

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**GEBELİKTE KONSTİPASYON GÖRÜLME DURUMU VE
YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

**RESMİYE KAYA
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Ayten TAŞPINAR**

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından SBF-18004 proje numarası ile desteklenmiştir.

AYDIN-2018

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Ebelik Programı çerçevesinde Resmîye KAYA tarafından hazırlanan “Gebelikte Konstipasyon Görülme Durumu ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 28/06/2018

Üye (T.D.) :Doç. Dr. Ayten TAŞPINAR Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Zekiye Karaçam Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Gülşah GÜROL ARSLAN Dokuz Eylül Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsününtarih vesayılı oturumunda alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince danışmanlığımı üstlenerek tez konumun belirlenmesinde ve tezin planlanmasında bana yol gösteren, her türlü bilimsel, manevi desteğini ve sonsuz anlayışını benden esirgemeyen, değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Ayten TAŞPINAR'a, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteklerini esirmeyen bölüm hocalarıma ve tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Sayın Prof. Dr Zekiye KARAÇAM ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülşah Gürol ARSLAN'a,

Araştırmanın, Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi'nde yapılmasına olanak sağladığı için Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine,

Tez çalışmamın her aşamasında ve hayatım boyunca sonsuz sevgi ve anlayışla yanımda olan, maddi ve manevi her türlü desteği veren annem ve babama,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER

“Gebelikte Konstipasyon Görülme Durumu ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi” başlıklı bu proje Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından SBF-18004 proje numarası ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

KABUL ONAY.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Konstipasyon.....	5
2.1.1. Konstipasyonun Tanımı.....	5
2.1.2. Epidemiyolojisi.....	7
2.1.3. Risk Faktörleri ve Nedenleri.....	8
2.1.4. Dışkılama Fizyolojisi.....	11
2.1.5. Konstipasyonun Patofizyolojisi.....	11
2.1.6. Gebelikte Konstipasyonun Patofizyolojisi.....	12
2.1.7. Konstipasyonun Komplikasyonları.....	13
2.1.8. Tanılama.....	13
2.1.9. Gebelikte Konstipasyonu Tanılama.....	15
2.1.10. Tedavi.....	16
2.1.11. Ebelerin Gebelikte Görülen Konstipasyonun Tanı, Tedavi ve Önlenmesinde Rolleri.....	21
2.2. Yaşam Kalitesi.....	21
2.2.1. Gebelikte Yaşam Kalitesi.....	24
2.2.2. Konstipasyon ve Yaşam Kalitesi.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Şekli.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	26
3.3. Araştırmanın Zamanı.....	26

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	28
3.6. Veri Toplama Araçları.....	28
3.6.1. Gebe Tanıtım Formu	28
3.6.2. Gebelikte Konstipasyon Tanısı İçin Basitleştirilmiş Kriterler	29
3.6.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu.....	29
3.7. Ön Uygulama	31
3.8. Verilerin Toplanması.....	32
3.9. Verilerin Analizi	32
3.10. Araştırmanın Güçlükleri.....	32
3.11. Araştırmanın Etik Yönü.....	32
4. BULGULAR.....	34
4.1. Gebelerin Sosyo-demografik ve Obstetrik Özellikleri.....	34
4.2. Gebelerin Genel Sağlık Durumları.....	37
4.3. Konstipasyon Yaşayan Gebelerin Genel Özellikleri.....	40
4.4. Gebelerin Konstipasyon Yaşama Durumlarını Etkileyen Faktörler.....	42
4.5. Gebelerin Konstipasyon Yaşama Durumlarının Yaşam Kalitesi ile İlişkisi.....	48
5. TARTIŞMA.....	50
5.1. Gebelerin Konstipasyon Yaşama Durumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.....	50
5.2. Gebelerin Yaşam Kaliteleri ve Konstipasyon Yaşama Durumlarının Yaşam Kalitesi ile İlişkisinin İncelenmesi.....	56
5.3. Araştırmanın Sınırlıkları.....	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
6.1. Sonuçlar.....	58
6.2. Öneriler.....	59
KAYNAKLAR.....	60
EKLER.....	68
ÖZGEÇMİŞ.....	84

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Ark	: Arkadaş
BKİ	: Beden kitle indeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GIS	: Gastointestinal sistem
NST	: Non stres testi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
WHOQOL	: World Health Organization Quality of Life

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Bristol Dışkı Skalası.....	14
-------------------------------------	----



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Konstipasyonun Risk Faktörleri.....	9
Tablo 2. Araştırmanın Basamakları ve Tarihleri.....	27
Tablo 3. WHOQOL Bref'in Alan ve Puanları	31
Tablo 4. Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri.....	34
Tablo 5. Gebelerin Obstetrik Özellikleri.....	35
Tablo 6. Gebelerin Eşlerinin Sosyo-demografik Özellikleri.....	36
Tablo 7. Gebelerin Genel Sağlık Durumlarının Dağılımı.....	37
Tablo 8. Gebelerin Sağlık Sorunu Yaşama Durumları ve Yaşanılan Sağlık Sorunları.....	38
Tablo 9. Gebelerin Defekasyon Alışkanlıkları, Gebelik Öncesi ve Sonrasında Konstipasyon Yaşama Durumları (<i>Kendi İfadelerine Göre</i>).....	39
Tablo 10. Gebelerin Konstipasyon Yaşama Durumları (<i>Konstipasyon Tanısı İçin Basitleştirilmiş Kriterlere Göre</i>)	39
Tablo 11. Gebelerin Konstipasyon Yaşadıkları Haftalar.....	40
Tablo 12. Gebelerin Sağlık Kurumuna Başvurma Durumları ve Sağlık Kurumuna Başvuralan Haftalar.....	40
Tablo 13. Konstipasyon Yaşayan Gebelerin Konstipasyon İçin Herhangi Bir Uygulama Yapma Durumları ve Yapılan Uygulamalar.....	41
Tablo 14. Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Konstipasyon Yaşama Durumları.....	42
Tablo 15. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Konstipasyon Yaşama Durumları.....	44
Tablo 16. Gebelerin Genel Sağlık Özelliklerine Göre Konstipasyon Yaşama Durumları.	45
Tablo 17. Gebelerin Gebelik Dönemlerinde Sağlık Sorunu Yaşama Durumlarına Göre Konstipasyon Olma Durumları.....	46
Tablo 18. Gebelerin Defekasyon Alışkanlıkları, Gebe Kalmadan Önceki Konstipasyon Olmalarına (<i>kendi ifadelerine göre</i>) Göre Konstipasyon Yaşama Durumları	47
Tablo 19. Gebelerin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları.....	48
Tablo 20. Gebelerin Konstipasyon Yaşama Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları.....	48
Tablo 21. Gebelerin Konstipasyon Yaşama Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	49

ÖZET

GEBELİKTE KONSTİPASYON GÖRÜLME DURUMU VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Kaya R. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2018.

Bu çalışma gebelikte konstipasyon görülme durumunu ve konstipasyonun yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemek amacıyla analitik-kesitsel olarak Ekim 2016- Haziran 2018 tarihleri arasında Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Nonstres Testi (NST) polikliniğinde yapılmıştır. Çalışmanın evreninin bu polikliniğe başvuran gebeler oluşturmuştur. Örneklem hacminin belirlenmesinde, power analizinden yararlanılmıştır ve örneklem sayısı 631 bulunmuştur. Araştırma 703 gebe ile (n=703) tamamlanmıştır. Veriler Gebe Tanıtım Formu, Gebelikte Konstipasyon Tanısı İçin Basitleştirilmiş Kriterler ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır. Veri toplama formu gebeler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ki-kare, stundet t testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27,07±5,39 olup, %40,3'ü ortaokul mezunudur. Gebelerin %45'inin normal kilolu olduğu, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 0,93±0,99, gebelik sayısı ortalaması 2,11±1,02 olup %25,6'sı son doğumunu sezaryen olarak yaptığı, %12,1'inin gebeliğinde sigara kullandığı, %14,8'inin hiç demir ilacı kullanmadığı ve %83,2'sinin sağlık sorunu yaşadığı bulunmuştur. Gebelerin, Gebelikte Konstipasyonu Tanısı İçin Basitleştirilmiş Kriterler'e göre %38,8'inin konstipasyon yaşadığı ve en çok 13-28. Haftalarda bu sorunu yaşadığı bulunmuştur. Aile tipinin, sosyal güvence varlığının, ameliyat olma durumunun, gebelikte sağlık sorunu yaşamanın, defekasyon alışkanlığının ve gebelikten önce konstipasyon yaşamanın gebelikte konstipasyon yaşama durumunu etkilediği saptanmıştır. Konstipasyon yaşayan gebelerin yaşam kalitesi alan puanlarının daha düşük olduğu, ancak sadece ruhsal alanda bu düşüklüğün istatistiksel düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,016).). Sonuç olarak konstipasyon gebelikte sık karşılaşılan bir sorun olup gebelerin yaşam kalitesini ruhsal alan dışında etkilemediği saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Gebelik, konstipasyon, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

THE STATE OF THE PREVALENCE OF CONSTIPATION IN PREGNANCY AND ITS RELATION WITH THE QUALITY OF LIFE

Kaya R. Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences Department of Midwifery, MA Thesis, Aydın, 2018.

This study was conducted between October 2016 and June 2018 at the Nonstress Test (NST) Clinic of Manisa Merkezefendi State Hospital with the aim of analysing the state of the prevalence of constipation in pregnancy and its relation with the quality of life. The population for this study consisted of the pregnant women who visited the clinic. In determining the sample volume, a power analysis was used and the sample number was found to be 631. The study was completed with 703 pregnant women ($n = 703$). Data were collected with pregnancy form, Simplified Criteria for Constipation Diagnosis in Pregnancy and the World Health Organization Quality of Life Scale. The data collection form was filled during face-to-face interviews with the pregnant women. Descriptive statistics chi-square and student t test were used in the analysis of the data. The average age of the pregnant women who participated in the study was 27.07 ± 5.39 and 40,3% were middle school graduates. It was found out that 45% of the pregnant women had normal weight, the average number of living children was 0.93 ± 0.99 , the average number of total pregnancies was 2.11 ± 1.02 , 25.6% had had cesarean birth for their previous delivery, 12.1% used cigarette, 14.8% had never used iron supplements, and that 83.2% had various health problems. According to the Simplified Criteria for Pregnancy Constipation Diagnosis, it was discovered that 38.8% of the pregnancies experienced constipation and that it was mostly during the 13th – 28th gestational week. It was determined that family type, social security, surgery, health problems during pregnancy, defecation habit and a history of constipation before pregnancy affect the state of experiencing constipation in pregnancy. Also, it was found that the score for the quality of life of the pregnant women with constipation was low, however, only in the psychological area was this lowness statistically significant. In conclusion, it was found that constipation is a common problem encountered in pregnancy and that besides the psychological area, it has no side effect on the quality of life.

Key words: Pregnancy, constipation, quality of life.

1. GİRİŞ

Problemin Tanımı ve Önemi

Boşaltım gereksinimi, yaşam boyunca bireylerin yerine getirdiği bir günlük yaşam aktivitesidir. İnsan hangi şartlarda olursa olsun boşaltım gereksinimine cevap vermek zorundadır. Konjenital, patolojik, sistemik, sosyal nedenlerden dolayı bireylerde boşaltım sorunları yaşanabilmektedir. Yaşanan bu sorunların başında konstipasyon gelmekte olup yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Savaş, 2004; Büyükyılmaz ve Şendir, 2009).

Konstipasyon genel ifadeyle hastalık değil, hastalığa sebep olan bulguların bileşenidir. Konstipasyonun tanımı hastaya ve hekime göre değişiklik göstermektedir. Hekimler konstipasyonu dışkılama sayısındaki azalma olarak tanımlarken, hastalara göre dışkılama sayısında azalma, zorlanma, yetersiz boşalma, sert dışkı, dışkılama için gerekli sürenin artması, dışkılama için manuel manevraların kullanımı ve zorlu dışkı yapma hissi olarak tanımlanmaktadır (Akpınar, 2007). Tanımlamada bir standart oluşturmak için bazı ölçekler kullanılmaktadır. Bunlardan biride Roma Tanı Kriterleridir. Bu kriterlere göre defekasyonların en az %25'inde zorlanma, topak topak ya da sert dışkı, tam olmayan boşaltım hissi, anorektal obsrüksiyon/blokaj hissi, kolaylaştırmak üzere elle müdahale, haftada üçten az defekasyon, laksatifler kullanılmadığı zaman gevşek dışkının nadir görülmesi, irritabl bağırsak sendromu için yetersiz kriter bulunması şikayetlerin iki ya da daha fazlasının bulunması konstipasyon tanısı için yeterlidir. Semptomun başlangıcı tanıdan en az 6 ay öncesine dayanıp kriterler son 3 ayda görülmelidir (Longstreth ve ark, 2006; Öztürk ve Rao, 2007).

Konstipasyon, toplumlarda görülme oranı yaygın olan, yapılan tanımlara göre değişiklik gösteren ve toplumda görülme oranı %2-28 arasında saptanan bir semptomdur (Uz ve ark, 2006; Babadağlı, 2008; Öztürk, 2015). Gelişmiş ülkelerde konstipasyon yaşayan kişilerin sadece üçte birinin doktora başvurduğu bildirilmiştir. Yaşam kalitesini fazla etkilemediği müddetçe çok önemsenmemekle birlikte kullanılan ilaçlar ve sağlık kurumlarına yapılan başvurular maliyeti yüksek bir semptom olduğunu göstermektedir (Türkay ve ark, 2005; Bengi ve ark, 2014). Konstipasyon önlenebilir ve tedavi edilebilir bir sorunken, tedavi edilmediğinde fiziksel ve psikolojik sorunlar gelişebilir. Konstipasyon sorunu yaşayan bireylerde yaşam biçimi değişikliği, sosyal izolasyon, huzursuzluk ve

anksiyete sık görülmekte, iş gücü kaybına ve sağlık bakım hizmetlerinde maliyeti arttırma gibi nedenlerden dolayı birey için büyük bir sağlık sorunu haline gelmektedir (Dennison ve ark, 2005; Dedeli ve ark, 2007; Arslan ve Hisar, 2016).

Gebelikte gastrointestinal sistem (GIS) sorunları oldukça fazladır. Bu sorunların en başında bulantı ve kusma varken bunu konstipasyon takip etmektedir. Gebeliğin farklı dönemlerinde konstipasyon görülme oranının %40'lara ulaştığı bilinmektedir (Aygün ve Kumbak Aygün, 2010; Mirghafaurband ve ark, 2016). Gebeler konstipasyonla önce kendileri baş etmeye çalışmakta olup yakınmaların devam etmesi halinde aile hekimlerine ya da kadın doğum polikliniklerine başvurmaktadır. Ancak yakınmada hafifleme olmayıp ağır seyreden konstipasyon durumunda gastroenteroloji uzmanlarına sevk edilmektedirler (Cullen ve O'Donoghue, 2007). Gebelik döneminde görülen GIS problemlerin çoğu hayati maternal ve fetal tehlike oluşturmamakla birlikte gebelerin çoğunda yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmekte ve sık sık doktora başvurmaya sebep olmaktadır (Aygün ve Kumbak Aygün, 2010; Jemilohun ve ark, 2015).

Ülkemizde konstipasyon görülme durumunu belirlemek için yapılan çalışmalarda konstipasyon prevalansının %22-40 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Uysal ve ark, 2010; Kaya ve Turan 2011). Schmidt ve Santos (2014)'un Brezilya'da yaptıkları araştırmada farklı bölgelerde konstipasyon prevalansının %2,6 ile %26,9 arasında değiştiğini tespit etmişlerdir.

Gebeliğin farklı dönemlerinde konstipasyon yaşanmakta olup bu oran %40'lara ulaşmaktadır (Yanikkerem ve ark, 2006; Babadağlı, 2008; Aygün ve Kumbak Aygün, 2010). Kılıçarslan (2008)'ın Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, gebelerin %47'si gebeliklerinin herhangi bir döneminde konstipasyon yaşadığını bildirmiştir. Sharma ve ark (2014)'ın yaptığı çalışmada gebelerde konstipasyon oranını %24,5 bulurken bu oranı gebe olmayan kadınlarda %10,3 olarak bulmuşlardır. Verghese ve ark (2015)'a göre gebelikte konstipasyon görülme oranı %38'dir. Hem ülkemizde hem yurt dışında yapılan çalışmalarda gebelikte konstipasyonun sık yaşandığı görülmektedir. Konstipasyonunun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği literatürde mevcuttur (Uysal ve ark, 2010; Makvendi ve Kermani, 2012; Mousavi ve ark, 2016). Nijerya'da yapılan çalışmada gebelikte yaşanan GIS problemleri belirtilerin ciddiyetine ve süresine göre gebelerin yaşam kalitesini etkilediği bildirilmiştir (Jemilohun ve ark, 2015). Johanson ve ark (2014)'ın gebelerde konstipasyonun yaşam kalitesine etkisini ölçmek için yapmış olduğu çalışmada gebelerin çoğunun birinci trimesterde konstipasyon yaşadığı

tespit etmiştir. Bu problemin yaşam kalitesini etkileme oranını düşük olarak tespit etmiştir. Ancak konstipasyonu olmayan gebelerin konstipasyonu olan gebelere oranla yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

Konstipasyon yönetiminde ebeler önemli bir role sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde gebelere verilen doğum öncesi bakım hizmetlerinde gebelerin bulantı-kusma, mide yanması, reflü gibi gastrointestinal sistem yakınmalarından daha çok söz ettikleri ve bu yakınmaların kendilerini rahatsız ettiğini belirtirken konstipasyonları varsa bile bu rahatsızlıklarını olağan sayıp bundan söz etmedikleri, sağlık personelinin de konstipasyonu fazla sorgulamadıkları gözlenmektedir. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin nicelik olarak yeterli olduğu ülkemizde, ebeler verilen hizmetlerin niteliğini de artırarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyen konstipasyonu saptayabilmeli ve konstipasyonun önlenmesi ve tedavisinde gebelere eğitim ve danışmanlık yapmalıdırlar.

Konstipasyon yakınması yaşayanlara sağlık hizmetlerini etkili bir şekilde sunulabilmek için problemin kaynağını tanılamak ve bireyler üzerindeki etkisini ölçmek önemlidir. Konstipasyonun bireylerin yaşam kalitesini ne ölçüde düşürdüğünün bilinmesi ebeler ve diğer sağlık ekibinin soruna daha etkin bir şekilde yaklaşmalarını ve sağlık bakım hizmetlerini kaliteli bir şekilde sunmalarını sağlayıp hasta memnuniyetini arttırarak sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasını sağlayacaktır (Dedeli ve ark, 2007). Sonuç olarak konstipasyon; kadınlarda görülme oranı değişken olan, yaşam kalitesini düşüren, tetkikler ve ilaç kullanımı ile sağlık maliyetini arttıran ve diğer tıbbi sorunlar ile birlikte sık görülen bir sorun olması nedeniyle birey ve toplum için önemli bir sağlık sorunudur (Arslan ve Hisar, 2016).

Gebelerde konstipasyon ile ilgili yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda genelde konstipasyon görülme durumunun araştırıldığı görülmektedir. Gebelikte konstipasyonun yaşam kalitesine etkisini araştıran sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Bu nedenle bu çalışma gebelikte konstipasyon görülme durumunu ve yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmayla gebelikte konstipasyon görülme sıklığı tespit edilerek bu durumun yaşam kalitesi ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesine etkileri araştırılarak literatüre katkı sağlanacaktır. Ayrıca gebelikte konstipasyonun yaşam kalitesini hangi alanlarda etkilediği tespit edilerek ebelik bakımında ilgili konular üzerine daha fazla dikkat edilmesi sağlanacaktır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, gebelikte konstipasyon görülme durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemektir.

Araştırmanın Soruları

- Gebelikte konstipasyon görülme sıklığı nedir?
- Gebelikte konstipasyonu etkileyen faktörler nelerdir?
- Gebelikte konstipasyon ile yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?



1. GENEL BİLGİLER

2.1. Konstipasyon

2.1.1. Konstipasyonun Tanımı

Akut ya da kronik bir durum olan konstipasyon bir hastalık değil, kişiden kişiye farklı şekillerde yorumlanan subjektif bir semptomdur. Konstipasyon toplumlarda sıkça görülürken, özellikle kadınlar, çocuklar ve yaşlılar da daha çok rastlanmaktadır (Arslan; 2008). Konstipasyonun tanımı kişiden kişiye farklılık gösteren bir kavram olup tek bir tanımı yoktur. Genel olarak kabul edilen görüşe göre haftada üç veya daha az sayıda defekasyon konstipasyon olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca defekasyon sıklığının konstipasyonu tanımlamada yetersiz olduğunu savunan görüşler de mevcuttur. Konstipasyonun tanımını standardize etmek için konuyla ilgili uzmanların hazırlamış olduğu uluslararası Roma Tanı Kriterleri günümüzde en sık kullanılan tanımlamadır. Roma III Tanı Kriterleri'ne göre konstipasyon "sadece defekasyon sayısının az olması değil birçok semptomu olan kompleks bir problemdir" (Longstreth ve ark, 2006).

Konstipasyonu tanımlamak için 2006 yılında Roma'da toplanan kurul Roma III Tanı Kriterleri'ni oluşturmuştur. Bunlar: (Longstreth ve ark, 2006; Öztürk ve Rao, 2007; Wald ve ark, 2007; Bengi ve ark, 2014; Mirghafourvand ve ark, 2016).

1. Konstipasyon tanısı için aşağıda belirtilen kriterlerden iki ya da daha fazlası mutlaka olmalıdır.
 - a) Defekasyonların en az %25' inde zorlanma
 - b) Defekasyonların en az %25' inde topak topak ya da sert dışkı
 - c) Defekasyonların en az %25'inde tam olmayan boşaltım hissi
 - d) Defekasyonların en az %25'inde anorektal obsrüksiyon/blokaj hissi
 - e) Defekasyonların en az %25'ini kolaylaştırmak üzere elle müdahale
 - f) Haftada üçten az defekasyon
2. Laksatifler kullanılmadığı zaman gevşek dışkının nadir görülmesi
3. İrritabl bağırsak sendromu için yetersiz kriter bulunması.

Semptomun başlangıcı tanıdan en az 6 ay öncesine dayanıp kriterler son 3 ayda görülmelidir (Longstreth ve ark, 2006; Öztürk ve Rao, 2007; Wald ve ark, 2007; Bengi ve ark, 2014; Mirghafourvand ve ark, 2016).

Konstipasyonun tanılmasında buna ek olarak Roma II Tanı Kriterleri, Task Force Kriterleri ve Bristol Gaita Skalası da kullanılabilir (Korkmaz ve ark, 2011). Gebelikte konstipasyonu tanılamak için bu kriterler kullanılabilirle birlikte kullanımı daha pratik olan bir tanılama sistemi önerilmektedir. Bu tanılamaya göre haftada üçten daha az dışkılama ile birlikte sert dışkılama ve/veya tam boşalmama hissi rutin klinik pratikte gebelerde konstipasyon tanısı koymak için kullanılabilir (Cullen ve O'Donoghue, 2007).

Hastaların birçoğu konstipasyonu sert dışkı, defekasyon sayısının seyrekleşmesi (tipik olarak haftada üçten az), yoğun ıkınma gerekliliği, tam boşalamama hissi, yetersiz defekasyon, rektum veya vajina çevresine bası, parmakla müdahale ya da tuvalette uzun zaman geçirme semptomlarından biri veya daha fazlasının olması olarak tanımlanmaktadır. Bunun için kişiye 'kabızlık hissediyor musunuz?' sorusunu sorarak konstipasyonu tanılamak mümkündür (Türkay ve ark, 2005; Vasanwala, 2009).

Konstipasyonu tanılamada dikkat edilmesi gereken ilk nokta dışkının sert olmasıdır. Normal bir dışkıda ki su oranı %75'i bulmaktadır. Bu su oranının altında olan dışkılar sert dışkı olarak adlandırılır. Dikkat edilmesi gereken ikinci nokta ise dışkı miktarındaki azalmadır. Dışkı miktarı, toplumlara, bireylere ve diyetle göre farklılık gösterse de ortalama günlük dışkı miktarı 100-200 gramdır. Günlük dışkı miktarının 35 gram'ın altına düşmesi, tuvalette harcanan zamanın %25'ten fazlasının ıkınmayla geçmesi ve kolon transit zamanındaki uzama konstipasyon olarak kabul edilmektedir. Hastanın konstipasyon ile tam olarak neyi kastettiği ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Defekasyon sıklığının kişiden kişiye değiştiği unutulmayıp, sayısal değişiklik kişinin alışkanlığı göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Semptom bulunmayan hastalarda dışkılama sayısının azlığı konstipasyon olarak nitelendirilmemelidir (Savaş, 2004; Turan ve Kaya, 2014).

Konstipasyon primer ve sekonder nedenlere bağlı olarak ikiye ayrılır:

a) Primer konstipasyon: Primer konstipasyon klinik olarak üç çeşittir:

- Normal transit zamanlı konstipasyon; en sık yaşanan konstipasyon türüdür. Normal transit zamanlı konstipasyonda defekasyon sayısı ve kolon transit zamanı normaldir. Hastalar genel olarak dışkının sertliğinden, dışkılama güçlüğünden, karın ağrısından ve

şişkinlikten yakınıdır. Genellikle posadan zengin beslenme ve/veya laksatif kullanımına cevap vermektedir (Lembo ve ark, 2003; Öncü, 2007; Steele ve Mellegren, 2007).

- Yavaş transit zamanlı konstipasyon; pelvik taban fonksiyonları normal iken kolon geçişi yavaştır. Hastalar defekasyon sayısında azalma, karında şişkinlik, karın ağrısı ve dolgunluk semptomları ile hastanelere başvurmaktadır. Tedavisinde posadan zengin yiyecekler ve laksatifler önerilmektedir. Daha çok pubertedeki genç kadınlarda görüldüğü bilinmektedir (Öncü, 2007; Öztürk ve Rao, 2007).

- Defekasyon bozuklukları; abdominal, pelvik taban ve anorektal kaslarının eş güdümlü çalışmamasından ve rektumu boşaltmadaki yetersizlikten kaynaklanmaktadır. Defekasyon bozukluğu olan hastalarda yavaş-geçiş zamanlı konstipasyona sık rastlanmaktadır (Vasanwala, 2009; Gürşen, 2013).

b) Sekonder konstipasyon: Mekanik, metabolik, endokrin, nörolojik nedenler ve ilaçlar gibi pek çok etkenin neden olduğu konstipasyondur. Mekanik nedenlerden en önemlisi kolon kanserleridir. Metabolik ve endokrin sebeplerden en sık görüleni ise diyabet ve hipotiroidizmdir. Gebelikteki konstipasyon endokrin kaynaklı olup sekonder nedenli konstipasyondur (Bengi ve ark, 2014).

2.1.2. Epidemiyolojisi

Konstipasyon görülme durumu demografik özellikler, tanı kriterleri ve araştırma yapılan popülasyona göre farklılık gösterirken, sağlıklı erişkinlerde bu oran %2-30 arasında değişmektedir. Erişkin kadınlarda, kronik hastalığı olanlarda, yaşlı nüfusta, hareket ve diyet kısıtlılığı olanlarda, eğitimi ve gelir düzeyi düşük olanlarda, obezlerde, psikolojik problemi olanlarda ve cinsel suistimale uğrayanlarda daha sık görülmektedir (Türkay ve ark, 2005; Kaboli ve ark, 2010).

Pare ve ark (2001)'in yaptığı çalışmada Kanada'da konstipasyon görülme oranı %27,2 olarak bulunmuştur. Okyanusya'da konstipasyon görülme oranı %15,3 olarak bulunmuştur (Peppas ve ark, 2008). Schmidt ve Santos'un 2014 yılında Brezilya'da konstipasyon görülme oranını belirlemek için yaptıkları çalışmada farklı bölgelerde konstipasyon görülme oranının %2,6 ile %26,9 arasında değiştiğini tespit etmişlerdir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda konstipasyon görülme oranı %22-40 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Uysal ve ark, 2010; Kaya ve Turan 2011). Çetinkaya ve ark (2000)'in Ankara'nın değişik kesimlerinde 3268 kişide yaptıkları çalışmada, konstipasyon

görülme oranı %30,5 olarak bulunmuş ve aynı çalışmada kadınların erkeklere göre ve yaşı 50 ve üzerinde olanların gençlere göre daha fazla konstipasyon yaşadıklarını tespit etmişlerdir.

Derbyshire ve ark (2007)'ı yaptığı çalışmada gebelerde birinci, ikinci, üçüncü trimester ve postpartum dönemde konstipasyon görülme oranını sırasıyla %35, %39, %21 ve %11 olarak bulmuşlardır. Hindistan'da yapılan bir çalışmada gebelerde konstipasyon görülme oranı %24 olarak bildirilmiş olup birinci trimesterde %18, ikinci trimesterde %34 ve üçüncü trimesterde %31 olarak bulunmuştur (Bimba ve ark, 2017). Sharma ve ark (2014)'in Güney Asya'da gebelikte GIS rahatsızlıklarının görülme oranını ölçmek amacıyla yaptığı çalışmada gebelerde konstipasyon görülme oranını %24,5 bulurken gebe olmayan kadınlarda bu oranı %10,3 olarak bulmuştur. Shi ve ark (2015)'in çalışmasında 35 yaş üstü gebelerin konstipasyon görülme durumu %22,49, 25-34 yaş arası %8,22 ve 25 yaş altını %1,22 olarak bulunmuştur. Jemilohun ve ark(2015)'in yaptıkları araştırmada gebelikte konstipasyon görülme durumunu %20,7 olarak bulmuşlardır.

Gebeliğin farklı dönemlerinde konstipasyon yaşanmakta olup bu oran %40'lara ulaşmaktadır (Aygün ve Kumbak Aygün, 2010). Özçelik (2010)'in çalışmasında gebelikte konstipasyon görülme durumu %13,3 olarak tespit edilmiştir. Özkan ve Arslan (2007)'in 200 gebeyi kapsayan çalışmada gebelerin %37,5'inin konstipasyon yaşadığını saptamıştır. Yanikkerem ve ark (2006)'in Manisa'da 195 gebede yapmış oldukları çalışmada gebelerin konstipasyon görülme durumunu %33,3'ü ilk trimesterde, %44,7'si ikinci trimesterde, %51,1'i üçüncü trimesterde olarak konstipasyon yaşadıkları bulunmuş olup gebelikte konstipasyon görülme durumunu %46,7 olarak saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada da konstipasyon görülme durumu adolesan gebelerde %48, ileri yaş gebelerde %52 olarak bulunmuştur (Babadağlı, 2008).

2.1.3. Risk Faktörleri ve Nedenleri

Konstipasyon bir semptomdur, hastalık değildir. Konstipasyona sebep olan çeşitli hastalıklar ve mekanizmalar bulunmaktadır. Sıvı alımının yeterli olmaması, bedensel aktivitenin azlığı, beslenme bozukluğu, posadan fakir beslenme, yaşın ileri olması, eğitim düzeyinin düşük olması, sosyo ekonomik durumun kötü olması, çevresel faktörler, defekasyon gereksinimin ertelenmesi, cinsel suistimale uğramak, gebeliğin varlığı, psikolojik problemler, konstipasyona neden olan ilaçların kullanımı ve bazı hastalıklar

konstipasyon için risk oluşturmaktadır (Yurdakul, 2001; Lembo ve ark, 2003; Uz ve ark, 2006). Yaşlılar ve kadınların konstipasyonu daha sık yaşadığı bilinmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla konstipasyon görülme oranı daha yüksek olup bağırsak geçiş zamanı da daha yavaş olduğu bildirilmiştir (Lindberg ve ark, 2011; Pinto Sanchez ve Bercik, 2011; Gürşen, 2013). Kadınlar endokrin nedenlerle konstipasyonu daha sık yaşamaktadır. Menstrüel siklusun luteal fazında, progesteronun artması ile ve doğum ya da jinekolojik ameliyatlarda sırasında oluşabilecek pelvik taban kası hasarında konstipasyon riski yüksektir (Trotier ve ark, 2012).

Yapılan çalışmalarda sosyo ekonomik durumu yüksek olanlar sosyo-ekonomik durumu düşük olanlara göre, kentlerde yaşayanlar kırsalda yaşayanlara göre, kadınlar erkeklere göre, çocuklar erişkinlere göre, yaşlılar gençlere göre gebe olanlar olmayanlara göre ve eğitim düzeyi yüksek olanlar eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha az konstipasyon yaşamaktadır (Wald ve ark, 2007; Peppas ve ark, 2008; Arslan ve Hisar, 2016). Çocukluk döneminde çocuğa tuvalet alışkanlığının kazandırılması sürecinde baskı yapılması erken yaşta konstipasyona neden olabilmektedir. Seyahatler ve defekasyon hissini baskılanması konstipasyona neden olmaktadır (Savaş, 2004).

Çetinkaya ve ark (2000)'ın, Ankara'nın değişik kesimlerinde konstipasyon prevalansı ve demografik özelliklerin konstipasyon ile ilişkisini saptamak amacıyla yaptığı çalışmada egzersiz yapanlar, çay tüketimi olan kişiler, düzenli ve sebze ağırlıklı beslenenler, şehirde apartmanda oturanlarda ve öğrencilerde konstipasyona daha az rastlandığını ortaya koymuşlardır. Konstipasyona neden olan bazı risk faktörleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Konstipasyonun Risk Faktörleri (Bengi ve ark, 2014).

KONSTİPASYON RİSK FAKTÖRLERİ
Küçük yaşta olma (yenidoğan ve çocukluk dönemleri)
İler yaşta olma (55 yaş ve üzeri)
Yakın zamanda geçirilmiş abdominal veya perianal-pelvik cerrahi operasyon
Gebelik
Sedanter yaşam tarzı
Fiberden ve sudan yetersiz diyet
Polifarmasi (özellikle yaşlılarda)
Laksatiflerin kötüye kullanımı
Konstipasyona neden olan hastalıklar
Bakım hastaları
Seyahat
Kronik konstipasyon öyküsü

Konstipasyona bazı hastalıklarda yol açabilmektedir. Bunlar:

Mekanik obsriksüyonlar: Kolon kanseri, maling lezyona bağlı eksternal bası, striktürler (divertiküler veya postiskemik), rektosel, cerrahi sonrası anomaliler, megakolon, anal fissür, prolapsus, volvulus, neoplasm, iskemi (Akpınar, 2007).

Sistemik hastalıklar: Hipokalemi, hiperkalsemi, hiperparatiroidi, hipertiroidi, hipotiroidi, hipomagnesemi, diyabetes mellitus, panhipopituitarizm, addison hastalığı, feokrasitoma, porfiria, üremi, amilidiaz, skleroderma, polimiyozit, ağır metal zehirlenmesi (Yurdakul, 2001; Türkay ve ark, 2005).

Nörolojik nedenler: Parkinson hastalığı, multiple skleroz, iskemi, tümör, otonom nöropati, aganlionosis, spinal kord travması, serebrovasküler hastalık (Khaikin ve Wexner, 2006; Bengi ve ark, 2014).

Diğer durumlar: Gebelik, depresyon, dejeneratif eklem hastalığı, otonom nöropati, kognitif bozukluk, hareketsizlik, kalp hastalığı (Türkay ve ark, 2005; Korkmaz ve ark, 2011).

Konstipasyona bazı ilaçlar da neden olabilmektedir. Bunlar; antikolinerjiler, antikonvulsanlar, antihipertansifler, antiparkinson ilaçları, kalsiyum kanal blokerleri, diüretikler, opiatlar, trisiklik antidepresanlar, 5-HT₃ antagonistleri (granisetron, ondansetron), katyon içeren ajanlar (aliminyum, bizmut, kalsiyum, demirli ilaçlar) (Yurdakul, 2001; Uz ve ark, 2006).

Gebelik, hareket azlığı, beslenme bozukluğu, epizyotomi, anal fissür ve hormonlar doğum öncesi ve sonrası dönemde konstipasyon için risk oluşturmaktadır (Verghese ve ark, 2015). Bunlara ek olarak eğitim seviyesi, beden kitle indeksi (BKİ) fazla olan, baharatı fazla tüketen, sedanter yaşamı olan, sıklıkla stres yaşayan gebelerin daha fazla konstipasyon yaşadıkları bildirilmiştir. Bu oran, düzenli egzersiz yapan ve sebze/meyve ağırlıklı beslenen gebelerde düşmektedir. Ayrıca gebelikte demir kullanımıyla konstipasyon görülme durumu arasında paralellik olduğu bilinmektedir (Penn, 2005; Welsh, 2005; Bradley ve ark, 2007; Longo ve ark, 2010; Shi ve ark, 2015).

Üçüncü trimesterde progesteron seviyesindeki yükseliş ve kolon düz kas aktivitesinde azalmayla birlikte peristaltizmin yavaşlaması konstipasyona neden olmaktadır. Ayrıca uterusun sigmoid kolona baskı yapması, oral demir ilaçlarının kullanımı gibi faktörler de konstipasyona neden olabilir (Soykan, 2003; Penn, 2005).

Şanghai'da dört hastanede, 37-41 haftalık gebeler üzerinde yapılan çalışmada eğitim düzeyi yüksek, sedanter yaşam süren, gebelik öncesi vücut kitle indeksi 24'ten fazla olan ve 35 yaş üstü gebelerde konstipasyona daha sık rastlanmıştır. Gebe kadınlarda

konstipasyon görülme durumu, genel nüfusa göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Shi ve ark, 2015)

2.1.4. Dışkılama Fizyolojisi

Boşaltım aktivitesi; yaşam süresince kişilerin sürekli olarak yaptığı günlük yaşam aktivitelerinden biridir. Kişiler her koşulda boşaltım ihtiyaçlarını yerine getirmek zorundadır. Boşaltım aktivitesinin en önemli özelliklerinden birisi de gizlilik içinde gerçekleştirilmesidir. Kişilerin doğal yollardan bağırsak boşaltımını yerine getirebilmesi için boşaltım sisteminin ve kasların (özellikle abdominal ve pelvik kaslar) koordinasyon içerisinde çalışması gerekmektedir (Büyükyılmaz ve Şendir, 2009; Turan ve Aştı, 2015).

Defekasyon, mide kapasitesi dolduğu zaman abdominal basıncın artması ve gastrokolik ve iliakolik reflekslerin harekete geçmesiyle uyarılar oluşur. Oluşan bu uyarılar sonucu mezenterik plexus yoluyla inen kolon ve rektumda kitlesel hareketlerin başlaması sağlanır. Normal kolon motilitesi:

- 1) Non perisaltik–segmental kontraksiyonlar,
- 2) Perisaltik-lokal itici kontraksiyonlar,
- 3) Perisaltik yüksek amplitüdü itici kontraksiyonların karışımından oluşmaktadır.

Segmental kontraksiyonlar dışkının karışımını sağlar. Lokal itici kontraksiyonlar, dışkının proksimal veya distal yöne doğru kısa mesafelerde ilerlemesini sağlayan perisaltik kontraksiyonlardır. Yüksek amplitüdü itici kontraksiyonlar da proksimal kolondan distale doğru ilerleyerek defekasyonun gerçekleşmesini sağlar. Günde sadece birkaç kez meydana gelir ve genellikle yemeklerden sonra olur (Öztürk ve Rao, 2007).

2.1.5. Konstipasyonun Patofizyolojisi

Konstipasyonun iki mekanizması bulunmaktadır. Bunlar, anorektal bölgenin fonksiyonun bozulması ve kolonun hareketlerinin bozulmasıdır:

Anorektal bölgenin fonksiyonun bozulması: Anorektal bölgenin fonksiyonun bozulması ile birlikte normal kolon fonksiyonu olması anorektal bölgenin fonksiyonun bozulmasıdır. Bunlar ikiye ayrılır;

a) Dissinerjik defekasyon: Karın adaleleriyle rektoanal ve pelvik taban adalelerinin defekasyona yardımcı olmasında problem vardır. Hasta ıkınırken rektal basınç artar ancak aynı anda anal sfinkter basıncı da artış gösterir ve dışkı atılamaz (Akpınar, 2007; Türkay ve Saka, 2016).

b) Defekasyon itici gücünde yetersizlik: Hasta ıkınırken rektumun iç basıncı dışkıyı atacak kadar kuvvetli değildir (Aygün ve Kumbak Aygün, 2010).

Anorektal bölge fonksiyonun normal olmasına rağmen kolon fonksiyonun bozulması: Kolon motilitesi yavaşlamış ve kolonun kitle hareketinin sıklığı azalmıştır. Yemeklerden sonra oluşan gastrokolik refleks ve laksatiflere olan cevap azalmıştır. Kolondaki hareketi sağlayan pacemaker hücreleri ve enterik nöronların sayısı azalmış veya bu hücreler yok olmuştur (Yurdakul, 2001; Dener, 2006; Aygün ve Kumbak Aygün, 2010).

2.1.6. Gebelikte Konstipasyonun Patofizyolojisi

Çocukluk döneminde erkekler konstipasyonu daha sık yaşarken, puberte döneminde kadınlar endokrin sistemdeki değişikliklere bağlı olarak konstipasyonu daha sık yaşamaktadır. Gebelerde ise, progesteron seviyesinin yükselmesiyle özellikle ikinci ve üçüncü trimesterde bağırsak duvarındaki düz kasları dilate etmektedir. Gebelik döneminde salgılanan relaksin hormonu miyometriyumun kontraksiyonlarını engelleyerek GIS'de düz kas hücrelerinin aktivasyonunu engeller (Christie ve ark, 2007; Aygün ve Kumbak, 2010; Mulak ve ark, 2014; Taşkın, 2014; Verghese ve ark, 2015).

Gebelik döneminde kolonik su emilimindeki artış konstipasyon oluşumunu etkilemektedir. Gebelerde artan aldosteron seviyesi su emilimini arttırıp küçük ve sert dışkılamaya sebep olmaktadır (Cullen ve O'Donoghue, 2007; Aygün ve Kumbak Aygün, 2010). Gebeliğin son trimesterinde uterusun büyümesi ve fetüsün GIS üzerinde baskı oluşturması bağırsak peristaltizmini yavaşlatmaktadır. Büyüyen uterus ve fetüs bağırsaklarda az da olsa malrotasyona ve pasajda yavaşlamaya neden olabilmektedir. Levator ani kası üzerinde baskı oluştuğunda bu kas devre dışı kalabilmektedir. Böylece bağırsak peristaltizmi yavaşlayarak defekasyonun oluşumu bozulabilmektedir (Derbyshire ve ark, 2007; Trottier ve ark, 2012; Taşkın, 2014).

2.1.7. Konstipasyonun Komplikasyonları

Konstipasyonun en sık görülen komplikasyonları, fekal inkontinans, hemoroid, anal fissür, organ prolapsusları, fekal tıkaç, bağırsak tıkanması, bağırsak delinmesi ve sterkoral peritonittir (Dennison ve ark, 2005; Mirghafourvand ve ark, 2016).

Fekal inkontinans: Tıkanıklığın oluşmasıyla segmentin etrafından geçen dışkının rektumdan çıkışıdır. Özellikle yaşlılarda fekal tıkaç ve paradoksal diyare konstipasyonla ilgili önemli semptomdur. Fekal inkontinans, kanama, anemi ve sterkoral ülserlere neden olabilir (De Lillo ve Rose, 2000).

Hemoroidler: Hemoroidler, anüs etrafındaki, damar yumakları içeren mukoza yastıkçıklarıdır. Hemoroid de kan, damar yumaklarında göllendiğinden deri katlantıları belirginleşerek şişer. Genellikle kanama, acı ve kaşıntıyla birlikte seyreder (Ekçi ve ark, 2009; Longo ve ark, 2010).

Anal fissür: Travma veya sert dışkının çıkışında oluşan mukozal yırtığa denir. Ayrıca internal anal sfinkterde spazm sonucu oluşan rölatif iskemide bu oluşumu desteklemektedir. Kronik konstipasyonu olan kişilerde anal fissür oluşma riski beş kat daha fazladır (Leung ve ark, 2011). Defekasyon esnasında ve sonrasında anal ağrı ve rektal kanama en sık görülen semptomlardandır. Hastalar bu rahatsızlıktan fiziksel ve mental olarak etkilenmektedir (Ersan ve ark, 2005).

Organ prolapsusları: Kronik konstipasyonda uterus, rektum, mesane ve vajina gibi pelvik organların prolapsusu olabilmektedir (Kuncharapu ve ark, 2010).

Fekal tıkaç ve bağırsak tıkanması: Dışkının uzun süreli olarak içeride kalması tıkaç oluşumunu tetiklemektedir. Dev tıkaçlar kalınbağırsağı tıkayarak cerrahi müdahale gerektirebilir (Leung ve ark, 2011).

Bağırsak delinmesi ve sterkoral peritonit: Meydana gelen tıkaçların kolon duvarı üzerine bası yapması sonucu iskemik ülserler ve delinme oluşabilmektedir. Bu delinme sonucunda sterkoral peritonit tablosu oluşabilmekte ve hasta ölebilmektedir (Leung ve ark, 2011).

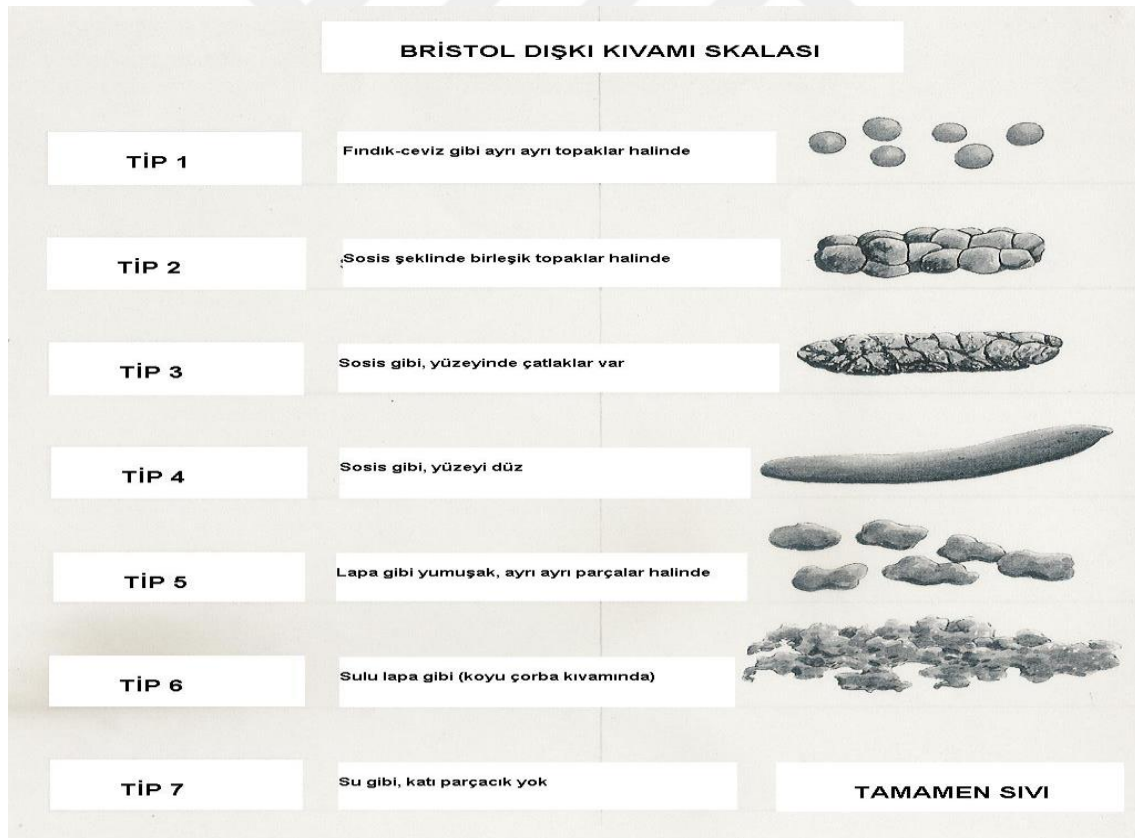
2.1.8. Tanılama

Öncelikli olarak konstipasyonlu bireyin ilk değerlendirmesinde iyi bir anemnez alınarak ayrıntılı fizik muayene yapılmalıdır. Radyolojik çalışmalar, laboratuvar testleri ve

endoskopik testler ileri inceleme gerektiren vakalarda uygulanmalıdır. Anemnezinde herhangi bir sorun olmayan bireylerin rutin olarak, kan testlerinin, radyolojik ve endoskopik işlemlerin uygulanmasını gerektiren yeterli kanıt bulunmamaktadır (Büyükyılmaz ve Şendir, 2009; Linberg ve ark, 2011; Bengi ve ark, 2014; Türkay ve Saka, 2016).

Anemnez: Konstipasyonlu bireylerde anemnez sorgulanırken hastadan yakınmasını ayrıntılı bir şekilde ifade etmesi sağlanmalı, konstipasyon varlığının ne zamandır devam ettiği, süresi, başlangıcı, şiddeti, dışkı kıvamı, dışkının şekli, konstipasyonun hastaya verdiği sıkıntı, defekasyon sırasında ıkınmanın olup olmadığı, defekasyon hissini ertelemesi, daha önce ameliyat olup olmadığı, sürekli kullandığı ilacının olup olmaması ve beslenme alışkanlığı sorgulanmalıdır (Lembo ve ark, 2003; Savaş, 2004; Akpınar, 2007; Korkmaz ve ark, 2011).

Anemnez sırasında Bristol Dışkılama Skalası kullanılarak hastaların kolonik geçiş zamanları öğretilir (Lewis ve Heaton, 1997).



Şekil: Bristol dışkılama skalası

Fizik Muayene: Anorektal inspeksiyon ve abdominal muayene konstipasyonu tanılamada yardımcıdır. Anemi bulgularının olması, kilo kaybı, karında kitle, karaciğer büyümesi veya ele gelen kalın bağırsak konstipasyon tanısı koydurmada yol göstericidir (Bengi ve ark, 2014).

Abdominal muayenede, distansiyon, kitle, duyarlılık ve fetal impaksiyon araştırılır. Anorektal inspeksiyon muayenesinde fekal impaksiyon, anal kanalda darlık, melena, rektal kitle, rektosel ve rektal prolapsus araştırılır. Ayrıca orifisin lokalizasyonu, gluteal kas atrofisi, perineal bölgede skar dokusu, fistüller, fissürler, hemoroid, rektal prolapsus, kaşıntı izleri ve deri katlantıları gözlemlenebilir (Savaş, 2004).

Alarm semptomları: Melena, dışkının boyutu, tıkaçıcı semptomlar, demir eksikliği anemisi varlığı, ağırlık kaybı, rektal sarkma, tıkaçıcı semptomlar ve hastanın elli yaşından büyük olması konstipasyon için alarm semptomlarını oluşturmaktadır. Bu semptomların varlığında kolonoskopi önerilmektedir (Lindberg ve ark, 2011).

Tanıyla Yardımcı Testler: Anamnez alınıp ve fizik muayenenin yapılmasının ardından konstipasyonun tipi hakkında karar vermede yardımcı olmaktadır. Ardından tanıya yönelik yardımcı testler uygulanır (İnce ve Remzi 2011). Tam kan sayımı, serum glukoz, kreatinin, kalsiyum ve tiroid stimulan hormon, hematokezya, kilo kaybı, ailede anemi varlığı, gaitada gizli kan testi pozitif olanlardan istenmelidir (Steele ve Mellgren, 2007).

2.1.9. Gebelikte Konstipasyonu Tanılama

Gebelikte konstipasyona oldukça sık rastlanmakla birlikte kronik konstipasyonu olanlarda bu sorun gebelik döneminde daha da şiddetlenmektedir (Verghese ve ark, 2015). Konstipasyon yakınması olan gebelerin çoğunluğu basit konstipasyon yaşamaktadır. Gebenin konstipasyonu tanılamak için alınan anemnezinde ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır. Anamnez almak altta yatan patolojinin farkedilmesinde önemlidir. Gebelerde dışkının sertliği, ağrının olup olmaması, ıkmama ihtiyacı olup olmadığı ve şişkinliğin varlığı sorgulanmalıdır. Ayrıca gebelere laksatif kullanımı mutlaka sorulmalıdır (Kadayıfçı ve Sivri, 1996).

Gebelik döneminde konstipasyonu tanılamak için basitleştirilmiş kriterler oluşturulmuştur. Bunlar; hafta da üçten daha az sayıda dışkılama ile birlikte sert dışkılama ve/veya tam boşalamama hissi olması tanı koymak için yeterlidir (Cullen ve O'Donoghue,

2007; Verghese, 2015). Gebelerde fiziksel muayenede patolojik bir durumun olmaması semptom vermeyebilir. Gebe rektal tuşe ve abdominal muayene ile değerlendirilir. Gebe sol lateral pozisyondayken rektal tuşe yapılarak patolojik durumun varlığı saptanabilir (Cullen ve O'Donoghue, 2007).

Laboratuvar tahlillerinde tiroid hormonları, elektrolit seviyeleri, açlık glikoz seviyesi, tam kan sayımı ve dışkıda gizli kan gibi biyokimyasal testler değerlendirilir. Gebelerde nadiren olsa kolonoskopi gerekebilir. Ultrasonografi, magnetik rezonans gibi radyolojik yöntemler radyasyon riski bulunmaması nedeniyle gebelerde kullanılması kontraendike değildir (Aygün ve Kumbak Aygün, 2010).

2.1.10. Tedavi

Konstipasyonda tedavinin amacı bağırsak peristaltizminin normale dönmesini sağlamak, haftada en az üç kez zorlanmadan defekasyonun olması, dışkı kıvamının yumuşak olmasını sağlamak, konstipasyon yaşayan bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri ortadan kaldırmak ve majör yan etkilerin oluşmasına engel olmaktır. Konstipasyonun tedavisi ve girişimler konstipasyonun nedenine yönelik olmalıdır. Konstipasyon tedavisinde hasta eğitimi, diyet değişikliği, laksatif kullanımı ve lavmanlar yer almaktadır. (Longo ve ark, 2010; Bengi ve ark, 2014). Herhangi bir sebeple yeterli sıvı ve gıda alınamamasına bağlı, seyahat ve akut hastalıklara bağlı durumlarda oluşan konstipasyon tedavi gerektirmemektedir. Fonksiyonel konstipasyon tedavisinde anemnez, rutin laboratuvar tahlilleri, rektal tuşe, retroskopi ve gerekirse lavmanlı kolon grafisi uygulanır (Linberg ve ark, 2011).

Gebelikte konstipasyon tedavisi de aynı şekildedir. Hasta eğitimi ve diyet değişikliği ile tedavi edilmesi mümkündür. Çoğunlukla lifli beslenme ve sıvı alımını arttırmak yeterlidir (Longo ve ark, 2010).

Nonfarmakolojik Tedaviler

Konstipasyon tedavisinde kullanılan nonfarmakolojik tedavi yöntemleri; diyet değişikliği, egzersiz, masaj, biofeedback ve tuvalet alışkanlıklarıdır. Konstipasyon yönetiminde ebeler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları önemli rol oynamaktadır. Defekasyon fonksiyonuna ilişkin alışkanlık ve uygulamalar, kişiden kişiye değişeceği için ebelik bakımında kişiye özgü yaklaşım oldukça önemlidir (Öztürk, 2015).

İlaç dışı tedaviler diyeti, fiziksel aktiviteyi ve diğer hastalıkların tedavisini kapsamaktadır (Türkay ve Saka, 2016). Defekasyon sıklığını, miktarını, ıkınma derecesini içeren günlük tutmak hastaların bir kısmında tedavinin düzenlenmesinde yardımcı olabilir. Bazı hastalar yanlış olarak her gün defekasyona çıkmaları gerektiğini düşünmektedir. Bu hastalarda basit yaşam tarzı değişiklikleri ile sorun çözümlenebilir. Hastalar defekasyon ihtiyacının tanımlanması ve anında giderilmesi konusunda eğitilmelidir (Savaş, 2004).

Hasta Eğitimi: Hastalar laksatif kullanımını azaltma, egzersiz yapma, sıvı ve lifli besin tüketimini artırma konularında eğitilmelidir. Yemeklerden sonra kolonik motilite artışının en yüksek seviyede olduğu kişilere anlatılmalı ve yemeklerden sonra düzenli olarak tuvalete oturmanın önemi hakkında bilgi verilmelidir. Sabah kahvaltısından sonra postbrandiyal gastrokolik refleksten yararlanma en yüksek seviyededir. Kolon motilitesinin yüksek olduğu bu saatlerde hastalar defekasyona özendirilmelidir. Ayrıca, yemeklerden yarım saat sonra defekasyona çıkılması gerektiği ve beş dakikadan fazla tuvalette oturmanın gerektiği anlatılmalıdır (Bellini ve ark, 2013; Bengi ve ark, 2014).

Diyet Değişiklikleri: Yeterli ve dengeli beslenmede cinsiyete ve yaş gruplarına göre besin ögesi gereksinimleri ve alınması gereken öneriler göz önüne alınır. Konstipasyonu önleyen diyet tedavisi yeterli enerji ve sağlıklı bir yaşam için gerekli besin öğelerini ve posayı içermesi gerekir (Türkay ve Saka, 2016). Fazla miktarda kullanılan laksatifler ve karakteristik ilaçlar azaltılmalıdır. Fiberli yiyeceklerin fazlaca yenmesi ve sıvı alımının artırılması önerilmelidir (Yurdakul, 2001). Hastalara diyetle ilgili şu bilgiler verilmelidir:

- Kişilere bol sıvı alımı önerilerek, en az 10 bardak su içmeleri gerektiği ve lif/ posadan zengin gıdalarla beslenilmeli,
- Sabah kahvaltıda önce ılık su içilmeli,
- Günlük düzenli egzersiz yapılmalı,
- Baklagiller ve yeşil sebzeler tüketilmeli.

Bu öneriler uygulandığı halde cevap alınamayan durumlarda laksatiflere başvurulmalıdır (İnce ve Remzi, 2011).

Konstipasyonda bol sıvı tüketimi önemlidir. Sıvı tüketiminin artmasıyla defekasyon düzenli hale gelebilmektedir. Ayrıca sıvı alımı kişiden kişiye değişse de konstipasyonlu bireyin günlük en az 1500-2000 mililitre sıvı alması gerekir (Türkay ve Saka, 2016).

Ebeler, konstipasyon yaşayan bireylere beslenme eğitimi verirken, hastaların sosyo-ekonomik özellikleri ve bireylerin beslenme alışkanlıklarını göz önüne bulundurmalıdır.

Ebeler, gelir durumu düşük olan kişilere beslenme eğitiminde pahalı gıdalar yerine aynı besin değerine denk olan daha uygun fiyatlı besinler önermelidir. Ekmek, kepek, mercimek, aloe vera, mineral sular ve kuru baklagiller gibi besinler konstipasyonu önlemek için diyet programında verilen pahalı olmayan ve bol bulunan ürünlerdir (Öztürk, 2015).

Egzersiz ve aktiviteler: Literatürde egzersiz yapmanın konstipasyon üzerine etkileri tartışmalıdır. Yapılan araştırmalarda egzersizin konstipasyonun görülme durumunu azaltmadığı fakat yaşam kalitesini arttırdığı bilinmektedir. Hareketsizlik sonucu kas tonüsü azalarak abdominal ve pelvik kas fonksiyonlarında düşüşe neden olmaktadır (Vardar, 2015). Streuling ve ark (2010)'ın yapmış olduğu çalışmada; gebelik döneminde fiziksel aktivitenin gebelikte kilo alımını kısıtlayan başarılı bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir. Ebeler, konstipasyon yaşayanlara verdiği beslenme eğitiminin yanında karın adelelerinin güçlenmesi için kontraendike değilse yürüyüş ve egzersiz önermelidir (Öztürk, 2015).

Masaj: Karın masajı, karın içi basıncı arttırarak ve rektuma baskı yaparak, bağırsaklar üzerinde mekanik ve refleks etkisi oluşturmaktadır. Bu etki peristaltizmi uyarak, peristaltizmin artmasıyla, besinlerin GIS'ten geçiş zamanını azaltarak bağırsak peristaltizmini hızlandırmaktadır (Turan ve Aştı, 2015).

Biofeedback: Biofeedback, elektronik cihazlar tarafından görsel ve işitsel sinyaller üreterek bilgi veren, bireyin bu bilgileri kullanarak vücut fonksiyonlarının farkında olmasını ve bu fonksiyonlarını istemli olarak değiştirebilmesine yardımcı olan yöntemdir. "Bio" yunancada hayat, "feedback" ise bilginin kaynağa, kökene geri döndürülmesidir. Biofeedback, pelvik taban kaslarının yetersizliğine veya defekasyon güçlüğüne bağlı olarak gelişen konstipasyonda sıklıkla kullanılmaktadır (Uzunca, 2007).

Tuvalet Eğitimi: Konstipasyon yaşayan bireylere ebeler tarafından öncelikli olarak normal defekasyon alışkanlığı, uygun defekasyon zamanı ve pozisyonu hakkında eğitim verilmelidir. Ebeler, kişilere şunları anlatmalıdır: (Savaş, 2004; Öztürk, 2015)

- Kişi gününün belli bir saatinde ve belli bir zamanını defekasyon için ayırması gerekmektedir.
- Defekasyon acele etmeden, stresten uzak, uygun pozisyon ve koşullarda her gün aynı saatte olmalıdır.
- Defekasyon hissi oluştuğunda ertelemeyen hemen tuvalete gidilmelidir.
- Bireyler sabah kalktıktan sonra ve kahvaltı sonrasında gevşemeli ve en az on dakika tuvalette kalarak beklemelidir.

- Kahvaltıdan önce içilen ılık su gastrokolik reflekse etki ederek kolon transitini ve defekasyonu tetiklemektedir. Kahvaltıda yağlı gıdalar ve kahve de bu refleksi uyandır.
- Alaturka tuvaletlerde çömelmenin etkisiyle karın iç basıncı daha fazla arttırdığından ilk olarak tercih edilmesi, mümkün değilse alafranga tuvalette ayağın altına 15 santimetre (cm) bir basamak konulmasını söylemelidir.
- Aşırı derecede ve beş dakikadan fazla ıkınmadan sakınılmalıdır.

Farmakolojik Tedaviler

Yaşam tarzı değişikliklerine, diyet önerileri ve egzersiz önerilerine cevap alınamayan durumlarda farmakolojik tedaviye başvurulur. Farmakolojik tedavide konstipasyonun nedeni, süresi, ilacın etkinliğinin başlama süresi ve kronik kullanımının gerekliliği, potansiyel yan etkileri gibi faktörler göz önünde bulundurularak hastanın yaşı, kalp ve böbrek yetmezliği gibi altta yatan hastalıkları, obstrüksiyon ve fekal impaksiyon varlığına dikkat edilerek kişiye göre girişimde bulunulmalıdır (Savaş, 2004).

Laksatifler: Defekasyon hissinin oluşumunu uyararak bağırsak hareketlerini arttıran, bağırsak içeriğini yumuşatarak defekasyonu kolaylaştıran lokal ilaçlardır. Laksatifler, konstipasyon tedavisinde sıklıkla kullanılan farmakolojik yöntemlerin başında gelmektedir. Günümüzde hacim oluşturan laksatifler, stimulan laksatifler ve osmotik laksatifler, en sık kullanılan laksatif türlerindedir (Savaş, 2004; Yurdakul 2001). Fiberden zengin beslenmeyle psilyum ve metilselüloz gibi laksatifler bol sıvıyla alındığında konstipasyon tedavisinde en etkili yöntemdir (Vazquez, 2010).

Lavmanlar: Kronik konstipasyon tedavinde genellikle yaşlılarda fekal tıkaç oluşumunun önüne geçmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Fosfatlı lavmanlarda elektrolit anomalileri oluşabildiği gibi sabun bazlı lavmanlarda da rektum mukozası hasarı oluşabilmektedir (Bengi ve ark, 2014).

Cerrahi Tedavi: Çoğu hasta cerrahi işleme gerek kalmadan tedavi edilebilmekte olup cerrahi girişim tedavide ilk seçenek değildir (Demirbaş, 2010). Konstipasyon yaşayan bireye cerrahi tedavinin uygulanabilmesi için aşağıdaki beş kriterin bulunması gerekmektedir. Bunlar;

- Kronik, ciddi ve medikal tedavinin yeterli olmadığı durumlarda,
- Yavaş kolonik geçişli konstipasyonu olanlarda,
- Hastanın radyolojik ve manometrik çalışmalarla gösterilen intestinal pseudo obstrüksiyonun olmaması durumunda,

- Hastanın anorektal manometride pelvik taban disfonksiyonun olmamasında,
- Hastanın baskın semptomunun karın ağrısı olması durumunda cerrahi işleme başvurulmaktadır (Bengi ve ark, 2014).

Gebelikte Konstipasyon Tedavisi

Konstipasyon yaşayan gebelerin tedavisi eğer patolojik bir durum yoksa diyet ve çevresel faktörlerle ilgili önerilerde bulunmak önceliklidir. Sıvı alımının artırılması ve fiberden zengin besinlerle beslenme konstipasyon tedavisinde olumlu cevap vermektedir. Fiberden zengin besinlerin aşırı tüketilmesi mide ağrısı ve abdominal gerginlik oluşturabilmektedir. Gebelere sıvı tüketiminin artırılması ve lif desteğinin yanında egzersiz tavsiye edilmektedir (Cullen ve O'Donoghue, 2007; Trottier ve ark, 2012).

Diyet ve egzersize cevap alınamayan konstipasyonlu gebelerde farmakolojik tedaviye başlanır. Ancak gebelik döneminde laksatif kullanımı çok güvenilir bir yöntem değildir. Kitle yapıcı ajanlar ve pisilyum prepatları öncelikli tercih edilecek laksatiflerdendir. Laktüloz, sorbitol, polietilen glikol ve magnezyum sitrat gibi osmotik laksatifler gereğinde kullanılabilir. Bunlar osmotik basıncı artırarak kolondaki su emilimini artırarak ve peristaltizmi kolaylaştırarak dışkının kolayca atılımını sağlar. Fekal impaksiyon olanlarda digital fragmantasyon veya düşük basınçlı bir lavman özellikle üçüncü trimesterde dikkatli olarak kullanılabilir. Anthroquinones, senna ve cascara gibi uyarıcı laksatifler aralıklı kullanıldığında gebelikte güvenlidir. Ancak düzenli kullanımı pek önerilmemektedir (American Gastroenterological Association Institute, 2006; Mahedevan ve Kane, 2006; Christie ve ark, 2007). Kronik konstipasyon yaşayan gebelerde kullanımını onaylanan prukaloprid, serotonin 5. Hidroksitriptamin reseptörünü uyararak kolon peristaltizmini artırır. Fakat gebelikte kullanımı sınırlıdır (Cullen ve O'Donoghue, 2007).

Gebelik döneminde konstipasyonu gidermek amacıyla kullanılan bitkisel ya da mineral yağlar, yağda eriyen vitaminlerin (A, D, E, K) emilimini engellediği için kullanımı kontraendikedir. Çünkü bu vitaminlerin alımı gebe ve fetüsün gelişimi için önemlidir. Hint yağı gibi laksatifler uterus kontraksiyonlarını tetikleyebilmektedir (Aygün ve Kumbak Aygün, 2010; Taşkın, 2014).

Gebelik döneminde konstipasyon için en güvenli tedavi lif desteğidir. Fakat etkisini kısa sürede göstermediğinden gebelerde hızlı bir rahatlama sağlamamaktadır. Bununla birlikte fekal impaksiyonu ve pelvik taban hastalığı olan gebelerde diyete lif eklenmesi kontraendikedir. Konstipasyon tedavisinde laktulaz, gliserin, polietilen glikol ve sorbitol gibi laksatifler en güvenilir ilaçlar arasındadır (Aygün ve Kumbak Aygün, 2010).

2.1.11. Ebelerin Gebelikte Görülen Konstipasyonun Tanı, Tedavi ve Önlenmesinde Rollerini

Antenatal bakım hizmeti veren ebeler gebelere gebelik, doğum, gebelikte yaşanan sorunlar ile ilgili konularda bilgiler vermelidir. Bu şekilde gebelerin yaşadığı problemlerin farkına varılarak, kendilerini daha iyi hissetmeleri sağlanabilir (Yanikkerem ve ark, 2006). Gebelikte sık karşılaşılan rahatsızlıklardan biri olan konstipasyon önlenebilir bir semptomdur. Ebelerin antenatal bakımı ve eğitimi kapsamında konstipasyona yer vermesiyle bu semptom engellenebilir. Bu bakım ve eğitimler şunları içermelidir (Savaş, 2004; Taşkın, 2014; Öztürk, 2015).

- Gebeye sabahları açken ılık su içmesinin önerilmesi,
- Sonra tuvalete gitmesi, ıkmadan defekasyonu denemesi,
- Öğün atlamaması, beslenmesini ara öğünlerle desteklemesi,
- Hergün aynı saatte tuvalet alışkanlığını geliştirmeye çalışması,
- Defekasyon hissi oluştuğunda bunu ertelememesi,
- Gebeliğe uygun aktif ve pasif egzersizlerin yapılması,
- Gün içerisinde eğer kontraendike değilse ortalama iki litre sıvı alması,
- Lifli gıdalardan zengin beslenmesi,
- Bol sebze ve meyve tüketmesi.

Konstipasyon yaşayan gebelerin kendilerini iyi hissetmelerini ve günlük işlerine devam etmelerini sağlamak ebelerin en önemli görevlerindedir. Bu konuda ebeler bakımını konstipasyonun giderilmesini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek girişimler üzerine yoğunlaşmalıdır.

2.2. Yaşam Kalitesi

Teknolojinin ilerlemesiyle sağlıkta önemli ilerlemeler olmuştur. Ayrıca yaşam süresi artmış ve kronik hastalıklarla daha uzun süre yaşamak mümkün hale gelmiştir. Hastaların biyolojik yönden tedavisinde bu ilerleme yaşanırken, hastaların psikososyal sorunları ile daha çok ilgilenilmiştir. Böylece hastaların yaşam kalitesi daha çok gündeme gelmeye başlamıştır (Müezzinoğlu, 2005; Kılıçarslan, 2008).

Sağlığın ölçümünde kullanılmakta olan kavramlar (hastalık, yaşam umudu, ölüm gibi) bireylerin sağlık seviyesini tanımlamada eksik kalmaktadır. Bundan dolayı yaşam kalitesi kavramıyla konuya açıklık getirilmeye çalışılmıştır (Altıparmak, 2006). Sağlıkla birlikte iyilik halinin ölçülebilmesi için ‘yaşam kalitesi’ kavramı önem kazanmış ve bu konudaki çalışmalar artmıştır (Carr ve ark, 2001). Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 21. yüzyıl hedeflerinden biriside çalışabilir yaştaki nüfusun sağlığının iyileştirilmesidir. Sağlıkta gelişimin odak noktası pozitif sağlıktır. Pozitif sağlık, yaşam kalitesinin artırılması anlamına gelmektedir. Her bireyin sağlıklı, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması gereği DSÖ’nün 21. yüzyıl hedeflerinden birisidir (Koltarla, 2008).

Yaşam Kalitesinin Tanımı

Yaşam kalitesinin tek bir tanımı yoktur. Yaşam kalitesi, bireylerin kendi kültürleri ve değerler içinde kendi durumlarını algılama biçimidir. Kişinin psikolojik durumu, fiziksel aktiviteleri, sosyal ilişkileri, çevre etkileri ve inançlarını da kapsamaktadır. Bu kavram çok boyutludur ve zaman içinde değişebilmektedir. Ayrıca bireyin beklentileri ve yaşantısıyla ilişkili olup bu nedenden dolayı objektif olarak ölçmek zordur (Carr ve ark, 2001).

Yaşam kalitesi bireysel iyilik halinin bir anlatımı olup öznel bir doyum ifadesidir. Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyo ekonomik koşulları içermekle birlikte, kişinin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekleri arasındaki farklılığı içermektedir (Pınar ve ark, 2008). DSÖ, yaşam kalitesini ‘bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları’ olarak tanımlamıştır (The World Health Organization Quality of Life Group, 1996).

Yaşam kalitesinin biden çok bileşeni vardır. Bunlar sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık ve güvenlidir. Bunlardan birinin bile eksikliği kişinin kaliteli yaşam sürdürme duygusunu olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşam kalitesinin toplamı ya da ortalaması alınamaz. Bu yüzden yaşam kalitesinin ölçümü zordur (Kılıçarslan, 2008).

Yaşam kalitesi göstergeleri objektif ve subjektif olarak iki bölümde incelenmektedir. Objektif göstergeler, bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakımını yerine getirebilmesi ve kişinin bu durumdan doyum sağlaması ile ilgilenirken subjektif

göstergeler ise doğrudan yaşamla ilgili algılamalar üzerinde durmakta ve insanların kendilerini nasıl hissettikleri ile ilgilenmektedir Bunlar:

Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri: Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri fiziksel iyilik hali, fiziksel aktiviteleri yapmada zorlanma, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları ve sağlık durumuyla ilgili konuları içermektedir. Özellikle yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziki dayanıklılık isteyen aktiviteleri çok güçlükle yapmakta ya da hiç yapamamaktadırlar (Bengi, 2012).

Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri: Yaşam kalitesi göstergelerini dört temel alan kapsamında değerlendirmek mümkündür. Bunlar;

- **Psikolojik esenlik:** Akıl sağlığı, yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imgesi, anksiyete, oto kontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, mutluluk, sosyal izolasyon, duygusal reaksiyonlar bu alanda değerlendirilir.
- **Fiziksel esenlik:** Fonksiyonel yeterlilik, fiziksel hareket, yaşam aktiviteleri, iştah, yeme, uyku, cinsellik, zindelik, yorgunluk, ağrı, sağlık-hastalık algılanması, sağlıkta değişim ve tedavi ile ilgili durumlar bu alanda değerlendirilir.
- **Sosyal ve bireysel esenlik:** Bireyin eşi, varsa çocukları ya da ebeveynleri ve yakın arkadaşları ile ilişkileri, sosyal etkinlikleri, başkalarından destek görme, mahremiyet, çevresince benimsenmesi, farklı organizasyonlara katılma, öğrenme durumu, kendini ve yaşamı algılama biçimi, çalışma durumu bu alanda değerlendirilir.
- **Parasal/maddi esenlik:** Geleceğe ilişkin güven duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi ve ev durumu bu alanda değerlendirilir (Bengi, 2012; Karahan, 2016).

Sağlıkla Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin kendisini iyi hissetmesi ve sağlık durumuna genel bakış açısı ile ilgilidir. DSÖ sağlıkla ilgili yaşam kalitesini, içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır (The WHOQOL Group, 1996). Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi hastalığın olmamasının yanında, kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan aktif olmasını, kendisini iyi hissetmesini ve yaşam memnuniyetini içermektedir (Erdoğan ve ark, 2006). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı

içinde, birbirleriyle çok ilişkili üç temel boyut bulunmaktadır. Bunlar fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlardır. Fiziksel boyut, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal boyut, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Psikolojik boyut ise, depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumları içermektedir (Öztürk, 2015).

2.2.1. Gebelikte Yaşam Kalitesi

Gebelik, bireyler için önemli bir dönemdir. Gebelik döneminde birçok fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşanmaktadır. Gebelik ile ilgili fiziksel belirtiler yorgunluk, mide bulantısı, kusma, mide ekşimesi, bacak krampları, konstipasyon, hemoroid ve nefes darlığı gibi yakınmalar gebelikte yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bunlara ek olarak hipertansiyon, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği, erken doğum tehtidi, düşük doğum ağırlığı, yaş, sınırlı bilgiye sahip olma, gelişme döneminde olma gibi nedenlerden dolayı adölesan gebelerde yaşam kalitesi daha düşük olduğu bilinmektedir (Makvendi ve Kermani, 2012; Mousavi ve ark, 2016). Gebelerde meydana gelen bu fizyolojik, psikolojik değişiklikler ve komplikasyonlar genellikle destekle ve çok az tıbbi müdahaleyle bu dönemi geçirmektedir. Yaşanan fizyolojik, psikososyal, fiziksel, sosyal, psikolojik değişimlerin yaşam olaylarıyla ilişkisini ölçmek için yaşam kalitesi değerlendirilmektedir (Kılıçarslan, 2008; Kodaz, 2013).

Taşdemir ve ark (2010)'ın Kayseri'de gebeler üzerinde yapmış oldukları çalışmada gebelerin yaşam kalitesi birinci trimesterde genel olarak düşük, ikinci trimesterde anlamlı olarak artmış ve üçüncü trimesterde en düşük seviyede bulunmuştur. Aynı çalışmada adölesan gebelerin yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Fatemah ve ark (2010)'ın İran'da yaptıkları araştırmada istenmeyen gebeliği olan gebelerin yaşam kalitesi 2,5 kat, hayatlarından memnun olmayanlarında 2,1 kat daha düşük bulunmuştur. Arabacığlu (2012)'nin gebelerin yaşam kalitesini araştırmak için yaptığı çalışmada gebeliğin yaşam kalitesini orta düzeyde etkilediğini bulmuştur. Kılıçarslan (2008)'in Edirne'de yaptığı çalışmada üçüncü trimester gebelerin yaşam kalitesini normal kadınların yaşam kalitesi ile benzer bulmuştur. Özdemir ve ark (2017)'in yaptığı çalışmada gebelerde trimester ilerledikçe yaşam kalitesinin de düştüğü saptanmıştır.

2.2.2. Konstipasyon ve Yaşam Kalitesi

Sağlıklı bireylerde yapılan çalışmalar, konstipasyon yaşama durumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Konstipasyon bireylerde psikolojik ve sosyal sorunlara neden olduğu ve bu bireylerin cinsel yaşamlarının da etkilendiği ve tatmin sorunu yaşadıkları saptanmıştır. Tüm bu bulgular insanların yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi nedeniyle konstipasyonun üzerinde durulması gereken önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir (Talley, 2004; Pinto Sanchez ve Bercik, 2011; Turan ve ark, 2011).

Dedeli ve ark (2007)'nin çalışmasında konstipasyon yaşayan bireylerin sağlıklı bireylere oranla yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur. Wald ve ark (2007)'in konstipasyonla yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmasında konstipasyonun yaşam kalitesini etkilediği bildirilmektedir. Peppas ve ark (2008)'in yaptığı çalışmada konstipasyonun sık görülen bir rahatsızlık olduğu, yaşam kalitesini düşürdüğü ve önemli ekonomik kayba yol açtığı bulunmuştur. Öztürk'ün 2015 yılında konstipasyonu olan bireyler üzerinde yaptığı çalışmada 18-44 yaş arası olanlarda yaşam kalitesi 45-64 yaş arası olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmada konstipasyonlu bireylerde cinsiyetleri, medeni durumları, eğitim durumları, dışkılama sıklığı ve ıkınma süreleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Belsey ve ark (2011)'in yaptığı çalışmada her yaştan 557 konstipe kişinin %52'sinde konstipasyonun yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur. Johanson ve ark (2014)'in gebelerde konstipasyonun yaşam kalitesine etkisini ölçmek için yapmış olduğu çalışmada konstipasyonun yaşam kalitesini etkileme oranını düşük olarak tespit etmiştir. Ancak konstipasyonu olmayan gebelerin konstipasyonu olan gebelere oranla yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Gebelikte konstipasyon yaşamının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini bulmuştur. Konstipasyonun yaşam kalitesinin düşürdüğü bilinmektedir (Uysal ve ark, 2010; Makvendi ve Kermani, 2012; Mousavi ve ark,2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma analitik-kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Non stres testi (NST) polikliniğine gelen gebelerde yapılmıştır. Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi, 01.01.2010 tarihinde Sağlık Bakanlığı hastane birleştirme uygulamaları gereği Moris Şinasi Milletlerarası Çocuk Hastanesi ve Manisa Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'nin birleşmesiyle oluşmuştur. Bu hastane 12908 m² ana bina ve 5000 m² çocuk, 1085m² doğum kliniği olarak toplamda 18993 m² kapalı alana sahiptir. Kadın doğum, çocuk, yoğun bakımlar, cerrahi ve dâhili birimlerden oluşmaktadır. Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi'nde 111'i ebe ve 244 hemşire çalışmaktadır. Hastanede 4 klinik (acil, kalp damar, cerrahi, kardiyoloji, göz, nöroloji) ve 27 (1 NST polikliniği) poliklinikte hastalara hizmet verilmekte olup, toplam yatak sayısı 418'dir. NST polikliniğinde 1 ebe çalışmakta olup 4 yatak bulunmaktadır. Ayrıca hastanede 2017 yılında 1700 normal, 1155 sezaryen ve 8 müdahaleli doğum yapılmış olup toplam doğum sayısı 2868'tür.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma Ekim 2016 ve Haziran 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmayla ilgili yapılan işlemlerin zamanı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Araştırmanın Basamakları ve Tarihleri

İşlemler	Tarih
Araştırma konusunun seçimi	Ekim-Aralık 2016
Tez önerisinin hazırlanması	Ocak 2017
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan ön onayın alınması	8 Mart 2017
Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi'nden resmi izin alınması	Nisan 2017
Araştırma verilerinin toplanması	Mayıs-Eylül 2017
Verilerin analizi ve değerlendirilmesi	Aralık 2017
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan araştırma onayının alınması	27 Haziran 2018
Tez raporunun yazımı	Ocak-Haziran 2018

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi NST polikliniğine başvuran gebeler oluşturmuştur. Örneklem hacminin hesaplanması, daha önce Aydın'da 607 gebe ile yapılan bir çalışmaya dayalı olarak yapılmıştır. Bu çalışmada gebelikte konstipasyon oranı %13,3 olarak bildirilmiştir (Özçelik ve Karaçam, 2014). Bu araştırmanın verilerine dayalı olarak yapılan analizde, G*Power 3.1.9.2 ile power: 0,80, $\alpha=0,05$ ve örneklem hacmi; 607 alınarak yapılan hesaplamada effect size: 0,13 olarak bulunmuştur. Bu araştırmanın örneklemine alınması gereken en az birey sayısı G*Power 3.1.9.2 ile effect size:0,13, $\alpha=0,05$ ve power: 0,80 alınarak hesaplanmış ve 631 olarak bulunmuştur. Veri toplama sürecinde olası kayıplar göz önüne alınarak ve yapılan analiz sonucunda araştırmanın gücünü artırmak için çalışma 703 gebe ile tamamlanmıştır (n=703).

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18-49 yaş aralığında olan,
- 28. Gebelik haftasını tamamlamış olan,
- Okuryazar olan,
- Türkçe okuyup anlayabilen,
- Katılmaya gönüllü gebeler araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Çoğul gebeliği olan,
- Konstipasyona neden olabilecek sürekli bir ilaç kullanan,
- Sistemik hastalığı olan (kalp, diyabet, vb),
- Gebelik öncesinde doktor tanısı ile kronik konstipasyonu olan,
- Gastrointestinal sistem anomalisi ve gastrointestinal sistemde yapısal bozukluğu olan,
- Verilerin toplanmasına engel olabilecek fiziksel ya da ruhsal rahatsızlığı olan gebeler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacı tarafından geliştirilen “Gebe Tanıtım Formu” (EK-1), “Gebelikte Konstipasyon Tanısı İçin Basitleştirilmiş Kriterler” (EK-2) ve “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu” (EK-3) ile toplanmıştır.

3.6.1. Gebe Tanıtım Formu (EK-1)

Gebe Tanıtım Formu gebeye ait özellikleri tanımlayabilmek amacıyla araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilmiştir (Cullen ve O’Donoghue, 2007; Aygün ve Kumbak Aygün, 2010). Gebe Tanıtım Formu gebelerin sosyo-domografik (12 soru), obstetrik (7 soru) ve genel sağlıklarına ilişkin özellikleri (19 soru) sorgulayan toplam 38 sorudan oluşmaktadır. Bu form üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde gebelerin yaşı,

kilosu, boyu, eğitim durumları, aile tipi, sosyal güvencesi, bir işte çalışma durumları, gelir düzey algıları ve eşlerinin; yaşı, eğitim durumu ve işi sorgulanmaktadır. İkinci bölümde, gebelik haftası, düşük tehlikesi yaşama durumu, düşük/küretaj durumu, yaşayan çocuk sayısı, gebelik sayısı, son doğum şekli ve gebeliğin planlı olup olmaması sorgulanmıştır. Üçüncü bölümde ise, hastalığı, ameliyat olma durumu, sürekli kullandığı ilacı, sigara kullanımı, demir ilacı kullanımı, tükettiği ekmek çeşidi, günlük sıvı tüketimi, stres yaşama durumu, genel yaşam tarzı, gebelik döneminde sağlık sorunu yaşama durumu, büyük abdest alışkanlığı, gebelik öncesi konstipasyon yaşama durumu, bu gebeliğinde konstipasyon yaşama durumu, gebelikte konstipasyon için basitleştirilmiş kriterler, konstipasyonu hangi haftalarda yaşandığı, sağlık kuruluşuna başvurma durumu ve kendi kendine girişim yapma durumu sorgulanmıştır. Gebe tanıtım formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Görüşme yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.6.2. Gebelikte Konstipasyon Tanısı İçin Basitleştirilmiş Kriterler (EK-2)

Konstipasyon tanısı koyabilmek için rutin klinikte Roma III Tanı Kriterleri kullanılmaktadır. Ancak gebelikte bu kriterleri kullanmak yerine Cullen ve O'Donoghue (2007) tarafından gebelikte kullanılacak daha basit kriterler ile oluşturulmuş bir tanımlama sistemi önerilmektedir. Bu tanıma sistemine göre;

1. Haftada 3'ten daha az dışkılama,
2. Sert dışkılama ve
3. Tam boşalmama hissi olması.

Gebelikte konstipasyon tanısını koyabilmek için yukarıdaki kriterlerden birinci maddenin mutlaka olması, ikinci ve üçüncü maddelerden en az birinin olması gerekmektedir (Cullen ve O'Donoghue, 2007; Aygün ve Kumbak Aygün, 2010).

3.6.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) (EK-1)

Gebelerin yaşam kaliteleri WHOQOL yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe kısa formu kullanılarak değerlendirilmiştir. WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği WHOQOL grubu

tarafından geliştirilmiştir. Yüz maddeden oluşan bu testin aynı grup tarafından kısa formu olan WHOQOL-BREF geliştirilmiştir (WHOQOL GROUP, 1998). Orijinal versiyonu 26 maddeden oluşan ölçeğin, Eser ve ark (1999)'ları tarafından Türkçeye uyarlanan Türkçe versiyonu 27 sorudan oluşmaktadır. Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması gerekmektedir.

Sorulardan biri genel algılanan yaşam kalitesini, biri ise genel algılanan sağlık durumunu sorgulamaktadır. Diğer 24 soru kullanılarak fiziksel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevresel yaşam kalitesi alan puanları hesaplanmıştır. Ölçek bedensel (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. maddeler), ruhsal (5, 6, 7, 11, 19, 26. maddeler), sosyal (20, 21, 22. maddeler), çevre (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. maddeler) alanlarını içermektedir (The Whoqol Grup, 2004). Tablo 3'te WHOQOL-BREF kapsamında alanları oluşturan bileşenler verilmiştir. Her bir soru Türk toplumu için geliştirilmiş 5'li likert yanıt ölçeği ile puanlandırılmıştır. Alan puanları 0-20 puan üzerinden hesaplanmaktadır. Toplam puan yoktur. Alan puanları hesaplanır. Puan yükseldikçe yaşam kaliteside yükselmektedir (Baydur, 2001). Çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeğinin Cronbach Alfa katsayısı ,751 olarak bulunmuştur.

Tablo 3. WHOQOL BREF'in Alan ve Puanları (Baydur, 2001).

ALAN	BÖLÜM	SORU SAYISI
Bedensel Alan	Gündelik işleri yürütebilme	1
	İlaçlara veya tedaviye bağımlılık	1
	Canlılık ve bitkinlik	1
	Hareketlilik	1
	Ağrı ve rahatsızlık	1
	Uyku ve dinlenme	1
	Çalışabilme gücü	1
Ruhsal Alan	Beden imgesi ve dış görünüş	1
	Olumsuz duygular	1
	Benlik saygısı	1
	Olumlu duygular	1
	Maneviyat, din, kişisel inançlar	1
	Düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama	1
Sosyal İlişkiler	Diğer kişilerle ilişkiler	1
	Sosyal destek	1
	Cinsel yaşam	1
Çevre	Maddi kaynaklar	1
	Fiziksel güvenlik ve emniyet	1
	Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik	1
	Ev ortamı	1
	Yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları	1
	Dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme	1
	Fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim)	1
	Ulaşım	1
Ulusal soru (Sosyal destek)		1
Genel sorular (Algılanan genel sağlık ve yaşam kalitesinden hoşnutluk)		2
Toplam		27

3.7. Ön Uygulama

Araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formunun geçerlilik ve uygulanabilirliğini sağlamak amacıyla, doğum-kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında 8 uzman öğretim üyesinin görüş ve önerileri alınmıştır. Önerilen değişiklikler yapıldıktan sonra veri toplama formunun anlaşılabilirliğini tespit etmek için 10 gebe ile ön görüşme yapılmıştır. Anket formları yeniden düzenlenmiştir. Ön görüşme yapılan gebeler araştırmaya dahil edilmemişlerdir.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapılabilmesi için önce 2017/005 protokol numaralı etik kurul izni ve Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden kurum izni alınmıştır. Veri formlarının doldurulması aşamasında, çalışmaya dahil edilme kriterleri göz önünde bulundurularak gebeler ile tanışılmış, araştırma konusu ile ilgili bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş olur formu ile yazılı onamları alınmıştır. Araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu NST polikliniğinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek doldurulmuş olup yaşam kalitesi ölçeği gebelerin kendileri tarafından doldurulmuştur. Veriler gebeler NST'ye bağlanmadan önce toplanmıştır.

3.9. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi istatistik paket programı Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20,0 kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma ile gösterilmiştir. Veriler için parametrik varsayımlar test edilmiş ve iki grubun verilerinin karşılaştırılmasında ki-kare ve student t testi kullanılmıştır. Ayrıca gebelerin konstipasyon yaşama durumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi için lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Güçlükleri

Verilerin toplanması esnasında odada diğer gebelerinde bulunması gebelerle olan iletişimi zorlaştırmıştır. Gebeler veri toplama formlarını doldurmada isteksiz davranmışlardır.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya dahil edilen gebelere, araştırma ile ilgili bilgi verilmiş olup, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırma protokolüne Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08.03.2017

tarihinde ön onay verilmiştir. Araştırmanın Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi NST polikliğinde yapılabilmesi için Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden 25.04.2017 tarihinde yazılı izin alınmıştır (EK-6).



4. BULGULAR

4.1. Gebelerin Sosyo-demografik ve Obstetrik Özellikleri

Tablo 4. Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri (n=703)

Sosyo-demografik özellikler	n	%
Yaş		
18-20	79	11,2
21-30	444	63,2
31-44	180	25,6
Yaş ortalaması \pm SS* (Min-max)	27,07 \pm 5,39	(18-44)
Eğitim durumu		
Okuryazar ve ilkokul mezunu	195	27,7
Ortaokul mezunu	283	40,3
Lise/dengi okul mezunu	164	23,3
Üniversite/lisansüstü mezunu	61	8,7
Aile tipi		
Çekirdek aile	585	83,2
Geniş aile	118	16,8
Sosyal güvence		
Var	579	82,4
Yok	124	17,6
Çalışma durumu		
Çalışan	145	20,6
Çalışmayan	558	79,4
Gelir düzeyi algısı		
Gelir giderden az	314	44,6
Gelir gidere denk	274	39,0
Gelir giderden fazla	115	16,4
Beden kitle indeksi		
Zayıf (18,5 kg/m ² >)	27	3,8
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	316	45,0
Kilolu (25-29,9 kg/m ²)	228	32,4
Obez (30 kg/m ² <)	132	18,8

* Standart Sapma

Tablo 4’de araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Gebelerin %11,2’sini 18-20 yaş, %63,2’sini 21-30 yaş ve %25,6’sını 31-44 yaş arası gebeler oluşturmaktadır. Gebelerin yaş ortalaması 27,07 \pm 5,39 (min-max: 18-44)’dur. Gebelerin %27,7’si okuryazar ve ilkokul mezunu, %40,3’ü ortaokul, %23,3’ü lise/dengi

okul ve %8,7'si üniversite/lisansüstü mezunudur. Gebelerin %83,2'sinin çekirdek aile tipinde, %82,4'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %20,6'sının gelir getiren bir işte çalıştığı saptanmıştır. Gebelerin %44,6'sı gelirini giderinden az, %39'u gelirini giderine denk ve %16,4'ü ise gelirini giderinden daha fazla olarak algılamaktadır. Gebelerin %45'i normal kilolu, %32,4'ü kilolu ve %18,8'i obez olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 5. Gebelerin Obstetrik Özellikleri (n=703)

Obstetrik Özellikler	n	%
Yaşayan çocuk sayısı		
Yok	285	40,5
1	249	35,4
2	116	16,5
3-4	53	7,6
Yaşayan çocuk sayısı ortalaması \pm SS* (Min-max)	0,93 \pm 0,99	(0-4)
Düşük/küretaj olma durumu		
Var	143	20,3
Yok	560	79,7
Düşük/küretaj ortalaması \pm SS* (Min-max)	1,20 \pm 0,40	1-3
Gebelik sayısı		
İlk	244	34,7
2	224	31,9
3	144	20,5
4	91	12,9
Gebelik sayısı ortalaması \pm SS* (Min-max)	2,11 \pm 1,02	(1-4)
Son doğum şekli		
İlk gebelik	244	34,7
Normal vajinal doğum	241	34,3
Sezaryen doğum	177	25,2
İlk gebelik düşük/kürtaj	41	5,8
Gebelik haftası		
28-32 hafta arası	149	21,2
33-37 hafta arası	354	50,4
38-42 hafta arası	200	28,4
Düşük tehlikesi yaşama durumu		
Yaşayan	180	25,6
Yaşamayan	523	74,4
Gebeliğin planlı olma durumu		
Planlı	539	76,7
Plansız	164	23,3

* Standart Sapma

Gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin veriler Tablo 5'te verilmiştir. Gebelerin %40,5'inin yaşayan çocuğu olmadığı, %35,4'ünün bir yaşayan çocuğu olduğu bulunmuştur. Yaşayan çocuk sayısı ortalaması $0,93 \pm 0,99$ (min-max: 0-4)'dur. Gebelerin %20,3'ünün en az bir kez düşük/küretaj yaptığı, %34,7'sinin ilk, %31,9'unun ikinci gebeliği olduğu bulunmuştur. Gebelik sayısı ortalaması $2,11 \pm 1,02$ (min-max: 1-4)'dir. Son doğum şekillerine bakıldığında gebelerin %34,3'ünün normal vajinal doğum, %25,2'sinin sezaryen doğum yaptığı ve %5,8'inin ilk gebeliklerinin düşük/küretajla sonlandığı, %25,6'sının bu gebeliğinde düşük tehlikesi yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin gebelik haftaları dağılımı ise %21,2'sinin 28-32, %50,4'ünün 33-37 ve %28,4'ünün 38-42 haftalar arasında oldukları bulunmuştur. Gebelerin %76,7'sinin bu gebeliklerini planlayarak gebe kaldıkları saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Gebelerin Eşlerinin Sosyo-demografik Özellikleri (n=703)

Eşlerin Sosyo Demografik Özellikleri	n	%
Yaş		
17-20	34	4,9
21-30	346	49,2
31-56	323	45,9
Yaş ortalaması \pm SS* (Min-max)	$30,35 \pm 5,74$	(17-56)
Eşlerin eğitim durumu		
Okuryazar ve ilkokul mezunu	122	17,4
Ortaokul mezunu	296	42,1
Lise/dengi okul mezunu	194	27,6
Üniversite/lisansüstü mezunu	91	12,9
Eşlerin İşleri		
İşçi	447	63,6
Esnaf	98	13,9
Memur	64	9,1
Özel sektör	50	7,1
Çiftçi	24	3,5
Çalışmıyor	20	2,8

* Standart Sapma

Tablo 6'da gebelerin eşlerinin yaş, eğitim durumu ve mesleklerine ait veriler sunulmuştur. Eşlerin %49,2'si 21-30 ve %45,9'u 31 yaş ve üzerinde olup eşlerin yaş ortalaması $30,35 \pm 5,74$ (min-max: 17-56)'dür. Eşlerin %42,1'inin ortaokul, %27,6'sının lise/dengi okul mezunu olduğu bulunmuştur. Eşlerin işleri incelendiğinde; %63,6'sının işçi, %13,9'unun esnaf, %2,8'inin ise işsiz olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

4.2. Gebelerin Genel Sağlık Durumları

Tablo 7. Gebelerin Genel Sağlık Durumlarının Dağılımı (n=703)

Faktörler	n	%
Ameliyat olma durumu		
Olan	231	32,9
Olmayan	472	67,1
Sigara kullanma durumu		
Kullanan	85	12,1
Kullanmayan	618	87,9
Demir ilacı kullanma durumu		
Düzenli kullanan	366	52,1
Düzensiz kullanan	233	33,1
Kullanmayan	104	14,8
Tüketilen ekmek çeşidi		
Beyaz	514	73,1
Diğer	189	26,9
Günlük sıvı tüketimi		
1-2 litre	347	49,4
2,5-3,5 litre	277	39,4
4-5 litre	79	11,2
Gebelikte stres yaşama durumu		
Hiçbir zaman	168	23,9
Bazen	404	57,5
Sık sık	109	15,5
Sürekli	22	3,1
Genel yaşam tarzı		
Aktif	355	50,5
Sedanter	348	49,5

Tablo 7’de gebelerin genel sağlığını etkileyen faktörler verilmiştir. Gebelerin %32,9’unun önceden herhangi bir ameliyat geçirdiği, %12,1’inin bu gebeliğinde sigara kullandığı, %52,1’inin düzenli, %33,1’inin düzensiz demir ilacı kullandığı bulunmuştur. Gebelerin %73,1’i evlerinde beyaz ekmek, %26,9’unun diğer ekmek çeşitlerini tükettiklerini, %49,4’ü 1-2 litre, %39,4’ü 2,5-3,5 litre ve %11,2’si 4-5 litre sıvı tükettiğini ifade etmiştir. Gebelerin %23,9’u gebeliğinde hiç stres yaşamadığını belirtirken, %57,5’i bazen, %15,5’i sık sık ve %3,1’i sürekli stres yaşadığını belirtmiştir. Gebelerin %50,5’i aktif ve %49,5’i sedanter bir yaşam tarzı olduğunu ifade etmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Gebelerin Sağlık Sorunu Yaşama Durumları ve Yaşanılan Sağlık Sorunları (n=703)

Sağlık Sorunu Yaşama Durumları	n	%
Yaşayan	585	83,2
Yaşamayan	118	16,8
Yaşanan sağlık sorunları (n=1509)*		
Mide bulantısı-kusma	417	27,7
Sırt ağrısı	363	24,1
Halsizlik	274	18,2
Baş ağrısı-dönmesi	152	10,1
Bel ağrısı	89	5,9
Ödem	58	3,8
Mide yanması	53	3,7
Nefes almada güçlük	20	1,4
Kramp	20	1,3
İshal	14	0,9
Hemoroid	12	0,7
Uyku problemi	12	0,7
Kasık ağrısı	11	0,7
Ayaklarda yanma	7	0,4
Kaşıntı	7	0,4

*Birden fazla yanıt verilmiştir

Gebelerin gebeliklerinde sağlık sorunu yaşama durumları ve yaşanan sağlık sorunları Tablo 8’de verilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin %83,2’sinin gebelik döneminde en az bir çeşit sağlık sorunu yaşadığı, %16,8’inin ise hiç sağlık sorunu yaşamadığı bulunmuştur. Gebelik döneminde yaşanan sağlık sorunları incelendiğinde; sırasıyla mide bulantısı/kusma (%27,7), sırt ağrısı (%24,1), halsizlik (%18,2) baş ağrısı/dönmesi (%10,1), bel ağrısı (%5,9), ödem (%3,8), mide yanması (%3,7), nefes almada güçlük (%1,4), kas krampı (1,3), ishal (%0,9), hemoroid (0,7), uyku problemi (0,7), kasık ağrısı (%0,7), ayaklarda yanma (%0,4) ve vücutta kaşıntı (%0,4) sorunlarını yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Gebelerin Defekasyon Alışkanlıkları, Gebelik Öncesi ve Sırasında Konstipasyon Yaşama Durumları (*Kendi İfadelerine Göre*) (n=703)

Değişkenler	n	%
Defekasyon alışkanlıkları		
Büyük abdestini bekletmeyen	657	93,5
Büyük abdestini bekleten	46	6,5
Gebelik öncesi konstipasyon yaşama		
Yaşayan	209	29,7
Yaşamayan	494	70,3
Bu gebelikte konstipasyon yaşama		
Yaşayan	312	44,4
Yaşamayan	391	55,6

Tablo 9’da gebelerin defekasyon alışkanlıkları ve kendi ifadelerine göre konstipasyon yaşama durumları verilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin %93,5’inin defekasyon hissi geldiğinde beklemeden tuvalete gittiği, %6,5’inin ise tuvalete hemen gitmeyip dışkılamayı bir süre ertelediği bulunmuştur. Gebelerin %29,7’si gebeliklerinden önce de konstipasyon yaşadığını belirtirken %44,4’ü bu gebeliğinin herhangi bir sürecinde konstipasyon yaşadığını/yaşamakta olduğunu, %55,6’sı ise gebeliği sürecinde hiç konstipasyon yaşamadığını ifade etmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. Gebelerin Konstipasyon Yaşama Durumları (*Konstipasyon Tanısı İçin Basitleştirilmiş Kriterlere Göre*) (n=703)

Konstipasyon Yaşama Durumu	n	%
Yaşayan	273	38,8
Yaşamayan	430	61,2

Gebelerin, gebelikte konstipasyon tanısı için basitleştirilmiş kriterlere göre konstipasyon yaşama durumları incelendiğinde; bu değerlendirme kriterlerine göre gebelerin %38,8’inin gebeliğinin herhangi bir sürecinde konstipasyon yaşadığı/yaşamakta olduğu, %61,2’sinin ise konstipasyon yaşamadığı tespit edilmiştir (Tablo 10).

4.3. Konstipasyon Yaşayan Gebelerin Genel Özellikleri

Tablo 11. Gebelerin Konstipasyon Yaşadıkları Haftalar

Konstipasyon Yaşanılan Haftalar (n=651)*	n	%
İlk 12 hafta	185	28,5
13-28. hafta	272	41,7
29-40 hafta	194	29,8

*Birden fazla yanıt verilmiştir

Tablo 11’de konstipasyon yaşayan gebelerin konstipasyon yaşadıkları haftalar verilmiştir. Gebeliğinde konstipasyon yaşayan gebelerin %28,5’i ilk 12 haftada, %41,7’si 13-28. haftalarda ve %29,8’inin 29-40. haftalarda konstipasyon yaşadıkları bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 12. Gebelerin Sağlık Kurumuna Başvurma Durumları ve Sağlık Kurumuna Başvurulan Haftalar (n=273)

Sağlık Kurumuna Başvurma Durumları	n	%
Başvuran	37	13,5
Başvurmayan	236	86,5
Başvurulan hafta		
İlk 12 hafta	32	86,4
13-40. hafta	5	13,6

Konstipasyon yaşayan gebelerin %13,5’inin konstipasyon nedeniyle sağlık kurumuna başvurduğu, sağlık kurumuna başvuran gebelerin %86,4’ünün (n=37) ilk 12 hafta içinde sağlık kurumuna başvurdukları saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 13. Konstipasyon Yaşayan Gebelerin Konstipasyon İçin Herhangi Bir Uygulama Yapma Durumları ve Yapılan Uygulamalar

Uygulama Yapma Durumu (n=273)	n	%
Yapan	49	17,9
Yapmayan	224	82,1
Yapılan uygulamalar (n=64)*		
Kuru kayısı/ıncir tüketmek	27	42,1
Bol sıvı tüketmek	26	40,8
Lifli beslenmek	7	10,9
Her gün aynı saatte tuvalete girmek	4	6,2

**Birden fazla yanıt verilmiştir*

Konstipasyon yaşayan gebelerin %17,9'unun sorununu gidermek için herhangi bir uygulamada bulunduğu saptanmış olup yapılan uygulamalar ise sırasıyla; %42,1 oranıyla kuru kayısı/ıncir tükettiği, %40,8 oranında bol sıvı tükettiği, %10,9'unun lifli besinler tükettiği ve %6,2'sinin her gün aynı saatte tuvalete gittiği bulunmuştur (Tablo 13).

4.4. Gebelerin Konstipasyon Yaşama Durumlarını Etkileyen Faktörler

Tablo 14. Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Konstipasyon Yaşama Durumları

Sosyo-demografik Özellikler	Konstipasyon olan		Konstipasyon olmayan		X ²	p
	n	%	n	%		
Yaş						
18-20	25	31,6	54	68,4		
21-30	168	37,8	276	62,2	4,28	0,117
31-44	80	44,4	100	55,6		
Eğitim durumu						
Okuryazar ve ilkokul mezunu	75	38,5	120	61,5		
Ortaokul mezunu	107	37,8	176	62,2	1,05	0,787
Lise/dengi okul mezunu	69	42,1	95	57,9		
Üniversite/lisansüstü mezunu	22	36,1	39	63,9		
Aile tipi						
Çekirdek aile	238	40,7	347	59,3	5,02	0,029
Geniş aile	35	29,7	83	70,3		
Sosyal güvence						
Var	235	40,6	344	59,4	4,25	0,042
Yok	38	30,6	86	69,4		
Çalışma durumu						
Çalışan	64	44,1	81	55,9	2,16	0,152
Çalışmayan	209	37,5	349	62,5		
Gelir düzey algısı						
Gelir giderden az	119	37,9	195	62,1		
Gelir gidere denk	111	40,5	163	59,5	0,54	0,763
Gelir giderden fazla	43	37,4	72	62,6		
Beden kitle indeksi						
Zayıf (18,5 kg/m ² >)	7	25,9	20	74,1		
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	118	37,3	198	62,7	3,00	0,391
Kilolu (25-29,9 kg/m ²)	93	40,8	135	59,2		
Obez (30 kg/m ² <)	55	41,7	77	58,3		

Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre konstipasyon yaşama durumları incelendiğinde; 18-20 yaş grubundaki gebelerin %31,6'sının, 21-30 yaş grubu gebelerin %37,8'inin, 31-44 yaş grubu gebelerin %44,4'ünün konstipasyon yaşadığı saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel analizde yaşın konstipe olma durumunu etkilemediği bulunmuştur (p=0,117). Lise ve dengi okul mezunu olan gebelerin en yüksek oranda (%42,1), üniversite/lisansüstü mezunu olanlarında en düşük (%36,1) oranda konstipasyon

yaşadıkları ancak yapılan istatistiksel analizde gebelerin eğitim durumlarının konstipe olma durumunu etkilemediği bulunmuştur ($p=0,787$). Çekirdek aile tipinde yaşayan gebelerin (%40,7) geniş aile tipinde yaşayan gebelere (%29,7) oranla daha yüksek oranda konstipasyon yaşadıkları bulunmuş olup bu fark istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p=0,029$). Sosyal güvencesi olan gebelerin %40,6'sının, sosyal güvencesi olmayan gebelerin ise %30,6'sının konstipasyon yaşadığı yapılan istatistiksel analizde de bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,042$). Çalışan gebelerin (%44,1), çalışmayan gebelere (%37,5) göre daha yüksek oranda konstipasyon yaşadığı ancak çalışma durumunun konstipasyonu etkilemediği bulunmuştur ($p=0,152$). Gelirini giderinden az olarak algılayan gebelerin %37,9'unun, gelirini giderine denk algılayanların %40,5'inin ve gelirini giderinden fazla algılayanların %37,4'ünün konstipasyon sorunu yaşadıkları ancak gebelerin algıladıkları gelir düzeylerinin konstipasyon olma durumunu etkilemediği bulunmuştur ($p=0,763$). Gebelerin BKİ'leri arttıkça konstipasyon görülme oranlarının arttığı ancak gebelerin BKİ'lerinin konstipasyon yaşama durumunu etkilemediği bulunmuştur ($p=0,391$), (Tablo 14).

Tablo 15. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Konstipasyon Yaşama Durumları

Obstetrik Özellikler	Konstipe olan		Konstipe olmayan		X ²	p
	n	%	n	%		
Yaşayan çocuk sayısı						
Yok	100	35,1	185	64,9	7,54	0,110
1	110	44,2	139	55,8		
2	39	33,6	77	66,4		
3-4	24	47,3	29	52,7		
Düşük/küretaj olma durumu						
Var	55	38,5	88	61,5	0,01	1,000
Yok	218	38,9	342	61,1		
Gebelik sayısı						
İlk	84	34,4	160	65,6	4,32	0,229
2	98	43,8	126	56,2		
3	55	38,2	89	61,8		
4	36	39,6	55	60,4		
Son doğum şekli						
İlk gebelik	84	34,4	160	65,6	4,76	,190
Normal doğum	95	39,2	146	60,8		
Sezaryen doğum	79	44,9	98	55,1		
İlk gebelik düşük/kürtaj	15	37,2	26	62,8		
Gebelik haftası						
28-32 hafta arası	62	41,6	87	58,4	1,09	0,578
33-37 hafta arası	131	37,0	223	63,0		
38-42 hafta arası	80	40,0	120	60,0		
Düşük tehlikesi yaşama durumu						
Yaşayan	76	42,2	104	57,8	1,17	0,288
Yaşamayan	197	37,7	326	62,3		
Gebeliğin planlı olma durumu						
Planlı	208	38,6	331	61,4	0,05	0,855
Plansız	65	39,6	99	60,4		

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre konstipasyon olma durumları incelendiğinde; yaşayan çocuğu olmayan gebelerin %35,1'inin, bir tane yaşayan çocuğu olanların %44,2'sinin, iki yaşayan çocuğu olanların %33,6'sının ve üç-dört yaşayan çocuğu olanların ise %47,3'ünün konstipasyon yaşadığı ancak yaşayan çocuk sayısının gebelerin konstipasyon yaşamalarını istatistiksel düzeyde etkilemediği bulunmuştur (p=0,110). Daha önce düşük/küretajı olmayanların (%38,9) bu gebeliğinde düşük tehlikesi yaşayanların (%42,2) ve plansız gebe kalanların (%39,6) daha yüksek oranda konstipasyon yaşadıkları saptanmıştır. Ancak daha önce düşük/küretaj yaşama durumunun, bu gebeliğinde düşük

tehlikesi yaşamının ve gebeliğin planlı olup olmamasının konstipasyon yaşama durumunu istatistiksel düzeyde etkilemediği bulunmuştur (sırasıyla $p=1,000$; $p=0,288$; $p=0,855$).

İkinci gebeliği olanların (%43,8) daha yüksek oranda, ilk gebeliği olanların da en düşük oranda konstipasyon yaşadıkları bulunmuş olup gebelik sayısı gebelerin konstipasyon olmasını etkilememektedir ($p=0,229$). Son doğumu sezaryen olanlarda (%44,9) konstipasyon diğer gruplara oranla daha fazla görülmekte olup doğum şekli ile konstipasyon olma durumu arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ($p=0,190$). 28-32. gebelik haftalarında olan gebelerin %41,6'ı, 33-37. Haftalarında olanların %37'si ve 38-42. Haftalarında olanların %40'ının konstipasyon yaşadığı ve gebelik haftasının konstipasyon yaşama durumunu etkilemediği bulunmuştur ($p=0,578$), (Tablo 15).

Tablo 16. Gebelerin Genel Sağlık Özelliklerine Göre Konstipasyon Yaşama Durumları

Genel Sağlık Özellikleri	Konstipasyon olan		Konstipasyon olmayan		X ²	p
	n	%	n	%		
Ameliyat olma durumu	104	45,0	127	55,0	5,54	0,012
Olan						
Olmayan	169	35,8	303	64,2		
Sigara kullanma durumu					0,22	0,637
Kullanan	35	41,2	50	58,8		
Kullanmayan	238	38,5	380	61,5		
Demir ilacı kullanma durumu					4,68	0,096
Düzenli kullanan	156	42,6	210	57,4		
Düzensiz kullanan	82	35,2	151	64,8		
Kullanmayan	35	33,7	69	66,3		
Tüketilen ekmek çeşidi					0,55	0,601
Beyaz	203	39,5	311	60,5		
Diğer	70	37	119	63		
Günlük sıvı tüketimi					14,07	0,050
1-2 litre	144	50,0	203	49,9		
2,5-3,5 litre	95	29,3	182	70,7		
4-5 litre	34	40,2	45	59,7		
Gebelikte stres yaşama durumu					4,14	0,247
Hiçbir zaman	59	35,1	109	64,9		
Bazen	155	38,4	249	61,6		
Sık sık	47	43,1	62	56,9		
Sürekli	12	54,5	10	45,5		
Genel yaşam tarzı					1,48	0,246
Aktif	130	36,6	225	63,4		
Sedanter	143	41,1	205	58,9		

Gebelerin genel sağlıklarına ilişkin özelliklerine göre konstipasyon yaşama durumları incelendiğinde; ameliyat olan gebelerin (%45), ameliyat olmayanlara (%35,8) oranla daha sık konstipasyon yaşadığı ve ameliyat olma durumunun konstipasyon yaşama durumunu etkilediği ve bunun istatikselsel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,012$). Gebelik döneminde sigara kullananların (%41,2) kullanmayanlara göre (%38,5) ve sedanter yaşam sürenlerin (%41,1) aktif yaşam sürenlere göre (%36,6) daha yüksek oranda konstipasyon yaşadığı bulunmuştur. Ancak sigara kullanımı ve genel yaşam tarzının konstipasyon yaşama durumunu etkilemediği bulunmuştur (sırasıyla $p=0,637$ ve $p=0,246$). Konstipasyon yaşama durumu demir ilacını düzenli kullananlarda %42,6, düzensiz kullananlarda %35,2 ve hiç kullanmayanlarda %33,7 oranında görülmektedir. Yapılan istatistiksel analizde demir ilacı kullanma durumunun gebelikte konstipasyon olmayı etkilemediği bulunmuştur ($p=0,096$).

Beyaz ekmek tüketenlerin %39,5'inin ve beyaz ekmek dışında farklı türde ekmek tüketenlerin %37'sinin konstipasyon sorunu yaşadığı görülmekte olup tüketilen ekmek çeşidi ile konstipasyon arasında yapılan istatikselsel analizde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,462$). Günlük sıvı tüketimi 1-2 litre olanlarda (%50,0) konstipasyon en yüksek görülürken günlük sıvı tüketimi 2,5-3,5 litre olanlarda (%29,3) konstipasyon görülme oranı en azdır. Yapılan istatikselsel analizde günlük sıvı tüketiminin konstipasyona etkisi sınırdadır bulunmuştur ($p=0,050$). Gebelik döneminde stres yaşama durumlarına göre konstipasyon olma durumları incelendiğinde sürekli stres yaşadığını belirtenlerde %54,5, sık sık stres yaşarım diyenlerde %43,1, bazen stres yaşarım diyenlerde %38,4 ve hiçbir zaman stres yaşamıyorum diyenlerde %35,1 oranında konstipasyon saptanmıştır. Stres yaşama sıklığı arttıkça konstipasyon olma oranının arttığı saptanmış olmasına rağmen stres durumunun konstipasyonu etkilemediği bulunmuştur ($p=0,247$), (Tablo 16).

Tablo 17. Gebelerin Gebelik Dönemlerinde Sağlık Sorunu Yaşama Durumlarına Göre Konstipasyon Olma Durumları (n=703)

Sağlık Sorunu Yaşama Durumu	Konstipasyon olan		Konstiasyone olmayan		X ²	p
	n	%	n	%		
Yaşayan	239	40,9	346	59,1	5,99	0,017
Yaşamayan	34	28,8	84	71,2		

Gebelik döneminde sağlık sorunu yaşama durumlarına göre konstipasyon olma durumları incelendiğinde; sağlık sorunu yaşayanlarda (%40,9), sorun yaşamayanlara (%28,8) göre daha yüksek oranda konstipasyon görüldüğü bulunmuş olup fark istatistiksel olarakta anlamlı bulunmuştur (p=0,017), (Tablo 17).

Tablo 18. Gebelerin Defekasyon Alışkanlıkları, Gebe Kalmadan Önceki Konstipasyon Olmalarına (*kendi ifadelerine göre*) Göre Konstipasyon Yaşama Durumları (n=703)

Değişkenler	Konstipasyon olan		Konstipasyon olmayan		X ²	p
	n	%	n	%		
Defekasyon alışkanlıkları						
Büyük abdestini bekletmeyen	245	37,3	412	62,7	10,06	0,003
Büyük abdestini bekleten	28	60,9	18	39,1		
Gebe kalmadan önce konstipasyon yaşama durumları						
Yaşayan	118	56,5	91	43,5	38,90	0,000
Yaşamayan	155	31,4	339	68,6		

Büyük abdestini bekleten gebelerin (%60,9), büyük abdestini bekletmeyenlere göre (%37,3) daha yüksek oranda konstipasyon sorunu yaşadığı bulunmuş olup bu fark istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur (p=0,003). Gebe kalmadan önce konstipasyon yaşayan gebelerin (kendi ifadelerine göre) %56,5'inin gebeliklerinde de bu sorunun devam ettiği, gebelik öncesi konstipasyon yaşamayanların ise %31,4'ünün gebelik öncesinde konstipasyon yaşamadığı bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde gebelik öncesi konstipasyon yaşama durumunun gebelik esnasında konstipasyon yaşama durumunu ileri düzeyde etkilediği bulunmuştur (p=0,000), (Tablo 18).

4.5. Gebelerin Konstipasyon Yaşama Durumlarının Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

Tablo 19. Gebelerin Yaşam Kalitesi Alan Puan Ortalamaları

Yaşam Kalitesi Alanları	n	Ortalama	Standart		
			Sapma	Minimum	Maksimum
Bedensel Alan	703	11,42	2,03	5,7	17,7
Ruhsal Alan	703	14,47	2,03	6,6	19,3
Sosyal Alan	703	14,38	3,44	4,0	20,0
Çevresel Alan	703	15,30	1,85	7,5	20,0

Gebelerin yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; toplam puan olmayıp her alan için puan ortalamaları sırasıyla bedensel alan 11,42±2,03, ruhsal alan 14,47±2,03, sosyal 14,38±3,44 ve çevresel alan 15,30±1,85 olarak bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo 20. Gebelerin Konstipasyon Yaşama Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Alan Puan Ortalamaları

	n	Bedensel			
		Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan
		Ort.±SS	Ort. ±SS	Ort. ± SS	Ort. ±SS
Konstipasyon yaşayan	273	11,33±2,00	14,23±2,11	14,14±3,32	15,27±1,76
Konstipasyon yaşamayan	430	11,48±2,05	14,61±1,97	14,53±3,51	15,32±1,91
t		-0,923	-2,419	-1,443	-0,296
p		0,356	0,016	0,149	0,767

Konstipasyon yaşayan gebelerin incelendiğinde ölçeğin toplam puanı olmayıp bedensel alan (11,33±2,00), ruhsal alan (14,23±2,11), sosyal alan (14,14±3,32) ve çevresel alan (15,27±1,76) puan ortalamaları konstipasyon yaşamayanlara göre daha düşük (sırasıyla: 11,48±2,05; 14,61±1,97; 14,53±3,51 ve 15,32±1,91) bulunmuş olup gebelikte konstipasyon yaşama durumunun ruhsal alan dışında (p=0,016) gebelerin yaşam kalitelerini etkilemediği bulunmuştur (bedensel alan p=0,356; sosyal alan p= 0,149; çevre alan p=0,767), (Tablo 20).

Tablo 21. Gebelerin Konstipasyon Yaşama Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	Regresyon Katsayıları (B)	S.E.	Wald	df	P Değeri	OR Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
							Alt	Üst
Gebelikte sağlık sorunu yaşama	-,542	0,223	5,411	1	,020	0,582	0,368	0,918
Defekasyon alışkanlıkları	-,853	0,323	6,957	1	,008	0,426	0,226	0,803
Gebe kalmadan önce konstipasyon yaşama	-,986	0,173	32,353	1	,000	0,373	0,266	0,524

C.L: Güven aralığı, OR: Odds Ratio, S.E.:Standart Hata

Gebelerin konstipasyon yaşama durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesinde kullanılan lojistik regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı olan ve açıklayıcılık gücünü arttıran üç tane değişken olduğunu göstermiştir. Bunlar; gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu (OR=0,582; %95 CL=0,368-0,918), defekasyon alışkanlıkları (OR=0,426; %95 CL=0, 226-0,803) ve gebe kalmadan önce konstipasyon yaşama durumu (OR=0,373; %95 CL=0,266-0,524)'dur (Tablo21).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma gebelikte konstipasyon görülme durumunu ve konstipasyonun yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu bölümde araştırmadan elde edilen başlıca bulguların mevcut literatüre göre tartışması sağlanmıştır.

5.1. Gebelerin Konstipasyon Yaşama Durumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Bu çalışmadaki gebelerin çoğunluğu 21-30 yaş arasında olup yaş ortalaması $27,07 \pm 5,39$ olarak bulunmuştur. TNSA-2013 (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) verilerine göre doğurganlığın en yüksek olduğu yaş grubu 25-29 yaş grubudur. Sonuçlar, TNSA verileri ile benzer bulunmuş olup gebelerin yaş ortalamasının ideal doğum yapma yaş ortalamasında olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda gebelerin yaşı arttıkça konstipasyon görülme oranı da artmıştır. Ancak bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Babadağlı (2008)'nın İzmit ilinde gebelik yaşının gebelikte fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisini değerlendirdiği çalışmasında 15-18 yaş arası gebeler ile 35 yaş ve üzeri gebeler karşılaştırılmıştır. Çalışmada ikinci ve üçüncü trimester dönemde ki rahatsızlıkları değerlendirdiğinde konstipasyonun 15-18 yaş grubu gebelerde %48 ve 35 yaş üstü gebelerde %52 oranında görüldüğünü tespit etmiş olup bu istatistiksel düzeyde anlamlı olmasada ileri yaş grubundaki gebelerin konstipasyonu daha yüksek oranda yaşadıkları bulunmuştur (Babadağlı, 2008). Benzer şekilde bu çalışmada da gebelikte konstipasyon görülme oranının yaşla birlikte arttığı görülsede yaşın konstipasyon olma durumunu etkilemediği bulunmuştur. Shanghai'de gebelikte konstipasyon sıklığını araştıran bir çalışmada yaş ile birlikte konstipasyon sıklığının arttığı bildirilmiş olup en çok 35 yaş üstü gebelerde konstipasyon görüldüğü bulunmuştur (Shi ve ark, 2015). Literatürde de yaşla birlikte konstipasyon yaşamanın arttığı bildirilmektedir (Higginsin ve ark, 2004; Akpınar, 2007). Çalışmamızın bulguları literatürle paralellik göstermemektedir.

Çalışmamızda gebelerin çoğunluğu ortaokul mezunu olarak tespit edilmiştir. TNSA 2013 verilerine göre kadınların çoğu (%34,6) ilkokul mezunudur. Bu çalışmada literatürdeki çalışmalara oranla eğitim düzeyi biraz daha yüksek bulunmuştur. Shanghai'de gebelikte konstipasyon sıklığını araştıran bir çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe gebelerde konstipasyon görülme oranının arttığı bildirilmiştir (Shi ve ark, 2015). Çalışmamızın bulguları literatür bilgileri ile paralellik göstermemektedir. Ancak sağlıklı bireylerde düşük eğitim

düzeyi konstipasyon için risk faktörü olarak bildirilmektedir (Yurdakul, 2001; Korkmaz ve ark, 2011).

Çalışmada gebelerin büyük çoğunluğu (%83,2) çekirdek aile tipindedir. Çekirdek aile tipinde olan gebelerin konstipasyonu daha yüksek oranda yaşadıkları ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda çekirdek ailede yaşayan gebelerin daha yüksek oranda konstipasyon olmaları gebelerin büyük çoğunluğunun çalışmıyor olması ve ev işleri dışında fazla hareket etmemelerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin büyük çoğunluğunun (%82,4) sosyal güvencesi olup, çoğunluğu gelir getiren bir işte çalışmamaktadır ve gebelerin %44,6'sında gelirini giderinden düşük olarak algıladıkları saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarda bu sonucu desteklemektedir (Altıparmak, 2006; Çitak, 2017). TNSA-2013 verilerine göre kadınların %11'inin sosyal güvencesi olmayıp %69'u gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Bu sonuçlar Türkiye'deki kadınların çoğunun çalışmamasına rağmen eşinin sosyal güvencesinden yararlandığını göstermektedir. Kadınların çalışmaması ailedeki refah seviyesinin düşmesine sebep olabilmektedir. Sağlık sigortası olan gebelerin oranının yüksek olması sağlık bakım ve hizmetlerinden yararlanma açısından oldukça önemlidir. Çalışmamızda sosyal güvencesi olan gebelerin daha yüksek oranda konstipasyon yaşadıkları görülmektedir. Bu da istatistiksel olarak anlamlıdır. Literatürde bununla ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmamızda çalışan ve çalışmayan gebelerde konstipasyon yaşama oranının benzer olduğu bulunmuştur.

Çalışmadaki gebelerin beden kitle indeksleri incelendiğinde gebelik öncesi dönemdeki kilolarına göre yarıya yakının normal kilolu olduğu bulunmuştur. Malatya il merkezinde gebelerin beslenme durumlarının incelenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada da gebelerin %68,3'ü normal kilolu olarak bildirilmiştir (İrge ve ark, 2005). Ankara'da yapılan başka bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuş olup gebelerin %60,3'ü gebelik öncesi dönemde normal kilolu olarak bulunmuştur (Akgün, 2013). Çalışmamızda gebelerin BKİ'ne ilişkin bulguları bu çalışma bulgularından daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda BKİ değeri arttıkça gebelerde konstipasyon görülme oranı artmıştır. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Shanghai'de gebelikte konstipasyon sıklığı araştıran bir çalışmada BKİ değeri arttıkça konstipasyon oranında arttığı bildirilmiştir (Shi ve ark, 2015). Başka bir çalışmada da BKİ'nin konstipasyonu etkilediği yönündedir (Bimba ve ark, 2017). Bizim bulgularımız bu çalışmalarla paralellik göstermemektedir.

Gebelerin yaşayan çocuk sayısı ortalaması $0,93 \pm 0,99$ ve gebelik sayısı ortalaması $2,11 \pm 1,02$ 'dir. TNSA-2013 verilerine göre yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1,60'dır. Çocuk

sayısı ortalaması Türkiye genelinden düşük bulunmuştur. Çalışmamızda gebelerin obstetrik özelliklerinin konstipasyon yaşama durumunu etkilemediği bulunmuştur. Güneybatı Nijerya'da gebelerle yapılan bir çalışmada konstipasyonun en çok ilk gebeliklerde görüldüğü ancak gebelik sayısı ile konstipasyon arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (Jemilohun ve ark, 2015). Literatür ile çalışmamız paralellik göstermektedir.

Çalışmadaki gebelerde normal doğum oranı sezaryen doğum oranından daha yüksek bulunmuştur. Sezaryen oranları düşük bulunsa da DSÖ'nün önerdiği %15 oranından yüksektir. Türkiye genelinde de sezaryen oranları yüksektir (%48) (TNSA, 2013). Son doğumunu sezaryenle yaptığını belirten gebelerde konstipsyon yaşama sorunu daha yüksek bulunmuş olup doğum şeklinin bu gebelikte konstipasyon yaşama durumunu etkilememektedir. Çalışmaya 28. gebelik haftasını tamamlayan gebeler alınmış olup gebelerin gebelik haftalarının buldukları haftalarda konstipasyon yaşama durumunu etkilemediği tespit edilmiştir. Çalışmada gebelerin obstetrik özelliklerinin konstipasyon yaşama durumunu etkilemediği saptanmıştır.

Çalışmamızda gebelik öncesi dönemlerde herhangi bir nedenle ameliyat olduğunu belirten gebelerin konstipasyon yaşama oranı daha yüksek olup ameliyat olmanın konstipasyon sorunu yaşamayı arttırdığı saptanmıştır. Literatürde de yakın zamanda ameliyat olan insanların bağırsak boşaltım sorunlarını daha sık yaşadıkları belirtilmektedir (Büyükyılmaz ve Şendir, 2009). Çalışmamızın bulguları literatürle paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin %12,1'i sigara kullanmaktadır. Gebelikte sigara kullanımı İstanbul'da yapılan iki çalışmada %11,7 (Arabacıoğlu, 2012) ve %11,9 (Tarhan, 2016), Ankara'da ise %8,9 olarak bulunmuştur (Akgün, 2013). Çalışma bulgularımız yapılan bu çalışma sonuçlarına benzer bulunmuştur. Gebelikte sigara kullanımının çalışmamızda ve bu çalışmalarda azımsanmayacak bir oranda olması gebelerin bu konuda yeterince bilgi sahibi olmadıklarını göstermektedir. Çalışmamızda istatistiksel düzeyde olmasa da sigara kullanan gebelerde konstipasyon oranı daha yüksek bulunmuştur. Kız öğrencilerde konstipasyon sıklığını ve yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilişkisini değerlendiren çalışmada sigara kullanımının konstipasyonu etkilemediği bulunmuştur (Karatay ve Baş, 2018). Aynı şekilde sağlıklı genç bireylerde konstipasyon sorununun belirlenmesi amacıyla yapılan çalışma da sigara kullanımının konstipasyonu etkilemediği saptanmıştır (Uysal ve ark, 2010). Literatür bilgileri bizim çalışmamızla paralel bulunmuştur.

Gebelerin çoğu gebelik döneminde demir ilacı kullanmaktadır. Demir ilacı kullananların çoğunluğu düzenli olarak tüketmektedir. Düzenli kullananlar düzensiz kullananlara göre ve düzensiz kullananlarda hiç kullanmayanlara göre daha fazla konstipe

olmaktadır. Ancak bu fark anlamlı değildir. Literatürde gebelikte demir kullanımının konstipasyonu tetiklediğine dair çalışmalar bulunmaktadır (Welsh, 2005; Bradley ve ark, 2007; Longo ve ark, 2010). TNSA-2013 verilerine göre gebelikte demir kullanım oranı %86'dır. Çalışmamız TNSA-2013 verileri ile benzer bulunmuştur. Ülke genelinde demir prepatı kullanımının yaygın olması kadınların demir eksikliği anemisi oranının yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Konstipasyon yönetiminde beslenme önemli bir yer tutmaktadır. Liften zengin beslenme konstipasyonun giderilmesinde etkili bir yöntemdir. Konstipasyonu önleyen bir diyet, yeterli enerji ve sağlıklı bir yaşam için tüm besin öğelerini ve posayı içermelidir (Vardar, 2015). Çalışmamızda gebelerin çoğunluğu beyaz ekmek tüketmektedir. Konstipasyon beyaz ekmek tüketenlerde daha fazla görülmektedir. İstatiksel anlamda tüketilen ekmek çeşidi ile konstipasyon arasında ilişki bulunmamıştır.

Çalışmada gebelerin yaklaşık yarısı 1-2 litre sıvı tüketirken %11,2'sinin günlük 4-5 litre sıvı tükettiği bulunmuştur. Konstipasyon yaşayan gebelerde günlük sıvı tüketimi 2.5-3 litre olması gerektiği bildirilmiş olup sıvının az tüketimi sağlık sorunlarına yol açabileceği gibi fazla tüketilmeside böbrek sorunlarına neden olabilmektedir (Taşkın, 2014). Çalışmamızda günlük 4-5 litre sıvı tükettiğini belirten gebelerin tükettikleri sıvı miktarını yanlış yorumlamadan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Günlük 1-2 litre sıvı tüketenlerin yarısının konstipasyon sorunu yaşadığı ancak sıvı tüketiminin konstipasyon olma durumunu istatistiksel düzeyde etkilemediği bulunmuştur. Literatürde sıvı alımının konstipasyonla ilişkisi tartışmalıdır. Bimba ve ark (2017)'in çalışmasında yetersiz sıvı alımının konstipasyona neden olduğu bulunurken; Bradley ve ark (2007)'in, Yurdakul (2001)'un ve Bengi ve ark (2014)'in çalışmasında yetersiz sıvı alımının konstipasyon ile ilişkisi bulunmamıştır. Derbyshire ve ark (2006)'in çalışmasında sadece birinci trimesterde sıvı alımıyla konstipasyon arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş olup, az sıvı alan gebelerde daha fazla konstipasyon görüldüğü belirtilmiştir. Bu fark diğer trimesterlerde anlamlı bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda sıvı tüketimi ile konstipasyon arasında ilişki sınırdan saptanmıştır.

Çalışmada gebelerin yarıdan fazlası gebeliklerinde bazen stres yaşadığını belirtmiştir. Tarhan (2016)'ın gebelikte sigara kullanımını inceleyen yüksek lisans tezinde gebelerin çoğunun bazen stres yaşadığını saptamıştır. Gebelikte stres yaşama oranı arttıkça konstipasyon oranı paralel olarak artmıştır. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış olup stres yaşama durumu ile konstipasyon arasında ilişki yoktur. Ancak stres

yaşamayla gebelikte konstipasyon görülme durumu arasında ilişki olduğunu belirten çalışmalar vardır (Shi ve ark, 2015).

Gebelerin genel yaşamlarını aktif ya da sedanter biçimde sürdürme oranları birbirine çok yakın bulunmuş olup yaşam tarzlarının konstipasyonu etkilemediği tespit edilmiştir. Genel olarak sedanter yaşam sürenlerde konstipasyon daha sık görülmektedir. Literatürde gebelerde sedanter yaşam tarzının konstipasyon riskini artırdığı bildirilmektedir (Penn, 2005; Lindberg ve ark, 2011). Ancak, Derbyshire ve ark (2006)'ın gebelerde yaptıkları çalışmada yaşam tarzının konstipasyonu etkilemediği bulunmuştur. Çalışmamızın bulguları bu çalışmaya benzerdir.

Gebelerin büyük çoğunluğunun gebeliklerinde genel sağlığını etkileyebilecek herhangi bir sağlık sorunu yaşadığı, sağlık sorunu yaşayanların daha yüksek oranda konstipasyon yaşadıkları bulunmuştur. Gebelikte yaşanan sorunların başında bulantı-kusma gelirken bunu sırasıyla sırt ağrısı, halsizlik, baş ağrısı-dönmesi ve bel ağrısı takip etmektedir. Yurt dışında gebelikte GIS bozukluklarını araştırmak için yapılan çalışmada bulantı ve kusma en sık görülen sorun olup konstipasyon görülme oranı %20,7 olarak bildirilmiştir (Jemilohun ve ark, 2015). Tarhan (2016)'ın gebelikte sigara kullanımını inceleyen yüksek lisans tezinde gebelerin yarısından fazlasının gebeliklerinde sağlık sorunu yaşadığı bildirilmiştir. Manisa'da gebe kadınların fiziksel sorunlarını inceleyen çalışmada en çok yaşanan sağlık sorunları sırasıyla sık idrara çıkma (%88,9), yorgunluk (%88,9) ve bulantı kusma (%72,2) olarak bildirilmiştir (Yanikkerem ve ark, 2006). Gebelerin yaşadıkları sağlık sorunları sıralaması değişse de benzer sağlık sorunları yaşadıkları bulunmuştur.

Gebelerin hemen hemen tamamı büyük abdestlerini bekletmeden tuvalete gittiklerini belirtmiştir. Büyük abdestini bekletenler de konstipasyon daha sık görülüp bu fark istatistiksel olarakta anlamlı bulunmuştur. Demirbaş (2010)'ın çalışmasında kişinin defekasyon hissini baskılamasının basit konstipasyona neden olduğunu bulmuştur.

Çalışmada gebelerin çoğunluğu gebelikten önce konstipasyon yaşamadığını belirtmiş olup gebelikten önce konstipasyon yaşayan gebelerin yaşamayanlara göre gebelikte daha fazla oranda konstipasyon yaşadığı bulunmuştur. Gebelikten önce konstipasyon yaşamamanın gebelikte konstipasyonu arttırdığı tespit edilmiş olup bu da istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmuştur. Öncesinden zaten mevcut olan konstipasyon gebelikte progesteronun etkisiyle ve azalan motiliteyle birlikte dahada tetiklendiği düşünülmektedir. Gebelikte artan progesteron hormonun düz kaslara yaptığı gevşetici etkiden dolayı bağırsak peristaltizmi azalmış olduğu için konstipasyon yaşanmaktadır (Taşkın, 2014). Literatürde de gebelik

öncesi konstipasyon yaşayan gebelerde daha yüksek oranda konstipasyon yaşadıkları mevcuttur (Shi ve ark, 2015; Bimba ve ark, 2017).

Çalışmada gebelerin kendi ifadelerine göre konstipasyon yaşamaları incelendiğinde %44,4'ü konstipasyon yaşadığını bildirmiştir. Çitak (2017)'ın Tokat'ta gebelerde yaptığı çalışmada gebelerin kendi algılarına göre konstipasyon yaşamaları gebelik öncesinde %28 ve gebelik döneminde %47 olarak tespit edilmiş olup gebelik öncesi ile karşılaştırıldığında, konstipasyonu olan olgu sayısının gebelikte anlamlı şekilde arttığı bulunmuştur.

Bu çalışmada 'Gebelikte Konstipasyon Tanısı İçin Basitleştirilmiş Kriterler' kullanılmıştır. Bu tanıma göre haftada üçten daha az sayıda dışkılama ile birlikte sert dışkılama ve/veya tam boşalmama hissi olan kadınlara konstipasyon tanısı koyulmuş olup bu kriterlere göre gebelerin %38,8'i konstipe olarak tespit edilmiştir. Yurt dışında gebelikte yaşanan gastrointestinal sistem rahatsızlıkları üzerine yapılan bir çalışmada konstipasyon oranı %6,7 olarak bildirilmiştir (Audu ve Mustapha, 2007). Güney Asya'da gebelikte GIS yakınmalarını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada gebelikte konstipasyon oranı %24,5 olarak tespit edilmiştir (Sharma ve ark, 2014). Verghese ve ark (2015) çalışmasında gebelikte konstipasyon görülme oranının %38 olarak bulmuşlardır (Roma III Tanı Kriterleri kullanılmıştır). Kılıçarslan (2008)'ın Edirne şehir merkezinde son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, gebelerin %47,1'i gebeliklerinin herhangi bir döneminde konstipasyon yaşadığını bildirmiştir. İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinde yapılan çalışmada gebelerin %37,5'i konstipe olarak bildirilmiştir (Özkan ve Arslan, 2007). Özçelik ve Karaçam (2014)'ın Aydın'da gebelikte yaşanan sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada konstipasyon oranı %13,3 olarak bulmuştur. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda gebelerde konstipasyon sorununun farklı oranlarda bulunmasının nedeni konstipasyonun farklı veri toplama ölçekleri/sorularıyla değerlendirilmiş olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bu sonuçlara göre gebelikte konstipasyon yaşama durumunun yaygın bir sorun olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin en yüksek oranda (%41,7) konstipasyonu 13-28. haftalarda yaşadıkları bulunmuş olup, gebelik haftasının konstipasyona etkisi sınırdadır bulunmuştur. Güney Asya'da yapılan çalışmada ise konstipasyonun en çok üçüncü trimesterde yaşandığı bulunmuştur (Sharma ve ark, 2014). Derbyshire ve ark (2006)'nın çalışmasında da konstipasyon en çok ikinci trimesterde görüldüğü bulunmuştur. Araştırma bulgularımız bu çalışma bulgularıyla benzerdir.

Gebelerin büyük çoğunluğunun gebeliklerinde yaşadığı konstipasyon şikâyetinden dolayı sağlık kurumlarına başvuruda bulunmadığı tespit edilmiştir. Başvuranların ise büyük çoğunluğu ilk 12 hafta içinde sağlık kurumlarına başvuruda bulunmuştur. Çalışmada konstipasyon yaşayan gebelerin sadece %17,9'unun konstipasyon için doktora gitmenin dışında sorunlarına çözüm üretmek için kendi kendilerine birtakım girişimlerde buldukları tespit edilmiştir. Yapılan girişimlerin başında ise kuru kayısı/incir yemek ve bol sıvı tüketmek gelmektedir. Literatürde sıvı alımının artırılması ve lifli beslenmeyle konstipasyonun giderileceği belirtilmektedir (Longo ve ark, 2010). Gebelerin sorunlarını çözmek için yaptıkları uygulamaların literatürde konstipasyonu önlemek için önerilen girişimler olması sevindiricidir (Taşkın, 2014). Gebelerin çoğunluğunun konstipasyon için sağlık kurumlarına başvurmamaları ya da herhangi bir girişimde bulunmamalarının nedeni gebelerin konstipasyonu ciddi sağlık sorunu olarak görmemelerinden ve konstipasyonu olağan kabul etmelerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

5.2. Gebelerin Yaşam Kaliteleri ve Konstipasyon Yaşama Durumlarının Yaşam Kalitesi İle İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmada gebelerin yaşam kaliteleri incelendiğinde, en yüksek puanın çevre alt alanına ait olduğu bulunmuştur. Bunu sırasıyla, ruhsal, sosyal ve bedensel alan takip etmektedir. Manisa'da 15-49 yaş gebelerin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada gebelerin yaşam kalitesi puanları en yüksek sosyal alanda daha sonra sırasıyla bedensel, ruhsal ve çevre alanları olduğu bulunmuştur (Altıparmak ve Eser, 2007). İstanbul'da yapılan çalışmada ise gebelerin en yüksek ruhsal alan puanları en düşük bedensel alan puanları bulunmuştur (Arabacıoğlu, 2012). Kılıçarslan (2008)'ın Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerle yaptığı çalışmada ise sosyal alan puanı en yüksek bedensel alan puanı en düşük bulunmuştur. Çalışmalarda gebelerin yaşam kaliteleri alanlarında çıkan bu farklılıkların yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan ölçeklerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Konstipasyon yaşayan gebelerin çevre, sosyal, ruhsal ve bedensel alan puan ortalamaları konstipasyon yaşamayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Ancak bu fark ruhsal alan dışında ($p=0,016$) diğer yaşam kalitesi alanlarında anlamlı bulunmamıştır ($p>0,005$). Konstipasyonun yaşam kalitesini düşürdüğü ile ilgili bulgular literatürde mevcuttur (Dennison ve ark, 2005; Uysal ve ark, 2010; Makvendi ve Kermani, 2012; Mousavi ve ark,

2016). Higginsin ve Johanson (2004)'un Amerika'da konstipasyonun görülme durumunu ölçmek için yaptıkları çalışmada konstipasyon yaşayanların yaşam kalitesini konstipasyon yaşamayanlara göre daha düşük bulmuştur. Irvine ve ark (2002) konstipasyon hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesini yapmış oldukları çalışmalarında, konstipasyonun sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalmaya neden olduğunu bildirmişlerdir. Dedeli ve ark (2007)'nin İzmir'de konstipasyonlu hastalarda yaptığı çalışmasında konstipasyonun yaşam kalitesini anlamlı derecede düşürdüğünü bulmuştur. Johanson ve ark (2014)'in gebelerde konstipasyonun yaşam kalitesine etkisini ölçmek için yapmış olduğu çalışmada konstipasyonun yaşam kalitesini etkileme oranını düşük olarak tespit etmiştir ancak konstipasyonu olmayan gebelerin konstipasyonu olan gebelere oranla yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamızın bulguları bu çalışmayla paraleldir.

5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırmada kullanılan veriler gebelerin öz bildirimlerine göre doldurulmuş olduğu için veriler sadece araştırmaya katılan gebeleri temsil etmektedir. Çalışma, sadece bir hastanede yapılmış olmasından dolayı diğer merkezlere genellenemez. Ayrıca veri toplama esnasında NST polikliniğinde sağlık çalışanlarının, stajyerlerin ve diğer gebelerin bulunması gebelerle olan iletişimi zorlaştırmıştır. Gebelerin genel olarak eğitim düzeylerinin düşük olması kendi algılarına göre olan sorulara abartılı cevaplar vermeleri araştırma verilerinin hesaplanmasında anormalliklere sebep olduğu düşünülmektedir. Araştırmada dışkı kıvamının değerlendirilmesinde Bristol Gaita Skalasının kullanılması daha objektif verilerin alınmasını sağlayabilirdi.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gebelikte konstipasyon görülme durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla 703 gebeyle Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi NST polikliniğinde yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

- Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $27,07\pm 5,39$ olup, gebelerin yarıya yakını ortaokul mezunudur. Gebelerin büyük çoğunluğunun çekirdek aile tipinde ve sosyal güvencesinin olduğu, yine büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğu, yarıya yakınının normal kiloda olduğu bulunmuştur. Gebelerin eşlerinin yarısı 21-30 yaş aralığında, yarıya yakınının ortaokul mezunu ve yarıdan fazlasının işçi olduğu tespit edilmiştir.
- Gebelerin yaşayan çocuk sayısı ortalaması $0,93\pm 0,99$, gebelik sayısı ortalaması $2,11\pm 1,02$ olarak tespit edilmiştir.
- Çalışmadaki gebelerin üçte birinin daha önce ameliyat geçirdiği, büyük çoğunluğunun gebelikte sigara kullanmadığı, yarısının düzenli demir ilacı kullandığı, büyük çoğunluğunun beyaz ekmek tükettiği bulunmuş olup, yarısının günlük 1-2 litre sıvı tükettiği ve yine yarısının yaşam tarzlarını aktif olarak ifade ettikleri bulunmuştur.
- Gebelerin büyük çoğunluğunun gebeliklerinde sağlığını etkileyebilecek sağlık sorunu yaşadığı tespit edilmiştir.
- Gebelerin büyük çoğunluğunun defekasyon hissi geldiğinde büyük abdestlerini bekletmeden tuvalete gittiği, kendi ifadelerine göre üçte birinin gebelik öncesinde konstipasyon yaşadığı ve gebelerin hemen hemen yarısının bu gebeliğinde konstipasyon sorunu yaşadığı bulunmuştur.
- Gebelerin, 'Gebelikte Konstipasyonu Tanısı İçin Basitleştirilmiş Kriterler'e göre %38,8'inin konstipe olduğu bulunmuş olup bu gebelerin hemen hemen yarısının 13-28. haftalarda konstipasyon yaşadığı bulunmuştur.
- Konstipasyonu olan gebelerin çok azının bu sorun için bir sağlık kurumuna başvurduğu ve yine çok azının kendi kendine sorununu çözmek için bir girişimde bulunduğu saptanmıştır.
- Çalışmada, aile tipi ve sosyal güvence varlığının konstipasyonu etkilediği, 31-44 yaş arasındaki gebelerin lise ve dengi okul mezunlarının, çalışan gebelerin gelirini

giderine denk olarak algılayanların ve BKİ'yi obez olanların hemen hemen yarısı konstipasyon yaşamakta olup yaşın, eğitim durumunun, çalışma durumunun, gelir düzeyinin ve BKİ'nin konstipasyon görülme durumunu etkilemediği bulunmuştur.

- Gebelerin obstetrik özelliklerinin gebelikte konstipasyon yaşama durumunu etkilemediği tespit edilmiştir.
- Gebelik öncesi ameliyat geçirme ve gebelikte sağlık sorunu yaşamamanın dışında gebelikte sigara kullanma, demir ilacı kullanma, günlük sıvı tüketimi, tüketilen ekmek çeşidi, gebelikte strese maruz kalma ve yaşam tarzının konstipasyon yaşama durumunu etkilemediği bulunmuştur. Gebelerin büyük abdest alışkanlıkları ve gebelikten önce konstipasyon yaşamamanın gebelikte konstipasyon yaşamayı etkilediği bulunmuştur.
- Çalışmada gebelerin yaşam kalitesi puan ortalamaları en yüksek çevresel alanda olup sırasıyla ruhsal, sosyal ve bedensel alanın geldiği bulunmuştur.
- Konstipasyon yaşayan gebelerin yaşam kaliteleri her alanda yaşamayanlara göre daha düşük bulunmuş olup bu farkın sadece ruhsal alanda istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçlarına ve araştırma süreci boyunca elde edilen deneyimler doğrultusunda;

- Antenatal bakım veren ebeler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları gebelikte görülen rahatsızlıkları ayrıntılı olarak sorgulamaları, gerekli eğitim ve bakımları sağlayarak gebelerin yaşam kalitelerini yükseltmeleri,
- Gebelere konstipasyonun önlenmesi ve tedavisine yönelik beslenme, egzersiz ve sıvı alımı gibi konularda eğitim verilmesi,
- Bu konuda daha geniş popülasyonları kapsayan araştırmaların yapılması, olguların uzun dönemde takip edildiği çalışmaların planlanması ve araştırma sonuçlarının bakıma yansıtılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akgün N. Maternal Beden Kitle İndeksi ve Gebelikte Vücut Ağırlığı Artışı Takibinin Perinatal Sonuçlar İle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013, 76.

Akpınar H. Kronik konstipasyon. *7. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi*, s 21, 10-13 Mart 2011, Bursa.

Altıparmak S, Eser E. 15-49 yaş grubu evli kadınlarda yaşam kalitesi. *Aile ve Toplum* 2007, 9 (3), 29-33.

Altıparmak S. Gebelerde sosyo-demografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006, 5(6), 416-423.

American Gastroenterological Association Institute. American Gastroenterological Association Institute Medical Position Statement on the Use of Gastrointestinal Medications in Pregnancy. *Gastroenterology* 2006, 131, 278–282.

Arabacıoğlu C. Gebelerde Yaşam Kalitesi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2012, 78.

Arslan GG. Yaşlılarda Karına Castor Yağı Kompresi Uygulamanın Konstipasyona Etkisinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2008, 192.

Arslan H, Hisar KM. Kız öğrenci yurdunda yaşayan üniversite öğrencilerinin konstipasyon durumlarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016, 15(4), 330-335.

Audu BM, Mustapha SK. Prevalence of gastrointestinal symptoms in pregnancy. *Nigerian Journal Clinical Practice* 2006, 9(1), 1-6.

Aygün C, Kumbak Aygün B. Gebelik ve konstipasyon. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010, 17(1), 71-75.

Babadağlı B. Gebelik yaşının gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 11(3), 96-105.

Baydur H. Soma Elektrik Üretim Ve Ticaret Anonim Şirketi Tesislerinde Çalışan İşçilerde Bazı Sosyodemografik Faktörlerle Yaşam Kalitesinin İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa 2001, 186.

Bellini M, Gambaccini D, Salvadori S, Tosetti C, Urbano MT, Costa F, Monicella P, Mumola MG, Ricchiuti A, Bortoli ND, Marchi S. Management of chronic constipation in general practice. *Tech Coloproctol* 2013, 18(6), 543-9.

- Belsey J, Greenfield SM, Candy D, Geraint M.** Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. *Alimentary Pharmacology and Therapeutic* 2011, 6, 1-31.
- Bengi G.** Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme Ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türk Toplumunu İçin Geçerlik Ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir 2012, 117.
- Bengi G, Yalçın M, Akpınar H.** Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji* 2014, 18 (1), 72-88.
- Bimba D, Patil G, Shridevi AS, Praveena SN, Asha B, Mandava S, Reddy H.** Prevalence of constipation in pregnancy- A prospective study at a tertiary care hospital. *Journal of Gynecology* 2017, 1(2), 1-11.
- Bradley CS, Kennedy CM, Turcea AM, Rao SC, Nygaard IE.** Constipation in pregnancy prevalence, symptoms, and risk factors. *American Collage of Obstetrics and Gynecology* 2007, 110(6), 1351-1357.
- Büyükyılmaz F, Şendir M.** Cerrahi hastalarında barsak boşaltımı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı. 76. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009, 2(1), 74-81.
- Carr AJ, Gibson B, Robinson PG.** Measuring of life is quality of life determined by expectations or experience. *British Medical Journal* 2001, 322, 1240-1243.
- Christie JA, Rose MD, Rose S.** Pregnancy in gastrointestinal disorders. *American College of Gastroenterology* 2007, 35, 4-76.
- Cullen G, O'Donoghue D.** Constipation and pregnancy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007, 21(5), 807-18.
- Çetinkaya H, Özkan H, Bektaş M.** Ankara' nın değişik kesimlerinde konstipasyon prevalansı ve demografik özelliklerin konstipasyon ile ilişkisi. *Türk Journal of Gastroenterol* 2000, 95, 901-905.
- Çitak G.** Gebelikte Üriner İnkontinans ve Etkileyen Faktörlerin Tanımlanması. Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tokat 2017, 88.
- De Lillo AR, Rose S.** Functional bowel disorders in the geriatric patient: constipation, fecal impaction and fecal incontinence. *Am Journal of Gastroenterol* 2000, 95(4), 901-5.
- Dedeli Ö, Turan İ, Fadiloğlu Ç, Bor S.** Konstipasyon yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *MN Dahili Tıp Bilimleri* 2007, 2(1), 36-43.
- Demirbaş S.** Kronik kabızlık nedenleri, tanı yöntemleri ve tedavi yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi* 2010, 52, 61-68.

- Dener, C.** Genel Cerrahi. Kelebek Matbaacılık, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2006, 296-304.
- Dennison C, Prasad M, Lloyd A, Bhattacharyya SK, Dhawan R, Coyne K.** The health-related quality of life and economic burden of constipation. *Pharmacoeconomics* 2005, 23(5), 461-476.
- Derbyshire E, Davies J, Costarelli V, Dettmar P.** Diet, physical inactivity and the prevalence of constipation throughout and after pregnancy. *Maternal and Child Nutrition*, 2006, 2, 127-134.
- Derbyshire E, Davies J, Dettmar P.** Changes in bowel function: Pregnancy and the puerperium. *Dig Dis Sci* 2007, 52, 324–328.
- Ekçi B, Tanrıöver Ö, İzbirak G, Gökçe Ö.** Birinci basamakta hemoroid hastalığına pratik yaklaşım. *Türk Aile Hekimleri* 2009, 13(2), 87-92.
- Erdoğan F, Soyuer F, Şenol V, Arman F.** Epilepsi hastalarında yorgunluğun yaşam kalitesine etkisi. *Epilepsi* 2006, 12(1), 21-26.
- Ersan Y, Yavuz N, Kuşaslan R, Çiçek Y, Ergüney S.** Kronik anal fissür olgularında cerrahi tedavi. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 2005, 36(4), 213-217.
- Eser E, Fidaner H, Fidaner C ve Elbi H, Eser SY.** Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOOL-BREF. *3P Dergisi* 1999, 7, 23-40.
- Fatemah A, Azam B, Nahid M.** Quality of life in pregnant women results of a study from kashan, Iran. *Pakistan Journal of Medical Sciences Online* 2010, 26(3), 692-697.
- Gürşen C.** Kronik konstipasyonu olan bireylerde konnektif doku masajının etkisi, Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013, 89.
- Higgins P, Johanson J.** Epidemiology of constipation in North America: A systematic review. *Am Journal Gastroenterol* 2004, 99, 750–759.
- İnce M, Remzi FH.** Kronik konstipasyon ve diyet. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011, 10(1), 71-76.
- İrge E, Timur S, Zincir H, Oltuluoğlu H, Dursun S.** Gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2005, 14(7), 157-160.
- Irvine EJ, Ferrazzi S, Pare P.** Health-related quality of life in functional GI disorders: Focus on constipation and resource utilization. *American Journal of Gastroenterology* 2002, 97(8), 1986-93.
- Jemilohun AC, Fasonu AO, Tijani AM, Stanley OG.** Prevalence of gastrointestinal symptoms and related drug use among pregnant women of South-Western Nigeria.

International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology 2015, 4(5), 1464-1470.

Johanson P, Mount K, Graziona S. Functional bowel disordersin pregnancy: Effect on quality of life, evaluation and menagement. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014, 93(9), 874-9.

Kaboli SA, Pourhoseingholi MA, Dehkordi BM, Saface A, Habibi M, Pourhoseingholi A, Vahedi M. Factors associated with functional constipation in Iranian adults: A population-Based study. *Gastroenterology and Hepatology From Bed to Bench* 2010, 3(2), 83-90

Kadayıfçı A, Sivri B. Gebelik ve gastrointestinal sistem hastalıkları. *Türk Journal of Gastroenterol* 1996, 7, 264-272.

Karahan S. Yanık hastasının yaşam kalitesinin bakım verenin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi ile ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ankara 2016, 105.

Karatay G, Baş NG. Kız öğrencilerde konstipasyon prevalansı ve yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2018, 5(1), 29-38.

Kaya N, Turan N. Konstipasyon ciddiyet ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2011, 31(6), 1491-501.

Khaikin M, Wexner SD. Treatment strategies in obstructed defecation and fecal incontinence. *World Journal Gastroenterol* 2006, 12(20), 3160-3173.

Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Edirne 2008, 101.

Kodaz ND. Gebelikte Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2013, 72.

Koltarla S. Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi İstanbul 2008, 63.

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

Kuncharapu I, Majeroni BA, Johnson DW. Pelvic organ prolapse. *Am Fam Physician* 2010, 81(9), 1111-7.

Lembo A, Camilleri MD, Camilleri M. Chronic constipation. *The New England Journal Of Medicine* 2003, 349(14), 1360-1368.

Leung L, Riutta T, Kotecba J, Rosser W. Chronic constipation: An evidence-based review. *JABEM* 2011, 24(4), 436-451.

- Lewis SJ, Heaton KW.** Stool form scale as ausefel guide to intestinal transit time. *Scandinavian Journal of Gasroenterol* 1997, 32, 920-924.
- Lindberg G, Hamid S, Malfertheiner P.** Constipation: A global perspective. *Journal of Clinical Gastroenterogy* 2011, 45(6), 483-487.
- Longstreth G, Thompson G, Chey W.** Functionale bowel disorders. *Gastroenterology* 2006, 130(5), 1480-1491.
- Longo SA, Moore RC, Canzoneri BJ, Robichaux A.** Gastrointestinal conditions during pregnancy. *Clin Colon Rectal Surg* 2010, 23(2), 80–89.
- Mahadevan U, Kane S.** American gastroenterological association institute medical position statement on the use of gastrointestinal medications in pregnancy. *Gastroenterology* 2006, 131(1), 278–82.
- Makvandi, S, Kermani, A.E.** Quality of life of pregnant women referred to health centers in Izeh. *Journal Kermanshah University of Medical Sciens* 2012, 16(1), 37-42.
- Mirghafourvand M, Rad AH, Charandabi SMA, Fardiazar Z, Shokri K.** The effect of probiotic yogurt on constipation in pregnant women: A randomized controlled clinical trial. *Iran Red Crescent Medical Journal* 2016, 18(11), e39870.
- Mousavi S, Yazdanpanah A, Ası IM.** Comparing quality of life (qol) during pregnancy among pregnant women referring to public or private hospitals. *International Journal of Current Microbiology and Applied Sciences* 2016, 5(11), 618-622.
- Mulak A, Tache Y, Larauche M.** Sex hormones in the modulation of irritable bowel syndrome. *World Journal Gastroenterol* 2014, 20(10), 2433–48.
- Müezzinoğlu T.** Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni* 2005, 1, 25-29.
- Öncü K.** Fonksiyonel Konstipasyonlu Hastalarda Dissinerjik Defekasyon Sıklığı Ve Hasta Özelliklerinin Belirlenmesi, Yandal Uzmanlık Tezi, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Gastroenteroloji Servis Şefliği, İstanbul 2007, 89.
- Özçelik G.** Aydın İlinde Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilimdalı, Aydın 2010, 108.
- Özçelik G, Karaçam Z.** Gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*, 2014, 30(30)3, 1-18.

Özdemir ÖÇ, Sürmeli M, Özel A, Yavuz İE, Topçuoğlu A, Ankaralı H. Gebelerde fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 2017, 22 (2), 95-102.

Özkan A, Arslan H. Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2007, 38(4), 155-161.

Öztürk MH. Primer Konstipasyonlu Hastalarda Konstipasyon Ciddiyeti Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep 2015, 134.

Öztürk R, Rao SS. Defecation disordes: An important subgroup of functional constipation, its pathophysiology, evelation and treatment with biofeedback. *The Turkish Journal of Gastroenterology* 2007, 18(3), 139-49.

Pare P, Ferrazzi S, Thompson WG, Irvine EJ. An epidemiological survey of constipation in Canada: Definitions, rates, demographics, and predictors of health care seeking. *Am Journal Gastroenterol* 2001, 96(10), 3130-7.

Penn Z. Gastrointestinal problems in pregnancy. *Women's Health Medicine* 2005, 2(2), 38-39.

Peppas G, Alexiou VG, Mourtzoukou E, Falagas ME. Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: A systematic review. *BMC Gastroenterology* 2008, 8(5), 1-7.

Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2008, 3(18), 141-149.

Pinto Sanchez MI, Bercik P. Epidemiology and burden of chronic constipation. *Can Journal Gastroenterol* 2011, 25(Suppl B), 11B-15B.

Schmidt FM, Santos VL. Prevalence of constipation in the general adult population. *Journal Wound Ostomy Continence Nurse* 2014, 41(1), 70-76.

Savaş MC. Konstipasyon. *Türkiye Tıp Dergisi* 2004, 11(4), 204-216.

Sharma JB, Karmakar D, Aggarwar S, Singhal S, Roy KK, Kumar S. Prevalence of gastro-intestinal symptoms during pregnancy: A questionnaire based study in a tertiary care center of South Asia. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 2014, 3(1), 87-89.

Shi W, Xu X, Zhang Y, Guo Z, Wang J, Wang J, Wang J. Epidemiology and risk factors of functional constipation in pregnant women. *Plos One* 2015, 10(7), 1-10.

Soykan İ. Gebelik ve gastrointestinal sorunlar. 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, s 26, 26-30 Eylül 2003, Antalya.

Steele S, Mellegren A. Constipation and obstructed. *Clinics In Colon And Rectal Surgery* 2007, 20(2), 110-117.

Streuling I, Beyerlein A, Rosenfeld E, Hofmann H, Schulz T, Kries R. Physical activity and gestational weight gain: A meta-analysis of intervention trials. *An Internatiol Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2010, 18(3), 84-278.

Talley NJ. Definitions, epidemiology and impact of chronic constipation. *Reviews in Gastroenterological Disorders* 2004, 4(1), 518-524.

Tarhan P. Gebelikte Sigara Kullanımı ve İlişkili Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilimdalı, İstanbul 2016, 43.

Taşdemir S, Balcı E, Günay G. Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey. *Upsala Journal of Medical Sciences* 2010, 115(7), 275–281.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Akademisyen Kitabevi. Ankara 2014, 874.

The WHOQOL Group. What quality of life. *World Health Forum* 1996, 17, 354-356.

The WHOQOL Group. The World health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* 1998, 46(12), 1569-85.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – BREF 2004.

http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf Erişim tarihi: 03.06.2018.

TNSA (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara. Erişim 04.06.2018, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf

Trottier M, Erebera A, Bozzo P. Treating constipation during pregnancy. *Motherisk Update* 2012, 58, 836-838.

Turan N, Aştı TA. Konstipasyon yönetiminde abdominal masajın önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 18(2), 148-154.

Turan N, Kaya H. Management of constipation in neurosurgery patients postępowanie zaparciami u pacjentow neurochirurgicznych. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing* 2014, 3(2), 81–87.

Turan N, Kaya N, Kaya H, Öztürk A, Eskimez Z, Yalçın N. Hemşirelik öğrencilerinin bazı değişkenler açısından konstipasyon sorunları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2011, 19(3), 168-178.

Türkay C, Aydoğan T, Özden A. Konstipasyon tanım ve epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji* 2005, 9, 48-52.

- Türkay Ö, Saka M.** Konstipasyon ve diyet. *Güncel Gastroenteroloji* 2016, 20(3), 234-269.
- Uysal N, Khorshid L, Eşer İ.** Sağlıklı genç bireylerde konstipasyon sorununun belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010, 9(2), 127-132.
- Uz B, Türkay C, Bavbek N.** Konstipasyon saptanan olgularımızın değerlendirilmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2006, 5(1), 56-59.
- Uzunca, K.** İnmeli hastalarda EMG biofeedback kullanımı. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 2007, 53 (1), 26-29.
- Vardar R.** Kronik idiyopatik konstipasyonda tedavi: Etyopatogenez yol gösterir mi? *Güncel Gastroenteroloji* 2015, 19(2), 79-85.
- Vasanwala FF.** Management of chronic constipation in the elderly. *The Singapore Family Physician* 2009, 135(3), 84-92.
- Vazquez JC.** Constipation, haemorrhoids, and heartburn in pregnancy. *Clinical Evidence* 2010, 8(2), 1-17.
- Vergheze TS, Futaba K, Pallavi V.** Constipation in pregnancy. *The Obstetrician and Gynaecologist* 2015, 17, 111–5.
- Wald A, Scarpignato C, Kam MA, Mueller-lissner S, Helfrich I, Schuijt C, Bubeck J, Limoni C, Petrini O.** The burden of constipation on quality of life: Results of a multinational survey. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 2007, 26, 227-236.
- Welsh A.** Hyperemesis, gastrointestinal and liver disorders in pregnancy. *Current Obstetrics and Gynaecology* 2005, 15(1), 123–131.
- Yanikkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G.** Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi* 2006, 3(10), 35-42.
- Yurdakul İ.** Chronic constipation. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Sempozyum Dizisi. İstanbul: *Cerrahpaşa Tıp Yayınları*, İstanbul 2001, 43-58.

EKLER

Ek 1.

Gebe Tanıtım Formu

Değerli katılımcılar, bu çalışma gebelikte konstipasyon görülme durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve anketleri doldurmanız yaklaşık 10-15 dakikanızı alacaktır. Bize verdiğiniz bilgilerin tamamı **KESİNLİKLE GİZLİ KALACAKTIR**. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten araştırmacıya uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla sorabilirsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Ebe Resmiye KAYA

e-mail: r_1992_k@hotmail.com

Tel: 05446489934

A) DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız? (.....)
2. Gebelikten önceki kilonuz nedir? (.....kg)
3. Gebelikte kaç kilo aldınız? (.....kg)
4. Boyunuz: (.....cm)
5. Eğitim durumunuz nedir?
 1. () Okur-yazar
 2. () İlkokul mezunu
 3. () Ortaokul mezunu
 4. () Lise/dengi okul mezunu
 5. () Üniversite mezunu
 6. () Lisansüstü eğitim mezunu
6. Eşiniz ve çocuklarınız dışında yanınızda yaşayan aile bireyleri var mı?
 1. () Yok
 2. () Var
7. Sosyal güvenceniz var mı?
 1. () Yok
 2. () Var

2. () Mide bulantısı-kusma
3. () Sırt ağrısı
4. () Baş ağrısı- baş dönmesi
5. () Halsizlik
6. () Diğer.....

30. Büyük abdest yapma alışkanlığınız nasıldır?

1. () Büyük abdestim geldiğinde işim varsa hemen tuvalete gitmem, bekletirim
2. () Büyük abdestim geldiğinde hiç beklemeden tuvalete giderim
3. () Her gün aynı saatte tuvalete giderim
4. () Diğer.....

31. Gebe kalmadan önce kabızlık sorunu yaşıyor muydunuz?

1. () Yaşamıyordum
2. () Bazen yaşıyordum
3. () Sürekli yaşıyordum

32. Bu gebeliğinizde kabızlık sorunu yaşıyor musunuz?

1. () Hayır hiç yaşamadım
2. () Evet yaşadım/yaşıyorum

33. Büyük abdestinizi ne sıklıkla yapıyorsunuz/yapıyordunuz?

1. () **Haftada 3'ten daha az sayıda**
2. () **2 günde bir**
3. () **günde 1**
4. () **günde 2**
5. () **günde 3**
6. () **günde 4 ve üzeri**

34. Dışkınızı tam olarak boşaltamama hissi yaşıyor musunuz/yaşıyor muydunuz?

1. () **Evet**
2. () **Hayır**

35. Dışkınızın kıvamını nasıl tanımlarsınız?

1. () **Sert**
2. () **Yumuşak**

36. Haftada üç kez veya daha az sayıda dışkılama ile birlikte dışkınızı tam boşaltamama hissi ve/veya sert kıvamda olmasını gebeliğinizin kaçınıcı haftalarında yaşadınız?

1. () Hiç yaşamadım
2. () İlk dört hafta
3. () 5-8. haftalarda
4. () 9-12. haftalarda

5. () 13-16. haftalarda
6. () 17-20. haftalarda
7. () 21-24. haftalarda
8. () 25-28. haftalarda
9. () 29-32. haftalarda
10. () 33-36. haftalarada
11. () 37-40. haftalarda

37. Gebeliğinizde yaşadığınız kabızlık şikâyetinizden dolayı sağlık kuruluşuna başvurmanız gerekti mi?

1. () Hayır
2. () Evet (Ne zaman?.....)

38. Gebeliğinizde yaşadığınız bu kabızlık şikayetinizi gidermek için kendi kendinize herhangi bir uygulama/girişim yaptınız mı?

1. () Yapmadım
2. () Yaptım (Neler yaptınız? (Belirtiniz.....))

Bu formu doldurduğunuz için teşekkür ederiz. İlave olarak belirtmek istediğiniz bir şey varsa lütfen yazınız:

EK- 2.

Gebelikte Konstipasyon Tanısı İçin Basitleştirilmiş Kriterler

- Büyük abdestinizi ne sıklıkla yapıyorsunuz/yapıyordunuz?

1. () Haftada 3'ten daha az sayıda

2. () 2 günde bir

3. () günde 1

4. () günde 2

5. () günde 3

6. () günde 4 ve üzeri

- Dışkınızı tam olarak boşaltamama hissi yaşıyor musunuz/yaşıyor muydunuz?

1. () Evet

2. () Hayır

- Dışkınızın kıvamını nasıl tanımlarsınız?

1. () Sert

2. () Yumuşak

EK- 3.

WHOQOL-BREF ÖLÇEĞİ

Yönerge: Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız., lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate alarak cevaplayınız.

SORULAR

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü 1	Biraz kötü 2	Ne iyi, ne kötü 3	Oldukça iyi 4	Çok iyi 5
2	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut Değil 1	Çok az Hoşnut 2	Ne hoşnut. nede değil 3	Epeyce Hoşnut 4	Çok Hoşnut 5
Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.						
3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç 5	Çok az 4	Orta derecede 3	Çokça 2	Aşırı derecede 1
4	Günlük uğralarınızı yürütebilmek için herhangi tıbbi bir tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	Hiç 5	Çok az 4	Orta derecede 3	Çokça 2	Aşırı derecede 1
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Son Derecede 5
8	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Son derecede 5
9	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Son derecede 5
Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı yada yapabildiğinizi soruşturmaktadır.						
10	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
11	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
12	İhtiyacınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
13	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız oldu?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi yada doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.						
15	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü 1	Biraz kötü 2	Ne iyi, ne kötü 3	Oldukça iyi 4	Çok iyi 5
16	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
17	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
20	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
24	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkla hissettiğinizi yada yaşadığınıza ilişkindir.						
26	Ne sıklıkla hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız	Hiçbir zaman 5	Nadiren 4	Ara sıra 3	Çoğunlukla 2	Her zaman 1
Aşağıdaki soru son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı yada yapabildiğinizi soruşturmaktadır.						
27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5

EK-4.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Gebelerde konstipasyon görülme durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisi değerlendirilecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilme koşulları;

- NonStres Testi (NST) takibine ve kadın doğum polikliniklerinden hizmet almaya gelen 18-49 yaş arasında,
- 28. gebelik haftasını doldurmuş,
- Türkçe okuyup anlayabilen,
- Okur-yazar,
- Katılmaya gönüllü gebeler alınacaktır.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Veriler, Gebe Tanıtım Formu ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) ölçekleri ile toplanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak ilk karşılaşmada anket formları doldurmanız gebeler olarak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşula uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısını Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi NST ve kadın doğum polikliniklerine gelen 694 gebe oluşturacaktır.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için öngörülen süre 1 yıldır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 15-20 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada beklenen yararlar

- Bu çalışma sonucunda bölgede bulunan gebelerin konstipasyon oranı öğrenilecektir,
- Gebelerin yaşam kaliteleri değerlendirilecektir,
- Gebelikte konstipasyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirilecektir,
- Araştırmanın sonuçları doğrultusunda sağlık bakım hizmetleri yeniden gözden geçirilip sağlığın yükseltilmesi sağlanabilecektir,
- Çalışma sonuçlarının konu ile ilgili bilimsel bilgi birikimine katkı sağlaması beklenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çalışmada beklenen olası bir risk yoktur. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Anket görüşmesinden vazgeçmek istediğinizi belirttiğiniz takdirde araştırma dışı bırakılırsınız.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Uygulanacak herhangi bir tedavi bulunmamaktadır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Yapılan benzer araştırmalarda araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olmamıştır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için **05446489934** no.lu telefondan **Ebe Resmîye Kaya'** ya başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Resmiye KAYA	
TARİH		

EK-5.

ETİK KURUL NİHAİ RAPOR

Evrak Tarih ve Sayısı: 29/06/2018-E.37903



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 92340882-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Doç.Dr. Ayten TAŞPINAR
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.06.2018 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 5 nolu karar ekte sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-İmzalıdır
Doç.Dr. Ayten TAŞPINAR
Kurul Başkanı

29/06/2018 Bilgisayar İşletmeni

: Nazife UZUN

Evrak Doğrulamak İçin: <http://ebys.adu.edu.tr/en/Veriler/Dogrula/8B4KU4U>

Sağlık Bilimleri Fakültesi Gençlik cad. no:7 Efeler/A.Y.D.N
Telefon No: 02562132717 Faks No: 02562124219
E-Posta: sagbil@adu.edu.tr İnternet Adresi:

Bilgi İçin: Nazife Uzun
Uzvan: Bilgisayar İşletmeni
Telefon No: 05438373927

bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 92340882-050.04.04
Konu : Kararlar hk.

Sayın Doç.Dr. Ayten TAŞPINAR

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.06.2018 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 5 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

Doç.Dr. Ayten TAŞPINAR
Etik Kurul Başkanı

KARAR 5:

Protokol No : 2017/05
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Ayten TAŞPINAR
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 08.03.2017 tarihinde şartlı (kurum izni) onay verilen; Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Ayten TAŞPINAR'ın "**Gebelikte Konstipasyon Görülme Durumu ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi**" konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki 28.05.2018 tarihli dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür. Kurum izin belgesinin alınıp, dosyaya konulduğu görülmüştür. Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın **Etik Kurul Uygunluk** Onayı almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

EK-6.

KURUM İZİN YAZISI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

MANİSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - MANİSA İLİ KHBGS İDARİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
11/05/2017 08:50 - 72782165 - 619 - E 4555
00045054502

Sayı : 72782165-619
Konu : Resmîye KAYA/Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 31/03/2017 tarihli ve 94213349-806.02.02-1638 sayılı yazı
b) 25/04/2017 tarihli ve 61763929-7811 sayılı yazı
c) 05/05/2017 tarihli ve 94213349-604.99-156 sayılı yazı

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Resmîye KAYA'nın aynı bölümde öğretim görevlisi olan Doç. Dr. Ayten TAŞPINAR danışmanlığında "Gebelikte Konstipasyon Görülme Durumu ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi" adlı yüksek lisans tez çalışmasını Merkezefendi Devlet Hastanesi'nde yürütmek için izin talebi ve ilgili başvuru formları Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından incelenmiş olup, uygun görülmüştür.

Veri toplama zaman aralığı 01/06/2017-01/01/2018 olarak belirtilen ve 01/06/2018' de tamamlanacağı beyan edilen bilimsel araştırma çalışmasının;

- Sağlık tesisinde işleyiş ve hizmeti aksatmayacak şekilde,
- Kişisel verilere ve özel hayatın gizliliğinin korunmasına özen göstererek yürütülmesi,
- Beyan edilen süre içinde tamamlanamaması durumunda, Genel Sekreterliğimize gerekçenin bildirilerek bağlı olunan kurum/kuruluş vasıtasıyla ek süre talebinde bulunulması,
- Kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonucunun araştırmanın tamamlanmasının ardından Genel Sekreterliğimiz Eğitim ve AR-GE Birimi'ne iletilmesi,
- Araştırmadan elde edilecek verilerin Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin almaksızın yayımlanmaması gerekmektedir.

Araştırma sonuçlarının Kurumumuza iletilmemesi ve Kurumumuzdan izin almaksızın yayınlanması durumunda yasal işlem yapılabilceği ve aynı kişilerin ileriki süreçte Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Tesislerinde yürütmeyi talep edecekleri çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Op. Dr. Abdülkadir ORAN
Genel Sekreter V.

Dağıtım:

Merkeze fendi Devlet Hastanesi Yöneticiliği

Merkeze fendi Devlet Hastanesi AR-GE Sorumlusu Sn. Uzm. Dr. Ali GÜRTUNA

Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü Yazı ve Kurul İşleri Müdürlüğü (Merkez Kampüs
Aytepe Mevkii PK:09010 Efeler/AYDIN)

8. ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : Kaya Resmiye

Uyruk : T.C.

Doğum yeri ve tarihi : Bergama 1992

Telefon : E-mail : r_1992_k@hotmail.com

Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM:

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Doktora	-	-
Yüksek Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	2018
Lisans	Süleyman Demirel Üniversitesi	2014

BURLAR VE ÖDÜLLER: -

İŞ DENEYİMİ:

Yıl	Yer/Kurum	Ünvanı
2018-Halen	Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	Ebe
2017	Turgutlu 9 Nolu Aile Sağlığı Merkezi	Ebe
2016	İstanbul Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi	Ebe
2015	Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi	Ebe

AKADEMİK YAYINLAR:

- 1. MAKALELER: -**
- 2. PROJELER: -**
- 3. BİLDİRİLER: -**