

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ
GÖREN HASTALARDA KONSTİPASYON RİSKİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Kıymet MESES

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ**

ADANA-2019

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ GÖREN
HASTALARDA KONSTİPASYON RİSKİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Kıymet MESES

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALITEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ**

Adana-2019

KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan
“Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastalarda Konstipasyon Riski Ve Etkileyen Faktörler”adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 13 /09 /2019

TEZ SINAV JÜRİSİ

Dr.Öğr.Üyesi Gülşah Kumaş
Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Faköltesi
Başkan

Prof. Dr. Gürsel Öztunç
Girne Üniversitesi Sağlık Bilimleri Faköltesi
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Zehra Eskimez
Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Faköltesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI
ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 13/09/2019

Kıymet MESES

Kayıtlı olunan Program : Hemşirelik
Tezin Konusu :Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi
Gören Hastalarda Konstipasyon Riski ve Etkileyen Faktörler

Tezin Türü : Yüksek Lisans : ☒ Doktora: ☐ :

Danışmanın Adı-Soyadı : Dr.Öğr.Üyesi Gülşah KUMAŞ
Danışmanın İletişim Bilgileri
Telefon : 0535 3261001
E-Posta : gulsahkumas@gmail.com

Öğrencinin İletişim Bilgileri
Telefon : 0506 337 47 51
E-Posta : angelic_2008@hotmail.com
Adresi : Yeşilyurt Mah 70155 sok. Yonca Sitesi K.7 D.13
Seyhan ADANA

TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlandırılmasında anlayış, sabır, özveri gösteren ve bilgi birikimini esirgemeyen, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim değerli tez danışmanlarım sayın **Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ**, **Dr. Öğr.Üyesi Gülşah KUMAŞ’a**, bu süreçte desteğini esirgemeyen **Dr.Öğr.Üyesi Zehra Eskimez** ve tüm hocalarıma, araştırma sürecinde yanımda olan nöroloji yoğun bakım ünitesindeki değerli hocalarım **Prof. Dr.Şebnem Bıçakçı**, **Öğr.Gör.Dr. Turgay Demir** ve çalışma arkadaşlarıma, katkılarından dolayı araştırmaya katılan tüm hastalara,

Öğrenimim boyunca her zaman yanımda olan desteğini esirgemeyen eşim **Cumhur Meses**, oğlum **Çınar** ve kızım **Zeynep Ada**, canım ailem özellikle annem **Zeynep Tokay’a** ve desteğini esirgemeyen herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hemşire Kıymet MESES

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	I
ETİK BEYANI	II
TEŞEKKÜR.....	III
İÇİNDEKİLER	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR	VIII
ÖZET	IX
ABSTRACT.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Konstipasyon.....	4
2.1.1. Konstipasyonun Tanımı	4
2.1.1.1.Roma Kriterleri	4
2.1.1.2.Roma III Tanılama Kriterleri	4
2.1.1.3. Roma IV Tanı Kriterleri(Revize).....	5
2.1.2 Konstipasyon Türleri Ve Patofizyolojisi	5
2.1.2.1.Konstipasyon Türleri.....	6
2.1.3. Epidemiyolojisi	7
2.1.4.Risk Faktörleri ve Nedenleri	7
2.1.5.Konstipasyona Neden Olan Hastalık ve Durumlar.....	9
2.1.6.Konstipasyona Neden Olan İlaç Grubu	9
2.1.7.Dışkılama Fizyolojisi Ve Kolonun Motilitesi	10
2.1.8.Konstipasyonun Komplikasyonları	10
2.1.9.Tanılama.....	11
2.1.9.1. Bristol Dışkı Skalası	12
2.1.10.Tedavi.....	15
2.2. Nöroloji Hastalarında Konstipasyon Tedavisi ve Yönetimi	19
2.3.Yoğun Bakım Ünitesinde Konstipasyonun Önlenmesine Yönelik Hemşirelik Uygulamaları	21
2.3.1. Non-Farmakolojik Tedavi Girişimlerinin Uygulanması	22
2.3.2. Farmakolojik Tedavi Girişimlerinin Uygulanması	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Tipi	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27

3.4. Verilerin Toplanması.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.5. Veri Toplama Araçları.....	28
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-1).....	28
3.5.2. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (EK2)	29
3.5.3. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (EK3).....	29
3.5.3. Konstipasyon Risk Puan Tablosu	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	30
3.8. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	
4. BULGULAR.....	31
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlgili Bulgular.....	31
4.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Konstipasyon Ciddiyet ve Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	33
4.3. Hastalara Ait Bulguların Konstipasyon Ciddiyet ve Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
4.4. Konstipasyon Risk İle Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin İlişkilerinin İncelenmesi.....	36
4.5. Konstipasyon Risk ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Bulgularının Dağılımı.....	37
4.6. Konstipasyon Risk Durumu Bulgularının Dağılımı	37
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	42
KAYNAKLAR	43
EKLER.....	48
ÖZGEÇMİŞ	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Konstipasyon Türleri	6
Şekil 2.2. Bristol Dışkılama Skalası	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

TABLÖLARDİZİNİ

Tablo 2. 1. Roma III Tanılama Kriterleri	4
Tablo 2. 2. Roma IV Tanı Kriterleri (Revize)	5
Tablo 2. 3. Konstipasyonun Risk Faktörleri	8
Tablo 3.1. Konstipasyon Risk Puan Tablosu	30
Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	31
Tablo 4.2. Hastalara Ait Bulguların Konstipasyon Ciddiyet ve Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.3. Hastalara Ait Bulguların Konstipasyon Ciddiyet ve Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği İle Puanlarının Karşılaştırılması	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 4.4. Konstipasyon Risk İle Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin İlişkilerinin İncelenmesi	36
Tablo 4.5. Konstipasyon Risk ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Bulgularının Dağılımı	37
Tablo 4.6. Konstipasyon Risk Durumu Bulgularının Dağılımı	37

SİMGELER VE KISALTMALAR

NYB	Nöroloji Yoğun Bakım
KCÖ	Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği
KRDÖ	Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği
YBÜ	Yoğun Bakım Üniteleri
SVO	Serebrovasküler Olay
CA	Kanser
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
EMG	Elektromiyografi
WMC	Wireless Motility Capsule (Kablosuz Motilite Kapsülü)
MS	Multiple Skleroz
NANDA	North America Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği)
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	Beden Kütle İndeksi
p value	İstatistiksel Anlamlılık Seviyesi
r	Korelasyon

ÖZET

Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastalarda Konstipasyon Riski ve Etkileyen Faktörler

Dışkılama sıklığının azalmasına bağlı, seyrek ve zor dışkılama olarak tanımlanan konstipasyon, hasta bireylerde yaygın olarak görülmekte ve hastanın yaşam kalitesini önemli derecede olumsuz etkilemektedir. Yoğun bakımlarda konstipasyon görülme oranı %15-83 arasında değişmekte olup Serebrovasküler hastalıkları olan hastalarda görülme sıklığı %30 ile %60 arasında değişmekte ve inme sonrası hastaların %55'inde yeni başlangıçlı konstipasyon görülmektedir. Konstipasyon, nöroloji yoğun bakım hastalarında gastrointestinal sisteme ilişkin önemli bir komplikasyon olup inme, intrakranial hemorajili hastalarda kafa içi basıncın artmasına bağlı olarak progresyon gelişmesine, hatta ölüm riskine neden olabileceği için bu hastalarda konstipasyonun önlenmesi oldukça önemlidir.

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan araştırmanın evrenini, Haziran 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında Çukurova üniversitesi Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi gören hastaların tamamı, örneklemi ise araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 102 hasta oluşturmuştur. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapıldığı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izinler alınmıştır.

Verilerin toplanmasında hastalara ait tanıtıcı bilgileri içeren “Kişisel Bilgi Formu”, hastaların konstipasyon ciddiyet durumunu belirlemek amacıyla “Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)” ve hastaların konstipasyon riskini belirlemek amacıyla “Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ)” kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda çalışmaya katılan hastaların %53,9 kadın olup yaş ortalaması $48,28 \pm 16,89$ olarak bulunmuştur. KRDÖ toplam puanı ortalaması düşük ($10,24 \pm 3,34$) olarak bulunmuştur. KCÖ toplam puan $23,60 \pm 13,41$ olup dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puan ortalaması $11,65 \pm 6,12$, kalın bağırsak tembelliği $9,27 \pm 5,56$, ağrı alt ölçeği puan ortalaması ($2,68 \pm 3,56$) olarak bulunmuştur. KCÖ ve alt boyutları toplam puanı ve KRDÖ toplam puanı kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve daha yüksek olarak bulunmuştur. Hastaların KRDÖ puanları ile KCÖ toplam puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0,256$; $p=0,009$). Hastaların meslek, gelir düzeyi, yaşadığı yer ve sağlık güvencesine göre ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda NYB Ünitesinde tedavi gören hastalarda konstipasyon riski ve etkileyen faktörlerin en aza indirilmesinde hemşirelik süreci doğrultusunda bireye özgü hemşirelik bakımının planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve tanılamada geçerli ve güvenilir ölçeklerin kullanılmasına yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Nöroloji, Konstipasyon, Konstipasyon Riski, Yoğun Bakım, Hemşire

ABSTRACT

Constipation Risk and the Affecting Factors in Patients Treated in the Neurology Intensive Care Unit

Constipation, defined as infrequent and difficult defecation caused by the decrease in defecation frequency, is commonly experienced in patients and has significant negative effects on their quality of life. The prevalence of constipation in intensive care units ranges from 15 to 83 %; its prevalence in patients with Cerebrovascular diseases ranges between 30% and 60%, and 55% of patients have new-onset constipation after stroke. Constipation is an important complication related to the gastrointestinal system in neurology intensive care unit patients, and as it may cause progression development due to intracranial pressure and even death risk in stroke, intracranial hemorrhage patients, it is very important to prevent constipation in this patient group.

The target population of this descriptive and cross-sectional study was all patients who were treated in Çukurova University Neurology Intensive Care Unit (NIC) between June 2018 and June 2019, and the sample was 102 patients who met the research criteria and accepted to participate in the study. Statistical analysis of the data was performed using SPSS (IBM SPSS Statistics 24) package programming.

Prior to the study, necessary permissions were obtained from Çukurova University Medical Faculty Ethics Committee, Dean of Medical Faculty, and Head Physician of Çukurova University Medical Faculty Balcalı Hospital.

Data were collected through the “Socio-demographic Form”, the “Constipation Severity Instrument” (CSI) to identify patients’ constipation severity, and the “Constipation Risk Assessment Scale (CRAS) to identify patients’ constipation risks.

The results showed that 53,9% of the patients involved in the study were female, and their average age was $48,28 \pm 16,89$. The CRAS total mean score was found low ($10,24 \pm 3,34$). While the CSI total score was $23,60 \pm 13,41$, Obstructive Defecation sub-scale mean score was $11,65 \pm 6,12$, Colonic Inertia subscale mean score was $9,27 \pm 5,56$, and pain sub-scale mean score was $2,68 \pm 3,56$. CSI and sub-scales total score and CRAS total score were found to be significantly higher in women compared to men. There was a positive, weak, and statistically significant relationship ($r=0,256$; $p=0,009$) between the patients’ CRAS scores and CSI total scores ($r=0,256$; $p=0,009$). No significant differences were found by patients’ occupation, income level, place of living, and health insurance in terms of their scale scores.

In line with the results of the study, recommendations were made about planning, applying, and evaluating individual nursing care and using valid and reliable scales in diagnosis in order to decrease the constipation risk and the affecting factors in patients treated in the NIC unit.

Keywords: Neurology, Constipation, Constipation Risk, Intensive Care, Nurse

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Fizyolojik bir varlık olan insanın yaşamının devamlılığı ve sürdürülebilmesinde temel insan gereksinimlerinin (hava, su, beslenme, boşaltım, vb.) karşılanması gerekmektedir (1). Maslow'un temel insan gereksinimlerinden biri olan "Boşaltım Gereksinimi", bireylerin yaşamları boyunca vücut fonksiyonlarını sürdürebilmek için yerine getirdiği günlük yaşam aktivitesidir. Bağırsak boşaltımı ile atık maddelerin düzenli olarak vücuttan atılması, normal vücut fonksiyonlarının sürdürebilmesinde oldukça önemlidir (2). İnsan nerede ve ne zaman olursa olsun boşaltım gereksinimine cevap vermek zorundadır (3).

Bağırsak işlevleri biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve ekonomik faktörlerden etkilendiği için boşaltım alışkanlıkları bireyden bireye değişiklik göstermektedir (2). Düzensiz bağırsak alışkanlıkları, kronik hastalıklar, durumsal stres, uzun süreli yatak istirahati, ilaç kullanımı, normal boşaltım refleksinde azalma, kolonun sinirsel iletimini etkileyen nörolojik sorunlar, hipotiroidizm, hipokalsemi gibi hastalıklar bağırsak boşaltım sorunlarına neden olabilmektedir (2). Bu sorunlardan biri olan konstipasyon, bireyin fiziksel, mental ve sosyal iyilik halini olumsuz etkileyen gastrointestinal sisteme özgü fekal boşaltım sorunlarının başında gelmektedir (3).

Konstipasyon hastalık olmayıp bireylere göre değişik biçimde yorumlanabilen bir semptomdur. Günde üç ve üç günde bir arasında değişen dışkılama sayısı normal kabul edilmektedir (4). Boşaltım alışkanlığının haftada iki ya da ikiden az olması konstipasyon olarak kabul edilmekte fakat dışkılama sayısı ve miktarı bireylerde ve toplumlarda çok fazla değişiklikler gösterdiği için tek başına sayısal değer ölçüt olarak kabul edilmemektedir (3).

Konstipasyonun tek bir tanımı olmamakla birlikte tanımı hasta bireyler ve hekimlere göre değişebilmektedir. Hekimler konstipasyonu dışkılama sayısındaki azalma olarak tanımlarken, hastaların çoğuna göre konstipasyon; sert dışkı, dışkı sayısının azalması (tipik olarak haftada üçten az), yoğun ıkınma gereksinimi, dışkıyı tam boşaltamama hissi, anüsün ya da vajinanın etrafına parmak basısı ya da tuvalette geçirilen fazla zaman gibi belirtilerden bir ya da birden fazlasının görülmesi olarak tanımlanmaktadır (5).

Konstipasyonu tanılamada uluslararası Roma kriterleri 1994'ten bu yana altın standart tanım olarak kabul edilmiştir (Roma 1). Kriterler 2000 (Roma II), 2006 (Roma III) ve 2016'da (Roma IV) revize edilmiştir (6).

Uluslararası literatürde konstipasyonun toplumda görülme sıklığının %2-28 arasında olduğu, ülkemizde ise bu oranın %29-40 arasında değişmekte olduğu belirtilmektedir (7). Gelişmiş ülkelerde konstipasyon şikayeti olanların ancak üçte biri hekime başvurmaktadır. Erkeklere oranla kadınlarda, beyazlara oranla zencilerde, erişkinlere oranla çocuklarda ve gençlere oranla yaşlılarda daha sık rastlanılmaktadır. Konstipasyon, hastaların kullandıkları ilaçlar ve sağlık kurumlarına yaptıkları başvurular nedeni ile maliyeti yüksek bir yakındır (3). Amerikan Birleşik Devletleri'nde her yıl 2.5 milyondan fazla kişi konstipasyon nedeniyle doktora başvurmakta ve yılda yaklaşık sekiz yüz milyon dolardan fazla bir kaynak laksatif ilaç kullanımı için sarf edilmektedir (8). Başvurular, pratisyenler, genel dahiliye ve acil bakım ünitesi hekimlerine yapılmaktadır. Tıbbi değerlendirmeler ve diagnostik araştırmalar ile cerrahi girişimler için harcanan para miktarı bilinmemektedir. Kabızlık nedeni ile iş gücü kaybı da oldukça fazladır. Tedavi için harcanan miktar bütün bunların üzerine ayrı bir yük getirmektedir (4).

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), yaşamı tehdit altında olan bireylere, en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla kullanılan çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç gereçlerin bulunduğu, hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu, mortalite-morbidite oranının daha yüksek ve disiplinler arası bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu bakım merkezleri olarak tanımlanmaktadır (9).

Konstipasyon yoğun bakım hastalarında sık görülen bir komplikasyondur. Şok, sepsis, sedatif ve opioid kullanımı, elektrolit bozuklukları, hareketsizlik ve diyetdeki değişiklikler yoğun bakıma başvuran hastalarda konstipasyon sıklığını artırmaktadır (10). Gelişen konstipasyona bağlı olarak yoğun bakım hastalarında abdominal distansiyon, kusma, gastrik boşalmada gecikme, enteral beslenmede intolerans, intraabdominal hipertansiyonun artması, intestinal iskemi, perforasyon, kolonik psödoobstrüksiyon, pulmoner aspirasyon, uzun süreli mekanik ventilasyon ve YBÜ kalış süresi artış görülmektedir (11). Yoğun bakımlarda gastrointestinal problemler %60 oranında görülmekte olup konstipasyon görülme oranı %15-83 arasında değişmektedir. Mostafa ve arkadaşlarının cerrahi ve dahili hastaların bulunduğu yoğun bakımda yaptıkları araştırmada hastaların %83'ünde konstipasyon saptanmıştır (12).

Nörolojik hastalıklarda ise konstipasyona diğer hastalıklardan daha fazla rastlanmaktadır. Spinal kord yaralanmalarında %80, multiple sklerozlu hastalarda %70, inme sonrası hastalarda ise %55 oranında konstipasyon görüldüğü bildirilmektedir. Nörolojik hastalıklara bağlı ortaya çıkan konstipasyon değişen derecelerde hasarlara yol açabilmektedir. Bu hasarlar bölgesel ya da tamamen duyu kaybı oluşması veya istemli motor fonksiyonlardaki

sorunlar nedeniyle gelişmektedir. Gelişen nörolojik fonksiyon bozukluğuyla fekal tıkaç, prolapsus, anal fissür, kusma, rektal hemoraji sıklıkla görülmektedir (13).

Nöroloji yoğun bakımda tedavi gören hastalarda yatak istirahati, hareketsizlik, disfaji ve/veya susuzluk mekanizmasının bozulması hipovolemi, sıvı alım azlığı genellikle konstipasyona neden olabilmektedir. Serebrovasküler olayın (SVO) ardından gastrointestinal sistem çeşitli şekillerde etkilenebilir. En yaygın bulgular disfaji ve bağırsak fonksiyonundaki değişikliklerdir. Serebrovasküler olay, parezi, biliş ve konuşmada değişikliklerle sonuçlanabilir. Bu güçlükler dışkı kaçırma veya kabızlığa neden olabilir (14).

Konstipasyon, bireylerin estetik görünümünde bozulmaya, özbenlik algısında azalmaya ve kontrol kaybına neden olabilmekte ve bu nedenle bireyin fiziksel, mental, sosyal iyilik hali etkilenmekte ve yaşam kalitesi düşürebilmektedir (13). Hemşireler konstipasyona neden olan etkenlerin belirlenmesinde ve etkili baş etme stratejilerinin geliştirilmesinde önemli bir role sahiptir (15). Hemşireler, hastalarda günlük olarak konstipasyonun varlığını değerlendirmeli, yönetiminde etkili yaklaşımlar hakkında hasta ve ailesini bilgilendirerek dışkılama alışkanlığını sürdürmesini sağlamalıdır (16).

Bu araştırmanın amacı Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi gören hastalarda konstipasyon riski ve etkileyen faktörleri incelemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Konstipasyon

2.1.1. Konstipasyonun Tanımı

Konstipasyon hastalık olmayıp tanımı bireylere göre değişebilen ve yorumlanabilen subjektif bir semptomdur (4). Amerikan Gastroenteroloji Derneği konstipasyonu; haftada 3'ten daha az dışkılama, yetersiz boşaltım hissi, sert dışkı, aşırı zorlanma, rektal boşalma için manevra yapma ihtiyacı ve tuvalette geçirilen aşırı zaman olarak tanımlanmaktadır(10).

Konstipasyonu tanılamada roma tanı kriterleri uluslararası altın standart olarak kabul edilen bir dizi klinik semptom içermektedir. Bu kriterler ilk olarak 1994'te (Roma I) geliştirmiştir ve daha sonra 2000 (Roma II), 2006 (Roma III) ve 2016'da (Roma IV) olarak revize edilmiştir. 1994'ten önce yapılan tanımlamaların büyük ölçüde bağırsak hareketi sıklığına dayandığı görülmektedir (17). Konstipasyonu tanımlamada uzmanlaşmış bir grup 2006 yılında Drossman öncülüğünde Roma III tanı kriterlerini önermiştir (18).

2.1.1.1.Roma Kriterleri

2.1.1.2.Roma III Tanılama Kriterleri

Tablo 2. 1. Roma III Tanılama Kriterleri (19)

1.Konstipasyonu tanımlamada aşağıda yer alan belirtilerden iki ya da ikiden fazlasının olması gerekmektedir.

- a) Defekasyonların $\geq$ % 25'inde yoğun ıkınma ve zorlanma
- b) Defekasyonların $\geq$ % 25'inde topaklı veya sert dışkı
- c) Defekasyonların $\geq$ % 25'inde yetersiz boşalma hissi
- d) Defekasyonların $\geq$ % 25'inde ano rektal tıkanma/tıkanma hissinin oluşması
- e) Defekasyonların $\geq$ % 25'inde dışkılamayı kolaylaştırmak için elle müdahale
- f) Haftada <3 defekasyon

2. Laksatif ilaç kullanmaksızın yumuşak dışkılamanın ender görülmesi

3. K-İBS için yetersiz kriterler

Tanıdan en az 6 ay önce semptomların ortaya çıkmasıyla geçen son 3 ay için kriterler yerine getirilmelidir.

2.1.1.3. Roma IV Tanı Kriterleri(Revize)

Tablo 2. 2. Roma IV Tanı Kriterleri (Revize) (19).

1. Konstipasyonu tanımlamada aşağıda yer alan belirtilerden iki ya da ikiden fazlasının olması gerekmektedir.
 - a) Dışkılamaların % 25'inden fazlasında ıkınma, zorlanma
 - b) Dışkılamaların %25 inden fazlasında topaklı veya sert dışkılama
 - c) Dışkılamaların % 25'inden fazlasında tam boşalma hissetmeme
 - d) Dışkılamaların % 25'inden fazlasında Anorektal tıkanma / tıkanma hissinin oluşması
 - e) Dışkılamaların %25'inden fazlasında kolaylaştırmak için elle müdahale ile dışkılama
 - f) Haftada 3'ten az spontan barsak hareketi
2. Laksatif kullanmadan nadiren yumuşak dışkılamanın gerçekleşmesi
3. K-İBS için yetersiz kriterler (tanıdan en az 6 ay önce)

Konstipasyonun tanımlanmasında son yıllarda Task Force Kriterleri ve Bristol Gaita Skalası da kullanılmaktadır (8). Bristol dışkı skalası, hastaların kabızlık şiddetinin tanınmasını kolaylaştırma, dışkının özelliklerini değerlendirme ve tanılama fayda sağlamaktadır. Roma IV, tanıyı kolaylaştırmak ve bağırsak alışkanlıklarını karakterize etmek için en etkili yöntemler olan Bristol ölçeği ve bağırsak günlüklerinin kullanılmasını önermektedir (20).

2.1.2 Konstipasyon Türleri ve Patofizyolojisi

Konstipasyon primer ve sekonder nedenlere bağlı olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer nedenler bağırsağa özgü problemlerle ilgilidir; patofizyolojilerine göre normal geçiş zamanlı, yavaş geçiş zamanlı ve anorektal disfonksiyon olarak üçe ayrılırlar. Sekonder nedenler arasında gastrointestinal bozukluklar, nörolojik durumlar yer almaktadır. Hareketsizlik, yetersiz lif ve sıvı alımı da konstipasyona neden olabilir. Bazen kullanılan bazı ilaçların yan etkisi olarak da konstipasyon durumu görülebilmektedir (18).

A) Primer Konstipasyon

a)Normal Geçiş Zamanlı Konstipasyon: Normal geçiş zamanlı konstipasyon klinisyenler tarafından görülen en yaygın konstipasyon şeklidir. Bu durumda, hastalar sert dışkı ya da dışkılamada zorlanma, şişkinlik ve karın ağrısı veya rahatsızlık hissedebilir. Genellikle posadan zengin beslenme ve/veya laksatif kullanımı ile düzelme görülmektedir (21).

b) Yavaş Geçiş Zamanlı Konstipasyon: Çocuklarda ve genç kadınlarda sık görülmekte olup semptomları genellikle seyrek ve zor dışkılama, karında distansiyon, ağrı ve rahatsızlık şeklindedir. Kolonun motor aktivitesi değişken olup stres ve yemeklerden etkilenmektedir (22). Patogenezinde miyenterik plexus anomalileri, kolinerjik iletimde bozulma, noradrenerjik nöromuskuler ileti sisteminde anormallik bulunmaktadır (23).

c) Anorektal Disfonksiyon: Anorektal disfonksiyon konstipasyonun başka bir alt tipidir. Anorektal disfonksiyonda, kolonik geçiş normaldir veya sadece biraz bozulmuştur. Bazı yakın tarihli çalışmalara göre, anorektal disfonksiyon, rektumdaki barsak içeriğinin uzun süre durgunlaşması veya dışkı sfinkterinin dışkılama sırasında dış anal sfinkterin yeterince kasılamamasından şeklinde tanımlanabilir. Bu bozukluğun prevalansı kadınlarda yaygın olarak yüksektir (24).

1) Dissinerjik Defekasyon: Yavaş geçiş zamanlı konstipasyon ile birlikte görülebileceği gibi yalnızda görülebilmektedir. Dışkılama esnasında ıkınma ile rektumda basınç artışı görülmekte fakat sfinkterin basıncı eş zamanlı artış gösterdiğinden dışkılama işlemi gerçekleşemez (4).

2) Defekasyon İtici Gücünde Yetersizlik: Defekasyonun itici gücünde yetersizliğe bağlı olarak ıkınma esnasında rektumdaki iç basınç gaitayı atacak güce sahip değildir (4).

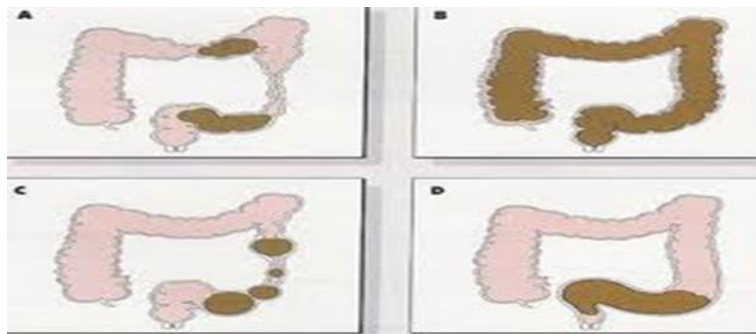
2.1.2.1.Konstipasyon Türleri

A.Normal Geçiş Zamanlı

B.Yavaş Geçiş Zamanlı

C.İrritabl Barsak Sendromu

D.Fonksiyonel Defekasyon Bozukluğu



Şekil 2.1. Konstipasyon Türleri (18).

B) Sekonder Konstipasyon: Düşük posalı diyet, ilaçlar, yaşam tarzı, endokrin, metabolik, nörolojik, psikiyatrik ve diğer bozukluklar gibi sayısız faktörler sekonder konstipasyona neden olmaktadır (25).

2.1.3. Epidemiyolojisi

Batılı ülkelerde yetişkin nüfusun yaklaşık %15'i konstipasyon yakınması bulunmaktadır. Kuzey Amerika'da prevalansı %4 ile %28 arasında değişmekte olup, kadınlarda erkeklere oranla iki ila üç kat daha sıktır. Epidemiyolojik çalışmalar, kabızlığın varlığının sosyo-ekonomik faktörlerle ilişkili olabileceğini ve aynı ülkedeki yüksek gelir gruplarına kıyasla düşük oranlarda daha yaygındır. Yüksek eğitimli bireyler, düşük eğitimli bireylerden ve şehirlielerde kırsal kesimde yaşayanlardan daha az etkilenmektedirler (26).

Son 30 yılda yayınlanan 80'den fazla makalenin gözden geçirilmesi, toplumda yaşayan yetişkinlerde konstipasyon prevalansının yetişkin popülasyonlarında genel olarak %2.4 ile %39.6 ve yaşlı popülasyonlarında ise %4 ile %25.8 arasında değiştiğini göstermektedir (27).

Amerika ve İngiltere'de konstipasyon ile ilgili yapılmış çalışma sonuçlarına göre kadınlar, siyah ırk ve 60 yaş üstündeki bireylerde daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmalardan elde edilen verilere göre kadınlarda erkeklere oranla konstipasyonun 2-3 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (18).

Ülkemizde popülasyona dayalı yapılan çalışma sonuçlarına göre konstipasyon görülme oranı %22-40 arasında değişmektedir (22). Burak Uz ve ark. (2006) yaptığı bir çalışmada hastaların %20'sinde konstipasyon saptanmış olup bu olguların %73'ünü kadınlar oluşturmaktadır (28). Pişkinpaşa ve ark. emniyet teşkilatında 100'ü kadın 1100 kişide yaptığı araştırmada subjektif konstipasyon oranı %40, laksatif kullanımı ise %46 olarak saptanmıştır (4). Kaya ve ark. (2013) yaptığı bir çalışmada kabızlık risk değerlendirme ölçeğine göre, başvuru sırasındaki hastaların %14,3'ü, ameliyatın 3. gününde hastaların %40,7'si, taburcu olan hastaların %32,5'i orta ve yüksek kabızlık açısından risk grubu oluşturmaktadır (16). Kadınların, yaşlıların, analjezik kullananların ve hastanede uzun süre yatan hastaların kabızlık riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (16).

2.1.4. Risk Faktörleri ve Nedenleri

Yaş, cinsiyet, etnik köken, fiziksel aktivite azlığı, beslenme bozukluğu, yetersiz sıvı alımı, defekasyon gereksinimin sık sık ertelenmesi, cinsel suistimale uğrama, hamilelik, stres,

kaygı, depresyon, sedanter yaşam, eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması, kullanılan ilaçlar ve bazı hastalıklar ve tedavi süreci risk faktörleri arasında yer almaktadır (29).

Konstipasyon yaşlılarda gençlere oranla çok daha yaygın görülmektedir. Yaşlılarda görülen konstipasyon sorununun genel nedenleri, normal bağırsak hareketlerinin olmaması veya yaşlanma, doğru beslenme eksikliği, yetersiz sıvı alımı, yeterli fiziksel aktivite eksikliği, hastalık veya ilaçların kullanımı gibi çeşitli faktörlerle bağlantılıdır. Bu durumun prevalansı, gevşek takma diş protezi veya diş kaybı nedeniyle 65 yaşın üzerindeki yetişkinlerde daha yüksektir. Yaşlılarda rektosel, pelvik taban diskinezi ve prolapsus gibi anatomik anormallik prevalansının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (30).

Düşük posa alımı ve yetersiz hidrasyon konstipasyona neden olabilir. Yapılan çalışmalar yüksek lifli beslenmenin dışkı ağırlığını artırarak kolonun geçiş süresini kısalttığını ve dışkılama sıklığını artırdığını ve düşük lifli beslenmenin konstipasyona neden olduğunu göstermiştir. Bu durumlarda, konstipasyon genellikle ciddi bir sorun değildir ve beslenme alışkanlıkları ve yaşam biçimi düzelterek kontrol ve tedavi edilebilir (30).

Konstipasyon, kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha fazla görülmekte ve yaş arttıkça kadınlarda erkeklere göre konstipasyonun şiddeti belirgin olarak artmaktadır. Olası nedenler arasında doğumdan kaynaklanan pelvik zemin yaralanma riskinin yüksek olması ve hamilelik sırasında, özellikle son aylarda, seks hormonlarının belirgin bir şekilde artması, bağırsak hareketlerinin azalması ve mekanik basınç nedeniyle gecikmiş bağırsak boşalması, kadınların semptomlarını bildirme konusundaki genel istekliliği nedeniyle kabızlık riski yüksektir (31).

Tablo 2. 3. Konstipasyon Risk Faktörleri (18).

Konstipasyonun risk faktörleri

- Çocuklar ve yenidoğan grubu - 55 yaş ve üstündeki yetişkin bireyler - Batın ya da perianal-pelvik cerrahi (yakın dönemde) - Hamilelik - Yaşam tarzı - Yetersiz lif ve sıvı alımı	- Çoklu ilaç kullanımı (yaşlılarda) - Laksatiflerin aşırı tüketimi - Hastalıklar nedeniyle görülen konstipasyon - Bakım hastaları - Yolculuk - Konstipasyon hikayesi
--	--

2.1.5.Konstipasyona Neden Olan Hastalık ve Durumlar

-**Mekanik Obstrüksiyonlar**; Kolon ca, malign lezyon nedeniyle görülen eksternal basılar, striktürler (daralmalar), rektosel (büyükse), cerrahi sonrasında görülen anormallikler, megakolon, anal fissür (32).

-**Organik Stenoz**: Kanser veya kansere bağlı nedenler (örneğin kolorektal kanser ve tümör, bağırsak radyasyonu, vb.), divertikülit, sigmoid veya çekal volvulus, bağırsak kitleleri, enflamatuvar ve iskemik veya cerrahi stenoz (5).

-**Metabolik Durumlar**: Hipotiroidi, hiperkalsemi, hiperparatiroidi, hipomagnesimi, üremi ağır metal intoksikasyonu, diyabet (5).

-**Psikolojik Durumlar**: Depresyon, anksiyete, yeme hastalığı.

-**Enterik Nöropatiler**: Hirschsprung hastalığı olan insanlar kabızlığa ve kronik bağırsak yalancı obstrüksiyonuna karşı daha hassastır.

-**Nörolojik Hastalıklar**: Multipl skleroz, parkinson hastalığı, inme, omurilik yaralanması, parapleji, spina bifida ve otonomik nöropati (33).

-**Miyopatik Bozukluklar**: Skleroderma ve amiloidoz (33).

-**Anorektal Bozukluklar**: Anal striktürler, anal fissürler ve hemoroidler dışkı çıkarılmasını geciktiren ve dışkı atılımı sırasındaki ağrı nedeniyle kronik kabızlığı şiddetlendiren anal hastalıklardır.

-**Bağ Dokusu Hastalıkları**: Sistemik Lupus Eritomozus

-**Diğer Nedenler**: Chagas hastalığı, bilişsel bozukluk, immobilité (20).

2.1.6.Konstipasyona Neden Olan İlaç Grubu

-**Analjezik grubu**: Steroidal olmayan antienflamatuvar ilaçlar.

-**Antikolinerjik grubu**: Antispazmotik, antidepresanlar ve antiparkinson ilaçları

-**Katyon içeren ajan grubu**: Fe bileşikler, antiasit, sukralfat, arsenik, kurşun, civa

-**Nötral aktif ajanlar**: Opiatlar (morfin), antihipertansifler (klonidin), ganglion blokerleri, vinka alkaloidleri

-**Diğer ilaçlar**: Antikonvülzan ilaçlar, kalsiyum kanal blokerleri (verapamil), (5)-HT3-reseptör antagonistleri (ondansetron) (5).

2.1.7.Dışkılama Fizyolojisi ve Kolonun Motilitesi

Defekasyon genellikle defekasyon refleksiyle başlar ve midenin dolması ile abdomen basınç artarak gastrokolik ve ileokolik refleksler harekete geçer ve böylece sigmoid kolon ve rektumda(mezenterik plexus yoluyla inen kolon) kitlesel hareketleri başlatmış olurlar ve gaitanın anüse doğru ilerlemesi gerçekleşmiş olur.

Kolonun Normal Motilitesi:

1. Non Peristaltik-Segmental Kontraksiyonlar: Kolondaki yerel kontraksiyonlar olup dışkının karışımını sağlarlar. Kolon grafisinde ‘haustralar’ olarak adlandırılırlar (18).

2. Peristaltik-Lokal İtici Kontraksiyonlar: Peristaltik kontraksiyonlar olup gaitayı yalnızca küçük mesafelerde proksimal ya da distale doğru ilerletirler (4).

3. Peristaltik Yüksek Amplitüdlü İtici Kontraksiyonlar: Barsak lümeninin proksimalinden distaline doğru uzun yol olarak dışkılamanın gerçekleşmesini sağlayan ve günlük yalnız bir ya da birden fazla ortaya çıkan peristal hareketlerden oluşmaktadır. Gastrolojik refleks olarak adlandırılan ve beslenme sonrası oluşan boşaltım hissi, yüksek amplitüdlü itici kontraksiyonlar sonucu ortaya çıkar (4).

2.1.8.Konstipasyonun Komplikasyonları

Nörolojik hastalıklara bağlı ortaya çıkan konstipasyon değişen derecelerde hasarlara yol açabilmektedir. Bu hasarlar, bölgesel ya da tamamen duyu kaybı oluşması veya istemli motor fonksiyonlardaki sorunlar nedeniyle gelişmektedir. Gelişen nörolojik fonksiyon bozukluğuyla fekal tıkaç, prolapsus, anal fissür, kusma, rektal hemoraji sıklıkla görülmektedir (13).

-Fekal İnkontinans: Tıkanıklık oluşturan segmentin etrafından fazla miktarda taze dışkının rektumdan çıkışıdır. Rektal muayene yapılmadığı sürece konstipasyon konusunda yanılabilir. Konstipasyona bağlı fekal inkontinans gelişim oranı 1.7 olarak bildirilmiştir. Yaşlı hastalarda görülen fekal tıkaç ve paradoksal diyare nedeniyle oluşan fekal tıkaç konstipasyonun önemli belirtilerindendir. Fekal inkontinans, sterkorol ülserler kanamaya neden olabilir ve buna bağlı anemi görülebilir.

-Hemoroidler: Uzun süreli zorlanma, yoğun ıkınma ve batin içi basincinin artmasi, pleksusta venöz basinci arttirir ve anorektal kavşakta ateriyovenöz anastomoz gelişimi için risk oluşturabilir (31).

-Anal Fissür: Katı ve sert gaitanın çıkışı esnasında travmaya bağlı mukozada oluşan yırtıklardır. Anal fissür gelişen olgularda konstipasyonun görülme olasılığı beş kat daha fazladır (31).

-Organ Prolapsusları: Konstipasyon; pelvik (uterus, rektum, mesane ve vajina gibi) bölgedeki organların prolapsusu açısından risk oluşturmaktadır (34).

-Fekal Tıkaç ve Barsak Tıkanması: Gaitanın kalın barsakta fazla beklemesi sonucu rektal tıkaç gelişebilir ve oluşan bu tıkaçlar kalın barsakta tıkanmalara neden olabilirler. Kalın bağırsağı tıkanmasına bağlı olarak cerrahi işlem gerekebilir. Konstipasyonla ilgili yapılan çalışmalarda fekal tıkaç gelişim riskinin 5-6 kat olduğu saptanmıştır (31).

-Barsak Delinmesi veya Sterkoral Peritonit: Genellikle fekal tıkaçla bağlı kolon duvarda bası oluşması sonucu iskemik ülserler ve ani gelişen perforasyonlara neden olabilir. Buna bağlı nadir sterkorale peritonit ortaya çıkabilir ve ölümle sonuçlanabilir (34). Olguların bazılarında ıkınmaya bağlı olarak senkop ve kardiyak iskemi ortaya çıkabilir (31)

2.1.9.Tanılama

Konstipasyon gelişen olgularda ilk değerlendirmede öncelikli olarak dikkatlice alınmış iyi bir hasta öyküsü ve fizik muayene ayrıca laboratuvar bulguları, endoskopik inceleme ve radyolojik çalışmalar (ancak seçilmiş vakalarda) mutlaka yapılmalıdır. Ayrıca tanılama işleminde kan testleri, radyolojik veya endoskopik işlemlerin rutin yapılmasını destekleyen bir bilgiye rastlanılmamıştır (35).

a)Anamnez

Hastanın şikayetlerini dinlerken defekasyon esnasında yaşadıkları, konstipasyonun süresi ve özelliği mutlaka ayrıntısı ile sorgulanmalıdır. Dışkıının kıvamı, sıklığı, yetersiz dışkılama hissi, dışkılama öncesi aşırı zorlama ve parmakla rektuma bası yapılması anorektal patolojiler açısından sorgulanmalıdır. Hastanın beslenme şekli ve barsak alışkanlıkları, konstipasyona neden olan ilaç kullanımları ve kronik hastalıklar da öğrenilmelidir (36). Bazı hastalar da sosyal nedenlerden dolayı defekasyon gereksinimlerini erteleyebilirler. Hastadan anamnez alınırken boşaltım alışkanlığındaki değişiklikler (altı haftadan uzun), kilo kaybetme,

dışkıda kan ve mukus, batin cerrahi öyküsü, rektum kanama (nedeni belirsiz), malignite açısından dikkatlice değerlendirilmeli ve mutlaka hastaneye sevk edilmelidir (8).

Hasta hikayesi kabızlık etiyojisi ile yakından ilişkilidir. Hasta öyküde;

- Haftadaki defekasyon sıklığının azlığı ve giderek azalması
- Rektumu boşaltmak için geçen sürenin uzunluğu
- İkinma ve sert gaita yapma
- Abdominal gerginlik ve gaz hissi
- Defekasyon sırasında ağrı, alt bel ağrısı
- Rektal kanama
- Diyare ve benzeri durum
- Tam olmayan boşalma hissi
- Parmak yardımıyla defekasyon yapma
- Tenesmus, rektal kanama
- Abdominal ağrı, kusma
- Açıklanamayan kilo kaybı olanlar da defekasyon güçlüğü gibi sorunlardan söz ederler (37).

Aynı zamanda hastaların kolonik geçiş zamanları hakkında Bristol dışkılama skalası kullanarak da hastayla ilgili bilgilere ulaşabilir. Bristol dışkı skalası hasta ve hekimlerin dışkı formlarını belirlemelerine yardımcı olur ve çok gevşek veya sert dışkı hızlı ya da yavaş kolonik geçişle bağlantılı olduğu için kolonik geçiş süresini değerlendirmede yardımcı olabilir (25).

2.1.9.1. Bristol dışkı skalası

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

Şekil.2.2. Bristol Dışkılama Skalası (65)

b) Fizik Muayene

Ayrıntılı bir nörolojik muayeneyi içeren kapsamlı bir fizik muayene, konstipasyona neden olabilecek sistemik hastalıkların tanınmasına yardımcı olabilir. Özellikle sol kadranda, dışkı varlığında karın dikkatlice incelenmelidir. Gastrointestinal kitleyi dışlamak önemlidir, ancak hastalar genellikle normal bir fizik muayeneye sahip olabilirler (25).

Konstipasyon gelişen olguların çoğunda batın muayenesi ve rektal tuşe yol gösterici bir muayene yöntemidir (7). Perianal bölge dikkatle gözlenmelidir, çünkü rektal muayene yapılmadan önce çatlak, hemoroid veya kitle varlığı aranmalıdır. Rektal muayene yaparken, hem iç hem de dış anal sfinkterler çeşitli açılardan dikkatlice incelenmelidir. Sfinkterin tonüsü değerlendirilmeli çünkü sfinkterin anormallikleri, artan tonüs veya yetersiz gevşeme de dahil olmak üzere, pelvik taban fonksiyon bozukluğunu gösterebilir. Ayrıca, dış anal sfinkterin gücünü değerlendirilmek için önemlidir ve hastadan gönüllü olarak kasılmasını istemek suretiyle yapılabilir. Perianal bölgeye dokunarak dış anal sfinkter refleksini kontrol etmek gerekir, çünkü bu refleksin yokluğu nörolojik bir bozukluğu gösterebilir (38).

c) Laboratuvar Bulguları

Tam kan sayımı, biyokimya, kan serum kalsiyum düzeyi, glikoz seviyeleri ile tiroid fonksiyon testleri genellikle altta yatan metabolik veya patolojik bir bozukluğu dışlamak için tarama amacıyla yeterlidir. Yüksek bir şüphe indeksi varsa, serum protein elektroforezi, idrar, serum paratiroid hormonu ve serum kortizol seviyeleri talep edilebilir. Ancak, yalnızca kan testlerinin rutin kullanımının klinik değerini değerlendirmek için yapılmış hiçbir çalışma yoktur ve bu nedenle bu testlerin kullanımını desteklediğini veya reddettiğine dair bir kanıt yoktur (39). Amerikan Gastroenterolojisi, rutin olarak 50 yaşın altındaki ve alarm özelliği olmayan (alarm özellikleri arasında yeni başlayan veya giderek kötüleşen konstipasyon, 50 yaşından sonra görülen kanlı dışkılar, kilo kaybı, ateş, iştahsızlık, bulantı, kusma veya ailede enflamatuvar barsak hastalığı veya kolon kanseri öyküsü) veya organik hastalık belirtileri olmayan hastalarda bu testleri önermemektedir (25).

d) Endoskopik İnceleme

Endoskopik inceleme ile fleksibl sigmoidoskopi veya soliter rektal ülser, inflamasyon, malignite saptanabilir (18).

e) Kolonoskopik İnceleme

Anemi, rektal kanama, gaitada gizli kan, obstrüktif belirtiler, yeni gelişen konstipasyon durumu, kilo kaybetme, gaitada şekil değişikliği ve rektal prolapsus görülen hastalara kolonoskopi işlemi yapılmalıdır (18).

f) Radyografik Çalışmalar

-Düz karın grafisi

Abdomenin düz grafisi kabızlık şüphesi olan hastalarda klinik öyküyü ve fizik muayeneyi tamamlamak için sıklıkla kullanılan ucuz bir testtir (25).

-Manyetik rezonans görüntüleme

MRG ve dinamik pelvik MRG (MR defekografi) anorektal hastalıkların değerlendirilmesinde yararlı olabilir. Global pelvik taban anatomisini ve dinamik hareketi aynı anda değerlendirebilen tek görüntüleme yöntemidir (25).

g) EMG

Pelvik tabanda bozukluğa neden olan nöropati tespit edilebilir. Hastalarda paradoksik pelvik kas kontraksiyonu ile uyumlu anismus değerlendirilebilir (8).

h) Baryum Lavmanı

Bir baryum lavmanı, yedekli sigmoid kolon, megacolon, megarektum ve intralüminal kitleler gibi anatomik anormallikleri belirlemek için faydalı olabilir (30).

ı) Defekografi

Floroskopik ile teknikler hastanın rektal boşaltım sürecini, hızını ve bütünlüğünü gözlemlemeyi sağlar. Anorektumun anatomik ve fonksiyonel değişimleri hakkında bilgi verir (8).

i) Kablosuz Motilite Kapsülü

Kolonik geçişin kapsül tekniği olan kablosuz motilite kapsülü ile değerlendirilmesi, sadece kolonik geçişi değil, mide boşalma ve ince bağırsak geçiş zamanını ölçmek için kullanılan non-invaziv bir yöntemdir. Bağırsaktan geçerken pH değişimini kullanarak, kolonik geçiş ve bütün bağırsak geçişi değerlendirilebilir (30).

j) Anorektal Fonksiyon Testleri

-Anorektal Manometri

Anorektal Manometri, anorektumdaki basınç aktivitesinin değerlendirmesini sağlar ve dinlenme halinde ve tanımlayıcı manevralar sırasında rektal his, rektoanal refleksler ve anal sfinkter fonksiyonu hakkında kapsamlı bilgi verir (40).

-Kolonik manometri

Kolon ve rektumun lümen iç basınç, motor aktivite durumu ve kolonik motilite ile ilgili bilgi verir (18).

k) Balonun defekasyon testi

Rektuma yerleştirilip içine 50 ml su doldurulan ve ucunda bir katater bulunan balonun dışkılama ile çıkartılması şeklinde yapılır ve 1 dakikalık süre içerisinde balon dışı atılabilmesi ise dışkılama faaliyetinin normal işlediği kabul edilir (4).

l) Rektal barostat testi

Barostat, rektuma yerleştirilen ve bilgisayarlı bir basınç düşürme cihazına (barostat) bağlanan oldukça uyumlu bir balondan oluşur. Rektal duyum, ton ve uyumu değerlendirmek için kullanılabilir (25).

2.1.10. Tedavi

Hasta bireyin yaşam kalitesini artırmak için tedavide; haftada en az üç kez zorlanmadan yumuşak dışkılaması sağlanmalıdır (22). Hastalar değerlendirirken mutlaka konstipasyon durumu sorgulanmalıdır. Hastalığın akut veya kronik olup olmadığı belirlenmelidir (8).

Konstipasyona yol açan ve altta yatan patofizyolojik nedenin ele alınması tedavinin temel ilkesini oluşturur. Tedavide ilk basamak artmış yetersiz sıvı alımı, düşük lifli diyet, hareketsizlik veya kabızlığa neden olan ilaçların tüketimi, hastayı kabızlık ile ilgili bilgilendirme ve yaşam tarzı değişikliklerini kapsar. Hastaya, düzenli yemeklerini takip eden 30 dakika içinde, günde iki kez (sabah ve akşam) tuvaleti ziyaret etmesi önerilir ve bu ziyaretler sırasında dışkıyı zorlamadan denemesi istenir (35).

Konstipasyonun önleminde veya yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik yaklaşımlar kullanılmaktadır. Sık kullanılan farmakolojik yaklaşımlar laksatif tedavi (hacim

oluşturan laksatifler, stimulan laksatifler ve osmotik laksatifler), lavman ve suppozituar uygulamasıdır. Bazı durumlarda cerrahi işlem gerektirebilir. Farmakolojik yaklaşımların yanısıra hastaların çoğu konstipasyonun yönetiminde hasta eğitimi, egzersiz, sıvı alımını artırma, lifli beslenme/lif alımını arttırma, biofeedback, refleksoloji, akupunktur, abdominal masaj uygulaması gibi pek çok non-farmakolojik yaklaşımı da uygulayabilir (13).

A) Nonfarmakolojik Yaklaşımlar

a) Hasta Eğitimi

Konstipasyon gelişen hastalar laksatif ilaç kullanım durumu sorgulanmalı, hareket, sıvı alımı ve lifli ürün tüketimi ile ilgili eğitim verilmelidir. Hastalara yemekten sonra kolonun motilitesinin arttığı ve yemekten sonra defekasyonu gerçekleştirmesinin önemi anlatılmalıdır (18). Konstipasyonda öncelikle hastalara tuvalet eğitimi verilmeli ve bireyin her gün, belli bir saatte ve belli bir zamanını defekasyon için ayırması dışkılama için acele etmeden, stresten uzak, uygun postür ve koşullarda her gün aynı saatte olmalıdır. Tercihan sabah kalktıktan ve kahvaltı sonrasında iki saat içinde gevşemeli ve en az 10 dakika tuvalete gidilerek beklenmelidir. Sabah kalkınca içilen bir bardak ılık su gastrokolik refleksi uyararak kolon transitini ve dışkılamayı uyarır. Aşırı ve beş dakikadan fazla ıkınmadan sakınılmalıdır. Tuvalete gitme ihtiyacı hissedildiğinde ertelemekten hemen tuvalete gidilmelidir. Defekasyonun süpresyonu dışkılama sıklığında azalma yanında kolon transitinde yavaşlamaya da neden olur. Gençlerde dışkılama eğitiminde daha başarılı sonuç alınmaktadır (42).

b) Diyet Değişikliği

Konstipasyonun diyet tedavisinde yüksek posalı diyet uygulanmalıdır. Sabah kahvaltısı atlanmamalı, öğünler düzenli olmalı ve bol posa bırakan meyve ve sebzelerden oluşan diyet uygulanmalıdır. Diyetin lif içeriği dışkının miktarını arttırır ve kolon transit zamanını hızlandırır. Diyetin lif içeriği kepekli ekmek ve posalı besinlerle, hazır satılan kepekli gıdalarla, sentetik lif içeren preparatlarla 25-30 g/gün miktarına yavaş yavaş arttırılmalıdır (41). Bu şekilde lifli gıdalarda görülebilecek karın şişliği ve aşırı gaz şikayeti azaltılabilir. Hastaların %50'si bu şikayetler ve tadının kötü olması nedeniyle tedaviye uyum göstermezler. Tedaviye devam eden hastalarda bu şikayetler bir-iki hafta içinde kaybolur. Özellikle normal transit konstipasyonlu hastalar diyetle lif arttırılmasına %80 oranında cevap verirler (42).

c) Sıvı Alımı ve Egzersiz

Sıvı alımının artırılması ve düzenli fiziksel egzersizler önerilmelidir. Bu konudaki çalışmalar çelişkili sonuçlar içerse de spor yapılması özellikle yürüyüş kolon transitini hızlandırır, stresi ve gerginliği azaltır, abdomen kaslarının güçlendirilmesi önerilir. Özellikle yaşlılarda kontrendike değilse günde en az iki litre su alımı önerilmelidir (42).

d) Abdominal Masaj

Konstipasyonu olan sağlıklı/ hasta bireyleri rahatlatmak için kullanılan abdominal masajın parasempatik stimulasyonu, kasların motilitesini, sindirim sekresyonlarının salınımını arttırdığı bildirilmiştir. Ayrıca gastrointestinal sistemdeki sfinkterlerin gevşemesini sağlayarak, sindirim sistemi organları üzerine mekanik ve refleks etki göstermektedir. Abdominal masaj uygulaması, mide boşalma hızını ve bağırsak peristaltizmi hızlandırarak bağırsakların boşalmasını sağlamaktadır (13).

e) Biyofeedback

Hasta bireyin özellikle pelvik taban fonksiyon bozukluğu olan hastalarda boşaltım esnasında abdominal ve pelvik taban kaslarını nasıl kullanacaklarını öğrendikleri davranışsal bir tedavi olup rektumun duyarlılığını yeniden kazanabilmesi için verilen eğitimidir. Amaç boşaltım sırasında disineji ve abdominal ve pelvik taban kaslarının koordinasyonunu düzeltmek ve rektal algı bozukluğu olan hastalarda rektal dolum algısını geliştirmek (43).

B) Farmakolojik Yaklaşımlar

Yaşam şekli değişikliklerine, diyet önerileri ve liften zengin beslenmeye yanıt alınamayan hastalarda farmakolojik tedaviye geçilir.

a) Laksatifler

- Dışkı Kütlesi Oluşturucu Laksatifler

Psyllium, kalsiyum polikarbofil ve metilselüloz gibi hacim oluşturan laksatifler bol su ve içeceklerle alınarak gıda ile yeterince karışmalıdır. Bu nedenle yemeklerden önce ve yatarken bol su ile verilerek dışkının su ve hacim bakımından artması, kolon motilitesini artırarak kolonun geçiş zamanının kısalması, dışkı ağırlığının artması ve dışkıyı yumuşatarak yoğunluğun azalmasını sağlarlar (4).

-DışkıYumuşatıcılar

Dışkı yumuşatıcılar (Dokuzat sodyum gibi) dışkı kütlesinin yüzey gerilimini düşürerek suyun dışkı kütlesine geçişine vererek dışkının yumuşamasına yardımcı olurlar (44). Sertleşmiş gaitada ve parsiyel barsak obstrüksiyonunda kullanılmaktadır ve az miktarda stimulan etkisi bulunmaktadır (8).

-Ozmotik Laksatif Grubu

Osmotik laksatif grubu ilaçlar kolonda osmotik basınç farkı yaratarak suyun intestinal lümene çekilmesini sağlarlar. Hipermağnezemi, hiperfosfatemi, hiponatremi ve hipokalemi yapabilir. Kardiyak ve renal hastalıkları olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır (4).

-Uyarıcı Laksatifler

Uyarıcı laksatifler bağırsak hareketliliğini ve bağırsak sekresyonunu arttırmırlar. İntestinal mukozadaki (Bisakodil, senna ve sodyum pikosülfat) elektrolitlerin transportunu değiştirirler. Barsak lümeninden emilen sıvı miktarını azaltarak intestinal alandaki motiliteyi arttırmırlar. Uyarıcı laksatiflerin etkisi doza bağımlıdır. Düşük dozlar su ve sodyumun emilimini engellerken, yüksek dozlar sodyum ve ardından suyun kolonik lümen içine salgılanmasını uyarır (44).

b) Lavmanlar

Kabızlığın tedavisinde diğer ajanlarla kombinasyon halinde yaygın olarak kullanılmaktadır (38). Lavmanlar, rectal distansiyona ve bazende rektal mukozanın tahriş olmasına neden olabilirler. Genel olarak güvenli olmasına rağmen, lavmanlar rektumda rektal mukozada travmaya yol açan yanlış yerleştirmeye ciddi hasara neden olabilir (44). Uzun zaman devam eden kabızlık durumunda oluşan tıkaç önleme amacıyla yaşlı hastalarda sodyum fosfat içeren lavmanlar tercih edilmektedir. Fosfatlı lavmanların yan etkisi olarak elektrolit bozuklukları, sabun bazlı olanlarda ise rektumun mukozasında hasar gelişebilir ve rutin olarak önerilmez (45).

c) Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi; ileorektal anastomozu olan hastalarda subtotal yada total kolektomi olarak uygulanabilmektedir (18).

Cerrahi planlayabilmek için $\geq$ beş kriter olması gerekmektedir:

- İlaç tedavisine yanıt alınamayan kronik ve şiddetli konstipasyon şikayeti olan hastalar
- Yavaş geçiş zamanlı konstipasyonu olan hastalar
- Yapılan görüntüleme işlemlerinde pseudoobstrüksiyonunun görülmemesi
- Hastada pelvik taban fonksiyon bozukluğunun bulunmaması
- Belirtilerde karın ağrısının yoğun biçimde görülmesi (24).

2.2. Nöroloji Hastalarında Konstipasyon Tedavisi ve Yönetimi

Bağırsak disfonksiyonu nörolojik bozukluklarda sık görülen bir komplikasyondur ve nörolojik lezyonlar veya nörolojik olmayan nedenlerden dolayı olabilir. Karmaşık bir fizyopatoloji ve otonom sistemin dahil olması nedeniyle spesifik bir tedavi sınırlıdır. Semptomları başarılı bir şekilde yönetmek ve belirli bir hasta için kişiselleştirilmiş bakım sağlamak için multimodal bir yaklaşım gerekir. Gerçekçi hedeflerin belirlenmesi esastır (46).

Merkezi sinir sistemi dışkılama mekanizmasını kontrol etmektedir. Beyindeki yaralanmalar ve bağlantıları, bireylerin bağırsak fonksiyonlarını değiştirebilir. Bu yaralanmalara örnek olarak inme (SVO) ve Travmatik Beyin Hasarı gösterilebilir. Beyin hasarı ile ilişkili faktörler fekal peristaltizm ve eliminasyonu değiştirebilir. Hareketsizlik, spastite, kas güçsüzlüğü, bağımsızlık kaybı ve bazı ilaçların kullanımı bağırsak fonksiyon bozukluğuna neden olabilir. Literatürde serebroasküler olaya sekonder beyin hasarı olan hastalarda intestinal kabızlık prevalansı, kullanılan tanım ve çalışma türüne bağlı olarak %22,9 ile %60 arasında değişmektedir (47).

Nörolojik hastaların gastrointestinal disfonksiyon açısından değerlendirilmesinde dikkatlice alınmış bir öykü (örneğin günlüklerin kullanılması) ve fizik muayene çoğu durumda yeterli olacaktır (46).

Nöroloji hastalarında konstipasyon tedavisinde sistematik yaklaşım gerekmektedir. Laksatifler alınırken ekstra sıvı ihtiyacı göz ardı edilmemelidir. Magnezyum hidroksit ve magnezyum tuzları dışkı sıklığını artırır, sistemik absorpsiyoları sınırlıdır ve en sık görülen yan etkiler elektrolit anormallikleri (yani, hipokalemi ve sodyum aşırı yüklenmesi) ve diyaredir. Bu ışıktaki magnezyum, kalp veya / veya böbrek yetmezliği olan hastalarda ve yaşlılarda çok dikkatli kullanılmalıdır (46).

-İnmeli Hastalarda Konstipasyon Yönetimi

İnmeli hastalarda yeni başlayan kabızlığı önlemesi için erken fiziksel aktivite önerilmelidir. Erken mobilizasyon, rehidrasyon ve diyet düzenleyici önlemlerle özel inme ünitelerinin kurulması, inme hastalarında kabızlık ile ilgili sorunların dikkate değer bir şekilde azalmasına neden olmuştur. Hemşirelerin inmeli hastalardabağırsak alışkanlıklarını sistematik bir şekilde değerlendirmesi, barsak yönetimi ve hasta / bakıcı eğitimine yönelik yapılan pratik temelli bir yaklaşımla inme geçiren hastalarda konstipasyon açısından yardımcı olduğu gösterilmiştir (11).

-Parkinsonlu Hastalarda Konstipasyon Yönetimi

Parkinson hastalarında kabızlık prevalansı %24.6 ile %63 arasında değişmektedir. Parkinson hastalığındada kabızlık temel olarak daha yavaş kolonik geçiş veya puborektalis disenerjisinden kaynaklanmaktadır fakat antiparkinson, ağrı ve antidepresan ilaçların birlikte kullanılması durumu daha da kötüleştirebilmektedir (48). Parkinson hastalarında beyinde dopamin eksikliğine bağlı olarak vücuttaki kas hareketlerinin kontrolü bozulabilir (49). Bağırsak kasları yavaşlayabilir ve sertleşebilir ya da bağırsak kaslarının koordinasyonu bozulabilir. Parkinson hastalığında konstipasyonun altında yatan nedenler çok yönlüdür. Fiziksel güçsüzlüğün yanı sıra, azalan sıvı alımı ve yaşam tarzı değişikliği, ilaç kullanımı gibi durumlar konstipasyonun ortaya çıkmasını önemli ölçüde artırabilmektedir (50).

Tedavisinde beslenmede çözünmeyen lif içeren diyet lifi bağırsak hareketlerinize hacim kazandırır ve kabızlığın önlenmesine yardımcı olabilir. Bununla birlikte, Parkinson hastalığı olan bir kişi çiğnemeyi veya yutmada zorlanıyorsa, lifli yiyecekler yemekten kaçınabilir, kişinin yeterince sıvı içmesini engelleyebilir. Hareketsiz yaşam tarzı – yetersiz egzersiz yiyeceklerin bağırsaklarınızdan geçişini yavaşlatabilir. Parkinson hastalığının tedavisinde kullanılan birçok farklı ilaç kabızlığa neden olabilir (özellikle kasların istemsiz hareketlerini engellemeye yardımcı olan antikolinerjik ilaçlar) bağırsak hareketlerini yavaşlatabilir veya iştahta azalmaya neden olabilir (49).

Hemşire, hastanın olağan dışkı paternini gün içindeki sıklık ve zamanlama açısından değerlendirmelidir. Hastaya dışkılama veya manevralar hakkında soru sorulmalıdır. Yeni başlayan ilaçların saati kabızlığı etkileyebileceği için ilaç öyküsü alınmalıdır. Diyet, sıvı alımı, gastrointestinal hastalıklar ve genitoüriner ve jinekolojik sistemleri içeren herhangi bir ameliyatı değerlendirilmelidir. Bağırsak sesleri değerlendirilir (49).

MS'li Hastalarda Konstipasyon Yönetimi

Multipl skleroz, daha çok genç yetişkinleri etkileyen, yaşam boyu süren bir durumdur. Konstipasyon gibi barsak sorunları MS'li kişilerde normal popülasyona göre çok daha sık görülmektedir. Nörojenik bağırsak disfonksiyonu, nörolojik hastalık veya travmaya bağlı ikincil kabızlık kolonik fonksiyonu kontrol eden sinirlerin hasar görmesinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca, ilaçların yan etkileri, yetersiz beslenme ve egzersiz gibi semptomlar konstipasyonu artırabilmektedir. MS'li hastalarda konstipasyon genellikle yavaş kolonik geçiş süresinden kaynaklanır ve pelvik taban diskinezi tarafından daha da kötüleşebilmektedir. Bu durum dışkıının topaklanmasına ve bağırsaklarını boşaltmak için uzun süre geçirmesine neden olabilmektedir (51).

2.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Konstipasyonun Önlenmesine Yönelik Hemşirelik Uygulamaları

Konstipasyon, YBÜ'ndeki hastalarda hastalarda sık görülen bir komplikasyondur. Şok, sakinleştirici ve opioid ajanların kullanımı, elektrolit rahatsızlıkları ve diyetteki değişiklikler gibi yoğun bakıma başvuran hastalarda konstipasyon sıklığını artırmaktadır (10).

Konstipasyon genellikle birden fazla faktörlerden kaynaklanmaktadır:

- Sepsis ile ilişkili olabilecek azalan gastrointestinal motilite,
- YBÜ'ndeki birçok hasta, dolaşımdaki yüksek endotoksinler, enflamatuvar mediatörler ve arttırılmış indüklenabilir nitrik oksit üretimi yoluyla gastrointestinal motiliteyi bozan sepsis / şok,
- Hastalık, yaralanma veya sedasyon nedeniyle hareketsizlik,
- Yetersiz sıvı ve lif alımı,
- Uygun tuvalet olanaklarına erişim eksikliği,
- Bilinçsiz hastalar (7).

Dışkılamaya ihtiyaç duymaları durumunda YBÜ'de bilinçli hastalara mahremiyet sağlamak zordur. Hastalar sıklıkla monitörizedir ve çoklu infüzyonlar vardır. Bu durumda tuvalete taşımayı imkansız hale getirir (52).

Kontipasyona bağlı gelişen abdominal distansiyon diyafragmanın çalışmasını engelleyebilir, akciğer uyumunu azaltır, plevral ve intratorasik basıncı artırıp ödem ve atelektaziye neden olabilir. Konstipasyona bağlı olarak bakteriyel translokasyon gelişebilir

(10). Bakteriyel üreme, YBÜ'de kalmayı uzatabilen nozokomiyal enfeksiyon ve sepsisin önemli bir nedenidir. Kollef ve Neelon-Kollef (1991), derin ven trombozu olan bazı hastalarda konstipasyonun ölümcül olduğunu kanıtlamıştır. Defekasyonda zorlanma, pulmoner emboliye yol açan bir trombozu embolize edebilecek bir basınç üretebilmektedir (52).

2.3.1. Non- Farmakolojik Yaklaşımların Uygulanması

Konstipasyon tanısı alan hasta bireye özgü hemşirelik bakımını planlamak ve uygulamak ve değerlendirmek hemşirenin bağımsız rollerinden biridir. Bilimsel bir çözümleme yöntemi olan hemşirelik süreci ile hasta bireye bakım verilmesi, hasta bireyin bakım gereksiniminin karşılanması ve komplikasyonların ortaya çıkmasının önlenmesi ile hastanın normal yaşantısına en yakın zamanda dönmesini sağlayacaktır (7).

Konstipasyonun tanılamada hemşirelik öyküsünün alınması, abdominal bölgenin fiziksel muayenesi, dışkı özelliklerinin değerlendirilmesi, tanıya yardımcı radyolojik ve laboratuvar testlerinin incelenmesi önemlidir (53). Ayrıca konstipasyonu belirlemede, Konstipasyon risk ölçeği, Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bristol Dışkı Skalası konstipasyonu tanılamada sağlık üyeleri tarafından kullanılmaktadır (7).

Hemşirelik Tanısı

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastanın boşaltım gereksiniminin karşılanması için hastaya ait subjektif ve objektif veriler gruplandırılarak yorumlanır ve NANDA (North America Nursing Diagnosis Association) sınıflama sistemi yararlanarak “konstipasyon” hemşirelik tanısı konur (3). Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda konstipasyonu tanılamada aşağıda yer alan belirtilerden bir veya birkaçının bulunması gerekmektedir.

Tanımlayıcı Özellikler

- Gaita sıklığında azalma (haftada 3'ten az)
- Kuru/ sert gaita
- Defekasyonda zorlanma, ağrı hissi

- Ağrılı defekasyon
- Abdominal distansiyon
- Rektal tıkaç
- Bağırsak seslerinde azalma (7).

İlgili Risk Faktörleri

- Sepsise bağlı gastrointestinal hareketlerde azalma,
- Spinal kord travması, yaralanması,
- SVO (inme),
- Nörolojik hastalıklar (MS, Parkinson, Musküler distrofi),
- Metabolik durumlar (obezite, diyabetik nöropati, üremi, hipotroidizm, hiperparatiroidizm),
- Hareketsizlik (sedasyon, yaralanmaya bağlı),
- Günlük rutinde değişiklik,
- Yetersiz sıvı ve lifli gıdaların alınması,
- İlaç kullanımı (antidepresanlar, antiepileptikler, antihistaminikler, antiparkinson ilaçlar, antipsikotik, antispazmatikler, kalsiyum kanal blokerleri, diüretikler, semptomimetikler, trisiklik antidepresanlar),
- Beslenme şeklinde değişiklik,
- Dışkı içeriği ve yoğunluğu,
- Hamilelik,
- Uygun ortamın olmayışı (mahremiyetin olmayışı, tuvalet koşulları,sürgü kullanımı),
- Bilinci kapalı hastalarda defekasyon gereksiniminin hissedilmemesi/ ifade edilememesi (1,3).

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları

- Normal sıklıkta ve kıvamda defekasyon yapılması (tıkaç yoksa),
- Ağrılı defekasyon tanımlanmaması,
- Günlük sıvı miktarı ve önerilen diyeti takip edebilmesi, sıvı ve lifli gıdaların artırılması,
- Laksatif/lavman/supozituvaya olan gereksinimin azalması,
- Uygun olduğunda karın kaslarını kuvvetlendirmek için önerilen düzeyde egzersizleri yapma (3).

Planlama

Planlama aşamasında konstipasyona yönelik hastaya uygun hemşirelik girişimlerine karar verilir. Bakıma gereksinimi olan yoğun bakım hastalarında kısa ve uzun vadeli hedefleri, amaçları, öncelikleri, beklenen sonuçları belirlemek hemşirelik girişimlerinin planlanma aşamasının amaçlarıdır (7).

Hemşirelik Girişimleri

- Hastanın normal bağırsak boşaltım alışkanlığı değerlendirilerek plan yapılır.
- Hastanın bağırsak sesleri dinlenerek değerlendirilir.
- Hastanın kilosu ve boyuna göre kontraendikasyonu yoksa sıvı alımı arttırılır.
- Diyetle lifli gıdalar alması sağlanır.
- Kullanılan ilaçların gastrointestinal sisteme yan etkileri değerlendirilir.
- Hastanın dışkılama zamanının düzene sokulması için her gün aynı saatte dışkılaması önerilir
- Hastanın dışkılama sırasında uygun pozisyon (semi-fowler) alması sağlanır
- Abdominal masaj yapılır.
- Bilinci açık hastalara normal boşaltım süreciyle ilgili bilgi verilir.
- Vagal uyarı (baş dönmesi, nabızda yavaşlama) açısından takip edilir
- Lavman ve hacim genişletici olmayan laksatifleri sık kullanmanın tehlikeleri açıklanır.
- Hastanın yatak içi(sakıncası yok ise) düzenli egzersiz yapması sağlanır.
- Oral alamayan ve bilinci kapalı olan hastalarda enteral beslenmenin sağlanması
- Boşaltım sonrası deri kontaminasyonunu önlemek amacıyla perine bakımı gerçekleştirilir.
- Bilinci açık hastalarda konstipasyon gelişiminin sağlık sorunlarına neden olabileceği ve bunu önlemek için hemşire ile işbirliği içerisinde olması gerekliliği belirtilir (1, 3).

Uygulama

Uygulama aşamasında hemşire, bakım planında belirlenen girişimleri hastaya özgü bütüncül bir yaklaşım ile uygulamalıdır (3).Bu aşamada hasta yeniden değerlendirilip öncelikleri belirlendikten sonra planlanmış olan hemşirelik girişimleri hastaya uygulanmaktadır.

Uygulama aşamada hasta, uygulanacak girişimler konusunda bilgilendirilmeli, hastanın izni alınmalı, hastanın mahremiyetine dikkat edilmeli, hedef-planlanan girişimler, uygulama yöntemleri gözden geçirilerek, öncelikler belirlenmeli ve farmakolojik-

nonfarmakolojik yöntemlerden planlanan girişimler uygulanmalı ve hastanın uygulamaya verdiği yanıtlar değerlendirilip ve kaydedilmelidir (7).

Değerlendirme

Hemşirelik sürecinin son aşaması olan değerlendirme hem son hem de bir başlangıçtır. Değerlendirme, uygulama sonuçlarının karşılaştırılıp istenen hedefe ulaşıp ulaşılmadığıyla ilgili bir karara varılması olarak tanımlanmaktadır. Değerlendirme, hastadan beklenen sonuç/hedefler doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. Planlanan hemşirelik girişimlerinin uygulanması ile belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı ve gerektiğinde değişen gereksinimleri tanılama ile süreç tekrarlanmalıdır (9).

2.3.2.Farmakolojik Tedavi Girişimlerinin Uygulanması

Konstipasyonun önlemesi ya da yönetiminde farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Farmakolojik yöntemler; hacim oluşturan, stimulan ve osmotik laksatifler (laksatif tedavi), suppozituar ve lavman uygulamalarıdır (13). Hemşireler ilaç uygulamaları konusunda önemli rol oynamaktadır. İlaçların kullanımı ve yan etkileri konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Laksatifler alınırken ekstra sıvı ihtiyacı göz ardı edilmemelidir. Magnezyum hidroksit en sık görülen yan etkileri elektrolit anormallikleri (yani, hipokalemi ve sodyum aşırı yüklenmesi) olup magnezyum, kalp veya böbrek yetmezliği olan hastalarda ve yaşlılarda çok dikkatli kullanılmalıdır (46).

Konstipasyonun bakım ve tedavisindeki amaç, hastada konstipasyon oluşumunu önlemek ve konstipasyon ortaya çıktığında semptomları azaltarak sağlıklı/ bireyin yaşam kalitesini arttırmak ve konforunu sağlamaktır. Konstipasyon hemşire, hekim, fizyoterapist, eczacı ve diyetisyeni içeren multidisipliner bir ekip yaklaşımı ile çözümlenebilmektedir. Bu sağlık ekibi içinde hemşireler, özellikle konstipasyon sorunu olan birey ile en fazla zaman geçiren sağlık ekibi üyesi olarak sorunun çözümünde etkin rol üstlenmektedir (55). Hemşire, bireyin bağırsak boşaltımı ile ilişkili sorunları gidermeye yardımcı olurken, normal bağırsak alışkanlığını etkileyen faktörleri ve nedenlerini bilmelidir. Destekleyici hemşirelik bakımı ile bireyin gizliliğini ve emosyonel gereksinimlerini dikkate almalıdır. Ayrıca normal boşaltımı sürdürmeye yönelik uygulamaları bireyi rahatsız etmeyecek şekilde gerçekleştirmelidir (2).

Konstipasyon, bireylerin estetik görünümünde bozulmaya, özbenlik algısında azalmaya ve kontrol kaybına neden olabilmekte ve bu nedenle bireyin fiziksel, mental, sosyal

iyilik hali etkilenmekte ve yaşam kalitesi düşmektedir (13). Hemşireler konstipasyona neden olan etkenlerin belirlenmesinde ve etkili baş etme stratejilerinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Konstipasyonu önlemede en doğru hemşirelik rolü hasta ve ailenin eğitimidir. Hemşireler, hastaların günlük olarak konstipasyonun varlığını değerlendirmeli, yönetiminde etkili yaklaşımlar hakkında hasta ve ailesini bilgilendirerek dışkılama alışkanlığını sürdürebilmesi sağlanmalıdır (16).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, nöroloji yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda konstipasyon riski ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Nöroloji Yoğun Bakım (NYB) ünitesinde gerçekleştirilmiştir. NYB, Balcalı Hastanesinin ikinci katında bulunmaktadır. Yoğun bakım 12 yataklı olup 14 hemşire nöbet/vardiya sistemi ile çalışmaktadır. Yoğun bakımda 1 izole oda ve inme ünitesi de yer almaktadır. Hasta yatakları açık yoğun bakım ünitesi şeklinde ve yataklar arasında perde ve en az bir metre mesafe bulunmaktadır. Hasta başı monitör, 4 adet mekanik ventilatör ve 2 adet hemşire istasyonu bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çukurova Üniversitesi NYB’da tedavi görmekte olan tüm erişkin hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Örneklem sayısı, güç analizi yapılarak 100 hasta olarak belirlenmiştir. Anketin ön uygulaması aynı birimde bulunan 10 hastaya uygulanmış, formlarda herhangi bir düzeltmeye gerek duyulmamıştır. Araştırma NYB ünitesinde Haziran 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında tedavi gören araştırmanın sınırlılıklarına uyan toplam 102 hastaya ulaşılarak yapılmıştır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmaya devam etmekten vazgeçen hasta olmamıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Türkçe konuşup ve anlayabilen,

- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden ve yazılı onam formu alınan (ellerini kullanarak formları kendi doldurabilenlerin kendilerinden kullanamayanların sözel onay vermesi ile yakınlarından),
- En az 18 yaş ve üzeri olan,
- Yer, kişi ve zaman oryantasyonu olan,
- NYB ünitesinde yatışının 3. gününde olan hastalar,
- Fizyolojik olarak bireyin bağırsak atılımını engelleyebilecek spinal kord yaralanması, parapileji veya quadriplejik olmayan hastalar
- Bilişsel, duyuşsal ve sözlü iletişimin engellendiği herhangi bir sorunu bulunmayan,
- Bilinci açık ve herhangi sedatize edici ilaç kullanmayan hastalar

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

- NYB ünitesinde yatan hastalarda bilişsel, duyuşsal ve sözel iletişimi engelleyen nörolojik problemlerin varlığı,
- Kliniğe yatışının 3. gününden önce hastaların taburculuğu,
- Kronik hastalıklar ve uzun süreli yatışa bağlı olarak çalışmaya katılmada isteksizlik.

3.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında, anketler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Hastaya bilgi verilip, hastanın onamı alındıktan sonra anketteki tüm soruların açıklaması yapılmıştır. Ortalama 20 dakika sürede anket tamamlanmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Aydınlatılmış Onam Formu”, hastalara ait tanıtıcı bilgileri içeren “Kişisel Bilgi Formu”, hastaların konstipasyon ciddiyet durumunu belirlemek amacıyla “Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği” ve hastaların konstipasyon riskini belirlemek amacıyla “Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır.

3.7.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-1).

Hasta tanıtım formunda;

- Yaş,
- Cinsiyet,

- Medeni durumu,
- Eğitim durumu,
- Mesleği,
- Çalışma durumu,
- Yaşadığı yer,
- Gelir durumu,
- Sosyal güvencesi,
- Boy,
- Kilo gibi bilgileri içeren sosyo-demografik veriler yer almaktadır.

3.7.2. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (EK2)

Konstipasyon ciddiyet ölçeği (KCÖ), Varma ve ark.(2008) tarafından gerçekleştirilmiş olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kaya ve Turan (2011) tarafından gerçekleştirilmiştir. KCÖ, bireylerin boşaltım sıklığını, yoğunluğunu ve boşaltım sırasında zorluk/güçlüğü saptamaya yönelik bir ölçektir. Ölçekte toplamda 16 soru yer almaktadır. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği, Dışkı tıkanıklığı (DT), Kalın Bağırsak Tembelliği (KBT) ve Ağrı olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. DT alt boyutundan alınabilecek puan 0-28, KBT alt boyutundan alınabilecek puan 0-29, Ağrı alt boyutundan alınabilecek puan ise 0-16 arasında olup KCÖ' den alınabilecek toplam puan en düşük 0, en yüksek puan ise 73'tür. Ölçekten alınan yüksek puan belirtilerin ciddi olduğunu göstermektedir.

3.7.3. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (EK3)

Richmond, J.P. ve Wright, M.E (2004) tarafından geliştirilen bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kutlu ve ark. (2011) tarafından yapılmıştır. Orinijal çalışmada 50 bulunan Cronbach's Alpha değeri Türkçeye uyarlanan ölçekte 43 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği tüm alt ölçekler için 0.59 olarak bulunmuştur. Toplam puan ve alt bölüm puan korelasyonları da ($r = 0,47-0,57$) anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği 33 maddeden oluşmakta ve dört bölüm bulunmaktadır. Ölçeğin genel indeks skoru 1 ila 63 arasında değişmektedir. Her bölümde hastaya sorulan soruların cevaplarına ait puansal değerler vardır ve her bölüm sonunda bölüm toplam puanı alınmaktadır. Ölçeğin sonunda yer alan toplam puan sonucuna göre hastanın konstipasyon risk grubu tespit edilmektedir. Ölçekte

puansal değer arttıkça hastanın konstipasyon riski de artmaktadır. Toplam puan üç grupta kategorize edilmektedir;

Tablo 3.1. Konstipasyon Risk Puan Tablosu

Konstipasyon dk risk: puan <10
Konstipasyon orta risk: puan 11-15
Konstipasyon yksek risk: puan >16

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki grubun m değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla grubun m değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. İki nicel değişkenin normal dağılım göstermediği ilişkilerde ise “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapıldığı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakltesi Etik Kurulu’ndan (EK 4), Çukurova Üniversitesi Tıp Fakltesi Balcalı Hastanesi Başhekimliği’nden (EK 5) ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakltesi Dekanlığı’ndan (EK 6) gerekli izinler ve onaylar alınmıştır.

Anket formu uygulanmadan önce hastalardan yazılı onam alınmış ve bu araştırmanın yoğun bakımda alacağı tedavi ve bakım sürecini hiçbir şekilde etkilemeyeceği anlatılmıştır. Ayrıca, hastalardan toplanan tüm verilerin sadece araştırmacı tarafından muhafaza edilip gizliliğin sağlanacağı konusunda bilgilendirilmiştir.

3.9.1. Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmacı tarafından araştırmanın amacı, içeriği ve gönüllülüğün esas olduğu gibi bilgileri içeren ve bireylerin yazılı onamlarının alındığı bir formdur (EK 7). Hasta bireylerin ellerini kullanamadığı herhangi bir hastalık durumunda hasta yakınlarından yazılı onam alınmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n:102)

Değişken (n=102)	sayı	%
Yaş [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 48,28 \pm 16,89$ (yıl)]		
34 yaş ve altı	21	20,6
35-44	24	23,5
45-54	20	19,6
55-64	17	16,7
65 yaş ve üzeri	20	19,6
Cinsiyet		
Kadın	55	53,9
Erkek	47	46,1
BKİ [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 26,47 \pm 5,67$ (kg/m ²)]		
Zayıf (<18,5)	6	5,9
Normal	39	38,2
Fazla kilolu	33	32,4
Obez ($\geq 30,0$)	24	23,5
Medeni durum		
Evli	77	75,5
Bekar	25	24,5
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	12	11,8
Okuryazar	13	12,7
İlköğretim	40	39,2
Lise	20	19,6
Yüksekokul/fakülte	17	16,7
Meslek		
Ev hanımı	44	43,1
Emekli	20	19,6
Memur	6	5,9
İşçi	14	13,8
Diğer	18	17,6
Gelir düzeyi		
Gelir giderden düşük	37	36,3
Gelir gidere denk	60	58,8
Gelir giderden yüksek	5	4,9
Yaşanan yer		
İl	43	42,2
İlçe	51	50,0
Köy/kasaba	8	7,8
Sağlık güvencesi		
Var	96	94,1
Yok	6	5,9

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya nöroloji yoğun bakımda tedavi gören 55’i kadın (%53,9), 47’si erkek (%46,1) toplam 102 hasta katılmıştır. Hastaların hastaların yaş ortalaması $48,28 \pm 16,89$ (yıl) olduğu saptanmıştır. Hastaların %38,2 normal kilolu, % 32.4 fazla kilolu %23,5 obez olup BKİ ortalamları $26.7 \pm 5,67$ (kg/m²) bulunmuştur. Hastaların %75,5 evli, %24,5 bekardır. Hastaların eğitim durumları incelendiğinde %11,8 okuryazar olmadığı, %12,7 okuryazar, %39,2 ilköğretim mezunu, %19.6 lise mezunu, %16,7 ise yüksekokul/fakülte mezunu olduğu görülmüştür. Meslek durumlarına bakıldığında ise %43,7 ev hanımı, %19,6 emekli, 5,6 memur, %13,6 işçi, %17,6 diğer (ifti, mühendis vb.) grupta olduğu saptanmıştır. Hastaların %58,8 gelirinin giderine denk olduğu, %50,0 ilçede yaşadığı ve %94,1 sağlık güvencesinin olduğu belirlenmiştir.

4.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Konstipasyon Ciddiyet ve Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Konstipasyon Ciddiyet ve Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (n=102)	n	Dışkı tıkanıklığı		Kalın bağırsak tembelliği		Ağrı		Konstipasyon ciddiyet		Konstipasyon risk	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]
Yaş											
34 ve altı	21	11,57±5,49	11,0 [7,0]	10,76±5,86	11,0 [10,5]	2,81±2,81	3,0 [4,5]	25,14±12,95	26,0 [20,0]	9,29±3,24	9,0 [2,5]
35-44	24	9,70±4,25	9,0 [6,8]	8,54±5,13	8,0 [8,0]	1,58±2,78	0,0 [2,0]	19,83±10,28	19,5 [14,8]	9,29±2,66	9,0 [4,0]
45-54	20	12,35±6,71	12,0 [12,0]	8,10±4,90	8,0 [9,8]	3,20±3,91	2,0 [4,8]	23,65±13,72	22,0 [25,0]	10,15±3,07	10,0 [3,0]
55-64	17	14,76±7,07	13,0 [8,5]	9,58±6,30	8,0 [4,5]	3,29±3,98	1,0 [7,0]	27,65±16,11	24,0 [17,0]	10,53±2,87	10,0 [3,5]
65 ve üzeri	20	10,75±6,58	10,0 [9,0]	9,50±5,86	9,5 [8,5]	2,80±4,35	0,0 [4,8]	23,05±14,48	23,0 [18,3]	12,25±4,10	11,5 [6,0]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=6,120$		$\chi^2=2,655$		$\chi^2=3,854$		$\chi^2=3,124$		$\chi^2=9,124$	
Olasılık		p=0,190		p=0,617		p=0,426		p=0,537		p=0,058	
Cinsiyet											
Kadın	55	12,96±5,80	12,0 [7,0]	10,24±5,34	10,0 [6,0]	3,31±3,85	2,0 [5,0]	26,51±12,78	26,0 [15,0]	11,27±3,48	10,0 [5,0]
Erkek	47	10,12±6,18	9,0 [9,0]	8,14±5,66	8,0 [8,0]	1,94±3,06	0,0 [3,0]	20,21±13,48	16,0 [19,0]	9,04±2,75	9,0 [4,0]
İstatistiksel analiz		Z=-2,604		Z=-2,217		Z=-2,144		Z=-2,826		Z=-3,210	
Olasılık		p=0,009		p=0,027		p=0,032		p=0,005		p=0,001	
BKİ											
Zayıf (<18,5)	6	9,00±5,80	7,5 [9,8]	10,00±5,18	8,0 [10,5]	2,33±3,93	0,5 [4,8]	21,33±13,94	16,0 [22,0]	10,33±2,42	10,0 [4,5]
Normal	39	11,64±5,77	11,0 [6,0]	9,49±5,39	10,0 [9,0]	2,21±3,06	1,0 [4,0]	23,33±12,42	23,0 [17,0]	9,92±2,85	10,0 [3,0]
Fazla kilolu	33	11,67±6,05	11,0 [8,0]	8,73±5,87	8,0 [8,5]	2,73±3,73	1,0 [5,0]	23,12±14,07	22,0 [15,0]	10,03±3,70	9,0 [5,0]
Obez (≥30,0)	24	12,33±6,98	12,0 [11,8]	9,50±5,77	8,5 [6,0]	3,46±4,04	1,5 [6,0]	25,29±14,59	24,5 [20,5]	11,04±3,79	10,5 [5,8]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=1,444$		$\chi^2=0,985$		$\chi^2=1,273$		$\chi^2=0,581$		$\chi^2=1,324$	
Olasılık		p=0,695		p=0,805		p=0,736		p=0,901		p=0,723	
Medeni durum											
Evli	77	11,71±6,46	11,0 [9,5]	9,17±5,60	8,0 [7,5]	2,84±3,79	1,0 [5,0]	23,73±14,13	22,0 [17,0]	10,25±3,28	9,0 [4,0]
Bekar	25	11,48±5,02	10,0 [5,0]	9,60±5,55	9,0 [11,5]	2,16±2,75	1,0 [4,0]	23,24±11,20	23,0 [19,0]	10,24±3,59	10,0 [3,5]
İstatistiksel analiz		Z=-0,098		Z=-0,450		Z=-0,131		Z=-0,311		Z=-0,141	
Olasılık		p=0,922		p=0,653		p=0,896		p=0,755		p=0,888	
Eğitim düzeyi											
Okuryazar değil	12	13,83±7,38	12,5 [13,3]	10,50±6,02	9,5 [7,0]	3,92±5,45	0,0 [8,5]	28,25±16,34	24,0 [14,5]	12,58±4,27	12,0 [8,3]
Okuryazar	13	11,77±6,25	10,0 [6,5]	10,46±6,01	8,0 [2,0]	3,31±3,09	3,0 [4,5]	25,54±14,60	22,0 [9,5]	9,61±2,26	9,0 [2,0]
İlköğretim	40	11,33±6,85	11,0 [12,0]	8,15±5,24	8,0 [8,8]	2,65±3,55	0,5 [5,0]	22,13±13,79	20,5 [23,5]	10,33±3,17	9,5 [4,0]
Lise	20	12,60±5,15	11,5 [7,0]	11,05±5,80	10,5 [10,0]	2,80±3,51	1,0 [4,8]	26,45±12,31	26,5 [20,5]	10,00±3,64	10,0 [4,8]
Yüksekokul/fakülte	17	9,71±3,82	10,0 [5,5]	8,06±5,06	8,0 [8,0]	1,24±1,82	0,0 [2,5]	19,00±9,54	18,0 [15,0]	9,18±2,83	8,0 [4,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=3,278$		$\chi^2=5,147$		$\chi^2=4,272$		$\chi^2=4,845$		$\chi^2=6,178$	
Olasılık		p=0,512		p=0,273		p=0,370		p=0,304		p=0,186	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan hastalara ait bulguların konstipasyon ciddiye ve konstipasyon risk değerlendirme ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Hastaların cinsiyet durumlarına göre konstipasyon ciddiye ölçeği alt boyutu dışkı tıkanıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,604$; $p=0,009$). Kadınların dışkı tıkanıklığı puanları $12,96 \pm 5,80$ olup erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların cinsiyetlerine göre Konstipasyon Ciddiyet ölçeği alt boyutu kalın bağırsak tembelliği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,217$; $p=0,027$). Kadınların kalın bağırsak tembelliği puanları $10,24 \pm 5,34$ olup erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların cinsiyetlerine göre Konstipasyon Ciddiyet ölçeği alt boyutu ağrı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,144$; $p=0,032$). Kadınların ağrı puanları $3,31 \pm 3,85$ olup erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaların cinsiyetlerine göre Konstipasyon Ciddiyet ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,826$; $p=0,005$). Kadınların konstipasyon ciddiye ölçeği puanları $26,51 \pm 12,78$ olup erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların cinsiyetlerine göre Konstipasyon risk değerlendirme ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-3,210$; $p=0,001$). Kadınların konstipasyon risk değerlendirme ölçeği puanları $11,27 \pm 3,48$ olup erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve daha yüksek olduğu saptanmıştır.

4.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Konstipasyon Ciddiyet ve Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Tablo 4.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Konstipasyon Ciddiyet ve Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (D)

Değişken (n=102)	n	Dışkı tıkanıklığı $\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	Kalın bağırsak tembelliği $\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	Ağrı $\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	Konstipasyon ciddiyet $\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	Konstipasyon risk $\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]
Meslek											
Ev hanımı	44	12,89±6,30	12,0 [7,0]	9,93±5,38	9,0 [6,8]	3,38±4,05	2,0 [5,0]	26,20±13,30	25,5 [15,8]	11,25±3,53	10,5 [5,0]
Emekli	20	10,80±6,72	9,5 [9,8]	8,55±6,09	7,0 [8,8]	1,80±3,02	0,0 [3,8]	21,15±14,85	16,5 [22,0]	10,30±3,12	10,0 [4,8]
Memur	6	11,00±4,05	11,5 [7,3]	9,67±6,02	11,0 [10,0]	1,67±2,25	1,0 [3,0]	22,33±11,64	23,0 [18,5]	9,00±3,46	8,0 [6,0]
İşçi	14	9,93±5,43	9,5 [11,3]	8,00±5,25	7,5 [8,3]	2,21±3,19	0,5 [4,3]	20,14±12,88	19,0 [22,5]	8,64±1,98	9,0 [3,3]
Diğer	18	11,17±6,02	10,0 [8,0]	9,33±5,83	8,5 [9,3]	2,61±3,40	1,5 [4,3]	23,11±13,16	22,0 [20,3]	9,39±3,36	9,0 [4,3]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=3,287$		$\chi^2=2,210$		$\chi^2=3,609$		$\chi^2=4,431$		$\chi^2=8,771$	
Olasılık		p=0,511		p=0,697		p=0,461		p=0,351		p=0,067	
Gelir düzeyi											
Gelir<gider	37	12,19±7,05	10,0 [10,0]	10,08±6,71	8,0 [9,0]	3,27±4,22	1,0 [6,0]	25,54±16,48	22,0 [22,0]	10,89±3,69	10,0 [6,5]
Gelir=gider	60	11,30±5,76	11,0 [8,8]	8,83±4,92	8,5 [9,0]	2,41±3,19	1,0 [4,0]	22,55±11,68	23,0 [18,3]	10,00±3,16	10,0 [4,0]
Gelir>gider	5	12,00±1,87	12,0 [3,0]	8,60±3,04	10,0 [5,5]	1,40±1,95	0,0 [3,5]	22,00±5,66	24,0 [11,0]	8,40±1,67	8,0 [3,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=0,526$		$\chi^2=0,236$		$\chi^2=0,703$		$\chi^2=0,147$		$\chi^2=2,308$	
Olasılık		p=0,769		p=0,889		p=0,704		p=0,929		p=0,315	
Yaşanan yer											
İl	43	11,21±4,40	10,0 [5,0]	8,67±5,09	8,0 [9,0]	2,41±3,22	1,0 [4,0]	22,30±10,17	22,0 [14,0]	10,16±3,52	9,0 [4,0]
İlçe	51	12,24±7,45	11,0 [13,0]	9,81±6,15	9,0 [9,0]	2,96±3,96	1,0 [5,0]	25,00±16,05	24,0 [22,0]	10,53±3,31	10,0 [4,0]
Köy/kasaba	8	10,38±4,69	11,5 [7,5]	9,13±4,09	9,0 [8,0]	2,25±2,71	1,5 [4,5]	21,75±10,40	21,5 [19,3]	8,88±2,29	9,0 [3,5]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=0,140$		$\chi^2=0,662$		$\chi^2=0,196$		$\chi^2=0,099$		$\chi^2=1,347$	
Olasılık		p=0,932		p=0,718		p=0,907		p=0,952		p=0,510	
Sağlık güvencesi											
Var	96	11,69±6,18	11,0 [8,0]	9,10±5,50	8,0 [8,0]	2,51±3,44	1,0 [4,0]	23,30±13,37	22,0 [18,0]	10,29±3,41	10,0 [4,0]
Yok	6	11,17±5,42	9,5 [9,0]	12,00±6,32	12,5 [11,8]	5,33±4,72	4,0 [9,0]	28,50±14,40	28,5 [26,5]	9,50±1,97	8,5 [4,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,150		Z=-1,129		Z=-1,776		Z=-0,982		Z=-0,422	
Olasılık		p=0,881		p=0,259		p=0,076		p=0,326		p=0,673	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.2’de hastaların meslek, gelir düzeyi, yaşadığı yer ve sağlık güvencesine göre ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$)

4.3. Konstipasyon Risk İle Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin İlişkilerinin İncelenmesi

Tablo 4.3. Konstipasyon Risk İle Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin İlişkilerinin İncelenmesi		
Korelasyon* (n=102)	Konstipasyon risk değerlendirme	
	r	p
Dışkı tıkanıklığı	0,226	0,023
Kalın bağırsak tembelliği	0,225	0,023
Ağrı	0,204	0,040
Konstipasyon ciddiyet	0,256	0,009

*Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Tablo 4.3’de hastaların konstipasyon risk değerlendirme ölçeği puanları ile konstipasyon ciddiyet ölçeği alt boyutu dışkı tıkanıklığı, kalın bağırsak tembelliği ve ağrı puanları arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hastaların konstipasyon ciddiyet alt ölçeği boyutu dışkı tıkanıklığı, kalın bağırsak tembelliği ve ağrı puanları arttıkça, konstipasyon risk değerlendirme ölçeği puanları da artacaktır. Aynı şekilde, konstipasyon ciddiyet alt ölçeği boyutu dışkı tıkanıklığı, kalın bağırsak tembelliği ve ağrı puanları azaldıkça, konstipasyon risk değerlendirme ölçeği puanları da azalacaktır.

Hastaların konstipasyon risk değerlendirme ölçeği puanları ile konstipasyon ciddiyet ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0,256$; $p=0,009$). Konstipasyon ciddiyet alt ölçeği toplam puanları arttıkça, konstipasyon risk değerlendirme ölçeği puanları da artacaktır. Aynı şekilde, konstipasyon ciddiyet alt ölçeği toplam puanları azaldıkça, konstipasyon risk değerlendirme ölçeği puanları da azalacaktır.

4.4. Konstipasyon Risk Değerlendirme ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Bulgularının Karşılaştırılması

Tablo 4.4. Konstipasyon Risk Değerlendirme ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Bulgularının karşılaştırılması

Değişken (n=102)	Ortalama	Standart sapma	Medyan	Min.	Max.
Dışkı tıkanıklığı	11,65	6,12	11,0	4,0	28,0
Kalın bağırsak tembelliği	9,27	5,56	8,0	2,0	25,0
Ağrı	2,68	3,56	1,0	0,0	14,0
Konstipasyon ciddiyet	23,60	13,41	22,0	6,0	65,0
Konstipasyon risk değerlendirme	10,24	3,34	10,0	3,0	19,0

Tablo 4.4’de hastaların KCÖ’den aldığı puanlar incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların konstipasyon ciddiyet ölçeği toplam puanı $23,60 \pm 13,41$ olup dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puan ortalaması $11,65 \pm 6,12$, kalın bağırsak tembelliği $9,27 \pm 5,56$, ağrı alt ölçeği puan ortalaması $2,68 \pm 3,56$ olduğu belirlenmiştir. Konstipasyon riski puan ortalaması ise $10,24 \pm 3,34$ olarak saptanmıştır. Ölçeklere ilişkin bulguların dağılımı Tablo 4.4’de yer almaktadır.

4.5. Konstipasyon Risk Durumu Bulgularının Dağılımı

Tablo 4.5. Konstipasyon risk durumu bulgularının dağılımı

Konstipasyon risk durumu (n=102)	n	%
Düşük risk puan ≤ 10	62	60,8
Orta risk puan 11-15	33	32,4
Yüksek risk puan ≥ 16	7	6,8

Tablo 4.5’de hastaların risk durumları incelendiğinde, %60,8’i düşük risk grubunda, %32,4’ü orta risk grubunda, % 6,8’i ise yüksek risk grubundadır.

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bulguların yer aldığı Tablo 4.1’de çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının $48,28 \pm 16,89$ yıl olduğu saptanmıştır. Literatürde yaş ile konstipasyon prevalansı arasında ilişkiyi değerlendirmek amacıyla birçok çalışma yapılmıştır ve yapılan çalışmaların çoğunluğu yaş arttıkça konstipasyon prevalansında arttığını göstermiştir. Wald A ve ark. (2007) Güney Amerika ve Asya yaşlı bireylerde laksatif kullanımının karşılaştırılması ile ilgili yaptığı çalışmada yaşın konstipasyon prevalansını etkilemediği belirlenmiştir (61). Arlı (2019) tarafından yapılan cerrahi ve dahili kliniklerde yatan hastalarda konstipasyon riskinin değerlendirilmesi’nde hastaların konstipasyon risk ve yaşları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (54). Mugie ve ark. (2011) Çocuklarda ve yetişkinlerde kabızlığın epidemiyolojisi ile ilgili sistematik derlemede ise yaş ile konstipasyon görülme oranının arttığı belirlenmiştir (58). Özellikle yaşlı hastalarda yaş ile birlikte yetersiz sıvı ve kalori alımı, hareketsizlik ve çoklu ilaç kullanımına bağlı olarak konstipasyonun daha sık görüldüğü bildirilmiştir (18).

Araştırmamızda hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bulguların yer aldığı Tablo 4.1’de hastaların 38,2’si normal kilolu, % 32,4’ ü fazla kilolu %23,5’i obez olup BKİ ortalamaları $26,7 \pm 5,67$ (kg/m²) saptanmıştır. Araştırmamızda BKİ’nin hastaların konstipasyon durumunu etkilemediği saptanmıştır. Pourhoseingholi MA ve ark. (2009) Obezite ve fonksiyonel kabızlık; İran’da toplum temelli bir çalışmada BKİ ortalaması $25,95 \pm 4,87$ olup ile konstipasyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (64).

Araştırmamızda hastaların sosyo-demografik özellikleri ile konstipasyon ciddiyet ve konstipasyon risk değerlendirme ölçeği puanlarının karşılaştırıldığı Tablo 4.2’de çalışmaya katılan kadınlarda erkeklere oranla konstipasyon riskinin daha sık görüldüğü saptanmıştır. Kaya ve ark. (2013) nöroşirurji hastalarında konstipasyon riski ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada kadınların konstipasyon risk ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir (16). Bilgiç ve ark. (2011) huzurevinde yaşayan yaşlıların konstipasyon durumları ve etkileyen faktörler ile ilgili çalışmada kadınların konstipasyonu erkeklere göre daha fazla deneyimledikleri belirlenmiştir (59). Leung L ve ark.

(2011) kronik konstipasyon: kanıta dayalı yaptığı bir derlemede konstipasyonun kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (31). Forootan M. (2018) Kronik kabızlık: Literatür taraması ile ilgili çalışmada konstipasyonun, kadınlarda erkeklere oranla 2 -3 kat daha fazla görüldüğü ve yaş ile birlikte konstipasyonun şiddetinin belirgin olarak arttığı belirtilmiştir (30). Doğumdan kaynaklanan pelvik taban yaralanma riskinin yüksek olması ve hamilelik sırasında seks hormonlarının belirgin bir şekilde artması nedeniyle konstipasyon kadınlarda daha sık görülmektedir.

Araştırmamızda hastaların sosyo-demografik özellikleri ile konstipasyon ciddiyet ve konstipasyon risk değerlendirme ölçeği puanlarının karşılaştırıldığı Tablo 4.2’de hastaların cinsiyet durumlarına göre Konstipasyon Ciddiyet ölçeği alt boyutu dışkı tıkanıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-2,604$; $p=0,009$). Kadınların dışkı tıkanıklığı puanları $12,96 \pm 5,80$ olup erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve daha yüksek bulunmuştur. Kaya ve ark. (2013) nöroşirurji hastalarında yaptığı çalışmada kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (34). Turan N ve ark. (2011) hemşirelik öğrencilerde yaptığı çalışmada kız öğrencilerin KCÖ ve alt ölçek puanları $14,96 \pm 5,95$ olup erkeklere oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (60).

Araştırmamızda hastaların sosyo-demografik özellikleri ile konstipasyon ciddiyet ve konstipasyon risk değerlendirme ölçeği puanlarının karşılaştırıldığı Tablo 4.2’de hastaların cinsiyetlerine göre Konstipasyon Ciddiyet ölçeği alt boyutu kalın bağırsak tembelliği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-2,217$; $p=0,027$). Kadınların kalın bağırsak tembelliği puanları $10,24 \pm 5,34$ olup erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Turan ve ark. (2011) yaptığı çalışmada KCÖ alt boyutu kalın bağırsak tembelliği kız öğrencilerde $10,92 \pm 6,51$ olup erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (60). Kadınlarda ovulasyondan sonra progesteron hormonunun artışı, ince barsakta ve kolonda geçişin yavaşlamasına ve menstrüel siklusun luter al fazında konstipasyona neden olabilmektedir (66). Yapılan çalışmalarda kadınlarda barsak geçiş zamanının erkeklere göre daha yavaş olduğu ve buna bağlı olarak barsak tembelliğinin daha sık görüldüğü belirlenmiştir (18).

Araştırmamızda hastaların sosyo-demografik özellikleri ile konstipasyon ciddiyet ve konstipasyon risk değerlendirme ölçeği puanlarının karşılaştırıldığı Tablo 4.2’de kadınların erkeklere oranla konstipasyona bağlı ağrıyı daha çok yaşadıklarını saptanmıştır. Yaptığımız çalışmada hastaların cinsiyet durumuna göre Konstipasyon Ciddiyet ölçeği alt boyutu ağrı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,144$; $p=0,032$). Kadınların ağrı puanları $3,31 \pm 3,85$ olup erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve daha

yüksek olduğu belirlenmiştir. Turan ve ark. (2011) yaptığı çalışmada KCÖ alt boyutu ağrı puanı kız öğrencilerde 2.42 ± 3.15 olup erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (60). Doğumdan kaynaklı pelvik taban yaralanmaları, yaş ile birlikte artış gösteren organ prolapsusu kadınlarda dışkılama sırasında ağrıya neden olabilmektedir. Kadınların semptomları bildirme konusunda genel istekliliği nedeniyle konstipasyon kadınlarda daha sık görülmektedir (30). Yaptığımız çalışmada kadınların konstipasyona bağlı ağrıyı ve konstipasyonun ciddiyeti ile ilgili durumları erkeklere göre daha rahat ifade ettikleri gözlemlenmiştir.

Araştırmamızda hastaların sosyo-demografik özellikleri ile konstipasyon ciddiyet ve konstipasyon risk değerlendirme ölçeği puanlarının karşılaştırıldığı Tablo 4.2(devam)'de eğitim durumu ve gelir düzeyin düşük olması, kırsal alanda yaşamak konstipasyon gelişimi açısından risk faktörüdür (18). Araştırmamızda hastaların eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, yaşadığı yer ve sağlık güvencesine göre ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Bilgiç ve ark. (2011) huzurevinde yaşayan yaşlıların konstipasyon durumları ve etkileyen faktörler ile ilgili çalışmada eğitim durumu ve gelir düzeyi ile konstipasyon görülme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (59). Literatür incelendiğinde Wald ve ark. (2011) konstipasyon görülme oranının eğitim seviyesi ve gelir seviyesi düşük olan kişilerde daha fazla görüldüğü saptanmıştır (61). Howell SC ve ark. (2006) Avusturalya'da gastrointestinal problemin sosyal sınıfla bağlantısı ile ilgili yaptığı çalışmada konstipasyon oranının üst-orta sosyal sınıf arasında anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (62). Chu H ve ark. Çin genel popülasyonunda pediatrik ve yaşlı popülasyon için kabızlığın epidemiyolojik özellikleri ile ilgili yaptığı çalışmada genel nüfusta ve yaşlı nüfusta, konstipasyonun kırsal kesimde şehirdekilerden daha yüksek olduğu bildirilmiş ve aynı çalışmada eğitim seviyesi düşük olanlarda konstipasyon prevalansının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (63). Arlı (2019) tarafından yapılan cerrahi ve dahili kliniklerde yatan hastalarda konstipasyon riskinin değerlendirilmesi'nde hastaların KRDÖ toplam puanı ile medeni durum, eğitim durumu, meslek özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu belirtilmiştir ($p < 0,05, p < 0,01$) (54).

Araştırmamızda konstipasyon risk değerlendirme ile konstipasyon ciddiyet ölçeğinin ilişkilerinin incelendiği Tablo 4.3'te hastaların konstipasyon risk değerlendirme ölçeği puanları ile konstipasyon ciddiyet ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r = 0,256; p = 0,009$). Hastaların konstipasyon ciddiyet ölçeğinden alacağı puanlar arttıkça konstipasyon risk değerlendirme ölçeğinden alacağı puanlarda pozitif yönde artış gösterecektir.

Araştırmamızda konstipasyon risk ve konstipasyon ciddiyet ölçeği bulgularının karşılaştırıldığı Tablo 4.4’de hastaların KCÖ’ den aldıkları puan ortalaması $23,60 \pm 13,41$ olup dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puan ortalaması $11,65 \pm 6,12$, kalın bağırsak tembelliği $9,27 \pm 5,56$, ağrı alt ölçeği puan ortalaması $2,68 \pm 3,56$ olarak saptanmıştır. Literatürde Bilgiç ve ark. (2011) huzurevinde yaşayan yaşlıların konstipasyon durumları ve etkileyen faktörler ile ilgili çalışmada konstipasyon ciddiyet düzeyi $37,82 \pm 12,79$ olarak saptanmıştır (59). Arı ve Yılmaz’ın (2016) ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası konstipasyona etkisinin araştırıldığı çalışmada ameliyat öncesi KCÖ toplam puan ortalaması $29,6 \pm 11$ (55), Turan ve ark. (2011) hemşirelik öğrencilerinin bazı değişkenler açısından konstipasyon sorunları ile ilgili yaptığı çalışmada ise KCÖ puanı 26,1 olarak saptanmıştır. KCÖ’ den alınabilecek en yüksek puan 73, en düşük puan ise 0’dır. KCÖ’nden alınan puanların artması konstipasyonun ciddiyetini göstermekte ve hastanın hayatını olumsuz yönde etkilemektedir (60).

Araştırmamızda hastaların konstipasyon risk durumu bulgularının yer aldığı Tablo 4.5’de Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamasının $10,24 \pm 3,34$ olduğu ve %60,8 düşük risk grubunda yer aldığı saptanmıştır. Literatürde Arlı (2019) tarafından yapılan cerrahi ve dahili kliniklerde yatan hastalarda konstipasyon riskinin değerlendirilmesi incelendiğinde hastaların %69,7’sinin düşük risk grubunda ve toplam puan ortalamasının $6,43 \pm 2,43$ olduğu belirlenmiştir (54). Arı ve Yılmaz’ın (2016) ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası konstipasyona etkisinin araştırıldığı çalışmada araştırma grubunu oluşturan hastaların KRDÖ puan ortalaması $5,1 \pm 2,1$ ’dir (55). Yapılan bu çalışmalarda konstipasyon riski düşük olup çalışmamızı destekler niteliktedir. Ucuzal M. (2015) “Genel Cerrahi Hastalarında Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riski” ile ilgili çalışmada hastaların %56,7’sinin konstipasyon gelişimi açısından orta risk grubunda olduğu saptanmıştır. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması $12,98 \pm 4,84$ (orta risk) olarak belirlenmiştir (56). Kaya H ve ark. (2013) nöroşirurji hastalarında konstipasyon riski ise hastaların hastaneye yatışta %14,3, ameliyatın 3. Gününde % 40,7 ve taburculukta % 32,5 orta ve yüksek risk grubunda olduğu belirtilmiştir (34). Çelik S. (2015) abdominal cerrahi uygulanan hastaların KRDÖ puan ortalaması $11,71 \pm 7,81$ olup orta risk grubunda olduğu belirtilmiştir (57). Araştırmamızda, hastalara erken dönemde tıbbi müdahale ve hemşirelik girişimlerinin uygulanmasına bağlı olarak hastaların konstipasyon açısından düşük risk grubunda yer aldığı düşünülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Nöroloji yoğun bakımda tedavi gören hastaların konstipasyon riski ve etkileyen faktörlerin incelendiği bu çalışmada;

Kadın hastaların KRDÖ puanı $11,27 \pm 3,48$ olup kadınlarda erkeklere oranla konstipasyon riski daha fazla görülmekte ve kadınlar orta risk grubunda yer almaktadır.

Kadın hastalarda KCÖ puanı $26,51 \pm 12,78$ olup erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların cinsiyetlerine göre Konstipasyon Ciddiyet ölçeği alt boyutu ağrı açısından değerlendirildiğinde kadınların ağrı puanları $3,31 \pm 3,85$ olup erkeklere göre rektal ağrı sorununu daha çok yaşadıkları saptanmıştır.

Kadınlarda kalın bağırsak tembelliği erkeklere oranla daha fazla görüldüğü belirlenmiştir.

Kadınların dışkı tıkanıklığı puanları $12,96 \pm 5,80$ olup erkeklere oranla bu sorunu daha ciddi olarak deneyimledikleri saptanmıştır.

Bu çalışmada hastaların konstipasyon risk değerlendirme ölçeği puanları ile konstipasyon ciddiyet ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0,256$; $p=0,009$).

Cinsiyete göre kadınlarda KCÖ ve KRDÖ puan ortalamaları erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

-Nöroloji yoğun bakımda tedavi gören tüm hastalarda konstipasyon yönelik risk faktörlerinin belirlenmesi erken dönemde gerçek ve olası sorunların tanınması,

-Hemşirelik süreci doğrultusunda bireye özgü hemşirelik bakımının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi,

-Konstipasyonu tanılamada geçerli ve güvenilir ölçekler kullanılarak hastaların normal barsak işlevleri değerlendirilerek kaydedilmeli,

-Hemşirelere konstipasyonun tedavisinde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgi verilerek hizmet içi eğitimlerin planlanması ve bu konuyla ilgili yapılan çalışmaları yakından izlemeleri önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1.**Birol L.** Hemşirelik Süreci.10.Baskı, İzmir: Berke Ofset Matbaacılık, **2013**;p.317-318.
- 2.**Aştı TA, Karadağ A.** Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri.Nobel Kitabevi, Adana,**2011**;p.1116-1117.
- 3.**Büyükyılmaz F, Şendir M.**Cerrahi Hastalarında Barsak Boşaltımı Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*,**2009**;2(1).
4. **Yurdakul İ.**Konstipasyon. Gastroenterolojide Klinik Yaklaşım. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul*,**2004**; 121-132.
- 5.**Türkay C, Aydoğan T, Özden A.**Konstipasyon Tanım ve Epidemiyolojisi.*Güncel Gastroenteroloji*,**2005**; 9(1).
- 6.**Werth BL.** Epidemiologyofconstipationinadults: Whyestimates ofprevalencediffer.*Journal of Epidemiological Research*,**2019**; 5(1).
- 7.**Turan N, Atabek Aştı T, Kaya N.**Nöroşirürji Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Konstipasyon ve Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*,**2017**;14 (1)
- 8.**Korkmaz, M.** Kabızlık yakınması olan hastanın birinci basamakta yönetimi. *Konuralp Tıp Dergisi*,**2011**;3(3):35-41
- 9.**Terzi B, Kaya N.** Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı.*Yoğun Bakım Dergisi*,**2011**;1: 21-5
- 10.**Azevedo RPD, Machado FR.** Constipation in critically ill patients: much more than we imagine. *Revista Brasileira de terapia intensiva*,**2013**;25(2), 73-74.
- 11.**Vincent JL, Preiser JC.** Getting critical about constipation. *Pract Gastroenterol*, **2015**;144, 14-25.
- 12.**Akdeniz S, Ünlü H.**Yoğun Bakım Hemşireliği.*Yoğun Bakım Dergisi*,**2004**;4(3):179-185
- 13.**Baykal D,Yıldırım D, Can G.**Nörolojik Hastalıklarda Uygulanan Abdominal Masajın Etkinliğini Değerlendiren Çalışmaların İncelenmesi.*FNJN FlorenceNightingale Hemşirelik Dergisi*,**2018**;26(1): 45-53
- 14.**Winge K, Rasmussen D, Werdelin LM.**Constipation in neurologicaldiseases.

JNeurolNeurosurgPsychiatry,2003; 74: 13-19.

- 15.**Turan N, Aşti TA, Kaya N.** Nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda konstipasyon ve hemşirelik bakımı. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*,2017;14(1), 73-78.
- 16.**Kaya H, Kaya N, Turan N, Şirin K, Güloğlu S.** Identifying constipation risk in neurosurgery patients. *PielęgniarstwoNeurologiczne i Neurochirurgiczne*,2013; 2(3):96–103.
- 17.**Werth B.L, Williams KA, Fisher MJ, Pont LG.** Defining constipation to estimate its prevalence in the community: results from a national survey. *BMC gastroenterology*,2019;19(1), 75.
- 18.**Bengi G, Yalçın M, Akpınar H.** Kronik Konstipasyona Güncel Yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*,2014;18(2), 181-197.
- 19.**Werth BL.** Epidemiology of constipation in adults: Why estimates of prevalence differ. *Journal of Epidemiological Research*,2019; 5(1).
- 20.**Sobrado CW, Neto I. J. F. C, Pinto RA, Sobrado LF, Nahas SC, Cecconello I.** Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria. *Journal of coloproctology*,2018; 38(2), 137-144.
- 21.**Andrews CN, Storr M.** The pathophysiology of chronic constipation. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*,2011;25, 16-21.
- 22.**Türkay Ö, Saka M.** Konstipasyon ve Diyet. *Güncel Gastroenteroloji*,2016;20(3), 234-239.
- 23.**Hsieh C.** Treatment of constipation in older adults. *Am Fam Physician*,2005;72(11), 2277-84.
- 24.**Kurniawan I, Simadibrata M.** Management of chronic constipation in the elderly. *the elderly*,2011;2, 7.
- 25.**Rao SS, Meduri K.** What is necessary to diagnose constipation?. *Best practice & research Clinical gastroenterology*, 2011;25(1), 127-140.
- 26.**Wald A, Scarpignato C, Kamm MA, Mueller-Lissner S, Helfrich I, Schuijt C, Petrini O.** The burden of constipation on quality of life: results of a multinational survey. *Alimentary pharmacology & therapeutics*,2007;26(2), 227-236.
- 27.**Werth, B. L.** Epidemiology of constipation in adults: Why estimates of prevalence differ. *Journal of Epidemiological Research*,2019; Vol. 5, No. 1
- 28.**Uz B, C Türkay, Bavbek N, Işık A, Erbayrak M, Uyar ME.** Konstipasyon saptanan olgularımızın değerlendirilmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*,2006;5(1), 56-59
- 29.**Lembo A, Camilleri M.** Chronic constipation. *New England Journal of Medicine*,2003;349(14), 1360-1368.
- 30.**Forootan M, Bagheri N, Darvishi M.** Chronic constipation: A review of literature. *Medicine*,2018;97(20).

31. **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.
32. **Akpınar H.** Kronik konstipasyon. 7. *Ulusal İç hastalıkları kongresi*, 2005; 86.
33. **Tack J, Müller-Lissner S, Stanghellini V, Boeckxstaens G, Kamm MA, Simren M, Fried M.** Diagnosis and treatment of chronic constipation—a European perspective. *Neurogastroenterology & Motility*, 2011;23(8), 697-710.
34. **Salari R, Yousefi M, Salari M.** Pharmacological treatment of chronic constipation: a literature review. *Reviews in Clinical Medicine*, 2016;3(3), 128-132.
35. **Oztürk R.** Defecation Disorders: An Important Subgroup Of Functional Constipation, Its Pathophysiology, Evaluation And Treatment With Biofeedback. *The Turkish Journal Of gastroenterology: the official journal of Turkish Society of Gastroenterology*, 2007;18(3), 139-149.
36. **Jamshed N, Lee ZE, Olden KW.** Diagnostic approach to chronic constipation in adults. *American family physician*, 2011;84(3), 299.
37. **Demirbaş S.** Kronik kabızlık nedenleri, tanı yöntemleri ve tedavi yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2010; 52: 61-6.
38. **Kurniawan I, Simadibrata M.** Management of chronic constipation in the elderly. *the elderly*, 2011;2, 7.
39. **Remes-Troche JM, Rao SS.** Diagnostic testing in patients with chronic constipation. *Current gastroenterology reports*, 2006;8(5), 416-424.
40. **Rao SS, Go JT.** Update on the management of constipation in the elderly: new treatment options. *Clinical interventions in aging*, 2010;5, 163.
41. **Arı M, Yılmaz E.** Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Ameliyat Sonrası Konstipasyona Etkisi. *Turk J Colorectal Disease*, 2016;2:39-46.
42. **Savaş MC.** Konstipasyon. *Türkiye Tıp Dergisi*, 2004;11(4), 204-216.
43. **Rao S S, Seaton K, Miller M, Brown K, Nygaard Stumbo P, Schulze K.** Randomized Controlled Trial Of Biofeedback, Sham Feedback, And Standard Therapy For Dyssynergic Defecation. *Clinical Gastroenterology And Hepatology*, 2007;5(3), 331-338.
44. **Portalatin M, Winstead N.** Medical management of constipation. *Clinics in colon and rectal surgery*, 2012;25(01), 012-019.
45. **Roque MV, Bouras EP.** Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients. *Clinical interventions in aging*, 2015;10, 919.
46. **Luca G, Domenico P, Caterina P and Giovambattista DS.** Constipation Treatment in Neurological Disorders, 2012; DOI: 10.5772/29813.
47. **Dourado CC, Engler TMNDM, Oliveira SBD.** Bowel dysfunction in patients with brain damage resulting from stroke and traumatic brain injury: A retrospective study of a case series. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2012;21(4), 905-911.

- 48.**Stocchi F, Torti M.**Constipation in Parkinson's disease. In *International review of neurobiology*,**2017**;134, 811-826.
- 49.**Noll LM.** Management of constipation in patients with parkinson disease. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*,**2013**;15(7), 382-387.
- 50.**Carrasco AJP, Timmermann L, Pedrosa DJ.** Management of constipation in patients with Parkinson's disease. *NPJ Parkinson's disease*,**2018**;4(1), 6.
- 51.**Turan N, Aşti TA, Kaya N.** Nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda konstipasyon ve hemşirelik bakımı. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*,**2017**;14(1), 73-78.
- 52.**Ritchie G, Burgess L, Mostafa S, Wenstone R.** Preventing constipation in critically ill patients. *Nursing times*,**2008**;104(46), 42-44.
- 53.**Turan N, Kaya H.**Management of Constipation in Neurosurgery Patients. *TheJournal of Neurological and Neurosurgical Nursing*,**2014**;3(2):81–87.
- 54.**Arlı ŞA.** Cerrahi ve Dahili Kliniklerde Yatan Hastalarda Konstipasyon Riskinin Değerlendirilmesi. *Turk J Colorectal Disease*,**2019**;29:18-24.
55. **Arı M, Yılmaz E.** Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Ameliyat Sonrası Konstipasyona Etkisi. *Turk J Colorectal Disease*,**2016**;2:39-46.
56. **Ucuzal M.**Genel Cerrahi Hastalarında Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riski. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,**2015**; 4(2):17-22
- 57.**Çelik S.**Constipation Risk İn Patients Undergoing Abdominal Surgery. *Iran Red Crescent Med J*,**2015**; 17(6): e23632.
- 58.**Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C.** Epidemiology of constipation in children and adults:a systematic review. *Best practice & research Clinical gastroenterology*,**2011**,25(1), 3-18.
- 59.**Bilgiç Ş. ve ark.** Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde konstipasyon tanısının değerlendirilmesi. *İ.Ü.F.N.Hem. Dergisi*,**2011**;19(2):83-88
- 60.**Turan N ve ark.** Hemşirelik Öğrencilerinin Bazı Değişkenler Açısından Konstipasyon Sorunları. *İ.Ü.F.N.Hem. Dergisi*,**2011**;19(3):168-178.
- 61.**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), 274-284.
- 62.**Howell SC, Quine S, Talley N J.** Low social class is linked to upper gastrointestinal symptoms in an Australian sample of urban adults. *Scandinavian journal of gastroenterology*,**2006**;41(6), 657-666.
- 63.**Chu H, Zhong L, Li H, Zhang X, Zhang J, Hou X.** Epidemiology characteristics of constipation for general population, pediatric population, and elderly population in China. *Gastroenterology research and practice*,**2014**.

64. **Pourhoseingholi MA, Kaboli SA, Pourhoseingholi A, Moghimi-Dehkordi B, Safaee A, Mansoori BK, Zali MR.** Obesity and functional constipation; a community-based study in Iran. *J Gastrointestin Liver Dis*, **2009**;18(2), 151-5.
65. **Dedeli Ö, Pakyüz S Ç.** Bowel Movement: The Sixth Vital Sign? *Clinical and Experimental Health Sciences*, **2016**;6(3), 135-139.
66. **Orhan C, Akbayrak T, Kaya S, Kav T, Günel MK.** Fiziksel aktivite seviyesi ile konstipasyon şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation* **2015**; 2(2), 66-73.

EKLER

EK-1

HASTA TANITIM FORMU

Sayın katılımcı,

Bu çalışma nöroloji yoğun bakımda tedavi gören hastaların konstipasyon riski ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Formu eksiksiz ve doğru doldurmanız, sağlıklı sonuçlar elde edebilmemiz için önemlidir. Bu bilgiler konu ile ilgili bilimsel bir çalışmada kullanılacak olup amacı dışında başka hiçbir yerde kullanılmayacaktır.

Katkılarınız için teşekkürler.

Araştırmacı: Kıymet MESES

1. Yaş:

2. Cinsiyet

a) Kadın b) Erkek

3. Medeni durum

a) Evli b) Bekar c) Boşanmış

4. Eğitim düzeyiniz nedir?

a) Okur-yazar değil b) Okur- yazar c) İlköğretim

d) Lise mezunu e) Yüksekokul/Fakülte

5. Mesleğiniz?

a) Ev Hanımı b) Emekli c) Memur d) İşçi e) Diğer

6. Gelir Durumunuz nasıl?

a) Gelir giderden düşük b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

7. Nerede yaşıyorsunuz?

a) İl b) İlçe c) Köy/Kasaba

8. Sağlık Güvenceniz var mı?

a) Var b) Yok

9. Kaç kilosunuz?(.....)

10. Boyunuz?(.....)

EK 2

KONSTİPASYON CİDDİYET ÖLÇEĞİ (KCÖ)

Lütfen aşağıdaki sorulardan size en uygun olan tek yanıtı işaretleyiniz.

Dışkı Tıkanıklığı Alt Ölçeği

1. Yetersiz Dışkılama (Bağırsakları tam boşaltamama):

A) Bağırsakları tam boşaltamama sorununu ne sıklıkta yaşarsınız.

(0) Asla (1) Nadiren (2) Bazen (3) Genellikle (4) Her zaman

bu sorunu bu sorunu bu sorunu bu sorunu bu sorunu

yaşamam yaşıyorum yaşıyorum yaşıyorum yaşıyorum

(2.soruya geçiniz)

B) Bu belirti (bağırsakları tam boşaltamama) sizin için ne kadar ciddidir?

(1) Hiç ciddi (2) Hafif (3) Biraz ciddi (4) Ciddi (5) Son derece ciddi

değil (Çoğu kez

(Büyük abdeste

(Dışkı nedeni ile makatımda

dışkılama

çıktıktan sonra hala

sürekli basınç hissedirim /

sorunum yoktur)

bağırsaklarımda

tekrar tekrar tuvalete

dışkı kalır)

giderim)

C) Bu durum, sizi ne kadar rahatsız eder?

(1) Hiç (2) Biraz (3) Oldukça (4) Çok (5) Son derece

rahatsız etmez

rahatsız eder

rahatsız eder

rahatsız eder

rahatsız eder

2. Dışkılamada zorluk/güçlük:

A) Dışkılama sırasında zorluğu/güçlüğü hangi sıklıkla hissedersiniz?

(0) Asla (1) Nadiren (2) Bazen (3) Genellikle (4) Her

hissetmem (3. Soruya

hissederim

hissederim

hissederim

zaman

hissederim

B) Bu durum sizin için ne kadar ciddidir?

(1) Hiç ciddi (2) Hafif (3) Oldukça (4) Ciddi (5) Son derece ciddi

Değil

ciddi

(Karnıma bastırıyorum,

(Biraz

(Ciddi şekilde

inliyorum ve ciddi şekilde

ıkınıyorum)

ıkınıyorum),

ıkınıyorum)

C) Bu durum sizi ne kadar rahatsız eder?

(1) Hiç

(2) Biraz

(3) Oldukça

(4) Çok

(5) Son derece

rahatsız etmez

rahatsız eder

rahatsız eder

rahatsız eder

rahatsız eder

Kalın Bağırsak Tembelliği Alt Ölçeği

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

0 () Bağırsak alışkanlıklarımda asla sıkıntı yaşamam.

1 () Her gün büyük abdeste çıkarım

2 () Haftada birkaç kez büyük abdeste çıkarım

3 () Haftada bir kez büyük abdeste çıkarım

4 () İki haftada bir kez büyük abdeste çıkarım

5 () Ayda bir kez büyük abdeste çıkarım

4. 3 günde bir kereden daha az dışkılama:

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

(0) Asla (1) Nadiren (2) Bazen (3) Genellikle (4) Her zaman
hissetmem (5. soruya geçiniz) hissederim hissederim hissederim hissederim

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

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

C) Bu belirti (dışkılamanın sık olmaması) sizi ne kadar rahatsız eder?

(1) Hiç (2) Biraz (3) Oldukça (4) Çok (5) Son derece
rahatsız etmez rahatsız eder rahatsız eder rahatsız eder rahatsız eder

5. Boşaltım Gereksinimi Hissinde Yetersizlik:

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

(0) Asla (1) Hiç sorun değil (2) Hafif (3) Biraz ciddi bir (4) Ciddi
böyle bir (Boşaltım ihtiyacını sorun bir sorun
sorunum olmaz. gayet iyi hissederim) (Boşaltım ihtiyacını
belli belirsiz
hissedeabilirim)

B) Büyük abdestinizin geldiğini hissetmeme sorununuz, sizi ne kadar rahatsız eder?

(0) Asla (1) Hiç (2) Biraz (3) Oldukça (4) Çok
rahatsız etmez rahatsız etmez rahatsız eder rahatsız eder rahatsız eder

Ağrı Alt Ölçeği:

Bağırsak Sorunlarına Bağlı Makat Ağrısı:

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

- (0) Ağrı (1) Hafif (2) Biraz (3) şiddetli (4) Son derece
Hissetmedim şiddetli şiddetli

7. řu an, makatınızdaki ağrı düzeyini belirtiniz.

- (0) Ağrı yok (1) Hafif (2) Biraz (3) şiddetli (4) Son derece
şiddetli şiddetli

8. Makatınızdaki ağrıdan dolayı ne kadar rahatsızsınız?

- (0) Hiç rahatsız (1) Hafif (2) Biraz (3) Ciddi (4) ok ciddi
değilim rahatsızım rahatsızım

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

- (0) Asla (1) Nadiren (2) Ara sıra (3) Genellikle (4) Her zaman

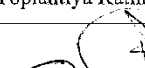
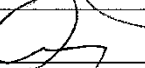
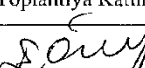
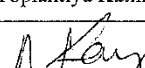
EK 3: KONSTİPASYON RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Toplam ve Tablodaki Risk Faktörleri Halkası CİNSİYET: Erkek 1 Kadın 2 HAREKETLİLİK: Bağımsız olarak hareketli 0 Yürümeye bağımlı/başkalarından yardım alıyor 0 Yatağa/sandelyeye bağımlı 1 Spinal kord yaralanması/spinal kord basısı 2 3 LİF ALIMI: Günlük 5 porsiyon/adet meyve/sebze alımı/tüketimi 0 Günlük 3/4 porsiyon/adet meyve/sebze alımı/tüketimi 1 Günlük 2 porsiyon/adet meyve/sebze/tüketimi 2 Lifli ürünlerin günlük alımı/tüketimi 0 Evet 1 Hayır SIVI ALIMI: Günlük 10 bardak ve daha fazla sıvı alımı 0 Günlük 6/9 bardak sıvı alımı 1 Günlük 5 bardak ve daha az sıvı alımı 2 Kişisel inançlar: Hasta konstipasyona eğilimli olduğuna inanıyor mu? Evet/Hayır Şimdiki bağırsak alışkanlığı: _____ BÖLÜM TOPLAM PUANI:		Hangi Durumlar Konstipasyon Riskini Arttırır Tıbbi notlardan, hasta öyküsü ve kan sonuçları, aşağıdaki durumların varlığını değerlendirme FİZYOLOJİK DURUMLAR Metabolik hastalıklar 2 Hipokalemi/Üremi/kurşun zehirlenmesi Pelvik durumlar Histerektomi/over tümörü/uterus prolapsusu/hamilelik 3 Nöromüsküler hastalıklar: Parkinson Hastalığı/Multiple Skleroz/Sistemik Skleroz/Hirschsprung Hastalığı 3 Serebrovasküler Olay/Spina Bifida/Romatoit Artrit/Serbral Tümör Endokrin Hastalıklar: Diabetes Mellitus/Hipotiroidi/Hypopituitarizm/Hypercalcemi 3 Kolorektal/Abdominal Hastalıklar: İrritable Barsak Sendromu/Crohn Hastalığı/Diverticulit/Ulceratif Kolit/Kolorektal Tümör/Anorectal Darlık/Anorectal Fissür/anorectal Prolapsus/Hemoroitler/Herniler 3 PSİKOLOJİK DURUMLAR Psikiyatrik Hastalıklar: Depresyon/Anoreksia Nevroza/Bulimia Nevroza 2 Öğrenme zorlukları/Demans (Konuşmanın anlaşılabilirliğinin/durumları anlamada azalma olduğunun belirlenmesi) 2 BÖLÜM TOPLAM PUANI :	
SADECE SERVİS HASTALARI: Hasta hastane tuvaletlerinde barsak boşaltımı için zorlanıyor mu? 0 Hayır 2 Evet KOMOD/SÜRGÜYE GEREKSİNİMİ OLAN HASTALAR: Hastanın Komad/sürgükullanmasında sorun bekleniyor mu? 0 Hayır/uygun değil 2 Evet BÖLÜM TOPLAM PUANI:		Konstipasyon riskini artıran ilaçlar Hasta aşağıdaki ilaçlardan herhangi birini düzenli alıyor mu ? Antiemetikler 2 Analjezikler Kalsiyum Kanal Blokerleri 2 Opioid olmayan 3 Analjezikler Demir İlaçları 2 Sürekli opioid 5 tedavisi Antikolinerjik içeren ilaçlar: Antikonvülsanlar 2 Sitotoksik kemoterapi: Antidepresanlar 2 Sitotoksik 3 kemoterapi Antiparkinson ilaçlar 2 Vincaalkakoid 5 ajanlar Antispazmolitikler 2 BÖLÜM TOPAM PUANI: Konstipasyon için düşük risk: puan≤10 Konstipasyon için orta risk: puan 11-15 Konstipasyon için yüksek risk: puan ≥16 TOPLAM PUAN:	

**T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Toplantı Sayısı		Tarih
77		4 Mayıs 2018

KARAR NO 5- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Gürsel Öztunç yönetiminde, Kıymet Meses tarafından yürütülmesi öngörülen, "Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastalarda Konstipasyon Riski ve Etkileyen Faktörler" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22



T.C.
DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI
Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 31439837-641.03.01/
Konu : Çalışma hk.

BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 27.04.2018 tarih 59565534/62212 sayılı yazı

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Hemşirelik Bölüm Başkanı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Gürsel Öztunç'un sorumlu araştırmacısı olduğu, Yüksek Lisans öğrencisi Kıymet Meses'in yardımcı araştırmacısı olarak yürüteceği "Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastalarda Konstipasyon Riski ve Etkileyen Faktörler" isimli çalışmaya Anabilim Dalımız Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Şebnem Bıçakcı'nın görevlendirilmesi ve çalışmanın Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde yapılması için gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Hacer BOZDEMİR
Anabilim Dalı Başkanı

Ek:1 (bir) sayfa yazı

Ek Üzerindeki Mevcut Elektronik İmzalar

HACER BOZDEMİR (NÖROLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI - Anabilim Dalı Başkanı) 30/05/2018 13:54

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜM KURULU KARARI

Ek-3

Toplantı Tarihi: 24/04/2018	Toplantı Sayısı: 14	Karar Sayısı: 05
-----------------------------	---------------------	------------------

Hemşirelik Bölüm Kurulu Hemşirelik Bölüm Başkanı Prof.Dr. Gürsel ÖZTUNÇ Başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

KARAR NO 1. Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ'un 18.04.2018 tarihli dilekçesi hakkında görüşüldü.

Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ'un Yüksek Lisans öğrencisi Kıymet MESES ile birlikte yapacağı "Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastalarda Konstipasyon Riski ve Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmayı yapabilmesine, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı ve çalışmanın yapılacağı Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balçalı Hastanesinden gerekli kurum izninin alınmasının kabulüne ve durumun Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına arzına oy birliği ile karar verilmiştir.

Hemşirelik Bölüm Başkanı
Prof.Dr. Gürsel ÖZTUNÇ

Üye
Prof.Dr. Gürsel ÖZTUNÇ
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı

Üye
Doç.Dr. Sevban ARSLAN
Doğum ve Kadın Hast.Hemş.Anabilim Dalı Başkan V.

Üye
Doç.Dr. Sevban ARSLAN
Cerrahi Hast.Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Üye
Doç.Dr. Şenay ÇETİNKAYA
Çocuk Sağl.ve Hast.Hemş.Anabilim Dalı Başkanı

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Serap TORUN
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Başkanı

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Sinay FIRAT
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Üye
Öğr.Gör.Dr. Gülşah KUMAR
İç Hast.Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Üye
Öğr.Gör.Dr. Sibel Öner YALÇIN
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

EK-7

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı;

Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi' nde tedavi gören hastaların konstipasyon(kabızlık) riski ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın adı 'Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastalarda Konstipasyon Riski Ve Etkileyen Faktörler' dir.

Bu çalışmada gönüllülük esas olup çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırma esnasında size herhangi bir girişimde bulunulmayacak ve sadece araştırmaya ilişkin anket formu doldurulacaktır. Araştırmaya katılımınızın Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi'nde alacağınız bakımla herhangi bir ilişkisi bulunmamaktadır.

Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçlı kullanılacak, kişisel bilgileriniz ve araştırmaya ilişkin veriler gizli tutulacaktır. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkürlerimizi sunarız.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum()

Çalışmaya katılmayı kabul etmiyorum()

GÖNÜLLÜNÜN

ADI SOYADI:

İMZA:

TARİH:

ARAŞTIRMAYI YAPAN ARAŞTIRICININ

ADI SOYADI:

İMZA:

TARİH:

ÖZGEÇMİŞ

08.02.1982 tarihinde Tarsus’da doğdu. İlköğrenimini Yüzüncüyıl İlköğretim okulunda, orta öğrenimini ise Tarsus Lisesinde tamamladı. Lisans eğitimini Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde tamamladı. 2015 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’ndayüksek lisans eğitimine başladı. 2005 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde hemşirelik görevine başladı. Halen aynı hastanede hemşirelik görevine devam etmektedir.