma sonucuna göre kadınlarda BKİ ve fonksiyonel diyare, erkeklerde BKİ ve İrritabl barsak sendromu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Fonksiyonel konstipasyon ile beden kütle indeksi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Pluart ve ark 2015). 37-41 haftalık, 1698 gebe ile yürütülen bir çalışmada ise gebelik öncesi beden kütle indeksi 24 kg/m^2 'den büyük olan gebelerde fonksiyonel konstipasyon oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Shi ve ark 2015).

1.5.7.Düşük sosyoekonomik düzey ve eğitim seviyesi

Konstipasyonun risk faktörleri arasında düşük sosyoekenomik düzey ve eğitim seviyesi de bulunmaktadır. Suares ve Ford (2011) kronik idiyopatik konstipasyonun prevalans ve risk faktörleri üzerine yaptıkları derlemede konstipasyon ve sosyoekonomik düzey ilişkisi ile ilgili altı adet çalışma incelemiş ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde konstipasyon prevalansının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Byetzer ve ark (2001) yaptıkları bir çalışmada katılımcıları beş sosyoekonomik düzeye ayırarak sosyoekonomik düzeyin gastrointestinal sempotomlarla ilişkisini incelemişlerdir. Sosyoekonomik düzeyi en yüksek grupta konstipasyon oranı %6.3, en düşük grupta konstipasyon oranı %10.2 olarak belirlenmiştir.

Avustralya'da 25-64 yaş arası bireylerle yapılan çalışmada konstipasyonun da aralarında bulunduğu bazı gastrointestinal semptomlar ile sosyal sınıf arasındaki ilişki incelenmiştir. Üst-orta eğitim seviyesine sahip bireylerde yüksek eğitim seviyesine sahip bireylere göre konstipasyon oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Howell ve ark 2006).

1.5.8.Yaş

Geriyatrik popülasyonda yaşla birlikte konstipasyondan yakınma da artmaktadır (Crane ve Talley 2007). 65 yaş ve üzerindeki bireylerde konstipasyon şikayeti ile doktor başvurusunda belirgin bir artış olmaktadır (Yurdakul 2007).Yetişkinlerde konstipasyon sıklığı %16 iken 60 yaş üstünde %33 olarak bildirilmektedir (Vardar 2015).

Çetinkaya ve ark (2000) Ankara'da 3268 bireyle yürüttükleri çalışmada ortalama konstipasyon prevalansını %30,5, 50 yaş üzeri bireylerde %39,2, 50 yaş altı bireylerde %23,8 olarak belirlemişlerdir.

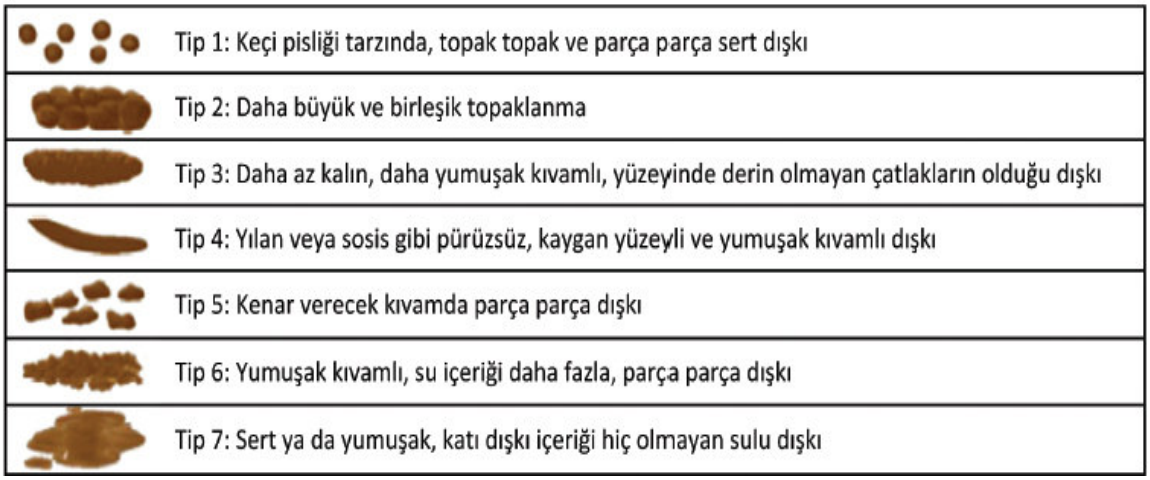
Arslan (2015) kız öğrenci yurdunda kalan 449 üniversite öğrencisi ile yaptığı çalışmada, yaşla birlikte Konstipasyon ciddiyet ölçeğinin alt ölçeği olan ağrı durumunun arttığını bildirmiştir.

1.6.Fonksiyonel Konstipasyon Tanısı

Konstipe hastanın ilk değerlendirilmesinde anamnez alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır (Bengi ve ark 2014). Alarm semptom varlığında önerilen test kolonoskopidir. Alarm semptomlar; dışkı çapı, tıkayıcı semptomlar, kilo kaybı, anemi, rektal prolaps, hastanın elli yaşından büyük ve kolon kanseri taraması yaptırmamış olması, dışkıda gizli kan testi pozitif olması şeklinde sıralanabilir (Lindberg ve ark 2010).

Konstipasyona tanısal yaklaşımda kullanılabilecek yöntemler şu şekilde sıralanabilir;

- Anamnez; konstipasyonun özellikle ikincil nedenlerine odaklanılmalı ve hastanın en çok hangi semptomdan yakındığı öğrenilmelidir. Hastalara laksatif kullanıp kullanmadığı sorulmalıdır. Yaşlı hastaların konstipasyona neden olabilecek organik hastalığı ve ilaç kullanıp kullanmadığı sorgulanmalıdır. Bristol dışkılama skalası ile kolon transit zamanları hakkında fikir edinilebilir. Tip 1'de kolon transit zamanı yaklaşık olarak 100 saat, Tip 7'de 10 saattir (Bengi ve ark 2014).



Şekil 1.3. Bristol dışkı skalası (Bengi ve ark 2014).

- Fizik muayene; kronik konstipasyonda tanısında karın muayenesi ve rektal tuşe yol gösterici olmaktadır. Karında kitle, hepatomegali, ele kalın barsak gelmesi tanı koymada yol gösterici olabilmektedir. Tantiphlachiva ve ark (2010)

yaptıkları bir çalışmada rektal tuşe ile dissinerjik dışkılama tanıma duyarlılığını % 75, özgüllüğünü % 87 olarak belirlemişlerdir.

- Laboratuvar bulguları
- Endoskopi
- Direk ve baryumlu grafiler
- Kolon geçiş çalışmaları
- Radyoopak işaretli çalışmalar; Kablosuz motilite kapsülü, defekografi
- Motilite çalışamaları; anorektal manometri, kolonik monometri, balonun defekasyon testi
- Diğer testler; rektal barostat testi (Bengi ve ark 2014).

1.7.Fonksiyonel Konstipasyon Tedavisi

Hastalar değerlendirilirken özgeçmiş sorgulanmalı ve konstipasyonun akut mu kronik mi olduğu saptanmalıdır (Korkmaz ve ark 2011). Konstipasyon tedavisi ile ilgili oluşturulan bir klavuz bulunmamaktadır. Tedavi öncelikle altta yatan patolojik problemi çözmeye yönelik olmalıdır (Bengi ve ark 2014).

1.7.1.Hasta eğitimi

Hastaların konstipasyon konusunda eğitilmesi, konstipasyona neden olabilecek ilaçlardan kaçınılması ve alaturka tuvalet kullanılması önerilmektedir (Kaya ve Kaçmaz 2016). Sıvı alımı, düzenli fiziksel aktivite hasta eğitiminde oldukça önemlidir. Hastaları özellikle defekasyon hissinin kolon aktivitesinin en yüksek olduğu saatlerde olacağı ve bu saatlerin de sabah kahvaltıdan 2 saat kadar sonra olduğu konusunda bilgilendirmek gerekmektedir (Brandt ve ark 2005, Cash ve ark 2007).

1.7.2.Beslenme değişiklikleri

Alarm semptom olmayan hastalarda diyete posa eklenerek tedaviye başlanmalıdır (Kaya ve Kaçmaz 2016). Yüksek oranlarda posa alımının şişkinlik, distansiyon, gaz gibi yan etkileri olabileceği konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Günlük önerilen posa miktarı 20-35 gramdır. Yüksek posalı beslenme sonrasında su alımı da önerilmektedir (Bengi ve ark 2014).

1.7.3.Farmakolojik tedavi

Yaşam tarzı değişiklikleri genellikle tedavide yetersiz kalmakta olup bu durum laksatiflerin kullanımını gerektirmektedir. Laksatifler defekasyonu uyarmakta ve dışkı kıvamını düzenleyerek kolon geçişini sağlamaktadır. Laksatifler; kitle oluşturanlar, ozmotik, stimülan ve dışkı yumuşatanlar olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır (Korkut ve Özden 2017).

Konstipasyonun farmakolojik tedavisinde klor kanal aktivitörleri (Lupibroston), 5-HT4 reseptör agonistleri (Tegaserod, Prukaloprid), Guanilat Siklaz-C Reseptör Agonistleri (Linaklotid), Misoprostol, Kolşisin ve Opioid Antagonistler de kullanılmaktadır (Bengi 2012). 5-HT4 reseptör agonisti olan ve 2007 yılında kardiyovasküler problemlere yol açtığı için piyasadan çekilen tegaserod ile ilgili çalışmalar devam etmektedir (Loughlin ve ark 2010).

1.7.4.Davranışsal yaklaşımlar

Biyofeedback; defekasyon bozukluklarında, pelvik taban ve eksternal anal sfinkter kaslarının kontraksiyonları yetersiz ise biyofeedback tedavi yöntemi kullanılarak düzeltilebilir (Yurdakul 2007). Biyofeedback duysal, görsel ve sözlü uyaranlar aracılığı ile nöromüsküler şartlama şeklidir. Rektum içerisine yerleştirilen cihazlar yardımıyla defekasyon gayreti ve ıkınma esnasındaki değerleri hasta görür ve ıkınma esnasındaki yanlış ya da yetersiz kasılmalarını ekrandan takip edebilir. Bu tedavi yöntemindeki amaç hastanın başlangıçta alet yardımıyla yaptığı kontrolü geri bildirim olmadan da yapabilir duruma gelmesidir (Bengi ve ark 2014).

1.7.5.Fitiller

Gliserin ve bisadokil içeren fitiller genellikle kullanılmaktadır. Özellikle de fekal tıkaç probleminde etkilidirler (Bengi ve ark 2014).

1.7.6.Lavmanlar

Fekal tıkaç oluşumunu önlemek için özellikle de yaşlı popülasyonda tercih edilmektedir. Fosfatlı lavmanlar kullanıldığında elektrolit dengesizliği, sabun bazlı lavmanlar kullanıldığında da rektal mukoza hasarı oluşabilmektedir (Bengi ve ark 2014).

1.7.7.Tıkaç temizleme

Fekal tıkaç sorunu olan hastalarda;

- El yardımıyla tıkaçlar çıkarılabilir. Tıkaçların çıkarılmasından sonra mineral yağlı bir lavmanla feçes yumuşatılarak rektumun kayganlaşması sağlanır.
- El yardımıyla tıkaç temizlenemezse suda eriyen kontrastlı lavman floroskop ile uygulanarak bir tıkanıklık varsa tespit edilebilir.
- Bu yöntemle de tıkaç temizlenemezse lokal anestezi uygulanarak anal kanal ile pelvik taban kasları karın masajının da yardımıyla rahatlatılarak tıkaçlar çıkarılabilir.
- Tüm bu yöntemlere rağmen tıkaç temizlenemezse bu durum cerrahi müdahale gerektirebilir.

Fekal tıkaç temizliğinden sonra üç gün boyunca lavman ve boşaltıcı solüsyonlar içirilerek kolon temizliği tamamlanır (Bengi ve ark 2014).

1.7.8.Elektriksel stimülasyon

Elektriksel stimülasyon klinikte ağrı kontrolü, mesane over aktivitesi ve kronik konstipasyonda tercih edilebilen tedavi yöntemidir (Clarke ve ark 2009). Yapılan bir çalışmada yavaş geçişli konstipasyonu olan 32 çocuk tedavi ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba bölünmüştür. Tedavi grubundaki çocukların evinde 3-6 ay boyunca günde bir saat olacak şekilde transkutenal elektrik stimulasyonu (TENS) uygulanmış ve tedavi sonucunda defekasyon sıklığının arttığı, abdominal ağrının azaldığı saptanmıştır (Yik ve ark 2012).

1.7.9.Cerrahi tedavi

Yavaş geçişli konstipasyonun şiddetli derecede görüldüğü hastalarda subtotal/total kolektominin birçok hastada başarılı olduğu bilinmektedir (Yurdakul 2007). Cerrahi tedavi uygulanacak hasta grubu dikkatle seçilmelidir. Hastanın ciddi kronik konstipasyonu olmalı ve tedaviye yanıtsız olmalı,hastada baskın semptom karın ağrısı olmalı, psödoobtrüksiyon ve pelvik taban disfonksiyonu olmamalıdır (Bengi ve ark 2014).

1.8.Fonksiyonel Konstipasyonun Komplikasyonları

- Fekal tıkaç; dışkının barsakta uzun süre beklemesi tıkaç oluşumuna neden olur ve barsak tıkanıklığı gelişirse cerrahi müdahale gerekebilir (Narayanaswarny ve Walsh 2007).
- Anal fissür; sert dışkı nedeniyle rektal bölgede mukozal yırtık oluşabilmektedir (Chong ve Bartolo 2008).
- Fekal inkontinans; kronik konstipasyonu olanlarda fekal inkontinans gelişme riski yaklaşık 2 kat fazladır. Bu durum ülser, hemoraji ve anemiye neden olabilmektedir (Bengi ve ark 2014).
- Hemoroid; uzun süre ıkunma ve karın içi basıncının artması hemoroid gelişimine denen olabilmektedir (Chong ve Bartolo 2008).
- Organ prolapsusları; kronik konstipasyon pelvik organ prolapsusları için risk faktörleri arasındadır (Jeon ve ark 2008).
- Barsak delinmesi; tıkaçların kalın barsak duvarına baskı yapmaları sonucu delinme görülebilir ve delinmeye bağlı peritonit oluşabilir (Bengi ve ark 2014).

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, kadınlarda fonksiyonel konstipasyon sıklığının belirlenmesi ve konstipasyon ile yaşam tarzı faktörlerinin ve sosyodemografik faktörlerin ilişkisinin incelenmesi amaçlayan, kesitsel bir çalışmadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya il merkezinde bulunan Konya Numune Hastanesi kadın personelleri ile yapılmıştır. Konya numune hastanesi 611 yataklı olup toplam 1864 personeli bulunmaktadır. Konya Numune Hastanesi'nde 893 erkek, 928 kadın personel hizmet vermektedir. Aktif hizmet veren 197 uzman tabip, 27 tabip, 709 sağlık personeli, 54 genel idare hizmetleri sınıfı, 16 teknik hizmet personeli, 38 yardımcı hizmetler personeli, 15 yönetim personeli, 527 hizmet alım personeli bulunmaktadır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Konya Numune Hastanesi personelinden 18-65 yaş aralığında ve düzenli ilaç kullanmayan kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Örneklem, % 95 güven düzeyi, % 5 sapma ve %70 güç ile 109 kişi olarak belirlenmiştir.

2.4.Veri Toplama Araçları

2.4.1.Anket formu

Anket formu literatür taranarak ve araştırmanın amacına yönelik veri elde edilecek şekilde hazırlanmıştır (Bengi 2012, Arslan 2015, Ateş 2015). Anket formu kişisel bilgiler, beslenme durumu, fiziksel aktivite düzeyi, dışkılama alışkanlığı, antropometrik ölçümler ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği olmak üzere 6 bölümden oluşmaktadır. Kişisel bilgiler 5 adet, beslenme durumu 8 adet, fiziksel aktivite düzeyi 2 adet, dışkılama alışkanlığı 8 adet sorudan oluşmaktadır. Antropometrik ölçümler olarak vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçülerek beden kütle indeksi hesaplanacaktır. Fonksiyonel konstipasyon tanımlamasında Roma III kriterleri kullanılmıştır.

2.4.2.Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği Walker ve ark tarafından (1987) geliştirilmiştir. Kullanım alanına bakıldığında; adolesan anneler (Black ve Ford-Gilboe 2004), öğrenciler (Carlson 2000, Choi Hui 2002), işçiler (Bagwell 1999; Beşer ve ark 2007) , kronik hastalıklarda yaşam kalitesi (Salyer ve ark 2001; Satio ve ark 2004) gibi oldukça çeşitli çalışmalarda kullanıldığı görülmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ilk versiyonu 48 soru ve altı alt faktörden oluşmaktadır (Walker ve ark 1987). Ölçeğin Cronbach Alpha değeri .92'dir. 1996 yılında revize edilmiş ve soru sayısı 52 olmuştur. (Walker ve ark 1996). Veriler 18-92 yaş arasındaki 712 kişiden elde edilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri .94'tür. Alt ölçekler;

1. Sağlık sorumluluğu ; 3,9,15,21,27,33,39,45 ve 51. sorular
2. Fiziksel aktivite ;4,10,16,22,28,34,40 ve 46. sorular
3. Beslenme; 2,8,14,20,26,32,38,44 ve 50. sorular
4. Manevi gelişim; 6,12,18,24,30,36,42,48 ve 52. sorular
5. Kişilerarası ilişkiler;1,7,13,19,25,31,37,43 ve 49. sorular
6. Stres yönetimi; 5,11,17,23,29,35,41 ve 47. sorular

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3) ve düzenli olarak (4) şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışının olumlu olarak arttığı anlaşılmaktadır.

2.5. Verilerin Toplanması

Veriler toplanırken kullanılacak anket formu 10 kadın personel ile denenerek geri bildirimleri sonucu anket revize edilmiştir. Anket formu kadın personellere yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

2.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler; yaş, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi gibi sosyo-demografik özellikler, günlük öğün sayısı, günlük alınan sıvı miktarı, haftalık

kurubaklagil tüketme gibi beslenme alışkanlıkları, büyük abdest için hangi tür tuvalet kullanıldığı gibi dışkılama özelliklerini oluşturmaktadır.

Bağımlı değişkenler ise Roma III tanı kriterleri ile belirlenen konstipasyon sıklığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınan puandır.

2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen veriler genel populasyonu temsil etmemekte sadece araştırma evrenine genellenebilmektedir.

2.8. Araştırmanın Soruları

- Sağlık personeli kadınlarda konstipasyon sıklığı nedir?
- Konstipasyon ve düzenli fiziksel aktivite arasında ilişki var mıdır?
- Konstipasyon ve posa ve sıvı alımı arasında ilişki var mıdır?
- Konstipasyon ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt ölçekleri arasında ilişki var mıdır?
- Konstipasyon ile kullanılan tuvalet türü arasında ilişki var mıdır?
- Beden kütle indeksi ile konstipasyon görülme sıklığı ilişkili midir?
- Sosyodemografik özellikler ile obezite arasında ilişki var mıdır?
- Sosyodemografik özellikler ile konstipasyon arasında ilişki var mıdır?

2.9. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 26.0 programına girilmiştir. Nitel değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak, nicel değişkenler ise normal dağılım gösterenler ortalama (x) ve standart sapma (sd); normal dağılım göstermeyenler medyan, birinci çeyreklik (Q_1) ve üçüncü çeyreklik (Q_3) olarak ifade edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov smirnov testi ve Skewness – Kurtosis değerleri ile değerlendirilmiştir. Değişken homojenitesinin belirlenmesinde Levene testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uyan veriler iki grup için bağımsız iki grup t testi, ikiden fazla grup için tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Farklılığın anlamlı çıkması halinde farklılığı oluşturan grup Tukey testi ile belirlenmiştir. Normal dağılıma uymayan veriler iki grup için Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup için Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Farklılığın anlamlı çıkması durumunda

farklılığı oluşturan Bon Ferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi ile belirlenmiştir. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde Pearson ki kare testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arası ilişkinin saptanmasında normal dağılıma uyan veriler için Pearson korelasyon testi, normal dağılıma uymayan veriler için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel açıdan fark olan gruplar harflendirilmiştir. Farklı harfler arasında istatistiksel ilişki var, aynı harfler arasında istatistiksel ilişki yoktur.

3.BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular dört başlık altında incelenmiştir.

- Katılımcılara ait tanımlayıcı bulgular
- Katılımcıların dışkılama özellikleri ile ilişkili faktörler
- Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile ilişkili faktörler
- Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt ölçek puanları ile ilişkili faktörler

3.1. Katılımcılara ait tanımlayıcı bulgular

Katılımcılarda, ROMA III kriterlerine göre 109 kişiden 3 kişide (%2,75) fonksiyonel konstipasyon tespit edilmiştir.

Katılımcıların %44,04'ü 29-39 yaş aralığındadır ve %66,98'i üniversite mezunudur. Araştırmaya katılan personellerin %42,20'si hemşiredir. %71,56'sı ise gelirinin giderine eşit olduğunu bildirmiştir (Tablo 3.1.1).

Tablo 3.1.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.

Sosyodemografik özellikler	**Sayı**	**%**
Yaş		
18-28	28	%25,69
29-39	48	%44,04
40-50	25	%22,94
51-62	8	%7,33
Eğitim düzeyi		
İlkokul Mezunu	2	%1,83
Ortaokul Mezunu	3	%2,75
Lise Mezunu	23	%21,10
Yüksekokul / Üniversite Mezunu	73	%66,98
Yüksek Lisans Mezunu	8	%7,34
Meslek		
Doktor	5	%4,59
Lisansiyer	7	%6,42
Hemşire	46	%42,20
Sağlık Memuru	8	%7,34
Hizmet Alım Personeli	27	%24,77
Diğer*	16	%14,68
Gelir düzeyi		
Gelirim Giderimden Az	15	%13,76
Gelirim Giderime Eşit	78	%71,56
Gelirim Giderimden Fazla	16	%14,68
Toplam	**109**	**100**

*Diğer: Kreş öğretmeni, Eczacı, ATT, Laboratuvar teknisyeni, Paramedik, Röntgen teknisyeni, Ebe, Tıbbi teknolog

Tablo 3.1.2. Katılımcıların beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı.

Beslenme alışkanlığı	**Sayı**	**%**
Ana öğün sayısı		
1 Kez	1	%0,92
2 Kez	17	%15,60
3 Kez	91	%83,48
Ara öğün sayısı		
Hiç tüketmiyor	54	%49,54
1 Kez	25	%22,94
2 Kez	21	%19,26
3 Kez ve üzeri	9	%8,26
Öğün atlama durumu		
Evet	71	%65,14
Hayır	38	%34,86
En sık atlanan öğün		
Sabah	23	%32,39
Öğle	23	%32,39
Akşam	10	%14,09
Ara Öğünler	15	%21,13
Öğün atlama nedeni		
İştahsızlık	6	%8,45
Vaktim Yok	11	%15,49
İş Yoğunluğu	24	%33,80
Alışkanlığım Yok	12	%16,90
Zayıflamak İçin	7	%9,87
Diğer Nedenler*	11	%15,49
Günlük su tüketme miktarı		
1-7 Bardak	75	%68,81
8 Bardak ve üzeri	34	%31,19
Günlük çay/kahve tüketim miktarı		
Hiç tüketmiyor	5	%4,59
1-3 Bardak	38	%34,86
4 Bardak ve üzeri	66	%60,55
Günlük meyve suyu, kola vb. içecek tüketim miktarı		
Hiç tüketmiyor	67	%61,47
1-3 Bardak	40	%36,70
4 Bardak ve üzeri	2	%1,83
Haftalık kurubaklagil tüketimi		
Hiç tüketmiyor	2	%1,83
1 Porsiyon	95	%87,16
2 Porsiyon ve üzeri	12	%11,01

Tablo 3.1.2. (Devam) Katılımcıların beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı.

Günlük meyve tüketimi		
Hiç tüketmiyor	13	%11,93
1-2 Porsiyon	81	%74,31
3 Porsiyon ve üzeri	15	%13,76
Meyve tüketim tercihi		
Tüm meyve (Kabuklu)	88	%80,73
Tüm meyve (Kabuksuz)	19	%17,43
Meyve Suyu Şeklinde	2	%1,84
Toplam	**109**	**100**

*Diğer nedenler: Hastane yemeğinin beğenilmemesi, Öğün yapmaya gerek duyulmaması

Katılımcıların beslenme alışkanlıkları incelendiğinde %65,14'ünün öğün atladığı, 8 bardak ve üzeri su içen katılımcıların oranının sadece %31,19 olduğu, haftada en az 2 porsiyon kurubaklagil tüketen katılımcıların oranının da %11,01 olduğu saptanmıştır (Tablo 3.1.2). Düzenli fiziksel aktivite (haftada en az 3 kez en az 30 dakika yürüyüş, yüzme vb. aktivite) yapan katılımcıların oranı %15,60'tır (Tablo 3.1.3).

Tablo 3.1.3. Katılımcıların fiziksel aktivite alışkanlıklarına göre dağılımı.

	Sayı	**%**
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu		
Evet	17	%15,60
Hayır	92	%84,40
Toplam	**109**	**100**

Tablo 3.1.4. Katılımcıların dışkılama alışkanlıklarına göre dağılımı.

	Sayı	**%**
Tuvalet türü		
Alaturka tuvalet	67	%61,47
Alafranga tuvalet	42	%38,53
Büyük abdest yaparken ıkınma		
Hiçbir zaman	31	%28,44
Bazen	72	%66,06
Sürekli	6	%5,50
Topak topak veya sert büyük abdest yapma		
Hiçbir zaman	33	%30,28
Bazen	70	%64,22
Sürekli	6	%5,50
Tam boşalamama hissi		
Hiçbir zaman	37	%33,94
Bazen	61	%55,97
Sürekli	11	%10,09

Tablo 3.1.4.(Devam) Katılımcıların dışkılama alışkanlıklarına göre dağılımı.

Makatta tıkanıklık hissi		
Hiçbir zaman	61	%55,96
Bazen	46	%42,20
Sürekli	2	%1,84
Büyük abdest yapmak için elle müdahale yapma		
Hiçbir zaman	80	%73,39
Bazen	27	%24,77
Sürekli	1	%0,92
Haftalık dışkılama sayısı		
1-2 Kez	7	%6,42
3 ve üzeri	102	%93,58
Büyük abdest yapmak için ilaç kullanma durumu		
Evet	3	%2,75
Hayır	106	%97,25
Toplam	**109**	**100**

Katılımcıların %61,47'si alaturka tuvalet kullanmaktadır. Dışkılama özelliklerinde bakıldığında en sık rastlanan sorunların büyük abdest yaparken ıkınma ve topak topak/sert dışkı olduğu görülmektedir (Tablo 3.1.4). Katılımcılar Beden Kütle İndeksi (BKI) değerlerine göre incelendiğinde %27,52'sinin hafif kilolu, %12,84'ünün ise obez olduğu saptanmıştır (Tablo 3.1.5).

Tablo 3.1.5. Katılımcıların BKI değerlerine göre dağılımı.

	Sayı	**%**
<18.5 kg/m^2	4	%3,67
18.5 – 19.9 kg/m^2	12	%11,01
20 – 24.9 kg/m^2	49	%44,96
25 – 30 kg/m^2	30	%27,52
>30 kg/m^2	14	%12,84
Toplam	**109**	**100**

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD) alt ölçeklere göre incelenmiştir. Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları aşağıdaki gibidir.

Tablo 3.1.6. Katılımcıların SYBD ölçeği puan ortalamaları.

SYBD ölçeği alt ölçekler	x ±sd	Cronbach alpha
Sağlık sorumluluğu	19,4±4,3	0,759
Fiziksel aktivite	14,1±4,9	0,862
Beslenme	19,6±4,3	0,716
Manevi gelişim	25,0±4,1	0,759
Kişiler arası ilişkiler	24,6±4,0	0,733
Stres yönetimi	17,1±3,8	0,698
Toplam	119,7±19,9	0,929

x: Ortalama
sd: Standart sapma

3.2. Katılımcıların dışkılama özellikleri ile ilişkili faktörler

Katılımcıların dışkılama özellikleri ile sosyodemografik özellikler, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite yapma durumu, kullanılan tuvalet türü, antropometrik ölçümler ve SYBD alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır.

Sosyodemografik özellikler incelendiğinde, gelir düzeyi ile dışkılama özellikleri arasında ilişki saptanmıştır. Geliri giderinden fazla olan katılımcılarda, ıkınma problemini bazen yaşama oranı geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olanlardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Topak topak/sert dışkı problemini hiçbir zaman yaşamama oranı geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olan katılımcılarda geliri giderinden fazla olan katılımcılara göre anlamlı olarak düşüktür (Tablo 3.2.2).

Dışkılama özelikleri ile yaş, eğitim düzeyi ve meslek arasında ilişki bulunamamıştır (Tablo 3.2.1, Tablo 3.2.3, Tablo 3.2.4).

Tablo 3.2.1. Katılımcıların yaşları ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

	18-28 yaş n (%)	29-39 yaş n (%)	40-50 yaş n (%)	51-61 yaş n (%)	χ^2	p
Ikınma						
Hiçbir zaman	12 (42,9)	14 (29,2)	3 (12,0)	2 (28,6)		
Bazen	15 (53,6)	30 (62,5)	21 (84,0)	5 (71,4)	7,760	0,256
Sürekli	1 (3,6)	4 (8,3)	1 (4,0)	0 (0)		
Topak topak/sert dışkı						
Hiçbir zaman	11 (39,3)	15 (31,3)	5 (20,0)	2 (28,6)		
Bazen	14 (50,0)	31 (64,6)	19 (76,0)	5 (71,4)	5,118	0,529
Sürekli	3 (10,7)	2 (4,2)	1 (4,0)	0 (0)		

Tablo 3.2.1.(Devam) Katılımcıların yaşları ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

Tam boşalamama hissi						
Hiçbir zaman	12 (42,9)	20 (41,7)	4 (16,0)	1 (14,3)		
Bazen	15 (53,6)	23 (47,9)	18(72,0)	4 (57,1)	9,974	0,126
Sürekli	1 (3,6)	5 (10,4)	3 (12,0)	2 (28,6)		
Tıkanıklık hissi						
Hiçbir zaman	17 (60,7)	28 (58,3)	11 (44,0)	4 (57,1)		
Bazen	11 (39,3)	19 (39,6)	13 (52,0)	3 (42,9)	2,783	0,836
Sürekli	0 (0)	1 (2,1)	1 (4,0)	0 (0)		
Elle müdahale						
Hiçbir zaman	25 (89,3)	34 (70,8)	16 (64,0)	5 (71,4)		
Bazen	3 (10,7)	14 (29,2)	8 (32,0)	2 (28,6)	7,757	0,256
Sürekli	0 (0)	0 (0)	1 (4,0)	0 (0)		
Haftalık dışkılama sayısı	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**KW**	**p**
Dışkılama sayısı	7 (5-8)	6,50 (4-7)	6 (3,50-7)	7 (7-7)	5,770	0,123

Tablo 3.2.2. Katılımcıların gelir düzeyi ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

	Gelirim giderimden az n (%)	**Gelirim giderime eşit n (%)**	**Gelirim giderimden fazla n (%)**	**χ^2**	**p**
Ikınma					
Hiçbir zaman	1 (6,7) a	20 (25,6) b	10 (62,5) b		
Bazen	13(86,7) b	53 (67,9) b	6 (37,5) a	13,258	**0,013**
Sürekli	1 (6,7) a,b	5 (6,4) b	0 (0) a,b		
Topak topak/ sert dışkı					
Hiçbir zaman	3 (20,0) a	21 (26,9) a	9 (56,3) b		
Bazen	12 (80,0) a	53 (67,9) a	5 (31,3) a	10,105	**0,037**
Sürekli	0 (0) a	4 (5,1) a	2 (12,5) b		
Tam boşalamama hissi					
Hiçbir zaman	4 (26,7)	25 (32,1)	8 (50,0)		
Bazen	10 (66,7)	44 (56,4)	7 (43,8)	2,838	0,585
Sürekli	1 (6,7)	9 (11,5)	1 (6,3)		
Tıkanıklık hissi					
Hiçbir zaman	6 (40,0)	41 (52,6)	14 (87,5)		
Bazen	8 (53,3)	23 (46,2)	2 (12,5)	10,093	0,055
Sürekli	1 (6,7)	1 (1,3)	0 (0)		
Elle müdahale					
Hiçbir zaman	9 (60,0)	56 (71,8)	16 (100)		
Bazen	6 (40,0)	21 (26,9)	0 (0)	7,812	0,099
Sürekli	0 (0)	1 (1,3)	0 (0)		

Tablo 3.2.2. (Devam) Katılımcıların gelir düzeyi ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

Haftalık dışkılama sayısı	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**KW**	**p**
Dışkılama sayısı	7 (4-7)	7 (4-7)	7 (5-8)	0,763	0,683

Tablo 3.2.3. Katılımcıların eğitim düzeyi ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

	İlkokul n (%)	**Ortaokul n (%)**	**Lise n (%)**	**Yüksekoku Üniversite n (%)**	**Yüksek Lisans n (%)**	**χ^2**	**p**
Ikınma							
Hiçbir zaman	0 (0)	1 (33,3)	6 (26,1)	23 (31,5)	1 (12,5)		
Bazen	2 (100)	2 (66,7)	15 (65,2)	47 (64,4)	6 (75,0)	3,74	0,879
Sürekli	0 (0)	0 (0)	2 (8,7)	3 (4,1)	1 (12,5)		
Topak topak/sert dışkı							
Hiçbir zaman	0 (0)	1 (33,3)	7 (30,4)	22 (30,1)	3 (37,5)		
Bazen	2 (100)	1 (33,3)	15 (65,2)	47 (64,4)	5 (62,5)	6,43	0,599
Sürekli	0 (0)	1 (33,3)	1 (4,3)	4 (5,5)	0 (0)		
Tam boşalamama hissi							
Hiçbir zaman	1 (50,0)	1 (33,3)	8 (34,8)	24 (32,9)	3 (37,5)		
Bazen	1 (50,0)	2 (66,7)	12 (52,2)	43 (58,9)	3 (37,5)	3,66	0,886
Sürekli	0 (0)	0 (0)	3 (13,0)	6 (8,2)	2 (25,0)		
Tıkanıklık hissi							
Hiçbir zaman	1 (50,0)	2 (66,7)	12 (52,2)	44 (60,3)	2 (25,0)		
Bazen	1 (50,0)	1 (33,3)	11 (47,8)	28 (38,4)	5 (62,5)	8,59	0,377
Sürekli	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	1 (12,5)		
Elle müdahal							
Hiçbir zaman	2 (100)	2 (66,7)	19 (82,6)	52 (71,2)	6 (75,0)		
Bazen	0 (0)	1 (33,3)	4 (17,4)	20 (27,4)	2 (25,0)	2,29	0,971
Sürekli	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	0 (0)		
Haftalık dışkılama sayısı	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**KW**	**p**
Dışkılama sayısı	6,50 (4-9)	4 (3-7)	7 (3-7)	7 (5-7)	6(3,25-7)	2,84	0,584

Tablo 3.2.4. Katılımcıların meslekleri ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

	Doktor n (%)	**Lisansiyer n (%)**	**Hemşire n (%)**	**Sağlık Memuru n (%)**	**Hizmet Personeli n (%)**	**Alı**	**Diğer n (%)**	**χ^2**	**p**
Ikınma									
Hiçbir zaman	2 (40,0)	1 (14,3)	11 (23,9)	6 (75,0)	4 (14,8)		7 (43,8)		
Bazen	3 (60,0)	6 (85,7)	32 (69,6)	2 (25,0)	21 (77,8)		8 (50,0)	15,370	0,119
Sürekli	0 (0)	0 (0)	3 (6,5)	0 (0)	2 (7,4)		1 (6,3)		
Topak topak/sert dışkı									
Hiçbir zaman	1 (20,0)	2 (28,6)	15 (32,6)	4 (50,0)	7 (25,9)		4 (25,0)		
Bazen	4 (80,0)	4 (57,1)	28 (60,9)	4 (50,0)	19 (70,4)		11 (68,8)	4,356	0,930
Sürekli	0 (0)	1 (14,3)	3 (6,5)	0 (0)	1 (3,7)		1 (6,3)		
Tam boşalamama hissi									
Hiçbir zaman	1 (20,0)	2 (28,6)	14 (30,4)	6 (75,0)	9 (33,3)		5 (31,3)		
Bazen	3 (60,0)	5 (71,4)	25 (54,3)	1 (12,5)	17 (63,0)		10 (62,5)	11,679	0,307
Sürekli	1 (20,0)	0 (0)	7 (15,2)	1 (12,5)	1 (3,7)		1 (6,3)		
Tıkanıklık hissi									
Hiçbir zaman	3 (60,0)	3 (42,9)	22 (47,8)	6 (75,0)	17 (63,0)		10 (62,5)		
Bazen	2 (40,0)	4 (57,1)	22 (47,8)	1 (12,5)	10 (37,0)		6 (37,5)	5,926	0,821
Sürekli	0 (0)	0 (0)	2 (4,3)	1 (12,5)	0 (0)		0 (0)		
Elle müdahale									
Hiçbir zaman	4 (80,0)	6 (85,7)	35 (76,1)	6 (75,0)	21 (77,8)		9 (56,3)		
Bazen	1 (20,0)	1 (14,3)	11 (23,9)	2 (25,0)	6 (22,2)		6 (37,5)	8,211	0,608
Sürekli	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		1 (6,3)		
Haftalık dışkılama sayısı	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**		**Medyan (Q_1-Q_3)**	**KW**	**p**
Dışkılama sayısı	7 (6,50-7)	5 (5-7)	7 (5-7,25)	5,50 (3,25-7)	6 (4-7)		6,50 (4-7)	4,969	0,420

Beslenme alışkanlıkları ile dışkılama özellikleri incelendiğinde, hem günde 1-2 kez hem de 3 kez ve üzeri ana öğün tüketenlerde hiçbir zaman elle müdahalede bulunmayanların oranı bazen ve sürekli müdahalede bulunanlardan anlamlı olarak yüksektir (Tablo 3.2.6). Günlük 1-2 kez ara öğün yapan katılımcılarda hiç ara öğün yapmayan ile 3 kez ve üzeri ara öğün yapan katılımcılara göre tıkanıklık hissi yaşamama oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 3.2.7).

Günlük su tüketim miktarı ile tıkanıklık hissi yaşama arasında ilişki saptanmıştır. Günlük 8 bardak ve üzeri su tüketen katılımcılarda hiçbir zaman tıkanıklık hissi yaşamama oranı bazen tıkanıklık hissi yaşayan katılımcılardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 3.2.8).

Meyve tüketimi ile dışkılama özellikleri incelendiğinde, hem günde 1-2 porsiyon hem de günde 3 porsiyon ve üzeri meyve tüketen katılımcıların tıkanıklık hissini bazen yaşama oranı sürekli yaşayanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Dışkılama sayısı ile meyve tüketimi arasında ilişki saptanmıştır. Farklılığı oluşturan Bon Ferroni düzeltmeli Mann-Whitney U ile tespit edilmiştir. Hiç meyve tüketmeyen katılımcıların haftalık dışkılama sayısı, 1-2 porsiyon ile 3 porsiyon ve üzeri meyve tüketen katılımcılara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Tablo 3.2.12).

Tablo 3.2.5. Katılımcıların öğün atlama durumu ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

	Öğün Atlama Durumu (Evet) n (%)	**Öğün Atlama Durumu (Hayır) n (%)**	**χ^2**	**p**
Ikınma				
Hiçbir zaman	18 (25,4)	13 (34,2)		
Bazen	48 (67,6)	24 (63,2)	1,632	0,442
Sürekli	5 (7,0)	1 (2,6)		
Topak topak/sert dışkı				
Hiçbir zaman	21 (29,6)	12 (31,6)		
Bazen	47 (66,2)	23 (60,5)	0,762	0,683
Sürekli	3 (4,2)	3 (7,9)		
Tam boşalamama hissi				
Hiçbir zaman	22 (31,0)	15 (39,5)		
Bazen	40 (56,3)	21 (55,3)	1,878	0,391
Sürekli	9 (12,7)	2 (5,3)		

Tablo 3.2.5. (Devam) Katılımcıların öğün atlama durumu ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

Hiçbir zaman	38 (53,5)	23 (60,5)		
Bazen	31 (43,7)	15 (39,5)	1,390	0,499
Sürekli	2 (2,8)	0 (0)		
Elle müdahale				
Hiçbir zaman	53 (74,6)	28 (73,7)		
Bazen	17 (23,9)	10 (26,3)	0,595	0,743
Sürekli	1 (1,4)	0 (0)		
Haftalık dışkılama sayısı	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**KW**	**p**
Dışkılama sayısı	7 (4-7)	7 (5-7)	1,068	0,301

Tablo 3.2.6. Katılımcıların ana öğün sayısı ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

	1-2 Kez n (%)	**3 kez ve üzeri n (%)**	**χ^2**	**p**
Ikınma				
Hiçbir zaman	5 (27,8)	26 (28,6)		
Bazen	11 (61,1)	61 (67,0)	1,314	0,518
Sürekli	2 (11,1)	4 (4,4)		
Topak topak/sert dışkı				
Hiçbir zaman	4 (22,2)	29 (31,9)		
Bazen	13 (72,2)	57 (62,6)	0,677	0,713
Sürekli	1 (5,6)	5 (5,5)		
Tam boşalamama hissi				
Hiçbir zaman	4 (22,2)	33 (36,3)		
Bazen	13 (72,2)	48 (52,7)	2,331	0,312
Sürekli	1 (5,6)	10 (11,0)		
Tıkanıklık hissi				
Hiçbir zaman	11 (61,1)	50 (54,9)		
Bazen	7 (38,9)	39 (42,9)	0,554	0,758
Sürekli	0 (0)	2 (2,2)		
Elle müdahale				
Hiçbir zaman	16 (88,9) a	65 (71,4) a		
Bazen	1 (5,6) b	26 (28,6) b	8,886	**0,012**
Sürekli	1 (5,6) c	0 (0) c		
Haftalık dışkılama sayısı	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**KW**	**p**
Dışkılama sayısı	6,50 (4-7)	7 (5-7)	0,661	0,416

Tablo 3.2.7. Katılımcıların ara öğün sayısı ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

	Hiç tüketmiyor n (%)	**1-2 kez n (%)**	**3 kez ve üzeri n (%)**	**χ^2**	**p**
Ikınma					
Hiçbir zaman	11 (20,4)	16 (34,8)	11 (20,4)		
Bazen	38 (70,4)	29 (63,0)	38 (70,4)	5,869	0,209
Sürekli	5 (9,3)	1 (2,2)	5 (9,3)		
Topak topak/sert dışkı					
Hiçbir zaman	17 (31,5)	15 (32,6)	1 (11,1)		
Bazen	34 (63,0)	29 (63,0)	7 (77,8)	2,107	0,716
Sürekli	3 (5,6)	2 (4,3)	1 (11,1)		
Tam boşalamama hissi					
Hiçbir zaman	16 (29,6)	19 (41,3)	2 (22,2)		
Bazen	32 (59,3)	22 (47,8)	7 (77,8)	3,800	0,434
Sürekli	6 (11,1)	5 (10,9)	0 (0)		
Tıkanıklık hissi					
Hiçbir zaman	25 (46,3) a	33 (71,7) b	3 (33,3) a		
Bazen	27 (50,0) a	13 (28,3) a	6 (66,7) a	9,981	**0,030**
Sürekli	2 (3,7) a	0 (0) a,b	0 (0) a		
Elle müdahale					
Hiçbir zaman	39 (72,2)	34 (73,9)	8 (88,9)		
Bazen	14 (25,9)	12 (26,1)	1 (11,1)	2,048	0,727
Sürekli	1 (1,9)	0 (0)	0 (0)		
Haftalık dışkılama sayısı	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**KW**	**p**
Dışkılama sayısı	6 (4-7)	7 (5-7)	7 (6-8,50)	4,035	0,133

Tablo 3.2.8. Katılımcıların günlük su tüketme miktarı ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

	1-7 bardak n (%)	**8 bardak ve üzeri n (%)**	**χ^2**	**p**
Ikınma				
Hiçbir zaman	17 (22,7)	14 (41,2)		
Bazen	53 (70,7)	19 (55,9)	4,182	0,124
Sürekli	5 (6,7)	1 (2,9)		
Topak topak/sert dışkı				
Hiçbir zaman	19 (25,3)	14 (41,2)		
Bazen	50 (66,7)	20 (58,8)	4,884	0,087
Sürekli	6 (8,0)	0 (0)		
Tam boşalamama hissi				
Hiçbir zaman	22 (29,3)	15 (44,1)		
Bazen	47 (62,7)	14 (41,2)	4,479	0,106
Sürekli	6 (8,0)	5 (14,7)		
Tıkanıklık hissi				
Hiçbir zaman	36 (48,0) a	25 (73,5) a		
Bazen	38 (50,7) b	8 (23,5) b	7,137	**0,018**
Sürekli	1 (1,3) a,b	1 (2,9) a,b		
Elle müdahale				
Hiçbir zaman	53 (70,7)	28 (82,4)		
Bazen	21 (28,0)	6 (17,6)	1,896	0,388
Sürekli	1 (1,3)	0 (0)		
Haftalık dışkılama sayısı	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**KW**	**p**
Dışkılama sayısı	7 (4-7)	7 (5-8)	3,057	0,080

Tablo 3.2.9. Katılımcıların günlük çay/kahve tüketim miktarı ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

	Hiç tüketmiyor n (%)	**1-3 bardak n (%)**	**4 bardak ve üzeri n (%)**	**χ^2**	**p**
Ikınma					
Hiçbir zaman	3 (60,0)	10 (26,3)	18 (27,3)		
Bazen	2 (40,0)	26 (68,4)	44 (66,7)	2,709	0,608
Sürekli	0 (0)	2 (5,3)	4 (6,1)		
Topak topak/sert dışkı					
Hiçbir zaman	2 (40,0)	11 (28,9)	20 (30,3)		
Bazen	3 (60,0)	25 (65,8)	42 (63,6)	0,527	0,971
Sürekli	0 (0)	2 (5,3)	4 (6,1)		
Tam boşalamama hissi					
Hiçbir zaman	2 (40,0)	12 (31,6)	23 (34,8)		
Bazen	3 (60,0)	24 (63,2)	34 (51,5)	2,936	0,569
Sürekli	0 (0)	2 (5,3)	9 (13,6)		
Tıkanıklık hissi					
Hiçbir zaman	4 (80,0)	21 (55,3)	36 (54,5)		
Bazen	1 (20,0)	17 (44,7)	28 (42,4)	2,489	0,647
Sürekli	0 (0)	0 (0)	2 (3,0)		
Elle müdahale					
Hiçbir zaman	3 (60,0)	31 (81,6)	47 (71,2)		
Bazen	2 (40,0)	6 (15,8)	19 (28,8)	4,497	0,343
Sürekli	0 (0)	1 (2,6)	0 (0)		
Haftalık dışkılama sayısı	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**KW**	**p**
Dışkılama sayısı	7 (4-8)	7 (4-7)	7 (5-7)	1,350	0,509

Tablo 3.2.10. Katılımcıların günlük meyve suyu, kola vb. içecek tüketim miktarı ile dışkılama özelikleri ilişkisi.

	Hiç tüketmiyor n (%)	**1-3 bardak n (%)**	**4 bardak ve üzeri n (%)**	**χ^2**	**p**
Ikınma					
Hiçbir zaman	18 (26,9)	12 (30,0)	1 (50,0)		
Bazen	44 (65,7)	27 (67,5)	1 (50,0)	1,744	0,783
Sürekli	5 (7,5)	1 (2,5)	0 (0)		
Topak topak/sert dışkı					
Hiçbir zaman	17 (25,4)	15 (37,5)	1 (50,0)		
Bazen	46 (68,7)	23 (57,5)	1 (50,0)	2,183	0,702
Sürekli	4 (6,0)	2 (5,0)	0 (0)		
Tam boşalamama hissi					
Hiçbir zaman	22 (32,8)	15 (37,5)	0 (0)		
Bazen	36 (53,7)	23 (57,5)	2 (100,0)	3,592	0,464
Sürekli	9 (13,4)	2 (5,0)	0 (0)		
Tıkanıklık hissi					
Hiçbir zaman	35 (52,2)	25 (62,5)	1 (50,0)		
Bazen	31 (46,3)	14 (35,0)	1 (50,0)	1,443	0,837
Sürekli	1 (1,5)	1 (2,5)	0 (0)		
Elle müdahale					
Hiçbir zaman	46 (68,7)	33 (82,5)	2 (100,0)		
Bazen	20 (29,9)	7 (17,5)	0 (0)	3,501	0,478
Sürekli	1 (1,5)	0 (0)	0 (0)		
Haftalık dışkılama sayısı	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**KW**	**p**
Dışkılama sayısı	7 (4-7)	7 (4-7)	9,50 (5-14)	0,956	0,620

Tablo 3.2.11. Katılımcıların haftalık kurubaklagil tüketimi ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

	Hiç tüketmiyor n (%)	**1 porsiyon n (%)**	**2 porsiyon ve üzeri n (%)**	**χ^2**	**p**
Ikınma					
Hiçbir zaman	0 (0)	15 (23,1)	16 (38,1)		
Bazen	2 (100)	45 (69,2)	25 (59,5)	4,742	0,315
Sürekli	0 (0)	5 (7,7)	1 (2,4)		
Topak topak/sert dışkı					
Hiçbir zaman	0 (0)	17 (26,2)	16 (38,1)		
Bazen	2 (100)	44 (67,7)	24 (57,1)	2,869	0,580
Sürekli	0 (0)	4 (6,2)	2 (4,8)		
Tam boşalamama hissi					
Hiçbir zaman	1 (50,0)	22 (33,8)	15 (35,7)		
Bazen	0 (0)	36 (55,4)	24 (57,1)	4,293	0,368
Sürekli	1 (50,0)	7 (10,8)	3 (7,1)		
Tıkanıklık hissi					
Hiçbir zaman	0 (0)	36 (55,4)	25 (59,5)		
Bazen	2 (100)	28 (43,1)	16 (38,1)	3,117	0,538
Sürekli	0 (0)	1 (1,5)	1 (2,4)		
Elle müdahale					
Hiçbir zaman	0 (0)	48 (73,8)	33 (78,6)		
Bazen	2 (100)	16 (24,6)	9 (21,4)	7,027	0,134
Sürekli	0 (0)	1 (1,5)	0 (0)		
Haftalık dışkılama sayısı	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**KW**	**p**
Dışkılama sayısı	7 (7-7)	6 (4,50-7)	7 (4-7,25)	2,556	0,279

Tablo 3.2.12. Katılımcıların haftalık meyve tüketimi ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

	Hiç tüketmiyor n (%)	**1-2 porsiyon n (%)**	**3 porsiyon ve üzeri n (%)**	**χ^2**	**p**
Ikınma					
Hiçbir zaman	3 (23,1) a	22 (27,2) a,b	6 (40,0) a		
Bazen	7 (53,8) a	57 (70,4) a	8 (53,3) a	10,457	**0,036**
Sürekli	3 (23,1) b	2 (2,5) b	1 (6,7) a		
Topak topak/sert dışkı					
Hiçbir zaman	4 (30,8)	27 (33,3)	2 (13,3)		
Bazen	7 (53,8)	51 (63,0)	12 (80,0)	5,312	0,257
Sürekli	2 (15,4)	3 (3,7)	1 (6,7)		
Tam boşalamama hissi					
Hiçbir zaman	3 (23,1)	27 (33,3)	7 (46,7)		
Bazen	8 (61,5)	46 (56,8)	7 (46,7)	2,029	0,730
Sürekli	2 (15,4)	8 (9,9)	1 (6,7)		
Tıkanıklık hissi					
Hiçbir zaman	7 (53,8)	47 (58,0)	7 (46,7)		
Bazen	6 (46,2)	33 (40,7)	7 (46,7)	2,770	0,597
Sürekli	0 (0)	1 (1,2)	1 (6,7)		
Elle müdahale					
Hiçbir zaman	10 (76,9)	59 (72,8)	12 (80,0)		
Bazen	2 (15,4)	22 (27,2)	3 (20,0)	8,272	0,082
Sürekli	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)		
Haftalık dışkılama sayısı	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**KW**	**p**
Dışkılama sayısı	4 (3-6,50) a	7 (5-7) b	7 (5-8) b	7,700	**0,021**

Tablo 3.2.13. Katılımcıların meyve tüketim tercihi ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

	Kabuklu olarak n (%)	**Kabuksuz olarak n (%)**	**Meyve suyu şeklinde n (%)**	**χ^2**	**p**
Ikınma					
Hiçbir zaman	25 (28,7) a	5 (25,0) a,b	1 (50,0) a,b		
Bazen	60 (69,0) a	12 (60,0) a	0 (0) a	14,050	**0,010**
Sürekli	2 (2,3) b	3 (15,0) b	1 (50,0) b		
Topak topak/sert dışkı					
Hiçbir zaman	27 (31,0) a	5 (25,0) a	1 (50,0) a,b		
Bazen	57 (65,5) a	13 (65,0) a	0 (0) a	10,362	**0,049**
Sürekli	3 (3,4) a	2 (10,0) a	1 (50,0) b		
Tam boşalamama hissi					
Hiçbir zaman	30 (34,5)	6 (30,0)	1 (50,0)		
Bazen	50 (57,5)	10 (50,0)	1 (50,0)	2,934	0,569
Sürekli	7 (8,0)	4 (20,0)	0 (0)		
Tıkanıklık hissi					
Hiçbir zaman	1 (50,0)	9 (45,0)	51 (58,6)		
Bazen	1 (50,0)	11 (55,0)	34 (39,1)	2,064	0,724
Sürekli	0 (0)	0 (0)	2 (2,3)		
Elle müdahale					
Hiçbir zaman	64 (73,6)	16 (80,0)	1 (50,0)		
Bazen	22 (25,3)	4 (20,0)	1 (50,0)	1,213	0,876
Sürekli	1 (1,1)	0 (0)	0 (0)		
Haftalık dışkılama sayısı	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**KW**	**p**
Dışkılama sayısı	5,50 (4-7)	6,50(3,25-7)	7 (5-7)	1,415	0,493

Fiziksel aktivite yapma durumu ve kullanılan tuvalet türü ile dışkılama özellikleri karşılaştırılmış, aralarında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 3.2.14, Tablo 3.2.15)

Tablo 3.2.14. Katılımcıların düzenli fiziksel aktivite yapma durumu dışkılama özellikleri ilişkisi.

	Düzenli Fiziksel Aktivite (Evet)	**Düzenli Fiziksel Aktivite (Hayır)**	**χ^2**	**p**
Ikınma				
Hiçbir zaman	6 (35,3)	25 (27,2)		
Bazen	10 (58,8)	62 (67,4)	0,497	0,780
Sürekli	1 (5,9)	5 (5,4)		
Topak topak/sert dışkı				
Hiçbir zaman	5 (29,4)	28 (30,4)		
Bazen	12 (70,6)	58 (63,0)	1,241	0,538
Sürekli	0 (0)	6 (6,5)		
Tam boşalamama hissi				
Hiçbir zaman	8 (47,1)	29 (31,5)		
Bazen	7 (41,2)	54 (58,7)	1,863	0,394
Sürekli	2 (11,8)	9 (9,8)		
Tıkanıklık hissi				
Hiçbir zaman	11 (64,7)	50 (54,3)		
Bazen	6 (35,3)	40 (43,5)	0,872	0,646
Sürekli	0 (0)	2 (2,2)		
Elle müdahale				
Hiçbir zaman	13 (76,5)	68 (73,9)		
Bazen	4 (23,5)	23 (25,0)	0,210	0,900
Sürekli	0 (0)	1 (1,1)		
Haftalık Dışkılama sayısı	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**z**	**p**
Dışkılama sayısı	7 (3-7)	7 (5-7)	-0,905	0,365

Tablo 3.2.15. Katılımcıların kullandığı tuvalet türü ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

	Alaturka Tuvalet	**Alafranga Tuvalet**	**χ^2**	**p**
Ikınma				
Hiçbir zaman	22 (32,8)	9 (21,4)		
Bazen	42 (62,7)	30 (71,4)	1,813	0,404
Sürekli	3 (4,5)	3 (7,1)		
Topak topak/sert dışkı				
Hiçbir zaman	23 (34,3)	10 (23,8)		
Bazen	40 (59,7)	30 (71,4)	1,565	0,457
Sürekli	4 (6,0)	2 (4,8)		
Tam boşalamama hissi				
Hiçbir zaman	25 (37,3)	12 (28,6)		
Bazen	36 (53,7)	25 (59,5)	0,959	0,619
Sürekli	6 (9,0)	5 (11,9)		

Tablo 3.2.15.(Devam) Katılımcıların kullandığı tuvalet türü ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

Tıkanıklık hissi				
Hiçbir zaman	37 (55,2)	24 (57,1)		
Bazen	29 (43,3)	17 (40,5)	0,176	0,916
Sürekli	1 (1,5)	1 (2,4)		
Elle müdahale				
Hiçbir zaman	50 (74,6)	21 (73,8)		
Bazen	16 (23,9)	11 (26,2)	0,685	0,710
Sürekli	1 (1,5)	0 (0)		
Haftalık dışkılama sayısı	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**z**	**p**
Dışkılama sayısı	7 (4-7)	6,50 (4-7)	-0,668	0,504

Antropometrik ölçümlerle dışkılama özellikleri ilişkisi incelendiğinde, ıkınma problemi, topak topak/sert dışkı ve tam boşalamama hissi yaşayanların bu problemleri hiçbir zaman yaşamayanlara göre hem vücut ağırlığı hem de BKI değerleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Farklılığı oluşturan grup Tukey testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 3.2.16).

Tablo 3.2.16. Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

	Vücut ağırlığı (kg) (x±sd)	**BKI (kg/m^2) (x±sd)**
Ikınma		
Hiçbir zaman	**60,4±9,3 a**	**22,4±3,5 a**
Bazen	**66,4±11,4 b**	**25,4±4,3 b**
Sürekli	**66,3±7,7 a,b**	**24,3±2,3 a,b**
F değeri	3,498	5,886
p değeri	**0,034**	**0,004**
Topak topak/sert dışkı		
Hiçbir zaman	**61,1±10,8 a**	**23,1±4,4 a**
Bazen	**66,9±10,7 b**	**25,4±3,9 b**
Sürekli	**58,0±4,9 a,b**	**22,1±2,6 a,b**
F değeri	4,561	4,712
p değeri	**0,012**	**0,011**
Tam boşalamama hissi		
Hiçbir zaman	**59,2±8,6 a**	**22,2±2,9 a**
Bazen	**66,4±10,5 b**	**25,3±4,1 b**
Sürekli	**73,9±11,5 b**	**27,7±4,6 b**
F değeri	10,993	11,734
p değeri	**0,000**	**0,000**

Tablo 3.2.16.(Devam) Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile dışkılama özellikleri ilişkisi.

Tıkanıklık hissi		
Hiçbir zaman	63,0±11,0	23,7±3,9
Bazen	66,3±10,3	25,4±4,2
Sürekli	79,0±12,7	28,6±7,0
F değeri	3,107	3,183
p değeri	0,049	0,045
Elle müdahale	**Medyan (Q_1-Q_3)**	**Medyan (Q_1-Q_3)**
Hiçbir zaman	61 (56,5-70,5)	23,7 (21,1-26,4)
Bazen	67 (60-75)	24,9 (22-27,8)
Sürekli	75 (75-75)	27,6 (27,6-27,6)
KW değeri	2,941	3,453
p değeri	0,230	0,178
Haftalık dışkılama sayısı		
r değeri	0,055	0,033
p değeri	0,573	0,735

3.3. Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile ilişkili faktörler

Katılımcıların vücut ağırlığı ve BKI değerleri ile sosyodemografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite yapma durumları, kullanılan tuvalet türü ve SYBD ölçeği alt ölçek puanları ilişkisi araştırılmıştır.

Antropometrik ölçümler ile sosyodemografik özellikler ilişkisine bakıldığında, yaş aralığı arttıkça vücut ağırlığı ve BKI değerlerinin arttığı gözlenmiştir. Farklılığı oluşturan grup Tukey testi ile değerlendirilmiş, 3 ve 4. grubun hem vücut ağırlığı hem de BKI açısından 1 ve 2. gruba göre yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 62 ve üzeri sadece bir katılımcı olduğundan istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır. Gelir düzeyi ile BKI değeri arasında ilişki saptanmıştır. Farklılığı oluşturan grup Tukey testi ile değerlendirilmiştir. Geliri giderinden fazla olan grubun BKI değerinin, geliri giderine eşit olan gruptan anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir. Meslek ve eğitim düzeyi ile antropometrik ölçümler arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 3.3.1)

Tablo 3.3.1. Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile sosyodemografik özellikleri ilişkisi.

	Vücut Ağırlığı (kg) (x±sd)	BKI ($kg/m^{2)}$ (x±sd)
Yaş		
18-28	**59,4±10,7 a**	**21,9±3,5 a**
29-39	**63,0±9,5 a**	**23,9±3,7 a**
40-50	**71,2±10,1 b**	**26,8±3,4 b**
51-61	**74,4±8,7 b**	**30,0±3,7 b**
F değeri	8,994	14,060
p değeri	**0,000**	**0,000**
Gelir düzeyi		
Gelirim Giderimden Az (Kötü)	65,2±10,8	**25,2±4,2 a,b**
Gelirim Giderime Eşit (Orta)	65,7±11,1	**24,9±4,2 a**
Gelirim Giderimden Fazla (İyi)	59,3±9,4	**21,9±3,5 b**
F değeri	2,272	3,839
p değeri	0,108	**0,025**
Meslek		
Doktor	71,6±12,7	27,5±5,3
Lisansiyer	63,0±7,9	23,8±2,6
Hemşire	65,3±10,3	24,8±4,5
Sağlık Memuru	59,4±11,4	22,9±4,6
Hizmet Alım Personeli	64,4±12,2	24,3±4,0
Diğer	64,4±11,1	24,0±3,5
F değeri	0,843	0,891
p değeri	0,522	0,490
Eğitim düzeyi	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)
İlkokul Mezunu	66,5(63-70)	25,2(24,2-26,2)
Ortaokul Mezunu	59(49-60)	24(19-25)
Lise Mezunu	61(54-70)	23,8(21,1-25,6)
Yüksekokul / Üniversite Mezunu	65(58-73,5)	24(21,7-27,1)
Yüksek Lisans Mezunu	65(53,8-79)	23,3(20,4-29,1)
KW değeri	3,572	1,765
p değeri	0,467	0,779

Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile beslenme alışkanlıkları değerlendirilmiş, öğün atlayan katılımcıların BKI değeri, öğün atlamayan katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 3.3.2). Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile düzenli fiziksel aktivite yapma durumları ve kullanılan tuvalet türü arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 3.3.3, Tablo 3.3.4).

Tablo 3.3.2. Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile beslenme durumu ilişkisi.

	Vücut Ağırlığı (kg)	BKI (kg/m^2)
Öğün atlama durumu	(x±sd)	(x±sd)
Evet	65,9±11,8	**25,1±4,5 a**
Hayır	62,3±8,7	**23,2±3,2 b**
t değeri	1,822	2,471
p değeri	0,072	**0,015**
Ana öğün sayısı	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)
1-2 kez	59,5(57,3-72)	23,7(21,4-27,2)
3 kez	65(57-71)	24(21,3-26,8)
z değeri	-0,903	-0,261
p değeri	0,367	0,794
Ara öğün sayısı		
Hiç tüketmiyor	64(56,8-70,8)	24,5(21,6-27,2)
1-2 kez	64(55,8-72)	24,0(20,3-26,8)
3 kez ve üzeri	60(58,5-70,5)	22,7(22-26,5)
KW değeri	0,023	0,316
p değeri	0,988	0,854
Günlük su tüketme miktarı		
1-7 Bardak	61(56-72)	24(21,3-26,8)
8 Bardak ve üzeri	67,5(5838-70,5)	23,9(21,7-27,2)
z değeri	-1,041	-0,468
p değeri	0,298	0,640
Günlük çay/kahve tüketim miktarı		
Hiç tüketmiyor	67(53-90,5)	25(20,5-31,8)
1-3 Bardak	65(59,8-72)	25(22,7-26,8)
4 Bardak ve üzeri	60(55,8-70,1)	23,3(20,7-27)
KW değeri	2,429	2,151
p değeri	0,297	0,341
Günlük meyve suyu, kola vb. içecek tüketim miktarı		
Hiç tüketmiyor	66(59-72)	24,4(22-27,2)
1-3 Bardak	60(55,3-69,5)	22,7(20,9-26,3)
4 Bardak ve üzeri	64,5(54-75)	24,1(19-29,3)
KW değeri	3,325	3,434
p değeri	0,190	0,180
Haftalık kurubaklagil tüketimi		
Hiç tüketmiyor	75,5(66-85)	30,3(26,4-34,1)
1 porsiyon	63(58-72)	24,4(21,5-27,1)
2 ve üzeri	60,5(55-70)	23,1(20,5-25,9)
KW değeri	2,411	4,450
p değeri	0,300	0,108
Haftalık meyve tüketimi		
Hiç tüketmiyor	62(57-67,8)	23,9(21,3-26,7)
1-2 porsiyon	65(57-72,5)	24,4(21,8-27,2)
3 ve üzeri	60(58-70)	23,1(20,4-25)
KW değeri	0,706	2,216
p değeri	0,703	0,330

Tablo 3.3.2.(Devam) Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile beslenme durumu ilişkisi.

Meyve tüketim tercihi		
Kabuklu	65(58-72)	24,4(21,6-27,1)
Kabuksuz	61(57,3-69,5)	22,6(20,9-26,5)
Meyve Suyu	58(54-62)	22(21,1-22,8)
KW değeri	1,575	2,065
p değeri	0,455	0,356

Tablo 3.3.3. Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile düzenli fiziksel aktivite yapma durumları ilişkisi.

	Vücut Ağırlığı (kg) (x±sd)	BKI ($kg/m^{2)}$ (x±sd)
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu		
Evet	63,8±13,1	24,0±4,3
Hayır	64,9±10,6	24,6±4,2
t değeri	-0,374	-0,578
p değeri	0,709	0,564

Tablo 3.3.4. Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile kullanılan tuvalet türü ilişkisi.

	Vücut Ağırlığı (kg) (x±sd)	BKI ($kg/m^{2)}$ (x±sd)
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu		
Evet	64,1±12,0	24,3±4,6
Hayır	65,6±9,0	24,7±3,4
t değeri	0,674	0,461
p değeri	0,502	0,623

Antropometrik ölçümler ile SYBD ölçeği alt ölçek puanları ilişkisi incelendiğinde, stres yönetimi alt ölçek puanı ile BKI değeri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. BKI değeri arttıkça stres yönetimi alt ölçek puanı azalmaktadır. Sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt ölçek puanı spearman, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek puanları pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.(Tablo 3.3.5).

Tablo 3.3.5. Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile SYBD ölçeği alt ölçek puanları ilişkisi.

	Vücut Ağırlığı (kg)		BKI (kg/m$^{2)}$	
	r	p	r	p
SYBD ölçeği alt ölçekleri				
Sağlık sorumluluğu	-0,131	0,173	-0,113	0,243
Fiziksel aktivite	-0,115	0,232	0,011	0,911
Beslenme	-0,146	0,131	-0,183	0,057
Manevi gelişim	-0,067	0,486	-0,128	0,184
Kişiler arası ilişkiler	0,010	0,915	0,001	0,989
Stres yönetimi	-0,146	0,129	**-0,211**	**0,028**

3.4. Katılımcıların SYBD ölçeği alt ölçek puanları ile ilişkili faktörler

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt ölçek puanları yaş sınıfları ile karşılaştırılmıştır. Fiziksel aktivite alt ölçek puanı ile yaş sınıfları arasında ilişki saptanmıştır. Bon Ferroni düzeltmeli Mann-Whitney U ile farklılığı oluşturan grup araştırılmış ve 18-28 yaş grubunun fiziksel aktivite alt ölçek puanının 29-39 ve 40-50 yaş gruplarının fiziksel aktivite alt ölçek puanından anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.

Gelir düzeyi ile beslenme alt ölçek puanı arasında ilişki saptanmıştır. Farklılığı oluşturan grup Tukey testi ile değerlendirilmiş, geliri giderinden fazla olan grubun beslenme alt ölçek puanı, geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Mesleklere göre alt ölçek puanlarına bakıldığında sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçek puanlarında ilişki saptanmıştır. Sağlık sorumluluğu alt ölçek puanında farklılığı oluşturan Bon Ferroni düzeltmeli Mann-Whitney U ile araştırılmış ve sağlık memurlarının alt ölçek puanının hemşire, hizmet alım personeli ve diğer meslek gruplarından anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Beslenme alt ölçek puanında ise farklılığı oluşturan grup Tukey testi ile değerlendirilmiştir. Lisansiyer ve sağlık memurlarının beslenme alt ölçek puanlarının hemşireler, hizmet alım personelleri ve diğer personellere göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.4.1).

Ara öğün sayısı ile sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçek puanları arasında ilişki bulunmaktadır. Bon Ferroni düzeltmeli Mann-Whitney U ile farklılığı

oluşturan grup incelenmiş, günde 1-2 kez ara öğün yapan katılımcıların puanlarının hiç ara öğün yapmayan katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Günlük 8 bardak ve üzeri su tüketen katılımcıların beslenme alt ölçek puanı 1-7 bardak su tüketen katılımcılara göre anlamlı olarak yüksektir.

Kurubaklagil tüketimi ve SYBD ölçeği alt ölçek puanları ile ilişkisi incelenmiştir. Beslenme alt ölçek puanı ile anlamlı farklılık saptanmıştır. Farklılığı oluşturan grup Bon Ferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile araştırılmıştır. Haftada 2 porsiyon ve üzeri kurubaklagil tüketen katılımcıların beslenme alt ölçek puanı 1 kez tüketenlerden yüksektir. Bon Ferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi yapılmış kurubaklagil tüketimi ile stres yönetimi alt ölçek puanları arasında ilişki bulunamamıştır.

Meyve tüketimi ile SYBD ölçeği sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçek puanları arasında ilişki saptanmıştır. Gruplar arası farklılık Bon Ferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile araştırılmıştır. Günlük 1-2 porsiyon ve günlük en az 3 porsiyon meyve tüketen katılımcıların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçek puanları hiç meyve tüketmeyen katılımcılardan anlamlı olarak yüksektir (Tablo 3.4.2).

SYBD ölçeği alt ölçek puanları ile düzenli fiziksel aktivite yapma durumu incelendiğinde tüm alt ölçek puanları ile anlamlı ilişki saptanmıştır. Düzenli fiziksel aktivite yapan katılımcıların alt ölçek puanlarının tümü, düzenli fiziksel aktivite yapmayan katılımcılardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 3.4.3).

Tablo 3.4.1. Katılımcıların SYBD ölçeği alt ölçek puanları ile sosyodemografik özellikleri ilişkisi.

	Sağlık sorumluluğu Medyan (Q_1-Q_3)	Fiziksel aktivite Medyan (Q_1-Q_3)	Beslenme (x±sd)	Manevi Gelişim (x±sd)	Kişiler arası ilişkiler (x±sd)	Stres yönetimi (x±sd)
Yaş						
18-28	19,5(17-23)	**15,5(12,3-18) a**	20,5±3,4	25,8±4,0	25,6±3,6	18,4±4,0
29-39	18(16-21,8)	**11,5(9-16) b**	19,5±4,7	25,0±4,2	24,4±4,1	16,2±3,5
40-50	18(16,5-20,5)	**13(10-15,5) b**	18,5±4,0	24,0±4,1	24,0±4,2	16,7±3,8
51-61	21(16-22)	15(11-16)	20,9±4,3	25,0±5,2	24,1±3,9	18,0±3,9
KW/F değeri	1,946	8,845	1,219	0,899	0,904	2,510
p değeri	0,584	**0,031**	0,306	0,444	0,442	0,063
Gelir düzeyi						
Gelirim Giderimden Az	18(15-22)	12(9-16)	**18,87±5,0a**	23,73±4,1	25,07±4,1	16,5±4,1
Gelirim Giderime Eşit	18(16-21)	13(10-16,25)	**19,17±4,0a**	25,1±4,4	24,6±4,2	17,1±3,9
Gelirim Giderimden Fazla	20(17,25-25)	14,50(12-16,75)	**22,63±3,7b**	25,4±2,5	24,3±2,9	17,6±2,9
KW/F değeri	2,359	1,182	4,992	0,796	0,142	0,142
p değeri	0,308	0,554	**0,008**	0,454	0,867	0,754
Meslek						
Doktor	**20(16,5-24,5)a,b**	15(11,5-17)	**21,4±4,9a,b**	24,8±2,6	24,2±2,6	17,8±2,4
Lisansiyer	**20(19-26)a,b**	15(11-17)	**24,1±5,6a**	24,9±2,8	25,4±3,7	16,3±3,0
Hemşire	**18(16-21) a**	13(10-16,3)	**19,2±3,9b**	25,1±4,2	24,4±3,9	17,0±4,0
Sağlık Memuru	**26(22-28,8) b**	19(10,5-25)	**24,1±3,8a**	29,0±5,4	27,1±5,9	20,1±3,9
Hizmet Alım Personeli	**18(16-20) a**	13(10-16)	**18,0±2,8b**	24,4±3,7	24,7±3,2	16,6±3,3
Diğer	**17(16-22,5) a**	11,5(9-15)	**18,9±4,5b**	23,6±4,1	23,8±4,7	16,5±4,2
KW/F değeri	17,205	5,253	5,380	2,076	0,893	1,980
p değeri	**0,004**	0,386	**0,000**	0,074	0,488	0,088

Tablo 3.4.1.(Devam) Katılımcıların SYBD ölçeği alt ölçek puanları ile sosyodemografik özellikleri ilişkisi.

Eğitim düzeyi	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)
İlkokul Mezunu	16,5(15-18)	14,5(10-19)	19,5(17-22)	23(20-26)	22,5(19-26)	15,5(15-16)
Ortaokul Mezunu	24(17-24)	10(9-15)	20(16-20)	24(22-25)	25(20-28)	13(12-17)
Lise Mezunu	17(15-19)	12(10-16)	18(16-20)	23(20-27)	25(21-27)	16(14-20)
Yüksekokul / Üniversite Mezunu	19(17-23)	14(10-16,5)	20(16,5-23)	26(23-28)	25(22-27)	17(14,5-20)
Yüksek Lisans Mezunu	19(16,3-21,5)	12(11-16,8)	19,5(15,5-23,5)	23,5(22,3-25,8)	24(21,3-25)	17(15-19)
KW değeri	6,599	1,712	2,734	5,297	2,010	3,789
p değeri	0,159	0,788	0,603	0,258	0,734	0,435

Tablo 3.4.2. Katılımcıların SYBD ölçeği alt ölçek puanları ile beslenme durumları ilişkisi.

	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişiler arası ilişkiler	Stres yönetimi
Öğün Atlama Durumu	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)	(x±sd)	(x±sd)	(x±sd)	(x±sd)
Evet	19(16-24,3)	14(10-17)	20,7±4,6	25,53±3,9	24,2±4,2	17,3±3,8
Hayır	18(16-21)	13(10-16)	19,1±4,0	24,7±4,3	24,8±3,8	17,0±3,8
z/t değeri	-0,970	-0,099	-1,857	-1,043	0,746	-0,560
p değeri	0,332	0,921	0,066	0,299	0,457	0,577
Ana öğün sayısı	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)
1-2 kez	16,5(16-21,8)	10,5(10-15)	18(16-20)	25(21,5-27,3)	26(22-27,3)	14(12,8-19,3)
3 kez	18(17-22)	14(11-17)	20(17-22)	25(22-27)	25(22-27)	17(15-19)
z değeri	-1,180	-1,671	-1,400	-0,053	-0,954	-1,873
p değeri	0,238	0,095	0,162	0,958	0,340	0,061

Tablo 3.4.2.(Devam) Katılımcıların SYBD ölçeği alt ölçek puanları ile beslenme durumları ilişkisi.

Ara öğün sayısı						
Hiç tüketmiyor	**17(15,8-21) a**	12(10-16)	**18(16-21) a**	24(22-27)	25(21-27)	16(14-19)
1-2 kez	**20(17-24) b**	14,5(10-17)	**21(17-23,3) b**	25(22-29)	25(22-27)	18(15-19,3)
3 kez ve üzeri	**19(16,5-22,5) a,b**	15(12,5-17,5)	**21(18-24)a,b**	26(22,5-27)	26(21-27)	17(15-19)
KW değeri	7,613	2,464	6,777	2,091	0,216	2,415
p değeri	**0,022**	0,292	**0,034**	0,352	0,898	0,299
Günlük su tüketme miktarı						
1-7 Bardak	18(16-22)	13(10-16)	**19(16-22) a**	24(22-27)	24(21-27)	17(14-19)
8 Bardak ve üzeri	19(16,8-23,3)	15(11-17)	**21(18-23,3) b**	26(23-29)	26(23-28,3)	18(15-19,3)
z değeri	-0,719	-1,723	**-2,178**	-1,870	-1,717	-1,133
p değeri	0,472	0,085	**0,029**	0,062	0,086	0,257
Günlük çay/kahve tüketim miktarı						
Hiç tüketmiyor	17(14-26,5)	13(11-23,5)	19(16,5-27)	23(16,5-29)	21(18-31)	15(11,5-24)
1-3 Bardak	18(17-23,3)	14,5(10-17)	18,5(16,8-23)	24(22-27)	25(21,8-27)	17(14,8-19,3)
4 Bardak ve üzeri	18,5(16-21)	13(10-16)	20(16-22)	25(22-28)	25(22-27)	17(14-19)
KW değeri	1,441	0,469	0,510	2,024	0,587	0,490
p değeri	0,487	0,791	0,775	0,363	0,746	0,783
Günlük meyve suyu, kola vb. içecek tüketim miktarı						
Hiç tüketmiyor	18(16-23)	14(10-16)	19(16-22)	25(22-28)	25(21-27)	17(14-19)
1-3 Bardak	18(16-21,8)	13(10-16)	20(16-22)	25(22-27)	25(22-27)	17(14-19,8)
4 Bardak ve üzeri	22(19-25)	16,5(10-23)	20,5(18-23)	27,5(25-30)	25,5(25-26)	15(12-18)
KW değeri	1,267	0,237	0,176	1,100	0,538	0,671
p değeri	0,531	0,888	0,916	0,577	0,764	0,715
Haftalık kurubaklagil tüketimi						
Hiç tüketmiyor	21(21-21)	15,5(15-16)	**22,5(21-24) a,b**	25,5(21-30)	25,5(22-29)	20(20-20)
1 porsiyon	18(16-21)	12(10-16)	**19(16-21) a**	24(22-27)	25(22-26,5)	16(14-18,5)
2 ve üzeri	20(16-25)	15(11,8-17)	**21(17,8-24) b**	25,5(22-27,5)	26(21-28)	17,5(14,8-20)
KW değeri	4,281	3,634	7,766	0,508	1,663	6,119
p değeri	0,118	0,163	**0,021**	0,776	0,435	0,047

Tablo 3.4.2.(Devam) Katılımcıların SYBD ölçeği alt ölçek puanları ile beslenme durumları ilişkisi.

Haftalık meyve tüketimi						
Hiç tüketmiyor	**17(15,5-17) a**	**10(9-11,5)a**	**16(15-18,5)a**	24(22-28)	25(20,5-26,5)	15(13,5-19,5)
1-2 porsiyon	**19(16,5-22,5)b**	**14(10-16)b**	**20(17-22,5)b**	25(22-28)	25(22-27)	17(14-19)
3 ve üzeri	**19(17-24)b**	**15(13-18)b**	**21(18-23)b**	24(22-27)	24(21-27)	17(14-19)
KW değeri	7,826	7,648	10,847	0,628	0,650	0,928
p değeri	**0,020**	**0,022**	**0,004**	0,731	0,723	0,629
Meyve tüketim tercihi						
Kabuklu	15,5(14-17)	8,5(8-9)	15,5(12-19)	24,5(24-25)	21,5(20-23)	14,5(14-15)
Kabuksuz	18,5(16-22)	12(10-16)	18(16-21)	25,5(21,3-28)	25,5(22-27)	17(14,3-19)
Meyve Suyu	18(17-22)	14(10-17)	20(17-22)	25(22-27)	25(22-27)	17(14-19)
KW değeri	2,323	5,405	2,765	0,256	1,760	1,228
p değeri	0,313	0,067	0,251	0,880	0,415	0,541

Tablo 3.4.3. Katılımcıların SYBD alt ölçek puanları ile düzenli fiziksel aktivite yapma durumları ilişkisi.

	Sağlık sorumluluğu Medyan (Q_1-Q_3)	Fiziksel aktivite Medyan (Q_1-Q_3)	Beslenme (x±sd)	Manevi Gelişim (x±sd)	Kişiler arası ilişkiler (x±sd)	Stres yönetimi (x±sd)
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu						
Evet	**22(17-26,5) a**	**22(14,5-25) a**	**21,8±4,9 a**	**28,1±4,0 a**	**27,9±3,7 a**	**20,3±4,8 a**
Hayır	**18(16-21) b**	**12,5(10-16) b**	**13,2±4,0 b**	**24,4±3,9 b**	**24,0±3,7 b**	**16,5±3,3 b**
z/t değeri	-2,193	-4,258	2,354	3,619	3,938	4,108
p değeri	**0,028**	**0,000**	**0,020**	**0,000**	**0,000**	**0,000**

4.TARTIŞMA

Çalışmamızda fonksiyonel konstipasyon sıklığı %2,75 olarak belirlenmiştir. Kaya ve Kaçmaz (2016) erişkinlerde yaptıkları çalışmada konstipasyon prevalansının %1,9 ile %40,1 arasında değiştiğini, ortalama %14 oranında görüldüğünü bildirmişlerdir. Fonsiyonel konstipasyon oranının literatürden daha düşük bulunması katılımcıların sağlık personeli olması ve eğitim seviyesinin yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmaya herhangi bir ilaç kullanan hiçbir personelin alınmamasının da fonksiyonel konstipasyon sıklığının literatürden düşük bulunmasında etkisi olabilir.

Araştırmamızda dışkılama özelikleri, antropometrik ölçümler ve SYBD ölçeği alt ölçek puanları ile ilişkili faktörler incelenmiştir;

- Katılımcıların dışkılama özellikleri ile sosyodemografik faktörler ilişkisine bakıldığında gelir düzeyi yüksek olan katılımcılarda ıkınma problemi, topak topak/sert dışkılama ve makatta tıkanıklık hissi yaşama oranı anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Literatürde, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde konstipasyon oranının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Suares ve Ford 2011, Bharucha ve ark 2013).

Bakımevlerinde yaşayan, yaşlı bireylerin en az yarısının konstipasyon sorunu yaşadığı bilinmektedir (Bouras ve Tangalos 2009). Kendilerini konstipe olarak tanımlayan, 65 yaş civarı bireylerde konstipasyon sıklığı kadınlarda %26, erkeklerde %16 iken 84 yaş civarı bireylerden kendilerini konstipe olarak tanımlayanların oranı kadınlarda %34, erkeklerde %26'dır (Harris 2005, Harari ve ark 2009). Yaşla birlikte konstipasyon sorununun arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur ancak çalışmamızda yaş sınıfları ile dışkılama özellikleri arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

Sıvı alımı ve egzersiz ile konstipasyon ilişkisinin bulunduğunu destekleyen az sayıda çalışma olmasına rağmen, yeterli sıvı alımı ve fiziksel aktivite düzeyinin barsak hareketlerini düzenleyerek konstipasyonu önlediği düşünülmektedir (İnce ve Remzi 2011). 62036 bireyin katıldığı Hemşire Sağlık Araştırması'nda haftada 2-6 kez fiziksel aktivite yapmanın konstipasyon riskini %35 oranında düşürdüğü belirlenmiştir (Dukas ve ark 2003). Paw ve ark (2006) yaşları 64 – 94 arasında

değişen 157 yaşlı bireyde yürüttüğü randomize kontrollü çalışmada, katılımcılara 6 ay boyunca orta şiddette fiziksel aktivite eğitimi verilmiştir. 6 ayın sonunda, verilen eğitimin fiziksel aktivite alışkanlıklarını değiştirmediği, konstipasyon şikayetlerini azaltmadığı belirlenmiştir.Araştırmamızda tüketilen su miktarı tıkanıklık hissi yaşama arasında ilişki bulunmuş, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ve dışkılama özellikleri arasında ilişki saptanmamıştır.

Sağlıklı beslenme önerilerinde posa alımının önemi sık sık vurgulanmaktadır. Çözünebilir posanın gastrik boşalmayı geciktirdiği, çözünmez posanın da intestinal hareketlenmeyi artırdığı bilinmektedir (Ötles ve Özgöz 2014). Ayaz ve Hisar (2014) yaptıkları çalışmada posalı besin tüketiminin artırılmasının konstipasyon sorununun çözümünde etkili olduğunu bildirmişlerdir.

Katılımcılara posa içeriği yüksek olan meyve ve kurubaklagil tüketimi ile ilgili sorular yöneltilmiş ve dışkılama özellikleri ile ilişkisi incelenmiştir. Günlük 3 porsiyon ve üzeri meyve tüketen katılımcıların ıkınma problemini, hiç meyve tüketmeyen katılımcılara göre daha az yaşadıkları saptanmıştır. Hiç meyve tüketmeyen katılımcıların haftalık dışkılama sayısı diğer katılımcılara göre düşüktür. Haftalık dışkılama sayısı medyan değeri hiç meyve tüketmeyen katılımcılarda 4, 1-2 porsiyon ile 3 porsiyon ve üzeri meyve tüketen katılımcılarda 7 olarak belirlenmiştir. Aradaki fark anlamlı bulunmuştur.

1-15 temmuz 2015 tarihleri arasında, bir huzurevinde yaşayan 56 yaşlı bireyde konstipasyon durumu ve etkileyen faktörler araştırılmıştır. Tuvalet türü ile konstipasyon yaşama durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Klozet/sürgü kullanan yaşlıların alaturka tuvalet kullanan yaşlı bireylere göre daha fazla konstipasyon sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Bilgiç ve ark 2016). Literatürde de konstipasyon tedavisinin bir parçası olarak alaturka tuvalet kullanımı önerilmektedir (Kaya ve Kaçmaz 2016). Katılımcılara kullanılan tuvalet türü sorulmuş, dışkılama özellikleri ile tuvalet türü arasında ilişki bulunamamıştır.

Obezite ile konstipasyon ilişkisi araştırıldığında literatürde daha çok çoçuklar üzerinde yapılan çalışmalara rastlanılmıştır. Roma II ve Roma III kriterlerinin kullanıldığı çalışmalarda fonksiyonel konstipasyon oranının persentile göre değişip değişmediği incelenmiştir. Birçok çalışmada fazla kilolu/obez çocuklarda fonksiyonel

konstipasyon sıklığının normal ağırlıktaki çocuklardan anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Teitelbaurn ve ark 2009, Phatak ve Pashankar 2014, Olaru ve ark 2016).

İran'da Pourhoseingholi ve ark (2009) yetişkinlerde yaptıkları bir çalışmada, Mayıs 2006- Aralık 2007 arasında rastgele seçilmiş 18.180 kişiye iki bölümden oluşan anket uygulanmıştır. İlk bölümde kişisel özellikler ve 11 adet gastrointestinal sistem semptomu listelenmiştir. Bu semptomlardan birinin olması halinde anketin ikinci bölümüne geçilmiştir. İkinci bölümde fonksiyonel konstipasyonu da içeren Roma III kriterine göre farklı gastrointestinal bozukluklar sorulmuştur. Konstipasyonu olan ve BKİ değeri ölçülen 386 kişinin %60'ının BKİ'si 25'ten büyüktür (%40 fazla kilolu, %20 obez). Ancak fazla kilololuk/obezite ile fonksiyonel konstipasyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Gastrointestinal hastalıklar ile beden kütle indeksi ilişkisinin araştırıldığı bir başka çalışmada, 35477 kişi üzerinde Roma III kriterlerinden uyarlanmış anket uygulanmıştır. Fonksiyonel konstipasyon ile beden kütle indeksi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Pluart ve ark 2015). Çalışmamızda vücut ağırlığı ve BKI değeri arttıkça, Roma III kriterlerinden ıkınma problemi yaşama, topak topak/sert dışkı, tam boşalamama hissi ve tıkanıklık hissini yaşama durumunun anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir.

- Antropometrik ölçümler ile sosyodemografik özellikler incelendiğinde, yaş aralığı arttıkça hem vücut ağırlığının hem de BKI değerinin anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir. Geliri giderinden fazla olan katılımcıların BKI değeri, geliri giderine eşit olan katılımcılardan anlamlı olarak düşüktür. Kontsevaya ve ark (2019), 25-64 yaş yetişkinlerle yaptığı araştırmada BKI değerinin her iki cinsiyette de yaşla birlikte anlamlı olarak arttığını, erkeklerde de eğitim seviyesi arttıkça BKI değerinin anlamlı olarak azaldığını bildirmiştir. Benzer şekilde, Malatya Asker Hastanesinde 268 personelde yapılan araştırmada yaş arttıkça BKI değerinin anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir (Ulaş ve Genç 2010).

Beslenme alışkanlıklarına bakıldığında öğün atlayan katılımcıların ortalama BKI değerinin, öğün atlamayan katılımcılardan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır(Tablo 3.3.2). Araştırmamızın sonucuna benzer şekilde, Çayır ve ark (2011), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Beslenme ve Diyet polikliniğine başvuran 450 kişi üzerinde yaptıkları araştırmada, obezite ile yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir seviyesi ve öğün atlama durumu arasında ilişki saptamışlardır. Aylık gelir düzeyi

yüksek olan grupta obezite oranı daha düşük bulunmuştur. Öğün atlamayan kişilerde de BKI değeri öğün atlayanlara göre anlamlı olarak düşüktür.

Obezite, psikososyal boyutları da olan bir hastalıktır ve tedavisinde multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. 816 kişi üzerinde obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi incelenmiş, benlik saygısı Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve beden algısı Beden Algısı Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Obez ve morbid obezlerde benlik saygısı, morbid obezlerde de beden algısı normal ağırlıktaki bireylere göre anlamlı olarak düşüktür (Hamurcu ve ark 2015). 1988-2009 yılları arasında yapılan 14 çalışmayı inceleyen derleme makalede stres ve antropometrik ölçümler ilişkisi (ağırlık, BKI, Bel-kalça oranı) incelenmiştir. Araştırmaların %25'inde stresin yağlanmayı artırdığı saptanmıştır (Wardle ve ark 2011).Bir başka çalışmada, 619 yetişkin bireyde kronik stres ile iştah ve BKI değeri ilişkisi incelenmiştir. Kronik stresin anlamlı olarak iştah düzeyini artırdığı, iştah düzeyinin de BKI değerini etkilediği belirlenmiştir.

Araştırmamızda antropometrik ölçümler ile SYBD ölçeği alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır. BKI değeri ile stres yönetimi alt ölçek puanı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki belirlenmiştir. Literatürü destekler nitelikte, BKI değerinin artması stres yönetimini olumsuz etkilemektedir.

- SYBD ölçeği alt ölçek puanları ile sosyodemografik özellikler incelenmiş, geliri giderinden fazla olan katılımcıların beslenme alt ölçek puanı gelir seviyesi orta ve kötü olan katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Zoroğlu (2018) yaptığı araştırmada da geliri giderinden fazla olan katılımcıların manevi gelişim alt ölçek puanının geliri giderinden az olan katılımcılardan anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Yalçın'ın (2018) yaptığı bir başka araştırmada ise 371 öğrencide SYBD ölçeği alt ölçek puanları ile gelir düzeyi ilişkisine bakılmış, herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

Düzce'de 485 sağlık çalışanıyla yürütülen bir araştırmada SYBD ölçeği alt ölçek puanları ile sosyodemografik özellikler karşılaştırılmıştır. Fiziksel aktivite alt ölçek puanı 21-30 yaş grubunda, 31-40 yaş grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Zoroğlu 2018). Araştırmamızda da benzer şekilde 18-28 yaş grubunun fiziksel aktivite alt ölçek puanı, 29-39 ve 40-50 yaş gruplarının fiziksel aktivite alt ölçek puanına göre anlamlı olarak yüksektir.

Sağlık memurlarının sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı hemşire, hizmet alım personeli ve diğer meslek gruplarından anlamlı olarak yüksektir. Lisansiyer ve sağlık memurlarının da beslenme alt ölçek puanları hizmet alım personellerine göre anlamlı olarak yüksektir. Zoroğlu'nun (2018) çalışmasında ebelerin sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçek puanı asistan hekimlere göre anlamlı olarak yüksektir. Hemşirelerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı da asistan hekimlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aile hekimlerinin stres yönetimi alt ölçek puanı hemşirelerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Sosyoekonomik düzey ve eğitim seviyesinin yüksek olması hekimlerde stres yönetimini olumlu etkilemiş olabilir.

Eğitim fakültesinde öğrenim gören 361 öğretmen adayı ile yapılan bir araştırmada öğrenciler, fiziksel aktivite düzeylerine göre inaktif, minimal aktif ve yeterince aktif olarak üç gruba ayrılmıştır. SYBD ölçeği alt ölçek puanları fiziksel aktivite düzeyleri ile karşılaştırılmış ve yeterince aktif olan öğrencilerin beslenme ve fiziksel aktivite alt ölçek puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Minimal aktif olan öğrencilerin stres yönetimi alt ölçek puanı da inaktif olan öğrencilere göre anlamlı olarak yüksektir (Kara 2018).

Araştırmamızda düzenli fiziksel aktivite (haftada en az 3 kez en az 30 dakika yürüyüş, yüzme vb. aktivite) yapan katılımcıların tüm alt ölçek puanları, düzenli fiziksel aktivite yapmayan katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Konya Numune Hastanesi'nde çalışan kadın personelde fonksiyonel konstipasyon sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmada fonksiyonel konstipasyon sıklığı % 2,75 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların genellikle günde 3 kez ana öğün tükettiği belirlenmiştir. Katılımcılar öğün atlama sebebinin en çok iş yoğunluğu kaynaklı olduğunu belirtmişlerdir. Günde 8 bardak ve üzeri su içen ve haftada en az iki kez kurubaklagil tüketen katılımcıların oranı oldukça düşüktür.

Katılımcıların genel olarak alaturka tuvalet kullandıkları belirlenmiştir. Dışkılama özelliklerinde bakıldığında en sık yaşanan problemin büyük abdest yaparken ıkınma olduğu görülmektedir.

Sosyodemografik özelliklerden gelir düzeyi ile dışkılama özellikleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Geliri giderinden fazla olan katılımcılar daha az büyük abdest yaparken ıkınma, topak topak/ sert dışkı ve makatta tıkanıklık hissi yaşamaktadır. Günde 8 bardak ve üzeri su içen katılımcılarda, 1-7 bardak su içen katılımcılara göre makatta tıkanıklık hissi yaşama problemi anlamlı olarak daha az görülmektedir. Meyve tüketimi ile haftalık dışkılama sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hiç meyve tüketmeyen katılımcıların haftalık dışkılama sayısı, günlük 2 porsiyon ile 3 porsiyon ve üzeri meyve tüketen katılımcılardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların antropometrik özellikleri ile dışkılama özellikleri karşılaştırıldığında büyük abdest yaparken ıkınma, topak topak/sert dışkı, tam boşalamama hissi ve makatta tıkanıklık hissinin, vücut ağırlığı ve BKI değeri arttıkça anlamlı olarak daha çok yaşandığı belirlenmiştir.

Antropometrik ölçümler ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi incelenmiş, yaş aralığı arttıkça vücut ağırlığı ve BKI değerlerinin anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir. Ayrıca geliri giderinden fazla olan katılımcıların BKI değeri, geliri giderine eşit olan katılımcılardan anlamlı olarak düşüktür. Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile beslenme alışkanlıkları incelenmiş, öğün atlayan katılımcıların BKI değeri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların vücut ağırlığı ve BKI değeri ile fiziksel aktivite yapma durumu ve kullanılan tuvalet türü arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. SYBD ölçeği alt ölçeklerinden stres yönetimi ile BKI değeri arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. BKI değeri arttıkça stres yönetimi alt ölçek puanı azalmaktadır.

Sosyodemografik özellikler ile SYBD ölçeği alt ölçek puanları ilişkisi incelenmiş, geliri giderinden fazla olan katılımcıların beslenme alt ölçek puanı geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olan gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ara öğün tüketmeyen katılımcıların sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçek puanı günde 1-2 kez ara öğün tüketenlere göre anlamlı olarak düşüktür. Düzenli fiziksel aktivite yapan katılımcıların alt ölçek puanlarının tümü, düzenli fiziksel aktivite yapmayan katılımcılardan anlamlı olarak yüksektir.

Çalışmamızdan elde edilen veriler ışığında, sağlık çalışanlarında;

- Fiziksel aktivitenin önemi konusunda eğitimler verilmesi,
- Posa bilgi düzeylerinin artırılması, meyve ve kurubaklagil tüketiminin artırılmasına yönelik bilgilendirme yapılması
- Su tüketimi öneminin vurgulanması ve günlük en az 8 bardak su içilmesi
- İdeal vücut ağırlığının korunmasına yönelik bilinçlendirme programları düzenlenmesi
- Dengeli ve düzenli beslenme ve öğün atlanmaması hususunda eğitimler verilmesi önerilmektedir.

6.KAYNAKLAR

Akaslan A, 2011. Fonksiyonel gastrointestinalhastalıklar tanısında kullanılan Roma IIIkriterlerinin Türkçeye uyarlanması vegeçerlik güvenilirliği. Uzmanlık tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve HastalıklarıAnabilim Dalı, İzmir.

Arslan C, Ceviz D, 2007.Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam BiçimiDavranışlarının Değerlendirilmesi. F.Ü. Sağ. Bil. Derg, 21/5, 211-20.

Arslan H, 2015. Kız öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerinin konstipasyon durumlarının belirlenmesi.Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.

Ateş B, 2015. Fonksiyonel konstipasyonu olan yetişkin bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesi,Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara.

Ayaz S, Hisar F, 2014. The efficacy of education programme for preventing constipation in woman. İnternational Journal of Nursing Practice. 20: 275-82.

Bagwell M,Bush H, 1999. Health conception and health promoting in blue collar workers: Program planning issues, AAOJN, 47(11):512-18.

Baysal A, Aksoy M, Bozkurt N, Merdol TK, Pekcan G, Keçecioğlu S, Besler T, Mercanlıgil S, 2008. Diyet El Kitabı. 5. Baskı, Ankara, Hatipoğlu Yayınları

Bengi G, 2012. Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türk Toplumu İçinGeçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. Gastroenteroloji Yan Dal Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

Bengi G, Yalçın M, Akpınar H, 2014. Kronik Konstipasyona Güncel Yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji Dergisi,18/1, 72-88.

Beşer A, BaharZ, BüyükkayaD, 2007. Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among Turkish workers and occupational health nurses' responsibilities in their health promoting activities,Industrial Health, 45(1):151-9.

Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, Pressman A, 2013. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. Gastroenterology.144: 211-7.

Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR, 2013. American gastroenterological association technical review on constipation. 144 /1 :218-38.

Bharucha AE, Wald A, 2019. Chronic Constipation. Mayo Clin. Proc.1-18.

Bilgiç Ş, Dilek F, Avcı Arslan HS, Ünal A, 2016. Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Konstipasyon Durumlarıve Etkileyen Faktörler. Int J Basic Clin Med, 4/1, 9 -16.

Black C, Ford-Gilboe M, 2004. Adolescent mothers: resilience, family health work and health promoting practices, Journal of Advanced Nursing, 48(4):351-60.

Bouras EP, Tangalos EG, 2009. Chronic constipation in the elderly. Gastroenterol Clin North Am. 38/3, 463-80.

Brandt Lj, Prather Cm, Quıgley Em, Schıller Lr, Schoenfeld P, Talley Nj, 2005. Systematic Review On The Management Of Chronic Constipation İnNorth America. Am J Gastroenterol;100: 5- 21.

Bytzer P, Howell S, Leemon M, 2001. Low socioeconomic class in a risk factor for upper and lower gastrointestinal symptoms:a population based study in 15000 Australian adults.Gut 49:66-72.

Cabré , 2011. Clinical nutrition university: nutrition in the prevention and management of irritable bowelsyndrome, constipation and diverticulosis. E Spen Eur E J Clin Nutr Metab.6(2):85– 95.

Carlson ED, 2000. A case study in translation methodology using the health promoting lifestyle profile II, Public Health Nursing, 17(1):61-70.

Cash Bd, Chang L, Sabesın Sm, Vıtat P, 2007. Update on the management of adults with chronic idiopathicconstipation. J Fam Pract; 56:13-19.

Chao A, Grilo CM, White MA, Sinha R, 2015. Food cravings mediate the relationship between chronic stres and body mass index. J Health Psychol. 20/6, 721-9.

Chen CY, Bonham AC, 2005. Glutamate supresses GABA release via presynaptic metabotropic glutamate receptors at baroreceptor neurones in rats. J. Physiol. 562/ Pt2 : 535-51.

Chin A Paw MJ, van Poppel MN, van Mechelen W, 2006. Effects of resistance and functional-skills training onhabitual activity and constipation among older adults living in long-term care facilities: a randomized controlled trial. BMC Geriatr.31:6-9.

Choi Hui WH, 2002. The health promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. Journal of Professional Nursing, 18(2):101-11.

Chong PS, Bartolo DC, 2008. Hemorrhoids and fissure in ano. GastroenterolClin North Am;37:627-44.

Choung RS, Branda ME, Chitkara D, 2011. Longitudinal direct medical costs associated with constipation in women. Aliment Pharmacol Ther. 33/2, 251-60.

Clarke MC, Chase JW, Gibb S, Hutson JM,Southwell BR, 2009. Improvement of quality of life in children with slow transit constipation after treatment with transcutaneous electrical stimulation. J Pediatr Surg, 44 (6), 1268-72.

Crane SJ, Talley NJ, 2007. Chronic gastrointestinal symptoms in the elderly. Clin. Geriatr. Med. 23(4): 721-34.

Çayır A, Atak N, Köse S. Kenan, 2011. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi Mecmuası, 64/1, 13-9.

Çekal N, 2008. Vardiyalı Çalışan Kadın İşçilerin Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma, Aile ve Toplum. 10/4;14, 83-95.

Çetinkaya H, Özkan H, Bektaş M. 2007. Ankara'nın değişik kesimlerinde konstipasyon prevalansı ve demografik özelliklerin konstipasyon ile ilişkisi. Turk J Gastroenterol. 11(1): 104-9.

Dukas L, Willet WC, Giovannucci EL, 2003, Assocition between physical activity, fiber intake and otherlifestyle variables and constipation in a study of women. Am J Gastroenterology;98: 1790-6.

Eroğlu Samur G, Mercanlıgil SM, 2012. Diyet posası ve beslenme. İkinci Baskı, Ankara, Reklam kurdu ajansı, s 14-5.

Gökbel H, Okudan N, Gergerlioğlu HS, Belviranlı M, 2015. Ganong'un Tıbbi Fizyolojisi. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, s 506-7.

Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş, 2015. Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. Türk Aile Hek Derg. 19/3, 122-8.

Harari D, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, 2009. Constipation. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. McGraw-Hill Companies; 1103–22.

Harris LA, 2005. Prevalence and ramifications of chronic constipation. Manag Care Interface, 18, 23-30.

Higgins PD, Johanson JF, 2004. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. Am J Gastroenterol,99,750–9.

Howell SC, Quine S,Talley NJ, 2006. Low social class is linked to upper gastrointestinal symptoms in an Australian sample of urban adults. Scand J Gastroenterol, 41(6), 657-66.

İnce M, Remzi FH, 2011. Kronik kabızlık ve diyet. TAF Prev Med Bull, 10/1, 71-6.

Jeon MJ, Chung SM, Jung HJ, Kim SK, Bai SW, 2008. Risk factors for the recurrence ofpelvic organ prolapse. Gynecol Obstet Invest;66:268-73.

Johanson JF, Kralstein J, 2007. Chronic constipation: a survey of the patient perspective. Alimebt PharmacolTher, 25, 599-608.

Jun DW, Park HY, Lee OY, 2006. A population-based study on bowel habits in a Korean community: prevalence of functional constipation and self-reported constipation. Dig Dis Sci 51:1471-7.

Kara H, 2018. Öğretmen Adaylarının Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Akademik Başarı ile İlişkisi. Yüksek lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı, Trabzon.

Kasap E, Bor S, 2006. Fonksiyonel barsak hastalığı prevalansı. Güncel Gastroenteroloji 10/2: 165-8.

Kaya M, Kaçmaz H, 2016. Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel barsak hastalıklarının yeniden değerlendirilmesi. Güncel Gastroenteroloji dergisi, 20/4, 398-9.

Kayıkçıoğlu U, 2010. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi sağlık çalışanlarında fonksiyonel gastrointestinal bozuklukların Roma III kriterleri eşliğinde sıklığı ve birlikteliğinin belirlenmesi. Uzmanlık tezi, SelçukÜniversitesi Meram Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları anabilim Dalı, Konya.

Kontsevaya A, Shalnova S, Deev A, Breda J, Jewell J, Rakovac I, Conrady A, Rotar O, Zhernakova Y, Chazova I, Boytsoz S, 2019. Overweight and obesity in the Russian population: prevalance in adults and association with socioecenomic parameters and cardiovascular risk factors. Obes Facts , 12, 103-14.

Korkmaz M, Yüksel F, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ, 2011. Kabızlık yakınması olan hastanın birinci basamakta yönetimi. Konuralp Tıp Dergisi; 3(3);35-41.

Korkut E, Özden A, 2017. Kronik konstipasyon tedavisi ve polietilen glikol. Güncel Gastroenteroloji 21/4;334-6.

Lembo A, Camilleri M, 2003. Chronic constipation. N. Engl. J. Med. 349/14: 1360-8.

Liem O, Harman J, Benninga M, Kelleher K, Mousa H, Di Lorenzo C, 2009. Health utilization and cost impactof childhood constipation in the United States. Journal of Pediatrics, 154/2, 258– 62.

Lindberg G, Hamid S, Malfertheiner P, 2010. Constipation: a global perspective. World GastroenterologyOrganisation Global Guidelines.

Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. 2006. Functional bowel disorders. Gastroenterology ,130, 1480-91.

Loughlin J, Quinn S, Rivero E,Wong J, Huang J, Kralstein J, Earnest DL, Seeger JD, 2010. Tegaserod and the risk of cardiovascular ischemic events: an observational cohort study. J Cardiovasc PharmacolTher;15:151-7.

McCrea GL, Miaskowski C, Stotts NA, Macera L, Varma MG, 2009. A review of the literature on gender and age differences in the prevalence and characteristics of constipation in North America. J Pain Symptom Manage, 37(4):737-745.

Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF, 1978. Towards positive diagnosis of the irritable b. BMJ, 2, 653-4.

Murakami K, Okubo H, Sasaki S, 2006. Dietary intake in relation to selfreported constipation among Japanese women aged 18–20 years. Eur J Clin Nutr 60:650-7.

Narayanaswamy S, Walsh M, 2007 .Calcified fecolith--a rare cause of large bowelobstruction. Emerg Radiol;13:199-200.

Olaru C, Diaconescu S, Trandafir L, Gimiga N, Stefanescu G, Ciubotariu G, Burlea M, 2016. Some risk factors of chronic functional constipationidentified i n a pediatric population sample from romania. 8 p, Erişim tarihi 16 Mart 2017, http://dx.doi.org/10.1155/2016/3989721.

Orhan C, Akbayrak T, Kaya S, Kav T, Kerem Günel M, 2015. Fiziksel aktivite seviyesi ile konstipasyon şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. J Exerc Ther Rehabil. 2(2): 66-73.

Ozturk R, Rao RSS, 2007. Defecation disorders: an important subgroup of functional constipation, its pathophysiology, evaluation and treatment with biofeedback. Turk J Gastroenterol, 18/3:139-49.

Ötles S, Özgöz S,2014. Health Effects Of Dıetary Fıber. Acta Sci. Pol, Technol. Aliment, 13/2 : 191-202.

Papatheodoridis GV, Vlachogiannakos J, Karaitianos I, Karamanolis DG, 2010. A Greek Survey Of CommunityPrevalence And Characteristics Of Constipation. European Journal of Gastroenterology & Hepatology 22; 354–60.

Pashankar DS, Loening-Baucke V, 2005. Increasedprevalence of obesity in children with functional constipation evaluated in an academic medical center. Pediatrics, 116/3, 1-6

Paw MJM, Poppel MNM, Mechelen W, 2006. Effects of resistance and functional-skilss training on habitual activity and constipation among older adults living long term care facilities: a randomized controlled trial. BMC Geriatrics,6 /9, 1-9.

Phatak UP, Pashankar DS, 2014. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in obese and over weight children. Int J Obes(Lond), 38, 1324-7.

Pluart DL, Sabate JM, Bouchoucha M, Hercberg S, Benamouzig R, Julia C, 2015. Functional gastrointestinal disorders in 35 447 adults and their association with body mass index. Aliment Pharmacol Ther, 41, 758–67.

Pourhoseingholi MA, Kaboli SA, Pourhoseingholi A, Moghimi-Dehkordi B, Safaee A, Mansoori BK, Habibi M, Zali MR, 2009. Obesity and functional constipation; a community-based study in İran. J Gastrointestin Liver Dis, 18/2, 151-5.

Ribas Y, Saldana E, Marti-Rague J, Clave P, 2011. Prevalence and Pathophysiology of Functional Constipation Among Women in Catalonia, Spain. Dis Colon Rectum, 54, 1560-9.

Salyer J, Sneed G, Corley MC, 2001. Lifestyle and health status in long-term cardiac transplant recipients, Heart&Lung, 30(6) 445-57.

Sanders KM, Ward SM, Koh SD. İnterstitial cells: regulators of smooth muscle function. Physiol Rev. 94: 859-907.

Satio YA, Prather CM, Van Dyke CT, Fett S, Zinsmeister AR, Locke GR 2004. Effects of multidisciplinary education on outcomes in patients with irritable bowel syndrome. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2(7):576-84.

Schmidt F, Santos V, 2014. Prevalence of Constipation in the General Adult Population. J Wound Ostomy Continence Nurs, 41/1: 70-6.

Schmulson MJ, Drossman DA, 2017. What is New in Roma IV. J Neurogastroenterol Motil, 23/2, 151 – 63.

Shafik A, Shafik AA, El-SibaiO, Mostafa RM, 2003. Electric activity of the colon in subjects with constipation due to total colonic inertia: an electrophy-siologic study. Arch. Surg. 138/9:1007-11.

Shi W, Xu X, Zhang Y, Guo S, Wang J, Wang J, 2015. Epidemiology and Risk Factors of Functional Constipation Ġn Pregnant Women. Plos One 1-10.

Singh G, Lingala V, Wang H, et al. 2007. Use of health care resources and cost of care for adults with constipation. Clin Gastroenterol Hepatol ,5:1053-8.

Sorouri M, Pourhoseingholi MA, Vahedi M, Safaee A, Moghimi-Dekhordi B, Pourhoseingholi A, Habibi M, Zali MR, 2010. Functional Bowel Disorders in Iranian Population using Rome III Criteria. The Saudi Journal of Gastroenterology, 16/3, 154-60.

Suares NC, Ford AC, 2011. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: Systematic review and meta-analysis. American Journal ofGastroenterology, 106: 1582–91.

Talley NJ, Jones M, Nuyts G, Dubois D, 2003. Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. American Journal of Gastroenterology ,98: 1107–11.

Tantiphlachiva K, Rao P, Attaluri A, Rao SS, 2010. Digital rectal examination is a useful tool for identifying patients with dyssynergia. Clin Gastroenterol Hepatol . 8(11):955-60.

Teitelbaum JE, Sinha P, Micale M, Yeung S, Jaeger J, 2009. Obesity is related to multiple functional abdominal diseases. J Pediatr, 154, 444-6.

Thompson WG, Dotewall G, Drossman DA, 1989. Irritable bowel syndrome: guidelines for the diagnosis. Gastroenterol Int, 2, 92–5.

Turan N, Kaya N, Kaya H, Öztürk A, Eskimez Z, Yalçın N, 2011. Hemşirelik öğrencilerinin bazı değişkenleraçısından konstipasyon sorunları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 19(3), 168-78.

Tuteja AK, Talley NJ, Joos SK, Woehl JS, Hickam DH, 2005.Is constipation associated with decreased physical activity in normally active subjects? Am J Gastroenterol. 100:124-9.

Türkiye istatistik kurumu, 2018. İstatistiklerle Kadın. Haber bülteni 27594,1.

Türkiye istatistik kurumu, 2018. İşgücü İstatistikleri. Haber bülteni 27693,1.

Ulaş B, Genç MT, 2010. Malatya Asker Hastanesinde 2007 Yılında Görev Yapan Personelin Sağlıklı Beslenme Konusundaki Tutum ve Davranışları. İnönü üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17/3,187-93.

Vardar R, 2015. Kronik İdiyopatik Konstipasyonda Tedavi: Etyopatogenez Yol Gösterir mi? Güncel Gastroenteroloji 19/2;79-85.

Wang CP, Tsai PY, 2012. Efficacy of spinal magnetic stimulation in elderly persons with chronic constipation. J Chin Med Assoc. 75(3):127-31.

Werth BL, Williams KA, Pont LG, 2015. A longitudinal study of constipation and laxative use in a community-dwelling elderly population. Arch Gerontol Geriatr. 60(3):418-24.

Walker SN, Hill-Polerecky DM,1996. Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.

Walker SN, Sechrist KR & Pender NJ, 1987. The Health Promoting Lifestyle Profile development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36(2): 76-80.

Wardle J, Chida Y, Gibson EL, Whitaker KL, Steptoe A, 2011. Stress and Adiposity: A Meta Analysis of Longitudinal Studies. Obesity, 19, 771-8.

Xiao ZL, Pricolo V, Biancani P, Behar J, 2005. Role of Progesterone Signaling In The Regulation Of G-Protein Levels Ġn Female Chronic Constipation. Gastroenterology, 128 (3); 667-75.

Yalçın R, 2018. Lise Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas.

Yik YI, Ismail KA, Hutson JM, Southwell BR, 2012. Home transcutaneous electrical stimulation to treat children with slow-transit constipation. J Pediatr Surg, 47 (6), 1285-90.

Yurdakul İ, 2007. Kronik kabızlık. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye'de Sık Karşılaşılan Hastalıklar II Sempozyum dizisi, 58;43-58.

Zoroğlu G, 2018. Düzce Merkez İlçedeki Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personeli ile Üniversite Hastanesi Asistan Hekim ve Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anablilim Dalı, Düzce.

7.EKLER

EK-A: KADINLARDA FONKSİYONEL KONSTİPASYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER; VAKA KONTROL ÇALIŞMASI

Anket formunda yer alan bilgiler gizli tutulacaktır. Samimi ve doğru cevaplar vermeniz bu bilimsel çalışmanın doğru sonuçlanması açısından önem taşımaktadır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Anket no:
Tarih: ……../……./ 2018
Adı soyadı:
Tel (Ev/cep):

1.KİŞİSEL BİLGİLER:

Yaş:……
18-28 yaş
29-39 yaş
40-50 yaş
51-61 yaş
62 ve üzeri

1.Eğitim düzeyi:

1. İlkokul mezunu
2. Ortaokul mezunu
3. Lise mezunu
4. Yüksekokul/üniversite mezunu
5. Yüksek lisans
6. Diğer (belirtiniz)…….

2.Mesleği:

1. Doktor
2. Lisansiyer (psikolog,diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı,biyolog)
3. Hemşire
4. Sağlık memuru
5. Hizmet alımı personeli
6. Diğer (belirtiniz)……

3.Gelir düzeyi

1. Gelirim giderimden az (kötü)
2. Gelirim giderime eşit (orta)
3. Gelirim giderimden fazla (iyi)

4.Hastalık durumu

1. Sürekli takip gerektiren bir hastalığınız var mı ?
   Evet(belirtiniz……)
   Hayır
2. Düzenli kullandığınız ilaç var mı
   Evet(belirtiniz……)
   Hayır

5. Gebelik durumu

1. Gebe
2. Gebe değil

2.BESLENME DURUMU

5.Günlük öğün sayısı

1. Ana öğün sayısı:
2. Ara öğün sayısı:

6. Öğün atlar mısınız:

1. Evet
2. Hayır

7. Cevabınız evet ise, en sık atladığınız öğün hangisidir? (sadece bir şık seçiniz)

1. Sabah
2. Öğle
3. Akşam
4. Ara öğünler

8. Öğün atlama sebebiniz nedir? (sadece bir şık seçiniz)

1. İştahsızlık
2. Vaktim yok
3. İş yoğunluğu
4. Alışkanlığım yok
5. Zayıflamak için
6. Diğer

9. Günlük ortalama sıvı tüketim miktarınız nedir?

1. Su ……bardak (su bardağı)
2. Çay-kahve …….....bardak (çay bardağı)
3. Meyve suyu, kola vb içecekler…….bardak (su bardağı)

10. Haftada kaç kez kurubaklagil (nohut, kuru fasulye, mercimek, barbunya) tüketirsiniz?

……kez

11. Günlük kaç adet (kaç porsiyon) meyve tüketirsiniz?

……. Porsiyon

12. Meyveyi hangi şekilde tüketmeyi tercih edersiniz?
1. Tüm meyve olarak (kabuklu)
2. Tüm meyve olarak (kabuksuz)
3. Meyve suyu şeklinde

3.FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ

13. Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz?
1. Evet
2. Hayır

14. Cevabınız evet ise fiziksel aktivite türü ve sıklığını belirtiniz.
1. Her gün …….dakika/saat fiziksel aktivite yaparım. (yürüyüş, yüzme vb.)
2. Haftada …….. kez …….dakika/saat fiziksel aktivite yaparım.(yürüyüş, yüzme vb.)

4. DIŞKILAMA ALIŞKANLIĞI

15. Büyük abdestinizi hangi tür tuvalette yaparsınız?
1. Alaturka tuvalet
2. Alafranga tuvalet (klozet)

EK-2: ROMA-III KONSTİPASYON TANI ÖLÇÜTLERİ FORMU

Soruları son 6 ayı düşünerek yanıtlayınız.

1. Büyük abdest yaparken ıkınıyor musunuz/zorlanıyor musunuz?

( ) Hiçbir zaman ( ) Bazen (dışkılamanın en az %25'inde) ( )Sürekli

2. Topak topak veya sert büyük abdest yaptığınız olur mu?

( ) Hiç olmaz ( ) Bazen (dışkılamanın en az %25'inde) ( ) Sürekli

3. Büyük abdestinizi yaptıktan sonra tam boşalamama hissiniz olur mu?

( ) Hiç olmaz ( ) Bazen olur (dışkılamanın en az %25'inde) ( ) Sürekli

4. Makat bölgenizde büyük abdest yapmanızı zorlaştıran tıkanıklık hissi olur mu?

( ) Hiç olmaz ( ) Bazen olur (dışkılamanın en az %25'inde) ( ) Sürekli

5. Büyük abdestinizi yapmayı kolaylaştırmak için elle müdahale (ör. parmakla boşaltım, makata elle destek) etme ihtiyacı duyar mısınız?

( ) Hiçbir zaman ( ) Bazen (dışkılamanın en az %25'inde) ( ) Sürekli

6. Haftada kaç kez büyük abdest yapıyorsunuz?

.....

7. Büyük abdestinizi yapmak için herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

5. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

VÜCUT AĞIRLIĞI (KG)	
BOY UZUNLUĞU (CM)	
BKI (kg/m^2)	

6. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz.Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SK	DÜZENLİ OLARAK
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve\veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık				

	personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteleri yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-2- dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK- B: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Konya Numune Hastanesi kadın sağlık personellerinde konstipasyon sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yüksek lisans tezi yapmaktayım. Gönüllü katılımcı sayısının en az 246 kişi olması beklenmektedir.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Daha sonra, size doldurmanız için bir form verilecektir. Formun tamamlanması için gereken süre yaklaşık 30 dakikadır. Araştırmamız bir anket formu ile gerçekleştiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Katılımcı formu doldurarak maddi-manevi herhangi bir yarar ya da zarar görmeyecektir. Bu araştırmaya, katılmama ve katıldığınız takdirde sözlü onay vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Araştırmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacılar:

Doç.Dr. Kemal Macit HİSAR Dyt. Ayşe GÜNEY

S.Ü Tıp Fakültesi Konya Kamu Hastaneleri Birliği

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Konya Numune Hastanesi

Tel: 0332 224 39 13 Tel: 0332 263 10 01

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı –Soyadı:

İmza:

8.ÖZGEÇMİŞ

01.01.1991 Konya doğumluyum. Evli ve bir çocuk annesiyim. İlköğretim ve lise eğitimimi Konya Özel Lale Lisesi'nde tamamladım. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde lisans eğitimi aldım. 2013-2014 yılları arasında Kastamonu Tosya Devlet Hastanesi'nde; 2014-2016 yılları arasında Karaman Devlet Hastanesi'nde görev yaptım. 2016'da Konya Numune Hastanesi'nde görev yapmaya başladım. 2018 yılından bu yana Konya Numune Hastanesi'nde Baş diyetisyen olarak görev yapmaktayım.

Ayşe GÜNEY-2020