

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KONSTİPASYONU OLAN VE OLMAYAN GEBELERDE
YAŞAM KALİTESİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA**

FATİMATÜZZEHRA GENÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. FİLİZ HİSAR

KONYA 2018

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KONSTİPASYONU OLAN VE OLMAYAN GEBELERDE
YAŞAM KALİTESİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA**

FATİMATÜZZEHRA GENÇ

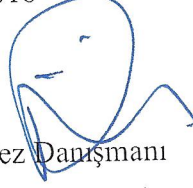
YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. FİLİZ HİSAR

KONYA 2018

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi 'Fatimatüzzehra GENÇ' in "Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerde Yaşam Kalitesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. N.E.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi 08.05.2018



Tez Danışmanı

Prof. Dr. Filiz HİSAR

Necmettin Erbakan Üniversitesi

İmzası

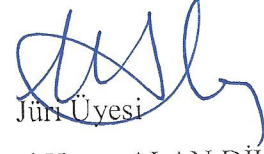


Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Dilek CİNGİL

Necmettin Erbakan Üniversitesi

İmzası



Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Hacer ALAN DİKMEN

Selçuk Üniversitesi

İmzası

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 11./06/2018 tarih ve 12./23. sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

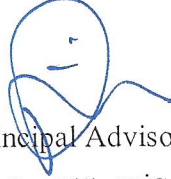
Enstitü Müdürü

İmzası

APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled “ The Quality of Life in Pregnant Women with Constipation and Pregnant Women without Costipation: A Comparative Study ” by “*Fatimatüzzehra GENÇ*” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of *Master of Science* in the Department of “Nursing”, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan

Konya/Turkey/08.05.2018

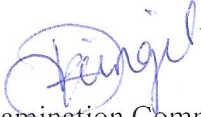


Principal Advisor

Prof. Dr. Filiz HİSAR

University of Necmettin Erbakan

Signature



Examination Committee Member

Dr. Öğr. Üyesi Dilek CİNGİL

University of Necmettin Erbakan

Signature



Examination Committee Member

Dr. Öğr. Üyesi Hacer ALAN DİKMEN

University of Selçuk

Signature

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.



Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Director of Institute of Health Sciences

Date and Signature

Tez Beyan Sayfası

BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

İmza



16.04.2018

Fatimatüzzehra GENÇ

Doküman Görüntüleyici													
Turnitin Orijinallik Raporu													
İşleme kondu: 2018年04月12日 20:05 +03 NUMARA: 945670350 Kelime Sayısı: 17835 Gönderildi: 1													
Gebelerde konstipasyon sıklığı ve Yaşam Kalit...	venile												
Fatimatüzzehra Genç tarafından	1% match (24-Ağu-2016 tarihli internet)												
<table border="1"><tr><td>Benzerlik Endeksi</td><td></td></tr><tr><td>%13</td><td></td></tr><tr><td>Kaynağa göre Benzerlik</td><td></td></tr><tr><td>Internet Sources:</td><td>%10</td></tr><tr><td>Yayınlar:</td><td>%5</td></tr><tr><td>Öğrenci Ödevleri:</td><td>%2</td></tr></table>		Benzerlik Endeksi		%13		Kaynağa göre Benzerlik		Internet Sources:	%10	Yayınlar:	%5	Öğrenci Ödevleri:	%2
Benzerlik Endeksi													
%13													
Kaynağa göre Benzerlik													
Internet Sources:	%10												
Yayınlar:	%5												
Öğrenci Ödevleri:	%2												
https://www.scribd.com/doc/113203079/erzurum-kongre-kitab%c4%b1													
1% match (yayınlar)													
AYGÜN, Cem and AUGÜN, Banu Kumbak. "Gebelik ve konstipasyon", İnönü Üniversitesi, 2010.													
1% match (04-Ara-2015 tarihli internet)													
http://acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080													
1% match (11-Mar-2016 tarihli internet)													
http://acikerisim.deu.edu.tr													
1% match (yayınlar)													
ALTINKILIC, Zühal and ÖZKAN, Hava. "Televizyon izlemenin 1-6 yaş çocuk sağlığı üzerindeki etkilerine yönelik annelerin tutum ve davranışlarının belirlenmesi", Logos Yayıncılık, 2014.													
1% match (14-Eki-2015 tarihli internet)													
http://ichastaliklaridergisi.org													
1% match (14-Mar-2016 tarihli internet)													
http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080													
1% match (06-Eki-2017 tarihli öğrenci ödevleri)													
Submitted to Hacettepe University on 2017-10-06													
<1% match (30-May-2015 tarihli internet)													
http://atillakan.tr.gg													

Önsöz ve Teşekkür

Yüksek Lisans eğitimim boyunca destek ilgilerini gördüğüm Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Emel EGE başta olmak üzere, tüm saygıdeğer hocalarım ve sevgili öğrencilerime;

Çalışmamın her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen ve beni her daim cesaretlendiren anlayışlı ve sabırlı olan değerli tez danışmanı hocam Sayın Prof. Dr. Filiz Hisar'a;

Halk sağlığı hemşireliği ve biyoistatistik alanında bizleri bilgisi ile aydınlatan ve tez jüri üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Dilek CİNGİL'e, tez sınavında değerli katkıları ile jüri üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hacer ALAN'a; istatistik konusunda yardımlarından dolayı Sayın Dr. Öğr. Üyesi Saniye ÇİMEN'e

Son olarak da çalışmalarım sırasında beni motive eden ve her türlü yardımı sağlayan Özel İbni Sina MTAL Müdür Yardımcısı Hanife BAĞCI, Meslek Dersleri Hocalarıma ve her zaman destekçim ve yardımcım olan kıymetli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

<i>Tez Onay Sayfası</i>	<i>II</i>
<i>Tez Beyan Sayfası</i>	<i>IV</i>
<i>Turnitin Raporu</i>	<i>V</i>
<i>Önsöz ve Teşekkür</i>	<i>VI</i>
<i>İçindekiler</i>	<i>VII</i>
<i>Kısaltmalar ve Simgeler Listesi</i>	<i>XI</i>
<i>Şekil ve Tablolar Listesi</i>	<i>XII</i>
<i>Özet</i>	<i>XIII</i>
<i>Abstract</i>	<i>XIV</i>
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Gebeliğin Tanımı ve Fizyolojisi.....	5
2.2. Gebelik Tanısı	5
2.2.1. Gebeliğin şüpheli belirti ve bulguları.....	5
2.2.2. Gebeliğin olası bulguları.....	6
2.2.3. Gebeliğin kesin bulguları.....	7
2.3. Gebelikte Görülen Değişiklikler	7
2.3.1. Gebelikte Görülen Fizyolojik Değişiklikler:.....	7
2.3.1.1. Genital Traktus	7
2.3.1.2. Deri	8
2.3.1.3. Meme.....	8
2.3.2. Gebelikte Görülen Metabolik Değişiklikler.....	8
Kilo Artışı.....	8
Enerji Artışı.....	9
Protein Metabolizması	9
Karbonhidrat Metabolizması	9

<i>Yağ Metabolizması</i>	9
<i>Su ve Mineral Metabolizması</i>	9
<i>Asit-Baz Dengesi</i>	10
<i>Vitamin</i>	10
2.3.3. <i>Kardiovasküler Sistem Değişiklikleri</i>	10
2.3.4. <i>Solunum Sistemi Değişiklikleri</i>	10
2.3.5. <i>Üriner Sistem Değişiklikleri</i>	11
2.3.6. <i>Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri</i>	11
2.3.7. <i>Endokrin Sistem Değişiklikleri</i>	12
2.3.8. <i>Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri</i>	12
2.3.9. <i>Psikolojik Değişiklikler</i>	12
2.4. <i>Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıklar</i>	13
2.4.1. <i>Erken Dönem Rahatsızlıklar (Birinci Trimester)</i>	13
2.4.2. <i>Geç Dönem Rahatsızlıklar (İkinci ve Üçüncü Trimester)</i>	13
2.5. <i>Dışkılama Fizyolojisi</i>	13
2.6. <i>Normal Gaitanın Özellikleri ve Dışkılama Sayısı</i>	14
2.7. <i>Konstipasyonun Tanımı</i>	16
2.7.1. <i>Konstipasyon Epidemiyolojisi</i>	19
2.7.2. <i>Konstipasyon Etyolojisi ve Patogenezi</i>	20
2.7.2.1. <i>Konstipasyon Mekanizması</i>	22
2.7.2.2. <i>Gebelikte Konstipasyon Mekanizmaları</i>	23
2.7.3. <i>Konstipasyon Risk Faktörleri</i>	25
2.7.4. <i>Konstipasyonun Belirtileri:</i>	26
2.7.5. <i>Konstipasyon Tedavisi ve Yönetimi</i>	26
2.8. <i>Konstipasyon ve Hemşirelik</i>	28
2.8.1. <i>Hasta Öyküsünün Alınması</i>	28
2.8.2. <i>Fizik Muayene</i>	30

2.8.3. Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları	30
2.8.4. Konstipasyon ve Hemşirelik Girişimleri.....	30
2.9. Konstipasyon ve Yaşam Kalitesi.....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın Tipi	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	35
3.3. Araştırmanın Evreni	35
3.4. Araştırmanın Örnek Seçimi	35
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	36
3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	36
3.6.1. Roma III Kriterleri.....	36
3.6.2. Kişisel Bilgi Formu.....	37
3.6.3. Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği	37
3.7. Verilerin Toplanması.....	38
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	38
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	38
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	38
3.11. Araştırma Soruları	38
3.12. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi	39
4. BULGULAR.....	40
4.1. Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	40
4.2. Konstipasyon Görülme Durumuna Göre Gebelerin Defekasyona İlişkin Bulgular.....	49
4.3. Gebelerin Konstipasyon Görülme Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerine İlişkin Bulgular	52
4.4. Gebelik Dönemine Göre Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	54

5. TARTIŞMA	57
5.1. <i>Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması</i>	57
5.2. <i>Konstipasyon Görülme Durumuna Göre Gebelerin Defekasyona İlişkin Bulguların Tartışılması</i>	64
5.3. <i>Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Yaşam Kalitesi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması</i>	66
5.4. <i>Gebelik Dönemine Göre Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması</i>	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
7. KAYNAKLAR	78
8. EKLER	84
9. ÖZGEÇMİŞ	92

Kısaltmalar ve Simgeler Listesi

ACG: American Collage of Gastroenterology

ACTH: Adreno Cortico Tropic Hormon

B-hCG: Beta-human Chorionic Gonadotrop

BKİ: Beden Kütle İndeksi

CTS: Carpal Tünel Sendromu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FSH: Folikül Stimüle Edici Hormon

LH: Luteinize Edici Hormon

MSH: Melonositi Stimüle Edici Hormon

SF 36: Short Form 36

T3: Triiodotironin

T4: Trioksin

TSH: Trioit Stimüle Edici Hormon

USG: Ultrasonografi

Şekil ve Tablolar Lisetesi	
Şekil 2.1: Bristol Dışkı Skalası.....	16
Tablo 2.1. Roma II Konstipasyon Tanı Kriterleri.....	17
Tablo 2.2. Roma III Konstipasyon Tanı Kriterleri.....	18
Tablo 2.3. American College of Gastroenterology (ACG) Kronik Konstipasyon ‘Task Force’ Kriterleri.....	18
Tablo 2.4. Sekonder Konstipasyon Nedenleri.....	21
Tablo 2.5. Konstipasyona Neden Olan İlaçlar.....	22
Tablo 2.6. Konstipasyon Risk Faktörleri.....	26
Tablo 2.7. Konstipasyonda Kullanılan İlaçlar.....	28
Tablo 2.8. Gebelikte Laksatif Kullanımı.....	28
Tablo 4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	40
Tablo 4.2. Gebelerin Sağlık Öyküsü ve Gebeliğe İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı.....	42
Tablo 4.3. Gebelerin Beslenmeye İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı.....	44
Tablo 4.4. Gebelerin Sıvı Tüketim Özelliklerine Göre Dağılımı.....	47
Tablo 4.5. Gebelerin Boşaltıma İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı.....	49
Tablo 4.6. Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Tanımlayıcı İstatistikleri.....	52
Tablo 4.7. Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.8. Gebelik Dönemine Göre Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	56

ÖZET

T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KONSTİPASYONU OLAN VE OLMAYAN GEBELERDE YAŞAM KALİTESİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA

Fatimatüzzehra GENÇ

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2018

Konstipasyon bir hastalık olmayıp bireyden bireye değişebilen günlük yaşamı etkileyebilen bir durumdur. Gebelik sürecinde görülen konstipasyon şikayelerinin birçoğu anne ve fetus için ciddi bir tehlike oluşturmaz fakat bu durumdan etkilenen gebelerin yaşam kaliteleri bozulabilmektedir. Bu araştırma konstipasyonu olan ve konstipasyonu olmayan gebelerin yaşam kalitelerini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne başvuran gebeler oluşturmakta olup örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde "bir toplumdaki oranın belirli bir doğrulukla tahmininde" önerilen bir tablodan yararlanılmıştır.

Veriler literatür incelemeleri sonucu oluşturulan kişisel bilgi formu, Roma III kriterleri ve Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği aracılığı ile toplanmıştır. Veriler gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilmiş olup 321 konstipasyonu olan, 321 konstipasyonu olmayan gebe bireyler olmak üzere toplamda 642 gebe birey ile yüzyüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Çalışma gruplarının (konstipasyonu olan ve olmayan) tanımlayıcı özelliklerinin homojenliği kategorik değişkenlerde Pearson Ki-kare testi, sayısal değişkenlerde bağımsız gruplarda t testi (normal dağılıma sahip) ve Mann Whitney U testi ($n < 30$) ile değerlendirilmiştir. İki grubun SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma sahip olma durumunun değerlendirilmesinde Kolmogorow-Smirnow testi, skewness ve kurtosis değerleri kullanılmıştır.

Konstipasyonu olan gebe bireylerin konstipasyonu olmayan gebe bireylere göre düzenli egzersiz yapma (% 5.9), strese sık sık maruz kalma (% 32.4), gebelik öncesi BKİ (% 49.8), mevcut BKİ (% 87.2), toplam öğün sayısı, günlük sıvı tüketme, alaturka tuvalet kullanma (% 77.9), geçmişte konstipasyon görülme (% 58.9), hemoroid ve çatlak gibi sorunların varlığı (% 53.9) açısından anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur. Konstipasyonu olan gebe bireylerin konstipasyonu olmayan gebe bireylere göre Yaşam Kalitesi (SF36) Ölçeği'nin alt boyutları olan fiziksel fonksiyon (45.40 ± 20.86), fiziksel rol güçlüğü (21.34 ± 31.32), ağrı (42.94 ± 18.27), enerji/vitalite (22.80 ± 13.82), sosyal fonksiyon (51.25 ± 19.77), emosyonel rol güçlüğü (18.17 ± 30.93), mental sağlık (51.29 ± 16.17) ve genel sağlığın algılanması (44.96 ± 15.45) açısından farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Ek olarak konstipasyonun varlığı gebeliğin üç döneminde de gebe bireylerin yaşam kalitesini etkilemiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; gebeliğin her döneminde konstipasyon yaşam kalitesini etkilediği için gebe bireylere konstipasyon ile baş etmeye yönelik sağlık davranışları kazandırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; Konstipasyon; Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

T. C. NECMETTIN ERBAKAN UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

THE QUALITY of LIFE in PREGNANT WOMEN with CONSTIPATION and PREGNANT WOMEN without CONSTIPATION: A COMPARATIVE STUDY

Fatimatüzzehra GENÇ

Nursing Department

MASTER THESIS / KONYA-2018

Constipation is not a disease but a situation that can have various effects on daily life of individuals. Many of the constipation complications seen during pregnancy do not pose a serious threat to the mother and the fetus, but the quality of life of the affected pregnant women may deteriorate. This study is conducted to compare the life qualities of pregnant women with constipation and those without constipation. The universe of the research consists of pregnant women who applied to Dr. Ali Kemal Belviranlı Obstetrics and Pediatrics Hospital, and a table was proposed in the estimation of the sample size in the estimation of the proportion in a community with certain accuracy.

Personal information form, Rome III criteria and Quality of Life (SF-36) scales that were created as a result of literature examinations were used for data collection. The data was collected by random sampling method and by face to face interview technique from a total of 642 pregnant individuals 321 of which had constipation and 321 of which did not have constipation.

The homogeneity of the descriptive characteristics of the study groups (with and without constipation) was assessed by Pearson Chi-square test for categorical variables, t test (normal distribution) for independent variables in the numerical variables and Mann Whitney U test ($n < 30$). Looking at the comparison of SF-36 Quality of Life Scale sub-dimension averages, t test was used in independent groups. Kolmogorow-Smirnow test, skewness and kurtosis values were used in evaluating the normal distribution situation of the data.

Significant difference was determined in terms of regular exercising (5.9 %), exposure to stress frequently (32.4 %), pre-pregnancy BMI (49.8 %), current BMI (87.2 %), total number of meals, daily fluid consumption, squat toilet use (77.9 %), past constipation (58.9 %) and presence of problems such as hemorrhoids and cracks (53.9 %) in pregnant individuals with constipation compared to pregnant individuals without constipation. It was determined that the difference between individuals with constipation compared to individuals without constipation in terms of sub-dimensions of life quality scale (SF36) which are physical function (45.40 ± 20.86), physical role strength (21.34 ± 31.32), pain (42.94 ± 18.27), energy / vitality (22.80 ± 13.82), social functioning (51.25 ± 19.77), emotional role strength (18.17 ± 30.93), mental health (51.29 ± 16.17) and general health perception (44.96 ± 15.45) were found to be highly significant. In addition, the presence of constipation affects the quality of life of pregnant individuals in all three periods of their pregnancy.

In line with these results; it is suggested that health behaviors aiming to cope with constipation are given to pregnant individuals because constipation affects quality of life in every period of pregnancy.

Keywords: Pregnancy; Constipation; Quality of Life

1. GİRİŞ

Konstipasyon bir hastalık olmayıp bireyden bireye değişen, farklı yorumlanabilen ve günlük yaşamı etkileyebilen bir semptomdur (Papatheodoridis ve ark. 2010; Johnson ve ark. 2014). Konstipasyon sert veya katı dışkılama, dışkı sayısının normalden az olması, ıkınma için fazla efor harcama, tam boşalamama hissiyatı, dışkı sayısının az ve seyrek olması, dışkılama için el yardımı ile kolaylık sağlanmaya çalışılmasıdır (Türkay ve ark. 2005; Sanchez 2011). Konstipasyon haftada 3 kereden az, sert kıvamda, geniş çaplı veya keçi pisliği şeklinde dışkının görüldüğü, makat ağrısının ve sıklıkla kanama ve anal fissürün de beraberinde olduğu defekasyon şekli olarak da tanımlanmaktadır (Millia 2007).

Konstipasyon sıklığı; demografik özellikler, tanı kriterleri ve araştırılan gruplara göre değişmektedir. Sağlıklı erişkinler bireylerde % 2'den % 35'lere kadar varan sıklıklarda görülebilmektedir (Ribas ve ark. 2011; Soares ve Ford 2011). Ülkemizde konstipasyon görülme oranı % 22 ile % 40 arasında değişmektedir (Uysal ve ark. 2010; Arslan ve Hisar 2016). Yunanistanda yapılan bir çalışmada sağlıklı genç kadınlarda fonksiyonel konstipasyon görülme oranı % 28.8 olarak belirlenmiştir (Papatheodoridis ve ark. 2010). Konstipasyon görülme sıklığı kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır (Papatheodoridis ve ark. 2010; Arslan, ve Hisar 2016). Kadınlarda daha sık görülmesinin sebebi kesin olarak bilinmemekle beraber steroid hormonlarının düzeyindeki düşme ve kolonik düz kas hücrelerindeki progesteron reseptörlerindeki yükseliş olduğu düşünülmektedir (Xiao ve ark. 2005).

Kadın olmak, gelir seviyesinin düşük olması, eğitim düzeyinin düşük olması, fiziksel aktivitenin olmaması, lifli besinlerin az tüketimi, günlük sıvı alımının az olması, kullanılan ilaçlar, kronik hastalıkların varlığı, stresin varlığı, yaşın ileri olması, beden kütle indeksinin 24'ün üzerinde olması, kullanılan ilaçlar ve kronik hastalıkların varlığı ve gebelik durumunun olması konstipasyon için risk oluşturan durumlardır (Papatheodoridis ve ark 2010; Carpenito 2011; Soares ve Ford 2011; Korkmaz ve ark. 2011; Ayaz ve Hisar 2014; Bengi ve ark. 2014; Shi ve ark. 2015; Orhan ve ark. 2015; Arslan ve Hisar 2016). Gebelik sürecinde görülen konstipasyon şikayetlerinin birçoğu anne ve fetus için ciddi bir tehlike oluşturmaz fakat bu durumdan etkilenen gebelerin yaşam kalitesi önemli derecede bozulabilmektedir (Aygün ve Aygün 2010).

Gebe bireylerde progesteron seviyesinin artması bağırsak duvarındaki düz kaslarda gevşemeye sebep olmaktadır. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda da aynı şekilde progesteronun kalın bağırsaktaki düz ve sirküler kaslarda inhibitör etki yarattığı sonucuna varılmıştır (Oh ve ark. 2013). Progesteron hormonu gibi relaxin hormonunun da gastrointestinal sistemdeki kasları inhibe ettiği belirlenmiştir (Tincello ve ark. 2003). Gebelikte kolonda su emilimi arttığından dolayı bu durum konstipasyon için bir risk oluşturmakta ayrıca gebe bireylerde aldosteron seviyelerinin artması da su emilimini arttırarak sert ve az dışkılamaya sebep olmaktadır (Aygün ve Aygün 2010). Gebelikte yükselen östrojen ve progesteron hormonları, renin sekresyonunda artış yaratmaktadır. Renin, anjiotensinojenin anjiotensin I'e daha sonra anjiotensin II'ye dönüşmesine, anjiotensin II de aldosteron seviyesinde artışa yol açmaktadır (Porterfield 2001).

Gebeliğin son zamanlarında uterusun büyümesi ve fetüsün gastrointestinal sistem lümenine bası yapması sebebiyle bağırsak geçişinde azalma olabilir. Defekasyon sürecinde çok önemli olan levator ani kasına bası olması durumunda bu kas devre dışı bırakılabilmekte ve dışkılama olayı sorun olabilmektedir (Shafik ve El-Sibai 2002; Wald 2003). Konstipasyon görülme sıklığının erken gebelikte daha yüksek olması hormonal etmenlerin gebelikte oluşan konstipasyonun temel sebebi olduğu doğrultusundaki kuramı desteklemektedir (Ponce ve ark. 2007; Catherine ve ark. 2007).

Gebelik sürecinin değişik dönemlerinde konstipasyon görülme oranı farklılık göstermektedir. Gebelik ve gebelik sonrası süreç için yapılan bir çalışmada konstipasyon prevalans oranı birinci trimesterde % 24, ikinci trimesterde % 26, üçüncü trimesterde % 16 ve gebelikten sonraki üç aylık dönemde % 24 olarak görülmüştür (Bradley ve ark. 2007). Diğer bir çalışmada konstipasyon görülme oranı birinci trimesterde % 23, ikinci trimesterde % 21, üçüncü trimesterde % 12 ve doğum sonrasında % 9 olarak görülmüştür (Derbyshire ve ark. 2006). İspanyada yapılan bir çalışmada konstipasyon prevalansı birinci trimesterde % 29.6, ikinci trimesterde % 19.0, üçüncü trimesterde % 21.8 ve doğum sonrası dönemde % 24.7 olarak belirlenmiştir (Ponce ve ark. 2008). Johnson ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında gebelerin dörtte üçünün ilk trimesterde fonksiyonel bağırsak bozuklukları yaşadığı ortaya çıkmıştır (Johnson ve ark. 2014). Genel yaşam kalitesi yüksek oranda olmasına rağmen konstipasyon ve şişkinlik durumu açısından vücut imajı üzerinde yaşam kalitesi olumsuzluk göstermektedir (Johnson ve ark. 2014). Yapılan bir diğer

çalışmada ise genel olarak gebelerde fonksiyonel konstipasyon görülme oranı % 13.01 olarak görülmüştür. Otuzbeş yaş üstü gebelerde, gebelik öncesi BKİ 24'ün üzerinde olanlarda, eğitim seviyesi yüksek olanlarda ve sabit-oturarak işe sahip olanlarda konstipasyon prevalansının daha yüksek olduğu ve konstipasyon açısından riskli grup oldukları belirlenmiştir (Shi ve ark. 2015).

Gebelikte meydana gelen değişimleri bilmek gastrointestinal şikayetlerin yorumlanabilmesi açısından önem arz etmektedir. Bu şikayetler gebe bireylerin yaşam kalitesini değiştirebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini hedefleri, beklentileri ve standartları ile bağlantılı olarak kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi olarak tanımlamaktadır. Bir diğer ifadeyle “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki öznel yaşam algıları” şeklinde tanımlamıştır (World Health Organization Quality of Life Group 1994). Konstipasyonda meydana gelen rektal dolgunluk ve basınç hissiyatı, defekasyon esnasında ağrı ve zorlanma olması, boşaltımda yetersizlik hissiyatı, sert ve katı dışkıının olması, abdominal distansiyon, baş ağrısı, halsizlik, kramp tarzında karın ağrısı, iştahta azalma, kusmaların olması, karında gerginlik hissiyatı, bölgesel duyarlılığın olması gebenin yaşam algısını ve kalitesini etkilemektedir. (Demirbaş 2010; Carpenito 2011).

Halk sağlığı hemşireliğinin amaçları arasında, bakım verdiği bireylerin mevcut durumunu koruma, sağlığı bozan etmenleri önleme, sağlığın optimum düzeltilmesi ve sağlığı geliştirme vardır. Konstipasyon gebelerin sağlığını bozabilen ve gebelerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilecek bir semptomdur. Literatür taraması sonucu Dünya’da ve Türkiye’de gebelerde konstipasyon ile ilgili çalışmalar mevcuttur (Derbyshire ve ark. 2006; Bradley ve ark. 2007; Ponce ve ark. 2008; Shi ve ark. 2015) fakat gebelerde konstipasyonun yaşam kalitesine ilişkin değerlendirme yapan bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu nedenle araştırmadan elde edilecek bulgular ışığında gebelerde konstipasyonun yaşam kalitesine ilişkin durum ortaya konulabilecek, böylece sonuçlar gebelere hizmet veren kurumları ve yöneticileri, meslek örgütleri, araştırma merkezleri gibi birimlerin planlamalarına katkıda bulunacaktır. Bu amaçla yapılacak çalışmada konstipasyonu olan ve konstipasyonu olmayan gebelerin yaşam kaliteleri belirlenip değerlendirilebilecektir.

Araştırma Soruları

- Sosyodemografik özellikler ile konstipasyon arasındaki fark önemli midir?
- Konstipasyon durumu ile gebelerin defekasyon özellikleri arasındaki fark önemli midir?
- Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin beslenme özellikleri arasında fark önemli midir?
- Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin sıvı tüketim özellikleri arasında fark önemli midir?
- Konstipasyonu olan ve konstipasyonu olmayan gebelerde yaşam kalitesi ölçęđi alt boyutları puan ortalamaları farklı mıdır?
- Gebelik dönemine göre konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin yaşam kalitesi ölçęđi alt boyutları puan ortalamaları farklı mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebeliğin Tanımı ve Fizyolojisi

Gebelik döllenme ile başlayan doğum ile sonlanan kişinin fizyolojik, psikolojik ve sosyal dengesinde değişimler yaratan bir süreçtir. Aile rollerindeki değişimler ve anne-bebek arasındaki bağın kurulduğu durumsal bir kriz dönemidir (Taşkın 2011). Gebelik, yeni bir canlının oluşması için kadın üreme hücreleri (ovum) ile erkek üreme hücrelerinin (sperm) birleşmesi sonucu başlayan ve doğum ile sonlanan ortalama 40 hafta olan bir süreçtir (Taşkın 2011).

Gebe kalmak için en uygun zaman, iki menstrüasyonun ortalarına denk gelen günlerdir. Düzenli menstrüel siklusu olan (28 gün) kadınlarda ovulasyon genellikle beklenen adet tarihinden yaklaşık 14 gün önce 11 ile 17. günler arasında olabileceği varsayılır. Ovulasyon ile atılan yumurta, tuba içine doğru çekilir. Cinsel birleşme gerçekleşmiş ise sperm yumurta hücresi ile tüplerde karşılaşır. Fertilizasyon, tubaların içerisinde gerçekleşir. Tubalarda ilerleyen spermelerden yalnızca bir tanesi yumurtanın hücre zarını delerek hücre içine girmeyi başarır. Bu olaya “fertilizasyon” denir (Sağlık Bakanlığı 2014).

Döllenmiş yumurtada değişimler başlar ve fallopi tüplerinde ilerleyerek 5-6 gün içinde uterus içine gelir, uterus kalınlaşan iç tabakasına yerleşir, sonra bu tabakaya gömülerek gelişimini devam ettirir. Yumurtanın döllenmesi ve uterus içine yerleşmesi, menstrüasyonu durdurur. Gebelikle ilgili değişimler ortaya çıkmaya başlar. Rahim yumuşar ve giderek büyür. Bebeğin gelişimi tamamlanıncaya kadar devam eden bu dönem, doğum ile sonuçlanır (Sağlık Bakanlığı 2010).

2.2. Gebelik Tanısı

2.2.1. Gebeliğin şüpheli belirti ve bulguları

- Menstruasyon gecikmesi: Artan östrojen ve progesterona bağlıdır.
- Bulantı ve kusma: Genellikle gebeliğin 2-12. haftaları arasında belirgindir.
- Üriner sistem değişiklikleri: Pollaküri, noktüri, üriner sistem enfeksiyonu asemptomatik bakteriüri insidansı gebe olan kadında, gebe olmayana göre daha yüksektir.
- Halsizlik-yorgunluk

- Fetal hareketlerin hissedilmesi: Primigravidlerde genellikle 18-20. haftalarda, multigravidlerde 14-16. haftalarda fetal hareketler hissedilmeye başlar.
- Meme değişiklikleri: Mastodini meme hassasiyeti, areolar Montgomery tüberküllerinde genişleme, kolostrum sekresyonu (16. haftadan sonra başlayabilir).
- Bazal vücut sıcaklığında artma
- Cilt değişiklikleri: Linea nigra, kloazma, stria gravidarum ve telenjektazi gözlenebilir (Atasü ve Şahmay 2001; Beksaç 2003; Taşkın 2011).

2.2.2. Gebeliğin olası bulguları

- Karında büyüme: 16-22. haftalar arasında en belirgindir.
- Uterus bulguları: Pelvik muayenede uterus büyümüş ve yumuşaktır. Hegar bulgusu (isthmus yumuşar), implantasyon alanı genişler, Ladin's bulgusu (uterus önde, orta hatta yumuşar), McDonald's bulgusu (uteroservikalbileşke gevşer) mevcuttur.
- Serviks ve vajen bulguları: Goodell's bulgusu (serviks yumuşar ve konjesyon nedeniyle morarır), Chadwick's bulgusu (pelvik konjesyon nedeniyle vajen mukozası ve servikste morarma) mevcuttur.
- Pelvik ligamanlarında gevşeme ve simfisis pubiste ayrılma
- Braxton Hicks kontraksiyonları: Palpe edilebilir, irregüler intervalleri olan ağrısız uterin kontraksiyonlarıdır. Beraberinde servikal açıklık silinme yoktur. Egzersiz ve yürüyüş ile genellikle kaybolur.
- Ballotman: 16-20. haftadan itibaren fetus ballote edilebilir.
- Uterin üfürüm: 16. haftadan itibaren maternal kanın plasental yatağa doluş sesi işitilebilir.
- Gebelik testleri: Kan veya idrarda B-hCG tespitine dayanır ancak LH ile çapraz reaksiyon verebilirler (Atasü ve Şahmay 2001; Drife ve Magovan 2004; Berek 2007).

2.2.3. Gebeliğin kesin bulguları

- Fetal kalp atımlarının belirlenmesi: Oskültasyon ile 17-20. gebelik haftalarında, Doppler ile 10. gebelik haftasında duyulabilir.
- Fetal hareketlerin gözlenmesi: 18. haftadan itibaren fetal hareketler gözlenebilir veya fetüs 22. haftadan itibaren palpe edilebilir.
- Ultrasonografi: Transvajinal USG ile 5. hafta transabdominal USG ile 6. haftadan itibaren gebelik kesesi görülebilir. Fetal kardiyak aktivite 5-6. haftada, ekstremiteler tomurcuklanması 7-8. haftada, kol ve el hareketleri 9-10. haftada gözlenebilir.
- X-ray: 12-14. haftadan itibaren yanlışlıkla röntgen çekilmişse fekal ossifikasyon merkezleri gözlenebilir (Atasü ve Şahmay 2001; Taşkın 2011).

2.3. Gebelikte Görülen Değişiklikler

2.3.1. Gebelikte Görülen Fizyolojik Değişiklikler:

2.3.1.1. Genital Traktus

-*Uterus*: Gebelikte östrojen ve progesteron hormonlarındaki artış nedeniyle uterusda değişimler meydana gelmektedir (Taşkın 2011). Bu iki hormonun etkisi ile uterus kas liflerinin boyunda ve sayısında artış görülür, endometrium da kalınlaşma olur (Gibbs ve ark. 2010). Uterustaki büyüme çoğunlukla östrojen ve büyüyen gebeliğin basınç etkisiyle myometrial hücrelerin hipertrofisi ve gerilmesine, bir miktarda hiperplazisine bağlıdır. Uterus, gebelik boyunca progesteron etkisiyle istirahat halindedir. Gebelikte temel düşünce uteroplesantal akımın korunmasıdır. Bir de gebeliğin ilk trimesterinden itibaren uterusda ağrısız ve düzensiz “Braxton Hicks” denilen kontraksiyonlar meydana gelmektedir ve gebeliğin üçüncü trimesterinde anneyi rahatsız etmektedir (Çiçek ve Mungan 2008; Mete 2008).

-*Serviks*: Çok az kas lifi içerir, %85'i bağ dokusundan oluşur. Gebelikte kollajen konsantrasyonu azalır. Gebelik boyunca serviks kalın bir mukus tıkacı ile kapanmış ve retropoz konumundadır (Chamberlain ve Morgan 2002; Çiçek ve Mungan 2008).

-*Vajen*: Gebelik boyunca vajen mukozasında kalınlaşma olur ve artan damarlaşma nedeni ile gebelik için tipik morumsu (Chadwick's bulgusu) bir renk oluşur (Chamberlain ve Morgan 2002; Çiçek ve Mungan 2008).

-*Overler*: Gebelikte ovulasyon dolaşımdaki östrojen ve progesteronun artışı, luteinleştirici hormon (LH) ve folikül stimule edici hormon (FSH) üzerindeki baskılayıcı etkisine bağlı olarak gerçekleşmemektedir (Chamberlain ve Morgan 2002; Gabbe ve ark. 2009; Leveno 2014).

2.3.1.2. *Deri*

Melanositi stimule eden hormonun (MSH) artışına bağlı hiperpigmentasyon oluşur. Areole ve genital bölgede daha belirgin bir pigmentasyon artışı vardır. Linea albanın hiperpigmente durumuna "Linea Nigra (Gravidarum)" denir. Kloazma (melazma, gebelik maskesi) ise alın, yanak ve burun kökünde maküler pigmentasyon artışıdır. Palmar eritem, telenjektazi, sipider anjioma östrojen artışına bağlı olarak meydana gelmektedir, doğumdan sonra kaybolur (Çiçek ve Mungan 2008; Gibbs ve ark. 2010).

2.3.1.3. *Meme*

Erken gebelikten itibaren östrojen ve progesteronun etkisi ile memeler şekil ve görüntü olarak değişir, büyür ve hassaslaşma meydana gelmektedir. Memeye olan kan akımının artmasıyla birlikte areola daha geniş ve pigmentedir. Areolada montgomery tüberkülleri adı verilen hipertrofik sebace bezler görülebilir. Gebeliğin ikinci trimesterinden itibaren memelerde kolostrum sekresyonu görülmeye başlayabilir (Chamberlain ve Morgan 2002; Gabbe ve ark. 2009; Leveno 2014).

2.3.2. *Gebelikte Görülen Metabolik Değişiklikler*

Gebelik boyunca sağlanan metabolik denge, annenin yaşamı ile birlikte fetüsün büyüme ve gelişiminin de devamlılığını sağlamaya yönelik bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Gebelikte artış gösteren oksijen ihtiyacına paralel olarak bazal metabolizmada artış olmaktadır (Taşkın 2011).

Kilo Artışı

Gebelikteki en belirgin değişikliklerden biridir. Gebelik süresince 300 kcal/gün ek olarak enerji ihtiyacı vardır. Gebelikte bireyler arası farklılık olmakla birlikte ortalama kilo alımı 11-16 kg'dır. Maternal yağ depolanması ve fetal ağırlık, ağırlık artışı üzerine en fazla etki eden faktörlerdendir (Çiçek ve Mungan 2008).

Enerji Artışı

Karbonhidrat, yağlar ve proteinlerden sırasıyla enerji sağlanır. Gebelerde ilk glikojen ikinci kaynak ise yağlardır (Gabbe ve ark. 2009).

Protein Metabolizması

Gebelikte diyetle alınan protein daha etkili bir şekilde kullanıldığından fetal protein ihtiyacının karşılanması için annede kas yıkımı gerekmemektedir (nitrojen koruma). Gebelikte kolloid basıncında, total proteinde ve albüminde düşme, buna karşılık total globülin konsantrasyonunda artma meydana gelmektedir (Atasü ve Şahmay 2001; Taşkın 2011).

Karbonhidrat Metabolizması

Gebelikte hafif açlık hipoglisemisi, hiperinsülinemi ve postprandial hiperglisemi görülmektedir. Gebelikte insülin sekresyonunda artış ve glukagon düzeylerinde baskılanma meydana gelmektedir. Bu sebeple gebelikte insüline karşı preiferik rezistans oluşur ve bu olay üç mekanizma ile açıklanmaktadır. Bunlar; "glukoza artmış insülin yanıtı, glukozun periferik uptake'nin azalması, glukagon cevabının baskılanması"dır (Atasü ve Şahmay 2001; Sarıyıldız ve Akdağ 2013).

Yağ Metabolizması

Gebelikte adipoz dokuda lipolitik aktivitenin artması ve lipoprotein lipaz aktivitesinin azalmasından dolayı tüm lipidler artar. Ayrıca bu artışta östrojen ve progesteronun hepatik etkileri de rol oynamaktadır. Gebelikte anne glikozu devamlı fetüs vasıtasıyla çekilmekte ve enerji olarak kullanılabilen ketozise eğilim vardır (Taşkın 2011; Sarıyıldız ve Akdağ 2013).

Su ve Mineral Metabolizması

Gebelikte erken dönemden itibaren vücutta su tutulumu olur, total vücut suyu ve ekstraselüler sıvıda artış görülür. Gebelikte sodyum ve potasyum seviyeleri göreceli olarak düşüktür. Total kalsiyum konsantrasyonu azalırken iyonize kalsiyum düzeyi değişmez. Magnezyumun hem total hem de iyonize formunun seviyesi belirgin ölçüde azalır, serumda fosfat düzeyi ise değişmez, serum demiri azalır (Taşkın 2011; Sarıyıldız ve Akdağ 2013).

Asit-Baz Dengesi

Gebelikte ventilasyonun artması respiratuar alkalozu neden olur, kandaki ph değeri alkalemi özelliği gösterir. Bu ph değerindeki artma annenin hemoglobininin oksijene bağlanma kapasitesini artırır. Maternal kandan fetüse oksijen geçişi azalırken fetüsten anneye karbondioksit geçişi artmıştır (Taşkın 2011).

Vitamin

Provitamin A ve E vitamini artar buna karşılık A vitamini, C vitamini, folat, B1 vitamini, B6 vitamini, B12 vitamini, biotin, riboflavin ve nikotinik asit azalır (Sarıyıldız ve Akdağ 2013).

2.3.3. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Gebelikte görülen kardiyovasküler değişiklikler, fetüs için yeterli kan akımı sağlamayı hedefleyen fizyolojik değişikliklerden meydana gelmektedir. Bu değişiklikler gebeliğin ilk 5-8. haftasında başlar, ikinci trimester bitene kadar artarak devam eder ve üçüncü trimesterden sonra durağanlaşmaktadır (Akpınar 2009). Gebelikte kan hacmi %10-15 artar, kardiyak output gebeliğin 5.haftasından itibaren artar, taşikardi sık görülür ve nabız ortalama 10 atım/dk yükselir. Kan basıncında hafif bir düşme olur ancak diastolik basınçta daha belirgindir. EKG'de karakteristik olarak hafif sol aks deviasyonu görülür. Gebelikte ayaklarda venöz dönüş azalır ve femoral venöz basınç (ödem) artar (Carlin ve Alfirevic 2008; Akpınar 2009; Taşkın 2011).

2.3.4. Solunum Sistemi Değişiklikleri

Gebelikte bazal oksijen tüketiminin artması, progesteron hormonunun yükselmesi ve kostaların dışa doğru açılıp diaframın 4-5 cm kadar yükselmesi, gebelikte solunum fonksiyonları ve kapasitelerinde bir takım değişiklikler meydana getirmektedir. Akciğerler diyafragmanın mekanik etkisi altında olduğundan dolayı toraks içi negatif basınç ve fonksiyonel reziduel kapasite düşmektedir. Gebelikte hafif kompanse respiratuar alkaloz oluşmaktadır. Ayrıca gebelikte hiperventilasyon görülür, alveolar karbondioksit ve maternal dolaşımdaki karbondioksit basıncı azalır buna karşın solunum hızı, zorunlu ekspiratuar volüm ve vital kapasite değişmemektedir (Tetik Kurt 2000).

2.3.5. Üriner Sistem Değişiklikleri

Gebelikte böbreklerde hacim ve ağırlık artışı yaklaşık %30 oranındadır. Gebelikte hormonların etkisiyle üreterler dilate olduğundan idrar akımında yavaşlama olur bu da enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Renal plazma akımında artış görülür. Gebelikte mesane içi basınç artar buna karşılık mesane kapasitesinde azalma meydana gelmektedir. Gebe uterusunun baskısı ve dekstrorotasyon sebebiyle sıklıkla sağ tarafta hidrouriter ve hidronefroz görülebilir. Aminoasitlerin idrarla atılımı gebelikte artar (Helli ve ark. 2011). Normal bir gebelikte kan üre nitrojeni artar, glomerül filtrasyon hızı %50 oranında artar, kreatinin klirensi artar, günlük idrar hacmi artar, serum kreatinin seviyesi azalır, üre seviyesi ve üriner asit düzeyi azalır. Gebeliğin son dönemlerinde progesteron etkisine bağlı olarak sfinkterlerdeki gevşemeden dolayı, inkontinans şikâyeti de görülebilmektedir (Decherney ve ark. 2007; Helli ve ark. 2011; Taşkın 2011).

2.3.6. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Gebelikte progesteronun artması ve büyüyen uterusun mekanik basısı sebebiyle tüm sistemlerde olduğu gibi gastrointestinal sistemde motilitede azalma meydana gelmektedir. Bu yüzden mide ve bağırsaklar daha geç boşalmakta, mide yanması, bulantıda artma, suyun fazla emilimine bağlı konstipasyon ve hemoroid görülme olasılığında artış meydana gelmektedir (Gibbs ve ark. 2010). Bulantı ve kusma gebelerin % 70'inde görülür ve çoğunlukla 10. hafta da pik yapar ve 16. haftaya kadar geçer. İştah ve susama hissinde artış vardır, tükürük miktarı çoğu zaman değişmez ve diş etlerinde hipertrofi ve hiperemi gözlenebilir (epulis) bu sebeble dişetleri şişebilir ve kolayca kanayabilir. Gebelikte progesteron hormonunun etkisiyle gastrointestinal düz kaslarında relaksasyon ve bunun sonucunda bağırsak motilitesinde azalma, alt özafageal sfinkterin gevşemesine bağlı olarak reflü özefajit (pirozis) görülmektedir (Megep 2012). Gastrik asit salgısında azalma olmuştur fakat mukus salgısında artma olmuştur bu sebeble gebelerde aktif peptik ülser çok nadir görülmektedir. Gebelikte artış gösteren mide salgısından dolayı mide hacminde artma görülmektedir. Gebelik boyunca mide boşalma hızında yavaşlama görülmemektedir (Chamberlain ve Morgan 2002; Gabbe ve ark. 2009).

Kolondaki relaksasyon, su ve tuz emiliminin artmasına bunun neticesinde de konstipasyona yol açmaktadır (Aygün ve Aygün 2010). Ayrıca gebelerde bası ve

konstipasyon sebebiyle hemoroid sıkça görülmektedir. Akut pankreatitin gebelikteki en sık sebebi kolelitiazistir. Karaciğer fonksiyon testlerinin birçoğu normal sınırlarda ancak bilirubin düzeyinde hafif azalma, serum alkalin fosfatazda artma görülmektedir. Safra kesesinin boyutlarında artma görülmektedir fakat motilitesi azalmıştır (Megep 2012). Gebelikte progesteron aktivitesi ile ortaya çıkan safra kontraktilesi azalmasından ve buna bağlı safranın yoğunlaşmasından ve safra kesesinin rezidü volümünün artmasından dolayı safra taşı oluşumu kolay hale gelmektedir (Gabbe ve ark. 2009; Taşkın 2011).

2.3.7. Endokrin Sistem Değişiklikleri

Gebelikte annenin endokrin sistemi, temelde hipofizden ve plasentadan tropik hormon salgılanmasındaki artma sebebiyle değişiklik göstermektedir (Chamberlain ve Morgan 2002). Hipofiz, hacim olarak en çok büyüyen endokrin bezdir fakat gebeliğin devam etmesi için mutlaka gerekli değildir (MEB 2012). Gebelikte prolaktin, total tiroksin (T4), total triiodotironin (T3), tiroksin bağlayıcı protein, kalsitonin, ACTH, kortizol, deoksikortikosteron, kortizol bağlayıcı protein, androstenedin artmaktadır. Gebelikte tiroit serbestleştirici hormon (TSH) ve serbest tiroit hormonların seviyesi değişmemektedir. Ayrıca gebelikte fizyolojik hiperparatiroidizm de vardır (Çiçek ve Mungan 2008; Taşkın 2011).

2.3.8. Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri

Gebelikteki hormonların artması sebebiyle kas-iskelet sisteminde gevşeme meydana gelmektedir. Özellikle bağ dokusundaki ve pelvik eklemlerdeki gevşeme doğumun başlanmasında kolaylaştırıcı etkenlerdendir. Gebelikte uterusun büyümesiyle birlikte vücut postürü bozulmakta ve lordozis artmaktadır. Bu tür değişimlerde eklemlere olan basıyı arttırdığından bel ağrılarına sebep olmaktadır. Gebeliğin son zamanlarında periferik sinirlerde baskı olabileceğinden ekstremitelerde parastezi oluşabilmektedir (Gabbe ve ark. 2009; Leveno 2014).

2.3.9. Psikolojik Değişiklikler

Gebelik önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu gibi karışık duyguların da yaşandığı psikolojik bir süreci ifade etmektedir (McCauley ve ark. 2011). Kadınların psikolojik değişimlerini cinsiyetleriyle ilgili fizyolojik özellikleri ve hormonal değişiklikler olmak üzere temelde iki faktör etkilemektedir.

Gebelikte östrojen, progesteron ve kortizolün etkisi ile bu değişime uyumu sağlayacak bazı psikolojik değişiklikler oluşmaktadır (Yılmaz 2010). Gebelikte duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzuları, zıt duygular öne çıkmaktadır. Gebelik sürecinde anne adayının annelik rolünü kabullenip benimsemesi gerekmektedir (Kuğu ve Akyüz 2001). Ayrıca ailenin sosyo-ekonomik yapısı, anneliğe hazıroluşluk durumu, gebeliğin yüksek riskler taşıyıp taşınamaması, gebeliğin istenip istenmeme durumu, planlanmış ya da planlanmamış olması durumu da gebeliğe karşı tutumu etkileyen faktörlerdendir (Kuğu ve Akyüz 2001; McCauley ve ark. 2011).

2.4. Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıklar

2.4.1. Erken Dönem Rahatsızlıklar (Birinci Trimester): Bulantı ve kusma, burun tıkanıklığı ve burun kanaması (epistaksis), yorgunluk, sık idrara çıkma, üriner sistemi enfeksiyonu, göğüslerde hassasiyet, pityalizm (salya üretiminde artma), palmar eritem, vajinal akıntıda artma, abdominal rahatsızlıklardır (Taşkın 2011).

2.4.2. Geç Dönem Rahatsızlıklar (İkinci ve Üçüncü Trimester): Mide yanması (pirozis), iştahta artma, ayak bileklerinde ödem, variköz venler, gaz, hemoroidler, konstipasyon, sırt ağrısı, kas krampları, yorgunluk, solunum sıkıntısı, uyuma güçlüğü, round ligament ağrısı, karpal tünel sendromu (CTS), baş ağrısı, Braxton Hicks kontraksiyonlarıdır (Taşkın 2011).

Gebelikte meydana gelen değişimleri bilmek gastrointestinal şikayetlerin yorumlanabilmesi açısından önem arz etmektedir. Gebelik sürecinde görülen gastrointestinal şikayetlerin birçoğu anne ve fetus için ciddi bir tehlike oluşturmaz fakat bu durumdan etkilenen gebelerin yaşam kalitesi önemli derecede bozulabilmekte ve çok sık hastaneye başvurmaya yol açabilmektedir. Gebelikte oluşan konstipasyon çok rahatsız edici bir semptomdur ve bulantı-kusmadan sonraki en sık oluşan şikayettir (Aygün ve Aygün 2010).

2.5. Dışkılama Fizyolojisi

Kalın bağırsağın boşaltılması işlemine dışkılama denilmektedir. Dışkılama olayı medulla ve spinal kord tarafından yönetilmektedir (Taylor ve ark. 2008). Dışkı kontrolünden ve defekasyondan temel sorumlu yapılar; eksternal anal sfinkter,

puborektal kas, internal anal sfinkter ve rektumdur. Ayrıca bu yapıların sinirsel donanımından sakral pleksus sempatik lifleri ve torakolumber pleksus parasempatik lifler sorumludur. Dışkılama, anorektal alanın motor ve duyuşal sinirlerinin eş zamanlı ve bir arada çalışması ile oluşmaktadır (Özkan 2007).

Parasempatik uyarı oluşmaya başladığında, internal anal sfinkter gevşemekte, bağırsak ise kasılmaktadır. Bu şekilde fekal kitlenin rektum kanalına girmesi sağlanmaktadır. Böylece dışkılama refleksi için ilk uyarın rektumun fekal kitle ile şişmesidir. Rektal şişlik, intrarektal basınçta artışa sebep olmakta ve kasları kasmaktadır. Bu kasılmada dışkılama refleksini harekete geçirmekte ve boşaltımı gerçekleştirmeye zorlamaktadır. Eksternal anal sfinkterin gevşemesi-kasılması istemli kontrol altında olmaktadır. Acil olan bir dışkılama ihtiyacı bireyler tarafından, istemli olarak ertelenebilmektedir (Taylor ve ark. 2008).

Dışkılama esnasında birden çok kas bu sürece katılmaktadır. Bireyin nefesini tutması ile diyafram ve abdomen duvarındaki kaslar istemli bir şekilde gerilmektedir. Normal basınçta 4-5 dakika içinde karın içi basınç artışı glotisi kapatmakta ve bu durum boşaltıma yardım etmektedir. Aynı zamanda pelvik tabandaki kaslar gerilmekte ve fekal kitlenin dışarı atılmasına yardımcı olmaktadır. Abdominal basıncın artması ve uyluktaki kasların gevşemesi dışkılama sürecini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca rektuma olan basıyı artırmak için oturma pozisyonu önemlidir (Bharucha ve Phillips 2001; Taylor ve ark. 2008).

Birey dışkılama sürecinde zorlandığında, karın içi basınç artmakta, toraksta, atrium ve ventriküllere doğru giden kan akımı azalmaktadır. Bu yüzden bir süreliğine kardiyak-output azalmaktadır. Bir kez bu zorlanma ihtiyacı durdurulursa, basınç azalır ve kalbe giden kan miktarı daha da artmaktadır. Fakat bu hareket, çok duyarlı bireylerde kan basıncını arttırabileceği için tehlike arz etmektedir. Bu zorlanma tekniğine valsalva manevrası denir ve bu olay hastalıkları olan bireyler için sakıncalı olabilmektedir (Lembo ve Camilleri 2003; Taylor ve ark. 2008).








2.6. Normal Gaitanın Özellikleri ve Dışkılama Sayısı

Yaş grupları ve beslenme özelliklerine göre dışkının özelliği ve sayısı değişim göstermektedir. Geliştirilmiş olan Bristol dışkı formu skalası ile dışkının şekli tarif edilerek dışkının tipi rahat bir şekilde belirlenmektedir (Şekil 2.1).

Dışkılama sayısını gastrointestinal geçiş zamanı belirlemektedir. Dışkılama sayısı toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler, diyetteki lif miktarı, sıvı tüketimi, stres, fiziksel aktivite, seyahat gibi durumlar da gastrointestinal geçiş zamanında değişimler meydana getirmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte gastrointestinal geçiş zamanı fizyolojik olarak uzamasıyla dışkılama sayısında değişikliğe neden olabilmektedir (Di Lorenzo 2001). Gebeler üzerine yapılan bir çalışmada 35 yaş ve üzerinde olan gebelerde konstipasyon görülme oranında artış gözlenmiştir (Shi ve ark. 2015).

Gastrointestinal geçiş zamanı, 1-3 ayda ortalama 8.5 saat, 4-24 ayda 16 saat, 3-13 yaş arasında 26 saat, erişkin bireylerde 30-48 saate çıkmaktadır (Rao 2000; Benninga ve ark. 2004). Erişkin bireylerde ortalama 100-200 gr miktarında feçes dışkılama isteğini uyarmaktadır (Di Lorenzo 2001). Erişkinlerde kişiden kişiye değişmekle birlikte normal bağırsak fonksiyonu haftada üç kez ile günde üç kez arasında farklılık göstermektedir (Ramkumar ve Rao 2005).

Lewis ve Heaton tarafından 1990 yılında Bristol Üniversitesi'nde Bristol Dışkı Skalası geliştirilmiş ve bu skala insan dışkısını 7 farklı şekil ve kıvamda sınıflandırmaktadır. Gaitanın şekli kolonda kalma süresine göre değişir. Bu sebeple geliştirilen skala, geçiş süresinin hızlı ve güvenilir bir belirtisidir. Tam bilimsel olmamasına rağmen, geliştirilen tablo tanı koyarken dışkı şeklini ve kıvamını daha iyi kavramak için sağlık profesyonellerine yol gösterir (Lewis ve Heaton 1997).

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

Şekil 2.1: Bristol Dışkı Skalası (Lewis ve Heaton 1997).

2.7. Konstipasyonun Tanımı

Konstipasyon, gaz birikimi, fekalimpakşın (dışkı tıkaç), diyare, dışkı tutamama (enkoprezis) ve hemoroidler gebelikte bağırsak boşaltımında karşılaşılan sorunlardan bazılarıdır. Bu sorunlardan en çok karşılaşılan ve çok farklı şekilde tanımlanan konstipasyon, çeşitli gelişmelerle artış gösteren bir sağlık sorunu olmuştur. Konstipasyon bir hastalık değildir ve bireyden bireye değişen farklı şekilde tanılanıp yorumlanabilen bir semptomdur (Eşer 1999).

Konstipasyonun tanımı ile ilgili literatürde birçok tanım vardır. Bunlardan bazıları;

Sert veya katı dışkılama, dışkı sayısının normalden az olması, ıkınma için fazla efor harcama, tam boşalamama hissiyatı, dışkı sayısının az ve seyrek olması, dışkılama için el yardımı ile kolaylık sağlanmaya çalışılmasına konstipasyon denir (Türkay ve ark. 2005).

Konstipasyonun tanımı bireyden bireye farklılık gösterdiği gibi hastalarda ve hekimlerde de farklılık göstermektedir (Türkay ve ark. 2005). Hekimler sıklıkla konstipasyonu dışkı yapma sayısında düşme olarak tanımlarken, hastalar ise dışkılama ile ilgili şikayetlerin hemen hemen hepsini konstipasyon şeklinde adlandırmaktadır (Higgins ve Johanson 2004). Sağlık profesyonelleri konstipasyonu haftada 3 kereden daha az dışkılama şeklinde tanımlarken, hastalar ise çoğunlukla tamamlanmamış boşaltım hissi, sert dışkı, ıkınma ve fazla efor gerektiren dışkılama şeklinde tanımlamaktadır (Leung ve ark. 2011).

Konstipasyon genel olarak seyrek dışkılama alışkanlığına sahip olan bireylerde dışkının bağırsak içinde kalış süresi artmakta ve bu sebeble dışkı içindeki suyun emilimi artmakta ve dışkı sertleşmektedir (Bengi ve ark. 2014). Haftada 3 kereden az, sert kıvamda, geniş çaplı veya keçi pisliği şeklinde dışkının görüldüğü, makat ağrısının ve sıklıkla kanama ve anal fissürün de beraberinde olduğu defekasyon şekli olarak da tanımlanmaktadır (Millia 2007).

Klinik saha alanlarında konstipasyon, çoğunlukla bağırsak hareketlerinin haftada üç defadan daha az olması şeklinde tanımlanmaktadır. Uluslararası Gastroenteroloji Kongresi'nde uzman çalışma grubu Roma II kriterlerini geliştirmişlerdir ve bu kriterler konstipasyon tanılama ölçütlerini oluşturmaktadır (Longstreth ve ark. 2006) (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Roma II Konstipasyon Tanı Kriterleri

Semptomların 2 ya da daha fazlası son 12 ay içinde ve en az 12 hafta süreyle görülmelidir

- Defekasyonların %25'inden fazlasında ıkınma
- Defekasyonların %25'inden fazlasında sert ya da topak topak dışkı
- Defekasyonların %25'inden fazlasında tamamlanmamış boşaltım hissi
- Defekasyonların %25'inden fazlasında anorektal tıkanıklık hissi
- Defekasyonların %25'inden fazlasında fasilitasyon için manuel manevraların kullanımı (dijital boşaltım, pelvik taban desteği)
- Haftada 3 kereden daha az dışkılama

Laksatifler kullanılmadan yumuşak dışkı çok nadir görülür

Konstipasyon için son yıllarda “Roma II kriterleri” daha da geliştirilerek yerini “Roma III kriterleri” almıştır (Tablo 2.2). Roma III kriterlerine göre bir kişinin konstipasyon kabul edilebilmesinin şartı yakınmalarının hastaneye başvuruşundan altı ay önce başlamış olması gerekmektedir. Ayrıca üç ay süreyle ayda üç gün veya daha fazla gün bu yakınmalarının bulunması gerekmektedir (Longstreth ve ark. 2006) (Tablo 2.2).

Tablo 2.2. Roma III Konstipasyon Tanı Kriterleri

Semptomlar tanı konulmadan en az 6 ay önce başlamalı ve son 3 ay boyunca görülmeli

- İrritable bağırsak sendromu için kriterlerin yetersiz olması
 - Laksatif kullanımı olmadan yumuşak dışkının çok nadir görülmesi
 - Haftada 3'ten az bağırsak hareketinin olması
- Aşağıdaki semptomların en az 2 ya da daha fazlası defekasyonların en az % 25'inde görülmelidir:
- İkinma
 - Topak topak ya da sert dışkı
 - Tamamlanmamış boşaltım hissi
 - Anorektal tıkanıklık hissi
 - Boşaltımı fasilite etmek için kullanılan manuel manevralar

Konstipasyon için Roma II ve Roma III kriterlerinden başka American College of Gastroenterology (ACG) Task Force isminde başka bir araştırma grubu konstipasyonun tanımlanma kriterlerini daha da kolay şekle indirgemıştır (Korkmaz ve ark. 2011) (Tablo 2.3).

Tablo 2.3. American College of Gastroenterology (ACG) Kronik Konstipasyon 'Task Force' Kriterleri.

Dışkı sayısında azalma ve zor dışkılama ile tanımlanan ve tatmin olunamayan dışkılama sırasında;

- İkinma
- Sert / topak şeklinde dışkı
- Dışkılama sırasında zorlanma
- Tam boşalamama
- Dışkılama sırasında uzun zaman geçirme
- Dışkılama sırasında, hastanın parmakları kullanarak anüs çevresine, perineye veya vagina duvarına masaj yapma ihtiyacının olması
- Şikâyetlerin en az üç aydan beri var olması

Bu belirlenen kriterlere rağmen hastanın kendi bildirdiği 'Self-Reported' konstipasyona dayalı prevalans çalışmalarıyla, Roma III kriterlerine dayalı prevalans çalışmaları uyumlu ve anlamlı olarak belirlenmiştir. Ayrıca Roma II kriterlerine göre konstipe olduğunu hisseden çoğu bireyi belirlemede yetersiz kalmıştır (Cash ve Chey 2004). Ponce ve arkadaşlarının gebelik ve sonraki süreç için yapmış olduğu çalışmada bireyler tarafından bildirilen konstipasyon prevelansı birinci trimesterde % 45.4, ikinci trimesterde % 37.1, üçüncü trimesterde % 39.4, doğum sonrası süreçte % 41.8'dir. Roma II kriterlerine göre belirlenen konstipasyon prevelansı ise birinci trimesterde % 29.6, ikinci trimesterde % 19.0, üçüncü trimesterde % 21.8 ve doğum sonrası süreçte % 24.7 olarak belirlenmiştir (Ponce ve ark. 2008). Garrigues ve

arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hastanın kendi bildirdiği konstipasyon prevalansı % 29,5 iken, Roma II kriterlerince belirlenen konstipasyon prevalansı % 14.0 olarak bulunmuştur (Garrigues ve ark. 2004).

2.7.1. Konstipasyon Epidemiyolojisi

Konstipasyon sıklığı; demografik özellikler, tanı kriterleri ve araştırılan gruplara göre değişmektedir. Sağlıklı erişkinler bireylerde % 2'den % 35'lere kadar varan sıklıklarda görülebilmektedir ve kadınlarda erkeklere göre daha yüksek prevalanstadır (Ribas ve ark. 2011; Suares ve Ford 2011). Yunanistanda yapılan bir çalışmada sağlıklı genç kadınlarda fonksiyonel konstipasyon görülme oranı % 28.8 olarak belirlenmiştir (Papatheodoridis ve ark. 2010).

Genel olarak toplumda, erişkin kadınlarda, kronik hastalığı olanlarda, diyet kısıtlaması olanlarda, yaşlı bireylerde, hareketsiz kişilerde, eğitim düzeyi düşük olanlarda, gelir düzeyi az olanlarda, cinsel suistimale uğramış bireylerde, psikolojik rahatsızlıkları olanlarda daha sık görülmektedir. Ayrıca genç erkeklerde genç kadınlara göre, zencilerde beyazlara göre, çocuklarda erişkinlere göre daha sık konstipasyon görülmektedir. Konstipasyon genellikle hafif ve ara ara olmakta, kolay önlem alınarak geçmektedir. Fakat çok az da olsa megakolon ve fekal impaksiyon gibi önemli sonuçlarda doğurabilmektedir (Savaş 2004).

Gebelik sürecinin değişik dönemlerinde konstipasyon görülme oranı farklılık göstermektedir. Gebelik ve gebelik sonrası süreç için yapılan bir çalışmada konstipasyon prevalans oranı birinci trimesterde % 24, ikinci trimesterde % 26, üçüncü trimesterde % 16 ve gebelikten sonraki üç aylık dönemde % 24 olarak görülmüştür (Bradley ve ark. 2007). Derby ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada konstipasyon görülme oranı birinci trimesterde % 23, ikinci trimesterde %21, üçüncü trimesterde % 12 ve doğum sonrasında % 9 olarak görülmüştür (Derbyshire ve ark. 2006). İspanyada yapılan çalışmada Roma II kriterlerine göre konstipasyon prevalansı birinci trimesterde % 29.6, ikinci trimesterde % 19.0, üçüncü trimesterde % 21.8 ve doğum sonrası dönemde % 24.7 olarak belirlenmiştir (Ponce ve ark. 2008). Çin'de gebeler üzerine yapılan çalışmada Roma III kriterlerine göre fonksiyonel konstipasyon görülme oranı % 13.01 olarak görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada 35 yaş üstü gebelerde, gebelik öncesi BKİ 24'ün üzerinde olanlarda,

eğitim seviyesi yüksek olanlarda ve sabit-oturarak iŖe sahip olanlarda konstipasyon prevalansı daha yüksek olduğu grlmŖtr (Shi ve ark. 2015).

2.7.2. Konstipasyon Etyolojisi ve Patogenezi

Konstipasyon bir hastalık olmayıp yaŖ ve gruplara göre deđiŖebilen semptomdur. Bu semptomlara sebep olan birçok sayıda mekanizma ve organik hastalık olduğu unutulmamalıdır. Konstipasyon bebeklerde konjenital sorunlarla baŖlayabilir, bazen de eriŖkin yaŖta ortaya çıkmaktadır. İdiyopatik (sebebi bilinmeyen) Ŗekilde oluŖabileceđi gibi bazı hastalıkları takibinde sekonder olarak oluŖabilmektedir (Tablo 1.4). Konstipasyon geliŖimde kültürel faktörler, emosyonel durum ve çevresel faktörler etkili olabilmektedir (SavaŖ 2004).

Konstipasyonun birçok farklı nedeni olabilmektedir (KoŖar ve ztrk 2004; Dener 2006; Berman ve ark. 2008; Craven ve Hirnle 2009). Konstipasyona neden olan faktörler;

- Lif miktarı dŖk hayvansal besinlerle beslenme (et, süt ve ürünleri, yumurta gibi),
- Sıvı alımında yetersizlik (günlük 2 litre' den az),
- Yetersiz kalori alımı,
- Düzensiz bağırsak alışkanlıkları ve dıŖkılama ihtiyaçını erteleme ve geciktirme,
- Bağırsağı tam bir Ŗekilde boŖaltamama,
- Yatak istirahati süresinin fazla olması,
- Düzenli fiziksel egzersiz yapmama,
- Mahremiyetin sađlanamaması,
- Defekasyon için uygun koŖulları bulamama
- Kronik hastalıklar (parkinson, multipl sklerozis, kronik bağırsak hastalıkları, iritabl bağırsak sendromu, depresyon gibi sekonder oluŖabilen hastalıklar) (Tablo 2.4),
- Durumsal veya kronik stres,
- Kullanılan bazı ilaçlar (antiasitler, antidepresanlar, demir, narkotikler, antikolinergikler, antihipertansif gibi) (Tablo 2.5),
- BoŖaltım refleksinde azalma sebebiyle sürekli laksatif veya enema kullanma,
- YaŖlılarda bağırsak peristaltizminde, abdominal kas elastikiyetinde ve mukus sekresyonunda azalmanın olması,

- Kalın bağırsağın sinir iletisini etkileyen nörolojik sıkıntılar (omurilik yaralanması, tümörlerin varlığı gibi),
- Hipotiroidizm, hipokalsemi veya hipokalemi gibi hastalıklar konstipasyonun oluşumuna sebep olabilmektedir (Berman ve ark. 2008; Taylor ve ark. 2008; Craven ve Hirnle 2009; Kaya 2012).

Tablo 2.4. Sekonder Konstipasyon Nedenleri

Sekonder Konstipasyon Nedenleri		
Mekanik nedenler	Metabolik ve endokrin hastalıklar	Nörolojik ve miyotik hastalıklar
1. Kolorektal kanserler	1. Diabetes mellitus	1. Periferik ve otonomik nöropati
2. Kolorektal benign darlıklar	2. Hipotiroidi ve nadiren hipertiroidi	2. Hirschsprung hastalığı
a. Cerrahi sonrası yapışıklıklar	3. Hiperkalsemi	3. Nörofibromatozis
b. Divertikülit, proktit	a. Hiperparatiroidi	4. Ganglionöromatozis
c. İskemi	b. Kemiğe metastatik kanserler	5. Polimiyozit, dermatomiyozit
d. İnflamatuvar bağırsak hastalığı	c. Sarkoidoz	6. Multipl skleroz
3. Rektosel	4. Panhipopituitarizm	7. Alzheimer hastalığı
4. Endometriyozis	5. Hipokalemi	8. Parkinson hastalığı
5. Rektumda yabancı cisim	6. Porfiri	9. Sakral sinir diseksiyonu
6. Anal fissür ve hemoroidler	7. Feokromositoma	10. Kauda ekina tümörleri
7. Perirektal apse	8. Glukagonoma	11. Spinal kord lezyonları
8. Volvulus	9. Gebelik	12. Chagas hastalığı
9. Ektopik anüs	10. Üremi	13. Beyin tümörleri
		14. Shy-Drager sendromu
		15. Meningomiyelomalazisi
		16. Tabes dorsalis
		17. Famiyal visseral veya otonomik nöropati
		18. Serebrovasküler olaylar
		19. Amiloidoz
		20. Skleroderma

(Savaş 2004).

Tablo 2.5. Konstipasyona Neden Olan İlaçlar

İLAÇLAR	
1. Antikolinergikler	3. Metal iyonları ve mineraller
a. Spazmolitikler (atropin, buscopan..)	a. Kalsiyum preparatları
b. Antidepresanlar (MAO inhibitörleri..)	b. Demir
c. Anti-psikotikler (fenotiyazinler)	c. Alüminyumlu antasitler
d. Antihistaminikler	d. Baryum sülfat
e. Anti-Parkinson ilaçlar	e. Arsenik, civa gibi ağır metaller
2. Kardiyovasküler ilaçlar	f. Sükralfat
a. Kalsiyum kanal blokerleri	4. Antikonvülzanlar
b. Ganglion blokerleri	5. Opioid analjezikler
c. Klonidin	6. Rezinler (kolestiramin ve kayexalat)
d. Beta-blokerler	7. Kemoterapötikler (vinka alkaloidleri)
e. Diüretikler	

(Savaş 2004).

2.7.2.1. Konstipasyon Mekanizması

Sistemik ya da yapısal anormallik olmadan görülen konstipasyon primer konstipasyondur. Birden çok hastada kolon transit zamanı genellikle normaldir (Eoff 2008). Bununla birlikte bazı hastalarda kolon transit zamanında düşüklük ya da anorektal disfonksiyon olabilmektedir. Normal kolonik transit zaman yaklaşık olarak 36 saat olarak kabul edilmekte ve 72 saati geçmesi durumunda ise anormal kabul edilmektedir (Savaş 2004; Duarte ve ark. 2015).

Primer konstipasyon anorektal bölgenin ya da kolonun (bazen her ikisi de beraber) hareketlerinin bozulması konstipasyonun iki temel mekanizmasını oluşturmaktadır.

A) Kolon fonksiyonunun normal ancak anorektal alan fonksiyonunun bozulması durumu (Kolun transit zamanı normal): Anorektal bölgenin fonksiyonunun bozulmasına fonksiyonel defekasyon bozukluğu (FDB) denir. Anorektal alan fonksiyonu iki şekilde bozulabilmekte ve bunlar; dissinerjik defekasyon ve defekasyon itici gücünde yetersizlik şeklinde olmaktadır (Rao ve Go 2010).

Dissinerjik defekasyon; Tek başına olabileceği gibi yavaş kolon transit zamanının yavaşlığı sebebiyle ya da konstipasyonu takiben irritabl bağırsak sendromu (IBS) ile beraber olabilmektedir. Bu tip bozukluklarda karın kaslarıyla

rektoanal ve pelvik taban kasları defekasyon işlemi sırasında zorluk çekmektedir. Birey ıkınma esnasında rektal basınç artış gösterir bu sırada sfinkter basıncıda arttığı için dışkı atılamamaktadır (paradoks anal kasılma). Bazen de anal sfinkter yeterince gevşeyemediğinden dışkı atılamaz (anal gevşemede yetersizlik) (Aygün ve Aygün 2010).

Defekasyon itici gücünde yetersizlik: Burada birey ıkınırken rektumun basıncı dışkıyı atacak kadar yeterli güce sahip değildir (rektal kasılmada bozukluk) (Aygün ve Aygün 2010).

B) Anorektal alan fonksiyonunun normal ancak kolon fonksiyonunun bozulması durumu (Kolon transit zamanında yavaşlama): Kolon transit zamanı yavaşladığından dolayı kolonun motilitisi ve kolonun hareketi azalmıştır. Laksatiflere ve yemeklerin ardından oluşan reflekslere verilen yanıtlar zamanla yok olmuştur (Aygün ve Aygün 2010).

Bedendeki herhangi bir organ fonksiyonlarının bozulması halinde, ilaçlar kullanımı veya tıkanıklık yapan durumlardan kaynaklanan konstipasyona sekonder konstipasyon denir (Savaş 2004). Sistemik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, neoplazm ya da darlık gibi tıkanmaya sebep olan durumlar sekonder konstipasyona sebep olabilmektedir. Sekonder (organik) konstipasyonda genellikle kolon veya rektumdan feçesin geçmesine engel olan intrinsek kitle veya lümenin daralmasına sebep olan lezyonlar mevcuttur (Bengi ve ark. 2014).

2.7.2.2. Gebelikte Konstipasyon Mekanizmaları

Konstipasyon görülme sıklığının erken gebelikte daha yüksek olması hormonal etmenlerin gebelikte oluşan konstipasyonun temel sebebi olduğu doğrultusundaki kuramı desteklemektedir. Gebeler üzerine yapılan iki çalışmada da ilk trimesterde konstipasyon görülme oranı diğer trimesterlere göre daha yüksektir (Ponce ve ark. 2007; Catherine ve ark. 2007).

Gastrointestinal motiliteyi kadınlarda sadece gebelik esnasında değil normal zamanda da cinsiyet hormonları etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda kadınlarda erkeklere göre daha fazla konstipasyon görülme sıklığına rastlanmıştır (Xiao ve ark. 2005). Erkek ve dişi fareler üzerine yapılan bir çalışmada konstipasyonu arttıran hormon progesteron olduğu sonucuna varılmıştır. Her iki cinsiyette de östrojen hormonundan çok progesteron hormonunun etkin olduğu belirlenmiştir (Oh ve ark.

2013). Çocukluk dönemlerinde erkeklerde kızlardan daha çok konstipasyon görülürken, üreme dönemlerine ulaşıldığında kadınlarda hormonal faktörler devreye girdiğinden dolayı daha çok konstipasyona rastlanmaktadır (Aygün ve Aygün 2010).

Yapılan bir çalışmada hormonal değişiklikler ile bağırsak hareketleri kolon transit geçiş sürelerine foliküler ve luteal fazlarda teker teker bakılmış ve erkek hastalarla kıyaslanmıştır. Kadın hastalarda menstürasyon döneminin ilk günü bağırsakların çok daha hareketli olduğu ve dışkının daha yumuşak olduğu belirlenmiştir. Bu olay menstürasyon döneminde salgılanan prostaglandinden kaynaklanmaktadır. Bununla beraber kolon transit geçiş süresinde hem foliküler hem de luteal faz arasında ve erkeklere kıyasla anlamlı olarak fark bulunmamıştır (Hinds ve ark. 1989; Kamm ve ark. 1989). Fakat çalışma sınırlı sayıda kişiler üzerinde yapılmıştır. Gebelik sürecinde sistemik dolaşımdaki progesteron seviyesinin menstürasyonun lüteal fazına kıyasla daha fazla olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Aygün ve Aygün 2010).

Kadınlar üzerine yapılan bir başka çalışmada sebebi bilinmeyen ve şiddetli konstipasyonu olanlarda cinsiyet hormonlarının etkili olup olmadığı araştırılmıştır. Sağlıklı yirmi üç kadın ve yirmi altı şiddetli konstipasyonu olan kadınlar kıyaslanmıştır ayrıca menstürasyon döneminde foliküler ve luteal fazlarında hormonal değişimlere bakılmıştır (Kamm ve ark. 1991). Bu çalışmada şiddetli konstipasyon yaşayan grupta foliküler fazda progesteron, kortizol, testosteron, androstenedion, 17-hidroksiprogesteron ve dehidroepiandrosteron sülfat seviyeleri, luteal fazda ise östradiol, kortizol ve testosteron seviyelerinde düşme olduğu ve şiddetli konstipasyonlu kadınlarda steroid hormon düzeylerinde anlamlı bir azalma olduğunu sonucuna varmışlardır (Kamm ve ark. 1991).

Gebe bireylerde progesteron seviyesinin artması bağırsak duvarındaki düz kaslarda gevşemeye sebep olmaktadır. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda da aynı şekilde progesteronun kalın bağırsaktaki düz ve sirküler kaslarda inhibitör etki yarattığı sonucuna varılmıştır (Oh ve ark. 2013). Relaxin hormonu da gebelikte salgılanmakta ve myometriyumun kasılmasını inhibe etmektedir. Progesteron hormonu gibi relaxin hormonu da gastrointestinal sistemdeki kasları inhibe ettiği belirlenmiştir (Tincello ve ark. 2003).

Gebelikte kolonik su emilimi arttığından dolayı konstipasyon için bir risk oluşturmakta ve gebe bireylerde aldosteron seviyelerinin artması su emilimini artırmakta, sert ve az dışkılamaya sebep olduğu belirlenmiştir (Aygün ve Aygün

2010). Östrojen ve progesteron hormonları, renin sekresyonunda artış yaratmaktadır. Renin, anjiotensinojenin anjiotensin I'e daha sonra anjiotensin II'ye dönüşmesine, anjiotensin II de aldosteron seviyesinde artışa yol açmaktadır (Porterfield 2001).

Gebeliğin son zamanlarında uterusun büyümesi ve fetüsün gastrointestinal sistem lümenine bası yapması sebebiyle bağırsak geçişinde azalma olabilir. Bazen de büyüyen uterusun fetüs bağırsaklarda nadir de olsa pasajda azalmaya ve malrotasyona sebep olabilmektedir. Defekasyon sürecinde çok önemli olan levator ani kasına bası olması durumunda bu kas devre dışı bırakılabilmekte ve dışkılama olayı sorun olabilmektedir (Shafik ve El-Sibai 2002; Wald 2003).

2.7.3. Konstipasyon Risk Faktörleri

Konstipasyonun risk faktörleri; kadın olmak, ilerlemiş yaş, beyaz olmayan etnik köken, gelir seviyesinde ve eğitim düzeyinde düşüklük, fiziksel aktivitede azalmadır. Diğer risk faktörleri; ilaçlar ve sekonder hastalıklardır (Tablo 2.4-2.5). Aynı zamanda diyet ve yaşam biçimi de konstipasyonun oluşmasına sebep olabilmektedir (Dukas ve ark. 2003; Papatheodoridis ve ark 2010; Carpenito 2011; Suares ve Ford 2011).

Tablo 2.6. Konstipasyon Risk Faktörleri

Risk Faktörleri

- Yenidoğanlar ve çocuklar
- 55 yaş üzeri yetişkinler
- Yakın zamanda geçirilmiş abdominal veya perianalpelvik cerrahi
- Gebelik
- Sedanter yaşam tarzı
- Fiberden ve sudan yetersiz diet
- Polifarmasi (özellikle yaşlılarda)
- Laksatiflerin kötüye kullanımı
- Konstipasyona neden hastalıklar
- Bakım hastaları
- Seyahat
- Kronik kabızlık öyküsü

(Korkmaz ve ark. 2011; Bengi ve ark. 2014).

Gebeler üzerine yapılan bir çalışmada lifli besinler ile az beslenme, fiziksel aktivitede yetersizlik, genel sağlık durumunun kötü olması, vitamin alımı, demir alımı, laksatif kullanımı, antidepresan ilaç alımı, sigara kullanma durumu, kafein alımı konstipasyon için risk oluşturan faktörler olarak gözlenmiştir (Catherine ve ark. 2007). Yapılan bir başka çalışmada 35 yaş ve üzerinde olanlar, eğitim seviyesi yüksek olanlar, sedanter hayatı olanlar, gebelik öncesinde ve gebelik sürecinde BKİ

24'den fazla olan kişiler konstipasyon açısından riskli olan kişiler olarak rapor edilmiştir (Shi ve ark. 2015).

2.7.4. *Konstipasyonun Belirtileri:*

Bağırsak seslerinde azalma, rektal dolgunluk hissiyatı, rektumda basınç hissiyatı, defekasyon esnasında ağrı ve zorlanma olması, fekal tıkaçın el ile hissedilmesi, boşaltımda yetersizlik hissiyatı, sert ve katı dışkıının olması, dışkılama sayısındaki azalma, abdominal distansiyon, baş ağrısı, halsizlik, kramp tarzında karın ağrısı, iştahta azalma, kusmaların olması, karında gerginlik hissiyatı, bölgesel duyarlılıkların olması konstipasyonun başlıca belirtilerindendir (Demirbaş 2010; Carpenito 2011).

2.7.5. *Konstipasyon Tedavisi ve Yönetimi*

Konstipasyonun tedavisi ve yönetimindeki amaç konstipasyon oluşmasını önlemek, konstipasyon oluşmuşsa meydana gelen semptomları azaltmak, bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve konforunu sağlamaktır (Kyle 2008). Hastalar değerlendirilirken bireylerin özgeçmişi, fizik muayenesi, laboratuvar ve görüntüleme çalışmalarına bakılmalıdır. Konstipasyon tedavisinde yapılacak ilk durum altta yatan patolojinin belirlenmesidir (Aygün ve Aygün 2010).

Gebe bireylerde organik patolojiler mevcutsa bu patolojinin tedavisi özel olarak bu alanla ilgilenen alan uzmanlarının katkısı ile birlikte gerçekleştirilmektedir. Organik bir patolojisi olmayan gebelerde konstipasyon farklı yöntemlerle tedavi edilmektedir (Dennison ve ark 2005; Aygün ve Aygün 2010). Patoloji saptanmayan bireylerde tedavi genel olarak şu şekildedir: bireylere herhangi bir sorunun olmadığını söylemek ve bireyleri bu konuda rahatlatmak, tuvalet eğitimi vermek, çevresel etmenler ve diyet değişiklikleri konusunda tavsiyelerde bulunmak önemlidir (Savaş 2004; Santiago ve ark. 2014).

Tedavide yeterli su alımı önemlidir. Sıvı miktarı fazla olan besinlerle, meyve suları ile su alımı sağlanabilir (Garcia Duarte ve ark 2015). Ankara'da yapılan bir çalışmada kadınlarda konstipasyonu önlemede eğitim programının önemine bakılmış ve verilen eğitim sonrasında sıvı alımı artırılarak konstipasyon önlenmiştir. Bu çalışma ile konstipasyonu önlemede sıvı alımının önemi ortaya konmuştur (Ayaz ve

Hisar 2014). Su alımının yanında yüksek lifli gıdaların alımı konstipasyonun tedavisinde önemlidir (Cuervo ve ark. 2014). Fakat lif miktarının fazla alınması bireylerde karın ağrısı ve karında gerginlik yapabilmektedir. Konstipasyon şikayeti olan gebelerde yeterli su ve lif alımının yanında fiziksel egzersiz de tedavide yer alır (Derbyshire ve ark. 2006; Aygün ve Aygün 2010; Santiago ve ark. 2014).

Yukarıda verilen nonfarmakolojik yöntemlere cevap alınamayan inatçı konstipasyonlu gebelerde farmakolojik yöntemler gerekebilmektedir. İlaç tedavisi veren uzmanın dikkatli olması ve ilaçların faydası, zararı, teratojenik etkisi olup olmadığı konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. Konstipe gebelerde kullanılan laksatif ilaçlar, etkili, teratojen etkisi olmayan, anne sütüne geçmeyen ve iyi tolere edilebilen özellikte olmalıdır. Gebelikte bütün ilaçlarda olduğu gibi laksatifler de dikkatle kullanılmalıdır (Aygün ve Aygün 2010) (Tablo 2.7-2.8).

Konstipasyon yönetimi; yaşam tarzında değişiklik yapma, risk faktörlerini azaltma ve laksatif tedavisini (Tablo 2.7) kapsamaktadır. Yaşam tarzındaki değişiklikler fiziksel aktivite, lifli diyet ve sıvı alımını gerektirir. Gebelerin özellikle doktorlarına danışarak reçete edilen laksatifleri kullanmaları gerekmektedir (Tablo 2.8). Konstipasyon yönetiminde yaşam biçimi değişikliklerini, nonfarmakolojik tedavileri, farmakolojik tedavileri kapsayan farklı yaklaşımlar bulunmaktadır (Dennison ve ark 2005; Santiago ve ark. 2014).

Tablo 2.7. Konstipasyonda Kullanılan İlaçlar

Konstipasyonda Kullanılan İlaçlar	
Osmotik laksatifler	Kitle yapıcı ajanlar
Laktuloz	Fsilium
Polietilen glikol	Kalsiyum polikarbonil
	Metilsellüloz
Uyarıcı laksatifler	Biofeedback tedavisi
Senna	
Bisakodil	

(İnce ve Remzi 2011).

Tablo 2.8. Gebelikte Laksatif Kullanımı

Gebelikte Laksatif Kullanımı

Kullanımı güvenli

Naturel lif desteği

Laktuloz

Gliserin

Polietilen glikol

Dikkatli kullanılmalı

Salin ozmotik laksatifleri

Hint yağı

Sinameki

Docosate calcium

Mineral oil

Kullanılmamalı

Anthraquinon (Dantron)

(Aygün ve Aygün 2010).

2.8. Konstipasyon ve Hemşirelik

Konstipasyonun tanımlanmasından tedavisine kadar geçen süreçte ve sonrasında tekrar oluşmaması için koruyucu bakımda hemşireler ekibin lideri konumundadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, toplumun ve toplumu oluşturan bireylerin sağlığını ve refahı yükseltmede önemli bir araçtır. Halk sağlığı hemşireleri, korumanın tedaviden daha üstün olduğu anlayışına sahip bireylerdir (Allender ve ark. 2014). Bu amaçla konstipasyon sorunu, bağımsız hemşirelik girişimleri ile çözüme kavuşacak bir problemdir (Papatheodoridis ve ark. 2010). Tappin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hemşire liderliğindeki gruptaki ebeveyn memnuniyeti danışman liderliğindeki ebeveyn memnuniyetinden daha iyi olmuştur (Tappin ve ark. 2013).

Hemşirelik girişimlerini planlayabilmek için öncelikle hasta öyküsü ve fizik muayene ile konstipasyonu tanımlamak gerekmektedir. Konstipasyon tanımlandıktan sonra beklenen hedefler doğrultusunda hemşirelik girişimleri planlanmalıdır (Özkan 2007; Korkmaz ve ark. 2011; Carpenito 2011; Kaya 2012).

2.8.1. Hasta Öyküsünün Alınması

Konstipasyonu tanımlamak için bireyden anamnez alınmalıdır. Hastalığa özgü bilgiler alınırken bireyin güçlü ve zayıf yanları, genetik ve çevresel faktörler gibi sağlık ile riskleri ve mevcut olan olası sağlık sorunları tanılanmalıdır (Kaya 2012).

Kişinin konstipasyon sorununun sorgulanması adımları aşağıdaki bilgileri içermelidir (Özkan 2007; Korkmaz ve ark. 2011; Kaya 2012; Allender ve ark. 2014).

- Defekasyon alışkanlıklarının belirlenmesi; günün hangi saatlerinde ve kaç kez defekasyona çıktığı,
- Beslenme alışkanlığı ve diyet öyküsü (lifli besinler, meyve, sebze tüketimi, düzenli beslenip beslenmediği vb.),
- İştah durumu (beslenme alışkanlığında ve kilosunda değişme olup olmadığı vb.),
- Günlük sıvı alımı (miktarı ve türü),
- Defekasyon öncesinde zorlanma ve el ile rektuma basınç yapma durumu,
- Gaitanın özellikleri hakkında bireyin ifadeleri; gaitanın şekli, rengi, sert, yumuşak veya sulu ve kanlı olup olmama durumu,
- Normal defekasyonun başlamasını sağlayan yöntemler (ılık içeceklerin içilmesi, bazı kuru besinlerin yenmesi, günün belli saatlerinde tuvalete oturma vb.),
- Defekasyona yardımcı uygulamalar kullanma durumu (lavman, laksatif vb.),
- Bağırsak diversiyonu olup olmadığı (defekasyon sıklığı, gaitanın özellikleri, stomanın var olup olmaması, stoma için takılan torbanın türü vb.),
- Geçmişte gastrointestinal sistem hastalığının varlığı, cerrahi operasyonlar (ailede kolon kanseri öyküsü olup olmadığı vb.) ve anorektal bozukluklar,
- Anatomik şekil bozuklukları, metabolik ve gastrointestinal hastalıklar, nöropatik durumlar, intestinal sinir ve kas hastalıkları, down sendromu ve konnektif doku hastalıkları,
- İlaç kullanıp kullanmadığı (laksatif, lavman, probiyotikler, analjezik, demir ilaçları vb. gibi),
- Egzersiz (egzersiz sıklığı, süresi ve türü),
- Ağrı ve rahatsızlık (abdominal ya da anal ağrı öyküsü, türü, şiddeti ve lokalizasyonu)
- Emosyonel durumdur (ses tonu, davranışları).

2.8.2. Fizik Muayene

Fizik muayene, sağlıklı/hasta bireyin durumunun daha iyi tanımlanabilmesi amacıyla objektif verilerin değerlendirilmesidir ve hemşirelik bakımının planlanmasına katkı sağlamaktadır. Hemşireler tarafından yapılan fizik muayenenin amaçları; sağlıklı/hasta bireyin sağlık durumunun tanınması, sağlık sorununun belirlenmesi ve hemşirelik girişimi için veri tabanının oluşturulmasıdır (Kaya 2012).

2.8.3. Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları

- Normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapılması
- Defekasyon sürecinde ağrı olmaması
- Normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapımının sürdürülmesi (Erdemir 2012).

2.8.4. Konstipasyon ve Hemşirelik Girişimleri

- Konstipasyona neden olan risk faktörleri değerlendirilmelidir.
- Kişinin normal bağırsak alışkanlığı sorgulanmalı ve değerlendirilmelidir.
- Kişinin bağırsak sesleri dinlenmelidir.
- Kişinin boyuna ve kilosuna göre sıvı alımı arttırılmalıdır.
- Diyetisyenle işbirliği içerisinde beslenme programı hazırlanmalıdır.
- Kişiye lifli gıdaların neler olduğu öğretilmeli, lifli gıdaların önemi açıklanmalı ve lifli gıdalar alması sağlanmalıdır.
- Diyetteki lif miktarı yavaş yavaş arttırılmalı ve kayıt altına alınması gerektiği söylenmelidir. Lif alımının fazla olması durumunda karında ağrı ve gerginliğe sebep olacağı açıklanmalıdır.
- Kişi için sakıncası yoksa sıvı alımı konusunda birey teşvik edilmelidir.
- Kişinin kullandığı ilaçların gastrointestinal sisteme yan etkileri olup olmadığı değerlendirilmelidir.
- Kişinin bağırsak boşaltım için belirli bir zaman (her gün aynı saat) ayırması gerektiği konusunda bilgi verilmelidir.
- Bireyin tuvalette doğru pozisyon (normal-yarı çömelir) alması konusunda yardım edilmelidir.
- Kişi tuvaletten alt abdomene masaj yapması öğretilmelidir.

- Kişi ve ailesine normal boşaltım süreci hakkında bilgi verilmelidir.
- Defekasyon ihtiyacını ertelememesi gerektiği ve bu konunun önemi hakkında bilgi verilmelidir.
- Kişi vaginal stimülasyon (baş dönmesi, nabızda düşme) açısından izlenmelidir.
- Defekasyon esnasında ağrıyı azaltmak için anüse nazikçe bir lubrikant (yağlandırıcı) uygulanabileceği anlatılmalıdır.
- Deriyi kontaminasyondan korumak için defekasyondan sonra bölge uygun ajanlarla temizlenmelidir.
- Lavman ve laksatifleri devamlı kullanmanın tehlikeleri açıklanmalı, özellikle gebe bireylere uzmana danışarak ilaç tedavisi alması gerektiği söylenmelidir.
- Hastayı rahatlatmak için abdominal masajın önemi hakkında bilgi verilmeli (Abdomen geniş bir fasiyal sisteme sahip, abdominal masaj, karın içi basıncı değiştirerek ve rektuma bası yaparak, bağırsaklar üzerinde mekanik ve refleks etki oluşturmakta, bu etki peristaltizmi uyarmakta, peristaltizmin artması ise, besinlerin gastrointestinal sistemden geçiş süresini kısaltarak bağırsak hareketlerini hızlandırmaktadır) ve masaj konusunda birey cesaretlendirilmelidir.
- Kişi düzenli ve devamlı egzersiz yapması konusunda cesaretlendirilmelidir.
- Eğer yürüyüş yasaklandıysa günde 3-4 kez yatakta uzanarak her iki dizini sırayla göğsüne doğru çekip bırakması (her dizi 10-20 defa) ve günde 6-10 kez yatakta uzanarak ya da sandalyeye oturarak vücudu bir taraftan diğer tarafa döndürme (10-20 defa) gibi egzersizler öğretilmelidir.
- Kişiyi boşaltım sonrası perine temizliği hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

(Bulechek ve ark. 2008; Carpenito 2011; Erdemir 2012; Allender ve ark. 2014).

2.9. Konstipasyon ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi çok yönlü, devamlı değişmekte ve gelişmekte olan kişiden kişiye farklılık gösteren, sosyal, ekonomik, kültürel ve psikolojik etmenlerden etkilenen tanımlanması güç bir kavramdır. Mutluluk, doyuma ulaşma, iyi olma

esenliğe ulaşma halidir. Yaşam kalitesi, yaşamın subjektif olarak değerlendirilmesi, var olan fonksiyonel seviyesine rağmen subjektif doyuma ulaşmayı ifade eder (Akdemir ve Birol 2005). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini hedefleri, beklentileri ve standartları ile bağlantılı olarak kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi olarak tanımlamaktadır. Bir diğer ifadeyle “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki öznel yaşam algıları” şeklinde tanımlamıştır (World Health Organization Quality of Life Group 1994).

Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramları birbiriyle karıştırılmamalıdır. Yaşam kalitesi çok daha geniş bir terim olup fiziksel, emosyonel, sosyal alanları mevcuttur. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı ise yaşam kalitesinin sadece bir kısmını oluşturmakta, kişinin var olan sağlık durumundan memnuniyetini ve bu duruma verdiği duygusal tepkisidir. Bireyin fonksiyonel durumu ve kişinin kendi sağlık durumunu sosyal yönüyle değerlendirmesi kavramıdır (Küçükdeveci 2005).

Yaşam kalitesi objektif göstergeler ve subjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmektedir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri fiziksel iyilik durumu ile ilgilenmektedir. Kişilerin günlük yaşam aktiviteleri ve öz bakım gereksinimlerini karşılayabilme durumu ve bu durumdan yeterli doyum alıp almadığını incelemektedir. Objektif göstergeler psikolojik iyilik durumu ile ilgilenmektedir. Kişilerin emosyonel iyilik durumu, yaşama dair algıları, yaşama doyumunu incelemektedir (Eser 2006).

Hasta kişi veya ailelerinin hastalığa fiziksel ve psikososyal açıdan cevaplarının tanınması, uyum sağlama zorluklarının belirlenmesi, bu duruma özgü baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi ve girişimlerin planlanması, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile olmaktadır (Eser 2006).

Yaşam kalitesini ölçme ve değerlendirme hemşirelik mesleğiyle yakından ilişkilidir. Hemşirelikte temel amaç kişinin kendi bakımını karşılayabilmesi için kişiye yardımcı olmak ve kişinin ihtiyaçlarını karşılayarak kişiyi bağımsız hale getirmektir. Bu gereksinimleri karşılarken her adımda bireyin yaşam kalitesini yükseltmek en önemli amaçlarından. Hemşirelikte yaşam kalitesi için çaba sarf etme, kişiyi rahatlatma, kişiye destek olma, gereksinime özgü bakım verme ve hemşireliğin içinde olan yaşamı her yönüyle ele alan kişinin sağlık ve esenliğini arttırmayı amaçlayan hemşirelik mesleğinin gerekliliğini vurgular (Avcı ve Pala

2004). Yaşam kalitesi ölçümleri bu yönü ile hemşireliğin kendine has olan inancı ile paraleldir (Eser 2006).

Hasta kişilerin yaşam kalitesi birden çok etmenlerden etkilendiği için hemşirelik mesleği ve bakımı daha ön plana çıkmaktadır. Kişinin yaşam kalitesi hemşirelik bakımının niteliğini ortaya çıkarmaktadır. Hemşirelik bağımsız, yarı bağımlı, bağımlı tüm rollerini yaparak kişiyi her boyutu ile ele almalı ve hasta kişinin yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir (Küçükdeveci 2005).

Gebelik boyunca oluşan fiziksel ve hormonal değişiklikler gebe bireyi ve gebe bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir. Gebelik sürecinde yaşam kalitesine bakan araştırmacılar gebelikteki oluşan değişimlerin yaşam kalitesini düşürdüğünü, gebeliğin ileri dönemlerinde ve doğum sonu dönemde fiziksel işlevsellik ve iyilik algısının azaldığını görmüşlerdir (Gjerdingen ve ark. 1991; Mckee ve ark. 2001; Magee ve ark. 2002; Johnson 2014; Nicholson ve ark. 2016).

Konstipasyon gastrointestinal sistemde en sık görülen bir problemdir. Konstipasyon bir hastalık değil, semptom olarak karşımıza çıkmaktadır. Konstipasyon, hayatı tehtit eden bir problem değildir fakat kişiye maddi ve manevi yük getirdiğinden kişinin yaşamını etkilemekte ve yaşam kalitesinin düşürmektedir (Dedeli ve ark. 2007; Wald ve ark. 2007). Konstipasyon problemi yaşayan kişilerde kramp şeklinde karın ağrısı, gerginlik, şişkinlik, rektumda ağrı ve basınç hissi şikayetleri vardır ve bu bulgular kişinin yaşam tarzını, fiziksel ve emosyonel durumunu, sosyal ve iş hayatını ve yaşam kalitesini olumsuz bir şekilde etkilemektedir (Glia ve Lindberg 1997; Irvine ve ark. 2002; Wald ve ark. 2007). Konstipasyonun uzun ve şiddetli olması hasta kişilerin yaşam kalitelerini şüphesiz olumsuz etkilemektedir (Irvine ve ark. 2002; Wald ve ark. 2007).

Yapılan bir çalışmada sağlıklı olan ve konstipasyon tanılı olan iki grubun yaşam kaliteleri karşılaştırılmış ve konstipasyon tanılı kişiler sağlıklı kişilere kıyasla yaşam kaliteleri düşük olduğu belirlenmiştir (Wang ve ark. 2009). Yapılan bir diğer çalışmada gastrointestinal sistem hastalıklarının tedavisinin kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Glia ve Lindberg 1997; Irvine ve ark. 2002; Simren ve ark. 2001; Damon ve ark. 2004). Gebeler üzerine yapılan bir araştırmada fiziksel, metabolik ve psikolojik değişimlerin yaşam kalitesini azalttığı gözlenmiştir (Magee 2002; Dalfra ve ark. 2012; Johnson ve ark. 2014; Nicholson ve ark. 2016).

Hemşirelik konstipasyonun bakımında ve tedavisinde her adımda yer alan ve hasta kişilerin sağlık ve esenliğini en üst düzeye çıkarmaya çalışan bir disiplindir. Hemşire, kişi ve ailesinin sağlık ihtiyacını gidererek, hasta kişinin hayat tarzında değişiklikler yaparak, probleme özgü baş etme mekanizması geliştirmek ve hasta kişinin kullanmasını sağlayan, yaşam kalitesini arttırmada önemli bir pozisyonudur (Eser 2006; Avcı ve Pala 2004; Dedeli ve ark. 2007). Özellikle halk sağlığı hemşirelerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde gebe izlem ve takibinde konstipasyona yönelik vereceği eğitim ve gebe bireylere sağlığı geliştirme davranışları kazandırması oldukça önemli ve değerlidir (Allender ve ark. 2014). Konstipasyon tanılı kişilerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hasta kişilere verilecek hemşirelik eğitimi aydınlatıcı olmakta ve kişilerin yaşam kalitesinin artırılması için gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamaktadır (Dedeli ve ark. 2007). Bu sebeble kişilerin bakım ve tedavisinin yapılması sağlanmaktadır. Hemşireler ve diğer sağlık üyeleri konstipasyon problemi olanlarda kaliteli bakım ve hizmet vererek kişi ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltebilmektedir. Bu şekilde kişi ve ailesinin memnuniyeti ve sağlık bakım hizmetleri ve bu hizmetlerin etkinliği artmaktadır (Dedeli ve ark. 2007).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma konstipasyonu olan ve konstipasyonu olmayan gebelerde yaşam kalitesini belirlemek amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya il merkezinde bulunan Konya Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır. Hastanede kadın hastalıkları ve doğum uzmanı 20 hekim, 128 hemşire, 105 ebe hizmet vermektedir. Ayrıca yılda toplam 78.118 gebelik tanısı ile hastaneye başvuru olmaktadır (Hastane İstatistik Birimi, Mayıs 2017). Araştırma Mayıs 2017- Ekim 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi başvuran gebeler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örnek Seçimi

Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde "Bir Toplumdaki Oranın Belirli Bir Doğrulukla Tahmininde" önerilen (Lemeshow ve ark. 2000) bir tablodan yararlanılmıştır.

Gebelik döneminde konstipasyon prevalansına ilişkin bir bulgu olarak bir çalışmanın bildirdiği orandan yararlanılmıştır (Derbyshire ve ark. 2006). Bu çalışmada;

- Birinci trimesterde konstipasyon görülme oranı % 23
- İkinci trimesterde konstipasyon görülme oranı % 21
- Üçüncü trimesterde %12 olarak belirlenmiştir.

Örneklemin belirlenmesinde % 95 güven düzeyi, % 7 rölatif kesinlik dikkate alınmıştır. Buna göre;

- Birinci trimesterde bildirilen oran tabloda yaklaşık % 20 olarak değerlendirilmiş ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğünün 125 olduğu bulunmuştur. Konstipasyonu olan 125, konstipasyonu olmayan 125 gebe birey alınmıştır.

- İkinci trimesterde bildirilen oran tabloda yaklaşık % 20 olarak değerlendirilmiş ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğünün 125 olduğu bulunmuştur. Konstipasyonu olan 125, konstipasyonu olmayan 125 gebe birey alınmıştır.

- Üçüncü trimesterde bildirilen oran tabloda yaklaşık % 10 olarak değerlendirilmiş ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğünün 71 olduğu bulunmuştur. Konstipasyonu olan 71, konstipasyonu olmayan 71 gebe birey alınmıştır. Çalışmaya dahil edilecek konstipasyonu olan 321 ve konstipasyonu olmayan 321 gebe birey ve toplam örneklem sayısı 642 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Gebelerin okur-yazar olması; 18-45 yaş aralığında olması; çoğul gebelik olmaması; herhangi bir ilaç kullanmaması; kanser öyküsünün, fiziksel hareketliliği kısıtlayan bir hastalığının, nörolojik ve psikiyatrik rahatsızlığının, romatizmal hastalıklarının, metabolik ve endokrin hastalıklarının, sindirim hastalıklarının ve konstipasyon için geleneksel uygulamanın olmaması gerekmektedir.

3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

3.6.1. Roma III Kriterleri

Konstipasyon tanısı için ıkınma, topak topak ya da sert dışkı, tamamlanmamış boşaltım hissi, anorektal tıkanıklık hissi ve boşaltımı kolaylaştırmak için manuel manevralar gibi semptomları sorgulayan Roma III kriterleri kullanılmaktadır. Toplamda 6 soru bulunmaktadır. Roma III kriterlerine göre bir kişinin konstipasyon kabul edilebilmesi için yakınmalarının en az altı ay önce başlamış olması gerekmektedir. Ayrıca diğer koşullar üç ay boyunca ıkınma, topak topak ya da sert dışkı, tamamlanmamış boşaltım hissi, anorektal tıkanıklık hissi ve boşaltımı kolaylaştırmak için manuel manevralar gibi semptomların en az iki ya da daha fazlası defekasyonların en az % 25'inde bu semptomlar görülmelidir (Longstreth ve ark. 2006). Bu kriterler doğrultusunda konstipasyonu olan ve konstipasyonu olmayan gebeler şeklinde sınıflandırma yapılmıştır (Ek 1).

3.6.2. Kişisel Bilgi Formu

Literatürler taranarak oluşturulan kişisel bilgi formu; sosyodemografik özellikler, beslenme alışkanlıkları, defekasyon özelliklerine ilişkin sorular 3 başlık altında oluşturulmuştur. Sosyodemografik özellikler 14, beslenme alışkanlıkları 9, defekasyon özellikleri 8 soru olarak toplam da 21 soru sorulmuştur (Derbyshire ve ark. 2006; Bradley ve ark. 2007; Ponce ve ark. 2008; Ayaz ve Hisar 2014; Shi ve ark. 2015). Gebelerin mevcut boy ve kilosu gebe izlem kartından alınmış, gebelik öncesi boy ve kilosu ise bireylerin kendisine sorulmuştur (Ek 2).

3.6.3. Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği

Genel sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde ise “Sağlık Anketinin Kısa Formu-36 (Short Form-36 Health Survey) (SF-36)” kullanılmıştır. Bu ölçek sağlığın olumlu ve olumsuz yönlerini beraber değerlendirmektedir. SF-36 özellikle fiziksel hastalığı olanlarda yaşam kalitesini ölçmek için Ware ve Sherbourne tarafından (1992) geliştirilmiş ve Türkçe’ye çevrilerek, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Ware ve Sherbourne 1992; Koçyiğit ve ark. 1999). Ölçeğin güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır ve 0.73-0.76 arasında elde edilmiştir. Geçerlilik çalışmasında ise korelasyon katsayıları 0.44-0.65 arasında bulunmuştur. SF-36 toplam 36 maddeden oluşmaktadır ve 8 boyutun ölçümü yapılmaktadır: fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanmasıdır (6 madde). Bu formu değerlendirme dördüncü ve beşinci maddeler dışındaki sorularda Likert tipi (üçlü-altılı) skala ile yapılmaktadır. Bu formdaki dördüncü ve beşinci maddeler ise evet/hayır şeklinde cevaplanarak değerlendirilmektedir. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirmektedir. “0” en kötü sağlık durumunu gösterirken “100” en iyi sağlık durumunu ifade etmektedir ve toplam puan hesaplanmaktadır. Her alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan hesaplanmaktadır (Ware ve Sherbourne 1992). Yapmış olduğumuz çalışmada SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin sekiz alt boyutunun Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı toplam grup, konstipasyon olan ve olmayan grup sırasıyla; fiziksel fonksiyon için 0.90, 0.88 ve 0.85, fiziksel rol güclüğü için 0.82, 0.79 ve 0.76, ağrı için 0.68, 0.56 ve 0.66, sosyal fonksiyon için 0.68, 0.64 ve 0.56, enerji/vitalite

için 0.84, 0.75 ve 0.82, emosyonel rol güçlüğü için 0.80, 0.75 ve 0.75, mental sağlık için 0.83, 0.81 ve 0.75, genel sağlığın algılanması için 0.72, 0.53 ve 0.65 olarak bulunmuştur (Ek 3).

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler literatür incelemeleri sonucu oluşturulan kişisel bilgi formu, Roma III kriterleri ve Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği kullanılarak olasılıklı örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi ile yüzyüze görüşülerek Mayıs 2017-Ekim 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Ayrıca Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde staj yapan iki tane öğrencimi veri toplama öncesi bir saatlik eğitim ve danışmanlık hizmeti verdikten sonra üç kişi birlikte veriler toplamıştır.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini sosyodemografik özellikler, beslenme ve defekasyon özellikleri oluşturmaktadır. Bağımlı değişken ise konstipasyonu olan ve olmayan gebelerde SF-36 Yaşam Kalitesi alt boyutları puan ortalamalarıdır.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesi Necmettin Erbakan Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulunun 02 Aralık 2016 tarihinde 2016/740 sayılı kararı ile izin alınmıştır (Ek 5). Kurum izinleri almıştır (Ek 6). Katılımcılardan da sözlü onam alınmıştır. Ayrıca Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeğini Türkçeye çevirerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Koçyiğit ve arkadaşlarından (1999) ölçeğin tezde kullanımı için izin alınmıştır (Ek 4).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sadece çalışılan örnekleme genellenebilmektedir. Bu konu ile yapılan çalışmaların yetersizliği de araştırmanın sınırlılıkları kapsamındadır. Araştırmanın evreni araştırma izin çıktıktan sonra alınmıştır. Gebe bireylerin gebelik öncesi boy ve kilo bilgisinin öz bildirime dayalı olarak alınması da bir sınırlılıktır.

3.11. Araştırma Soruları

- Sosyodemografik özellikler ile konstipasyon arasındaki fark önemli midir?
- Konstipasyon durumu ile gebelerin defekasyon özellikleri arasındaki fark önemli midir?

- Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin beslenme özellikleri arasında fark önemli midir?
- Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin sıvı tüketim özellikleri arasında fark önemli midir?
- Konstipasyonu olan ve konstipasyonu olmayan gebelerde yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları farklı mıdır?
- Gebelik dönemine göre konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları farklı mıdır?

3.12. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Çalışmanın tanımlayıcı istatistiklerinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma verilmiştir. Verilerin normal dağılıma sahip olma durumunun değerlendirilmesinde Kolmogorow-Smirnow testi, Skewness ve Kurtosis değerleri kullanılmıştır. Çalışma gruplarının (konstipasyonu olan ve olmayan) tanımlayıcı özelliklerinin homojenliği kategorik değişkenlerde Pearson Ki-kare testi, sayısal değişkenlerde bağımsız gruplarda t testi (normal dağılıma sahip) ve Mann Whitney U testi ($n < 30$) ile değerlendirilmiştir. İki grubun SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p < .05$ kabul edilmiştir. İleri analiz yazan kısımlarda ise ki-kare analizi yapılmıştır. Çok gruplu değişkenlerde ki-kare analizinde gruplar arası fark bulunduğu ileri analiz olarak satır ki-karesi en yüksek olan grup analizden çıkarılarak test tekrarlanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular 4 ana başlık altında incelenmiştir.

1. Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular
 - Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin sağlık öyküsü, BKİ ve gebeliğe ilişkin bulgular
 - Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin beslenme özelliklerine ilişkin bulgular
 - Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin sıvı tüketimine ilişkin bulgular
2. Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerin defekasyona ilişkin bulgular
3. Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin bulgular
4. Gebelik dönemine göre konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

4.1. Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı ki-kare analizi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Sigara içenlerde sigara içme süresi (yıl) ve günlük sigara içme sayısı ortalaması arasındaki fark ise Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 4.1).

Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin yaş grubu, eğitim düzeyi, ailenin gelir düzeyi, genel yaşam tarzı, sigara kullanma durumunun dağılımları ve sigara içenlerde sigara kullanma süresi ile günlük içtikleri sigara sayısı ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p > .05$, Tablo 4.1), grupların bu özellikler yönünden benzer olduğu saptanmıştır.

Grupların çalışma durumuna göre dağılımı incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerin çalışma oranının (% 5) konstipasyonu olmayanlara (% 9) göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p < .05$, Tablo 4.1).

Düzenli egzersiz yapma durumuna göre dağılımlar incelendiğinde, konstipasyonu olan gebe grubunda düzenli egzersiz yapanların (% 5.9) oranının konstipasyonu olmayanlara (% 11.8) göre çok anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<.01$, Tablo 4.1). Konstipasyonu olan gebelerin düzenli egzersiz yapma alışkanlığı çok düşüktür.

Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin strese maruz kalma durumunun dağılımları arasındaki fark incelendiğinde, gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<.001$). İleri analizde, iki grup arasında tüm seçenekler yönünden anlamlı düzeyde fark olduğu, konstipasyonu olmayan gebelerde hiç bir strese maruz kalmayanların oranının konstipe olanlara göre daha yüksek, bazen ve sürekli strese maruz kalanların oranının ise daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<.05$, Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Kategorik Değişkenler	Konstipasyon Var (n: 321)		Konstipasyon Yok (n: 321)		Toplam (n: 642)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş grupları						
18-26 yaş	171	53.3	178	55.5	349	54.4
27-34 yaş	119	37.1	104	32.4	223	34.7
35 yaş ve üzeri	31	9.6	39	12.1	70	10.9
<i>Test / p</i>			$\chi^2: 2.064$		$p: .356$	
Eğitim durumu						
Okur-yazar	7	2.2	8	2.5	15	2.3
İlköğretim	168	52.3	172	53.6	340	53.0
Lise	122	38.0	103	32.1	225	35.0
Üniversite	24	7.5	38	11.8	62	9.7
<i>Test / p</i>			$\chi^2: 4.879$		$p: .181$	
Çalışma durumu						
Çalışıyor	16	5.0	29	9.0	45	7.0
Çalışmıyor	305	95.0	292	91.0	597	93.0
<i>Test / p</i>			$\chi^2: 4.039$		$p: .044$	

Ailenin gelir durumu	42	13.1	35	10.9	77	12.0
Gelir giderden düşük						
Gelir gidere eşit	260	81.0	264	82.2	524	81.6
Gelir giderden fazla	19	5.9	22	6.9	41	6.4
<i>Test / p</i>		$\chi^2: .886$	<i>p: .642</i>			
Genel yaşam tarzı						
Aktif	77	24.0	86	26.8	163	25.4
Sakin	244	76.0	235	73.2	479	74.6
<i>Test / p</i>		$\chi^2: .666$	<i>p: .414</i>			
Düzenli egzersiz/spor yapma durumu						
Evet	19	5.9	38	11.8	57	8.9
Hayır	302	94.1	283	88.2	585	91.1
<i>Test / p</i>		$\chi^2: 6.950$	<i>p: .008</i>			
Strese maruz kalma						
Hiçbir zaman	2	.6	54	16.8	56	8.7
Bazen	215	67.0	202	62.9	417	65.0
Sık sık/sürekli	104	32.4	65	20.3	169	26.3
<i>Test / p</i>		$\chi^2: 57.691$	<i>p: .000</i>			
Sigara kullanımı						
Evet	23	7.2	25	7.8	48	7.5
Hayır	298	92.8	296	92.2	594	92.5
<i>Test / p</i>		$\chi^2: .090$	<i>p: .764</i>			
Sayısal Değişkenler	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Sigara kullanım süresi (s: 23/25, yıl)	7.22	5.07	10.04	6.47	8.69	5.95
<i>Test / p</i>		<i>U: 225.5</i>	<i>p: .177</i>			
Sigara sayısı (s: 23/25, adet/gün)	5.26	2.68	4.36	2.61	4.79	2.66
<i>Test / p</i>		<i>U: 214.0</i>	<i>p: .124</i>			

χ^2 : Pearson Ki-kare analizi
U: Mann Whitney U testi
 \bar{X} : Ortalama
SS: Standart Sapma

-Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Sağlık Öyküsü, BKİ ve Gebeliğe İlişkin Bulgular

Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin gebelik öncesi ve gebelik sırasındaki (veri toplama anındaki) BKİ, gebelik sayısı ve trimester dönemlerine göre dağılımları Pearson Ki-kare analizi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Gebelerin Sağlık Öyküsü ve Gebeliğe İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı

Özellik	Konstipasyon Var (n: 321)		Konstipasyon Yok (n: 321)		Toplam (n: 642)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gebelik öncesi BKİ						
BKİ <25	90	28.0	161	50.2	251	39.1
BKİ ≥ 25	231	72.0	160	49.8	391	60.9
<i>Test / p</i>		$\chi^2: 32.976$	$p: .000$			
Mevcut BKİ						
BKİ <25	41	12.8	90	28.0	131	20.4
BKİ ≥ 25	280	87.2	231	72.0	511	79.6
<i>Test / p</i>		$\chi^2: 23.027$	$p: .000$			
Gebelik sayısı						
Primipar (ilk gebelik)	103	32.1	103	32.1	206	32.1
Multipar (≥ 2 gebelik)	218	67.9	218	67.9	436	67.9
<i>Test / p</i>		$\chi^2: .000$	$p: 1.00$			
Trimester						
1. trimester	126	39.3	125	38.9	251	39.1
2. trimester	123	38.3	124	38.6	247	38.5
3. trimester	72	22.4	72	22.4	144	22.4
<i>Test / p</i>		$\chi^2: .008$	$p: .996$			
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Gebelik haftası	18.97	11.27	19.20	11.34	19.09	11.30

χ^2 : Pearson Ki-kare analizi

Konstipasyon görülme durumuna göre grupların gebelik sayısı ve trimester dönemlerinin dağılımları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>.05$, Tablo 4.2), grupların gebelik sayısı ve dönemi yönünden benzer/homojen olduğu bulunmuştur.

Grupların gebelik öncesi BKİ'ne göre dağılımları incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde BKİ 25 ve üzerinde olanların oranı (% 72) konstipasyon sorunu olmayanlara (% 49.8) göre çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur ($p<.001$). Gebelerin mevcut BKİ'leri incelendiğinde de, konstipasyonu olan gebelerde mevcut BKİ 25 ve üzerinde olanların oranının (% 87.2) konstipasyonu olmayanlara (% 72) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 4.2).

-Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Beslenme Özelliklerine İlişkin Bulgular

Konstipasyonu görülme durumuna göre gebelerin günlük toplam öğün, günlük ana öğün ve ara öğün sayısı, günlük meyve-sebze tüketimi ve haftalık bakliyat tüketimine göre dağılımları Pearson Ki-kare analizi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.3).

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerin günlük aldıkları toplam öğün sayısının dağılımları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 4.3). İleri analizde, toplam öğün sayısına göre tüm seçenekler arasında anlamlı düzeyde fark olduğu, konstipasyonu olan grupta toplam öğün sayısı yetersiz olanların oranının (% 72.3) konstipasyonu olmayanlara (% 49.2) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, toplam öğün sayısı normal olan (K.var: % 23, K.yok: % 30.5) ve toplam öğün sayısı fazla olanların (K.var: % 4.7, K.yok: % 20.3) oranının ise konstipasyon olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<.05$).

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerin günlük aldıkları ana öğün sayısının dağılımları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<.01$, Tablo 4.3). Konstipasyonu olan grupta günlük yetersiz ana öğün alanların oranının (% 39.3) konstipasyonu olmayanlara (% 27.4) göre yüksek olduğu, günlük aldıkları ana öğün sayısı normal/fazla olanların oranının ise (K.var: % 60.4, K.yok: % 72.6) düşük olduğu bulunmuştur.

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerin günlük aldıkları ara öğün sayısının dağılımları arasında da çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 4.3). İleri analizde, tüm ara öğün oranlarına göre gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Konstipasyonu olan gebelerde yetersiz günlük ara öğün alanların oranının (% 57.6) konstipasyonu olmayanlara (%38.6) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, günlük aldıkları ana öğün sayısı normal (K.var:%36.5, K.yok: %40.2) ve ara öğün sayısı fazla olanların (K.var: % 5.9, K.yok: % 21.2) oranının ise konstipasyon olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<.05$).

Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin günlük meyve-sebze tüketim durumuna göre gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<.001$, Tablo 4.3). Konstipasyonu olan gebelerde yetersiz meyve-sebze tüketim oranının (% 96.3) kabız olmayanlara (% 39.3) göre yüksek olduğu, normal meyve-sebze tüketme (K.var: % 3.7, K.yok: % 60.7) oranının ise düşük olduğu bulunmuştur.

Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin haftalık bakliyat tüketim durumunun dağılımları arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 4.3). İleri analizde, konstipasyonu olanlarda bakliyatı haftada iki kez ve üzerinde tüketenlerin oranının (% 25.8) konstipasyonu olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<.05$), grupların diğer bakliyat tüketim oranları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$).

Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin günlük toplam öğün, günlük ana öğün ve ara öğün sayısı, günlük meyve-sebze tüketimi ve haftalık bakliyat tüketimine göre dağılımları incelendiğinde, beş beslenme özelliğine göre gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p<.001$), konstipasyonu olan gebelerin beslenmelerinin daha yetersiz olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Gebelerin Beslenmeye İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı

Beslenme Özelliği	Konstipasyon Var (n: 321)		Konstipasyon Yok (n: 321)		Toplam (n: 642)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Günlük toplam öğün						
Yetersiz (2-4 öğün)	232	72.3	158	49.2	390	60.7
Normal (5 öğün)	74	23.0	98	30.5	172	26.8
Fazla (6-8 öğün)	15	4.7	65	20.3	80	12.5
<i>Test / p</i>			$\chi^2: 48.640$		<i>p: .000</i>	
Günlük ana öğün						
Yetersiz (2 öğün)	126	39.3	88	27.4	214	33.3
Normal / Fazla (3-4 öğün)	195	60.7	233	72.6	428	66.7
<i>Test / p</i>			$\chi^2: 10.121$		<i>p: .001</i>	
Günlük ara öğün						
Yetersiz (0-1 öğün)	185	57.6	124	38.6	309	48.1
Normal (2 öğün)	117	36.5	129	40.2	246	38.3
Fazla (3-5 öğün)	19	5.9	68	21.2	87	13.6
<i>Test / p</i>			$\chi^2: 40.225$		<i>p: .000</i>	
Günlük meyve-sebze tüketimi						
Yetersiz (1-2 porsiyon)	309	96.3	126	39.3	435	67.8
Normal / Fazla (3-5 porsiyon)	12	3.7	195	60.7	207	32.2
<i>Test / p</i>			$\chi^2: 238.769$		<i>p: .000</i>	
Haftalık bakliyat tüketimi						
Tüketmiyor	85	26.5	47	14.6	132	20.6
1 kez	153	47.7	114	35.5	267	41.6
2 kez ve üzeri	83	25.8	160	49.9	243	37.8
<i>Test / p</i>			$\chi^2: 41.035$		<i>p: .000</i>	

χ^2 : Pearson Ki-kare analizi

-Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Sıvı Tüketimine İlişkin Bulgular

Konstipasyonu görülme durumuna göre gebelerin günlük su, meyve suyu, çay, kahve ve toplam sıvı tüketimine göre dağılımları Pearson Ki-kare testi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.4).

Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerde günlük su tüketim dağılımları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu, konstipasyon sorunu olanlarda yeterli düzeyde su tüketenlerin oranının (% 11.2) konstipasyonu olmayanlara (% 81.3) göre düşük olduğu bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 4.4).

Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin günlük meyve suyu tüketim durumunun dağılımları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 4.4).

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerin günlük çay tüketme durumunun dağılımları arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<.01$, Tablo 4.4). İleri analizde, konstipasyonu olan gebelerde 3 bardak ve üzerinde çay tüketenlerin oranının konstipasyonu olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.05$) bulunmuştur. Gruplara göre çay tüketmeyen ve 1-2 bardak tüketenlerin oranları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı bulunmuştur ($p>.05$).

Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin günlük kahve tüketim durumunun dağılımları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<.05$, Tablo 4.4). Konstipasyonu olan gebelerde günlük kahve tüketmeyenlerin oranının (% 91) konstipe olmayanlara (% 80.4) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 4.4).

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerin günlük sıvı tüketme durumunun dağılımları incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerin yeterli sıvı tüketim oranının (% 37.7) konstipasyonu olmayanlara (% 90.3) göre çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde düşük olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Gebelerin Sıvı Tüketim Özelliklerine Göre Dağılımı

Beslenme Özelliği	Konstipasyon Var (n: 321)		Konstipasyon Yok (n: 321)		Toplam (n: 642)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Günlük su tüketimi						
Yetersiz (7 bardağa kadar)	285	88.8	60	18.7	345	53.7
Yeterli (8 bardak ve ↑)	36	11.2	261	81.3	297	46.3
<i>Test / p</i>		$\chi^2: 317.194$		<i>p: .000</i>		
Günlük meyve suyu tüketimi						
Tüketmiyor	188	58.6	194	60.4	382	59.5
Yeterli (1-2 bardak)	130	40.5	120	37.4	250	38.9
Fazla (3-8 bardak)	3	.9	7	2.2	10	1.6
<i>Test / p</i>		$\chi^2: 2.094$		<i>p: .351</i>		
Günlük çay tüketimi (100ml bardak)						
Tüketmiyor	29	9.0	44	13.7	73	11.4
1-2 bardak	77	24.0	100	31.2	177	27.6
3 bardak ve ↑	215	67.0	177	55.1	392	61.0
<i>Test / p</i>		$\chi^2: 9.755$		<i>p: .008</i>		
Günlük kahve tüketimi (50ml fincan)						
Tüketmiyor	292	91.0	258	80.4	550	85.7
1-2 fincan	29	9	63	19,6	92	14.4
<i>Test / p</i>		$\chi^2: 14.667$		<i>p: .000</i>		
Toplam Sıvı Tüketimi						
Yetersiz (≤ 1500 ml/g)	200	62.3	31	9.7	231	36.0
Normal / Fazla (1600-4000ml/g)	121	37.7	290	90.3	411	64.0
<i>Test / p</i>		$\chi^2: 193.132$		<i>p: .000</i>		

χ^2 : Pearson Ki-kare analizi

4.2.Konstipasyon Görülme Durumuna Göre Gebelerin Defekasyona İlişkin Bulgular

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerin kullandıkları tuvalet türü, defekasyon alışkanlıkları, makatta dışkılamayı zorlaştıracak sorun varlığı, büyük abdest hissinin oluştuğu zaman, büyük abdesti kolaylaştırmak amacıyla yaptıkları uygulama ve geçmişte konstipasyon görülme durumunun dağılımları arasında fark olup olmadığı Pearson Ki-kare analizi, geçmişte konstipasyon şikayet süresi ve büyük abdest için tuvalet süresinin ortalamaları arasında fark olup olmadığı ise bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.5).

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerin kullandıkları tuvalet türü incelendiğinde, konstipasyonu olmayan gebelerde alaturka tuvalet kullanma oranının (% 85), konstipasyonu olanlara (% 77.9) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<.05$, Tablo 4.5).

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerin defekasyon alışkanlıkları incelendiğinde, konstipe olanlarda büyük abdest yapmayı ertelerim diyenlerin oranının (% 22.4) konstipe olmayanlara (% 10.6) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<.05$, Tablo 4.5).

Büyük abdest oluşma hissine göre grupların dağılımı incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerin % 39,6'sında sabah kalktığında, % 60,4'ünde öğünlerden sonra, konstipe olmayan gebelerin % 60,4'ünde sabah, % 48,9'unda öğünlerden sonra oluştuğu bulunmuş, gruplar arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<.01$, Tablo 4.5).

Konstipe olan ve olmayan gebelerin büyük abdesti kolaylaştırmak için yaptıkları uygulamaların dağılımı incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<.05$, Tablo 4.5). Farkı belirlemek için yapılan ileri analizde, konstipe olanlarda “hiç bir şey yapmıyorum” diyenlerin oranının (% 29.6) konstipe olmayanlara (% 22.7) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.05$), diğer uygulama oranları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı bulunmuştur.

Konstipasyon sorunu olan gebelerde geçmişte konstipasyon görülme oranının (% 58.9) konstipasyon sorunu olmayanlara (% 35.2) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Geçmişte konstipasyon sorunu olanlarda konstipasyon şikayet süresinin ortalaması şu anda konstipasyonu olan gebe grubunda 3.35 ± 1.10 gün, konstipasyonu olmayan gebe grubunda 2.9 ± 1.09 gün olduğu ve aradaki fark çok anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p < .01$, Tablo 4.5).

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerin büyük abdest için tuvalette kalma süresi ortalaması karşılaştırıldığında, konstipasyonu olan gebelerin tuvalette kalma süresi ortalamasının (12.95 ± 4.29 dk) konstipasyonu olmayanlara (6.59 ± 2.57 dk) göre yüksek olduğu, bu farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < .001$, Tablo 4.5).

Konstipasyonu olan gebelerde dışkılamayı zorlaştıracak hemoroid, çatlak gibi sorunların görülme oranının (% 53.9) konstipe olmayanlara (% 19.9) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Gebelerin Boşaltıma İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı

Özellik	Konstipasyon Var (n: 321)		Konstipasyon Yok (n: 321)		Toplam (n: 642)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kullanılan tuvalet						
Alaturka	250	77.9	273	85.0	523	81.5
Alafranga	71	22.	48	15.0	119	18.5
<i>Test / p</i>	$\chi^2: 5.457$		$p: .019$			
Büyük abdest yapma alışkanlığı						
Ertelerim	72	22.4	34	10.6	106	16.5
Hemen giderim	249	77.6	287	89.4	536	83.5
<i>Test / p</i>	$\chi^2: 16.317$		$p: .000$			
Makatta dışkılamayı zorlaştıracak sorun (hemoroid, çatlak gibi)						
Var	173	53.9	64	19.9	237	36.9
Yok	148	46.1	257	80.1	405	63.1
<i>Test / p</i>	$\chi^2: 79.467$		$p: .000$			

**Büyük abdest hissinin
oluştığı zaman**

Sabah kalktığımda	127	39.6	163	50.8	290	45.2
Öğünlerden sonra	194	60.4	157	48.9	351	54.7
Egzersiz sonrası ^a	-	-	1	.3	1	.2
<i>Test / p</i>		$\chi^2: 8.368$	<i>p: .004</i>			

**Büyük abdesti
kolaylaştırmak amacıyla
yapılanlar**

Meyve sebze tüketme	23	7.2	39	12.1	62	9.7
Sıvı tüketme	127	39.6	140	43.6	267	41.6
Sıvı, meyve tüketme	76	23.7	66	20.6	142	22.1
Egzersiz/yürüyüş yapma	-	-	3	.9	3	.5
Hiç bir şey yapmama	95	29.6	73	22.7	168	26.2
<i>Test / p</i>		$\chi^2: 11.347$	<i>p: .023</i>			

**Geçmişte konstipasyon
görülme durumu**

Evet	189	58.9	113	35.2	302	47.0
Hayır	132	41.1	208	64.8	340	53.0
<i>Test / p</i>		$\chi^2: 36.114$	<i>p: .000</i>			

\bar{x} SS \bar{x} SS \bar{x} SS

**Geçmişte konstipasyon
şikayet süresi (gün)**

(S: 189/113)

<i>Test / p</i>		<i>t: 3.424</i>	<i>p: .001</i>			
-----------------	--	-----------------	----------------	--	--	--

**Büyük abdest için
tuvalet süresi (dk.)**

<i>Test / p</i>		<i>t: 22.808</i>	<i>p: .000</i>			
-----------------	--	------------------	----------------	--	--	--

χ^2 : Pearson Ki-kare analizi

a : Örneklem sayısı olmadığı/yetersiz olduğu için analize alınmamıştır.

Tablo 4.6. Gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Tanımlayıcı İstatistikleri

SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	En Düşük	En Yüksek	\bar{X}	SS
1. Fiziksel Fonksiyon	5.00	100.00	58.73	24.32
2. Fiziksel Rol güçlüğü	.00	100.00	39.64	39.00
3. Ağrı	.00	100.00	52.09	22.22
4. Enerji/Vitalite	.00	95.00	32.60	21.38
5. Sosyal Fonksiyon	.00	100.00	62.05	23.50
6. Emosyonel Rol güçlüğü	.00	100.00	36.14	40.01
7. Mental Sağlık	12.00	100.00	60.98	19.79
8. Genel Sağlık Algılanması	5.00	100.00	56.03	19.19

\bar{X} : Ortalama

SS: Standart Sapma

4.3. Gebelerin Konstipasyon Görülme Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerine İlişkin Bulgular

Konstipasyon sorunu olan ve olmayan gebelerin SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin sekiz alt boyut puan ortalaması arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.7).

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin **fiziksel fonksiyon** alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde 45.40 ± 20.86 , konstipasyonu olmayan gebelerde 72.06 ± 19.84 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 4.7).

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin **fiziksel rol güçlüğü** alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde 21.34 ± 31.32 , konstipasyonu olmayan gebelerde 57.94 ± 37.33 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 4.7).

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin **ağrı** alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde 42.94 ± 18.27 , konstipasyonu olmayan gebelerde 61.23 ± 22.08 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 4.7).

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin **enerji/vitalite** alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde 22.80 ± 13.82 , konstipasyonu olmayan gebelerde 42.40 ± 23.06 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 4.7).

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin **sosyal fonksiyon** alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde 51.25 ± 19.77 , konstipasyonu olmayan gebelerde 72.86 ± 21.94 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 4.7).

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin **emosyonel rol güçlüğü** alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde 18.17 ± 30.93 , konstipasyonu olmayan gebelerde 54.10 ± 40.03 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 4.7).

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin **mental sağlık** alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde 51.29 ± 16.17 , konstipasyonu olmayan gebelerde 70.68 ± 18.29 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 4.7).

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin **genel sağlığın algılanması** alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde 44.96 ± 15.45 , konstipasyonu olmayan gebelerde 67.10 ± 15.91 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması

SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Konstipasyon Var (n: 321)	Konstipasyon Yok (n: 321)	t*	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
1. Fiziksel Fonksiyon	45.40±20.86	72.06±19.84	16.59	.000
2. Fiziksel Rol güçlüğü	21.34±31.32	57.94±37.33	13.46	.000
3. Ağrı	42.94±18.27	61.23±22.08	11.43	.000
4. Enerji/Vitalite	22.80±13.82	42.40±23.06	13.06	.000
5. Sosyal Fonksiyon	51.25±19.77	72.86±21.94	13.11	.000
6. Emosyonel Rol güçlüğü	18.17±30.93	54.10±40.03	12.73	.000
7. Mental Sağlık	51.29±16.17	70.68±18.29	14.23	.000
8. Genel Sağlık Algılanması	44.96±15.45	67.10±15.91	17.89	.000

*t: Bağımsız gruplarda t testi. Serbestlik derecesi: 640

\bar{X} : Ortalama

SS: Standart Sapma

4.4. Gebelik Dönemine Göre Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Gebelerin içinde buldukları trimester dönemine göre konstipasyonu olan ve olmayanlar arasında SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin sekiz alt boyutunun puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.8).

Birinci trimesterda, konstipasyon sorunu olan gebelerin SF36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin sekiz alt boyutunun puan ortalamasının konstipasyonu olmayan gebelerinkine göre çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde düşük olduğu belirlenmiştir (p<.001, Tablo 4.8).

İkinci trimesterda de, konstipasyon sorunu olan gebelerin SF36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin sekiz alt boyutunun puan ortalamasının konstipasyonu olmayan gebelerinkine göre çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde düşük olduğu belirlenmiştir (p<.001, Tablo 4.8).

Üçüncü trimesterde ise, konstipasyon sorunu olan gebelerin SF36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon ve genel sağlığın algılanması alt boyutunun puan ortalamasının konstipasyonu olmayan gebelerinkine göre çok ileri düzeyde ($p<.001$), fiziksel rol güçlüğü, ağrı, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyut puan ortalamalarının çok anlamlı düzeyde ($p<.01$), enerji/vitalite ve sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamasının anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<.05$, Tablo 4.8).



Tablo 4.8. Gebelik Dönemine Göre Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları

Trimester	Konstipasyon	1. Fiziksel Fonksiyon	2. Fiziksel Rol güçlüğü	3. Ağrı	4. Enerji /Vitalite	5. Sosyal Fonksiyon	6. Emosyonel Rol güçlüğü	7. Emosyonel (Mental) Sağlık	8. Genel Sağlığın Algılanması
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
1. Trimester	Var (S: 126)	54.21±20.05	22.82±37.02	48.99±17.76	25.63±13.39	52.88±16.44	20.63±37.20	50.22±12.32	42.52±16.86
	Yok (S: 125)	82.04±15.63	66.80±35.18	71.44±17.77	51.48±21.01	76.80±20.44	63.20±39.22	74.72±13.92	70.65±16.39
	<i>t*</i>	<i>12.269</i>	<i>9.647</i>	<i>10.011</i>	<i>11.611</i>	<i>10.213</i>	<i>8.820</i>	<i>14.770</i>	<i>13.401</i>
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
2. Trimester	Var (S: 123)	41.54±17.51	16.46±22.60	41.35±15.68	21.99±12.54	45.93±15.14	11.92±19.15	46.96±12.63	45.73±14.63
	Yok (S: 124)	72.06±17.26	57.46±37.85	58.91±17.23	42.30±21.29	71.88±21.60	52.15±39.47	66.39±19.83	68.63±14.94
	<i>t*</i>	<i>13.791</i>	<i>10.345</i>	<i>8.375</i>	<i>9.141</i>	<i>10.936</i>	<i>10.202</i>	<i>9.191</i>	<i>12.167</i>
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
3. Trimester	Var (S: 72)	36.60±22.01	27.08±32.43	35.08±19.88	19.24±15.71	57.47±28.28	24.54±33.56	60.56±22.72	47.93±13.66
	Yok (S: 72)	54.72±18.74	43.40±35.85	47.50±27.35	26.81±21.19	67.71±23.99	41.67±39.06	71.06±20.65	58.32±13.44
	<i>t*</i>	<i>5.320</i>	<i>2.864</i>	<i>3.116</i>	<i>2.435</i>	<i>2.344</i>	<i>2.822</i>	<i>2.902</i>	<i>4.601</i>
	<i>p</i>	.000	.005	.002	.016	.020	.005	.004	.000

*t: Bağımsız gruplarda t testi. (1.trimester sd: 249. 2.trimester sd: 245. 3.trimester sd: 142)

5. TARTIŞMA

Konstipasyon bireylerin yaşamını tehdit etmemesine rağmen yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Dedeli ve ark. 2011). Bu amaçla yola çıkılan çalışmada konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada konstipasyonu olan gebelerin konstipasyonu olmayan gebelere göre yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları olan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, enerji/vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık ve genel sağlığın algılanması ortalamaları çok daha düşük bulunmuştur. Ek olarak gebeğin her döneminde konstipasyon yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular araştırma soruları doğrultusunda tartışılmıştır.

1. Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
 - Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin sağlık öyküsü, BKİ ve gebeliğe ilişkin bulguların tartışılması
 - Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin beslenme özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
 - Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin sıvı tüketimine ilişkin bulguların tartışılması
2. Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerin defekasyona ilişkin bulguların tartışılması
3. Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması
4. Gebelik dönemine göre konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

5.1. Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin yaş grubu, eğitim düzeyi, ailenin gelir düzeyi, genel yaşam tarzı, sigara kullanma durumunun dağılımları ve sigara içenlerde sigara kullanma süresi ile günlük içtikleri sigara sayısı ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>.05$) grupların benzer olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışma yaş gruplarına göre incelendiğinde; 18-26 yaş aralığında konstipasyon görülme durumu % 53.3, 27-34 yaş aralığında konstipasyon görülme durumu % 37.1, 35 yaş ve üzeri konstipasyon görülme oranı %9.6 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1). Shi ve arkadaşlarının (2015) gebeler üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise 25 yaş altındaki bireylerde % 1.22, 25-34 yaş aralığında % 8.22 ve 35-45 yaş aralığında konstipasyon görülme oranı % 22.49 olarak tespit edilmiştir (Shi ve ark. 2015). Ucuzal ve Aldanmaz'ın (2015) bireyler üzerindeki araştırmasında da yaş ilerledikçe konstipasyon riskinin arttığı ve bu durumun istatistiksel olarak da önemli olduğu bulunmuştur (Ucuzal ve Aldanmaz 2015). Yaşın konstipasyon durumunu etkilediğine dair birçok çalışma olduğu gibi tam aksini iddia eden çalışmalar da mevcuttur (Türkay ve ark. 2005; Bradley ve ark. 2007; Ponce ve ark. 2008; Papatheodoridis ve ark. 2010; Shi ve ark. 2015; Ucuzal ve Aldanmaz 2015). Yapılan çalışmalar arasındaki farklılıklar sosyodemografik özelliklerden çalışılan grupların farklılaşmasından kaynaklanabilir. Çalışmış olduğumuz grupta gebeliğe bağlı progesteron seviyesinin artması ve böylece bağırsak kaslarını etkilemesinden dolayı konstipasyon görülebilmektedir. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda da aynı şekilde progesteronun kalın bağırsaktaki düz ve sirküler kaslarda inhibitör etki yarattığı sonucuna varılmıştır (Oh ve ark. 2013).

Çalışmaya katılan gebe bireylerin eğitim durumlarının konstipasyon görülme durumunu etkilemediği ortaya çıkmıştır (Tablo 4.1). Ponce ve arkadaşlarının (2008) gebeler üzerine yapmış olduğu çalışmada ilkökul mezunu bireylerde konstipasyon görülme durumu fazla iken, "Gebe Kadınlarda Fonksiyonel Konstipasyonun Risk Faktörleri ve Epidemiyolojisi" adlı çalışmada üniversite mezunlarının ve genel yaşam tarzının pasif olduğu ve sabit oturarak çalışan bireylerin konstipasyon görülme oranlarının fazla olduğu belirlenmiştir (Ponce ark. 2008; Shi ve ark. 2015). Çalışılan grup, sosyodemografik özelliklerin farklılaşması ile değişkenlik gösterebilmektedir.

Buna ek olarak gebeler üzerinde yapılan bu çalışmada sigara içme ile konstipasyon arasında fark görülmemiştir. Bradley ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da bu çalışmada olduğu gibi sigara kullanma durumları dağılımlarının gruplar arasında fark olmadığı görülmüştür (Bradley ve ark. 2007). Uysal ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da sigara içme ile konstipasyon görülme durumu

arasında ilişki saptanmamıştır (Uysal ve ark. 2010). Çalışmaya katılan gebe bireylerin genel olarak sigara kullanmama durumu gebelik sürecinin varlığından kaynaklanabilir.

Düzenli egzersiz yapma durumuna göre dağılımlar incelendiğinde, konstipasyonu olan gebe grubunda düzenli egzersiz yapanların (% 5.9) oranının konstipasyonu olmayanlara (% 11.8) göre çok anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir (p:0.008, Tablo 4.1). Bu durumun nedenlerinden biri bizim toplumumuzda spor yapma oranının düşük olmasının yansıması olabilir. Literatürde de hafif düzeydeki fiziksel aktivite konstipasyonu etkilemezken uzun süre devam edilen fiziksel aktivitelerin konstipasyonu etkilediği ve konstipasyonu minimum seviyeye getirdiği gözlenmiştir (Ashok ve ark. 2005). Uysal ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında konstipasyonun sedanter yaşayan ve egzersiz yapmayan bireylerde daha sık görüldüğü ortaya çıkmıştır (Uysal ve ark. 2010). Orhan ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise fiziksel aktivite düzeyi ile konstipasyon şiddeti arasında ilişkinin olduğu, konstipasyonun tedavisi için egzersiz programlarının da tedaviye dahil edilmesi gerektiği kanısına varılmıştır (Orhan ve ark. 2015). Yapılan diğer çalışmalarda düzenli egzersiz yapmama, egzersizlerin yetersizliği bireyin boşaltım sürecini zorlaştırmaktadır (Türkay ve ark. 2005; Kyle 2008). Genel olarak literatürde fiziksel aktivitenin azlığı ve immobilitenin konstipasyon görülme durumunu tetiklediğini ve konstipasyonun görülme sıklığını artırdığı bulunmuştur (Ashok ve ark. 2005; Türkay ve ark. 2005; Kyle 2008; Uysal ve ark. 2010; Orhan ve ark. 2015; Arslan ve Hisar 2016; Bilgiç ve ark. 2016). Yapmış olduğumuz bu çalışmada elde edilen veriler literatürü desteklemektedir. Bireylerde fiziksel aktivitenin varlığı ve düzeyi bireylerin bağırsak hareketlerini etkilediği kanısına varılabilir.

Gebelik hormonlarının değişimine bağlı olarak stres düzeyi yüksek olabilmekte ve stres de konstipasyonu tetikleyebilmektedir (Kamm ve ark. 1991; Tincello ve ark. 2003; Oh ve ark. 2013). Yapılan bu çalışmada konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin strese maruz kalma durumunun dağılımları arasındaki fark incelendiğinde, gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<.001, Tablo 4.1). İleri analizde, iki grup arasında tüm seçenekler yönünden anlamlı düzeyde fark olduğu, konstipasyonu olmayan gebelerde hiç bir strese maruz kalmayanların oranının konstipe olanlara göre daha yüksek, bazen ve sürekli strese

maruz kalanların oranının ise daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<.05$, Tablo 4.1). Literatür bulguları da çalışma sonuçlarını desteklemektedir. Papatheodoridis ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında stresten dolayı konstipasyonun olabileceği ve konstipasyonun görülme sebebinin % 30 oranında stresten kaynaklandığı sonucuna varılmıştır (Papatheodoridis ve ark. 2010). Babaoğlu ve Özdenk'in (2017) sağlıklı bireyler üzerine yapmış olduğu çalışmada algılanan stres ve stres düzeyi ile gastrointestinal semptomlar arasında, bu semptomlardan da konstipasyon semptomlarının arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Babaoğlu ve Özdenk 2017). Shi ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında konstipasyonu etkileyen faktörleri bulmak için regresyon analizi yapılmış olup bu faktörler arasında uykusuzluk, emosyonel stres, depresyonun etkili olduğu saptanmıştır (Shi ve ark. 2015). Literatür yetersizliği olduğundan çalışılan grup ve farklı analiz sonuçları ile tartışılmıştır. Gebe bireylerde konstipasyona sebep olabilecek faktörlerden stres durumu gebelik haftasına göre değişken olduğu ve bu durumun gebelik hormonları ile ilişkisi olduğu söylenebilir (Oh ve ark. 2013).

-Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Sağlık Öyküsü, BKİ ve Gebeliğe İlişkin Bulguların Tartışılması

Aşırı kilo ve obezite konstipasyon için risk oluşturmaktadır ve obezite konstipasyonu daha arttırmaktadır (Mugie ve ark. 2011). Yapılan çalışmada grupların gebelik öncesi BKİ'ne göre dağılımları incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde BKİ 25 ve üzerinde olanların oranı (% 72) konstipasyonu olmayanlara (% 49.8) göre çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur ($p<.001$). Gebelerin mevcut BKİ'leri incelendiğinde de, konstipasyonu olan gebelerde mevcut BKİ 25 ve üzerinde olanların oranının (% 87.2) konstipasyonu olmayanlara (% 72) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 4.2). Yapılan çalışmalar da çalışma bulgularımızı desteklemektedir. Pourhoseingholi ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında konstipe olan hastaların % 60'ının BKİ 25 den fazla, % 40'ı aşırı kilolu ve % 20'sinin obez olduğu ortaya çıkmıştır (Pourhoseingholi ve ark. 2009). Shi ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada BKİ 18.5'in altında olan gebelerde % 4.16, BKİ 18.5-24 arasında olan gebelerde % 6.65, BKİ 24'ün üzerinde olan gebelerde % 27.34 oranında konstipasyon görülmüştür. Ayrıca gebelik öncesi BKİ'nin 24'ün üzerinde olan gebelerde konstipasyon görülme oranının yüksek

olduğu tespit edilmiştir (Shi ve ark. 2015). Çalışmalar ile bireylerin gebelik öncesindeki BKİ'nin 25 ve üzerinde olması ve mevcut BKİ'nin 25 ve üzerinde olması konstipasyon için risk oluşturan faktörler arasında olduğu söylenebilir.

-Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Beslenme Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir davranıştır (<http://www.beslenme.gov>, 25 Ocak 2018). Beslenme ile defekasyon arasında bir ilişkinin olduğu bilimsel bir gerçektir (Kaya ve Turan 2010). Bu yüzden bireylerin beslenme alışkanlıkları, ana ve ara öğün miktarları ve BKİ'leri önemlidir. Çalıştığımız grup özel grup olduğu için bu durum daha çok önem arz etmektedir.

Yapmış olduğumuz çalışmada konstipasyon görülme durumuna göre gebelerin günlük aldıkları toplam öğün sayısının dağılımları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p<.01$, Tablo 4.3), gebelerin günlük aldıkları ana öğün sayısının dağılımları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p<.001$, Tablo 4.3), gebelerin günlük aldıkları ara öğün sayısının dağılımları arasında da çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<.001$, Tablo 4.3). Birey öğün atladığında ya da yeteri kadar beslenmediğinde bağırsaklar defekasyon için uyarılmamakta, bağırsak peristaltizminde görülen yavaşlama konstipasyon görülme sıklığında artışa neden olabilmektedir. Literatürde genellikle toplam öğün sayısına bakılmış olup beslenmenin konstipasyon durumunu etkilediği kanısına varılmıştır (Turan ve ark. 2011; Arslan ve Hisar 2016; Bilgiç ve ark 2016). Çalışmamız ana ve ara öğünleri de karşılaştırması bakımından literatüre katkı sağlamaktadır.

Çalışmamızda gebe bireylerin lif alımını değerlendirmek için günlük meyve-sebze tüketim durumları da değerlendirilmiştir. Lif; insanların ince bağırsağında sindirime ve emilime dirençli olan ve kalın bağırsakta tam veya kısmi fermantasyona uğrayan yenilebilir bitki kısımlarının temel unsurlarındandır. Liflerin dışkı hacmini ve su miktarını arttırarak rahatlatıcı etkisi bulunmaktadır ve böylece konstipasyonun önlenmesine yardımcı olabilmektedir (Aygün ve Aygün 2010; Turan ve ark. 2011). Bu amaçla konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin günlük meyve-sebze tüketim durumu incelendiğinde; gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu

bulunmuştur ($p < .001$, Tablo 4.3). Yapılan çalışmalar sonucuna göre beslenmede lif alımının artırılması konstipasyon riskini en aza indirdiğini göstermektedir (Uysal ve ark. 2010; Turan ve ark. 2011; Shi ve ark. 2015; Bilgiç ve ark. 2016).

Uysal ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında dengeli ve liften zengin besinlerle beslenen bireylerin konstipasyon ve konstipasyon ile ilişkili sorunları daha az deneyimledikleri görülmektedir (Uysal ve ark. 2010). Papatheodoridis ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında uygun olmayan diyetten dolayı konstipasyonun olabileceği ve konstipasyonun görülme sebebinin %51 oranında beslenmeden kaynaklandığı ortaya çıkmıştır (Papatheodoridis ve ark. 2010). Turan ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında yeterli ve dengeli beslenmenin konstipasyon riskini en aza indirgeyebileceği, yeterli ve dengeli beslenen bireylerin konstipasyonu daha az deneyimledikleri ve böylece bu bireylerin yaşam kalitesinde artış olacağı sonucuna varılmıştır (Turan ve ark. 2011). Bilgiç ve arkadaşları da (2016) beslenme durumu ile konstipasyonun ilişkili olduğu ve beslenme durumu bozuldukça konstipasyon durumunda artış olduğu gözlenmiştir (Bilgiç ve ark. 2016). Arslan ve Hisar'ın (2016) çalışmasında araştırmaya katılan bireylerin % 35'i sebze meyve tüketmedikleri, Shi ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında sebze ve meyve tüketiminin az olması ve baharatlı gıdaların tüketiminin fazla olması konstipasyonu tetiklediği gözlenmiştir. Ayrıca lifli gıda tüketiminin az olması, doğum öncesi vitamin kullanımı ve demir mineralinin alımının da konstipasyona sebep olabileceği ortaya konmuştur (Bradley ve ark. 2007; Shi ve ark. 2015; Arslan ve Hisar 2016). Literatür bulguları, çalışma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir.

-Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Sıvı Tüketimine İlişkin Bulguların Tartışılması

Sıvı alımındaki yetersizlik, konstipasyon açısından risk oluşturmaktadır (Arslan ve Hisar 2016). Bu sebepten dolayı yapılan çalışmalarda günlük tüketilen sıvı miktarları sorgulanmıştır (Brummen ve ark. 2006; Derbyshire 2006; Ayaz ve Hisar 2014; Duarte ve ark. 2015; Orhan ve ark. 2015; Shi ve ark. 2015). Duarte ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında konstipasyonun önlenmesi için gebelik boyunca hidrasyonun etkisi araştırılmış, sekiz bardak su ve bir bardak meyve suyu (özellikle erik suyu) içmenin önemi ortaya konulmuştur. Ayrıca bu çalışmada gebelikte dengeli

bir diyet yapmak ve yeterli miktarda sıvı içmenin önemi vurgulanmıştır (Duarte ve ark. 2015).

Gebeler üzerine yapılan bu çalışmada, konstipasyonu olan ve olmayan gebelerde günlük su tüketim dağılımları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu, konstipasyon sorunu olanlarda yeterli düzeyde su tüketenlerin oranının (% 11.2) konstipasyonu olmayanlara (% 81.3) göre düşük olduğu bulunmuştur ($p < .001$, Tablo 4.4). Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin günlük meyve suyu tüketim durumunun dağılımları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p > .05$, Tablo 4.4). Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerin günlük çay tüketme durumunun dağılımları arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p < .01$, Tablo 4.4). İleri analizde, konstipasyonu olan gebelerde 3 bardak ve üzerinde çay tüketenlerin oranının konstipasyonu olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p < .05$) bulunmuştur. Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin günlük kahve tüketim durumunun dağılımları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p < .05$, Tablo 4.4). Konstipasyonu olan gebelerde günlük kahve tüketmeyenlerin oranının (% 91) konstipe olmayanlara (% 80.4) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < .001$, Tablo 4.4). Bradley ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu çalışmada da kafein alımının konstipasyonu tetiklediği belirlenmiştir (Bradley ve ark. 2007). Genellikle yapılan çalışmalarda detaylı sıvı tüketim miktarlarından ziyade toplam sıvı tüketim miktarına bakılmıştır, yapmış olduğumuz çalışma gibi detaylı bakan çalışmalarda mevcut olup ve çalışma sonucumuz bu çalışmaları destekler niteliktedir (Ayaz ve Hisar 2014; Arslan ve Hisar 2016).

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerin günlük sıvı tüketme durumunun dağılımları incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerin yeterli sıvı tüketim oranının (% 37.7) konstipasyonu olmayanlara (% 90.3) göre çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde düşük olduğu saptanmıştır ($p < .001$, Tablo 4.4). Gebelerde konstipasyonu önlemek için sıvı tüketim miktarının önemli olduğu kanısına varabiliriz.

Sıvı alımındaki yetersizlik konstipasyon için risk faktörü olarak belirlenmiş olup bu riski azaltmak için 1.5-2 litre sıvı alımının olması gerektiği önerilmiştir (Carvalho ve ark. 2006; Markland 2013; Shi ve ark. 2015). Ayaz ve Hisarın (2014) çalışmasında konstipasyonu olan kadınların büyük çoğunluğu literatürde belirtilen

miktardan daha az su içtikleri belirtilmiştir (Ayaz ve Hisar 2014). Bu sonuçların aksini iddia eden çalışmalarda mevcut olup toplam günlük sıvı tüketim miktarının konstipasyonu etkilemediği sonuçları da vardır (Müler-Lissner 2007; Bilgiç ve ark. 2016).

5.2. Konstipasyon Görülme Durumuna Göre Gebelerin Defekasyona İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelik fizyolojik bir durumdur (Yılmaz ve Beji 2010; Taşkın 2011; Pirdal ve ark 2016). Fakat bazen çeşitli nedenlerle hareket kısıtlanabilmektedir. Gebelik sürecinde fiziksel hareketteki kısıtlanmaya bağlı olarak bağımlılık süreci oluşabilmektedir. Gebelerin gebelik sürecinin ilerleyip bağımlılık durumu arttıkça klozet kullanma durumunun da artacağı muhtemeldir. Bu açıdan gebelikte tuvalet özelliği ile konstipasyon arasındaki ilişki görülebilmektedir. Ayrıca alaturka tuvalette çömelme pozisyonu intraabdominal basınçta artışa sebep olur. Rektumun yer çekimine yardım etmesi ile de bireyler aşırı ıkınma ihtiyacı hissetmeden daha kısa zamanda, daha etkili ve tam bir boşaltım gerçekleştirebilmektedir. (Savaş 2004; Arslan ve Eşer 2010). Bu yüzden çalışmamızda konstipasyon görülme durumuna göre gebelerin kullandıkları tuvalet türü incelendiğinde, konstipasyonu olmayan gebelerde alaturka tuvalet kullanma oranının (% 85), konstipasyonu olanlara (% 77.9) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<.05$, Tablo 4.5). Bilgiç ve arkadaşları (2016) bireyler üzerine yapmış olduğu çalışmada da klozet kullanan bireylerin alaturka tuvalet kullanan bireylere göre konstipasyonu daha ciddi deneyimlediği saptanmıştır (Bilgiç ve ark. 2016). Bilgiç ve arkadaşlarının çalışma sonucunu bizim çalışmamıza katılan gebe bireyler de deneyimlemiştir.

Ayrıca çalışmamızda konstipasyon görülme durumuna göre gebelerin defekasyon yapma alışkanlıkları incelendiğinde, konstipe olanlarda büyük abdest yapmayı ertelerim diyenlerin oranının (% 22.4) konstipe olmayanlara (% 10.6) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<.05$, Tablo 4.5). Arslan ve Hisar'ın (2016) çalışmasında çalışmaya katılan bireylerin büyük abdesti geldiğinde erteleme durumu % 62.4, olarak belirlenmiş. Defekasyonu ertelemek dışkıının bağırsakta daha uzun kalması bu durumda dışkıdaki su oranının azalmasına neden olabilmektedir. Dışkıdaki sıvı oranının azalması bağırsaktan ilerlemesi yavaşlatabilir.

Defekasyon oluşma hissine göre grupların dağılımı incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerin % 39,6'sında sabah kalktığında, % 60,4'ünde öğünlerden sonra, konstipe olmayan gebelerin % 60,4'ünde sabah, % 48,9'unda öğünlerden sonra olduğu bulunmuş, gruplar arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<.01$, Tablo 4.5). Literatüre göre bireylerin boşaltımının aynı zamanlarda meydana geldiği, bu zamanların sabah kalktıktan sonra ve öğünlerden sonra olduğu, yapılan bir diğer çalışma da ise bireylerin % 62,4'ü defekasyon gereksinimlerini erteledikleri ve % 36,5'i sabah kalktıklarında defekasyon ihtiyacını giderdikleri ortaya çıkmıştır (Türkay ve ark. 2005; Ayaz ve Hisar 2014; Arslan ve Hisar 2016). Arslan ve Hisar'ın (2016) çalışmasında çalışmaya katılan bireylerin büyük abdesti olduğu zaman hissi % 46,8 ile öğleden sonra olmuştur. Aynı çalışmada hemoroid, çatlak gibi makatta dışkılamayı oluşturacak durumun varlığı konstipasyon için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çatlak ve hemoroid dışkılama sırasında ağrıya neden olabileceği için konstipasyonu tetikleyebilir.

Çalışmamızda konstipe olan ve olmayan gebelerin büyük abdesti kolaylaştırmak için yaptıkları uygulamaların dağılımı incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<.05$, Tablo 4.5). Sonuçlara göre gebelerin konstipasyonu önlemek için sıvı tüketme, meyve sebze tüketme, sıvı ve meyve tüketme gibi uygulamalar yapanlarda mevcuttur. Fakat farkı belirlemek için yapılan ileri analizde, konstipe olanlarda "hiç bir şey yapmıyorum" diyenlerin oranının (% 29,6) konstipe olmayanlara (% 22,7) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.05$) bulunmuştur. Konstipasyon çok sıkıntı vermediği sürece bireyler herhangi bir uygulama yapmayabilir.

Konstipasyon sorunu olan gebelerde geçmişte konstipasyon görülme oranının (% 58,9) konstipasyon sorunu olmayanlara (% 35,2) göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<.01$, Tablo 4.5). Konstipasyonun nedenleri genetik yatkınlık, cinsiyet, beslenme şekli, sıvı alımı, fiziksel hareketlilik gibi etkenler etkileyebilmektedir. Kişiler bu alışkanlıklarını gebelik durumunda da devam edebilmektedirler. Geçmişte konstipasyon sorunu olanlarda konstipasyon şikayet süresinin ortalaması şu anda konstipasyonu olan gebe grubunda 3.35 ± 1.10 gün, konstipasyonu olmayan gebe grubunda 2.9 ± 1.09 gün olduğu ve aradaki fark çok anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<.01$, Tablo 4.5).

Geçmişte konstipasyonu olan bireylerin gebelikle beraber gelen etkenlerle (hormonal değişiklik, fiziksel baskı gibi) konstipasyon durumu daha inatçı duruma gelebilir.

Konstipasyon görölme durumuna göre gebelerin büyük abdest için tuvalette kalma süresi ortalaması karşılaştırıldığında, konstipasyonu olan gebelerin tuvalette kalma süresi ortalamasının (12.95±4.29 dk) konstipasyonu olmayanlara (6.59±2.57 dk) göre yüksek olduğu, bu farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır (p<.001, Tablo 4.5). Konstipasyonu olan bireylerin bağırsak tembelliğinden dolayı tuvalette daha uzun süre geçiriyor olabilir.

Çalışmamız da konstipasyonu olan gebelerde dışkılamayı zorlaştıracak hemoroid, çatlak gibi sorunların görölme oranının (% 53.9) konstipe olmayanlara (% 19.9) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (p<.001, Tablo 4.5). Yapılan çalışmalarda da konstipasyonun varlığı hemoroid, çatlak gibi sorunlar için risk oluşturabilmekte ve bireylerin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Çetinkaya ve ark. 2000; Talley ve ark. 2004; Brummen ve ark. 2006; Uz ve ark. 2006; Johnson ve ark. 2014). Dışkının bağırsakta uzun süre beklemesi dışkının sertleşmesine bu durumda beraberinde bireylerde dışkı yaparken makatta çatlğa sebep olabilmektedir.

5.3. Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Yaşam Kalitesi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Konstipasyon, defekasyon sıklığının azalması, zorlanarak veya yetersiz olarak defekasyonun gerçekleşmesiyle karakterizedir. Gastrointestinal şikayetlerden biri olan konstipasyon gebeler için çeşitli riskler oluşturabilmekte ve gebe bireylerin sağlık kuruluşlarına başvurmasına neden olabilmektedir. Literatür taramasında tüm bireylerde konstipasyonun bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Irvine MD 2002; Uz ve ark. 2006; Johnson ve ark. 2014).

Özellikle Johnson ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada bir gebe kadınının fonksiyonel bağırsak hastalıklarının karakterize edilmesi ve yaşam kalitesi, yönetimi ve takibi üzerinde etkileri incelenmiştir. Gebelerin dörtte üçü ilk trimesterde fonksiyonel bağırsak bozuklukları yaşadığı ortaya çıkmıştır. Genel yaşam kalitesi yüksek oranda olmasına rağmen konstipasyon ve şişkinlik durumu açısından vücut imajı üzerinde yaşam kalitesi olumsuz etkilemektedir (Johnson ve ark. 2014).

Yapmış olduğumuz çalışmada konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde 45.40 ± 20.86 , konstipasyonu olmayan gebelerde 72.06 ± 19.84 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 4.7). Irvine ve arkadaşları (2002) Kanada toplumunda konstipasyonun yaşam kalitesine etkisine bakmış ve bireylerin kendi bildirdiği SF Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutu olan fiziksel fonksiyon ile Roma II kriterlerine göre fiziksel fonksiyon alt boyutunun aralarında fark olmadığı sonucuna varılmıştır (Irvine ve ark. 2002). Mckee ve arkadaşları (2001) depresif olan gebeler ile depresif olmayan gebelerin yaşam kalitesini kıyasladığında SF Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutu olan fiziksel fonksiyonun aralarında fark olmadığını belirtmiştir (Mckee 2002). Nicholson ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da depresif gebeler ile depresif olmayan gebelerin SF Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutu olan fiziksel fonksiyon açısından fark olmadığı belirtilmiştir (Nicholson ve ark. 2006). Nicoline ve arkadaşlarının çalışmasında ise (2016) diyabetli 8 haftalık gebe bireyler ile 33 haftalık diyabetli gebe bireyler arasında yaşam kalitesinin alt boyutu olan fiziksel fonksiyon açısından fark olduğu tespit edilmiştir (Nicholson ve ark. 2016). Konstipasyon açısından doğrudan bir çalışma olmamasından dolayı farklı bir takım sorunları olan, sağlıklı bir gebelik geçiren gebe bireyler ve toplumda konstipasyonun SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel fonksiyon boyutları tartışılmıştır. Bu sebepten dolayı farklı çalışmalarda değişik sonuçların bulunması sosyodemografik farklılıklardan ve yeterli literatür bilgisinin olmadığından kaynaklanabilmektedir.

Çalışmamızda konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel rol gücü alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde 21.34 ± 31.32 , konstipasyonu olmayan gebelerde 57.94 ± 37.33 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 4.7). Irvine ve arkadaşları (2002) Kanada toplumunda konstipasyonun yaşam kalitesine etkisine bakmış ve bireylerin kendi bildirdiği SF Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutu olan fiziksel rol gücü ile Roma II kriterlerine göre fiziksel rol gücünde alt boyutunun aralarında fark olmadığı belirlenmiştir (Irvine ve ark. 2002). Mckee ve arkadaşları (2001) depresif gebeler ile depresif olmayan gebelerin yaşam kalitesini incelediğinde fiziksel rol gücü

bakımından fark olduğu sonucuna varılmıştır. İtalya’da diyabeti olan gebeler üzerine yapılan çalışmada gebelerin fiziksel rol güçlüğü’nün olduğu ve genel sağlık algılarının da oldukça düşük olduğu belirlenmiştir (Dalfra ve ark. 2012). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada da konstipasyonu olan gebeler ile konstipasyonu olmayan gebelerin SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutu olan fiziksel rol güçlüğünde fark olduğu belirlendi (Tablo 4.7). Yapılan çalışmaların sonucu olarak gebelik sürecinde herhangi bir sorunun varlığı fiziksel rol güçlüğünü olumsuz etkileyebilmektedir. Buna ek olarak sağlıklı gebe bireylerde bile fiziksel ve duygusal değişiklikler gebe bireylerin genel rollerini yerine getirme yeteneğini değiştirebilmektedir.

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin ağrı alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde 42.94 ± 18.27 , konstipasyonu olmayan gebelerde 61.23 ± 22.08 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 4.7). Nicoline ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da diyabeti olan gebelerde SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin ağrı alt boyutunun fazla olduğu belirlenmiştir (Nicolin 2016). Nicholson ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında depresif olan gebeler ile depresif olmayan gebeler arasında ağrı alt boyutunda fark olduğu belirlenmiştir (Nicholson 2006). Yapmış olduğumuz çalışma da konstipasyonun varlığı ağrıya sebep olabilmekte ve yaşam kalitesinin olumsuz etkileyebilmektedir. Bundan dolayı gebe bireylerde konstipasyonun erken belirlenmesi ve konstipasyonun ağrı gibi belirtilerinin yönetiminin yapılması gebe bireylerin yaşam kalitelerini arttırabilmektedir.

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin enerji/vitalite alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde 22.80 ± 13.82 , konstipasyonu olmayan gebelerde 42.40 ± 23.06 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 4.7). Irvine ve arkadaşları (2002) Kanada toplumunda konstipasyonun yaşam kalitesine etkisine bakmış ve bireylerin kendi bildirdiği SF Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutu olan enerji/vitalite ile Roma II kriterlerine göre enerji/vitalite alt boyutunun aralarında fark olduğu sonucuna varılmıştır (Irvine ve ark. 2002). Costa ve arkadaşları (2010) uyku sorunu olan ve depresif durumda

olan gebe bireylerin SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin enerji/vitalite alt boyutunun düşük olduğunu belirtmişlerdir (Costa ve ark. 2010). Nicholson ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında depresiflik görülme durumuna göre yaşam kaliteleri incelendiğinde, depresif olan gebelerde enerji/vitalite puan ortalaması 25, depresif olmayan gebelerde enerji/vitalite puan ortalaması 45 olarak bulunmuş olup gruplar arasında farkın anlamlı düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (Nicholson ve ark. 2006). Gebelik sürecinde sorunlar farklı olmasına rağmen bu süreçte sorunun varlığı SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin enerji/vitalite alt boyutunu etkileyebilmektedir. Ayrıca herhangi bir sorunu olmayan gebelerinde enerji/vitalite sonucunun düşük olması gebeliğin varlığından dolayı olabilir.

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde 51.25 ± 19.77 , konstipasyonu olmayan gebelerde 72.86 ± 21.94 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 4.7). Nicholson ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında depresif görülme durumuna göre yaşam kaliteleri incelendiğinde, depresif olan gebelerde sosyal fonksiyon puan ortalaması 50, depresif olmayan gebelerde sosyal fonksiyon puan ortalaması 88 olarak bulunmuş olup gruplar arasında farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğunu belirtmişlerdir (Nicholson ve ark. 2006). Gebe bireylerin gebeliklerinden dolayı sosyal durumu olumsuz etkilenebilir.

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin emosyonel rol güçlüğü alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde 18.17 ± 30.93 , konstipasyonu olmayan gebelerde 54.10 ± 40.03 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 4.7). Förger ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında SF 36 Yaşam Kalitesinin alt boyutu olan emosyonel rol güçlüğüne gebe bireylerde mevcut olduğu ve gebelik süreci ilerledikçe emosyonel rol güçlüğüne arttığı belirlendi (Förger ve ark. 2005). Mckee ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında depresif olmayan gebe bireyin emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması 91 iken depresif olan gebe bireyin emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması 53.5' dir (Mckee 2001). Buna paralel olarak Nicholson ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da depresif olmayan gebe bireyin emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması 90 iken

depresif olan gebe bireyin emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması 50' dir. Emosyonel durumdaki değişiklikler hormonlardan kaynaklanabileceği gibi sosyodemografik özellikler, bireyin yaşam koşulları, gebelik haftası, gebelik sürecinde herhangi bir sorunun var olması ve gebe bireyin strese maruz kalıp kalmadığı ile ilişkili olabilir.

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin mental sağlık alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde 51.29 ± 16.17 , konstipasyonu olmayan gebelerde 70.68 ± 18.29 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$, Tablo 4.7). Nicholson ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında depresiflik görülme durumuna göre yaşam kaliteleri incelendiğinde, depresif olan gebelerdeki mental sağlık puan ortalaması 60, depresif olmayan gebelerde mental sağlık puan ortalaması 84 olarak bulunmuş olup gruplar arasında farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğunu belirtmişlerdir (Nicholson ve ark. 2006). Lara ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında fiziksel aktivitenin artması ile mental sağlığın artacağı belirlenmiş, fiziksel aktivite programı öncesinde gebe bireyin mental sağlık puan ortalaması 80.7 iken fiziksel aktivite programı sonrasında 84.2 olarak belirlenmiştir (Lara ve ark. 2017). Schubert ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında astım ve depresif belirtileri olan gebe bireylerin gebelik sürecinde fiziksel fonksiyon ve rol güçlüğü puan ortalamaları azalma gösterirken mental sağlık puan ortalamaları iyileşmeye doğru eğilim gösterdiği belirlenmiştir (Schubert ve ark. 2017). Noline ve arkadaşlarının çalışmasında (2016) 8 haftalık ve 33 haftalık (diyabeti olan) gebelerde SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutu olan mental sağlık kıyaslanmış, 8 haftalık gebe bireyin mental sağlık puan ortalaması 74.0 iken 33 haftalık gebe bireyin 78.3 olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar doğrultusunda herhangi bir sorunun varlığı mental sağlığı etkileyebileceği gibi mental sağlığı etkilemediği durumlarda mevcuttur (Nicholson ve ark. 2006; Lara ve ark. 2017; Schubert ve ark. 2017). Gebelik, fiziksel sağlığı ve emosyonel sağlığı etkileyebileceği gibi mental sağlığı da etkileyebilmektedir.

Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin genel sağlığın algılanması alt boyut puan ortalaması incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde 44.96 ± 15.45 , konstipasyonu olmayan gebelerde

67.10±15.91 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<.001$, Tablo 4.7). Mckee ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında depresif olmayan gebelerin SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutu olan genel sağlık algısı puan ortalaması 83.3 iken depresif olan gebelerin genel sağlık algısı puan ortalamaları 66.1'dir. Aynı şekilde Nicholson ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da depresif olan gebe bireylerin genel sağlık algısı düşüktür (Nicholson ve ark. 2006). Nicoline ve arkadaşlarının çalışmasında (2016) 8 haftalık ve 33 haftalık (diyabeti olan) gebelerde SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutu olan genel sağlık algısı kıyaslanmış, 8 haftalık gebe bireyin genel sağlık algısı puan ortalaması 74.6 iken 33 haftalık gebe bireyin genel sağlık algısı puan ortalaması 73.9 olarak belirlenmiş ve sonuçta diyabeti olup da gebelik haftası farklı olan gebe bireylerde de genel sağlık algısında fark olmadığı belirlenmiştir (Nicoline ve ark. 2016). Förger ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında ise gebelik süreci arttıkça genel sağlığın algısının düştüğü belirlenmiştir (Förger ve ark. 2005). Konstipasyonun olması bireylerde halsizlik, abdominal distansiyon, karında gerginlik hissiyatı, rektal dolgunluk hissiyatı gibi rahatsızlıkları da beraberinde getirdiği için bireylerin genel sağlık algısını olumsuz etkileyebilir.

Konstipasyonu olan gebe bireylerde konstipasyonu olmayan sağlıklı bireylere göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, enerji/vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, genel sağlığın algılanması alt boyutları daha düşüktür. Förger ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında SF 36 ölçeği sonucunda sağlıklı kadınlarda gebeliğin olması fiziksel fonksiyonlarda azalmaya sebep olurken emosyonel sağlık ve mental sağlığı etkilemediği belirlenmiştir (Förger ve ark. 2005). Yapmış olduğumuz çalışma da SF 36 Yaşam kalitesi ölçeğinin 8 alt boyutuna göre konstipasyonu olan gebe bireylerin konstipasyonu olmayan gebe bireylere göre yaşam kalitesinin düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Konstipasyonun gebe bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir.

5.4. Gebelik Dönemine Göre Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelik dönemine göre konstipasyon görülme oranı farklılık göstermektedir. Shi ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada genel olarak gebelerde fonksiyonel konstipasyon görülme oranı % 13.01 olarak belirtilmiştir (Shi ve ark.

2015). Bradley ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu çalışmada konstipasyon görülme oranı birinci trimesterde % 24, ikinci trimesterde % 26, üçüncü trimesterde %16 ve gebelikten sonraki üç aylık dönemde % 24 olarak görülmüştür (Bradley ve ark. 2007). Derbyshire ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında konstipasyon görülme oranı birinci trimesterde % 23, ikinci trimesterde % 21, üçüncü trimesterde % 12 ve doğum sonrasında % 9 olarak görülmüştür (Derbyshire ve ark. 2006). İspanyada yapılan bir çalışmada (2008) konstipasyon görülme oranı birinci trimesterde % 29.6, ikinci trimesterde % 19.0, üçüncü trimesterde % 21.8 ve doğum sonrası dönemde % 24.7 olarak belirlenmiştir (Ponce ve ark. 2008). John ve arkadaşlarının çalışmasında ise gebelerin dörtte üçü ilk trimesterde fonksiyonel bağırsak bozuklukları yaşadığı ortaya çıkmıştır. Genel yaşam kalitesi yüksek oranda olmasına rağmen konstipasyon ve şişkinlik durumu açısından vücut imajı üzerinde yaşam kalitesi olumsuzluk göstermektedir (Johnson ve ark. 2014).

Yapmış olduğumuz çalışmada birinci trimesterde, konstipasyon sorunu olan gebelerin SF36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin sekiz alt boyutunun puan ortalamasının konstipasyonu olmayan gebelere göre çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde fark olduğu belirlenmiştir ($p<.001$, Tablo 4.8). İkinci trimesterde de, konstipasyon sorunu olan gebelerin SF36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin sekiz alt boyutunun puan ortalamasının konstipasyonu olmayan gebelerinkine göre çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<.001$, Tablo 4.8). Fiziksel çevre ve yaşam şartlarının fiziksel, psikolojik ve mental sağlık alanında yaşam kalitesini etkileyeceği muhtemeldir. Bundan dolayı gebeliğin başlangıcı olan birinci trimester gebelerin yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik ve mental sağlık alanında yüksek olmasına çevre alanında yüksek yaşam kalitesine sahip olmalarının da katkısı olabilir. Buna ek olarak birinci trimesterde bebek bağırsaklara baskı yapıyor veya gebe birey hormonal değişikliklerden etkilenecek bireyin yaşam kalitesi bozulmuş olabilir.

Yapmış olduğumuz çalışmada üçüncü trimesterde ise, konstipasyon sorunu olan gebelerin SF36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon ve genel sağlığın algılanması alt boyutunun puan ortalamasının konstipasyonu olmayan gebelerinkine göre çok ileri düzeyde ($p<.001$), fiziksel rol güçlüğü, ağrı, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyut puan ortalamalarının çok anlamlı düzeyde ($p<.01$), enerji/vitalite ve sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamasının anlamlı düzeyde

düşük olduğu belirlenmiştir ($p<.05$, Tablo 4.8). Gebeliğin ilerlemesiyle birlikte fetusun anne karnında en büyük ağırlığa ulaştığı, gebelikte alınan kiloların zirve yaptığı bir dönem olan üçüncü trimester gebeliğe bağlı yakınmaların çok sık olduğu bir dönemdir. Bu nedenle üçüncü trimester gebelerin yaşam kalitelerinin diğer trimesterlerden daha düşük olması beklenen bir bulgudur. Doğum süreci ve yenidoğanla ilgili endişelere ek olarak üçüncü trimester gebelerin maruz kaldıkları hareket kısıtlılığı ve yakınmaların da ruhsal yönden gebeleri etkileyebileceği ve psikolojik sağlık alanında yaşam kalitesini düşürebileceği muhtemeldir. Çalışmamız sonucunda gebelik dönemine göre konstipasyon görülme oranı farklılık göstermesine rağmen, gebelik sürecinin her döneminde konstipasyon yaşam kalitesini etkileyebilmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Konstipasyonu olan gebe grubunda düzenli egzersiz yapanların oranının konstipasyonu olmayanlara göre çok anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur.
- Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin strese maruz kalma durumunun dağılımları arasındaki fark incelendiğinde, gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. İleri analizde, iki grup arasında tüm seçenekler yönünden anlamlı düzeyde fark olduğu, konstipasyonu olmayan gebelerde hiç bir strese maruz kalmayanların oranının konstipe olanlara göre daha yüksek, bazen ve sürekli strese maruz kalanların oranının ise daha düşük olduğu bulunmuştur.
- Grupların gebelik öncesi BKİ'ne göre dağılımları incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerde BKİ 25 ve üzerinde olanların oranı konstipasyon sorunu olmayanlara göre çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur. Gebelerin mevcut BKİ incelendiğinde de, konstipasyonu olan gebelerde mevcut BKİ 25 ve üzerinde olanların oranının konstipasyonu olmayanlara göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.
- Konstipasyonu olan ve olmayan gebelerin günlük toplam öğün, günlük ana öğün ve ara öğün sayısı, günlük meyve-sebze tüketimi ve haftalık bakliyat tüketimine göre dağılımları incelendiğinde, beş beslenme özelliğine göre gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu, konstipasyonu olan gebelerin beslenmelerinin daha yetersiz olduğu saptanmıştır.
- Gebelerin günlük sıvı tüketme durumunun dağılımları incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerin yeterli sıvı tüketim oranının konstipasyonu olmayanlara göre çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde düşük olduğu saptanmıştır.
- Gebelerin kullandıkları tuvalet türü incelendiğinde, konstipasyonu olmayan gebelerde alaturka tuvalet kullanma oranının, konstipasyonu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.

- Gebelerin büyük abdest yapma alışkanlıkları incelendiğinde, konstipe olanlarda “büyük abdest yapmayı ertelerim” diyenlerin oranının konstipe olmayanlara göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir.
- Büyük abdest oluşma hissine göre grupların dağılımı incelendiğinde, konstipasyonu olan gebelerin %39.6’sında sabah kalktığında, % 60.4’ünde öğünlerden sonra, konstipe olmayan gebelerin %60.4’ünde sabah, %48.9’unda öğünlerden sonra oluştuğu bulunmuş, gruplar arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir.
- Konstipasyon sorunu olan gebelerde geçmişte konstipasyon görülme oranının konstipasyon sorunu olmayanlara göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir.
- Geçmişte konstipasyon sorunu olanlarda konstipasyon şikayet süresinin ortalaması şu anda konstipasyonu olan gebe grubunda 3.35 ± 1.10 gün, konstipasyonu olmayan gebe grubunda 2.9 ± 1.09 gün olduğu ve aradaki fark çok anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur.
- Gebelerin büyük abdest için tuvalette kalma süresi ortalaması karşılaştırıldığında, konstipasyonu olan gebelerin tuvalette kalma süresi ortalamasının konstipasyonu olmayanlara göre yüksek olduğu, bu farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır.
- Konstipasyonu olan gebelerde dışkılamayı zorlaştıracak hemoroid, çatlak gibi sorunların görülme oranının konstipe olmayanlara göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Konstipasyon görülme durumuna göre gebelerde SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, enerji/vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık ve genel sağlığın algılanması alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; konstipasyonu olan gebelerin, konstipasyonu olmayan gebelere göre düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir.
- Konstipasyon sorunu yaşayan birinci trimesterde olan gebelerin SF36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin sekiz alt boyutunun puan ortalamasının konstipasyonu olmayan birinci trimesterde olan gebelere göre çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde düşük olduğu belirlenmiştir.

- Konstipasyon sorunu yaşayan ikinci trimesterde olan gebelerin SF36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin sekiz alt boyutunun puan ortalamasının konstipasyonu olmayan ikinci trimesterde olan gebelere göre çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde düşük olduğu belirlenmiştir.
- Konstipasyon sorunu yaşayan üçüncü trimesterde olan gebelerin SF36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon ve genel sağlığın algılanması alt boyutunun puan ortalamasının konstipasyonu olmayan üçüncü trimesterde olan gebelere göre çok ileri düzeyde, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyut puan ortalamalarının çok anlamlı düzeyde, enerji/vitalite ve sosyal fonksiyon alt boyut puan ortalamasının anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda; Konstipasyonu olan gebelerin konstipasyonu olmayan gebelere göre yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları olan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, enerji/vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık ve genel sağlığın algılanması ortalamaları çok daha düşük bulunmuştur. Ek olarak gebeğin her döneminde konstipasyon yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır.

- Gebe bireylere yeterli hidrasyonun sağlanması için teşvik edilmesi ve diyetisyen ile birlikte beslenme programının oluşturulması,
- Konstipasyonu olan gebe bireyler için egzersiz programının oluşturulması ve gebe bireylerin düzenli egzersiz yapmaları konusunda bilinçlendirilmesi,
- Gebe bireylere düzenli defekasyon alışkanlıklarının kazandırılması,
- Konstipasyonda yaşam biçimi değişikliklerinin önemi konusunda danışmanlık hizmetinin verilmesi,
- Konstipasyonu olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu sonucu doğrultusunda yaşam kalitesinin sekiz alt boyutu incelenerek, yaşam kalitesini artırmaya yönelik eğitimlerin verilmesi,
- Gebeliğin her döneminde konstipasyon yaşam kalitesini etkilediği için konstipasyon ile baş etmeye yönelik sağlık davranışları kazandırılması,
- Hemşirelerde konstipasyon sorununa yönelik farkındalık oluşturulması,
- Halk sağlığı hemşirelerinin gebe izlem takibini daha düzenli ve dikkatli yapmaları, böylece risk altında olan gebe bireylerde konstipasyona ait

tanımlayıcı özellikleri belirlemeleri ve bu doğrultuda hemşirelik bakım planlarını oluşturmaları,

- Gebelikte konstipasyon sıklığını belirlemek için tanımlayıcı ve konstipasyonun yaşam kalitesi üzerine etkilerini ortaya çıkaracak deneysel araştırmaların yapılması önerilebilir.



7. KAYNAKLAR

- Akdemir N. ve Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2005, Genişletilmiş 2. Baskı, 2995, Sistem Ofset, Ankara, p: 607-620.
- Akpınar O. Gebelik ve Kapak Hastalıkları. Anadolu Kardiyol Derg. 2009; Jul 9, Suppl 1, p: 25-34.
- Allender JA, Rector C and Warner KD. Community & Public Health Nursing Promoting the Public's Health, 2014, 8th Edition, New York, London, p: 30-150.
- Arslan H, Hisar KM. Kız Öğrenci Yurdunda Kalan Üniversite Öğrencilerinin Konstipasyon Durumlarının Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016; 15(4): 330-335.
- Ashok K Tuteja MD, MPH, Nicholas J Talley MD, PhD, Sandra K Joos PhD, MPH, James V WoehlKVCNP, David H Hickam MD, MPH. Is Constipation Associated with Decreased Physical Activity in Normally Active Subjects, The American Journal of Gastroenterology 2005; 124-129.
- Atasü T. ve Şahmay S. Jinekoloji. Nobel Tıp Kitabevi, 2001.
- Avcı K, Pala K. Uludağ üniversitesi tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. U.Ü Tıp Fak Derg. 2004; 30(2): 81-85.
- Ayaz S. ve Hisar F. The efficacy of education programme for preventing constipation in women. International Journal of Nursing Practice 2014; 20: 275-282.
- Aygün C ve Aygün BK. Gebelik ve Konstipasyon. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 17 (1): 71-75.
- Babaoğlu ÜT ve Özdenk S. Algılanan Stres İle Gastrointestinal Semptom Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. ACU Sağlık Bil Derg 2017; (3): 138-145.
- Beksaç S. Obstetri. Medikal Network Kitabevi, 2003.
- Bengi G, Yalçın M ve Akpınar H. Kronik Konstipasyona Güncel Yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji 2014; 18(1): 72-88.
- Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji. 2014; 18(2): 181-197.
- Benninga MA, Voskuijl WP, Akkerhuis GW, Taminiu JA, et al. Colonic transit times and behaviour profiles in children with defecation disorders. Arch Dis Child 2004; 89: 13-16.
- Berek JS. Novak and Berek's Gynecology. Lippincott Williams&Wilkins, 2007.
- Berman A, Snyder S.J, Kozier B. ve Erb G. Kozier&Erb's Fundamentals Of Nursing Concepts, Process and Practice, 8th ed, New Jersey: Prentice Hall. 2008; 1323-1353.
- Bharucha A, Phillips SF. Slow transit constipation: Disorders of the anorectum. Gastroenterol Clin North Am 2001; 30: 77-95.
- Bilgiç Ş, Dilek F, Avcı Arslan HS, Ünal A. Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Konstipasyon Durumları ve Etkileyen Faktörler. Int J Basic Clin Med 2016; 4(1): 9-16.
- Bradley C.S, MD, MSCE, Kennedy C.M, MD, MS, Turcea A.M, MD, Rao S.C, MD, PhD, Nygaard İ.E, MD, MS. Constipation in Pregnancy. Obstetrics & Gynecology. 2007; 110(6): 1351-1357.
- Bulechek G.M, Butcher H.K. ve Docterman J.M. Nursing Interventions Classification (NIC), 5th ed, St. Louis: Mosby Company, 2008.
- Brummen H.J, Bruinse H.W, Geerte van de Pol, A. Peter M. Heintz C. Huub van der Vaart; Defecatory symptoms during and after the first pregnancy: prevalences and associated factors, International Urogynecology Journal 2006; 17: 224-230.
- Cash BD, Chey WD. Irritable bowel syndrome - an evidence-based approach to diagnosis. Aliment. Pharmacol. Ther. 2004; 19(12): 1235-1245.
- Carlin A, Alfirvic Z. Physiological Changes of Pregnancy and Monitoring. Best Practice and Research Clinical Obstetric and Gynaecology. 2008; 22(5): 801-823.
- Carpenito LJ. Hemşirelik tanıları el kitabı. İstanbul, Nobel Kitabevi, 2011, p: 317-318.
- Catherine S, Bradley MD, MSCE, Colleen M, Kennedy, MD, MS, Anne M, Turcea, MD, Satish S. C. Rao, MD, PhD, and Ingrid E. Nygaard, MD, MS. Constipation in Pregnancy Prevalence, Symptoms, and Risk Factor. Obstetric & Gynecology. 2007; 110(6): 1351-57.
- Chamberlain G, Morgan M. ABC of Antenatal Care. London, BMJ Books, Fourth Edition, 2002.

- Cherly D, Manishi P, Lloyd M et al. The health-related quality of life and economic burden of constipation. *Pharmaco Economics* 2005; 23(5): 461-476.
- Costa D, Dritsa M, Verreault N, Balaa C, Kudzman J, Khalife S. Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13: 249-257.
- Craven R.F. ve Hirnle C.J. *Fundamentals of Nursing Human Health and Function*, 6th ed, China, Lippincott Williams&Wilkins. 2009; 1072-1080.
- Cuervo M, Sayon-Orea C, Santiago S. and Martínez J.A. Dietary and Health Profiles of Spanish Women in Preconception, Pregnancy and Lactation. *Nutrients*. 2014; 6: 4434-4451.
- Çetinkaya H, Özkan H, Bektaş M, ve ark. Ankara'nın değişik kesimlerinde konstipasyon prevalansı ve demografik özelliklerin konstipasyon ile ilişkisi. *Turk J Gastroenterol* 2000; 11 (Suppl 1): 80 (P 280), 36 (P 104, 105), 37 (P 106, 108, 109).
- Çiçek MN ve Mungan MT. *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008.
- Dalfrà MG, Nicolucci A, Bisson T, Bonsembiante B, Lapolla A. Quality of life in pregnancy and post-partum: a study in diabetic patient. *Qual Life Res* 2012; 21: 291-298.
- Damon H, Dumas P. ve Mion F. Impact of anal incontinence and chronic constipation on quality of life. *Gastroenterologie Clinique et Biologique*. 2004; 28: 16-20.
- De Carvalho EB, Vitolo MR, Gama CM, Lopez FA, Taddei JA, de Moraes MB. Fiber intake, constipation, and overweight among adolescents living in Sao Paulo City. *Nutrition*. 2006; 22(7-8): 744-749.
- Decherney AH, Nathan L, Goodwin TM. *Current Diagnosis and Treatment, Obstetrics & Gynecology*. Newyork, McGraw-Hill Medical, 2007.
- Dedeli Ö, Turan Ş, Fadiloğlu Ç. ve Bor S. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *MN Dahili Tıp Bilimleri*. 2007; 2(1-2): 36-43.
- Demirbaş S. Kronik kabızlık nedenleri, tanı yöntemleri ve tedavi yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi* 2010; 52: 61-68.
- Dener C. *Genel Cerrahi*. İstanbul: Kelebek Matbaacılık, Nobel Tıp Kitabevleri. 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. And Dettmar P. Diet, physical inactivity and prevalence of constipation throughout and after pregnancy. Blackwell Publishing Ltd. *Maternal and Child Nutrition*. 2006; 2: 127-134.
- Di Lorenzo C. Anorectal disorders. *Gastroenterol Clinical North American*. 2001; 30: 269-287.
- Duarte SG, Carmona MM, Ávila MC. Prevention of constipation during pregnancy with the hydration. Toledo, December 2015; 2-4.
- Dukas L, Willett WC, Giovannucci EL. Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and constipation in a study of women. *Am J Gastroenterol*, 2003; 98(8): 1790-1796.
- Drife J, Magovan BA, *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Saunders, 2004.
- Erdemir, F. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2012.
- Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim*. 2006; 1: 1-5.
- Eoff JC. Optimal treatment of chronic constipation in managed care: review and roundtable discussion. *J Manag Care Pharm*, 2008; 14 (9-A): 1-15.
- E J Irvine MD, S. Ferrazzi MSc, P Pare MD, W G Thompson MD, L Rance PharmD. Health-related quality of life in functional GI disorders: focus on constipation and resource utilization. *American Journal of Gastroenterology* 2002; 97: 1986-1993.
- Förger F, Østensen M, Schumacher A, Villiger PM. Impact of pregnancy on health related quality of life evaluated prospectively in pregnant women with rheumatic diseases by the SF-36 health survey. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 1494-1499.
- Helli A, Dolapçioğlu K, Çekiç Ç. Gebelikte Üriner Sistemde Meydana Gelen Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler. *Türk Üroloji Seminerleri*. 2011; 2: 121-123.
- Higgins PD ve Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am. J.Gastroenterol*. 2004; 99(4): 750-759.

- Hinds JP, Stoney B, Wald A. Does gender or the menstrual cycle affect colonic transit Am J Gastroenterol 1989; 84(2): 123-6.
- <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme> (25 Ocak 2018)
- http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Gebelik%20Ve%20Fet%20C3%BCs%20Fizyolojisi.pdf (12 Kasım 2017)
- <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/mevzuat/gebebilgi2link.pdf> (12 Kasım 2017)
- <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/resimli%20rehber-2010.pdf> (16 Kasım 2017)
- <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf> (16 Kasım 2017)
- İnce M ve Remzi F.H. Kronik Kabızlık ve Diyet. TAF Prev Med Bull 2011; 10(1): 71-76.
- Gabbe GS, Nieblyl JR ve Simpson JL. Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler. Edt. Tanır HM, Şener MT. Ankara, Nobel ve Güneş Tıp Kitabevleri, 2009.
- Garcia Duarte S, Ruiz Carmona MM, Camacho Avila M. Prevention of constipation during pregnancy with the hydration. Toledo, December, 2015: 2-4.
- Garrigues V, Galvez C, Ortiz V, Ponce M, Nos P, Ponce J. Prevalence of Constipation: Agreement Among Several Criteria and Evaluation of the Diagnostic Accuracy of Qualifying Symptoms and Self-reported Definition in a Population-Based Survey in Spain. American Journal Epidemiology. 2004; 159: 520-26.
- Gibbs SR, Kartan YB, Hansey FA, NygaardI. Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. Edt. Ayhan A. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2010.
- Glia A. ve Lindberg G. Quality of life in patients with different types of functional constipation. Scandinavian Journal of Gastroenterology. 1997; 32: 1083-1089.
- Gjerdingen D, Froberg DG, FontaineP. The Effects of Social Support on Women's Health During Pregnancy, Labor and Delivery, and The Postpartum Period. Family Medicine. 1991; 23: 370 –375.
- Johnson P, Mount K and Graziano S. Functional bowel disorders in pregnancy: effect on quality of life, evaluation and management. Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2014; 93: 874–879.
- Kamm MA, Farthing MJ, Lennard-Jones JE. Bowel function and transit time during the menstrual cycle. Gut 1989; 30(5) :605-8.
- Kamm MA, Farthing MJ, Lennard-Jones JE, Perry LA, Chard T. Steroid hormone abnormalities in women with severe idiopathic constipation. Gut 1991; 32(1) :80-4.
- Kaya N. ve Turan N. Hareket ve Egzersiz. İçinde Aştı T.A. Karadağ A. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın Ve Yayıncılık. 2012; 231-389.
- Kaya N. Hemşirelik Süreci Hemşirelik Tanılaması. İçinde Aştı T.A., Karadağ, A. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012; 138-175.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form- 36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonu'nun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12: 102-106.
- Korkmaz M, Yüksel F ve Ünalacak M. Ünlüoğlu İ. Kabızlık Yakınması Olan Hastanın Birinci Basamakta Yönetimi. Konuralp Tıp Dergisi 2011; 3(3): 35-41.
- Koşar A ve Öztürk M. Dahili Bilimler. İstanbul: Kelebek Matbaacılık, Nobel Tıp Kitabevleri. 2004; 250-342.
- Kuğu N ve Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2001; 23(1): 61-64.
- Küçükdeveci AA. Rehabilitasyonda Yaşam Kalitesi. Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 2005; 51, 23-29.
- Kyle G. A proactive approach to the treatment of constipation. Continence. 2008; 2(4): 36-44.
- Lara JMV, Diaz LR, Rodrigo JR, Gutierrez CV, Luque GT, Salgado JG. Quality of life related to health in a population of healthy pregnant women after a program of physical activity in the aquatic environment. Rev Esp Salud Pública. 2017; 91: 30 de octubre e1-e10.
- Lembo A, Camilleri M. Chronic constipation. N Engl J Med 2003; 349: 1360-1368.
- Lemeshow S, Hosmer Jr DW, Klar J and Lwanga SK. Sağlık Araştırmalarında Örneklem Büyüklüğünün Yeterliliği Çeviren: S. Oğuz Kayaalp, Hacettepe TAŞ Kitapevi, Ankara, 2000, p:143.
- Leung L, Riutta T, Kotecha J, Rosser W. Chronic constipation: an evidence-based review. J Am Board Fam Med, 2011; 24 (4): 436-451.
- Leveno K. Williams Obstetrik El Kitabı. Edt. Önderoğlu L. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2014.

- Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol*, 1997; 32 (9); 920-924.
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 2006; 130(5): 1480-1491.
- Magee LA, Chandra K, Mazotta P, Stewart D, Koren G, Guyatt G. Development of Health Related Quality of Life Instrument for Nausea and Vomiting of Pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002; 86(5): 232-238.
- Markland AD, Palsson O, Goode PS, Burgio KL, BusbyWhitehead J, Whitehead WE. Association of low dietary intake of fiber and liquids with constipation: evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey *Am J Gastroenterol*. 2013; 108(5): 796.
- McCauley K, Elsom S, Muir-Cochrane E, Lyneham J. Midwives and Assessment of Perinatal Mental Health. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 2011; 18(9): 86-95.
- McClurg D, Hagen S, Dickinson L. Abdominal Massage for the Treatment of Constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Collaboration. 2011; 1-5.
- Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KRB, Zayas L, Health-related functional status in pregnancy: Relationship to Depression and Social Support in A Multi-Ethnic Population. *Obstetric and Gynecology*. 2001; 97: 988-993.
- Mete, S. Doğum Öncesi Bakım, Editör: Ahsen Şirin, Oya Kavlak, Kadın Sağlığı, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., 2008, İstanbul p:454-470, 489-500.
- Milla PJ. The Pathophysiology of Constipation. *Ann Nestle*. 2007; 65: 55-61.
- Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2011; 25(1): 3–18.
- Müller-Lissner S. The difficult patient with constipation. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2007; 21(3): 473-484.
- Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life in Early Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 798–806.
- Nicoline C, Anna L, Cramon P, Ringholm L, Watt T, Damm P, Mathiesen ER. Quality of life, anxiety and depression symptoms in early and late pregnancy in women with pregestational diabetes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2017; 96: 190–197.
- Oh J, Kim Y, Park S. and Kim J. Estrogen Rather than progesterone cause constipation in both female and male mice. *Korean J Physiol Pharmacol*. 2013; 17: 423-426.
- Orhan C, Akbayrak T, Kaya S, Kav T, Kerem Günel M. Fiziksel aktivite seviyesi ile konstipasyon şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*. 2015; 2(2): 66-73.
- Özkan TB. Çocuklarda fonksiyonel konstipasyon. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007; 33 (2): 87-90.
- Papatheodoridis, GV, Vlachogiannakos J, Karaitianos I, and Karamanolis DG. A Greek survey of community prevalence and characteristics of constipation. *Eur J Gastroen Hepat*, 2010; 22: 354–360.
- Pirdal H, Yalçın BM, Ünal M. Gebelerin gebelik izlemleri, gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türk Aile Hek Dergisi* 2016; 20 (1): 7-15.
- Ponce J, Martinez B, Fernandez A, Ponce M, Bastida G, Pla E, Garrigues V, Ve Ortiz V. Constipation during pregnancy: a longitudinal survey based on self reported symptoms And the Rome II criteria. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2008; 20(1): 56-61.
- Porterfield SP. Endocrinology in pregnancy. In: Porterfield SP, ed. *Endocrine Physiology*. London: Mosby Publishing. 2001; p. 197-214.
- Ramkumar D, Rao SSC. Efficacy and safety of traditional medical therapies for chronic constipation: systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005; 100(4): 936-71.
- Rao SSC. Dyssynergic defecation. Disorders of anorectum. Ed: Satish SC Rao. *Gastroenterology Clinics of North America* 2000; 30(1): 97-114.
- Rao SCS, Go JT. Update on the management of constipation in the elderly: new treatment options. *Clinical Interventions in Aging* 2010; 5; 163–171.
- Ribas Y, Saldana E, Martí-Rague J, Clave P. Prevalence and pathophysiology of functional constipation among women in Catalonia, Spain. *Diseases of the Colon and Rectum* 2011; 54: 1560–1569.
- Sanchez MI, Bercik P. Epidemiology and burden of chronic constipation. *Can J Gastroenterol* 2011; 25(Suppl. B): 11Be5B.

- Santiago S, Cuervo M, Sayon-Orea C, Martinez JA. Dietary and Health Profiles of Spanish Women in Preconception, Pregnancy and Lactation. *Nutrients* 2014; 6: 4434-4451.
- Saryıldız L ve Akdağ T. Hamilelikte Gözlenen Bazı Hematolojik ve Metabolik Değişiklikler. *Derleme. Journal of Clinical and Analytical Medicine.* 2013; 4(3): 245-248.
- Savaş M C. Konstipasyon. *Türkiye Tıp Dergisi.* 2004; 11(4): 204-216.
- Schmidt FMQ, Santos VL. Prevalence of Constipation in the General Adult Population. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2014; 41(1): 70-76.
- Schubert KO, Air T, Clark SR, Grzeskowiak LE, Miller E, Dekker GA, Baune BT, Clifton VL. Trajectories of anxiety and health related quality of life during pregnancy. *PLoS ONE* 2017; 12(7).
- Setse R, Grogan R, Pham L, Cooper LA, Strobino D, Powe NR, et al. Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the Health Status in Pregnancy (HIP) study. *Matern Child Health J.* 2009; 13: 577-587.
- Shafik A, El-Sibai O. Study of the levator ani muscle in the multipara: role of levator dysfunction in defaecation disorders. *J Obstet Gynaecol* 2002; 22(2): 187-192.
- Shi W, Xu X, Zhang Y, Guo S, Wang J, Wang J. Epidemiology and Risk Factors of Functional Constipation in Pregnant Women. *Plos One.* 2015: 1-10.
- Simren M, Abrahamsson H, Svedlund J. ve Björnsson E.S. Quality of life in patients with irritable bowel syndrome seen in referral centers versus primary care: the impact of gender and predominant bowel pattern. *Scandinavian Journal Of Gastroenterology.* 2001; 36: 545-552.
- Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Gastroenterology* 2011; 106: 1582-1591.
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 10.baskı. 2011, Ankara, p; 69-127.
- Talley NJ. Definitions, epidemiology and impact of chronic constipation. *Rev in Gastroenterol Dis* 2004; 4 (Suppl 2): 3-10.
- Tappin D, Nawaz S, McKay C, MacLaren L, Griffiths P and Mohammed T. Development of an early nurse led intervention to treat children referred to secondary paediatric care with constipation with or without soiling. *BMC Pediatrics* 2013, 13: 193.
- Taylor CR, Lillis C, LeMone P. ve Lynn, P. Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. 2008; 1550-1599.
- Tetikkurt C. Gebelikte Solunum Fizyolojisi. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 2000; 31 (2): 118-122.
- Tincello DG, Teare J, Fraser WD. Second trimester concentration of relaxin and pregnancy related incontinence. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 2003; 106(2): 237-238.
- Turan N, Kaya N, Kaya H, Öztürk A, Eskimez Z, Yalçın N. Hemşirelik Öğrencilerinin Bazı Değişkenler Açısından Konstipasyon Sorunları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2011; 19(3): 168-178.
- Türkay C. Aydoğan T ve Özden A. Konstipasyon tanım ve epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji.* 2005; 9(1): 48-52.
- Ucuşal M ve Aldanmaz N. Genel Cerrahi Hastalarında Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riski. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 4(2): 17-22.
- Uysal N, Khorshid L, Eşer İ. Sağlıklı genç bireylerde konstipasyon sorununun belirlenmesi. *TAF Prev. Med Bull,* 2010; 9(2): 127-132.
- Uz B, Türkay C, Bavbek N, Işık A, Erbayrak M ve Uyar M. Konstipasyon saptanan olgularımızın değerlendirilmesi, *Akademik Gastroenteroloji Dergisi,* 2006; 5(1): 56-59.
- Wald A. Constipation, diarrhoea and symptomatic hemorrhoids during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32(1).
- Wald A, Scarpignato C, Kamm M, Mueller-Lissner S, Helfrich I, Schuijt C. ve ark. The burden of constipation on quality of life: results of a multinational survey. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics.* 2007; 26(2): 227-23.
- Wang J.Y, Hart S.L, Janet L. ve Berian J.R. A valid and reliable measure of constipation related quality of life. *Diseases Of The Colon & Rectum.* 2009; 52(8): 1434-1442.
- Ware JE, Sherbourne CD. The mos 36-Item short-form health survey (SF-36), I. Conceptual Framework and Item Selection. *Med Care.* 1992; 30(6): 473-483.
- WHO. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Promoting Effective Perinatal Care. Training modules. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2002.
- World Health Organization Quality Of Life Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal Mental Health.* 1994; 23(3): 24-56.

- Xiao ZL, Pricolo V, Biancani P, Behar J. Role of progesterone signaling in the regulation of G-protein levels in female chronic constipation. *Gastroenterology*, 2005; 128(3): 667-675.
- Yılmaz S ve Beji N. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi* 2010; 20(3): 99-108.
- Yılmaz M.T. Gestasyonel Diyabette Metabolik Değişiklikler ve Sağlık Yönetimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Endocrin-Special Topics* 2010; 3(1): 54-8.



8. EKLER

EK 1: Roma III Kriterleri

Sayın Katılımcı,

Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. Bu çalışma polikliniğe gelen ve serviste yatan konstipasyonu olan ve olmayan gebelerde yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Bu amaç doğrultusunda sizlerin cevaplaması için sosyodemografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları ve defekasyon özellikleri içeren kişisel bilgi formu oluşturulmuştur. Sorulan sorulara cevap vermeniz gebelik dönemlerinde oluşabilen kabızlık sorunu yaşayan ve yaşamayan gebelerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi ve buna yönelik eğitim verilip destek olunması açısından önemlidir. Bu anket vasıtası ile toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmada gönüllülük esastır.

Katıldığınız için teşekkür ederim

Fatimatüzzehra GENÇ

ROMA-III KONSTİPASYON TANI ÖLÇÜTLERİ FORMU

Soruları son 6 ayı düşünerek yanıtlayınız.

1. Büyük abdest yaparken ıkınıyor musunuz/zorlanıyor musunuz?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Haftada kaç kez büyük abdest yapıyorsunuz ?.....

EK 2: Kişisel Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	BESLENME ALIŞKANLIKLARI
1. Yaş:.....	1. Günlük öğün sayısı:..... öğündür
2. Eğitim durumu: 1.Okur-yazar () 2. İlkokul mezunu () 3.Ortaokul mezunu () 4.Lise mezunu () 5.Üniversite mezunu ()	2. Ana öğün sayısı:..... öğündür
3. Şu anki gebelik haftanız:	3. Ara öğün sayısı:..... öğündür.
4. Gebelik sayısını:.....	4. Haftada kurubaklagil tüketme durumu:..... kez
5. Çalışıyor musunuz? 1.Evet (belirtiniz.....) 2.Hayır ()	5. Günlük meyve-sebze tüketme durumu:...porsiyondur
6.Ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz? 1.Gelir giderden düşük () 2. Gelir gidere eşit () 3.Gelir giderden fazla ()	6. Günlük su tüketme miktarı:..... bardaktır
7. Sürekli kullanılan ilaç: 1.Var (belirtiniz.....) 2. Yok ()	7. Günlük meyve suyu tüketme miktarı:.....bardaktır.
8. Sürekli takip ve tedavi gerektiren hastalık: 1.Var (belirtiniz.....) 2. Yok ()	8. Günlük çay tüketme miktarı:..... bardaktır
9. Mevcut boy, kilo durumu: -Boy:.....- Kilo..... 1.Beden Kütle İndeksi 25'den küçük 2.Beden Kütle indeksi 25'e eşit veya büyük	9. Günlük kahve/nescafe tüketme miktarı:.....bardaktır/fincandır.
10. Gebelik öncesi boy, kilo: -Boy:.....- Kilo..... 1.Beden Kütle İndeksi 24'den küçük 2.Beden Kütle indeksi 24'den büyük	DEFEKASYON ÖZELLİKLERİ 1.Geçmiş hikayenizde kabızlık yaşadınız mı: 1. Evet () 2. Hayır ()
11. Sigara kullanma durumu: a.Günlük sigaratane içerim. b.Sigarayı yıldır kullanıyorum.	2.Kabızlık şikayet süreniz:.....
12. Genel yaşam tarzınızı nasıl tanımlarsınız? 1.Aktif () 2.Sedanter (sakin) ()	3.Büyük abdestiniz için hangi tür tuvalet kullanıyorsunuz? 1. Alaturka tuvalet () 2. Alafranga tuvalet/Klozet ()
13. Düzenli egzersiz/spor yapıyor musunuz? 1.Evet () 2. Hayır ()	4.Büyük abdest için tuvalette harcanan süre:.....dakikadır.
14. Strese maruz kalma durumu: 1.Hiçbir zaman () 3.Sık sık () 2.Bazen () 4.Sürekli ()	5.Büyük abdest yapma alışkanlığınız nasıldır? 1.Büyük abdestim geldiğinde genelde ertelerim () 2.Beklemeden tuvalete giderim () 3.Diğer (belirtiniz:.....) ()
	6.Makatta dışkılamayı zorlaştıracak durum (hemoroid, çatlak gibi) 1.Evet () 2.Hayır ()
	7.Büyük abdest hissinizin oluştuğu zaman? 1.Sabah kalktığımda () 2.Öğünlerden sonra () 3.Egzersiz sonrası () 4. Diğer (belirtiniz:.....) ()
	8.Büyük abdesti kolaylaştırmak amacıyla ne uygularsınız? 1.Meyve-sebze Tüketme () 2.Sıvı Tüketme () 3.Sıvı-meyve Tüketme () 4.Egzersiz/yürüyüş yapma () 5.Dışkı Yumuşatıcı Alma () 6.Hiçbir şey yapmayan ()

EK 3: Yaşam Kalitesi (SF36) Ölçeği

1. Genel olarak sağlığımız,

(1) Mükemmel (2) Çok iyi (3) İyi (4) Orta (5) Kötü

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda şimdiki sağlığımızı genel olarak nasıl bulursunuz?

(1) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi (2) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi

(3) Hemen hemen aynı (4) Bir yıl öncesinden biraz daha kötü

(5) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır.

Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Engelliyorsa ne kadar engelliyor?

AKTİVİTELER	Evet çok engelliyor (1)	Evet biraz engelliyor (2)	Hayır hiç Engellemiyor (3)
a) Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde			
b) Masayı, elektrik süpürGESİNİ itme gibi orta/hafif aktivitelerde			
c) Paket ve çanta taşırken			
d) Birkaç kat merdiven çıkarken			
e) Bir kat merdiven çıkarken			
f) Eğilirken, çömelirken			
g) Bir kilometreden fazla yürürken			
h) Birkaç yüz metre yürürken			
i) Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken			
j) Giyinirken veya yıkanırken			

4. Geçen bir ay boyunca işinizde veya rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu?

	Evet (1)	Hayır (2)
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
b) İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?		
c) İş ve aktivitelerinizi kolay olanlarla sınırladınız mı?		
d) İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?		

5. Geçen bir ay boyunca işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli) aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet (1)	Hayır (2)
a) İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
b) İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?		
c) İşinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?		

6. Geçen bir ay boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

(1) Hiç etkilemedi (2) Çok az (3) Orta (4) Oldukça (5) Aşırı

7. Geçen bir ay boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

(1) Hiç (2) Çok hafif (3) Hafif (4) Orta (5) Fazla (6) Çok fazla

8. Geçen bir ay boyunca sağlığınızla ilgili şikayetleriniz işlerinizi yapmanıza ne kadar olumsuz etki gösterdi? (Ev ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere)

(1) Hiç (2) Az (3) Orta (4) Fazla (5) Çok fazla

9. Bu sorular geçen bir ay boyunca ne kadar sürede kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır.

	Her zaman (1)	Çoğunlukla (2)	Biraz fazla (3)	Bazen (4)	Çok az (5)	Hiç (6)
a) Tam enerjik hissettiniz						
b) Çok sinirli biriydiniz						
c) Hiçbir şeyin sizi neşelendirmeyeceği kadar canınız sıkıldı						
d) Sakin ve huzurluydunuz						
e) Fazla enerjiniz vardı						
f) Moralsiz ve kederli hissettiniz						
g) Çok yorgun hissettiniz						
h) Hiç mutlu oldunuz mu?						
i) Yorgun hissettiniz mi?						

10. Sağlığınız akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?

(1) Her zaman (2) Çoğu zaman (3) Bazen (4) Nadiren (5) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru (1)	Çoğunlukla doğru (2)	Emin Değilim (3)	Çoğunlukla Yanlış (4)	Kesinlikle yanlış (5)
a) Diğer insanlardan daha sık ve kolay hasta oluyorum					
b) Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım					
c) Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum					
d) Sağlığım mükemmel					

EK 4: Yaşam Kalitesi (SF36) Ölçeği İzin Yazısı



Fatma Zehra Genç

21.11.2017 (Sal), 10:27

soaydemir@yahoo.com

Yanıtla |

Merhabalar sayın hocam. Sizin ve arkadaşlarınızın geliştirmiş olduğu SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına ulaştım. Bu geliştirmiş olduğunuz ölçeği tezim de kullanmak ve bu ölçeğini ayrıntılı ölçek hesaplamasını, puanlamasını istiyorum sizlerden. Bunun için gereğinin yapılmasını arz ederim. Saygılar..

Fatimatüzzehra Genç
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Halk sağlığı hemşireliği Y.L. öğrencisi

SF 36 ölçeği izni ve puanlama hakkında detaylı bilgi

0 2



Omer Aydemir <soaydemir@yahoo.com>

21.11.2017 (Sal), 10:55

Yanıtla |



sf36scale.doc
47 KB



SF36 değerlendirme.doc
33 KB



2 ekin (80 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Sayın Genç,

Tez çalışmanızda SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyarım.

Ekte ölçeği ve puan hesaplama yönergelerini bulabilirsiniz.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Ömer Aydemir

Manisa Celal Bayar Üni.

...

EK 5: Etik Kurul Raporu

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:41

Toplantı Tarihi: 02.12.2016

Karar Sayısı:2016/740:N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Filiz HİSAR' ın "Gebelerde Konstipasyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 28.11.2016 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Fatmatüzzehra GENÇ' in yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Filiz HİSAR' ın sorumluluğunda ilgili birimlerden izin alınarak yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Filiz HİSAR
Yardımcı Araştırmacı: Fatmatüzzehra GENÇ

ASLI GİBİDİR
02.12.2016

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:69

Toplantı Tarihi: 25.05.2018

Karar Sayısı:2018/1375:N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Filiz HİSAR' ın "Gebelerde Konstipasyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 23.05.2018 tarihli çalışma başlığı değiştirilmesi dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Fatimatüzzehra GENÇ' in yüksek lisans tez çalışması başlığının "Konstipasyonu Olan ve Olmayan Gebelerde Yaşam Kalitesi: Karşılaştırılmalı Bir Çalışma" olarak değiştirilmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Filiz HİSAR

Yardımcı Araştırmacı: Fatimatüzzehra GENÇ

Ömer KONDU
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Meram Tıp Fakültesi
Etik Kurulu Sekreteri

ASLI GİBİDİR ASLI GİBİDİR
25.05.2018

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

EK 6: Kurum İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

13.04.2017

Sayı : 48929119/ 774
Konu : Nisan Ayı Toplantısı

TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TUEK)

N.E.Ü.Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı 'nda Doç Dr. Filiz HİSAR' ın proje sorumlusu olduğu "Gebelerde konstipasyon sıklığı ve yaşam kalitesi" başlıklı N.E.Ü.Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı 'nda yüksek lisans öğrencisi Fatmatüzzehra GENÇ' in yüksek lisans tez çalışmasının Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları hastanesinde yapılmasında sakınca olmadığına (13.04.2017 tarih ve 02-15 nolu karar gereği) oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Mehmet Ali ERYILMAZ
Başhekim/ Hastane Yöneticisi V.

Adres: Hacı Şaban Mah. Yeni Meram Cd. No:97 Meram/KONYA . Eğitim Ar-Ge Birimi. Hemşire: Meral TAŞKIN Telefon:03323236709-13/1815 Faks:03323236723 eposta:konyaeah.egitim@saglik.gov.tr

9. ÖZGEÇMİŞ

24.09.1992 yılında Konya'nın Selçuklu ilçesinde doğdu. İlköğretimini Barbaros İlköğretim Okulu'nda ve liseyi Özel Enderun Lisesi'nde tamamladı. 2010 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nü kazandı ve 2014 yılında mezun oldu. 2015 yılında Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı. 2014-2015 yılları arasında Pedagojik Formasyon Eğitimi aldı ve 2015 yılı Eylül ayından beri Özel İbni Sina Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde meslek dersleri öğretmeni olarak çalışmaktadır.

