

T.C
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**0-12 AYLIK BEBEKLERDE KONSTİPASYON GÖRÜLME
SIKLIĞININ BELİRLENMESİ**

HACER SÜTCÜ ÇAĞLAR
YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
PROF. DR. FİLİZ HİSAR
KONYA 2017

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**0-12 AYLIK BEBEKLERDE KONSTİPASYON GÖRÜLME
SIKLIĞININ BELİRLENMESİ**

HACER SÜTCÜ ÇAĞLAR
YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
PROF. DR. FİLİZ HİSAR
KONYA 2017

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Hacer Sütücü Çağlar'ın "0-12 Aylık Bebeklerde Konstipasyon Görülme Sıklığının Belirlenmesi" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Yer : Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Tarih: 24/08/2017 10:00

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Filiz HİSAR

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye

Doç.Dr. Fatma TAŞ ARSLAN

Selçuk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye

Yrd.Doç.Dr. Dilek CİNGİL

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 23/8/2017 tarih ve 1301. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled "Determination Of Prevalence Of Constipation In 0-12 Months Infants" by "Hacer Sütücü Çağlar" 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.

City : Necmettin Erbakan University, Faculty of Health Sciences

Date: 24/08/2017 10:00



Principial Advisor

Prof. Dr.Filiz HİSAR

Necmettin Erbakan University

Faculty of Health Sciens

Examination Committee Member

Assoc. Prof. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN

Selçuk University

Faculty of Health Sciences

Examination Committee Member

Assist. Prof. Dr. Dilek CİNGİL

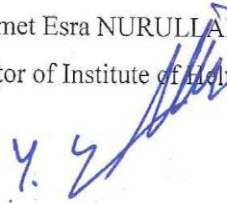
Necmettin Erbakan University

Faculty of Health Sciences

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




TEZ BEYAN SAYFASI

BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasında 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.

Tarih 24/05/17

Öğrencinin Adı-Soyadı: Hacer SÜTCÜ ÇAĞLAR

İmzası: 

İNTİHAL RAPORU

Turnitin

Sayfa 1 / 1

[Öğrenciler](#)
[Not Defteri](#)
[Kütüphaneler](#)
[Takvim](#)
[Tartışma](#)
[Tercihler](#)

Bu sayfa hakkında

Bu sizin ödev gelen kutunuzdur. Bir ödevi görüntülemek için, ödev başlığına tıklayın. Orjinallik Raporu'nu görmek için, benzerlik kolonundaki orjinallik raporu ikonuna tıklayın. Bu ikon tıklanabilir durumda değilse, orjinallik raporu henüz oluşturulmamış demektir.

0-12 Aylık Bebeklerde Konstipasyon Görülme Sıklığı...

Gelen Kutusu | Görüntüleniyor: yeni ödevler ▼

Dosyayı Gönder GradeMark Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

[Sil](#) [İndir](#) [Şuraya taşı...](#)

| <input type="checkbox"/> | Yazar | Başlık | Benzerlik | web | yayın | student papers | Puanla | cevap | Dosya | Ödev Numarası | Tarih |
|--------------------------|--------------------|---|------------|-----|-------|----------------|--------|-------|------------|---------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Hacer/Sutcu Çağlar | 0-12 Aylık Bebeklerde Konstipasyon Görül... | %14 %14 | 12% | 5% | 4% | -- | -- | ödev indir | 850816809 | 22-Eyl-2017 |

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimimin ders ve tez aşamasında başından sonuna kadar değerli katkıları ve desteğiyle her zaman yanımda olarak yardımlarını esirgemeyen çok değerli hocam, danışmanım Prof. Dr. Filiz HİSAR'a

Akademik hayata girmeme vesile olan, yüksek lisans eğitimim boyunca bana inanan, beni destekleyen ve yardımlarını esirgemeyen çok değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Dilek CİNGİL'e,

Araştırma süresince önerilerini ve desteğini gördüğüm Uzm. Dr. Süleyman ŞAHİN'e,

Verilerin toplanma süresinde bana destek olan ve yardımlarını esirgemeyen çalıştığım Hastane Yönetimine,

Araştırma verilerinin analiz aşamasında bana yardımcı olan ve desteğini esirgemeyen Yrd. Doç Dr. Saniye ÇİMEN'e,

Tezin yürütülmesinde gerekli izinleri ve araştırmanın yürütülmesini sağlayan kurumlara, araştırmaya katılımları ile destek veren tüm katılımcılara,

Manevi yardım ve desteğini aldığım tüm dostlarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca ilgilerini, sevgi ve desteklerini esirgemeyen annem Ayşe SÜTCÜ'ye kardeşlerim Ülkü Sümeyye SÜTCÜ ve Rabia SÜTCÜ'ye

Hiçbir konuda desteğini esirgemeyen, her zaman yanımda olan sevgili eşim Muahmmet Sıtkı ÇAĞLAR'a

Hayatımı güzelleştiren herkese...

Teşekkür Ederim.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-------------|
| <i>İç Kapak</i> | <i>i</i> |
| <i>Tez Onay Sayfası</i> | <i>ii</i> |
| <i>Approval</i> | <i>iii</i> |
| <i>Tez Beyan Sayfası</i> | <i>iv</i> |
| <i>İntihal Raporu</i> | <i>v</i> |
| <i>Önsöz</i> | <i>vi</i> |
| <i>İçindekiler</i> | <i>vii</i> |
| <i>Kısaltmalar ve simgeler</i> | <i>x</i> |
| <i>Tablolar Listesi</i> | <i>xi</i> |
| <i>Özet</i> | <i>xii</i> |
| <i>Abstract</i> | <i>xiii</i> |
| 1.GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 2.GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1. <i>Dışkılama Fizyolojisi</i> | 3 |
| 2.2. <i>Normal Gaitanın Özellikleri</i> | 3 |
| 2.3. <i>Normal Dışkılama Sayısı</i> | 4 |
| 2.4. <i>Konstipasyonun Tanımı</i> | 5 |
| 2.5. <i>Epidemiyoloji</i> | 6 |
| 2.6. <i>Etiyoloji Ve Patogenez</i> | 7 |
| 2.6.1. <i>Organik Kabızlık Nedenleri</i> | 8 |
| 2.6.2. <i>Fonksiyonel Kabızlık Nedenleri</i> | 8 |
| 2.7. <i>Tanı Yöntemleri</i> | 10 |
| 2.7.1. <i>Hasta Öyküsü</i> | 10 |
| 2.7.2. <i>Fizik Muayene</i> | 11 |
| 2.7.3. <i>Laboratuvar Testleri</i> | 12 |
| 2.8. <i>Tedavi</i> | 13 |
| 2.8.1. <i>Eğitim</i> | 14 |
| 2.8.2. <i>Biriken Dışkının Boşaltılması</i> | 14 |
| 2.8.3. <i>Yeniden Dışkı Birikimin Önlenmesi</i> | 16 |
| 2.8.4. <i>Normal Bağırsak Alışkanlığının Kazandırılması</i> | 18 |
| 2.9. <i>Konstipasyon Ve Hemşirelik</i> | 19 |
| 2.9.1. <i>Hasta Öyküsünün Alınması</i> | 19 |
| 2.9.2. <i>Fizik Muayene</i> | 20 |

| | |
|--|-----------|
| 2.9.3. Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları..... | 20 |
| 2.9.4. Hemşirelik Girişimleri..... | 21 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 23 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi..... | 23 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler..... | 23 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni..... | 23 |
| 3.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi..... | 23 |
| 3.5. Örnek Seçimi..... | 23 |
| 3.6. Örnek Seçim Kriterleri..... | 24 |
| 3.7. Veri Toplama Tekniği ve Araçları..... | 24 |
| 3.7.1. Bebek ve Aile Veri Toplama Formu..... | 24 |
| 3.7.2. Rome III Kriterleri..... | 25 |
| 3.7.3. Bristol Dışkı Skalası Formu..... | 25 |
| 3.8. Verilerin Toplanması..... | 26 |
| 3.9. Ön Uygulama..... | 26 |
| 3.10. Araştırmanın Değişkenleri..... | 26 |
| 3.10.1. Bağımsız Değişkenler..... | 26 |
| 3.10.2. Bağımlı Değişkenler..... | 27 |
| 3.11. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi..... | 27 |
| 3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 27 |
| 3.13. Araştırmanın Soruları..... | 27 |
| 3.14. Araştırmanın Etik Boyutu..... | 28 |
| 4. BULGULAR..... | 29 |
| 4.1. Araştırma Grubundaki Bebeklerin Ve Ailelerinin Tanıtıcı Özellikleri, Dışkılama Özellikleri Ve Konstipasyon Tanılama Sistemine Ait Bulgular..... | 29 |
| 4.2. Araştırma Grubundaki Konstipe Bebeklerin Konstipasyonu Etkileyen Etmenlere Ait Bulgular..... | 38 |
| 5. TARTIŞMA..... | 42 |
| 5.1. Konstipasyon Görülme Sıklığı..... | 42 |
| 5.2. KonstipasyondavGörülen Yakınmalar..... | 42 |
| 5.3. Sosyodemografik Özellikler ve Konstipasyon..... | 44 |
| 5.3.1. Gestasyonel Yaş ve Konstipasyon..... | 44 |
| 5.3.2. Cinsiyet ve Konstipasyon..... | 44 |
| 5.3.3. BKİ Persantil Değerleri ve Konstipasyon..... | 45 |

| | |
|--|-----------|
| 5.4. <i>Bebeklerin ve Ailelerin Boşaltım Özellikleri ve Konstipasyon</i> | 45 |
| 5.4.1. <i>Mekonyum Çıkarılma Zamanı ve Konstipasyon</i> | 45 |
| 5.4.2. <i>Aile Öyküsü ve Konstipasyon</i> | 46 |
| 5.5. <i>Bebeklerin Beslenme Durumu ve Konstipasyon</i> | 46 |
| 5.5.1. <i>İlk Süt ve Konstipasyon</i> | 46 |
| 5.5.2. <i>Beslenme Şekli ve Konstipasyon</i> | 47 |
| 5.6. <i>Bebeklerin Konstipasyon Durumunu etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları</i> | 47 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 49 |
| 6.1. <i>Sonuçlar</i> | 49 |
| 6.2. <i>Öneriler</i> | 50 |
| 7. KAYNAKLAR | 52 |
| 8. EKLER | 62 |
| <i>Ek-A 0-12 Aylık Bebeklerde Kabızlık Görülme Sıklığının Belirlenmesi Anket Soruları</i> | 62 |
| <i>Ek-B 0-4 Yaş Arası Rome III Kriterleri</i> | 67 |
| <i>Ek-C Bristol Dışkı Skalası Formu</i> | 68 |
| <i>Ek-D Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı</i> | 69 |
| <i>Ek-E Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Belgesi</i> | 71 |
| <i>Ek-F Dünya Sağlık Örgütü Beden Kitle İndeksi Persantil Eğrileri</i> | 72 |
| 9. ÖZGEÇMİŞ | 73 |

KISALTMALAR VE SİMGELER

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BKİ : Beden Kitle İndeksi

FK : Fonksiyonel Konstipasyon

GTZ : Gastrointestinal Geçiş Zamanı

PEG : Polietilen Glikol



TABLolar LİSTESİ

| | |
|---|----|
| <i>Tablo 4.1.1. Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri (n=203)</i> | 29 |
| <i>Tablo 4. 1. 2. Bebeklerin Sosyodemografik Özellikleri (n=203)</i> | 30 |
| <i>Tablo 4.1.3. Bebeklerin Özgeçmişlerine Ait Özellikler (n=203)</i> | 31 |
| <i>Tablo 4.1.4. Bebeklerin Yaş, Boy ve Vücut Ağırlığı Ortalamaları (n=203)</i> | 31 |
| <i>Tablo 4.1.5. Bebeklerin BKİ Persantil Gruplarına Göre Dağılımı (n=203)</i> | 32 |
| <i>Tablo 4.1.6. Bebeklerin Beslenme Özellikleri (n=203)</i> | 32 |
| <i>Tablo 4.1.7. Bebeklerin ve Ailelerin Boşaltım Özellikleri (n=203)</i> | 33 |
| <i>Tablo 4.1.8. Dışkılama Sırasında Görülen Şikayetlerin Dağılımı (n=203)</i> | 34 |
| <i>Tablo 4.1.9. Konstipasyona İlişkin Ailelerin Yaptığı Uygulamalar</i> | 35 |
| <i>Tablo 4.1.10. Bebeklerde Rome III Kriterlerine Göre Konstipasyon Görülme Durumu (n=203)</i> | 35 |
| <i>Tablo 4.1.11. Bebeklerin Rome III Kriterlerine Göre Konstipasyon Belirtilerinin Dağılımı (n=203)</i> | 36 |
| <i>Tablo 4.1.12. Bebeklerin Bristol Dışkılama formuna Göre Dışkı Özelliklerinin Dağılımı (n=203)</i> | 36 |
| <i>Tablo 4.1.13. Konstipasyon Şikayeti Olan Bebeklerde Görülen Yakınmalar</i> | 37 |
| <i>Tablo 4.2.1. Bebeklerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Konstipasyon Görülme Durumunun Karşılaştırılması (n=203)</i> | 38 |
| <i>Tablo 4.2.2. Bebeklerin ve Ailelerinin Boşaltım Özelliklerine Göre Konstipasyon Görülme Durumunun Karşılaştırılması (n=203)</i> | 39 |
| <i>Tablo 4.2.3. Bebeklerin Beslenme Özelliklerine Göre Konstipasyon Görülme Durumunun Karşılaştırılması (n:203)</i> | 40 |
| <i>Tablo 4.2.4. Bebeklerin Konstipasyon Durumunu Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi: Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları (n:203)</i> | 41 |

ÖZET

T.C

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

0-12 Aylık Bebeklerde Konstipasyon Görülme Sıklığının Belirlenmesi

Hacer SÜTCÜ ÇAĞLAR

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2017

Konstipasyon bir hastalık olmayıp, günlük yaşantıyı olumsuz etkileyen öznel bir semptom olmakla birlikte toplumun genel popülasyonunu %2-28 oranında etkilemektedir. Bu araştırma 0-12 aylık bebeklerde konstipasyonun görülme sıklığını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve ilişkisel olarak planlanan araştırmanın evrenini Konya Karapınar Merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezleri oluşturmakta olup, araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde “bir toplumdaki oranın belirli bir doğrulukla tahmininde” önerilen bir tablodan yararlanılmıştır. Örneklem seçimi ise basit rastgele örneklem yöntemi ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan 47 soru içeren Bebek ve Aile Veri Toplama Formu, konstipasyonun tanılanması için yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde kullanılan Roma III kriterleri ve dışkı kıvamını değerlendirmek için Bristol Dışkı Skalası kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından çocuğun annesinden yüz yüze görüşme tekniği ile Nisan 2016-Haziran 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmanın verileri bilgisayar ortamında, tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, değişkenlere göre konstipasyon görülme durumunun karşılaştırılmasında ki-kare analizi ve konstipasyon görülme durumuna etkisi olan değişkenleri bir arada değerlendirmek için lojistik regresyon (enter) analizi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan bebeklerin aileleri %19.7'sinde konstipasyon şikayeti olduğunu bildirirken Roma III kriterleri kullanıldığında %17.7'sinde konstipasyon görülmüştür. Konstipasyon görülen olguların %44.4'ü kız, %55.6'sı erkekti. İlk sütün verilmediği olguların %32.1'inde ve ek gıdaya 6. aydan önce başlayanların %30.2'sinde konstipasyon şikayeti bulundu. Konstipasyon şikayeti olan olguların %50'sinde annede de konstipasyon şikayeti vardı.

Sonuç olarak; ilk süt verilme durumu ve ek gıdaya başlama zamanı konstipasyon şikayetinin görülmesini etkilemektedir. Bu nedenle bebeklere ilk besin olarak kolostrumun verilmesi, bebeğin büyüme ve gelişmesinde yeterliyse ilk altı ay sadece anne sütü verilmesi ve annelerin beslenme alışkanlıklarını gözden geçirip posalı gıdalar tüketmeleri önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Bebeklik; konstipasyon; prevelans

ABSTRACT
REPUBLIC of TURKEY
NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY
INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

Determination of Constipation Case Frequency in 0-12 Months Infants

Hacer SÜTCÜ ÇAĞLAR
Department of nursing
MASTER THESIS/KONYA-2017

Constipation is not a disease but a subjective symptom that affects daily life negatively. And it affects the general population of the society by 2-28%. This study was conducted to determine the incidence of constipation in 0-12 month old children. The universe of the descriptive and relationally planned research is the Family Health Centers located in the Karapınar Center in Konya. A table that "estimates the proportion in a society with a certain accuracy". was utilized to determine the sample size of the study. The selection of the sample was made by simple random sampling method. In the collection of the data, the Child and Family Data Collection Form containing 47 questions generated by the researcher was used. The Roma III criteria used in the neonatal and infancy period for the diagnosis of constipation and the Bristolian Scale were used to assess stool consistency. The data were collected by the researcher from April 2016 to June 2016 with a face-to-face interview technique from the child's mother. The data of the study were made in computer environment using numerical, percent, mean and standard deviation analysis for descriptive statistics. In comparison of constipation with variables. Logistic regression (enter) analysis was performed to evaluate the variables that are effective for chi-square analysis and constipation occurrence.

Constipation was observed in 17.7% of Roma children while the parents of the children participating in the study reported constipation complaints of 19.7%. 44.4% of the constipated patients were female and 55.6% were male. In the cases where the first breastfeed was not given, 32.1% complaints of constipation were recorded. and constipation complaints were found in 30.2% of those who started supplementary food before 6th month. 50% of the cases with constipation complaints had constipation complaints in the mother too.

As a result; the first breastfeed status and the time to start supplementary food affect the appearance of constipation complaints. Therefore it may be advisable to give colostrum as the first food to infants and if the growth and development of the baby is sufficient, only breastfeeding may be recommended for the first six months and mothers may be advised to review their nutrition habits and consume dry foods.

Keywords: Infancy; Constipation; prevalence

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Konstipasyon bir hastalık olmayıp, sosyal faktörlerden etkilenebilen, kişiden kişiye farklı şekillerde yorumlanabilen ve günlük yaşantıyı olumsuz etkileyen öznel bir semptomdur (Türkay ve ark. 2005; Sanchez and Bercik 2011). Aileye ve çocuğa sıkıntı verecek şekilde seyrek, sert ve ağrılı dışkılama konstipasyon olarak tanımlanır. İki hafta veya daha uzun süredir devam eden dışkılamada gecikme veya zorluk da konstipasyon olarak tanımlanmaktadır (Voskuijl ve ark. 2006). Çocukluk çağında sık görülen konstipasyon, çocuk nüfusun %0.5-29'unu etkilemektedir. (Turco ve ark. 2014; Van Tilburg 2015; Tharner 2015; Lewis ve ark. 2016; Lu ve ark. 2016; Rouster ve ark. 2016; Boronat 2017; Han ve ark. 2017; Stephens ve ark. 2017).

Konstipasyon, dışkının rektuma ulaşmasını engelleyen veya rektumda uzun süre kalmasına neden olan durumlar nedeni ile oluşmakla birlikte bir semptom olarak konstipasyon çeşitli hastalıklardan kaynaklanabilir ancak çocukların çok az bir kısmında organik nedenlere bağlıdır (Rajindrajiith ve Deverana 2011). Konstipasyonun patofizyolojisi tam olarak açıklanamamıştır ve hastalığın gelişmesinde pek çok mekanizma bir arada rol oynamaktadır (Rajindrajiith ve Deverana 2011). Çocukluk çağında konstipasyon nedenleri multifaktöriyel nedenlerden oluşmaktadır (Borowitz ve ark. 2005). Temelde konstipasyon, organik ve fonksiyonel nedenli olmak üzere ikiye ayrılır. Fonksiyonel konstipasyon vakalarının % 95'ini, organik konstipasyon ise %5'ini oluşturmaktadır (Rowan 2011; Soylu 2013).

Dışkılama düzenindeki değişiklikler çocuk ve aile için sıkıntı ve endişe verici bir durum oluşturabilir. Özellikle hayatın ilk aylarında ebeveynler çocuklarının dışkılama sıklığı ve özelliklerine çok önem gösterirler (Xinias ve Mavroudi 2015). Süt çocukluğu döneminde anne sütünün etkisiyle çocuk günde 7-8 keze kadar dışkılayabilmektedir. Süt çocukluğunun her döneminde anne sütü alan bebeklerin mama ile beslenenlere göre daha sık ve daha yumuşak dışkıladığı görülmektedir. Ancak üç aydan sonra dışkılama sıklığı arasındaki fark ortadan kalkmaktadır (Den Hertog ve ark. 2012).

Çocukluk çağında konstipasyon basit bir yakınma olarak başlayıp eğer yeterli tedavi uygulanmazsa büyüme ve gelişmesini etkileyebilecek kadar ciddi boyutlara

ulaşabilmektedir (Sökücü 2002). Şahin ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada konstipasyon şikayeti olan çocukların %10'unda büyüme gelişme geriliği görülmüştür. Konstipasyon toplumda sık karşılaşılan ve sıklığı giderek artan bir sağlık sorundur. Ancak genellikle ciddi bir sorun olarak görülmediği için aileler sağlık kuruluşlarına başvurmamaktadır (Kaya ve ark. 2013; Han Y. ve ark. 2017). Bununla birlikte Türkiye'de çocuklardaki konstipasyonun mevcut durumu ile ilgili sağlıklı veriler bulunmamaktadır. Özellikle yaşamın ilk ayı süresince, ailelerin dikkatinden kaçması nedeniyle bu çocuklardaki dışkılama problemlerinin özellikleri ve sıklığı tam olarak bilinmemektedir (Şahin ve 2014).

Hemşirelik Yönetmeliğinde 2010 yılında yapılan değişiklikle beraber Halk Sağlığı Hemşireliğinin alt dalları ve görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 8 Mart 2010, Sayı: 27515). Halk sağlığı hemşireliği, bireylerin sosyal ve fiziki çevrelerini düzenleyerek sağlığın korunması ve geliştirilmesinde etkin rol oynamaktadır (halkhemder.org.tr 30.07.2017). Tüm süreç boyunca hemşireler aileye ve çocuğa danışmanlık yaparak konstipasyonun tedavisi ve yeniden oluşmaması için koruyucu bakım sağlarlar (Erdemir 2012).

Dünyada ve Türkiye'de 0-12 aylık bebeklerde konstipasyon sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalar az sayıda bulunmaktadır (Loening Baucke 2005; Kocaay ve ark. 2011; Miranda ve ark. 2015). Bu çalışmaların çoğu konstipasyonun tedavisi ve yönetimi ile ilgili hastane temelli çalışmalar olup konstipasyonun görülme sıklığı ile ilgili saha taramaları yetersizdir. Yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde konstipasyon sıklığının belirlenmesi konstipasyonun önlenmesi ve tedavisi açısından önemlidir. Bu nedenle çalışmanın amacı; 0-12 aylık bebeklerde konstipasyonun görülme sıklığını belirlemektir. Bu çalışma sonuçları toplum içindeki 0-12 aylık çocuklarda konstipasyon sıklığının belirlenmesine ve konstipasyonun azalmasına yönelik önlemlerin alınmasına katkıda bulunacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dışkılama Fizyolojisi

Mide dolunca ve karın içi basınç artınca gastrokolik ve ileokolik refleksler harekete geçer. Kolon içeriği ilerleyici hareketlerle rektuma doğru ilerler. Rektum yalnızca dışkının biriktiği, depo görevi gören bir organ değildir. Dışkılamamanın başlatılması için duyarlı bir organdır. Dışkı sigmoid kolondan rektuma ilerlediği zaman, duvarlara ve rektal valvlere basınç yapar. Bu basınç rektumdaki sinir sisteminde uyarı başlatır. Bu uyarı, iç anal sfinkterde gevşemeyle sonuçlanır ve dışkılama öncesi sıkışma hissedilir (Di Lorenzo ve Hyman 1996; Muştı 2016). İç anal sfinkter gevşediği anda küçük partiküller anal kanala geçer ve burada “kemo-ozmo-presso” reseptörlerin yardımıyla katı sıvı ve gaz ayrımı yapılır. Eğer sosyal ortam dışkılamaya uygun değilse, dış anal sfinkter kasılır. Anal kanal oluşumuna katılan puborektal kasların kasılması, dış anal sfinktere yardımcı olur ve böylece dışkılama ertelenir. Dış anal sfinkterin uzun süre kasılı kalması ile, iç anal sfinkterdeki refleks dışkılama hissi azalır (Di Lorenzo ve Hyman 1996; Sökücü 1998; Howart ve Sullivan 2012). Dışkılama için uygun ortam varsa, dış anal sfinkter istemli olarak gevşetilir ve dışkı kolondaki peristaltik hareketlerle anal kanal ağzına doğru itilir. Dışkı anal kanala girdiği zaman ikincil bir refleks, somatik sinirlerle başlatılır. Bu da karın kaslarında kasılmaya neden olarak, kalın bağırsağın boşalmasına yardımcı olur (Özkan 2007; Tezcaner ve Yılmaz 2016).

Bu temel mekanizma kişilerde yenidoğan döneminden itibaren mevcutken, eksternal sfinkter, puborektal kaslar ve karın kaslarını istemli olarak kasma ve gevşetme tuvalet eğitimi ile kazanılır (Di Lorenzo ve Hyman 1996; Tezcaner ve Yılmaz 2016).

2.2. Normal Gaitanın Özellikleri

Yaş grupları ve beslenme özelliklerine göre dışkının özelliği ve sayısı değişir. Yenidoğanın ilk kakası mekonyum olarak adlandırılır ve yeşilimsi siyah renkte, yapışkan, yoğun ve kokusuzdur. Erken doğan ya da düşük doğum ağırlıklı bebeklerde 48 saate kadar gecikebilmekle birlikte genellikle 24 saat içerisinde çıkar. Pasajın geciktiği durumlarda hipotiroidi, aganglionik megakolon, intestinal

obstrüksiyon, mekonyum plağı ve maternal narkotik kullanımı akla gelmelidir (Steffen and Loening 1999; Wester 2013).

Geçiş dışkısı ise yeşilimsi kahve renkte, yoğunluğu daha az, pis kokulu ve kesilmiş-mayalanmış süt görünümünde olabilir. Bu dönemde bağırsak hareketleri, bebeğin aldığı mama ile ilişkili olarak hiç olmayabilir veya günde 12-14 kez olabilir. Bu nedenle, konstipasyon veya diyare diyebilmek için sadece dışkı sayısı değil onun görünümü de önemlidir (Steffen ve Loening 1999; Gfroerer ve Rolle 2015). İlk haftadan sonra sarımsı renkte, homojen, hafif ekşi kokulu süt kakası görülür (Weaver ve Steinner 1984). İnek sütü alan bebeklerde dışkıları katı şekilli ve soluk sarı nitelikte olur. Dışkı hava ile birleştiğinde yeşilimsi kahverenge dönmektedir. Anne sütü alan bebeğin dışkısı bağdaşık, belli belirsiz ekşi kokulu, açık sarı ve yapışık görünmektedir. Anne sütü alındığı ilk aylarda bebekler her beslenme sonrasında kaka yapabilir ve seyrek olarak açık yeşil ve mukuslu olabilmektedir (Steffen ve Loening 1999).

Yenidoğan bir bebekte dışkı sayısı alınan besin miktarı ile doğrudan ilişkilidir. Ancak zamanla barsak fonksiyonlarının olgunlaşması ile besin alımı artmasına karşın dışkı sayısı azalacaktır (Weaver ve Steinner 1984).

2.3. Normal Dışkılama Sayısı

Dışkılama sayısını gastrointestinal geçiş zamanı belirlemektedir. Dışkılama sayısı toplumlar arasında farklılık gösterir. Beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler, diyetdeki lif miktarı ve sıvı oranı dışında stres, fiziksel aktivite, seyahat gibi durumlar da gastrointestinal geçiş zamanında değişiklikler yapabilmektedir. Yaşın artmasıyla birlikte gastrointestinal geçiş zamanı fizyolojik olarak uzamasıyla dışkılama sayısında değişikliğe sebep olabilmektedir. GTZ, 1-3 ayda ortalama 8.5 saat iken yaş ilerledikçe süre artarak yetişkinlerde 30-48 saate kadar uzamaktadır (Sökücü 1998; Di Lorenzo 2001; İnfante ve ark. 2017).

Çocuklarda yapılan araştırmalar dışkılama sayısının çok değişken olduğunu göstermiştir. Yenidoğan ve erken çocukluk döneminde ise, dışkılama günde en fazla dört kez oluşabilir ve çocukların % 98'i sfinkterin istemli kontrolünü kazanmış olduğu dört yaşında, günde 1-2 kereye düşmektedir (Xinias ve Mavraudi 2015). Anne sütü alan bebeklerde dışkılama sayısının gün içerisinde 7-8 defayı bulması da 7

güne kadar dışkılama yapamaması da olağandır (Hyams ve ark. 1995; Den Hertog ve ark.2012). Anne sütü alan bebekler ilk günlerde daha sık dışkılamaktadırlar. İlk bir aylık dönemde anne sütü alan bebeklerde dışkılama sayısı günde 9 keze kadar çıkmakta iken mama ile beslenenlerde ise günde beş keze kadar çıkmaktadır. Ancak üçüncü aydan sonra anne sütü alanlar ortalama günde 2 (0-6) kez dışkılarken, mama ile beslenenler bir (0-5) kez dışkılamaktadır (Den Hertog ve ark. 2012; Poddar 2016).

Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada anne sütü alan bebeklerde ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında mama ile beslenen bebeklere göre daha fazla dışkılama yaptığı görülürken dördüncü aydan itibaren her iki grupta fark eşitlenmiştir (Öztürk 2007). Kocaay ve arkadaşlarının çalışmasında ise 36- 72 ay arası çocukların %82.2'sinin günde 1-2 kez defekasyona çıktığı saptanmıştır (Kocaay ve ark. 2011).

2.4. Konstipasyonun Tanımı

Konstipasyon çocukluk çağında sık görülen dışkılama bozukluğudur. Birinci basamak hekimlerine ve gastroenterologlara başvuranların ortak sorunudur (Sanchez ve Bercik 2011). Aileye ve çocuğa sorun yaratacak şekilde seyrek ve katı yoğunlukta ağırlı dışkılama konstipasyon olarak tanımlanır (Voskuijl ve ark. 2006). Konstipasyon; hastaya önemli oranda sıkıntı veren iki haftadan daha uzun süren dışkılamada gecikme ya da güçlük olarak tanımlanır (Kramer ve ark. 2015). Genel olarak haftada iki veya daha az sayıda defekasyona çıkma konstipasyon olarak tarif edilmekle birlikte, tanı koymak için sayı tek başına yeterli bir ölçüt değildir (Yurdakul 2001; Wood ve ark. 2016).

Hastaların nerdeyse yarısından fazlası bağırsak hareketlerinin olağan olmasına karşın dışkılamada zorlanarak tam defekasyon yapamamalarından dolayı konstipasyon şikayetleri olduklarını söylerler. Nadir defekasyon alışkanlığı olan kişilerde gaitanın bağırsak içindeki kalış süresinin uzaması gaita içerisindeki sıvı emilimini arttırarak gaitanın katılaşmasına sebep olmaktadır (Bengi ve ark. 2014). Haftada üç kereden az, sert kıvamda, geniş çaplı veya keçi pisliği şeklinde dışkının görüldüğü, makat ağrısının ve sıklıkla kanama ve anal fissürün eşlik ettiği dışkılama şeklide konstipasyon olarak tanımlanmaktadır (Milla 2007; Muştı 2016).

2.5. Konstipasyon Epidemiyolojisi

Konstipasyon çocuklarda ve yaşlılarda daha sık görülmektedir. Yapılan çalışmalar kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla konstipasyon görüldüğünü göstermiştir. (Kaya ve ark 2013). Çocukluk çağında sık görülen konstipasyon, tanı için kullanılan kriterlere bağlı olarak, çocuk nüfusun %0.5-29'unu etkilemektedir. (Turco ve ark. 2014; Van Tilburg 2015; Tharner 2015; Lewis ve ark. 2016; Lu ve ark. 2016; Rouster ve ark. 2016; Boronat 2017; Han ve ark. 2017; Stephens ve ark. 2017). Sistematik bir incelemede dünya çapında genel popülasyonda konstipasyon prevalansı erişkinlerde % 2.5 ile % 79 arasında ve çocuklarda % 0.7 ile % 29.6 arasında çok değişken olduğu bulunmuştur (Higgins and Johanson 2004; Peppas ve ark. 2008). Kuzey Amerika'da kronik konstipasyonun tanılanmasında Roma III kriterleri kullanıldığında prevalans %1.9-27.2 arasında değişmektedir (Suarez ve Ford 2011). Kıtalar ve ülkelerdeki yaygınlık oranları geniş oranlarda olmasına karşın genel olarak konstipasyon prevalansına bakıldığında Asya ülkelerinde %10.8, Avrupa ülkelerinde %19.2, Okyanusya ülkelerinde %19.7 ve Amerika ülkelerinde %16 olarak görülmektedir (Mugie ve ark. 2011).

Özellikle yaşamın ilk ayı süresince, ailelerin dikkatinden kaçması nedeniyle bu çocuklardaki dışkılama problemlerinin özellikleri ve sıklığı tam olarak bilinmemektedir (Youssef ve Di Lorenzo 2001). Çocuklardaki konstipasyon prevalansı kesin olarak bilinmemekle birlikte okul öncesi çocukların yaklaşık %3'ü, okul çağındaki çocukların ise %1-2'si konstipasyondan yakındır. Bildirilen insidans %0.3-8 arasında değişmektedir. Ayrıca, genel pediatri polikliniklerinin %3-5'ini, pediatrik gastroenteroloji kliniklerinin ise %25'e kadar yüksek bir oranını konstipasyon hastaları oluşturur (Kocaay ve ark. 2011; Gfroer ve Rolle 2015).

Miranda'nın yaptığı bir çalışmada fonksiyonel konstipasyon (FK), bir yaşın altındaki bebeklerde %4.7, 1-3 yaş arası çocuklarda %9.7 olarak bulunmuştur (Miranda ve ark. 2015). Ülkemizde konstipasyon yakınması olan çocuklar hakkında bölgesel veriler bulunmakta olup Marmarada okul çağı çocuklarında yürüttükleri bir çalışmada konstipasyon sıklığı %7.2 oranında saptanmış (İnan 2007), diğer bir çalışmada ise konstipasyon sıklığı 0-6 yaş arasında %4.7 (Kocaay ve ark. 2011) oranında bulunmuştur. Çocukluk çağında FK yaygınlığı 0.7-29.6% arasında değişmektedir (Mugie ve ark. 2011). Loening-Baucke'nin (2005) yaptığı çalışmada

ise konstipasyon yaygınlığı %4.45tir. Yaşamın ilk yılında çocuklarda konstipasyon için yaygınlık oranı % 2.9 iken yaşamın ikinci yılında %10.1'e çıkmıştır. (Loening-Baucke 2005). Van Tilburg ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise fonksiyonel konstipasyon bir yaştan altındaki çocuklarda %4.7'si 1-3 yaş arası çocuklarda ise %9.4 olarak bulunmuştur (Van Tilburg ve ark. 2015). Rouster ve arkadaşlarının 0-4 yaş arası çocuklarda yapmış oldukları çalışmada %29.2, Therner ve arkadaşlarının 2-4 yaş arası çocuklarda yapmış olduğu çalışmada ise %13.7 oranında konstipasyon görülmüştür (Therner ve ark. 2014; Rouster ve ark. 2015).

Akova ve arkadaşlarının 2-11 yaş arasındaki çocuklarda yapmış olduğu çalışmada acil servise başvuran olguların %11'inin karın ağrısı olduğu ve anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır (Akova ve ark. 2013).

Enkoprezis dört yaşından daha büyük çocuklarda gaitanın kaçırılmasıdır. Çocuklarda enkoprezis kişisel ve sosyal etkileri ile önemli bir gastrointestinal problemdir (Rajinrajith ve Deverana 2011; Beaudry-Bellefeuille ve Lane 2017). Dışkı kaçırmaya olgularının %95'ten fazlasında neden enkoprezistir ve erkeklerde daha siktir (Kutlu2007). Primer enkoprezis dışkı kontrolü hiç gelişmemiş çocukları, sekonder enkoprezis ise yaşamının bir döneminde dışkı kontrolü geliştikten sonra dışkı kaçırmaya başlayan çocukları tanımlar (Candy 2003). Olguların çoğunda kronik konstipasyon sonucu oluşurken %5'inde konstipasyon olmadan görülür (Royy ve ark. 1995; Kültür ve ark. 2014).

Enkoprezis Batı toplumunda %0.8-4.1 oranında görülürken Asya'da %2-7.8 oranında görülmektedir (Rajindraajithve ark 2013). Hassoy ve Çakıcının yaptığı bir çalışmada konstipe olan çocukların %5.9'da, Çataklı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise %9.1'inde enkoprezis bulunmuştur (Hassoy ve Çakıcı 2012; Çataklı ve ark 2015).

2.6. Etyoloji Ve Patogenez

Konstipasyon, dışkının rektuma ulaşmasını engelleyen veya rektumda uzun süre kalmasına neden olan durumlar nedeni ile oluşmakla birlikte bir belirti olarak konstipasyon birçok hastalıktan kaynaklanabilir ancak çocukların çok az bir kısmında organik nedenlere bağlıdır (Rajindraajith ve Deverana 2011). Konstipasyon bir hastalıktan daha çok hastalık etkeni veya belirtisi olarak kabul edilmelidir.

Patofizyolojisi tam olarak açıklanamamıştır ve hastalığın gelişmesinde pek çok mekanizma bir arada rol oynamaktadır (Rajindrajith ve Deverana 2011).

Konstipasyonun nedeninin belirlenmesi tedavinin planlanmasında son derece önem arz etmektedir. Çeşitli organik bozukluklar, kullanılan ilaçlar, metabolik rahatsızlıklar veya rektal çıkış obstrüksiyonları gibi pek çok neden konstipasyona neden olabilir. Konstipasyon etiyojisinin belirlenmesinde kolonik geçiş zamanının ölçülmesi başlangıç aşamasında kullanılan bir yöntemdir (Ghoshal 2007; Yoo ve ark. 2016). Kolonik geçiş zamanı bir tıkanma söz konusu ise bunun belirlenmesinde ve tedavinin planlanmasında oldukça önem arz eder (Bozkurt ve ark 2012; İnfante ve ark. 2017).

Çocukluk çağında konstipasyon nedenleri multifaktöriyel nedenlerden oluşmaktadır (Borowitz ve ark. 2005). Temelde konstipasyon, organik ve fonksiyonel nedenli olmak üzere ikiye ayrılır. Fonksiyonel konstipasyon vakalarının % 90'ından fazlasını oluşturmaktadır (Rowan 2011; Soylu 2013).

2.6.1. Organik Konstipasyon Nedenleri

Organik patolojiler konstipasyon sebeplerinin ancak %5'ini oluştururlar. Yenidoğan döneminde konstipasyon tersi kanıtlanana kadar organik bir hastalığın belirtisi olarak kabul edilmelidir ve tedavisi geciktirilemez (Wester 2013).

Konstipasyonun organik nedenleri anatomik bozukluklar (anal atrezi, anal stenoz, anterior anüs, pelvik kitle), spinal kord defektleri (spina bifida, meningosel, meningomyocele, parapleji), endokrin ve metabolik hastalıklar (hipotiroidizm, hipoparatiroidizm, hipokalemi, diabetes insipidus, diabetes mellitus), anormal karın kas yapısı (prune belly, gastroşizis), düz kas hatalıkları (skleroderma, dermatomyozit, kistik fibrozis, ağır metal maruziyeti, botulizm, inek sütü protein allerjisi, mekonyum tıkaç sendromu), intestinal kas ve sinir hastalıkları (Hirschprung hastalığı, intestinal nöronal displazi, visseral nöropati, visseral myopati) ve bazı ilaçlardır (Rajindrajith ve Deverana 2011).

2.6.2. Fonksiyonel Konstipasyon Nedenleri

Fonksiyonel konstipasyon idiopatik konstipasyon ve dışkı tutma davranışı olarak adlandırılmaktadır. Bu vakalarda bağırsaklar ve kolonik transit zamanı

olağandır (İnfante ve ark. 2017). Yenidoğanlarda ilk aydan sonra dışkı tutma başlamaktadır. Defekasyondan rahatsız olan ve iradi olarak kakasını tutan çocuklarda görülmektedir (Del Ciempo ve ark. 2004). Çocukların dışkı tutma davranışı genellikle ağırlı defekasyon, bağırsakta dışkı tutumu ve gaitanın sertleşmesine neden olur (Xinias ve Mavraudi 2015). Hacimce ve yoğunlukça dışkı, anal bölgeden geçerken çocuğun canını yakar ve çocuk defekasyondan korkar ve defakasyonu geciktirir (Mason ve ark. 2004). Oluşan kısır döngü konstipasyonun ilerleyerek sürmesine neden olur. Uzun süre devam eden konstipasyonda pelvik kasların dissinerjisi, dışkılama sırasında anal sfinkter kompleksinin anormal veya paradoksal kasılması ile problem kronik hal alır (Van Ginkel ve ark. 2001).

Fonksiyonel konstipasyonda görülen ağırlı dışkılamada ailesel, kültürel ve sosyal faktörlerin etkisi önemli yer tutmaktadır. Çoğunlukla ağırlı defekasyonun nedeni tuvalet korkusu, yaşam şekli, diyet uyumsuzluğu, sıvı alımının azalması, stres, hastalık, dışkılamak için şartların uygun olmaması, tuvalet eğitiminin yetersizliği, çocuğun tuvalet ihtiyacının sürekli ertelenmesidir. Konstipasyonu olan olguların %95 gibi büyük bir kısmında (fonksiyonel konstipasyon) altta yatan bir sebep olmadan konstipasyon şikâyeti bulunmaktadır (Benninga ve ark. 2004a; Muştı 2016). Aydoğdu ve arkadaşlarının kronik konstipasyonu olan 485 çocuk ile yapmış olduğu çalışmada %92'sinin fonksiyonel konstipasyonu olduğunu saptamışlardır (Aydoğdu 2009). Yine Şahin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise konstipasyonu olan çocukların %92'sinde fonksiyonel konstipasyon saptanmıştır (Şahin 2014).

Fonksiyonel konstipasyon tanısı alan çocukların % 40'ı ilk yılda belirti vermeye başlamıştır. En yüksek sıklık tuvalet eğitiminin verildiği dönem olan 2-4 yaşlar arasında ve erkek çocuklarda görülür (Bacer 1999; Muştı 2016). Literatürde yetersiz anne sütü alan, ek gıdaya erken başlayan çocukların konstipasyona daha yatkın olduğu belirtilmektedir (Clayden 2003). Fonksiyonel konstipasyonu olan çocuklarda yapılan araştırmalarda, ebeveynlerin davranışının da önemli olduğu görülmüştür. Yaşları 2-7 yaş aralığında olan çocuklarda yapılan bir çalışmada, anne babaları daha disiplinli olan çocuklarda konstipasyon oranının daha sık olduğu bildirilmiştir (Burket 2006). Şu ana kadar fonksiyonel konstipasyon ile ilişkili bir gen bulunamamıştır. Ancak, konstipe çocukların %40'dan fazlasında ailede konstipasyon

öyküsü bulunması, tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre altı kat daha fazla konstipasyon görülmesi genetik bir yatkınlığın varlığını düşündürmektedir (Altaf ve Sood 2008).

Fonksiyonel konstipasyona kognitif bozukluk, dikkat eksikliği, zorunlu tuvalet eğitimi, ıkınma, aile içi zorlama, depresyon, yapısal, kolonik tembellik, genetik yatkınlık, düşük lif içeriği, dehidratasyon, az beslenme ya da malnutrisyon neden olabilmektedir (Rajindraajith ve Deverana 2011).

2.7. Tanı Yöntemleri

Kronik konstipasyonu olan hastalarda ilk olarak detaylı bir öykü alınmalı ve fizik muayenesi yapılmalıdır (Muştı 2016). Yeterli olmadığı durumlarda radyolojik çalışmalar, laboratuvar testleri ve endoskopik değerlendirmelere yer verilmelidir (Rao ve ark. 2005).

2.7.1. Hasta Öyküsü

Detaylı bir öykünün alınması konstipasyonda esastır ancak tanı konulabilmesi için özel bir öykü tanımlanmamıştır (Memaşa ve ark. 2004). Mekonyum çıkışının zamanı anamnezde en önemli kısımdır. Eğer mekonyum çıkışı 48 saatten sonra olduysa Hirschsprung hastalığı yönünden araştırılmalıdır. Hirschsprung hastalığı olmasalar bile 24 saatten sonra mekonyum yapan çocukların %40'ında konstipasyon görülmektedir. Öykü alınırken aile öyküsünün sorgulanması atlanmamalıdır. Aile öyküsünün pozitif olduğu vakalarda konstipasyon ileri dönemde başlamaktadır (Soylu 2013; Wester 2013).

Öykü alınırken konstipasyonun hangi yaşta başladığı ve beslenme durumu gözden kaçırılmamalıdır (Muştı 2016). Beslenme durumunu değerlendirirken alınan lif, sıvı ve süt miktarı sorgulanmalıdır. Fazla süt alımı (500cc/gün'den fazla) kalsiyum sabunlarına sebep olarak defekasyonu zorlaştırarak konstipasyona sebep olmaktadır (Aydoğdu ve ark. 1999).

Hastanın şikayetinin süresi, akut başlangıcın olup olmadığı, sıklığı, dışkıının kıvamı, kanlı dışkılama öyküsü olup olmadığı, ağrılı defekasyon ve karın ağrısının varlığı, kullanılan ilaçlar, iç çamaşırının kirlenmesi, rektal kanama, bulantı, kusma, karın şişkinliği, anal bölgede ağrı (özellikle dışkılama sırasında), iştahsızlık, yetersiz

kilo alımı, davranış değişiklikleri ve dışkı tutucu davranış gösterip göstermediği sorgulanmalıdır (Shin ve ark. 2002; Procter ve Loader 2003; Rajindrajith ve Deverana 2011; Muştu 2016; Iyer ve Nallasamy 2017).

Konstipasyona yönelik daha önce verilen tedaviler, ailede ölüm öyküsü, yenidoğan kardeş, okul sorunları ve cinsel istismar olup olmadığı gözden geçirilmelidir. Konstipasyonu olan bir çocukta okul başarısında düşme, letarji ve kilo alma yakınmaları olması hipotiroidi olasılığını da akla getirmelidir (Rajindrajith ve Deverana 2011). Dışkı tutma öyküsü ise tek başına organik nedeni dışlamaktadır. Hastaların %30-50'sinde şikayetler iki yaşımdan önce başlamakta ve aileleri hastanelere yönlendiren tuvalet eğitiminin gecikmesi ve enkoprezistir (Shin ve ark. 2002).

Gaitanın niceliği ve yoğunluğu konstipasyona sebep olan etkene göre değişmektedir. Yavaşlamış kolonik transit zamanı olanlarda dışkı daha fazla ve daha yumuşakken, fonksiyonel rektal retansiyonu olanlarda dışkı miktarı daha az ve daha serttir (Yoo ve ark. 2016). Olağan enkoprezis varlığında tuvalet eğitimi ve çocuk istismarı sorgulanmalıdır (Shin ve ark. 2002).

2.7.2. Fizik Muayene

İyi bir öykü alınması konstipasyonun tanısında oldukça önemli olmakla beraber tek başına yeterli değildir. Hastada öykü alındıktan sonra tam bir fizik muayenenin yapılması tanının konulmasında yardımcı olacaktır (Kocaay ve ark. 2011). Öncelikle çocuğun boyu ve kilosu ölçülerek büyüme ve gelişim geriliği, karında fekal kitle, gerginlik, gaz, barsak hareketlerinin değerlendirilmesi, alt ekstremitelerin güç kaybı perianal bölgenin muayenesinde inflamasyon, fissürler, anüsün ektopik yerleşimi olup olmadığının gözden geçirilmesi gerekir. Anal muayeneden sonra rektal tuş yapılmalı; rektal tuşede ağrı ve fekal kitle olup olmadığı, sfinkter tonusunun normale göre farklılığı, rektumun genişliği ve anal kıvrımların varlığı değerlendirilmelidir (Castigla 2001; Poddar 2016). Rektal tuşede anal fissürün eşlik ettiği konstipasyon olgularında anal sfinkter tonusunun arttığı, enkoprezisin eşlik ettiği komplike olgularda tonusun azaldığı saptanabilir (Gold ve arkadaşları 1999; Loening 2005; Tabbers ve ark. 2011). Ancak unutulmamalıdır ilk kez muayeneye gelen çocukta rektal muayene endişe verip çocuğun korkmasına

sebepe olabilir (Caplan ve ark. 2005). Bu nedenle rektal tuşe tedavide ilerleme katedilmezse ileriki muayeneye bırakılmalı öncesinde çocuğun güveni kazanılmalı ve nazik hareketlerle muayene yapılmalıdır (Aydoğan 2010).

Perine bölgesinin muayenesinde öncelikle anüsün yerleşimine bakılır. Anüsün pozisyonu önemli olup erkeklerde oran >0.46 , kızlarda >0.34 olmalıdır. Oranların düşük olduğu vakalarda anüsün önde yerleşimi olduğundan bahsedilir. (Arce ve ark. 2002). Muayenede rektal mukoza, anüs refleksi ve perine hareketleri gözlemlenir (Rubin ve Dale 2006).

Fizik muayenede öncelikle organik nedenler ekarte edilmeli daha sonra fonksiyonel konstipasyon açısından değerlendirilmelidir. Hastalarda tam bir nörolojik muayene yapılarak motor kuvvet ve derin tendon refleksleri kontrol edilmelidir. Organik ve fonksiyonel konstipasyon ayırdımı detaylı bir anamnez ve fizik muayene ile yapılmalıdır (Wester 2013).

Konstipasyon şikayeti olan çocukta mekonyum çıkışında gecikme öyküsü, yakınmaların bir yaş altında başlaması, dışkı tutma davranışının olması, batında distansiyon, kilo kaybı, kilo alamama, büyüme geriliği, kıl kümesiyle kaplı pilonoidal düğüm, sakral agenezi, alt ekstremite tonus veya gücünün azalması, anterior yerleşimli anüs, rektal tuşede rektumun boş olması, rektal tuşede parmağın geri çekilmesiyle gaz ya da dışkı fışkırması, dışkıda gizli kan pozitifliği ve ateşin olması organik bir nedeni düşündürmelidir. Mekonyum çıkışının ilk 24-48 saat içinde olması, sert ve geniş çaplı dışkı, dışkı taşması, dışkılarken ağrı, dışkı tutulması, perianal fissür, dışkı üzerinde kan, karında dışkının palpasyonu ve rektumun dışkı ile dolu olması ise fonksiyonel konstipasyonu işaret etmektedir (Wester 2013; Tabbers ve ark. 2014).

2.7.3. Laboratuvar Testleri

Fonksiyonel konstipasyonun tanısı için laboratuvar testleri gerekli olmamakla birlikte yapılacak tetkiklerde durumun ciddiyeti ve bazı alt tipleri ayırarak ayırıcı tanı koymayı kolaylaştırır (Özen 2004). Organik bir neden öykü ve fizik muayene ile düşünülürse, düşünülen hastalığın tanısına yönelik elektrolit, hormon değerleri, direk karın grafisi, kolon grafisi, endosonografi, sinedefekografi, anorektal manometri, anorektal işlemler ve rektal biyopsi gibi testler yapılmalıdır (Muştı 2016).

Baryumlu kolon grafileri ile çocuk ve gençlerde klasik Hirschsprung hastalığındaki aganglionik distal barsağı, idiyopatik megarektumu göstermek mümkündür. Abdomenin direk filmleri kolondaki anlamlı dışkı retansiyonunu saptayabilir ancak çocukluk çağında konstipasyon tanısı için genellikle kullanımı gerekmemektedir (Taminiau ve Beninga 2004; Poddar 2016). Direk grafiler dışkı retansiyonu olan hastalarda barsak temizliğini takip etmede de kullanılır (Poddar 2016).

Kolonik transit zamanı fonksiyonel konstipasyonun sadece transit zamanını göstermek ya da biriken dışkı miktarını gözlemek için yapılır. Bu tek veya çoklu kapsüllerle yapılabilir. 24 radyopak kapsül bir gün içinde içildikten sonra altıncı günde grafiler alınır. Beşten az kapsül kalmışsa geçiş zamanı normal, altı veya daha fazla kalmışsa yavaştır denilir (Nam ve ark. 2001; İnfante ve ark. 2017). Hazırlıksız bir kolonda kolonik transit zamanı normalden yavaş çıkabilir bu yüzden klinisyenler testi çalıştırmadan önce kolonu boşaltmayı düşünmelidirler (Quitadamo ve ark. 2015). Anorektal manometri nispeten non-invasiv bir test olup şiddetli konstipasyonda faydalı bilgiler verir. Kalın barsak manometrisi tedaviye dirençli ve ağır konstipasyona neden olan nadir nöromuskuler hastalıklarla fonksiyonel konstipasyonu ayırt etmede kullanılır. Manometri ile nöropatinin ya da miyopatinin konstipasyon nedeni olup olmadığı belirlenir (Hussain ve Di Lorenzo 2002; Yoo ve ark. 2016). Kolon manometri refrakter semptomları olan çocuklarda cerrahi müdahale planlaması için yararlı olabilir (Afzal ve ark. 2011).

Hirschsprung hastalığı tanısı histopatolojik olarak agangliozis tanısı ile konur. Bu amaçla inatçı konstipasyonu olan ya da anorektal manometre ile rektoanal inhibitör refleksin olmadığı hastalarda rektal biyopsi yapılır (Cinel ve ark. 2015).

2.8. Tedavi

Kronik konstipasyonun çeşitli etiyojisi olduğu için tedavisi de zor olabilmektedir (Dennison ve ark. 2005; Tack ve ark. 2011). Kabızlığın tedavisi hastaneye yatışı gerektiren ciddi inatçı konstipasyondan, diyet değişikliği ile çözülebilen hafif konstipasyon arasında değişmekte olan geniş bir yelpazeye sahiptir (Athanasakos ve ark. 2013). Konstipasyonun en şiddetli görüldüğü çocuklarda diyet değişikliği başarısız olmuş, birinci basamak uzmanlarının ve gastreterologların

desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Hastaların çoğu birinci basamak tedavide medikal yaklaşımla iyileştirilmeye çalışılmalıdır (Demirbaş 2010). Konstipasyon tedavisinin hemşire liderliğindeki multidisipliner bir ekip ve ebeveyn/bakıcı ile işbirliği içinde yürütülmesi gerekmektedir (Houghton ve ark. 2015).

Organik konstipasyonda allta yatan hastalık tedavi edildiğinde konstipasyon da ortadan kalkmaktadır (İnce ve Remzi 2011). Fonksiyonel konstipasyonun tedavisi ise 4 basamaktan oluşmaktadır.

- Eğitim
- Biriken dışkıyı boşaltmak
- Tekrar dışkı birikimini engellemek
- Normal dışkılama alışkanlığının kazandırılması (Culbert ve Banez 2007; Tabbers ve 2011; Koppen ve ark. 2015)

2.8.1. Eğitim

Konstipasyonun tedavisi ailenin ve çocuğun eğitimi ile başlamakla birlikte tedavinin başarılı olmasında ailenin eğitimi çok önemli olup, aile konstipasyonun tanımı, patogonezi ve süreçleri hakkında bilgilendirilmelidir (Muştı 2016). Yapılan son çalışmalarda konstipasyonu olan hastalar olması gerekenden çok daha önce farmakolojik tedaviye başlamaktadır (Pijpers ve ark. 2010). Bu durumun olmaması için çocuğu ve ailesini hastalığın oluşumu, tedavisi ve seyri ile ilgili bilgiler sosyokültürel durumuna göre detaylı bir şekilde anlatılmalıdır (Afzal ve ark. 2011). Gaitayı yumuşatmak için ve dışkılamanın ağrısız olmasını sağlayacak çeşitli yollar olduğu durumun korkulacak bir şey olmadığı ayrıca belirtilmelidir (Loening 2002). Anne babalara pozitif ve destekleyici davranış şeklini benimsemeleri önerilmelidir, bunu başaramayacakları hissedilirse, eğitim desteği arttırılmalıdır. Şayet enkoprezis mevcut ise aileye ve çocuğa bunun istemli olmadığını anlatmak sosyal problemleri önlemeye yardımcı olacaktır. (Beaudry-Bellefeuille ve Lane 2017).

2.8.2. Biriken Dışkının Boşaltılması

Biriken dışkı fiziksel muayene esnasında palpe edilebilir. Fekal kitle ile dolan rektum dilate olmuştur. Fazla miktarda biriken gaita düz batın grafisinde görülebilir (Memeşa ve ark. 2004). Boşaltımın sağlanmasında kullanılan birçok ilaç vardır. İlaç

ağız yoluyla, rektal yolla veya her ikisi ile birlikte uygulanabilir. Konstipasyonun ağır görüldüğü çocuklarda düşük doz laksatifler, dışkı yumuşatıcılar ve küçük hacimli lavmanlar etkisiz olmaktadır (Russell ve ark. 2015; Liang Lu ve ark. 2015). Dışkı kitlesinin bazen elle çıkarılması gerekebilir (Ferguson ve ark. 1999). Tercihimizi belirlemede rahatsızlığın kronikliği ve hastada tıkaçın varlığı önemli yer tutmaktadır (Korkmaz ve ark. 2011). Tedavi planlanırken hangi yöntemin seçileceği ailenin ve çocuğun seçimine bırakıldığında tedaviye uyum aratabilmektedir. Ailenin kabul ettiği tedavi en iyi tedavi biçimidir.

Son yıllarda oral polietilen glikol (PEG) + elektrolit solüsyonları başarıyla kullanılmaktadır. Tam boşaltma için çok yüksek dozda (14-40 mL/kg/saat) vermek gerekebilir ve bu da çocuklarda karında distansiyona neden olması ve tatsız olması nedeniyle soruna yol açabilir. Gerekğinde nazogastrik sonda ile infüzyon şeklinde verilebilir (Shahamat ve ark. 2016; Vandenplas ve ark. 2016; Chassange ve ark. 2017).

Bağırsağın boşaltılmasında sıvı parafin (mineral yağ, vazelin) oral PEG'den daha az etkili olmakla birlikte alınması daha kolaydır (Sharif ve ark. 2001; Chassange ve ark. 2017). Aspirasyon riskinden dolayı bir yaşın altındakilerde ve yutma sorunu olan çocuklarda sıvı parafin kullanılması önerilmez. Sıvı parafinin bağırsaklarda granüloma yapabileceği bildirildiğinden üç yaşın altında kullanılmaması önerilmektedir. Bununla birlikte, rektal kullanımda rektumda olabilecek granülomalar dışında granüloma yapıcı etkisi bildirilmemiştir (Özen 2004; Vandenplas ve ark. 2016).

Rektosigmoid bölgede fazlaca sert gaitası olan bir çocuğa oral laksatif verilmesi proksimalde birikime yol açarak karın ağrısı, şişkinlik, kramp ve kusmaya neden olarak sorunları arttıracaktır (Elawad ve Sullivan 2001; Vandenplas ve ark. 2016).

Ağızdan tedavi başarısız olursa rektal yolla lavman yapılarak dışkı boşaltılmalıdır. Rektal uygulama hızlı etkilidir, ancak invazivdir (Rajindraji ve Deverena 2011). Rektal yol için fosfat soda, salin ya da mineral yağ lavmanları etkin bir şekilde kullanılabilir. Fosfat içeren lavmanlar kullanıldığında aşırı fosfat emilimi açısından dikkatli olunmalıdır. Magnezyum lavmanları potansiyel toksisiteleri

nedeniyle önerilmemektedir (Greenwald 2010). Süt çocuklarında gliserin, daha büyük çocuklarda bisakodil suppozituarları boşaltıcı tedavi olarak rektal yoldan kullanılabilir (Aydoğan 2010).

2.8.3. Yeniden Dışkı Birikimin Önlenmesi

Birikmiş dışkı boşaltıldıktan sonra yeniden dışkı birikimini önlemek için devam tedavisine başlanması gerekir. Bu dönemde tedavinin uzun süreceği ve tedavinin aksatılmaması gerektiği aileye belirtilmelidir (Afzal ve ark. 2011; Rajindrajith ve Deverana 2011).

Lif miktarının artırıldığı beslenme şeklinde transit süresi kısalarak konstipasyondan korunmada destek olmaktadır (Dönmez ve ark. 2010). Diyet tedavisi bütün tahıllar, meyveler ve sebzeleri içermektedir. Çocuklarda konstipasyon tedavisinin bir parçası olarak önerilmektedir. İçinde tabii olarak bulunan sebzeler, meyve püreleri bir yaşından küçük çocukların diyetine eklenebilir. Daha büyük çocuklarda ise kepekli ekmekek, tahıl, meyveler ve sebzeler gibi liften zengin gıdaların günlük verilmesi gerektiği ailelere anlatılmalıdır (Loening-Baucke 2004; Voskuil ve ark. 2004; Stewart ve Schroeder 2013). Diyetle lif miktarını ve kepekli tahılları arttırmak konstipe olan çocuğu rahatlatacaktır (Stewart ve Schroeder 2013). Diyetteki lif miktarı yavaş yavaş artırılmalı ve aileye uygulama sırasında kayıt altına alması gerektiği anlatılmalıdır. 2 yaşın üzerinde önerilen günlük lif miktarı çocuğun yaşı +5 gram/gün olarak hesaplanabilir (Anonymous 2002). Gaitanın yumuşaması için sıvı alımı ve karbonhidratların artırılması gerekmektedir. Kuru erik, armut ve elmanın sularında bulunan sorbitol gaita su miktarını ve gaita sayısını arttırmaktadır. Diyet tedavisi önemlidir ancak davranış tedavisi ve medikal tedaviyle birlikte yürütülmelidir (Roma ve ark. 1999; Jarzebicka ve ark. 2016).

Çocuğun diyet tedavisine başladıktan sonra davranış tedavisine de başlanması gerekmektedir. Bu tedaviyle çocuk düzenli tuvalet kullanımını ile birlikte defakasyon sırasında pelvis taban hareketlerini ve anal kasları gevşetmeyi öğrenir (Loening Baucke 2002). Davranış değişikliklerinin başında düzenli tuvalet eğitimi gelir. Çocuğun her yemekten 10-15 dakika sonra ve gece yatmadan 5-10 dakika önce olmak üzere günde 3-4 kez tuvalete gitmesi sağlanır (Koppen ve ark. 2015). Tuvalete oturması önceleri kısa süreli (30 saniye olmalı) daha sonra zamanla yavaş yavaş

arttırılmalıdır. Tuvalete gittiğinde 5-10 dakikadan fazla zaman harcaması engellenmelidir (Olaru ve ark. 2013). Her dışkılama düzenli olarak kayıt edilmelidir (Koppen ve ark. 2015). Gerekirse her başarılı dışkılamanın ardından ödüllendirme yapılarak çocuk cesaretlendirilmelidir (Muştı 2016). Ayrıca çocuk defekasyon ihtiyacı hissettiğinde oyun ya da başka sebeplerle tuvalete gitmeyi ertelememesi gerektiği çocuğa ve ailesine verilen eğitimlerde vurgulanmalıdır (Özdemir ve ark. 2005; Koppen ve ark. 2015). Kronik konstipasyon ailelerin ve çocukların yaşamlarında olumsuz etkilere sebep olabilir bu da tedavi sırasında motivasyonu azaltabilir ya da davranış problemleri oluşturabilir. Bu durumlarda çocuk psikiyatristinden yardım istenebilir (Rogers 2012).

Devam tedavisi için en yaygın kullanılan ilaçlar laktukoz ve polietilen glikoldür (Elewad ve Sullivan 2001). Laktukoz emilmeden bağırsaklara ulaşır ve bağırsaklarda dışkının yumuşamasını sağlar. Laktukoz başlangıçta 1-2 cc/kg/doz, günde 1-2 kez verilir. Daha sonra günde 1-2 kez dışkılamayı sağlayacak şekilde dozu ayarlanır (Dupont ve ark. 2005). Polietilen glikol (0.26-0.84 g/kg/g) belirgin yan etki olmadan laktuloza benzer tedavi edici etkisi olan bir laksatifdir. Doz ayarlaması laktuloz gibi günde 1-2 kez dışkılama olacak şekilde ayarlanmalıdır (Candy ve ark. 2006; Chassange ve ark. 2017). Ala ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada PEG ve laktukozun birlikte vermesi tedavinin yanıt vermesini hızlandırmış ve maliyeti de daha düşük çıkmıştır (Ala ve ark. 2015).

Bisakodil, senna, sodyum pikosülfatın bulunduğu stimülan laksatiflerle ilgili çocuklarda yapılmış randomize kontrollü çalışmaların sayısı oldukça azdır. Bu nedenler yan etkileri ve etkinliği tam olarak değerlendirilememektedir (Ulusoy 2013).

Önal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada konstipe çocuklara elektrolitli PEG 3350 verilmiş ve hepsinde tam klinik yanıt almışlardır. Tedavi tamamlandıktan sonra izlemleri süresince konstipasyon yakınması tekrarlanmamıştır (Önal ve ark. 2008). Yapılan başka bir çalışmada da konstipasyon tedavisinde elektrolitli PEG 3350 kullanılmış ve tedavide başarıya ulaşılmıştır (Cinca ve ark. 2013).

Bir yaşından büyük çocuklarda laktuloz ve sorbitol dışkı yumuşatıcı olarak kullanılabilir. Mineral yağ ve uyarıcı laksatifler önerilmez. Bu yaş grubunda

gastroözefajial reflü ve yutma problemleri olabildiği için aspirasyon riski vardır. Gliserin suppozituar kullanışıdır (Sarıkaş 2009).

Aileler sıklıkla çocuklarının laksatiflere alışıp ilerdede laksatifler olmadan dışkılama yapamayacağını düşünürler ve korkarlar ancak yapılan çalışmalar laksatiflerin idame tedavide etkili ve güvenli olduğunu göstermiştir (Youssef ve Di Lorenzo 2001).

Kılınçaslan ve arkadaşlarının çocukların diyeti ve tuvalet eğitimi gözden geçirilerek laksatif tedavinin uygulandığı protokol ile standart konstipasyon tedavisi yaptığı çalışmada çocukların yaşam kalitelerinin yükseldiği ve annelerdeki psikolojik zorlanmanın azaldığı görülmüştür (Kılınçaslan ve ark. 2014).

Fonksiyonel konstipasyonda ailenin ve çocuğun uygun davranışlar açısından eğitilmesi yanı sıra; lifli diyetle beslenme, tuvalet eğitimi ve ilaç tedavisinin birlikte yürütülmesinin gerekliliği üzerinde durulmalıdır. Gereksiz tetkiklerden kaçınılmalı, özellikle tedaviye yanıtız olarak değerlendirilen fonksiyonel konstipasyon ve enkopreziste hastanın izleminde pediatrik gastroenteroloji uzmanına danışılmalıdır (Akman ve ark. 2015).

Konstipasyon tedavi süresince çocuklarda davranış değişiklikleri, okul başarısında düşme, belirlenen randevulara uymama gibi olumsuzluklar olabilir. Olumsuzlukların giderilmesinde ailelere büyük iş düşmektedir. Tedavi süresince ailelerle işbirliği yapılmalı ve aileler desteklenmelidir (Belsey ve ark. 2010).

2.8.4. Normal Bağırsak Alışkanlığının Kazandırılması

Normal dışkılama alışkanlığının tam olarak çocuğa yerleşebilmesi için ilaç tedavisi ve diyetteki değişikliklere ek olarak beslenme alışkanlığı ve tuvalet eğitiminin de oluşturulması gerekir üç yaşın altındaki çocuklar tuvalete oturmaları konusunda zorlanmamalıdır nitekim bu durum çocuklarda konstipasyona yol açabilmektedir. Daha büyük çocuklarda yemeklerden sonra ortaya çıkan gastrokolik refleksden faydalanmak için 5-10 dakika tuvalete oturtulması sağlanır (Mutuş 2016; Koppen ve ark. 2016).

Tedavinin bitirilme fazı aylarca ağrısız ve yumuşak dışkılama sağlandıktan sonra başlar. En sık yapılan yanlış ilacın erken ve azaltılmadan kesilmesidir. Laksatif

dozu hızla azaltılmamalı, 4-6 ay içinde ilaç dozu %25 azaltılmalı ve tedavide kullanılan ilaçlar biranda değil yavaş yavaş azaltılarak kesilmelidir (Voskuijl 2004).

Başarılı bir konstipasyon tedavisi ekip çalışmasını gerektirir. Tedaviye uyum iyi olmasına rağmen, dışkı tutma hikayesi olmadan konstipasyon devam ediyorsa organik hastalık araştırılmalıdır (Tappin ve ark. 2013).

2.9. Konstipasyon ve Hemşirelik

Konstipasyonun tanımlanmasından tedavisine kadar geçen süreçte ve sonrasında tekrar oluşmaması için koruyucu bakım da hemşireler ekibin lideri konumundadır. 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 amaçlar doğrultusunda hemşirelik girişimleri planlanmalıdır.

2.9.1. Hasta Öyküsünün Alınması

Konstipasyonu tanımlamak için aileden ve çocuktan anamnez alınmalıdır. Hastalığa dair bilgiler alınırken bireyin güçlü ve zayıf yönlerini, genetik ve çevresel faktörler gibi sağlık ile risklerini ve olası var olan sağlık sorunlarını tanımlanmalıdır (Kaya ve ark. 2012a). Konstipasyon sorunu için aşağıdaki maddelerin sorgulandığından emin olunmalıdır.

- Boşaltım alışkanlıklarının belirlenmesi; günün hangi saatlerinde ve kaç defa defekasyon sağlandığı
- Diyet öyküsü (meyve, sebze tüketimi, lifli ve posalı besinler tüketme, düzenli beslenip beslenmediği vb. gibi),
- Anne sütü ve inek sütü alma durumu
- İştah durumu (beslenme alışkanlıklarında ve kiloda değişim),
- Günlük sıvı alımı (miktarı ve türü),
- Dışkılama öncesi zorlanma ve parmakla rektuma basınç yapma durumu,
- Dışkının yumuşak, sert veya sulu olma durumu, rengi ve kan varlığı,

- Normal boşaltımın başlamasını sağlayan uygulamalar
- Dışkılamaya yardımcı yöntemler kullanma durumu (laksatif vb. gibi),
- Geçirilmiş gastrointestinal sistem hastalığı, cerrahi girişimler ve anorektal patolojiler,
- Anatomik malformasyonlar, metabolik ve gastrointestinal hastalıklar (hirschsprung hastalığı, hipotiroidi, hiperkalsemi, hipokalemi, kistik fibroz, diabete mellitus), nöropatik durumlar (spinal kord anomalileri ve travma, nörofibromatozis), intestinal sinir ve kas hastalıkları (intestinal nöronal displazi, viseral miyoati), down sendromu ve konnektif doku hastalıkları,
- Ağrı ve rahatsızlık (abdominal ya da anal ağrı öyküsü, türü, şiddeti ve lokalizasyonu) (Özkan 2007; Korkmaz ve ark. 2011).
- Yenidoğan kardeş varlığı
- Okul başarısında düşme
- Tuvalet eğitimi
- Fiziksel istismar
- Konuşma ve motor becerilerde gecikme
- Dışkı ve idrar kaçırma (Rajindrajith Deverana 2011)

2.9.2. 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 ve ark. 2012a,).

2.9.3. Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları

- Dışkı kıvamının yumuşak olması
- Dışkılama sayısının normal olması
- Dışkılama sırasında ağrı olmaması
- Normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapımının devam etmesi (Erdemir 2012)
-

2.9.4. Hemşirelik Girişimleri

- Konstipasyona neden olan risk faktörleri değerlendirilir.
- Bireyin normal bağırsak boşaltımı alışkanlığı değerlendirilir.
- Bağırsak sesleri dinlenir.
- Lifli/ posalı gıdaların alınmasının önemi anlatılır.
- Dengeli bir diyetin önemi anlatılmalıdır.
- İçinde tabii olarak bulunan sebzeler, meyve püreleri bir yaşından küçük çocukların diyetine eklenebilir. Daha büyük çocuklarda ise kepekli ekmek, tahıl, meyveler ve sebzeler gibi liften zengin gıdaların günlük verilmesi gerektiği,
- Diyetteki lif miktarı yavaş yavaş arttırılmalı ve aileye uygulama sırasında kayıt altına alması gerektiği,
- Gaitanın yumuşaması için sıvı alımı ve karbonhidratların arttırılması gerektiği ailelere anlatılmalıdır.
- Düzenli egzersiz gereksinimini vurgulanmalıdır.
- Günde 3-4 kez, yatakta uzanarak ya da sandalyeye oturarak her iki dizi sırasıyla göğse doğru çekip bırakma (her dizi 5-10 defa) egzersizini,
- Günde 6-10 kez yatakta uzanarak ya da sandalyede oturarak vücudu bir taraftan diğer tarafa döndürme egzersizini ailelere uygulamalı olarak anlatılmalıdır.
- Defekasyon için düzenli (her gün aynı saatte) zaman belirlenir.
- Kilo ve boyuna göre sıvı alımı arttırılır.
- Defekasyon sırasında doğru pozisyonu alması (yarı çömelir) konusunda bilgi verilir.
- Normal boşaltım süreci hakkında birey ve ailesine bilgi verilir.
- Defekasyon sırasında ağrıyı azaltmak için anüse nazikçe bir lubrikant(yağlandırıcı) uygulanabileceği anlatılmalıdır.
- Deriyi kontaminasyondan korumak için defakasyondan sonra bölge uygun ajanlarla temizlenmelidir (Erdemir 2012).
- Düzenli tuvalet eğitimi verilmelidir.
- Çocuğun her yemekten 10-15 dakika sonra ve gece yatmadan 5-10 dakika önce olmak üzere günde 3-4 kez tuvalete gitmesi sağlanır.

- Tuvalete oturması önceleri kısa süreli (30 saniye olmalı) daha sonra zamanla yavaş yavaş arttırılmalıdır. Tuvalete gittiğinde 5-10 dakikadan fazla zaman harcaması engellenmelidir. Her dışkılama düzenli olarak kayıt edilmelidir.
- Gerekirse her başarılı dışkılamanın ardından ödüllendirme yapılarak çocuk cesaretlendirilmelidir.
- Ayrıca çocuk defekasyon ihtiyacı hissettiğinde oyun ya da başka sebeplerle tuvalete gitmeyi ertelememesi gerektiği çocuğa ve ailesine verilen eğitimlerde vurgulanmalıdır (Liem ve ark. 2007; Koppen ve ark. 2015).
- Hastayı rahatlatmak için abdominal masaj uygulaması yapılmalıdır (Turan ve Aştı 2016).
- Abdominal masaj, karın içi basıncı değiştirerek ve rektuma baskı uygulayarak, bağırsaklar üzerinde mekanik ve refleks etki oluşturmaktadır. Bu etki peristaltizmi uyarmakta, peristaltizmin artması ise, besinlerin gastrointestinal sistemden geçiş süresini kısaltarak bağırsak hareketlerini hızlandırmaktadır (Turan ve Aştı 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya ili Karapınar ilçe merkezinde bulunan üç Aile Sağlığı Merkezinde yapılmıştır. Aile Sağlığı Merkezleri hafta içi beş gün çalışmaktadırlar. Bir Nolu Aile Sağlığı Merkezi üç doktor, üç ebe ile toplamda 18478 bireye hizmet vermektedir ve aile sağlığı merkezine 348 0-12 aylık bebek kayıtlıdır. İki Nolu Aile Sağlığı Merkezi üç doktor, üç ebe ile toplamda 12634 bireye hizmet vermektedir ve 180 adet 0-12 aylık bebek kayıtlıdır. Üç Nolu Aile Sağlığı Merkezi üç doktor ve üç ebe ile toplamda 9607 bireye hizmet vermektedir ve 157 0-12 aylık bebek kayıtlıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Konya ilinin Karapınar ilçe merkezinde bulunan 0-12 ay arasındaki bebekler oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde “bir toplumdaki oranın belirli bir doğrulukla tahmininde” önerilen bir tablodan yararlanılmıştır (Lemeshow ve ark. 2000). İncelenen olayın (konstipasyon görülme oranı) toplumdaki yaygınlığına ilişkin bir bulgu olarak bir çalışmanın (Miranda ve ark. 2015) bildirdiği orandan (% 4.7) yararlanılmıştır. Bildirilen oran tabloda % 5 olarak değerlendirilmiş ve % 95 güven düzeyinde ve % 3 rölatif kesinlik dikkate alınmış ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğünün 203 olduğu bulunmuştur (Lemeshow ve ark. 2000).

3.5. Örnek Seçimi

Örnek seçiminde, olasılıklı örnekleme yöntemlerinden basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Nisan 2016-Haziran 2016 tarihleri arasında belirlenen Aile Sağlığı Merkezine başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan 0-12 ay arası bebekler ve aileleri örnekleme dahil edilmiştir. Araştırma evrenini 685 çocuk oluşturmaktadır. Örnekleme alınacak bebek sayısı 203 olup belirlenmesinde rastgele sayılar tablosu kullanılmıştır. Bu yöntemle seçim yapabilmek için evrendeki tüm

bebekler ve aileleri Aile Sağlığı Merkezine göre önce listelenerek numaralandırılmıştır. Sonra Microsoft excel 2010 programıyla “Rastgelede Ara” işlemi yapılarak Bir Nolu ASM’den 103, İki Nolu ASM’den 53 ve Üç Nolu ASM’den 47 bebek ve ailesi seçilmiştir. Araştırmaya katılmak istemeyen ve ulaşılamayan ailelerde ise bir sonraki kişiye geçilmiştir.

3.6. Örnek Seçim Kriterleri

- Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında kuruma başvuran,
- Kronik hastalığı olmayan,
- Konjenital aganglionik megakolon hastalığı olmayan,
- Hastanede bir aydan fazla yatışı olmayan,
- Nörolojik hastalığı olmayan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan 0-12 ay arasındaki bebeklerin aileleri oluşturmuştur.

3.7. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Veri toplamada literatür incelemeleri sonucu oluşturulan Bebek ve Aile Veri Toplama Formu (Kocaay ve ark. 2011; Miranda ve ark. 2015; Van Tilburg 2015; Tabbers ve ark. 2011; Tack 2011; Tappin ve ark. 2013), konstipasyonun tanınması için yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde kullanılan Roma III kriterleri ve bebeklerin dışkı kıvamını değerlendirmek için Bristol dışkı skalası (Lewis 1997) kullanılmıştır.

3.7.1. Bebek ve Aile Veri Toplama Formu

Bebek ve Aile Veri Toplama Formu literatür incelemeleri sonucu sosyodemografik, özgeçmiş ve konstipasyona ilişkin özellikler olmak üzere toplamda üç kısımdan oluşmaktadır (Kocaay ve ark. 2011; Miranda ve ark. 2015; Van Tilburg 2015; Tabbers ve ark. 2011; Tack 2011; Tappin ve ark. 2013). Sosyodemografik sorular yaş, cinsiyet, çocuğun doğum haftasını, doğum ağırlığını, çocuğa bakan bakıcı, aile yapısı, gelir durumu, ve yaşanılan yerin özelliklerini kapsayan 22 sorudan oluşmaktadır. Özgeçmişe ait özellikler de ise doğum şekli, çocuğun ilaç kullanma durumu, daha önce ameliyat olup olmadığı, çocuğun alerjisi, hastaneye yatışı, ilk emzirme zamanı, ek gıda verilip verilmediği, çocuğun günde kaç saat uyduğu ve

ailenin hastalık öyküsünün sorgulandığı 15 sorudan oluşmaktadır. Konstipasyon öyküsü ise ailede konstipasyon öyküsü, mekonyum çıkış zamanı, idrar yolu enfeksiyonu, dışkılama sıklığı, gaita yoğunluğu, dışkılama şekli, konstipasyon şikayetinin varlığı ve süresi, dışkılama esnasında kan varlığı, ağrılı dışkılama, karın ağrısı, dışkılamada huzursuzluk, bulantı-kusma, anal fissür, konstipasyonun giderilmesi için ilaç kullanımı ve yapılan uygulamaların sorulduğu 25 sorudan oluşmaktadır.

Bebeklerin boy ve kilo ölçümü ASM'ye gelen 176 bebekte ASM de bulunan dijital bebek tartısı ve infantometre ile yapılmıştır. Bebeklerin boy ölçümleri yapılırken bebekler yatırıldıktan sonra infantometre yardımıyla topukları ile başın bitimi arası ölçülmüştür. Kilo ölçümünde ise bebeğin hafif giysiler ile kalması sağlandıktan sonra dijital bebek tartısına yatırılarak ölçüm yapılmıştır. Diğer 27 bebekte ise evlerinde ölçüm için gerekli materyaller olmadığından anneye en son ölçümleri (iki haftadan sonra olmamak kaydıyla) sorularak öğrenilmiştir.

3.7.2. Roma III Kriterleri

Çocuklarda fonksiyonel gastrointestinal hastalıkların tanı kriterlerini standardize etmek için bir çalışma grubu 1997 yılında Roma'da toplanmıştır. Çocuklarda fonksiyonel gastrointestinal hastalıklarda tanı için standart kriterler geliştirmişlerdir. Bu konudaki kriterler Roma ismi ile anılmakta, tanı koyma ve çalışmalarda tanıların sınıflandırılmasında tercih edilmektedir. Roma II kriterleri 1999 yılında kullanıma girmiştir. Daha sonra bu kriterler geliştirilerek Roma III (2006) adı altında toplanmıştır (Drossman 2006).

Roma III kriterleri haftada iki veya daha az dışkılama, dışkılama alışkanlığı edindikten sonraki dönemde haftada en az bir kez dışkı kaçırma, aşırı dışkı bekletme, ağrılı ve sert dışkılama, rektumda dışkı kitlesi saptanması, tuvaleti tıkayabilecek kadar büyük dışkı kitlesi maddelerini içeren altı kriterden oluşmaktadır (Hyman ve ark. 2006).

3.7.3. Bristol Dışkı Skalası Formu

Çalışmaya alınan bebeklerin dışkı kıvamlarının değerlendirilmesi için 1997 yılında geliştirilen Bristol Dışkı Skalası Formu ile yapılmıştır. Bu skorlama sisteminde dışkının yapışma ve yüzeyindeki çatlama özelliklerine göre dışkı sertliği

en sertten en yumuŖaĖa doğru; fındık gibi sert dağınık yumrular (Tip1), sosis Ŗeklinde ama yumrulu (Tip2), bir sosis gibi ama yzeyi atlaklı (Tip3), bir sosis ya da yılan gibi, pürüzsüz ve yumuŖak (Tip4), kenarlarının kesimleri belli olan yumuŖak taneler (Tip 5), düzensiz kenarlı akıŖkan parçalı, lapa gibi dıŖkı (Tip 6), sulu, hiç katı parçası olmayan, tamamıyla sıvı (Tip 7) olmak üzere yedi sınıfa ayrılmıŖtır (Lewis 1997; Martinez 2012). Tip 1 ve Tip 2 zor çıkartılan dıŖkılama Ŗekli olup konstipasyon varlığını, Tip 3, Tip 4 ve Tip 5 normal dıŖkılama Ŗeklini, Tip 6 ve Tip 7 ise diyareyi düŖündürmektedir (Lewis 1997; Martinez 2012; Koppen ve ark. 2016).

3.8. Verilerin Toplanması

Örnekleme dahil olan bebekler ve aileleri telefon ile görüŖülerek Aile Sağlığı Merkezine aĖrılmıŖtır. Aile Sağlığı Merkezine gelemeyenlerde ise veriler ev ziyareti yapılarak toplanmıŖtır. Veriler araŖtırmacı tarafından yüz yüze görüŖme tekniği ile toplanmıŖtır. Veri toplama süresi ortalama 10-15 dakika sürmüŖtür.

3.9. Ön Uygulama

Soruların anlaşılabilirliğini ve uygunluğunu tespit etmek amacıyla yüz yüze görüŖme tekniğiyle Konya ili Karapınar ilçe periferinde bulunan Karapınar Kayalı Aile Sağlığı Merkezine baŖvuran 10 bebek ve ailesine ön uygulama yapılmıŖtır. Elde edilen veriler doğrultusunda iki soruda düzeltme yapılmıŖtır. 35. soruda diğer cevabı kaldırılmıŖ ve 48. soruda konstipasyonun giderilmesi için evde yapılan uygulamalara makata pekmez uygulaması eklenmiŖtir. Ön uygulama esnasında veri toplanan bebekler ve aileleri örnekleme dahil edilmemiŖtir.

3.10. AraŖtırmanın DeĖiŖkenleri

3.10.1. Bağımsız DeĖiŖkenler

AraŖtırmanın bağımsız deĖiŖkenlerini cinsiyet, annenin eğitim durumu, aile tipi, kardeŖ sayısı, ailenin gelir durumu gibi sosyodemografik özellikler ile doğum Ŗekli ailedeki konstipasyon görülmeye durumu, beslenme Ŗekli, bebeğin boy ve kilosu oluŖturmaktadır.

3.10.2. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkeni ise bebeklerde konstipasyonun görülme durumudur.

3.11. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri bilgisayar ortamında, tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, göre konstipasyon görülme durumunun karşılaştırılmasında ki-kare analizi (Fisher's exact test= Fisher Kesin testi, dört gözlü Pearson ve çok gözlü Pearson ki-kare analizi) kullanılmıştır. Konstipasyon görülme durumuna etkisi olan değişkenleri bir arada değerlendirmek için lojistik regresyon (enter) analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

Çocukların ağırlık ve boy ölçümleri sonrası, BKİ (Beden Kitle İndeksi) değerleri hesaplanmıştır. Bunun için $BKİ = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{Boy (m)}^2$ formülü kullanılmıştır. BKİ'inin değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü büyüme eğrileri kullanılmıştır. (EK-F).

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma sonuçları Türkiye'ye genellenemez çünkü bu çalışma belirli bir bölgede yapılmıştır. Fakat sonuçlar bölgedeki yaşam stillerini göstermektedir.
- Boy ve kilo bilgileri (27 bebek) ile uyku saatleri annelerin beyanına dayanmaktadır,
- Tartışmada araştırma grubumuzun yaşını kapsayan konu ile ilgili yapılan çalışmaların az sayıda olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

3.13. Araştırmanın Soruları

1. Araştırmanın yapıldığı bölgede 0-12 aylık bebeklerde konstipasyon görülme sıklığı nedir?
2. Bebeklerin sosyodemografik özellikleri ile konstipasyon görülme oranları arasında farklılık var mıdır?
3. Bebeklerin ve ailelerin boşaltım özellikleri ile konstipasyon görülme oranları arasında farklılık var mıdır?

4. Bebeklerin beslenme özellikleri ile konstipasyon görülme oranları arasında farklılık var mıdır?
5. Konstipasyon durumunu etkileyen yordayıcı değişkenler nelerdir?

3.14. Araştırmanın Etik Boyutu

- Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 16.02.2016 tarihli ve 2016/452 sayılı etik kurul izni (Bkz. EK-D) alınmıştır.
- Araştırmanın ilgili kurumlarda yürütülmesi için Konya Halk Sağlığı Müdürlüğünden 22.03.2016 tarihli 799-E.476/00021013330 sayılı yazılı izin (Bkz. EK-E) alınmıştır.
- Araştırmaya katılan ailelere araştırma ile ilgili açıklama yapılarak sözel onam alınmıştır.

4. BULGULAR

0-12 aylık bebeklerde konstipasyon sıklığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada araştırma grubuna ait tanıtıcı bulgular ve araştırma amaçlarına ilişkin bulgular iki ayrı başlık altında toplanmıştır.

4.1.Araştırma grubundaki bebeklerin ve ailelerinin tanıtıcı özellikleri, dışkılama özellikleri ve konstipasyon tanılama sistemine ait bulgular,

4.2.Araştırma grubundaki konstipe bebeklerin konstipasyonu etkileyen etmenlere ait bulgular

4.1. Araştırma Grubundaki Bebeklerin Ve Ailelerinin Tanıtıcı Özellikleri, Dışkılama Özellikleri ve Konstipasyon Tanılama Sistemine Ait Bulgular

Bu bölümde araştırma grubundaki bebeklerin ve ailelerinin tanıtıcı özellikleri, dışkılama özellikleri ve konstipasyon tanılama sistemine ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Ailenin Sosyo Demografik Özellikleri (n=203)

| Özellik | Sayı | % |
|-------------------------------|------|------|
| Annenin Eğitim Durumu | | |
| Eğitimi Yok | 6 | 3.0 |
| İlkokul Mezunu | 78 | 38.4 |
| Ortaokul Mezunu | 59 | 29.1 |
| Lise Mezunu | 39 | 19.2 |
| Üniversite Mezunu | 21 | 10.3 |
| Ailenin Gelir Durumu | | |
| Gelir Giderden Az | 35 | 17.3 |
| Gelir Gidere Denk | 144 | 70.9 |
| Gelir Giderden Fazla | 24 | 11.8 |
| Annenin Çalışma Durumu | | |
| Çalışıyor | 21 | 10.3 |
| Çalışmıyor | 182 | 89.7 |
| Aile Yapısı | | |
| Çekirdek Aile | 171 | 84.2 |
| Geniş Aile | 32 | 15.8 |

Araştırmaya katılan bebeklerin ailelerinin sosyodemografik bilgileri tablo 4.1.1’te verilmiştir. Annelerin %38.4’ünün eğitim durumu ilkököl, %89.7’sinin çalışmadığı, %70.9’unun gelirin gidere denk olduğu ve %84.2’sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.1.2. Bebeklerin Sosyodemografik Özellikleri (n=203)

| Özellikler | Sayı | % |
|-------------------------------|-------------|----------|
| Yaş (Ay) | | |
| 1-3 ay | 91 | 44.8 |
| 4-6 ay | 49 | 24.2 |
| 7-9 ay | 39 | 19.2 |
| 10-12 ay | 24 | 11.8 |
| Cinsiyet | | |
| Kız | 95 | 46.8 |
| Erkek | 108 | 53.2 |
| Doğum Şekli | | |
| Normal Doğum | 104 | 51.2 |
| Sezeryan | 99 | 48.8 |
| Doğum Haftası | | |
| Term | 179 | 88.2 |
| Preterm | 24 | 11.8 |
| Doğum Ağırlığı | | |
| 2500 g ve üzeri | 190 | 93.6 |
| <2500 g | 13 | 6.4 |
| Çocuğunuza Kim Bakıyor | | |
| Anne | 186 | 91.6 |
| Baba | 3 | 1.5 |
| Anneanne/Babaanne | 8 | 3.9 |
| Bakıcı | 6 | 3.0 |
| Allerji Durumu | | |
| Var | 5 | 2.5 |
| Yok | 198 | 97.5 |

Araştırmaya katılan bebeklerin sosyodemografik bilgileri tablo 4.1.2’de verilmiştir. Araştırmaya katılan bebeklerinin %44.8’inin 1-3 ay arasında, %53’ünün erkek, %51.2 sinin normal doğum, %88.2’sinin 38 hafta ve üstünde olduğu ve %93.6’sının doğum ağırlığının 2500 gr ve üzerinde olduğu, %91.6’sına annenin baktığı görülmüştür.

Tablo 4.1.3. Bebeklerin Özgeçmişlerine Ait Özellikler (n=203)

| Özellik | Sayı | % |
|--|------|------|
| Sürekli kullandığı ilaç | | |
| Var | 6 | 3.0 |
| Yok | 197 | 97.0 |
| Hastaneye yatma öyküsü | | |
| Var | 17 | 8.4 |
| Yok | 186 | 91.6 |
| Daha önce ameliyat öyküsü | | |
| Var | 4 | 2.0 |
| Yok | 199 | 98.0 |
| *Annenin gebelikte ilaç kullanma durumu | | |
| İlaç Kullanımı Var | 52 | 25.6 |
| İlaç Kullanımı Yok | 151 | 74.4 |

*Rutininde verilen vitaminler ve demir preparatları hariç

Araştırmaya katılan bebeklerin özgeçmişlerine ait özellikler tablo 4.1.3'te verilmiştir. Bebeklerin %3'ünün sürekli kullandığı ilaç olduğu, %8.4'ünün hastanede yatma öyküsünün olduğu ve %2'sinin daha önce ameliyat olduğu belirlendi. Ayrıca Annelerin %25.6'sının gebelikte ilaç kullandığı tespit edildi.

Tablo 4.1.4. Bebeklerin Yaş, Boy ve Vücut Ağırlığı Ortalamaları (n= 203)

| Özellik | Minimum | Maximum | Ortalama | Standart Sapma(SS) |
|--------------------------|---------|---------|----------|--------------------|
| Bebeğin Yaşı (ay olarak) | 1 | 12 | 4.80 | 3.35 |
| Boy (cm) | 37 | 82 | 62.58 | 8.97 |
| Vücut Ağırlığı (kg) | 2.480 | 12.200 | 6.580 | 2.252 |

Araştırmaya katılan bebeklerin yaş, boy ve vücut ağırlıklarının ortalaması tablo 4.1.4.'da gösterilmiştir. Yaş ortalaması 4.8 ay, boy ortalaması 62.58 cm ve ortalama ağırlığın 6.58 kg olduğu görülmüştür.

Tablo 4.1.5. Bebeklerin BKİ Persantil Gruplarına Göre Dağılımı (n=203)

| BKİ(persantil) | Sayı | % |
|-----------------------|-------------|--------------|
| <% 15 | 52 | 25.6 |
| % 15-85 arası | 114 | 56.2 |
| %86 ve üstü | 37 | 18.2 |
| Toplam | 203 | 100.0 |

Araştırmaya katılan bebeklerin BKİ gruplarına göre dağılımları tablo 4.1.5’de verilmiştir. Bebeklerin %25.6’sının %15’in altında (zayıf), %56.2’sinin %15-85 arasında (normal) ve %18.2’sinin %86 ve üstü (şişman) olduğu belirlendi.

Tablo 4.1.6. Bebeğin Beslenme Özellikleri (n=203)

| Özellikler | Sayı | Yüzde |
|--|-------------|--------------|
| İlk anne sütü verilme durumu | | |
| Verildi | 175 | 86.2 |
| Verilmedi | 28 | 13.8 |
| İlk Emzirmeye Başlanma Zamanı | | |
| Yarım Saat İçinde | 139 | 68.5 |
| Yarım Saatten Sonra | 64 | 31.5 |
| Ek Gıda | | |
| Ek gıda almıyor | 107 | 52.7 |
| Ek gıda alıyor | 96 | 47.3 |
| Ek Gıdaya Başlama Zamanı (N:96) | | |
| 24. haftadan önce | 53 | 55.2 |
| 24 hafta ve sonrası | 43 | 44.8 |
| Ek Besin İçeriği | | |
| Anne sütü (Ek besin almıyor) | 107 | 52.7 |
| Mama | 15 | 7.4 |
| Karışık ek besin | 81 | 39.9 |
| İnek sütü içme durumu | | |
| İçiyor | 16 | 7.9 |
| İçmiyor | 187 | 92.1 |

Araştırmaya katılan bebeklerin beslenme özellikleri Tablo 4.1.6’da verilmiştir. Bebeklerin %86.2’sine ilk süt verildiği, %31.5’u doğumdan yarım saat sonra anne sütü aldığı, %47.3’ünün ek gıda aldığı, %55.2’inin ek gıdaya 24. haftadan önce başladığı belirlendi.

Tablo 4.1.7. Bebeğin ve Ailesinin Boşaltım Özellikleri (n=203)

| Özellikler | Sayı | % |
|--|------|------|
| Mekonyum Çıkarılma Zamanı | | |
| İlk 24 Saat | 180 | 88.7 |
| 24-48 Saat Arası | 20 | 9.9 |
| 48 Saat Sonrası | 3 | 1.5 |
| Çocuğun Her Bezi Kakalı Çıkıyor mu | | |
| Evet | 49 | 24.1 |
| Bazen | 104 | 51.2 |
| Hayır | 50 | 24.6 |
| Çocuğun Her Bezi Çişli Çıkıyor mu | | |
| Evet | 148 | 72.9 |
| Bazen | 33 | 16.3 |
| Hayır | 22 | 10.8 |
| İdrar Yolu Enfeksiyonu | | |
| Evet, sık oluyor (Ayda 1) | 5 | 2.5 |
| Bazen (3-4 ayda 1) | 25 | 12.3 |
| Hayır, IYE olmadı. | 173 | 85.2 |
| Dışkılama Sıklığı | | |
| Günde iki kere ya da daha fazla | 89 | 43.8 |
| Her gün bir kere | 56 | 27.6 |
| İki ya da üç günde bir kere | 31 | 15.3 |
| Dört günde bir ya da daha seyrek (4-10 gün) | 27 | 13.3 |
| Gaita Yoğunluğu | | |
| Sert | 27 | 13.3 |
| Normal | 80 | 39.4 |
| Yumuşak | 96 | 47.3 |
| Dışkılama Şekli | | |
| Keçi Pislği | 10 | 4.9 |
| Sert | 25 | 12.3 |
| Normal | 168 | 82.8 |
| Kabızlık Şikayeti | | |
| Var | 40 | 19.7 |
| Yok | 163 | 80.3 |
| Kabızlık Şikayetinin Süresi (n:40) | | |
| 1-4 hafta | 26 | 65.0 |
| 5 hafta ve daha uzun süredir | 14 | 35.0 |
| Ailede Sindirim Sistemi-Hormonal Hastalık | | |
| Var | 30 | 14.8 |
| Yok | 173 | 85.2 |
| Ailede Kabızlık Öyküsü | | |
| Var | 62 | 30.5 |
| Yok | 141 | 69.5 |
| Annede Kabızlık Şikayeti | | |
| Var | 49 | 24.1 |
| Yok | 154 | 75.9 |
| Babada Kabızlık Şikayeti | | |
| Var | 15 | 7.4 |
| Yok | 188 | 92.6 |

Araştırmaya katılan bebeklerin ve ailelerinin boşaltım özellikleri tablo 4.1.7’te verilmiştir. Bebeklerin ailesinin %14.8’inin sindirim sistemi ve hormonal hastalık olduğu, %30.5’inin ailesinde ve %24.1’inin annesinde konstipasyon şikayeti olduğu görülmüştür. Bebeklerin %1.5’inin 48 saatten sonra mekonyum çıkardığı, %24.6’sının bezinde hiç gaita olmadığı ve %2.5’inde idrar yolu enfeksiyonu olduğu

tespit edilmiştir. Bebeklerin %15.3'ünün iki ya da üç günde bir dışkıladığı, %13.3'ünün dört günde bir ya da daha seyrek dışkıladığı ve gaita yoğunluğunun sert olduğu, %12.3'ünün dışkılama şeklinin sert ve %4.9'unun ise keçi pisliği şeklinde dışkılama yaptığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan bebeklerinin %19.7 sinde konstipasyon şikayeti olduğu, %65'inde 1-4 haftadır sürdüğü, %35'inde ise 5 hafta ve daha uzun süredir şikayetin devam ettiği belirlenmiştir.

Tablo 4.1.8. Dışkılama Sırasında Görülen Şikayetlerin Dağılımı (n=203)

| Şikayet Türü | Sayı | % |
|---|------|------|
| Dışkılama esnasında kan var mı? | | |
| Var | 5 | 2.5 |
| Yok | 198 | 97.5 |
| Ağrılı dışkılama var mı? | | |
| Var | 51 | 25.1 |
| Yok | 152 | 74.9 |
| Dışkılama Sırasında Huzursuzluk | | |
| Var | 64 | 31.5 |
| Yok | 139 | 68.5 |
| Bulantı-kusma var mı? | | |
| Var | 28 | 13.8 |
| Yok | 175 | 86.2 |
| Anal fissür(makatta çatlak) varmı? | | |
| Var | 8 | 3.9 |
| Yok | 195 | 96.1 |

Araştırmaya katılan bebeklerin dışkılama sırasındaki şikayetlerine ilişkin bilgiler Tablo 4.1.8'de verilmiştir. Bebeklerin %2.5 inde dışkılama sırasında kan olduğu, %25.1'inde ağrılı dışkılama olduğu, %20.2'sinde dışkı tutma davranışı olduğu, %31.5'inde karın ağrısı olduğu ve dışkılama sırasında huzursuzluk olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.1.9. Konstipasyona İlişkin Ailelerin Yaptıkları Uygulamalar (n=203)

| Konstipasyon giderilmesi için tıbbi ilaç kullanma durumu | | |
|--|-----|-------|
| Evet, kullanılıyor. | 20 | 9.9 |
| Hayır, kullanılmıyor | 183 | 90.1 |
| Kullanılan İlaç (n: 20) | | |
| Gliserin (fital ya da damla) | 15 | 75.0 |
| Osmolac | 1 | 5.0 |
| İlacı bilmiyor | 4 | 20.0 |
| Konstipasyonun giderilmesi için evde bir uygulama yapma | | |
| Evet | 26 | 12.8 |
| Hayır | 177 | 87.2 |
| Kullanılan Yöntem (n: 26)* | | |
| Zeytinyağı içirme | 22 | 84.6 |
| Makata sabun uygulama | 1 | 3.8 |
| Makata zeytinyağı uygulama | 3 | 11.5 |
| Karına masaj uygulama | 4 | 15.4 |
| Kayısı suyu içirme | 1 | 3.8 |
| Kullanılan Yöntemin İşe Yaradığını Düşünenler (evet diyenler) | | |
| Zeytinyağı içirme (n: 22) | 8 | 36.4 |
| Makata sabun uygulama (n: 1) | 1 | 100.0 |
| Makata zeytinyağı uygulama (n:3) | 1 | 33.3 |
| Karına masaj uygulama (n:4) | 2 | 50.0 |
| Kayısı suyu içirme (n: 1) | - | - |

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan bebeklerin ailelerinin konstipasyona ilişkin yaptığı uygulamalar Tablo 4.1.9.'de verilmiştir. Bebeklerin %9.9'unun konstipasyon giderilmesi için tıbbi ilaç kullandığı ve kullanılan ilacın çoğunluğunun (%75) gliserin olduğu, %12.8 inin de konstipasyonun giderilmesi, için evde uygulama yaptığı ve %84.6'sının zeytin yağı içirdiği saptanmıştır.

Tablo 4.1.10. Bebeklerde Roma III Kriterlerine Göre Konstipasyon Görülme Durumu (n=203)

| Konstipasyon | Sayı | % |
|---------------------|-------------|--------------|
| Var | 36 | 17.7 |
| Yok | 167 | 82.3 |
| Toplam | 203 | 100.0 |

Tablo 4.1.10.'de bebeklerde konstipasyon görülme durumu verilmiştir. Araştırmaya katılan bebeklerin %17.7'sinde konstipasyon tespit edilmiştir.

Tablo 4.1.11. Bebeklerin ROMA III Kriterlerine Göre Konstipasyon Belirtilerinin Dağılımı (n=203)

| KRİTERLER | Var | | Yok | |
|--|------|------|------|------|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| - Haftada 2 veya daha az dışkılama | 43 | 21.2 | 160 | 78.8 |
| - Dışkılama alışkanlığı edindikten sonraki dönemde haftada en az 1 kez dışkı kaçırma | 0 | 0 | 203 | 100 |
| - Aşırı dışkı bekletme | 33 | 16.3 | 170 | 83.7 |
| - Ağrılı ve sert dışkılama | 35 | 17.2 | 168 | 82.8 |
| - Rektumda dışkı kitlesi saptanması | 3 | 1.5 | 200 | 98.5 |
| - Tuvaleti tıkayabilecek kadar büyük dışkı kitlesi | 0 | 0 | 203 | 0 |

Bebeklerdeki Roma III Kriterlerine göre konstipasyon belirtilerinin dağılımı tablo 4.1.11.'de verilmiştir. Bebeklerdeki en çok şikayetlerin sırasıyla haftada 2 veya daha az dışkılama (%21.2), ağrılı ve sert dışkılama (%17.2), aşırı dışkı bekletme (%16.3), rektumda dışkı kitlesi (%1.5) olduğu görülmüştür.

Tablo 4.1.12. Bebeklerin Bristol Dışkılama Formuna Göre Dışkı Özelliklerinin Dağılımı (n=203)

| Dışkı Özellikleri | Sayı | % |
|--|------|------|
| Fındık gibi sert dağınık yumrular (zor çıkartılan) | 10 | 4.9 |
| Sosis şeklinde ama yumrulu | 15 | 7.4 |
| Bir sosis gibi ama yüzeyi çatlaklı | 18 | 8.9 |
| Bir sosis ya da yılan gibi, pürüzsüz ve yumuşak | 13 | 6.4 |
| Kenarlarının kesimleri belli olan yumuşak taneler (kolay çıkartılan) | 26 | 12.8 |
| Düzensiz kenarlı akışkan parçalı, lapa gibi dışkı | 74 | 36.5 |
| Sulu, hiç katı parçası olmayan, Tamamıyla sıvı | 47 | 23.2 |

Araştırmaya katılan bebeklerin Bristol Dışkı Skalasına göre dışkı özellikleri tablo 4.1.12'de verilmiştir. Bebeklerin %4.9'unun fındık gibi sert dağınık yumrular (zor çıkartılan), %7.4'ünün sosis şeklinde ama yumrulu şekilde dışkı yaptığı görülmüştür.

Tablo 4.1.13. Konstipasyon Şikayeti Olan Bebeklerde Görülen Yakınmalar (n=40)

| Yakınmalar | Sayı | Yüzde |
|---------------------------------|-------------|--------------|
| Dışkılama esnasında kan varlığı | 4 | 11.1 |
| Ağrılı dışkılama | 34 | 94.4 |
| Dışkıyı tutma davranışı | 29 | 80.6 |
| Karın ağrısı | 31 | 86.1 |
| Dışkılama sırasında huzursuzluk | 33 | 91.7 |
| Bulantı-kusma | 12 | 33.3 |
| Anal fissür (makatta çatlak) | 6 | 16.7 |

Tablo 4.1.13'te konstipasyon şikayeti olan bebeklerde görülen yakınmalar verilmiştir. Bebeklerin şikayetleri sırasıyla ağrılı dışkılama(%94.4), dışkılama sırasında huzursuzluk(%91.7), karın ağrısı (%86.1), dışkı tutma davranışı (%80.6), bulantı kusma (%33.3), anal fissür (%16.7) ve dışkılama esnasında kan varlığı (%11.1) olduğu belirlenmiştir.

4.2. Bebeklerde Konstipasyon Görülme Durumunu Etkileyen Etmenler

Bu bölümde bebeklerdeki konstipasyon görülme durumunu etkileyen etmenlere ve bazı değişkenlerin kolerasyonuna ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4.2.1. Bebeklerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Konstipasyon Görülme Durumunun Karşılaştırılması (n=203)

| Gruplar | Konstipasyon Görülme Durumu | | | | χ^2 | P |
|------------------------|-----------------------------|------|-----|------|------------------|-------|
| | Var | | Yok | | | |
| | N | % | n | % | | |
| Gestasyonel Yaş | | | | | | |
| Prematüre | 5 | 20.8 | 19 | 79.2 | 1.751 (sd: 3) | .775* |
| Matür (Normal) | 31 | 17.3 | 148 | 82.7 | | |
| Yaş Grupları | | | | | | |
| 1-3 ay | 17 | 18.7 | 74 | 81.3 | 1.751 (sd: 3) | .626 |
| 4-6 ay | 10 | 20.4 | 39 | 79.6 | | |
| 7-9 ay | 7 | 17.9 | 32 | 82.1 | | |
| 10-12 ay | 2 | 8.3 | 22 | 91.7 | | |
| Doğum Şekli | | | | | | |
| Normal Doğum | 17 | 16.3 | 87 | 83.7 | .282 (sd: 1) | .596 |
| Sezeryan Doğum | 19 | 19.2 | 80 | 80.8 | | |
| Cinsiyet | | | | | | |
| Kız | 16 | 16.8 | 79 | 83.2 | .854 (sd: 1) | .450 |
| Erkek | 20 | 18.5 | 88 | 81.5 | | |
| BKİ | | | | | | |
| Zayıf ve Normal | 25 | 25.1 | 141 | 84.9 | 4.463 (sd: 1) | .035 |
| Hafif Şişman ve Şişman | 11 | 29.7 | 26 | 70.3 | | |

* Gözlerde 5'den küçük beklenen sayı olduğu için Fisher Kesin testi yapıldı.

Tablo 4.2.1.'de bebeklerin sosyodemografik özelliklerine göre konstipasyon görülme durumunun karşılaştırılması verilmiştir. Bebeklerin gestasyon yaşına göre konstipasyon görülme durumu Fisher Kesin testi, yaş gruplarına göre konstipasyon görülme durumu ki-kare analizi (*çok gözlü Pearson ki-kare*), doğum şekli ve cinsiyete göre bebeklerde konstipasyon görülme durumu ki-kare analizi (*dört gözlü Pearson ki-kare analizi*) ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Bebeklerin gestasyonel yaşa göre, doğum sonrası yaş grupları, doğum şekli ve cinsiyete göre

konstipasyon görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 4.2.1.).

BKİ persantil değerlerine göre ise hafif şişman ve şişman bebeklerde konstipasyon görülme oranının zayıf ve normal olan bebeklere göre (şişman olmayanlara göre) anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur ($p=0.035$, Tablo 4.2.1.).

Tablo 4.2.2. Bebeklerin ve Ailelerin Boşaltım Özelliklerine Göre Konstipasyon Görülme Durumunun Karşılaştırılması (n= 203)

| Özellik | Konstipasyon Görülme Durumu | | | | χ^2 | P |
|----------------------------|-----------------------------|------|-----|------|----------|-------|
| | Var | | Yok | | | |
| | N | % | N | % | | |
| Mekonyum Çıkarılma | | | | | | |
| Zamanı | | | | | | |
| İlk 24 saat | 33 | 18.3 | 14 | 81.7 | | .772* |
| 24 saatten sonra | 3 | 13.0 | 20 | 87.0 | | |
| Annede Konstipasyon | | | | | | |
| Var | 18 | 36.7 | 31 | 63.3 | 15.984 | .000 |
| Yok | 18 | 11.7 | 136 | 88.3 | (sd:1) | |
| Babada Konstipasyon | | | | | | |
| Var | 4 | 26.7 | 11 | 73.3 | | .311* |
| Yok | 32 | 17.0 | 156 | 83.0 | | |

* Gözlerde 5'den küçük beklenen sayı olduğu için Fisher Kesin testi yapıldı.

Tablo 4.2.2'te bebeklerin ve ailelerin boşaltım özelliklerine göre konstipasyon görülme durumunun karşılaştırılması verilmiştir. Mekonyum çıkarılma zamanı ve annede konstipasyon görülme durumu ki-kare analizi (*dört gözlü Pearson ki-kare*), babada konstipasyon varlığına göre konstipasyon görülme durumu Fisher kesin testi ile karşılaştırılarak değerlendirildiğinde;

- İlk 24 saat içinde ve 24 saatten sonra mekonyum çıkışı olan bebeklerin konstipasyon görülme oranları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.2.2.).
- Annesinde konstipasyon sorunu olan bebeklerde konstipasyon görülme oranının (%36.7) annesinde konstipasyon sorunu olmayanlarınkine (% 11.7) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<.001$, Tablo 4.2.2.),

- Babasında konstipasyon sorunu olan bebeklerde konstipasyon görülme oranının da (%26.7) babasında konstipasyon sorunu olmayanlarınkine (% 17.0) göre daha yüksek olduğu, ancak bu farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 4.2.2.).

Tablo 4.2.3. Bebeklerin Beslenme Özelliklerine Göre Konstipasyon Görülme Durumunun Karşılaştırılması (n= 203)

| Beslenme Özelliği | Konstipasyon Görülme Durumu | | | | χ^2 | P |
|-------------------------------------|-----------------------------|------|-----|------|----------|------|
| | Var | | Yok | | | |
| | n | % | n | % | | |
| İlk Sütü Verme | | | | | | |
| Evet | 27 | 15.4 | 148 | 84.6 | 4.622 | .032 |
| Hayır | 9 | 32.1 | 19 | 67.9 | (sd: 1) | |
| Ek Gıda Alma Durumu | | | | | | |
| Alıyor | 20 | 20.8 | 76 | 79.2 | 1.199 | .273 |
| Almıyor | 16 | 15.0 | 91 | 85.0 | (sd: 1) | |
| İlk Ek Gıdaya Başlama Zamanı | | | | | | |
| 24 hf. Önce | 13 | 30.2 | 30 | 69.8 | 4.172 | .041 |
| 24 hf. ve sonrası | 7 | 13.2 | 46 | 86.8 | (sd: 1) | |

Tablo 4.2.3'te bebeklerin beslenme özelliklerine göre konstipasyon görülme durumunun karşılaştırılması verilmiştir. Bebeklerde beslenme özelliklerine göre konstipasyon görülme durumu ki-kare analizi (*dört gözlü Pearson ki-kare*, ile karşılaştırılarak değerlendirildiğinde;

- İlk anne sütü verilen bebeklerde konstipasyon görülme oranının ilk besin olarak anne sütü verilmeyen bebeklerininkine göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p=.032$, Tablo 4.2.3.),

- Ek gıda alan bebeklerin (% 20.8) konstipasyon görülme oranı ek gıda almayan bebeklere (%15.0) göre sayı olarak fazla olmakla beraber arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 4.2.3.).

- İlk ek gıdaya 24 haftadan önce başlanan bebeklerde konstipasyon görülme oranının 24 hafta ve sonrasında ek gıdaya başlanana göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=.041$. Tablo 4.2.3.).

Tablo 4.2.4. Bebeklerin Konstipasyon Durumunu Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi: Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=203)

| Değişkenler | B | S.E. | Wald | P | Exp(B) | % 95 C.I. | |
|--|--------|------|--------|------|--------|-----------|--------|
| Annede Konstipasyon (Var:1 - Yok:0) | 1.550 | .413 | 14.070 | .000 | 4.709 | 2.096 | 10.583 |
| BKİ (Şişman: 1-Ş. değil:0) | 1.025 | .464 | 4.886 | .027 | 2.786 | 1.123 | 6.911 |
| İlk anne sütünü verme (E:1-H:0) | .861 | .491 | 3.072 | .080 | 2.364 | .903 | 6.189 |
| Ek gıdaya başlama zamanı (24hf. önce:1-Sonra:0) | .605 | .436 | 1.928 | .165 | 1.831 | .780 | 4.301 |
| (Sabit) | -2.592 | .338 | 58.829 | .000 | .075 | | |

Bebeklerde konstipasyon görülme durumunu etkilediği belirlenen dört değişkenin etkisi lojistik regresyon analizi bir arada değerlendirilmiştir. Bağımlı değişken olarak konstipasyon görülme durumu, yordayan (etkileyen) değişken olarak annede konstipasyon görülme durumu, bebeğin BKİ, ilk sütün verilme durumu ve ek besine başlama zamanı enter metodu ile modele alınarak analiz yapılmıştır.

Bağımlı Değişken: Konstipasyon görülme durumu, lojistik regresyon için sd:1
 χ^2 : 25,219 sd:4 p: .000

Bebeklerin bazı özelliklerinin konstipasyon görülme durumuna etkisi incelendiğinde, regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin Wald testi sonuçlarına göre modele alınan değişkenler içinde önemlilik sırasıyla; annede konstipasyon varlığının çok ileri düzeyde ($p<.001$), bebeğin BKİ (şişman olup olmadığı) anlamlı düzeyde ($p=.027$) etkisi olduğu bulunmuştur. İlk anne sütünün verilme durumu ve ek gıdaya başlama zamanının ($p>.05$) konstipasyon üzerine etkisi ise anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.2.4.).

Annesinde konstipasyon görülen bebeklerde konstipasyon görülme olasılığının annesinde konstipasyon olmayanlara göre 4.7 kat, şişman olan bebeklerde (hafif şişman ve şişman) konstipasyon görülme olasılığının BKİ normal ve zayıf olanlara göre 2.8 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. İlk anne sütünün verilme durumu ve ek gıdaya başlama zamanının konstipasyon görülme durumuna önemli bir etkisi yoktur (Tablo 4.2.4.).

5. TARTIŞMA

Konstipasyon çocuklarda toplumda sık karşılaşılan ve sıklığı giderek artan bir sorundur (Van den berg 2006). Özellikle yaşamın ilk ayı süresince, ailelerin dikkatinden kaçabilmektedir. 0-12 aylık bebeklerde dışkılama özellikleri ile konstipasyon sıklığının belirlenmesi konstipasyonun önlenmesi ve tedavisi açısından oldukça önemlidir (Şahin ve ark 2014). Konstipasyonun görülme sıklığı ile ilgili saha taramaları az olup daha çok tedavisi ve yönetimi ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Bu nedenle birinci basamak sağlık kuruluşlarında 0-12 ay arası bebeklerdeki konstipasyon sıklığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan bebeklerin %17.7'sinde Roma III kriterlerine göre konstipasyon tespit edilmiştir.

5.1. Konstipasyon Görülme Sıklığı

Çalışmamızda 0-12 ay arası bebeklerde konstipasyon prevalansı %17.7 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1.10.). Loening Boucke'nin (2005) 2 yaş altı çocuklarda yapmış olduğu çalışmada 0-1 yaş arası bebeklerde konstipasyon görülme oranını %2.9, Miranda (2015) ise %4.7 olarak bildirmiştir (Loening Baucke 2005; Miranda ve ark. 2015). Kocaay ve arkadaşlarının ülkemizde 2011 yılında yapmış olduğu çalışmada 0-1 yaş arasında konstipasyon görülme oranı % 2.13 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalar arasındaki farklılar konstipasyon tanılama kriterleri, yerleşim yeri ve sosyodemografik farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

5.2. Konstipasyonda Görülen Yakınmalar

Bebeklerin %94.4'ünde ağırlı dışkılama saptanmıştır (Tablo 4.1.13). Kırsacıoğlu ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada 1-17 yaş arası konstipe çocukların %76.7'sinde, Çataklı ve arkadaşlarının 2015 yılında 1-6 yaş arasında 120 çocukta yaptığı çalışmada %49.1, Şahin ve arkadaşlarının 2014 yılında 1 ay ile 16 yaş arasındaki çocuklarda yaptığı çalışmada %32, Kim ve arkadaşlarının 2011'de 4-9 yaş arası konstipe çocuklarda yaptığı çalışmada %42.5, Kocaay ve arkadaşlarının 2011'da 0-6 yaş arası çocuklardaki çalışmasında %25 ve Ulusoy'un 2013'te 2-17 yaş arası çocuklarda yapmış olduğu çalışmada ise %94.5 oranında ağırlı dışkılama görülmüştür. Bu oranlardaki farklılıklar araştırma gruplarının yaş farklılıklarından kaynaklanmış olabilir.

Dışkılama esnasında meydana gelen ağrıdan kaçmak için çocuk dışkıyı tutma davranışına gitmektedir. Dışkı rektumda biriktikçe sertleşir. Sertleşen dışkının boşaltımı daha zor ve ağrılı olarak kısır döngü halini alır (Kocaay ve ark. 2011). Çalışmamıza katılan çocukların %80.6'sında dışkıyı tutma davranışı gözlemlenmiştir (Tablo 4.1.13). Kırsaçlıoğlu ve arkadaşlarının (2016) 1-17 yaş arası konstipe çocukların %69.3'ünde (Kırsaçlıoğlu 2016), Kim ve arkadaşlarının (2011) 4-9 yaş arası konstipe çocuklarda %35 (Kim 2011), Ulusoy'un (2013) 2-17 yaş arası çocuklarda yapmış olduğu çalışmada %56 oranında dışkı tutma davranışı görülmüştür.

Zorlamaya bağlı olarak kontipasyonu olan çocuklarda rektal kanama ve dışkıda kan görülebilmektedir. Çalışmamızda %11.1 oranında dışkıda kan olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.13). Kırsaçlıoğlu ve arkadaşları (2016) 1-17 yaş arası konstipe çocukların %36.7'sinde, Şahin ve arkadaşları (2014) 1 ay ile 16 yaş arasındaki çocuklarda %41, Çatakli ve arkadaşları (2015) 1-6 yaş arasında 120 çocukta %24.1, Kocaay ve arkadaşlarının (2011) 0-6 yaş arası çocukların %25'inde, Ulusoy (2013) 2-17 yaş arası çocukların %40.6'sında, Denghani ve arkadaşları (2015) 0-18 yaş arası konstipe çocukların %32.4 ve Wojtyniak ve arkadaşlarının (2017) 5 yaş altı çocuklarda %33 oranında rektal kanama ve dışkıda kan tespit etmişlerdir.

Çalışmamıza katılan konstipasyonu olan bebeklerin %86.1'inde karın ağrısı tespit edilmiştir (Tablo 4.1.13). Yapılan çalışmalarda Kırsaçlıoğlu ve arkadaşları (2016) 1-17 yaş arası konstipe çocukların %9.3'ünde, Şahin ve arkadaşları (2014) 1 ay ile 16 yaş arası konstipe çocukların %66'sında, Çatakli ve arkadaşları (2015) 1-6 yaş arasında 120 çocuğun %61.6'sında, Kim ve arkadaşları (2011) 4-9 yaş arası kabız çocukların %5'inde karın ağrısı tespit etmişlerdir. Yine Kocaay ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında konstipe çocukların %47.9'unda, Ulusoy da çalışmasında %87.9 olarak saptamıştır.

Dışkılama problemi çocukta huzursuzluk hissi verir. Çalışmamıza katılan bebeklerin %91.7'sinde dışkılama esnasında huzursuzluk tespit edilirken (Tablo 4.1.13), Kocaay ve arkadaşlarının (2011) 0-6 yaş arasındaki çocuklarda yaptığı çalışmada ise bu oran %33 olarak tespit edilmiştir.

Bulantı kusma sıklığı çalışmamızda %33.3'dur (Tablo 4.1.13), Şahin ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında %17, Ulusoy'un (2013) çalışmasında %32.9, Çataklı ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise %13.3 oranında görülmüştür. Bulantı-kusmanın konstipasyon sebebiyle iştahsızlaşan çocuğu ebeveynlerin beslemeye zorlamasıyla meydana gelmiş olabileceği düşünülmektedir.

Dışkının bağırsakta uzun süre beklemesi sertleşmesinide beraberinde getirmektedir. Bu durum bebeklerde dışkı yaparken makatta çatlağa sebep olabilmekte, oluşan çatlak dışkı yaparken ağrının oluşmasına, çocuğun dışkı yapmasının ertelenmesine sebep olabilmektedir. Çalışmamıza konstipe bebeklerin %16.7'sinde makatta çatlak tespit edilmiştir.

5.3. Sosyodemografik Özellikler ve Konstipasyon

5.3.1. Gestasyonel Yaş ve Konstipasyon

Prematür bebeklerde gastrointestinal ve nörolojik gelişimin yetersizliğinden dolayı konstipasyon daha sık görülür (Cunningham 1998). Bizim çalışmamızda prematür bebeklerin %20.8'inde matür bebeklerin %17.7'sinde konstipasyon tespit edilmiştir (Tablo 4.2.1). Cunningham ve arkadaşlarının (1998) yapmış olduğu çalışmada prematür bebeklerin %33'ünde, Doğan'ın (2011) çalışmasında %9.4'ünde, Kocaay ve ark. (2011) çalışmasında %14.5 unda, VandenBerg'in (2005) çalışmasında %23'ünde konstipasyon olduğu görülmüştür. Çalışmamızda literatürde de olduğu gibi prematürelere daha çok konstipasyon görülmüştür. Ancak bu fark anlamlı düzeyde değildir. Erken doğanlarda sindirim sisteminin olgunlaşmasının gecikmesinde ve sindirim sistemi hormonların uyarılmasındaki eksikliğe bağlanmaktadır (Kumar 1995; Weaver ve Lucas 1993).

5.3.2. Cinsiyet ve Konstipasyon

Çalışmamızda konstipasyonu olan çocukların %34.78'i kız, %65.22'sinin erkek olduğu gözlemlenmiştir. Erkek çocuklarında daha fazla görülmekle birlikte cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo 4.2.1). Cinsiyetin konstipasyona etkisinin incelendiği birçok çalışma mevcut olup, çoğunlukla cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktur (LoeningBaucke 2007; Çataklı ve ark. 2015; Şahin ve ark.2014;Chang 2013). Yapılan çeşitli çalışmalarda kız çocuklarında konstipasyon daha çok görülürken (Ip 2005; Kajiwara 2004; Hartman 2014) Başka grup

çalışmalarda ise erkeklerde daha çok görülmüştür (Voskuijl 2004; Yousef ve ark. 2005; Russel 2015; Kocay 2010). Konstipasyon sıklığının cinsiyetler arasında farklı oranlarda olmasının sebebi çalışmaya dahil edilen grupların özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

5.3.3. BKİ Persantil Değerleri ve Konstipasyon

Aşırı kilo ve obezite konstipasyonda risk faktörü oluşturmakta ve obezite konstipasyonu iki kat arttırmaktadır (Mugie ve ark. 2011). Çalışmamızda zayıf ve normal olan bebeklerin %25.1'inde, şişman ve hafif şişman olan bebeklerin %29.7'sinde konstipasyon vardır. BKİ'ne göre ise hafif şişman ve şişman bebeklerde konstipasyon görülme oranının zayıf ve normal olan bebeklere göre (şişman olmayanlara göre) anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur ($p < .05$, Tablo 4.2.1). Pashankar ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu çalışmada konstipe çocukların %22.4'ü obezken, konstipe olmayanların %11.7'si obezdi. Pecora ve arkadaşlarının (1981) 6-12 yaş arasında yapmış olduğu çalışmada kilosunu normal olanların %1.5 iken obez çocukların %8.3'ünde konstipasyon görülmüştür. Olaru ve arkadaşlarının (2016) ve Phatak ve arkadaşlarının (2014) 4-18 yaş arası çocuklarda yapmış olduğu çalışmalarda konstipasyonu olan çocuklarda obez olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. Şahin ve arkadaşlarının (2014) konstipasyon şikayeti olan çocukların %2'sini, Kırsacıoğlu ve arkadaşları (2016) %9.3'ünü, Gomes de Moraes (2016) %20.5'ini obez bulmuşlardır.

5.4. Bebeklerin ve Ailelerin Boşaltım Özellikleri ve Konstipasyon

5.4.1. Mekonyum Çıkarılma Zamanı ve Konstipasyon

Term bebeklerin %90'ı ilk 24 saatte mekonyum çıkarır (Rowan 2011). Mekonyumun doğumdan sonraki ilk 24-48 saatlerinde çıkarılması konstipasyonla uyumlu bir bulgudur (Kocaay ve ark. 2011). Bizim çalışmamızda 24 saatten sonra mekonyum çıkışı olan bebeklerin %13'ünde konstipasyon tespit edilmiştir. İlk 24 saat içinde ve 24 saatten sonra mekonyum çıkışı olan bebeklerin konstipasyon görülme oranları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (Tablo 4.2.2). Croaker ve arkadaşları (2007) 140 konstipe çocuk ile yaptıkları çalışmada konstipe olmayan çocuklara göre ilk mekonyumun daha geç çıkarıldığını saptamışlardır (Croaker ve ark. 2007). Şahin ve arkadaşlarının (2014) konstipe çocuklarda yapmış olduğu çalışmada olguların %8'sinin, Doğan (2011) çalışmasında %6.7'sinin 24

saatten sonra mekonyum yaptığı tespit edilmiştir (Doğan 2011; Şahin ve ark. 2014). Kocaay ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında %14'ünün 24 saatten sonra mekonyum yaptığı (Kocaay ve ark. 2011), Van Der Berg ve arkadaşlarının çalışmasında (2005) ise %52'sinde mekonyum çıkışının geciktiği bildirilmiştir (Van Den Berg 2005).

5.4.2. Aile Öyküsü ve Konstipasyon

Çalışmamızda annesinde konstipasyon sorunu olan bebeklerde konstipasyon görülme oranı %36.7, annesinde konstipasyon sorunu olmayanlarda oran %11.7 olarak gözlenmiştir. Çok ileri düzeyde anlamlı bir fark oluşturmaktadır (Tablo 4.2.2). Babasında konstipasyon sorunu olan bebeklerde konstipasyon görülme oranı %26.7, konstipasyon sorunu olmayanlarda %17 olarak gözlemlenmiştir. Babasında konstipasyon olan bebeklerde konstipasyon görülme sıklığının yüksek olduğu ancak farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.2). Yapılan çeşitli çalışmalarda ise aile öyküsü ile çocukta konstipasyon görülme oranı %8.2-86.6 arasında ilişki görülmüştür (Berg ve ark 2005; Chang ve ark 2013; Cezaroğlu 2008; Çataklı ve ark 2015; Doğan ve Ark 2005; Kılınçaslan ve ark 2014; Olaru ve ark 2016; Tanır 2008; Torres 2015). Genel olarak bakıldığında ailede konstipasyon öyküsü ile çocukta konstipasyon görülme arasında bir ilişki görülmektedir. Bağırsak hareketlerinde kalıtımın etkili olabileceğini düşündürmüştür. Şu ana kadar fonksiyonel konstipasyon ile ilişkili bir gen bulunamamıştır. Ancak, konstipe çocukların %40'dan fazlasında ailede konstipasyon öyküsü bulunması, tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre 6 kat daha fazla konstipasyon görülmesi genetik bir yatkınlığın varlığını düşündürmektedir (Amendola 2003). Ayrıca annenin beslenme alışkanlıklarının ve kullanılan demir preparatlarının da annede konstipasyon sorunu olan bebeklerdeki farkın ileri düzeyde anlamlı çıkmasının etkeni olabileceği düşünülmektedir.

5.5. Bebeklerin Beslenme Durumu ve Konstipasyon

5.5.1. İlk Süt ve Konstipasyon

Kolostrum sütü ile beraber bebeğin gastrointestinal sistemi immunglobulinler ile kaplanarak mukozal bir bariyer sağlanmış olur. İçerdiği epidermal büyüme faktörü ve benzer diğer büyüme faktörleri sayesinde bağırsağın olgunlaşmasını sağlar, allerji ve entolerans gelişmesini önler. Hafif laksatif özelliği ile yenidoğanın

mekonyumunu yapmasını kolaylaştırır (Coşkun 2003). İlk süt verilme durumu ve konstipasyon ile ilgili literatürde bulguya saptanmazken bizim çalışmamızda ilk süt verilen bebeklerin %15.4'ünde, ilk süt verilmeyenlerin %32.1'inde konstipasyon görülmüştür. Bu fark anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.3).

5.5.2. Beslenme Şekli ve Konstipasyon

Yapılan çalışmalarda anne sütü alanlarda dışkı sayısı 2.3 oranında olurken, anne sütü almayanlarda bu oran 0.1-1 arasında azaldığı bulunmuştur (Öztürk 2007; Kocaay 2011). Tunç ve ark. (2008) çalışmasında bebeklerin 1., 2. ve 4. aylarında sadece anne sütü alanlar ve anne sütüne ilaveten mama alanlar arasında dışkılama sayısında azalma gözlemlenmiştir (Tunç ve ark 2008). Fontana ve arkadaşları 3 aydan küçük çocuklarda yapmış oldukları çalışmada dışkılama sayısının anne sütü alanlarda 3.2, anne sütüne ilaveten mama alanlarda 2.0 olarak saptamışlardır (Fontana 1989). Bazı çalışmalarda ise anne sütü alımı ve süresinin dışkılama sayısına etki etmediği tespit edilmiştir (Çataklı 2015; Myo Khin 1994). Bizim çalışmamızda 6. Aydan önce ek gıdaya başlayanlarda %30.2'sinde, 6. Aydan sonra ek gıdaya başlayanlarda ise %13.2'sinde konstipasyon tespit edilmiştir (Tablo 4.2.3). İlk aylarda anne sütü alım miktarı ve emzirme sıklığı yüksek olurken, 16 haftadan sonra azalmaktadır. Farkın çalışmalardaki yaş gruplarının farklılığından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Anne sütü alan bebeklerde dışkılama sayısının fazla olması ile ilgili bazı hipotezler mevcuttur. Bu hipotezler anne sütünde transporu hızlandıran bir faktöre sahip olabileceği, anne sütü alan bebeklerde lipidlerin daha kolay sindirilmesi ve anne sütündeki prebiyotiklerdir (Burrin 2002; Declercq. 1998).

5.6. Bebeklerin Konstipasyon Durumunu Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Bebeklerin bazı özelliklerinin konstipasyon görülme durumuna etkisi incelendiğinde, regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin Wald testi sonuçlarına göre modele alınan değişkenler içinde önemlilik sırasıyla; annede konstipasyon varlığının çok ileri düzeyde ($p < .001$), bebeğin BKİ (şişman olup olmadığı) anlamlı düzeyde ($p < .05$) etkisi olduğu bulunmuştur. İlk anne sütünün verilme durumu ve ek gıdaya başlama zamanının ($p > .05$) konstipasyon üzerine etkisi ise anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.2.4).

Annesinde konstipasyon görülen bebeklerde konstipasyon görülme olasılığının annesinde konstipasyon olmayanlara göre 4.7 kat, şişman olan bebeklerde (hafif şişman ve şişman) konstipasyon görülme olasılığının BKİ normal ve zayıf olanlara göre 2.8 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. İlk anne sütünün verilme durumu ve ek gıdaya başlama zamanının konstipasyon görülme durumuna önemli bir etkisi yoktur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Bebeklerinin %19.7'si konstipasyon şikayeti olduğunu belirtirken %17.7'sinin Roma III kriterlerine göre konstipe olduğu tespit edilmiştir. Konstipasyon şikayeti olan bebeklerin %65'inde 1-4 haftadır, %35'inde ise 5 hafta ve daha uzun süredir şikayetin devam ettiği belirlenmiştir.
- Konstipasyon şikayeti olan bebeklerin şikayetleri sırasıyla ağrılı dışkılama (%94.4), dışkılama sırasında huzursuzluk (%91.7), karın ağrısı (%86.1), dışkı tutma davranışı (%80.6), bulantı kusma (%33.3), anal fissür (%16.7) ve dışkılama esnasında kan varlığı (%11.1) görülmüştür.
- Bebeklerin %4.9'u fındık gibi sert dağınık, %7.4'ü sosis şeklinde ama yumrulu, %8.9'u sosis gibi ama yüzeyi çatlaklı, %6.4'ü sosis ya da yılan gibi, pürüzsüz ve yumuşak, %12.8'i kenarlarının kesimleri belli olan yumuşak taneli, %36.5'u düzensiz kenarlı akışkan parçalı ve %23.2'si tamamıyla sıvı şekilde gaita yaptığı belirtildi.
- Bebeklerin %18.8'i günde iki kere veya daha fazla, %27.6'sı günde bir kere, %15.3'ü iki ya da üç günde bir kere ve %13.3'ü dört günde bir ya da daha seyrek dışkılamıştır.
- Bebeklerin %4.9'u keçi pisliği, %12.3'ü sert ve %82.8'i normal şekilde dışkılama yapmıştır.
- Bebeklerin %13.3'ü sert, %39.4'ü normal ve %47.3'ü yumuşak gaita yapmıştır.
- Araştırmaya alınan bebeklerin %51.2'si normal, %48.8'i ise sezeryan doğum ile doğmuştur. Doğum şekline göre konstipasyon görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p > .05$, Tablo 4.2.1).
- Cinsiyete göre konstipasyon görülme durumu arasında anlamlı düzeyde bir fark saptanmazken BKİ'ne göre ise hafif şişman ve şişman bebeklerde konstipasyon görülme oranının zayıf ve normal olan bebeklere göre (şişman olmayanlara göre) anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur ($p < .05$, Tablo 4.2.1).

- BKİ persantil değerlerine göre ise hafif şişman ve şişman bebeklerde konstipasyon görülme oranının zayıf ve normal olan bebeklere göre (şişman olmayanlara göre) anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur (p=0.035, Tablo 4.2.1.).
- Araştırmaya katılan bebeklerin %88.7'si ilk 24 saat içerisinde mekonyum çıkarırken, %13.3'ü 24 saatten sonra mekonyum çıkarmıştır. İlk 24 saat içinde ve 24 saatten sonra mekonyum çıkışı olan bebeklerin konstipasyon görülme oranları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (p>.05, Tablo 4.2.2).
- Bebeklerin %24.1'inin annesinde ve %7.4'ünün babasında konstipasyon şikayeti olduğu görülmüştür. Annesinde konstipasyon sorunu olan bebeklerde konstipasyon görülme oranının (%36.7) annesinde konstipasyon sorunu olmayanlarınkine (% 11.7) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu (p<.001), Babasında konstipasyon sorunu olan bebeklerde konstipasyon görülme oranının da (%26.7) babasında konstipasyon sorunu olmayanlarınkine (% 17.0) göre daha yüksek olduğu, ancak bu farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir (p>.05, Tablo 4.2.2).
- Araştırmaya katılan bebeklerin %86.2'si ilk süt alırken %13.8'i ilk süt almamıştır. İlk anne sütü verilen bebeklerde konstipasyon görülme oranının ilk besin olarak anne sütü verilmeyen bebeklerinkine göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu (p<.05, Tablo 4.2.3.),
- Bebeklerin %31.5'i yarım saatten sonra anne sütü , %47.3'ü ek gıda almıştır. Ek gıda alanların %55.2'si ek gıdaya 24 haftadan önce başlamıştır. Ek gıda alan (% 20.8) ve almayan bebeklerin (% 15.0) konstipasyon görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmazken (p>.05, Tablo 4.2.3), ilk ek gıdaya 24 haftadan önce başlanan bebeklerde konstipasyon görülme oranının 24 hafta ve sonrasında ek gıdaya başlanana göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<.05, Tablo 4.2.3).

6.2. Öneriler

- Anne sütü alan bebeklerde konstipasyon şikayetinin daha az görüldüğü tespit edilmiştir. Annelerin bebeklerini olabildiğince anne sütü ile beslemeleri için teşviklerin ve olanakların artırılması gerekmektedir.
- Hastanelerde ilk sütün bebeğe verilmesi için özel çaba sarf edilmelidir.

- Ek gıdaya erken başlayanlarda konstipasyonun daha sık görüldüğü tespit edilmiş olup, bebeğin büyüme ve gelişmesinde sadece anne sütü yeterliyse ilk 6 ay sadece anne sütü alması gerekmektedir.
- Kendisinde konstipasyon şikayeti olan annelerin bebeklerinde de konstipasyon görülebilmektedir. Annelerin konstipasyon şikayetleri giderilmeli ve bebekleri konstipasyon yönünden izlemelidir.
- Bebekleri konstipasyondan korumak için aile ile iş birliği içinde ve aileler çeşitli eğitim konuları ile desteklenmelidir.
- Örneklem sayısı artırılarak konstipasyonu etkileyen etmenler ve ailelerin konstipasyona dair bilgi ve farkındalıklarını artıracak çalışmaların yapılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- Ala S, Haghghat M, Dehgani SM, Bazmamoun H. Response and recurrence rate after treatment with polyethylene glycol versus polyethylene glycol plus lactulose in children with chronic functional constipation: a randomized controlled trial. *J Compr Ped.* 2015 May; 6(2): e26119.
- Afzal N, Tighe M, Thomsan M. Constipation in children. *Italian Journal of Pediatrics* 2011, 37:28.
- Altaf MA, Sood MR. The nervous system and gastrointestinal function. *Dev Disabil Res Rev* 2008;14:87-95. <http://dx.doi.org/10.1002/drr.15> PMID:18646012
- Akova S, Yakut K , Yakut N , Güven Ş , Yazar AS , Aydoğdu S , Kaymakçı A. Çocuk acil polikliniğine karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastaların değerlendirilmesi. *Gaziantep Tıp Derg* 2013;19(2): 60-64.
- Anonymous. Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber. *J Am Diet Assoc* 2002; 102:993-1000.
- Amendola S, DeAngelis P, Dall'Oglio L, Di Abriola F, Di Lorenzo M. Combined approach to functional constipation in children. *J Pediatr Surg* 2003; 38:819-23.
- Arce DA, Ermocilla CA, Costa H. Evaluation of constipation. *Am Fam Physician* 2002;65:2283-90.
- Aşık Akman S, Koturoğlu G, Arıkan Ç, Kızılgüneşler Aslan A, Halıcioğlu O, Aydoğdu S. Çocukluk çağında kronik konstipasyon. *İzmir Tepecik Hast Derg* 2015;15(1):31-36.
- Athanasakos EP, Kemal KI, Malliwal RS, et al. Clinical and psychosocial functioning in adolescents and young adults with anorectal malformations and chronic idiopathic constipation. *Br J Surg.* 2013;100(6):832-9. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.9111>.
- Aydoğdu S, Selimoğlu MA, Ünal F, Alim HÇ, Yağcı RV. Çocukluk yaş grubunda konstipasyon ve yönetimi. XXXV. Ulusal Pediatri Kongresi. 19-23 Mayıs 1999, Ankara. P-126
- Aydogdu S, Cakir M, Yuksekkaya HA, Arıkan C, Tumgor G, Baran M, Yagci RV: Chronic constipation in Turkish children: clinical findings and applicability of classification criteria. *Turk J Pediatr.* 2009;51: 146-153.
- Aydoğan A. Çocukluk çağında kabızlığa yaklaşım. *Klinik Tıp Pediatri* 2010;2(2):11-9.
- Bacer SS, Liptak GS, Coletti RB, Croffie JM, Di Lorenzo C, Ector W, et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29:612-626.
- Beaudry-Bellefeuille I, Lane SJ. Examining sensory overresponsiveness in preschool children with retentive fecal incontinence. *Am J Occup Ther.* 2017 Sep/Oct;71(5):1-8.
- Belsey J, Greenfield S, Candy D, Geraints M. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 31, 938-949
- Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji* 2014; 18:1 72-88.
- 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.
- aBenninga MA, Voskuijl WP, Taminiu JA. Childhood constipation: is there new light in the tunnel. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;39:448-464

- Boronat AC, Ferreira-Maia AP, Matijasevich A, Wang YP. Epidemiology of functional gastrointestinal disorders in children and adolescents: A systematic review. *World J Gastroenterol* 2017 June 7; 23(21): 3915-3927. DOI: 10.3748/wjg.v23.i21.3915
- Borowitz SM, Cox DJ, Kovatchev B, Ritterband LM, Sheen J, Sutphen J. Treatment of childhood constipation by primary care physicians: Efficacy and predictors of outcome. *Pediatrics* 2005;115:873-7.
- Bozkurt MA, Kalaycı MU, Gemici E, Dilege E, Alış H. Kabızlığın etyolojik incelemesinde kolonik geçiş zamanı ölçümü önemli midir?. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2012; 28(1): 31-33
- Burket RC, Cox DJ, Tam AP, Ritterband L, Borowitz S, Sutphen J, Stein CA, Kovatchev B: Does stubbornness have a role in pediatric constipation? *J Dev Behav Pediatr.* 2006;27: 106-111.
- Burrin DG, Stoll B: Key nutrients and growth factors for the neonatal gastrointestinal tract. *Clin Perinatol* (2002); 29:65-96.
- Candy DCA, Edwards D. The management of chronic constipation. *Curr Pediatr* 2003; 13:101-106.
- Candy DC, Edwards D, Geraint M. Treatment of faecal impaction with polyethylene glycol plus electrolytes (PEG + E) followed by a double-blind comparison of PEG + E versus lactulase as maintenance therapy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 43: 65-70.
- Caplan A, Walker L, Rasquin A. Validation of the pediatric Rome II criteria for functional gastrointestinal disorders using the questionnaire on pediatric gastrointestinal symptoms. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;41:305-16
- Castiglia PT: Constipation in children. *J Pediatr Health Care*, 2001;15: 200-202.
- Chang SH, Park KY, Kang SK, Na SY, Yang HR, Uhm JH, Ryoo E. Prevalence, Clinical Characteristics, and Management of Functional Constipation at Pediatric Gastroenterology Clinics. *J Korean Med Sci.* 2013.Sep;28(9):1356-1361.
- Chassagne P, Ducrotte P, Garnier P, Mathieux-Fortunet H. Tolerance and Long-Term Efficacy of Polyethylene Glycol 4000 (Forlax®) Compared to Lactulose in Elderly Patients with Chronic Constipation. *J Nutr Health Aging.* 2017;21(4):429-439. doi: 10.1007/s12603-016-0762-6.
- Cinca R., Chera D., Gruss JH., Halphen M. Randomised clinical trial: PEG 3350+Electrolytes versus prucalopride in the treatment of chronic constipation- a comparison in a controlled environment. *Aliment Pharmacol Ther* 2013; 37: 876-886
- Cinel L, Ceyran B, Güçlüer B. Calretinin immunohistochemistry for the diagnosis of Hirschprung disease in rectal biopsies. *Pathol Res Pract.* 2015 Jan;211(1):50-4.
- Clayden G, Keshtgar AS: Management of childhood constipation. *Postgrad Med J*, 2003; 79: 616-621.
- Coşkun T. Anne sütü ile beslenme. *Katkı Pediatri Dergisi.* 2003;25:163-183.
- Culbert TP, Banez GA. Integrative approaches to childhood constipation and encopresis. *Pediatr Clin North Am* 2007; 54: 927-47.
- Cunningham C, Taylor HG, Klein N, Minich NM, Hack M : Constipation is a problem among former <750 gram birthweight children. *Pediatr Res* (1998);43:100.
- Çataklı T, İçöz S, Dallar Bilge Y. Annelerin Kabızlık Hakkındaki Bilgi ve Tutumları. *Türkiye Çocuk Hast Derg/Turkish J Pediatr Dis /* 2015; 2: 119-123

- Declercq P, Springer S, Depoartere I, Peaters TL: Motilin in human milk, identification and stability during digestion. *Life sci* (1998);63:1993-2000.
- Del Ciampo IR, Del Ciampo LA, Fernandes MI: Dietary fiber and constipation. *J Pediatr*, 2004; 80: 527-529.
- Den Hertog J, Van Leengoed E, Kolk F, Van Den Broek L, Kramer E, Bakker EJ, Bakker-Van Gijssel E, Bulk A, Kneepkens F, Benninga MA. The defecation pattern of healthy term infants up to the age of 3 months. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012 Nov;97(6):F465-70.
- Denghani SM, Kulouee N, Honar N, İmaniah MH, Haghighat M, Javaherizadeh H. Clinical Manifestations among Children with Chronic Functional Constipation. *Middle East J Dig Dis* 2015;7:31-5.
- 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: 461–76.
- Demirbaş S. Kronik kabızlık nedenleri, tanı yöntemleri ve tedavi yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi* 2010; 52: 61-68
- Di Lorenzo C, Hyman PE. Gastrointestinal motility in neonatal and pediatric practice. *Gastroenterol Clin North Am* 1996; 25:203-24
- Di Lorenzo C. Anorectal disorders. *Gastroenterol Clin North Am.* 2001;30: 269-287.
- Doğan Y, Erkan T, Ergul Y, Cokuşoğlu FG, Kutlu T: Kabızlık yakınması olan olguların retrospektif dökümü. *Türk Pediatri Arşivi*,2005; 40: 23-27.
- Donowitz M, Rood RP. Magnesium hydroxide: new insights into the mechanism of its laxative effect and the potential involvement of prostaglandin E2. *J Clin Gastroenterol.* 1992;14:20-26.
- Dönmez M, Cankurtaran M, İlseven S, Sancak N, İpekçioğlu P, Turan AR. Diyet lifleri ve insan sağlığına etkileri. Ulusal Meslek Yüksekokulları Öğrenci Sempozyumu. 21-22 Ekim 2010-Düzce Erişim Tarihi.29.11.2015 http://turkiyepetra.com/Data/EditorFiles/MYO_OS_7003.pdf
- Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006;130:1377-1390.
- Dupont C, Leluyer B, Maamri N, et al. Double-blind randomized evaluation of clinical and biological tolerance of polyethylene glycol 4000 versus lactulose in constipated children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 41: 625-33.
- Elawad MA, Sullivan PB. Management of constipation in children with disabilities. *Dev Med Child Neurol* 2001; 43: 829-832.
- Erdemir, F.(2012). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Felt B., Wise CG., Olson A., Kochar P., Marcus S., Coran A. Guideline for the management of pediatric idiopathic constipation and soiling. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153: 380-385.
- Ferguson A, Culbert P, Gilett H, Barras N. New polyethylene glykol electrolyte solution for the treatment of constipation and fecal impaction. *Gastroenterol Hepatol* 1999;31:249-252.
- Greenwald BJ. Clinical practice guidelines for pediatric constipation. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.* 2010; 22: 332–338.
- Ghoshal UC. Review of pathogenesis and management of constipation. *Trop Gastroenterol* 2007; 28:91–95.

- Gold DM, Levine J, Weinstein TA, Kessler BH, Pettei MJ. Frequency of digital rectal examination in children with chronic constipation. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153(4):377–9.
- Gomes de Moreas J, Almeida Motta MEF, Sa Beltrao MF, Salviano TL, Silva GAP. Fecal microbiota and diet of children with chronic constipation. *International Journal of Pediatrics* (2016);1-8.
- Han Y, Zhang L, Liu XQ, Zhao ZJ and Lv LX. Effect of glucomannan on functional constipation in children: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2017 May;26(3):471-477. doi: 10.6133/apjcn.032016.03.
- Hartman EE, Pawaskar M, Williams V, McLoed L, Dubois D, Beninga MA, Joseph A. Psychometric Properties of PedsQL Generic Core Scales for Children With Functional Constipation in The Netherlands.JPGN 2014;59: 739–747.
- Hassoy P, Çakıcı M. Çocuklarda Görülen Davranış Bozuklukları İle İlgili Ailelerin Bilgi Düzeyleri ve Tutumları. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2012; Özel Sayı 2: 01-14.
- Hemşirelik Yönetmeliği (2010), T.C Resmi Gazete, 27515, 08 Mart 2010.
- Houghton D, Horgan L, Boldy D. An exploratory study of aspects related to current inpatient and nurse-led clinic management of idiopathic childhood constipation. *Collegian* 2015 ;321(8):1-8.
- Howart LJ, Sullivan PB. Management of chronic constipation in children. *Paediatrics And Child Health* 2012; 22(10):401-408
- Hussain SZ, Di Lorenzo C. Motility disorders, diagnosis and treatment for pediatric patient. *Pediatr Clin North Am* 2002;27-51
- Hyams JS., Treem WR., Etienne NL., Weirnerman H., Gilpin DM., Hine P., Choy K., Burke G. Effect of infant formula on stool characteristics of young infants. *Pediatrics.* 1995;95: 50- 64.
- Infante JR, Rayo JI, Serrano J, García L, Moreno M, Martínez A, Huertas J. Gastrointestinal transit scintigraphy in chronic constipation evaluation in pediatric age; an infrequent test. *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol.* 2017 May - Jun;36(3):146-151.
- Ip KS, Lee WT, Chan JS, Young BW: A community-based study of the prevalence of constipation in young children and role of dietary fibre. *Hong Kong Med J* (2005);11:431-436.
- Iyer R, Nallasamy K. Child with abdominal pain. *Indian J Pediatr.* 2017;1-6. doi:10.1007/s12098-017-2447-5.
- I. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi Sonuç Bildirgesi. Erişim tarihi: 30.07.2017. halkhemder.org.tr.
- İnan M, Aydın CY, Tokuç B, Aksu B, Ayvaz S, Ayhan S, et al. Factors associated with childhood constipation. *J Paediatr Child Health* 2007;43:700-6.
- İnce R, Remzi FH. Kronik kabızlık ve diyet. *TAF Prev Med Bull* 2011; 10(1): 71-76
- Jarzebicka D, Sieczkowska J, Dadalski M, Kierkus J, Ryzko J, Oracz G. Evaluation of the effectiveness of biofeedback therapy for functional constipation in children. *Turk J Gastroenterol.* 2016 Sep;27(5):433-438. doi: 10.5152/tjg.2016.16140.
- Kajiwara M, Inoue K, Usui A, Kurihara M, Usui T: The mictirition habits and prevalence of day time urinary incontinance in Japanese Primary school children. *J Urol* (2004);171:403-407.
- Kaya H, Kaya N, Turan N, Şirin K, Güloğlu S. Identifying Constipation Risk in Neurosurgery Patients. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2013;2(3):96-103

- Kaya N. (2012a). Hemġirelik S¼reci Hemġirelik Tanılaması. İçinde Aştı T.A., Karadaġ, A. *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 138-175.
- Kaya, N. ve Turan, N. (2012). Hareket ve Egzersiz. İçinde Aştı T.A., Karadaġ A. *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Basın Ve Yayıncılık, 231-389.
- Kılınçaslan H, Abalı O, Aydoġdu İ, Bilici M. Çocuklarda fonksiyonel kabızlık tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Marmara Medical Journal* 2014; 27: 36-41
- Kim JH, Lee JH, Jung AY, Lee JW. The Prevalence and Therapeutic Effect of Constipation in Pediatric Overactive Bladder. *Int Neurourol J* (2011);15:206-210.
- Kocaay P, Egritas O, Dalgı B. Normal defecation pattern, frequency of constipation and factors related to constipation in Turkish children 0-6 years old. *Turk J Gastroenterol* 2011;22:369-75.
- Koppen IJ, Lammers LA, Benninga MA, Tabbers MM. Management of Functional Constipation in Children: Therapy in Practice. *Pediatr Drugs* (2015) 17:349–360
- Koppen IJ, Benitez CV, Benninga MA, Lorenzo CD, Saps M. Using the bristol stool scale and parental report of stool consistency as part of the rome III criteria for functional constipation in infants and toddlers. *J Pediatr* 2016;177:44-8.
- Korkmaz M., Y¼ksel F., Ünalacak M., Ünl¼oġlu İ. Kabızlık yakınması olan hastanın birinci basamakta y¼netimi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2011;3(3):35-41.
- Kramer EA, den Hertog-Kuijl JH, van den Broek LM, van Leengoed E, Bulk AM, Kneepkens CM, Benninga MA Defecation patterns in infants: a prospective cohort study. *Arch Dis Child*. 2015 Jun;100(6):533-6.
- .Kumar SL, Dhanireddy R: Time of first stool in premature infants: Effect of gestational age and illness severity. *J Pediatr* (1995);127:971-984
- Kutlu T. Fonksiyonel baġırsak hastalıkları. *T¼rkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2007;3:1-9
- K¼lt¼r SE, Akdemir D, Temize İN. Comparison of familial and psychological factors in groups of encopresis patients with constipation and without constipation. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2014; 56: 524-531.
- Lemeshow S, Hosmer Jr DW, Klar J and Lwanga SK. *Saġlık Araştırmalarında Örneklem B¼y¼kl¼ġ¼n¼n Yeterliliġi eviren*: S. Oġuz Kayaalp, Hacettepe TAŞ Kitapevi, 2000, Ankara, sayfa:143
- Lewis ML, Palsson OS, Whitehead WE, van Tilburg MA. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in children and adolescents. *J Pediatr* 2016; 177: 39-43.e3
- Liang Lu M, He J, Lu S. Electrical stimulation therapy for slow transit constipation in children: a systematic review. *Int J Colorectal Dis* (2015) 30:697–702.
- Liem O, Di Lorenzo C, Taminau JAJM, Mousa HM, Benninga MA. Current treatment of childhood constipation. *Ann Nestlé*. 2007;65:73-79.
- Loening-Baucke V. (2002). Functional fecal retention in childhood. *Practical Gastroenterology*. 26: 13-25.
- Loening- Baucke V, Miele E, Staiano: Fiber (glucomannan) is beneficial in the treatment of childhood constipation. *Pediatrics* 2004;113:259-264.
- Loening-Baucke V. Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. *J Pediatr* 2005;146(3):359–363.

- Lu PL, Velasco-Benítez CA, Saps M. Gender, Age, and Prevalence of Pediatric Irritable Bowel Syndrome and Constipation in Colombia: A Population-Based Study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017 Jun;64(6):e137-e141.
- Higgins PD, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:750–9.
- Mason D, Tobias N, Lutkenhoff M, Stoops M, Ferguson D: The APN's Guide to pediatric constipation management. *Nurse Pract*, 2004;29: 13-21.
- Memaşa A, Özkan TB, Özeke T. Çocuklarda kronik konstipasyona yaklaşım, tedavi ve izlem- derleme. *Güncel Pediatri* 2004 ; 2 : 21-31
- Milla PJ. The pathophysiology of constipation. *Ann Nestlé*. 2007;65:55-61
- Miranda A. L. van Tilburg, , Paul E. Hyman, Lynne Walker, , Audra Rouster, Olafur S. Palsson, Sung Min Kim, and William E. Whitehead. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers. *The Journal of Pediatrics* 2015;166(3): 684-689.
- 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.
- Muştu M. Çocuklarda kabızlık-işeme bozuklukları ilişkisi. *Çocuk Cerrahisi Dergisi* 2016; 30(Ek sayı 2):110-120.
- Myo-Khin, Thein-Win-Nyunt, Kyaw-Hla S, Thein-Thein-Myint, Bolin TD: A prospective study on defecation frequency, stool weight, and consistency. *Arch Dis Child* (1994);71:311-313.
- Nam YS, Pikarsky AJ, Wexner SD, et al. Reproducibility of colonic transit study in patients with chronic constipation. *Dis Colon Rectum*. 2001; 44:86–92.
- Önal Z. , Usta M., Doğan Y., Kutlu T., Çullu Çokuğraş F., Erkan T. Çocukluk çağı kabızlığında elektrolit içeren polietilen glikol kullanımı. *Türk Ped Arşl* 2008; 43: 135-8
- Olaru C, Diaconescu S, Gimiga N, Tataranu E, Lacatus A, Burlea M. Diagnosis and management in chronic constipation in children age(part 2). *Revista Romana De Pediatrie* 2013; LXII (3):263-265.
- Olaru C, Diaconescu S, Trandafir L, Gimiga N, Stefanescu G, Ciubotariu G, Burlea M. Some risk factors of chronic functional constipation identified in a pediatric population sample from Romania. *Gastroenterology Research and Practice* (2016);1-8.
- Özdemir D F, İşeri E, Gökçe E, Demiroğulları B, Koçkar A İ, Bağbancı B, Dalgıç B. Enkoprezisi olan çocukların tedavisinde davranışçı terapi ve ilaç tedavisinin etkinliklerinin karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*: 2005; 12 (3); syf: 121-129.
- Özen H. Çocuklarda kabızlık ve dışkı kaçıрма. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004; 35:135-142
- Özkan TB. Çocuklarda fonksiyonel konstipasyon. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007; 33 (2): 87-90.
- Öztürk Y, Yiş U, Büyükgebiz B. Erken Süt çocukluğu döneminde beslenmenin, büyüme ve dışkılama özellikleri üzerine etkisi. *Deü Tıp Fakültesi Dergisi*. Cilt 21, Sayı 1,(Ocak) 2007, S: 25 – 33.
- Pashankar DS, Loening BV. Increased prevalence of obesity in children with functional constipation evaluated in an academic medical center. *Pediatrics* 2005;116:e377–e380.
- Pecora P, Suraci C, Antonelli M, De Maria S, Marracco W: Constipation and obesity: statistical analysis. *Boll Soc Ital Biol Sper*(1981); 57:2384-2388.

- Peppas G, Alexiou VG, Mourtzoukou E, et al. Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a systematic review. *BMC Gastroenterol* 2008;8:5.
- Phatak UP, Pashankar DS. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in obese and overweight children. *International Journal of Obesity* (2014);38:10;1324-7.
- Pijpers MA, Bongers ME, Benninga MA, Berger MY. Functional constipation in children: a systematic review on prognosis and predictive factors. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;50:256–68
- Procter E, Loader P. A 6-year follow-up study of chronic constipation and soiling in a specialist paediatric service. *Child Care Health Dev* 2003; 29:103-9.
- Quitadamo P, Thapar N, Staiano A, Tambucci R, Saliakellis E, Pescarin M, Coluccio C, Lindley KJ, and Borrelli O. Effect of bowel cleansing on colonic transit time measurement in children with chronic constipation. *J Pediatr* 2015;167:1440-1442.
- Rao SS, Ozturk R, Laine L. Clinical utility of diagnostic tests for constipation in adults: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005;100: 1605-15.
- Rappaport LA, Levine MD: The prevention of constipation and encopresis: a developmental model and approach . *Pediatr Clin North Am* 33:859-869,1986
- Rajindrajith S, Devanarayana NM. Constipation in children: novel insight into epidemiology, pathophysiology and management. *J Neurogastroenterol Motil.* 2011;17:35-47.
- Rajindrajith S, Deverana NM, Beninga MA. Review article: faecal incontinence in children: epidemiology, pathophysiology, clinical evaluation and management. *Aliment Pharmacol Ther* 2013; 37: 37–48
- Rogers J. Assessment, prevention and treatment of constipation in children. *Nursing Standard* 2012; 26(29): 46-52.
- Roma E, Adamidis D, Nikolara R, Constantopoulos A, Messaritakis J. Diet and chronic constipation in children: the role of fiber. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1999 Feb;28(2):169-74.
- Rouster AS, Karpinski AC, Silver D, Monagas J, Hyman PE. Functional Gastrointestinal Disorders Dominate Pediatric Gastroenterology Outpatient Practice. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016; 62: 847-851 [PMID: 26513617 DOI: 10.1097/ mpg.0000000000001023]
- Rowan-Legg A. Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee. Managing functional constipation in children. *Paediatr Child Health* 2011; 16(10): 661-670.
- Roy CC, Silverman A, Alagille D. Constipation, fecal incontinence, and proctologic conditions. In: Roy CC, Silverman A, Alagille D (eds). *Pediatric Clinical Gastroenterology*. St Louis. Mosby-Year Book Inc., 1995: 494-521.
- Rubin G, Dale A. Chronic constipation in children. *BMJ* 2006;333:1051-1055.
- Russell WK, Barnhart DC, Zobell S, Scaife ER, Rollins MD. Effectiveness of an organized bowel management program in the management of severe chronic constipation in children. *Journal of Pediatric Surgery* 50 (2015) 444–447
- Sanchez MI, Bercik P. Epidemiology and burden of chronic constipation. *Can J Gastroenterol* 2011;25(Suppl. B):11Be5B.
- Sarıkaş GN. Çocuklarda kronik konstipasyona klinik yaklaşım. *AİBÜ İzzet Baysal Tıp Dergisi* 2009; 4(2):25-30.

- Sauvat F. Severe functional constipation in child: what is the solution? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004; 38:10-14.
- Shahamat M, Daneshfard B, Najib KS, Dehghani SM, Tafazoli V, Kasalaei A. Dry cupping in children with functional constipation: a randomized open label clinical trial. *Afr J Tradit Complement Altern Med*. 2016 Jul 3;13(4):22-28.
- Sharif F, Crushell E, O'Driscoll K, Bourke B. Liquid paraffin: a reappraisal of its role in the treatment of constipation. *Arch Dis Child* 2001; 85:121-4
- Shin MY, Southwell BR, Stanton MP, Hutson JM. Signs and symptoms of slowtransit constipation versus functional retention. *J Pediatr Surg* 2002; 37:1762-5.
- Soylu OB. Clinical findings of functional and secondary constipation in children. *Iran J Pediatr* 2013; 23(3): 353-356.
- Sökücü S. Çocuklarda Kabızlık, Enkopresis. 3. Ulusal Pediatrik Gastroenteroloji ve Beslenme Kongresi Özet Kitabı 1998. Konferans 3
- Steffen R., Loening BV. Constipation and Encopresis. Philadelphia: WB Saunders Company. 1999;p.: 43-50
- Stephens JR., Steiner MJ., DeJong N., Rodean J., Hall M., Richardson T. And Berry JG. Healthcare utilization and spending for constipation in children with versus without complex chronic conditions. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017 Jan;64(1):31-36.
- Stewart ML, Schroeder NM. Dietary treatments for childhood constipation: efficacy of dietary fiber and whole grains. *Nutrition Reviews*2013; 71(2):98-109
- Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2011;106:1582-91.
- Şahin Ş, Gülerman F, Köksal T, Köksal AO. Çocuklarda kronik kabızlık olgularının değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hast Derg/Turkish J Pediatr Dis /* 2014; 3: 117-123.
- Tabbers MM, Boluyt N, Berger MY, Benninga MA. Diagnosis and treatment of functional constipation. *Eur J Pediatr*. 2011;170:955-963.
- Tabbers MM, Di Lorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, *et al*. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;58:258-74.
- Tack J, Muller-Lissner S, Stanghellini V, *et al*. Diagnosis and treatment of chronic constipation—a European perspective. *Neurogastroenterol Motil* 2011; 23: 697–710.
- Taminiau J, Benninga M. Constipation and encopresis in childhood. In: Guandalini S eds. *Textbook of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 1st ed. Taylor & Francis Group. 2004:247-258.
- 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.
- Tezcaner T, Yılmaz E. Rektum ve anal kanal: anatomi ve fizyoloji. *Turkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics* 2016;9(2):1-8.
- Tharner A, Jansen PW, Kiefte-de Jong JC, Moll HA, Hofman A, Jaddoe VW, Tiemeier H, Franco OH. Bidirectional associations between fussy eating and functional constipation in preschool children. *J Pediatr* 2015; 166: 91-96
- Torres A, Gonzalez M. Chronic Constipation. *Rev Chil Pediatr* 2015;86(4):299-304.

- Tunç V.T, Çamurdan A.D, İhan M.N, Sahin F, Beyazova U: Factors associated with defecation patterns in 0-24 month old children. *EJ Pediatr* (2008);43:669-672.
- Turan N. Aştı TA. The Effect of Abdominal Massage on Constipation and Quality of Life. *Gastroenterol Nurs.* 2016 Jan-Feb;39(1):48-59.
- Turco R, Miele E, Russo M, Mastroianni R, Lavorgna A, Paludetto R, Pensabene L, Greco L, Campanozzi A, Borrelli O, Romano C, Chiaro A, Guariso G, Staiano A. Early-life factors associated with pediatric functional constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014; 58: 307-312
- Türkey C, Aydoğan T, Özden A. Konstipasyon tanım ve epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji* 2005; 9/1: 48-52.
- Van Ginkel R, Büller HA, Boeckxstaens GE, Van der Plas RN, Taminiau JA, Benninga MA: The effect of anorectal manometry on the outcome of treatment in severe childhood constipation: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 2001;108: E9
- Van Tilburg MAL, Hyman PE, Walker L, , Rouster A, Palsson OS, Kim SM, and Whitehead WE. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers. *The Journal of Pediatrics* 2015;166(3): 684-689.
- Vandenplas Y, Alturaiki MA, Al-Qabandi W, AlRefaee F, Bassil Z, Eid B, El Belediy A, Almehaidib AI, Mouawad P, Sokhn M. Middle east consensus statement on the diagnosis and management of functional gastrointestinal disorders in <12 months old infants. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2016 Sep;19(3):153-161.
- Voskuijl W, De Lorijn F, Verwijs W, Hogeman P, Heijmans J, Makel W, Taminiau, et al. PEG 3350 versus lactulose in the treatment of childhood functional constipation : a double blind, randomised, controled multicentre tria. *Gut* 2004; 53:1590-1594.
- Voskuijl WP, van Ginkel R, Benninga MA, Hart GA, Taminiau JA, Boeckxstaens GE. New insight into rectal function in pediatric defecation disorders: Disturbed rectal compliance is an essential mechanism in pediatric constipation. *J Pediatr* 2006;48:62-67.
- Weaver LT, Steiner H: The bowel habit of young children. *Arch Dis Child* 1984; 59:649-652.
- Weaver LT, Ewing G, Taylor LC. The bowel habit of milk-fed infants. *J Pediatr Gastroenterol Nut.*7:568-571,1988
- Weaver LT, Lucas A: Development of bowel habit in preterm infants. *Arch Dis Child* 1993;68:317-320.
- Wester T. Functional constipation in children: the pediatric surgeon's perspective. *Pediatr Surg Int.* 2013 Sep;29(9):883-7. doi: 10.1007/s00383-013-3354-0.
- Wood RJ, Yacob D, Levitt MA. Surgical options for the management of severe functional constipation in children. *Curr Opin Pediatr.* 2016 Jun;28(3):370-9.
- Xinias I, Mavroudi A. Constipation in Childhood. An update on evaluation and management. *Hippokratia* 2015, 19, 1: 11-19.
- Yurdakul İ. (2001); “Konstipasyon”, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Gastrointestinal Sistem Hastalıklar Sempozyumu, 11-12 Ocak 2001, İstanbul, Syf: 71-81.
- Yoo HY, Kim MR, Park HW, Son JS, Bae SH.Colon Transit Time Test in Korean Children with Chronic Functional Constipation. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr* 2016 March 19(1):38-43.

Youssef N N, Di Lorenzo C. "Childhood Constipation Evaluation and Treatment", J Clin Gastroenterol. 2001; 33(3):199-205.

Youssef NN, Langeseder AL, Mones RL, Rosh JR: Chronic childhood constipation is associated with impaired quality of life: a case-controlled study. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2005;41: 56-60.



8. EKLER

EK-A: 0-12 AYLIK BEBEKLERDE KABIZLIK GÖRÜLME SIKLIĞININ BELİRLENMESİ ANKET SORULARI

0-12 AYLIK BEBEKLERDE KABIZLIK GÖRÜLME SIKLIĞININ BELİRLENMESİ

ANKET SORULARI

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma 0-12 aylık bebeklerde kabızlığın görülme sıklığının belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Lütfen boş yanıt bırakmayınız. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkürler.

Doç. Dr. Filiz HİSAR

Yardımcı Araştırmacı Hacer SÜTCÜ

Sosyodemografik Özellikler

1. Çocuğun Doğum Tarihi .../.../... Boy:.....
Kilo:.....
2. Çocuğunuzun cinsiyeti
1) Kız 2)Erkek
3. Çocuğunuzun doğum haftası.....
4. Çocuğunuzun doğum ağırlığı.....
5. Annenin eğitim durumu nedir?
1) Okur yazar değil 2)Okur-Yazar 3)İlkokul Mezunu
4)Ortaokul Mezunu 5)Lise Mezunu 6) Üniversite-Yüksekokul Mezunu
6. Anne çalışıyor mu?
1)Evet 2)Hayır
7. Ailenizin gelir durumu nedir?
1) Gelir giderden az 2)Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla

8. Ailenizin yapısı

- 1) Çekirdek Aile 2)Geniş aile 3)Parçalanmış aile
(Zamanı.....)

9. Çocuğunuza kim bakıyor?

- 1)Anne 2)Baba 3)Anneanne/Babaanne
4) Bakıcı 5)Diğer

Özgeçmişe Ait Özellikler

10. Çocuğunuzun geçirdiği/sürekli bir hastalığı var mı?

- 1)Evet (Açıklayınız.....) 2) Hayır

11. Çocuğunuzun sürekli kullandığı ilaç var mı?

- 1)Evet (Açıklayınız.....) 2) Hayır

12. Çocuğunuz daha önce ameliyat geçirdi mi?

- 1)Evet (Açıklayınız.....) 2) Hayır

13. Son zamanlarda çocuğunuzun hastaneye yatma öyküsü oldu mu?

- 1)Evet (Açıklayınız.....) 2) Hayır

14. Çocuğunuzun herhangi bir şeye allerjisi var mı?

- 1)Evet (Açıklayınız.....) 2) Hayır

15. Doğum şekli nasıldır?

- 1)Normal doğum 2)sezeryan

16. Gebelikte ilaç kullandınız mı?

- 1)Evet 2)Hayır

17. İlk kez emzirmeye ne zaman başladı?.....

- 1) İlk yarım saat içinde 2)Yarım saatden sonra

18. İlk süt verildi mi?

- 1)Evet 2)Hayır

19. Ek gıda veriyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır

20. Ek gıdaya ne zaman başladınız? Hafta:..... /

Ay:.....

Ek Besin Öyküsü

| Besin adı | Verilen Miktar(Bardak/Kaşık/Kase) | Ne zaman başladı |
|-----------|--------------------------------------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

21. Çocuğunuz günde kaç saat uyuyor?:.....
22. Ailede kabızlık öyküsü var mı?
1) Evet 2) Hayır
23. Ailede hastalık öyküsü var mı? (Sindirim sistemi, hormonal hastalıklar vb.)
1)Evet 2) Hayır

Kabızlık Öyküsü

24. Diğer çocuklarda kabızlık var mı?
1)Evet 2)Hayır
25. Annede kabızlık şikayeti var mı?(Şimdi veya öncesinde)
1)Evet 2)Hayır
26. Babada kabızlık şikayeti var mı?(Şimdi veya öncesinde)
1)Evet 2)Hayır
27. İlk kakasının çıkış zamanı nedir?
1)İlk 24 Saat 2) 24-48 saat arası 3) 48 saat sonrası
28. Çocuğün bezi kakalı çıkıyor mu?
1)Evet 2)Bazen 3)Hayır
29. Çocuğün her bezi çişli çıkıyor mu?
1) Evet 2)Bazen 3) Hayır
30. İdrar yolu enveksiyonu oluyor mu?
1)Sıkık 2) ara sıra 3)Hayır
31. İnek sütü alıyor mu?
1)Evet 2)Hayır

32. İnek sütüne allerjisi var mı?
1)Evet 2)Hayır
33. Dışkılama Sıklığı nedir?/ gün/ hafta
34. Gaita yoğunluğu nasıl?
1) Sert 2) Normal 3) Yumuşak 4) Diğer.....
35. Dışkılama şekli?
1)Keçi pisliği 2)sert 3) normal
36. Kabızlık şikayeti var mı?
1)Evet 2)Hayır
37. Ne zamandır kabızlık şikayeti var?.....hafta.....ay.....yıl
38. Dışkılama esnasında kan var mı?
1)Evet 2)Hayır
39. Ağrılı dışkılama var mı?
1) Evet 2) Hayır
40. Dışkıyı tutma davranışı var mı?
1) Evet 2)Hayır
41. Karın ağrısı var mı?
1)Evet 2) Hayır
42. Dışkılama sırasında huzursuzluk duyuyor mu?
1) Evet 2)Hayır
43. Bulantı-kusma var mı?
1) Evet 2) Hayır
44. Anal fissür(makatta çatlak) var mı?
1) Evet 2) Hayır
45. Kabızlığın giderilmesi için tıbbi ilaç kullanıyor musunuz?
1) Evet 2)Hayır
46. Cevabınız evetse kullandığınız ilacı yazınız.
Cevap:
47. Kabızlığın giderilmesi için evde kendiniz bir uygulama yapıyor musunuz?
(Sıvı yağ içirme, masaj uygulaması sabun konulması vb.)
1)Evet 2)Hayır

Cevabınız evetse Yapılan uygulamayı belirterek ne kadar süredir yapıldığını ve kabızlığın giderilmesinde fayda sağlayıp sağlamadığını belirtiniz.

| Yapılan Uygulama | Yapılıp yapılmama durumu | Ne kadar süredir yapıyor? | Kabızlığın giderilmesinde fayda sağladı mı? |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|
| Zeytin yağı içirme | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| Makata sabun uygulanması | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| Makata zeytin yağı uygulanması | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| Karına masaj uygulanması | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| Kayısı suyu içirme | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| Makata pekmez uygulama | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |

EK-B: 0-4 YAŞ ARASI ROMA III KRİTERLERİ

.../.../2016

KONSTİPASYON TANISI İÇİN ROMA III KRİTERLERİ

| KRİTERLER | VAR | YOK |
|--|------------|------------|
| - Haftada 2 veya daha az dışkılama | | |
| - Dışkılama alışkanlığı edindikten sonraki dönemde haftada en az 1 kez dışkı kaçıрма | | |
| - Aşırı dışkı bekletme | | |
| - Ağrılı ve sert dışkılama | | |
| - Rektumda dışkı kitlesi saptanması | | |
| - Tuvaleti tıkayabilecek kadar büyük dışkı kitlesi | | |








En az iki kriterin bir ay süreyle olması konstipasyon tanısı konulması için yeterlidir.

| Değerlendirme Sonucu Konstipasyon | VAR | YOK |
|--|------------|------------|
|--|------------|------------|

EK-C: BRİSTOL DIŞKI SKALASI

BRISTOL DIŞKI FORMU

Çocuğunuza uygun dışkılama şeklinin yanındaki kutucuğa “X” işareti koyunuz.
(Yalnızca bir tanesini işaretlemelisiniz).

| | | | |
|-------|---|--|--|
| Tip 1 |  | Fındık gibi sert dağınık yumrular (zor çıkartılan) | |
| Tip 2 |  | Sosis şeklinde ama yumrulu | |
| Tip 3 |  | Bir sosis gibi ama yüzeyi çatlaklı | |
| Tip 4 |  | Bir sosis ya da yılan gibi, pürüzsüz ve yumuşak | |
| Tip 5 |  | Kenarlarının kesimleri belli olan yumuşak taneler (kolay çıkartılan) | |
| Tip 6 |  | Düzensiz kenarlı akışkan parçalı, lapa gibi dışkı | |
| Tip 7 |  | Sulu, hiç katı parçası olmayan, Tamamıyla sıvı | |

**EK-D: NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 14567952-050/
Konu :

16/02/2016 Sayı: 699
giden
2016.02.16.699

Sayın

Doç. Dr. Filiz HİSAR
N. E. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İlgi:12.02.2016 tarihli dilekçeniz;
“0-12 Aylık Çocuklarda Konstipasyonun Görülme Sıklığının Belirlenmesi” başlıklı,
Doç. Dr. Filiz HİSAR’ ın sorumluluğunda, Hacer SÜTÇÜ’ nün yardımcı araştırmacısı olduğu
yüksek lisans tez çalışması hakkında Fakültemiz İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik
Kurulunun 12 Şubat 2016 tarihinde aldığı 2016/452 sayılı karar ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A. Zafer ÇALIŞKANER
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

Eki: 1

Adres:Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı 42080 –Meram KONYA
Tel: (0332) 223 65 00 Faks: (0332) 223 61 81

Bilgi için : Personel Şubesi Tel : (0332) 2236504

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

Toplantı Sayısı:26

Toplantı Tarihi: 12.02.2016

Karar Sayısı:2016/452; N. E. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Filiz HİSAR' ın "0-12 Aylık Çocuklarda Konstipasyonun Görülme Sıklığının Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 12.02.2016 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, yüksek lisans tez çalışmasının N. E. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Filiz HİSAR' ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.
Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Filiz HİSAR
Yardımcı Araştırmacı: Hacer SÜTÇÜ



Prof. Dr. A. Zafer ÇALIŞKANER
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkan Yardımcısı

EK-E: HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 86104336/799
Konu : Hacer SÜTCÜ'nün Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi yüksek lisans öğrencisi Hacer SÜTCÜ, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Filiz HİSAR'ın danışmanlığında "0-12 Aylık Çocuklarda Konstipasyonun Görülme Sıklığının Belirlenmesi" konulu araştırmayı 01-30 Nisan tarihleri arasında Konya Karapınar İlçesi 01,02,03 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde yapabileceği hususunda;
Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Hasan ÖZNAVRUZ
Halk Sağlığı Müdürü

OLUR
.../.../2016
Mehmet ÜNAL
Vali Yardımcısı

Belgenin Aslı
Elektronik İmzalıdır
Mehmet Ali YILDIZ
23.04.2016

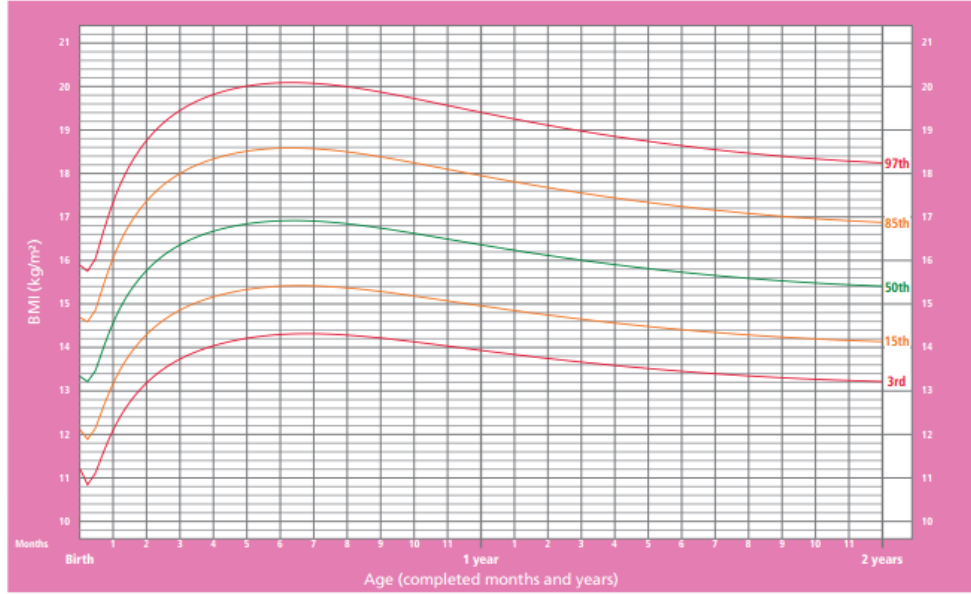
Horozluhan Mah. A. Basri Sok. No:4 42040 Selçuklu/KONYA
03322230000-1227

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d76be730-d16a-4fd5-bba8-b74e65d8f27f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-F : DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ BEDEN KİTLE İNDEKSİ PERSANTİL EĞRİLERİ

BMI-for-age GIRLS

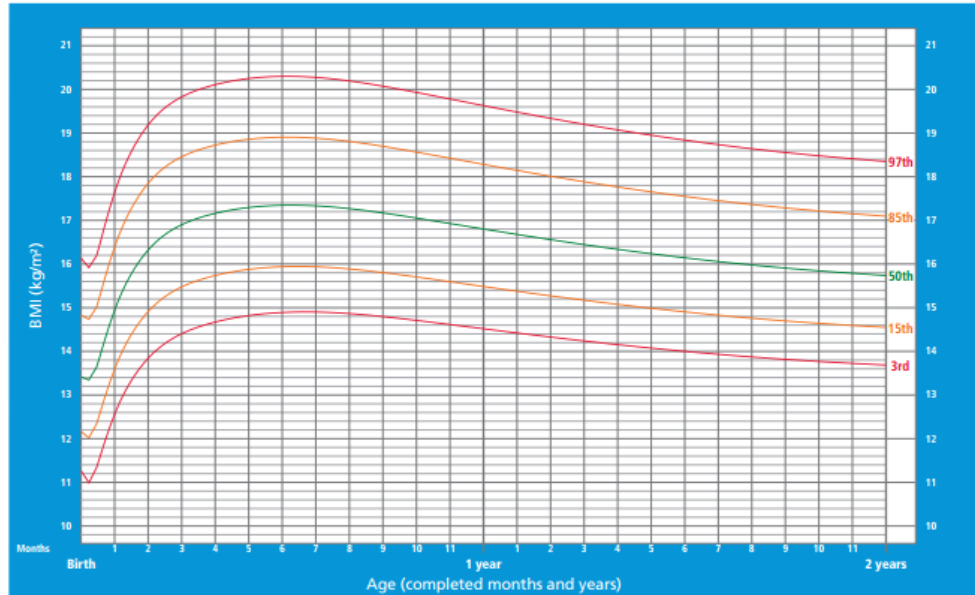
Birth to 2 years (percentiles)



WHO Child Growth Standards

BMI-for-age BOYS

Birth to 2 years (percentiles)



WHO Child Growth Standards

9. ÖZGEÇMİŞ

| |
|--|
| KİŞİSEL BİLGİLER |
| Adı Soyadı: Hacer SÜTCÜ ÇAĞLAR Doğum Tarihi: 21.10.1990 Doğum Yeri: Adana/Seyhan Medeni Hali: Evli Uyruğu: T.C. Adres: Zafer mah. İnönü cad. Nuri Osman Yeşilyurt Apt. No:176/9 Karapınar/Konya Tel: 05073674144 Fax: 03322240010 E-mail: hacer.sutcu@gmail.com |
| EĞİTİM |
| Lise : Avcılar Lisesi(2007) Lisans : Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (2012) Yükseklisans : Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2014-2017) |
| MESLEKİ DENEYİM |
| Özel Büyükşehir Hastanesi (2012-2013) Yozgat Boğazlıyan Devlet Hastanesi (2013-2014) Karapınar Devlet Hastanesi (2014- Halen) |
| YABANCI DİL BİLGİSİ: Yok |
| ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR |