

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYET POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN YETİŞKİN HASTALARIN DEFEKASYON
ALİŞKANLIKLARINI ETKİLEYEN ETMENLER

Serra ARSLAN

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy

İSTANBUL-2017

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYET POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN YETİŞKİN HASTALARIN DEFEKASYON
ALİŞKANLIKLARINI ETKİLEYEN ETMENLER

Serra ARSLAN
132039005

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy

İSTANBUL-2017

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ



Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Serra ARSLAN Öğrenci No : 132039005
Anabilim/Bilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik Tez Savunma Tarihi : 18.10.2017
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy Tez Savunma Saati : 11:00

Tez Konusu : Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Yetişkin Hastaların Defekasyon Alışkanlıklarını Etkileyen Etmenler

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabulu 'ne ÖYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. M. Emel Alphan	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. Havvanur Yoldaş İlktaç (Medipol Üniversitesi)	Kabul.	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Akman		
Yrd. Doç. Dr. Pınar Sökülmez Kaya		

ÖZET

Bu çalışma, defekasyon alışkanlıklarını etkileyerek bireyin yaşam kalitesini ve sağlığını negatif yönde etkileyecek, muhtemel dışkılama problemlerine neden olabilecek biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışma 01.05.17 – 31.05.17 tarihleri arasında İstinye Üniversitesi Liv Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran, çalışmayı kabul eden, yaşları 18-65 arasında değişen 197 sağlıklı yetişkin birey (137 kadın, 60 erkek) üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bireylerin kişisel özellikleri, beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıkları anket formu ile sorgulanmış olup, beslenme durumları besin tüketim sıklığı ile belirlenmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin depresyon ve anksiyete durumları da Beck Anksiyete ve Beck Depresyon ölçeği ile belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir düzeyi gibi sosyo-demografik özellikleri ile sigara-alkol kullanımı, fiziksel aktivite alışkanlıkları ve sıvı alımı gibi yaşam tarzı alışkanlıkları ile defekasyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Bireylerin posa kaynaklı gıdaları tüketimi incelendiğinde; bireylerin %53,3'ünün kurubaklagilleri haftada 1-2 gün, yağlı tohumları %32,5'inin her gün, yeşil yapraklı sebzeleri %29,9'unun her gün, taze meyveleri %50,3'ünün her gün, kuru meyveleri %21,8'inin her gün, %26,9'unun haftada 1-2 gün tükettiği görülmüştür. Taze meyve, yeşil sebze ve yağlı tohum tüketimi ile defekasyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken ($p<0,05$); kurubaklagil, kuru meyve tüketimiyle defekasyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Çalışmamızda, anksiyete düzeyine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken ($p<0,05$); depresyon düzeyine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($p>0,05$).

Anahtar Kelimeler: Defekasyon, Beslenme alışkanlıkları, Anksiyete, Depresyon.

ABSTRACT

THE FACTORS AFFECTING THE DEFECATION HABITS OF ADULT PATIENTS APPLIED TO NUTRITION AND DIET POLYCLINICS

This study aims to analyse the biological, psychological and socio-cultural factors that can cause possible defecation problems and deteriorate one's health and life quality by affecting the defecation habits.

The study was applied on 197 consentient adults aged between 18 and 65 (137 female, 60 male), who applied to İstinye University Liv Hospital Nutrition and Dietary Polyclinic from 01.05.2017 to 31.05.2017. Participants' personal characteristics, dietary and physical habits were examined through questionnaire forms, and their nutritional status was identified according to the frequency of food consumption. Depression and anxiety status of the participants were determined through Beck Anxiety and Depression Scale.

There was no meaningful statistical relation between the defecation frequency and neither socio-demographic characteristics such as age, gender, education and income levels nor smoking, drinking alcohol, fluid intake and physical activity habits ($p>0,05$). Examining the participants' consumption of pulpy food, it was seen that %53,3 of them consume legumes 1-2 days a week, %32,5 of them consume oily seeds every day, %29,9 of them consume green-leaved vegetables every day, %50,3 of them consume fresh fruits every day, %21,8 of them consume dried fruits every day, and %26,9 of them consume dried fruits 1-2 days a week. There was a meaningful statistical relation between defecation frequency and the consumption of fresh fruits, green vegetables and oily seeds ($p<0,05$) whereas there was no meaningful statistical relation between defecation frequency and the consumption of legumes and dried fruits ($p>0,05$). In the study, there was a meaningful statistical variation between defecation frequency and anxiety level ($p<0,05$), but there is not a meaningful variation between defecation frequency and depression level ($p>0,05$).

Key Words: Defecation, Dietary habits, Anxiety, Depression.

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince ve bu tezin hazırlanmasında bana yol gösteren, her türlü bilimsel katkıyı, manevi desteğini ve sonsuz anlayışını benden esirgemeyen değerli tez danışmanım, öğretmenim Sayın Yrd. Doç. Dr. Funda ŞENSOY'a,

Çalışmamın başlangıcında gerekli izinlerin alınmasına yardımcı olan, çalışmam süresince ve meslek hayatımın ilk gününden itibaren yol göstericiliği ve anlayışı ile bana daima destek veren başhekimim Asım Orçun Okur'a,

Mesleki yaşantıma başladığım günden bugüne olduğu gibi tez çalışmam süresince de destek ve katkılarını her zaman hissettiğim meslektaşım ve arkadaşım Uzm. Dyt. Emel Unutmaz Duman'a,

Tüm hayatımda olduğu gibi eğitim hayatımda da beni sürekli destekleyip maddi ve manevi yardımlarını esirgemeyen, koşulsuz sevgisini hissettiğim annem Fatma Arslan'a, akademik olarak hep daha iyi yerlerde olmamı can-ı gönülden destekleyen abim Atakan Arslan'a,

Çalışmamın her aşamasında benimle aynı yolda yürüyüp desteğini esirgemeyen canım arkadaşlarım diyetisyen Gülen Ecem Kalkan ve psikoterapist Duygu Başak Gürtekin'e,

Hayatıma ortak olmaya gönül vermiş, çalışkanlığıyla ve sabrıyla her daim bana örnek olan, yol arkadaşım Erdem Özkan'a,

Sonsuz teşekkür ederim...

SERRA ARSLAN

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, çalışma sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

SERRA ARSLAN



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEZ ONAYI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖNSÖZ.....	iv
TABLO LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ	xii
1.GİRİŞ.....	1
2. GENE BİLGİLER.....	3
2.1. Kalın Bağırsak Anatomisi.....	3
2.2. Kalın Barsak Fizyolojisi.....	4
2.2.1. Kolon Hareketleri.....	4
2.2.2. Defekasyon	5
2.2.3. Defekasyon Refleksleri.....	5
2.2.4. Defekasyon Bozuklukları.....	6
2.3. Defekasyon Düzensizlikleri.....	7
2.3.1. Konstipasyon (Kabızlık)	7
2.3.1.1. Konstipasyon Tanı Kriterleri.....	7
2.3.1.2. Konstipasyon Prevalansı	9
2.3.1.3. Konstipasyonun Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	10
2.3.1.4. Konstipasyonun Komplikasyonları.....	10
2.3.1.5. Konstipasyonun Tedavisi ve Yönetimi.....	11
2.3.2. Diyare (İshal)	16
2.3.2.1. Diyairenin Sınıflandırılması.....	16

2.3.2.2. Diyarenin Tanı Kriterleri.....	17
2.3.2.3. Diyarenin Epidemiyolojisi.....	17
2.3.2.4. Diyarenin Etiyolojisi	17
2.3.2.5. Diyarenin Tedavisi	17
2.4. Defekasyon Sıklığını Etkileyen Faktörler	19
2.4.1. Biyo-Fizyolojik Faktörler	19
2.4.1.1. Yaş	19
2.4.1.2. Cinsiyet.....	20
2.4.1.3. Hastalıklar ve Kullanılan İlaçlar	20
2.4.1.4. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz.....	21
2.4.1.5. Posa ve Sıvı Alımı.....	22
2.4.2. Sosyo-Kültürel ve Ekonomik Faktörler	23
2.4.2.1. Etnik Köken.....	23
2.4.2.2. Eğitim Düzeyi	23
2.4.2.3. Sosyoekonomik Durum.....	23
2.4.3. Çevresel Faktörler	23
2.4.4. Psikolojik Faktörler	24
2.4.4.1. Anksiyete ve Depresyon.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	26
3.5. Veri Toplama Araçları	26
3.5.1. Anket Formu	26
3.5.2. Besin Tüketim Sıklığı Anketi	27
3.5.3. Beck Anksiyete Ölçeği	27

3.5.4. Beck Depresyon Ölçeği	27
3.5.5. Antropometrik Ölçümler	28
3.5.5.1. Vücut Ağırlığı ve Boy Uzunluğu	28
3.5.5.2. Beden Kütle İndeksi (BKİ).....	28
3.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	29
3.2.1. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	29
3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	68
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
6.1. Sonuçlar	77
6.2. Öneriler	79
7.KAYNAKÇA.....	81
8.EKLER.....	101
Ek 1. Etik Kurul Onayı.....	101
Ek 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu	102
Ek 3. Anket Formu.....	104
Ek 4. Beck Anksiyete Ölçeği.....	111
Ek 5. Beck Depresyon Ölçeği	112
Ek 6. Özgeçmiş	113

TABLO LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 1: Roma II Tanı Kriterleri	8
Tablo 2: Roma III Tanı Kriterleri.....	8
Tablo 3: Sınırlandırılması Gereken Yiyecek ve İçecekler.....	18
Tablo 4: Beden Kütle İndeksi Sınıflaması	29
Tablo 5: Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları	30
Tablo 6: Bireylerin kronik hastalık bulunma durumları ve hastalıkların dağılımları.....	32
Tablo 7: Bireylerin düzenli ilaç ve multivitamin-mineral kullanımlarının dağılımı.....	33
Tablo 8: Bireylerin çekirdek aile ve 1. derece akrabalarının hastalıkların dağılımı.....	33
Tablo 9: Sigara ve alkol kullanımı ile ilgili bilgilerin dağılımı	34
Tablo 10: Bireylerin fiziksel aktivite alışkanlıklarının dağılımı.....	35
Tablo 11:Cinsiyete göre egzersiz yapma ve egzersiz yapmama nedenlerinin dağılımı.....	36
Tablo 12: Bireylerin günlük öğün sayıları ve öğün atlama nedenlerinin dağılımı.....	37
Tablo 13: Bireylerin ara öğün sıklığı ve ara öğün tercihlerinin dağılımı	38
Tablo 14: Bireylerin su tüketim alışkanlıklarının dağılımı.....	39
Tablo 15: Cinsiyete göre günlük su tüketiminin dağılımı	39
Tablo 16: Bireylerin besin tüketim sıklıklarının dağılımları.....	40
Tablo 17: Bireylerin defekasyon alışkanlıklarının dağılımı.....	45
Tablo 18: Yaşa göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı	47
Tablo 19: Cinsiyete göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı.....	48
Tablo 20: Eğitim düzeyine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı.....	49

Tablo 21: Gelir düzeyine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı	50
Tablo 22: BKİ'ne göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı.....	51
Tablo 23: Kronik hastalıklara göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı.....	51
Tablo 24: İlaç kullanımına göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı	52
Tablo 25: Su tüketimi ve öğün sayısına göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı.....	53
Tablo 26: Egzersiz yapma durumuna göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı.....	55
Tablo 27: Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği ortalama değerlerinin dağılımı.....	55
Tablo 28: Anksiyete düzeyine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı	57
Tablo 29: Depresyon düzeyine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı	57
Tablo 30: Kurubaklagil tüketimine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı.....	59
Tablo 31: Yağlı tohumların tüketimine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı.....	60
Tablo 32: Beyaz ekmek tüketimine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı.....	61
Tablo 34: Esmer ekmek tüketimine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı.....	64
Tablo 34: Yeşil yapraklı sebze tüketimine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı.....	64
Tablo 35: Diğer sebze tüketimine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı	65
Tablo 36: Taze meyve tüketimine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı	66
Tablo 37: Kuru meyve tüketimine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı.....	67

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Kolonun Bölümleri	3
----------------------------------	---



SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

USDA : United States Department of Agriculture

ADA : American Diabetes Association

5-HT : Serotonin

WHO : World Health Organization

AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

SS : Standart Sapma

Max : Maksimum

Min : Minimum

ORT : Ortalama

BKİ : Beden Kütle İndeksi

OY : Okur Yazar Değil

BAÖ : Beck Anksiyete Ölçeği

1. GİRİŞ

Boşaltım aktivitesi; yaşam boyunca bireylerin yerine getirdiği bir günlük yaşam aktivitesi (GYA) dir (1).

Yediğimiz besinler yemek borusundan mideye oradan da vücut için gerekli maddelerin alınabilmesi için ince barsaklara geçer. Her gün yaklaşık 2-3 litrelik sıvı haldeki barsak içeriği ince barsakların ritmik segmentasyonu peristaltik hareketleri ile kalın barsağa taşınır. Bu sıvının içindeki vücut için gerekli maddeler kalın barsaktan kan yolu ile emilir. Geriye kalan kısmı ise dışkıyı meydana getirir. Yaklaşık 250 ml hacmindeki dışkı, kalın barsağın son kısmı olan rektuma peristaltik hareketlerle ulaşır. Bunun vücuttan atılması olayına da defekasyon denir (2).

Günde üç ve üç günde bir arasında değişen defekasyon sayısı normal kabul edilmektedir. Genel olarak haftada iki veya daha az sayıda defekasyon alışkanlığı kabızlık olarak tarif edilmekle birlikte tek başına sayı yeterli bir kriter değildir. Çünkü defekasyon sayısı ve miktarı bireylerde ve toplumlarda çok fazla değişiklikler göstermektedir (3).

Erkeklerle kıyasla kadınlarda, erişkinlerle kıyasla çocuklarda, yetişkin ve gençlere kıyasla yaşlılarda, beyazlara kıyasla zencilerde daha yüksek oranlarda gözlenmektedir. Fiziksel hareketsizlik, eğitim düzeyindeki düşüklük, cinsel istismara maruz kalmak, depresyon semptomlarının varlığı, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ve diğer konstipasyon yapan ilaçları kullanmak gibi durumlar defekasyon sıklığını azaltarak konstipasyon gelişiminde risk faktörleridir (4).

Yaş aralıkları da defekasyon alışkanlıklarında belirgin rol oynamaktadır. Yapılan araştırmalara göre konstipasyon sıklığı yaşlı bireylerde daha fazladır (5). Özellikle huzurevinde kalan yaşlı bireylerde konstipasyon ciddi bir sorun haline gelebilmekte ve bu hasta popülasyonunda laksatif kullanımının %50-74 arasında değiştiği gözlenmektedir (6).

Defekasyon sıklığını etkileyen diğer parametreler arasında sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyi yer almaktadır.

Yapılan çalışmalar doğrultusunda yüksek gelir düzeyi olan bireylerde, düşük gelir düzeyine sahip olanlara kıyasla konstipasyon daha seyrek görülmektedir. Eğitim seviyesi daha düşük olan bireylerde ise eğitim düzeyi yüksek olan bireylere kıyasla konstipasyon görülme sıklığı daha yüksektir (7).

Fiziksel aktivite düzeyinde azalma ve sedanter yaşam tarzı kolon geçiş süresini etkilediği için defekasyon sıklığını azaltan risk faktörlerinden biridir. Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, 12 hafta süren fiziksel aktivite programının, olguların toplamdaki kolonik geçiş zamanını kısalttığı, hastaların işaretlediği Roma kriterlerinin sayısını ise azalttığı bulunmuştur (8).

Yetersiz sıvı alımı yavaş kolonik transit ve yavaş dışkı çıkışı ile bağlantılıdır. Buna karşın konstipasyonda sıvı alımının etkileri ancak birkaç çalışmada incelenmiştir (9). Dehidrasyon konstipasyonun potansiyel risk faktörlerinden olmasına rağmen, sıvı tüketiminin defekasyon sıklığı üzerine olan etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmaların sonuçları değişmektedir (9).

Psikolojik faktörler, kaygı ve depresyonun defekasyon sıklığını azaltarak konstipasyon için uygun ortam oluşturduğu düşünülmektedir. Konstipasyon patogenezinin etki eden bu psikolojik bozuklukların kolonik geçişi yavaşlattığına, ayrıca kadınlar üzerinde daha büyük etki yarattığına inanılmaktadır (10).

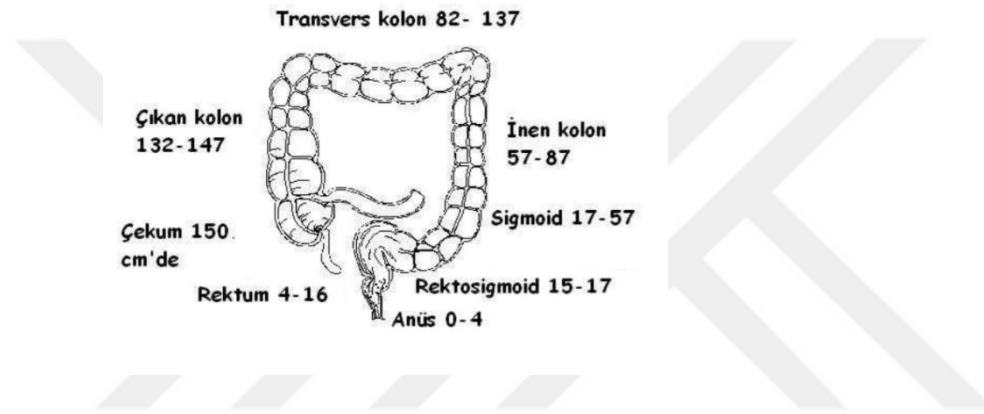
Bu çalışmada, İstinye Üniversitesi Liv Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran bireylerin defekasyon alışkanlıklarını etkileyerek muhtemel dışkılama problemlerine neden olabilecek biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörleri incelemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalın Bağırsak Anatomisi

Kalın bağırsak; ileoçekal valften anüse kadar uzanan, çekum, çıkan kolon, transvers kolon, inen kolon, sigmoid kolon ve rektumdan oluşan 120-200 cm uzunluğundaki sindirim kanalı bölümüdür (Şekil 1). Bu alan, toplam gastrointestinal sistem uzunluğunun yaklaşık olarak 1/5'ini kapsar (11).

Şekil 1:Kolonun Bölümleri (11)



Çekum; sağ iliak fossada yer alan, uzunluğu 4-8 cm, çapı yaklaşık 7,5-8,5 cm olan kolonun en geniş kısmıdır. Tamamı periton ile örtülüdür (12, 13).

Çıkan kolon; çekumdan karaciğer sağ alt lobunun alt yüzeyine kadar uzanarak hepatik fleksurayı oluşturan 15-20 cm'lik kısımdır. Ön ve yan yüzleri periton ile örtülüdür (11-13).

Transvers kolon; sağ kolon köşesinden başlar, sola doğru ilerler ve dalağın ön alt ucunda bulunan splenik fleksurayı oluşturarak aşağıya döner. Yaklaşık 50 cm uzunluğundadır ve tüm yüzeyleri peritonla kaplıdır. Transvers kolon, üstte karaciğer sağ ve sol lobları, safra kesesi ve safra yolları, mide, duodenum ile yakındır. Gastrokolik bağ ile mideye bağlıdır (11-13).

İnen kolon; splenik fleksuradan yaklaşık olarak 25 cm uzunluğunda sigmoid kolona kadar uzanır ve kolonun en kalın kas tabakasına sahip bölümüdür.

Yan ve ön yüzü peritonla örtülü olup retroperitoneal yerleşimlidir. İnen kolon, çıkan kolona göre daha derinde bulunur ve lümeni daha dardır. Alt kısmı hariç, ön tarafında jejunum kıvrımlarıyla komşuluk yapar (11-13).

Sigmoid kolon; inen kolon ile rektum arasındaki yaklaşık 40 cm'lik alandır. Kolonun çapı sigmoid kolona doğru daralır, çapı 2,5 cm'e düşer ve bu bölüm kolonun en dar alanıdır. Sigmoid kolon tamamen periton ile sarılıdır (11, 12).

Rektum; sigmoid kolon ile sakrum eğilimini takip eden anal kanal arasındaki bölümdür. Yaklaşık 12-15 cm uzunluğundadır. Rektum ile anal kanalın birleşim yerinde açıklığı arkaya doğru olan eğriğe perineal fleksura adı verilir(11, 12).

Anal kanal; pelvik diafram ile anal sınır arasındaki yaklaşık 3-4 cm'lik alandır. Anal kanal, eksternal ve internal sfinkterler tarafından sarılı olup normalde kapalı durumdadır (11, 12).

2.2. Kalın Barsak Fizyolojisi

Kolon ince barsak yoluyla gelen materyalin rektuma iletiildiği bir kanal olarak kabul edilir. Bununla birlikte kolonda suyun büyük oranda absorpsiyonuyla beraber dışkı daha konsantre hale gelir. Suyla birlikte elektrolitler ve bazı gıdalar da absorbe edilir. Bazı karbonhidratların absorpsiyonu ve fermantasyonuda kolonda gerçekleştirilir. Kolon, dışkının depolanması için rezervuar fonksiyonu görür (14).

2.2.1. Kolon Hareketleri

Kolonun temel görevleri; fekal maddenin dışarı atılana kadar depolanması, kimustan su ve elektrolitlerin emilimi olduğundan kolon hareketleri nispeten yavaştır. Bu hareketler, karıştırıcı ve ilerletici hareketler olarak ikiye ayrılır (15):

“Karıştırıcı hareketler (hastrasyonlar); kolonun sirküler düz kas tabakası kasılmaları lümeni daraltmaya yarar. Bu tip kasılmaların neden olduğu segmental hareketlere hastrasyon denir. Çünkü hastrasyonun düz kas kalınlaşmaları düz kas kalınlaşmalarına karşı gelmektedir. Bu hareketler sekum ve proksimal kolondaki baskın hareketlerdir. Hastrasyonun amacı feçesi sıkıp yuvarlayarak her tarafının emilim yüzeyi ile temasını sağlamaktır (15,16).”

“İlerletici hareketler (peristalsis ve kitle hareketleri); haustral kasılmalar yanında kolonun distal bölümlerinde kısa erimli peristaltik hareketler görülür. Bunlar yarı katı feçes materyalini anüse doğru ilerletmeye yarar. Genellikle yemeklerden sonra olmak üzere günde bir kez daha kuvvetli itme hareketleri ortaya çıkar. Bunlar sırasında kolon peristaltik dalgalardan daha uzun süre kasılı kalır ve proksimal kolonun büyük oranda boşalmasını sağlayan kitle hareketi adı verilmiştir. Kitle hareketleri transvers ve inen kolonda da görülür. Bunlar fekal kütleyi rektuma ulaştırdıklarında defekasyon yapma isteği duyulur (15,16).”

2.2.2. Defekasyon

Sigmoid kolonla rektum arasında zayıf bir fonksiyonel sfinkter bulunduğundan genellikle rektumda feçes bulunmaz. Arada keskin bir açının var olması da rektumun dolmasına karşı direnç oluşumuna katkıda bulunur. Kitle hareketi feçesi rektuma ittiği zaman, doğal olarak defekasyon ihtiyacı doğar ve bu esnada rektumda kasılma, iç anal sfinkterde gevşeme görülür (17).

Fekal maddenin anüsten az az dışarı çıkması, anüsün hemen içinde uzanan düz kasların kalınlaşması ile oluşan internal anal sfinkter ve çizgili istemli kaslardan oluşan ve hem internal sfinkteri saran, hem de bu sfinkterin distalinde çıkıntı yapan eksternal anal sfinkterin kontraksiyonları ile önlenir. Eksternal sfinkter somatik sinir sisteminin bir parçası olan pudental sinirin lifleri tarafından kontrol edilir. Bu nedenle, istemli ve bilinçli kontrol altındadır ve bilinçli sinyaller kasılmayı inhibe edinceye kadar eksternal sfinkter sürekli kasılır (15, 17).

2.2.3. Defekasyon Refleksleri

Defekasyonu başlatan reflekslerden biri, lokal enterik sinir sisteminin aracı olduğu intrinsek reflektir. Feçes rektuma girdiği zaman, rektum çeperinin gerilmesi afferent impulsları başlatır. Bu sinyaller myenterik plexus aracılığıyla yayılarak inen kolon, sigmoid kolon ve rektumda peristaltik dalgaları başlatır ve feçes anüse doğru iletilir. Peristaltik dalgalar anüse ulaştığında myenterik plexustan gelen inhibitör sinyaller aracılığıyla internal anal sfinkter gevşer ve aynı zamanda eksternal anal sfinkter de bilinçli olarak gevşetilirse defekasyon gerçekleşir (17, 18).

Oldukça zayıf olan intrinsek myenterik defekasyon refleksinin defekasyonda etkili olabilmesi için omuriliğin sakral segmentlerinden temel alan parasempatik defekasyon refleksi ile desteklenmesi gerekir.

Rektumdaki sinir sonlanmaları uyarıldıkları zaman, sinyaller ilk önce medulla spinalise taşınır, daha sonra burdan pelvik sinirler içindeki parasempatik sinirler vasıtasıyla refleks yoldan inen kolon, sigmoid kolon, rektum ve anüse geri döner. Bu parasempatik sinyaller peristaltik dalgaları çok şiddetlendirdikleri gibi internal anal sfinkteri de gevşetirler. Böylece, intrensek defekasyon refleksi zayıf hareketlerden zaman zaman kolonun splenik fleksurundan anüse kadar olan bölümdeki kalın barsağın tamamının bir defada boşalmasına yol açacak kadar güçlü defekasyon işlemine çevirirler (19,20).

Defekasyon için uygun koşullar oluştuğunda ıkınma ile yeni dışkı kitlelerinin itilmesi sağlanarak defekasyon refleksi uyarılabilir. Ancak bu şekilde tekrar uyandırılan refleksler normal gelişen refleksler kadar etkili değildir. Dolayısıyla doğal reflekslerini kendileri baskılayan kişilerde ciddi konstipasyon sorunu ortaya çıkar. Defekasyon sırasında gerçekleşen bu komplike ve dinamik döngüyü etkileyen problemler defekasyon bozukluğuna yol açabilir (21).

2.2.4. Defekasyon Bozuklukları

Defekasyon istemli kontrol edilen kaslar ile (karın kasları ve eksternal anal kanal sfinkteri) düz kasların koordineli çalıştığı komplike bir süreçtir. Defekasyonun gerçekleştirilebilmesi için düzgün işleyen bir intestinal vekolonik transit mekanizmasının yanı sıra, normal anorektal duyumsama ve koordinasyonu sağlayacak sağlıklı anorektal refleksler gereklidir. Böylece intrarektal basınç arttırılırken anal kanal basıncı düşürülebilir ve itici görevinde güçlü peristaltik dalgaların yardımıyla defekasyon gerçekleştirilebilir (22).

Defekasyon bozuklukları, rektumun fonksiyonel olarak boşalma bozukluğundan kaynaklanır. Çünkü burada abdominal, rektoanal, pelvik taban kaslarının koordinasyon bozukluğu mevcuttur. Defekasyon bozukluğu ile giden pek çok hastada aynı zamanda yavaş transit konstipasyonu vardır. Defekasyon bozukluklarının diğer isimleri anismus, pelvik taban dissinerjisi, dissinerji, obstrüktif defekasyon, spastik pelvik taban sendromu veya çıkıştaki obstrüksiyondur. Bu bozukluklar çocukluk döneminde başlayabilir ya da kazanılmıştır (22, 23).

Defekasyon bozuklukları özellikle yaşlılarda sıktır, kronik konstipasyon ve aşırı ıkınma ile seyreder. Bunların çoğunda da standart olarak uygulanan tıbbi tedaviye cevap alınmaz. Defekasyon bozuklukları, nadiren megarektum, rektal intussepsiyon veya aşırı perineal düşüklük gibi yapısal nedenlere bağlı olarak da görülür. Defekasyon bozukluklarında sık olmayan barsak hareketleri, inefektif aşırı gerilme ya da ıkınma, gaitanın elle çıkarılma ihtiyacı olduğu bildirilmektedir. Fonksiyonel fekal retansiyon ise çocuklarda en sık görülen defekasyon bozukluğudur (23).

2.3. Defekasyon Düzensizlikleri

Defekasyon düzensizlikleri konstipasyon (kabızlık) ve diyare (ishal) olarak 2 ana başlık altında incelenebilir.

2.3.1. Konstipasyon (Kabızlık)

Fiziksel, mental ve sosyal iyilik halini etkileyerek sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen konstipasyon sosyal faktörlerden etkilenebilen, kişiden kişiye değişebilen subjektif bir semptomdur (24-26).

2.3.1.1. Konstipasyon Tanı Kriterleri

Günde üç ile üç günde bir arasında değişen defekasyon sayısı normal kabul edilmektedir (26, 27).

Sağlık profesyonelleri konstipasyonu haftada üç kereden az dışkılama olarak tanımlarken; hastalar sıklıkla tamamlanmamış boşaltım hissi, sert dışkı, ıkınma, barsak hareketlerinde yetersizlik ve çaba gerektiren dışkılama olarak tanımlamaktadırlar (28). Tanımlamada bir standart oluşturmak amacıyla Roma Komitesi 1989'da Roma I kriterlerini oluşturmuş, 1999'da bu kriterler gözden geçirilerek Roma II kriterleri belirlenmiştir. Son olarak 2006 yılında Los Angeles'da yapılan toplantıda Roma III kriterleri oluşturulmuştur. Roma II kriterlerine göre konstipasyon; son 12 ayda en az 3 ay, dışkılamaların en az ¼ veya daha fazlasında ıkınma, tam boşalamama ve rektal tıkanıklık hissi, el ile karın ya da makat bölgesine müdahale etme, haftada üçten daha az sayıda dışkılama olması, yumuşak dışkılama yapılmaması belirtilerinden iki veya daha fazlasının bulunması şeklinde tanımlanmıştır. Roma II tanı kriterleri Tablo 1'de gösterilmiştir (26,29).

Roma III kriterlerine göre şikayetlerin altı ay önce başlamış olması ve son üç ayın en az %10'unda, üç veya daha fazla gün konstipasyon şikayetlerinin bulunmasının gerekli olduğu kabul edilmiştir. Roma III tanı kriterleri Tablo 2'de gösterilmiştir (26, 30-32).

Tablo 1: Roma II tanı kriterleri

<p>Semptomların 2 ya da daha fazlası son 12 ay içinde ve en az 12 hafta süreyle görülmelidir.</p> <ul style="list-style-type: none">- Defekasyonların %25'inden fazlasında ıkınma- Defekasyonların %25'inden fazlasında sert ya da topak topak dışkı- Defekasyonların %25'inden fazlasında tamamlanmamış boşaltım hissi- Defekasyonların %25'inden fazlasında anorektal tıkanıklık hissi- Defekasyonların %25'inden fazlasında fasilitasyon için manuel manevraların kullanımı (dijital boşaltım, pelvik taban desteği)- Haftada 3 kereden daha az dışkılama <p>Laksatifler kullanılmadan yumuşak dışkı çok nadir görülür.</p>

Tablo 2: Roma III tanı kriterleri

<p>Semptomlar tanı konulmadan en az 6 ay önce başlamalı ve son 3 ay boyunca görülmeli</p> <ul style="list-style-type: none">- İrritable barsak sendromu için kriterlerin yetersiz olması- Laksatif kullanımı olmadan yumuşak dışkının çok nadir görülmesi- Haftada 3'ten az barsak hareketinin olması- Aşağıdaki semptomların en az 2 ya da daha fazlası defekasyonların en az % 25'inde görülmelidir: <ul style="list-style-type: none">* İkınma* Topak topak ya da sert dışkı* Tamamlanmamış boşaltım hissi* Anorektal tıkanıklık hissi* Boşaltımı fasilite etmek için kullanılan manuel manevralar
--

2.3.1.2. Konstipasyon Prevalansı

İki bin beş iki bin on bir yılları arasında yayınlanan makaleler üzerinde yapılan bir araştırmaya göre konstipasyon prevalansı % 2,6 ile % 26,9 arasında değişmektedir (29, 33-37).

Gelişmiş ülkelerin konstipasyon prevalans sıklıkları da aynı aralıkta yer almaktadır: Hong-Kong'ta genel popülasyonun % 14,3'ü (38), Kore'de genel popülasyonun % 16,5'i (39), Tayvan kadınlarının % 24,5'i (40), genç Japon kadın popülasyonunun % 26'sı (41) ve yaşlı Asya popülasyonunun % 11,6'sıdır (42).

Amerika Birleşik Devletleri'nde kronik, idiopatik konstipasyon prevalansı % 4 - 28 arasında görülmektedir. İngiltere'de genel popülasyonun %10'unu, evde yaşayan yaşlıların % 20'sini, uzun dönem bakım gerektiren hastaların % 49'unu, öğrenme güçlüğü yaşayan bireylerin % 70'ini etkisi altına almaktadır (43-45).

Jeong ve arkadaşlarının (46) yaptığı bir çalışmaya göre en düşük konstipasyon prevalans sıklığı Güney Kore'de yapılan bir çalışmada (% 2,6) görülürken, Esteban ve arkadaşlarının (47) raporlarına göre İspanya genel popülasyonunda yapılan bir çalışmada bu oran % 4,1 olarak bulunmuştur.

En yüksek konstipasyon prevalans sıklığı Collete ve arkadaşları (48) tarafından Brezilya'da, yürütülen bir çalışmada ortaya konmuştur. Araştırmacıların raporuna göre konstipasyon prevalansı bireysel beyan ve Roma II kriterleri kullanılarak % 25,6 ve % 26,9 olarak bulunmuştur. Yüksek konstipasyon prevalansının gözlemlendiği diğer çalışmalarda ise İran (% 22,9) (49) Fransa (% 22,4) (50) ve Kolombiya (% 21,7) (51) gibi ülkeler başı çekmektedir.

Ülkemizde popülasyona dayalı yapılan çalışmaların sonuçları doğrultusunda konstipasyon prevalansının % 22-40 arasında değiştiği görülmektedir (36, 52-54). Kasap ve Bor tarafından (36) 20 ilde yapılan ve ülke nüfusunun %52'sini kapsayan bir örnekleme yapılan ilk geniş kapsamlı çalışmada Türkiye için konstipasyon oranı %8 olarak belirlenmiştir. Çetinkaya ve arkadaşlarının (55) Ankara'nın değişik yerlerinde, 3268 kişide yaptıkları konstipasyon çalışmasında görülme sıklığı % 30,5 olarak bulunmuştur. Çolakoğlu ve arkadaşlarının Adana bölgesinde 1200 katılımcıda yaptıkları çalışmada, konstipasyon sıklığı % 29 bulunmuştur (56).

2.3.1.3. Konstipasyonun Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri

Birçok araştırmada konstipasyonun kadınlarda ve yaş ilerledikçe daha sık görüldüğü, ayrıca zencilerde beyazlara göre, çocuklarda erişkinlere göre, yaşlılarda gençlere göre daha sık oranda olduğu saptanmıştır (4).

Genellikle sağlıklı insanlarda diyet posasının azlığı, hareketsizlik, düşük enerji alımı, yetersiz sıvı alımı, anksiyete, kronik laksatif kullanımı konstipasyonun risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Hasta kişilerde birçok organik nedene bağlı olarak da gelişebilir. Bunlar ; kullanılan ilaçlar (nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar, trisiklik antidepressanlar, opioidler, diüretikler, antihistaminikler, antispazmotikler, antipsikotikler, parkinson ilaçları, antikonvülzanlar, alüminyumlu antiasitler, ganglionik blokerler, vinka alkaloidleri), diyabet, striktür, proktit, hiperkalsemi, hipokalemi, hipomagnezemi, üremi, ağır metal zehirlenmeleri, hipotiroidizm, parkinson, multiple sklerozis, serebrovasküler olaylar, bilişsel bozukluk, kardiyak hastalık, spinal kort lezyonları ve tümörleri, metabolik ve endokrin anomaliler, spina bifida, dışkılama iteğini reddetme, kalın barsakta vasküler bozukluk, sistemik nöromuskuler hastalıklar, düşük diyet posası ve gebeliktir. Ayrıca, gastrointestinal sistemde, kanser, irritable barsak sendromu, anal fissür ya da hemoroid, laksatif alışkanlığı, Hirschsprung hastalığı varlığında da konstipasyon görülmektedir. Düşük gelir düzeyi, düşük eğitim seviyesi ve depresyonun da, riski arttırdığı yapılan çalışmalarla desteklenmektedir (4, 26, 29, 57-64).

2.3.1.4. Konstipasyonun Komplikasyonları

Konstipasyon yaşam kalitesini düşürmesi, iş gücü kaybına neden olması, sağlık bakım maliyetini arttırması ve diğer tıbbi sorunlarla birlikte sık görülen bir sorun olması nedeniyle birey ve toplum için önemli bir sorundur (39, 58, 61, 65, 66).

Konstipasyon beraberinde muhtelif doktor ziyaretlerini, özelleşmiş merkezlere sevki, hastaneye yatışları ve cerrahi operasyonları da getirir. Ayrıca osteoartrit ve diyabet kadar önemli oranda hastaların yaşam kalitesini, sosyal yaşamlarını ve günlük yaşamdaki performanslarını da etkiler (67).

Konstipasyonlu bireylerde fekal inkontinans, hemoroid gelişmesi, tedavi için laksatif ve bitkisel tedavi yöntemlerinin sık kullanıma bağlı olarak kolorektal kanser sıklığında artış olduğu bildirilmektedir (26, 29, 68, 69). Konstipasyon yaşlılarda fekal impaksiyon, soliter rektal ülser, barsak tıkanıklığı, sigmoid volvulus, fekal inkontinans, rektal prolapsus, üriner retansiyon ve hatta senkopa yol açması nedeniyle özellikle önemlidir (70, 71).

Çetinkaya ve arkadaşlarının Ankara'nın değişik kesimlerinde 3268 bireyde yaptıkları konstipasyon çalışmasında, konstipasyonu olanlarda hemoroid sıklığı %30.9 iken olmayanlarda %10,5 olarak saptanmıştır (55).

2.3.1.5. Konstipasyonun Tedavisi ve Yönetimi

Konstipasyonun tedavisinde amaç; yumuşak gaita çıkışı ile haftada en az 3 defa dışkılamanın zorlanmadan gerçekleşmesini sağlamak ve hastanın yaşam kalitesini, önemli yan etkiler oluşmadan artırmak ve düzeltmektir (27).

2.3.1.5.1. Hasta Eğitimi

Hastalar laksatif kullanımını azaltma, hareketli yaşam, sıvı ve posa içeriği yüksek gıdaların tüketiminin artırılması konusunda eğitilmelidir. Hastalara öğün sonrası kolonik motilitenin arttığı belirtilerek yemek sonrası dışkılamaya çalışmaları önerilmelidir. Özellikle sabahları kolonik motor aktivitenin en yüksek olduğu hatırlatılmalıdır. Ayrıca hastalara günde en az iki saat, genellikle yemeklerden yarım saat sonra dışkılamaya çıkmaları için öğüt verilmeli fakat beş dakikadan daha uzun süre zorlamamaları tavsiye edilmelidir (72).

2.3.1.5.2. Beslenme Alışkanlıkları Değişiklikleri

Konstipasyonu önlemeye yönelik bir beslenme tedavisi, yeterli enerji ve sağlıklı bir yaşam için gerekli olan tüm besin öğelerini ve posayı içermelidir. Besinlerin ve besin öğelerinin alınması, metabolize olması ve kullanılması genetik, fiziksel aktivite, mental durum ve ilaç kullanımı gibi birçok faktörden etkilenmektedir (73).

Konstipasyondan kaçınmak için yetişkin bireyler için günlük olarak USDA (U.S. Dept. Of Agriculture) Besin Piramidi Rehberi'nde yer alan porsiyon kılavuzlarına uygun dengeli bir diyet planlanmalıdır. Porsiyon kılavuzunda günlük olarak 6-11 porsiyon tahıl, 5-9 porsiyon meyve sebze tüketimi bulunmaktadır (73).

2.3.1.5.3. Posa Alımı Değişiklikleri

Diyet posası; bitki hücre duvarını oluşturan nişasta olmayan polisakkaritler, sindirilmeyen oligosakkaritler, lignin ve dirençli nişastadan oluşan bileşiklerdir (73,74). İnsan ince bağırsağında sindirilemez ancak kalın bağırsakta tamamen veya kısmen fermente edilebilirler (75).

Diyet posası suda çözünür ve çözünmez olmak üzere iki grup altında toplanır. Suda çözünmeyen posa; selüloz, hemisellüloz ve lignindir. Suda çözünür posayı oluşturanlar ise pektik öğeler, sakızlar, oligosakkaritlerden beta-glukan yapıda olanlar, musilajlar ve dirençli nişastadır. Beta-glukanların en iyi kaynağı yulaf, dirençli nişastanın kurubaklagillerdir. Posa içeriği en yüksek doğal besin grubu baklagillerdir. Bunları sert kabuklu meyve, kepeği ayrılmamış tahıl ürünleri, sebzeler ve meyveler takip eder (76).

Diyet posasının laksatif etkisinin olduğu, M.Ö. Hipokrat tarafından yemlik buğdayın konstipasyonu önleyici etkisinin olduğu yazıldığından bu yana bilinmektedir (77). Amerikan Diyet Birliği (ADA), sağlığın sürdürülebilmesi için farklı çeşitteki bitkisel yiyeceklerden yeterli miktarlarda alınan diyet posasının gerekli olduğunu vurgulamaktadır. Diyet ile alınan posa konstipasyon şiddeti ve insidansını belirgin bir şekilde azaltmaktadır. Bu öneriler Ulusal Kanser Enstitüsü, Amerikan Kalp Birliği ve Amerikan Diyabet Birliği gibi kuruluşlarca da desteklenmektedir (73).

Normal geçiş zamanlı kabızlarda fiber desteği şikayetleriazaltabilir. 3327 kadınla yapılan prospektif bir kohort çalışmada günde 20 gram ve 7 gram fiber alanlar karşılaştırıldığında, ciddi oranda yüksek fiber alanlarda kabızlık azalmıştır (78). Fiberden zengin ürünler çok ucuz, kullanımı kolay ve güvenli olduklarından normal geçiş zamanlı kabızlarda tedavide birinci seçenektir (27). Hastalara günlük posa ihtiyaçlarının 10 gramdan başlaması gerektiği, normal öneriler olan 25-30 gr'a yavaş yavaş yükselmesi önerilmelidir.

Çünkü posadaki ani artış abdominal artış, şişkinlik, gaz krampları ve diyareye neden olabilir. Bu önerilerin suplementasyona kıyasla doğal besinlerden olması hastanın posanın yanında mineral ve vitamin alımını da sağlar (73).

2.3.1.5.4. Bakteriyoterapi - Probiyotik Alımı

Probiyotiklerin, intestinal motiliteyi arttırarak ve fekal enzim aktivitesini azaltarak konstipasyon üzerinde olumlu etkileri vardır. Yapılan çalışmalarda *L. acidophilus* NFCB 1748 (yoğurt içerisinde), *L. casei* Shirota ve *Lactobacillus* GG (fermente peyniraltı suyu içeceği içerisinde) kullanımının konstipasyonun tedavisinde ve semptomlarının hafifletilmesinde avantaj sağladığı tespit edilmiştir (79).

Ouwehand ve arkadaşları, probiyotik *L. rhamnosus* ve *Propionibacterium freudenreichii* kombinasyonunun konstipasyon sorunu olan yaşlılarda defekasyon sıklığını arttırdığı ve fekal enzim (azoredüktaz) aktivitesini düşürdüğünü bildirmiştir. Klinik çalışmalarda probiyotik *B. animalis* DN-173 010 suşunu içeren fermente süt ürünlerini tüketenlerin büyük bir bölümünde feçesin bağırsaktan geçiş süresinin kısaldığı belirlenmiştir (80).

40 saatten daha uzun süreli toplam bağırsak geçiş süresine sahip yaşlı gönüllülerde yapılan bir çalışmada ilgili bifidobakteri suşunu içeren fermente sütü düzenli bir şekilde tüketenlerde geçiş (transit) süresi önemli derecede kısalmıştır (81).

Sağlıklı gönüllülerde yapılan çalışmalarda da bazı probiyotik suşların tedaviden sonraki 3. haftada da kolondaki transit süresini kısalttığı belirlenmiştir (82).

2.3.1.5.5. Sıvı Alımı

Konstipasyon tedavisinde yeterli sıvı alımı önemli bir unsurdur, sıvı alımı ve fiziksel aktivitenin arttırılması ile defekasyon düzenli hale gelmektedir ve sıvı alımları kişiler arasında ne kadar farklılık gösterse de konstipasyon hastasının günlük en az 1500-200 ml alması gerekmektedir (83). Bu miktara ise alkollü ve kafeinli içecekler, çorbalar ve diğer yiyecekler dahil değildir.

Yapılan çalışmalarda, görülüyor ki “enerji gereksinmesinin 1ml/kkal’si” önerisi doğrultusunda, ortalama olarak yetişkin erkek birey için günlük sıvı alımı günlük 2200 ml olmalıdır (41).

Gebe kadınlar günlük ihtiyaçlarına ek olarak 300 ml sıvı tüketmelidirler. Emziren anneler ise temel gereksinmelerine ek olarak 750-1000 mL'nin üstünde sıvı tüketmelidirler (73).

Konstipasyon, yaşlı bireylerin dehidrate kaldığının göstergelerinden birisidir. Yaşlılardaki fonksiyonel konstipasyon sıklıkla posa içerikli yiyeceklerin tüketiminde azalma, yetersiz sıvı alımı, fiziksel aktivite yetersizliği ve bağırsak kas dokusu kayıplarının oluşması durumunda meydana gelmektedir. Yaşlı bireylere düzenli olarak sıvı alımlarının izlenmesi önerilmektedir (73).

2.3.1.5.6. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz

Egzersizin gastrointestinal kanaldaki geçiş süresini kısaltarak defekasyonu kolaylaştırdığına inanılmaktadır. Ancak egzersizin bu yararları kesinlik kazanmış değildir. Ek olarak, hareketsizliğe bağlı olarak görülen kas tonusunun azalması, defekasyonda görev alan abdominal ve pelvik zemin kas sisteminin fonksiyonunda düşüslere neden olur.

Egzersizin bağırsak fonksiyonları üzerindeki etkisi ile ilgili yapılan deneysel çalışmalarda egzersizin yararlı etkileri yeterli kanıt düzeyinde bulunmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda egzersizin bağırsak fonksiyonları üzerinde etkisi bulunmamışken bazılarında da çelişkili sonuçların varlığı görülmüştür (84-86).

Diğer çalışmalarda ise egzersizin bağırsak fonksiyonlarını geliştirdiği görülmüştür (87,88). Bu tutarsız sonuçların nedeni çalışmalara katılan bireylerin karakteristik özellikleri olabilir. Çelişkili araştırma sonuçlarına rağmen, egzersiz konstipasyonu önlemede ve tedavide önemli bir bileşen olarak görülmektedir (73).

Bağırsak fonksiyonlarının gelişmesine yardımcı birçok egzersiz tipi mevcuttur. Yürüyüş yapmak, pelvik tilt hareketi, yatarak bacak kaldırma (leg lift hareketi), alt gövde rotasyonu hareketi (lower trunk rotation), karın çekme, sabit bisiklet sürme bunlara örnektir (73).

2.3.1.5.7. Farmakolojik Tedavi

Kronik konstipasyonun tedavisinde kullanılan ilaçlar;

- a) Gaita-arttırıcı ajanlar,
- b) Gaita yumuşatıcı ajanlar
- c) Uyarıcı laksatifler
- d) Osmotik laksatifler
- e) Serotonerjik enterokinetik ajanlar olmak üzere beş grupta incelenebilmektedir.

Gaita-arttırıcı ajanlar, su ile tüketilen lif desteğidir. Bu ajanlar, barsak hareketlerinin ve gaita miktarını arttırmak için piyasada satılan preparatlar; psyllium, kalsiyum polikarbofil, metil selüloz ve buğday kepeği içerirler. Bu preparatların arasında psyllium konstipasyonun tedavisinde üstünlüğe sahiptir. Yapılan çalışmalarda, psylliumun gaita yoğunluğunu ve kolonik geçiş zamanını arttırdığı bulunmuştur (89).

Gaita yumuşatıcı ajanlar, feçesinin yağ ve su ile karışımını sağlayarak gaitanın yumuşamasını ve kayganlaşmasını sağlamaktadırlar. Zeytinyağı ve badem yağı ince barsağın emilim kapasitesini artırarak gaita yumuşatıcı olarak görev görmektedir (90).

Uyarıcı laksatifler, enterik sinir sistemini harekete geçirerek intestinal motiliteyi ve sekresyonu arttırmak için kullanılırlar. Bu ilaçlar, elektrolit dengesizliğine neden olmadıkları için genellikle iyi tolere edilirler (91). Uyarıcı laksatiflerin yan etkileri, abdominal kramplar ve diyaredir. Yapılan çalışmalar, bu ilaçların kolonik epitel hücrelerine zarar vermediğini bulmuşlardır (90).

Polietilen glikol, laktuloz, sorbitol ve magnezyum hidroksil gibi ajanlar su tutarak ve suyu muhafaza ederek gaitanın geçişini arttırmaktadırlar. Polietilen glikol en yüksek kanıt düzeyine sahip ajanlardan biridir. Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda polietilen glikolün gaita frekansını ve yumuşaklığını arttırdığı bulunmuştur (92-94).

“Serotonin (5-HT), barsak motilitesini, visseral duyarlılığı ve intestinal sekresyonu düzenleyici etkiye sahiptir. 5-Hidroksitriptamin reseptör alt grubu 4 (5-HT 4) reseptörleri kolondaki miyenterik plexusda, düz kas hücrelerinde ve primer afferent nöronlarda bulunmaktadır. Bu reseptörler, diğer nörotransmitterlerin salınımını artırarak barsaktaki peristaltik hareketi arttırmak için kullanılırlar (95).”

2.3.2. Diyare (İshal)

Sık ve sulu şekilde yapılan defekasyon olarak bilinen diyare, günlük 300 ml'nin üzerinde dışkı çıkışının olduğu, dolayısıyla aşırı sıvı ve özellikle sodyum, potasyum gibi elektrolitlerin kaybı ile karakterizedir. İnce bağırsak içeriğinin aşırı hızlı geçişi besin öğelerinin enzimatik sindirimini ve emilimini azaltır. Diyare, inflamatuvar hastalıklar, mantar, bakteri ya da virüs enfeksiyonları, kullanılan ilaçlar, aşırı basit şeker tüketimi, mukozal emilim yüzeyi hasarı, gastrointestinal rezeksiyonlar ya da malnutrisyon ile ilişkili olarak gelişebilmektedir (96, 97).

2.3.2.1. Diyarenin Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), diyareyi süresine göre 3 grupta sınıflandırmaktadır. Ayrıca diyare tutulum bölgesine ve patofizyolojisine göre sınıflandırılabilir (98,99).

“Süresine göre diyare türleri;

- a) Akut Diyare: Akut diyareler, bulantı, kusma, karın ağrısı veya malnütrisyonun eşlik edebildiği, 14 günden az süren, dışkılama sıklığında (>3 kez/gün veya 200 g/gün) artış olarak tanımlanır. Akut diyareler genellikle infeksiyöz nedenlerle oluşur. Akut diyare ise; sulu diyare, dizanterik diyare, mukoid diyare, antibiyotiğe bağlı diyareler, parenteral diyare, turist diyare olarak sınıflandırılmaktadır (98, 99).
- b) Perzistan Diyare: Süresi bakımından 14-30 gün arasında süren diyare olarak tanımlanmaktadır (98, 99).
- c) Kronik Diyare: Bir aydan fazla süren diyareler olarak nitelendirilir. Kronik diyare, haftalarca veya aylarca aralıklı veya devamlı sürebilir. Genellikle dışkı hacmi fazla, dışkı yağlı ve pis kokuludur. Kronik diyare herhangi bir hastalıkla birlikte ortaya çıkabileceği gibi tek başına da kendini gösterebilir. Kronik diyare inflamatuvar, ozmotik, sekretuar ve motilite bozukluğuna bağlı diyare olarak sınıflanabilir (98, 99).”

Tutulum bölgesine göre diyare türleri; Tutulan bağırsak bölümlerine göre ince bağırsak tipi ve kalın bağırsak tipi olarak sınıflandırılmaktadır (98, 99).”

Patofizyolojik mekanizmaya göre ise; Ozmotik, sekretuar, eksudatif diyare olarak; dışkı özelliklerine göre sulu, yağlı, kanlı ayrıca risk faktörlerine göre kazanılmış immün yetmezlik sendromu (AIDS) olan hastada diyare, turist diyaresi olarak sınıflandırılmaktadır (98, 99).”

2.3.2.2. Diyarenin Tanı Kriterleri

Hastanın öyküsü geniş kapsamlı olarak alınmalıdır. Öncelikle diyarenin başlangıç dönemi ve süresi belirlenmeli, “akut” – “kronik” ayrımı yapılmalıdır (100).

Akut diyarelerde, laboratuvar incelemesi diyare etkeninin saptanması ve tedavinin yönlendirilmesi için yapılmalıdır. Diyarede dışkı mutlaka görülmelidir. Kolit bulguları olan kan ve müküs araştırılmalı; mikroskopik incelemeyle lökosit olup olmadığı, gerektiğinde yumurta, kist, parazit durumu araştırılmalıdır (100).

Kronik diyareli hastaların tanısı akut diyareli hastalardan daha güçtür. Bu nedenle, öncelikle ayrıntılı bir öykü alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Daha sonra laboratuvar incelemeleri ve dışkı incelenmesi yapılarak diyarenin tipi belirlenmelidir (100).

2.3.2.3. Diyarenin Epidemiyolojisi

Diyare oluşum sebepleri, çok çeşitlilik gösterdiğinden insidansının ve prevalansının belirlenmesi oldukça güçtür. Ancak tahmin edilen rakamlar dünya genelinde yıllık 2 milyon bireyin diyare olduğu, yaklaşık 2.5 milyon bireyin de diyare ile ilişkili hastalıktan dolayı yaşamını yitirdiği bildirilmektedir (101).

2.3.2.4. Diyarenin Etiyolojisi

Diyare etiyojisi, toplum ya da hastane kökenli olması, seyahatle ilişkisi, antibiyotik kullanımı veya kişinin bağışıklık durumuna göre değişmektedir. Ülkemizde diyare salgınları yeterince tanımlanamamakta ve birçoğu bildirilmemektedir. En sık rastlanılan etkenler, Shigella (%10), Salmonella (%5-6), Campylobacter (%4-6), Aeromonas (%1-3) (100).

2.3.2.5. Diyarenin Tedavisi

2.3.2.5.1. Medikal Tedavi

Medikal tedavideki ilk basamak altta yatan problemi belirlemek ve tedavi etmektir. Daha sonraki basamak ise sıvı ve elektrolit dengesini düzenlemektir. Özellikle sodyum ve potasyum gibi elektrolitlerin kaybı, potasyum eklenmiş oral glikoz elektrolit solüsyonları ile yerine konulmalıdır (100).

2.3.2.5.2. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Elektrolit solüsyonları, çorbalar, sebze suları ve diğer izotonik sıvılar kullanılarak gerekli sıvı ve elektrolitlerin yerine konması diyarenin tedavi edilmesindeki ilk basamaktır. Daha sonra diyete tahıl, ekmek, az yağlı et, küçük miktarlarda sebze ve meyve eklenebilir. Tablo 3'te çoğu vakalarda uygulanan az posalı diyet örneği görülmektedir (102).

Tablo 3: Sınırlandırılması gereken yiyecek ve içecekler (102)

Besinler	Öneriler
Laktoz (Laktoz malabsorbsiyonu görülenlerde)	Bazı bireylerde tolere edilemediği gibi, sağlıklı, laktoz eksikliği görülen bireylerde 6-12 g normal olarak tolere edilebilir.
Posa (>20 g)	Az miktar posa (10-15 g), GİS ve normal kolon mukozasının normal bileşimini sağlamaya yardımcı olabilmektedir.
Dirençli Nişasta (özellikle kurubaklagillerde bulunan rafinoz ve staçiyoz)	
Sorbitol, mannitol ve ksilitol (fazlalık, >10 g/gün)	
Fruktoz (fazlalık, >20-25 g/öğün)	
Sükroz (fazlalık, >25-30 g/öğün)	Az miktarı iyi tolere edilir; fazla miktarı hiperozmolar diyareye ve kısa zincirli yağ asitlerine fermantasyonla fekal Ph'nin azalmasına neden olur.
Kafein	Gastrointestinal sekresyon, kolon motilitesi artar.
Alkollü İçecekler (özellikle bira ve şarap)	Gastrointestinal sekresyon artar.

Amaç maldijesyona veya malabsorbsiyona neden olan fazla miktarda hiperosmotik karbonhidratı, sıvı sekresyonunu uyaran ve gastrointestinal geçişi arttıran yiyecekleri sınırlandırmaktır (103).

Pektin, fruktooligosakkarit, inülin, yulaf, hindiba gibi prebiyotik bileşenler içeren diyet suplemanları veya besinlerin uygun miktarda kullanımı, diyareyi tedavi etmede ve kontrol altında tutmaya yardımcı olabilir. Probiyotikler, immün sistem üzerinden etki göstererek diyareyi önlemekte ya da diyareyi iyileştirmektedir. Ayrıca probiyotikler, patojenik virüs veya bakterilerle savaşarak enfeksiyonu önlemektedirler. Prebiyotikler “dost olan” laktobasillus bifidus bakterilerinin varlığını sürdürmesine yardımcı olur ve potansiyel patojenik organizmaların aşırı büyümesini engeller.

Probiyotikler, antibiyotiklere bağlı diyarede, seyahat diyaresinde, bakteriyel fazla üremenin olduğu diyarenin kontrolünde başarılı olabilmektedir (103).

2.4. Defekasyon Sıklığını Etkileyen Faktörler

Biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik faktörler defekasyon alışkanlıklarını etkileyerek defekasyon düzensizliklerine (konstipasyon ve diyare) yol açıp bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir (104, 105).

2.4.1. Biyo-Fizyolojik Faktörler

2.4.1.1. Yaş

İlerleyen yaşla birlikte sağlık durumunda ortaya çıkan değişiklikler bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve yaşlılar karmaşık birçok sağlık problemiyle karşılaşmaktadır. Defekasyon sıklığının yaşla beraber azalması, özellikle konstipasyonun 65 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerde sık görüldüğü belirtilmektedir (100).

Geriatric hastaları arasında yaygın görülen yakınmalar defekasyon problemi olup, bu durum huzurevlerinde kalan yaşlılar arasında morbidite ile sonuçlanabilmektedir (106, 107). Huzurevinde kalan yaşlıların yaklaşık %50-73'ünü etkileyen defekasyon problemi ve konstipasyon endişe verici, kronik ve tekrarlayıcı bir sorun olarak tanımlanmaktadır (108).

Kalori alımının ve bununla birlikte sıvı ve lifli besin alımının azalması, immobilité, genel ağrı veya rahatsızlık, hemoroid veya anal fissure bağlı lokal ağrı, irritabl barsak sendromu veya parkinson hastalığı gibi tıbbi problemler, analjezikler, antidepresanlar gibi ilaç tedavileri, depresyon, stres gibi psikiyatrik bozukluklar ve bireyin yaşantısındaki değişiklikler ileri yaşta defekasyon sıklığını azaltarak konstipasyona neden olmaktadır (109, 117).

2.4.1.2. Cinsiyet

Popülasyona bağlı yapılan büyük örnekleme içeren çalışmalarda, defekasyon sıklığının değişerek konstipasyonun görülme oranı erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlarda 2 kat daha fazla (kadınlarda % 21, erkeklerde % 11) görülmüştür (57, 117). Bu farklılığı kesin bir şekilde açıklayan bir araştırma yoktur. Bazı çalışmalar, konstipasyon prevalansının kadınlarda daha yüksek olmasını kolonik geçiş zamanının uzun olması ve defekasyon sırasında pelvik taban kaslarının yeterince gevşememesi sonucunda defekasyonun yetersiz olması ile ilişkilendirmiştir (118, 119). Buna ek olarak, menstrüel siklusun farklı dönemlerinde kadınlarda barsak fonksiyonu farklılıkları olduğundan diğer bazı çalışmalarda kadın cinsiyet hormonlarının etkileri vurgulanmıştır (120). Ovulasyondan sonra progesteron hormonunun artışı ince barsaktaki ve kolondaki geçişi yavaşlatarak, menstrüel siklusun luterale fazında konstipasyona neden olabilmektedir (121, 122).

ABD’nde ve İngiltere’de bildirilen kronik kabız olguların çoğunluğunun kadın olduğuna, kadınlarda erkeklere göre kronik konstipasyon görülme oranının 2-3 kat fazla olduğuna görülmüştür (123).

2.4.1.3. Hastalıklar ve Kullanılan İlaçlar

Defekasyon alışkanlıklarını değiştiren endokrin nedenler arasında en sık olarak DM ve hipotiroidizm gelmektedir. Diyabetik hastalarda konstipasyon sıklığının %60 oranında olduğuna bildirilmektedir.

Birçok ilaç da teorik olarak konstipasyona yol açabilmektedir. Talley ve arkadaşlarının 2003'te yapmış oldukları bir çalışmada özellikle alüminyum içeren antiasitler, diüretikler, opioidler, antidepresanlar, antispazmotikler ve antikonvülzanların kronik konstipasyon ile yüksek oranda ilişkili oldukları, beta blokerler ve kalsiyum kanal blokerlerinin ise tek değişkenli analizde konstipasyonla ilişkili oldukları fakat bağımsız bir risk faktörü olmadıkları gösterilmiştir (124). 1993'te Talley ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir diğer çalışmada orta yaşlı konstipe hastalarda Aspirinin defekasyonu azalttığı gösterilmiştir (125, 126).

Burak Uz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (127) hastaların %14,5'inde konstipasyona neden olabilecek ilaç kullanım öyküsü vardır ve en sık kullanılan ilaçlar Aspirin (%15,5), kalsiyum kanal blokerleri (%7), antidepresanlar (%4,5) şeklindedir.

Geniş spektrumlu antibiyotikler, osmotik olarak aktif olan karbonhidrat ve aminoasitlerin, gaz ve kısa zincirli yağ asitlerine dönüşümünü sağlayan kolonik bakterilerin sayısını azaltır. Kolonik bakterilerin sayıca azalması, hem osmotik aktif maddelerin birikimine hem de su ve sıvı kaybına neden olur. Clostridium difficile, antibiyotik kullanımı kaynaklı diyare etmenlerinden en sık rastlanılandır (%15-25) (128).

2.4.1.4. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz

Fiziksel aktivite yaşam boyu yapılan, enerji harcamasına sebep olan kardiyorespiratuar dayanıklılığın korunması ve iyileştirilmesini sağlayan, obezite ve ilişkili hastalıkları azaltan, daha uzun yaşam süresi ile sonuçlanan karmaşık bir davranıştır (129).

Birçok çalışmada yürüyüşün barsak hareketleri ile pozitif olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir (130, 131). Bir çalışmada kolonoskopi yapılmadan önce yürüyen hastaların, dinlenenlere göre barsak temizliğinin daha iyi olduğu bulunmuştur (130). Buna benzer olarak diğer bir çalışmada 0,5 km'den daha az yürümenin geriatrik olgularda artmış konstipasyon riski ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (131).

Fiziksel aktivitenin alt gruplarından biri olan egzersiz ise; fiziksel uygunluğun bir veya daha fazla bileşenin iyileştirilmesini hedefleyen planlı, yapılandırılmış, tekrarlı vücut hareketlerini içermektedir; yetişkinlerdeki kronik konstipasyon ile negatif olarak ilişkilidir (78, 129, 132).

Günlük yapılan orta şiddette egzersizin kronik konstipasyonu kadınlarda % 44 oranında azalttığı belirtilmiştir (78). Buna ek olarak, Amerikan Gastroenteroloji Derneği'nin derlemesinde, azalmış fiziksel aktivite düzeyinin kronik konstipasyon ile ilişkili olduğu doğrulanmamıştır (133). Meshkinpour ve arkadaşları, sekiz olguda yaptıkları bir çalışmada düzenli egzersizin defekasyon sıklığında etkin bir rol oynamadığını göstermişlerdir (134). Geriatrik olgularla yapılan bir çalışmada ise, fiziksel olarak aktif kişilerde daha sık defekasyon görüldüğü bildirilmiştir (135).

Son yapılan sistematik derlemede ise, kolon kanseri ve fiziksel aktivite arasında negatif yönde kuvvetli bir ilişki bulunurken, konstipasyon ve fiziksel aktivite arasında negatif yönde düşük bir ilişki bulunmuştur (136).

Kronik konstipasyonu olan olgularda düzenli fiziksel aktivitenin etkisini incelemek amacıyla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, 12 hafta süren fiziksel aktivite programının, olguların toplam kolonik geçiş zamanını kısalttığı, hastaların işaretlediği Roma kriterlerinin sayısını ise, azalttığı bulunmuştur (8).

Fiziksel aktivitenin konstipasyon üzerine olan etkisi net olarak açıklanamamış olsa da, altta yatan mekanizma kolonik motilitenin artması, barsaktaki kan akışının azalması, koşma gibi aktiviteler sırasında vücudun mekanik olarak vibrasyonu nedeni ile barsağın biyomekanik sıçrama hareketlerinin artması, abdominal kasların kolona uyguladığı kompresyonunun artması ve artan enerji tüketimine bağlı olarak lif tüketiminin artması ile konstipasyon şiddetinin azalması şeklinde özetlenebilir (86).

2.4.1.5. Posa ve Sıvı Alımı

Diyet posası esas etkisini kolonda gösterir. Posa alımının artmasıyla defekasyon sıklığı da artar. Normal bağırsak fonksiyonlarının sürdürülebilmesi için yetişkin bireylerin günlük diyetlerinde 20-35 gram kadar posa bulunmalıdır (137).

Literatürde yüksek lifli diyetin gayta ağırlığını ve miktarını arttırdığı, kolon geçiş zamanını azalttığı bildirilmiştir (138-140).

Sıvı alımının azalması ise defekasyon sıklığını azaltarak konstipasyon için potansiyel risk faktörü olabilir. Yapılan bir çalışmada, dehidrasyon ve yavaşlamış kolon geçiş zamanı arasında ilişki bulmuştur (36).

2.4.2. Sosyo-Kültürel ve Ekonomik Faktörler

2.4.2.1. Etnik Köken

Topluma dayalı yapılan çalışmalara göre, Amerika'da yapılan bir çalışmada kadınların %20,8'i, Kanada'da %27,2'si, İspanya'da %40,1'i, Kore'de %22,8'i, Türkiye'de sağlıklı hastane personeli ile yapılan çalışmada kadınların %38,4'ü konstipe olduklarını bildirmiştir (52, 58, 141).

2.4.2.2. Eğitim Düzeyi

Eğitim yılı ve konstipasyonun prevalansı arasında ters yönde korelasyon olduğu gösterilmiştir (57,65).

2.4.2.3. Sosyoekonomik Durum

Bytzer ve arkadaşlarının (7) beş sosyoekonomik sınıf üzerinde [1. gruptan(en yüksekten) 5.gruba(en düşük)] yaptıkları bir anket çalışmasında, defekasyon sıklığının azalarak konstipasyon sıklığı en az 1. grupta (% 6,3) görülürken, en yüksek sıklık 5. grupta (% 10,2) bulunmuştur.

Düşük gelire sahip bireylerde, yüksek gelir düzeyine sahip bireylere göre defekasyon sıklığının anlamlı olarak azaldığı gösterilmiştir (51).

2.4.3. Çevresel Faktörler

Kırsal yerlerde, soğuk bölgelerde yaşamak gibi çevresel faktörler de konstipasyonun gelişmesi için birer risk faktörüdür (27). Mahremiyetin azalması, tuvalet koşullarının yetersizliği ve yaşlının bakımınayardımcı olan kişilere duyulan güven gibi çevresel faktörler defekasyon sıklığının azalarak defekasyon probleminin görülmesine neden olmaktadır (142).

Richmond ve Wright yaptıkları literatür incelemesinde bireylerin hastane tuvaletlerinde dışkılama sırasında güçlük yaşadıklarını, bunun da dışkılama ile ilgili yakınmalara neden olduğunu saptamışlardır. Hastaların oturaklısandalye ya da yatak pedi kullanmalarına ilişkin herhangi bir literatüre rastlanmamasına karşın bunların konstipasyon gelişimi için risk faktörleri olarak ele alınması gerektiğini bildirmişlerdir (59).

2.4.4. Psikolojik Faktörler

2.4.4.1. Anksiyete ve Depresyon

Majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarında barsak alışkanlığında değişiklik olduğu bilinmektedir. Çoğu konstipe hastanın aynı zamanda anksiyeteye sahip olduğu ve depresif olduğunun bilinmesine karşın, bunun bir neden mi yoksa sonuç mu olduğu tam olarak bilinmemektedir (143, 144).

Psikolojik faktörler, kaygı ve depresyonun defekasyon sıklığını azaltarak konstipasyon için uygun ortam oluşturduğu düşünülmektedir. Konstipasyon patogenezinin etki eden bu psikolojik bozuklukların kolonik geçişi yavaşlattığına, ayrıca kadınlar üzerinde daha büyük etki yarattığına inanılmaktadır (10).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, defekasyon sıklığını etkileyebilecek biyo-fizyolojik, sosyo-kültürel ve psikolojik etmenleri sorgulayarak; muhtemel dışkılama problemlerine neden olabilecek tüm faktörleri incelemek amacıyla İstinye Üniversitesi Liv Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran 18-65 yaş arası yetişkin bireyler ile yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, 01.05.17 – 31.05.17 tarihleri arasındaki 1 ay süresince İstinye Üniversitesi Liv Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran 18-65 yaş arası yetişkin bireyler üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Aralık 2016 tarihinde İstanbul Esenyurt'ta açılan İstinye Üniversitesi Liv Hastanesi; eğitim-araştırma çalışmalarını da kapsayacak şekilde üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. İstinye Üniversite Liv Hastanesi'nde 300'ü aşkın yatak kapasitesi, 9 ameliyathane, 94 yoğun bakım/gözlem yatağı bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini 1 Mayıs 2017 – 31 Mayıs 2017 tarihleri arasında İstinye Üniversitesi Liv Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden kronik bağırsak hastalığı olmayan 18-65 yaş arasındaki yetişkin bireyler oluşturmuştur. Polikliniğe; obezite, düşük kilolu olma, iştahsızlık, yanlış beslenme alışkanlığı, kronik hastalık gibi sebeplerle hastalıklarda tıbbi beslenme tedavisini uygulamak için başvurulmaktadır.

Aralık ayında hizmet vermeye başlayan İstinye Üniversitesi Liv Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği Ocak 2017 – Mayıs 2017 tarihleri arasında 522 hasta kabul etmiştir, başvuran 522 kişinin 496 tanesi 18-65 yaş arası yetişkin bireylerdir.

Bu bireylerden aşağıda belirtilen formüle göre örneklem sayısı seçilmiştir.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N - 1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı (N:496)

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (p:0.8)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (q:0.2)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (t:1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma (d:0.05)

Çalışma evreninden basit tesadüfi örneklem yöntemi ile örneklem genişliği hesaplaması yapıldığında, ilgili değerler formülde yerine konulduğunda toplanması gereken minimum olgu sayısı 165 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değerşkenleri

Bireylerin defekasyon alışkanlıkları bağımlı değerşken olarak, sosyodemografik özellikleri, sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma durumu, besin tüketim alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumları, depresyon ve anksiyete seviyeleri bağımsız değerşken olarak alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Anket Formu

Katılımcılara; araştırmacı tarafından literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak hazırlanan toplam 34 soru ve besin tüketim sıklığı sorgulamasından oluşan anket formu uygulanmıştır. Uygulanan anket formu; kişisel bilgiler, beslenme alışkanlıkları, sıvı alımı, sigara ve alkollü ecek tüketimi ve fiziksel aktivite yapma durumu ile ilgili gruplardan oluşmaktadır.

Anket formu çalışmaya katılan bireylerle yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Bu çalışma için Okan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 82 sayılı 20.04.2017 tarihli "Etik Kurul Onayı" alınmıştır. Katılımcılardan çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair yazılı onay formu alınmıştır.

3.5.2. Besin Tüketim Sıklığı Anketi

Bu anket çalışmaya katılan bireylerin ana besin gruplarını (süt ve ürünleri, et ve et ürünleri, kurubaklagiller, tahıl grubu, sebze ve meyveler, yağlı tohumlar, şeker ve şekerli besinler) ve içecekleri hangi sıklıkta tükettiğini saptamak amacıyla kullanılmıştır.

3.5.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck tarafından 1988'de oluşturulmuştur (145). Toplam 21 maddeden oluşmaktadır ve likert tipi olarak hazırlanmıştır. Ölçeğin değerlendirme aşamasında 8-15 puan aralığı hafif düzey anksiyete, 16-25 puan aralığı orta düzey anksiyete, 26-63 puan aralığı şiddetli düzey anksiyete olarak belirlenmiştir. 0 ile 3 arasında puan verilir. Türkçeye uyarlaması ise Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir (146).

3.5.4. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), depresyon tanısı koymadan depresyon belirtilerinin derecesini nesnelolarak sayılara dökmeyi amaçlayan bir ölçektir (Ek 5). Ölçeğin Türkiye'de iki uygulaması bulunmaktadır. Bunlardan biri Beck Depresyon Ölçeği'nin 1961 yılında geliştirilmiş olan formunun Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) adıyla Buket Tegin tarafından yapılmış uyarlamasıdır. Bir diğeri ise Beck Depresyon Ölçeği adı altında BDÖ'nün 1978 formunun Nesrin Şahin tarafından yapılan uyarlamasıdır (147).

Beck Depresyon Ölçeğinde bulunan 21 maddenin her biri 0,1,2,3 ile numaralandırılmış dört cümleyi içermektedir. "0" numaralı cümle, o maddede belirtilen depresif belirtinin olmadığını gösterecek şekilde, diğer numaralarla başlayan cümleler ise o belirtinin daha yoğun şekilde yaşandığını gösterecek şekilde yazılmıştır (148, 149).

Değerlendirme:

- Depresyon yok; 0–10 puan,
- Hafif depresyon; 11–17 puan,
- Orta derecede depresyon; 18–23 puan,
- Şiddetli depresyon; 24 ve üzeri puandan oluşmaktadır ve envanterden alınabilecek toplam puan 0–63 arasındadır.

3.5.5. Antropometrik Ölçümler

3.5.5.1. Vücut Ağırlığı ve Boy Uzunluğu

Bireylerin vücut ağırlığı Tanita Mc 980 MA marka biyoelektriksel impedans analiz cihazı ile sabah aç karnına veya gün içerisinde 3 saat açlık halinde ölçülmüştür. Ölçüm sırasında eller ve ayaklar çıplak ve kuru olarak cihazdaki elektrotlara denk gelecek şekilde yerleştirilmiştir. Ölçümde bireylerin üzerinde herhangi bir metal bulunmamasına dikkat edilmiştir.

Bireylerin boy uzunlukları ise Seca marka boy ölçüm aparatı kullanılarak ölçülmüştür. Boy uzunluğu ölçümü yapılırken hastanın ayaklarının ayakkabısız yan yana konulmasına ve başının Frankfurt düzleminde (göz ve kulak kepçesi üstü aynı hizada, baş ile boyun arası 90 derece) olmasına dikkat edilmiştir.

3.5.5.2. Beden Kütle İndeksi (BKİ)

Aşağıdaki formül ile bireylerin vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları kullanılarak BKİ değerleri hesaplanmıştır (83). Sonuçlar Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflamasına göre yorumlanmıştır (Tablo 4)(150).

$$\text{BKİ: [Vücut ağırlığı (kg) / boy (m)}^2\text{]}$$

Tablo 4: Beden Kütle İndeksi Sınıflaması

BKİ (kg/m²)	Sınıflama
< 18.5	Zayıf
18.5 – 24.9	Normal
25.0 – 29.9	Kilolu
> 30	Obez

3.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması

3.2.1. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, Fisher's Exact Ki-Kare testi ve Continuity (Yates) Düzeltmesi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sınırlılıkları;

- Çalışmanın genel popülasyonda yapılmayıp, özel bir hastanenin beslenme ve diyet polikliniği'ne başvuran bireylerle yapılması ve sonucun genellememesi,
- Yapılan bu çalışmada karıştırıcı faktör olarak, beslenme ve diyet polikliniği'ne başvuran kişilerle çalışıldığı için çalışmaya katılan bireyler arasında fazla kilolu ve obez oranının yüksek olması,
- Verilerin yüz yüze anket yöntemiyle elde edilmesine karşın, bireylerin şahsi bilgilerini aktarırken çekinmeleri,

4. BULGULAR

Yetişkin bireylerde defekasyon sıklığını etkileyebilecek biyo-fizyolojik, sosyo-kültürel ve psikolojik etmenleri sorgulayarak; muhtemel dışkılama problemlerine neden olabilecek tüm faktörleri incelemek amacıyla yapılan çalışmaya 197 kişi katılmıştır. Veriler 1 Mayıs 2017 – 31 Mayıs 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

Tablo 5: Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları

		Min-Maks	Ort±SS
Yaş (yıl)		18-62	33,38±10,06
Boy (cm)		147-194	167,14±8,82
Ağırlık (kg)		40-160	73,19±18,08
BKİ (kg/m ²)		14,53-49,3	27,78±24,08
		n	%
Cinsiyet	Erkek	60	30,5
	Kadın	137	69,5
Yaş	<35	124	62,9
	≥35	73	37,1
BKİ Sınıflaması	Zayıf	5	2,5
	Normal	85	43,1
	Kilolu	60	30,5
	Obez	47	23,9
Medeni Durum	Bekar	74	37,6
	Evli	115	58,4
	Boşanmış	7	3,6
	Dul	1	0,5
Eğitim Durumu	OY değil	1	0,5
	İlkokul	10	5,1
	Ortaokul	6	3,0
	Lise	41	20,8
	Lisans	125	63,5
	Yüksek öğretim	14	7,1
Meslek	Öğrenci	15	7,6
	Çalışmıyor	8	4,1
	Emekli	15	7,6
	Ev hanımı	18	9,1
	Memur	17	8,6
	Sigortalı işçi	113	57,4
	Serbest meslek	11	5,6
	Gelir düzeyi	Geliri giderinden az	36
Gelir, gidere eşit		103	52,3
Gelir, giderden fazla		58	29,4

Çalışmaya katılan bireylerin %30,5'i erkek, %69,5'i kadındır. Bireylerin yaşları 18 ile 62 arasında değişmekte olup, ortalaması $33,38 \pm 10,06$ yıldır. %62,9'u 35 yaş altındayken, %37,1'i 35 yaş ve üzerindedir.

Çalışmaya katılan bireylerin boyları; 147 cm ile 194 cm arasında değişmekte, ortalaması $167,14 \pm 8,82$ cm, ağırlıkları ise 40 kg ile 160 kg arasında değişmekte olup, ortalaması $73,19 \pm 18,08$ kg'dır. Beden kitle indeksleri $14,53 \text{ kg/m}^2$ ile $49,2 \text{ kg/m}^2$ arasında değişmekte olup, ortalaması $27,78 \pm 24,08 \text{ kg/m}^2$ 'dir. %2,5'i zayıf, %43,1'i normal, %30,5'i kilolu ve %23,9'u obezdir.

Çalışmaya katılan bireylerin %37,6'sı bekar, %58,4'ü evli, %3,6'sı boşanmış, %0,5'i duldur.

Çalışmada incelenen bireylerin %0,5'i okur-yazar iken, %5,1'i ilkokul, %3'ü ortaokul, %20,8'i lise, %63,5'i lisans ve %7,1'i yükseköğretim mezunudur. %57,4'ü sigortalı işçi iken, %9,1'i ev hanımı, %8,6'sı memur, %7,6'sı öğrenci, %7,6'sı emekli, %4,6'sı serbest meslek, %4,1'i çalışmıyor ve %1'i diğer meslek gruplarındadır.

Çalışma kapsamındaki bireylerin %52,3'ünün geliri giderine eşitken, %29,4'ünün geliri giderinden fazla, %18,3'ünün geliri giderinden azdır.

Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 6: Bireylerin kronik hastalık bulunma durumları ve hastalıkların dağılımları

		n	%
Kronik Hastalık	Evet	42	21,3
	Hayır	155	78,7
Varolan Kronik Hastalıklar (n=42)	Kalp hastalığı	4	9,5
	Tiroid hastalıkları	14	33,3
	Mide hastalıkları	5	11,9
	Kanser	2	4,8
	Psikiyatrik hastalık	2	4,8
	Diyabet	10	23,8
	Hipertansiyon	14	33,3
	Romatizmal hastalıklar	5	11,9
	Nörolojik hastalıklar	2	4,8
	Alerjik hastalıklar	15	35,7

Çalışmaya katılan bireylerin %21,3'ünün kronik hastalığı vardır. Kronik hastalığı olan 42 bireyin %35,7'sinde alerjik hastalıklar, %33,3'ünde tiroid hastalıkları, %33,3'ünde hipertansiyon, %23,8'inde diyabet, %11,9'unda mide hastalıkları, %11,9'unda romatizmal hastalıklar, %9,5'inde kalp hastalığı, %4,8'inde kanser, %4,8'inde psikiyatrik hastalık ve %4,8'inde nörolojik hastalıklar vardır. Katılan bireylerin hiçbirinde böbrek hastalıkları ve nörolojik hastalıklar yoktur.

Çalışmaya katılan bireylerde kronik hastalık bulunma durumları ve hastalıkların dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 7: Bireylerin düzenli ilaç ve multivitamin-mineral kullanımlarının dağılımı

		n	%
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	44	22,3
	Hayır	153	77,7
Düzenli olarak vitamin-mineral-probiyotik desteği kullanma	Evet	24	12,2
	Hayır	173	87,8

Çalışmaya katılan bireylerin %22,3'ü düzenli ilaç, %12,2'si düzenli olarak vitamin-mineral-probiyotik desteği kullanmaktadır. Bireylerin düzenli ilaç ve multivitamin-mineral kullanım durumları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Bireylerin çekirdek aile ve 1. derece akrabalarının hastalıklarının dağılımı

		n	%
Aile veya 1.derece akrabalarda kronik hastalık	Evet	114	57,9
	Hayır	83	42,1
Varolan kronik hastalıklar (n=114)	Kalp hastalığı	40	35,1
	Tiroid hastalıkları	23	20,2
	Mide hastalıkları	14	12,3
	Böbrek hastalıkları	7	6,1
	Kanser	17	14,9
	Psikiyatrik hastalık	8	7,0
	Diyabet	47	41,2
	Hipertansiyon	59	51,8
	Karaciğer hastalıkları	3	2,6
	Romatizmal hastalıklar	13	11,4
	Nörolojik hastalıklar	4	3,5
	Alerjik hastalıklar	11	9,6

Çalışmaya katılan bireylerin %57,9'unun ailesinde veya 1.derece akrabalarında kronik hastalık vardır. Kronik hastalığı olan yakını olan 114 bireyin yakınlarının %51,8'inde hipertansiyon, %41,2'sinde diyabet, %35,1'inde kalp hastalığı, %20,2'sinde tiroid hastalıkları, %14,9'unda kanser, %12,3'ünde mide hastalıkları, %11,4'ünde romatizmal hastalıklar, %9,6'sında alerjik hastalıklar, %7'sinde psikiyatrik hastalık, %6,1'inde böbrek hastalıkları, %3,5'inde nörolojik hastalıklar ve %2,6'sında karaciğer hastalıkları vardır.

Bireylerin çekirdek aile ve 1. Derece akrabalarında varolan kronik hastalıkların dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 9: Sigara ve alkol kullanımı ile ilgili bilgilerin dağılımı

		n	%
Sigara Kullanımı	Evet	56	28,4
	Hayır	131	66,5
	Bırakmış	10	5,1
Alkol Kullanımı	Evet	63	32,0
	Hayır	130	66,0
	Bırakmış	4	2,0

Çalışmaya katılan bireylerin %28,4’ü sigara içiyorken, %66,5’i sigara içmiyor, %5,1’i sigarayı bırakmıştır. Sigara içen bireylerin günlük sigara adetleri 2 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalaması 10.34 ± 7.34 , medyanı 10 adettir.

Bireylerin %32’si alkol kullanıyorken, %66’sı alkol kullanmıyor ve %2’si alkolü bırakmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin sigara ve alkol kullanma alışkanlıklarının dağılımı Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 10: Bireylerin fiziksel aktivite alışkanlıklarının dağılımı

		Min-Maks	Ort±SS
Düzenli egzersiz yapma	Evet	51	25,9
	Hayır	146	74,1
Yapılan egzersizler (n=51)	Fitness	17	33,3
	Fitness, Pilates	2	3,9
	Futbol	2	3,9
	Kardiyo	2	3,9
	Kickbox	1	2,0
	Pilates	6	11,8
	Trambolin	1	2,0
	Yürüyüş	16	31,4
	Yürüyüş, Yüzme	2	3,9
	Yüzme	2	3,9
	Egzersiz yapmama nedeni (n=146)	Zaman yetersizliği	98
Maddi imkan yetersizliği		12	8,2
Alışkın olmama		48	32,9
Çevrede uygun yer olmaması		11	7,5
Sağlık sorunları		38	26,0
	Diğer	4	2,7

Çalışmaya katılan bireylerin %25,9'u düzenli egzersiz yapmaktadır. Egzersiz yapan bireylerin %33,3'ü fitness, %31,4'ü yürüyüş, %11,8'i pilates, ikişer kişi (%3,9) fitness+pilates, futbol, kardiyo, yürüyüş+yüzme ve yüzme, birer kişi (%2) kickbox ve trambolin yapmaktadır. Egzersiz yapılan gün sayısı haftada 1 gün ile 7 gün arasında değişmekte olup, ortalaması 3.70±1.56, medyanı 3 gündür. Süresi 15 dk ile 120 dk arasında değişmekte olup, ortalaması 56.43±23.25, medyanı 60 dakikadır.

Egzersiz yapmayanlara bunun nedeni sorulduğunda %67.1'i zaman yetersizliği, %32,9'u alışkın olmama, %26'sı sağlık sorunları, %8.2'si maddi imkan yetersizliği, %7,5'i çevrede uygun yer olmayışı ve %2,7'si diğer nedenleri (2 kişi yorgunluk, birer kişi tembellik ve canı istememe) söylemiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin fiziksel aktivite alışkanlıklarının dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 11: Cinsiyete göre düzenli egzersiz yapma ve egzersiz yapmama nedenlerinin dağılımı

		Erkek		Kadın		p
		n	(%)	n	(%)	
Düzenli	Evet	22	%36,7	29	%21,2	¹ 0,022*
egzersiz	Hayır	38	%63,3	108	%78,8	
Egzersiz	Zaman yetersizliği	27	%71,1	71	%65,7	¹ 0,549
yapmama	Maddi imkan yetersizliği	3	%7,9	9	%8,3	² 1,000
nedeni (n=146)	Alışkın olmama	8	%21,1	40	%37,0	³ 0,109
	Çevre Koşulları	0	%0	11	%10,2	² 0,067
	Sağlık sorunları	7	%18,4	31	%28,7	³ 0,304

¹Ki-kare test²Fisher's Exact Test³Continuity (yates) düzeltmesi

* p<0.05

Cinsiyet ile fiziksel aktivite alışkanlıkları arasındaki ilişki araştırılmış olup, erkeklerin düzenli egzersiz yapma oranları (%36,7), kadınlardan (%21,2) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p<0.05).

Cinsiyetlere göre zaman yetersizliği, maddi imkan yetersizliği, alışkın olmama, çevrede egzersiz yapmak için uygun yer olmaması, sağlık sorunları nedenleriyle egzersiz yapmama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Cinsiyetlere göre düzenli egzersiz yapma ve egzersiz yapmama nedenlerinin dağılımı Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 12: Bireylerin günlük öğün sayıları ve öğün atlama nedenlerinin dağılımı

	Min-Maks	Ort±SS	
Günlük öğün sayısı	1-6	3,49±1,09	
	n	%	
Yenilen öğünler	Sabah kahvaltısı	172	87,3
	Öğle yemeği	163	82,7
	Akşam yemeği	187	94,9
	Sabah-öğle arası	36	18,3
	Öğle-akşam arası	82	41,6
	Akşam yemeğinden sonra	47	23,9
Öğün atlama	Evet	150	76,1
	Hayır	47	23,9
Atlama nedenleri (n=150)	Sabah kahvaltısı	36	24,0
	Öğle yemeği	69	46,0
	Akşam yemeği	21	14,0
	Sabah-öğle arası	85	56,7
	Öğle-akşam arası	69	46,0
	Akşam yemeğinden sonra	79	52,7
Öğün atlama nedenleri (n=150)	Zayıflamak için	8	5,3
	Açlık hissetmediği için	90	60,0
	Bulduğu yerde uygun yemek olmadığı için	26	17,3
	3 ana öğünü gereksiz bulduğu için	5	3,3
	Öğün atlayarak kan şekerinin daha düzenli olacağını düşündüğü için	1	0,7
	Diğer	35	23,3
	Diğer nedenler (n=35)	Diyet Düşüncesiyle	1
İş Yoğunluğu Nedeniyle		1	2,9
İştahsızlık		1	2,9
Tembellik		1	2,9
Unutmak		2	5,7
Uyanamadığı için		1	2,9
Üşenmek		1	2,9
Zamansızlık		27	77,1

Çalışmaya katılan bireylerin günlük öğün sayıları 1 ile 6 kez arasında değişmekte olup, ortalaması 3.49±1.09, medyanı 3 kezdir. %87,2'ü sabah kahvaltısı, %82,7'si öğle yemeği, %94,9'u akşam yemeği, %18,3'ü sabah-öğle arası, %41,6'sı öğle-akşam arası ve %23,9'u akşam yemeğinden sonra öğün tüketmektedir.

Bireylerin %76,1'i öğün atlamaktadır. Öğün atlayanların %24'ü sabah kahvaltısını, %46'sı öğle yemeğini, %14'ü akşam yemeğini, %56,7'si sabah-öğle arasını, %46'sı öğle-akşam arasını ve %52,7'si akşam yemeğinden sonrasını atlamaktadır. Bireylere öğün atlama nedenleri sorulduğunda %60'ı açlık hissetmediği için, %17,3'ü bulunduğu yerde uygun yemek olmadığı için, %5,3'ü zayıflamak için, %3,3'ü 3 ana öğünü gereksiz bulduğu için, %0,7'si öğün atlayarak kan şekerinin daha düzenli olacağını düşündüğü için, %23,3'ü de diğer nedenlerle öğün atlamaktadır. Diğer nedenlerle öğün atlayanların %77,1'i zamansızlıktan öğün atlamaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin günlük öğün sayıları ve öğün atlama nedenleri Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 13: Bireylerin ara öğün sıklığı ve ara öğün tercihlerinin dağılımı

	Min-Maks	Ort±SS
Günlük su tüketimi (bardak)	0-25	7,61±4,14
Egzersiz sıklığı (gün)	1-7	3,70±1,56
Egzersiz sıklığı (dk)	15-120	56,43±23,25
	n	%
	105	53,3
Taze-kuru meyveler	60	30,5
Süt, yoğurt, ayran	62	31,5
Kraker, bisküvi	57	28,9
Ara öğünlerde tüketilen Çikolata, gofret	89	45,2
besinler Yağlı tohumlar	28	14,2
Sandviç, tost, galeta, grisini	24	12,2
Poğaç, simit, börek	6	3,0
Diğer	1	0,5
1 saat	11	5,6
Gün içerisinde iki öğün 2 saat	68	34,5
arası süre 3 saat	117	59,4
4 saat ve daha fazla		

Çalışmaya katılan bireylerin %53,3'ü ara öğünlerde taze-kuru meyve tüketiyorken, %30,5'i süt-yoğurt-ayran, %31,5'i kraker-bisküvi, %28,9'u çikolata-gofret, %45,2'si yağlı tohumlar, %14,2'si sandviç-tost-galeta-grisini, %12,2'si poğaçasimit-börek ve %3'ü diğer besinleri (cornflakes, kefir-wasa, müsli, şekeriz çay/kahve, tatlı, yeşil çay) tüketmektedir.

Gün içerisinde iki öğün arası süre bireylerin %59,4'ünde 4 saat ve üzerindeyken, %34,5'inde 3 saat, %5,6'sında 2 saat ve %0,5'inde 1 saattir.

Çalışmaya katılan bireylerin ara öğün sıklığı ve ara öğünde tercih edilen gıdaların dağılımı Tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 14: Bireylerin su tüketim alışkanlıklarının dağılımı

	Min-Maks	Ort±SS
Günlük su tüketimi (bardak)	0-25	7,61±4,14

Mann Whitney U test

Çalışmaya katılan bireylerin günlük su tüketimleri 0 ile 25 bardak arasında değişmekte olup, ortalaması 7.61±4.14, medyanı 7 bardaktır. Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 15: Cinsiyete göre günlük su tüketiminin dağılımı

	Günlük su tüketimi (bardak)		p
	Ort±SS	Medyan	
Erkek	7,35±3,96	6,5	0,674
Kadın	7,73±4,22	7	

Mann Whitney U test

Cinsiyet ile su tüketimi arasındaki ilişkiye bakıldığında, cinsiyet ile günlük tüketilen su miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo 16: Bireylerin besin tüketim sıklıklarının dağılımları

Besinler	Tüketim sıklığı (%)											
	Hergün		Haftada 3-5		Haftada 1-2		15 günde 1		Ayda 1		Hiç	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Süt ve Ürünleri												
Süt	38	%19,3	30	%15,2	46	%23,4	22	%11,2	15	%7,6	46	%23,4
Yoğurt	99	%50,3	51	%25,)	33	%16,8	7	%3,6	2	%1,)	5	%2,5
Beyaz Peynir	138	%70,1	30	%15,2	18	%9,1	3	%1,5	1	%0,5	7	%3,6
Kaşar Peyniri	44	%22,3	29	%14,7	46	%23,4	23	%11,7	22	%11,2	33	%16,8
Diğer Peynirler	6	%3,0	4	%2,0	9	%4,6	3	%1,5	3	%1,5	172	%87,3
Ayran	32	%16,2	42	%21,3	66	%33,5	27	%13,7	18	%9,1	12	%6,1
Kefir	6	%3,0)	4	%2,0	12	%6,1	4	%2,0	8	%4,1	163	%82,7
Et ve Et Ürünleri												
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Kırmızı Et	14	%7,1	72	%36,5	76	%38,6	15	%7,6	10	%5,1	10	%5,1
Tavuk	6	%3,0	57	%28,9	89	%45,2	27	%13,7	10	%5,1	8	%4,1
Balık	1	%0,5	8	%4,1	85	%43,1	50	%25,4	38	%19,3	15	%7,6
Hindi	0	%0	3	%1,5	10	%5,1	6	%3,0	23	%11,7	155	%78,7
Salam, Sucuk vb.	1	%0,5	15	%7,6	26	%13,2	32	%16,2	37	%18,8	86	%43,7
Deniz Ürünleri	0	%0	3	%1,5	22	%11,2	27	%13,7	34	%17,3	111	%56,3
Sakatatlar	3	%1,5	5	%2,5	4	%2,0	11	%5,6	44	%22,3	130	%66,0
Yumurtalar												
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Tavuk	71	%36,0	69	%35,0	38	%19,3	11	%5,6	4	%2,0	4	%2,0
Bıldırcın	0	%0	1	%0,5	3	%1,5	1	%0,5	4	%2,0	188	%95,4
Kurubaklagiller ve Yağlı Tohumlar												
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Kurubaklagiller	6	%3,0	48	%24,4	105	%53,3	28	%14,2	5	%2,5	5	%2,5
Yağlı Tohumlar (ceviz, fındık, ayçekirdeği vb.)	64	%32,5	51	%25,9	53	%26,9	15	%7,6	8	%4,1	6	%3,0
Ekmek ve Diğer Tahıllar												
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ekmek (beyaz)	64	%32,5	14	%7,1	18	%9,1	8	%4,1	4	%2,0	89	%45,2
Ekmek (esmer)	86	%43,7	28	%14,2	22	%11,2	10	%5,1	11	%5,6	40	%20,3
Makarna, Erişte	2	%1,0	31	%15,7	77	%39,1	40	%20,3	16	%8,1	31	%15,7
Pirinç	7	%3,6	27	%13,7	79	%40,1	27	%13,7	22	%11,2	35	%17,8
Bulgur	3	%1,5	33	%16,8	74	%37,6	52	%26,4	14	%7,1	21	%10,7
Yulaf	4	%2	12	%6,1	19	%9,6	19	%9,6	16	%8,1	127	%64,5
Bisküvi, Pasta vb	12	%6,1	42	%21,3	36	%18,3	44	%22,3	24	%12,2	39	%19,8
Sebze ve Meyveler												
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Yeşil Yapraklı Sebzeler	59	%29,9	76	%38,6	48	%24,4	8	%4,1	2	%1	4	%2
Patates	4	%2	45	%22,8	81	%41,1	29	%14,7	20	%10,2	18	%9,1
Diğer Sebzeler	23	%11,7	63	%32	71	%36	17	%8,6	6	%3	17	%8,6
Meyveler	99	%50,3	51	%25,9	27	%13,7	12	%6,1	4	%2	4	%2
Kuru Meyveler	43	%21,8	27	%13,7	53	%26,9	23	%11,7	16	%8,1	35	17,8
Yağlar												
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Zeytinyağı	118	%59,9	43	%21,8	12	%6,1	8	%4,1	3	%1,5	13	%6,6
Ayçekek yağı	43	%21,8	41	%20,8	31	%15,7	16	%8,1	13	%6,6	53	%26,9
Margarin	7	%3,6	20	%10,2	22	%11,2	23	%11,7	21	%10,7	104	%52,8
Tereyağ	31	%15,7	37	%18,8	43	%21,8	28	%14,2	15	%7,6	43	%21,8
İçyağı-Kuyrukyacağı	0	%0	3	%1,5	4	%2	10	%5,1	12	%6,1	168	%85,3
Şeker ve Tatlılar												
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)

	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Çay şekeri	47	%23,9	2	%1	7	%3,6	2	%1	0	%0	139	%70,6
Bal, Reçel, Pekmez	33	%16,8	26	%13,2	52	%26,4	26	%13,2	23	%11,7	37	%18,8
Sütlü Tatlılar	4	%2	13	%6,6	63	%32	56	%28,4	36	%18,3	25	%12,7
Dondurma	7	%3,6	11	%5,6	37	%18,8	34	%17,3	64	%32,5	44	%22,3
Meyveli Tatlılar	0	%0	6	%3	33	%16,8	45	%22,8	53	%26,9	60	%30,5
Hamur Tatlıları	1	%0,5	9	%4,6	21	%10,7	50	%25,4	61	%31	55	%27,9
Çikolata	27	%13,7	35	%17,8	52	%26,4	26	%13,2	26	%13,2	31	%15,7
Diğer	Hergün		Haftada 3-5		Haftada 1-2		15 günde 1		Ayda 1		Hiç	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ketçap	3	%1,5	14	%7,1	32	%16,2	27	%13,7	31	%15,7	90	%45,7
Mayonez	2	%1	12	%6,1	26	%13,2	20	%10,2	26	%13,2	111	%56,3
Zeytin ve/veya ezmesi	65	%33	32	%16,2	25	%12,7	11	%5,6	8	%4,1	56	%28,4
Turşu	11	%5,6	32	%16,2	50	%25,4	39	%19,8	28	%14,2	37	%18,8
İçecekler	Hergün		Haftada 3-5		Haftada 1-2		15 günde 1		Ayda 1		Hiç	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Çay	174	%88,3	15	%7,6	5	%2,5	0	%0	1	%0,5	2	%1
Kahve	130	%66	35	%17,8	15	(%7,6	6	%3	4	%2	7	%3,6
Kolalı İçecekler	5	%2,5	21	%10,7	29	%14,7	22	%11,2	24	%12,2	96	%48,7
Soda	21	%10,7	35	%17,8	53	%26,9	29	%14,7	25	%12,7	34	%17,3
Limonata	3	%1,5	5	%2,5	19	%9,6	25	%12,7	50	%25,4	95	%48,2
Taze Meyve Suları	4	%2	12	%6,1	24	%12,2	30	%15,2	47	%23,9	80	%40,6
Hazır Meyve Suları	2	%1	10	%5,1	22	%11,2	14	%7,1	22	%11,2	127	%64,5
Şalgam suyu	0	%0	4	%2	6	%3	17	%8,6	35	%17,8	135	%68,5

Çalışma kapsamındaki bireylerin süt ve süt ürünleri tüketim sıklıkları incelendiğinde, %19,3'ünün her gün süt tükettiği, %23,4'ünün haftada 1-2 gün süt tükettiği, %23,4'ünün ise hiç süt tüketmediği görülmüştür. Yoğurt tüketimine bakıldığında %50,3'ünün her gün yoğurt tükettiği, %16,8'inin haftada 1-2 kez tükettiği, %2,5'inin ise hiç yoğurt tüketmediği görülmüştür. Ayrar ve kefirde tüketiminde ise; %16,2'sinin her gün ayrar tükettiği, %33,5'inin haftada 1-2 gün ayrar tükettiği, %6,1'inin ise hiç ayrar tüketmediği görülmüştür. %3'ünün her gün kefir tükettiği, %6,1'inin haftada 1-2 gün kefir tükettiği, %82,7'sinin ise hiç kefir tüketmediği görülmüştür. Peynir tüketimleri incelendiğinde, beyaz peynir tüketiminin her gün %70,1, haftada 1-2 gün %9,1, hiç tüketmeyenlerin ise %3,6 olduğu görülmüştür.

Kaşar peyniri ise, her gün tüketenlerin %22,3, haftada 1-2 gün tüketenlerin %23,4, hiç tüketmeyenlerin %16,8 olduğu görülmüştür. Diğer tüketilen peynir çeşitleri örgü peynir, cheddar peyniri, lor peyniri, parmesan peyniri, üçgen peynir, krem peynir ve köy peyniridir.

Katılımcı bireylerin et tüketim sıklıkları incelendiğinde, kırmızı eti %7,1'inin her gün tükettiği, %38,6'sının haftada 1-2 gün tükettiği, %5,1'inin ise hiç tüketmediği görülmüştür. Tavuk eti tüketimi incelendiğinde %3'ünün her gün tükettiği, %45,2'sinin haftada 3-5 gün tükettiği, %4,1'inin ise hiç tavuk eti tüketmediği görülmüştür. Balık tüketimi incelendiğinde %0,5'inin her gün balık tükettiği, %43,1'inin haftada 1-2 gün tükettiği, %7,6'sının hiç tüketmediği görülmüştür. Hindi eti tüketimi incelendiğinde, hiçbirinin her gün hindi eti tüketmediği, %5,1'inin haftada 1-2 gün tükettiği, %11,7'sinin ayda bir tükettiği, %78,7'sinin hiç hindi eti tüketmediği görülmüştür. Salam, sosis, sucuk gibi işlenmiş et ürünlerinin tüketim sıklığı incelendiğinde, %0,5'inin her gün tükettiği, %188'inin ayda bir tükettiği, %43,7'sinin ise hiç tüketmediği görülmüştür.

Çalışmaya katılan bireylerin tavuk yumurtası tüketimleri incelendiğinde, %36'sının her gün tükettiği, %35'inin haftada 3-5 gün tükettiği, %4'ünün hiç tüketmediği görülmüştür. Bıldırcın yumurtası tüketimleri ise, hiçbirinin her gün tüketmediği, %2'sinin ayda 1 kez, %95,4'ünün ise hiç tüketmediği görülmüştür.

Çalışmadaki bireylerin kurubaklagil tüketimleri incelendiğinde, %3'ünün her gün tükettiği, %53,3'ünün haftada 1-2 gün tükettiği, %2,5'inin ise hiç tüketmediği görülmüştür.

Katılımcı bireylerin yağlı tohumlar tüketimleri incelendiğinde, %32,5'inin her gün tükettiği, %26,9'unun haftada 1-2 kez tükettiği, %3'ünün ise hiç tüketmediği görülmüştür.

Çalışmadaki bireylerin ekmeğin tüketimleri incelendiğinde; beyaz ekmeğin tüketiminin, %32,5'inin her gün, %9,1'inin haftada 1-2 gün, hiç tüketmeyenlerin ise %45,2 olduğu görülmüştür. Esmer ekmeğin tüketimi incelendiğinde %43,7'sinin her gün tükettiği, %14,2'sinin haftada 3-5 gün tükettiği, %20,3'ünün ise hiç tüketmediği görülmüştür.

Katılımcı bireylerin makarna ve erişte tüketim sıklığı incelendiğinde, %1'inin her gün tükettiği, %39,1'inin haftada 1-2 gün tükettiği, %15,7'sinin ise hiç tüketmediği görülmüştür. Pirinç tüketim sıklığı incelendiğinde, %3,6'sının her gün tükettiği, %40,1'inin haftada 1-2 gün tükettiği, %17,8'inin ise hiç tüketmediği görülmüştür. Bulgur tüketim sıklığı incelendiğinde, %1,5'inin her gün tükettiği, %37,6'sının haftada 1-2 gün tükettiği, %10,7'sinin ise hiç tüketmediği görülmüştür. Hamur işleri, bisküvi, pasta, kek, kurabiye tüketim sıklıkları incelendiğinde %6,1'inin bu besinleri her gün tükettiği, %22,3'ünün 15 günde 1 tükettiği, %19,8'inin ise hiç tüketmediği görülmüştür.

Katılımcı bireylerin yeşil yapraklı sebzelerin tüketim sıklığı incelendiğinde %29,9'unun her gün tükettiği %38,6'sının haftada 3-5 gün tükettiği %2'sinin ise hiç tüketmediği görülmüştür. Patatesin tüketim sıklığı incelendiğinde, %2'sinin her gün tükettiği, %41,1'inin haftada 1-2 kez tükettiği %9,1'inin ise hiç tüketmediği görülmüştür.

Çalışmaya katılan bireylerin taze meyvelerin tüketim sıklığı incelendiğinde, %50,3'ünün her gün tükettiği, %25,9'unun haftada 3-5 gün tükettiği, %2'sinin ise hiç meyve tüketmediği görülmüştür. Kuru meyveler ise, her gün tüketenler %21,8'ini, haftada 1-2 gün tüketenler %26,9'unu, hiç tüketmeyenler ise %17,8'ini oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin sıvı yağ tüketim sıklığı incelendiğinde; katılımcıların %59,9'unun her gün, %21,8'inin haftada 3-5 gün tükettiği, %6,6'sının ise hiç zeytinyağı tüketmediği görülmüştür. %21,8'inin her gün, %20,8'inin haftada 3-5 gün tükettiği, %26,9'unun ise hiç ayçiçek yağı tüketmediği görülmüştür. Margarinin tüketim sıklığı incelendiğinde, %3,6'sının her gün tükettiği, %11,7'sinin 15 günde 1 tükettiği, %52,8'inin ise hiç margarin tüketmediği görülmüştür.

Tereyağın tüketim sıklığı incelendiğinde, %15,7'sinin her gün, %21,8'inin haftada 1-2 gün tereyağı tükettiği, %21,8'inin ise hiç tereyağı tüketmediği görülmüştür.

İçyağı ve kuyruk yağı tüketim sıklığı incelendiğinde, bireylerin %85,3'ünün hiç tüketmediği görülmüştür.

Katılımcı bireylerin çay şekeri tüketim sıklığı incelendiğinde %23,9'unun her gün tükettiği, %3,6'sının haftada 1-2gün tükettiği, %70,6'sının ise hiç tüketmediği görülmüştür.

Çalışmadaki bireylerin bal, reçel, pekmez tüketim sıklığı incelendiğinde, %16,8'inin her gün tükettiği, %26,4'ünün haftada 1-2 gün tükettiği, %18,8'inin ise hiç tüketmediği görülmüştür. Sütlü tatlıların tüketim sıklığı incelendiğinde %2'sinin her gün, % 32'sinin haftada 1-2 gün, %12,7'sinin ise hiç tüketmediği görülmüştür. Meyveli tatlıların tüketim sıklığı incelendiğinde %26,9'unun ayda 1 gün tükettiği, %30,5'inin ise hiç tüketmediği görülmüştür. Hamur tatlılarının tüketim sıklığı incelendiğinde, %25,4'ünün 15 günde 1 tükettiği, %31'inin ayda bir tükettiği, %27,9'unun ise hiç tüketmediği görülmüştür. Çikolata tüketim sıklığı incelendiğinde, %13,7'sinin her gün, %26,4'ünün haftada 1-2 gün tükettiği %15,7'sinin ise hiç çikolata tüketmediği görülmüştür.

Katılımcı bireylerin ketçap tüketim sıklığı incelendiğinde, %45,7'sinin hiç ketçap tüketmediği, %16,7'sinin haftada 1-2 gün ketçap tükettiği görülmüştür. Mayonez tüketim sıklığı incelendiğinde %13,2'sinin haftada 1-2 gün, %13,2'sinin ayda 1 gün mayonez tükettiği, %56,3'ünün ise hiç tüketmediği görülmüştür.

Bireylerin çay tüketim sıklığı incelendiğinde, %88,3'ünün her gün tükettiği, %7,6'sının ise haftada 3-5 gün çay tükettiği görülmüştür. Kahve tüketim sıklığı incelendiğinde, %66'sının her gün kahve, %17,8'inin haftada 3-5 gün kahve tükettiği görülmüştür. Kolalı içeceklerin tüketim sıklığı incelendiğinde, %48,7'sinin hiç tüketmediği, %14,7'sinin haftada 1-2 gün tükettiği görülmüştür. Soda tüketimi incelendiğinde, %26,9'unun haftada 1-2 gün, %17,8'inin ise haftada 3-5 gün soda tükettiği görülmüştür.

Bireylerin limonata tüketimi incelendiğinde, %48,2'sinin hiç tüketmediği, %25,4'ünün ayda 1 tükettiği görülmüştür. Taze meyve sularının tüketim sıklığı incelendiğinde, %40,6'sının hiç tüketmediği, %23,9'unun ise ayda 1 gün tükettiği görülmüştür.

Hazır meyve sularının tüketimi incelendiğinde, %64,5'inin hiç hazır meyve suyu tüketmediği, %11,2'sinin haftada 1-2 gün, %11,2'sinin ayda 1 gün tükettiği görülmüştür. Şalgam suyu tüketimi incelendiğinde, %68,5'inin hiç tüketmediği, %17,8'inin ise ayda 1 tükettiği görülmüştür.

Çalışmaya katılan bireylere ait besin tüketim sıklığı tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 17: Bireylerin defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Min-Maks	Ort±SS
Defekasyon için tuvalette harcanan süre (dk)		2-40	8,26±5,25
		n	%
Defekasyon sıklığı	Günde bir kez	98	49,7
	Günde iki kez	54	27,4
	İki günde bir kez	30	15,2
	Üç günde bir kez	7	3,6
	Diğer	8	4,1
Defekasyon alışkanlığı	Defekasyon isteği geldiğinde hemen tuvalete gitmeyip, erteleme	63	32,0
	Defekasyon isteği geldiğinde hemen tuvalete gitme, ertelememe	134	68
Defekasyon hissinin oluşma zamanı	Sabah kalktığında	78	39,6
	Egzersiz sonrası	6	3,0
	Öğünlerden sonra	68	34,5
	Sabah kalktığında ve öğünlerden sonra	21	10,7
	Diğer	24	12,2
Makatta defekasyonu zorlaştıracak basur/çatlak varlığı	Evet	32	16,2
	Hayır	165	83,8
Defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma	Evet	73	37,1
	Hayır	124	62,9
Başvurulan yöntemler (n=73)	Bol sıvı tüketimi	40	54,8
	Egzersiz/yürüyüş yapma	12	16,4
	Meyve-sebze tüketimi	30	15,2
	Dışkı yumuşatıcı ilaç alma	11	15,1
	Bitki çayı içme	33	45,2
	Diğer	4	5,5

Çalışmaya katılan bireylerin %49,7'si günde bir kez, %27,4'ü günde iki kez, %15,2'si iki günde bir kez, %3,6'sı üç günde bir kez ve %4,1'i diğer sıklıklarda defekasyon yapmaktadır. %68'i defekasyon isteği geldiğinde hemen tuvalete giderken, %32'si hemen gitmeyip ertelemektedir.

Defekasyon için tuvalette harcanan süre 2 dk ile 40 dk arasında değişmekte olup, ortalaması 8.26 ± 5.25 , medyanı 7 dakikadır.

Bireylerin %39,6'sının defekasyon hissi sabah kalktığında oluyorken, %34,5'inin öğünlerden sonra, %12,2'sinin diğer zamanlarda, %10,7'sinin sabah kalktığında ve öğünlerden sonra ve %3'ünün egzersiz sonrası olmaktadır.

Katılan bireylerin %16,2'sinin makatında defekasyonu zorlaştıracak basur-çatlak bulunmaktadır.

Katılan bireylerin %37,1'i defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurmaktadır. %54,8'i bol sıvı tükettiğini söylerken, %16,4'ü egzersiz-yürüyüş yaparım, %15,2'si meyve-sebze tüketirim, %15,1'i dışkı yumuşatıcı ilaç alırım, %45,2'si bitki çayı içerim ve %5,5'i diğer yöntemleri denerim demiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin defekasyon alışkanlıklarının dağılımı Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 18: Yaş göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Yaş				p
		<35		≥35		
		n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	115	%92,7	67	%91,8	³ 1,000
	Nadir çıkan	9	%7,3	6	%8,2	
Defekasyonu kolaylaştırmak için yola başvurma	Evet	44	%35,5	29	%39,7	¹ 0,552
	Hayır	80	(%64,5	44	%60,3	
Başvurulan yöntemler	Bol sıvı tüketimi	26	%21	14	%19,2	¹ 0,763
	Egzersiz yapma	8	%6,5	4	%5,5	² 1,000
	Meyve-sebze tüketimi	18	%14,5	12	%16,4	³ 0,875
	Dışkı yumuşatıcı ilaç alma	7	%5,6	4	%5,5	² 1,000
	Bitki çayı içme	23	%18,5	10	%13,7	³ 0,495

¹Ki-kare test ²Fisher's Exact Test ³Continuity (yates) düzeltmesi

Bireylerin yaş gruplarına göre defekasyon alışkanlıkları arasındaki ilişki araştırıldığında, yaş grupları ile defekasyon sıklıkları, defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 19: Cinsiyete göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Cinsiyet				p
		Erkek		Kadın		
		n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	56	%93,3	126	%92,0	² 1,000
	Nadir çıkan	4	%6,7	11	%8,0	
Defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma	Evet	10	%16,7	63	%46,0	¹ 0,001*
	Hayır	50	%83,3	74	%54,0	
Başvurulan yöntemler	Bol sıvı tüketimi	9	%15,0	31	%22,6	³ 0,302
	Egzersiz yapma	3	%5,0	9	%6,6	² 1,000
	Meyve-sebze tüketimi	5	%8,3	25	%18,2	³ 0,117
	Yumuşatıcı ilaç alma	1	%1,7	10	%7,3	² 0,178
	Bitki çayı içme	3	%5,0	30	%21,9	³ 0,007*

¹Ki-kare test²Fisher's Exact Test³Continuity (yates) düzeltmesi

*p<0.05

Bireylerin cinsiyetlerine göre defekasyon alışkanlıkları arasındaki ilişki araştırıldığında, cinsiyet ile defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Kadınların defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları (%46), erkeklerden (%16,7) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$).

Cinsiyete göre defekasyonu kolaylaştırmak için bol sıvı tüketme, egzersiz/yürüyüş yapma, meyve sebze tüketme ve dışkı yumuşatıcı ilaç alma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0.05$); kadınların defekasyonu kolaylaştırmak için bitki çayı içme sıklıkları (%21,9), erkeklerden (%5) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetleri ile defekasyon alışkanlıkları arasındaki ilişkinin dağılımı Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 20: Eğitim düzeyine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Eğitim						p
		İlköğretim		Lise		Yükseköğretim ve üzeri		
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	17	%100	38	%92,7	127	%91,4	0,447
	Nadir çıkan	0	%0	3	%7,3	12	%8,6	
Defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma	Evet	7	%41,2	15	%36,6	51	%36,7	0,934
	Hayır	10	%58,8	26	%63,4	88	%63,3	
Başvurulan yöntemler	Bol sıvı tüketimi	4	%23,5	6	%14,6	3	%21,6	0,587
	Egzersiz yapma	1	%5,9	3	%7,3	8	%5,8	0,934
	Meyve-sebze tüketimi	2	%11,8	8	%19,5	20	%14,4	0,665
	Dışkı yumuşatıcı alma	1	%5,9	1	%2,4	9	%6,5	0,612
	Bitki çayı içme	2	%11,8	6	%14,6	25	%18	0,746

Ki-kare test

Bireylerin eğitim düzeyi ile defekasyon alışkanlıkları arasındaki ilişki araştırıldığında, eğitim düzeyine göre defekasyon sıklıkları ve defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tablo 20.'de gösterilmiştir.

Tablo 21: Gelir düzeyine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Gelir Düzeyi						p
		Gelirim giderden az		Gelirim giderime eşit		Gelirim giderimden fazla		
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	32	%88,9	99	%96,1	51	%87,9	0,116
	Nadir çıkan	4	%11,1	4	%3,9	7	%12,1	
Defekasyonu kolaylaştırmak için bir yola başvurma	Evet	14	%38,9	37	%35,9	22	%37,9	0,938
	Hayır	22	%61,1	66	%64,1	36	%62,1	
Başvurulan yöntemler	Bol sıvı tüketimi	10	%27,8	17	%16,5	13	%22,4	0,313
	Egzersiz yapma	4	%11,1	6	%5,8	2	%3,4	0,316
	Meyve-sebze tüketimi	4	%11,1	18	%17,5	8	%13,8	0,616
	Dışkı yumuşatıcı alma	2	%5,6	6	%5,8	3	%5,2	0,985
	Bitki çayı içme	6	%16,7	19	%18,4	8	%13,8	0,750

Ki-kare test

Bireylerin gelir düzeyi ile defekasyon alışkanlıkları arasındaki ilişki araştırıldığında, gelir düzeyine göre defekasyon sıklıkları ve defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 22: BKİ'ne göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		BKİ								
		Zayıf		Normal		Kilolu		Obez		p
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık	5	%100	76	%89,4	56	%93,3	45	%95,7	0,510
	Nadir	0	%0	9	%10,6	4	%6,7	2	%4,3	

Ki-kare test

Bireylerin beden kütle indeksi ile defekasyon sıklıkları arasındaki ilişki araştırıldığında, beden kitle indeksi ile defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 23: Kronik hastalık varlığına göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Kronik Hastalık				p
		Var		Yok		
		n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	38	%90,5	144	%92,9	² 0,530
	Nadir çıkan	4	%9,5	11	%7,1	
Defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma	Evet	16	%38,1	57	%36,8	¹ 0,875
	Hayır	26	%61,9	98	%63,2	
Başvurulan yöntemler	Bol sıvı tüketimi	7	%16,7	33	%21,3	³ 0,657
	Egzersiz yapma	1	%2,4	11	%7,1	² 0,467
	Meyve-sebze tüketimi	7	%16,7	23	%14,8	³ 0,960
	Dışkı yumuşatıcı alma	3	%7,1	8	%5,2	² 0,704
	Bitki çayı içme	5	%11,9	28	%18,1	³ 0,474

¹*Ki-kare test*

²*Fisher's Exact Test*

³*Continuity (yates) düzeltmesi*

Bireylerin kronik hastalık varlığı ile defekasyon alışkanlıkları arasındaki ilişki araştırıldığında, eğitim düzeyine göre defekasyon sıklıkları ve defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tablo 23’de gösterilmiştir.

Tablo 24: İlaç kullanma durumuna göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Düzenli İlaç Kullanma				p
		Var		Yok		
		n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	39	%88,6	143	%93,5	² 0,333
	Nadir çıkan	5	%11,4	10	%6,5	
Defekasyonu kolaylaştırmak için bir yola başvurma	Evet	17	%38,6	56	%36,6	¹ 0,805
	Hayır	27	%61,4	97	%63,4	
Başvurulan yöntemler	Bol sıvı tüketimi	9	%20,5	31	%20,3	³ 1,000
	Egzersiz yapma	0	%0	12	%7,8	² 0,072
	Meyve-sebze tüketimi	7	%15,9	23	%15	³ 1,000
	Dışkı yumuşatıcı alma	5	%11,4	6	%3,9	² 0,071
	Bitki çayı içme	8	%18,2	25	%16,3	³ 0,953

¹Ki-kare test

²Fisher's Exact Test

³Continuity (yates) düzeltmesi

Çalışma kapsamındaki bireylerin düzenli ilaç kullanma durumları ile defekasyon alışkanlıkları arasındaki ilişki araştırıldığında, eğitim düzeyine göre defekasyon sıklıkları ve defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tablo 24’de gösterilmiştir.

Tablo 25: Su tüketimi ve öğün sayısına göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Günlük Tüketilen Su Miktarı	Günlük Öğün Sayısı
		Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	7,64±4,2 (7)	3,52±1,07 (3)
	Nadir çıkan	7,33±3,35 (6)	3,2±1,32 (4)
	p	0,911	0,594
Defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma	Evet	8,32±3,8 (8)	3,58±1,18 (3)
	Hayır	7,2±4,29 (6)	3,44±1,04 (3)
	p	0,022*	0,562
Bol sıvı tüketimi	Evet	8,93±3,6 (9)	3,63±1,13 (3)
	Hayır	7,28±4,21 (7)	3,46±1,08 (3)
	p	0,004*	0,422
Egzersiz/yürüyüş yapma	Evet	8±3,33 (8)	3,92±1,24 (3,5)
	Hayır	7,59±4,19 (7)	3,46±1,08 (3)
	p	0,541	0,232
Meyve-sebze tüketimi	Evet	7,9±3,12 (7,5)	3,6±1,07 (3)
	Hayır	7,56±4,3 (7)	3,47±1,1 (3)
	p	0,321	0,537
Dışkı yumuşatıcı ilaç alma	Evet	9,45±4,01 (10)	3,73±1,42 (4)
	Hayır	7,51±4,13 (7)	3,48±1,07 (3)
	p	0,085	0,578
Bitki çayı içme	Evet	8,73±3,7 (8)	3,85±1,15 (4)
	Hayır	7,39±4,2 (7)	3,42±1,07 (3)
	p	0,041*	0,042*

*Mann Whitney U Test** $p < 0.05$

Bireylerin defekasyon sıklığına göre günlük su tüketim miktarları ve günlük öğün sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvuran olguların günlük tükettikleri su miktarı, herhangi bir yola başvurmayanların su tüketimlerinden anlamlı şekilde yüksektir ($p<0.05$).

Defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurmayaya göre günlük öğün sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Defekasyonu kolaylaştırmak için bol sıvı tüketen olguların günlük tükettikleri su miktarı, bol sıvı tüketmeyenlerden anlamlı şekilde yüksektir ($p<0.05$) iken; defekasyonu kolaylaştırmak için bol sıvı tüketilmesine göre günlük öğün sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Defekasyonu kolaylaştırmak için egzersiz/yürüyüş yapılmasına, meyve-sebze tüketilmesine, dışkı yumuşatıcı ilaç alınmasına göre günlük su tüketim miktarları ve günlük öğün sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Defekasyonu kolaylaştırmak için bitki çayı içen olguların günlük tükettikleri su miktarı, bitki çayı içmeyenlerden anlamlı şekilde yüksektir ($p<0.05$). Defekasyonu kolaylaştırmak için bitki çayı içen olguların günlük öğün sayıları, bitki çayı içmeyenlerden anlamlı şekilde yüksektir ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan bireylerin su tüketimi ve öğün sayısına göre defekasyon alışkanlarının dağılımı Tablo 25'de gösterilmiştir.

Tablo 26: Egzersiz yapma durumuna göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Egzersiz Yapma				p
		Var		Yok		
		n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	48	%94,1	134	%91,8	² 0,764
	Nadir çıkan	3	%5,9	12	%8,2	
Defekasyonu kolaylaştırmak için bir yola başvurma	Evet	17	%33,3	56	%38,4	³ 0,638
	Hayır	34	%66,7	90	%61,6	
Başvurulan yöntemler	Bol sıvı tüketimi	13	%25,5	27	%18,5	³ 0,386
	Egzersiz yapma	8	%15,7	4	%2,7	² 0,003*
	Meyve-sebze tüketimi	5	%9,8	25	%17,1	³ 0,305
	Dışkı yumuşatıcı alma	2	%3,9	9	%6,2	² 0,732
	Bitki çayı içme	7	%13,7	26	%17,8	³ 0,650

¹Ki-kare test²Fisher's Exact Test³Continuity (yates) düzeltmesi

Çalışmaya katılan bireylerin düzenli egzersiz yapılmasına göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Araştırmadaki bireylerin düzenli egzersiz yapılmasına göre defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Düzenli egzersiz yapılmasına göre defekasyonu kolaylaştırmak için bol sıvı tüketme, meyve sebze tüketme, dışkı yumuşatıcı ilaç alma, bitki çayı içme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Düzenli egzersiz yapanların defekasyonu kolaylaştırmak için egzersiz/yürüyüş yapma sıklıkları (%15,7), düzenli egzersiz yapmayanlardan (%2,7) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan bireylerin düzenli egzersiz yapma durumlarına göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 27: BDÖ ve BAÖ ortalama değerlerinin dağılımı

		Min-Maks	Ort±SS
Anksiyete		0-48	9,82±8,79
Depresyon		0-35	8,64±7,74
		n	%
Anksiyete	Yok	95	48,2
	Hafif	64	32,5
	Orta	28	14,2
	Şiddetli	10	5,1
Depresyon	Yok	139	70,6
	Hafif	31	15,7
	Orta	16	8,1
	Şiddetli	11	5,6

Çalışmaya katılan bireylerin anksiyete skorları 0 ile 48 arasında değişmekte olup, ortalaması 9.82±8.79'dur. Depresyon skorları 0 ile 35 arasında değişmekte olup, ortalaması 8.64±7.74'tür.

Anksiyete skorlamasına bakıldığında; bireylerin %48,2'sinde anksiyete görülmezken, %32,5'inde hafif, %14,2'sinde orta ve %5,1'inde şiddetli anksiyete görülmektedir.

Depresyon skorlamasına bakıldığında; bireylerin %70,6'sında depresyon görülmezken, %15,7'sinde hafif, %8,1'inde orta ve %5,6'sında şiddetli depresyon görülmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin BDÖ ve BAÖ ortalama değerlerinin dağılımını Tablo 27'de gösterilmiştir.

Tablo 28: Anksiyete düzeyine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Anksiyete								p
		Yok		Hafif		Orta		Şiddetli		
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	90	%94,7	54	%84,4	28	%100	10	%100	0,021*
	Nadir çıkan	5	%5,3	10	%15,6	0	(%0	0	%0	
Defekasyonu kolaylaştırmak için bir yola başvurma	Evet	32	%33,7	26	%40,6	12	%42,9	3	%30	0,699
	Hayır	63	%66,3	38	%59,4	16	%57,1	7	%70	
Başvurulan yöntemler	Bol sıvı tüketimi	21	%22,1	13	%20,3	4	%14,3	2	%20	0,845
	Egzersiz yapma	6	%6,3	5	%7,8	1	%3,6	0	%0	0,729
	Meyve-sebze tüketimi	16	%16,8	8	%12,5	6	%21,4	0	%0	0,363
	Dışkı yumuşatıcı alma	1	%1,1	7	%10,9	2	%7,1	1	%10	0,053
	Bitki çayı içme	10	%10,5	15	%23,4	5	%17,9	3	%30	0,113
		<i>Ki-kare test</i>		* $p < 0.05$						

Çalışmaya katılan bireylerin anksiyete düzeyine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Hafif anksiyetesi olan olguların defekasyona nadir çıkma oranları (%15,6), anksiyetesi olmayan (%5,3), orta düzeyde olan (%0) ve şiddetli anksiyetesi olan (%0) olguların nadir çıkma oranlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Katılan bireylerin anksiyete düzeyine göre defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Katılan bireylerin anksiyete düzeyine göre defekasyonu kolaylaştırmak için bol sıvı tüketme, egzersiz/yürüyüş yapma, meyve sebze tüketme, dışkı yumuşatıcı ilaç alma, bitki çayı içme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Anksiyete düzeyleri ile defekasyon alışkanlıkları arasında ilişki Tablo 28'de gösterilmiştir.

Tablo 29: Depresyon düzeyine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Depresyon Düzeyi								p
		Yok		Hafif		Orta		Şiddetli		
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	129	%92,8	27	%87,1	16	%100	10	%90,9	0,454
	Nadir çıkan	10	%7,2	4	%12,9	0	%0	1	%9,1	
Defekasyonu kolaylaştırma için yola başvurma	Evet	51	%36,7	12	%38,7	5	%31,3	5	%45,5	0,895
	Hayır	88	%63,3	19	%61,3	11	%68,7	6	%54,5	
Başvurulan yöntemler	Bol sıvı tüketimi	29	%20,9	8	%25,8	2	%12,5	1	%9,1	0,559
	Egzersiz yapma	7	%5,0	4	%12,9	1	%6,3	0	%0	0,321
	Meyve-sebze tüketimi	21	%15,1	5	%16,1	1	%6,3	3	%27,3	0,521
	Dışkı yumuşatıcı alma	7	%5,0	2	%6,5	0	%0	2	%18,2	0,223
	Bitki çayı içme	20	%14,4	8	%25,8	3	%18,8	2	%18,2	0,486

Ki-kare test

Çalışmaya katılan bireylerin depresyon düzeyleri ile defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Katılan bireylerin depresyon düzeyine göre defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları ile defekasyonu kolaylaştırmak için bol sıvı tüketme, egzersiz/yürüyüş yapma, meyve sebze tüketme, dışkı yumuşatıcı ilaç alma, bitki çayı içme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Katılan bireylerin depresyon düzeyine göre depresyon düzeyleri ile defekasyon alışkanlıkları arasında ilişki Tablo 29’da gösterilmiştir.

Tablo 30: Kurubaklagil tüketimine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Kurubaklagil								p
		Her gün		Sıklıkla		Nadiren		Hiç		
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	5	%83,3	141	%92,2	31	%93,9	5	%100	0,744
	Nadir çıkan	1	%16,7	12	%7,8	2	%6,1	0	%0	
Defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma	Evet	3	%50	58	%37,9	10	%30,3	2	%40	0,767
	Hayır	3	%50	95	%62,1	23	%69,7	3	%60	
Başvurulan yöntemler	Bol sıvı tüketimi	1	%16,7	35	%22,9	3	%9,1	1	%20	0,356
	Egzersiz yapma	1	%16,7	8	%5,2	3	%9,1	0	%0	0,529
	Meyve-sebze tüketimi	0	%0	27	%17,6	2	%6,1	1	%20	0,261
	Dışkı yumuşatıcı alma	1	%16,7	10	%6,5	0	%0	0	%0	0,272
	Bitki çayı içme	0	%0	26	%17	6	%18,2	1	%20	0,729

Ki-kare test

Araştırma kapsamında incelenen yetişkinlerin posa kaynaklı gıdaları tüketim sıklığıyla defekasyon alışkanlıkları arasındaki ilişki incelendiğinde;

Katılımcı bireylerin kurubaklagil tüketimine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Kurubaklagil tüketimine göre defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan bireylerin kurubaklagil tüketimine göre defekasyonu kolaylaştırmak için bol sıvı tüketme, egzersiz/yürüyüş yapma, meyve sebze tüketme, dışkı yumuşatıcı ilaç alma, bitki çayı içme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tablo 30.'da gösterilmiştir.

Tablo 31: Yağlı tohumların tüketimine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Yağlı Tohum Tüketimi								p
		Her gün		Sıklıkla		Nadiren		Hiç		
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	60	%93,8	99	%95,2	18	%78,3	5	%83,3	0,036*
	Nadir çıkan	4	%6,3	5	(%4,8	5	%21,7	1	%16,7	
Defekasyonu kolaylaştırmak için bir yola başvurma	Evet	26	%0,6	37	%35,6	8	%34,8	2	%33,3	0,911
	Hayır	38	59,4	67	%64,4	15	%65,2	4	%66,7	
Başvurulan yöntemler	Bol sıvı tüketimi	13	%20,3	21	%20,2	5	%21,7	1	%16,7	0,994
	Egzersiz yapma	5	%7,8	7	%6,7	0	%0	0	%0	0,515
	Meyve-sebze tüketimi	12	%18,8	14	%13,5	4	%17,4	0	%0	0,567
	Dışkı yumuşatıcı alma	4	%6,3	4	%3,8	2	%8,7	1	%16,7	0,481
	Bitki çayı içme	13	%20,3	13	%12,5	6	%26,1	1	%16,7	0,338
	<i>Ki-kare test</i>									

Yağlı tohumların tüketimine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Nadiren yağlı tohum tüketenlerin defekasyona nadir çıkma oranları (%21,7), her gün tüketen (%6,3) ve sıklıkla tüketenlerden (%4,8) anlamlı düzeyde yüksektir. Diğer yağlı tohum tüketim sıklıkları arasında defekasyon sıklıkları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çalışmadaki yetişkinlerin yağlı tohumları tüketimine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yağlı tohumları tüketimine göre defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan bireylerin yağlı tohumları tüketimine göre defekasyonu kolaylaştırmak için bol sıvı tüketme, egzersiz/yürüyüş yapma, meyve sebze tüketme, dışkı yumuşatıcı ilaç alma, bitki çayı içme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tablo 31’de gösterilmiştir.

Tablo 32: Beyaz ekmek tüketimine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Beyaz Ekmek Tüketimi								p
		Her gün		Sıklıkla		Nadiren		Hiç		
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	61	%95,3	28	%87,5	11	%91,7	82	%92,1	0,597
	Nadir çıkan	3	%4,7	4	%12,5	1	%8,3	7	%7,9	
Defekasyonu kolaylaştırmak için yola başvurma	Evet	13	%20,3	13	%40,6	6	%50	41	%46,1	0,008*
	Hayır	51	%79,7	19	%59,4	6	%50	48	%53,9	
Başvurulan yöntemler	Bol sıvı tüketimi	8	%12,5	8	%25	3	%25	21	%23,6	0,307
	Egzersiz yapma	2	%3,1	3	%9,4	2	%16,7	5	%5,6	0,265
	Meyve-sebze tüketimi	5	%7,8	7	%21,9	3	%25,0	15	%16,0	0,180
	Dışkı yumuşatıcı alma	2	%3,1	2	%6,3	0	%0	7	%7,9	0,503
	Bitki çayı içme	5	%7,8	4	%12,5	2	%16,7	22	%24,7	0,043*
	<i>Ki-kare test</i>		* $p < 0.05$							

Katılımcı bireylerin beyaz ekmek tüketimine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Çalışma kapsamındaki bireylerin beyaz ekmek tüketimine göre defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Her gün beyaz ekmek tüketenlerin defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma oranları (%20,3), sıklıkla tüketen (%40,6), nadiren tüketen (%50) ve hiç tüketmeyenlerden (%46,1) anlamlı düzeyde düşüktür. Diğer beyaz ekmek tüketim sıklıkları arasında defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Araştırmadaki bireylerin beyaz ekmek tüketimine göre defekasyonu kolaylaştırmak için bol sıvı tüketme, egzersiz/yürüyüş yapma, meyve sebze tüketme, dışkı yumuşatıcı ilaç alma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Katılımcı bireylerin beyaz ekmek tüketimine göre defekasyonu kolaylaştırmak için bitki çayı içme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$).

Her gün beyaz ekmek tüketenlerin defekasyonu kolaylaştırmak için bitki çayı içme oranları (%7,8), hiç tüketmeyenlerden (%24,7) anlamlı düzeyde düşüktür. Diğer beyaz ekmek tüketim sıklıkları arasında bitki çayı içme oranları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tablo 32’de gösterilmiştir.

Tablo 33: Esmer ekmek tüketimine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Esmer Ekmek Tüketimi								p
		Her gün		Sıklıkla		Nadiren		Hiç		
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	80	%93	46	%92	19	%90,5	37	%92,5	0,982
	Nadir çıkan	6	%7	4	%8	2	%9,5	3	%7,5	
Defekasyonu kolaylaştırmak için yola başvurma	Evet	41	%47,7	20	%40	8	%38,1	4	%10	0,001*
	Hayır	45	%52,3	30	%60	13	%61,9	36	%90	
Başvurulan yöntemler	Bol sıvı tüketimi	22	%25,6	9	%18	6	%28,6	3	%7,5	0,086
	Egzersiz yapma	7	%8,1	2	%4,0	2	%9,5	1	%2,5	0,504
	Meyve-sebze tüketimi	15	%17,4	10	%20	4	%19	1	%2,5	0,091
	Dışkı yumuşatıcı alma	5	%5,8	2	%4,0	2	%9,5	2	%5,0	0,828
	Bitki çayı içme	20	%23,3	9	%18	4	%19	0	%0	0,013*

Ki-kare test

* $p<0.05$

Araştırma kapsamında incelenen yetişkinlerin esmer ekmek tüketimine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Katılımcı bireylerin esmer ekmek tüketimine göre defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p<0.05$). Hiç esmer ekmek tüketmeyenlerin defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma oranları (%10), her gün tüketen (%47,7), sıklıkla tüketen (%40) ve nadiren tüketenlerden (%38,1) anlamlı düzeyde düşüktür. Diğer esmer ekmek tüketim sıklıkları arasında defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çalışmadaki bireylerin esmer ekmek tüketimine göre defekasyonu kolaylaştırmak için bol sıvı tüketme, egzersiz/yürüyüş yapma, meyve sebze tüketme, dışkı yumuşatıcı ilaç alma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Esmer ekmek tüketimine göre defekasyonu kolaylaştırmak için bitki çayı içme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p<0.05$). Hiç esmer ekmek tüketmeyenlerin defekasyonu kolaylaştırmak için bitki çayı içme oranları (%0), her gün tüketen (%23,3), sıklıkla tüketen (%18) ve nadiren tüketenlerden (%19) anlamlı düzeyde düşüktür. Diğer esmer ekmek tüketim sıklıkları arasında defekasyonu kolaylaştırmak için bitki çayı içme sıklıkları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tablo 33'de gösterilmiştir.

Tablo 34: Yeşil yapraklı sebze tüketimine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Yeşil Yapraklı Sebze Tüketimi								p
		Her gün		Sıklıkla		Nadiren		Hiç		
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Defekasyo	Sık çıkan	52	%88,1	121	%97,6	6	%60	3	%75	0,001*
n sıklığı	Nadir çıkan	7	%11,9	3	%2,4	4	%40	1	%25	
Defekasyo	Evet	23	%39	47	%7,9	2	%20	1	%25	0,653
nu	Hayır	36	%61	77	%62,1	8	%80	3	%75	
kolaylaştır										0,979
mak için	Bol sıvı tüketimi	11	%18,6	26	%21	2	%20	1	%25	
yola	Egzersiz	6	%10,2	6	%4,8	0	%0	0	%0	0,397
başvurma	yapma	10	%16,9	19	%15,3	1	%10	0	%0	0,785
	Meyve-sebze tüketimi	10	%16,9	19	%15,3	1	%10	0	%0	0,595
	Dışkı yumuşatıcı alma	5	%8,5	6	%4,8	0	%0	0	%0	0,376
	Bitki çayı içme	10	%16,9	23	%18,5	0	%0	0	%0	
	<i>Ki-kare test</i>									<i>* p<0.05</i>

Araştırma kapsamında incelenen yetişkinlerin yeşil yapraklı sebze tüketimine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Nadiren yeşil yapraklı sebze tüketenlerin defekasyona nadir çıkma oranları (%40), her gün tüketen (%11,9) ve sıklıkla tüketenlerden (%2,4) anlamlı düzeyde yüksektir. Hiç yeşil yapraklı sebze tüketmeyenlerin defekasyona nadir çıkma oranları (%25), her gün tüketen (%11,9) ve sıklıkla tüketenlerden (%2,4) anlamlı düzeyde yüksektir. Diğer yeşil yapraklı sebze tüketim sıklıkları arasında defekasyon sıklıkları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Araştırmadaki yetişkinlerin yeşil yapraklı sebze tüketimine göre defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çalışmadaki katılan bireylerin yeşil yapraklı sebze tüketimine göre defekasyonu kolaylaştırmak için bol sıvı tüketme, egzersiz/yürüyüş yapma, meyve sebze tüketme, dışkı yumuşatıcı ilaç alma, bitki çayı içme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tablo 34’de gösterilmiştir.

Tablo 35: Diğer sebze tüketimine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Diğer Sebze Tüketimi								P
		Her gün		Sıklıkla		Nadiren		Hiç		
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	20	%87	129	%96,3	20	%87	13	%76,5	0,012*
	Nadir çıkan	3	%13	5	%3,7	3	%13	4	%23,5	
Defekasyonu kolaylaştırmak için bir yola başvurma	Evet	9	%39,1	51	%38,1	5	%21,7	8	%47,1	0,370
	Hayır	14	%60,9	83	%61,9	18	%78,3	9	%52,9	
Başvurulan yöntemler	Bol sıvı tüketimi	3	%13	29	%21,6	5	%21,7	3	%17,6	0,801
	Egzersiz yapma	2	%8,7	8	%6	1	%4,3	1	%5,9	0,940
	Meyve-sebze tüketimi	4	%17,4	22	%16,4	1	%4,3	3	%17,6	0,491
	Dışkı yumuşatıcı alma	2	%8,7	5	%3,7	2	%8,7	2	%11,8	0,400
	Bitki çayı içme	4	%17,4	22	%16,4	2	%8,7	5	%70,6	0,385

Ki-kare test * $p<0.05$

Katılan bireylerin diğer sebze tüketimine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Sıklıkla sebze tüketenlerin defekasyona nadir çıkma oranları (%3,7), her gün tüketen (%13), nadiren tüketen (%13) ve hiç tüketmeyenlerden (%23,5) anlamlı düzeyde düşüktür. Diğer sebze tüketim sıklıkları arasında defekasyon sıklıkları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Katılan bireylerin diğer sebze tüketimine göre defekasyonu kolaylaştırmak ve defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tablo 35’de gösterilmiştir.

Tablo 36: Taze meyve tüketimine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Taze Meyve Tüketimi								p
		Her gün		Sıklıkla		Nadiren		Hiç		
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	96	%97	71	%91	13	%81,3	2	%50	0,001
	Nadir çıkan	3	%3	7	%9	3	%18,7	2	%50	*
Dışkılamayı kolaylaştırmak için yola başvurma	Evet	34	%34,3	34	%43,6	5	%31,3	0	%0	0,228
	Hayır	65	%65,7	44	%56,4	11	%68,7	4	%100	
Başvurulan yöntemler	Bol sıvı tüketimi	17	%17,2	20	%25,6	3	%18,8	0	%0	0,389
	Egzersiz yapma	7	%7,1	4	%5,1	1	%6,3	0	%0	0,907
	Meyve-sebze tüketimi	15	%15,2	13	16,7	2	%12,5	0	%0	0,817
	Dışkı yumuşatıcı alma	7	%7,1	3	%3,8	1	%6,3	0	%0	0,774
	Bitki çayı içme	15	%15,2	16	%20,5	2	%12,5	0	(%0	0,575

Ki-kare test * $p<0.05$

Katılan bireylerin taze meyve tüketimine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Hiç meyve tüketmeyenlerin defekasyona nadir çıkma oranları (%50), her gün tüketen (%3) ve sıklıkla tüketenlerden (%9) anlamlı düzeyde yüksektir. Nadiren meyve tüketenlerin defekasyona nadir çıkma oranları (%18,7), her gün tüketenlerden (%3) anlamlı düzeyde yüksektir. Diğer meyve tüketim sıklıkları arasında defekasyon sıklıkları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Katılan bireylerin taze meyve tüketimine göre defekasyonu kolaylaştırmak ve defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tablo 36'da gösterilmiştir.

Tablo 37: Kuru meyve tüketimine göre defekasyon alışkanlıklarının dağılımı

		Kuru Meyve Tüketimi								P
		Her gün		Sıklıkla		Nadiren		Hiç		
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Defekasyon sıklığı	Sık çıkan	42	%97,7	72	%90	36	%92,3	32	%91,4	0,493
	Nadir çıkan	1	%2,3	8	%10	3	%7,7	3	%8,6	
Dışkılamayı kolaylaştırmak için yola başvurma	Evet	19	%44,2	29	%36,3	13	%33,3	12	%34,3	0,728
	Hayır	24	%55,8	51	%63,7	26	%66,7	23	%65,7	
Başvurulan yöntemler	Bol sıvı tüketimi	11	%25,6	14	%17,5	8	%20,5	7	%20	0,769
	Egzersiz yapma	4	%9,3	5	%6,3	1	%2,6	2	%5,7	0,651
	Meyve-sebze tüketimi	9	%20,9	12	%15	5	%12,8	4	%11,4	0,647
	Dışkı yumuşatıcı ilaç alma	3	%7	5	%6,3	1	%2,6	2	%5,7	0,825
	Bitki çayı içme	8	%18,6	13	%16,3	7	%17,9	5	%14,3	0,958

Ki-kare test

Çalışmaya katılan bireylerin kuru meyve tüketimine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Katılan bireylerin kuru meyve tüketimine göre defekasyonu kolaylaştırmak ve defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tablo 37'de gösterilmiştir.

5. TARTIŞMA

Defekasyon; yaşam boyunca bireylerin yerine getirdiği bir günlük yaşam aktivitesidir. İnsan ne yaparsa yapsın, nerede ve ne zaman olursa olsun boşaltım gereksinimine yanıt vermek zorundadır (105,151).

Bireyin normal yolla defekasyonunu gerçekleştirebilmesi için; beslenme-boşaltım sisteminin ve kasların (özellikle abdominalve pelvik kaslar) tam olarak çalışması gerekir. Defekasyon istemli kontrol edilen kaslar ile (karın kasları ve eksternal anal kanal sfinkteri) düz kasların koordineli çalıştığı karmaşık bir süreçtir (22).

Biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik faktörler defekasyon alışkanlıklarını etkileyerek defekasyon düzensizliklerine (konstipasyon ve diyare) yol açıp bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir (24,57,117,130,136,144).

Bu çalışma, İstinye Üniversitesi Liv Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran yaş ortalaması 33.38 ± 10.06 yıl olan bireylerin defekasyon alışkanlıklarını etkileyerek muhtemel dışkılama problemlerine neden olabilecek ve bireyin yaşam kalitesini olumsuzlaştıracak biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

Bu kapsamda katılımcılara uygulanan anket formu; kişisel bilgiler, beslenme alışkanlıkları, sıvı alımı, sigara ve alkollü içecek tüketimi ve fiziksel aktivite yapma durumu ile ilgili gruplardan ve beslenme durumlarını saptamak amacıyla besin tüketim sıklığı formundan oluşmaktadır. Ayrıca çalışmada Beck Anksiyete ve Beck Depresyon ölçeği de uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan 197 bireyin %30,5'i erkek, %69,5'i kadındır. Reimann'nın (1973) bildirdiğine göre cinsiyet ve barsak fonksiyonu ve defekasyon sıklığı arasındaki ilişkiyi 1909 yılında ilk kez inceleyen bir çalışma, kadınların yaşamları boyunca konstipasyona erkeklerden daha yatkın olduklarını belirtmiştir (152). Harari ve arkadaşları (1996) barsak alışkanlıklarının yaş ve cinsiyet ile ilişkisini incelediklerinde her yaştaki kadınların erkeklerden daha fazla konstipasyon şikayeti belirttiklerini saptamışlardır (153).

Bir çalışmada, Amerikan popülasyonundaki kadınların erkeklerden daha fazla konstipasyon deneyimlediklerini belirtilmiştir (154). Prevalans çalışmalarına göre kadınlarda erkeklere göre defekasyon sıklığı 2-3 kat daha azdır (123). Kadınlarda konstipasyon görülme oranı %3-20 arasında değişmektedir (155).

Kadın popülasyonunda konstipasyon prevalansı göz önüne alındığında, kadınlardaki defekasyon sıklığının kadın seks hormonları, dismenore, düzensiz menstruasyon, önceden geçirilmiş jinekolojik cerrahi, azalmış rektal duyarlılık, doğum sonrası pelvik taban kaslarının bozulmasıyla ilgili olduğu belirtilmektedir (153). Literatürde, kadın seks steroid hormonunun safra kesesi boşaltımı, gastrik boşaltım ve kolonik transit zamanını etkilediği belirtilmektedir (122,156,157).

Ayaz ve Hisar yapmış olduğu çalışmada da 25-39 yaş arasındaki kadınların yarısından fazlasında defekasyon sıklığının iki-üç günde bir kez olduğu ve konstipasyonu olduğu belirtilmiştir (157).

Çalışmamızda ise; cinsiyetlere göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0.05$);kadınların defekasyonu kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurma sıklıkları (%46), erkeklerden (%16.7) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Çalışma genel popülasyonda değil, beslenme ve diyet polikliniği'ne başvuran bireylerle yapıldığından kadınların erkeklere kıyasla daha fazla beslenme danışmanlığına başvurdukları düşünülürse ve çalışmada kadın çoğunluğu olduğu göz önüne alınırsa; cinsiyet ile defekasyon alışkanlıkları arasındaki sonuçlar bu duruma bağlanabilir.

Çalışmaya katılan olguların yaşları 18 ile 62 arasında değişmekte olup, ortalaması 33.38 ± 10.06 yıldır. Literatürde defekasyon sıklığı ile yaşın ilişkisi araştırıldığında çeşitli sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalar, yaş arttıkça defekasyon sıklığının azalarak konstipasyon görülme sıklığının arttığını gösterirken (40,158,159) bazıları konstipasyon prevalansını yaşın etkilemediğini belirtmişlerdir (51,58,160).

Araştırmalara göre defekasyon sıklığı yaşlı kişilerde daha azdır. Dört yaşından küçük çocuklarda defekasyon sıklığının az olduğu ve konstipasyonun daha sık görüldüğü belirtilmiştir (161).

Bizim çalışmamızda ise; yaş gruplarına göre defekasyon alışkanlıklarına bakıldığında defekasyon sıklıkları arasında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu sonucun çalışmamıza sadece 18-65 yaş arası yetişkin bireylerin dahil olmasına bağlı olabileceği düşünülebilir.

Yapılan bir çalışmada, bireylerin BKİ ortalaması $22,9\pm 2,63$ kg/m² bulunmuş ve bireylerin %7,2'si zayıf, %67,9'u normal kilolu, %19,2'si fazla kilolu, ve %5,7'si obez olduğu görülmüştür (162). Yapılan bir diğer çalışmada; BKİ sınıflamasına göre; bireylerin %3,6'sı zayıf, %39,7'si normal, %33,3'ü fazla kilolu ve %23,4 obez olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada kadınların %31,3'ü fazla kilolu, %26,3'ü obez; erkeklerin %36,6'sı hafif kilolu ve %18,4'ü obez olduğu ve cinsiyete göre BKİ sınıflaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,001$)(163).

Çalışmadaki bireylerin %2,5'i zayıf, %43,1'i normal, %30,5'i fazla kilolu ve %23,9'u obez olarak bulunmuştur. Kadınların %27'sinin fazla kilolu, %20,4'ünün obez olduğu görülürken; erkeklerin ise %38,3'ünün fazla kilolu ve %31,7'sinin obez olduğu görülmektedir. Çalışmamızda cinsiyete göre BKİ sınıflaması arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Erkeklerin kilolu ve obez olma oranları, kadınlardan anlamlı şekilde yüksektir. Bu sonucun kadınların beslenme ile alakalı konulara daha ilgili olmalarının ve beslenme uzmanına erkeklere kıyasla daha sık başvurmalarına bağlı olabileceği düşünülebilir.

Literatürde yetişkinlerde ve çocuklarda yüksek beden kitle indeksi ile düşük defekasyon frekansı arasındaki ilişki birçok kez tartışılmıştır. Yapılan çalışmalarda, kronik konstipasyonun obez bireylerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (40,164).

Çalışmaya katılan bireylerin kitle indeksleri 14.53 kg/m² ile 49.2 kg/m² arasında değişmekte olup, ortalaması 27.78 ± 24.08 kg/m²'dir. Bireyler BKİ değerlerine göre kilolu gruptadır. Çalışmamızda beden kitle indeksi düzeylerine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu sonucun ise; çalışmanın genel popülasyonda değil, beslenme ve diyet polikliniğine başvuran bireylerde yapılmasıyla alakalı olabileceği düşünülebilir.

Sosyoekonomik düzey de defekasyon sıklığına etki ederek konstipasyon prevalansını etkilemektedir. Yapılan çalışmalara göre yüksek gelir düzeyine sahip olan bireylere göre düşük gelir düzeyine sahip olanlarda konstipasyon görülme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (7,165). Ancak çalışmada gelir düzeyine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Çalışma özel bir hastanede ve sosyo-ekonomik seviyesi orta ve üst olan (%52,3'ünün geliri giderine eşit, %29,4'ünün geliri giderinden fazla) bir grupla yapıldığından bireyler arasında gelir olarak büyük farklılıklar yoktur ve gelir düzeyinin defekasyon sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir parametre çıkmaması bu duruma bağlanabilir.

Yapılan pek çok çalışmada, defekasyon sıklığını yaş ve eğitimin etkilediği bildirilmiştir (29,166,167).

Araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeyi incelendiğinde hastaların çoğunluğunun (%60) yüksek okul/üniversite mezunu olduğu, %22,4'ünün lise mezunu olduğu, %17,7'sinin orta okul mezunu ve altı olduğu görülmektedir.

Yapılan çalışmalara göre defekasyon sıklığı, eğitim düzeyinden etkilenmektedir. Eğitim seviyesi daha düşük olanlarda eğitim düzeyi yüksek olanlara göre defekasyon sıklığı azalmakta ve konstipasyon daha sık görülmektedir (167,168). Çalışmamızda ise; eğitim düzeyine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Defekasyon alışkanlığını etkileyerek konstipasyona sebep olabilecek metabolik ve endokrin sebeplerden en sık görüleni diyabet ve hipotiroidizmdir. Diyabetik hastalarda konstipasyon sıklığı %60'lara kadar yükselmektedir. Hipotiroidide konstipasyon hafiftir ve tiroid hormon replasman tedavisi ile düzelir. Gebelikte muhtemelen hormonal değişikliklere bağlı olarak konstipasyon ortaya çıkmaktadır. Hiperkalsemiye neden olan hiperparatiroidi, sarkoidoz, kemik metastazı yapan tümörlerde de konstipasyon görülebilir. Nörolojik nedenler arasında kolonun motor fonksiyonlarını etkileyen ekstresek ve intrinsek nöral anormallikler olabilir. Presenil demans, alzheimer hastalığı, parkinson, multipl skleroz, spinal kord lezyonları, kuadropleji konstipasyona neden olan ekstresek nedenlerdir. İntrensek olarak kolon duvarında ganglion hücrelerinin yokluğu ile karakterize hirschsprung hastalığı, nöropative miyopatiye sebep olan diğer hastalıklar sayılabilir (169).

Sürekli takip gerektiren kronik hastalıklar ve kronik hastalığa bağlı kullanılan ilaçlar konstipasyon görülme riskini arttırarak defekasyon sıklığını azaltır (170). Kronik konstipasyonu olan 7251 hasta üzerinden yapılan bir sistematik derlemede, opioidler, diüretikler, antidepresanlar, antihistaminikler, antikonvulsantlar, antipasmotikler ve aliminyum antasidlerin konstipasyon ile anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur (124).

Çalışmaya katılan bireylerin %78,7'si kronik hastalığa sahip değilken; %77,7'si ilaç kullanmamaktadır. Katılımcı bireylerin %3,6'sı gibi bir azınlığın defekasyon sıkıntısı yaşamamasını, kronik hastalık varlığının ve ilaç kullanımının azlığı ile de ilişkilendirebiliriz.

Yetersiz sıvı alımı yavaş kolonik transit ve yavaş dışkı çıkışı ile bağlantılıdır. Buna karşın konstipasyonda sıvı alımının etkileri ancak birkaç çalışmada incelenmiştir (9).

Dehidrasyon konstipasyonun potansiyel risk faktörlerinden olmasına rağmen, sıvı tüketiminin defekasyon sıklığı üzerine olan etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmaların sonuçları değişmektedir (9,171-175). Towers ve diğerlerinin (113) yaptığı araştırmada yavaşlamış intestinal geçiş zamanı ve dehidrasyon arasında ilişki bulunmuştur. Bazı çalışmalarda ise sıvı alımının konstipasyonu olan ve olmayan bireyler arasında anlamlı bir fark yaratmadığı belirtilmiştir (172-174).

Çalışmaya katılan bireylerin ortalama günlük aldıkları sıvı miktarı bir buçuk litrenin altındadır. Ancak katılımcıların yarıdan fazlasının dışkılamayı kolaylaştırmak amacı ile yaptığı uygulamanın sıvı tüketme olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin günlük su tüketimleri ortalaması 7 bardaktır. Bu miktar önerilen günlük 2 litreden azdır. Cinsiyetler arasında günlük tüketilen su miktarı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Çalışmada elde ettiğimiz verilerin sonucunda defekasyon sıklığına göre günlük su tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Fakat dışkılamayı kolaylaştırmak adına en fazla başvurulmuş yolun sıvı alımını arttırmak olması, katılımcıların defekasyon sıklığında sıvı alımının öneminin farkında olduğunu göstermektedir.

Fiziksel aktivite sağlığı koruyucu önemli bir faktördür. Beden sağlığına ek olarak, sosyal ve ruhsal sağlığa da etki etmektedir. Kronik hastalıkların birçoğunun ortak risk faktörlerinden birisi olan fiziksel hareketsizlik, dünya genelinde, ölüme neden olan risk faktörleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır (dünya genelindeki ölümlerin %6'sı). Meme ve kolon kanserlerinin %21-25'inin, diyabetin %27'sinin ve iskemik kalp hastalığının %30'unun ana sebebinin fiziksel yönden hareketsizlik olduğu tahmin edilmektedir. Hareketsiz yaşam tarzının yaygınlaşması, obezitenin artmasına neden olan önemli faktörlerden biridir. Fiziksel hareketsizlik ölkemizde, tüm nedenlere bağlı ölümlerin %15'inden sorumludur (176,177). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010) sonuçlarına göre erkeklerde 12-14 ve 15-18 yaş gruplarında hiç egzersiz yapmayanların oranı sırasıyla %41,4 ve %44,6, kızlarda 12-14 yaş grubunda %69,8, 15-18 yaş grubunda %72,5 olarak bulunmuştur (178).Yapılan bir çalışmada; bireylerin %75,7'sinin düzenli fiziksel aktivite yapmadığı saptanmıştır (179).

Çalışmaya katılan bireylerin %74,1'inin fiziksel aktivite yapmadığı görölmüştür. Erkeklerde bu oran %63,3 iken kızlarda %78,8 olarak bulunmuştur.

Fiziksel aktivite yapmayanların yapmama nedenleri ise çoğunlukla (%67.1'i) zaman yetersizliği ve alışkanlıklarının olmamasıdır. (%32,9)

Bu konuda yapılan bir çalışmada cinsiyet ile fiziksel aktivite yapma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (180). Kadınların fiziksel aktivite yapma sıklığı %44 iken erkeklerin düzenli fiziksel aktivite yapma sıklığının %63 olduğu görölmüştür (181). Bizim çalışmamızda da erkeklerin düzenli egzersiz yapma oranları (%36,7), kadınlardan (%21,2) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$).

Yapılan araştırmalar inaktif yaşam tarzının her yıl iki milyondan fazla ölüme neden olduğunu göstermektedir (182). Bireylere fiziksel aktivitenin önemi benimsetilmeli, fiziksel aktivite yapabilmeleri için uygun koşullar oluşturulmalı ve gerekli eğitim ve uygulamalar ile desteklenmelidir.

Öğünlerin tüketim sıklığı ve her öğün alınan besin öğelerinin miktarı ile enerjinin yeterli ve dengeli olması vücudun fizyolojik dengesinin sağlanması ve organların korunması için çok önemlidir.

Bunların yanında öğünlerin düzenli bir şekilde tüketilmesi bireylerin daha sağlıklı düşünmesi, yorgunluğu giderebilmesi ve hastalıklara karşı korunması için de çok önemlidir. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'ne göre günde en az 3 öğün tüketilmesi gereklidir (183).

Ulaş ve Genç, Malatya Asker Hastanesi'nde görev yapan sağlık personeli üzerinde yaptıkları bir çalışmada bireylerin %26,1'inin öğün atladığını ve genellikle atlanılan öğünün (%24,6) öğle öğünü olduğunu bulmuşlardır (184). Öğrenciler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise %43,4'ünün öğün atladığı ve genellikle atlanılan öğünün (%52,6) öğle yemeği, ikinci sırada ise kahvaltı olduğu (%39,7) görülmüştür (181).

Snoek ve ark. (185) kahvaltı öğününü atlayan ve her gün düzenli kahvaltı yapanların şişmanlama eğilimlerinin daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Kılıç (2005) yaptığı çalışmada kadınların öğün atlama nedenlerinin çoğunlukla zaman yetersizliği ve zayıflama isteği olduğunu saptamıştır (186). Öğrencilerin üzerinde yapılan bir çalışmada öğün atlama nedenlerinin başında zaman bulamama, sabah uyanamama ve hazırlayan birinin olmamasının geldiği görülmüştür (181)Yapılan başka bir çalışmada ise öğün atlama nedeninin yine zaman yetersizliği olduğu belirtilmiştir (187).

Çalışmaya katılan bireylerin %76,1'i öğün atlamaktadır. Öğün atlayanların %24'ü sabah kahvaltısını, %46'sı öğle yemeğini, %14'ü akşam yemeğini, %56,7'si sabah-öğle arasını, %46'sı öğle-akşam arasını ve %52,7'si akşam yemeğinden sonrasını atlamaktadır.

Bireylere öğün atlama nedenleri sorulduğunda %60'ı açlık hissetmediği için, %17,3'ü bulunduğu yerde uygun yemek olmadığı için, %5,3'ü zayıflamak için, %3,3'ü 3 ana öğünü gereksiz bulduğu için, %0,7'si öğün atlayarak kan şekerinin daha düzenli olacağını düşündüğü için, %23,3'ü de diğer nedenlerle öğün atlamaktadır. Fujiwara ve diğ (188) 18-20 yaş arasındaki üniversite öğrencilerinde kahvaltı öğününü atlamanın, bireylerin yaşam kaliteleri üzerine olan etkilerinin belirlenmesi amacıyla planladıkları çalışmada, kahvaltı öğününü atlayan öğrencilerde dismenore ve konstipasyon prevalansının arttığı, olguların yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini bulmuşlardır.

Çalışmamıza katılan bireylerin günlük öğün sayıları medyanı 3 kezdir. %87,2'ü sabah kahvaltısı, %82,7'si öğle yemeği, %94,9'u akşam yemeği, %18,3'ü sabah-öğle arası, %41,6'sı öğle-akşam arası ve %23,9'u akşam yemeğinden sonra öğün tüketmektedir. Çalışmamızda defekasyon sıklığına göre günlük öğün sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Literatürde defekasyon problemlerinde ve konstipasyonda primer neden olarak diyetle lifin yetersizliği gösterilmektedir (171). Locke ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, lifli gıda tüketiminin kolonik geçiş zamanını azalttığı, gaita ağırlığını ve defekasyon frekansını arttırdığını bildirmişlerdir (9,133).

Konstipasyonun tedavisinde bol posalı diyet uygulanır. Posa barsak lümenindeki basıncı azaltır, çapını genişleterek, hareketlerini artırır, su emilimini artırarak barsağa su çekilmesine neden olur ve dışkının hacmini ve yumuşaklığını artırır (83,102). Diyete lif eklemenin en iyi yolunun bol miktarda meyve ve sebze yemek olduğu belirtilmektedir (29,171). Birçok çalışma da konstipasyonda bol lifli yiyeceklerin alınmasını önermektedir (4,29,171). Yapılan meta analizi çalışmasında bol kepekli yiyecekler barsakta ağırlık ve dolgunluk hissi vererek geçişi hızlandırmaktadır (174). American College of Gastroenterology raporuna göre lifli yiyecekler ayrıca defekasyonun sıklığını daarttırmaktadır (118).

Doğal posa içeriği en yüksek besin grupları sırasıyla, kurubaklagiller (%11-26), sert kabuklu meyveler (%5-14), tahıl ürünleri (%4-7.5), sebzeler (%3-4) ve meyveler (%1-2) şeklinde sıralanabilir (74).

Bireylerin posa kaynaklı gıdaları tüketimi incelendiğinde; bireylerin %53,3'ünün kurubaklagilleri haftada 1-2 gün, %24,4'ünün haftada 3-5 gün, yağlı tohumları %32,5'inin her gün, %26,9'unun haftada 1-2 gün, yeşil yapraklı sebzeleri %29,9'unun her gün, %38,6'sının haftada 3-5 gün,taze meyveleri %50,3'ünün her gün, %25,9'unun haftada 3-5 gün, kuru meyveleri %21,8'inin her gün, %26,9'unun haftada 1-2 gün, beyaz ekmeği %45,2'sinin hiç tüketmediği, %32,5'inin her gün tükettiği, esmer ekmeği %43,7'sinin her gün tükettiği, %20,3'ünün hiç tüketmediği görülmüştür.

Taze meyve, yeşil sebze ve yağlı tohum tüketimi ile defekasyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken ($p<0.05$); kurubaklagil, kuru meyve, esmer ekmek ve beyaz ekmek tüketimiyle defekasyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Kurubaklagiller, sebze-meyveler, yağlı tohumlar gibi posa kaynaklı gıdaların tüketimi çalışmamıza katılan bireylerin yarısından fazlasında sıktır. Çalışmaya katılan bireylerin %49,7'si günde bir kez, %27,4'ü günde iki kez, %15,2'si iki günde bir kez, %3,6'sı üç günde bir kez ve %4,1'i diğer sıklıklarda defekasyon yapmaktadır.

Defekasyon alışkanlıkları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri ilişkisi incelendiğinde; majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarında barsak alışkanlığında değişiklik olduğu bilinmektedir. Çoğu konstipe hastanın aynı zamanda anksiyeteye sahip olduğu ve depresif olduğunun bilinmesine karşın, bunun bir neden mi yoksa sonuç mu olduğu tam olarak bilinmemektedir (143,144).

Psikolojik faktörler, kaygı ve depresyonun konstipasyon için uygun ortam oluşturduğu düşünülmektedir. Konstipasyon patogenezi etki eden bu psikolojik bozuklukların kolonik geçişi yavaşlattığına, ayrıca kadınlar üzerinde daha büyük etki yarattığına inanılmaktadır (10). Çalışmada; anksiyete düzeyine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Hafif anksiyetesi olan olguların defekasyona nadir çıkma oranları (%15.6), anksiyetesi olmayan (%5.3), orta düzeyde olan (%0) ve şiddetli anksiyetesi olan (%0) olguların nadir çıkma oranlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Depresyon düzeyine göre; defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma, İstinye Üniversitesi Liv Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran bireylerin defekasyon alışkanlıklarını etkileyerek muhtemel dışkılama problemlerine neden olabilecek biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörleri incelemek amaçlanmıştır.

Çalışmaya katılan 197 bireyin 60'ı (%30,5) erkek, 137'si (%69,5) kadındır. Bireylerin yaş ortalamaları 33.38 ± 10.06 yıl, beden kitle indeksleri ortalamaları $27.78 \pm 24.08 \text{ kg/m}^2$ 'dir. Bireylerin %2,5'i zayıf, %43,1'i normal, %30,5'i kilolu ve %23,9'u obezdir.

Araştırmaya kapsamındaki bireylerin %63,5'i lisans mezunu; %52,3'ünün geliri giderine eşitken, %29,4'ünün geliri giderinden fazla, %18,3'ünün geliri giderinden azdır.

Katılımcıların %21,3'ünün kronik hastalığı varken; bireylerin %22,3'ü düzenli ilaç kullanmaktadır.

Çalışmadaki %66,5'i sigara içmiyorken, %66'sı alkol kullanmamaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin günlük öğün sayıları ortalama 3 kezdir. %87,2'ü sabah kahvaltısı, %82,7'si öğle yemeği, %94,9'u akşam yemeği, %18,3'ü sabah-öğle arası, %41,6'sı öğle-akşam arası ve %23,9'u akşam yemeğinden sonra öğün tüketmektedir. Olguların %76,1'i öğün atlamaktadır. Öğün atlayanların %24'ü sabah kahvaltısını, %46'sı öğle yemeğini, %14'ü akşam yemeğini, %56,7'si sabah-öğle arasını, %46'sı öğle-akşam arasını ve %52,7'si akşam yemeğinden sonrasını atlamaktadır. En sık rastlanılan öğün atlama nedeni olarak 'Acıkmama' saptanmıştır.

Çalışma kapsamındaki bireylerin günlük su tüketimleri ortalaması 7.61 ± 4.14 , medyanı 7 bardaktır. Çalışmaya katılan bireylerin %25,9'u düzenli egzersiz yapmaktadır. Egzersiz yapmayanlara bunun nedeni sorulduğunda %67,1'i "zaman yetersizliği" olarak cevap vermiştir. Erkeklerin düzenli egzersiz yapma oranları (%36,7), kadınlardan (%21,2) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p < 0.05$).

Bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir düzeyi gibi sosyo-demografik özellikleri ile sigara-alkol kullanımı, fiziksel aktivite alışkanlıkları ve sıvı alımı gibi yaşam tarzı alışkanlıkları ile defekasyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların posa kaynaklı gıdaları tüketimi incelendiğinde; bireylerin %53,3'ünün kurubaklagilleri haftada 1-2 gün, %24,4'ünün haftada 3-5 gün, yağlı tohumları %32,5'inin her gün, %26,9'unun haftada 1-2 gün, yeşil yapraklı sebzeleri %29,9'unun her gün, %38,6'sının haftada 3-5 gün, taze meyveleri %50,3'ünün her gün, %25,9'unun haftada 3-5 gün, kuru meyveleri %21,8'inin her gün, %26,9'unun haftada 1-2 gün, beyaz ekmeği %45,2'sinin hiç tüketmediği, %32,5'inin her gün tükettiği, esmer ekmeği %43,7'sinin her gün tükettiği, %20,3'ünün hiç tüketmediği görülmüştür.

Çalışmaya katılan bireylerin %49,7'si günde bir kez, %27,4'ü günde iki kez, %15,2'si iki günde bir kez, %3,6'sı üç günde bir kez ve %4,1'i diğer sıklıklarda defekasyon yapmaktadır. Dışkılama isteği geldiğinde hemen tuvaletten giden bireyler %68 oranındaki kesim iken, %32'si hemen gitmeyip ertelemektedir.

Araştırmadaki bireylerin %16,2'sinin makatında dışkılamayı zorlaştıracak basur&çatlak bulunmaktadır. Bireylerin %37,1'i dışkılamayı kolaylaştırmak için herhangi bir yola başvurmaktadır. Bireylerin %54,8'i bol sıvı tükettiğini söylerken, %16,4'ü egzersiz-yürüyüş yaparım, %15,2'si meyve-sebze tüketirim, %15,1'i dışkı yumuşatıcı ilaç alırım, %45,2'si bitki çayı içerim ve %5,5'i diğer yöntemleri denerim demiştir.

Posa kaynaklı gıdalarla defekasyon sıklığı arasında ilişki incelendiğinde; taze meyve, yeşil sebze ve yağlı tohum tüketimi ile defekasyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken ($p<0,05$); kurubaklagil, kuru meyve, esmer ekme ve beyaz ekme tüketimiyle defekasyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Anksiyete skorlamasına bakıldığında; bireylerin %48,2'sinde anksiyete görülmezken, %32,5'inde hafif şiddetli anksiyete görülmektedir. Depresyon skorlamasına bakıldığında; bireylerin %70,6'sında depresyon görülmezken, %15,7'sinde hafif şiddetli depresyon görülmektedir.

Çalışmamızda, anksiyete düzeyine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken ($p<0.05$); depresyon düzeyine göre defekasyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

6.2. Öneriler

Günden güne değişen yaşam koşulları ile beraber artan stres faktörleri bireylerin beslenme alışkanlıkları ile defekasyon alışkanlıklarını yakından etkilemektedir. Birçok hastalıkla ilişkili olabileceği araştırılan bağırsaklarda defekasyon alışkanlıklarının, beden ve ruh sağlığına etkisi son zamanlarda üstünde durulan bir konu olmuştur.

Kültürel, emosyonel, çevresel faktörler, yetersiz sıvı alımı, fiziksel aktivite azlığı, yanlış beslenme, lif içeriği düşük hazır gıdaların tüketiminin artması, ileri yaş, eğitim düzeyinin düşüklüğü, stres, kaygı, depresyon semptomlarının varlığı, bazı hastalıklar ve ilaç kullanımı defekasyon sıklığını etkileyerek; yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, önemli bir sağlık sorunu olan konstipasyona da yol açmaktadır.

Yaşam tarzında ve beslenme alışkanlıklarında yapılacak düzenlemelerin defekasyon problemlerinin önlenmesinde ne kadar etkili olduğu şimdiki yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu çalışmada yetişkin bireylerin beslenme durumları, yaşam tarzları ve depresyon, anksiyete ortalamalarına dair tespitler yapılarak defekasyon problemlerinde sebep olabilecek faktörler araştırılmıştır. Bağırsak sağlığının önemi göz önünde bulundurulduğunda çözüme dair atılacak adımların özenle planlanması önemlidir.

Çalışmaya katılan bireylerin optimal beslenmesi ve stres yönetimi ile olası defekasyon problemlerinin önüne geçilerek daha sağlıklı bir yaşam sürmeleri amacıyla; sağlıklı yaşama yönelik çalışmaların yaygınlaştırılması önemlidir. Bu çalışmaların aktif bir şekilde diyetisyenler tarafından gerçekleştirilmesi, bireylerin ideal ağırlık seviyelerine ulaşmaları konusundaki çalışmalarda diyetisyenlerin rolünün artırılması, diyet posası alımının artırılması amacıyla kurubaklagil, taze sebze, meyve ve tam tahıllı, işlenmemiş ürünlerin öneminin vurgulanması, fiziksel aktivite düzeylerinin artırılması için halkın bilinçlendirilmesi, fiziksel aktivitenin sürdürülebilir olması için uygun çevrenin sağlanması ve stres yönetimi ile ruh sağlığının iyileştirilmesinde bütüncül çalışmanın parçası olarak diyetisyen&psikolog iş birliğine yer verilmesi önerilmektedir.

Yapılan bu çalışma birçok yönden daha önceki çalışmaları destekler nitelikte olmakla birlikte defekasyon problemleriyle alakalı kesin bir kılavuz oluşturmak adına daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

7. KAYNAKÇA

1. Büyükyılmaz F, Şendir M. “Cerrahi hastalarında konstipasyon”, *Maltepe Üniversitesi hemşirelik bilim ve sanatı dergisi*, 2009, 2(1), 33-37.
2. Aktan H, Aktan B, Alptuna E, Atmaca NS. *Gastroenteroloji*, 1. Baskı, Makro Yayıncılık, Ankara, 1988, 424.
3. Türkay C, Aydoğan T, Özden A. “Konstipasyon tanım ve epidemiyolojisi”, *Güncel Gastroloji*, 2005, 9(1), 48-52.
4. Lembo A, Camilleri M. "Chronic constipation", *N Engl J Med*, 2003,349;1360-1368.
5. Johanson F, Sonnenberg A, Koch R. “Clinical epidemiology of chronic constipation”, *J Clin Gastroenterol*, 1989, 11/5: 525-536.
6. Merkel I.S, Locher J, Burgio K. “Physiologic and psychologic characteristics of an elderly population with chronic constipation”, *Am J Gastroenterol*, 1993, 88/11: 1854-1859.
7. Bytzer P, Howell S, Leemon M. “Low socioeconomic class in a risk factor for upper and lower gastrointestinal symptoms: a population based study in 15000 Australian adults”, *GUT*, 2001, 49: 66-72.
8. De Schryver AM, Keulemans YC, Peters HP. “Effects of regular physical activity on defecation pattern in middle-aged patients complaining of chronic constipation.” *Scand J Gastroenterol*, 2005, 40:422-429.
9. Dennison C., Prasad M., Lloyd A. “The Health-Related Quality of Life and Economic Burden of Constipation”, *Pharmacoeconomics*, 2005, 23(5): 461- 476.

10. Peppas G, Alexiou V, Mourtzoukou E. "Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a systematic review", *BMC Gastroenterolog*, 2008, 8:5.
11. Cumhuri M, Yener N, Tuncel M. *Temel Anatomi*, 1. Baskı, Odtü Yayınları, Ankara, 2001.
12. Dursun B. "Kolon, rektum ve anal bölge anatomisi." *Turkiye Klinikleri J Surgery*, 2004, 9(1):1-10.
13. Romolo JL. "Shackelford's Surgery of the alimentary Tract", Zuideman GD. *Embryology and anatomy of the colon*, Elsevier, St. Louis, 1996:(4):3-16.
14. Pezim ME, Pemberton JH, Levin KE, Litchy WJ, Phillips SF. "Parameters of anorectal and colonic motility in health and in severe constipation", *Dis Colon Rectum*, 1993, 36:484-91.
15. Guyton A, Hall JE. *Tıbbi Fizyoloji*, 10. Cilt, Nobel Kitapevi, Ankara, 2011.
16. Bassotti G, Roberto G, Castellani D. "Normal aspects of colorectal motility and abnormalities in slow transit constipation", *World J Gastroenterol*, 11/18: 2691-2696, 2005.
17. Menteş B, İrkörücü O. "Kolon Fizyolojisi", Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D. *Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları'nda*, Tasarım Ofset, İstanbul, 2004: 31-8.
18. Buğra D. "Anatomi", Alemdaroğlu K, Akçal T, Bugra D. *Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları'nda*, 2. Baskı, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul, 2004: 17-38.
19. Pemberton JH. "Anatomy and physiology of the anus and rectum". Beck DE, Wexner SD. *Fundamentals of Anorektal Surgery*, Mc Hill, Newyork, 1992: 1-24.

20. Jorge JMN. "Anorectal anatomy and physiology". Beck DE, Wexner SD. *Fundamental of Anorectal Surgery*, 2nd Ed., Saunders Co, London, 1998: 1-24.
21. Eşer İ. *Bağırsak Boşaltımı Uygulamaları ve Hemşirelik Bakımı*, Ege Üniversitesi Yayınları, İzmir, 1999: 6-9,16,31-33.
22. Öncü K. *Fonksiyonel konstipasyonlu hastalarda dissinerjik defekasyon sıklığı ve hasta özelliklerinin belirlenmesi*. (Tez). T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yandal Uzmanlık Tezi: 2007.
23. Boztaş G. "Kabızlık". Ökten A. *Gastroenterohepatoloji'de*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2001: 233-42.
24. Uysal N, Khorshid L, Eşer İ. "Sağlıklı Genç Bireylerde Konstipasyon Sorununun Belirlenmesi", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010, 9(2).
25. Bolat E. "Konstipasyonlu hastaya yaklaşım", *Güncel Gastroenteroloji*, 2006; 10(1): 116-19.
26. Yurdakul İ. Kronik kabızlık, Türkiye'de sık karşılaşılan hastalıklar. 2007, II Sempozyum Dizisi No:58: 43-58. <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/58/5803.pdf>. Erişim Tarihi:1 Ağustos 2009.
27. Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. "Kronik konstipasyona güncel yaklaşım", *Güncel Gastroenteroloji*, 2014, 18/2: 181-197.
28. Leung L, Riutta T, Kotecha J, Rosser W. "Chronic constipation: an evidence-based review." *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 2011, 24(4): 436-451.
29. Türkay C, Aydoğan T, Özden A. "Konstipasyon tanım ve epidemiyolojisi", *Güncel Gastroenteroloji*, 2005, 9/1: 48-52.

30. Sperber AD, Shvartzman P, Friger M, Fich A. "A comparative reappraisal of the Rome II and Rome III diagnostic criteria: are we getting closer to the 'true' prevalence of irritable bowel syndrome?", *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 2007, 36(3): 345-765.
31. Çetinkaya H, Aydın O. "İrritabl Barsak Sendromuyla Enflamatuvar Barsak Hastalığı Arasındaki İlişki", *Güncel Gastroenteroloji*, 2007, 11(4): 190-98.
32. Rubin G, Dale A. "Chronic constipation in children", *British Medical Journal*, 2006, 333: 1051-55.
33. Pamuk ÖN, Pamuk GE, Çelik AF. "Functional Gastrointestinal Disorders, Revalidation of Description of Constipation in Terms of Recall Bias and Visual Scale Analog Questionnaire", *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2003, 18: 1417-22.
34. Özden A, Çetinkaya H, Özkan M, Sarıoğlu M, Yalçın B. "Ankara ve çevresindeki toplumda defekasyon sorunu", *Gastroenteroloji*, 1996, 7(Ek 1): 107.
35. Karaman N, Turkey C, Yonem O. "Irritable bowel syndrome prevalence in city center of Sivas", *Turk Journal of Gastroenterology*, 2003, 14: 128-31.
36. Kasap E, Bor S. "Fonksiyonel barsak hastalığı prevalansı", *Güncel Gastroenteroloji*, 2006, 10(2): 165-68.
37. Schmidt, F. M. Q., & de Gouveia Santos, V. L. C. "Prevalence of constipation in the general adult population: an integrative review", *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 2014. 41(1): 70-76.
38. Cheng C, Chan AOO, Hui WM, Lam SK. "Coping strategies, illness perception, anxiety and depression of patients with idiopathic constipation: a population-based study", *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 2003,18(3): 319-326.

39. Jun DW, Park HY, Lee OY, Lee HL, Yoon BC, Choi HS, Hahm JS, Min HL, Lee DH, Kee CS. "A population-based study on bowel habits in a Korean Community: Prevalence of Functional Constipation And Self-Reported Constipation", *Digestive Diseases and Sciences*, 2006, 456-461.
40. Chen GD, Hu SW, Chen YC, Lin TL, Lin LY. "Prevalence and correlations of anal incontinence and constipation in Taiwanese women", *Neurourology and urodynamics*, 2003, 22(7): 664-669.
41. Murakami K, Okubo H, Sasaki S. "Dietary intake in relation to selfreported constipation among Japanese women aged 18–20 years", *Eur J Clin Nutr*, 2006, 60:650-7.
42. Wong, M. L., Wee, S., Pin, C. H., Gan, G. L., & Ye, H. C. "Sociodemographic and lifestyle factors associated with constipation in an elderly Asian community", *The American journal of gastroenterology*, 1999, 94(5): 1283-1291.
43. Johanson JF. "Review of the treatment options for chronic constipation", *Med Gen Med*, 2007, 9/2: 25.
44. Emly M, Rochester P. "A new look at constipation management in the community", *Br J Community Nurs*, 2006, 11/8: 326, 328-332.
45. Addison R, Davies C, Haslam D. "A national audit of chronic constipation in the community", *Nurs Times*, 2003, 99/11: 34-35.
46. Jeong JJ, Choi MG, Cho YS, Lee SG, Oh JH, Park JM, Choi KY. "Chronic gastrointestinal symptoms and quality of life in the Korean population", *World J Gastroenterol*, 2008, 14(41): 6388-6394.

47. y Peña ME, García RJ, Olalla JD, Llanos EV, de Miguel AG, Cordero X.F. “Impact of the most frequent chronic health conditions on the quality of life among people aged > 15 years in Madrid, *The European Journal of Public Health*, 2010, 130-135.
48. Collete VL, Araújo CL, Madruga SW. “Prevalence of intestinal constipation and associated factors: a population-based study in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil 2007”, *Cadernos de saude publica*, 2010, 26(7): 1391-1402.
49. Adibi P, Behzad E, Pirzadeh S, Mohseni M. “Bowel habit reference values and abnormalities in young Iranian healthy adults”, *Digestive diseases and sciences*, 2007, 52(8): 1810-1813.
50. Siproudhis L, Pigot F, Godeberge P, Damon H, Soudan D, Bigard MA. “Defecation disorders: a French population survey”, *Diseases of the colon & rectum*, 2006, 49(2): 219-227.
51. Wald A, Mueller-Lissner S, Kamm MA, Hinkel U, Richter E, Schuijt C, Mandel KG. “Survey of laxative use by adults with self-defined constipation in South America and Asia: a comparison of six countries”, *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 2010, 31(2):274-84.
52. Pamuk, Ö. N., Pamuk, G. E., & Celik, A. F. “Revalidation of description of constipation in terms of recall bias and visual scale analog questionnaire”, *Journal of gastroenterology and hepatology*, 2003, 18(12): 1417-1422.
53. Özden A, Çetinkaya H, Özkan M. “Ankara ve çevresindeki toplumda defekasyon sorunu”, *Gastroenteroloji*, 1996, 7: 107.
54. Karaman N, Turkay C, Yonem O. “Irritable bowel syndrome prevalence in city center of Sivas, *Turk J Gastroenterol*, 2003, 14: 128-31.

55. Çetinkaya H, Özkan H, Bektaş M. “Ankara’nın değişik kesimlerinde konstipasyon prevalansı ve demografik özelliklerin konstipasyon ile ilişkisi”, *Turk J Gastroenterol*, 2000, 11: 104-109.
56. Çolakoğlu S, Özdemir F, Hafta A, ve ark. “Toplumumuzda kabızlık oranı ve değişik faktörlerle ilişkisi”, *Turk J Gastroenterol*, 2001, 12: 149/1.
57. Pare P, Ferrazzi S, Thompson WG. "An epidemiological survey of constipation in canada: definitions, rates, demographics, and predictors of health care seeking", *Am J Gastroenterol*, 2001, 96:3130-3137.
58. Garrigues V, Galvez C, Ortiz V, Ponce M, Nos P, Ponce J. Prevalence of Constipation: Agreement Among Several Criteria and Evaluation of the Diagnostic Accuracy of Qualifying Symptoms and Self-reported Definition in a Population-Based Survey in Spain. *American Journal of Epidemiology*, Volume 159, 2004, 520–526.
59. Richmond JP, Wright ME. Development of a constipation risk assessment scale. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 2005, 9: 37–48.
60. Uz B, Türkay C, Bavbek N, Işık A, Erbayrak M, Erkmén MU. “Konstipasyon saptanan olgularımızın değerlendirilmesi”, *Akademik Gastroenteroloji*, 2006, 5(1): 56-59.
61. Peppas G, Alexiou VG, Mourtzoukou E, Falagas ME. “Epidemiology of Constipation in Europe and Oceania: A Systematic Review”, *BMC Gastroenterology*, 2005, 8(5): 1-7.
62. Chan AOO, Lam K F, Hui WM, Hu WH, Li J, Lai KC, Chan CK, Yuen MF, Lam SK, Wong BCY. “Validated questionnaire on diagnosis and symptom severity for functional constipation in the Chinese population”, *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2005, 5(22): 483.

63. Tuteja AK, Talley NJ, Joos SK, Woehl JV, Hickam DH. "Is constipation associated with decreased physical activity in normally active subjects?" *American Journal of Gastroenterology*, 2005, 100: 124-29.
64. Talley NJ. "Definitions, epidemiology and impact of chronic constipation", *Rev in Gastroenterol Dis*, 2004, 4 Suppl 2: 3-10.
65. Higgins PD, Johanson JF. "Epidemiology of constipation in North America: a systematic review", *American Journal of Gastroenterology*, 2004, 99(4): 750-59.
66. Okubo H, Sasaki S, Murakami K, Kim MK, Takahashi Y, Hosoi Y, Itabashi M. "Dietary patterns Associated With Functional Constipation Among Japanese Women Aged 18 to 20 Years: a cross-sectional study", *Journal of Nutritional Science and Vitaminology*, 2007, 53.
67. Glia A, Lindberg G. "Quality of life in patients with different types of functional constipation", *Scand J Gastroenterol*, 1997, 32:1083-9.
68. Lennard-Jones JE. "Constipation". Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*, 7th ed., WB Saunders Company, Philadelphia, 2002: 181-210.
69. De Lillo AR, Rose R. "Functional bowel disorders in the geriatric patients: constipation, fecal impaction and fecal incontinence", *Am J Gastroenterol*, 2000, 95: 901-5.
70. Wald A. "Constipation and fecal incontinence in the elderly" *Gastroenterol Clin North Am*, 1990, 19:405-18.
71. Wrenn K. "Fecal impaction", *N Engl J Med*, 1989, 321: 658-62.
72. Rao SS. "Constipation: evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders", *Gastrointest Endosc Clin N Am*, 2009, 19: 117-39.

73. Folden SL. "Practice guidelines for the management of constipation in adults", *Rehabilitation Nursing*, 2002, 27(5): 169-175.
74. Samur G, Mercangil S. *Diyet posası ve beslenme*, T.C. Sağlık Bakanlığı yayını, Ankara, 2008.
75. Ekici L, Ercoskun H. "Et ürünlerinde diyet lif kullanımı", *Gıda Teknolojileri Elektronik Dergisi*, 2007, 1:83-90.
76. Baysal A. *Beslenme*. 15. Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 2014.
77. Dülger D, Şahan Y. "Diyet lifin özellikleri ve sağlık üzerindeki etkileri", *U.Ü. Ziraat Fakültesi Dergisi*, 2011, 25/2:147-157.
78. Dukas L, Willett WC, Giovannucci EL. "Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and constipation in a study of women", *Am J Gastroenterol*, 2003, 98:1790-6.
79. Salminen S, Deighton M, Gorbach S, "Lactic acid bacteria in health and disease", Editör: Salminen S, Wright V. *Lactic Acid Bacteria*, Marcel Dekker Inc. 270 Madison Avenue, New York, 1992, 442.
80. Ouwehand AC, Salminen S, Isolauri E. "Probiotics: an overview of beneficial effects", *Antonie van Leeuwenhoek*, 2002, 82: 279.
81. Meance S, Cayuela C, Turchet P. "A fermented milk with a Bifidobacterium probiotic strain DN-173010 shortened orofecal gut transit time in elderly", *Microb Ecol Health Dis*, 2001, 13: 217.
82. Bouvier M, Meance S, Bouley C. "Effects of consumption of a milk fermented by a probiotic strain Bifidobacterium animalis DN-173 010 on colonic transport times in healthy humans", *Biosci Microflo*, 2001, 20: 43.

83. Baysal A, Aksoy M, Besler T, Bozkurt N, Keçecioglu S, Mercanlıgil SM, Merdol TK, Pekcan G, Yıldız E. *Diyet El Kitabı*. 6'ncı baskı, Hatiboğlu yayınları, Ankara, 2011.
84. Meshkinpour H, Selod S, Movahedi H. "Effects of regular exercise in management of chronic idiopathic constipation", *Dig Dis Sci*, 1993, 43: 2379-2383.
85. Coenen C, Wegener M, Wedmann B. "Does physical exercise influence bowel transit time in healthy young men?", *Am J Gastroentero*, 1992, 1 87: 292-295.
86. Peters HP, DeVries WR, Vanberge-Henegouwen GP. "Potential benefits and hazards of physical activity and exercise on the gastrointestinal tract", *Gut*, 2001, 48:435-439.
87. Bingham SA, Cummings JH. "Effect of exercise and physical fitness on large intestinal function", *Gastroenterology*, 1989, 97: 1389-1399.
88. Robertson G, Meshkinpour H, Vandenberg K. "Effects of exercise on total and segmental colon transit", *J Clin Gastroenterol*, 1993, 16: 300-303.
89. Leung L., Riutta T., Kotecha J., Rosser W. "Chronic constipation: an evidence-based review", *J Am Board Fam Med*, 2011, 24 (4); 436-451.
90. Bove A., Bellini M., Battaglia E., Bocchini R., Gambaccini D., Bove V. "Consensus statement AIGO/SICCR diagnosis and treatment of chronic constipation and obstructed defecation", *World J Gastroenterol*, 2012, 18 (36): 4994-5013.
91. Tack J. "Current and future therapies for chronic constipation", *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2011, 25 (1):151-158.
92. Cleveland MV, Flavin DP, Ruben RA, Epstein RM, Clark GE. "New polyethylene glycol laxative for treatment of constipation in adults: a randomized, double-blind, placebo-controlled study", *South Med J*, 2001, 94 (5): 478-481.

93. DiPalma JA, DeRidder PH, Orlando RC, Kolts BE, Cleveland MB. “A randomized, placebo-controlled, multicenter study of the safety and efficacy of a new polyethylene glycol laxative”, *Am J Gastroenterol*, 2000, 95 (2): 446-450.
94. Dipalma JA, Cleveland MV, McGowan J, Herrera JL. “A randomized, multicenter, placebo-controlled trial of polyethylene glycol laxative for chronic treatment of chronic constipation”, *Am J Gastroenterol*, 2007, 102 (7): 1436-1441.
95. Kim HS. “5-Hydroxytryptamine₄ receptor agonists and colonic motility”, *J Smooth Muscle Res*, 2009, 45 (1): 25-29.
96. Aranda-Michel J, Giannella RA. “Acute Diarrhea: A Practical Review”, *AJM*, 1999;106:670-676.
97. Marcos LA, DuPont HL. “Advances in defining etiology and new therapeutic approaches in acute diarrhea”, *Journal of Infection*, 2007; 55: 385-393.
98. Schiller LR. “Diarrhea”, *Med Clin North Am*, 2000, 84: 1259–74.
99. Uzunismail H. “Kronik ishalleri hastaya yaklaşım”, *Türkiye’de sık karşılaşılan hastalıklar II Sempozyum Dizisi*, 2007, 5:59-68.
100. Özütemiz AÖ. “Birinci basamakta ishalleri hastaya yaklaşım”, *Güncel Gastroenteroloji*, 2015, 18/2: 234-324.
101. Bahis İ. “İshal”, Editor: Mentş NK, *Klinik Gastroenteroloji*, 4. Baskı, İzmir, 1982;19:290-304.
102. Bosaeus I. “Fibre effects on intestinal functions (diarrhoea, constipation and irritable bowel syndrome)”, *Clinical Nutrition Supplements*, 2004, 1:33-38.

103. Saka M, Kösele E, Metin S. “Gastrointestinal Sistem Hastalıkları ve Beslenme Tedavisi”, Tüfekçi MA. *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi*, 1. Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 2013: 585-588.
104. Phipps WJ, Cassmeyer VL, Sandus JK, Lehman MK. *Medical-Surgical Nursing Concepts and Clinical Practice*, 5th Edition, Mosby, 1524-1528.
105. Roper N, Logan WW, Tierney AJ . *The Elements of Nursing*. 4 Edition, Newyork: Churcill Livingstone, 199-231.
106. Gallagher PF, Mahony DO, Quigley EMM. “Management of chronic constipation in elderly”, *Drugs&Aging*, 2008, 25(10): 807-821.
107. Robson KM, Kiely DK, Lembo T. “Development of constipation in nursing home resident”, *Diseases of the Colon & Rectum*, 2000, 43(7): 940-943.
108. Howard LV, West D, Klein DJ. “Chronic Constipation Management for Institutionalized Older Adults”, *Geriatric Nursing*, 2000, 21(2): 78-83.
109. Denby N. “The role of diet and lifestyle changes in the management of constipation”, *Journal of Community Nursing*, 2006, 20(9): 20-24.
110. Hicks A. “The prevention and management of constipation”, *Journal of Orthopaedic Nursing*, 2001, 5: 208–211.
111. Morad M, Nelson NP, Merrick C, Davidson PW, Carmeli E. “Prevalence and risk factors of the constipation in adults with intellectual disability in residential care centers in Israel”, *Research in Developmental Disabilities RIIDD*, 2007, 589: 7.
112. Bıyık A, Özgür G, Özsoy SA, Erefe İ, Emeç AU, Özer M, Ergül Ş, Dülgerler Ş. “Huzurevinde yaşayan yaşlılarda fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları”, *Türk Geriatri Dergisi*, 2002, 5(2): 68-74.

113. Towers AL, Burgio KL, Locher JL, “Constipation in the elderly: influence of dietary, psychological, and physiological factors”, *J Am Geriatr Soc*, 1994, 42:701-6.
114. Sonnenberg A, Koch TR. “Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986”, *Dig Dis Sci*, 1989, 34:606-11.
115. Talley NJ, O’Keefe EA, Zinsmeister AR, Melton LJ. “Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly: a population-based study”, *Gastroenterology*, 1992, 102:895-901.
116. Papachrysostomou M, Pye SD, Wild SR, Smith AN. “Significance of the thickness of the anal sphincters with age and its relevance in faecal incontinence”, *Scand J Gastroenterol*, 1994, 29:710-4.
117. Sandler RS, Jordan MC, Shelton BJ. “Demographic and dietary determinants of constipation in the US population”, *Am J Public Health*, 1990, 80:185-189.
118. Brandt LJ, Prather CM, Quigley EM. “Systematic review on the management of chronic constipation in North America”, *Am J Gastroenterol*, 2005,100:1: 5-21.
119. Gonne J, Esfandyari T, Camilleri M. “Effect of female sex hormone supplementation and withdrawal on gastrointestinal and colonic transit in postmenopausal women”, *Neurogastroenterol Motil*, 2006, 18:911-918.
120. Wald A, Van Thiel DH, Hoechstetter L, Gavalier JS, Egler KM, Verm R, Scott L, Lester G. “Gastrointestinal transit: the effect of the menstrual cycle”, *Gastroenterology*, 1981, 80:1497-1500.
121. Jung HK, Kim DY, Moon IH. “Effects of gender and menstrual cycle on colonic transit time in healthy subjects”, *Korean J Intern Med*, 2003, 18:181-186.
122. Wyman JB, Heaton KW, Manning AP, Wicks AC. “Variability of colonic function in healthy subjects”, *Gut*, 1978,19:146-50.

123. McCrea GL, Miaskowski C, Stotts NA, Macera L, Varma MG. "A review of the literature on gender and age differences in the prevalence and characteristics of constipation in North America", *J Pain Symptom Manage*, 2009, 37:737- 45.
124. Talley NJ, Jones M, Nuyts G. "Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample", *Am J Gastroenterol*, 2003, 98(5): 1107-111.
125. Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR. "Functional and outley delay: A population based study", *Gastroenterology*, 1993, 105: 781-90.
126. Loeb DS, Ahlquist DA, Talley NJ. "Management of gastroduodenopathy associated with the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs", *Mayo Clin Proc*, 1992, 67: 354-64.
127. Burak UZ, Türkay C, Bavbek N, Ayşe LK, Erbayrak M, Uyar ME. "Konstipasyon saptanan olgularımızın değerlendirilmesi", *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2006, 5(1).
128. Özütemiz AÖ. "Birinci basamakta ishaller hastaya yaklaşım." *Güncel Gastroenteroloji*, 2015, 19/3.
129. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. "Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research", *Public Health Rep*, 1985, 100:126-131.
130. Kim HS, Park DH, Kim JW. "Effectiveness of walking exercise as a bowel preparation for colonoscopy: a randomized controlled trial", *Am Journal Gastroenterol*, 2005, 100:1964-1969.
131. Kinnunen O. "Study of constipation in a geriatric hospital, day hospital, old people's home and at home", *Aging*, 1991, 3:161-170.

132. Everhart JE, Go VL, Johannes RS. "A longitudinal survey of self-reported bowel habits in the United States", *Dig Dis Sci*, 1989, 34:1153-1162.
133. Locke GR, 3rd, Pemberton JH, Phillips SF. "AGA technical review on constipation. American Gastroenterological Association.", *Gastroenterology*, 2000, 119:1766-1778.
134. Meshkinpour H, Selod S, Movahedi H, et al. "Effects of regular exercise in management of chronic idiopathic constipation", *Dig Dis Sci*, 1998;43:2379-2383.
135. Donald IP, Smith RG, Cruikshank JG. "A study of constipation in the elderly living at home", *Gerontology*, 1985, 31:112-118.
136. Martin D. "Physical activity benefits and risks on the gastrointestinal system", *South Med J*, 2011, 104:831-837.
137. Dönmez M, Cankurtaran M, İlseven S. "Diyet lifleri ve insan sağlığı üzerindeki etkileri", MYO-ÖS 2010- Ulusal Meslek Yüksekokulları Öğrenci Sempozyumu, Düzce, 2010.
138. Burkitt DP, Walker AR, Painter NS. "Effect of dietary fibre on stools and the transit-times, and its role in the causation of disease", *Lancet*, 1972, 2 (7792): 1408-1412.
139. Tucker DM, Sandstead HH, Logan GM, Klevay LM, Mahalko J, Johnson LK."Dietary fiber and personality factors as determinants of stool output", *Gastroenterology*, 1981, (5), 879-883.
140. Voderholzer A, Schatke W, Muhlendorfer BE, Klauser AG, Birkner B, Muller-Lissner SA. "Clinical response to dietary fiber treatment of chronic constipation", *Am J Gastroenterol*, 1997, 92 (1), 95-98.

141. Won Jun D, Park HY, Lee OY, Hang LL, Byung CY, Ho Soon C. "A population-based study on bowel habits in a Korean Community: Prevalence of Functional Constipation And Self-Reported Constipation. ", *Digestive Diseases and Sciences*, 2006, 51:1471-77.
142. Wong PWK. "How To Deal With Chronic Constipation", *Postgraduate Medicine*, 1999, 106 (6).
143. Donald IP, Smith RG, Cruikshank JG. "A study of constipation in the elderly living at home", *Gerontology*, 1985, 31:112-118.
144. Whitehead WE, Drinkwater D, Cheskin LD. "Constipation in the elderly living at home: Definition, prevalence, and relationship to life style and health status", *J Am Geriatr Soc*, 1989, 37: 423-9.
145. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. "An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties", *J Consult Clin Psychol*, 1988, 56: 893-897.
146. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. "Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties", *J. Cogn Psychother*, 1988, 12, 163-172.
147. Arkar H., Şafak C. "Klinik Bir Örneklemede Beck Depresyon Envanterinin Boyutlarının Araştırılması", *Türk Psikoloji Dergisi*, 2004, 19(53), 117-123.
148. Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. "Depresyonda Bedensel Belirtiler", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005, 16: 90-96.
149. Williams BW, "A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale", *Arch Gen Psychiatr*, 45:742-7,1978.
150. WHO. Global Database on Body Mass Index, 2010, Erişim Tarihi: 24.11.12.

151. Klingman L. *Bowel Elimination*. Fundamentals of Nursing, 7th Edition, Mosby Elseiver, Canada, 2009, 1174-1200, 1217-1218.
152. Reimann HA. "Abdominal Epilepsy and Migraine", *JAMA*, 1973, 224:128.
153. Harari D., Gurwitz J.H., Avorn J. "Bowel Habit In Relation To Age And Gender. Finding From The National Health Interview Survey And Clinical Applications", *Archievs Of Internal Medicine*, 1996, 156(:) 315-320.
154. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. *Biyoistatistik*, 9. Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 2000.
155. Saffrey M.J. "Ageing Of The Enteric Nervous System", *Mechanisms Of Ageing And Development*, 2004, 125(:) 899-906.
156. Godfrey R, Rose S. "Toward Optimal Health: Discusses management of constipation in women", *Clin J Womens Health*, 2007, 16(9), 1252-257.
157. Ayaz S, Hisar F. Kadınlara verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin konstipasyonun giderilmesinde etkinliği. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, p.106, 4-7 Ekim 2011, Trabzon, Türkiye.
158. Chiarelli P, Brown W, McElduff P. "Constipation in Australian women: prevalence and associated factors", *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2000, 11:2, 71-78.
159. Chen LY, Ho KY, Phua KH. "Normal bowel habits and prevalence of functional bowel disorders in Singaporean adults--findings from a community based study in Bishan", Community Medicine GI Study Group. *Singapore Med J*, 2000, 41 (6), 255-258.
160. Chang JY, Locke GR, Schleck CD, Zinsmeister AR, Talley NJ. "Risk factors for chronic constipation and a possible role of analgesics", *Neurogastroenterol Motil*, 2007, 19 (11), 905-911.

161. Özcebe H. "Birinci Basamakta Adolesan Sorunlarına Yaklaşım", *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, Ankara, 11 (10), 374-377, 2002.
162. Poinhos R, Franchini B, Afonso C, Correia F, Teixeira VH, Moreira P. "Alimentation and life styles of the Portuguese population: Methodology and preliminary results", *Alimentation Human*, 2009, 15 (3); 43–60.
163. Karakaya K, Baran E, Tüzün H, Göçmen L, Erata M, Arıkan D, Kökalan YH. "Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması". Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara, 2012.
164. Pourhoseingholi MA, Kaboli SA, Pourhoseingholi A, Moghimi-Dehkordi B, Safaee A, Mansoori BK. "Obesity and functional constipation; a community-based study in Iran", *J Gastrointestin Liver Dis*, 2009,18 (2), 151-155.
165. Howell SC, Quine S, Talley NJ. "Low social class is linked to upper gastrointestinal symptoms in an Australian sample of urban adults", *Scand J Gastroenterol*, 2006, 41/6: 657-666.
166. Salmoirago-Blotcher E, Crawford S, Jackson E, Ockene J, Ockene I. "Constipation and risk of cardiovascular disease among postmenopausal women, *Am J Med*, 2011, 124(8), 714-23.
167. Soares NC, Ford AC. "Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis", *Am J Gastroenterol*, 2011, 106, 185-189.
168. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. "Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review", *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2011, 25/1: 3-18.

169. Staats PS, Markowitz J, Schein J. "Incidence of constipation associated with long-acting opioid therapy: A comparative study", *South Med J*. 2004 Feb;97(2):129-34.
170. Yüceyar H. *Gastrointestinal sistem acil hastalıkları*. 1. Baskı, İstanbul, Mart Matbaacılık, p. 675.
171. Arslan GG, 2008. *Yaşlılarda karına castor yağı kompresi uygulamanın konstipasyona etkisinin incelenmesi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
172. Kocataş S. Akut Miyokart İnfaktüsü geçiren hastalarda konstipasyonu önlemeye yönelik hemşirelik uygulamalarının etkinliği. Yüksek Lisans Tezi, C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2000.
173. Annells M, Koch T. "Constipation and the preached trio: Diet, fluid intake, exercise", *Int J Nurs Stud*, 2003, 40, 843-52.
174. Müler-Lissner S. "The difficult patient with constipation", *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2007, 21(3) , 473-84.
175. Lindeman RD, Romeo LJ, Lian HC. "Do elderly persons need to be encouraged to drink more fluids?", *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2000, 55/7: 361-265.
176. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi , Ankara, 2014.
177. WHO, Physical Activity. Erişim: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>, Erişim Tarihi: 28 Ağustos 2015.
178. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu, Ankara, Şubat 2014.

179. Özger Ağaca İ. *Fazla kilolu ve obez bireylerde duygu değişiklikleri ve yeme eğilimi ilişkisinin değerlendirilmesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2012.
180. Songul Yalcin S, Tuğrul B, Nacar N, Tuncer M, Yurdakok K . “Factors that affect television viewing time in preschool and primary schoolchildren”, *Pediatr Int*, 2002, 44:622–627.
181. Ermiş E, Doğan E, Erilli NA, Satıcı A. “Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi”, *Journal of Sports and Performance Researches*, 2015, 6(1); 30-40.
182. WHO: World Health Organization. Physical activity and young people. Erişim: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/ Erişim Tarihi: 28 Ağustos 2015.
183. WHO: Definition OF Health. Erişim: <http://who.int/about/definition/en/print.html> , Erişim tarihi: 28 Ağustos 2015.
184. Ulaş B, Genç MF. “Malatya Asker Hastanesi’nde 2007 yılında görev yapan personelin sağlıklı beslenme konusundaki tutum ve davranışları”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010, 17(3); 187-193.
185. Snoek HM, Strien TV, Janssens JM, Engels RC. “Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents”, *Scandinavian Journal of Psychology*, 2007, 48; 23-32.
186. Kılıç, E. *Üç Kuşak Kadının Beslenme Durumu ve Bilgi Düzeyleri İle Besin Hazırlama, Pişirme, Saklama Uygulamalarının Karşılaştırılması*. G.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Ekonomisi ve Beslenme Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005.
187. Ayhan DE, Günaydın E, Gönluoçuk E, Arslan U, Çetinkaya F, Asımı H, Uncu Y. “Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012, 38(2); 97-104.

188. Fujiwara, T, Nakata, R. “Skipping breakfast is associated with reproductive dysfunction in post-adolescent female college students”, *Appetite*, 2010,55 (3), 714-717.

8. EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı

OKAN ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Kararı


Toplantı Tarihi: 20.04.2017
Toplantı Sayısı: 82
Toplantıya Katılanlar:







Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye) (Katılmadı)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 20.04.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 23. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümünden **Serra ARSLAN**'ın “Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Yetişkin Bireylerde Defekasyon Alışkanlığını Etkileyen Etmenler” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)

 Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan (Üye)	 Prof. Dr. Dilek Öztürk (Üye)	 Prof. Dr. Ali Tayfun Atay (Üye)
 Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı (Üye)	 Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın (Üye)	 Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan
(Üye) (Katılmadı)

Ek 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli danışanımız,

Bu çalışma Okan Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Programı öğrencisi Serra Arslan tarafından Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy danışmanlığında *“Beslenme ve Diyet Polikliniği’ne başvuran yetişkin hastaların defekasyon alışkanlıklarını etkileyen etmenler”*i incelemek amacıyla yapılmaktadır.

Araştırma; 2017 yılında Nisan-Mayıs ayları içerisinde özel bir sağlık grubunun beslenme ve diyet bölümü polikliniklerine başvuran 18-65 yaş arası bağırsak hastalığı olmayan yetişkinler ile **gönüllülük** esasında yapılacaktır. Çalışma kapsamında size ilişkin genel bilgi ve beslenme alışkanlıklarınızı saptamak amacıyla bir anket formu, duygu durumunu saptamak amacıyla depresyon ve anksiyete ölçeği uygulanacaktır. Elde edilen veriler ile defekasyon alışkanlıklarını etkileyen biyolojik-fizyolojik, sosyo-kültürel ve psikolojik faktörler konusunda bilinçlendirme yapılması hedeflenmektedir.

Her bölümde anketin nasıl cevaplanacağına ilişkin bilgi ilgili bölümün başında verilmiştir. Anketin cevaplanması ortalama 15 dakika sürmektedir. Çalışmamız için sizden ilave bir ücret talep edilmeyecektir. Anketteki sorular kişisel rahatsızlık içermemektedir. Fakat herhangi bir rahatsızlık hissettiğinizde yarıda bırakabilirsiniz. Sorulara dürüstçe ve içtenlikle cevap vermeniz çalışmanın objektifliğine katkı sağlayacaktır.

Bu formu imzalayarak araştırmaya katılım için **onay vermiş** olacaksınız. Kimlik bilgileriniz çalışmanın herhangi bir aşamasında açıkça kullanılmayacaktır. Doldurduğunuz soru ve ölçeklere verdiğiniz cevaplar yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır.

Katkınız için teşekkürler.

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz.

Katılımcı Adı Soyadı:

İletişim Tel :

İmza :

Soru ve problemler için başvurulacak kişi :

Araştırmacı : Diyetisyen Serra ARSLAN

Adres : İstinye Üniversitesi Liv Hastanesi

Tel: 0553 449 80 55

Ek 3. Anket Formu

BESLENME VE DİYET POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YETİŞKİN BİREYLERDE DEFEKASYON ALIŞKANLIKLARINI ETKİLEYEN ETMENLER

Not: Dolduracağımız bu anket formu tamamıyla bilimsel bir amaca hizmet etmek için hazırlanmıştır ve bilgileriniz gizliliği ön planda tutulacaktır. Samimi ve doğru cevaplar vermeniz çalışmamızın doğru sonuç vermesi açısından önemlidir. Katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Anket No.:

Anket Tarihi:

Ad - Soyad:

Telefon:

E-mail:

1. KİŞİSEL BİLGİLER

- Yaşınız : _____
- Boyunuz (cm) : _____ Ağırlık (kg) : _____ Bkİ (cm²): _____
- Çinsiyetiniz: Kadın Erkek
- Memleketiniz : _____
- Yaşadığınız Şehir : _____
- Medeni Durumunuz: Bekar Evli Boşanmış Dul
- Kiminle yaşıyorsunuz? Aile Arkadaş Tek başına
- En son mezun olduğunuz okul: |

Okur- yazar Okur-yazar değil İlkokul Ortaokul Lise Lisans Yükseköğrenim

Mesleğiniz:

Öğrenci Çalışmıyor Emekli Ev hanımı Memur Sigortalı işçi Sigortasız işçi Serbest meslek Diğer _____

- İşiniz gereği sık sık (ayda 1 ve daha sık) seyahat etmek zorunda kalır mısınız? Evet Hayır
- Gelir düzeyiniz:
Gelirim giderimden az Gelirim giderime eşit Gelirim giderimden fazla
- Kronik (sürekli tedavi gerektiren) bir hastalığınız var mı? Evet Hayır

Cevabınız "evet" ise; hangisi / hangileri?



Kalp Hast.	<input type="checkbox"/>	Tiroid Hast.	<input type="checkbox"/>	Mide Hast.	<input type="checkbox"/>	Böbrek Hast.	<input type="checkbox"/>	Kanser	<input type="checkbox"/>	Psikiyatrik Hast.	<input type="checkbox"/>
Diyabet	<input type="checkbox"/>	Hipertansiyon	<input type="checkbox"/>	Karaciğer Hast.	<input type="checkbox"/>	Romatizmal Hast.	<input type="checkbox"/>	Nörolojik Hast.	<input type="checkbox"/>	Alerjik Hast.	<input type="checkbox"/>

- Doğum yaptınız mı? (Sadece kadınlara yönlenecek bir sorudur.) Evet Hayır
Evet ise; hangi yolla doğum gerçekleşti?
- Daha önce psikolojik ya da psikiyatrik yardım aldınız mı? Evet Hayır
- Düzenli olarak stres altında mısınız? Evet Hayır
- Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı? Evet Hayır
Cevabınız "evet" ise; hangisi / hangileri?
- Düzenli olarak vitamin/mineral/probiyotik desteği kullanıyor musunuz? Evet Hayır
Cevabınız "evet" ise; Adı / Kullanım şekli
- Aile ve 1. Derece akrabalarınızda kronik bir hastalık var mı? 1 Evet Hayır
Cevabınız "evet" ise; hangisi / hangileri?

Kalp Hast.	<input type="checkbox"/>	Tiroid Hast.	<input type="checkbox"/>	Mide Hast.	<input type="checkbox"/>	Böbrek Hast.	<input type="checkbox"/>	Kanser	<input type="checkbox"/>	Psikiyatrik Hast.	<input type="checkbox"/>
Diyabet	<input type="checkbox"/>	Hipertansiyon	<input type="checkbox"/>	Karaciğer Hast.	<input type="checkbox"/>	Romatizmal Hast.	<input type="checkbox"/>	Nörolojik Hast.	<input type="checkbox"/>	Alerjik Hast.	<input type="checkbox"/>

2. TÛTÛN VE ALKOL KULLANIMI İLE İLGİLİ BİLGİLER

- Sigara içiyor musunuz? Eet Hayır Bıraktım

Cevabınız "evet" ise, günde kaç tane sigara içiyorsunuz? _____

- Alkol kullanıyor musunuz? Eet Hayır Bıraktım

Cevabınız "evet" ise ; Günde/ haftada/ ayda,.....kez..... içiyorum

3. BESLENME ALIŞKANLIĞI İLE İLGİLİ BİLGİLER

- Genellikle günde kaç kez/öğün yemek yersiniz?
Hangi öğünler olduğunu işaretleyiniz.

Sabah Kahvaltısı Öğle Yemeği Akşam Yemeği
Sabah- Öğle Arası Öğle - Akşam arası Akşam Yemeğinden Sonra

- Öğün atlıyorsunuz genellikle hangisini atlıyorsunuz? Öğün atlamam

Sabah Kahvaltısı Öğle Yemeği Akşam Yemeği
Sabah- Öğle Arası Öğle - Akşam arası Akşam Yemeğinden Sonra

- Neden öğün atlıyorsunuz? (*Bir önceki soruda atlamam diyenler cevap vermeyecektir.*)

- 1) Zayıflamak için
- 2) Açlık hissetmediği için
- 3) Bulunduğu yerde uygun yemekler olmadığı için
- 4) 3 ana öğün yapmayı gereksiz bulduğum için
- 5) Öğün atlayarak kan şekerinin daha düzenli olacağımı düşündüğu için
- 6) Diğer (belirtiniz) _____

- Günlük rutininizde öğünlerinizi NEREDE yaparsınız?

Kahvaltı; Ev İşyeri Lokanta Yemem
Öğle yemeği; Ev İşyeri Lokanta Yemem
Akşam yemeği; Ev İşyeri Lokanta Yemem

- Ara öğünlerinizde genellikle neler tüketirsiniz? (*Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.*)

Taze/kuru meyveler Yağlı tohumlar (ceviz, fındık, badem)
Süt, yoğurt, ayran Sandviç, tost, galeta, grisini vb.
Kraker, bisküvi vb. Poğaa, simit, börek vb.
Çikolata, goğrat vb. Diğer (lütfen belirtiniz) _____

- Gün içerisinde iki öğününüz arasında genellikle kaç saat aralıklar olur?

1 saat 2 saat 3 saat 4 saat ve daha fazla

- Bir günde ortalama kaç bardak su tüketiyorsunuz? _____ bardak

- Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? Evet Hayır

Cevabınız "evet" ise; Hangi tür egzersiz? _____

Haftada kaç gün/dk? _____

- Egzersiz yapmıyorsanız, yapmama nedeniniz nedir? (*Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz*)
Zaman yetersizliği
Sağlık sorunları
Yaşadığım çevrede egzersiz yapabileceğim bir yerin olmaması
Maddi imkan yetersizliği
Alışkanlığın olmayışı
Diğer _____

4. DEFEKASYON ALIŞKANLIĞI İLE İLGİLİ BİLGİLER

- Defekasyon sıklığınız nedir?

Günde bir kez <input type="checkbox"/>	Günde iki kez	İki günde bir kez	Üç günde bir kez	Diğer _____
---	---------------	-------------------	------------------	-------------

- Defekasyon alışkanlığınız nasıldır?
1) Dışkılama isteğim geldiğinde işim varsa hemen tuvalete gitmem, artelerim
2) Dışkılama isteğim geldiğinde hiç beklemeden tuvalete gider
3) Diğer _____
- Defekasyon hissiniz ne zaman oluşur?
1) Sabah kalktığimde
2) Egzersiz sonrası
3) Öğünlerden sonra
4) Diğer _____
- Dışkılama yapmak için tuvalette ne kadar süre harcarsınız? _____ dk
- Makatınızda dışkılamayı zorlaştıracak basur, çatlak gibi bir durum var mı?
1) Evet 2) Hayır
- Dışkılamayı kolaylaştırmak amacıyla herhangi bir yola başvurur musunuz? Evet Hayır
Cevabınız evet ise; neler uygularsınız?
1) Bol sıvı tüketirim
2) Egzersiz / yürüyüş yaparım
3) Meyve-sebze tüketirim
4) Dışkı yumuşatıcı ilaç alırım
5) Bitki çayı içerim
6) Diğer _____

BESİN SIKLIĞI KAYIT FORMU

Besinler	Tüketim sıklığı					
	Hergün	Haftada 3-5	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Hiç
Süt ve Ürünleri						
Süt						
Yoğurt						
Beyaz Peynir						
Kaşar Peyniri						
..... Peynir						
Ayran						
Kefir						
Et ve Et Ürünleri	Hergün	Haftada 3-5	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Hiç
Kırmızı Et						
Tavuk						
Balık						
Hindi						
Salam, Sosis, Sucuk vb.						
Deniz Ürünleri						
Sakatlar						
Yumurtalar	Hergün	Haftada 3-5	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Hiç
Tavuk						
Bıldırcın						
Kurubaklagiller ve Yağlı Tohumlar	Hergün	Haftada 3-5	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Hiç
Kurubaklagiller (kurusülye, nohut, mercimek vb.)						
Yağlı Tohumlar (ceviz, fındık, fıstık, ayçekirdeği vb.)						
Ekmeğe ve Diğer Tahıllar	Hergün	Haftada 3-5	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Hiç
Ekmeğe (beyaz)						
Ekmeğe (esmer)						
Makarna, Erişte						

Pirinç						
Bulgur						
Yulaf						
Hamurcıkları, Bisküvi, Pasta, Kek, Kurabiye						
Sebze ve Meyveler	Hergün	Haftada 3-5	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Hiç
Yeşil Yapraklı Sebzeler						
Potates						
Diğer Sebzeler						
Meyveler						
Kuru Meyveler						
Yağlar	Hergün	Haftada 3-5	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Hiç
Zeytinyağı						
Ayçiçek yağı						
Margarin						
Tereyağ						
İçyağı-Kuyrukyağı						
Şeker ve Tatlılar	Hergün	Haftada 3-5	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Hiç
Çay şekeri						
Bal, Reçel, Pekmez						
Sütlü Tatlılar						
Dondurma						
Meyveli Tatlılar						
Hamur Tatlıları						
Çikolata						
Diğer	Hergün	Haftada 3-5	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Hiç
Ketçap						

Mayonez						
Zeytin ve/veya ezmesi						
Turşu						
İçecekler	Hergün	Haftada 3-5	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Hiç
Çay						
Kahve						
Kolalı İçecekler						
Soda						
Limonata						
Taze Meyve Suları						
Hazır Meyve Suları						
Şalgam suyu						

Ek 4. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

8.1. Ek 5. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

Ek 6. Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı	Serra	Soyadı	Arslan
Doğum Yeri	İstanbul	Doğum Tarihi	11.07.1991
Uyruğu	T.C.	Telefon	553-449-80-55
E-Mail	serra.arslan@isu.edu.tr		

Eğitim Düzeyi

Derece	Alan	Okul	Yıl
Lisans	Beslenme ve Diyetetik	İstanbul Bilim Üniversitesi	2012
Lise	Sayısal	Hasan Polatkan Anadolu Lisesi	2008

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Yıl
Diyetisyen	İstinye Üniversitesi Liv Hastanesi	Aralık 2016- Halen
Diyetisyen	Bahçelievler Medicalpark Hastanesi	Eylül 2012- Aralık 2016
Diyetisyen	Polat Renaissance Hotel	Haziran 2012-Ocak 2015
Diyetisyen	Özel Yeşilyurt Polikliniği	Haziran 2012-Ocak 2015