

T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

91724

AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA
KONSTİPASYONU ÖNLEMeye YÖNELİK HEMŞİRELİK
UYGULAMALARININ ETKİNLİĞİ

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANLARI BİRİMİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Semra KOCATAŞ (ZORLU)

Kasım-2000

SİVAS

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA
KONSTİPASYONU ÖNLEMeye YÖNELİK HEMŞİRELİK
UYGULAMALARININ ETKİNLİĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Semra KOCATAŞ (ZORLU)

**Danışman Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Meliha ATALAY**

**Kasım-2000
SİVAS**



“Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 05.01.1984 tarih ve 84/1 No’lu kararı ile kabul edilen Tez Yazma Yönergesine göre hazırlanmıştır”.

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
I. GİRİŞ	1
Problemin Tanımı	1
Konunun Hemşirelikle İlgisi	3
II. GENEL BİLGİLER	7
Arterioskleroz Gelişimi İçin Bilinen Risk Faktörleri	8
Miyokard İnfarktüsü	9
Miyokard İnfarktüsünün Vücuda Olan Genel Etkileri.....	10
Konstipasyon (Kabızlık).....	11
Konstipasyonla İlgili Risk Faktörleri.....	12
Konstipasyonun Belirti ve Semptomları.....	14
Konstipasyon Neden Önlenmelidir?.....	14
Konstipasyonu Önlemek İçin Hemşirelik Girişimleri.....	15
III. ARAŞTIRMANIN AMACI	17
IV. PROBLEM CÜMLESİ.....	17
V. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ.....	17
VI. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	17
1- Araştırmanın Şekli.....	17
2- Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	18
3- Araştırmanın Evreni.....	18
4- Araştırmanın Örneklemi.....	19
5- Araştırmanın Sınırlılıkları.....	19
Veri Toplama Yöntemi.....	20
1- Verilerin Toplanması.....	20
2- Araştırmanın Uygulanması.....	20
3- Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
VII. BULGULAR VE TARTIŞMA.....	24
VIII. SONUÇLAR.....	48
IX. ÖNERİLER.....	50
X. ÖZET.....	51
XI. SUMMARY.....	53
XII. KAYNAKLAR.....	54
XIII. EKLER.....	60

EK 1- Soru Formu.....	60
EK 2- Konstipasyonu Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamaları.....	63
EK 3- Uygulamaları Değerlendirme ve İzlem Formu.....	66
EK 4- Deney Grubundaki Hastalara Uygulanan Egzersizler.....	70
EK 5- Tanıtıcı Bilgiler.....	73



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1	Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Demografik Özellikleri.....	25
Tablo 2	Kontrol ve Deney Grubundaki Hastalarda Konstipasyon Gelişme Durumu.....	26
Tablo 3	Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Evlerinde Aldıkları Günlük Sıvı Miktarlarına Göre Hastanede Konstipasyon Gelişme Durumları.....	28
Tablo 4	Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Evlerindeki Yiyecek Tercihlerine Göre Hastanede Konstipasyon Gelişme Durumları.....	30
Tablo 5	Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Evlerinde Yemek Yedikleri Öğün Sayılarına Göre Hastanede Konstipasyon Gelişme Durumları.....	31
Tablo 6	Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Evlerinde Düzenli Yeme Alışkanlıklarına Göre Hastanede Konstipasyon Gelişme Durumları	32
Tablo 7	Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Evlerinde Tükettikleri Yemek Türlerine Göre Hastanede Konstipasyon Gelişme Durumları.....	33
Tablo 8	Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Evlerindeki Hareket Durumlarına Göre Hastanede Konstipasyon Gelişme Durumları.....	34
Tablo 9	Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Evlerindeki Aktivite Alışkanlıklarına Göre Hastanede Konstipasyon Gelişme Durumları.....	36
Tablo 10	Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Evlerindeki Barsak Boşaltım Alışkanlıklarına Göre Hastanede Konstipasyon Gelişme Durumları.....	37
Tablo 11	Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Evlerindeki Boşaltımı Erteleme Alışkanlıklarına Göre Hastanede Konstipasyon Gelişme Durumları.....	38

Tablo 12	Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Evlerinde Boşaltım Sırasında Ağrı Duymalarına Göre Hastanede Konstipasyon Gelişme Durumları.....	39
Tablo 13	Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Evlerinde Kabızlık Sorunları Olup Olmadığına Göre Hastanede Konstipasyon Gelişme Durumları.....	40
Tablo 14	Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Evlerinde Kabızlık Durumunda İlaç Alma Alışkanlıklarına Göre Hastanede Konstipasyon Gelişme Durumları.....	41
Tablo 15	Kontrol ve Deney Grubundaki Hastaların Evlerinde Kullandıkları Tuvalet Türüne Göre Hastanede Konstipasyon Gelişme Durumları.....	42
Tablo 16	Deney Grubundaki Hastaların Hastanedeki Sıvı Alma Durumları.....	43
Tablo 17	Deney Grubundaki Hastaların Hastanedeki Beslenme Durumları.....	44
Tablo 18	Deney Grubundaki Hastaların İştahını Geliştirmek İçin Uygulanan Hemşirelik Girişimleri.....	45
Tablo 19	Deney Grubundaki Hastaların Aktif Tutulmaları İçin Yapılan Hemşirelik Uygulamaları.....	46
Tablo 20	Deney Grubundaki Hastalara Boşaltım Alışkanlığını Sürdürmelerine Yönelik Yapılan Hemşirelik Uygulamaları.....	47

I-GİRİŞ

Problemin Tanımı

Sağlıklı olmak her bireyin temel hakkıdır. Gerçekte sağlık , tüm insanlar için; fiziksel, sosyal, duygusal ve entellektüel gereksinimlerin bir bileşimi olup, bu öğelerin her biri birbiriyle dinamik ilişkide olan ve değişebilen bir süreçtir. İnsanın temel gereksinimleri yeterince karşılandığında bu süreçler denge durumundadır(ki bu olguya homeostazis denilmektedir) ve bu da bireyin sağlıklı olduğunun bir göstergesidir.(Lewis ve ark 1996,Potter ve Perry 1995 a-b)

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı, “sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik ve denge halidir” şeklinde tanımlamaktadır(WHO 1986). Fizyolojik fonksiyonları yeterli, sosyal yaşantısı düzenli ve üretken, duygu ve düşüncelerinin bilincinde ve bunları yeterince belirtebilen, entellektüel becerilerini yerine getirebilen bir birey, sağlıklıdır. Homeostatik dengenin devamlılığı bozulunca, kişi çevresindeki değişiklikler ile başedemez hale gelir ki, bu da “hastalık” durumudur. Hastalık, anormal bir durum olup; bireyin fiziksel, emosyonel, entellektüel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını daha önceki durumuna göre azaltır ya da iyice tüketir.(Velioğlu 1999)

Bireyin çevresi ile uyumunu, etkileşimini, üretkenliğini, verimliliğini, kendi içindeki denge durumlarını bozan hastalıklardan biri de Koroner Arter Hastalıkları (KAH) olup, birçok toplumda, üretken çağdaki insanları tehdit etmektedir. Günümüzde kalp hastalıkları dünya genelinde ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır. KAH, ABD’de ve endüstrileşmiş batı dünyasının büyük kısmında en önde gelen ölüm nedenidir. (Guyton ve Hall 1996, Lewis ve ark 1996, Luchi 1989)

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde erişkin yaşta görülen ölümlerin en sık nedeni olan KAH, ülkemizde de genel mortalite nedenleri arasında ilk sırayı almaktadır. Koroner Arter Hastalıkları, tüm ölümlerin %33-50’ sinin, kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin ise % 50-75’inin nedenidir. Bu rakamlar; KAH’ın bireylerin ve toplumların sağlığı için önemini, çok sık görülen hastalık grubu olduğunu ve ölümlerin en başta gelen nedeni olduğunu yansıtmaktadır. (Türk Kardiyoloji Derneği Raporu 1995)

KAH’ın görülme sıklığı ve buna bağlı ölüm oranları yaşla da yakından ilgilidir. Yaşın ilerlemesi , KAH’ın temel nedeni olan ateroskleroz oluşumunu hızlandıran önemli risk faktörlerindedir. 40 yaştan önce KAH daha az görülürken, 40 yaştan sonra ateroskleroz

oluşumu ve buna paralel olarak KAH görülme sıklığı artmaktadır. KAH'ın en sık görüldüğü yaş erkeklerde 50-60 yaş, kadınlarda ise 60-70 yaş arasındadır (Özcan 1997). Ülkemizde bu konuda yapılmış bir epidemiyolojik çalışma olmamasına rağmen, birçok ülkeyi kapsayan geniş kapsamlı epidemiyolojik çalışmalar sorunun boyutunu rakamsal olarak ortaya koymaktadır. (Bolat 1994, MI Kulübü Eğitim Toplantı Raporu 1998)

Koroner Arter Hastalıkları arasında önemli sıklıkta görülenlerden birisi "Miyokard İnfarktüsü"(MI)dür (Guyton ve Hall 1996). Akut miyokard infarktüsünden (AMI) ölümlerde son otuz yıl içerisinde %40'a yakın oranda azalma olmasına rağmen, halen en sık ölüm nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir (Özcan 1997). ABD'de yılda yaklaşık 1.500.000 insan akut miyokard infarktüsü geçirmekte ve tüm ölümlerin 1/4 kadarı MI'a bağlanmaktadır. AMI'da, infarktüsü izleyen ilk bir saat içinde mortalite %35'dir (Enar 1999, Guyton ve Hall 1996, MI Kulübü Eğitim Toplantı Raporu 1998). AMI'a bağlı ölümler batılı sanayileşmiş toplumlarda olduğu gibi, ülkemizde de genel mortalite nedenleri arasında ilk sırayı almaktadır. Türkiye'de AMI sıklığı ile ilgili kesin rakam verebilecek bir çalışmaya rastlanmamıştır. (Enar 1999, Haznedaroğlu 1995)

Dünya Sağlık Örgütü öncülüğünde 7'si Avrupa bölgesinden olmak üzere 17 toplulukta yapılan bir araştırmaya göre, her yaştan yıllık miyokard infarktüsü oranı erkeklerde %3,9-8,3 , kadınlarda %2,2-6,5 olduğu bulunmuştur. Miyokard infarktüsü geçiren hastalar genellikle erkek ve 40 yaşın üzerindedirler. Ancak günümüzde 20-30 yaş gruplarında da görüldüğü bildirilmektedir. Kadınların menopozdan önce erkeklerden daha az, menopoz döneminde ve sonrasında ise erkekler kadar hastalığa yakalanma ve ölüm riski bulunmaktadır. (Türk Kardiyoloji Derneği Raporu 1995)

Koroner Arter Hastalıkları, tüm yaşam aktivitelerine getirdiği kısıtlamalardan dolayı insanların günlük fizyolojik gereksinimlerini karşılamalarını etkilemektedir. Bu gereksinimlerden birisi de boşaltımdır. Boşaltım problemleri zaman-zaman yaşamı tehdit ederek müdahale edilmesini gerektirebilir. Bu problemlerin bilinen en belirgin örneği konstipasyon (kabızlık)dur. Sık fakat yetersiz boşalma, bol gaz çıkarma, karnın alt kadranslarında ağrı, iştahsızlık, bitkinlik, baş ağrısı ve zayıflama gibi yakınmalar, bir boşaltım problemi olan konstipasyona eşlik edebilir. Bu bulguların nedeni, distal kolonun düzenli ve yeterli biçimde boşalamamasıdır. Bir hastalık değil semptom olan konstipasyon; gaitanın kuru, sert, seyrek aralıklarla ve güçlkle çıkarılmasıdır (İliçin ve ark 1996, Kadayıfçı ve Karaaslan 1998, Potter ve Perry 1995 a-b, Telatar ve Şimşek 1993). Düzensiz barsak alışkanlığı, ağrı nedeni ile defekasyonu erteleme sıklıkla konstipasyonla sonuçlanır. Yetersiz

sıvı alımı, hareketsizlik, lif-posa içeren besinlerin az alınması da konstipasyon gelişmesine neden olur. (Canobbia 1996, Carpenito 1987, Çakırcalı 1998, Değerli ve Bozfkıoğlu 1997, Göksoy ve ark 1995)

Akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların yatak istirahatine alınması ile miyokardın yükü ve vücudun oksijen gereksinimi azaltılmaya çalışılır (İliçin 1991, Riegel ve ark 1996). Yine akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların dinlenebilmesi için iskemik ağrıların giderilmesi gerekir. Bu nedenle kullanılan narkotik-sedatifler, hastanın yatak istirahatine alınması ve hareketsizlik miyokard infarktüslü hastalarda konstipasyona yol açmaktadır. Miyokard infarktüsünde konstipasyon, özellikle istenmeyen bir durumdur. Çünkü, boşaltım için ıkınma hareketi ve Valsalva Manevrası'nın kullanılması yeni bir krizin oluşmasına neden olabilir. Bu nedenle miyokard infarktüsünde konstipasyonun önlenmesi önemlidir. (Birol ve ark 1993, Çalangu 1995, Lewis ve ark 1996, Tuzcu 1995)

Valsalva Manevrası; bireyin derin bir inspirasyon yaparak nefesini tutması ve abdominal kaslarını kasarak dışkıyı aşağı doğru itmesi yani ıkınmasıdır. Artmış intratorasik ve intraabdominal basınç venöz dönüşü engeller ve progresif olarak ventriküler volümü düşürür(yaklaşık %50).Zorlanmanın bırakılmasıyla intratorasik basınç düşer ve kan kalbe dönmeye başlar.Bu kanlar birkaç saniye sonra sol ventriküle ulaşır ve sol ventrikül atım volümünü artırır.Kan basıncı ve nabız anında yükselir.Bu değişiklikler kalbe dönen kan akışının ani yükü nedeniyle kompanse edemeyen hasta için öldürücü olabilir(Constant 1993,Lewis ve ark 1996). Bu nedenle Valsalva Manevrası'nın kullanımı kalp hastalarında sakıncalıdır. Miyokard infarktüsünde oluşabilecek konstipasyon; bireyde gerginliğe, ağrıya yol açarak, ıkınma hissi ve Valsalva Manevrası'nın kullanılması sonucunu doğuracak ve yeni bir infarkta neden olabilecektir. (Birol ve ark 1993, Lewis ve ark 1996)

Konunun Hemşirelikle İlgisi:

Konstipasyona neden olan faktörlerin belirlenmesi, miyokard infarktüsünde konstipasyonun yol açtığı yan etkilerin farkında olunması ve gelişmemesi için alınacak önlemler,etkili ve planlı bir hemşirelik bakımı için gereklidir.(Lewis ve ark 1996, Potter ve Perry 1995 a-b)

Boşaltım ihtiyacının doğal olarak giderilemediği durumlarda hemşirenin görevi, hastanın günlük yaşamının düzenlenmesinde ve boşaltım gereksinimlerinin karşılanmasında yardımcı olmaktır (Çakırcalı 1998). Boşaltım, Dr. Abraham Maslow'un şematize ettiği "İnsan Gereksinimleri Üçgeni"nin fizyolojik gereksinimler basamağında ve hemşire kuramcı

Virginia Henderson'un insan gereksinimlerini sıralama çizelgesinde üçüncü sırada yer almaktadır. Ayrıca NANDA (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği) tarafından onaylanmış hemşirelik tanı kategorileri içerisinde konstipasyon tanısı yer almaktadır. (Biol 1997, Carpenito 1987)

Miyokard infarktüsli hastalarda etkili bir hemşirelik bakımının uygulanması, konstipasyonun önlenmesini sağlayacak ,konstipasyona eşlik eden sorunları önleyecek, dolayısıyla önemli bir komplikasyon olan ikinci bir miyokard infarktüsü riskini önleyebilecektir. Hemşirelerin hastaların yeterli sıvı almalarını, posalı yiyecekleri içeren diyetle uymalarını, hareketli tutulmalarını ve düzenli boşaltım alışkanlığı kazanmalarını sağlayarak konstipasyon sorununu önleyebilecekleri bir gerçektir. (Anti ve ark 1998, Benton ve ark 1997, Hope 1986, Nazarko 1996)

Kliniklerde hemşirelerin, hastalarda konstipasyon gelişip gelişmediğini değerlendirmedikleri ve bunu önlemeye yönelik hemşirelik yaklaşımlarını gereğince uygulamadıkları gözlenmektedir (Evans ve ark 1996, Nazarko 1996). Hemşirelerin hastaların boşaltım gereksinimlerini tanımlayıp karşılayabilmeleri, boşaltım sorunlarına daha duyarlı olmaları ve gerekli uygulamalarda bulunabilmeleri için bu konuda araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Hastanede yatan yaşlı hastalardan gönüllü bir grupta (yaş ortalaması 83,5 olan) yapılan 12 aylık bir çalışmada, sağlanan kontrollü sıvı alımı ve planlı diyet rejiminin etkin bir biçimde konstipasyonu önleyebileceği bildirilmiştir. Konstipasyonu önlemede laksatif kullanıldığında ise; sıvı-elektrolit dengesi, beslenme ya da vücut ağırlığı üzerinde olumsuz etkilerinin ortaya çıktığı belirlenmiştir. Yetersiz sıvı alımı ve posasız diyet konstipasyon gelişmesine neden olan faktörlerdendir (Hope 1986). Konstipasyon geliştiğinde ise uzun süreli ve kontrolsüz kullanılan laksatifler; özellikle kolon harabiyetine, enterik sinir sisteminde kalıcı hasar ve Na^+ ve Mg^{++} gibi elektrolit yüklenmesine yol açmaktadır. (Biberoğlu 1991, Değerli ve Bozfakıoğlu 1997, Telatar ve Şimşek 1993)

Yine yaşlı yetişkinlerde konstipasyonun önlenmesinde lifli diyet alımının, yeterli sıvı verilmesinin ve barsak hareketlerinin sağlanması gibi hemşirelik bakımının etkisinin değerlendirildiği bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada; lifli besinler ve sıvı alımının barsak hareketlerini sağlamada doğal yollar olduğu, uzun dönem yatan hastalarda uygulanan hemşirelik girişimleriyle, dışkı yumuşatıcı ve laksatif kullanımının önemli ölçüde azaltılabileceği ortaya çıkmıştır (Rodrigues ve ark 1993). Lif (posa), bitki hücre duvarında bulunan sindirilmeyen karbonhidratlar olup, barsakların düzenli çalışmasını sağlamak için

gereklidir (Ersoy 1995). Bol posa kolonu doldurarak, barsak duvarını devamlı gererek uyarır. Böylece peristaltik dalgalar güçlü ve düzenli kalır. Rektum lifli atıklarla kısa zamanda, yeterince doldurularak etkin bir dışkılama ve yeterli bir boşalma sağlanır. Diyetin lif ve sıvı içermesi ise feçesin volümünü artırır. Bu nedenle diyet liften zengin olmalı ve günlük sıvı alımı arttırılmalıdır. (Değerli ve Bozfakıoğlu 1997, Telatar ve Şimşek 1993)

Konstipasyonu önlemeye yönelik yapılan bir çalışmada; diyete lifleri ekleme ve sıvı alımını artırma ile 3 yılda istenmeyen konstipasyonun % 59'dan yaklaşık %9'a, laksatif kullanma ve lavman uygulamanın ise % 59'dan yaklaşık % 8'e indiği ortaya çıkmıştır (Hall ve ark 1995). Alan'ın (1987) belirttiğine göre;eski çağlarda konstipasyon durumunda lavman önerildiğini ve uygulandığını belirten yazılar ve resimler ortaya çıkarılmıştır. Kliniklerde hemşirelerin, konstipasyonu önlemeye yönelik hemşirelik bakımını uygulamak yerine, konstipasyon geliştikten sonra doktor tarafından önerilen lavman-laksatifleri uyguladıkları görülmektedir.

Yine fonksiyonel konstipasyonlu yetişkin hastalarda, lifli diyet ve sıvı alımını arttırmanın laksatif kullanımı üzerindeki etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada; 18-50 yaş arasındaki 117 hasta, rastgele 2 gruba (kontrol-deney) ayrılarak 2 ay boyunca izlenmiştir. Diyetine bol lif ve sıvı (günde 2 lt) eklenen 2. grupta, laksatif kullanımında azalma ve dışkı miktarında artma 1. gruba göre daha etkin olarak görülmüş ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. (Anti ve ark 1998)

1976 yılında Atalay tarafından Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan deneysel bir araştırmada; barsak-karın distansiyonunun giderilmesinde yararlı sayılan hareketlerin (hastanın ayağa kaldırılması, yatakta aktif-pasif hareketler) ne derece etkili olduğu incelenmiş, değerler yüzde olarak tanımlandığında hastaların çoğunluğunda hareket ettirmeyle distansiyonun önlediği görülmüştür. (Atalay 1976)

Kaynaklar ve araştırmalardan açıkça ortaya konulduğu gibi; MI geçiren hastalar genellikle vücudun oksijen tüketiminin azaltılması gerekçesiyle yatak istirahatine alınmaktadır. MI'lı hastalarda oksijen tüketimi azaltılırken Valsalva Manevrası'nı da kullanmayı gerektirecek önemli bir sorun olan konstipasyon ortaya çıkabilmektedir. Yapılan çalışmalar; yatak istirahatindeki MI'lı hastalarda konstipasyon gelişmemesi için hastalara bol sıvı, posalı diyet vermenin, onları aktif tutmanın ve barsak boşaltım alışkanlıklarını korumanın konstipasyonu önlediğini göstermektedir. Anılan bu uygulamalar (hastaya posalı diyet, bol sıvı verme, onları aktif tutma ve barsak boşaltım alışkanlıklarını koruma) hemşirelerin sorumluluk alanına girmektedir. Hastaların temel fizyolojik gereksinimlerinden

olan boşaltım gereksiniminin zamanında ve etkili olarak giderilmesi, MI'lı hastalarda ikincil kalp krizlerine de neden olduğu bilinen konstipasyon sorununu önleyecektir.



II-GENEL BİLGİLER

Dolaşım sisteminin görevi; besinleri dokulara taşımak, artık maddeleri dokulardan uzaklaştırmak, hormonları vücudun bir bölümünden diğerine taşımak ve genel olarak tüm hücrelerin optimal işlev görebilmesi ve yaşayabilmesi için tüm doku sıvılarında uygun çevreyi korumak, böylece dokuların gereksinimini karşılamaktır. (Guyton ve Hall 1996)

Dolaşım sisteminde, besinleri dokulara taşıma işlevini yerine getiren arterler (atardamarlar), güçlü bir damar çeperine sahiptirler ve kan arterlerde hızlı akar. Artık maddeleri dokulardan uzaklaştırma işlevini yerine getiren venler (toplardamarlar) ise ince bir damar çeperine sahiptirler ve vücudun gereksinimine göre az ya da çok miktarda kan depolayan, kontrol edilebilir bir depo olarak çalışırlar. Venlerde kan akımı arterlere göre oldukça yavaştır. (Guyton ve Hall 1996)

Koroner sistemde kan akımı, hemen hemen tümüyle, kalp kasının besin gereksinimine yanıt olarak ortaya çıkan lokal vazodilatasyon tarafından düzenlenir. Koroner kan akımı, miyokardın oksijen gereksinimiyle orantılı olarak düzenlenir. Normal dinlenme koşulları altında bile, kan kalp kası içinden geçerken, koroner arter kanındaki oksijenin yaklaşık % 70'i tutulur. Geride alınabilecek daha fazla oksijen kalmadığı için, kan akımı artmadıkça kalp kasının daha fazla oksijenlenmesi mümkün değildir. Kan akımı, tamamen kalbin metabolik oksijen tüketimiyle orantılı olarak artar. (Guyton ve Hall 1996)

KAH; aterosklerozisin genel bir tipini içeren kandamar bozukluğunun bir çeşididir. Aterosklerozis sık sık arterlerin sertleşmesi olarak ifade edilir. Arterlerin sertleşmesine neden olan atheromlar (yağ birikimleri), vücutta her bir arterde oluşabilmesine karşın koroner arterlerde daha fazla görülür. Kalbi besleyen koroner arterlerin, herhangi bir nedenle, yeterli kan taşıyamaması sonucu miyokarda (kalp kası) iskemi ve nekroz oluşmasına "Koroner Arter Hastalığı" adı verilir (Guyton ve Hall 1996). Batı toplumlarında en sık görülen ölüm nedeni, yetersiz koroner kan akımına bağlı koroner kalp hastalığıdır. Koroner kan akımının azalmasının en sık rastlanan nedeni arteriosklerozdur. Halk arasında damar sertliği olarak bilinen arterioskleroz, arter duvarının kalınlaşarak elastikiyetini kaybetmesi ve sertleşmesidir. (Lewis ve ark 1996)

Ateroskleroz, batı ülkelerinde önde gelen bir ölüm nedenidir. Türkiye ve Akdeniz ülkeleri, aterosklerozun çok yaygın görüldüğü Finlandiya ve ABD gibi ülkeler ile, çok seyrek görüldüğü Japonya arasında ortada bir yerde bulunmaktadır. (Öztürk ve Hatemi 1998)

KAH'ın major nedeni olan arteriosklerozis; arterlerin intimal duvarında lipid, kolesterol gibi maddelerin odaklaşmış birikmesi ile karakterizedir. Atheroplak oluşumu , kan damarları duvarı ile kandaki elementler arasında gerçekleşen belirli bazı kompleks etkileşimler sonucunda meydana gelir. (Lewis ve ark 1996)

Arterioskleroz Gelişimi İçin Bilinen Risk Faktörleri:

Epidemiyolojik ve deneysel araştırmalar sonucunda, bazı faktörlerin arterioskleroz gelişimiyle ilişkili olduğu saptanmış ve bu faktörlere “risk faktörleri” denmiştir.

1. **Yaş:** Erkeklerde 45 yaş ve üzeri, kadınlarda 55 yaş ve üzeri koroner arter hastalığı için risk faktörüdür.

2. **Aile Öyküsü:** Birinci derecede erkek akrabalarda 55 yaşından, birinci derecede kadın akrabalarda 65 yaşından önce infarktüs (veya ani ölüm) bulunması.

3. **Sigara İçme:** Fazla miktarda alınan nikotinin kan damarlarının daralmasına (vazokonstriksiyonuna) neden olarak koroner kan akımını azalttığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda ,sigaranın ateroskleroz için bağımsız bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur.

4. **Hipertansiyon:** 140 / 90 mmHg ve üzeri tansiyon olması veya antihipertansif tedavi alıyor olmak risk faktörüdür. Hipertansiyonda, atheroskleroz nedeniyle miyokardın oksijen gereksinimi dolayısıyla KAH'a eğilim artar. Yapılan çalışmalarda hipertansiyonun çok önemli bir KAH risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Hipertansiyonun atherosklerozisi artırma nedeni, damar endotel tabaka üzerindeki hasarlama (shearing stres) olayı ile ilgilidir.

5. **Kolesterol Miktarı:** Total kolesterol 200 mg/dl üzeri ve LDL-kolesterol 130 mg/dl ve üzeri olması risk faktörüdür. Yüksek kalorili doymuş yağ ve karbonhidrat yönünden zengin diyet ,şişmanlığa zemin hazırlar ve bu nedenle KAH'a eğilim artar.

6. **Düşük HDL-Kolesterol Düzeyi:** 35 mg/dl'nin üzerinde olması KAH için risk faktörüdür.

7. **Diyabet:** Erken yaş diyabetik hastalarda, diyabetik olmayanlara göre KAH daha sık gelişir. Diyabetik hastalar, konnektif doku harabiyetine daha yatkındırlar. Bu nedenle kişide atherom plak gelişim eğilimi yüksektir. Şişmanlık ve kan şekerinin kontrol altına alınmaması özellikle trigliseridleri artırır ve HDL-kolesterolü düşürür.

- Yüksek HDL-kolesterol düzeyinin 60 mg/dl ve üzeri olması ise KAH riskini azaltmaktadır.

Görüldüğü gibi KAH oluşumunda 7 negatif- 1 pozitif faktör etkili olmaktadır.
(Türk Kardiyoloji Derneği Raporu 1995)

KAH'ın oluşumunda % 99 etiyolojik neden aterosklerozis olduğu için, aterosklerozisin risk faktörleri aynı zamanda KAH'da risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. (Özcan 1997)

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ:

Akut koroner tıkanmadan hemen sonra, tıkanmanın uç kısmında kalan bölgedeki kan akımı, çevre dokuda küçük miktardaki kollateral dolaşım dışında durur. Hiç kan almayan ya da aldığı kan, kalp kasının işlevlerini yerine getirmesine yetmeyen bölgeye “infarkt bölgesi” denir. Bütün bu süreç, “Miyokard İnfarktüsü” olarak isimlendirilir. (Alsın 1992, Guyton ve Hall 1996, Tuzcu 1995)

İnfarktüsün gelişiminden bir-iki dakika sonra , kollateral dolaşım kalp kasını beslemeyi üstlenir. Kalbin kasılma fonksiyonu, miyokardial nekroz alanında durduğu için , infarkt alanına sızan kollateral kan bu bölgede birikmeye başlar. Aynı dönemde kas lifleri , kandaki son oksijen rezervlerini de kullanır ve hemoglobin tamamen indirgenerek infarkt alanı koyu mavi bir renk alır. Bu bölgedeki damarlar, kan akımı olmamasına rağmen kanla dolu ve genişlemiş olarak görülür. Kanlanmanın yeniden sağlanamaması durumunda birkaç saat içinde hücreler ölür. (Guyton ve Hall 1996, Lewis ve ark 1996, Lynn 1992)

Miyokard infarktüsü, en çok sol ventrikülün ön duvarında apekse yakın bölgede gelişir. Miyokard infarktüsünün ikinci derecede sık görüldüğü bölge sol ventrikülün arka duvarında, mitral kapağa yakın olan bölgedir. Miyokard infarktüsünün sol tarafta daha fazla görülmesi, kalbin sol tarafının yükünün daha fazla olması ve bu taraftaki koronerlerin daha yüksek kan basıncının etkisi altında kalmaları ile açıklanabilir. (Lewis ve ark 1996, Schlant ve Hurst 1990)

Belirti ve Bulguları:

1. **Ağrı:** Ağrı, miyokarda yeterli oksijen sağlanamaması nedeniyle miyokard hücrelerinin hipoksisi sonucu oluşur. Miyokard infarktüsünde göğüs ağrısı; ezici, sıkıştırıcı özellikte, çok şiddetli yansıyan bir ağrı olup dinlenme veya nitrogliserin tedavisiyle geçmez. Genel yerleşimi; sırta, kollara, boyun veya çeneye yayılan, substernal veya retrosternaldir. Çoğunlukla sabah erken saatlerde oluşur. Uyku sırasında, uyanırken, dinlenme veya aktivitede bulunurken olabilir. 20 dk. veya daha uzun sürer.

2. **Bulantı ve Kusma:** Bulantı ve kusma, şiddetli ağrı ile kusma merkezinin uyarılma refleksinden, infarkt gelişmiş miyokard alanından, vazovagal reflekslerden de kaynaklanabilir.

3. **Sempatik Uyarım:** MI'ın ilk safhası süresince artmış katekolaminler (epinefrin-norepinefrin) serbestlenir. Artmış sempatik sinir sistemi uyarımı, periferal kan damarlarında vazokonstrüksiyon ve terlemeyi meydana getirir. Cilt; soluk, soğuk ve nemlidir. Bu durum, sık-sık soğuk terleme olarak görülür.

4. **Ateş:** Vücut ısısı, ilk 24 saat içinde 38 °C ile 39 °C arasında olabilir. Isı yükselmesi 1 hafta boyunca sürebilir. Isıdaki bu artış, miyokard infarktıyla meydana gelmiş inflamatuvar sürecin sistemik bir göstergesidir.

5. **Kardiyovasküler Bulgular:** Kan basıncı ve nabız başlangıçta yüksektir, sonra düşer. Sol ventriküler disfonksiyonu gösteren şiddetli kalp sesleri duyulabilir. İlâveten üfürümlerin varlığı, kapak yetersizliğini gösterebilir. (Lewis ve ark 1996)

Akut miyokard infarktüsülü hastalarda hastane öncesi mortalite, yaklaşık olarak % 30-50'dir. Hastaneye ulaşan hastalar arasında mortalite ise, yaklaşık olarak % 5'tir. Bu ölümlerin çoğu ilk 3 ila 4 gün içinde meydana gelmektedir. (Hooper 1992, Lewis ve ark 1996)

Miyokard İnfarktüsü'nün Vücuda Olan Genel Etkileri:

İnfarkt bölgesinde kanlanmanın sağlanamamasına bağlı meydana gelen hücresel ölüm başlamadan önce kardiyak hücreler 20 dakika için iskemik durumlara dayanabilir (Lewis ve ark 1996). Bazı kalp kası lifleri işlevini yitirdiği ve diğerleri de büyük bir güçle kasılmayı başaramadığı için, iskemiden etkilenen ventrikülün genel pompalama yeteneği göreceli olarak baskılanır. Kalp, yeterli miktarda kanı pompalayacak kadar kasılmadığı zaman, kalp yetersizliği ve periferik iskemi sonucu periferik dokularda ölüm kaçınılmazdır. Bu durum "Kardiyak Şok" olarak adlandırılır. (Guyton ve Hall 1996)

Kalp, kanı ileri doğru pompalayamadığı zaman akciğer sistemik dolaşım damarlarında kan birikmeye başlar. Kapiller basınç da özellikle akciğerlerde artar. Kalp debisinin azalması böbreklere ulaşan kan akımını azaltır. İskemik bölge, kalbin diğer bölgelerinde anormal impulslara yol açarak fibrilasyona neden olabilir. MI sonrası; aritmiler, kalp yetmezliği, tromboembolizm, yeni bir infarktüs, omuzda ağrı ve hassasiyet gelişebilir. (Guyton ve Hall 1996, Lewis ve ark 1996)

Ateroskleroz sonucu daralmış ve tıkanmış damarlar nedeniyle barsaklara olan kan akımı yeterli olmaz ve motilite bozukluğu şeklinde iskemik belirtiler ortaya çıkar. Barsakların kan akımındaki yetersizlik sonucu ortaya çıkan klinik tabloya “ İskemik Barsak Hastalıkları” adı verilir.

Bütün gastrointestinal kanal aortanın üç dalından kan almaktadır:

a-Çölyak trunkus: Midenin kanlanmasına katkıda bulunur.

b-Süperiyor mezenterik arter: İnce ve kalın barsakların kanlanmasına katkıda bulunur.

c-İnferiyor mezenterik arter: Kolon ve rektumun kanlanmasına katkıda bulunur.

İntraabdominal organların kan dolaşimleri, anastomozlar ile oldukça iyi bağlantılı olup tıkaçıcı hastalıklarda koruyucu bir rol oynarlar. Tıkanma yapan olay yavaş gelişirse bu anastomozlar genişleyerek barsaklar için gerekli kan akımını sağlayabilirler. Ani gelişen olaylarda ise, kollateral dolaşım yeterli düzeyde gelişemez. Kan akımı yetersizliği uzun süre devam ederse tıkanan damar yatağında vazokonstriksiyon gelişir. Sonuçta yetersiz dolaşıma bağlı ince ve kalın barsaklarda iskemi meydana gelir. (İliçin ve ark 1996)

Oluşan bu iskeminin yanısıra, bireyin yetersiz sıvı alması, (günde 1500-2000 cc.’den daha az) hareketsiz kalması, posa içeren (kurubaklagiller, tahıllar, kayısı, erik, kepekli ekmek, meyveler, sebzeler) besinleri yetersiz tüketmesi ve düzensiz barsak boşaltım alışkanlığının olmasına bağlı barsak hareketlerinde azalma ve konstipasyon meydana gelebilir. (Horst ve ark 1994, Vickery 1997)

Konstipasyon (Kabızlık):

Konstipasyon; kıvamı sert ve normalden daha az miktarda bir dışkının, seyrek aralıklarla ve güçlükle çıkarılması durumudur (Koçkar 1999-b, Öbek 1990, Saraçoğlu 1996, Tombul 1993, Tucker ve ark 1996, Yılmaz 1995-1998, Wald 1993). Sağlıklı insanların yaklaşık % 95’inde günde üç kez dışkılamadan haftada üç kez dışkılamaya kadar çok değişken sayılar olduğu için konstipasyonun; dışkılamanın mutlak sayısından çok, bireyin önceki dışkılama alışkanlığından sapmalar yönünde değerlendirilmesi daha anlamlı olur. (Biberoğlu 1991)

Konstipasyonun tanımlanmasında üç önemli kriter vardır:

1. Dışkının günlük miktarı

2. Dışkının kıvamı
3. Dışkılamanın sıklığı

Normal kişilerde dışkının günlük miktarı, 100-200 gr. kadardır. Ülkemizde bu değer bir çalışmada 225 gr/gün olarak saptanmıştır. Dışkının % 80'i yani 100-150 cc.si sıvıdır. Kabızlıkta bu miktar 50 cc.'ye kadar iner. (İliçin ve ark 1996)

Dışkının kıvamı; sert, kuru veya yumuşak olabilir.

Dışkılama sıklığı bireysel farklılıklar göstermektedir. Bizim toplumumuzda haftada üç ve daha az dışkılama seyrek kabul edilirse de, defekasyondaki sayısal değişiklik, kişinin alışkanlığı göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. (Telatar ve Şimşek 1993)

Konstipasyonun gelişmesinden sorumlu olan üç mekanizma vardır:

1. Çekuma ulaşan materyalin azlığı (açlık ve posasız diyet alımında olduğu gibi)
2. Kolonun itici (propülsif) hareketinin bozulması (Megakolon, nöromüsküler hastalıklar, hirschsprung hastalığı, hipopotasemide olduğu gibi)
3. Defekasyonun bozulması (Rektoanal bölgede organik, nörolojik, fonksiyonel dışkı atımını engelleyen olaylar gibi) (Aktan 1988, Telatar ve Şimşek 1993)

Konstipasyonla İlgili Risk Faktörleri-Etyolojik Faktörler:

Bireysel :

- Yetersiz sıvı alımı
- Lifli gıdaların yetersiz alınması
- Fiziksel inaktivite
- Korku, yüksek anksiyete, stres
- Düzensiz boşaltım alışkanlığı
- Kişisel alışkanlıklar (kendine özel tuvaleti kullanma, devamlı oturmak ya da yatmak, aşırı titizlik sebebi ile çok uygun koşullar oluşana dek dışkılamayı erteleme)
- Dışkılama alışkanlığının bozulması (dışkılamayı erteleme, rutin alışkanlığı yerine getirememe)
- Karın ameliyatları

- Angina /Miyokard infarktüsü öyküsü olması
- Hamilelik

Çevresel:

- Sık seyahat
- Ortamın uygun olmayışı (mahremiyetin olmayışı, sürgü kullanma, tuvaletin uzak/kirli olması v.b. nedenler)

Fizyolojik:

- Fekal tıkaç
- Barsak tıkanması
- Dehidratasyon
- Malnütrisyon
- Nörolojik yaralanma/hastalık (spinal kord yaralanması, stroke, koma, dejeneratif hastalıklar gibi)
- Kas ve iskelet sınırlılıkları
- Metabolik bozukluklar (hipotroidizm, hipokalemi, hiperkalsemi,)
- Rektumda ağrıya neden olan durumlar (hemoroid, anal fistül, abse v.b.)

Tedavi ile ilgili:

- Uzun yatak istirahati
- Uzun süreli lavman-laksatif kullanım alışkanlığı
- İlaç Tedavisi
 - Antikolinergikler (andidepresan ilaçlar, antihistaminikler)
 - Antihipertansifler (kalsiyum kanal blokörleri)
 - Anestetikler, narkotikler
 - Antiasitler (Alessi ve Henderson 1988, İliçin ve ark 1996, Yılmaz 1995-

1998)

Konstipasyonun Belirti ve Semptomları:

Subjektif:

- Abdominal ağrı
- Rektal ağrı
- Rektumda ağrı hissi
- Dolgunluk hissi
- İştah kaybı
- Baş ağrısı
- Yorgunluk
- Her zamanki dışkılama alışkanlığından daha az dışkılama

Objektif:

- Katı ve şekilli gaita
- Abdominal distansiyon
- Hemoroid
- Palpe edilebilen fekal tıkaç

(Hall ve ark 1995, Maestri ve ark 1996, Tucker ve ark 1996, Wald 1993)

Konstipasyon Neden Önlenebilir?

Katılaşmış bir dışkının kolondan geçmek için kolonun gerilmesi sonucu oluşan Valsalva Manevrası'nın kullanılması; Koroner Arter Hastalığı, hipertansiyon, serebrovasküler olaylarda ve glokomda önemli problemlere neden olabilir. Gerilme boyunca; hasta derin bir inspirasyon yapar, nefesi tutulur ve glottis kapanır. İntraabdominal basınç ve intratorasik basınçta oluşan artış kalbe olan venöz dönüşü azaltır. Kalp; bradikardi ve kardiyak out-put'un düşmesi ile yavaşlar.

Kalbin içerisine olan ani kan akışı ve azalmış torasik basınç; hasta gevşediğinde kalp yükünde artmaya neden olur. Bu değişiklikler, kalbe dönen kan akışının artması nedeniyle kalbi zaten hasarlı olan ve bu durumu kompanse edemeyen hasta için öldürücü olabilir. (Lewis ve ark 1996)

Bu nedenle; kalp hastalarında sakıncalı olan Valsalva Manevrası'nın kullanılmasına neden olan konstipasyon, miyokard infarktüsülü hastalarda ikinci bir infarkta ve ölüme yol açabileceği için mutlaka önlenmelidir. Ayrıca konstipasyon, bireyde gerginliğe yol açarak önemli bir stres kaynağı haline gelir.

Konstipasyonu Önlemek İçin Hemşirelik Girişimleri:

Sıvı Alımına Yönelik: Günlük sıvı alımı, hasta için sakıncası yoksa (kardiyak-renal hastalar hariç) en az 1500-2000 cc.'ye çıkarılmalıdır. Sıvılar; barsak içinden kolay geçerler, kolonun sıvı volümünü artırır. Sıcak içecekler ve meyve suları dışkıyı yumuşatır ve peristaltizmi artırır. (Lewis ve ark 1996, Nazarko 1993, Potter ve Perry 1995a-b)

Beslenmesine Yönelik:

Posa, bitki hücre duvarında bulunan sindirilmeyen karbonhidratlardır. Barsakların düzenli çalışması için diyetteki lif içeriği artırılmalıdır. Öğünler düzenli olmalı ve bol posa bırakan yiyeceklerden oluşmalıdır. Bol posa kolonu doldurarak, barsak duvarını devamlı gererek uyarır ve böylece peristaltizmi artırır. Rektum kısa zamanda, yeterince doldurularak etkin bir dışkılama ve yeterli bir boşalma sağlanır. (Ersoy 1995, Gibson ve ark 1995)

Bol posa içeren besinler:

- Kurubaklagiller (nohut, mercimek, barbunya, kuru fasulye)
- Tahıllar (çavdar, mısır, bulgur, yulaf, kepekli ürünler)
- Sebzeler (fasulye, bezelye, havuç, ıspanak, lahana, karnıbahar, yeşil yapraklı sebzeler)
- Meyveler (erik, kayısı, elma, muz, armut)

Gaz yapıcı besinler:

-Karnıbahar, kuru fasulye, mercimek, soğan, lahana, mısır.

Gaz yapıcı besinler de peristaltizmi artıracığı için sınırlı olarak tüketilebilir. Çünkü gazın fazla miktarda birikmesi karında ve göğüste ağrı yapar, gerginliğe neden olur. (Çakırcalı 1998, Potter ve Perry 1995 a-b)

Ayrıca, hastaya sabahları aç karnına erik ve kayısıdan yapılmış marmelattan verilmesi ve üzerine su içirilmesi barsak hareketlerini artırır. (Banlı 1999, Baysal ve ark1988, Çakırcalı 1998)

Aktivite Durumuna Yönelik:

Hareketsizliğin barsak boşaltımına en önemli etkisi konstipasyona neden olmasıdır (Atalay 1997). Hareketsizlik, kolon hareketini deprese eder. Hareketli olma, düzenli fiziksel egzersiz ise peristaltizmi uyarır (Abyad ve ark 1996, Held 1995). Hasta yatak içerisinde hareketli tutulmalı, özellikle bacak egzersizleri olmak üzere aktif-pasif egzersizler yaptırılmalıdır (Gleeson 1991, Khan 1997). Ayrıca egzersiz; bireyde HDL düzeyini yükseltmekte ve fibrinolitik aktiviteyi arttırmaktadır. (Lewis ve ark 1996)

Boşaltım Alışkanlığına Yönelik:

Konstipasyonu önlemek için hemşire, hastaya her gün boşaltım alışkanlığına uygun ve düzenli olarak belirli saatlerde sürgü vermelidir. Barsak fonksiyonlarının düzenlenmesi için bireyin dışkılama girişimine zaman ayırmasını sağlamalı ve ıkmmasını önlemelidir.

Gastroenterik refleksin olumlu etkisinden yararlanabilmek için dışkılamaya zaman ayırma, tercihen sabah kahvaltı sonrası yapılmalıdır (Biberoğlu 1991). Hemşire; dışkılama için uygun pozisyon ve koşulları sağlamalı, hastanın defekasyon sıklığı, kıvamı, miktarı ve rengi gözlemeli ve her gün kaydetmelidir. (Biol ve ark 1993)

Konstipasyonun önlenmesi için; hastanın düzenli defekasyon alışkanlığı kazanması, defekasyon gereksinimini hemen gidermesi yani defekasyonunu ertelememesi gerekir. (Akdemir 1998, Held 1995, Norton 1996)

Hastanın uygun pozisyon alması da defekasyon işleminde önemlidir. Defekasyon için en uygun pozisyon çömelmedir. Çömelme, intraabdominal basıncın artarak feçesi rektuma doğru itmesini ve uyluk kaslarının etkin kasılmasını sağlayarak defekasyon işlemini gerçekleştirir (Lewis ve ark 1996, Potter ve Perry 1995a-b). Ayrıca hastanın boşaltımı sırasında mahremiyetine saygı gösterilmelidir. Çünkü birey utandığı için defekasyon isteğini erteleyebilir (Potter ve Perry 1995a-b). Yine Valsalva Manevrası'nın fizyolojik etkisinden kaçınmak için; defekasyon sırasında feçesi iterken hastaya yavaşça nefesini vermesi söylenmelidir. Bunun için hastaya, birkaç kez derin solunum yapması, sonra nefesini 5-6 sn. tutması ve feçesi aşağı iterken üfler gibi ağızdan çok yavaşça nefesini vermesi söylenmelidir. (Taşkın 1997)

III-ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, miyokard infarktüsü geçiren hastalarda ortaya çıkabilecek konstipasyonu önlemeye yönelik hemşirelik bakımının etkinliğini değerlendirmek amacı ile deneysel olarak planlanmıştır.

IV-PROBLEM CÜMLESİ

Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda; yeterli sıvı ve posalı diyet alımı, aktivite ve barsak boşaltım alışkanlığına yönelik yapılan planlı hemşirelik uygulamalarının konstipasyonu önlemede etkisi var mıdır?

V-ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

Ha: Miyokard infarktüsü geçiren hastaların;

a- Yeterli sıvı almalarının,

b-Bol posalı diyet almalarının,

c-Yatak içinde hareketli (aktif) tutulmalarının,

d-Düzenli barsak boşaltım alışkanlığını sürdürmelerinin konstipasyonu önlemede etkisi vardır.

Ho: Miyokard infarktüsü geçiren hastaların;

a-Yeterli sıvı almalarının,

b-Bol posalı diyet almalarının,

c-Yatak içinde hareketli (aktif) tutulmalarının,

d- Düzenli barsak boşaltım alışkanlığını sürdürmelerinin konstipasyonu önlemede etkisi yoktur.

VI-ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

1-Araştırmanın Şekli:

Araştırma; Kardiyoloji yoğun bakım servisinde (bölümünde) “Miyokard İnfarktüsü” tanısıyla yatmakta olan hastalarda;

- Yeterli sıvı almaları

- Posalı (lifli) besinleri diyet eklemeleri

-Hareketli tutulmaları

-Düzenli barsak boşaltım alışkanlığını sürdürmelerine yönelik hemşirelik uygulamalarının konstipasyonu önlemedeki etkinliğini değerlendirmek amacı ile deneysel olarak planlanmıştır.

2- Araştırmanın Yapıldığı Yer:

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi “Kardiyoloji Yoğun Bakım Servisi’nde” yapılmıştır.

Hastane; şehir merkezinden 7 km. uzaklıkta, 30 klinik ve 3 ünite (Hemodiyaliz, Yoğun Bakım, Kan Alma) olmak üzere toplam 33 birimde bakım, tedavi ve poliklinik hizmetleri veren, 900 yatak kapasiteli bir sağlık kurumudur. Hastanede 290 hemşire görev yapmakta olup hemşirelerin 66’sı Sağlık Meslek Lisesi, 151’i Ön Lisans ve 73’ü de Lisans mezunudur.

3- Araştırmanın Evreni:

Araştırmanın evrenini, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nin Kardiyoloji servisi yoğun bakım bölümünde yatan ve miyokard infarktüsü tanısı konulmuş olan hastalar oluşturmuştur.

Kardiyoloji servisinde (servis ve yoğun bakım); 1 öğretim üyesi, 6 uzmanlık öğrencisi doktor ile servis bölümünde iki lisans ve beş ön lisans, yoğun bakım bölümünde ise iki lisans ve altı ön lisans mezunu olmak üzere 15 hemşire ve 10 personel görev yapmaktadır.

Kardiyoloji servisi; hastanenin 8. katında yer almakta olup 8’i yoğun bakım, 18’i servis olmak üzere, kullanılan toplam 26 yatak kapasitesine sahiptir. Yoğun bakım bölümünde 4 oda monitörlü, 4 oda monitörsüz (drenaj odası) toplam 8 oda bulunmaktadır. Monitörlü odalara; yeni yatan akut dönemdeki hastalar kabul edilmekte, hastaların yaşam bulguları ve genel durumu stabil hale geldiğinde monitörsüz odalara alınmaktadır. Yoğun bakım bölümünde, monitörlü hastaların yaşam bulgularını ve elektrokardiyografilerini (EKG) izleme olanağı veren ve hemşireler tarafından takip edilen 2 bilgisayar bulunmaktadır. Ayrıca “yakın izlem” amacıyla servis bölümünde yatan bazı hastalara takılan telemetrilerin takibi de bilgisayarla yapılmaktadır.

Yoğun bakım bölümünde; 6 tane tek kişilik ve 1 tane iki kişilik olmak üzere toplam 7 oda bulunmaktadır. Tek kişilik odalarda, gerektiğinde çekilmek üzere perde (paravana)

bulunmaktadır. Servis bölümünde ise 3 tane dört kişilik, 2 tane iki kişilik ve 2 tane özel oda olmak üzere toplam 7 oda bulunmaktadır.

Kardiyoloji servisinde ziyaret saatleri dışında kesinlikle ziyaret kabul edilmemekte ve hastaların yanına refakatçi alınmamaktadır. Hastaların tüm gereksinimleri sağlık personeli tarafından karşılanmakta ve hasta yakınlarına telefonla hastaların durumları hakkında bilgi verilmektedir.

Kardiyoloji servisinde genellikle Miyokard İnfarktüsü, Konjestif Kalp Yetmezliği, Unstabil Angina Pektoris, Aritmi, Kalp Kapak Hastalıkları ve Kalp Tamponadı tanıları olan hastalar yatmaktadır.

Kardiyoloji Kliniği servis bölümünde, 8-16 şiftinde 3, 16-24 ve 24-08 şiftinde 1 hemşire; yoğun bakım bölümünde ise bütün şiftlerde 2 hemşire görev yapmaktadır.

4-Araştırmanın Örnekleme: Araştırmanın örnekleme; Ocak-Ağustos 1999 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Kliniği yoğun bakım bölümünde “Miyokard İnfarktüsü” tanısı ile yatan ve araştırma sınırlılıkları dışında kalan 30’u kontrol 30’u deney olmak üzere toplam 60 hasta alınmıştır.

1998 yılı kayıtlarına göre, araştırmanın yapıldığı servise akut miyokard infarktüsü geçiren ortalama 100 hasta yattığı için araştırmanın örnekleme 60 hastanın alınmasına karar verilerek ayrıca bir örneklem seçilmemiştir. Araştırmanın güvenilirliği yönünden 60 hastanın ilk 30’u kontrol, daha sonraki 30’u deney grubuna alınmıştır.

5-Araştırmanın Sınırlılıkları:

Araştırmaya;

- Uyum-işbirliği sağlanamayan,
- Araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- Hastanede 5 günden daha kısa süre kalan,
- Hareket etmesi doktor istemine göre kısıtlanan,
- Boşaltımını etkileyen Megakolon, İrritabl Barsak Sendromu, Chron Hastalığı, Ülseratif Kolit, Anal Fissür, Fistül, Ülser ve Hemoroid gibi patolojik durumları olan hastalar alınmamıştır.

VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

1-Verilerin Toplanması:

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan bir soru formu aracılığı ile toplanmıştır. Soru formunu; hastaların demografik özelliklerini belirleyen 5, evdeki sıvı alma alışkanlıklarını belirleyen 3, evdeki beslenme alışkanlıklarını belirleyen 7, evdeki aktivite alışkanlıklarını belirleyen 4 ve evdeki boşaltım alışkanlıklarını belirleyen 8 olmak üzere toplam 27 soru oluşturmuştur. (Ek 1)

Soru formu; hastaların demografik özelliklerini ve hastaneye gelmeden önceki alışkanlıklarını belirleyerek, araştırmacı tarafından konstipasyonu önlemeye yönelik uygulanacak “planlı hemşirelik bakımına” yol gösterebilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Soru formunun ön uygulaması Aralık 1998 tarihinde miyokard infarktüsü geçiren ve örnekleme alınmayan 10 hasta üzerinde yapılmış ve anlaşılır olduğu görüldükten sonra uygulanmasına karar verilmiştir. Araştırmanın ön uygulaması; Aralık 1998 tarihinde MI tanısı ile yatan ve örnekleme alınmayan ilk 5’i kontrol, sonraki 5’i deney grubu olmak üzere 10 hasta üzerinde uygulanmıştır.

Soru formu kontrol ve deney grubuna alınan tüm hastalara, hastaneye yatışlarının ikinci gününde, (birinci gün/ hastaların akut problemlerinin olması ve ağrının giderilmesi, istirahatının sağlanmasına yönelik uygulamalar nedeniyle görüşülmemiştir.) rahat ve soruları cevaplamaya istekli oldukları uygun bir zamanda uygulanmıştır. Araştırmacı, yüz yüze görüşme tekniğini kullanarak soru formundaki soruları bireylere sözel olarak sormuş ve verilen cevapları forma kaydetmiştir. Hastaneye gelmeden önceki beslenme alışkanlıklarını belirlemek amacıyla sorulan yiyecek tercihleri ile ilgili sorularda ve aktivite alışkanlıklarını belirlemek amacıyla sorulan aktivite türleri ile ilgili soruda, hastalardan verilen seçeneklerden ikişer seçenek seçmeleri istenmiştir.

2-Araştırmanın Uygulanması:

Uygulama alanı olarak seçilen Kardiyoloji servisi yoğun bakım bölümünde; “Miyokard İnfarktüsü” tanısı ile yatan hastalarla, yatışlarının ikinci gününde görüşülmüş ve öncelikle araştırma hakkında bilgi verilerek araştırmaya katılımları sağlanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma sınırlılıkları dışında kalan hastalardan; birbirlerinden etkilenmemeleri için ilk 30’u kontrol, daha sonraki 30’u ise deney grubuna alınmıştır. Kontrol grubunda bulunan hastalara sadece soru formu uygulanmış, konstipasyonun gelişmemesine yönelik planlı hemşirelik bakımı verilmemiştir. Servisin

rutinlerine bırakılan kontrol grubundaki hastalar, araştırmacı tarafından 5 gün boyunca her günün sonunda defekasyona çıkıp çıkmadıkları kendilerine sorularak değerlendirilmiştir. Konstipasyon durumunun değerlendirilmesi; hastaların hastane öncesi boşaltım alışkanlıklarına ve belirlenen kriterlere göre yapılmıştır. (Ek 2-Madde D8)

Deney grubuna alınan hastalar ise; soru formu uygulandıktan sonra konstipasyon gelişmemesine yönelik, kaynak kitapların gösterdiği doğrultuda hazırlanan planlı bir hemşirelik bakımı uygulanmıştır (Ek 2). 5 gün boyunca hastalarla her gün 8 saat birlikte olunarak planlanan hemşirelik bakımı verilmiş ve yapılanlar “Uygulamaları Değerlendirme ve İzlem Formu”na kaydedilmiştir(EK 3). Konstipasyon durumunun değerlendirilmesi; hastaların hastane öncesi boşaltım alışkanlıklarına ve belirlenen kriterlere göre yapılmıştır. (EK 2- Madde D8)

Konstipasyonu nemeye Yönelik Planlı Hemşirelik Bakımının Uygulanması:

1- Sıvı Alımına Yönelik: Soru formu kullanılarak günlük sıvı alma alışkanlıkları yönünden değerlendirilen hastaların, sıvı alımları yeterli ise (1500-2000 cc. ya da üzeri) bunu sürdürmeleri desteklenmiştir. Sıvı alımları yeterli olmayan hastalara ise; eğer sıvı kısıtlamaları yoksa günde 1500-2000 cc. arasında sıvı gerek oral gerekse mayi desteği ile araştırmacının denetim ve gözetiminde verilmiştir. Mayisi olan (heparinli mayi-total mayi) hastaların sıvı izlemi yapılmış ve kaydedilmiştir (EK 3). Hastaların ılık içecekler alması (komposto, meyve suyu) hastane ortamında koşullar elverdiğince (hastane yemekhanesi tarafından verilirse) sağlanmaya çalışılmıştır. Yine hastalara her sabah aç karnına ve gece yatmadan önce 1 bardak ılık su içmeleri söylenmiş ve içip içmedikleri kendilerine sorularak ya da gözlenerek belirlenmiştir.

2- Beslenme Durumuna Yönelik: Soru formu kullanılarak beslenme alışkanlıkları yönünden hastalar değerlendirilmiş ve elde edilen bilgiler ışığında; katı besinleri ağırlıklı olarak alan hastalara, sulu besinlerin kabızlığı önlemedeki katkısı açıklanarak sulu besinler almaları sağlanmıştır.

Diyetlerine laksatif etkili bol posa içeren lifli besinler, hastane dışından yiyecek getirilmesi yasak olduğundan eklenememiş ancak hastane yemeklerinde posa içeren (kuru fasulye, barbunya, nohut mercimek, karnabahar v.b.) yemekleri yemeleri sağlanmıştır.

Beslenmesini etkileyen iştahsızlık problemi olan hastaların; buldukları çevredeki kirli malzemeler kaldırılmış, odası havalandırılmış, ağız hijyeni kendine yetebiliyorsa kendisince yetemiyorsa araştırmacı tarafından ağız bakımı verilerek sağlanmış ve hastanedeki

yemek saatlerine uyması konusunda desteklenmiştir. Yemek servisi ve düzeni hastane koşulları elverdiğince yerine getirilebilmiştir.

3- Aktivite Durumuna Yönelik: Soru formu kullanılarak hastalar aktivite alışkanlıkları yönünden değerlendirilmiş ve elde edilen bilgiler ışığında; hareketsiz olan hastalara (mutlak yatak istirahati yoksa) ağırlık verilmek üzere yatak içinde hareketli tutulmaları sağlanmıştır.

Öncelikle kaynak kitapların gösterdiği doğrultuda aktivite-egzersiz örnekleri oluşturulmuştur (Atalay 1997, Çakırcalı 1998, Potter ve Perry 1995a-b). Yatak içinde yaptırılacak egzersizlere başlamadan önce; hastaların göğüs ağrılarının ve rahat olup olmadıklarının değerlendirilmesi, araştırmacı tarafından kendilerine sorularak ve gözlemlenerek yapılmıştır. Ayrıca yaşam bulguları da değerlendirilerek egzersizlere ondan sonra geçilmiştir.

Hastalara yaptırılacak olan hareket dizisi (ROM ,Range Of Motion) , aktif-pasif hareketler ve bacak hareketleri; önce araştırmacı tarafından uygulanarak ve açıklama yapılarak gösterilmiş daha sonra da bu hareketleri yapabiliyorsa hastanın tek başına , yapamıyorsa araştırmacıyla birlikte yapması sağlanmıştır.

Hastalara, yatak içinde öncelikle 2 saatte bir olmak üzere 10 dakika süreyle her bir ekstremiteye (kol, el, ayak, bacak) aktif-pasif hareketler yaptırılmıştır. Bu hareketlere koldan başlanmış, her iki kolu ayrı ayrı ve birlikte olmak üzere abdüksiyon (vücuttan uzaklaştırma) – addüksiyona (vücuda yaklaştırma) getirme, el bileklerine rotasyon, kolları karşı omuza değdirme, kolları bükmeden baş seviyesine kadar kaldırıp indirme ve el parmaklarını açıp kapama şeklinde egzersizler yaptırılmıştır (EK 4). Daha sonra bacak hareketlerine geçilerek; her bir bacağı dizlerini kırmadan yukarı kaldırıp indirme, yine her bir bacağı dizleri bükerek karına çekip indirme, her iki ayak bileğine rotasyon, ayak parmaklarını açıp kapama şeklinde egzersizler yaptırılmıştır (EK 4). Literatürde; özellikle bacak hareketlerinin barsak hareketlerini artırıcı etkisi belirtildiğinden hastalarda bacak hareketlerine ağırlık verilmiştir (Lewis ve ark 1996). ROM hareketleri, 2 saatte bir her bir ekstremiteye 5'er dakika süreyle yaptırılmıştır. Her bir ekstremiteye rotasyon, addüksiyon, abdüksiyon, fleksiyon, hiper-ekstansiyon, ekstansiyon hareketleri uygulanmıştır. (EK 4)

Bu egzersizler sırasında ağrısı olduğunu ifade eden hastaların egzersize ara vermesi sağlanmış ve ağrısı geçtiğinde tekrar devam edilmiştir.

4- Boşaltım Alışkanlığına Yönelik: Soru formu kullanılarak hastalar boşaltım alışkanlıkları yönünden değerlendirilmiş ve elde edilen bilgiler ışığında düzenli boşaltım alışkanlığı olan hastaların alışkanlıklarını sürdürmeleri desteklenmiştir.

Hastaların, her gün aynı saatte 10 dakika süreyle komoda oturmaları sağlanmış ve bu uygulama yapılırken odalarında bulunan perdenin çekilmesi ya da kapılarının kapanması sağlanarak mahremiyetleri korunmuştur. Hastalara; komoda oturduğunda ıkınmaması açıklanarak, burnundan derin bir nefes alarak gaitasını aşağı doğru itmesi ve nefesini dudağını büzerek ıslık şeklinde dışarıya yavaş yavaş vermesi işlemi yaptırılmıştır. Komoda gaita yapamamışsa, gün içinde tekrar komoda oturmaları ve düzenli boşaltım alışkanlığını sürdürmeleri desteklenmiştir. Komoda gaita yaptığına ise; gaita kıvamı, rengi, yoğunluğu ve miktarı açısından değerlendirilmiş (EK 2 –Madde D 8) ve kaydedilmiştir (EK 3). Ayrıca hastalara boşaltım ihtiyaçları olduğunda bunu ertelememeleri ve personeli bu konuda uymaları gerektiği açıklanmıştır. Yine hastaların günde 1 kez barsak sesleri steteskop yardımıyla sırasıyla çıkan (asenden kolon)- transvers kolon- inen (desenden kolon)- sigmoid kolon üzerine yerleştirilen diyaframlarla 1 dakika boyunca dinlenmiş ve alınan sesler sayılarak kaydedilmiştir. (EK 3)

Bu çalışmada; Miyokard infarktüsülü hastalarda konstipasyonu önlemeye yönelik uygulanan planlı hemşirelik bakımı, her bir uygulamanın tek başına değil, dört uygulamanın birlikte etkin olacağı anlayışı ve düşüncesi ile düzenlenmiştir.

3-Verilerin Değerlendirilmesi:

Veri toplama araçları ile toplanan veriler, bilgisayarda SPSS 7.5 programında analiz edilmiştir. Elde edilen veriler kodlanarak verilerin değerlendirilmesinde Khi-Kare Testi ve Fisher Kesin Khi-Kare Testi kullanılmıştır. (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1998)

Khi-Kare Testinin uygulandığı tablolarda; kontrol ve deney grubunda karşılaştırılan göz sayısı ikiden büyük olduğunda Khi-kare değeri kullanılmadığından elde edilen sonuçlar yüzdelerine göre yorumlanmıştır. Tablolardaki (*) işareti sütun yüzdelerine göre yorum yapıldığını, (**) işareti ise Khi-Kare değeri kullanılmadığı için yüzdelerin alındığını göstermektedir.

VII-BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde; MI tanısı ile yatan hastalarda,yeterli sıvı ve posalı besin alımı,aktivite ve barsak boşaltım alışkanlığına yönelik oluşturulan planlı hemşirelik uygulamalarının konstipasyonu önlemede etkili olup olmadığı deneysel olarak 60 hasta üzerinde irdelenmiş ve elde edilen bulgular tartışılmıştır.



Tablo:1: Kontrol ve deney grubundaki hastaların demografik özellikleri: (N:60)

		KONTROL GRUBU		DENEY GRUBU		TOPLAM	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
CİNSİYET	Erkek	25	83.0	26	87.0	51	85.0
	Kadın	5	17.0	4	13.0	9	15.0
YAŞ	25-34 yaş	2	7.0	-	-	2	3.3
	35-44 yaş	1	3.0	4	13.0	5	8.3
	45-54 yaş	9	30.0	6	20.0	15	25.0
	55-64 yaş	11	37.0	9	30.0	20	33.3
	65 yaş ve üstü	7	23.0	11	37.0	18	30.0
MESLEK	Ev hanımı	5	17.0	6	20.0	11	18.3
	Emekli	13	43.0	10	33.0	23	38.3
	İşçi	1	3.0	3	10.0	4	6.7
	Memur	2	7.0	3	10.0	5	8.3
	Serbest Meslek (Esnaf)	9	30.0	8	27.0	17	28.3
MEDENİ DURUM	Evli	29	97.0	26	87.0	55	91.7
	Dul	1	3.0	4	13.0	5	8.3
EĞİTİM DURUMU	Okur-Yazar Değil	6	20.0	6	20.0	12	20.0
	Okur-Yazar	6	20.0	9	30.0	15	25.0
	İlköğretim	14	46.0	13	44.0	27	45.0
	Lise	3	11.0	18	3.0	4	6.7
	Yüksekokul	1	3.0	1	3.0	2	3.3
TOPLAM		30	100.0	30	100.0	60	100.0

Tablo 1’de görüldüğü gibi, araştırmaya alınan kontrol ve deney grubundaki hastaların; % 85’i erkek (51 birey), %33,3’ü 55-65 yaş arasında (20 birey), % 38,3’ü emekli (23 birey), % 91,7’si evli (55 birey) ve % 45’i ilköğretim mezunudur. (29 birey)

Risk faktörleri hakkında bilinen en geniş çalışmalardan biri olan Framingham’ın 5209 erkek ve kadının 20 yıl boyunca izlendiği çalışmasında, KAH morbiditesinin erkeklerde kadınlardan iki kat daha fazla olduğu ve erkek cinsiyetin bağımsız bir risk faktörü olduğu kanıtlanmıştır. (Lewis ve ark 1996, Özcan 1997, MI Kulübü Eğitim Toplantı Raporu 1998)

KAH; erkeklerde, menopoz öncesi kadınlara göre yaklaşık 4-5 kat daha fazla olan ve 55-65 yaş grubunda erkek ölümlerinin en sık (yaklaşık % 40’ı) görülen nedeni olan bir hastalıktır. Menopoz sonrası ise kadınların ve erkeklerin risk açısından durumları eşitlenmektedir. (Kadayıfçı ve Karaaslan 1998)

Mesleklere göre dağılımda, hastaların çoğunluğunun emekli (%38,3) olduğu belirlenmiştir. Bilindiği gibi emeklilik dönemi; kişinin yaşça ileri olduğu, çalışma dönemine göre ekonomik gücünün azaldığı ve aktivitelerinin yavaşladığı pasif bir yaşam dönemidir. Bu durumların KAH’a yatkınlığı arttırdığı bilinmektedir. Koroner kalp hastalığına yakalanma ve bu hastalıktan ölüm riski yönünden bir kişinin iş durumu, diğer risk faktörlerine göre oldukça güçlü bir belirleyicidir. Belli bir nedenle işlerini kaybeden ya da işi olmadığı için çalışamayan insanlarda da kalp-damar hastalık riskinin işsizliğe bağlı aşırı stres nedeniyle arttığı belirlenmiştir. (Guyton ve Hall 1996, Lewis ve ark 1996)

Bizim araştırma sonuçlarımız da bu kanılarla benzerlik göstermiştir.

Tablo 2:Kontrol ve deney grubundaki hastalarda konstipasyon gelişme durumu.

KONSTİPASYON

	GELİŞEN		GELİŞMEYEN		TOPLAM		SONUÇ
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
KONTROL	27	90.0	3	10.0	30	100.0	X ² =41.713 p<0.05
DENEY	2	6.7	28	93.3	30	100.0	

Tablo 2’de görüldüğü gibi; kendilerine konstipasyon gelişmemesine yönelik planlı hemşirelik bakımı verilmeyen kontrol grubu ile planlı bakım verilen deney grubu arasında konstipasyon gelişmesi yönünden farklar, istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. ($p<0.05$)

Konstipasyon, kontrol grubundaki hastaların % 90’ında gelişirken, deney grubundaki hastaların ise % 6.7’sinde gelişmiştir. Elde ettiğimiz bu veriler, uygulanan planlı hemşirelik bakımının konstipasyonu önlemede etkili olduğunu doğrulamıştır.

Yaşlı yetişkinlerde konstipasyonun önlenmesinde; posalı diyet ve yeterli sıvı verilmesi, barsak hareketlerinin sağlanması gibi hemşirelik bakımının etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada da, hemşirelik girişimleriyle konstipasyonun önlenebileceği ortaya çıkmıştır. (Anti ve ark 1998)

ABD’de bir kronik bakım hastanesinde, laksatif kullanımını azaltmak için uygulanan bir programda; özellikle sıvı alımının artırılması, lifli yiyecek alımı, düzenli boşaltım alışkanlığı ve düzenli egzersizin konstipasyonu önleyerek laksatif kullanımını azalttığı ortaya çıkmıştır. (Benton ve ark 1997)

Bu veriler bizim çalışmamızdaki sonuçları desteklemektedir.

Ayrıca konstipasyon gelişen; kontrol grubundaki 27 hasta yiyecek tercihlerinde posalı yiyecekleri tükettiklerini ifade etmişlerdir. Bu durum, posalı yiyeceklerin konstipasyonu önlemede tek başına yeterli olmadığını göstermektedir.

Tablo 3: Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerinde aldıkları günlük sıvı miktarlarına göre hastanede konstipasyon gelişme durumları.

KONSTİPASYON

GÜNLÜK SIVI ALIMI		GELİŞEN			GELİŞMEYEN			TOPLAM	
		Sayı	*	%	Sayı	*	%	Sayı	%
KONTROL GRUBU	0-400cc.	-	-	-	-	-	-	-	-
	500-900cc.	1		3.7	-			1	3.3
	1000-1400cc.	8		29.6	2		66.7	10	33.3
	1500-1900cc.	7		26.0	-			7	23.3
	2000ve üstü cc.	11		40.7	1		33.3	12	40.0
	TOPLAM	27		100.0	3		100.0	30	100.0
DENEY GRUBU	0-400 cc.	-			1		3.5	1	3.3
	500-900cc.	-			1		3.5	1	3.3
	1000-1400 cc.	2		100.0	6		21.4	8	26.7
	1500-1900 cc.	-			5		18.0	5	16.7
	2000 ve üstü cc.	-			15		53.6	15	50.0
	TOPLAM	2		100.0	28		100.0	30	100.0

* Sütun yüzdeleri alınmıştır.

** Yüzelere göre yorum yapılmıştır.

Tablo 3'te; deney ve kontrol grubundaki hastaların hastaneye gelmeden önceki dönemde günlük sıvı alma alışkanlıkları ile hastanede konstipasyon gelişme durumları verilmiştir.

Buna göre; kontrol grubunda konstipasyon gelişen 27 hastadan %29.6'sının 1000-1400cc, %26.0'sının 1500-1900cc ve %40.7'sinin de 2000cc ve üstü sıvı alma alışkanlıkları olduğu belirlenmiştir. Aldıkları sıvı miktarları yeterli olmasına karşın hastalarımızda konstipasyon geliştiği ortaya çıkmıştır. Diğer yandan deney grubundaki konstipasyon gelişen 2 hastanın da günde 1000-1400cc sıvı alma alışkanlığı olduğu belirlenmiştir.

Deney grubunda konstipasyon gelişmeyen 28 hastadan %53.6'sı 2000cc ve üstü, %18'i 1500-1900cc ve %21.4'ü de 1000-1400cc arasında sıvı alma alışkanlıkları olduğunu açıklamışlardır.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların evlerinde günlük sıvı alma miktarları açısından yüzdeler değeri birbirine yakın bulunmuştur. Hastanede konstipasyon gelişen kontrol grubundaki 27 kişi günlük sıvı alımını açısından kendilerine bir kısıtlama getirilmeyip sıvı alma alışkanlıklarını sürdürmüşlerdir. Yüzdeler değere göre sıvı alımını artırmanın konstipasyonu önlemede tek başına yeterli olmadığı düşünülmüştür.

Yaşlı yetişkinlerde konstipasyonun önlenmesine yönelik yapılan bir çalışmada; lifli besinler ve sıvı alımının barsak hareketlerini sağlamada doğal yollar olduğu, uzun dönem yatan hastalarda hemşirelik girişimleriyle laksatif kullanımının önemli ölçüde azaltılabileceği ortaya çıkmıştır. (Rodrigues ve ark 1993)

Bu çalışma, bizim araştırma sonuçlarımızı desteklemekte, ancak sıvı alımını artırmanın tek başına konstipasyonu önlemede yeterli olmadığını göstermektedir.

Tablo 4:Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerindeki yiyecek tercihlerine göre hastanede konstipasyon gelişme durumları.

KONSTİPASYON

YİYECEK TERCİHLERİ		GELİŞEN		GELİŞMEYEN		TOPLAM		SONUÇ
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
KONTROL GRUBU	Sulu Yiyecek	15	55.6	2	66.7	17	56.7	P=1.000
	Katı Yiyecek	12	44.4	1	33.3	13	43.3	
	TOPLAM	27	100.0	3	100.0	30	100.0	
DENEY GRUBU	Sulu Yiyecek	2	100.0	23	82.1	25	83.3	P>0.05
	Katı Yiyecek	-		5	17.9	5	16.7	P=1.000
	TOPLAM	2	100.0	28	100.0	30	100.0	

*Sütun yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 4'te; kontrol ve deney grubundaki hastaların hastaneye gelmeden önceki dönemdeki yiyecek tercihleri ile hastanede konstipasyon gelişme durumları verilmiştir.

Buna göre; kontrol grubunda konstipasyon gelişen 27 hastadan %55.6'sının deney grubunda ise konstipasyon gelişen 2 hastanın da sulu yiyecekleri tercih ettikleri ve buna karşın hastanede konstipasyon geliştiği belirlenmiştir. Deney grubunda konstipasyon gelişmeyen 28 hastadan %17.9'unda ise katı yiyecekleri tercih ettikleri halde konstipasyon gelişmediği belirlenmiştir.

Kontrol ve deney grubundaki bireylerin yiyecek tercihleri ile konstipasyon gelişme durumları yönünden farklar istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. ($p>0.05$)

Bu sonuçlara göre sulu yiyecek tercihinin konstipasyonu önlemede tek başına yeterli olmadığı düşünülmüştür.

Tablo 5:Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerinde yemek yedikleri öğün sayılarına göre hastanede konstipasyon gelişme durumları.

KONSTİPASYON

ÖĞÜN SAYISI		GELİŞEN		GELİŞMEYEN		TOPLAM		SONUÇ
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
KONTROL GRUBU	2 ÖĞÜN	7	25.9	1	33.3	8	26.7	P=1.000
	3 ÖĞÜN	20	74.1	2	66.7	22	73.3	
	TOPLAM	27	100.0	3	100.0	30	100.0	
DENEY GRUBU	2 ÖĞÜN	-		9	32.1	9	30.0	P>0.05
	3 ÖĞÜN	2	100.0	19	67.9	21	70.0	
	TOPLAM	2	100.0	28	100.0	30	100.0	

*Sütun yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 5'te; kontrol ve deney grubundaki hastaların hastaneye gelmeden önceki dönemde yemek yedikleri öğün sayıları ile hastanede konstipasyon gelişme durumları verilmiştir.

Buna göre; kontrol grubunda konstipasyon gelişen 27 hastadan %74.1'i, deney grubunda konstipasyon gelişen 2 hastadan ise tamamı 3 öğün yemek yediklerini ifade etmelerine karşın konstipasyon geliştiği belirlenmiştir. Deney grubunda konstipasyon gelişmeyen 28 hastadan %67.9'u da 3 öğün yemek yediğini açıklamışlardır.

Düzenli yemek yeme alışkanlığı açısından dikkate alınan öğün sayıları ile konstipasyon gelişmesi arasında etkili bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Kontrol ve deney grubundaki hastaların günlük öğün sayıları ile konstipasyon gelişme durumları yönünden farklar istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. ($p>0.05$)

Tablo 6:Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerinde düzenli yeme alışkanlıklarına göre hastanede konstipasyon gelişme durumları.

KONSTİPASYON

DÜZENLİ YEME ALIŞKANLIĞI		GELİŞEN Sayı * %		GELİŞMEYEN Sayı * %		TOPLAM Sayı * %		SONUÇ
KONTROL GRUBU	DÜZENLİ	14	51.9	2	66.7	16	53.3	P=1.000
	DÜZENSİZ	13	48.1	1	33.3	14	46.7	
	TOPLAM	27	100.0	3	100.0	30	100.0	
DENEY GRUBU	DÜZENLİ	-		14	50.0	14	46.7	P>0.05
	DÜZENSİZ	2	100.0	14	50.0	16	53.3	P=0.485
	TOPLAM	2	100.0	28	100.0	30	100.0	

*Sütun yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 6'da; kontrol ve deney grubundaki hastaların hastaneye gelmeden önceki dönemdeki düzenli yeme alışkanlıkları ile hastanede konstipasyon gelişme durumları verilmiştir. Kontrol grubunda konstipasyon gelişen 27 bireyden 13'ünde (%48.1), deney grubunda ise 2 bireyden 2'sinde de (% 100.0) düzenli yeme alışkanlığı yoktur.

Buna göre; kontrol grubunda konstipasyon gelişen 27 hastadan %51.9'unun düzenli yeme alışkanlığı, deney grubunda konstipasyon gelişen 2 hastanın da düzensiz yeme alışkanlığı olduğu ve buna karşın her iki grupta konstipasyon geliştiği belirlenmiştir. Deney grubunda konstipasyon gelişmeyen 28 hastadan %50.0'si düzenli %50.0'si ise düzensiz yeme alışkanlıkları olduğunu ifade etmişlerdir.

Kaynakların belirttiğine göre bol posa bırakan diyet uygulamasının yanısıra öğünlerin düzenli olması ve her gün düzenli aralıklarla öğün atlanmadan yemek yenmesi gerekmektedir. (Biberoğlu 1991, Koçkar 1999, Telatar ve Şimşek 1993)

Bu öneriler bizim elde ettiğimiz bulguları desteklemekte ancak konstipasyonu önlemede düzenli yeme alışkanlığının tek başına yeterli olmadığını göstermektedir.

Kontrol ve deney grubundaki hastaların düzenli yeme alışkanlıkları ile konstipasyon gelişme durumları yönünden farklar istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. ($p>0.05$)

Tablo 7:Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerinde ağırlıkla tükettikleri yemek türlerine göre hastanede konstipasyon gelişme durumları.

KONSTİPASYON

YEMEK TÜRLERİ		GELİŞEN		GELİŞMEYEN		TOPLAM	
		Sayı *	%	Sayı *	%	Sayı *	%
KONTROL GRUBU	Sebze-hamur yemekleri	6	22.2	-		6	20.0
	Sebze-et yemekleri	7	26.0	1	33.3	8	26.7
	Sebze-•diğer yemekler	2	7.4	-		2	6.7
	Hamur-et yemekleri	6	22.2	1	33.3	7	23.3
	Et-•diğer yemekler	6	22.2	1	33.3	7	23.3
	TOPLAM	27	100.0	3	100.0	30	100.0
	DENEY GRUBU	Sebze-hamur yemekleri	-		5	17.9	5
Sebze-et yemekleri		-		7	25.0	7	23.3
Sebze-•diğer yemekler		-		4	14.3	4	13.3
Hamur-et yemekleri		1	50.0	6	21.4	7	23.3
Et-•diğer yemekler		-		4	14.3	4	13.3
Hamur-•diğer yemekler		1	50.0	2	7.1	3	10.0
TOPLAM		2	100.0	28	100.0	30	100.0

* Sütun yüzdeleri alınmıştır.

** Yüzelere göre yorum yapılmıştır.

•diğer (çorbalar, sakatatlar, yumurta, salatalar)

Tablo 7’de görüldüğü gibi; kontrol ve deney grubundaki hastaların hastaneye gelmeden önceki dönemde tükettikleri yemek türleri ile hastanede konstipasyon gelişme durumları verilmiştir.

Buna göre; kontrol ve deney grubundaki hastaların yemek türlerinden belirli bir türe yönelmeyip, bu türlerden birbirine yakın miktarlarda yedikleri ortaya çıkmıştır.

Kontrol grubunda konstipasyon gelişen 27 hastadan %55.6’sı sebze ağırlıklı yemek türlerini, deney grubunda ise konstipasyon gelişen 2 hasta da hamur-et ağırlıklı yemek türlerini tükettiklerini ifade etmişlerdir.

Kontrol ve deney grubundaki konstipasyon gelişmeyen hastaların çoğunluğunun, peristaltizmi artıran ve lif içeren sebze türü ile, peristaltizmi azaltan ve az lif içeren et türü yemekleri tükettikleri ortaya çıkmıştır.

Literatürde; lif içeren sebze türünün (mevsim sebzeleri) konstipasyonu önlemede etkili olduğu buna karşın hamur (börek, makarna, mantı, şehriye) ağırlıklı yiyeceklerin ise lif içermemesi nedeniyle konstipasyona yatkınlık yarattığı belirtilmektedir. (Baysal ve ark 1988)

Ancak bu sonuçlar belirli sayıdaki kişi ile yapılan araştırmamızda bir farklılık yaratmamıştır.

Tablo 8:Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerindeki hareket durumlarına göre hastanede konstipasyon gelişme durumları.

KONSTİPASYON

HAREKET DURUMU		GELİŞEN Sayı * %		GELİŞMEYEN Sayı * %		TOPLAM Sayı * %		SONUÇ
KONTROL GRUBU	HAREKETLİ	16	59.3	1	33.3	17	56.7	P=0.565
	HAREKETSİZ	11	40.7	2	66.7	13	43.3	
	TOPLAM	27	100.0	3	100.0	30	100.0	P>0.05
DENEY GRUBU	HAREKETLİ	-		14	50.0	14	46.7	P=0.485
	HAREKETSİZ	2	100.0	14	50.0	16	53.3	
	TOPLAM	2	100.0	28	100.0	30	100.0	

*Sütun yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 8’de; kontrol ve deney grubundaki hastaneye gelmeden önceki dönemdeki hareket durumları ile hastanede konstipasyon gelişme durumları verilmiştir.

Buna göre; kontrol grubundan konstipasyon gelişen 27 hastadan %59.3’ünün hareketli olduğu ve buna karşın hastanede konstipasyon geliştiği belirlenmiştir. Deney grubunda ise konstipasyon gelişen 2 hastanın da hareketsiz olduğu ve hastanede konstipasyon geliştiği belirlenmiştir.

Kontrol ve deney grubundaki hastaların hareket etme durumları ile konstipasyon gelişme durumları yönünden farklar istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. ($p>0.05$)

Yaşlı hastaların bakımında yaygın bir sorun olan konstipasyonu önlemek için barsak hareketlerini sağlamaya yönelik bir çalışmada; posalı diyet alımının ve düzenli egzersizin konstipasyon tedavisinde birinci aşama olduğu bildirilmiştir. (Abyad ve ark 1996)

Literatürde; hareketsizliğin kolon hareketini deprese ettiği, düzenli fiziksel egzersizin ise peristaltizmi artırdığı bildirilmiştir. (Potter ve Perry 1995a-b)

Miyokard infarktüsü geçiren hastalara uygulanan bireysel eğitim ve yürüyüş programının bakım sonuçlarına etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada; hastalar deney ve kontrol grubuna ayrılmış ve araştırmanın sonunda konstipasyon gelişmesi yönünden iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. (Özcan ve ark 1999)

Bu çalışmalar, bizim araştırma sonuçlarımızı desteklemekte ancak deney grubunda düzenli fiziksel egzersizin konstipasyonu önlemede tek başına yeterli olmadığını göstermektedir.

Tablo 9:Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerindeki aktivite alışkanlıklarına göre hastanede konstipasyon gelişme durumları.

KONSTİPASYON

SPOR ALIŞKANLIĞI		GELİŞEN		GELİŞMEYEN		TOPLAM		SONUÇ
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
KONTROL GRUBU	VAR (OLAN)	-	-	-	-	-	-	P=Ø
	YOK (OLMAYAN)	27	100.0	3	100.0	30	100.0	
	TOPLAM	27	100.0	3	100.0	30	100.0	
DENEY GRUBU	VAR(OLAN)	-	-	1	3.6	1	3.3	P>0.05 P=1.000
	YOK (OLMAYAN)	2	100.0	27	96.4	29	96.7	
	TOPLAM	2	100.0	28	100.0	30	100.0	

*Sütun yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 9’da; kontrol ve deney grubundaki hastaların hastaneye gelmeden önceki dönemdeki spor alışkanlıkları ile hastanede konstipasyon gelişme durumları verilmiştir.

Buna göre; kontrol ve deney grubundaki konstipasyon gelişen tüm hastalarda spor alışkanlığının olmadığı, deney grubunda ise konstipasyon gelişmeyen 28 hastadan sadece 1’inde (%3.6) spor alışkanlığının olduğu belirlenmiştir.

Kontrol ve deney grubundaki hastaların spor alışkanlıkları ile konstipasyon gelişme durumları yönünden farklar istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. (p>0.05)

Tablo 10:Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerindeki barsak boşaltım alışkanlıklarına göre hastanede konstipasyon gelişme durumları.

KONSTİPASYON

BOŞALTIM ALIŞKANLIĞI		GELİŞEN		GELİŞMEYEN		TOPLAM	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
KONTROL GRUBU	Günde 1'den Fazla	5	18.5	-	-	5	16.7
	Günde 1 Kez	20	74.1	-	-	20	66.7
	2 Günde 1 Kez	2	7.4	3	100.0	5	16.7
	2 Günde Daha Uzun Arayla	-	-	-	-	-	-
	TOPLAM	27	100.0	3	100.0	30	100.0
DENEY GRUBU	Günde 1'den fazla	-	-	2	7.1	2	6.7
	Günde 1 Kez	1	50.0	16	57.1	17	56.7
	2 Günde 1 Kez	1	50.0	6	21.4	7	23.3
	2 Günde Daha Uzun Arayla	-	-	4	14.3	4	13.3
	TOPLAM	2	100.0	28	100.0	30	100.0

* Sütun yüzdeleri alınmıştır.

** Yüzelere göre yorum yapılmıştır.

Tablo 10'da; kontrol ve deney grubundaki hastaların hastaneye gelmeden önceki dönemdeki barsak boşaltım alışkanlıkları ile hastanede konstipasyon gelişme durumları verilmiştir.

Buna göre; kontrol grubunda konstipasyon gelişen 27 hastadan %74.1'inin deney grubunda ise konstipasyon gelişen 2 hastadan 1'inin günde bir kez barsak boşaltım alışkanlığı olduğu ve buna karşın hastanede konstipasyon geliştiği belirlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada; uzun vadeli bakım hizmetlerinde konstipasyonun önemli bir klinik problem olduğu ve önlemede düzenli barsak boşaltım alışkanlığının önemi ortaya konmuştur. (Williams ve Dipalma 1990)

Çocukluk dönemlerinden itibaren sabahları kahvaltı sonrası dışkılama için tuvalete oturulması, düzenli barsak alışkanlığının kazanılması açısından çok önemlidir. (Biberoglu 1991, Koçkar 1999-b)

Bu sonuçlar, bizim araştırma sonuçlarımızı desteklemekte ancak konstipasyonu önlemede deney grubuna uygulanan düzenli barsak boşaltım alışkanlığı eğitiminin tek başına yeterli olmadığını göstermektedir.

Tablo 11:Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerindeki boşaltımı erteleme alışkanlıklarına göre hastanede konstipasyon gelişme durumları.

KONSTİPASYON

BOŞALTIMI ERTELEME		GELİŞEN		GELİŞMEYEN		TOPLAM		SONUÇ
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
KONTROL GRUBU	VAR	4	14.8	1	33.3	5	16.7	P=0.433
	YOK	23	85.2	2	66.7	25	83.3	
	TOPLAM	27	100.0	3	100.0	30	100.0	
DENEY GRUBU	VAR	1	50.0	6	21.4	7	23.3	P>0.05 P=0.418
	YOK	1	50.0	22	78.6	23	76.7	
	TOPLAM	2	100.0	28	100.0	30	100.0	

*Sütun yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 11’de; kontrol ve deney grubundaki hastaların hastaneye gelmeden önceki dönemdeki boşaltımı erteleme alışkanlıkları ile hastanede konstipasyon gelişme durumları verilmiştir.

Buna göre; kontrol grubunda konstipasyon gelişen 27 hastadan %85.2’sinin deney grubunda ise konstipasyon gelişen 2 hastadan 1’inde boşaltımı erteleme alışkanlığı olmamasına karşın hastanede konstipasyon geliştiği belirlenmiştir.

Kontrol ve deney grubundaki hastaların boşaltımı erteleme alışkanlıkları ile konstipasyon gelişme durumları yönünden farklar istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. ($p>0.05$)

Literatürde, konstipasyonun önlenmesi için hastanın düzenli defekasyon alışkanlığı kazanması ve defekasyon gereksinimini ertelememesi önerilmektedir. (Banlı 1999, Held 1995, Norton 1996)

Elde ettiğimiz sonuçlar, bu öneriyi desteklemekte ancak konstipasyonu önlemede boşaltımı ertelememenin tek başına yeterli olmadığını göstermektedir.

Tablo 12:Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerinde boşaltım sırasında ağrı duymalarına göre hastanede konstipasyon gelişme durumları.

KONSTİPASYON

BOŞALTIMDA AĞRI DUYMA		GELİŞEN		GELİŞMEYEN		TOPLAM		SONUÇ
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
KONTROL GRUBU	VAR	4	14.8	-	-	4	13.3	P=1.000
	YOK	23	85.2	3	100.0	26	86.7	
	TOPLAM	27	100.0	3	100.0	30	100.0	
DENEY GRUBU	VAR	-	-	4	14.3	4	13.3	P>0.05
	YOK	2	100.0	24	85.7	26	86.7	P=1.000
	TOPLAM	2	100.0	28	100.0	30	100.0	

*Sütun yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 12'de; kontrol ve deney grubundaki hastaların hastaneye gelmeden önceki dönemdeki boşaltım sırasında ağrı duymaları ile hastanede konstipasyon gelişme durumları verilmiştir.

Buna göre; kontrol grubunda konstipasyon gelişen 27 hastadan %85.2'si deney grubunda ise konstipasyon gelişen 2 hasta da boşaltım sırasında ağrı duymadıklarını ifade etmelerine karşın her iki grupta da hastanede konstipasyon geliştiği belirlenmiştir.

Kontrol ve deney grubundaki hastaların boşaltım sırasında ağrı duymaları ile konstipasyon gelişme durumları yönünden farklar istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. ($p>0.05$)

Tablo 13: Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerinde kabızlık sorunları olup olmadığına göre hastanede konstipasyon gelişme durumları.

KONSTİPASYON

KABIZLIK SORUNU YAŞAMA		GELİŞEN		GELİŞMEYEN		TOPLAM		SONUÇ
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
KONTROL GRUBU	OLAN (VAR)	10	37.0	2	66.7	12	40.0	P=0.548
	OLMAYAN (YOK)	17	63.0	1	33.3	18	60.0	
	TOPLAM	27	100.	3	100.0	30	100.0	
DENEY GRUBU	OLAN (VAR)	-	-	5	17.9	5	16.7	P>0.05
	OLMAYAN (YOK)	2	100.0	23	82.1	25	83.3	
	TOPLAM	2	100.0	28	100.0	30	100.0	

*Sütun yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 13'te; kontrol ve deney grubundaki hastaların hastaneye gelmeden önceki dönemde kabızlık sorunlarının olup olmaması ile hastanede konstipasyon gelişme durumları verilmiştir.

Buna göre; kontrol grubunda konstipasyon gelişen 27 hastadan %63'ünün deney grubunda ise konstipasyon gelişen 2 hastanın da kabızlık sorunlarının olmadığı ancak hastanede her iki grupta da konstipasyon geliştiği belirlenmiştir.

Kontrol ve deney grubundaki hastaların kabızlık sorunlarının olup olmaması ile konstipasyon gelişme durumları yönünden farklar istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. ($p>0.05$)

Aynı zamanda konstipasyon gelişen kontrol ve deney grubundaki hastaların, konstipasyon nedeniyle aşırı ıkınma durumunda kaldıkları belirlenmiştir.

Tablo 14:Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerinde kabızlık durumunda ilaç alma alışkanlıklarına göre hastanede konstipasyon gelişme durumları.

KONSTİPASYON

KABIZLIKTA İLAÇ ALMA		GELİŞEN		GELİŞMEYEN		TOPLAM		SONUÇ
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
KONTROL GRUBU	EVET	2	7.4	1	33.3	3	10.0	P=0.280
	HAYIR	25	92.6	2	66.7	27	90.0	
	TOPLAM	27	100.0	3	100.0	30	100.0	
DENEY GRUBU	EVET	-	-	2	7.1	2	6.7	P>0.05
	HAYIR	2	100.0	26	92.9	28	93.3	
	TOPLAM	2	100.0	28	100.0	30	100.0	

*Sütun yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 14'de; kontrol ve deney grubundaki hastaların hastaneye gelmeden önceki dönemde kabızlık durumunda ilaç alma alışkanlıkları ile hastanede konstipasyon gelişme durumları verilmiştir.

Buna göre; kontrol grubunda konstipasyon gelişen 27 hastadan %92.6'sının deney grubunda ise konstipasyon gelişen 2 hastanın da kabızlık durumunda ilaç alma alışkanlıklarının olmadığı belirlenmiştir.

Kontrol ve deney grubundaki hastaların kabızlık durumunda ilaç alma alışkanlıkları ile konstipasyon gelişme durumları yönünden farklar istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. ($p>0.05$)

Tablo 15:Kontrol ve deney grubundaki hastaların evlerinde kullandıkları tuvalet türüne göre hastanede konstipasyon gelişme durumları.

KONSTİPASYON

KULLANILAN TUVALET TÜRÜ		GELİŞEN		GELİŞMEYEN		TOPLAM		SONUÇ
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
KONTROL GRUBU	ALATURKA	24	88.9	2	66.7	26	86.7	P=1.000 P>0.05
	ALAFRANGA	3	11.1	1	33.3	4	13.3	
	TOPLAM	27	100.0	3	100.0	30	100.0	
DENEY GRUBU	ALATURKA	2	100.0	25	89.3	27	90.0	P=0.485
	ALAFRANGA	-	-	28	100.0	28	100.0	
	TOPLAM	2	100.0	28	100.0	30	100.0	

*Sütun yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 15'de; kontrol ve deney grubundaki hastaların hastaneye gelmeden önceki dönemde kullandıkları tuvalet türü ile hastanede konstipasyon gelişme durumları verilmiştir.

Buna göre; kontrol grubunda konstipasyon gelişen 27 hastadan %88.9'u deney grubunda ise konstipasyon gelişen 2 hastanın da alaturka türü tuvalet kullandıkları halde hastanede konstipasyon geliştiği belirlenmiştir.

Literatürde; defekasyon için en uygun pozisyonun çömelme olduğu ve bu pozisyona da en uygun olan tuvalet türünün “alaturka tuvalet” olduğu bildirilmiştir. Çömelme pozisyonu, intraabdominal basıncın ilerleyerek feçesi rektuma doğru itmesini ve uyluk kaslarının etkin kasılmasını sağlayarak defekasyon işleminin gerçekleşmesine katkı verir. (Lewis ve ark 1996, Potter ve Perry 1995a-b)

Kontrol ve deney grubundaki hastaların kullandıkları tuvalet türü ile konstipasyon gelişme durumları yönünden farklar istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. ($p>0.05$)

Tablo 16:Deney grubundaki hastaların hastanedeki sıvı alma durumları.

SIVI ALIMINA YÖNELİK	ALAN		KISMEN		ALAMAYAN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Günde 1500-2000 cc. arasında sıvı alması	25	83.0	-	-	5	17.0	30	100.0
İlik içecekler alması (İlik meyve suyu, komposto suyu)	15	50.0	13	43.0	2	7.0	30	100.0
Her gün sabah aç karnına ve gece yatmadan önce 1 bardak ılık su içmesi	18	60.0	9	30.0	3	10.0	30	100.0
Yeterli oral alamayan hastaların sıvı gereksinimlerinin IV. olarak karşılanması	5	17.0	7	23.0	18	60.0	30	100.0

Tablo 16’da; deney grubundaki hastaların hastanedeki sıvı alma durumları verilmiştir.

Araştırmamızda, deney grubundaki hastaların %83’ü günde 1500-2000cc arasında sıvı alırken %17’si ise sıvı kısıtlamalarının olması (günlük total en fazla 1500cc) ya da bireyin sıvı almak istememesi nedeniyle günde 1500cc’nin altında sıvı alabilmişlerdir. Literatürde, konstipasyon gelişmemesi için günde en az 1500-2000cc (oral+I.V.yol) arasında sıvı alınması önerilmektedir. (Nazarko 1993, Potter ve Perry 1995a-b)

Hastaların %50'si ılık içecekleri alırken %13'ü ise içeceğin ılık olmasına dikkat etmeme ya da ılık içecek alması gerektiğini unutmaları nedeniyle ılık içecekleri kısmen almışlardır. %2'si ise hastanedeki yemek çeşitleri arasında ılık içecek (komposto suyu gibi) olmaması nedeniyle hiç alamamışlardır.

Hastaların %60'ı her gün sabah aç karnına ve gece yatmadan önce bir bardak ılık su içerken %10'u ise ılık su içmeyi unuttuklarını ifade ederek alamamışlardır.

Hastaların %17'sine günde 1500-2000cc arasındaki sıvı oral olarak yeterince alamadıkları için I.V. yolla verilmiştir.

Konstipasyon gelişen 2 hastanın ise günlük aldıkları sıvı miktarı 1200-2000cc arasındadır.

Tablo 17:Deney grubundaki hastaların hastanedeki beslenme durumları.

BESLENME DURUMUNA YÖNELİK	ALAN		KISMEN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ağırlıklı olarak sulu besinlerin alınması	25	83.0	5	17.0	30	100.0
Diyete laksatif etkili bol posa içeren lifli besinlerin eklenmesi -Kurubaklagiller (Kuru fasulye, nohut, mercimek, barbunya) -Tahıllar (kepekli ekmek, yulaf) -Taze sebzeler (ıspanak, lahana, pırasa, karnabahar) -Taze meyveler (kayısı, erik, armut, elma)	-	-	30	100.0	30	100.0

Tablo 17'de; deney grubundaki hastaların hastanedeki beslenme durumları verilmiştir.

Araştırmamızda, deney grubundaki hastaların %83'ünün besinlerini ağırlıklı olarak sulu formda almaları sağlanmıştır. %17'si ise, katı besinleri yeme alışkanlıklarını sürdürmek istediklerinden ağırlıklı olarak sulu besinler yerine katı besinleri almışlardır.

Hastaların tümünün diyetlerine ise laksatif etkili bol posa içeren lifli besinlerin eklenmesi, hastane olanakları nedeniyle kısmen sağlanabilmektedir. Meyvelerde dahil hastalara dışarıdan yemek getirilmesine izin verilmemiştir.

Barsakların düzenli çalışması ve konstipasyonun önlenmesi için diyetdeki lif içeriğinin artırılması önerilmektedir. (Ersoy 1995, Gibson ve ark 1995)

Tablo 18:Deney grubundaki hastaların iştahını geliştirmek için uygulanan hemşirelik girişimleri.

İŞTAH DURUMUNA YÖNELİK	UYGULANDI		KISMEN UYGULANDI		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çevredeki hoş gitmeyen-kirli malzemelerin kaldırılması/Odasının havalandırılması	30	100.0	-	-	30	100.0
Yemek öncesi ağız hijyeni yönünden değerlendirilmesi	30	100.0	-	-	30	100.0
Yapabiliyorsa kendisince yapamıyorsa araştırmacı tarafından ağız hijyeninin sağlanması	30	100.0	-	-	30	100.0
Yemek servisi ve düzeninin göze hitap etmesine dikkat edilmesi	-	-	30	100.0	30	100.0
Yemek saatlerine uyması ve düzenli yemek yeme alışkanlığının sürdürülmesi	30	100.0	-	-	30	100.0

Tablo 18'de; deney grubundaki hastaların yemeklerini yemeleri için iştahlarını geliştirmek üzere yapılan çevre düzenlemeleri ve hemşirelik uygulamaları belirtilmektedir.

Buna göre hastaların iştahını engelleyecek ya da bozacak durumlar araştırmacı tarafından kaynaklarda belirtildiği üzere değiştirilmeye çalışılmıştır. (Biol 1993) Ancak yemeklerin tüm servis genelinde tabldot tepsisiyle sunuluyor olması hastalar istemese dahi değiştirilememiştir. Burada hastaların kendileri için hazırlanan ve konstipasyonu önleyeceği savunulan yiyeceklerin tümünü iştahla yemeleri öngörülmüştür.

Tablo 19: Deney grubundaki hastaların aktif tutulmaları için yapılan hemşirelik uygulamaları.

AKTİVİTE DURUMUNA YÖNELİK	SAĞLANDI		KISMEN SAĞLANDI		SAĞLANAMADI		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yatak içinde 2 saatte bir 10 dk. süreyle aktif-pasif egzersizler ve ROM hareketlerinin her bir ekstremiteye 5'er dakika süreyle yaptırılması (Baş, kol, el, ayak, bacak)	18	60.0	10	33.0	2	7.0	30	100.0
Yatak içinde 2 saatte bir pozisyon değişikliğinin sağlanması (Sağ lateral, sol lateral, supine, semi fowler, tam fowler)	18	60.0	10	33.0	2	7.0	30	100.0

Tablo 19'da; deney grubundaki hastaların aktivitede bulunma durumları verilmiştir.

Buna göre; hastaların %60'ı yatak içinde hareketli tutulurken %33'ünün ise hareketli tutulmaları mutlak yatak istirahatlerinin (MYİ) olması ya da hareket etme isteklerinin olmaması nedeniyle kısmen sağlanmıştır. Hastaların %7'sinin ise, yatak içinde hareketli tutulmaları göğüs ağrılarının olmaları nedeniyle sağlanamamıştır. Çünkü hastalarda, aktivite ekstra oksijen tüketimini ve buna bağlı olarak da göğüs ağrısını artıracaktır.

Literatürde; bacak hareketlerinin barsak peristaltizmini artırıcı etkisi vurgulandığından deney grubundaki hastaların konstipasyon gelişmemesi için bacak hareketlerini yapma-yaptırılmasına özen gösterilmiştir (Lewis ve ark 1996). Atalay'ın çalışmasında da; barsak-karın distansiyonunun giderilmesinde hastanın ayağa kaldırılması, yatak içinde aktif ve pasif harekette bulunmasının distansiyonu önlemede etkili olduğu ortaya çıkmıştır. (Atalay 1976)

Tablo 20: Deney grubundaki hastalara boşaltım alışkanlığını sürdürmelerine yönelik yapılan hemşirelik uygulamaları.

BOŞALTIM ALIŞKANLIĞINA YÖNELİK	YAPILDI		KISMEN YAPILDI		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Barsak seslerinin günde 1 kez steteskopla dinlenmesi ve kaydedilmesi	30	100.0	-	-	30	100.0
Her gün aynı saatte hastanın komoda/sürgüye oturmasının sağlanması	21	70.0	9	30.0	30	100.0
Boşaltım ihtiyacını karşılarken hastanın mahremiyetinin korunması	30	100.0	-	-	30	100.0
Bireysel ihtiyacını karşılarken konstipasyon yönünden değerlendirilmesi	30	100.0	-	-	30	100.0
Boşaltım ihtiyacını karşıladıktan sonra hastanın hijyeninin sağlanması	30	100.0	-	-	30	100.0

Tablo 20’de; deney grubundaki hastaların boşaltım alışkanlıklarını sürdürme durumları verilmiştir.

Bireylerin (ister boşaltım gereksinmesi olsun ister olmasın) her gün belli saatte boşaltım gereksinmesini gidermek üzere komoda oturmalarının barsak peristaltizmini artırma ve boşaltımı sağlama üzerine etkili olduğu bilinmektedir (Held 1995, Norton 1996). Araştırmamızda da hastaların %70’inin her gün aynı saatte komoda oturmaları sağlanırken %30’unun ise aynı saatte uygun olmamaları (ağrı-tedavi nedeniyle) ya da oturmak istememeleri nedeniyle komoda oturmaları kısmen sağlanabilmiştir.

VIII- SONUÇLAR

Kaynaklara ve klinik çalışmalardaki gözlemlerimize göre; hemşireler “Miyokard İnfarktüsü” tanısı ile yatan hastalara konstipasyonun önlenmesine yönelik planlı bir hemşirelik bakımı vermemekte, serviste daha çok yaşam bulgularının alınması, monitörlerin izlenmesi, tedavi uygulamaları gibi rutinlere yönelmektedirler. Rutin uygulamalar nedeniyle, miyokard infarktüslü hastalarda sıklıkla konstipasyon meydana gelmektedir.

Bu araştırma, miyokard infarktüsü geçiren hastalarda konstipasyonun önlenmesine yönelik verilen planlı hemşirelik bakımının konstipasyonu önlemede etkili olup olmadığını belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, “Miyokard İnfarktüsü geçiren hastaların; yeterli sıvı ile bol posalı-lifli diyet almalarının, yatak içinde hareketli tutulmalarının ve düzenli barsak boşaltım alışkanlığını sürdürmelerinin konstipasyonu önlemede etkisi vardır” hipotezini istatistiksel olarak desteklemiştir. ($p<0.05$ -Tablo 2) Ancak her bir uygulamanın konstipasyonu önlemede tek başına etkili olmadığı ortaya çıkmıştır.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar şunlardır:

1) Uygulanan planlı hemşirelik bakımının, konstipasyonu önlemede etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Kontrol grubu ile planlı hemşirelik bakımı verilen deney grubu arasında konstipasyon gelişmesi yönünden farklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. (Tablo 2)

2) Hastaların aldıkları günlük sıvı miktarları ile konstipasyon gelişme durumları karşılaştırıldığında, gruplar arası farklılık anlamsız bulunmuştur. Ayrıca, sıvı miktarını arttırmanın tek başına konstipasyonu önlemede etkili olmadığı, (Tablo 3)

3) Yiyecek tercihleri ile konstipasyon gelişme durumları karşılaştırıldığında; gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu, ayrıca sulu yiyecekleri tercih etmenin konstipasyonu önlemede tek başına etkili olmadığı, (Tablo 4)

4) Yemek yedikleri öğün sayıları ile konstipasyon gelişme durumları karşılaştırıldığında; düzenli yemek yeme alışkanlığı açısından dikkate alınan öğün sayıları ile konstipasyon gelişmesi arasında etkili bir ilişki olmadığı, (Tablo 5)

5) Düzenli yeme alışkanlıkları ile konstipasyon gelişme durumları karşılaştırıldığında; kontrol ve deney grupları arasındaki farklar önemsiz bulunmuştur. (Tablo 6)

6) Hastaların ; tükettikleri yemek türleri ile konstipasyon gelişme durumları karşılaştırıldığında; aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubundaki hastaların yemek türlerinden belirli bir türe yönelmeyip birbirine yakın miktarlarda yedikleri , (Tablo 7)

7) Evlerindeki aktivite durumları ile hastanede konstipasyon gelişme durumları karşılaştırıldığında; aralarında etkili bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca düzenli fiziksel egzersizin (hareketli olmanın) konstipasyonu önlemede tek başına etkili olmadığı , ancak barsak hareketlerini artırmada etkili olduğu , (Tablo 8)

8) Evlerindeki spor alışkanlıkları ile hastanede konstipasyon gelişme durumları karşılaştırıldığında; aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı , (Tablo 9)

9) Evlerindeki barsak boşaltım alışkanlıklarına göre hastanede konstipasyon gelişme durumları karşılaştırıldığında; düzenli barsak boşaltım alışkanlığının konstipasyon gelişimini önlemede etkili olduğu , ancak tek başına yeterli olmadığı , (Tablo 10)

10) Evlerindeki boşaltımı erteleme alışkanlıkları ile hastanede konstipasyon gelişme durumları karşılaştırıldığında; aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı ,ancak konstipasyonu önlemede defekasyonu ertelememenin de katkıda bulunduğu , (Tablo 11)

11) Evlerinde boşaltım sırasında ağrı duymaları ile hastanede konstipasyon gelişme durumları karşılaştırıldığında; aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı , (Tablo 12)

12) Evlerinde kabızlık sorunları olup-olmadığı ile hastanede konstipasyon gelişme durumları karşılaştırıldığında; aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı , (Tablo 13)

13) Evlerinde kabızlık durumunda ilaç alma alışkanlıkları ile hastanede konstipasyon gelişme durumları karşılaştırıldığında; aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı , (Tablo 14)

14) Evlerinde kullandıkları tuvalet türü ile konstipasyon gelişme durumları karşılaştırıldığında; aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı, ancak konstipasyonu önlemeye alaturka türü tuvaletin , normal defekasyon pozisyonunu daha etkin sağlayarak katkıda bulunduğu belirlenmiştir. (Tablo 15)

IX- ÖNERİLER

Miyokard infarktüsülü hastalarda gelişebilecek konstipasyon, sıklıkla Valsalva Manevrası'nın kullanılması sonucunu doğuracak ve ikinci bir infarkta neden olarak bireyin yaşamını tehdit edebilecektir. Ayrıca, hastanın konstipasyon nedeniyle distansiyon, sıkıntı, stres yaşamasına yol açacaktır.

Konstipasyon gelişmesini önleyerek hastaların ikinci bir infarkt riskini azaltmak ve istenmedik durumları yaşamasını önlemek için oluşturduğumuz planlı hemşirelik bakımına ve araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlara dayanarak şu öneriler getirilebilir:

1- Hemşirelerin; hastaların yeterli sıvı almaları, posalı besinleri içeren diyeteye uymaları, hareketli tutulmaları ve düzenli boşaltım alışkanlığını kazanmaları ile konstipasyonun önlenebileceği konusunda bilinçlendirilmesi,

2- Her gün düzenli olarak hastaların defekasyona çıkıp çıkmadıklarını yakından izlemesi,

3- Hastanın tedavisinden sorumlu hekim ve hemşirenin hastane diyetisyenleri ile işbirliği yaparak özellikle Kardiyoloji servisindeki hastalara verilen yemeklerin posalı besinleri içermesini sağlamaları,

4- Konstipasyonu önlemeye yönelik planlı hemşirelik uygulamaları için, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü ile işbirliği yapılarak protokol oluşturulması,

5- Araştırma kapsamındaki hastaların tedavisini ve bakımını yürüten sağlık personelinin konstipasyon belirtileri ile ilgili farkındalık düzeyleri konusunda bir çalışmanın yapılması ,

6- Araştırmacının rehberliğinde; konstipasyonu önlemeye yönelik uygulamaları ve hastaların dikkat etmeleri gereken konuları içeren bir broşür hazırlanması,

7- Hazırlanan broşürlerin çoğaltılarak Kardiyoloji servisinde yatan tüm miyokard infarktüsülü hastalara verilmesi önerilir.

X- ÖZET

Kaynaklara ve klinik çalışmalarımız sırasındaki gözlemlerimize göre; hemşireler “Miyokard İnfaktüsü” tanısı ile yatan hastalara, konstipasyonun önlenmesine yönelik planlı bir hemşirelik bakımı vermek yerine, servis rutinlerine yönelmektedirler. Rutin uygulamalara ağırlık verme nedeniyle, miyokard infarktüsü hastalarda sıklıkla konstipasyon meydana gelmektedir.

Bu araştırma, miyokard infarktüsü hastalarda konstipasyonun önlenmesine yönelik verilen planlı hemşirelik bakımının konstipasyonu önlemede etkili olup olmadığını belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini; Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Kardiyoloji kliniğinde Ocak-Ağustos 1999 tarihleri arasında miyokard infarktüsü tanısı ile yatan ve araştırma sınırlılıkları dışında kalan 60 hasta oluşturmuştur. Araştırmada, hastaların demografik özelliklerini ve hastaneye gelmeden önceki alışkanlıklarını belirlemek amacıyla oluşturulan “Soru Formu” kullanılmıştır. Araştırmanın güvenilirliği yönünden ilk 30 hasta kontrol, daha sonraki 30 hasta ise deney grubuna alınmıştır. Kontrol grubundaki hastalar servisin rutinlerine bırakılmış, deney grubundaki hastalar ise konstipasyonun önlenmesine yönelik planlı bir hemşirelik bakımı almışlar ve elde edilen bulgular yönünden her iki grup karşılaştırılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde Khi-Kare Testi ve Fisher Kesin Khi-Kare Testi kullanılmıştır.

Araştırma sonuçları; “Miyokard İnfaktüsü geçiren hastaların; yeterli sıvı almalarının, bol posalı-lifli diyet almalarının, yatak içinde hareketli tutulmalarının ve düzenli barsak boşaltım alışkanlığını sürdürmelerinin konstipasyonu önlemede etkisi vardır” hipotezini istatistiksel olarak desteklemiştir. ($p < 0.05$)

Ancak konstipasyonu önlemeye yönelik hemşirelik uygulamaları tek tek ele alındığında, aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır.

Hemşirelerin; hastaların yeterli sıvı almaları, posalı besinleri içeren diyete uymaları, hareketli tutulmaları ve düzenli boşaltım alışkanlığı kazanmaları ile konstipasyonun önlenebileceği konusunda bilinçlendirilmeleri, düzenli olarak hastaların defekasyona çıkıp çıkmadıklarını yakından izlemeleri, hastane diyetisyenleri ile işbirliği yapılarak yemeklerin posalı besinleri içermesini sağlamaları, konstipasyonu önlemeye yönelik uygulamalar için protokol oluşturulması ve bu konuda bir broşür hazırlanarak

hastalara verilmesi, hastaların tedavisini ve bakımını yürüten sağlık personelinin konstipasyon belirtileri ile ilgili farkındalık düzeyleri konusunda bir çalışma yapılması önerilmiştir.



XI- SUMMARY

According to references and our observations during our clinical studies; nurses incline towards the service routines instead of giving a planned nursing care for the prevention of constipation in patients hospitalised due to “Myocardial Infarction” diagnosis. Due to preference of routine applications frequently constipation occur in patients with myocardial infarction.

This study is made as an experimental one to designate whether the criteria of the study, and are admitted to Cardiology clinic of Cumhuriyet University Medical Hospital between January-August 1999 with a diagnosis of myocardial infarction. In the research; a “question form” is used which is formed to determine patients demographic features and their habits before they came to the hospital. From the view point of reliability of the research, the first 30 of the patients were accepted as the control group and the other 30 as the experiment. Patients in the control group were left to the service’s routines, but patients in the experiment group took a planned nurse care for the prevention of costipation and the two groups were compared according to the results.

In the evaluation of the datum Chi-Square Test and Fisher Exact Chi-Square Test were used.

Research results statistically supported the hypothesis that; “Patients who had myocardial infarction, intake of enough liquid, take a diet based on high-fiber food, keeping them active in bed and continue a regular intestinal defecation habit have effects in the prevention of constipation”. ($p < 0.05$)

However, when planned nurse applications for the prevention of constipation are considered individually, it came out that there is no meaningful relation between them.

In this study; it is advised that the nurses should be made conscious that defecation could be avoided through patients intake of enough liquid, follow a diet consisting high-fiber foods, keeping them active in bed and making them gain and continue a habit of regular defecation; and also; making the patient meal contain high-fiber foods through co-operation with the hospital’s dietician, constituting a protocol for the applications for the prevention of constipation and giving a brochure to patients prepared on this subject, making a study on the consciousness of medical staff who conduct care and treatment for the patients, with regard to constipation symptoms are advised.

XII- KAYNAKLAR

1. Abyad A ve ark. (1996) Constipation: common-sense care of the older patient. **Geriatrics**, 51(12):28-34,36.
2. Akdemir N (Ed) (1998) **İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı**. Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:9, İstanbul.
3. Aktan H (Ed) (1988) **Gastroenteroloji**. I. Baskı, Makro Yayıncılık, Ankara.
4. Alan S (1987) Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesindeki Lavman Uygulamaları İle Hastaların Bu Uygulamalara İlişkin Duygu ve Düşünceleri. **Yüksek Lisans Tezi**, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi.
5. Alessi CA ve Henderson CT (1988) Constipation and fecal impaction in the long-term care patient. **Clinic Geriatric Medicine**, 4(3):571-588.
6. Alsan S (1992) Myokard enfarktüsü: **Bilim Teknik**, 25(292):6-10.
7. Anti M ve ark. (1998) Water supplementation enhances the effect of high-fiber diet on stool frequency and laxative consumption in adult patients with functional constipation. **Hepatogastroenterology**, 45(21):727-732.
8. Atalay M (1976) Ameliyat Sonrası Erken Devrede Görülen Distansiyonun Önlenmesinde Hastayı Erken Ve Planlı Hareket Ettirmenin Etkisine İlişkin Karşılaştırmalı Bir Çalışma. **Bilim Uzmanlığı Tezi**, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
9. Atalay M (Ed) (1997) **Hemşirelik Esasları El Kitabı**. Vehbi Koç Vakfı Yayınları.No:8, İstanbul.
10. Aytemir K ve ark (1994) Miyokard infarktüsünden sonra noninvaziv yöntemlerle risk belirlenmesi. **Kardiyoloji Bülteni**, 3(1):3-6.
11. Banlı O (1999) **Reçete 99**. 5. Baskı, Tıp -Teknik, Ankara.
12. Baysal A ve ark (1988) **Diyet El Kitabı**. 2. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Öztekin Matbaacılık, Ankara.
13. Benton JM ve ark (1997) Changing bowel hygiene practice successfully: a program to reduce laxative use in a chronic care hospital. **Geriatric Nursing**, 18(1):12-17.
14. Biberoglu S (1991) **Temel Tedavi**. 1. Baskı, Güneş Kitabevi Yayını, Ankara.

15. Birol L (1997) **Hemşirelik Süreci**. 3. Baskı, Etki Matbaacılık, İzmir.
16. Birol L ve ark (1993) **İç Hastalıkları Hemşireliği**. Geliştirilmiş 4. Baskı, Vehbi Koç Vakfı, Ankara.
17. Bolat Ç (1994) Myokard enfarktüsü geçirmiş hastaların bireyselleştirilmiş öğretim programı gereksinimleri. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 10(1):79-81.
18. Büyüköztürk K (Ed) (1992) **İç Hastalıkları**. Nobel Tıp Kitabevleri, C.1, İstanbul.
19. Canbek E (Çev) (1995) Akut miyokard enfarktüsünün hastane mortalitesindeki eğilimler- worcester kalp krizi çalışması. **İç Hastalıkları Arşivi**, S.14, Turgut Yayıncılık, İstanbul, s.13-19.
20. Canobbia M (1996) **Mosby's Handbook Of Patient Teaching**, Mosby St. Louis, USA.
21. Carpenito J (1987) **Handbook Of Nursing Diagnosis**. Second Edition, London, Mexicocity, Newyork.
22. Constant J (1993) **Kardiyoloji**. Çev. Ed. İsmet Hisar, Fourth edition, Ankara.
23. Çakırcalı E (1998) **Hemşirelikte Temel İlke Ve Uygulamalar**. Geliştirilmiş 2. Baskı, Meta Matbaa, İzmir.
24. Çalangu S ve Güler K (1995) **Acil Dahiliye**. Güncelleştirilmiş 4. Baskı, Güzel Sanatlar Matbaası.
25. Değerli Ü ve Bozfakıoğlu Y (1997) **Cerrahi Gastroenteroloji**. 4. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, İzmir, Ankara, Bursa, Adana.
26. Demiroğlu C (1992) **Ateroskleroz ve Korunma**. Kardiyoloji Bülteni. C.1, S.4, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.69-71.
27. Enar R (Ed) (1999) **Akut Miyokard İnfarktüsü-Komplikasyonlar**. A4 Ofset Matbaacılık, İzmir.
28. Erdil F ve Elbaş N (1996) **Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği**. Kaya Matbaacılık, İstanbul.
29. Ersoy G (1995) **Sağlıklı Yaşam, Spor ve Beslenme**. 2. Baskı, Ankara.

30. Evans L ve ark (1996) Movement through change : ...constipation problems: **Nursing Times**, 30 (1): 22-28.
31. Gedik O (Ed.) (1997) **Klinik Endokrinoloji** (Endokrin Hastalıklar ve Ateroskleroz). C.1, S.2, Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği Yayınları.
32. Gibson CJ ve ark (1995) Effectiveness of bran supplement on the bowel management of elderly rehabilitation patients. **Journal Gerontologic Nursing**, 21(10): 21-30.
33. Gleeson B (1991) After myocardial infarction: how to teach a patient in denial. **Nursing**, 21 (5): 48-56.
34. Göksoy E ve ark (1995) **Hasta Bakımı** (Klinik Kılavuzu) 1. Baskı, Yüce Yayınları, İstanbul.
35. Guyton A ve Hall J (1996) **Tıbbi Fizyoloji**. Çeviren H. Çavuşoğlu 9. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Alemdar Ofset , İstanbul.
36. Hall GR ve ark (1995) Managing constipation using a research-based protocol: **Medsurg Nursing**, 4(1):19-20.
37. Haznedaroğlu İ (1995) Koroner arter hastalığı ve serebrovasküler olaylarda diyetin özellikleri. Pratisyen Hekime Notlar, **İlaç Ve Tedavi Dergisi**, 8 (5): 312.
38. Held JL (1995) Preventing and treating constipation. **Nursing**, 25(3): 26-27.
39. Hooper PL (1992) Acute myocardial infarction. **Critic Care Nursing Clinic**, 4(2): 263-375.
40. Hope AK (1986) Dietary fibre and fluid in the control of constipation in a nursing home population. **Medical Journal Austria**, 144 (6): 306-307.
41. Horst ML ve ark (1994) The constipation quandary. **Can-Nurse**, 90(1):25-30.
42. İliçin G ve ark (Ed) (1996) **Temel İç Hastalıkları**.C.1, Melisa Matbaacılık, Ankara.
43. İliçin G (Ed) (1991) **Temel Tedavi**. 1. Baskı, Güneş Kitabevi Yayını, Ankara.
44. İschinger T ve Gohlke H (Eds) (1994) Koroner arter hastalığından primer ve sekonder korunma yöntemleri 1-3, Newyork, Viyana, s.5-8/89.
45. Kadayıfçı A ve Karaaslan Y (Ed) (1998) **İç Hastalıkları El Kitabı**. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

46. Khan M. G (1997) **Kalp Hastalıkları Tanı ve Tedavisi (Pratik Bir Yaklaşım)** Çeviren E.N. Canbek, C. I, Turgut Yayıncılık, İstanbul.
47. Koçkar C (1999 a) Koroner arter hastalığının modifiye edilebilen risk faktörleri. **İlaç Ve Tedavi Dergisi**, 12 (2): 67.
48. Koçkar C (1999 b) Kronik kabızlık ve tedavi ilkeleri. **İlaç ve Tedavi Dergisi**, 12(1): 26-27
49. Lewis S M , Collier I C , Heitkemper M M (1996) **Medical-Surgical Nursing**. Fourth Edition, Mosby Year Book, USA.
50. Luchi R (Ed) (1989) **Clinical Geriatric Cardiology/Atherosclerotic Heart Disease**, Newyork,USA.
51. Lynn MB (1992) Pathophysiology of coronary artery disease. **Nursing Clinics of North America**, 27 (1): 143-149.
52. Maestri Banks A ve ark (1996) Assessing constipation. **Nursing Times**, 92 (21): 28-30.
53. Nazarko L (1996) Preventing constipation in older people. **Profession Nurse**, 11(12): 816-818.
54. Nazarko L (1993) Preventing constipation. **Elder Care**, 5(2): 32-33.
55. Norton C (1996) The causes and nursing management of constipation. **British Journal Nursing**, 5(20): 1252-1258.
56. Özcan N (1997) **Koroner Kalp Hastalıkları**. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara.
57. Öztürk E ve Hatemi H (Ed) (1998) **Kardiyoloji**. Yüce Yayım, İstanbul.
58. Potter PA ve Perry AG (1995 a) **Basic Nursing-Theory and Practice**. Third Edition, Mosby Year Book, USA.
59. Potter PA ve Perry AG (1995 b) **Foundations in Nursing Theory and Practice**, UK Edition, England.
60. Reynolds JC (1996) Challenges in the treatment of colonic motility disorders. **American Journal Health System Pharmacology**, 15 (53): 817-826.

61. Riegel B ve ark (1996) Are nurses still practicing coronary precautions? A national survey of nursing care of acute myocardial infarction patients. **American Journal Critic Care**, 5 (2): 91-98.
62. Rodrigues L ve ark (1993) Dietary fiber nursing intervention: prevention of constipation in older adults. **Clinic Nursing Research**, 2(4): 464-477.
63. Saraçoğlu F (Ed) (1996) **Özet Temel ve Klinik Bilimler. II. Yenilenmiş Baskı**, Güneş Kitabevi Yayınları, Ankara.
64. Schlant R ve Hurst J.W (1990) **The Heart. Seven Edition, Companion Handbook**.
65. Sümbüloğlu V ve Sümbüloğlu K (1998) **Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri**, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.
66. Taşkın L (1997) **Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 2. Baskı**, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
67. Telatar H ve şimşek H (1993) **Gastroenteroloji. C.I, Hekimler Yayın Birliği, Ankara**.
68. Tombul K (1993) Çocuklardaki idiyomatik kronik konstipasyon ve klinik tedavisinde hemşirenin rolü. **Türk Hemşireler Dergisi**, 43(4): 13-17.
69. Tucker SM ve ark (1996) **Patient Care Standards. Six Edition, St Louis, Mosby Year Book**.
70. Turgay M (1988) **Koroner Arter Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevi, Aşama Matbaacılık, Ankara**.
71. Tuzcu M (Ed) (1995) **Cecil Essentials of Medicine . Türkçesi. Üçüncü Baskı, Yüce Yayım, Talat Matbaası, İstanbul**.
72. Veliöğlu P (1999) **Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset Matbaası, İstanbul**.
73. Vickery G (1997) Basics of constipation. **Gastroenterology Nursing**, 20(4): 125-128.
74. Wald A (1993) Constipation in elderly patients: pathogenesis and management. **Drugs-Aging**, 3(3): 220-231.

75. Williams S.G ve Dipalma J.A (1990) Constipation in the long-term care facility. **Gastroenterology Nursing**, 12(3): 179-182.
76. WHO (Dünya Sağlık Örgütü) (1986): **Herkes İçin Sağlık Hedefleri**, Kopenhag.
77. Yılmaz C (Ed) (1998) **İç Hastalıkları**. 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Savaş Ciltevi, İzmir.
78.**MI kulübü Eğitim Toplantı Raporu** (1998) Kayseri Ticaret Odası, Kayseri.
79.**Türk Kardiyoloji Derneği Raporu** (1995) Koroner Kalp Hastalığından Korunma Ve Tedaviye İlişkin Ulusal Kılavuz.



XIII-EKLER

EK –1

SORU FORMU

Hastanın Adı –Soyadı:

Yatış Tarihi:

Görüşülen Tarih:

1-Yaşı:

2-Cinsiyeti:

3-Mesleği:

4-Medeni Durumu:

a)Bekar b)Evli c) Dul

5—Eğitim Durumu:

a)Okur-yazar değil

b)Okur-yazar

c)İlkokul

d)Ortaokul

e)Lise

f)Yüksekokul

Evdeki Sıvı Alma Alışkanlığı:

1-Günde kaç bardak sıvı içersiniz?

2-Sık sık susama hissi duyar mısınız?

3-Genellikle sulu yiyecekleri mi yoksa katı yiyecekleri mi tercih edersiniz?

Evdeki Beslenme Alışkanlığı:

1-Günde kaç öğün yemek yersiniz?

2-Düzenli yemek yeme alışkanlığınız var mı?

3-Hangi tür yemekleri daha çok seviyorsunuz?

a) Sebze türü yemekler

b)Hamur türü yemekler

c)Et yemekleri(kavurma,haşlama,kebap,ızgara v.b.)

d)Diğer (Belirtiniz)

*İki seçenek belirtiniz.

4-Posalı-lifli yiyeceklerden en çok hangilerini tüketiyorsunuz?

- a) Kurubaklagiller (Mercimek, nohut, barbunya, kuru fasulye)
- b) Tahıllar (Ekmek, kepekli ekmek, yulaf, çavdar)
- c) Taze sebzeler (Ispanak, lahana , pırasa, karnıbahar)
- d) Taze meyveler (Elma, erik, kayısı, armut)

*İki seçenek belirtiniz.

5-İştah durumunuz nasıl?

6-Son zamanlarda kilonuzda bir değişiklik oldu mu?

7-Evdeki kilonuz:

Evdeki Aktivite Alışkanlığı:

1-Genelde hareketli bir kişi misiniz?

2- Daha çok hangi aktivitelerde bulunuyor sunuz?

a)Yürüme

b)Koşma

c)Ayakta çalışma

d) Oturarak çalışma

e)Diğer (Belirtiniz)

*İki seçenek belirtiniz.

3-Düzenli olarak spor alışkanlığınız var mı?

a)Evet b) Hayır

4-Hareket etmenizi kısıtlayan fiziksel bir engeliniz var mı?

a)Evet b) Hayır

Evdeki Boşaltım Alışkanlığı:

1-Kaç günde bir boşaltım ihtiyacınızı karşılırsınız?

2-Boşaltımınızı erteleme alışkanlığınız var mı?

a) Evet b) Hayır

3-Boşaltım ihtiyacınızı bağımsız olarak karşılayabiliyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

4-Boşaltım sırasında ağrı duyuyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

5-Sık sık kabızlık sorunu yaşar mısınız?

a)Evet b) Hayır

6-Kabız olduğunuzda bunu önlemeye yönelik ilaç alır mısınız?

a)Evet b)Hayır

7-Boşaltım sırasında ıkınma hareketi yapar mısınız?

a)Evet b)Hayır

8-Evde hangi tür tuvaleti kullanıyorsunuz?

a)Alaturka b)Alafranga c)Diğer (Belirtiniz)



EK-2

KONSTİPASYONU ÖNLEMEYE YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

A-Sıvı Alımına Yönelik:

1. Sıvı kısıtlaması yoksa günde 1500-2000 cc. arasında sıvı alması sağlanır.
2. Ilık içecekler alması sağlanır. (Ilık meyve suları, ılık komposto gibi)
3. Her gün sabah aç karnına ve gece yatmadan önce 1 bardak ılık su içmesi sağlanır.
4. Her gün aynı saatte, aynı tartı ve aynı kıyafetlerle kilosu ölçülür ve kaydedilir.
5. Yeterli oral alamayan hastaların sıvı gereksinimleri I.V. olarak karşılanır.
6. Uygun mayi izlemi yapılır ve kaydedilir.
7. Aldığı-çıkardığı takibi yapılır.
8. Hastaya sıvı almasının gerekliliği konusunda açıklama yapılır ve bu yönde desteklenir.

B) Beslenme Durumuna Yönelik:

1. Katı besinler yerine sulu besinler alması sağlanır.
2. Hastaya özel diyeti varsa buna yönelik bilgi verilir. (Az yağlı az kolesterolü diyet gibi)
3. Diyetine laksatif etkili bol posa içeren -lifli besinler eklenir.
 - Kuru baklagiller (Kuru fasulye, nohut, mercimek, barbunya)
 - Kepekli ekmek, tahıllar.
 - Taze meyveler (Kayısı, erik, armut, elma)
 - Taze sebzeler (Ispanak, lahana)
4. Sıralanan besinlerden sevdiklerine öncelik verilir.

5. Hastaya posanın önemi, posalı besinler hakkında bilgi verilir.

6. İştah durumunun düzelmesi ve yemek yemeyi kolaylaştırmak için:

- Hastanın bulunduğu çevredeki hoş gitmeyen-kirli malzemeler kaldırılır
- Yemek öncesi ağız hijyeni yönünden hasta değerlendirilir.
- Kendisi yapabiliyorsa ağızını çalkaması, dişlerini fırçalaması ya da varsa protezini temizlemesi konusunda bilgilendirilir ve uygulaması sağlanır.
- Odası sık sık havalandırılır.
- Kendisi yapamıyorsa ağız bakımı 6x1 olarak (4 saatte bir) sodyum bikarbonat (NaHCO_3) ile verilir.
- Yemek servisi ve düzeninin göze hoş görünmesine dikkat edilir.
- Hastanedeki yemek saatlerine uyması sağlanarak düzenli yemek yeme alışkanlığı kazandırılır.

C-Aktivite Durumuna Yönelik:

1. Yatak içinde 2 saatte bir 10 dakika süreyle aktif-pasif egzersizler yaptırılır.
2. ROM hareketleri 2 saatte bir olmak üzere her bir extremiteye 5'er dakika süreyle yaptırılır. (Kol, el, ayak, bacak)
3. Ağrısı olduğunda egzersizlere ara verilerek dinlenmesi sağlanır
4. Yatak içinde gereksinimlerini karşılaması yönünde desteklenir.
5. Hastanın yatak içinde 2 saatte bir (ağrısı olmadığı sürece) pozisyon değişikliği sağlanır. (Sağ lateral, sol lateral, sırtüstü)
6. Hastaya yatak içinde hareket etmesinin gerekliliği açıklanır ve bu yönde desteklenir.

D- Boşaltım Alışkanlığına Yönelik:

1. Günde 1 kez barsak sesleri steteskopla dinlenir ve kaydedilir
2. Her gün aynı saatte hastanın komota/sürgüye oturması sağlanır.
3. Boşaltım ihtiyacını karşılaması için hastanın yatak kenarına paravan çekilir.
4. Boşaltım sırasında hastaya kendini rahat bırakması-gevşemesi söylenir.
5. Hastaya boşaltım ihtiyacı duyduğunda bunu ertelememesi konusunda bilgi verilir.
6. Hastaya konstipasyon sorunu olduğunda kendisine bakım verenleri bu konuda uyarması gerektiği açıklanır.
7. Hastaya ıkınmaması gerektiği açıklanır.. Burundan derin bir nefes alması, gaitayı aşağı doğru iterken nefesini dudaklarını büzerek ıslık şeklinde dışarıya yavaş yavaş vermesi gerektiği açıklanır.
8. Konstipe (Bireysel boşaltım alışkanlığına göre yumuşak kıvamda, ıkınmayı gerektirmeden boşaltımın gerçekleşmesi) olup olmadıkları yönünden değerlendirilir.
9. Boşaltım ihtiyacını karşıladıktan sonra hastanın hijyeni sağlanır.
10. Hastaya düzenli barsak boşaltım alışkanlığı kazanmasının önemi açıklanır.

EK-3**UYGULAMALARI DEĞERLENDİRME VE İZLEM FORMU**

A-SIVI ALIMINA YÖNELİK:	1.GÜN	2.GÜN	3.GÜN	4.GÜN	5.GÜN
-Sıvı kısıtlaması yoksa günde 1500-2000 cc. arasında sıvı alması sağlanır					
-Ilık içecekler alması sağlanır. (Meyve suyu, komposto).					
-Her gün sabah aç karnına ve gece yatmadan önce 1 bardak ılık su içmesi sağlanır					
-Her gün aynı saatte, aynı tartı ve aynı kıyafetlerle kilosu ölçülür ve kaydedilir					
-Aldığı-çıkardığı takibi yapılır					
-Hastaya sıvı almasının gereği açıklanır ve bu yönde desteklenir					
GENEL SONUÇ:					
	Sonuç	Sonuç	Sonuç	Sonuç	Sonuç

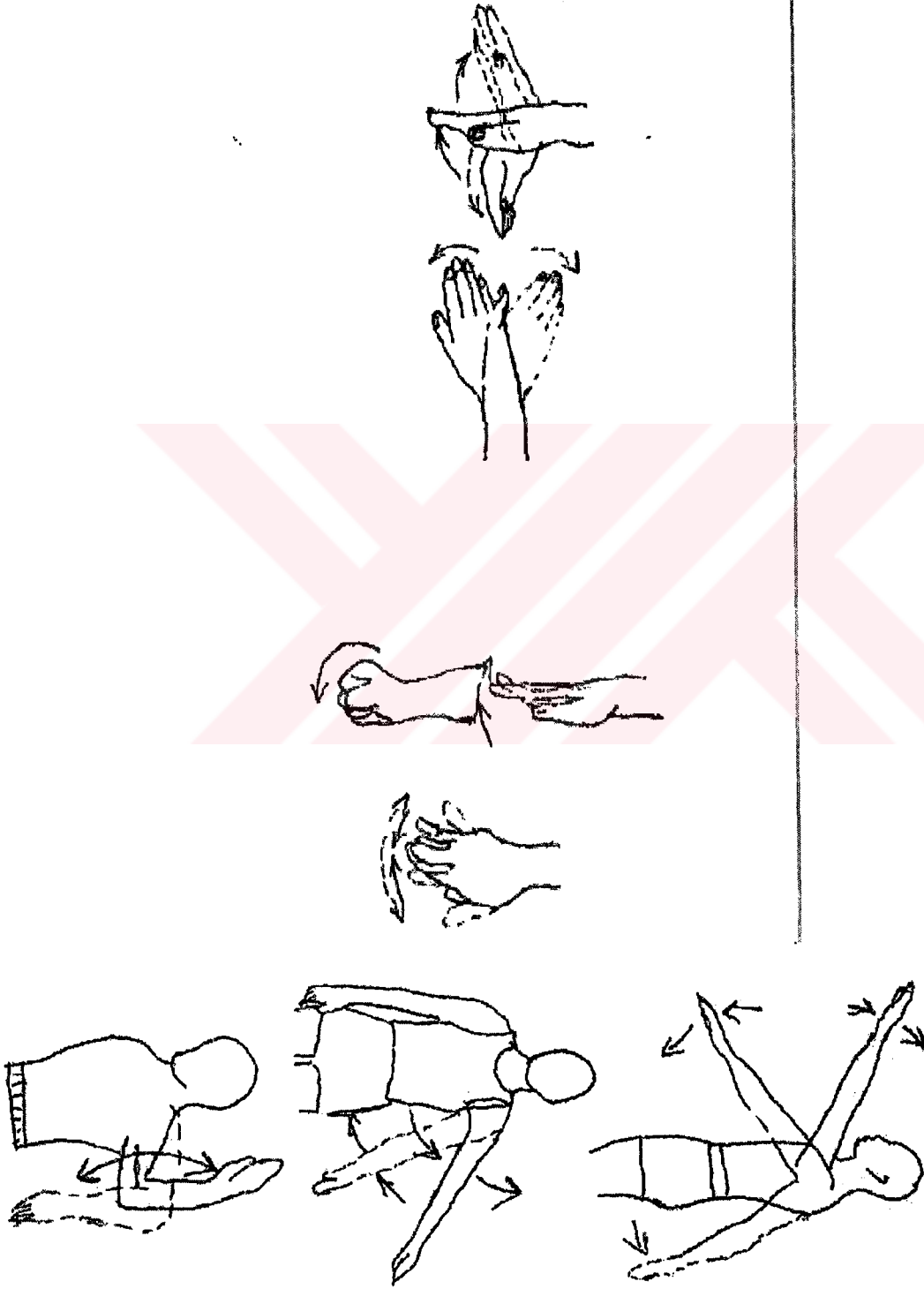
B-BESLENME DURUMUNA YÖNELİK:	1.GÜN	2.GÜN	3.GÜN	4.GÜN	5.GÜN
-Katı besinler yerine sulu besinler alması sağlanır					
-Diyetine laksatif etkili bol posa içeren- lifli besinler eklenir. <ul style="list-style-type: none"> • Kuru baklagiller • Kepekli ekmek, tahıllar • Taze sebzeler • Taze meyveler 					
-Hastaya özel diyetine yönelik bilgi verilir.					
-Hastaya posanın önemi, posalı besinler hakkında bilgi verilir.					
-İştah durumunun düzelmesi ve yemek yemeyi kolaylaştırmak için: <ul style="list-style-type: none"> • Hastanın bulunduğu çevredeki hoşagitmeyen-kirli malzemeler kaldırılır. 					
-Yemek öncesi ağız hijyeni yönünden hasta değerlendirilir.					
-Kendisi yapabiliyorsa ağızını çalkalaması, dişlerini fırçalaması ya da varsa protezini temizlemesi konusunda bilgilendirilir ve uygulaması sağlanır.					
-Odası sık sık havalandırılır					
-Kendisi yapamıyorsa ağız bakımı 6x1 olarak NaHCO ₃ ile verilir					
-Yemek servisi ve düzeninin göze hitap etmesine dikkat edilir					
-Hastanedeki yemek saatlerine uyması sağlanarak düzenli yemek yeme alışkanlığı kazandırılır.					
GENEL SONUÇ:					
	Sonuç	Sonuç	Sonuç	Sonuç	Sonuç

C-AKTİVİTE DURUMUNA YÖNELİK:	1.GÜN	2.GÜN	3.GÜN	4.GÜN	5.GÜN
-Yatak içinde 2 saatte bir 10 dakika süreyle aktif-pasif egzersizler yaptırılır					
-ROM hareketleri 2 saatte bir olmak üzere her bir extremiteye 5'er dakika süreyle yaptırılır. (Kol, el, ayak, bacak)					
-Ağrısı olduğunda egzersizlere ara verilerek dinlenmesi sağlanır.					
-Yatak içinde gereksinimlerini karşılaması yönünde desteklenir.					
-Yatak içinde 2 saatte bir pozisyon değişikliği sağlanır. (Sağ- sol lateral, sırtüstü)					
-Hastaya yatak içinde hareket etmesinin gereği açıklanır ve bu yönde desteklenir					
GENEL SONUÇ:	Sonuç	Sonuç	Sonuç	Sonuç	Sonuç

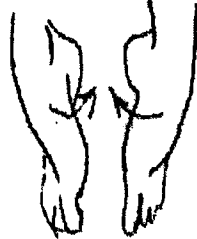
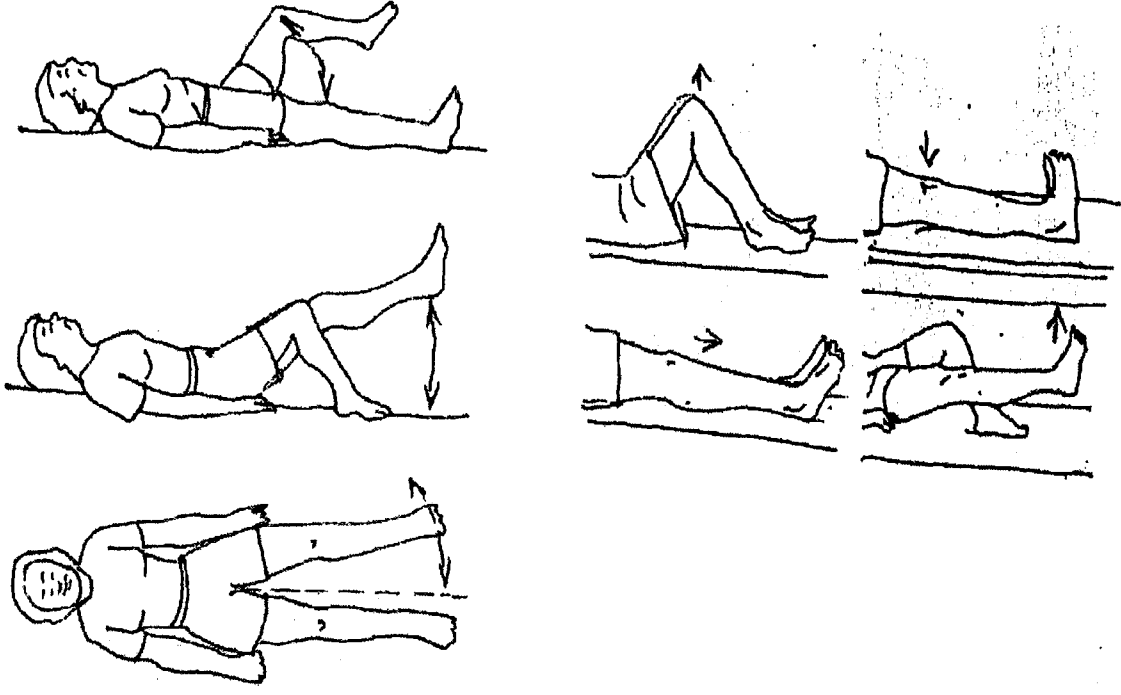
D-BOŞALTIM ALIŞKANLIĞINA YÖNELİK:	1.GÜN	2.GÜN	3.GÜN	4.GÜN	5.GÜN
-Günde 1 kez barsak sesleri steteskopla dinlenir ve kaydedilir					
-Her gün aynı saatte komota/sürgüye oturması sağlanır					
-Boşaltım ihtiyacını karşılaması için hastanın yatak kenarına paravan çekilir.					
-Boşaltım sırasında hastaya kendini rahat bırakması-gevşemesi söylenir.					
-Boşaltım ihtiyacı duyduğunda bunu ertelememesi konusunda bilgi verilir.					
-Konstipasyon sorunu olduğunda kendisine bakım verenleri bu konuda uyarması gerektiği açıklanır.					
-Hastaya ıkmaması gerektiği açıklanır					
-Konstipe olmadığını gösteren kriter yönünden değerlendirilir.					
-Boşaltım ihtiyacını karşıladıktan sonra hastanın hijyeni sağlanır					
-Hastaya düzenli barsak boşaltım alışkanlığı kazanmasının önemi açıklanır					
GENEL SONUÇ:					
	Sonuç	Sonuç	Sonuç	Sonuç	Sonuç

EK 4

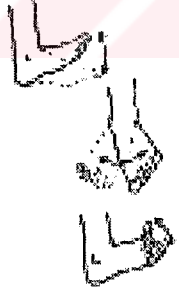
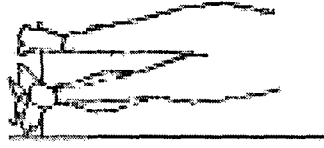
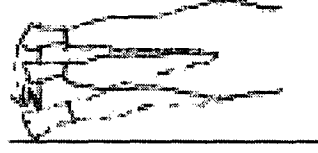
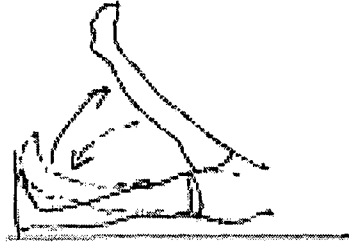
DENEY GRUBUNDAKİ HASTALARA UYGULANAN EGZERSİZLER



Şekil 1 El-kol egzersizleri



Şekil 2 Ayak-bacak egzersizleri



Şekil 3 Ayak-bacak egzersizleri

EK-5 TANITICI BİLGİLER

KONTROL Sayı	Protokol No	Adı-Soyadı	Yatış Tarihi	Değerlendirme Tarihleri	Konstipasyon
1	179568	Salih ERBEK	14.01.99	15-19.1.99	Var
2	179883	Turan UNUTMAZ	20.01.99	21-25.1.99	Yok
3	180950	Meryem PINAR	22.01.99	23-27.1.99	Var
4	180887	Gülnaz ÖZDEMİR	22.01.99	23-27.1.99	Var
5	180697	Fevzi ŞAHİN	24.01.99	25-29.1.99	Var
6	196315	Bayram ÇELİK	01.02.99	2-6.1.99	Var
7	181779	İsmihan ÖZCAN	5.2.99	6-10.2.99	Yok
8	182092	İzzet TAŞKIRAN	9.2.99	10-14.2.99	Var
9	182294	Muhlis DAL	10.2.99	11-15.2.99	Var
10	163049	Mehmet Durmuş BEDİRHANOĞLU	10.2.99	11-15.2.99	Var
11	182250	Mehmet DALGIN	10.2.99	11-15.2.99	Var
12	185115	Mehmet ARADENİZ	13.2.99	14-18.2.99	Var
13	182408	Mahmut SOLMAZ	15.2.99	16-20.2.99	Var
14	182402	Rasim YILMAZ	15.2.99	16-20.2.99	Var
15	183275	Gülay CEBECİOĞLU	19.2.99	20-24.2.99	Var
16	182828	İbrahim ATAŞ	19.2.99	20-24.2.99	Var
17	183549	Taner AYVALIK	25.2.99	26-1.3.99	Var
18	183590	Meryem YILMAZ	25.2.99	26-1.3.99	Yok
19	082440	Metin ÇAVDAR	27.2.99	28-4.3.99	Var
20	183648	Mesut YÖRÜKOĞLU	28.2.99	1-5.3.99	Var
21	183977	Muştak ALKAN	1.3.99	2-6.3.99	Var
22	184417	Şükrü ÇALIŞKAN	4.3.99	5-9.3.99	Var
23	184978	Cerciş KARACA	5.3.99	6-10.3.99	Var
24	184955	Ayhan POLAT	5.3.99	6-10.3.99	Var
25	184329	Mustafa ÇINAR	5.3.99	6-10.3.99	Var
26	186655	Tevfik DEMİR	10.3.99	11-15.3.99	Var
27	185644	Osman YASAL	11.3.99	12-16.3.99	Var
28	185482	Yusuf Ziya ÜNSAL	11.3.99	12-16.3.99	Var
29	185882	Adem HATUNOĞLU	13.3.99	14-18.3.99	Var
30	185773	Ahmet ÖZCAN	13.3.99	14-18.3.99	Var

DENEY Sayı	Protokol No	Adı-Soyadı	Yatış Tarihi	Değerlendirme Tarihleri	Konstipasyon
1	187592	Mehmet Kip	6.4.99	7-11.4.99	Yok
2	188045	Osman Bilgin	7.4.99	8-12.4.99	Yok
3	188634	Ahmet Doğan Çağ	7.4.99	8-12.4.99	Yok
4	189745	İhsan Tanış	13.4.99	14-18.4.99	Yok
5	213195	İbrahim Arslan	17.4.99	18-22.4.99	Yok
6	190099	Hüseyin Han	25.4.99	26-30.4.99	Yok
7	190017	Zafer Keskin	25.4.99	26-30.4.99	Yok
8	187400	Şevket Akdemir	8.5.99	9-13.5.99	Yok
9	192329	Fikriye Lektemur	9.5.99	10-14.5.99	Yok
10	205053	Sıddık Çelik	14.5.99	15-19.5.99	Yok
11	194520	Abdurrahman Durgun	16.5.99	17-21.5.99	Yok
12	194802	Halil Ateş	30.5.99	31-4.6.99	Yok
13	194471	Nursel Karagöz	3.6.99	4-8.6.99	Yok
14	194454	Hasan Koçer	4.6.99	5-9.6.99	Yok
15	194482	Zeynep Güneş	5.6.99	6-10.6.99	Yok
16	199571	Mustafa Erzurum	9.6.99	10-14.6.99	Yok
17	195053	Ömer Osman Karaca	14.6.99	15-19.6.99	Yok
18	195528	Sadrettin Kaya	18.6.99	19-23.6.99	Yok
19	196157	İsmail Arslan	22.6.99	23-27.6.99	Yok
20	180906	Mustafa Fırat	22.6.99	23-27.6.99	Var
21	196358	Ali Konukpınar	22.6.99	23-27.6.99	Yok
22	200018	Bekir Korkmaz	18.7.99	19-23.7.99	Yok
23	200207	Ömer Doğan	19.7.99	20-24.7.99	Yok
24	200650	Hüseyin Korkmaz	20.7.99	21-25.7.99	Yok
25	200537	Süleyman Çakır	22.7.99	23-27.7.99	Yok
26	200618	Faruk Kömürcü	22.7.99	23-27.7.99	Yok
27	201245	Şayeste Akay	26.7.99	27-1.8.99	Yok
28	202585	Yusuf Yılmaz	6.8.99	7-11.8.99	Var
29	202576	Fikret Bilen	6.8.99	7-11.8.99	Yok
30	202854	Cemile Karataş	7.8.99	8-12.8.99	Yok