

**T.C
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HERNİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN
KONSTİPASYON RİSK DURUMLARININ VE
YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve IŞIK

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Dilek AYGİN

NİSAN - 2019

T.C.




SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HERNİ AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN
KONSTİPASYON RİSK DURUMLARININ VE YAŞAM
KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Merve IŞIK

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

“Bu tez 25/4/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAAT	İMZA
Prof. Dr. Nurettin ÇINAR	Başarılı	
Dr. Dr. Dilek AYGIN	Başarılı	
Dr. Öğretim Üyesi Züleyha SİNSEL	Başarılı	

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 71522473/050.01.04/176, 02/10/2017 numarası ile onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih: .../.../.....

Merve IŞIK

İmza

TEŞEKKÜR

Başta yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen, fikir, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli danışmanım **Doç. Dr. Dilek AYGİN'e;**

Yüksek lisans eğitimimde destek olan tüm hocalarıma ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği araştırma görevlisi hocalarıma,

Yüksek lisans eğitimimde her zaman bana destek olan sevgili arkadaşım **Arş. Gör. Özge YAMAN'a;**

Veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen meslektaşlarıma ve hastalarıma;

Hayatım boyunca her konuda beni destekleyip yanımda olan sevgili eşim **Fatih Serdar IŞIK'a;**

Bu günlere gelmemi sağlayan, maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, başarılarımın en önemli nedeni sevgili annem **Hülya PEKTEMEK'e** ve sevgili babam **Sami PEKTEMEK'e** en içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum...

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR.....	V
ŞEKİLLER.....	VI
TABLolar.....	vii
ÖZET.....	ix
SUMMARY.....	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. HERNİ AMELİYATLARININ CERRAHİDEKİ YERİ VE ÖNEMİ...	4
2.1.1. Gastro İntestinal Sistem (GİS) Cerrahisi, Herni ameliyatları, Dünya'daki ve Türkiye'deki Epidemiyolojisi.....	4
2.1.2. Abdominal Cerrahi ve Ameliyat Sonrası Sık Görülen Komplikasyonlar.....	5
2.2. HERNİ AMELİYATI VE KONSTİPASYON.....	5
2.2.1. Konstipasyon Tanımı, Dünya'da ve Türkiye'deki Sıklığı.....	6
2.2.2. Boşaltım Aktivitesi ve Konstipasyon Fizyolojisi.....	8
2.3. KONSTİPASYON TANI KRİTERLERİ.....	11
2.4. ETYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ.....	14
2.5. KONSTİPASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ, TEDAVİ VE BAKIMI.....	16
2.5.1. Öykü Alma (Anamnez).....	16
2.5.2. Fizik Muayene.....	17
2.5.3. Tanı Testleri.....	18
2.5.4. Tedavi ve Bakımı.....	18
2.6. KONSTİPASYON VE YAŞAM KALİTESİ.....	23

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	24
3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular.....	24
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH.....	24
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	24
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	25
3.4.1. Hasta Bilgi Formu.....	25
3.4.2. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ).....	25
3.4.3. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ).....	26
3.5. VERİ TOPLAMA SÜRECİ.....	27
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	28
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	28
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
6.1. SONUÇLAR.....	54
6.2. ÖNERİLER.....	56
KAYNAKLAR.....	58
EKLER.....	69
ÖZGEÇMİŞ.....	81

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
GİS	: Gastrointestinal Sistem
GYA	: Günlük Yaşam Aktivitesi
KRDÖ	: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği
KYKÖ	: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği



ŞEKİLLER

Şekil 1. Defakasyon İşlevi.....	9
Şekil 2. Veri Toplama Süreci Aşamaları.....	27



TABLULAR

Tablo 1. Boşaltım Aktivitesinin Gerçekleştirilmesinde Rol Oynayan Faktörler..	10
Tablo 2. Bristol Gaita Skalası.....	12
Tablo 3. Roma Komitesi Tarafından Oluşturulan I, II, III Kriterler.....	13
Tablo 4. Konstipasyona Neden Olan Hastalıklar ve Bazı İlaçlar.....	15
Tablo 5. Laksatiflerin Özellikleri.....	22
Tablo 6. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ).....	27
Tablo 7. Hastalara Ait Tanıtıcı Özellikler (N=105)	31
Tablo 8. Hastaların Ameliyat Öncesi Tanıları, Kronik Hastalıkları, Kullanılan Anestezi Türü ve Günlük Yaşam Tarzı Alışkanlıklarına Yönelik Elde Edilen Bulgular (N=105).....	32
Tablo 9. Hastaların Ameliyat Öncesi Konstipasyona Eğilim, Laksatif Kullanımı ve Bağırsak Alışkanlıklarına Yönelik Elde Edilen Bulgular (N=105).....	33
Tablo 10. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlara Dair Tanımlayıcı İstatistikler..	34
Tablo 11. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) Güvenilirlik Sonuçları..	35
Tablo 12. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	36
Tablo 13. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Cinsiyetler Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	37
Tablo 14. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Eğitim Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	38
Tablo 15. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Meslekler Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	39
Tablo 16. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Gelir Durumları	

Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	40
Tablo 17. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından BKİ Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	41
Tablo 18. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Kronik Hastalık Varlığı Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	42
Tablo 19. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Hipertansiyon Varlığı Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	43
Tablo 20. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Diyabet Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	44
Tablo 21. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Farklı Herni Türleri Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	45
Tablo 22. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Anestezi Türleri Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	46
Tablo 23. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ile Değerşkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	47
Tablo 24. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	48

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışma, herni ameliyatı geçiren hastaların konstipasyon risk durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma, etik kurul onayı alındıktan sonra Ekim 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında, herni ameliyatı geçiren 105 hastayla gerçekleştirildi. Ameliyat öncesi hasta bilgi formu, ameliyattan sonraki üç gün içerisinde “Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ)” ameliyattan iki hafta sonra “Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ)” uygulandı. Veriler, ortalama, standart sapma, frekans dağılımı, levene, bonferonni, tamhane’s T2, bağımsız örneklem t ve ki-kare testleriyle değerlendirildi.

BULGULAR: Katılımcıların %47,6’sının 41-60 yaş arasında olduğu, %77,1’inin erkek, %73,3’ünün ilköğretim mezunu, %41,9’unun fazla kilolu olduğu belirlendi. Ameliyat öncesinde değerlendirilen hastaların çoğuna (%81) inguinal herni tanısı ile cerrahi planlandığı, ameliyat öncesinde %53,3’ünün kronik hastalığının olduğu; en sık görülen kronik hastalıkların ise hipertansiyon (%31,4) ve diyabet (%13,3) olduğu tespit edildi. Ölçeklerden elde edilen puan ortalamalarına göre; KRDÖ puan ortalaması $10,13 \pm 3,937$ olup konstipasyon açısından “hafif düzeyde risk” taşıdıkları saptandı. KYKÖ puan ortalamasının ise $61,81 \pm 18,213$ olduğu ve konstipasyona bağlı yaşam kalitelerinin olumsuz olarak etkilendiği belirlendi. KRDÖ ve KYKÖ puan medyanları; kadınların erkeklere göre, 41-60 yaş arasındakilerin 20-40 yaş aralığındakilere göre, kronik hastalığı olanların kronik hastalığı olmayanlara göre, ilköğretim mezunlarının lise/önlisans-lisans mezunlarına göre ve şişmanların normal/fazla kilolu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p < 0,05$).

SONUÇ: Çalışma sonucuna göre; herni ameliyatlarının konstipasyon açısından bir risk faktörü olduğu ve ameliyat sonrası konstipasyona bağlı yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Ameliyat öncesi bakım, ameliyat sonrası bakım, cerrahi hemşireliği, herni ameliyatı, konstipasyon riski, yaşam kalitesi.

SUMMARY

Evaluation Of Constipation Risk Status And Quality Of Life In Patients With Hernia Surgery

INTRODUCTION and OBJECTIVE: The aim of this study was to evaluate the constipation risk status and quality of life of patients undergoing hernia surgery.

MATERIALS and METHOD: The study was conducted with 105 patients who had undergone hernia surgery between October 2017 and May 2018 after the approval of the ethics committee. The patient information form was applied “Constipation Risk Assessment Scale” within 3 days after the operation and “Constipation Quality of Life Scale” 2 weeks after the operation. Data were evaluated by average, standard deviation, frequency distribution, levene, bonferroni, tamhane's T2, independent sample t and chi-square tests.

FINDINGS: Of the participants, 47.6% were between 41-60 years old, 77.1% were male, 73.3% were primary school graduates, 41.9% was be overweight. Most of the patients 81% who were evaluated before surgery were scheduled for surgery with the diagnosis of inguinal hernia; 53.3% of the patients had chronic disease before surgery and the most common chronic diseases were hypertension 31.4% and diabetes 13.3%. According to the averages of scales; The mean constipation risk assessment scale (CRAS) was $10,13 \pm 3,937$ and it was found to have “a slight risk of constipation”. Constipation Quality of Life Scale (CQLS) avarage of score was 61.81 ± 18.213 and it was determined depented on the constipation quality of life was negatively affected. Women according to men, between the ages of 41-60 according to between the ages of 20-40, those with chronic diseases according to those without chronic diseases, primary school graduates according to high school\ associate degree \undergraduate and fat according to normal and overweight, the median scores of the CRAS and CQLS were significantly higher ($p < 0.05$).

CONCLUSION: According to the results of the study; It was determined that hernia surgery was a risk factor for constipation and negatively affected the quality of life after constipation.

Keywords: Hernia surgery, life quality, preoperative care, postoperative care, risk of constipation, surgical nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Konstipasyon, toplumda oldukça sık görülen ve sıklığı kullanılan tanımlara bağlı olarak değişen bir sağlık sorunu olup gastroenteroloji polikliniklerine başvurunun en sık sebeplerinden biridir (Lembo and Camilleri 2003, Türkay, Aydoğan ve Özden 2005). Konstipasyon “*bağırsak hareketlerinde değişiklik sonucu defekasyon sırasında zorlanma, şişkinlik ve abdominal dolgunluğun eşlik ettiği, haftada üç kereden daha az, sert, kuru ve az miktarda defekasyon*” olarak tanımlanmaktadır (Craven and Hirnle 2000, Akça Ay 2008).

Günümüzde konstipasyon görülme oranı toplumlara göre farklılık göstermekle birlikte %2-28 arasında değişmektedir (Bolat 2006, Uz ve ark 2006, Turan, Atabek Aştı ve Kaya 2017). Ülkemizde popülasyona yönelik yapılan çalışma sonuçları konstipasyon görülme oranının %22-40 civarında olduğunu göstermektedir (Uysal, Khorshid ve Eşer 2010, Kaya ve Turan 2011, Orhan, Akbayrak, Kaya, Kav ve Günel 2015). Çalışmalar, konstipasyonun yaşa bağlı olmaksızın kadınlarda erkeklere göre (Kasap ve Bor 2006, Turan ve ark 2011), siyah ırkta beyaz ırka göre, çocuklarda yetişkinlere göre ve yaşlılarda gençlere oranla daha fazla görüldüğünü bildirmektedir (Savaş 2004, Kasap ve Bor 2006, Arı ve Yılmaz 2016).

Konstipasyona neden olan faktörler; yaşam biçimi faktörleri, düzenli bağırsak boşaltım alışkanlığının olmaması, yetersiz beslenme ve sıvı alma, lifsiz gıdalarla beslenme, günlük 30 dakikanın üzerinde aktif egzersiz yapılmaması, duygusal açıdan depresyona eğilim ve pelvik taban kaslarının güçsüzlüğüdür (Craven and Hirnle 2003, Akça Ay 2008). Ayrıca cerrahi alanındaki ve tanı yöntemlerindeki çarpıcı ilerlemeler, yaşlı popülasyonun artması gibi nedenlerle cerrahi yaygınlaşmış olup (İzveren ve Dal 2011, Usta ve Aygin 2015) ameliyat

sonrası yara enfeksiyonu, üriner retansiyon, üriner enfeksiyon, bulantı-kusma, abdominal distansiyon ve konstipasyon gibi bazı sorunlar da sıkça görülmeye devam etmektedir (Çilingir ve Bayraktar 2006, İzveren ve Dal 2011). Ameliyat sonrası dönemde, uzun süreli yatak istirahati, defekasyon hissi olduğunda defekasyonun gerçekleştirilmemesi yani baskılanması, sürgü kullanımı, hastane ortamında yeterli mahremiyetin/gizliliğin sağlanamaması ve bireylerin hastalığını ifade edememesi/güçlük yaşaması, ağrı yönetiminde kullanılan analjezik ilaçlar (narkotik ilaçlar ve narkotik olmayanlar), cerrahi için verilen anestezi ve ameliyat sırasındaki müdahaleler gibi nedenlerle genel cerrahi hastaları bağırsak boşaltım sorunları yaşamaktadırlar (İlhan 2007, Büyükyılmaz ve Şendir 2009, İzveren ve Dal 2011, Arı ve Yılmaz 2016).

Yukarıda da değinildiği gibi konstipasyon, genel cerrahi hastalarının ameliyat sonrası yaklaşık olarak dörtte birinde gelişebilen bir komplikasyon olup sık görülmesinin yanı sıra uygun tedavi ve bakım yaklaşımlarıyla önlenebilmektedir (Yetkin ve Kara 1998, İzveren ve Dal 2011, Ucuzal ve Aldanmaz 2015, Arı ve Yılmaz 2016). Ameliyat sonrası konstipasyon oranının yüksek olduğu bir çalışma İzveren ve Dal tarafından yapılmış ve hastaların yarısından fazlası 1. gün-2. gün konstipasyon bildirimini yapmıştır (İzveren ve Dal 2011). Abdominal bölgeyi ilgilendiren herni operasyonları da bu açıdan değerlendirildiğinde (Savaş 2009). Konstipasyon, hastaların karın içi basıncının artmasına, diyafragma hareketlerinin kısıtlanmasına neden olarak solunum sistemi ve kardiyovasküler sistemi de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durumda hastanede kalınan sürenin uzaması ve bakım maliyetlerinin artması söz konusudur . (Yetkin ve Kara 1998, Ucuzal ve Aldanmaz 2015, Ören 2016).

Ameliyat sonrası sağlık bakım hizmetinin ana amacı; meydana gelebilecek ameliyata ilişkin komplikasyonları mümkün olduğu kadar önlemek, en aza indirmek ve ortaya çıkan komplikasyonlara gerekli müdahaleleri yaparak yaşam kalitesini sürdürmektir. Bu amaca ulaşabilmek için komplikasyonlara neden olabilecek risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir (Dal, Bulut ve Güler Demir 2012). Konstipasyonun tanılanmasında, neden olan faktörlerin belirlenmesinde, konstipasyonu olan bireyin etkili baş etme stratejisi

geliştirmesinde hemşireler anahtar rol oynar (Turan ve ark 2011). En iyi düzeyde bütüncül bakım alan, etkili bir hemşirelik eğitimi verilen hastanın yaşam kalitesi yükselecek, konstipasyon semptomlarının şiddeti azalacak ve hasta memnuniyeti artacaktır. Tüm bunlar sağlık bakım hizmetinin kalitesini de yükseltecektir (Dedeli, Turan, Fadiloğlu ve Bor 2007).

Ülkemizde konstipasyona yönelik yapılan çalışma sayısının az olması ve teşhisinde zaman yetersizliği, eğitim ve farkındalık eksikliği gibi bazı sınırlılıkların olması nedeniyle konstipasyon takibi, bakımı üzerinde durulması ve dikkat çekilmesi gereken bir konudur (Kocataş ve Atalay 2001, olakoğlu, zdemir ve Hafta 2001, Gürol Arslan 2008). Dolayısıyla bu çalışma herni ameliyatı geçiren hastaların konstipasyon risk durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HERNİ AMELİYATLARININ CERRAHİDEKİ YERİ VE ÖNEMİ

2.1.1. Gastro İntestinal Sistem (GİS) Cerrahisi, Herni ameliyatları, Dünyadaki ve Türkiye'deki Epidemiyolojisi

Abdomendeki organların bir kısmının doğuştan (konjenital) veya sonradan (edinsel) zayıf noktalardan dışarı çıkması herni (fitik) olarak adlandırılmaktadır (Özer ve ark 2016). Genel cerrahi girişimlerinde karın duvarı hernileri önemli bir yer tutmaktadır. Milyonlarca insanda her yıl primer ventral, insizyonel ve inguinal herni medyana gelmekte ve bunun sonucunda toplumun %2 ile %20'sinde herni oluşmaktadır (Dilek ve Türel 2019). Literatüre bakıldığında herni görülme oranı %2-4 arasında değişmektedir (Savaş 2009). Amerika'da yılda yaklaşık 700.000 primer ve nüks herni onarım ameliyatları yapıldığı belirtilmektedir (Savaş 2009, Özer ve ark 2016).

Karın duvarı defektleri; travma, cerrahi ameliyat sonrası, insizyonel herni ya da büyük çaplı/yaygın abdominal tümörlerin eksizyonundan sonra bu defektler görülmektedir. Karın ön duvarında görülen tüm hernilerin yaklaşık %90'mı oluşturmaktadır (yaklaşık %75'i inguinal, %10'u ventral ve %3'ü umblikal herni) (Dilek ve Türel 2019). Tiplerine göre herni görülme oranları; indirekt inguinal herni (%56), direkt inguinal herni (%22), femoral herni (%6), umblikal herni (%3), ventral veya insizyonel herni (%1), özafageal-hiatus herni (%1) ve diğer herni türleridir (%2) (Savaş 2009). Genel olarak inguinal herni, erkeklerde daha sık (%86), femoral herni ise kadınlarda (%84) daha sık görülmektedir (Özer ve ark 2016). İnsizyonel herniler karın ameliyatı sonrası en sık görülen komplikasyonlardan biridir ve laparotomi insizyonları sonrasında hastaların %9-30'unda görülmektedir (Çelik ve Andaç Erbil 2019). Cerrahi alan enfeksiyonu, malnutrisyon, obezite, bağışıklık sisteminin

baskılanması (immünsupresyon), abdomen içi basınç artışına yol açan kronik sebeplerin bir çoğu insizyonel herni gelişimine neden olabilecek risk faktörleridir (Dilek ve Türel 2019).

2.1.2. Abdominal Cerrahi ve Ameliyat Sonrası Sık Görülen Komplikasyonlar

Cerrahi alanında ve tanı yöntemlerindeki çarpıcı teknolojik ilerlemeler, gerektiğinde cerrahi müdahalelerin ilk seçenek olmasına ve giderek yaygınlaşmasına yol açmıştır. Cerrahi girişimler sonrasında erken ya da geç dönemde ortaya çıkan bazı sorunlar ise hastaların sağlığını bozarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Yılmaz 2002, Miedema and Jhonson 2003, İzveren ve Dal 2011).

Abdominal cerrahi; mide, safra, karaciğer, dalak, pankreas, ince bağırsak ve kalın bağırsak gibi organlarda ortaya çıkan hastalıkları içermektedir (İzveren ve Dal 2011). En sık karşılaşılan ameliyat sonrası sorunlar arasında; yara yeri enfeksiyonu, atelektazi, paralitik ileus, üriner retansiyon ve üriner enfeksiyon sayılabilir (Yılmaz 2002, Miedema and Jhonson 2003, İzveren ve Dal 2011). Ayrıca ameliyat sonrasında bulantı-kusma, gastrik dilatasyon, abdominal distansiyon ve konstipasyon da yaygın olan GİS sorunları arasındadır (Çilingir ve Bayraktar 2006) .

2.2. HERNİ AMELİYATI VE KONSTİPASYON

Herni (Fıtık) Latince “*rüptür*”, Yunanca “*tomurcuklanma, çıkıntı*” Türkçede “*ur, kavlıç, yarımlik*” Tıpta ise “*doğuştan veya edinsel olarak karın içi organlarının periton ile birlikte, anatomik olarak zayıf bir noktadan veya travmatik bir noktadan dışarı çıkması*” anlamlarına gelmektedir (Savaş 2009, TDK http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c704fde049310.94940583 Erişim tarihi: 22.02.2019).

İnguinal herni Condon tarafından 1978’de tanımlanmış ve “spina iliaka anterior superior seviyesinin altındaki ön abdominal duvarda (inguinal bölge) akışkan, palpe edilebilir

şışlık” olarak ifade edilmiştir (Çalışkan 2008). Kesi yeri fitiği (insizyonel herni) ise abdominal operasyonlardan sonra “*karın ön duvarında kesi sonrası oluşan fitikler*”dır ve sık karşılaşılan sorunlardan biridir. Günlük yaşamda morbiditelerinden ötürü önemli iş gücü kayıplarına ve hayat kalitesinde azalmaya neden olurlar (Yur 2010).

Genel cerrahi hastalarında, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde çeşitli fizyolojik- psikolojik nedenlerle yaklaşık olarak hastaların dörtte birinde ortaya çıkabilen konstipasyon sık görülen, önlenebilir bir problem olarak görülmektedir (Yetkin ve Kara 1998, Hyde, Jenkinson, Koch and Webb 1999, İzveren ve Dal 2011). Özellikle abdominal bölgeyi ilgilendiren herni operasyonları sonrasında ortaya çıkan konstipasyon, rahatsızlık hissi vermesinin yanında birçok komplikasyona da yol açmaktadır (Savaş 2009).

Cerrahi girişimlerde ekip anlayışı içinde sunulan bakımın temel amacı; hastanın cerrahi öncesi sürdürdüğü yaşam biçimine geri dönebilmesine ayrıca günlük yaşam aktivitelerinin bağımsız şekilde yerine getirilebilmesine yardımcı olmaktır. Bu dönemde ortaya çıkabilecek sorunların erken evrede belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir (Dolgun ve Candan 2010).

2.2.1. Konstipasyon Tanımı, Dünya’da ve Türkiye’deki Sıklığı

Konstipasyon bir hastalık olmayıp, kişiden kişiye farklı yorumlanabilen, sosyal faktörlerden etkilenen ve bireylerin günlük yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen subjektif bir semptom olup, gastroenteroloji polikliniklerine en sık başvuru sebeplerinden biridir (Lembo and Camilleri 2003, Türkay ve ark 2005, Öztürk 2015, Turan ve ark 2017). Hastalara göre; “sert dışkı, dışkı sayısının seyrekliği, yoğun ıkmmanın varlığı, tam boşalamama, yetersiz dışkılamamanın olması ve tuvalette uzun zaman geçirilmesi” gibi belirtilerden bir ya da daha fazlasının bulunması konstipasyon olarak tanımlanmaktadır (Türkay ve ark 2005, Yurdakul 2007, Ören 2016).

Kişiden kişiye tanımları farklılaşan ve sağlık profesyonellerine ikinci sırada bildirilen bir semptom olmakla birlikte sıklığı %2-28 arasında değişmektedir (Schmidt and Santos

2014, Akpınar 2005, Bolat 2006, Uz 2006, Yurdakul 2007, Ören 2016). Buna rağmen, literatürde gelişmiş ülkelerde konstipasyon yakınması olanların sadece üçte birinin sağlık birimlerine başvurduğu belirtilmektedir (Türkay ve ark 2005, Korkmaz, Yüksel, Ünalacak ve Ünlüoğlu 2011). Bildirmeyenler de göz önüne alındığında bu sorunun önemi daha fazla ortaya çıkmaktadır. Kuzey Amerika'da yaklaşık olarak %15-20 oranında konstipasyon görüldüğü, yaşlılarda bu oranın %50'ye kadar çıktığı belirlenmiştir (Crane and Talley 2007). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) %4-28 olan kronik ve idiyopatik konstipasyon prevalansı İngiltere'de %10 civarındadır (Johanson 2007).

Türkiye'de görülme oranı tam olarak bilinmemekle birlikte nüfus yoğunluğuna göre konstipasyon görülme oranının %22-40 arasında değiştiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Uysal ve ark 2010, Kaya ve Turan 2011, Orhan ve ark 2015). Yapılan çalışma sonuçlarına göre; kadınlarda 2-3 kat daha fazla (Lembo and Camilleri 2003, Türkay ve ark 2005, Kasap ve Bor 2006, Turan ve ark 2011, Ören 2016), siyah ırkta beyaz ırka göre, çocuklarda yetişkinlere göre ve yaşlı bireylerde gençlere göre konstipasyon görülme oranı daha fazladır (Lembo and Camilleri 2003, Türkay ve ark 2005, Kasap ve Bor 2006, Suares and Ford 2011).

Ülkemizden çalışma örneklerine bakıldığında; Yetkin ve Kara'nın (1998) çalışmasında ameliyat sonrası konstipasyon oranı %25 olarak bildirilmiştir. Kasap ve Bor (2006) tarafından 20 ilde gerçekleştirilen ve ülke nüfusunun yaklaşık %52'sini kapsayan ilk geniş kapsamlı (n:3214) çalışmada fonksiyonel konstipasyon oranı %8.3 olarak saptanmıştır. İzveren ve Dal'ın (2011) ameliyat sonrası 1. gün ve 2. gün konstipasyon oranını inceledikleri araştırmada ise bu oran %50.7 bulunmuştur.

Sonuç olarak, konstipasyon sorunu bireyin yaşam kalitesini etkileyen, görülme sıklığı oldukça değişken olan ayrıca tanılamaya yönelik girişimler ile tedavide laksatif kullanımını arttıran bir sağlık sorunu olması, bunun yanında birçok hastalığa eşlik etmesi nedeniyle birey ve toplum için önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (Uz ve ark 2006, Dedeli ve ark 2007, Uysal ve ark 2010, Öztürk 2015).

2.2.2. Boşaltım Aktivitesi ve Konstipasyon Fizyolojisi

Boşaltım aktivitesi, bireyin yaşam boyunca yerine getirdiği ve getirmek zorunda olduğu bir günlük yaşam aktivitesidir (GYA) (Büyükyılmaz ve Şendir 2009). Boşaltım aktivitesinin gerçekleştirilmesinde rol oynayan biyolojik, fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel, ekonomik ve politik faktörler Tablo 1’de ele alınmıştır. Anestezi ve laparotomi gibi uygulamalar bağırsak hareketlerini inhibe etmekte, buna bağlı olarak bağırsaklardaki ve midedeki peristaltizm bozulmaktadır (Lubawski and Saclarides 2008, Arı ve Yılmaz 2016). Bağırsaklardaki normal peristaltik hareketler ince bağırsakta 0-24 saatte ve midede ise 24-48 saatte normale dönmekte, ancak kalın bağırsakta bu süre 120 saate kadar uzayabilmektedir (Arı ve Yılmaz 2016). Günde üç kez ve üç günde bir kez dışkılama yapılması, dışkılama sayısı açısından normal kabul edilmektedir. Konstipasyon ise (kabızlık); haftada iki kez veya daha az sayıdaki dışkılama alışkanlığı olarak değerlendirilmektedir. Ancak tek başına dışkılama sayısının azlığı konstipasyon tanısı koymak için yeterli bir kriter değildir (Şekil 1) (Türkay ve ark 2005, Arslan 2015).

Konstipasyonun tanımlanmasında bir standart oluşturabilmek amacıyla ilk olarak 1989 yılında Roma Komitesi tarafından Roma I kriterleri kabul edilmiş, bu kriterler 1998 yılında Roma II kriteri olarak yenilenmiştir (Uysal ve ark 2010, Türkay ve Saka 2016). 2006 yılında ise Los Angeles’da yapılan bir toplantıda Drossman öncülüğünde önerilen fonksiyonel kabızlık için Roma III kriterleri kabul görmüştür (Türkay ve ark 2005, Longstreth et al 2006, Uysal ve ark 2010).

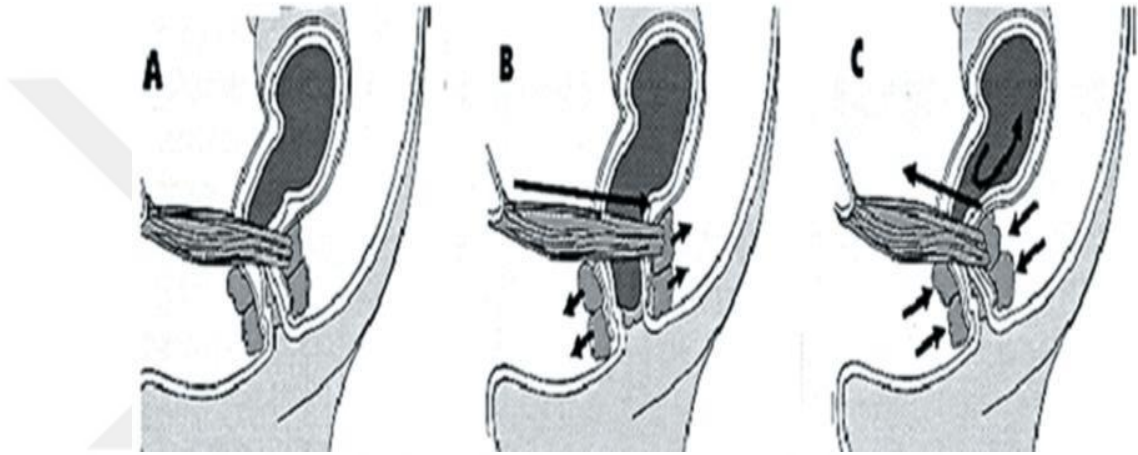
Ameliyat sonrası uzun süre yatak istirahati uygulanması, var olan defekasyon hissinin bastırılması, sürgü kullanma gerekliliği, hastane ortamında yeterli mahremiyetin/gizliliğin yeterli olmaması ve bireylerin konstipe olduğunu ifade edememesi/utanması, ağrının giderilmesi için narkotik analjeziklerin kullanılması (opioid, non-opioid), cerrahi için verilen anestezi ve ameliyat sırasındaki müdahaleler gibi nedenlerle genel cerrahi hastaları bağırsak boşaltım sorunları yaşamaktadırlar (İlhan 2007, Büyükyılmaz ve Şendir 2009, İzveren ve Dal 2011, Arı ve Yılmaz 2016). Dolayısıyla konstipasyona bağlı olarak hastaların karn içi basıncının artması, diyafragma hareketlerinin kısıtlanması gibi

nedenlerle solunum sistemi ve kardiyovasküler sistem olumsuz yönde etkilenmekte, hastanede kalınan süre uzamakta ve bakım hizmeti maliyeti yükselmektedir (Yetkin ve Kara 1998).

A) Normal Durum

B) Defekasyon Sırasında

C) Defekasyonu Erteleme



Şekil 1. Defekasyon İşlevi

Kaynak: Smout and Akkermans 1992, Öztürk 2015

Tablo 1. Boşaltım Aktivitesinin Gerçekleştirilmesinde Rol Oynayan Faktörler.

Biyo-fizyolojik Faktörler
• Yaş
• Hareketsizlik, kesin yatak istirahatinde bulunma zorunluluğu
• Fiziksel egzersiz uygulama durumu
• Beslenme alışkanlığı, tercih edilen besinler, sıvı alımı vb.
• Bağırsak boşaltım alışkanlığı, sıklığı, dışkıının özelliği vb.
• Geçmiş olumlu/olumsuz ameliyat deneyimi
• Geçirilen ameliyat türü
• Ameliyat sonrası dönemde boşaltım aciliyetinde, sıklığında, miktarında, renginde değişim varlığı/yokluğu
• Ağrı varlığı/yokluğu, lokalizasyonu, özelliği, şiddeti ve süresi
• Kullanılmakta olan ilaçların türü
Psikolojik Faktörler
• Hafıza, algılama yeteneği
• Tuvalet eğitimi
• Defekasyon hissini bastırma/erteleme, sorunu paylaşmaktan kaçınma
• Anksiyete vb. sorunlar
Sosyo-kültürel Faktörler
• Eğitim düzeyi
• Kültür, inançlar ve tutumlar
• Bilgi düzeyi (koruyucu ve rahatlatıcı uygulamalar vb.)
Çevresel Faktörler
• Tuvaletin türü, yeri ve temizliği
• Gizliliğin yeteri kadar sağlanabilmesi
• Sürgü kullanımı
Politik ve Ekonomik Faktörler
• Gelir düzeyi
• Sosyal güvence varlığı/yokluğu
• Hasta odasında tuvalet/banyo bulunması

Kaynak: (Büyükyılmaz ve Şendir 2009, Olgun 2013)

Genel anlamda konstipasyona yönelik çalışma sayısının yeterli kanıt oluşturacak düzeyde olmaması, ameliyat sonrasında sık karşılaşılan bir sorun olmasının yanında (Yetkin ve Kara 1998, İzveren ve Dal 2011, Arı ve Yılmaz 2016), farklı tanımlamalar yapılması ve etkili bir şekilde teşhis edilememesi (Kocataş ve Atalay 2001, Çolakoğlu ve ark 2001, Gürol Arslan 2008) bu konunun üzerinde durulması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca

literatür incelendiğinde, herni ameliyatları sonrasında hastaların yaşadıkları konstipasyon sorunu ve buna ilişkin yaşam kalitelerinin nasıl etkilendiğine ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

2.3. KONSTİPASYON TANI KRİTERLERİ

Sağlıklı kişilerin %99'unda defekasyon alışkanlığı haftada üç veya günde üç olarak değişmektedir. Ancak sağlıklı bireylerde ya da hastanede herhangi bir nedenle yatmakta olan hastalarda defekasyon alışkanlığı çeşitli nedenlerle değişebilmektedir (Yurdakul 2007, Ören 2016). Konstipasyon belirtileri ve tanımlamada bir standart oluşturabilmek amacıyla Roma Komitesi tarafından oluşturulan kriterler Tablo 3.'de verilmiştir. Roma III Kriterlerine göre hastanın konstipasyonu var diyebilmek için; konstipasyon şikayetinin hastaneye başvurmadan altı ay öncesinden itibaren başlamış olması ve üç ay boyunca ayda üç kez veya daha fazla konstipasyondan yakınması gerekmektedir (Yurdakul 2007, Öztürk and Rao 2007, Öztürk 2015). Buna ilave olarak konstipasyon tanısı Bristol Gaita Skalası (BGS) ile de konulmaktadır (Woodward 2012).

Konstipasyon Belirtileri;

- Bağırsak seslerinde azalma
- Rektal dolgunluk hissinin bildirilmesi
- Rektumda basınç hissinin bildirilmesi
- Defekasyonda ağrı ve zorlanma
- Fekal tıkaçın palpasyonu
- Boşaltımda yetersizlik hissetme
- Sert, katı bir şekilde gaita
- Defekasyon sayısında azalma
- Abdominal distansiyon
- Baş ağrısı, halsizlik, iştahta azalma
- Kramp şeklinde karın ağrısı

- Kusma
- Karında gerginlik
- Bölgesel duyarlılık (Carpenito 1997).

Tablo 2. Bristol Gaita Skalası

THE BRISTOL STOOL FORM SCALE		<i>Dışkı görünüm ve katılığına göre 7 tipe ayrılır.</i>
<i>Type 1</i>	 Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)	Tip 1: Keçi pisliği tarzında, topak topak ve parça parça sert dışkı
<i>Type 2</i>	 Sausage-shaped but lumpy	Tip 2: Daha büyük ve birleşik topaklanma
<i>Type 3</i>	 Like a sausage but with cracks on its surface	Tip 3: Daha az kalın, daha yumuşak kıvamlı, yüzeyinde derin olmayan çatlakların olduğu dışkı
<i>Type 4</i>	 Like a sausage or snake, smooth and soft	Tip 4: Yılan veya sosis gibi pürüzsüz, kaygan yüzeyli ve yumuşak kıvamlı dışkı
<i>Type 5</i>	 Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)	Tip 5: Kenar verecek kıvamda parça parça dışkı
<i>Type 6</i>	 Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool	Tip 6: Yumuşak kıvamlı, su içeriği daha fazla, parça parça dışkı
<i>Type 7</i>	 Watery, no solid pieces ENTIRELY LIQUID	Tip 7: Sert ya da yumuşak, katı dışkı içeriği hiç olmayan sulu dışkı

(Lewis and Heaton 1997, Woodward 2012, Trads, Hakonson and Pedersen 2017).

Tablo 3. Roma Komitesi Tarafından Oluşturulan I, II, III Kriterler.

Roma I Tam Kriterleri
<p><i>En az üç ayda aşağıdaki kriterlerden iki veya daha fazlası olmalı</i> Defekasyon zamanının dörtte birinde veya daha fazlasında zorlanma ($\geq 1/4$) Kalın ve/veya sert dışkı, zamanının dörtte birinde veya daha fazlasında var ($\geq 1/4$) Yetersiz dışkılama hissi, tam boşalamama, zamanının dörtte birinde veya daha fazlasında var ($\geq 1/4$) ve/veya Haftada iki veya daha az bağırsak hareketi (≤ 2) <i>*Karın ağrısı gerekmez, yumuşak dışkı yoktur ve IBS için kriterler yetersizdir. Bu kriterler laksatif alan hastaya uygulanamaz (Türkay ve ark 2005).</i></p>
Roma II Tam Kriterleri
<p><i>Son 12 ayın en az 12 haftasında (birbirini takip etmesi gerekmeyen) aşağıdaki kriterlerden iki veya daha fazlası olmalı</i> Defekasyonun dörtte birinde veya daha fazlasında zorlanma ($\geq 1/4$) Kalın ve/veya sert dışkı, zamanının dörtte birinde veya daha fazlasında var ($\geq 1/4$) Yetersiz dışkılama hissi, tam boşalamama, zamanının dörtte birinde veya daha fazlasında var ($\geq 1/4$) Anorektal obstürüksiyon, blokaj hissi, zamanının dörtte birinde veya daha fazlasında var ($\geq 1/4$) Manuel manevraların kullanımı, zamanının dörtte birinde veya daha fazlasında var ($\geq 1/4$) (örn: parmakla müdahale ve/veya pelvik tabanın desteklenişi) Haftada iki veya daha az bağırsak hareketi (≤ 2) <i>*Yumuşak dışkı yoktur ve IBS (İrritabl Bağırsak Sendromu) için kriterler yetersizdir (Yurdakul 2001, Akpınar 2005, Türkay ve ark 2005, Öztürk 2015).</i></p>
Roma III Tam Kriterleri (2006)
<p>1. Konstipasyon tanısı için aşağıdakilerden 2 ya da daha fazlası mutlaka olmalıdır*: A. Defekasyonların en az %25'inde zorlanma B. Defekasyonların en az %25'inde topak topak ya da sert dışkı C. Defekasyonların en az %25'inde tam olmayan boşaltım hissi D. Defekasyonların en az %25'inde anorektal obstrüksiyon/blokaj hissi E. Defekasyonların en az %25'ini kolaylaştırmak üzere elle müdahale (ör: parmakla boşaltım, pelvik zemine destek) F. Haftada üçten az defekasyon 2. Laksatifler kullanılmadığı zaman gevşek dışkının nadir görülmesi 3. İrritabl bağırsak sendromu için yetersiz kriter bulunması <i>*Semptom başlangıcı tanıdan en az altı ay öncesine dayanmak üzere kriterler son üç ayda gerçekleşmelidir (Yurdakul 2007, Öztürk and Rao 2007, Öztürk 2015).</i></p>

2.4. ETYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Konstipasyona neden olan faktörlerin belirlenmesi, bu faktörlere göre uygun baş etme mekanizmalarının geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir (Turan ve ark 2011). Yetersiz sıvı alımı, düşük kalori alımı, eşlik eden hastalıkların varlığı, sedanter yaşam tarzı, kırsal kesimlerde yaşama, düşük gelir ve eğitim düzeyi, depresyon gibi psikolojik hastalıkların var olması, kullanılan ilaçlar (opioidler, diüretikler, antidepresanlar, antihistaminikler, kalsiyum kanal blokerleri, antispazmotikler, antikonvülzan ilaçlar, Parkinson ilaçları vb.) birlikte çoklu ilaç kullanımı bireyler için birer risk faktörüdür (Lembo and Camilleri 2003, Türkay ve ark 2005). Konstipasyona neden olan hastalıklar ve bazı ilaçlar özet olarak Tablo 4’te ele alınmıştır. Konstipasyon risk faktörleri arasında; yeni doğanlar ve çocuklar, 55 yaş üzeri yetişkinler, yakın zamanda geçirilmiş abdominal veya perianalpelvik cerrahi, gebelik, sedanter yaşam tarzı, fiber/liften fakir diyet, yetersiz sıvı tüketimi, çoklu ilaç kullanımı (polifarmasi, özellikle yaşlılarda fazla), laksatiflerin kötüye kullanımı, kabızlığa neden hastalıklar, bakıma muhtaç hastalar, seyahat ve kronik kabızlık öyküsü yer almaktadır (Bengi 2012, Öztürk 2015). Uz ve arkadaşlarının (2006) 1000 hasta ile retrospektif olarak yaptığı bir çalışmada, konstipe hastaların kullandığı ilaçlar arasında; aspirin, kalsiyum kanal blokerleri, antidepresan, kalsiyum preparatı, antipsikotik ve demir preparatlarının yanı sıra, ayrıca aspirin %15.5 ile ilk sırada kalsiyum kanal blokerleri %7 ile ikinci sırada en sık kullanılan ilaçlar arasında yer almıştır.

Tablo 4. Konstipasyona Neden Olan Hastalıklar ve Bazı İlaçlar

<p>Endokrin ve metabolik hastalıklar</p> <ul style="list-style-type: none">• Diabetes mellitus• Hiperkalsemi• Hipokalemi• Hipomagnezemi• Hiperparatroidizm• Hipotroidizm• Üremi• Ağır metal zehirlenmesi• Gebelik	<p>Yapısal anormallikler</p> <ul style="list-style-type: none">• Anal fissür, sertlik (strictures)• Hemoroidler• Kolon kanseri• Rektosel• Megakolon• İnflamatuvar barsak hastalığı• Obstrüktif kolonik kütle, lezyon• Rektal prolapsus ya da rektosel
<p>Nörolojik hastalıklar</p> <ul style="list-style-type: none">• Otonomik nöropati• Serebrovasküler hastalık• Hirschprung hastalığı• Multiple skleroz• Parkinson hastalığı• Spinal kord hasarı veya tümörü	<p>Fonksiyonel nedenler</p> <ul style="list-style-type: none">• Diyete ilişkin faktörler• Sedanter yaşam• Motilite rahatsızlıkları
<p>Bazı ilaçlar</p> <ul style="list-style-type: none">• Opiatlar• Antikolinergik ilaçlar• Trisiklik Antidepresanlar• Kalsiyum Kanal Blokerleri• Antiparkinson İlaçlar• Sempatomimetikler• Antipsikotikler• Diüretikler• Antihistaminikler• Antiasitler• Non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar• Antidiyaretik ilaçlar	<p>Psikolojik durumlar</p> <ul style="list-style-type: none">• Anksiyete• Depresyon• Somatizasyon

Kaynak: Locke GR 3rd, Pemberton and Phillips 2000, Yurdakul 2001, Savaş 2004, Türkay ve ark

2005

2.5. KONSTİPASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ, TEDAVİ VE BAKIMI

Kabızlığı olan hastanın ilk değerlendirmesi anamnez ve fizik muayene ile başlamaktadır. Seçilmiş vakalarda endoskopik ve radyolojik değerlendirmeler bunun yanı sıra laboratuvar testleri de uygulanabilir. Konstipasyonu olan bireyin değerlendirilmesinde yalnızca o andaki konstipasyon durumu değil, ayrıca konstipasyona neden olan ve alta yatan diğer etmenlerin de gözden geçirilip incelenmesi ve tedavide uygun yöntemlerin seçilmesi önemlidir (Dosh 2002).

2.5.1. Öykü Alma (Anamnez)

Öyküde hastanın konstipasyon denildiğinde bunu nasıl anladığı ve tanımladığı, konstipasyonun türü ve konstipasyona neden olan faktörler değerlendirilmelidir (Olgun 2013). Hastanın var olan sistemik hastalıkları, konstipasyon belirtileri, konstipasyonun süresi ve hastanın yaşam tarzı önemlidir. Tüm sorulara verilen yanıtlar mutlaka kaydedilmelidir. Ayrıca hastaların daha önce cerrahi girişim geçirip geçirmediği, gıda alım ve sıvı alım miktarı, laksatif kullanımı ve beslenme şekli öğrenilmelidir (İnce ve Renzi 2011).

Anamnezde hastaya sorulması gereken sorular; (Dambro 1997)

- Konstipasyon şikayetiniz ne kadar süredir var?
- Bağırsak hareketlerinizde son zamanlarda herhangi bir değişiklik oldu mu?
- Bağırsak hareketlerinizin sıklığı nedir?
- Defekasyonunuz ani mi olur, zor mu olur?
- Genel olarak gaitanızın kıvamı nasıldır?
- Her defekasyon gereksiniminiz olduğunda, bu defekasyonla mı sonuçlanır?
- Bağırsak hareketlerinize ağrı eşlik ediyor mu?
- Defekasyon esnasında gaitanızda hiç kan olduğunu gözlemlediniz mi?

2.5.2. Fizik Muayene

Fizik muayeneyi özetleyecek olursak; (Savaş 2004, Sevinç 2007, Korkmaz ve ark 2011, Atmaca 2012, Öztürk 2015).

- Fizik muayenede genel görünüm değerlendirilmelidir.

Beslenme problemi var mı?

Boy-vücut ağırlığı oranı nasıl görünüyor? Kaşektik mi, normal mi, fazla kilolu mu, yoksa obez mi?

Cilt rengi nasıl? Sarılık ya da solgunluk var mı?

Yüz ifadesi nasıl?

Vücut duruşu nasıl? Dik mi duruyor?

Ağrı bulgusu olabilecek hareketleri var mı?

- Konstipasyona neden olabilecek sistemik ve nörolojik bulgular özellik le araştırılmalı.
- Abdominal değerlendirmeye yönelik elde edilecek subjektif veriler; abdominal ağrı, iştah durumu, bulantı, kusma, disfaji (yutma güçlüğü), yiyecek intoleransı, bağırsak alışkanlıkları, ilaç-alkol kullanımı, beslenme durumu, özgeçmişi ve soygeçmişi.
- Ağız değerlendirmesi: Farklı tipteki yiyeceklerin (örneğin; meyve ya da arttırılmış lif alımı) toleransını etkileyecek olan dişlerin yapısı ve yutkunma durumu.
- Hipotroidizm belirtilerinin kontrol edilmesi (Hareketin ve konuşmanın yavaşlaması, tendon reflekslerinde gecikme, bradikardi, saçlarda kabalaşma, periorbital ödem, diyastolik hipertansiyon vb.).Oskültasyon ile abdominal değerlendirme: Bağırsak seslerinin varlığı ya da yokluğunun belirlenmesi.
- Perianal bölgenin inspeksiyonu ile dış hemoroidler, anal fissür, rektal prolapsus olup olmadığı araştırılır.
- Abdominal distansiyonun inspeksiyonla kontrol edilmesi. Duyarlılığın gözden kaçırılmaması.
- Kolonda var olan sert fekal kütlelerin (fekal tıkaç) abdomenden palpe edilmesi.

- Hemoroidler ya da anal fissür, enflamasyon gibi konstipasyona neden olabilen diğer durumların görsel olarak kontrol edilmesi.
- Tuşe ile rektal inceleme yapıp, rektumun yapısı, dışkının rengi, kıvamı ve yoğunluğunun belirlenmesi. Rektal tuşe ile konstipasyonun neden olduğu sertleşmiş dışkı fark edilebilir.
- Depresyon, anksiyete ve somatizasyon durumunun belirlenmesi.

2.5.3. Tanı Testleri

Anamnez ve fizik muayeneden sonra seçilmiş olgularda tanıya yönelik yardımcı testler uygulanabilir (İnce ve Remzi 2011). Laboratuvar testlerinde; tam kan incelemesi, tiroid stimulan hormon (TSH), kalsiyum, glukoz, potasyum ve kreatinin düzeyleri incelenmelidir. Dışkıda gizli kan test edilmelidir. Fleksibl sigmoidoskopi ve kolonoskopi, direk ve baryumlu grafiler, radyopak marker incelemeleri, rektal USG testleri, anorektal manometri, balon defekasyonu testi, defekografi konstipasyon tanısında kullanılan diğer yöntemlerdir (Bolat 2006, Yurdakul 2007).

2.5.4. Tedavi ve Bakımı

Tedavide ilk basamak, altta yatan nedenlerin ortaya konulmasıdır. Konstipasyon yönetimi farmakolojik tedavi, cerrahi tedavi, yaşam biçimi değişiklikleri ve nonfarmakolojik tedavileri içermektedir (Öztürk 2015). Konstipasyon bireylerin yaşam kalitesini ileri derecede kötü etkilemesine karşın tedavi edilme olasılığı %66 civarında olmaktadır (Demirbaş 2010). Konstipasyon hemşire, hekim, fizyoterapist, eczacı ve diyetisyeni içeren ekip ile iş birliği içerisinde tedavi edilebilmektedir (Turan ve Aştı 2015). Konstipasyon tedavisinin amacı; yumuşak gaita çıkışının sağlanması, bağırsak hareketlerinin normale dönmesini ve haftada en az üç kez zorlanmadan dışkılamanın gerçekleşmesini sağlayarak konstipasyonu rahatlatmak ve hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır (Bengi, Yalçın ve Akpınar 2014). Konstipasyon tedavisi bireyin yaşam şekli ve şikayetleri dikkate alınarak planlanmalıdır (Akbayrak, Demirtürk, Karakaya, Ekici ve Kaya 2006).

Kronik konstipasyonda öncelikle hastalara tuvalet eğitimi verilmelidir. Eğitim sırasında; (Savaş 2004, Bolat 2006, İnce ve Remzi 2011, Korkmaz ve ark 2011)

- Bireyin her gün belli bir zamanını defekasyon (dışkılama) için ayırması gerekmektedir.
- Dışkılama her gün aynı saatte, stresten uzak uygun koşulların olduğu bir ortamda, acele edilmeden ve uygun vücut postürü ile gerçekleşmelidir.
- Tuvalet ihtiyacı hissedildiğinde ertelenmemeli ve hemen tuvalete gidilmelidir.
- Konstipasyon şikayeti olan bireyler tercihen sabah kalktıktan ve kahvaltı sonrasındaki iki saat içinde gevşemeli ve en az 10 dakika tuvalete giderek beklemelidirler.
- Sabah uyandıktan sonra tüketilen bir bardak ılık su gastrokolik refleksi (kahvaltıda yağlı gıdalar tüketme, kahve gibi içecekler de bu refleks uyarır) uyararak kolon transitini ve defekasyonu uyarmaktadır.
- Alaturka tuvaletlerde çömelmenin intraabdominal (karın içi) basıncı daha fazla arttırmasından dolayı ilk olarak tercih edilmesi ve mümkün değilse alafanga tuvalette ayağın altına 15 cm bir basamak konulması gerektiği söylenmelidir.
- Beş dakikadan uzun süren ıkınma ile aşırı (zorlayıcı) ıkınmadan kaçınılmalıdır.
- Nonfarmakolojik yöntemler arasında; diyet, fiziksel aktivite ve diğer var olan hastalıkların tedavisi yer almaktadır.
- Diyet eğitimi verilmemesi gereken öneriler:
- Tedavide ilk basamak artmış fiber ve su alımı, egzersiz, hastayı kabızlık ile ilgili bilgilendirme ve yaşam tarzı değişikliklerini kapsar.
- Diyetisyen eşliğinde beslenme tedavisi ayarlanmalı, düzenli yemek yemesi sağlanmalıdır.
- Günlük bağırsak hareketlerin kazandırılması sağlanmalı (yürüyüş, koşu...) Günlük yaşantıda yürüyüş gibi egzersizler düzenli olarak yapılmalıdır.
- Öncelikle beslenme tarzı bol lifli ve posa bırakan gıdalardan seçilmeli ve günde 10 bardaktan daha az olmayacak şekilde su içilmelidir.
- Sabah aç karına oda ısısındaki bir bardak su içilmeli.
- Bireylere suda erimeyen gıdalar (baklagiller gibi) önerilmeli ve lif tüketimi günde 20 ile 35 gram arasında olmalıdır.

- Suda eriyen gıdalar (yeşil sebzeler vb.) suda erimeyen gıdalarla birlikte dengeli bir şekilde tüketilmelidir.
- İlaç tedavisi almadan normal barsak fonksiyonu sağlanabileceği vurgulanmalıdır. Ancak doğal yöntemlerden sonuç alınmaz ise ilaç tedavisine başlanmalıdır.
- Bazı ağrı kesiciler antideprasanlar, demir preparatları, antiasitler ve spazm, antispazmatikler konstipasyona neden olacağı hastaya anlatılmalıdır.
- Barsak alışkanlıklarında belirgin ve uzun süreli değişiklikler olduğunda doktora başvurması gerektiği anlatılmalıdır.

Konstipasyon tedavisinde yeterli posa alımı ile birlikte yeterli sıvı alımı da olmalı ve günlük 1,5-2 litre arasında sıvı alınmalıdır (Hyde et al 1999). Ayrıca yeterli oranda alınan sıvı gıdalar ile düzenli yapılan egzersizin bağırsak hareketleri üzerinde olumlu etki gösterdiği ve kabızlığı önlediği düşünülmektedir (İnce ve Remzi 2011). Düşük fiziksel aktivite konstipasyon riskini iki kat arttırmaktadır. Bu tedavilerin yanısıra fonksiyonel defekasyon bozukluğunda pelvik taban kasları ve eksternal anal sfinkter kaslarının yetersiz kontraksiyonları biofeedback ile tedavi edilebilmektedir (Yurdakul 2007). Pelvik taban kaslarının gevşemesi amacıyla yapılan egzersiz türü biofeedbacktir. Bu egzersizin amacı gevşemeyi dolayısıyla defekasyon yapabilmeyi sağlamaktır (Demirbaş 2010).

Farmakolojik tedavi; yaşam tarzı değişiklikleri ve liften zengin diyet önerilerine yanıt vermeyen hastalara uygulanmaktadır (Savaş 2004). Farmakolojik tedavi için laksatifler tercih edilmektedir. Bunlarda kendi içinde; dışkı kitlesi oluşturan laksatifler, dışkı yumuşatıcı laksatifler, ozmotik laksatifler, stimülan laksatifler olarak sınıflandırılmaktadır (Tablo 5) (Bengi ve ark 2014).

Medikal tedaviye dirençli hastalarda cerrahi tedavi uygulanabilmektedir. Cerrahi müdahale öncesinde problem sadece kolonda mı, yoksa herhangi bir nöromüsküler hastalıktan mı kaynaklanıyor emin olunmalıdır (İnce ve Remzi 2011). Kolektomi, tedavisi güç konstipasyonlarda hastaların sadece defekasyon sorunu yaşamadığı ve medikal tedavi başarısız ise uygulanabilir (Yurdakul 2007). Cerrahi etiyojisi tam olarak bilinmediği için

cerrahi yaklaşım deneme yanılma yoluyla uygulanmıştır. Cerrahi tedavinin başarısı yüksek olduğu halde, daima cerrahi en son seçenek olarak düşünölmelidir. Ayrıca karın ağrısını sonlandırmak için veya psikolojik problemlili hastalarda cerrahi uygulanmamalıdır (İnce ve Remzi 2011). Cerrahi düşünmek için en az beş kriter olması gerekmektedir;

- Kronik, ciddi ve tıbbi tedaviye yanıtız konstipasyon yakınması olanlar
- Yavaş kolonik geçişli konstipasyon paterni olanlar
- Hastanın radyolojik ve manometrik çalışmalarla gösterilen intestinal pseudo obstrüksiyonunun olmaması
- Anorektal manometride pelvik taban disfonksiyonunun olmaması
- Hastada karın ağrısı semptomunun baskın olması (Demirbaş 2010, Bengi ve ark 2014).

Tablo 5. Laksatiflerin Özellikleri

İlaç	Etki Süresi	Dozu	Endikasyon	Yan Etki
Kitle oluşturanlar				gaz ve şişkinlik
Psyllium	12-72 sa	10-20 gr suyla		Şişkinlik, kramp
Metil selüloz	12-72 sa	3-6 gr/gün suyla	İlmlı kabızlıkta	Karın şişliği, gaz
Polikarbofil	24-48 sa	4-8 gr/gün		Daha az şişkinlik
Dışkı yumuşatıcılar			Sertleşmiş dışkıda ve parsiyel bağırsak obstrüksiyonunda	
Dokuzat sodyum kalsiyum	24-72 sa	100 mg/gün 2 kez	Diğer laksatiflerle birlikte	Kontakt dermatit
Osmotik laksatifler				
Magnezyum hidroksit	1-3 sa	30-60 ml/gün		Gaz,hipermagne zemi, hipokalemi
Laktuloz	24-48 sa	10-30 mg/gün 2 kez		Gaz, kramp, hipokalemi
Sorbitol	24-48 sa	10-30 mg/gün 2 kez		Gaz, kramp, hipokalemi
Polietilenglikol	4-48 sa	10-30 mg/gün 2 kez	Hasta kabız ve su içebiliyorsa	Karın ağrısı, şişkinlik, bulantı
Gliserin	15-60 dak.	2-3 gram sup.		Rektal iritasyon
Stimülanlar				
Senna (antrakinolonlar)	6-12 sa	12-30 mg/gün		Kramp,hipokalemi
Bisakodil	6-12 sa	10-30 mg/gün		Gaz, şişkinlik
Lavmanlar				Mekanik travma
Fosfat enema	5-15 dak.			KKY ve KBY de su - elektrolit bozukluğu
Mineral yağ	6-8 dak.	100-250 ml/gün		İnkontinans
Bisakodil	15-60 dak.	10 mg sup.		Rektal iritasyon

Kaynak: Bengi ve ark. 2014

2.6. KONSTİPASYON VE YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, “kişinin içinde bulunduğu durum ile umutları ve beklentileri arasındaki farkı” yansıtmaktır. Burada kişinin beklentilerinin şekillenmesinde yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durumu, mesleği, fiziksel egzersiz kapasitesi, fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlık açısından iyilik hali, bireyin bağımsız olarak aktif olması, kendisini iyi hissetmesi gibi birçok değişken rol oynamaktadır. Genel bir iyilik hali olarak görülen yaşam kalitesi, aynı zamanda bireysel memnuniyetin, yaşam doyumunun önemli bir göstergesidir (Erdoğan, Soyuer, Şenol ve Arman 2006, Peel, Bartlett and Marshall 2007).

Konstipasyon bir hastalık olmayıp, kişiden kişiye farklı yorumlanabilen, sosyal faktörlerden etkilenen ve bireylerin günlük yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen subjektif bir semptomdur (Bengi ve ark 2014, Öztürk 2015). Konstipasyon, yaşamı tehdit edici bir sorun olmamasına karşın sağlık bakım kuruluşlarına bildirim oranlarının yüksek olması ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi yönünden önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir (Dedeli ve ark 2007, Uysal ve ark 2010). Bireyin yaşam kalitesinin düşmesi, tükenmişliğe ve iş gücü kaybına yol açmakta ve sağlık bakım maliyetlerini arttırmaktadır (Akbayrak ve ark 2006, Demirbaş 2010, Kaya ve Turan 2011). ABD’de her yıl 2.5 milyondan fazla kişi kabızlık nedeniyle doktora başvurmakta ve yılda yaklaşık sekiz yüz milyon dolardan fazla maliyeti olmaktadır (İnce ve Remzi 2011).

Sonuç olarak, genel cerrahi hastalarının dörtte birini etkileyen, abdominal bölgeyi ilgilendiren herni operasyonları sonrasında da gelişme riski olan konstipasyon konusunda yapılmış olan herhangi bir çalışma bulunmadığı için bu çalışma planlandı. Dolayısıyla konstipasyona yönelik risk faktörlerini belirlemek hem de konstipasyona bağlı yaşam kalitesi nasıl etkileniyor bunu araştırmak ve hastaları bu açıdan değerlendirmek amacıyla bu çalışma yapıldı.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanan çalışmanın amacı, herni ameliyatı geçiren hastaların konstipasyon risk durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesidir.

3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- Herni ameliyatı sonrası konstipasyon riski yüksek mi?
- Konstipasyon hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde mi etkiliyor?
- Herni ameliyatı geçiren hastaların konstipasyon risk puanları yüksek mi?
- Herni ameliyatı geçiren hastaların konstipasyon yaşam kalitesi puanları yüksek mi?

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH

Çalışma, resmi izinler alındıktan sonra Ekim 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi'nde herni ameliyatı planlanan ve uygulanan hastalar ile gerçekleştirildi.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, çalışmanın gerçekleştiği dönemdeki herni ameliyatı geçiren hastalar (N=200) oluşturdu. Örneklem dahil edilecek hasta sayısı (n), basit rastgele örneklem formülü ile hesaplandı ve minimum hasta sayısı 99 olarak belirlendi. Bu araştırmanın örneğine 105 hasta dâhil edildi.

$$n = \frac{200 \times (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)}{(0,07)^2 \times (200 - 1) + (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)} = 99$$

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

- Araştırmaya katılmada gönüllü olması,
- 18 yaş ve üzerinde olması,
- Bilincinin açık olması,
- İşitme ve konuşma sorununun olmaması,
- Okuryazar olması,
- Türkçe anlayabilmesi ve konuşabilmesi,
- Psikiyatrik tanı almaması ve nörolojik problemi olmamasıdır.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada elde edilen veriler, Hasta Bilgi Formu (Ek-3), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) (Ek-4) ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYGÖ) (Ek-5) uygulanarak toplandı.

3.4.1. Hasta Bilgi Formu

Hasta bilgi formu, araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturuldu (Dedeli ve ark 2007, Uysal ve ark 2010, Kaya ve Turan 2011, Arı ve Yılmaz 2016). Hastalara ait yaş, cinsiyet, medeni durum, kilo, boy, eğitim düzeyi, meslek, yaşanan yer, gelir durumu gibi tanıtıcı özelliklere ilişkin bilgilerin elde edilmesi amacıyla 25 adet soru hazırlandı.

3.4.2. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ)

Richmond ve Wright tarafından geliştirilen (Richmond and Wright 2005) ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kutlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Koca Kutlu, Yılmaz, Çeçen ve Eser 2011, Arı ve Yılmaz 2016). Ölçekte toplam 33 madde bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63, en düşük puan ise 1'dir.

Ölçekten alınan puanlar konstipasyon riski açısından 1-10 puan “düşük risk”, 11-15 puan “orta risk”, 16 ve üstü puan “yüksek risk” olarak üç grupta değerlendirilmektedir (Arı ve Yılmaz 2016, Trads et al 2017).

3.4.3. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ)

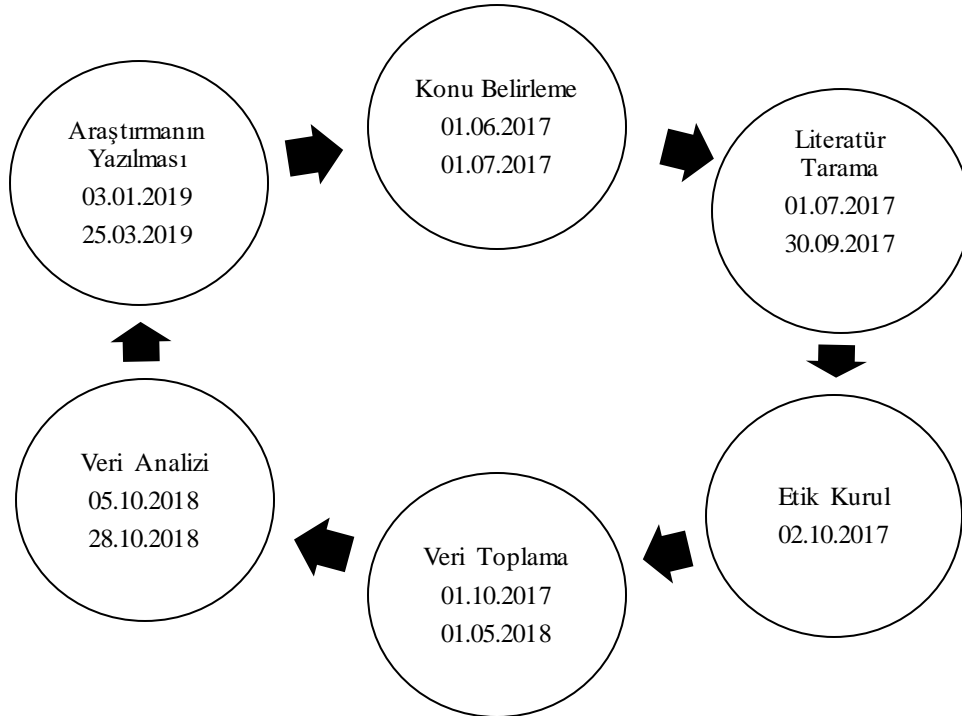
Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (Patient Assessment of Constipation Quality of Life Questionnaire), Marguis ve arkadaşları tarafından (2005) kabızlığın yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Marquis, De La Loge, Dubois, McDermott and Chassany 2005). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Dedeli ve arkadaşları (2007) yapmıştır (Dedeli ve ark 2007). Puanları 1-5 arasında değişen, 28 madde içeren ölçeğin alt boyutları, Endişe/Kaygı (11 madde), Fiziksel Rahatsızlık (dört madde), Psikososyal Rahatsızlık (sekiz madde) ve Memnuniyettir (beş madde) (Tablo 6.). KYKÖ hasta tarafından doldurulmaktadır [1. ve 5. bölümler: Hiç (1), Oldukça az (2), Biraz (3), Oldukça fazla (4), Çok fazla (5); 2., 3., 4., 6. bölümler: Hiçbir zaman (1), Nadiren (2), Bazen (3), Çoğu zaman (4), Her zaman (5)]. Ölçeğin değerlendirilmesi kısmında tüm sorulara verilen yanıtların puanları toplanmaktadır. Puanlar toplanırken 18, 25, 26, 27 ve 28. maddeler ters çevirmektedir. Ölçekten 28-140 arası puan alınabilmektedir ve puan arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği yorumu yapılmaktadır (Marguis et al 2005, Dedeli ve ark 2007, Bengi ve ark 2015).

Tablo 6. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ)

Ölçeğin alt boyutları	Ölçek maddeleri	Soru numaraları
Fiziksel rahatsızlık	Madde1. Kabızlığın ölçüsü Madde2. Kabızlığın günlük yaşam üzerindeki etkilerinin sıklığı	1-2-3-4
Psikososyal rahatsızlık	Madde2. Kabızlığın günlük yaşam üzerindeki etkilerinin sıklığı Madde3. Kabızlığın günlük yaşam üzerindeki etkilerinin ölçüsü	5-6-7-8-9-10-11-12
Kaygular-uyarılar	Madde 4. Hastanın duygularının sıklığı Madde 5. Hastanın duygularının ölçüsü Madde 6. Hastanın kabızlıkla birlikte olan yaşantısı	13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23
Tatminlik (Memnuniyet)	Madde 6. Hastanın kabızlıkla birlikte olan yaşantısı Madde7. Hastanın ne kadar memnun olduğu	24-25-26-27-28

Kaynak: Marguis et al 2005, Dedeli ve ark 2007, Bengi 2012, Bengi ve ark 2015

3.5. VERİ TOPLAMA SÜRECİ



Şekil 2. Veri Toplama Süreci Aşamaları

Araştırmanın verileri, kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra Ekim 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında katılımcılara açıklama yaparak ve sözlü/yazılı onayları alınarak toplandı.

Herni ameliyatı planlanan ve uygulanan hastalara ameliyat öncesi dönemde öncelikle “Hasta Bilgi Formu” dolduruldu. Bu formun doldurulması yaklaşık beş dakika sürdü. Hastaların konstipasyon risk durumlarını belirlemek amacıyla ameliyat sonrası dönemde servise nakillerinden itibaren ilk üç gün içerisinde “Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği” dolduruldu. Bu formun doldurulması yaklaşık 5-10 dakika sürdü.

Hastalara ameliyat olduktan iki hafta sonrasında konstipasyona bağlı yaşam kalitelerini değerlendirmek için “Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği” dolduruldu. Bu form yaklaşık 10-15 dakikada dolduruldu.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmamızda evrensel etik ilkeler (zarar vermeme/yarar sağlama, özerklik, mahremiyete saygı) dikkate alındı. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı (Etik Kurul Onay Numarası: 71522473/050.01.04/176 (Ek-1) alındıktan sonra çalışmaya başlandı. Etik kurul başvuru öncesi ölçeklerin kullanımı için yazarlardan yazılı izin (Ek-6) alındı. Hastaların sözlü/yazılı izinleri/onayları alındı. Amaç, yöntem, süreç anlatıldı ve bilgilerin yalnızca bilimsel amaçla kullanılacağı, kimlik bilgilerinin paylaşılmayacağı kendilerine bildirildi (Ek-2).

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizi IBM SPSS 23 programında analiz edildi. Değerlendirmede; sayısal değişkenler Büyük Sayılar Yasası’na göre $n \rightarrow \infty$ için, örneklem ortalamasının dağılımına

benzer dağılım gösterenlerde parametrik testler uygulandı. Kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) yapıldı. İki grup kategorik değişken arasındaki fark bağımsız örneklem t testi ile, ikiden fazla grup kategorik değişken arasındaki fark ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelendi. Varyans homojenliği Levene testi yapıldıktan sonra, farklılığın hangi grup/gruplardan kaynaklandığını anlamak için “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferonni ya da Tamhane’s T2) uygulandı. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde; gruplar arasındaki fark Bonferonni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde ise Tamhane’s T2 testine başvuruldu. Ayrıca ki kare testi ile iki kategorik değişken arasındaki ilişki incelendi. İki sayısal değişken arasındaki ilişki olup olmadığı pearson korelasyon katsayısı ile belirlendi. Ölçek güvenilirlikleri için ise Cronbach’s alfa değeri verildi. Sonuçlar bulgular bölümümüzde ayrıntılı olarak verildi.

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmanın zamanında bitirilmesi amacıyla herni ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası iki haftalık akut süreçteki konstipasyon risk durumları ve yaşam kaliteleri değerlendirildi. Hastaların daha uzun süre olumlu yaşam biçimi alışkanlıklarının, yaşam kalitelerinin ve konstipasyon durumlarının değerlendirilememesi sınırlılık olarak görüldü. Ayrıca kronik konstipasyonu olan ve rutin olarak laksatif kullanan hastalar da araştırmaya dahil edilmişti. Bu durumun sonuçları etkileyebileceği düşünüldüğünden ileride yapılacak çalışmalarda laksatif kullananlar dahil edilmeden çalışma yapılması önerilmektedir.

4. BULGULAR

Herni ameliyatı geçiren hastaların konstipasyon risk durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları dört bölümde ele alındı;

- Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
- Ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistikler,
- Demografik değişkenler arasında ölçek ve alt boyutlar bakımından farklılıkların ve ilişkilerin incelenmesine ilişkin bulgular,
- Ölçekler arası ilişkinin değerlendirildiği bulgular.

4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin frekans dağılımları tablolar halinde sunuldu. Araştırmaya katılan hastaların %47,6'sının (n=50) 41-60 yaş arasında olduğu, %77,1'inin (n=81) erkek, %96,2'sinin (n=101) evli, %73,3'ünün (n=77) ilköğretim mezunu ve %51,4'ünün (n=54) emekli olduğu belirlendi. Hastaların %43,8'i (n=46) hayatlarının büyük çoğunluğunu ilçede geçirdiğini, %87,6'sı (n=92) gelirlerinin giderlerine eşit/fazla ve %99'u (n=104) sağlık güvencesinin olduğunu ifade etti. Beden kitle indeksine (BKİ) yönelik yapılan hesaplamada hastaların %41,9'unun (n=44) fazla kilolu olduğu belirlendi (Tablo 7.).

Tablo 7. Hastalara Ait Tanıtıcı Özellikler (N=105)

		n	*%
Yaş	20-40 yaş	11	10,5
	41-60 yaş	50	47,6
	61 ve üzeri yaş	44	41,9
Cinsiyet	Kadın	24	22,9
	Erkek	81	77,1
Medeni durum	Evli	101	96,2
	Bekâr	4	3,8
Eğitim durumu	İlköğretim	77	73,3
	Lise	21	20,0
	Üniversite	7	6,7
Meslek	Ev hanımı	21	20,0
	Emekli	54	51,4
	Memur+işçi+diğer	30	28,6
Yaşanılan yer	İl	45	42,9
	İlçe	46	43,8
	Köy/kasaba	14	13,3
Gelir durumu	Gelir giderden az	13	12,4
	Gelir gidere eşit+fazla	92	87,6
Sağlık güvencesi	Hayır	1	1,0
	Evet	104	99,0
BKI^a	Normal	34	32,4
	Fazla Kilolu	44	41,9
	Şişman	27	25,7

*N=105 kişi içindeki yüzdesi alınmıştır.

^a: BKI: Beden Kitle İndeksi

Ameliyat öncesinde değerlendirilen hastaların (n=85; %81) inguinal herni tanısı ile cerrahi planlandığı, ameliyat öncesinde yaklaşık yarısının (n=56; %53,3) kronik hastalığının olduğu ve en sık görülen kronik hastalıkların hipertansiyon (n=33; %31,4) ve diyabet (n=14; %13,3) olduğu tespit edildi. %59'una (n=62) spinal/epidural anestezi tercih edildiği, ameliyat sonrasında ağrıyı azaltmaya yönelik çoğunlukla (n=77; %73,3) Parol flakon tercih edildiği ve (n=70; %66,7) günde üç-dört kere analjezik uygulandığı belirlendi. Günlük yaşam tarzı alışkanlıklarına yönelik elde edilen verilere göre; hastaların %91,4'ünün (n=96) bağımsız hareket edebildiği, %87,6'sının (n=92) hiçbir zaman/bazen fiziksel egzersiz yaptığı, %96,2'sinin (n=100) egzersiz türü olarak yürümeyi tercih ettiği, %30,5'inin (n=32) sebze ve meyve tüketim sıklığının haftada üç günden az olduğu,

%61'inin (n=64) günlük öğün sayısının 3-4 olduğu, %41,9'unun (n=44) günde 10 bardak sıvı tükettiği, %55,2'sinin (n=58) herhangi bir nedenle sürekli ilaç kullandığı saptandı (Tablo 8.).

Tablo 8. Hastaların Ameliyat Öncesi Tanları, Kronik hastalıkları, Kullanılan Anestezi Türü ve Günlük Yaşam Tarzı Alışkanlıklarına Yönelik Elde Edilen Bulgular (N=105)

		n	*%
Tanı	İnguinal herni	85	81,0
	İnsizyonel herni	8	7,6
	Umbilikal	12	11,4
Kronik hastalık durumu	Evet	56	53,3
	Hayır	49	46,7
Kronik hastalığı olanlar	Hipertansiyon	33	31,4
	Diyabet	14	13,3
	Kalp hastalığı	5	4,8
	Böbrek hastalığı	5	4,8
	Astım	4	3,8
	Romatizma	3	2,9
	Uterus kanseri	2	1,9
	Kolon kanseri	1	1,0
	Enfeksiyon	0	0,0
	Anestezi türü	Spinal/epidural	62
Genel anestezi		43	41,0
Postop analjezik	Parol flakon	77	73,3
	Dikloron	28	26,7
Analjezik sıklığı	Günde iki kere	35	33,3
	Günde üç-dört kere	70	66,7
Hareketlilik durumu	Bağımsız hareket edebiliyorum	96	91,4
	Yardımla (araç veya kişi) yürüyebiliyorum+yatağa, sandalyeye bağımlıyım	9	8,6
Fiziksel egzersiz	Hiçbir zaman	46	43,8
	Bazen	46	43,8
	Sürekli	13	12,4
Egzersiz türü	Yürüme	100	96,2
	Spor aletleri ile -bisiklete binme	3	2,9
Sebze meyve tüketim sıklık	Haftada 3 günden az	32	30,5
	Haftada 3-4 gün	30	28,6
	Her gün	43	41,0
Öğün sayısı	1-2 öğün	41	39,0
	3 -4 öğün	64	61,0
Sıvı tüketim miktarı	Günde 4 bardak ve daha az	16	15,2
	Günde 5 bardak	24	22,9
	Günde 6-9 bardak	21	20,0
	Günde 10 bardak	44	41,9
Sürekli ilaç	Hayır	47	44,8
	Evet	58	55,2

Tablo 9. Hastaların Ameliyat Öncesi Konstipasyona Eğilim, Laksatif Kullanımı ve Bağırsak Alışkanlıklarına Yönelik Elde Edilen Bulgular (N=105)

		n	%
Konstipasyona eğilim	Hayır	72	68,6
	Evet	33	31,4
Laksatif kullanımı	Hayır	74	70,5
	Evet	31	29,5
Bağırsak alışkanlığı	Günde bir kez	59	56,2
	İki günde bir kez	25	23,8
	Üç günde bir kez	11	10,5
	Günde iki kez	7	6,7
	Günde üç kez	3	2

*N=105 kişi içindeki yüzdesi alınmıştır.

Hastaların %68,6'sı (n=72) ameliyat öncesinde konstipasyona eğilimi olmadığını ve %29,5'i (n=31) herhangi bir nedenle daha önce laksatif kullandığını belirtti. Bağırsak alışkanlıklarına bakıldığında; hastaların %56,2'sinin (n=59) günde bir kez, %23,8'inin (n=25) iki günde bir kez, %10,5'inin (n=11) üç günde bir kez, %6,7'sinin (n=7) günde iki kez ve %2'sinin (n=3) günde üç kez dışkılama yaptığı belirlendi (Tablo 9.).

4.2. ÖLÇEKLERE İLİŞKİN TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve alt boyutlara dair tanımlayıcı istatistikler Tablo 10.'da gösterildi. Ameliyat öncesi dönemde; Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) puan ortalaması $10,13 \pm 3,937$ olup konstipasyon açısından "hafif düzeyde risk" taşıdıkları saptandı. Ameliyat sonrası dönemde; KYKÖ'nün Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu puan ortalaması $9,30 \pm 3,500$, Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu puan ortalaması $14,15 \pm 4,361$, Endişe/Kaygı alt boyutu puan ortalaması $25,94 \pm 8,370$ ve Memnuniyet alt boyutu puan ortalaması $12,24 \pm 3,996$ olup, KYKÖ toplam puan ortalaması $61,81 \pm 18,213$ 'dir. Buna bağlı olarak hastaların ameliyat sonrası dönemde konstipasyona bağlı yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği anlaşılmaktadır (Tablo 10.).

Tablo 10. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlara Dair Tanımlayıcı İstatistikler

	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Maks.
Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu	9,30	3,500	4,0	18,0
Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu	14,15	4,361	8,0	25,0
Endişe/Kaygı alt boyutu	25,94	8,370	12,0	51,0
Memnuniyet alt boyutu	12,24	3,996	5,0	24,0
KYKÖ^a	61,81	18,213	32,0	109,0
Bölüm 1 (Cinsiyet, hareketlilik, lif alımı, sıvı alımı, kişisel inançlar)	4,15	1,420	1,0	7,0
Bölüm 2 (Sadece servis hastaları, komod/sürgüye gereksinimi olan hastalar)	0,32	0,838	0,0	4,0
Bölüm 3 (Hangi durumlar konstipasyon riskini arttırır)	4,58	2,222	3,0	12,0
Bölüm 4 (Konstipasyon riskini arttıran ilaçlar)	1,08	1,597	0,0	6,0
KRDÖ^b	10,13	3,937	4,0	23,0

*Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, p<0,05: anlamlı fark var.

^a: KYKÖ: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği; ^b: KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği

Likert tipi ölçeklerin güvenilirliği değerlendirirken en sık tercih edilen analiz içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach alfa katsayısıdır (Ercan ve Kan 2004). Bu çalışmada kullanılan KYKÖ ve KRDÖ'nün Cronbach's alfa değeri kabul edilebilir değer olan 0,70'ten yüksek bulundu. Madde-toplam puan korelasyon katsayısının 0.30'un üzerinde olması güvenilirlik için iyi bulunmaktadır. 0.30 ve altında ise bu maddelerde ciddi bir sorun var diye düşünülür ve bu maddeler ölçekten atılabilir. Ancak bu değer altındaki maddeleri elemek tek başına kullanılmaz, maddenin cronbach alfa katsayısı üzerine etkisi değerlendirilir ve ona göre karar verilir (Alpar 2012). Bu çalışmada yalnızca KYKÖ 8. maddesi 0.30'un altında idi. Madde analizinde de bu maddeler çıkarıldığında Cronbach's alfa değerinde önemli bir değişiklik olmadığı için ölçekten madde çıkartılmamıştır (Tablo 11.).

Tablo 11. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) Güvenilirlik Sonuçları

	Düzeltilmiş Madde- Toplam Korelasyonu	Madde Silinmiş ise Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha
KYKÖ 1	0,849	0,965	
KYKÖ 2	0,852	0,965	0,936
KYKÖ 3	0,803	0,965	
KYKÖ 4	0,812	0,965	
KYKÖ 5	0,588	0,967	
KYKÖ 6	0,684	0,966	
KYKÖ 7	0,630	0,966	
KYKÖ 8	0,263	0,968	0,878
KYKÖ 9	0,543	0,967	
KYKÖ 10	0,719	0,966	
KYKÖ 11	0,757	0,966	
KYKÖ 12	0,482	0,967	
KYKÖ 13	0,780	0,965	
KYKÖ 14	0,773	0,965	0,967
KYKÖ 15	0,744	0,966	
KYKÖ 16	0,723	0,966	
KYKÖ 17	0,579	0,967	
KYKÖ 18	0,688	0,966	0,940
KYKÖ 19	0,805	0,965	
KYKÖ 20	0,650	0,966	
KYKÖ 21	0,849	0,965	
KYKÖ 22	0,783	0,965	
KYKÖ 23	0,723	0,966	
KYKÖ 24	0,861	0,965	
KYKÖ 25	0,762	0,965	
KYKÖ 26	0,802	0,965	0,919
KYKÖ 27	0,769	0,965	
KYKÖ 28	0,533	0,967	

*KYKÖ: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği

4.3. DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER ARASINDA ÖLÇEK VE ALT BOYUTLAR BAKIMINDAN FARKLILIKLARIN VE İLİŞKİLERİN İNCELENMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 12. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Yaş Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	20-40 yaş		41-60 yaş		61 ve üzeri yaş		F	p	Fark
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS			
Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu	7,73	2,687	8,96	3,030	10,07	4,014	2,475	0,089	-
Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu	11,82	1,537	13,60	4,366	15,36	4,524	3,878	*0,024	1-3
Endişe/Kaygı alt boyutu	22,82	5,231	24,76	7,079	28,05	9,843	2,738	0,070	-
Memnuniyet alt boyutu	10,45	3,236	12,00	3,943	12,95	4,131	1,925	0,151	-
KYKÖ^a	52,82	10,186	59,67	16,080	66,43	20,834	3,228	*0,044	1-3
KRDÖ^b	9,09	3,910	9,60	3,876	11,00	3,930	1,945	0,148	-

*Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, p<0,05: anlamlı fark var.

^a: KYKÖ: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği

^b: KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği

Tablo 12. incelendiğinde; ölçekler arasındaki ilişki/farkı belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonucunda, Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu ve KYKÖ ortalamaları açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu (p<0,05). Buna göre, 61 ve üzeri yaştakilerin Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu ve konstipasyon yaşam kalitesi ölçeği ortalamalarının, 20-40 yaşındakilere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 12.).

Tablo 13. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Cinsiyetler Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Kadın		Erkek		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu	10,63	3,294	8,90	3,481	2,156	0,033
Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu	15,88	4,857	13,64	4,097	2,246	0,027
Endişe/Kaygı alt boyutu	30,09	7,925	24,77	8,160	2,777	0,007
Memnuniyet alt boyutu	14,13	4,100	11,68	3,814	2,713	0,008
KYKÖ^a	71,74	16,614	58,99	17,742	3,083	0,003
KRDÖ^b	14,83	3,485	8,74	2,841	8,748	0,000

*Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, p<0,05: anlamlı fark var.

^a: KYKÖ: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği

^b: KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği

Cinsiyete göre Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği, Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutların farklı olup olmadığını anlamak için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda; Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu, Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu, Endişe/Kaygı alt boyutu, Memnuniyet alt boyutu, KYKÖ ve KRDÖ ortalamalarını bakımından cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi (p<0,05). Buna göre, kadınların Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu, Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu, Endişe/Kaygı alt boyutu, Memnuniyet alt boyutu, KYKÖ ve KRDÖ ortalamalarını erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksekti (Tablo 13.). Sonuç olarak kadınların erkeklere oranla konstipasyon açısından daha fazla risk altında oldukları ve konstipasyona bağlı yaşam kalitelerinin erkeklere oranla daha kötü olduğu belirlendi.

Tablo 14. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Eğitim Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	İlköğretim		Lise ve üstü		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu	9,69	3,610	8,21	2,973	1,933	0,056
Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu	14,57	4,345	13,00	4,269	1,646	0,103
Endişe/Kaygı alt boyutu	26,87	9,056	23,30	5,290	2,465	0,016
Memnuniyet alt boyutu	12,66	4,093	11,07	3,527	1,824	0,071
KYKÖ^a	63,79	19,335	56,15	13,280	2,265	0,027
KRDÖ^b	10,65	4,084	8,71	3,149	2,271	0,025

*Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, p<0,05: anlamlı fark var.

^a: KYKÖ: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği

^b: KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği

Çalışmaya katılan hastaların eğitim düzeylerine göre KYKÖ, KRDÖ ve alt boyutları açısından fark olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t testine göre; Endişe/Kaygı alt boyutu, KYKÖ ve KRDÖ ortalamalarının eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p<0,05). Buna göre, ilköğretim mezunlarının Endişe/Kaygı alt boyutu, KYKÖ ve KRDÖ ortalamaları lise ve üzeri mezunlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 14.). Sonuç olarak ilköğretim mezunlarının lise ve üstü mezunlara göre konstipasyon açısından daha fazla risk altında olduğu, konstipasyona bağlı yaşam kalitelerinin ise daha kötü olduğu şeklinde yorumlandı.

Tablo 15. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Meslekler Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Ev hanımı		Emekli		Memur+işçi+diğer		F	p	Fark
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS			
Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu	10,57	3,515	9,61	3,531	7,83	3,007	4,520	0,013	1-3
Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu	16,14	4,871	13,94	4,457	13,13	3,391	3,198	0,045	1-3
Endişe/Kaygı alt boyutu	30,40	8,382	26,37	8,041	22,20	7,490	6,541	0,002	1-3
Memnuniyet alt boyutu	14,00	4,347	12,35	3,640	10,80	3,951	4,256	0,017	1-3
KYKÖ^a	72,30	17,517	62,28	17,635	53,97	16,395	6,807	0,002	1-3
KRDÖ^b	15,33	3,199	9,56	2,820	7,53	2,609	48,845	0,000	1-2,3 2-3

*Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, p<0,05: anlamlı fark var.

^a: KYKÖ: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği

^b: KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği

Herni ameliyatı geçiren hastaların meslekleri açısından KYKÖ, KRDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının farklı olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) yapılarak değerlendirildi. Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu, Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu, Endişe/Kaygı alt boyutu, Memnuniyet alt boyutu, KYKÖ ve KRDÖ toplam puan ortalamalarının hastaların meslekleri açısından anlamlı derecede farklı olduğu belirlendi (p<0,05). Buna göre, ev hanımlarının Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu, Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu, Endişe/Kaygı alt boyutu, Memnuniyet alt boyutu ve KYKÖ toplam puan ortalamaları memur+işçi+diğerlere göre anlamlı derecede daha yüksekti. Ev hanımlarının KRDÖ ortalamaları da emekli ve memur+işçi+diğer göre anlamlı derecede daha yüksek olarak hesaplandı (Tablo 15.). Sonuç olarak, ev hanımlarının konstipasyon risk durumlarının daha fazla, yaşam kalitelerinin ise memur+işçi+diğer meslek gruplarına göre daha kötü olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 16. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Gelir Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Gelir gıderden az		Gelir gıdere eşit+fazla		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu	8,54	3,382	9,40	3,521	-0,832	0,408
Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu	13,69	4,289	14,22	4,390	-0,405	0,686
Endişe/Kaygı alt boyutu	24,15	9,898	26,20	8,160	-0,822	0,413
Memnuniyet alt boyutu	11,85	3,997	12,29	4,015	-0,376	0,708
KYKÖ^a	58,23	18,736	62,32	18,185	-0,755	0,452
KRDÖ^b	11,77	5,019	9,90	3,736	1,613	0,110

*Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, $p < 0,05$: anlamlı fark var.

^a: KYKÖ: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği; ^b: KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği

Tablo 16.'te görüldüğü gibi KYKÖ, KRDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının hastaların gelir durumlarına göre istatistiksel anlamda bir farklılık göstermediği bağımsız örneklem t testi ile tespit edildi ($p > 0,05$) (Tablo 16.).

Tablo 17. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından BKİ Grupları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Normal		Fazla Kilolu		Şişman		F	p	Fark
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS			
Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu	10,26	3,768	8,52	2,897	9,33	3,853	2,444	0,092	-
Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu	14,53	4,343	13,05	4,011	15,48	4,627	2,901	0,060	-
Endişe/Kaygı alt boyutu	27,32	8,562	24,23	6,643	26,93	10,239	1,563	0,214	-
Memnuniyet alt boyutu	12,85	4,258	11,55	3,631	12,59	4,199	1,173	0,313	-
KYKÖ^a	64,97	19,056	57,72	14,873	64,33	21,179	1,887	0,157	-
KRDÖ^b	9,12	3,292	9,20	3,107	12,93	4,624	10,887	0,000	3-1,2

*Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, p<0,05: anlamlı fark var.

Hastaların BKİ ile ölçek puanları arasında fark olup olmadığı Tablo 17’de görülmektedir. Tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile değerlendirme sonucuna göre; KYKÖ’nin alt boyutları ve KYKÖ toplam puanı açısından fark olmadığı, sadece KRDÖ toplam puan ortalamaları ortalamaları açısından BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu belirlendi (p<0,05). Buna göre şişmanların KRDÖ puan ortalamaları diğerlerine göre anlamlı derecede daha yüksekti (Tablo 17.). Yani, şişman bireylerin normal ve fazla kilolu bireylere göre konstipasyon açısından daha fazla risk altında oldukları görülmektedir.

Tablo 18. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Kronik Hastalık Varlığı Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Kronik Hastalık Varlığı	Hayır		Evet		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu	8,39	3,081	10,09	3,674	-2,550	0,012
Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu	13,41	3,397	14,80	4,996	-1,691	0,094
Endişe/Kaygı alt boyutu	23,59	7,100	28,04	8,907	-2,791	0,006
Memnuniyet alt boyutu	11,41	3,657	12,96	4,169	-2,020	0,046
KYKÖ^a	56,80	15,349	66,27	19,499	-2,731	0,007
KRDÖ^b	8,08	2,943	11,93	3,837	-5,802	0,000

*Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, p<0,05: anlamlı fark var.

^a: KYKÖ: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği

^b: KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği

Uygulanan bağımsız örneklem t testine göre; Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu, Endişe/Kaygı alt boyutu, Memnuniyet alt boyutu, KYKÖ ve KRDÖ ortalamaları açısından kronik hastalık varlığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde idi (p<0,05). Yani, önceden kronik hastalığı olanların Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu, Endişe/Kaygı alt boyutu, Memnuniyet alt boyutu, KYKÖ ve KRDÖ puan ortalamaları kronik bir hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti (Tablo 18.). Yani, kronik hastalık varlığının konstipasyon açısından bir risk faktörü olduğu aynı zamanda bireylerin ameliyat sonrasında yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği tespit edildi.

Tablo 19. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Hipertansiyon Varlığı Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Hipertansiyon Varlığı	Hayır		Evet		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu	8,85	3,376	10,27	3,617	-1,964	0,052
Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu	13,65	3,872	15,24	5,172	-1,575	0,122
Endişe/Kaygı alt boyutu	24,64	7,777	28,88	9,022	-2,439	0,016
Memnuniyet alt boyutu	11,86	3,659	13,06	4,603	-1,435	0,154
KYKÖ^a	59,00	16,756	68,13	19,990	-2,413	0,018
KRDÖ^b	9,28	3,505	12,00	4,228	-3,458	0,001

*Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, $p < 0,05$: anlamlı fark var.

^a: KYKÖ: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği

^b: KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği

Çalışma kapsamına alınan hastaların hipertansiyon durumlarının ölçek puanlarını etkileyip etkilemediği bağımsız örneklem t testi ile analiz edildi. Buna göre; Endişe/Kaygı alt boyutu, KYKÖ ve KRDÖ bakımından farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görüldü ($p < 0,05$). Yani hipertansiyonu olanların Endişe/Kaygı alt boyutu, KYKÖ ve KRDÖ ortalamalarının hipertansiyonu olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (Tablo 19.). Buna göre, hipertansiyonun konstipasyon açısından riski arttırdığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği anlaşılmaktadır.

Tablo 20. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Diyabet Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Diyabet Varlığı	Hayır		Evet		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu	9,14	3,368	10,29	4,268	-1,139	0,257
Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu	13,97	4,186	15,36	5,387	-1,112	0,269
Endişe/Kaygı alt boyutu	25,67	7,548	27,71	12,694	-0,588	0,566
Memnuniyet alt boyutu	12,10	3,850	13,14	4,912	-0,909	0,365
KYKÖ^a	61,08	16,790	66,50	25,901	-0,759	0,460
KRDÖ^b	9,54	3,507	14,00	4,506	-4,260	0,000

*Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, $p < 0,05$: anlamlı fark var.

^a: KYKÖ: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği

^b: KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği

Diyabeti olan hastaların KYKÖ, KRDÖ ve alt boyutları açısından uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucuna göre herhangi bir fark olmadığı ($p > 0,05$), sadece KRDÖ ortalamalarının diyabeti olanlarda, olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 20.). Buna göre, diyabet hastalığının konstipasyon açısından bir risk faktörü olduğu ancak, konstipasyona bağlı yaşam kalitesini etkilemediği tespit edildi.

Aşağıda Tablo 21.'de hastaların tanılarına göre farklı herni türleri açısından ölçek puanları arasındaki fark tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile test edildi. Buna göre; Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu, Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu, Endişe/Kaygı alt boyutu, Memnuniyet alt boyutu, KYKÖ ve KRDÖ ortalamaları bakımından tanımlar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0,05$). İnsizyonel herni tanısı olanların Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu, Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu, Endişe/Kaygı

alt boyutu ve KYKÖ ortalamaları inguinal herni olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti. Ayrıca, insizyonel herni tanısı olanların Memnuniyet alt boyutu ve KRDÖ ortalamaları diğer tanısı olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti (Tablo 20.). Yani, insizyonel herninin farklı herni türlerine (inguinal ve umbilikal) göre ameliyat öncesinde konstipasyon riskini arttırdığı, ameliyat sonrasında ise konstipasyona bağlı yaşam kalitesini daha fazla olumsuz etkilediği anlaşıldı.

Tablo 21. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Farklı Herni Türleri Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	İnguinal herni		İnsizyonel herni		Umbilikal herni		F	p	Fark
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS			
Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu	9,01	3,571	12,50	2,563	9,17	2,480	3,840	0,025	1-2
Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu	13,73	3,950	18,38	5,041	14,33	5,483	4,436	0,014	1-2
Endişe/Kaygı alt boyutu	25,00	8,084	35,25	9,208	26,45	6,006	6,045	0,003	1-2
Memnuniyet alt boyutu	11,79	3,751	17,00	4,408	12,25	3,621	6,926	0,002	2-1,3
KYKÖ^a	59,53	17,519	83,13	19,497	63,91	12,645	6,935	0,002	1-2
KRDÖ^b	9,41	3,462	15,63	5,502	11,58	2,746	12,178	0,000	2-1,3

*Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, p<0,05: anlamlı fark var.

^a: KYKÖ: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği;

^b: KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği

Tablo 22. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Bakımından Anestezi Türleri Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Spinal/Epidural		Genel Anestezi		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu	9,19	3,745	9,44	3,149	-0,356	0,723
Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu	13,89	4,169	14,53	4,646	-0,747	0,457
Endişe/Kaygı alt boyutu	25,10	8,475	27,19	8,152	-1,255	0,212
Memnuniyet alt boyutu	12,21	3,930	12,28	4,137	-0,087	0,931
KYKÖ^a	60,39	18,506	63,90	17,783	-0,966	0,336
KRDÖ^b	9,15	2,996	11,56	4,672	-2,988	0,004

*Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, $p < 0,05$: anlamlı fark var.

^a: KYKÖ: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği

^b: KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği

Tablo 22.'de görüldüğü gibi anestezi türüne göre ölçek puanlarının farklı olup olmadığını bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildi. KRDÖ puan ortalamaları ile anestezi türleri arasında anlamlı bir fark bulundu ($p < 0,05$). Yani, genel anestezi ile ameliyat olanların KRDÖ ortalamaları spinal/epidural anestezi ile ameliyat olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti (Tablo 22.). Buna göre, farklı anestezi türleri ile konstipasyona bağlı yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ancak, genel anestezi ile ameliyat olanlarda spinal/epidural anestezi ile ameliyat olanlara göre konstipasyonun daha fazla görüldüğü belirlendi.

4.4. ÖLÇEKLER ARASI İLİŞKİYE DAİR BULGULAR

Tablo 23. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

KRDÖ	Düşük Risk		Orta Risk		Yüksek Risk		Ki Kare χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Yaş								
20-40 Yaş	9	81,8	1	9,1	1	9,1	-	-
41-60 Yaş	30	60,0	17	34,0	3	6,0		
61 Ve Üzeri Yaş	22	50,0	14	31,8	8	18,2		
Cinsiyet								
Kadın	2	8,3	12	50,0	10	41,7	42,042	0,000
Erkek	59	72,8	20	24,7	2	2,5		
Eğitim Durumu								
İlköğretim	41	53,2	24	31,2	12	15,6	5,577	0,061
Lise ve Üstü	20	71,4	8	28,6	0	0,0		
Meslek								
Ev Hanımı	1	4,8	10	47,6	10	47,6	-	-
Emekli	33	61,1	19	35,2	2	3,7		
Memur+İşçi+Diğer	27	90,0	3	10,0	0	0,0		
Gelir Durumu								
Gelir Giderden Az	7	53,8	3	23,1	3	23,1	-	-
Gelir Gidere Eşit+Fazla	54	58,7	29	31,5	9	9,8		
BKİ^a								
Normal	23	67,6	9	26,5	2	5,9	-	-
Fazla Kilolu	29	65,9	14	31,8	1	2,3		
Şişman	9	33,3	9	33,3	9	33,3		
Kronik Hastalık								
Hayır	41	83,7	5	10,2	3	6,1	24,999	0,000
Evet	20	35,7	27	48,2	9	16,1		
Hipertansiyon								
Hayır	48	66,7	18	25,0	6	8,3	7,072	0,029
Evet	13	39,4	14	42,4	6	18,2		
Diyabet								
Hayır	58	63,7	26	28,6	7	7,7	-	-
Evet	3	21,4	6	42,9	5	35,7		
Tam								
İnguinal Herni	55	64,7	24	28,2	6	7,1	-	-
İnsizyonel Herni	1	12,5	2	25,0	5	62,5		
Umblikal	5	41,7	6	50,0	1	8,3		
Anestezi Türü								
Spinal/Epidural	42	67,7	18	29,0	2	3,2	11,442	0,003
Genel Anestezi	19	44,2	14	32,6	10	23,3		

* p<0,05: anlamlı fark var, ^a: BKİ: Beden Kitle İndeksi

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği'nden alınan puanlara göre düşük-orta-yüksek risk grupları ile cinsiyet, önceden hastalık varlığı ve anestezi türü arasında uygulanan ki-kare analizine göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (Tablo 23., $p<0,05$). Buna göre, erkeklerin, önceden hastalığı olmayanların, anestezi türü spinal/epidural olanların düşük riske sahip oldukları belirlendi (Tablo 23.).

Tablo 24. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve Alt Boyutlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Fiziksel rahatsızlık alt boyutu	Psikolojik rahatsızlık alt boyutu	Endişe/Kaygı alt boyutu	Memnuniyet alt boyutu	Konstipasyon yaşam kalitesi ölçeği	Konstipasyon risk değerlendirme ölçeği
Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu	r p	1,000	0,696 0,000	0,853 0,000	0,803 0,000	0,920 0,000	0,427 0,000
Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu	r p		1,000	0,675 0,000	0,668 0,000	0,823 0,000	0,460 0,000
Endişe/Kaygı alt boyutu	r p			1,000	0,772 0,000	0,951 0,000	0,447 0,000
Memnuniyet alt boyutu	r p				1,000	0,881 0,000	0,453 0,000
KYKÖ^a	r p					1,000	0,506 0,000
KRDÖ^b	r p						1,000

* $p<0,05$: anlamlı fark var.

^a: KYKÖ: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği

^b: KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği

Tablo 24.'te ölçekler ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde;

- Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu ile Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu arasında pozitif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$) (Tablo 24.). Buna göre, Psikolojik Rahatsızlık ölçek puanlarının artması

ile Fiziksel Rahatsızlık ölçek puanlarının da arttığı belirlendi.

- Endişe/Kaygı alt boyutu ile Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu ve Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu arasında pozitif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 24.). Yani, Endişe/Kaygı ve Fiziksel Rahatsızlık ölçek puanları arttıkça Psikolojik Rahatsızlık ölçek puanlarının da arttığı görülmektedir.
- Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu, Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu, Endişe/Kaygı alt boyutu ve Memnuniyet alt boyutu ile pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 24.). Buna göre, Konstipasyon Risk Değerlendirme ölçek puanlarının artması ile Fiziksel Rahatsızlık, Psikolojik Rahatsızlık, Endişe/Kaygı ve Memnuniyet alt boyutlarının ölçek puanlarının da arttığı saptandı. Yani, konstipasyon riskinin artması ile konstipasyona bağlı yaşam kalitelerinin olumsuz etkileneceği anlaşılmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, herni ameliyatı geçiren hastaların konstipasyon risk durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları tartışıldı.

Genel cerrahi hastalarında konstipasyon çeşitli fizyolojik ve psikolojik nedenlerle ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ortaya çıkabilen, sık görülen ve önlenebilir bir problem olarak görülmektedir (İzveren ve Dal 2011). Araştırmada ameliyat öncesi dönemde hastaların %31,4'ünün konstipasyon sorunu olduğu belirlendi. Çalışma sonucumuzun literatür ile benzerlik gösterdiği ve konstipasyon sıklığının %2-28 arasında değiştiği belirtilmektedir (Bolat 2006, Uz ve ark 2006, Korkmaz ve ark 2011). 2005-2011 yılları arasında yapılan araştırma sonucuna göre de konstipasyon prevalansı %2.6-%26.9 olarak bildirilmiştir (Schmidt and Santos 2014). Bu sorun oldukça sık görülmekte olup tıbbi süreç belli oranda maliyeti de arttırmaktadır. ABD'de her yıl 2.5 milyondan fazla kişi kabızlık nedeniyle doktora başvurmakta ve yılda yaklaşık sekiz yüz milyon dolardan fazla maliyeti olmaktadır (Yurdakul 2007, İnce ve Remzi 2011, Bharucha, Pemberton and Locke 2013).

Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) toplam puan ortalamasının $10,13 \pm 3,937$ olduğu tespit edildi. Literatürde çeşitli

hasta gruplarındaki ameliyat sonrası konstipasyon riski değerlendirilmiş ve elde edilen ölçek puanlarının benzer olduğu belirlenmiştir. Örnek çalışma sonuçlarına bakıldığında; ortopedi ameliyatı geçiren hastaların $12,7\pm 4,7$, abdominal cerrahi geçiren hastaların $11,7\pm 7,8$ ve genel cerrahi hastalarının $12,9\pm 4,8$ bulunmuştur (Şendir, Büyükyılmaz, Aştı, Gürpınar ve Yazgan 2012, Ucuzal ve Aldanmaz 2015). Benzer şekilde Koca Kutlu ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise KRDÖ toplam puanı $12,4\pm 4,2$ olarak ölçülmüştür. Yetkin ve Kara'nın (1998) yaptıkları çalışma sonucuna göre ameliyat sonrası konstipasyon oranı %25 iken, İzveren ve Dal'm (2011) çalışmasında %50,7 olarak (ameliyat sonrası 1. gün ve 2. gün) bildirilmiştir.

Bireylerin ameliyat öncesi bağırsak alışkanlıklarına bakıldığında; hastaların %56,2'sinin (n=59) günde bir kez, %23,8'inin (n=25) iki günde bir kez, %10,5'inin (n=11) üç günde bir kez, %6,7'sinin (n=7) günde iki kez ve %2'sinin (n=3) günde üç kez dışkılama yaptığı belirlendi. Araştırmaya katılan hastaların, ameliyat öncesi defekasyon sıklığı azaldıkça ameliyat sonrası konstipasyon riskinin istatistiksel olarak önemli düzeyde arttığı gözlemlendi. Benzer şekilde Koca ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada da defekasyon sıklığının artması ile konstipasyon riskinin azaldığı belirlenmiştir.

Konstipasyonun yaş ilerledikçe ve kadın cinsiyette daha fazla görüldüğü bilinmektedir (Lembo and Camilleri 2003, Türkay ve ark 2005, Kasap ve Bor 2006, Turan ve ark 2011, Ören 2016). Bu çalışmada, araştırmaya katılan hastaların %47,6'sının 41-60 yaş arasında ve %77,1'inin erkek olduğu, hastaların çoğunluğunun erkek olmasına rağmen kadınların ameliyat öncesi KRDÖ toplam puan ortalamaları erkeklerin toplam puan ortalamalarından daha yüksek bulundu. Yani kadınlar erkeklere oranla konstipasyon açısından daha riskli idi. Konstipasyonun kadınlarda daha sık görülmesi yapılan bir çok çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir (Irvine, Ferrazzi, Pare, Thompson and Rance 2002, Talley 2004, Uysal ve ark 2010, Sanchez and Bercik 2011). Gonenne ve arkadaşları (2006) çalışmalarında, kadınlarda östrojen ve progesteron hormonlarının konstipasyon riskini artırdığını öne sürmüşlerdir.

Yetersiz sıvı alımı, düşük kalori alımı, eşlik eden hastalıkların varlığı, sedanter yaşam tarzı, kırsal kesimlerde yaşama, düşük gelir düzeyi, depresyon gibi psikolojik hastalıkların var olması gibi faktörlerin konstipasyona neden olduğu bilinmektedir (Lembo and Camilleri 2003, Türkay ve ark 2005). Çalışma kapsamına alınan hastaların %39'unun günde iki veya daha az sayıda öğün, %61'inin günde üç veya daha fazla sayıda öğün tükettiği belirlendi. Hastalarımızın beslenme alışkanlıklarının istenilen düzeyde olmadığı, BKİ'nin normalin üzerinde olduğu ve konstipasyona eğilimli olduğu görüldü. Bizim bulgularımızı destekler nitelikte Locke ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışmada, bireylerin beslenme düzeyleri ile kronik konstipasyonun görülme sıklığı arasında bir ilişki bulmuşlar ve lif yönünden zengin gıda tüketiminin kolonik geçiş zamanını azalttığı, gaita ağırlığı ile defekasyon frekansını arttırdığını bildirmişlerdir. Ayrıca olguların sıvı tüketimlerine bakıldığında, %37,11'i 1-5 bardak, %20'si 6-9 bardak, %41,9' u ise 10 bardak ve üzerinde sıvı tükettiklerini belirtti. Benzer sonuçlar elde eden Gürşen'in (2013) yaptığı çalışmada, bireylerin %46,2'sinin günde 1-5 bardak/gün, %34,6'sının 6-10 bardak/gün, %19,2'sinin 11-15 bardak/gün sıvı tükettiklerini belirtilmiş olup sıvı tüketimlerinin az olmasını defekasyon frekansının (sayısının) ve gaita yoğunluğunun az olmasına sebep olduğu yorumu yapılmıştır.

Konstipasyonun obez bireylerde daha fazla görüldüğü ve obez olmanın konstipasyon açısından risk faktörü olduğu bilinmektedir (Chen, Hu, Chen, Lin and Lin 2003, Pourhoseingholi et al 2009, Tursun 2014). Çalışmamıza katılan bireylerin vücut kitle indekslerine göre KRDÖ puanlarına bakıldığında; şişman olan hastaların ölçek puanları (12,93±4,624) normal kilolu olanlara (9,12±3,292) göre daha yüksek bulunmuş olup, elde edilen sonuçlara göre konstipasyonu olan bireylerde kilo faktörünün bir risk faktörü olduğu ve obez bireylerde konstipasyon görülme oranının arttığı görüşünü desteklemektedir.

Eğitim düzeyinin konstipasyon görülme sıklığını etkilediği birçok çalışmada gösterilmiş olup yapılan çalışmalarda eğitim seviyesi arttıkça konstipasyon görülme sıklığının da azaldığı bildirilmektedir (Lu, Chang, Chen, Luo and Lee 2006, Wald et al 2010, Mugie,

Benninga and Di Lorenzo 2011). Bizim çalışmamızda da KRDÖ toplam puan ortalamaları ilköğretim mezunlarında ($10,65 \pm 4,084$), lise ve üstü mezunlara ($8,71 \pm 3,149$) göre anlamlı oranda yüksek olduğu, yani ilköğretim mezunlarının lise ve üstü mezunlara göre konstipasyon açısından daha fazla risk altında oldukları belirlendi.

Konstipasyon bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemekte, bu konuda yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Konstipasyon, sağlık bakım kuruluşlarına bildirim oranlarının yüksek olması, yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, tükenmişliğe, iş gücü kaybına sebep olması ve sağlık bakım hizmeti maliyetlerini arttırması yönünden birey ve toplum için önemli bir sağlık sorunudur (Akbayrak ve ark 2006, Dedeli ve ark 2007, Demirbaş 2010, Uysal ve ark 2010, Kaya ve Turan 2011). Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar literatür sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Özellikle abdominal bölgeyi ilgilendiren herni operasyonları sonrası konstipasyona bağlı yaşam kalitelerini incelediğimiz bu çalışmada KYKÖ toplam puan ortalaması $61,81 \pm 18,213$ olarak hesaplandı ve hastaların ameliyat sonrası dönemde konstipasyona bağlı yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği anlaşıldı. Bu sonuçları destekleyen çalışma örneklerine bakıldığında; Uysal ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada konstipe olan bireyler ile konstipe olmayan bireyler arasında günlük yaşamı olumsuz yönde etkileme puan ortalamalarının her iki grupta farklı olduğunu ve konstipe bireylerin günlük yaşamlarının daha fazla olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir. Sun ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışma sonucuna göre, kronik konstipasyonu olan bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde ve iş verimliliğinde anlamlı derecede azalma görüldüğü, ancak aktivite kayıplarının ise anlamlı derecede arttığı saptanmıştır.

İnsizyonel herni tanısı olan hastaların Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamaları inguinal-umbilikal herni tanısı olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p < 0,05$), yani insizyonel herni tanısı olan bireylerin günlük yaşamlarının daha fazla olumsuz etkilendiği anlaşılmaktadır. Herni türlerine göre konstipasyona yönelik yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğine yönelik çalışmaya rastlanamamıştır. Bu nedenle bu veri tartışılmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Herni ameliyatı geçiren hastaların konstipasyon risk durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışma sonucunda elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

1. Hastaların %47,6'sı (n=50) 41-60 yaş arasında olup,
2. %77,1'inin (n=81) erkek, %22,9'unun (n=24) kadın,
3. Beden kitle indekslerine göre hastaların %41,9'unun (n=44) fazla kilolu olduğu,
4. %96,2'sinin (n=101) evli,
5. %73,3'ünün (n=77) ilköğretim mezunu ve
6. %51,4'ünün (n=54) emekli olduğu belirlendi.
7. %43,8'i (n=46) hayatlarının büyük çoğunluğunu ilçede geçirdiğini,
8. %87,6'sı (n=92) gelirlerinin giderlerine eşit/fazla olduğunu,
9. %99'u (n=104) sağlık güvencesinin olduğunu ifade etti.
10. Ameliyat öncesinde değerlendirilen hastaların çoğuna (%81) inguinal herni tanısı ile cerrahi planlandığı,
11. Ameliyat öncesinde yarısından fazlasının (%53,3) kronik hastalığının olduğu ve

12. En sık görülen kronik hastalıkların hipertansiyon (%31,4) ve diyabet (%13,3) olduğu tespit edildi.
13. %59'una spinal/epidural anestezi tercih edildiği,
14. Ameliyat sonrasında ağrıyı azaltmaya yönelik çoğunlukla (%73,3) Parol flakon tercih edildiği ve (%66,7) günde üç-dört kere analjezik uygulandığı belirlendi.
15. Günlük yaşam tarzı alışkanlıklarına yönelik elde edilen verilere göre; hastaların %91,4'ünün bağımsız hareket edebildiği,
16. %87,6'sının düşük düzeyde fiziksel egzersiz yaptığı (hiçbir zaman/bazen),
17. %96,2'sinin egzersiz türü olarak yürümeyi tercih ettiği,
18. %30,5'inin sebze ve meyve tüketim sıklığının haftada üç günden az olduğu,
19. %61'inin günlük öğün sayısının 3-4 olduğu,
20. %41,9'unun günde 10 bardak sıvı tükettiği,
21. %55,2'sinin herhangi bir nedenle sürekli ilaç kullandığı belirlendi.
22. Hastaların %68,6'sı ameliyat öncesinde konstipasyona eğilimi olmadığını ve %29,5'i herhangi bir nedenle daha önce laksatif kullandığını belirtti.
23. Bağırsak alışkanlıklarına bakıldığında; hastaların %56,2'sinin günde bir kez, %23,8'inin iki günde bir kez, %10,5'inin üç günde bir kez, %6,7'sinin günde iki kez ve %2'sinin günde üç kez dışkılama yaptığı belirlendi.
24. Hastaların ameliyat öncesi dönemde; Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) puan ortalamasına göre (10,13+-3,937) konstipasyon açısından hafif düzeyde risk taşıdıkları,
25. Ameliyat sonrası dönemde; Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) toplam puan ortalamasına göre (61,81+-18,213) konstipasyona bağlı yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği,
26. 61 ve üzeri yaştakilerin Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu ve KYKÖ ortalamalarının, 20-40 yaşındakilere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi.
27. Kadınların KYKÖ; Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu, Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu, Endişe/Kaygı alt boyutu, Memnuniyet alt boyutu ve KRDÖ ortalamaları erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu.
28. İlköğretim mezunlarının Endişe/Kaygı alt boyutu, KYKÖ ve KRDÖ ortalamaları lise

ve üzeri mezunlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu.

29. KYKÖ, KRDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının hastaların gelir durumlarına göre istatistiksel anlamda bir farklılık göstermediği tespit edildi.
30. Şişmanların KRDÖ ortalamaları normal ve fazla kilolu hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu.
31. Önceden kronik hastalığı olanların Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu, Endişe/Kaygı alt boyutu, Memnuniyet alt boyutu, KYKÖ ve KRDÖ puan ortalamaları kronik bir hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti.
32. Genel anestezi ile ameliyat olanların KRDÖ ortalamaları spinal/epidural anestezi olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.
33. Ölçekler arası ilişkiye göre; Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu ile Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu arasında pozitif yönde yüksek düzeyde idi, yani psikolojik sorunu olanların fiziksel sorunlarının da olduğu görüldü.
34. Endişe/Kaygı alt boyutu ile Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu ve Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu arasında pozitif yönde yüksek düzeydeydi, buna göre endişe/kaygı arttıkça fiziksel ve psikolojik rahatsızlık da artmaktaydı.
35. KRDÖ ile KYKÖ; Fiziksel Rahatsızlık alt boyutu, Psikolojik Rahatsızlık alt boyutu, Endişe/Kaygı alt boyutu, Memnuniyet alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Konstipasyon riski yüksek olanlarda KYKÖ'nin tüm alt boyutlarının kötü yönde etkilendiği tespit edildi.

6.2. ÖNERİLER

- ✓ Sağlık profesyonelleri iletişim becerilerini kullanarak hasta ve ailesiyle iyi bir iletişim kurmalı, hem hastanın hem de ailesinin kendilerini ifade etmelerine olanak sağlamalıdır.
- ✓ Ameliyat öncesi detaylı bir hasta öyküsü (anamnez) alınmalıdır.
- ✓ Ameliyat öncesinde değerlendirilen hastada konstipasyona neden olabilecek risk faktörleri tanımlanmalı ve nedene yönelik tanı ve tedavi işlemleri yapılmalıdır.

- ✓ Ameliyat sonrası oluşabilecek konstipasyonun başta kardiyovasküler ve solunum sistemi olmak üzere tüm sistemleri olumsuz etkileyebileceği bilinmeli ve hizmet içi eğitim programlarında dile getirilmelidir.
- ✓ Ameliyat sonrası konstipasyona yönelik yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmemesi için, hastalar sadece ameliyat sonrası erken evrede değil, taburculuk sonrası evde bakımı da dahil olmak üzere belirli aralarla klinik kontrolleri yapılmalıdır.
- ✓ İnguinal, umbilikal ve insizyonel herni dışındaki farklı herni türleri ile de çalışma planlanabilir.

KAYNAKLAR

- Akbayrak T, Demirtürk F, Karakaya İÇ, Ekici G, Kaya S. (2006). Huzursuz barsak tedavisinde farklı bir yaklaşım-olgu sunumu. XI. Fizyoterapide Gelişmeler Sempozyumu, *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 17(3), s.190.
- Akça Ay F. (2008). Sindirim Sistemi ve Uygulamaları. İçinde: *Temel Hemşirelik Kavramlar İlkeler ve Uygulamalar*, Akça Ay F (Eds.), Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti, İstanbul, s.20-493.
- Akpınar H. (2005). Kronik konstipasyon. İçinde: 7. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi bildiri kitabı, Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği, Antalya, s.128-132.
- Alpar R. (2012). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik. 2.Baskı, Detay Yayıncılık, Ankara, s.494-498.
- Arı M, Yılmaz E. (2016). Ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası konstipasyona etkisi. *Turk J Colorectal Dis*, 2, s.39-46.
- Arslan H. (2015). Kız Öğrenci Yurdunda Kalan Üniversite Öğrencilerinin Konstipasyon Durumlarının Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Kemal Macit HİSAR).
- Atmaca H. (2012). Hipotiroidizm. *DeneySEL ve Klinik Tıp Dergisi - Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29, p.301-308.
- Bengi G, Yalçın M, Akpınar H, Keskinoğlu P, Ellidokuz H. (2015). Validity and reliability of the patient assessment of constipation quality of life questionnaire for the Turkish population. *Turk J Gastroenterol*, 26(4), p.309-314.

Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. (2014). Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, 18(2), s.181-197.

Bengi G. (2012). Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Uzmanlık Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Hale AKPINAR).

Bharucha AE, Pemberton JH, Locke III GR. (2013). American gastroenterological association technical review on constipation. *Gastroenterology*, 144(1), p.218–238.

Bolat E. (2006). Konstipasyonlu hastaya yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, 10(1), s.116-119.

Büyükyılmaz F, Şendir M. (2009). Cerrahi hastalarında barsak boşaltımı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1), s.74-81.

Büyükyılmaz F, Şendir M. (2009). Cerrahi hastalarında konstipasyon. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1), s.33-37.

Carpenito LJ. (1997). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 7. Baskı, p.560.

Chen GD, Hu SW, Chen YC, Lin TL, Lin LY. (2003). Prevalence and correlations of anal incontinence and constipation in Taiwanese women. *Neurourol Urodyn*, 22(7), p.664-669.

Crane SJ, Talley NJ. (2007). Chronic gastrointestinal symptoms in the elderly. *Clinics in*

Geriatric Medicine, 23(4), p.721-734.

Craven RF, Hirnle CJ (2000). *Fundamental's of nursing human health and function. Philadelphia:Lippincott*, 3, p.1077-1115.

Çalışkan YK. (2008). İnguinal Herni Ameliyatlarında Lichtenstein Tension-Free ve Örne Tekniklerinin Karşılaştırılması. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3.Genel Cerrahi Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Op. Dr. Celal ÖZKARABULUT).

Çelik Y, Andaç Erbil O. (2019). İnsizyonel herni cerrahisinde açık ve laparoskopik yöntemin karşılaştırılması: Tek merkez deneyimi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 24(1), s.67-71.

Çilingir D, Bayraktar N. (2006). Günübirlık cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(1), s.69-81.

Çolakoğlu S, Özdemir F, Hafta A. (2001). Toplumumuzda kabızlık oranı ve değişik faktörlerle ilişkisi. *Turk J Gastroenterol*, 12(1), s.149-154.

Dal Ü, Bulut H, Güler Demir S. (2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi / Medical Journal of Bakirkoy*, 8(1), s.34-40.

Dambro M. (1997). Klinik tanı ve tedavi. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Kitabevi, p. 959.

Dedeli Ö, Turan İ, Fadıloğlu Ç, Bor S. (2007). Konstipasyon yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *MN Dahili Tıp Bilimleri*, 2(1-2), s.36-43.

Demirbaş S. (2010). Kronik konstipasyon nedenleri, tanı yöntemleri ve tedavi yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52, s.61-68.

- Dilek ON, Türel KS. (2019). Fıtık tamirinde mesh kullanımı ve komplikasyonları. *J Surg Arts*, 2, s.1-9.
- Dolgun E, Candan DY. (2010). Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3, s.10-15.
- Dosh SA. (2002). Evaluation and treatment of constipation. *The Journal of Family Practice*, p.555-560.
- Ercan İ, Kan İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), s.211-216.
- Gonnenne J, Esfandyari T, Camilleri M, Burton DD, Stephens DA, Baxter KL, Zinsmeister AR, Bharucha AE. (2006) Effect of female sex hormone supplementation and withdrawal on gastrointestinal and colonic transit in postmenopausal women. *Neurogastroenterol Motil*, 18(10), p.911-918.
- Gürol Arslan G. (2008). Yaşlılarda Karina Castor Yağı Kompresi Uygulama nının Konstipasyona Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. İsmet EŞER).
- Gürşen C. (2013). Kronik Konstipasyonu Olan Bireylerde Konnektif Doku Masajının Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Mintaze KEREM GÜNEL).
- Hyde V, Jenkinson T, Koch T, Webb C. (1999). Constipation and laxative use in older community-dwelling adults. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 3(4), p.170-180.

Irvine EJ, Ferrazzi S, Pare P, Thompson WG, Rance L. (2002). Health-related quality of life in functional GI disorders: focus on constipation and resource utilization. *Am J Gastroenterol*, 97(8), p.1986-1993.

İlhan SE. (2007). Perioperatif Bakım. İçinde: Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-sosyal Boyut), Akbayrak N, İlhan SE, Akçel G, Albayrak A. (Ed.), Alter Yayıncılık, Ankara, s.631-647.

İnce M, Remzi FH. (2011). Kronik kabızlık ve diyet. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(1), s.71-76.

İzveren AÖ, Dal Ü. (2011). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, s.36-46.

Johanson JF. (2007). Review of the treatment options for chronic constipation. *Med Gen Med*, 9(2), p.25.

Kasap E, Bor S. (2006). Fonksiyonel barsak hastalığı prevalansı. *Güncel Gastroenteroloji*, 10, s.165-168.

Kaya N, Turan N. (2011). Konstipasyon ciddiyet ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 31(6), s.1491-1501.

Kocataş SZ, Atalay M. (2001). Akut miyokart infarktüsü geçiren hastalarda konstipasyonu önlemeye yönelik hemşirelik uygulamalarının etkinliği. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 5(1), s.28-33.

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

- Koca Kutlu A, Yılmaz E, Çeçen D, Eser E. (2011). The reliability and validity of the Turkish version of the constipation risk assessment scale. *Gastroenterol Nurs*, 34(3), p.200-208.
- Koca Kutlu A, Çeçen D, Eser E, Yılmaz E. (2007). Konstipasyon risk değerlendirme ölçeğinin Türkçe geçerliliği. 2.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, s.148.
- Lembo A, Camilleri M. (2003). Chronic Constipation. *NEJM*, 349(4), p.1360-1368.
- Lewis SJ, Heaton KW. (1997). Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand Journal of Gastroenterology*, 32, p.920-924.
- Locke GR 3rd, Pemberton JH, Phillips SF. (2000). American gastroenterological association medical position statement: guidelines on constipation. *Gastroenterology*, 119(6), p.1761-1766.
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. (2006). Functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 130(5), p.1480-1491.
- Lu CL, Chang FY, Chen CY, Luo JC, Lee SD. (2006). Significance of Rome II-defined functional constipation in Taiwan and comparison with constipation-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*, 24(2), p.429-438.
- Lubawski J, Saclarides T. (2008). Postoperative ileus: strategies for reduction. *Ther Clin Risk Manag*, 4, p.913-917.
- Marquis P, De La Loge C, Dubois D, McDermott A, Chassany O. (2005). Development and validation of the patient assessment of constipation quality of Life questionnaire. *Scand J Gastroenterol*, 40, p.540-551.

- Miedema BW, Johnson OJ. (2003). Methods for decreasing postoperative gut dysmotility. *The Lancet Oncology*, 4, p.365-372.
- Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. (2011). Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 25(1), p.3-18.
- Olgun S. (2013). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Abdominal Masajın Kronik Konstipasyona ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. İsmet EŞER).
- Orhan C, Akbayrak T, Kaya S, Kav T, Kerem Günel M. (2015). Fiziksel aktivite seviyesi ile konstipasyon şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 2(2), p.66-73.
- Ören B. (2016). Yoğun bakım hastalarında konstipasyon ve diyare. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(1), s.37-43.
- Özer B, Tatar C, Benek S, Aydın H, Kızılkaya C, Alkurt E, Özgül H, Koyuncu A. (2016). Nüks inguinal hernilerin tedavisinde anterior meshli ve posterior meshli herniorafi yöntemlerinin karşılaştırılması. *Med Bull Haseki*, 54, s.90-93.
- Öztürk MH. (2015). Eğitimin Primer Konstipasyonlu Hastalarda Konstipasyon Ciddiyeti ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Doçent. Dr. Serap PARLAR KILIÇ).
- Öztürk R, Rao SSC. (2007). Defecation disorders: An important subgroup of functional constipation, its pathophysiology, evaluation and treatment with biofeedback. *Turk J Gastroenterol*, 18(3), p.139-149.

- Peel NM, Bartlett HP, Marshall AL. (2007). Reliability and validity of WHOQOL-OLD. *Australasian Journal on Ageing*, 26(4), p.162–167.
- Pourhoseingholi MA, Kaboli SA, Pourhoseingholi A, Moghimi-Dehkordi B, Safaee A, Mansoori BK, Habibi M, Zali MR. (2009). Obesity and functional constipation; a community-based study in Iran. *J Gastrointestin Liver Dis*, 18(2), p.151-155.
- Richmond JP, Wright ME. (2005). Development of a constipation risk assessment scale. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9, p.37-48.
- Sanchez MI, Bercik P. (2011). Epidemiology and burden of chronic constipation. *Can J Gastroenterol*, 25, p.11-15.
- Savaş MC. (2004). Konstipasyon. *Türkiye Tıp Dergisi*, 11(4), s.204-216.
- Savaş Y. (2009). Genel ya da Bölgesel Anestezi İle Yapılan Kasık Fıtığı Onarımlarının Uyku ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Prof. Dr. Yüksel ARIKAN).
- Schmidt F, Santos V. (2014). Prevalence of constipation in the general adult population. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 41(1), p.70-76.
- Sevinç S. (2007). Abdominal değerlendirme. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 4(1), s.10-20.
- Smout AJPM, Akkermans LMA. (1992). Normal and Disturbed Motility of the Gastrointestinal Tract, Wrighton Biomedical Publishing LTD.

Suares NC, Ford AC. (2011). Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*, 106, p.185-189.

Sun SX, Dibonaventura M, Purayidathil FW, Wagner JS, Dabbous O, Mody R. (2011). Impact of chronic constipation on health-related quality of life, work productivity, and healthcare resource use: An analysis of the national health and wellness survey. *Dig Dis Sci*, 56(9), p.2688–2695.

Şendir M, Büyükyılmaz F, Aştı T, Gürpınar Ş, Yazgan İ. (2012). Postoperative constipation risk assessment in Turkish orthopedic patients. *Gastroenterol Nurs*, 35, s.106-113.

Talley NJ. (2004). Definitions, epidemiology and impact of chronic constipation. *Rev in Gastroenterol Dis*, 4(2), p.3-10.

Trads M, Hakonson SJ, Pedersen PU. (2017). Validation of the Danish version of the constipation risk assessment scale (CRAS). *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 27, p.7-15.

Turan N, Atabek Aştı T, Kaya N. (2017). Nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda konstipasyon ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1), s.73-78.

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

Turan N, Kaya N, Kaya H, Öztürk A, Eskimez Z, Yaçm N. (2011). Hemşirelik öğrencilerinin bazı değişkenler açısından konstipasyon sorunları. *İstanbul*

Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 19(3), s.168-178.

Türkay C, Aydoğan T, Özden A. (2005). Konstipasyon tanımı ve epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji*, 9(1), s:48-52.

Türkay Ö, Saka M. (2016). Konstipasyon ve diyet. *Güncel Gastroenteroloji*, 20(3), s.234-239.

Ucuzal M, Aldanmaz N. (2015). Genel cerrahi hastalarında ameliyat sonrası konstipasyon riski. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), s.17-22.

Usta E, Aygün D. (2015). Yaşlı hastanın ameliyat sonrası bakımı neden farklı olmalı?. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), s.59-65.

Uysal N, Khorshid L, Eşer İ. (2010). Sağlıklı genç bireylerde konstipasyon sorununun belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(2), s.127-132.

Uz B, Türkay C, Bavbek N, Işık A, Erbayrak M, Erkmen Uyar M. (2006). Konstipasyon saptanan olgularımızın değerlendirilmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 5(1), s.56-59.

Wald A, Mueller-Lissner S, Kamm MA, Hinkel U, Richter E, Schuijt C, Mandel KG. (2010). Survey of laxative use by adults with self-defined constipation in South America and Asia: a comparison of six countries. *Aliment Pharmacol Ther*, 31(2), p.274-284.

Woodward S. (2012). Assessment and management of constipation in older people. *Nursing Older People*, 24(5), p.21-26.

- Yetkin A, Kara M. (1998). Post-operatif konstipasyon ve yapılan girişimlerin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1, s.16-27.
- Yılmaz M. (2002). Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1), s.40-51.
- Yur M. (2010). Fıtık Tamirinde Farklı Katmanlara Konulan Yama (Prolen) Tip I ve Tip III Kollajen Formasyonunu Etkiliyor mu?. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Elazığ, (Danışman: Prof. Dr. Ziya ÇETİNKAYA).
- Yurdakul İ. (2001). Konstipasyon. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu, İstanbul, s.71-81.
- Yurdakul İ. (2007). Kronik kabızlık. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi, 58, s.43-58.

EKLER

Ek 1. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı

02/10/2017-E.14743



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 71522473/050.01.04/176
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Doç. Dr. Dilek AYGİN
Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı

İlgi : 18.08.2017 tarihli 161 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Herni Ameliyatı Geçiren Hastaların Konstipasyon Risk Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır.
02.10.2017.

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE6E4D156>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Kocucuk Kampüsü, Kocucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Tarih:...../...../2017

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisiyim (Merve Işık). Danışmanım Doç. Dr. Dilek Aygün ile birlikte “Herni ameliyatı geçiren hastaların konstipasyon risk durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi” adlı yüksek lisans tez çalışmamız herni ameliyatı geçiren hastaların konstipasyon risk durumları ve ameliyat sonrası konstipasyona bağlı yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla planlandı. Çalışma Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi’nde herni ameliyatı planlanan hastalarla Eylül 2017-Nisan 2018 tarihleri arasında yürütülecektir. Bu çalışmanın 100 hasta ile tamamlanması hedeflenmektedir. Tanıtıcı özellikleri içeren hasta bilgi formu, ameliyattan sonraki ilk 3 gün içinde konstipasyon risk değerlendirme ölçeği ve ameliyattan 2 hafta sonrasında konstipasyon yaşam kalitesi ölçeği ile veriler toplanacaktır. Bu araştırma süresince size hiçbir girişim yapılmayacaktır ve tedavi süreciniz aksatılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen bilgiler bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanır ve istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. İsmi her hangi bir şekilde hiçbir yayında kullanılmayacaktır. Bilgileriniz gizli tutulacak kimse ile paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katıldığımız için size ödül/ceza verilmeyecek, herhangi bir ücret ödenmeyecek ve talep edilmeyecektir. Bu araştırmaya katıldığımız için doğacak tüm olası risklerden araştırmacı sorumludur. Sizden beklenen tüm sorulara yanlış yapma kaygısı olmaksızın içten cevap vermenizdir.

Sayın Merve Işık tarafından akademik bir çalışma yapılacağı belirtildi ve “katılımcı” olarak çalışmaya davet edildim. Yukarıda belirtildiği gibi çalışma süreci ile ilgili tüm bilgiler bana aktarıldı. İmzalı bu formun bir örneği bana teslim edilecektir. Bilgilerimin üçüncü şahıslara verilmeyeceğine inanıyor ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Yukarıdaki metni okudum. Çalışma hakkında bana yazılı/sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı/zorlama olmadan gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü Katılımcının Adı Soyadı:.....

İmzası:

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl)

Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl):

Onam alma işlemine tanık olan kişinin Adı- Soyadı:.....

İmzası:

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):

Ek 3. Hasta Bilgi Formu

Sayın katılımcı

Bu araştırma herni ameliyatı geçiren hastaların konstipasyon risk durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Soruların doğru veya yanlış cevabı bulunmamaktadır. Sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi için soruları samimi ve içten bir şekilde yanıtlamanız önem taşımaktadır.

Katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Adı- Soyadı:

Tarih:

1. Yaşınız:.....

- 18-24 yaş
 25- 34 yaş
 35-44 yaş
 45-54 yaş
 55 yaş ve üstü

2. Cinsiyet: Kadın Erkek

3. Medeni Durumu: Evli Bekâr

4. Eğitim durumu:

- Okur-yazar
 İlköğretim
 Lise
 Üniversite

5. Mesleği:

- Ev hanımı
 Emekli
 Memur
 İşçi
 Diğer

6. Yaşanılan Yer:

- il ilçe köy/kasaba

7. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız:

- Gelir giderden az
 Gelir gidere eşit
 Gelir giderden fazla

8. Sağlık Güvencesi: Hayır Evet

Ek 3. Hasta Bilgi Formu (devamı)

9. Kilo:

10. Boy:

11. Beden Kitle İndeksi:(Araştırmacı tarafından hesaplanacaktır)
0 - 18.4: Zayıf **18.5 - 24.9:** Normal **25.0 - 29.9:** Fazla Kilolu **30.0 ve üstü:** Şişman

12. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? () Hayır () Evet

Var ise (); birden fazla seçenek işaretlenebilir.

- Hipertansiyon ()
Kalp Hastalığı ()
Enfeksiyon ()
Astm ()
Diyabet ()
Böbrek Hastalığı ()
Romatizma ()
Kolon Kanseri ()
Uterus Kanseri ()
KOAH ()

13. Tanı (.....)

- () İnguinal herni
() İnsizyonel herni
() Umbilikal herni

14. Anestezi türü: () Spinal/Epidural anestezi () Genel anestezi

15. Ameliyat sonrası kullanılan analjezikler (.....)

- () Parol Flakon () Dikloron

Sıklığı ? () Günde iki kere () Günde üç kere () Günde dört kere

16. Ameliyat sonrası ilk dışkılamaya kadar geçen süre:saat

17. sorudan itibaren ameliyattan önceki yaşantınızı düşünerek yanıtlayınız

17. Normal bağırsak alışkanlığınız nasıl? Haftadakez

18. Hareketlilik durumunuz nasıldır?

- () Bağımsız hareket edebiliyorum
() Yardımla (araç veya kişi) yürüyebiliyorum
() Yatağa ya da sandalyeye bağımlıyım

Ek 3. Hasta Bilgi Formu (devamı)

19. Ne kadar sıklıkla fiziksel egzersiz yaparsınız?

- Hiçbir zaman
 Bazen
 Sürekli yaparım

20. Ne tür egzersiz yaparsınız?

- Yürüme
 Yüzme
 Spor aletleri ile
 Bisiklete binme

21. Haftada kaç gün yürüyorsunuz?.....

22. Hangi sıklıkla sebze- meyve tüketiyorsunuz?

- Her gün
 Haftada 3-4 gün
 Haftada 3 günden az
 Hiç

23. Günde kaç öğün besleniyorsunuz?

- 1-2 3 4 ve üzeri

24. Bir günde ortalama ne kadar sıvı tüketiyorsunuz?

- Günde 10 bardak veya daha fazla
 Günde 6-9 bardak
 Günde 5 bardak
 Günde 4 bardak veya daha az

25. Sürekli kullandığınız ilacınız var mı?

- Hayır Evet

Ek 4. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ)

Toplam ve Tablodaki Risk Faktörleri Halkası

CİNSİYET:

Erkek	1
Kadın	2

HAREKETLİLİK:

Bağımsız olarak hareketli	0
Yürümede bağımlı/başkalarından yardım alıyor	1
Yatağa/sandalyeye bağımlı	2
Spinal kord yaralanması/spinal kord basısı	3

LİF ALIMI:

Günlük 5 porsiyon/adet meyve sebze alımı/tüketimi	0
Günlük 3/4 porsiyon/adet meyve sebze alımı/tüketimi	1
Günlük 2 porsiyon/adet meyve sebze alımı/tüketimi	2

Lifli ürünlerin günlük alımı/tüketimi Evet	0
Hayır	2

SIVI ALIMI:

Günlük 10 bardak ve daha fazla sıvı alımı	0
Günlük 6-9 bardak sıvı alımı	1
Günlük 5 bardak ve daha az sıvı alımı	2

KİŞİSEL İNANÇLAR:

Hasta konstipasyona eğilimli olduğuna inanıyor mu?	Evet/Hayır
Herhangi bir zamanda konstipasyon için laksatif kullanmış mı?	Evet/Hayır
Şimdiki bağırsak alışkanlığı_____	

BÖLÜM TOPLAM PUANI

Ek 4. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) (devamı)

SADECE SERVİS HASTALARI:

Hasta hastane tuvaletlerinde bağırsak boşaltımı için zorlanıyor mu?

Hayır 0

Evet 2

KOMOD/SÜRGÜYE GEREKSİNİMİ OLAN HASTALAR:

Hastanın komod/sürgü kullanmasında sorun bekleniyor mu?

Hayır/uygun değil 0

Evet 2

BÖLÜM TOPLAM PUANI

Hangi Durumlar Konstipasyon Riskini Arttırır

Tıbbi notlardan hasta öyküsü ve kan sonuçları, aşağıdaki durumların varlığını değerlendirme

FİZYOLOJİK DURUMLAR:

Metabolik Hastalıklar:

Hipokalemi/Üremi/Kurşun zehirlenmesi 2

Pelvik Durumlar:

Histektomi/over tümörü/uterus prolapsusu/hamilelik 3

Nöromusküler Hastalıklar:

Parkinson hastalığı/Multiple skleroz/Sistemik skleroz/Hirschspning

Hastalığı/Serebrovasküler Olay/Spina Bifida/Romatoid Artrit/Serebral Tümör 3

Endokrin Hastalıklar:

Diabetes Mellitus/Hipotiroidi/Hypopitüiterizm/Hiperkalsemi 3

Kolorektal/Abdominal Hastalıklar:

İrritable Bağırsak Sendromu/Crohn Hastalığı/Divertikülit/Ülseratif Kolit

/Kolorektal tümör/Anorektal Darlık/Anorektal Fissür/Anorektal Prolapsus 3

/Hemoroidler/Herniler

Ek 4. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) (devamı)

PSİKOLOJİK DURUMLAR:

Psikiyatrik Hastalıklar:

Depresyon/Anoreksiya Nevroza/Bulumia Nevroza 2

Öğrenme zorlukları/Demans:

(Konuşmanın anlaşılabilirliğinin/durumları anlamada azalma 2

olduğunun belirlenmesi)

BÖLÜM TOPLAM PUANI

Konstipasyon Riskini Arttıran İlaçlar

Hasta aşağıdaki ilaçlardan herhangi birini düzenli alıyor mu?

Antiemetik 2

Kalsiyum Kanal Blokerleri 2

Demir İlaçları 2

Antikolinergik içeren ilaçlar:

Antikonvülzanlar 2

Antidepresanlar 2

Antiparkinson ilaçlar 2

Antispazmolitikler 2

Analjezikler

Opioid olmayan analjezikler 3

Sürekli opioid tedavisi 5

Sitotoksik Kemoterapi:

Sitotoksik kemoterapi 3

Vinca alkaloid ajanlar 5

BÖLÜM TOPLAM PUANI

Konstipasyon için düşük risk: puan < 10

Konstipasyon için orta risk: puan 11-15

Konstipasyon için yüksek risk: puan > 15

TOPLAM PUAN

Ek 5. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ)

Aşağıdaki sorular son 2 hafta boyunca kabızlığın günlük hayatınızdaki etkilerini ölçmek için düzenlenmiştir. Lütfen her soru için yalnızca bir soruya işaret koyunuz.

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1 = Hiç | 1= Hiçbir zaman |
| 2 = Oldukça az | 2= Nadiren |
| 3 = Biraz | 3= Bazen |
| 4 = Oldukça fazla | 4= Çoğu zaman |
| 5 = Çok fazla | 5= Her zaman |

Aşağıdaki sorular kabızlığa bağlı şikâyetlerinizi sorgulamaktadır. Geçen 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da yoğunlukta;	Hiç (1)	Oldukça az (2)	Biraz (3)	Oldukça fazla (4)	Çok fazla (5)
1. Patlama derecesinde şişkinlik hissettiniz?					
2. Kabız olduğunuz için ağırlık hissettiniz?					
Bundan sonraki bir kaç soru kabızlık şikâyetinizin günlük hayatınızı nasıl etkilediği hakkında sorulmaktadır. Son 2 hafta boyunca ne sıklıkla;	Hiçbir zaman (1)	Nadiren (2)	Bazen (3)	Çoğu zaman (4)	Her zaman (5)
3. Herhangi bir fiziksel rahatsızlık hissettiniz?					
4. Büyük abdest yapmaya ihtiyaç duyduğunuz halde yapamadığımız oldu?					
5. Diğer insanlarla birlikte olmaktan utandınız?					
6. Büyük abdestinizi yapamadığımız için yemek miktarınızı azalttınız?					

Ek 5. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) (devamı)					
Bundan sonraki birkaç soru kabızlığın günlük yaşamınızı nasıl etkilediği hakkında sorulmaktadır. Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;					
7. Yediklerinize dikkat etmek zorunda hissettiniz?					
8. İştahımız azaldı?					
9. Ne yemeniz gerektiğini seçmek konusunda endişelendiniz? (Örneğin bir arkadaşınızın evinde)					
10. Ev dışında herhangi bir yerde çok uzun süre tuvalette kalmanızdan dolayı utandınız?					
11. Ev dışında bir yerde tuvalete çok sık gitmekten dolayı utandınız?					
12. Günlük rutin yaşamınızı değiştirmeniz gerektiği konusunda kaygılarınız oldu? (Örneğin; seyahat etmek, evden dışarı çıkmak gibi)					
13. Durumunuzdan dolayı huzursuz hissettiniz?					
14. Durumunuzdan dolayı üzgün hissettiniz?					
15. Durumunuz kafanıza takıldı?					
16. Durumunuzdan dolayı stresli hissettiniz?					
17. Durumunuzdan dolayı kendinize güvenin azaldığını hissettiniz?					
18. Durumunuzun kontrolünüz altında olduğunu hissettiniz?					
Bundan sonraki birkaç soru kabızlık ile ilgili hissettikleriniz hakkında sorulmaktadır. Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;	Hiç (1)	Oldukça az (2)	Biraz (3)	Oldukça fazla (4)	Çok fazla (5)
19. Büyük abdest yapmaya gideceğinizi bilememekten endişelendiniz?					
20. Büyük abdestinizi yapamayacağınızdan endişelendiniz?					
21. Büyük abdestinizi yapamamaktan dolayı rahatsızlığınız arttı?					

Ek 5. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) (devamı)					
Bundan sonraki birkaç soru kabızlıkla ilgili hissettikleriniz hakkında sorulmaktadır. Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;	Hiçbir zaman (1)	Nadiren (2)	Bazen (3)	Çoğu zaman (4)	Her zaman (5)
22. Durumunuzun kötüye gideceğini düşünerek kaygılandınız?					
23. Vücudunuzun gerektiği gibi çalışmadığını hissettiniz?					
24. İstediginizden daha az büyük abdest yaptınız?					
Bundan sonraki birkaç soru kabızlık sorunuzla ilgili memnuniyet derecenizi sorgulamaktadır. Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;	Hiçbir zaman (1)	Nadiren (2)	Bazen (3)	Çoğu zaman (4)	Her zaman (5)
25. Büyük abdest yaptığımızda rahatlamış hissettiniz?					
26. Büyük abdest düzeninizden memnun oldunuz?					
27. Yiyeceklerin bağırsaklarınızdan geçiş süresinden (sindirim süresinden) memnun oldunuz?					
28. Tedavinizden memnun kaldınız?					

Ek 6. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinin Kullanımı İçin İzin Talebi

Ölçek Gelen Kutusu x



MERVE PEKTEMEK <merve.pektemek1@ogr.sakarya.edu.tr>

25 Tem 2017 08:56 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: adaletkutlu ▾

Hayırlı günler

Sakarya üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsünde hemşirelik bölümü cerrahi anabilim dalında Doç.Dilek AYGİN danışmanlığında yüksekisans yapmaktayım .

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz konstipasyon risk değerlendirme ölçeğini tezimizde kullanmayı düşünüyoruz. Sizin de izniniz dahilinde ölçeğin tam metnine ve değerlendirmesine ulaşabilir miyiz?

Teşekkürler

Adalet Kutlu <adaletkutlu@yahoo.com>

27 Tem 2017 14:07 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

İngilizce ▾ > Türkçe ▾ [iletiry çevir](#)

[İngilizce için kapat x](#)

Sevgili Merve,

Ölçeğin Türkçe'si ve makalesi ektedir. CRAS, Konstipasyon risk değerlendirme yapar. Orjinali kemoterapi alan hastalar içindi. Biz Cerrahi hastalarında yaptık, Cronbach alfası düşük çıktı. Bu yüzden önerim kemoterapi hastalarında kullanmanız,eğer cerrahi ise alanınız cerrahi girişim sonrası kemoterapi alan hastalar olabilir. Sonuçları bildirmeniz ümidiyle selam ve sevgiler.

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı
Doğum yeri ve tarihi
Uyruğu
Medeni durumu
İletişim adresi ve telefonu

Merve IŞIK
DÜZCE/ 30.08.1993
T.C.
EVLİ
T.C. SAKARYA KADIN DOĞUM VE
ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
merve.pektek1@ogr.sakarya.edu.tr
İNGİLİZCE

Yabancı dili

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Yüksek Lisans	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD	Sakarya Üniversitesi	2016-
Lisans	Hemşirelik	Sakarya Üniversitesi	2012-2016

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

IV- Mesleki Deneyimi

Hemşire	T.C. Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2018-2019
---------	--	-----------

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler:

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

Aygin D, **Pektemek M.** Cerrahi Menopoza Giren Genç Kadınlarda Cinsellik Nasıl Etkileniyor?. Androloji Bülteni 2018; Cilt 20:21-24. (**Derleme**)

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan özet makaleler:

VII- Bilimsel Etkinlikleri

VIII- Diğer Bilgiler

Pedagojik Formasyon Eğitimi Sertifika Programı, 2015-2016 Eğitim-Öğretim Yılı,
Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Sakarya.