



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK BİLİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**HERNİ AMELİYATI GEÇİREN BİREYLERDE AMELİYAT
SONRASI BAĞIRSAK BOŞALTIMINI GERÇEKLEŞTİRME
VE KONSTİPASYONUN ÖNLENMESİNDE
ÇÖMELME POZİSYONUNUN ETKİSİ**

Meltem KAYA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül OKSAY ŞAHİN

İKİNCİ TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Işıl IŞIK ANDSOY

KARABÜK
2019

TEZ ONAYI

Meltem KAYA'ın hazırladığı “Herni Ameliyatı Geçiren Bireylerde Ameliyat Sonrası Bağırsak Boşaltımını Gerçekleştirme Ve Konstipasyonun Önlenmesinde Çömelme Pozisyonunun Etkisi” adlı bu çalışma 14/06/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından **HEMŞİRELİK BİLİMİ ANABİLİM DALI**'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül OKSAY ŞAHİN

Tez Danışmanı



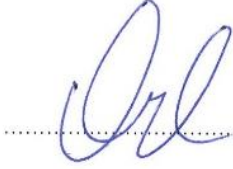
Doç. Dr. Işıl IŞIK ANDSOY

İkinci Tez Danışmanı



Doç.Dr. Aysel GÜRKAN

Üye



Dr. Öğretim Üyesi Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK

Üye



Dr. Öğretim Üyesi Nevin ONAN

Üye



Bu tez Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından **YÜKSEK LİSANS** tezi olarak onaylanmıştır.

Doç. Dr. Kubilay TEKİN

Enstitü Müdürü V.

BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

İmza

Meltem KAYA

14/06/2019

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmamın her aşamasında yolumu aydınlatan değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül OKSAY ŞAHİN'e ve Doç. Dr. Işıl IŞIK ANDSOY'a,

Genel Cerrahi servisi klinik şefi Prof. Dr. Ömer Faik ERSOY'a,

Resim çizimi için Osman ÖZER'e,

İş arkadaşlarım Öğr.Gör. Nuray DORUKBAŞI ÖZER'e, Öğr.Gör. Seliha Seçil BAYRAM'a ve Öğr.Gör. Tuba ZOROĞLU'na,

Tez Çalışmam boyunca benden desteğini esirgemeyen ve her daim yanımda olan sevgili eşim Serkan KAYA'ya,

Dua ve sevgileriyle beni yalnız bırakmayan ve bu günlere gelmemi sağlayan annem Habibe ÖZCAN'a ve babam İlyas ÖZCAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu Yüksek lisans tez çalışması Karabük Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından desteklenmiştir. Proje numarası: KBYBAB-17/YL-454

This work was supported by Scientific Research Projects Coordination Unit of Karabuk University. Project Number: KBYBAB-17/YL-454

Meltem KAYA-2019

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEZ ONAYI	iii
BEYAN	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
RESİMLER DİZİNİ	x
TABLOLAR DİZİNİ.....	xi
ÖZET.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Cerrahi Girişimlerde Bağırsak Boşaltımının Yönetimi.....	4
2.2. Bağırsak Boşaltımına Yönelik Hemşirelik Bakımı.....	11
2.3. Çömelme Pozisyonu.....	15
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.4. Bağımlı, Bağımsız Değişkenler	21
3.5. Veri Toplama Araçları.....	21
3.6. Verilerin Toplanması	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesine Kullanılan Yöntemler.....	27
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	29
3.9. Araştırmada Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar	29

4. BULGULAR	30
4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Boşaltım Alışkanlığına Yönelik Özellikleri.....	31
4.2. Boşaltımı Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular	34
4.3. KRDÖ ve KCÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular	36
4.4. Defekasyon Süresi, İkinma Güçlüğü, İkinma Korkusunun Karşılaştırılmasına Ait Bulgular.....	49
4.5. Boşaltım Sırasında Yaşanan Ağrının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular ..	52
5. TARTIŞMA	54
5.1. Boşaltımı Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması	54
5.2. KRDÖ ve KCÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması	58
5.3. Defekasyon Süresi, İkinma Güçlüğü, İkinma Korkusunun Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması.....	65
5.4. Boşaltım Sırasında Yaşanan Ağrının Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması	68
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	70
6.1. Sonuçlar	70
6.2. Öneriler	70
KAYNAKLAR	72
EKLER	78
ÖZGEÇMİŞ	89

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
GIS	: Gastrointestinal Sistem
CRC	: Kolorektal Kanser
NANDA	: North America Nursing Diagnosis Association
KRDÖ	: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği
KCÖ	: Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği
BGS	: Bristol Gaita Skalası
Ort.	: Ortalama
S. S	: Standart sapma
O	: Olgu grubu
K	: Kontrol grubu
E	: Erkek
K	: Kadın

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 2.1. Dinlenme Halindeki Anorektumun Sagital Görünümü (Şekil A) ve Anorektumun Dışkılama Durumundayken ki Sagital Görünümü (Şekil B)	15
Şekil 2.2. Defekasyon Sırasında Çömelmenin Önemi	16
Şekil 2.3. Klozet Tuvalette Tabure ile Çömelme Pozisyonu	17
Grafik 4.2.1. KRDÖ ve KCÖ Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	39
Grafik 4.2.2. KRDÖ ve KCÖ Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	42
Grafik 4.2.3. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Ortalamasının Ölçüm Zamanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	43
Grafik 4.2.4. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Ortalamasının Ölçüm Zamanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	46
Grafik 4.3.1. Gruplar Arasındaki Defekasyon İçin Harcanan Süreye İlişkin Bulgular	49
Grafik 4.3.2. Gruplar Arasındaki Defekasyon Sırasında Yaşanan İkinma Güçlüğüne İlişkin Bulgular	50
Grafik 4.3.3. Gruplar Arasındaki Defekasyon Sırasında Yaşanan İkinma Korkusuna İlişkin Bulgular	51
Grafik 4.4.1. Gruplar Arasındaki Defekasyon Sırasında Yaşanan Ağrıya İlişkin Bulgular	52

RESİMLER DİZİNİ

Sayfa

Resim 3.1. Klozet Taburesinin Görünümü	24
---	----



TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Boşaltım Alışkanlığına Yönelik Özellikleri	30
Tablo 2. Boşaltımı Etkileyen Faktörler Açısından Gruplar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	33
Tablo 3. KRDÖ, KCÖ Puan Ortalamalarının Gruplar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	35
Tablo 4. KRDÖ ve KCÖ Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	37
Tablo 5. KRDÖ ve KCÖ Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	40
Tablo 6. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Ortalamasının Ölçüm Zamanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	42
Tablo 7. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Ortalamasının Ölçüm Zamanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	44
Tablo 8. Gaita kıvamı ve Boşaltım İçin İlk Defa Çıkılan Saat ile Gruplar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	47
Tablo 9. Defekasyon Süresi, İkinma Güçlüğü ve İkinma Korkusu Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	48
Tablo 10. Defekasyon Ağrısı Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması ...	51

ÖZET

Herni Ameliyatı Geçiren Bireylerde Ameliyat Sonrası Bağırsak Boşaltımını Gerçekleştirme ve Konstipasyonun Önlenmesinde Çömelle Pozisyonunun Etkisi

Cerrahi girişim sonrası önemli sorunların başında bağırsak boşaltım sorunları gelmektedir. Hastanede kalış süresini ve bakım maliyetlerini arttırabilen bu sorunlarla baş etmek için boşaltım esnasında hastanın pozisyonu hemşirelik bakımı olarak kullanılabilir bir yöntem olarak önerilmektedir. Çalışma herni ameliyatı geçirmiş olan bireylerde ameliyat sonrasında verilen çömelle pozisyonunun, normal bağırsak boşaltımının sürdürülmesine ve konstipasyonun engellenmesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı. Araştırmanın evrenini bir kamu hastanesi genel cerrahi kliniğinde herni ameliyatı olan yetişkin hastalar, örneklemini güç analizi ile hesaplanan 51 olgu, 51 kontrol grubu hasta oluşturdu. Etik kurul izni, ilgili kurumdan yazılı izin ve hastaların bilgilendirilmiş onamları alınarak yapıldı. Olgu grubunun ameliyat sonrası bağırsak boşaltımı için klozet tuvalette tabure ile çömelle pozisyonu alması sağlandı, kontrol grubuna ise herhangi bir girişim ya da uygulama yapılmadı. Veriler “Hasta Tanılama ve İzlem Formu”, “Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği”, “Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği” kullanılarak toplandı. Veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi, ki kare testi ve pearson korelasyon katsayısı ile değerlendirildi. Araştırmada olgu grubu(n=51) yaş ortalaması 55,24±8,894 ve %86,3’ü erkek; kontrol grubunun(n=51) ise yaş ortalaması 54,76±9,448 ve %86,3’ü erkektir. Olgu ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, hareket, beslenme, boşaltım alışkanlıkları, günlük sıvı alımı ve konstipasyon riski açısından fark bulunamadı. Ameliyat sonrası birinci gün, ikinci gün ve bir hafta sonra Konstipasyon Risk Değerlendirme ve Konstipasyon Ciddiyet ölçekleri ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı(p>0,05). Ameliyat sonrası ikinci gün ve bir hafta sonra defekasyon sırasındaki ağrı, boşaltım güçlüğü, ıkınma korkusu, defekasyon süresi ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05). Hemşirelere cerrahi işlem sonrası özellikle konstipasyon ciddiyetinin ve riskinin en yüksek olduğu ilk günlerde çömelle

pozisyonunun nonfarmakolojik bir hemşirelik girişimi olarak kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Çömelme pozisyonu, Bağırsak boşaltımı, Konstipasyon, Hemşirelik



SUMMARY

The effects of squatting position on intestinal defecation and the prevention of constipation in the patients who have had hernia operation

One of the most eminent problems encountered after an operation is intestinal defecation, which may prolong the hospital stay and increase the health care costs. In dealing with these problems, the position of the patient during defecation is proposed to be a useful nursing method. The aim of this study is to evaluate the effects of squatting position on maintaining regular intestinal defecation and prevention of constipation in the patients who have had a hernia operation. The participants in this study are the adult patients, 51 in experimental group and 51 in control group, who have had hernia operation in the general surgery clinic of a state hospital and whose samples are evaluated through strength analysis. Research ethics committee approval is obtained by the written permission of the related institutions and, upon being informed, the consent of the patients. In the experimental group, patients were provided stools on toilet bowls so that squatting position could be enhanced; in the control group, on the other hand, no kind of approach or implementation was conducted. The data was collected through "Patient Diagnostic and Follow-up Form", "Constipation Risk Rating Scale" and "Constipation Severity Scale". The data was evaluated through numbers, percentages, averages, standard deviation, independent samples test, one way variance analysis, chi square test and Pearson correlation coefficient. In the study, xivepreşe experimental group (n=51), age average is $55,24 \pm 8,894$ and males make up %86,3 and xivepreşe experimental group, age average is $54,76 \pm 9,448$ and males make up 86,3%. There could be found no differences between the experimental and control group regarding age, gender, movement, eating habits, defecation routine, xivepre fluid intake and constipation risk. Post-op Day 1 and Day 2 and the following week remarked no significant difference between the groups regarding the averages of Constipation Risk Rating and Constipation Severity Scale ($p > 0,05$). However, post-op after Day 2 and after a week remarked a significant

difference between the groups regarding the averages of the pain during defecation, difficulty in defecation, the fear of straining and the length of defecation ($p < 0.05$). During the very first days after an operation When the risk and severity of constipation is higher, non-pharmacologic therapy is a highly recommended nursing method.

Key Words: Squatting position, intestinal defecation, constipation, nursing



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günlük yaşam aktivitelerinden (GYA) biri olan boşaltım, insanların hayatları boyunca yerine getirdiği bir aktivitedir. İnsan hangi koşullarda olursa olsun boşaltım ihtiyacını gidermek zorundadır (Roper et al. 1996, Kaçmaz 2003, Klingman 2009).

Defekasyonu etkileyen birden fazla faktör bulunmaktadır. Kişilerin gelişim düzeyi, diyeti, sıvı alımı, bireysel alışkanlıklar, egzersiz, hareketsizlik, cinsiyet, şişmanlık, ağrı, psikolojik etmenler, tuvalet eğitimi, ilaçlar, bazı patolojik durumlar, iritan maddeler, gebelik, cerrahi girişimler ve anestezi, defekasyon pozisyonu gibi faktörler ve bunların karşılıklı etkileşiminin defekasyonu etkilediği düşünülmektedir. Bu nedenle defekasyon sıklığı ve niteliği bireysel farklılıklar gösterebilmektedir (Emmanue and Norton 2004, Eşer 2005). Özellikle hastaneye yatan hastalarda hareketsizlik, kullanılan bazı ilaçların etkisi ve hastanede bulunmanın karşılıklı etkileşimleri boşaltım alışkanlığının değişmesine neden olabilmektedir (Büyükyılmaz ve Şendir 2009, Bengi vd. 2014).

Bağırsak boşaltım aktivitesini etkileyen biyo-fizyolojik faktörlerden biri de geçirilen ameliyat türüdür (Roper et al. 1996, Black et al. 2001, Klingman 2009). Bireyin yaşamındaki en önemli deneyimlerden birisi olan cerrahi girişimler, hastalıkların tedavisinde ve sağlığın düzeltilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (McGarvey et al. 2000). Çalışma grubumuzu oluşturan fitik vakaları, sık rastlanılan ve cerrahi girişim gerektiren bir sağlık problemidir (Seymour and Schwartz 1999). Fitikların %75'i erkeklerde görülmekte, prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir (Condon 2004). Cerrahinin önemli sorunlarından biri olan fitiklar, sık görülmeleri ve zamanında tedavi edilmediklerinde yüksek oranda morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir (Wantz 1999, Kulah et al. 2001, Alimoğlu vd. 2003).

Cerrahi girişim büyük ya da küçük olsun, ameliyat sonrası sorun gelişme riskinin her zaman var olduğu bilinmektedir (Mekeer et al. 1999, Yılmaz 2000, Erdil vd. 2001).

Cerrahi hastalarında ameliyat sonrası dönemde en sık karşılaşılan komplikasyonlardan biri konstipasyondur. Hastanede yatan hastalarda konstipasyon prevalansının %79 olduğu belirtilmektedir (Rasmussen and Pedersen 2008). Abdominal cerrahi nedeniyle hastanede yatan hastaların %25-40'ında barsak boşaltım sorunlarının olduğu belirtilmektedir (Çelik vd. 2015). Genel cerrahi polikliniğinde yapılan bir araştırmada 130 hastadan 69'unda haftada 3'ten daha az dışkılama, 48 hastada zorlu dışkılama, 12 hastada dışkılama sırasında parmak kullanma olduğu bulunmuştur (Bozkurt vd.2012). Yapılan başka bir araştırmada genel cerrahi polikliniğine başvuran 54 hastanın en sık kabızlık (%72,2) ve dışkılama güçlüğü (%68,5) şikâyeti ile başvurduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada bayan hastaların %76,7'si kabızlık, %74,4'ü dışkılama güçlüğü ve %53,4'ü makatta ağrı şikâyetinin olduğu, erkek hastaların ise %63,6'sı makatta ağrı, %54,5'i kabızlık ve %45,4'ü dışkılama güçlüğü şikâyeti ile başvurdukları bulunmuştur (Dandin vd. 2014).

Cerrahi girişim sonrası komplikasyonların görülme riskinin yüksek oluşu nedeniyle hemşirelerin, cerrahi sonrası hastaya yaklaşımı, hastanın dikkatli izlemi ve bakımı önem kazanmaktadır (Hahler 2002, Garza 2004, Dunn 2005). Hemşirenin ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkabilecek hemşirelik tanılarını bilmesi ve buna göre bakımını yönlendirmesi ameliyat sonrası oluşabilecek bazı komplikasyonların önlenmesini sağlayabilmektedir (Biol 2000, Ay 2008). Ameliyat sonrası hasta bakımı; ağrı yönetimini, enfeksiyon kontrolünü, nörovasküler durumun değerlendirilmesini, yeterli ve dengeli beslenmeyi, düzenli boşaltımı, hareket ve egzersizleri başlatmayı ve yeni yaşam biçimine uyumu kapsamalıdır (Phipps et al. 1995, Black et al. 2001, Erkal ve İlhan 2007). Hemşirelerin, ameliyat sonrası dönemde bağırsak boşaltımı sorunlarının önlenmesi ve bakımında önemli rolleri bulunmaktadır (Büyükyılmaz ve Şendir 2009).

Hemşirenin cerrahi girişimler sonrası hastalarda sık görülen konstipasyonu önleyerek hastada düzenli boşaltımı sağlayabileceği birçok hemşirelik girişimleri NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association 2012)'da belirtilmiştir. Nonfarmakolojik hemşirelik girişimlerinden birisi de hastaya boşaltım aktivitesini gerçekleştirebilmesi için uygun pozisyonun verilmesidir. Literatür incelendiğinde defekasyon için en uygun pozisyonun çömelme olduğu yapılan sınırlı araştırmalarda

görülmüştür (Lam et al.1993, Sikirov 2003, Rad 2002). Hasta, çömeldiği zaman lumbal lordoz düzleşmekte, puborektalis kası gevşemekte, rektum yer çekiminin yardım ettiği pozisyona geçmektedir. Böylece bireyler aşırı ıkınma ihtiyacı hissetmeden daha kısa sürede ve daha etkili bir boşaltım gerçekleştirmektedir (Lembo, U.S.P. 2010).

Çömelmenin kolorektal kanserler (CRC) ihtimalini azaltabileceği öne sürülmüştür (Sikirov 2003, Isbit 2011). Yapılan çalışmalarda kolon kanserlerinin, özellikle bağırsağın tam olarak boşalamayan çekum ve sigmoid kolon çevresinde çok fazla görüldüğü rapor edilmektedir (Lembo, U.S.P. 2010). Bağırsak boşaltımı için en avantajlı pozisyon olan çömelme pozisyonu, klozet tuvalette hastanın ayaklarının altına verilen tabure ile oluşturulabilmektedir. Yurt dışında konu ile ilgili yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olduğu, ülkemizde de çömelme pozisyonunun hastaların bağırsak boşaltımına etkisini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmanın amacı herni ameliyatı geçirmiş olan bireylerde ameliyat sonrasında verilen çömelme pozisyonunun, normal bağırsak boşaltımının sürdürülmesine (ıkınma güçlüğü, ıkınma korkusu, defekasyon süresi ve ağrı) ve konstipasyonun engellenmesine etkisini değerlendirmektir.

Araştırma hipotezleri:

- 1- Herni ameliyatı yapılan hastaya boşaltım sırasında çömelme pozisyonu verilmesi, cerrahi girişim sonrası konstipasyon gelişmesini önler mi?
- 2- Herni ameliyatı yapılan hastaya boşaltım sırasında çömelme pozisyonu verilmesi, cerrahi girişim sonrası boşaltım sırasında yaşanan güçlüğü (ıkınma güçlüğü, ıkınma korkusu ve defekasyon süresi) azaltır mı?
- 3- Herni ameliyatı yapılan hastaya boşaltım sırasında çömelme pozisyonu verilmesi, cerrahi girişim sonrası boşaltım sırasında yaşanan ağrıyı azaltır mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahi Girişimlerde Bağırsak Boşaltımının Yönetimi

Günlük yaşam aktivitelerinden (GYA) biri olan boşaltım karşılanması zorunlu bir gereksinimdir. İnsan hangi koşullarda olursa olsun boşaltım ihtiyacına yanıt vermek zorundadır. Boşaltım mahrem ve gizlilik içinde giderilmesi gereken bir ihtiyaçtır (Roper et al. 1996, Kaçmaz 2003, Klingman 2009).

Bireyin sağlıklı bir bağırsak boşaltımını gerçekleştirebilmesi için; beslenme-boşaltım sisteminin ve abdominal ve pelvik kasların tam olarak çalışması gerekir. Boşaltım, yaşamın sürdürülmesi için gerekli en temel aktivitedir. Boşaltım aktivitesinin istemli/kontrollü ve bağımsız bir işlev olarak gerçekleştirilmesi, sağlıklı bir çocukta erken dönemde başlamaktadır (Roper et al. 2003, Kaya 2012).

Boşaltım aktivitesi, hemşirelik sürecinde, Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli 'ne göre beşinci sırada, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri içerisinde üçüncü sırada yer almaktadır. Bağırsak boşaltımı hemşirelik bakımının önemli bir parçasını oluşturmaktadır (Erdemir 2005, Birol 2009). Bu nedenle boşaltım aktivitesinin ayrıntılı değerlendirilmesi, bireyin alışkanlıklarının, bağımlılık-bağımsızlık durumunun ve mevcut/olası sorunların belirlenmesi önem taşımaktadır (Kaçmaz 2003).

Bağırsak hareketlerinin tanınması, vücut fonksiyonlarının değerlendirilmesini sağlayan kan basıncı, nabız gibi yaşamsal bulgulardan biri olarak kabul edilmektedir. Normal bağırsak hareketleri vücut için toksik birçok maddenin dışkı ile atılımını sağlamaktadır. Defekasyon sıklığı, günlük dışkı miktarı ve dışkının şeklindeki değişiklikler bağırsaklarda birçok sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Bu bağlamda, vücut sistemlerinin sağlıklı bir şekilde çalışabilmesi için sağlıklı bağırsak hareketlerine gereksinim duyulmaktadır (Holl 2014, Cheetham et al.2001).

Normal kolon motilitesi peristaltik olmayan (segmental kontraksiyonlar) ve peristaltik (lokal itici kontraksiyonlar ve yüksek amplitüdü itici kontraksiyonlar) hareketlerden oluşmaktadır. Segmental kontraksiyonlar kolonik motilitenin neredeyse tamamını meydana getiren 5-50 mm-Hg aralığındaki dalgalardan oluşmakta (Ateş 2015) ve dışkıının karışımını sağlamaktadır. Kolon anatomisinde “haustralar” olarak ifade edilmektedir (Yurdakul 2007). Bir diğer peristaltik kontraksiyon lokal itici kontraksiyonlardır. Bu kontraksiyonlar dışkıyı proksimal veya distal yöne doğru taşımakta, basıncı 50 mm-Hg’den daha az ve daha sıktır. Görevi içeriğin kolondan geçişini sağlamaktır. Bu kontraksiyonlar ayrıca organ distansiyonu ve gazın bağırsaktan geçişinde de görev almaktadır (Bengi vd. 2014, Ateş 2015). Yüksek amplitüdü itici kontraksiyonlar günde birkaç kez meydana gelir ve dışkıının proksimal bölümden distal bölüme aktarılmasını sağlamaktadır. Yüksek amplitüdü itici kontraksiyonlar yemek yenmesini takiben oluşmaktadır. Bu kontraksiyonlar 100 mm-Hg’den fazla genliktedir (Ateş 2015, Yurdakul 2007).

Yüksek amplitüdü itici kontraksiyonlar sayesinde dışkı içeriği rektumun proksimalinde toplanmakta ve rektum duvarına basınç yapmaktadır. Lümen içi basınç belirli bir düzeyin üzerinde olduğunda dışkı içeriği rektumun alt bölmesine geçmektedir (Yurdakul 2007). Dışkı içeriği rektum distaline indiğinde internal anal sfinkter gevşer, eksternal anal sfinkter hafif kasılmakta, böylece dışkı anal kanalın proksimaline itilmektedir. Bu itilme nedeniyle birey dışkılama gereksinimi duymaktadır (Yurdakul 2007). Birey uygun ortamda ise dışkılama pozisyonu ile internal ve eksternal anal sfinkterler açılmakta, perine bombeleşmekte, dışkı içeriği dışarı atılmaktadır (Lembo and Camilleri 2003, Bharucha 2007, Yurdakul 2007). Eğer ortam şartları dışkılama için uygun değilse, korteksle ilişkili olan anorektal bölgedeki refleks mekanizması ve korteksin uyarıları ile rektum ve sigmoid kasları gevşemekte, bir süre sonra dışkılama gereksinmesi azalmaktadır (Yurdakul 2007).

Normal boşaltımın 3 ögeyi içermesi gerektiği düşünülmektedir. Depolama sırasında başlayan rektal kasılma (otonomik öge) (Read et al.1983, Ito et al.2006); genişlemiş anorektal açıyla anal kanalın rahatlaması (çoğunlukla somatik öge) (Mathers et al.1989, Sorensen et al.1991) ve ıkınmadır (somatik öge) (Iscoe 1998, Sakakibara 2008). Özellikle defekasyon sıklığı az olan hastalara düzenli bağırsak

alışkanlığına sahip olmanın önemi ve defekasyon isteği geldiğinde onu ertelememeleri gerektiği anlatılmalıdır. Etkili olmayan ıkınmadan dolayı tuvalette kalma süresi uzamış hastalara daha az sıklıkla tuvalete gitmeleri önerilmelidir (Lembo, U.S.P. 2010). Bağırsak boşaltım aktivitesinin gerçekleştirilmesinde birçok faktör rol oynamaktadır. Bu faktörlerin bilinmesi hemşireye bireyin normal boşaltım alışkanlıklarının sürdürülmesi için gerekli olan önlemleri alma olanağı sağlamaktadır (Eşer 1999, Richmond and Wright 2005). Bu faktörler;

Biyo-fizyolojik Faktörler:

İlerleyen yaşla birlikte artan hareketsizlik, kesin yatak istirahatinde bulunma zorunluluğu, fiziksel egzersizin varlığı veya yokluğu, beslenme alışkanlığı, tüketilen besinler, alınan sıvı türü ve miktarı, bağırsak boşaltım alışkanlığı, dışkının kıvamı, yakın zaman içindeki bağırsak boşaltım durumu, geçmişteki ameliyat deneyimleri, geçirilen ameliyat türü, ameliyat sonrası bağırsak boşaltım durumu, ağrı varlığı veya yokluğu, şiddeti, süresi ve kullanılan ilaçlar bağırsak boşaltım aktivitesini etkileyebilmektedir (Phipps et al. 1995, Roper et al. 1996, Klingman 2009).

Psikolojik Faktörler:

Defekasyon isteğini baskılama veya erteleme, tuvalet eğitimi, hafıza, algılama yeteneği, anksiyete, stres, duygusal sorunlar bağırsak boşaltım sorunlarına neden olabilmektedir (Roper et al. 1996, Kaçmaz 2003, Erkal-İlhan 2007, Klingman 2009).

Sosyo-kültürel Faktörler:

Bireylerin eğitim seviyesi, bilgi düzeyleri, inançları, tutumları, kültürleri ve boşaltım sırasında ve sonrasındaki uygulamaları bu aktiviteyi etkileyebilmektedir (Roper et al. 1996, Kaçmaz 2003, Erkal-İlhan 2007, Klingman 2009).

Çevresel Faktörler:

Hasta odasında bulunan refakatçiler diğer hastalar, kullanılan tuvaletin türü, yeri ve temizliği, yatak içi sürgü kullanımı, boşaltımın için gizlilik sağlanamaması bağırsak boşaltımının baskılanmasına ya da ertelenmesine neden olmaktadır (Roper et al. 1996, Kaçmaz 2003, Davis 2005, Klingman 2009).

Politiko-ekonomik Faktörler

Bireylerin sosyal güvence durumu, gelir düzeyleri bu aktiviteyi etkileyebilmektedir (Roper et al. 1996, Kaçmaz 2003, Klingman 2009). Yaşamı boyunca birey cerrahi girişim vb. birçok nedene bağlı olarak bağırsak boşaltım aktivitesini etkileyen sorunlarla karşılaşabilir (Roper et al. 1996, Phipps et al. 1995 Black et al. 2001, Davis 2005).

Cerrahi Girişim, Bağırsak Boşaltımı ve Görülebilecek Sorunlar

Cerrahi girişimlerin, yarım yüzyıl öncesine kadar tedavide kullanımı az bir oranda iken günümüzde sağlığın sürdürülmesi ya da yeniden kazandırılması, ağrının giderilmesi, organ fonksiyonlarının en üst düzeye çıkarılması, yaşam süresinin uzatılması ve görünümün düzeltilmesinde etkili bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (Aksoy 2012).

Ameliyat olmak üzere hastaneye kabul edilen hastalarda, cerrahi yöntemlerle gerçekleştirilecek tedavinin başarısı, cerrahi teknik, bilgi, beceri kadar, ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası bakımın kusursuz olmasına bağlıdır (Aksoy 2012).

Çalışma grubumuzu oluşturan fitik vakaları, sık rastlanılan sağlık problemidir. Fıtıklar, Genel Cerrahi kliniklerinde en sık yapılan ameliyattır (Seymour and Schwartz 1999). Fıtık; latince “rüptür”, Yunanca “tomurcuklanma” ya da “çıkıntı” anlamına gelmektedir. Tıp literatüründe fitik ise; doğuştan veya edinsel olarak, karın içi organlarının, peritonu da önlerine katarak, anatomik olarak zayıf bir noktadan veya travmatik bir defektten dışarı çıkması ile oluşmaktadır (Morton John 1988). Genel

olarak 100 kişiden iki ila dördünde fitik görülmektedir (Sayek 2004). Fıtıkların, %75-85'i erkeklerde görülmektedir (Skandalakis et al.2002). Fıtığın görülme sıklığı yaşla birlikte artış göstermektedir. Tüm hernilerin; %83'ü inguinal, %6'sı femoral, %5'i insizyonel, %4'ü umblikal, %1'i epigastrik ve %1'i diğer tip fıtıklar olduğu belirtilmektedir (Condon 2004).

Fıtıklar, cerrahide en sık karşılaşılan vakalardır. Zamanında tedavi edilmediklerinde yüksek oranda morbidite ve mortalite oranları bulunmaktadır (Wantz 1999, Kulah et al. 2001, Alimoğlu vd.2003). Fıtık vakalarının en etkili tedavisi cerrahi girişimdir. Fıtıklar, genel ya da lokal anestezi altında ameliyat edilmektedir. Lokal anestezi, organizmanın bir bölgesinde lokal anestezi ajanları ile geçici olarak duyu ve motor iletiminin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde en sık kullanılan lokal anestezi teknikleri spinal ve epidural anestezi (Özcengiz ve Özbek 1998, Kalaycı 2002). Çalışma grubumuz spinal anestezi alan hastalardan oluşmaktadır.

Genel anestezi sempatik sinir sisteminin aktivitesi ile gastrointestinal motiliteyi baskılamakta ve anestezi sonrası mide, ince ve kalın bağırsak değişik sürelerle atonik kalmaktadır. Bu durum abdominal cerrahi girişimlerinden sonra daha sık görülmekte ve geçici olarak bağırsak motilitesinin azalması postoperatif ileus olarak tanımlanmaktadır. Klinik olarak bağırsak distansiyonu, bağırsak seslerinin alınmaması, gaz ve gaita çıkarılamamaktadır (Kayhan 2004, Çınar 2005). Lokal anestezi, özellikle karın alt taraf, perine ve alt ekstremitelerde ameliyatlarında genel anesteziye oranla belirgin avantajlara sahiptir (Edirne 1993, Bridenbaugh and Cousins 1998). Bu bağlamda, lokal anestezi türleri olan Spinal Blok ve Epidural Blok herni onarımında sık olarak kullanılmaktadır (Lloyd and Condon 1992).

Anestezi bağırsak hareketlerinde inhibisyona yol açmaktadır. Barsak peristaltizmi ince barsakta 0-24 ve midede 24-48 saatte kendiliğinden normale dönmektedir. Kalın barsaklarda bu süre 120 saate kadar uzayabilmektedir (Lubawski and Saclarides 2008). Abdominal cerrahi sonrası görülen sorunların bir bölümü gastrointestinal sistemle (GIS) ilgilidir. GIS'e ilişkin sorunlar arasında özellikle parolitik ileus, gastrik dilatasyon, bulantı-kusma, abdominal distansiyon ve konstipasyon yer almaktadır (Miedema and Johnson 2003, Çilingir ve Bayraktar 2006).

Konstipasyon;

Konstipasyon bir hastalık değil bir semptomdur. Kişiden kişiye değişmekle birlikte farklı şekillerde yorumlanabilen sübjektif bir semptom olarak tanımlanmaktadır (Bengi vd. 2014). Bazı hastalar konstipasyonu ıkınma (%52), bazıları topak veya kurşun tanesi şeklinde dışkılama (%44), bazıları ise istenilen zamanda defekasyon yapamama (%34) ve seyrek defekasyon (%33) şeklinde tanımlanmaktadır (McLean Vickers 2014). Literatürde hastaların %58-80'inde zorlanma, dışkının geçişinde güçlük, tam boşalamama hissi en çok deneyimlenen semptomlar olarak belirtilmiştir.

(<http://www.aboutconstipation.org/characteristics.html>, Erişim Tarihi: 14 Temmuz 2006). Bu durum barsak hareketlerinin her zamankinden daha az ya da güç olması, kuru dışkı, ağrı ve geçiş zorluğu olmasıyla da tanımlanmaktadır (Maureen 2002).

Kadınlarda erkeklere göre, zencilerde beyazlara göre, çocuklarda erişkinlere göre ve yaşlılarda gençlere göre daha sık oranda görülmektedir (Kasap ve Bor 2006). Ülkemizde konstipasyonun görülme oranı %29-40 arasında değişmektedir. (Dedeli vd.2007). Konstipasyon genel popülasyonda sindirim sistemiyle ilgili şikâyetler arasında en sık görülen sorunlardan biridir (Peppas et al. 2008) ve yüksek ekonomik kayıplara neden olmaktadır (Bengi vd. 2014). Amerika'da konstipasyon şikâyeti ile 2,5 milyondan fazla hastanın hasta başına genel sağlık bakım maliyeti 2752 dolardır (Peppas et al. 2008). Ayrıca yılda 92000 kadar hastaneye yatış ve birkaç yüz milyon dolar laksatif satışı gerçekleşmektedir (Lembo and Camilleri 2003). Konstipasyon ve oluşan intestinal distansiyona bağlı olarak karın içi basınç artar, diyafragma hareketleri, solunum sistemi ve kalp olumsuz yönde etkilenerek hastaların hastanede kalış süresini uzamakta ve bakım maliyetleri artmaktadır (Yetkin ve Kara 1998, Rasmussen and Pedersen 2010). Ayrıca yüksek prevalans oranı ile var olan hastalığa ek sorunlar getirmekte, hemşirelerin bakım için ayırdıkları zamanı artırmakta, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve kolon kanseri riskini de beraberinde getirmektedir (Peppas et al. 2008, Büyükyılmaz ve Şendir 2009, Rasmussen and Pedersen 2010, Yang et al. 2012, Bengi vd. 2014). Konstipasyon giderilmediğinde, fekal inkontinans, hemoroid, anal fissür, organ prolapsusu, bağırsak tıkanıklığı ve delinmesine neden olabilmektedir (Bengi vd. 2014).

Ameliyat sonrası dönemde konstipasyona sık olarak rastlandığı belirtilmiştir (Yetkin ve Kara 1998, Sertbaş ve Bahar 2004, İzveren ve Dal 2011, Zhang et al.2012). Cerrahi girişim uygulanan hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde yatağa bağımlı olma, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bilinmeyen çevre ve prosedürler ile karşı karşıya kalma, defekasyon hissinin bastırılması, opioid/nonopioid analjezik ilaçları kullanma, var olan fizyolojik ve psikolojik hastalıklar ve defekasyonun sürgü kullanılarak yatak içinde gerçekleştirilmesi, gizliliğin sağlanamaması, hastaların rahatsızlığını ifade etmekte güçlük çekmesi ve boşaltım aktivitesinin gerçekleştirilmesinde profesyonel olmayan sağlık çalışanlarının görev alması nedeniyle konstipasyon riski artmaktadır (Büyükyılmaz ve Şendir 2009, Rasmussen and Pedersen 2010, İzveren ve Dal 2011, Bengi vd. 2014 , Mclean Vickers 2014). Bunların yanı sıra genel cerrahi girişim sırasında bağırsakların elle tutulması, abdominal distansiyona ve bağı olarak konstipasyon gelişimine neden olabilmektedir (İzveren ve Dal 2011).

Konstipasyon sorunu cerrahi hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası dönemde sıklıkla rastlanan, fizyolojik, psikolojik nedenlerle ortaya çıkabilen, önlenabilir ve gelişme riski önceden belirlenebilir bir komplikasyondur (Erdil ve Özhan 2008, Tursun 2014). İzveren ve Dal, abdominal cerrahi sonrası birinci ve ikinci günlerde hastaların %50,7'sinin üçüncü günde ise %47,8'inin konstipasyon deneyimlediğini belirlemiştir (İzveren ve Dal 2011). Hastanede yatan hastalarda konstipasyon prevalansının %79 olduğu bildirilmektedir (Rasmussen and Pedersen 2010). Yetkin ve Kara (1998) cerrahi kliniklerinde yatan hastaların %25'inde ameliyat sonrası dönemde konstipasyon geliştiğini belirlemiştir. Abdominal cerrahi nedeniyle hastanede yatan hastaların %25-40'ında bağırsak boşaltım sorunlarının olduğu belirtilmektedir (Çelik vd. 2015).

Konstipasyon beraberinde bir takım dışkılama sorunları da getirmektedir. Yapılan bir araştırmada 130 hastadan 69 unda haftada 3'ten daha az dışkılama, 48 hastada zorlu dışkılama, 12 hastada dışkılama sırasında parmak kullanma şikayetleri (Bozkurt vd.2012), başka bir çalışmada da benzer olarak 54 hastanın en sık kabızlık (%72,2) ve dışkılama güçlüğü (%68,5) şikâyeti ile kliniğe başvurduğu bulunmuştur (Dandin vd.2014). Yine Chenn ve ark. (2001) çalışmasında 234 erkek hastanın, %83 kabızlık

ile birlikte dışkılama güçlüğü, %13 makatta ağrı şikâyeti ile hekime başvurdukları bildirilmiştir.

2.2. Bağırsak Boşaltımına Yönelik Hemşirelik Bakımı

Hemşire; bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili gereksinimlerini hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirleyerek bu gereksinimlere yönelik hemşirelik bakımını planlayarak gerekli girişimleri uygulayan, uygulama sırasında hastanın tepkisini ve sonrasında hastadaki olumlu ya da olumsuz etkileri denetleyen ve değerlendiren görevli ve yetkili sağlık personelidir (Sağlık Bakanlığı, 2007).

Bakım davranışı çok boyutlu bir kavram olup, hemşireler hastanın yanında olma, dokunma, dinleme, hastayı tanıma ile bakım davranışlarını uygularlar (Potter and Perry 2013). Hemşire hastanın ihtiyaç duyduğu her an yanında olarak, kültürel atmosfere uygun olarak problem çözmeyi hedefler (Mlinar 2010).

Hemşire, hastayla ilk karşılaştığı andan itibaren görüşme, fizik muayene ve gözlem gibi veri toplama yöntemlerini kullanarak “Boşaltım Aktivitesi” nin sürdürülmesine yönelik subjektif ve objektif veriler toplamalıdır. Bireyin değerlendirilmesinde; boşaltım aktivitesini etkileyen sosyo-kültürel, biyo-fizyolojik, psikolojik ve politiko-ekonomik faktörlerin yanı sıra geçirilen cerrahi girişimin bu aktiviteye etkileri sorgulanmalıdır. Tanılama sırasında hasta ve ailesi ile güvenli bir ilişki başlatılmalı, konuya ilişkin bilgi verilmeli ve tanılama sürecine aktif katılımları için desteklenmelidir (Phipps et al. 1995, Erdil ve Özhan 1997, Aksoy 1998, Black et al. 2001, Erkal-İlhan 2007, Klingman 2009). Bu bağlamda, bağırsak boşaltımı ve perine hijyeni hemşirelik bakımının temel ilkelerinden biridir (Erdemir 2005, Birol 2009). Hemşirelik tanıları içerisinde de “Bağırsak boşaltımında değişiklik” şeklinde yer almaktadır (Erdemir 2005). Bağırsak boşaltımındaki değişiklik fiziksel ve psikososyal açıdan bireyi olumsuz etkilemekle birlikte birçok sağlık sorunlarına da neden olabilmektedir. Bu nedenle, bağırsak boşaltım aktivitesinde sorun yaşayan bireyler, tıbbi tedavilerinin yanı sıra üst düzeyde hemşirelik bakımına gereksinim duymaktadırlar (Dedeli vd. 2009, Erdemir 2005).

Hemşirenin, mesleki becerilerini doğru ve kapsamlı uygulaması bakımın yönlendirilmesine ve bireyin sağlık durumuna ilişkin etkili karar vermesine olanak sağlamaktadır (Görgülü 2002). Cerrahi hemşireliğinde, abdominal cerrahi girişim uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası sistemli ve uygun hemşirelik girişimleriyle sorunlarının azaltılması ve hastanın rahatlatılması mümkün olabilmektedir (Erdil ve Özhan-Elbaş 2001, Yılmaz 2002, Büyükyılmaz ve Şendir 2009).

Erken ameliyat sonrası dönem, 72 saatlik süreyi yani hastanın bilincinin açılmasıyla başlayarak hastanın ayağa kalkıp yürümesine kadar geçen dönemi kapsamaktadır. Hemşirenin primer fonksiyonları olarak tanımladığımız hastanın bakım işlevlerine gereksinimi bu dönemde daha da artmaktadır (Yılmaz 2002, Büyükyılmaz ve Şendir 2009, Taşdemir ve Çelik Şenol 2010).

Cerrahi süreçte bakımın temel amacı, hastanın alışageldiği yaşam biçimine en yakın koşullarda yaşamını sürdürmesini ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsızlığını kazanabilmesini sağlamaktır (Büyükyılmaz ve Şendir 2009). Hemşire, boşaltım aktivitesini etkileyen faktörleri değerlendirerek hastanın bakım gereksinimlerini belirlemeli ve her hasta için en uygun hemşirelik girişimlerini uygulayarak GYA'lerinden biri olan boşaltımın gerçekleşmesini/sürdürülmesini sağlamalıdır. Bu nedenle boşaltım aktivitesinin ayrıntılı tanınması, bireyin alışkanlıklarının, bağımlılık-bağımsızlık durumunun belirlenmesi ve mevcut/olası sorunların değerlendirilmesi önem taşımaktadır (Kaçmaz 2003).

Ameliyat sonrası konstipasyonu önlemek için riskli hastalar belirlenmeli, konstipasyon için risk değerlendirmesi yapılmalıdır (Bolat 2016). Ucuzal ve Aldanmaz (2015) genel cerrahi hastalarında ameliyat sonrası konstipasyon risk değerlendirmesi yapmıştır. Çalışmada araştırmaya katılan hastaların %56,7'sinin konstipasyon gelişimi açısından orta risk grubunda olduğu saptanmıştır.

Konstipasyonun yönetimine ilişkin alışkanlık ve uygulamalar, bireyden bireye farklılık göstereceği için hemşirelik bakımında bireysel yaklaşım oldukça önemlidir. Bu nedenle, konstipasyona neden olan faktörleri belirleme, konstipasyonu tanılamada ve etkili baş etme stratejilerini geliştirmede ve yönetiminde hemşireler önemli bir role

sahiplerdir. (Woolery et al. 2006, Kaçmaz ve Kaşıkçı,2007, Kaya vd. 2013). Hemşire, bireyin boşaltım aktivitesini etkileyen tüm faktörleri göz önüne alarak yardım gereksiniminin türü/derecesini belirlemeli ve hasta birey için en doğru, en uygun hemşirelik girişimlerini planlayarak uygulamalıdır (Carpenito 1997, Hsieh 2005).

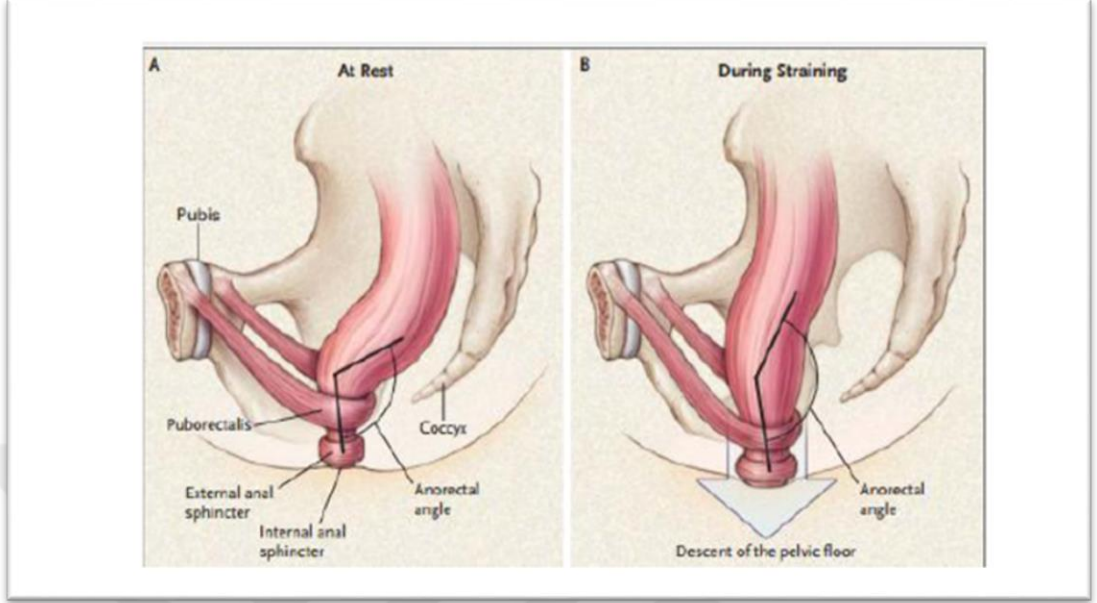
Hemşire konstipasyona neden olan risk faktörlerini, hastanın normal barsak boşaltım alışkanlığı değerlendirmeli ve hastaya uygun yaşam tarzı değişiklikleri önermelidir. Bunlardan bazıları, bağırsak boşaltımında egzersizin önemi açıklanmalı ve yürüyüş yapması söylenmelidir. Yürüyüş yapılamayacaksa, günde 3-4 kez yatakta uzanarak veya sandalyeye oturarak dizi göğüse doğru çekip bırakma (her diz 10-20 defa), yatakta uzanarak ya da sandalyeye oturarak vücudu bir taraftan diğer tarafa döndürme 10-20 defa günde 6-10 kez yapılması öğretilmelidir. Sakıncası yoksa günde en az 2 litre sıvı (8-10 su bardağı) içmeye teşvik edilmelidir. Kahve alımı günde 2-3 fincanla sınırlandırılmalıdır. Diyetisyenle iş birliği içinde beslenme programı hazırlanmalı, günlük normal bir bağırsak hareketi için, yaklaşık 800 gr. Meyve ve sebze (4 tane meyve ve bol salata) alması ve kepekli besinlerin miktarını arttırması önerilir. Kepekli besinlerle birlikte sıvı almak gerektiği söylenmelidir. Boşaltım için düzenli bir zaman için her gün aynı saatte mümkünse sürgü yerine klozet ya da uyarlanmış bir sandalye kullanılmalıdır. Defekasyon hissi olduğunda mümkün olduğunca ertelememesi önerilir. Hemşirenin, doktor istemine göre konstipasyon için uygulayabileceği farmakolojik girişimler de bulunmaktadır. Bunlar ise lavman, hacim genişletici olmayan laksatifler ve hacim genişletici laksatifler olabilmektedir. Eğer dışkı tıkanıklığı oluşmuşsa hekim istemine göre rektal yoldan mineral ılık yağ verilir ve eldiven ile sert dışkı parçalanarak çıkarılabilir (Phipps et al. 1995, Carpenito 1997, Craven and Hirnle 2000, Hicks 2001, Kaçmaz 2003, Birol 2004, Hsieh 2005, Şendir ve Kaya 2008, Klingman 2009, Carpenito-Moyet 2012).

Konstipasyon, bağımsız hemşirelik girişimleri ile çözümlenebilecek bir sorundur (Carpenito 1997, Howard et al. 2000, Yurdakul 2004, Papatheodoridis et al. 2010, Ucuzal ve Aldanmaz 2015). Hemşirenin, konstipasyonun yönetiminde bağımsız yapabileceği pek çok nonfarmakolojik girişimleri bulunmaktadır (Vieira 2012). Bu girişimler, kahvaltıdan 30 dakika önce bir su bardağı ılık su içirilmeli, tuvalette iken alt abdomene nazikçe masaj yapılmalı, tuvalete kaldırma/sürgü verme durumunda

hastanın gizliliğini sağlamalı, kilo ve boya göre sıvı alımı arttırılmalı, lifli gıdalar almasının önemi anlatılmalı , her gün aynı saatte ve yemeklerden sonra bağırsak boşaltımı için tuvalete götürülmeli(sürgü verilmeli) ve yeterli zaman verilmeli, boşaltım sonrası perine temizliğine özen gösterilmeli ve bölge yumuşak kağıtla nazikçe temizlenmeli, defekasyon sırasında ağrıyı azaltmak için anüse nazikçe yağlandırıcı uygulanmalı, sürgü yerine mümkünse klozet ya da uyarlanmış bir sandalye kullanılmalı, kişinin normal-yarı çömelir pozisyonu almasına yardım edilmelidir (bu dışkının basınç etkisinin ve abdominal kasların optimal kullanımını sağlar). Literatürde boşaltım için en uygun pozisyonun çömelme olduğu bildirilmektedir (Tagart 1966, Sikirov 2003, Lembo, U.S.P. 2010, Sakakibara et.al. 2010).

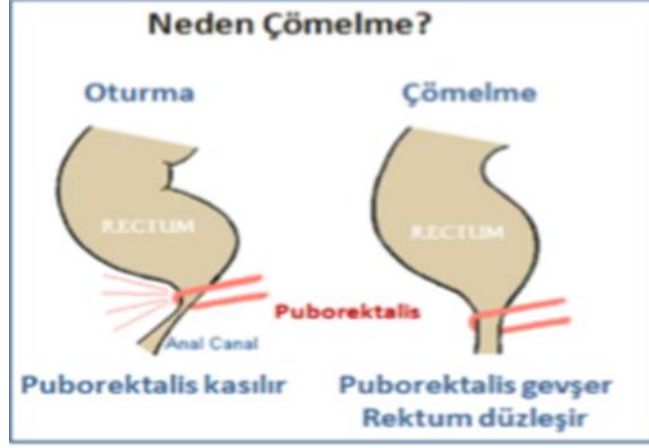
Nonfarmakolojik yöntemlerden biri olan hastanın ayaklarının altına uygun açı oluşturan tabure koyarak verilen çömelme pozisyonunun, önemli komplikasyonlardan biri olan konstipasyonun engellenmesinde, ıkınma güçlüğü, ıkınma korkusu, defekasyon süresi ve defekasyon ağrısının azaltılmasında ayrıca hastanın normal boşaltımını gerçekleştirmesinde bağımsız bir hemşirelik girişimi olabileceği öngörülmektedir. Bu sayede hastanın normal bağırsak boşaltımının devam etmesi sağlanarak hastanın yaşam kalitesinin de artacağı düşünülmektedir.

2.3. Çömelme Pozisyonu



Şekil 1. Dinlenme halindeki anorektumun sagittal görünümü (şekil A) ve anorektumun dışkılama durumundaykenki sagittal görünümü (şekil B) (Lembo A, Camilleri M.2003)'den aktaran Ateş B. (Fonksiyonel Konstipasyonu Olan Yetişkin Bireylerin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi 2015) alıntılanmıştır.

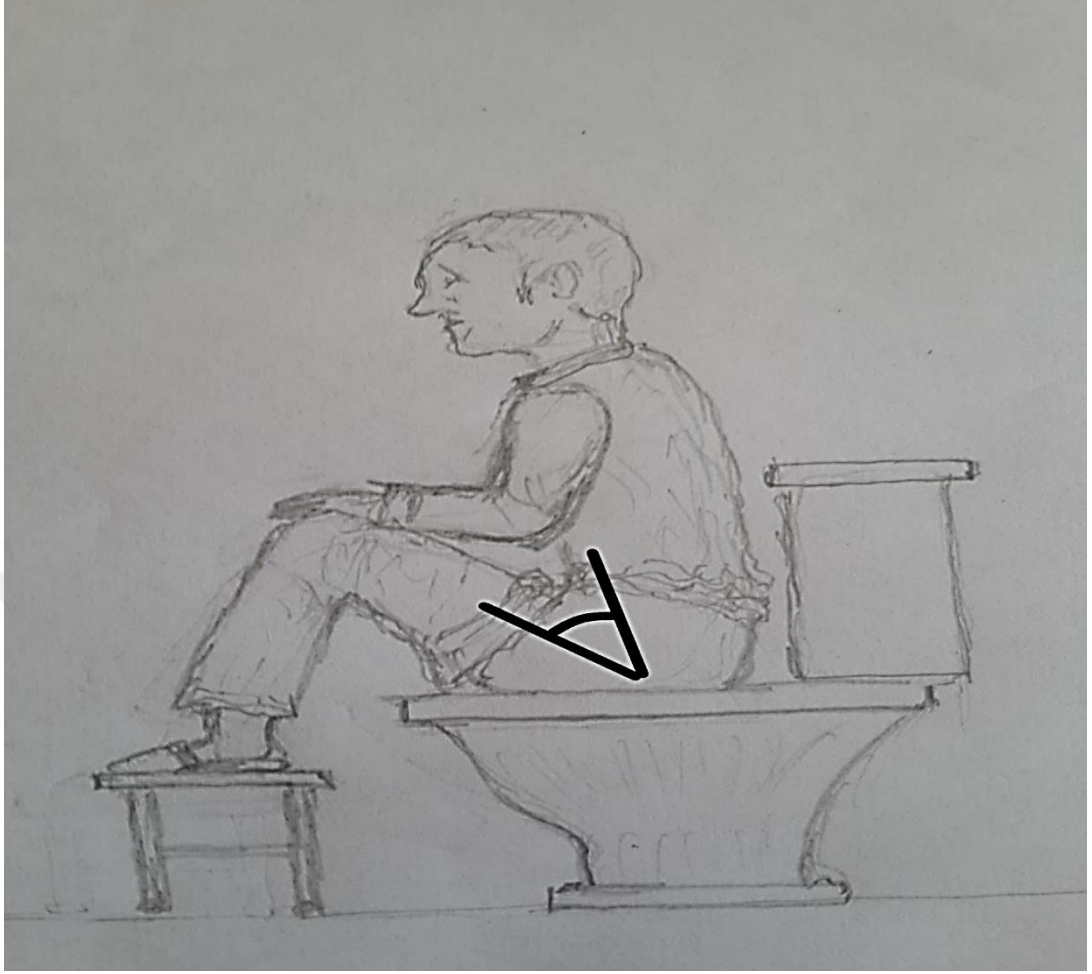
Defekasyon sırasında optimum postür bacakların yer seviyesinden bir karış yukarda olduğu postür ya da çömelme pozisyonudur. Bu pozisyon bireylerin karın ve pelvik kaslarına dış basınç uygulayarak boşaltımın artmasına yardımcı olmaktadır. Hasta, çömeldiği zaman lumbal lordoz düzleşmekte, puborektalis kası gevşemekte ve rektum yer çekiminin yardım ettiği pozisyona geçmektedir. Böylece bireyler aşırı ıkınma ihtiyacı hissetmeden daha kısa sürede ve daha etkili bir boşaltım gerçekleştirmektedir (Lembo, U.S.P. 2010, Özkütük 2015). Puborektalis kası dışkıyı atıldığı rektum için bir sapan görevi görmektedir. Klozet tuvalete oturulduğunda diz ile vücut eksenini arasında 90°'lik bir açı oluşmaktadır. Puborektalis kası bu pozisyonda kısmen gevşemektedir. Çömelme pozisyonunda ise diz ile vücut eksenini arasında yaklaşık 35 derecelik bir açı oluşmakta ve kas tamamen gevşemektedir (Bockus 1985).



Şekil 2.Defekasyon sırasında çömelmenin önemi (Tagart RE. 1966)'den aktaran Gürşen C. (Kronik Konstipasyonu Olan Bireylerde Konnektif Doku Masajının Etkisi 2013) alıntılanmıştır.

Çömelme pozisyonunun pek çok faydaları bulunmaktadır. Sinirleri gerilmeden ya da yaralanmadan korumakta, kolon kanseri, apandisit ve inflamatuvar barsak hastalıklarına neden olan fekal tembelliği önlemektedir. Oturma pozisyonunda boşaltım sırasında ince bağırsağa doğru kaçış olmaktadır. Oysa çömelme pozisyonu kolon ve ince barsak arasında bulunan ilioçekal kapağı güvenli bir şekilde kapatmakta, kolon düzleşmekte ve ıkınma önlenmektedir. Kronik ıkınma hernilere, divertiküllere ve pelvik organ sarkmalarına neden olabilmektedir. Çömelme pozisyonu hemoroidlerin tedavisinde etkili bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Daha hızlı, kolay ve tam boşalma sağlamaktadır (Tagart,1966).

Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda bağırsak boşaltımı için çömelme pozisyonun kullanımının yaygın olduğu bilinmektedir. Batı ülkelerinde ise defekasyon için klozet tuvalete oturmak yaygın olarak görülmektedir. Çömelmenin daha hızlı ve daha çok dışkı çıkmasına yol açtığı ve dolayısıyla kolon ve rektumun potansiyel kanserojen maddelerle daha az temas etmesini sağladığı düşünülmektedir (Sikirov 2003, Isbit 2011)



Şekil 3. Klozet tuvalette tabure ile çömelme pozisyonu (İllüstrasyon: Osman ÖZER)

Yurt içi literatür incelendiğinde klozet tipi tuvalette ayakların altına uygun açı oluşturarak tabure kullanarak çömelme pozisyonunun verildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yurt dışı literatür incelendiğinde ise konstipasyon ve boşaltım ile ilgili çok sayıda araştırma olmasına rağmen defekasyon için çömelme pozisyonunun araştırıldığı sınırlı çalışmaya rastlanılmıştır.

Tuvalette oturma şeklinin etkileri çoğunlukla klozet tuvalet olarak incelenmiştir. Wennergren ve arkadaşları (1991) yanlış tuvalet alışkanlığı olan çocuklarda pelvik taban rahatlaması için ayak desteğinin önemini göstermişlerdir. Rad ve arkadaşları (2002) az sayıda hasta üzerinden yaptıkları çalışmada klozet tuvaletle kıyaslandığında alaturka tuvaletin bağırsak fonksiyonlarını geliştirdiğini belirtmişlerdir.

Boşaltım için çömelme Asya ülkeleri (Japonya, Kore ve Çin dahil) ve Afrika'da yaygın bir pozisyon olmaya devam etmektedir. Geleneksel olarak insanoğlu boşaltım için çömelmiştir. (Sikirov 2003). Batı ülkeleri klozet tipi tuvaleti kullanmaktadırlar. İsrail'deki bir araştırmada, Sikirov boşaltım için 3 pozisyonu oturma, iskemlede oturma (kalça bükülmesi) ve çömelme (en yoğun kalça bükülmesi) karşılaştırmıştır. Çömelme pozisyonunda bağırsak boşaltımı için harcanan zamanın klozet tuvaletteki zamanın yarısı kadar ve harcanan eforun klozete göre yaklaşık üçte biri değerinde olduğunu bulmuştur (Sikirov 2003). Sakakibara ve arkadaşları (2010), dik oturma pozisyonuna kıyasla, çömelmenin anorektal kanalı güçlendirerek daha çok kalça bükülmesi sağladığı ve boşaltım sırasında daha az ıkınma gerektirdiğini bulmuşlardır. Bu çalışmalar boşaltım için çömelmenin fizyolojik olarak daha yararlı olduğunu göstermektedir. Batı klozet tipi tuvalet tarzı ile kıyaslandığında, alaturka tuvaletlerin anorektal açığı artırarak yetişkinlerde daha etkili bir boşaltım sağladığı düşünülmektedir (Sikirov 2003).

Bu çalışmada klozet tipi tuvalette ayakların altına verilerek oluşturulan uygun açıyla (35°) alaturka tuvaletteki çömelme pozisyonu oluşturulmuştur. Böylece cerrahi sonrası hastaların günlük yaşam aktivitelerinden biri olan normal bağırsak boşaltımının sürdürülmesi ayrıca hastaların iyilik halini etkileyen konstipasyonun önlenebileceği öngörülmüştür.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, nedensellik ilişkisine göre analitik, veri toplama tekniğine göre tanımlayıcı, zamanlama ilişkisine göre prospektif ve uygulandığı ortama göre klinik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma Karabük İlinde Sağlık Bakanlığı Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinin “Genel Cerrahi” servisinde herni ameliyatı yapılan hastalar ile gerçekleştirildi. Veri toplama dönemi Ocak-Mayıs 2018 tarihleri arasında tamamlandı.

Hastane 440 yatak kapasitelidir. Araştırmanın yapıldığı genel cerrahi servisi ise toplam 28 yataktan oluşmaktadır. Genel cerrahi servisinde iki profesör, altı uzman cerrah, bir servis sorumlu hemşiresi ve dokuz klinik hemşiresi olmak üzere toplam 18 sağlık profesyoneli görev yapmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı genel cerrahi servisinde ayda yaklaşık 50 hasta fitik ameliyatı olmakta, bu hastaların yaklaşık 8-10’u kadın hastadan oluşmaktadır. Klinikte yıllık yapılan fitik ameliyatı sayısı ise yaklaşık 550’dir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Karabük İlinde Sağlık Bakanlığı Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinin genel cerrahi servisinde herni ameliyatı yapılan hastalar oluşturdu. Araştırmanın yapıldığı serviste, Ocak-Mayıs aylarında herni ameliyatı olan hastalar arasından araştırmaya alınma ölçütlerine göre seçilen

hastalar araştırmanın örneklemini oluşturdu. Ocak-Mayıs 2018 arası genel cerrahi servisinde 240 hasta fitik nedeniyle ameliyat olmuştur.

Araştırmaya başlanılmadan önce, Chi-Square Test Power Analysis ile farklı örneklem büyüklükleri ile 0,05 önem seviyesinde yapılan istatistiksel analize göre %80 test gücü için alınması gereken örneklem 51 olgu, 51 kontrol olmak üzere toplam 102 kişi bulundu. Çalışma sonrasında güç analizi tekrarlandığında çalışma gücü %99,9 bulundu.

Örnekleme Alınma Ölçütleri;

- Genel cerrahi servisinde herni ameliyatı olması,
- 18-65 yaş arası,
- BKİ normal ve fazla kilolu aralığında olması (18.50-24,99 kg/m²: Normal kilolu,25-29,99 kg/m²: Fazla kilolu)
- Sözel iletişim kurabilmesi,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- Mental konfüzyonu olmaması, bilinçli ve oryantasyonun tam olması,
- İletişim zorluğu bulunmaması,
- Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğine göre konstipasyon için orta veya yüksek riskli olması, (Konstipasyon için orta risk: puan 11-15, Konstipasyon için yüksek risk: puan≥16)
- Evinde klozet tuvalet bulunmasıdır.

Örneklemden Çıkarılma Ölçütleri ise;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- Araştırmadan ayrılmak isteyen,
- Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğine göre konstipasyon için düşük riskli olmasıdır (Konstipasyon için düşük risk: puan ≤10).

Konstipasyonu etkileyen bazı faktörleri kontrol altına alabilmek için amaçlı örneklem yapıldı. Örneklem seçim ölçütlerine uygun hastalar listelendi ve rastgele sayılar tablosuna göre hastalar seçildi.

3.4. Bağımlı, Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, KRDÖ, KCÖ, araştırmanın bağımsız değişkenleri, araştırmaya alınan hastaların cinsiyet, yaş, ıkınma güçlüğü, ıkınma korkusu, defekasyon süresi ve defekasyon sırasında yaşanan ağrıdır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Olgu ve kontrol grubuna ait veriler; Hasta Tanılama Formu (Ek-1), Hasta izlem formu (Ek-2), Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) (Ek-3) ve Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) (Ek-4) ile toplandı.

Hasta tanılama formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur. Hasta tanılama formu, hastaların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, mesleği, yaşadığı yer boy, kilo gibi sosyo-demografik özelliklerinin ve kullanılan tuvalet, bağırsak boşaltım alışkanlığı, beslenme, sıvı alımı, hareketinin sorgulandığı 15 sorudan oluşmaktadır (Uz vd.2006, Turan vd.2011, Bilgiç vd.2016).

Hasta izlem formu (Ek-2)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hastaların defekasyon sırasında yaşadıkları sıkıntıların, güçlüğü, Vizuel Analog Skala (VAS) Ağrı Değerlendirme Ölçeği ile defekasyon sırasında yaşadıkları ağrının ve defekasyondan sonraki dışkı şeklinin sorgulandığı Bristol Gaita Skalasının (BGS) da yer aldığı 9 sorudan oluşmaktadır (Uz vd. 2006, Turan vd. 2011, Bilgiç vd. 2016).

Bristol Gaita Skalası (BGS)

1990 yılında Lewis ve Heaton tarafından Bristol Üniversitesi'nde geliştirilmiştir ve insan gaitasını 7 grupta sınıflandırmaktadır. Gaitanın şekli kolonda kalış süresine göre değişmekte, bu nedenle BGS, geçiş süresinin hızlı ve güvenilir bir göstergesidir. Tamamen bilimsel olmamasına rağmen, bu tablo tanı koyarken gaita kıvamlarını daha iyi algılamak için sağlık çalışanlarına yardımcı olmaktadır (Lewis and Heaton 1997). Hastalar gaita kıvamları açısından bilgilendirildi.

Vizüel Analog Skala (VAS)

VAS'ın kullanılması oldukça kolay olmakla beraber güvenilir verilerin elde edilebilmesi için VAS'ın özellikle de minimum ve maximum noktaların hastalara iyice açıklanması şarttır. Ağrı şiddetini ölçmek için geliştirilen son derece basit, etkin, tekrarlanabilen ve minimal araç gerektiren bir ağrı şiddeti ölçüm yöntemidir (McCormack et. al. 1988).

Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) (Ek-3)

2008 yılında Varma ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Kaya ve Turan (2010) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olup, bireylerin dışkılama sırasında zorluğu/güçlüğü, sıklığını, yoğunluğunu belirlemeye yönelik bir ölçektir. Bu ölçek aracılığı ile konstipasyon semptomlarını ölçmek amaçlanmıştır. KCÖ 16 soru yer almakta olup Dışkı Tıkanıklığı, Kalın Bağırsak Tembelliği ve Ağrı olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. KCÖ'den alınabilecek toplam puan en düşük 0, en yüksek ise 73'tür. Alt boyutlardan alınabilecek puanlar Dışkı Tıkanıklığı 0-28, Kalın Bağırsak 0-29, Ağrı 0-16 arasındadır. Ölçekten alınan yüksek puan belirtilerin ciddi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı ($\alpha = 0.88-0.91$) ve test-tekrar test güvenilirliği (sınıf içi korelasyon katsayıları = 0.84-0.91), tüm alt boyutlar için yüksek bulunmuştur (Varma vd. 2008, Kaya ve Turan 2010, 2011). Çalışmadaki hastaların Cronbach's Alpha değeri 0,92 olarak bulundu. Kaya'dan ölçek kullanım izni alınmıştır.

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) (Ek-4)

Richmond, J.P. ve Wright, M.E. tarafından 2004 yılında geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması Koca Kutlu, Yılmaz, Çeçen ve Eser tarafından (2009) Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi cerrahi kliniğinde tedavi gören 245 yetişkin hasta ile yapılmıştır. Orijinal çalışmada 0.50 bulunan Cronbach's Alpha değeri Türkçeye uyarlanan ölçekte 0,43 olarak bulunmuştur. Toplam puan ve alt boyut puan korelasyonları da ($r = 0,47-0,57$) anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (Koca vd. 2011). Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği dört boyuttan oluşmaktadır. Her boyutta hastaya sorulan soruların cevaplarına ait puansal değerler vardır ve her boyut sonunda toplam puan alınmaktadır. Konstipasyon riski için hastanın aldığı toplam puan 10 veya daha az ise düşük risk, 11-15 arası orta risk, 16 ve üzeri ise yüksek riski göstermektedir. Ölçeğin sonunda toplam puan alınmakta ve sonuca göre hastanın konstipasyon risk grubu tespit edilmektedir. Hastanın vermiş olduğu cevaplara göre almış olduğu puansal değer arttıkça hastanın konstipasyon riski de artmaktadır. Bu çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0,45 olarak düşük güvenilir bulundu (Demirhan ve Hamurkaroğlu 2016). Ölçek kullanım izni Koca Kutlu'dan alınmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmaya başlanılmadan önce hasta odalarındaki klozet tuvaletler incelenmiş olup uygun yükseklikteki taburenin yapılabilmesi için ölçü alınmıştır. Hasta odalarındaki klozet tuvaletlerin yerden yüksekliği 42 cm olarak ölçülmüştür. Araştırma için kullanılacak klozet taburesi hasta güvenliği ön planda tutularak kaymaz taban özellikli kaliteli malzemedden Karabük Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından verilen destek kapsamında yaptırılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Klozet taburesinin özellikleri

Klozet taburesi, beyaz renk mdf lam malzemeli, kenarları beyaz 0.80 mm pvc kaplı, yükseklik:22 cm, en genişlik:57 cm, ayak yeri:37 cm özelliklere sahip olarak olgu grubundaki hastalara geri alınmamak üzere verilmiştir.



Resim 3.1. Klozet taburesinin görünümü

Araştırmanın Çalışma Planı

- Başlangıçta 2 hasta ile ön uygulama yapıldı. Herhangi bir sorun olmadığı görüldükten sonra araştırılmaya başlandı. Ön uygulama yapılan hastalar araştırmaya dahil edilmedi.
- Araştırmaya alınma ölçütleri dikkate alınarak örnekleme oluşturacak hastalar belirlendi.
- Hastalar, “Hasta Tanılama Formu,” “Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği,” “Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği” ve “Hasta İzlem Formu” kendileri cevaplandırdılar. Anlaşılmayan sorular için yardımcı olundu. Ayrıca hastalara taburcu olduktan bir hafta sonra hepsine telefon ile ulaşılarak “KRDÖ,” “KCÖ” ve “Hasta İzlem Formu” tekrar dolduruldu.

- Genel Cerrahi servisinde 2 kişilik hasta odalarında bulunan klozet tuvalet odaya yatan hastalar için ortak kullanılmaktadır. Olgu grubundaki hastaya verilecek olan taburenin kontrol grubuna atanan hasta tarafından kullanımını önlemek ve olgu-kontrol grubu arasındaki iletişimi engellemek amacıyla çalışmaya önce kontrol grubu hastaların alınması planlandı.

Kontrol grubundaki hastalara;

- Ameliyat öncesi, hasta tanılama formu, Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği uygulandı.
- Herhangi bir ilave girişim yapılmadı. Klinikteki rutin bakımı aldılar.
- Ameliyat sonrası birinci gün, ikinci gün ve taburculuktan bir hafta sonra olmak üzere Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği, Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği, Hasta izlem formu uygulanarak bağırsak boşaltım durumu, sıklığı, güçlüğü, ağrı, gaitanın şekli ve konstipasyon gelişme durumu izlendi.
- Çalışma tamamlandıktan sonra kontrol grubu hastalara da çömelme pozisyonunun etkisi ile ilgili bilgilendirme yapılmıştır.

Olgu grubundaki hastalara;

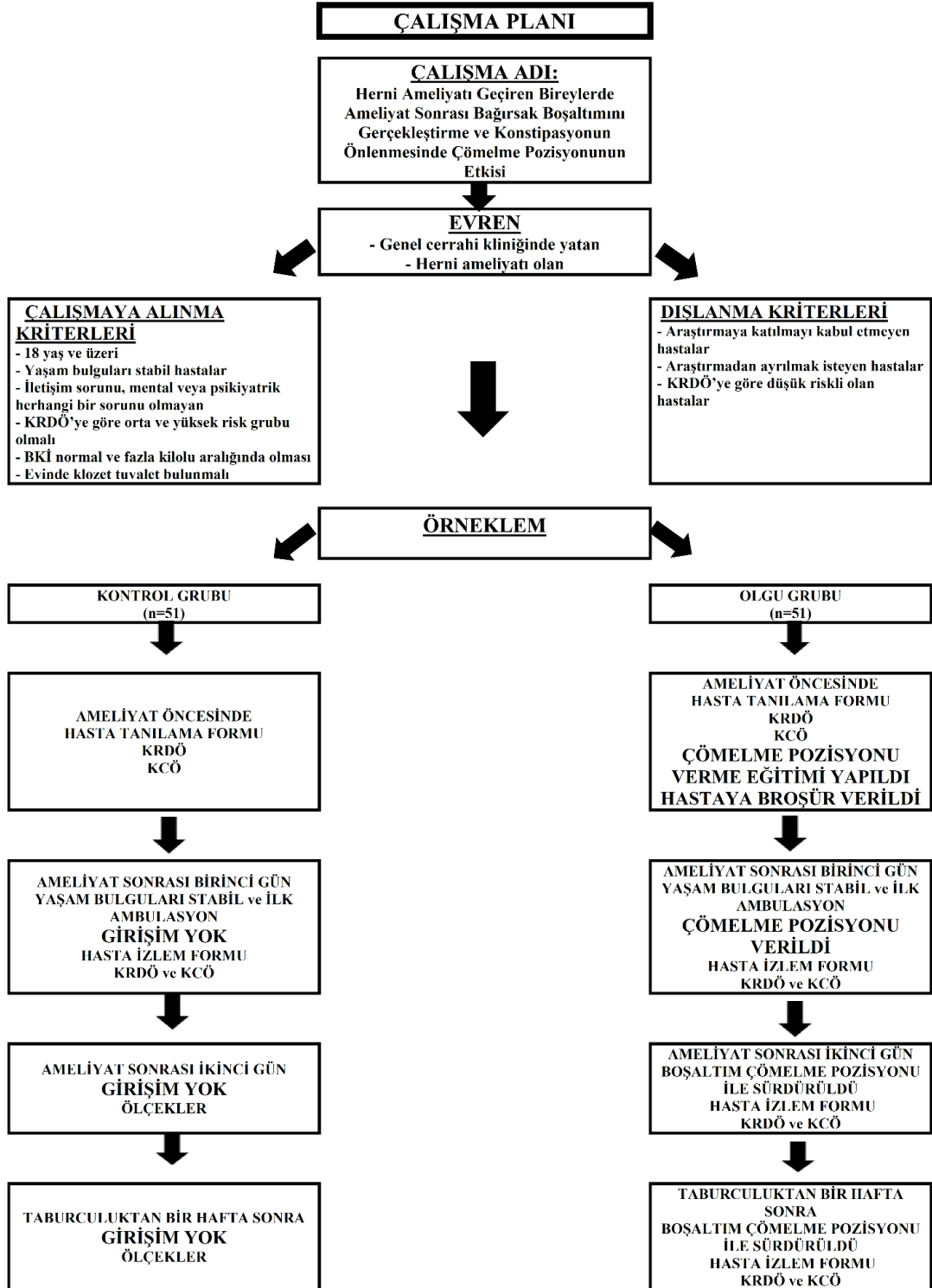
- Ameliyat öncesinde klozet tipi tuvalette ayaklarının altına uygun açı oluşturacak tabure ile çömelme pozisyonu hazırlanan broşür (Ek-5) ile anlatılarak eğitim verildi. Eğitim sonrası hastaya tabure ile klozet tuvalette çömelme pozisyonu uygulaması yaptırıldı.
- Ameliyat öncesi, hasta tanılama formu, Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği uygulandı.
- Ameliyatın ardından ilk ambulasyondan sonra bağırsak hareketleri dönen ve yaşam bulguları stabil hastalara eliminasyon için alafranga tuvalette ayak altına uygun yükseklikte tabure konularak “çömelme pozisyonu” verildi.

Bundan sonraki hastanede ve taburcu olduktan sonra bir hafta süresince tüm defekasyonları sırasında tabureyi kullanması sağlandı.

- Ameliyat sonrası birinci gün, ikinci gün ve taburculuktan bir hafta sonra, Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği, Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği, Hasta izlem formu uygulanarak bağırsak boşaltım durumu, sıklığı, güçlüğü, ağrı, gaitanın şekli ve konstipasyon gelişme durumu izlendi.



Araştırma akış şeması;



3.7. Verilerin Değerlendirilmesine Kullanılan Yöntemler

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi bilgisayar ortamında alanında uzman bir istatistikçi tarafından danışmanlık hizmeti alınarak yapıldı. Çalışma 51 olgu; 51 kontrol olmak üzere 102 denek üzerinden gerçekleştirildi.

Çalışma verileri değerlendirilirken sayısal değişkenler, Büyük Sayılar Yasası'na göre $n \rightarrow \infty$ için, örneklem ortalamasının dağılımı normal dağılıma yaklaşır denilmektedir. Verilerin normal dağılım göstermesi durumunda ortalamalar alınmakta, normal dağılım göstermediğinde ise medyan üzerinden değerlendirilmektedir. Denek sayısı 30 olduğunda verilerin normal dağılıma uygun olduğu düşünülmektedir. Denek sayısı 102 olduğu ve bu sayının da 30'un çok daha üzerinde olduğu ve verilerin normal dağılıma yaklaştığı düşünülerek (İnal ve Günay 2002) parametrik testlerden yararlanıldı.

Çalışma verileri değerlendirilirken sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma), kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), verildi. İki gruba sahip kategorik değişkenler arasındaki farkın incelenmesinde bağımsız örneklem t testinden, ikiden fazla gruba sahip kategorik değişkenler arasındaki farkın incelenmesinde ise "tek yönlü varyans analizi" (ANOVA) ile test edildi. Analiz sonucunda varyans homojenliği için Levene testi, homojenliğini sağlayan değişkenlerde Bonferonni, homojenliğini sağlamayan değişkenlerde fark incelemesi için Tamhane's T2 testi kullanıldı. Zamana göre farklılıkların incelenmesinde; iki farklı zamandaki sayısal değişken için bağımlı örneklem t testi, iki farklı zamandaki kategorik değişken için McNemar testi, ikiden fazla sayısal değişken için tekrarlı ölçümler varyans analizi, ikiden fazla kategorik değişken için Cochran Q testi kullanıldı. İki sayısal değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısından yararlanıldı. İki kategorik değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde ki kare testinden yararlanıldı. Sonuçlar için $p < 0,05$ anlamlılık kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma Helsinki Bildirgesi iyi uygulamalar kılavuzuna uygun olarak yapılmıştır. Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan Etik Kurul İzni (Ek-6) ve Sağlık Bakanlığı Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Klinik Şefi ile ön görüşme yapılarak iş birliği sağlanmış ve Kurum İzni (Ek-7) alındıktan sonra araştırmaya başlanılmıştır. Araştırmada yer alan hastalara araştırmanın adı, amacı, elde edilen bilgilerin nerede, ne doğrultuda kullanılacağı, çalışmanın hastaya hiçbir zararının olmadığı, verdiği bilgilerin saklı kalacağı ve yalnızca bilimsel amaçla kullanılacağı hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı anlatıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek-8) ile sözlü ve yazılı izin alındı.

3.9. Araştırmada Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar

Çalışmaya bir erkek hasta katılmayı kabul etmemiştir. Herni ameliyatlarının erkeklerde daha fazla görülmesi nedeniyle araştırma örnekleminde cinsiyete göre erkekler çoğunlukta bulunmaktadır. Kadın örnekleminiz sınırlı sayıda kalmıştır. Ayrıca tez çalışması için sürenin kısıtlı olması, kullanılan taburelerin klinikte yer kaplaması, hasta odalarının 2 kişilik olması ve odadaki tuvaletin ortak kullanılması olgu ve kontrol grubunun aynı anda alınamamasına neden olarak çalışmanın planlandığı şekilde yapılamamasına neden olmuştur. Klinikte çalışanların çalışmayı destekler tavır sergilemesi ise çalışmanın olumlu yönüdür.

Çalışmada KRDÖ düşük güvenilir bulunmuştur. Ancak KCÖ de kullanıldığı için çalışma verileri doğrulanmıştır.

4. BULGULAR

Herni ameliyatı geçirmiş olan bireylerde ameliyat sonrasında verilen çömelme pozisyonunun, normal bağırsak boşaltımının sürdürülmesine (ıkınma güçlüğü, ıkınma korkusu, defekasyon süresi ve ağrı) ve konstipasyonun engellenmesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular;

- Hastaların Sosyodemografik ve Boşaltım Alışkanlığına Yönelik Özellikleri
- Boşaltımı Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular
- KRDÖ ve KCÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular
- Defekasyon Süresi, ıkınma Güçlüğü, ıkınma Korkusunun Karşılaştırılmasına Ait Bulgular
- Boşaltım Sırasında Yaşanan Ağrının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Boşaltım Alışkanlığına Yönelik Özellikleri

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik ve Boşaltım Alışkanlığına Yönelik Özellikleri.

		Olgu Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test Değeri	
		N	%	N	%	N	%	Ki Kare	p
Cerrahi Girişim	Sağ inguinal herni	26	51	31	60,8	57	55,9	-	-
	Sol inguinal herni	12	23,5	12	23,5	24	23,5		
	Ventral herni	5	9,8	2	3,9	7	9,8		
	Umblikal herni	6	11,8	4	7,8	10	6,9		
	Diğer insüzyonel herni, nüks herni)	2	3,9	2	3,9	4	3,9		
Cinsiyet	Kadın	7	13,7	7	13,7	14	13,7	0,000	1,000
	Erkek	44	86,3	44	86,3	88	86,3		
Yaş	33-49 yaş	14	27,5	15	29,4	29	28,4	0,056	0,973
	50-59 yaş	13	25,5	13	25,5	26	25,5		
	60-65 yaş	24	47,1	23	45,1	47	46,1		
BKİ	20,8-24,9	14	27,5	15	29,4	29	28,4	0,048	0,826
	25- 29,9	37	72,5	36	70,6	73	71,6		
Hareket Düzeyi	Az hareket	6	11,8	9	17,6	15	14,7	0,726	0,696
	Orta hareket	25	49	24	47,1	49	48		
	Çok hareket	20	39,2	18	35,3	38	37,3		
Günlük Beslenme	Meyve/sebze ağırlıklı	13	25,5	7	13,7	20	19,6	4,940	0,293
	Et ve süt ürünleri	6	11,8	7	13,7	13	12,8		
	Hamur işi	13	25,5	13	25,5	26	25,5		
Alışkanlığı	Karışık gıda	14	27,5	22	43,1	36	35,3		
	Hazır	5	9,8	2	3,9	7	6,9		
Kabızlık Durumu	Sık sık/her zaman	8	15,7	4	7,8	12	11,7	1,832	0,400
	Bazen	19	37,3	18	35,3	37	36,3		
	Nadir	24	47,1	29	56,9	53	52		
Boşaltım Alışkanlığı	Günde 1 kez	42	82,4	30	58,8	72	70,6	-	-
	İki günde 1	9	17,6	18	35,3	27	26,5		
	Haftada 2 kez	0	0	3	5,9	3	2,9		
Kullanılan Tuvalet Türü	Alaturka	32	62,7	37	72,5	69	67,6	1,120	0,290
	Klozet	19	37,3	14	27,5	33	32,4		
Eğitim Düzeyi	İlkokul ve altı	40	78,4	41	80,4	81	79,4	0,060	0,807
	Lise ve üzeri	11	21,6	10	19,6	21	20,5		
Yaşanılan Yer	İl	30	58,8	25	49	55	53,9	1,261	0,532
	İlçe	13	25,5	18	35,3	31	30,4		
	Köy	8	15,7	8	15,7	16	15,7		
Meslek	Emekli	16	31,4	13	25,5	29	28,4	1,881	0,758
	Ev hanımı	7	13,7	7	13,7	14	13,7		
	İşçi	7	13,7	4	7,8	11	10,8		
	Serbest meslek	21	41,1	27	52,9	48	47,1		
TOPLAM		51	100	51	100	102	100		
		Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	t	p
Sıvı su (su bardağı)		5,31	2,35	5,31	2,20			0,000	1,000
Sıvı çay (çay bardağı)		5,65	4,30	5,31	4,44			0,385	0,701
Ameliyat öncesi KCO		17,55	19,41	10,19	10,18			-0,924	0,358
Ameliyat öncesi dışkı tıkanıklığı		10,69	11,37	6,3	5,79			-0,573	0,568
Ameliyat öncesi kalın bağırsak tembelliği		3,04	9,63	3,34	5,29			-1,768	0,081
Ameliyat öncesi ağrı		1,67	1,78	2,40	1,96			-0,271	0,787
Ameliyat öncesi KRDO		14,12	2,76	14,33	2,97	14,23	2,86	-0,380	0,705
BKİ		26,68	2,54	26,64	2,76	26,66	2,64	0,078	0,938
Yaş		55,24	8,9	54,76	9,45	55,0	9,13	0,259	0,796

Hastaların sosyodemografik ve boşaltım alışkanlığına yönelik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Hastaların %55,9'unun sağ inguinal herni, %23,5'inin sol inguinal herni, %9,8'inin umbilikal herni, %6,9'unun ventral herni ve %3,9'unun diğer (insüzyonel herni, nüks herni) herni çeşitlerini oluşturduğu görüldü. Hastaların %86,3'ünün erkek, %46,1'inin 60-65 yaş grubunda, yaş ortalamasının $55,0 \pm 9,13$ olduğu görüldü. Hastaların %72,5'i ilkokul mezunu, %47,1'i serbest meslek olarak çalıştığı ve %53,9'unun ilde yaşadığı görüldü.

Hastaların BKİ incelendiğinde %71,6'sının 25-25,9 arasında olduğu bulundu ve hastaların BKİ ortalamasının $26,66 \pm 2,64$ olduğu görüldü. Araştırmaya alınan hastaların %48'i günlük hayatlarında orta düzeyde hareketli olduklarını belirtti. Araştırmaya alınan hastaların %35,3'ü her türlü besin, %25,5'i hamur işi, %19,6'si meyve/sebze, %11,8'i et ve et ürünleri, %6,9'u hazır gıda ve %1'i süt ve süt ürünleri ile beslendiği bulundu.

Hastaların %52'sinin günlük hayatlarında nadiren kabızlık yaşadığı, %70,6'sı günde bir kez, %26,5'i iki günde bir kez ve %2,9'u ise haftada iki kez gaita yaptığı belirlendi. Araştırmaya alınan hastalardan %67,6'sı günlük yaşamlarında alaturka tipi tuvalet kullandığı belirlendi.

Olgu(O) ve kontrol(K) grubu hastaların %86,3'ü erkektir. Olgu grubundaki(n=51) hastaların yaş ortalaması $55,24 \pm 8,90$, kontrol grubunun(n=51) ise yaş ortalaması $54,76 \pm 9,45$ olduğu, olgu grubunun %47,1'ini, kontrol grubunun ise %45,1'ini 60-65 yaş grubu oluşturdu.

Olgu grubundaki hastaların BKİ ortalaması $26,68 \pm 2,542$, kontrol grubundaki hastaların ise $26,64 \pm 2,76$ 'dır. Olgu grubundaki hastaların %72,5'inin, kontrol grubundakilerin ise %70,6'sının BKİ'nin 25-25,9 arası olduğu görüldü.

Olgu grubundaki hastaların %49'u, kontrol grubundakilerin ise %47,1'i günlük hayatlarında orta düzeyde hareketli olduklarını belirtti. Olgu grubundaki hastaların

%25,5'i, kontrol grubundakilerin ise %13,7'si meyve/sebze ağırlıklı beslendikleri belirlendi.

Olgu grubundaki hastaların %47,1'i, kontrol grubundakilerin %56,9'u nadiren kabızlık yaşadıkları, olgu grubundaki hastaların %62,7'si, kontrol grubundaki hastaların ise %72,5'i alaturka tipi tuvalet kullandığı belirlendi.

Olgu grubundaki hastaların %78,4'ü, kontrol grubu hastaların ise %80,4'ü ilkökul mezunu veya okur yazar değildirler. Olgu grubundaki hastaların %58,8'i, kontrol grubundaki hastaların %49'u şehirde yaşamadığı, olgu grubundaki hastaların %41,2'si, kontrol grubundaki hastaların ise %53'ü serbest meslek olarak çalıştığı görüldü.

Günlük sıvı alımları incelendiğinde olgu grubundaki hastaların $5,31 \pm 2,35$ su bardağı su ve $5,65 \pm 4,30$ çay bardağı çay tüketirken, kontrol grubundaki hastaların ise $5,31 \pm 2,20$ su bardağı su ve $5,31 \pm 4,44$ çay bardağı çay tükettikleri görüldü.

Ameliyat öncesi KCÖ ortalaması olgu grubunda $17,55 \pm 19,41$, kontrol grubunda $10,19 \pm 10,18$ olduğu saptandı. Ameliyat öncesi KRDÖ ortalaması olgu grubunda $14,12 \pm 2,76$, kontrol grubunda $14,33 \pm 2,97$ olduğu belirlendi.

Olgu ve kontrol grubu hastaların yaş, cinsiyet, ameliyat öncesi KCÖ ve KCÖ'nün alt boyutları olan dışkı tıkanıklığı, kalın bağırsak tembelliği, ağrı, ayrıca KRDÖ, BKİ, günlük sıvı, beslenme, hareket, kabızlık durumları, kullanılan tuvalet türü ve diğer parametreler incelendiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olup ($p > 0,05$), grupların homojen dağıldığı görüldü.

4.2. Boşaltımı Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 2. Boşaltımı etkileyen faktörler açısından gruplar arasındaki farklılığın incelenmesi

		Olgu Grubu		Kontrol Grubu		Test Değeri		
		Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	t	p	
Oral Sıvı Alımı (Bardak=200 cc)	Ameliyat sonrası birinci gün	1,45	1,03	1,29	0,92	0,812	0,419	
	Ameliyat sonrası ikinci gün	3,45	1,55	3,24	1,18	0,791	0,431	
	Taburculuktan bir hafta sonra	5,29	1,90	5,37	1,72	-0,219	0,827	
Damar Yolu ile Sıvı Alımı (cc)	Ameliyat sonrası birinci gün	1701,96	261,91	1766,67	353,08	-1,051	0,296	
	Ameliyat sonrası ikinci gün	160,78	151,10	162,75	146,92	-0,066	0,947	
Öğün miktarı (porsiyon)	Ameliyat sonrası birinci gün	0,90	0,50	0,69	0,58	2,006	0,048	
	Ameliyat sonrası ikinci gün	2,55	1,01	2,18	0,84	2,028	0,045	
	Taburculuktan bir hafta sonra	3,94	0,99	3,27	0,60	4,113	0,001	
Ameliyat sonrası ayağa kalkma zamanı (saat)		8,37	4,25	8,69	5,81	-0,311	0,756	
		N	%	N	%	Ki Kare	p	
Lifli Gıda Alımı	Ameliyat sonrası ikinci gün	Var	20	39,2	20	39,2	0,000	1,000
		Yok	31	60,8	31	60,8		
	Taburculuktan bir hafta sonra	Var	42	82,4	43	84,3	0,071	0,790
		Yok	9	17,6	8	15,7		
Hareket	Ameliyat sonrası birinci gün	Hareket yok	5	9,8	9	17,6	1,325	0,250
		Sadece tuvalete kalktı	46	90,2	42	82,4		
	* Ameliyat sonrası ikinci gün	Sadece tuvalete kalktı	7	13,7	5	9,8	-	-
		Az hareket	42	82,4	46	90,2		
		Orta hareket	2	3,9	0	0		
	Taburculuktan bir hafta sonra	Az hareket	19	37,3	28	54,9	3,196	0,074
Orta hareket		32	62,7	23	45,1			

*Örneklem sayısı yetersiz olduğu için karşılaştırılmadı.

Boşaltımı etkileyen faktörler açısından gruplar arasındaki farklılığın incelenmesi Tablo 2’de gösterilmiştir.

Olgu ve kontrol gruplarının oral sıvı alımı açısından ameliyat sonrası birinci gün ($O=1,45\pm 1,03$, $K=1,29\pm 0,92$) ve ameliyat sonrası ikinci gün ($O=3,45\pm 1,55$, $K=3,24\pm 1,18$), taburculuktan bir hafta sonraki ($O=5,29\pm 1,90$, $K=5,37\pm 1,72$) arasında; damar yolu ile sıvı alımı açısından ise ameliyat sonrası birinci gün ($O=1701,96\pm 261,91$, $K=1766,67\pm 353,08$), ameliyat sonrası ikinci gün ($O=160,78\pm 151,10$, $K=162,75\pm 146,92$) sıvı alımları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Olgu ve kontrol grubu hastaların, ameliyat sonrası birinci gün ($O=0,90\pm 0,50$, $K=0,69\pm 0,58$), ameliyat sonrası ikinci gün ($O=2,55\pm 1,01$, $K=2,18\pm 0,84$) ve taburculuktan bir hafta sonraki öğün miktarı (porsiyon) ($O=3,94\pm 0,99$, $K=3,27\pm 0,60$) ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu (sırasıyla $t=2,006$; $p=0,048$, $t=2,028$; $p=0,045$, $t=4,113$; $p=0,001$). Buna göre, olgu grubu hastaların beslenme porsiyon sayısı ortalaması, kontrol grubundaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.

Olgu ve kontrol gruplarının ameliyat sonrası ilk defa ayağa kaldırılma zamanları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). İlk defa ayağa kaldırılma zaman ortalaması olgu grubunda $8,37\pm 4,25$, kontrol grubunda ise $8,69\pm 5,81$ saat olduğu görüldü.

Hastaların, lif içeren gıda alımları incelendiğinde Ameliyat sonrası ikinci gün ($O=\%39,2$, $K=\%39,2$) ve taburculuktan bir hafta sonraki ($O=\%82,4$, $K=\%84,3$) olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Hastaların hareket ortalamaları ameliyat sonrası birinci gün ($O=\%90,2$, $K=\%82,4$) ve taburculuktan bir hafta sonraki ($O=\%62,7$, $K=\%45,1$) incelendiğinde olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

4.3. KRDÖ ve KCÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 3. KRDÖ, KCÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farklılığın incelenmesi

		Olgu Grubu		Kontrol Grubu		t	p
		Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
KRDÖ	Ameliyat sonrası birinci gün	15,71	3,45	14,96	3,72	1,050	0,296
	Ameliyat sonrası ikinci gün	14,94	3,40	14,18	3,70	1,075	0,285
	Taburculuktan bir hafta sonra	12,18	3,783	11,82	3,78	0,472	0,638
KCÖ	Ameliyat sonrası birinci gün	17,73	20,84	10,85	11,30	-1,421	0,158
	Ameliyat sonrası ikinci gün	18,08	20,22	10,88	10,82	-0,995	0,322
	Taburculuktan bir hafta sonra	17,65	19,84	10,74	10,90	-1,025	0,308
DIŞKI TIKANIKLIĞI	Ameliyat sonrası birinci gün	12,12	12,12	7,19	6,83	0,000	1,000
	Ameliyat sonrası ikinci gün	11,37	11,77	6,83	6,46	-0,298	0,767
	Taburculuktan bir hafta sonra	11,37	11,75	6,83	6,45	-0,283	0,778
KALIN BAĞIRSAK TEMBELLİĞİ	Ameliyat sonrası birinci gün	4,41	5,84	3,68	4,18	-1,834	0,070
	Ameliyat sonrası ikinci gün	3,96	5,55	3,63	4,08	-1,916	0,061
	Taburculuktan bir hafta sonra	3,92	3,65	5,55	4,08	-2,122	0,036
AĞRI	Ameliyat sonrası birinci gün	3,25	3,43	2,81	2,61	-0,329	0,743
	Ameliyat sonrası ikinci gün	3,20	3,53	2,68	2,40	-0,662	0,510
	Taburculuktan bir hafta sonra	2,35	2,55	2,76	2,38	-0,384	0,702

KRDÖ, KCÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farklılığın incelenmesi Tablo 3’de gösterilmiştir.

Olgu ve kontrol gruplarına uygulanan Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ameliyat sonrası birinci gün (O=15,71±3,45, K=14,96±3,72), ameliyat sonrası ikinci gün (O=14,94±3,48, K=14,18±3,70) ve taburculuktan bir hafta sonra (O=12,18±3,78, K=11,82±3,78) ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05).

Olgu ve kontrol gruplarına uygulanan Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği ameliyat sonrası birinci gün (O=17,73±20,84, K=10,85±11,30), ameliyat sonrası ikinci gün (O=18,08±20,22, K=10,88±10,82), ve taburculuktan bir hafta sonra (O=17,65±19,84, K=10,74±10,90) ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05).

Ölçeğin alt boyutları dışkı tıkanıklığı ameliyat sonrası birinci gün (O=12,12±12,12, K=7,19±6,83), post-op 2. gün (O=11,37±11,77, K=6,83±6,46), taburculuktan bir hafta sonra (O=11,37±11,75, K=6,83±6,45), kalın bağırsak tembelliği ameliyat sonrası birinci gün (O=4,41±5,84, K=3,68±4,18), Ameliyat sonrası ikinci gün (D=3,96±5,55, K=3,68±4,18), taburculuktan bir hafta sonra (O=3,92±3,65, K=5,55±4,08), ağrı ameliyat sonrası birinci gün (O=3,25±3,43, K=2,81±2,61), ameliyat sonrası ikinci gün (O=3,20±3,53, K=2,68±2,40), taburculuktan bir hafta sonra (O=2,35±2,55, K=2,76±2,38) olduğu saptandı. Ölçeğin alt boyut ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken (p>0,05), taburculuktan bir hafta sonraki ölçeğin alt boyutlarından biri olan kalın bağırsak tembelliği ortalaması bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=-2,122, p=0,036). Kalın bağırsak tembelliği ortalaması kontrol grubunda olgu grubuna göre yüksek bulundu.

Tablo 4. KRDÖ ve KCÖ puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması.

			Ort.	S.S.	t	p
KRDÖ	Ameliyat öncesi	Kadın	16,64	2,79	3,607	0,001
		Erkek	13,84	2,69		
	Ameliyat sonrası birinci gün	Kadın	19,07	3,75	4,599	0,001
		Erkek	14,74	3,20		
	Ameliyat sonrası ikinci gün	Kadın	17,71	3,95	3,759	0,001
		Erkek	14,06	3,29		
Taburculuktan bir hafta sonra	Kadın	15,43	3,92	3,92	0,001	
	Erkek	11,45	3,46			
KCÖ	Ameliyat öncesi	Kadın	30,14	9,38	5,171	0,001
		Erkek	16,63	9,04		
	Ameliyat sonrası birinci gün	Kadın	32,43	9,08	5,371	0,001
		Erkek	17,19	9,97		
	Ameliyat sonrası ikinci gün	Kadın	31,93	8,68	5,357	0,001
		Erkek	17,11	9,74		
Taburculuktan bir hafta sonra	Kadın	31,71	8,77	5,477	0,001	
	Erkek	16,68	9,65			
DIŞKI TIKANIKLIĞI	Ameliyat öncesi	Kadın	16,21	5,59	3,671	0,001
		Erkek	10,20	5,70		
	Ameliyat sonrası birinci gün	Kadın	18,57	5,19	4,801	0,001
		Erkek	11,09	6,69		
	Ameliyat sonrası ikinci gün	Kadın	17,50	5,64	3,848	0,001
		Erkek	10,63	6,29		
Taburculuktan bir hafta sonra	Kadın	17,43	5,65	3,807	0,001	
	Erkek	10,63	6,29			
KALIN BAĞIRSAK TEMBELLİĞİ	Ameliyat öncesi	Kadın	8,14	2,98	2,083	0,045
		Erkek	6,05	5,77		
	Ameliyat sonrası birinci gün	Kadın	8,86	3,44	4,045	0,001
		Erkek	4,53	3,75		
	Ameliyat sonrası ikinci gün	Kadın	8,64	3,39	4,325	0,001
		Erkek	4,14	3,66		
Taburculuktan bir hafta sonra	Kadın	8,64	3,39	4,332	0,001	
	Erkek	4,11	3,67			
AĞRI	Ameliyat öncesi	Kadın	4,57	2,88	4,183	0,001
		Erkek	1,27	1,67		
	Ameliyat sonrası birinci gün	Kadın	5,93	2,62	4,161	0,001
		Erkek	2,93	2,49		
	Ameliyat sonrası ikinci gün	Kadın	6,64	2,59	6,063	0,001
		Erkek	2,84	2,11		
Taburculuktan bir hafta sonra	Kadın	5,64	2,59	5,751	0,001	
	Erkek	1,94	2,18			

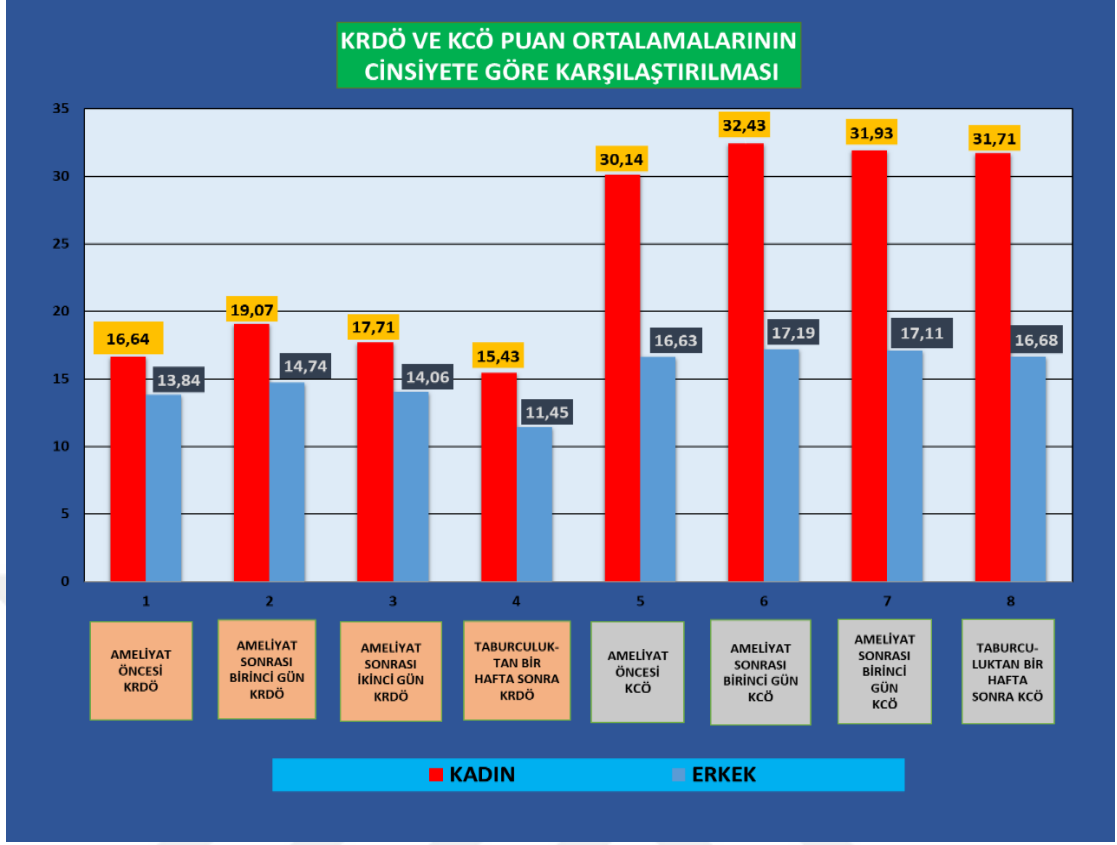
KRDÖ ve KCÖ puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 4 ve Grafik 4.1’de gösterilmiştir.

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği, Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği ve ölçeğin alt boyutları incelendiğinde cinsiyetler arası fark bulundu ($p < 0,05$).

Konstipasyon Risk Değerlendirme ölçeği ortalaması ameliyat öncesi (Kadın(K)=16,64±2,79, Erkek(E)=13,84±2,69), ameliyat sonrası birinci gün (K=19,07±3,75, E=14,74±3,20), ameliyat sonrası ikinci gün (K= 17,71±3,95, E=14,06±3,29) ve taburculuktan bir hafta sonra (K= 15,43±3,92, E=11,45±3,46) kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (sırasıyla; t=3,607; p=0,001, t=4,599; p=0,001, t=3,759; p=0,001, t=3,920; p=0,001).

Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği ameliyat öncesi (K=30,14±9,38, E= 16,63±9,04), ameliyat sonrası birinci gün (K=32,43±9,08, E=17,19±9,97), ameliyat sonrası ikinci gün (K=31,93±8,68, E=17,11±9,74), taburculuktan bir hafta sonraki (K=31,71±8,77, E=16,68±9,65) ortalamaları incelendiğinde kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (sırasıyla; t=5,171; p=0,001, t=5,371; p=0,001, t=5,357; p=0,001, t=5,477; p=0,001).

Konstipasyon Ciddiyet ölçeğinin alt boyutları dışkı tıkanıklığı (sırasıyla; t=3,671; p=0,001, t=4,801; p=0,001, t=3,848; p=0,001, t=3,807; p=0,001), kalın bağırsak tembelliği (sırasıyla; t=2,083; p=0,045, t=4,801; p=0,001, t=4,325; p=0,001, t=4,332; p=0,001) ve ağrı (sırasıyla; t=4,183; p=0,001, t=4,161; p=0,001, t=6,063; p=0,001, t=5,751; p=0,001) ortalamaları kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (p>0,05).



Grafik 4.1. KRDÖ ve KCÖ puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması.

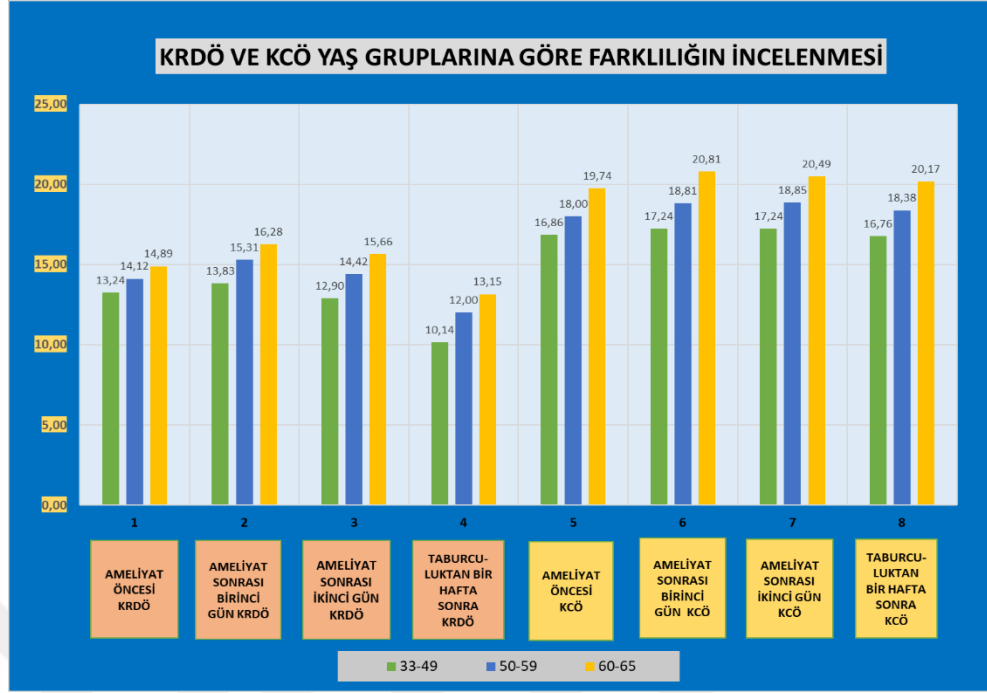
Tablo 5. KRDÖ ve KCÖ puan ortalamalarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması.

			Ort.	S.S.	F	p	Fark
KRDÖ	Ameliyat öncesi	33-49 yaş	13,24	1,70	3,156	0,047	1<3
		50-59 yaş	14,12	2,67			
		60-65 yaş	14,89	3,34			
	Ameliyat sonrası birinci gün	33-49 yaş	13,83	2,55	4,471	0,014	1<3
		50-59 yaş	15,31	3,48			
		60-65 yaş	16,28	3,92			
	Ameliyat sonrası ikinci gün	33-49 yaş	12,90	2,92	5,832	0,004	1<3
		50-59 yaş	14,42	3,15			
		60-65 yaş	15,66	3,85			
	Taburculuktan bir hafta sonra	33-49 yaş	10,14	2,66	6,34	0,003	1<3
		50-59 yaş	12,00	3,81			
		60-65 yaş	13,15	3,93			
KCÖ	Ameliyat öncesi	33-49 yaş	16,86	7,92	0,755	0,473	-
		50-59 yaş	18,00	8,87			
		60-65 yaş	19,74	11,96			
	Ameliyat sonrası birinci gün	33-49 yaş	17,24	9,03	0,951	0,390	-
		50-59 yaş	18,81	9,53			
		60-65 yaş	20,81	12,97			
	Ameliyat sonrası ikinci gün	33-49 yaş	17,24	8,91	0,814	0,446	-
		50-59 yaş	18,85	9,51			
		60-65 yaş	20,49	12,52			
	Taburculuktan bir hafta sonra	33-49 yaş	16,76	8,75	0,909	0,406	-
		50-59 yaş	18,38	9,27			
		60-65 yaş	20,17	12,62			
DIŞKI TIKANIKLIĞI	Ameliyat öncesi	33-49 yaş	10,24	5,69	0,500	0,608	-
		50-59 yaş	10,81	4,92			
		60-65 yaş	11,64	6,80			
	Ameliyat sonrası birinci gün	33-49 yaş	11,31	6,79	0,914	0,404	-
		50-59 yaş	11,19	5,50			
		60-65 yaş	13,13	7,78			
	Ameliyat sonrası ikinci gün	33-49 yaş	10,62	6,16	0,759	0,471	-
		50-59 yaş	11,08	5,66			
		60-65 yaş	12,43	7,37			
	Taburculuktan bir hafta sonra	33-49 yaş	10,59	6,12	0,783	0,460	-
		50-59 yaş	11,08	5,66			
		60-65 yaş	12,43	7,37			
KALIN BAĞIRSAK TEMBELLİĞİ	Ameliyat öncesi	33-49 yaş	4,86	4,16	1,865	0,160	-
		50-59 yaş	6,15	5,42			
		60-65 yaş	7,34	6,14			
	Ameliyat sonrası birinci gün	33-49 yaş	4,52	3,60	0,473	0,624	-
		50-59 yaş	5,42	3,99			
		60-65 yaş	5,34	4,24			
	Ameliyat sonrası ikinci gün	33-49 yaş	4,24	3,49	0,349	0,706	-
		50-59 yaş	4,88	3,76			
		60-65 yaş	5,00	4,30			
	Taburculuktan bir hafta sonra	33-49 yaş	4,24	3,49	0,323	0,724	-
		50-59 yaş	4,85	3,79			
		60-65 yaş	4,98	4,32			
AĞRI	Ameliyat öncesi	33-49 yaş	1,31	1,85	0,793	0,455	-
		50-59 yaş	1,77	2,18			
		60-65 yaş	1,96	2,37			
	Ameliyat sonrası birinci gün	33-49 yaş	2,76	2,23	1,457	0,238	-
		50-59 yaş	3,15	2,43			
		60-65 yaş	3,81	3,05			
	Ameliyat sonrası ikinci gün	33-49 yaş	2,93	2,17	0,804	0,450	-
		50-59 yaş	3,27	2,44			
		60-65 yaş	3,68	2,79			
	Taburculuktan bir hafta sonra	33-49 yaş	1,93	2,17	0,948	0,391	-
		50-59 yaş	2,46	2,55			
		60-65 yaş	2,77	2,79			

KRDÖ ve KCÖ puan ortalamalarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 5 ve Grafik 4.2’de gösterilmiştir.

Ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci gün, ameliyat sonrası ikinci gün KRDÖ ve taburculuktan bir hafta sonra uygulanan KRDÖ ortalamaları bakımından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre, KRDÖ ortalaması 33-49 yaş arası ameliyat öncesi $13,24\pm 1,70$, ameliyat sonrası birinci gün $13,83\pm 2,55$, ameliyat sonrası ikinci gün $12,90\pm 2,92$, taburculuktan bir hafta sonra $10,14\pm 2,66$, 50-59 yaş arası ameliyat öncesi $14,12\pm 2,67$, ameliyat sonrası birinci gün $15,31\pm 3,48$, ameliyat sonrası ikinci gün $14,42\pm 3,15$, taburculuktan bir hafta sonra $12,00\pm 3,81$, 60-65 yaş arası ameliyat öncesi $14,89\pm 3,34$, ameliyat sonrası birinci gün $16,28\pm 3,92$, ameliyat sonrası ikinci gün $15,66\pm 3,85$, taburculuktan bir hafta sonra $13,15\pm 3,93$ olduğu bulundu. Buna göre, 60-65 yaş grubu hastaların konstipasyon risk değerlendirme ölçeği ortalamaları 33-49 yaş grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği ve ölçeğin alt boyutları ortalamaları incelendiğinde yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$), yaş ilerledikçe KCÖ ortalamasının arttığı görülmektedir. Buna göre, KCÖ ortalaması 33-49 yaş arası ameliyat öncesi $16,86\pm 7,9$, ameliyat sonrası birinci gün $17,24\pm 9,03$, ameliyat sonrası ikinci gün $17,24\pm 8,91$, taburculuktan bir hafta sonra $16,76\pm 8,75$, 50-59 yaş arası ameliyat öncesi $18,00\pm 8,87$, ameliyat sonrası birinci gün $18,81\pm 9,53$, ameliyat sonrası ikinci gün $18,85\pm 9,51$, taburculuktan bir hafta sonra $18,38\pm 9,27$, 60-65 yaş arası ameliyat öncesi $20,81\pm 12,97$, ameliyat sonrası birinci gün $20,81\pm 12,97$, ameliyat sonrası ikinci gün $20,49\pm 12,52$, taburculuktan bir hafta sonra $20,17\pm 12,62$ olduğu görüldü.



Grafik 4.2. KRDÖ ve KCÖ puan ortalamalarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması.

Tablo 6. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Ortalamasının Ölçüm Zamanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

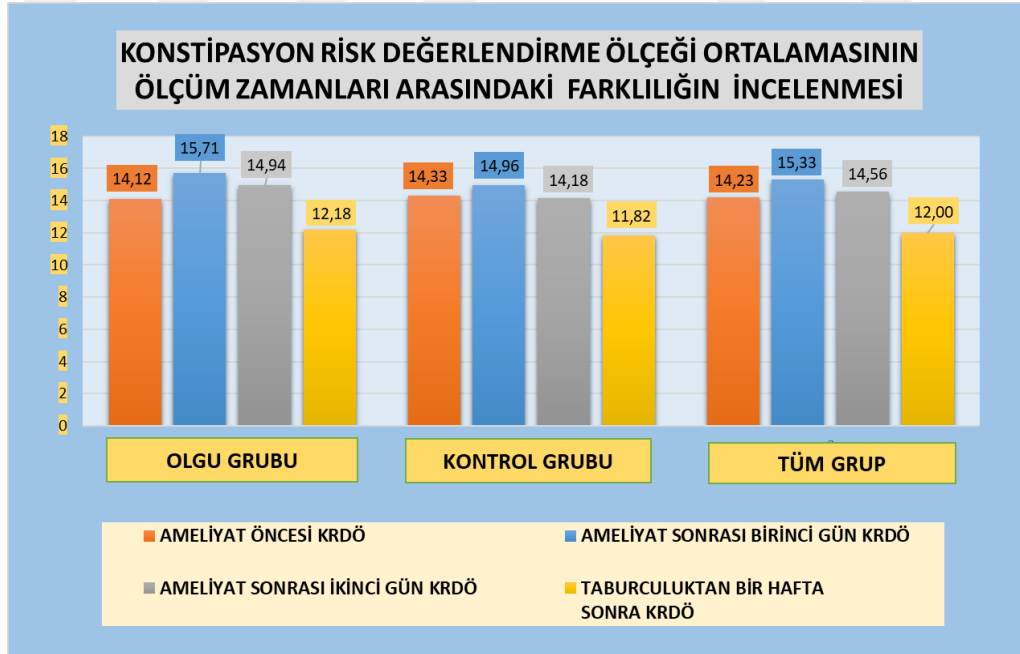
		Ort.	S.S.	F	p	Fark	
KRDÖ	Olgu Grubu	Ameliyat öncesi	14,12	2,76	62,895	0,001	1<2>3>4
		Ameliyat sonrası birinci gün	15,71	3,45			
		Ameliyat sonrası ikinci gün	14,94	3,48			
		Taburculuktan bir hafta sonra	12,18	3,78			
	Kontrol Grubu	Ameliyat öncesi	14,33	2,97	225,678	0,001	1<2>3>4
		Ameliyat sonrası birinci gün	14,96	3,72			
		Ameliyat sonrası ikinci gün	14,18	3,70			
		Taburculuktan bir hafta sonra	11,82	3,78			
	Tüm Grup	Ameliyat öncesi	14,23	2,86	179,905	0,001	1<2>3>4
		Ameliyat sonrası birinci gün	15,33	3,59			
		Ameliyat sonrası ikinci gün	14,56	3,60			
		Taburculuktan bir hafta sonra	12,00	3,77			

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Ortalamasının Ölçüm Zamanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi Tablo 6 ve Grafik 4.3’de gösterilmiştir.

Olgu grubunda ve kontrol grubunda Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ortalaması bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre, olgu grubunda ameliyat sonrası birinci gün Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ortalamasının $15,71\pm3,45$, ameliyat öncesinden $14,12\pm2,76$, ameliyat sonrası ikinci gün $14,94\pm3,48$ ve taburculuktan bir hafta sonraki $12,18\pm3,78$ ortalamadan anlamlı derece daha yüksek olduğu görüldü.

Kontrol grubunda ise ameliyat sonrası birinci gün Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ortalaması $14,96\pm3,72$, ameliyat öncesinden $14,33\pm2,97$, ameliyat sonrası ikinci günden $14,18\pm3,70$ ve taburculuktan bir hafta sonraki $11,82\pm3,78$ ortalamaya göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Tüm hastaların ameliyat sonrası birinci gün Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ortalaması $15,33\pm3,59$, ameliyat öncesinden $14,23\pm2,86$, ameliyat sonrası ikinci günden $14,56\pm3,60$ ve taburculuktan bir hafta sonraki $12,00\pm3,77$ ortalamaya göre anlamlı derecede daha yüksektir.



Grafik 4.3. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Ortalamasının Ölçüm Zamanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Tablo 7. KCÖ Ortalamasının Ölçüm Zamanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.

			Ort.	S.S.	F	p	Fark
KCÖ	Olgu Grubu	Ameliyat öncesi	17,55	10,19	4,182	0,010	2<3>4
		Ameliyat sonrası birinci gün	17,73	10,85			
		Ameliyat sonrası ikinci gün	18,08	10,88			
		Taburculuktan bir hafta sonra	17,65	10,74			
	Kontrol Grubu	Ameliyat öncesi	19,41	10,18	12,252	0,001	1<2>3
		Ameliyat sonrası birinci gün	20,84	11,30			
		Ameliyat sonrası ikinci gün	20,22	10,82			
		Taburculuktan bir hafta sonra	19,84	10,90			
DIŞKI TIKANIKLIĞI	Olgu Grubu	Ameliyat öncesi	10,69	6,30	12,735	0,001	1<2>3
		Ameliyat sonrası birinci gün	12,12	7,19			
		Ameliyat sonrası ikinci gün	11,37	6,83			
		Taburculuktan bir hafta sonra	11,37	6,83			
	Kontrol Grubu	Ameliyat öncesi	11,37	5,79	2,335	0,086	-
		Ameliyat sonrası birinci gün	12,12	6,83			
		Ameliyat sonrası ikinci gün	11,76	6,46			
		Taburculuktan bir hafta sonra	11,75	6,45			
KALIN BAĞIRSAK TEMBELLİĞİ	Olgu Grubu	Ameliyat öncesi	3,04	3,34	23,685	0,001	1<2>3
		Ameliyat sonrası birinci gün	4,41	3,68			
		Ameliyat sonrası ikinci gün	3,96	3,63			
		Taburculuktan bir hafta sonra	3,92	3,65			
	Kontrol Grubu	Ameliyat öncesi	9,63	5,29	20,111	0,001	1>2>3
		Ameliyat sonrası birinci gün	5,84	4,18			
		Ameliyat sonrası ikinci gün	5,55	4,08			
		Taburculuktan bir hafta sonra	5,55	4,08			
AĞRI	Olgu Grubu	Ameliyat öncesi	1,67	2,40	259,431	0,001	1<2 3>4
		Ameliyat sonrası birinci gün	3,25	2,81			
		Ameliyat sonrası ikinci gün	3,2	2,68			
		Taburculuktan bir hafta sonra	2,35	2,76			
	Kontrol Grubu	Ameliyat öncesi	1,78	1,96	101,957	0,001	1<2 3>4
		Ameliyat sonrası birinci gün	3,43	2,61			
		Ameliyat sonrası ikinci gün	3,53	2,40			
		Taburculuktan bir hafta sonra	2,55	2,38			

KCÖ Ortalamasının Ölçüm Zamanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi Tablo 7 ve Grafik 4.4’de gösterilmiştir.

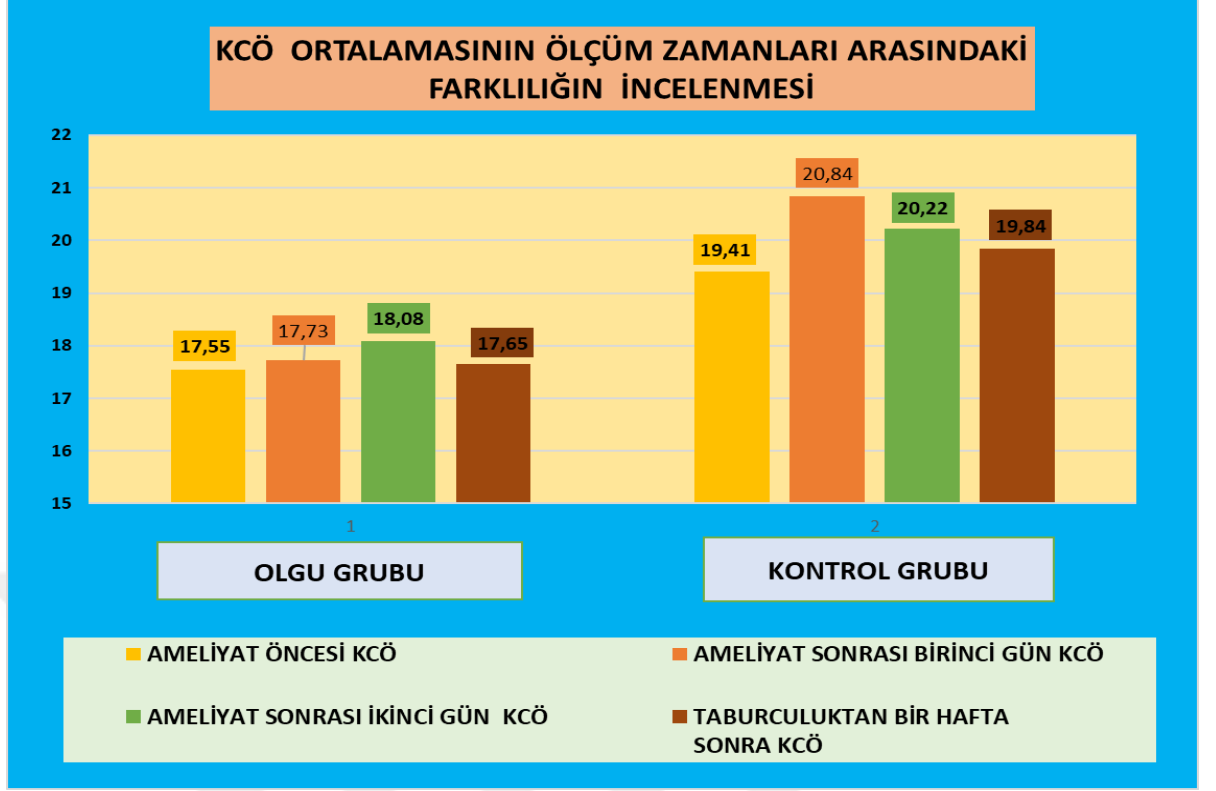
Olgu ve kontrol gruplarında KCÖ, kalın bağırsak tembelliği, ağrı ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$).

KCÖ ortalaması olgu grubunda ameliyat öncesi $17,55\pm 10,19$, ameliyat sonrası birinci gün $17,73\pm 10,85$, ameliyat sonrası ikinci gün $18,08\pm 10,88$ ve taburculuktan bir hafta sonra $17,65\pm 10,74$ olduğu görüldü. Olgu grubunda ameliyat sonrası ikinci gün ortalaması diğer zamanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir. Kontrol grubunda ise ameliyat öncesi $19,41\pm 10,18$, ameliyat sonrası birinci gün $20,84\pm 11,30$, ameliyat sonrası ikinci gün $20,22\pm 10,82$, taburculuktan bir hafta sonra $19,84\pm 10,90$ olduğu bulundu. Kontrol grubunda ameliyat sonrası birinci gün ortalaması diğer zamanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Kontrol grubunda dışkı tıkanıklığı ortalaması bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ($p>0,05$), olgu grubunda dışkı tıkanıklığı ameliyat sonrası birinci gün $12,12\pm 7,19$ ortalaması ameliyat öncesi $10,69\pm 6,30$ ve ameliyat sonrası ikinci gün $11,37\pm 6,83$ ortalamasına göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Olgu grubunda kalın bağırsak tembelliği ameliyat sonrası birinci gün $4,41\pm 3,68$ ortalaması ameliyat öncesi $3,04\pm 3,34$ ve ameliyat sonrası ikinci gün $3,96\pm 3,63$ ortalamasına göre anlamlı derecede daha yüksektir. Kontrol grubunda bağırsak tembelliği ameliyat öncesi $9,63\pm 5,29$ ortalaması ameliyat sonrası birinci gün $5,84\pm 4,18$ ortalamasına ve ameliyat sonrası birinci gün ortalaması ameliyat sonrası ikinci gün $5,55\pm 4,08$ ortalamasına göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Olgu grubunda ağrı ameliyat sonrası birinci gün $3,25\pm 2,81$ ortalaması, ameliyat öncesi $1,67\pm 2,40$ ortalamasına, ameliyat sonrası ikinci gün $3,53\pm 2,40$ ortalaması, taburculuktan bir hafta sonraki $2,35\pm 2,76$ ortalamasına göre anlamlı derecede daha yüksektir. Kontrol grubunda ağrı ameliyat sonrası birinci gün $3,43\pm 2,61$ ortalaması, ameliyat öncesi $1,78\pm 1,96$ ortalamasına, ameliyat sonrası ikinci gün $3,53\pm 2,40$ ortalaması, taburculuktan bir hafta sonraki $2,55\pm 2,38$ ortalamasına göre anlamlı derecede daha yüksektir.



Grafik 4.4. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Ortalamasının Ölçüm Zamanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Tablo 8. Boşaltım ve Gaita Kıvamı Açısından Gruplar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Gaita Kıvamı		Olgu Grubu		Kontrol Grubu		Ki kare	p
		N	%	N	%		
Ameliyat sonrası ikinci gün Gaita Kıvamı	1,2,3 tip (sert)	15	57,7	19	86,4	4,742	0,029
	4,5,6,7 tip (yumuşak)	11	42,3	3	13,6		
Taburculuktan bir hafta sonra Gaita Kıvamı	1,2,3 tip	29	56,9	40	78,4	5,42	0,020
	4,5,6,7 tip	22	43,1	11	21,6		
Boşaltım için çıkılan ilk saat							
18 saat		2	7,7	0	0		
19 saat		1	3,8	0	0		
20 saat		6	23,1	2	9,1		
21 saat		1	3,8	0	0		
22 saat		4	15,4	5	22,7		
24 saat		12	46,2	15	68,2		
Boşaltım için çıkılan ilk saat							
18-20		9	34,6	2	9,1	4,395	0,036
21-24		17	65,4	20	90,9		

Gaita kıvamı ve boşaltım için ilk defa çıkılan saat ile gruplar arasındaki farklılığın incelenmesi Tablo 8’de gösterilmiştir.

Hastaların gaita kıvamınının 1.tip, 2.tip, 3.tip olması ameliyat sonrası ikinci günde O=%57,7, K=%86,4 taburculuktan bir hafta sonraki O=%56,9, K=%78,4 olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (sırasıyla; ki kare=4,742; p=0,029, ki kare=5,420; p=0,020). Buna göre, kontrol grubunun gaita kıvamlarınının 1.tip, 2.tip, 3.tip olma oranı olgu grubuna göre daha yüksek bulundu. Kontrol grubunda gaitanın daha sert kıvamda olduğu saptandı.

Boşaltım için ilk çıkılan saat incelendiğinde olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu (Ki kare=4,395; p=0,036). Boşaltım için ilk çıkılan 18-20. saatlerde olgu grubu %34,6, kontrol grubu ise %9,1 olarak bulundu.

Olgu grubunun ilk defekasyon saati 18.saat, kontrol grubunun ise 20.saat olduğu görüldü. Buna göre olgu grubu hastaların kontrol grubu hastalara göre daha erken saatlerde defekasyona çıktıkları görüldü.

4.4. Defekasyon Süresi, İkinma Güçlüğü, İkinma Korkusunun Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

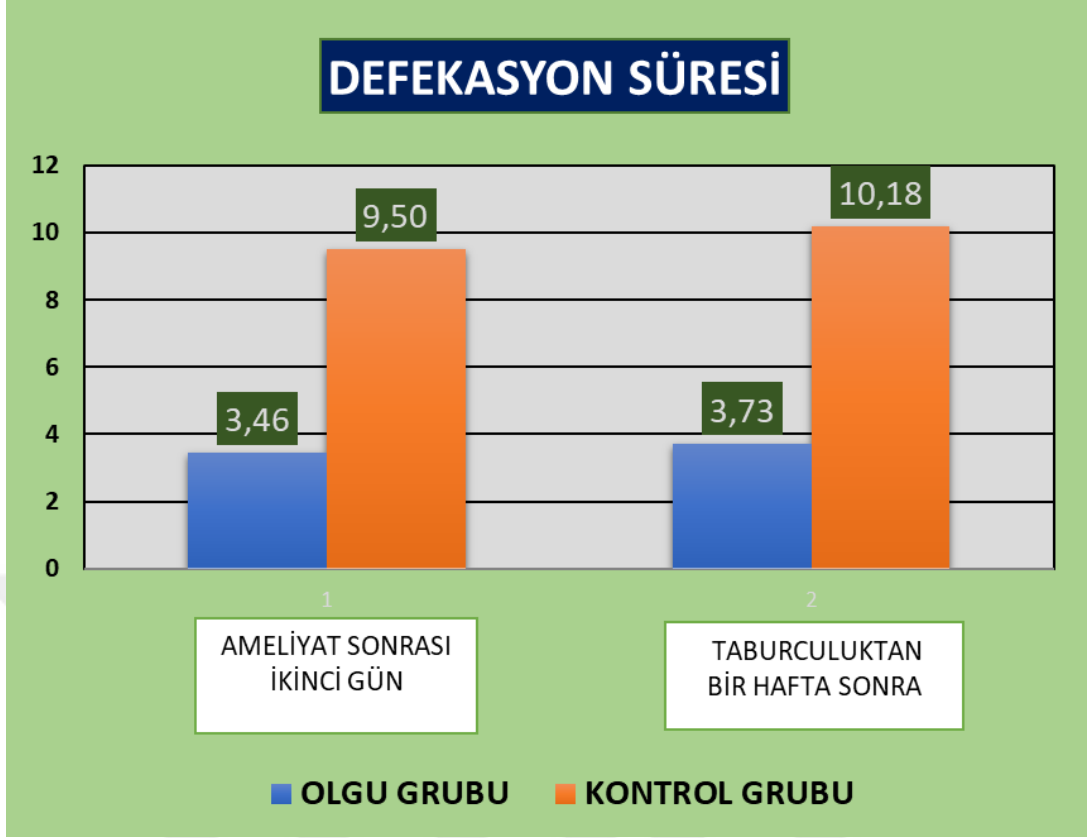
Tablo 9. Defekasyon süresi, ıkinma güçlüğü ve ıkinma korkusu ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

		Olgu	Grubu	Kontrol Grubu	t	p	
		Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Defekasyon Süresi	Ameliyat sonrası ikinci gün (dakika)	3,46	1,30	9,50	2,61	-9,849	0,001
	Taburculuktan bir hafta sonra	3,73	1,30	10,18	3,84	-11,379	0,001
İkinma Güçlüğü	Ameliyat sonrası ikinci gün (puan)	0,62	0,90	3,39	0,78	-11,464	0,001
	Taburculuktan bir hafta sonra	0,69	0,81	2,82	1,11	-11,109	0,001
İkinma Korkusu	Ameliyat sonrası ikinci gün (puan)	0,77	0,95	3,78	0,42	-14,613	0,001
	Taburculuktan bir hafta sonra	0,53	0,83	3,10	1,04	-13,733	0,001

Defekasyon süresi, ıkinma güçlüğü ve ıkinma korkusu ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 9’da gösterilmiştir.

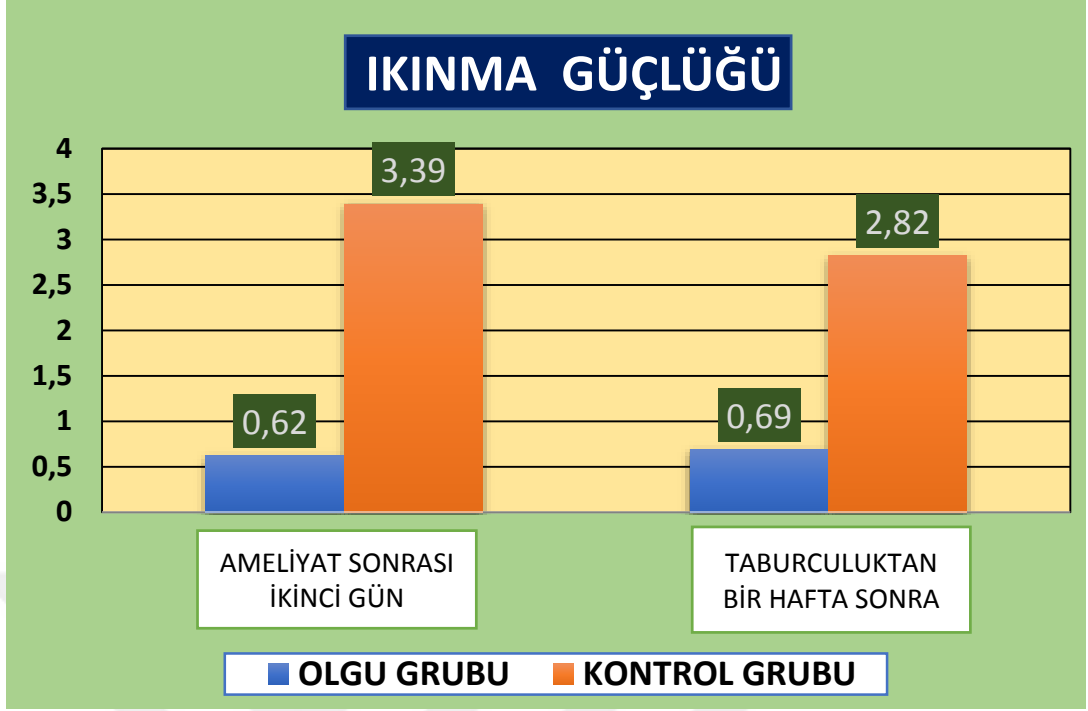
Ameliyat sonrası birinci gün yalnızca olgu grubundan bir hasta defekasyona çıktığı için olgu ve kontrol grupları karşılaştırılmadı.

Olgu grubu ameliyat sonrası ikinci gün defekasyon için harcanan süre ortalaması $3,46 \pm 1,30$, kontrol grubunda ise $9,50 \pm 2,61$ dakika olarak bulundu. Olgu grubu taburculuktan bir hafta sonra defekasyon süresi ortalaması $3,73 \pm 1,30$, kontrol grubunda ise $10,18 \pm 3,84$ dakika olarak bulundu. Kontrol grubunun defekasyon için harcadığı süre daha yüksek olduğu görüldü (sırasıyla; $t=-9,849$; $p=0,001$, $t=-11,379$; $p=0,001$).



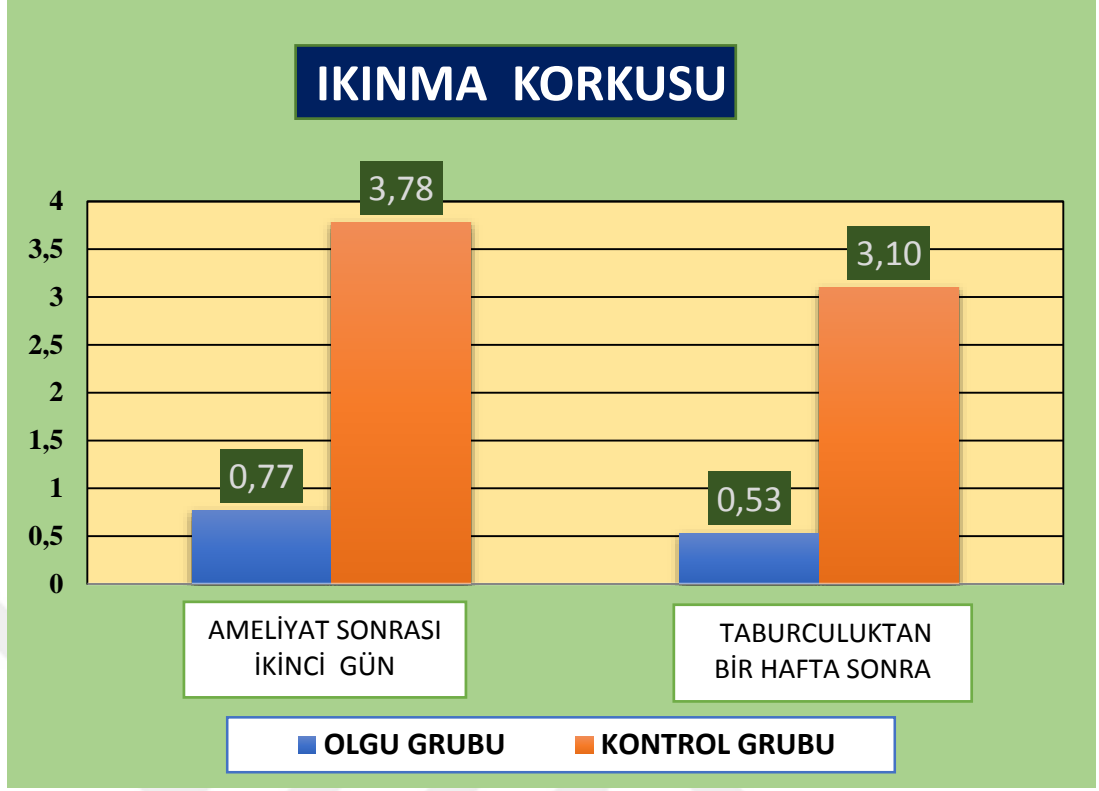
Grafik 4.5. Gruplar arasındaki defekasyon için harcanan süreye ilişkin bulgular.

Olgu grubu ameliyat sonrası ikinci gün defekasyon sırasında yaşanan ıkınma güçlüğü ortalaması $0,62 \pm 0,90$, kontrol grubunda ise $3,39 \pm 0,78$ olarak bulundu. Olgu grubu taburculuktan bir hafta sonra defekasyon sırasında yaşanan ıkınma güçlüğü ortalaması $0,69 \pm 0,81$, kontrol grubunda ise $2,82 \pm 1,11$ olarak bulundu. Kontrol grubundaki hastaların ıkınma güçlüğü daha yüksekti (sırasıyla; $t=-11,464$; $p=0,001$, $t=-11,109$; $p= 0,001$).



Grafik 4.5. Gruplar arasındaki defekasyon sırasında yaşanan ıkınma gücüne ilişkin bulgular

Olgu grubu ameliyat sonrası ikinci gün defekasyon sırasında yaşanan ıkınma korkusu ortalaması $0,77 \pm 0,95$, kontrol grubunda ise $3,78 \pm 0,42$ olarak bulundu. Olgu grubu taburculuktan bir hafta sonra defekasyon sırasında yaşanan ıkınma korkusu ortalaması $0,53 \pm 0,83$, kontrol grubunda ise $3,10 \pm 1,04$ olarak bulundu. Kontrol grubunun ıkınma korkusu daha yüksek bulundu (sırasıyla; $t = -14,613$; $p = 0,001$, $t = -13,733$; $p = 0,001$).



Grafik 4.6. Gruplar arasındaki defekasyon sırasında yaşanan ıkınma korkusuna ilişkin bulgular

4.5. Boşaltım Sırasında Yaşanan Ağrının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

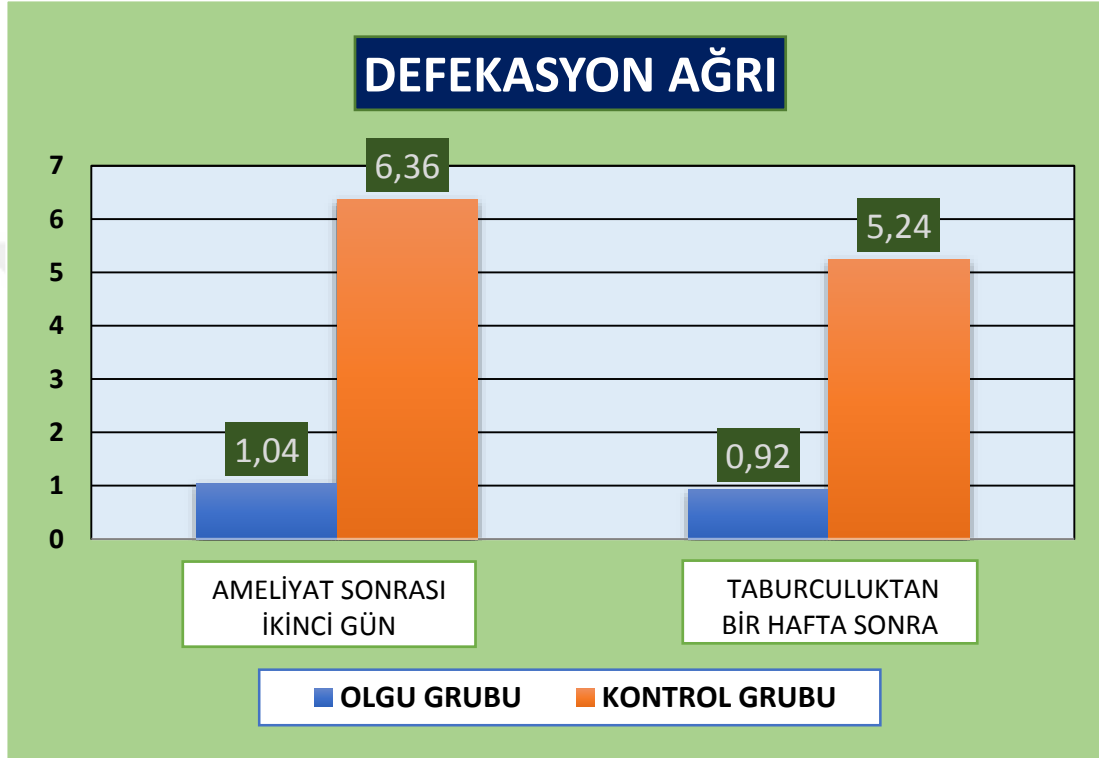
Tablo.10. Defekasyon ağrısı ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması

	Olgu Grubu		Kontrol Grubu		t	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Ameliyat sonrası ikinci gün	1,04	1,43	6,36	1,47	-12,721	0,001
Taburculuktan bir hafta sonra	0,92	1,11	5,24	2,49	-11,311	0,001

Boşaltım Sırasında Yaşanan Ağrının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular Tablo 10'da gösterilmiştir.

Ameliyat sonrası ikinci gün ve taburculuktan bir hafta sonra defekasyon sırasında yaşanan ağrı ortalaması bakımından olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak

anlamli bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Buna göre, olgu grubu ameliyat sonrası ikinci gün defekasyon sırasında yaşanan ağrı ortalaması $1,04\pm1,43$ iken kontrol grubunda $6,36\pm1,47$ olarak bulundu. Olgu grubu taburculuktan bir hafta sonra defekasyon sırasında yaşanan ağrı ortalaması $0,92\pm1,11$, kontrol grubunda ise $5,24\pm2,49$ olarak bulundu. Kontrol grubunun defekasyon sırasında yaşadığı ağrı daha yüksek bulundu.



Grafik 4.7. Gruplar arasındaki defekasyon sırasında yaşanan ağrıya ilişkin bulgular.

5. TARTIŞMA

Klozet tuvalette tabure kullanılarak oluşturulan çömelme pozisyonunun bağırsak boşaltımına etkisinin araştırıldığı çalışmada elde edilen bulgular literatürde yer alan bilgiler ile 4 ana başlık altında tartışıldı.

- 1- Boşaltımı Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması
- 2- KRDÖ ve KCÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması
- 3- Defekasyon Süresi, İkinma Güçlüğü, İkinma Korkusunun Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması
- 4- Boşaltım Sırasında Yaşanan Ağrının Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması

5.1. Boşaltımı Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması

Boşaltımın normal sürdürülmesi ve konstipasyon gelişmesini etkileyen önemli faktörlerden biri de sıvı alımıdır. Konstipasyon riskini azaltmak için günde 1.5-2 litre sıvı alınması gerekmektedir (Richmond and Wright 2005). Vücutta sıvı miktarı azaldığında peristaltizm yavaşlar, bağırsaktaki dışkıdan daha fazla sıvı emilerek dışkının sertleşmesine ve bağırsaktan geçişinin zorlanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle yetersiz sıvı alımı, konstipasyon için risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Hicks 2001, Stumm et al. 2001, Annells and Koch 2002, Desouza 2002, Hsieh 2005). Buna karşın konstipasyonda sıvı alımının etkileri ancak birkaç çalışmada incelenmiş; bazı çalışmalarda ise sıvı alımının konstipasyonu olan ve olmayan bireyler arasında anlamlı bir fark yaratmadığı belirtilmiştir (Annells and Koch 2002, Dennison et al. 2005, Müler-Lissner 2007).

Çalışmada olgu ve kontrol grubu hastalar ameliyat sonrası birinci gün toplam yaklaşık 2000cc (oral+damar yolu), ameliyat sonrası ikinci gün ise yaklaşık 850cc (oral+damar yolu) ve taburculuktan bir hafta sonra yaklaşık 1000cc (oral) sıvı aldıkları saptanmıştır. Olgu ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası birinci gün damar yolundan sıvı verilmesi nedeniyle sıvı alımının daha fazla olduğu, ameliyat sonrası ikinci gün damar yolundan sıvı alımı azaldığı için alınan toplam sıvının azaldığı, taburculuktan bir hafta sonra ise sıvı alımının arttığı görülmektedir. Olgu ve kontrol gruplarında ameliyat sonrası dönemde barsak boşaltım aktivitesini etkileyen faktörlerden biri olan oral ve damar yollarından sıvı alımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 2).

Beslenme ve bağırsak boşaltımı aktiviteleri arasında bir ilişkinin olduğu bilimsel bir gerçektir (Kaya ve Turan 2010). Bazı çalışmalar ise diyetin konstipasyon gelişiminde etkili faktör olmadığını belirtmektedir (Tuteja et al. 2005, Türkay vd. 2005, Carvalho et al. 2006, Murakami et al. 2006, Okubo et al. 2007). Literatürde lif alım miktarının barsak boşaltımını etkilediği ve konstipasyon için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Ayrıca düzenli lif alımının barsak hareketlerini, gaita hacmini artırdığı ve bağırsak geçiş süresini etkilediği belirtilmektedir (Richmond and Wright 2004,

Samur vd.2008, Brownlee 2009, Yang et al. 2012, Ateş 2015). Konstipasyonun tedavisinde bol lifli diyet uygulanır. Lif bağırsak lümenindeki basıncı azaltır, çapını genişleterek, hareketlerini artırır, su emilimini artırarak bağırsağa su çekilmesine neden olur ve dışkının hacmini ve yumuşaklığını artırır (Bosaeus 2004, Baysal vd. 2008).). Locke ve ark. (2000) yaptıkları çalışmada, lifli gıda tüketiminin kolonik geçiş zamanını azalttığı, gaita ağırlığını ve defekasyon frekansını arttırdığını bildirmişlerdir. Diyete lif eklemenin en iyi yolunun bol miktarda meyve ve sebze yemek olduğu belirtilmektedir (Türkay vd. 2005, Arslan 2008). Birçok çalışma da konstipasyonda bol lifli yiyeceklerin alınmasını önermektedir (Lembo 2003, Türkay vd. 2005, Arslan 2008).

Çalışmada ameliyat sonrası birinci günde hastaların lifli gıda alımı başlamamıştır. Lifli gıda alımları incelendiğinde ameliyat sonrası ikinci gün ve taburculuktan bir hafta sonra olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 2). Hastaların, lif içeren gıda alımları incelendiğinde ameliyat sonrası ikinci gün (O=%39,2, K=%39,2) gruplarda aynı, taburculuktan bir hafta sonra ise (O=%82,4, K=%84,3) benzer olduğu bulundu (Tablo 2). Lif alımı post-op 2. gün gruplarda tamamen aynı, taburculuktan bir hafta sonra ise iki grupta benzer şekilde artmıştır. Ameliyat sonrası hastaların lif alımının az olması, ameliyat öncesi ve sonrası belli bir süre yemek yemeye izin verilmemesi, uygulanan (RI ve RII) diyetlerine ve bu durumun hastaların genel beslenme alışkanlıklarına da bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Ayrıca öğünlerin düzenli olması ve her gün düzenli aralıklarla öğün atlamadan yemek yenmesi gerekmektedir (Baysal vd. 2008). Olgu grubu hastaların öğün miktarı ortalamaları ameliyat sonrası birinci gün, ameliyat sonrası ikinci gün ve taburculuktan bir hafta sonraki, kontrol grubundaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 2). Bazı kontrol grubu hastaların subjektif veri olarak boşaltım ihtiyacı oluşumunu önlemek için yetersiz besin aldıklarını ifade etmesi nedeniyle olgu grubunun beslenme miktarının yüksek çıktığı düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların ameliyat sonrası beslenmesi her öğün porsiyon sayısı olarak sorgulanmıştır. Öğünde gelen yiyeceklerin her biri birer porsiyon olarak

hesaplanmıştır. Lifli gıda alımı ayrıca sorgulandığı için porsiyon içerikleri değerlendirilmemiştir. Örneğin hasta bir öğünde iki porsiyon yediyse biri çorba, biride komposto olabilir veya bir öğünde bir porsiyon yediyse pilav yemeyi seçebilmektedir. Bu nedenle öğün sayısı ile yapılan değerlendirme içerik açısından subjektif kalmaktadır. Her ne kadar olgu grubunda öğün miktarı fazla gibi görünse bile, gruplar arasında lif alımı açısından anlamlı farklılık olmadığı için beslenme açısından gruplar arasında önemli bir farklılık bulunmadığı düşünülmektedir.

Ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kalkmak, anestezi nedeniyle etkilenen mide ve bağırsakların eski çalışma düzenine geçişinin daha çabuk olmasını sağlamaktadır (Büyükyılmaz ve Şendir 2009). Çınar (2005) batın ameliyatı olan hastalarda erken ambulasyonun bağırsak fonksiyonlarına etkisini değerlendirdiği çalışmada, ameliyat sonrası erken ayağa kalkan hastalarda anestezi nedeniyle etkilenen bağırsak fonksiyonlarının daha çabuk normale döndüğünü, ambulasyon sıklığının gaz-gaita çıkarmada etkili olduğunu saptamıştır. Bu nedenle ameliyat sonrası hastaların erken dönemde ayağa kaldırılmaları ve egzersizler büyük önem taşımaktadır (Büyükyılmaz ve Şendir 2009). Pek çok çalışmada çok az egzersiz ve fiziksel aktivite yapan yaşlı bireylerde konstipasyon prevalansının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Annells and Koch 2002, Dosh 2002, Mei Yun 2004, Hsieh 2005, Kaçmaz ve Kaşıkçı 2005, Müler-Lissner 2007). Literatürde, azalmış fiziksel aktivite ve immobilitenin konstipasyonun görülme sıklığını arttırdığı bulunmuştur (Inan vd. 2007, Lee et al. 2008). Bazı çalışmalarda ise yapılan egzersizin arttırılması ile kronik kabızlık arasında kanıtlanmış bir bağlantının olmadığı belirtilmektedir (Annells and Koch 2003, Gallagher et al. 2008, Mugie et al. 2011).

Bu çalışmada hastaların ameliyat sonrası birinci gün ve taburculuktan bir hafta sonraki hareket ortalamaları incelendiğinde olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 2). Buna göre, ameliyat sonrası birinci gün olgu grubu hastaların %90,2'si, kontrol grubu hastaların ise %82,4'ü sadece tuvalete kalktığında hareket ettiklerini belirtmişlerdir. Ameliyat sonrası ikinci gün hareket denek sayılarının yetersiz olması nedeniyle değerlendirilememiştir. Fakat olgu grubunda 46 hastanın, kontrol grubunda ise 42 hastanın az hareket ettikleri görülmekte olup sayıların yakın olması ameliyat sonrası ikinci gündeki hareketin

gruplar arasında benzer olduğunu göstermektedir. Taburculuktan 1 hafta sonra ise olgu grubu hastaların %62,7, kontrol grubu hastaların ise %45,1'i orta düzeyde hareket ettikleri görüldü.

Ameliyat sonrası ilk defa ayağa kaldırılma zamanları arasında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 2). Olgu grubunda ameliyat sonrası ilk defa ayağa kaldırılma zaman ortalaması $8,37\pm4,25$, kontrol grubunda ise $8,69\pm5,81$ olduğu görüldü. Ameliyat sonrası ayağa kaldırılma saatleri ve hareket düzeyleri incelendiğinde olgu ve kontrol grubu benzerlik göstermektedir.

Konstipasyonu etkileyen faktörlerin cerrahi girişim sonrası da gruplar arasında homojen bir dağılım göstermesi boşaltımı etkileyen faktörler açısından olgu ve kontrol grubunun mümkün olduğunca kontrol altına alındığını göstermektedir.

5.2. KRDÖ ve KCÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması

Cerrahi girişim sonrası hastalarda en sık görülen komplikasyon konstipasyon olarak bildirilmektedir (Rasmussen and Pedersen 2008). Hastaların konstipasyon durumlarını değerlendirebilmek için çalışmada 2 ölçek kullanılmıştır. Bunlardan birincisi Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğidir. Ölçeğin değerlendirilmesinde hastaların verdiği cevapların puansal değeri arttıkça konstipasyon riski de artmaktadır. Literatürde çeşitli hasta gruplarında konstipasyon riskinin incelendiği görülmektedir. Koca Kutlu ve ark. (2011) Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını cerrahi ve dâhili kliniklerde yatan hastalar ile yapmışlar ve araştırma sonucu cerrahi hastalarının Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamasını $12,24 \pm 4,17$ olarak saptamışlardır. Bu çalışmada hastaların konstipasyon gelişimi açısından orta derecede risk altında oldukları bulunmuştur. Ayrıca konstipasyon riski ortopedi hastalarında $12,7\pm4,7$, abdominal cerrahi geçirmiş hastalarda $11,7\pm7,8$ ve genel cerrahi hastalarında $12,9\pm4,8$ olarak belirlenmiştir (Şendir vd. 2012, Çelik vd. 2015, Ucuzal ve Aldanmaz 2015).

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinin ameliyat sonrası birinci gün (O=15,71±3,45, K=14,96±3,72), ameliyat sonrası ikinci gün (O=14,94±3,48, K=14,18±3,70) ve taburculuktan bir hafta sonraki (O=12,18±3,78, K=11,82±3,78) ortalamaları incelendiğinde çalışmamızda fitik cerrahisi sonrası hastaların konstipasyon gelişimi açısından orta derecede risk altında oldukları saptanmıştır (Tablo3). KRDÖ açısından incelendiğinde, olgu ve kontrol gruplarının ameliyat sonrası birinci gün, ameliyat sonrası ikinci gün ve taburculuktan bir hafta sonraki ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo3).

Çalışmamızda konstipasyonu değerlendirmek için Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinden de yararlanıldı. Bu ölçek 3 alt boyuttan oluşmakta olup, ölçekten alınan puan arttıkça konstipasyonun ciddiyeti artmaktadır. Olgu ve kontrol gruplarına ameliyat sonrası birinci gün, ameliyat sonrası ikinci gün ve taburculuktan bir hafta sonra uygulanan Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği ve ölçeğin alt boyutları dışkı tıkanıklığı, kalın bağırsak tembelliği ve ağrı ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 3). Taburculuktan bir hafta sonra ölçeğin alt boyutlarından kalın bağırsak tembelliği ortalaması bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$) (Tablo3). Ölçeğin kalın bağırsak tembelliği soruları bireylerin dışkılama sıklığı, sayısı, boşaltım hissi ve hasta için bu durumların ciddiyeti sorularından oluşmakta olup puansal değer arttıkça kalın bağırsak tembelliğinden söz edilmektedir. Kontrol grubu hastalarımızın bu alandaki soruları daha ciddi problem olarak algıladıkları saptanmıştır. Bu yüzden taburculuktan bir hafta sonraki kalın bağırsak tembelliği alt boyutu ortalaması olgu grubunda 3,92 iken kontrol grubunda 5,55 olup daha yüksek bulunmuştur. Taburculuktan sonra kontrol grubunda kalın bağırsak tembelliğinin yüksek bulunmasını tabure kullanımının etkilediğini direkt olarak söyleyemesek de etkili olabileceğini bize düşündürmektedir.

KRDÖ ve KCÖ ölçekleri ile yapılan değerlendirme sonuçlarına göre klozet tuvalette tabure kullanılarak verdiğimiz çömelleme pozisyonunun hastalarda konstipasyon gelişimini direkt olarak etkilemediği belirlenmiştir. Bu bağlamda 1 nolu hipotez doğrulanamamıştır.

Literatürde konstipasyonun kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Uysal vd. 2010). Kadınlarda konstipasyon erkeklere oranla üç kat daha fazla olarak görünmektedir. Bu kişilerin ancak üçte birinin tedavi için başvurdukları bilinmektedir (Godfrey and Rose 2007). Her yaştaki kadınlarda konstipasyon şikayetinin daha fazla olduğu vurgulanmaktadır (Yurdakul 2004).

Çalışmamızda konstipasyon riski ve ciddiyeti açısından cinsiyetler ile karşılaştırılmasına bakılmıştır. Konstipasyon Risk Değerlendirme ölçeği ortalaması ameliyat öncesi (K=16,64±2,79, E=13,84±2,69), ameliyat sonrası birinci gün (K=19,07±3,75, E=14,74±3,20), ameliyat sonrası ikinci gün (K= 17,71±3,95, E=14,06±3,29) ve taburculuktan bir hafta sonra (K= 15,43±3,92, E=11,45±3,46) kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Bazı çalışmalarda kadın hastaların KRDÖ puanının anlamlı olarak erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Koca vd.2007, Tanrıverdi vd. 2007, Uysal vd. 2010).

KCÖ'den alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek 73'tür. Alt boyutlarından alınabilecek puanlar Dışkı tıkanıklığı 0-28, Kalın Bağırsak Tembelliği 0-29 ve Ağrı 0-16 arasındadır. Turan ve ark.'ın (2011) yaptığı çalışmada kız öğrencilerin KCÖ ortalaması 28,30±13,24, Dışkı Tıkanıklığı ortalaması 14,96±5,95, Kalın Bağırsak Tembelliği ortalaması 10,92±6,51, Ağrı ortalaması 2,42±3,15 iken erkek öğrencilerin KCÖ ortalaması 17,71±12,31, Dışkı Tıkanıklığı ortalaması 9,15±6,20, Kalın Bağırsak Tembelliği ortalaması 7,00±6,06, Ağrı ortalaması 1,56±2,56 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Konstipasyon Ciddiyet ölçeği ve ölçeğin alt boyutları incelendiğinde kadınların ortalamaları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Çalışmamızda Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği ameliyat öncesi (K=30,14±9,38, E= 16,63±9,04), ameliyat sonrası birinci gün (K=32,43±9,08, E=17,19±9,97), ameliyat sonrası ikinci gün (K=31,93±8,68, E=17,11±9,74), taburculuktan bir hafta sonraki (K=31,71±8,77, E=16,68±9,65) ortalamaları kadınlarda erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4).

Konstipasyonun kadınlarda daha sık görülmesinin nedeni net olarak anlaşılmamasına rağmen, bu farklılığın kolonik geçiş zamanının uzun olması ve kadın

cinsiyet hormonlarının etkileri sonucunda oluştuğu konusunda yargıya varılabilmektedir (Gonenne et al. 2006). Jung ve ark. (2003), ovulasyondan sonra progesteron hormonunun seviyesinin artmasıyla birlikte ince barsak ve kolonun geçiş zamanını azalttığı, menstrüel siklusun luteal fazında konstipasyona katkıda bulunduğunu bildirmişlerdir.

Araştırmada konstipasyon riski ve ciddiyeti açısından yaş grupları ile de karşılaştırılmasına bakılmıştır. Literatürde kronik konstipasyon ile yaşın ilişkisi araştırıldığında çeşitli sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalar, yaş arttıkça konstipasyon görülme sıklığının arttığını gösterirken (Chiarelli et al. 2000, Chen et al. 2003), bazıları konstipasyon prevalansını yaşın etkilemediğini belirtmişlerdir (Garrigues et al. 2004, Chang et al. 2007). Mugie ve ark. (2011), yaptıkları derlemede konstipasyonun 60 yaşından sonra daha sık görüldüğünü, 70 yaşından sonra ise prevalansının daha hızlı bir şekilde arttığını belirtmişlerdir. Huzurevinde yapılan bir çalışmada yaş ortalamaları $79,32 \pm 8,62$ olan yaşlı bireylerin konstipasyon ciddiyet düzeyi ortalaması $37,82 \pm 12,79$ ve yaşlıların konstipasyon sorununu deneyimledikleri belirtilmiştir (Bilgiç vd. 2016). Hakverdioğlu ve ark.'ın (2011) huzurevinde kalan yaşlı bireylerde konstipasyon tanısını değerlendirdikleri çalışmalarında yaşlılarda en fazla %50,9' unda defekasyonda zorlanma ve %45,7' sinde şiddetli gaz şikayetleri olduğu belirlenmiştir.

Bizim çalışmamızda KCÖ ortalaması 33-49 yaş arası ameliyat öncesi $16,86 \pm 7,92$, ameliyat sonrası birinci gün $17,24 \pm 9,03$, ameliyat sonrası ikinci gün $17,24 \pm 8,91$, taburculuktan bir hafta sonra $16,76 \pm 8,75$, 50-59 yaş arası ameliyat öncesi $18,00 \pm 8,87$, ameliyat sonrası birinci gün $18,81 \pm 9,53$, ameliyat sonrası ikinci gün $18,85 \pm 9,51$, taburculuktan bir hafta sonra $18,38 \pm 9,27$, 60-65 yaş arası ameliyat öncesi $19,74 \pm 11,96$, ameliyat sonrası birinci gün $20,81 \pm 12,97$, ameliyat sonrası ikinci gün $20,49 \pm 12,52$, taburculuktan bir hafta sonra $20,17 \pm 12,62$ olduğu görüldü (Tablo 5). Bu araştırmada yaş grupları ve KCÖ ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmasa da ortalamalar incelendiğinde artan yaşla beraber KCÖ ortalamasının da arttığı görülmektedir.

Ucuzal ve Aldanmaz (2015) yaptıkları araştırmada Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamasını 12.98 ± 4.84 (orta risk grubu) olarak saptamışlar ve yaş ilerledikçe konstipasyon riskinin arttığını belirtmişlerdir. Chiarelli ve arkadaşlarının (2000), üç yaş grubu (18-23 yaş, 45-50 yaş ve 70-75 yaş) arasındaki konstipasyon sıklığını belirlemek amacı ile yaptıkları bir anket çalışmasında konstipasyon sıklığı sırası ile % 14,1, % 26,6 ve % 27,7 olarak bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda KRDÖ ortalaması da 33-49 yaş arası ameliyat öncesi $13,24 \pm 1,70$, ameliyat sonrası birinci gün $13,83 \pm 2,55$, ameliyat sonrası ikinci gün $12,90 \pm 2,92$, taburculuktan bir hafta sonra $10,14 \pm 2,66$, 50-59 yaş arası ameliyat öncesi $14,12 \pm 2,67$, ameliyat sonrası birinci gün $15,31 \pm 3,48$, ameliyat sonrası ikinci gün $14,42 \pm 3,15$, taburculuktan bir hafta sonra $12,00 \pm 3,81$, 60-65 yaş arası ameliyat öncesi $14,89 \pm 3,34$, ameliyat sonrası birinci gün $16,28 \pm 3,92$, ameliyat sonrası ikinci gün $15,66 \pm 3,85$, taburculuktan bir hafta sonra $13,15 \pm 3,93$ olduğu bulundu. Çalışmadaki hastalar ağırlıklı olarak 60-65 yaş grubunu oluşturmuşlardır ve bu hastaların KRDÖ ortalamasının 33-49 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Bu çalışmada yaş ilerledikçe konstipasyon riskinin arttığı belirlenmiştir.

Yaş ilerledikçe fiziksel aktivitenin azalması, cerrahi girişimler, fizyolojik fonksiyonların gerilemesi, tıbbi sorunlar ve ilaç kullanımının artması gibi durumların konstipasyon riskini ve ciddiyetini arttırdığı belirtilmektedir (Ucuzal ve Aldanmaz 2015).

Çalışmada aynı zamanda birden fazla ölçüm yapıldı. Ameliyat öncesi ve sonrası olmak üzere tekrarlı ölçümler yapılmıştır. Ölçümlere göre konstipasyon riski ve ciddiyetinde farklılık olup olmadığı da incelenmiştir. Çalışmamızda hem KRDÖ hem de KCÖ puan ortalamaları ölçüm zamanları açısından karşılaştırılmıştır.

Olgu grubunda, kontrol grubunda ve tüm hastalarda Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ortalaması bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 6). Olgu grubunda Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ortalaması ameliyat öncesi $14,12 \pm 2,76$, ameliyat sonrası birinci gün $15,71 \pm 3,45$, ameliyat sonrası ikinci gün $14,94 \pm 3,48$ ve taburculuktan bir

hafta sonra $12,18 \pm 3,78$ olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda ise ameliyat öncesi $14,33 \pm 2,97$, ameliyat sonrası birinci gün $14,96 \pm 3,72$, ameliyat sonrası ikinci gün $14,18 \pm 3,70$ ve taburculuktan bir hafta sonra $11,82 \pm 3,78$ olduğu bulunmuştur. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinin iki grupta da ameliyat sonrası birinci gün ortalaması, ameliyat öncesinden, post-op 2.günden ve taburculuktan bir hafta sonraki ortalamaya göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 6).

Olgu ve kontrol gruplarında ameliyat sonrası birinci gündeki KRDÖ ortalamasının diğer zamanlardan yüksek olması hastaların ameliyat sonrası fiziksel harekette kısıtlılık, ağrı, analjezik ilaçlar, beslenme, lif alımında ve sıvı alımındaki yetersizliklere bağlı olabileceği öngörülmektedir. Çalışmada konstipasyon riskinin en yüksek olduğu zamanın ameliyattan sonra birinci ve ikinci günler olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Pedersen (2014) tarafından yapılan çalışmada kalça kırığı olan hastaların %69,1'i ameliyat sonrası ilk 24 saatte konstipasyon açısından riskli bulunmuştur. Literatürde fitiğin konstipasyon riskini arttırdığı yer almaktadır (Jiyan 2011). Konstipasyon risk değerlendirme ölçeği incelendiğinde de fitiğin Kolorektal/Abdominal Hastalıklar içinde yer verildiği görülmektedir. Bu durum çalışmada ameliyat öncesi KRDÖ ortalamasının taburculuktan bir hafta sonraki ortalamaya göre daha yüksek olmasını açıklamaktadır.

Olgu ve kontrol gruplarında KCÖ, kalın bağırsak tembelliği, ağrı ortalamaları bakımından ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 7). Olgu grubunda KCÖ ortalaması ameliyat öncesi $17,55 \pm 10,19$, ameliyat sonrası birinci gün $17,73 \pm 10,85$, ameliyat sonrası ikinci gün $18,08 \pm 10,88$ ve taburculuktan bir hafta sonra $17,65 \pm 10,74$ olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda ise ameliyat öncesi $19,41 \pm 10,18$, ameliyat sonrası birinci gün $20,84 \pm 11,30$, ameliyat sonrası ikinci gün $20,22 \pm 10,82$ ve taburculuktan bir hafta sonra $19,84 \pm 10,90$ olduğu bulundu (Tablo 7). Ameliyat öncesi ortalama değeri baz aldığımızda ameliyattan sonra birinci gün ve ikinci günde ortalamanın arttığını taburculuktan bir hafta sonra ise ameliyattan önceki ciddiyet değerine dönmeye başladığını görüyoruz. Ameliyattan sonraki günlerde konstipasyon ciddiyetinin arttığı saptanmıştır. Ameliyat sonrası hem konstipasyon riskinin hem de konstipasyon

ciddiyetinin artması bu dönemde hastaların hemşirelik bakımına ihtiyacının en yüksek düzeyde olmasına neden olabileceği öngörülmektedir.

Cerrahi sonrası bağırsak peristaltizmi ince bağırsakta 0-24 ve midede 24-48 saatte kendiliğinden normale döner. Kalın bağırsaklarda bu süre 120 saate kadar uzayabilmektedir (Lubawski and Saclarides 2008). Hastaların gaita kıvamları ve cerrahi sonrası defekasyona çıkılan ilk saatleri de karşılaştırılmıştır. Hastalar ameliyat sonrası birinci gün defekasyona çıkmamışlardır. Bu yüzden ameliyat sonrası ikinci gün ve taburculuktan bir hafta sonra değerlendirilmiştir. Hastaların gaita kıvamları Bristol Gaita Skalası ile değerlendirilmiştir. Gaita kıvamının 1., 2., 3.tip olması sert, 4.5.6.7.tip yumuşak olduğunu göstermektedir.

Hastaların gaita kıvamının sert olması ameliyat sonrası ikinci gün $K=86,4$, taburculuktan bir hafta sonraki $K=78,4$ olup kontrol grubunun gaita kıvamının olgu grubuna göre daha sert kıvamda olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Ayrıca yalnızca kontrol grubundaki bazı hastaların subjektif bir veri olarak hasta odasındaki klozet tuvalete bağırsak boşaltımı için oturmak istemediklerini, dışkılama ihtiyacı oluşmaması için daha az besin aldıklarını ve dışkılama ihtiyaçlarını ertelediklerini belirtmişlerdir. Bu bağlamda kontrol grubunda bağırsakta bekleyen gaitanın sıvı miktarı azaldığı için gaita kıvamının olgu grubuna göre daha sert olduğu düşünülmektedir. (Longstreth et al. 2006).

Boşaltım için ilk çıkılan saat incelendiğinde olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($Ki\ kare=4,395$; $p=0,036$). Boşaltım için ilk çıkılan 18-20. saatlerde olgu grubu %34,6, kontrol grubu ise %9,1 olarak bulundu. Olgu grubunun ilk defekasyon saati 18.saat, kontrol grubunun ise 20.saat olduğu görüldü (Tablo 8). Buna göre olgu grubu hastaların kontrol grubu hastalara göre daha erken saatlerde defekasyona çıktıkları saptanmıştır.

5.3. Defekasyon Süresi, İkınma Güçlüğü, İkınma Korkusunun Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması

Cerrahi girişim nedeniyle bireylerin anksiyete, korku, kaygı yaşaması, hastane ortamında bulunma, sürgü kullanımı, tuvalet alışkanlıklarının değişmesi, mobilizasyonun gecikmesi gibi durumlar defekasyon hissini bastırılmasına veya ertelenmesine dolayısıyla bağırsak boşaltımının etkilenmesine neden olabilmektedir (Roper et al. 1996, Kaçmaz2003, Richmond and Wright 2006, Erkal-İlhan 2007, Klingman 2009). Aynı zamanda anksiyetenin bağırsak hareketlerini etkilediği belirtilmiştir (Whitehead et al. 1992, Hosseinzadeh et al. 2011, Zhao et al. 2014). Bu durumda bireylerde defekasyon süresinin değişmesine, defekasyon sırasında ıkınma güçlüğü ve ıkınma korkusu yaşamalarına neden olabilmektedir.

Bağırsak boşaltımında hastalara her gün düzenli olarak belli zamanlarda örneğin kahvaltıdan yaklaşık 30 dakika sonra tuvalete gitmek ve 10-15 dakika tuvalete zaman ayırmak (Towers et al. 1994, Hyde et al. 1999, Dosh 2002, Christine 2005) ve uygun dışkılama pozisyonu verilmesi önerilmektedir. Eğer uygunsa birey her iki ayağı ile zeminden destek alarak abdomene doğru eğilmelidir. Böylelikle pelvik taban kasları gevşetilip, ıkınmanın en aza indirilmesine yardımcı olunur (Towers et al. 1994).

Sikirov (2003), oturma pozisyonuna göre çömelme pozisyonunda dışkı boşaltımı için ciddi şekilde daha az zamana ihtiyaç duyulduğunu bulmuştur. Huzurevinde yapılan bir çalışmada yaşlılara defekasyon sırasında tuvalete 10 dakikadan fazla zaman geçirme durumlar sorulduğunda %62,9'u bazen, %28,6'sı sürekli geçirdiğini belirtmişlerdir (Gürol Arslan 2008).

Bu çalışmada defekasyon süresi, ıkınma güçlüğü, ıkınma korkusu incelenmiştir. Ameliyat sonrası birinci gün yalnızca olgu grubundan bir hasta defekasyona çıktığı için olgu ve kontrol grupları karşılaştırılamadı. Defekasyon süresi açısından olgu grubu ameliyat sonrası ikinci gün ortalaması $3,46 \pm 1,30$, kontrol grubunda $9,50 \pm 2,61$ olarak, taburculuktan bir hafta sonra ise $3,73 \pm 1,30$, kontrol grubunda ise $10,18 \pm 3,84$ dakika olarak bulundu (Tablo 9). Kontrol grubunun defekasyon için harcadığı sürenin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada hastaların defekasyon sırasında yaşadığı ıkınma güçlüğü ve ıkınma korkusu da incelendi. Literatürde hastaların %58-80'inde zorlanma, dışkının geçişinde güçlük, tam boşalamama hissi en çok deneyimlenen semptomlar olarak belirtilmiştir (<http://www.aboutconstipation.org/characteristics.html>, Erişim Tarihi: 14 Temmuz 2006).

Yapılan bir çalışmada yaşlıların defekasyona ilişkin yakınmaları incelendiğinde, %51,4'ü defekasyon sırasında sürekli ıkındığını ve dışkılama sırasında ıkınma şiddetini değerlendirirken %14,3'ü dayanılabilir (0-3puan), %22,9'u orta (4-6 puan), %62,8'i dayanılmaz (7-10 puan) düzeyde yaşadıklarını belirtmişlerdir. (Gürol Arslan 2008). Yapılan bir çalışmada öğrencilerin %92,3'ünde sert dışkılama hissi, %87,7'sinde ıkınma, %77,8'inde tam boşalmama hissi, %49,0'ında makatta engellenme hissi, %58,8'inde karnına basınç uygulamaya gereksinimi tespit edilmiştir. (Uysal vd. 2010). Başka bir çalışmada ise, yaşlıların tuvalet özelliğinin konstipasyon ciddiyet durumunu istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilediği belirlenmiştir. Klozet/sürgü kullanan yaşlıların alaturka tuvalet kullanan yaşlılara göre konstipasyonu daha ciddi deneyimlediği saptanmıştır ($p<0,005$) (Bilgiç vd. 2016). Richmond and Wright (2005) yaptıkları literatür incelemesinde bireylerin hastane tuvaletlerinde dışkılama sırasında güçlük yaşadıklarını, bunun da dışkılama ile ilgili yakınmalara neden olduğunu saptamışlardır. Genel cerrahi polikliniğinde yapılan bir araştırmada ise 130 hastadan 69 unda haftada 3'ten daha az dışkılama, 48 hastada zorlu dışkılama, 12 hastada dışkılama sırasında parmak kullanma bulunmuştur (Bozkurt vd.2012). Yine yapılan bir başka araştırmada genel cerrahi polikliniğine başvuran 54 hastanın en sık kabızlık (%72,2) ve dışkılama güçlüğü (%68,5) şikâyeti ile başvurduğu bulunmuştur. Ayrıca araştırmaya katılan bayan hastaların %76,7'si kabızlık, %74,4'ü dışkılama güçlüğü ve erkek hastaların ise %54,5'i kabızlık ve %45,4'ü dışkılama güçlüğü şikâyeti ile başvurdukları bulunmuştur (Dandin vd. 2014).

Çalışmada, defekasyon sırasında yaşanan ıkınma güçlüğü ortalaması olgu grubu ameliyat sonrası ikinci gün $0,62\pm0,90$, kontrol grubunda ise $3,39\pm0,78$, taburculuktan bir hafta sonra ise olgu grubunda $0,69\pm0,81$, kontrol grubunda $2,82\pm1,11$ olarak bulundu. Kontrol grubundaki hastaların ıkınma güçlüğü daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9).

Aynı şekilde defekasyon sırasında yaşanan ıkınma korkusu incelendiğinde olgu grubu ameliyat sonrası ikinci gün ortalaması $0,77\pm 0,95$, kontrol grubunda ise $3,78\pm 0,42$ taburculuktan bir hafta sonra ise olgu grubu $0,53\pm 0,83$, kontrol grubunda $3,10\pm 1,04$ olarak bulundu. Kontrol grubunun ıkınma korkusu daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9).

Boşaltımı etkileyen faktörler mümkün olduğunca kontrol altına alındığı için olgu grubundaki bu farklılıkların hastalara tabure ile verilen çömelme pozisyonunun etkili olabileceği düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde çömelme pozisyonunun incelendiği sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Tagart (1966), radyolojik araştırmasında, boşaltım için varsayılan çömelme pozisyonuna cevaben, anorektal açının bükük kalça pozisyonunda dikleştiğini ve anorektal çıktının düz bir kanala yönlendirildiğini dolayısıyla da rektal boşaltımı kolaylaştırdığını göstermiştir. Skirov (2003), ise çalışmasında kalça bükülmesi ne kadar fazlaysa anorektal kanal o kadar dikleşir ve dolayısıyla bağırsak boşaltımı için daha az ıkınma gerektirmektedir. Çünkü rektoanal kesişimin dikleşmesinden dolayı dışkı açık bir yol üzerinde ilerleyebilmektedir. Bu bulgular gönüllülerin öznel değerlendirme sonuçları ile de tutarlı olduğu görülmektedir: çömelme pozisyonunda gönüllülerin %44'ü boşaltımın "çok kolay" olduğunu söylerken oturma pozisyonlarında bu oran %9-20 aralığında kalmaktadır; kabaca bir değerlendirmeyle oturma pozisyonları çömelme pozisyonundan iki, iki buçuk kat daha zor olduğu belirtilmiştir.

Cerrahi hastalarında ameliyat sonrası dönemde abdominal basınç artışı kesi bölgesindeki ağrıyı arttırabilmektedir. Sakakıbabası (2010), yaptığı çalışmada oturma pozisyonuna oranla çömelme pozisyonunda abdominal basıncı daha düşük bulmuştur. Bu daha düşük abdominal basıncın deneklerde boşaltım çabasında bir azalma anlamına gelebileceğini öngörmüştür. Bu bulgular Skirov'un (2003), çömelme pozisyonunun en kısa zamanda en az bireysel çabayla boşaltımın sağlandığı bulgusuyla da uyumaktadır. Rad ve arkadaşları (2002) az sayıda hasta üzerinden yaptıkları araştırmada klozet tuvaletle kıyaslandığında alaturka tuvaletin bağırsak fonksiyonlarını geliştirdiğini belirtmişlerdir.

Literatürde alaturka tuvalette kullanılan çömelme pozisyonunun klozet tuvalette oturmayla kıyaslandığında puborektalis kasını daha çok gevşettiği ,daha az bir çabayla defekasyonun gerçekleşmesini sağladığı ve daha çok dışkıının bağırsaktan boşaltıldığı yer almaktadır (Tagart 1966, Skirov 2003, Savaş 2004, Sakakıbaba 2010). Bizim çalışmamızda da olgu grubuna klozet tuvalette kullandığımız çömelme pozisyonunu hastaların taburculuktan sonraki bir hafta boyunca uygulamaları, oluşturulan çömelme pozisyonunun etkili bir bağırsak boşaltımını sağlayarak bireyin rahatlamasını sağladığı düşünülmektedir.

Tüm bu bulgular ışığında klozet tuvalette uygun açı oluşturan tabure kullanılarak oluşturulan çömelme pozisyonu hastaların daha az bir çabayla boşaltımı kolaylaştırdığı, ıkınma korkusunun azalmasını ve boşaltım için harcanan sürenin kısalmasını sağlayarak, bireylerde sağlıklı bir boşaltımın gerçekleştirme/sürdürmesine katkısını göstermektedir. Sonuç olarak elde edilen bu bulgular 2 nolu hipotezi doğrulamaktadır.

5.4. Boşaltım Sırasında Yaşanan Ağrının Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması

Cerrahi hastalarında bağırsak boşaltımı sırasında iki tür ağrı görülebilmektedir. Birincisi ameliyat bölgesi kesi ağrısı, ikincisi boşaltım gücüne bağlı defekasyon sırasında makat bölgesinde hissedilen ağrıdır. Çalışmada hastalara bağırsak boşaltımı sırasında yaşadıkları ağrı soruldu.

Yapılan bir çalışmada, makatta ağrı şiddetini yaşlıların %37,1'i dayanılabilir (0-3 puan); %28,6's orta düzeyde (4-6 puan) ve %34,3'ü dayanılmaz (7-10 puan) olarak belirtmişlerdir (Gürol Arslan 2008). Bir başka araştırmada ise genel cerrahi polikliniğine başvuran bayan hastaların%53,4'ü, erkek hastaların ise %63,6'sı makatta ağrı şikayetleri ile başvuruda buldukları belirtilmiştir (Dandin vd.2014).

Bu çalışmada olgu grubu defekasyon sırasında yaşanan ağrı ortalaması ameliyat sonrası ikinci gün $1,04 \pm 1,43$, kontrol grubunda $6,36 \pm 1,47$, taburculuktan bir hafta

sonra ise olgu grubu $0,92\pm 1,11$, kontrol grubunda $5,24\pm 2,49$ olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun defekasyon sırasında yaşadığı ağrı daha yüksek bulunmuştur.

Olgu grubu ameliyat sonrası ikinci gün ve taburculuktan bir hafta sonra, defekasyon sırasında yaşanan ağrı ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Kontrol grubunda gaita kıvamlarının daha sert olması ve klozet tuvalette puborektalis kasının tam gevşeyememesi sonucu defekasyon sırasında yaşadıkları ağrının olgu grubuna göre daha fazla olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda elde ettiğimiz bu bulgular ışığında 3 nolu hipotez doğrulanmıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Fıtık ameliyatı sonrası klozet tuvalette tabure ile hastalara verilen çömelme pozisyonunun bağırsak boşaltımına ve konstipasyona etkilerine yönelik elde edilen çalışma sonuçları ve sonuçlara göre verilebilecek öneriler aşağıda belirtildi.

6.1. Sonuçlar

- Bu çalışmada klozet tuvalette hastanın ayaklarının altına uygun açı oluşturan tabure konularak oluşturulan çömelme pozisyonu ile olgu grubunun ameliyat sonrası ikinci gün ve taburculuktan bir hafta sonra defekasyon için harcadıkları sürenin, ıkınma gücünün, ıkınma korkusunun ve defekasyon sırasında yaşadıkları ağrının ortalamalarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

- Klozet tuvalette defekasyon için uygun açı sağlayan ve hastanın ayakları altına konulan tabure ile oluşturulan çömelme pozisyonunun ameliyat sonrası defekasyon sırasında yaşanan ağrıyı, ıkınma gücünü, ıkınma korkusunu ve boşaltım için harcanan süreyi azalttığı görüldü. Bu bilgilerden yola çıkarak bu uygulama hemşirelere cerrahi işlem sonrası özellikle konstipasyon ciddiyetinin ve riskinin en yüksek olduğu ilk günlerde nonfarmakolojik bir hemşirelik girişimi olarak önerilebilir.
- Ayrıca cerrahi kliniklerde bulunan hasta tuvaletlerine tabure konulması, hastaların etkili hareket edemediği ve yürüyemediği cerrahi girişim sonrası ilk günlerde çömelme pozisyonu sağlanarak, hastaların klozet tuvalette oturmak istemedikleri için defekasyon ihtiyaçlarını ertelemesini önleyebilir.

- Bu çalışma sonucu, cerrahi girişimin hastaların konstipasyon riskini ve ciddiyetinin arttırdığına yönelik bilgiyi desteklemektedir. Kadınlarda ve yaş arttıkça konstipasyonun artığı görülmektedir. Bu bilgidен yola çıkarak hemşirelerin özellikle riskli gruplarda gerekli girişimleri planlamaları ve konstipasyon gelişmeden önce cerrahi sonrası erken dönemde uygun hemşirelik girişimlerini uygulamaları önerilmektedir.
- Çalışmanın daha fazla örneklem grubunda ve daha farklı cerrahi girişim türlerinde yapılarak çalışma sonuçlarının geliştirilmesi önerilmektedir.
- Konstipasyon Risk Değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği düşük bulunduğu için güvenilirliğini yükseltmek için yeni çalışma yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aksoy G. (2012). Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı. In: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, ed(s), Cerrahi Hemşireliği I. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri: 257-99.
- Annells M, Koch T. (2002). Older people seeking solutions to constipation: the laxative mire. *Journal of Clinical Nursing*, 2008-211.
- Annells M, Koch T. (2003). Constipation and the preached trio: Diet, fluid intake, exercise. *Int J Nurs Stud*, 40(8):843-52.
- Arı M, Yılmaz E. (2016). Ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası konstipasyona etkisi. *Turk J Colorectal Dis*, 2: 39-46.
- Arslan GG, Eser I. (2011). An examination of the effect of castor oil packs on constipation in the elderly. *Complementary Therapie in Clinical Practice*, 17: 58-62.
- Arslan GG, Eşer İ. (2010). Huzurevinde kalan yaşlıların defekasyon alışkanlıkları ve konstipasyon yakınmalarının incelenmesi. 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, 36-37.
- Arslan H. (2015). Kız öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerinin konstipasyon durumlarının belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. KM Hisar).
- Ateş B. (2015). Fonksiyonel konstipasyonu olan yetişkin bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. M Saka).
- Baysal A, Aksoy M, Besler HT, Bozkurt N, Keçecioglu S, Merdol TK, Pekcan G, Mercangil SM, Yıldız E. (2008). *Diyet el kitabı*, 1. Baskı, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, p. 163-164
- Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. (2014). Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, 18(1): 72-88.
- Bilgiç Ş, Dilek F, Avcı Arslan HS, Aysun Ünal A. (2016). Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Konstipasyon Durumları ve Etkileyen Faktörler, *Int J Basic Clin Med*, 4(1): 9-16
- Black JM, Hawks JH. (2009). *Medical Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes*. 8th ed. USA, Saunders Elsevier Company, p.653-726.
- Brenner ZA. (2000). Preventing postoperative complications. *Nursing Manegement*, 31(12): 17-22.
- Büyükyılmaz F, Şendir M. (2009). Cerrahi hastalarında barsak boşaltımı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1): 74-81.

- Carpenito-Moyet JL. (2012). Konstipasyon. İçinde: Hemşirelik Tanıları El Kitabı, 3. Baskı Çeviren: Erdemir F, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 281-288.
- Carvalho EB, Vitolo MR, Gama CM, Lopez FA, Taddei JAC, Morais MB. (2006). Fiber intake, constipation, and overweight among adolescents living in Sao Paulo City. *Nutrition*, 22 (7-8): 744-49.
- Chang JY, Locke GR, Schleck CD, Zinsmeister AR, Talley NJ. (2007). Risk factors for chronic constipation and a possible role of analgesics. *Neurogastroenterol Motil*, 19(11): 905-911.
- Chen LY, Ho KY, Phua KH. (2000). Normal bowel habits and prevalence of functional bowel disorders in Singaporean adults--findings from a community based study in Bishan. *Community Medicine GI Study Group. Singapore Med J*, 41(6): 255-258.
- Chiarelli P, Brown W, McElduff P. (2000). Constipation in Australian women: prevalence and associated factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 11:71-8.
- Choung RS, Locke GR, Rey E, Schleck CD, Baum C, Zinsmeister AR. (2012). Factors associated with persistent and nonpersistent chronic constipation, over 20 years. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 10(5): 494-500.
- Choung RS, Locke GR, Schleck CD, Zinsmeister AR, Talley NJ. (2007). Cumulative incidence of chronic constipation: a population based study 1988–2003. *Aliment Pharmacol Ther*, 26(11-12): 1521-8.
- Christine H. (2005). Treatment of Constipation in Older Adults. *American Family Physician*, December 1, 72(11): 2277-2284.
- Cimilli C. (2001). Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, 4: 182-186.
- Condon RE, Ercüment T, Emine E. (2004). Karın Duvarı Fıtıkları, Sayek İ. *Temel Cerrahi Üçüncü Baskı*, 1503-1522.
- Çetinkaya Z, Ayten R, Coşkun S. (2006). İnguinal fıtıklarında etyopatogenez ve sınıflandırma. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi*, 2: 15-20.
- Çınar V. (2005). Batın Ameliyatı Geçiren Hastalarda Erken Ambulasyonun Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, (Danışman: Prof. Dr. ON Dilek)*.
- Dandin Ö, Özgür Karakaş D, tUNCER Ergin T, Balta AZ, Sücüllü İ. (2014). Posterior pelvik taban hastalıklarının değerlendirilmesinde defekografinin yeri: 54 olgunun geriye dönük değerlendirilmesi. *Anatol J Clin Investig*, 8(1): 6-11.
- Davis PS. (2005). *Why move? Orthopaedic and Trauma Nursing*. Davis PS Eds. 2nd Edition, Churchill Livingstone, China, 95-96.
- Dedeli Ö, Turan İ, Fadıloğlu Ç, Bor S. (2007). Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *MN Dahili Tıp Bilimleri*, 2(1-2): 36-43.
- Desouza MS. (2002). Effectiveness of nursing interventions in alleviating perceived problems among orthopaedic patients. *Journal of orthopaedic nursing*, 6: 211-219.

- Dosh SA. (2002). Evaluation and Treatment of Constipation. *The Journal of Family Practice*, June: 555-560.
- Eşer İ. (1999). *Bağırsak Boşaltımı Uygulamaları ve Hemşirelik Bakımı*, Meta Basım, izmir.
- Gallagher PF, O'Mahony D, Quigley EMM. (2008). Management of chronic constipation in the elderly. *Drugs Aging*, 25(10): 807-21.
- Gallegos-Orozco JF, Foxx-Orenstein AE, Sterler SM, Stoa JM. (2012). Chronic constipation in the elderly. *American Journal of Gastroenterology*, 107: 18–25.
- Garrigues V, Galvez C, Ortiz V, Ponce M, Nos P, Ponce J. (2004). Prevalence of constipation: Agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a population-based survey in Spain. *Am J Epidemiol*, 159(5), 520-526.
- Gonenne J, Esfandyari T, Camilleri M, Burton DD, Stephens DA, Baxter K.L. (2006). Effect of female sex hormone supplementation and withdrawal on gastrointestinal and colonic transit in postmenopausal women. *Neurogastroenterol Motil*, 18(10): 911-918.
- Görgülü RS. (2002). *Hemşireler için fiziksel muayene yöntemleri*. 72 Tasarım LTD. Şti., Ankara, 170-180.
- Gürol Arslan G. (2008). *Yaşlılarda karına castor yağı kompresi uygulamanın konstipasyona etkisinin incelenmesi*. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. İ Eşer)
- Gürşen C. (2013). *Kronik konstipasyonu olan bireylerde konnektif doku masajının etkisi*. Hacettepe üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. M Kerem Günel).
- Hakverdioğlu YG, Türk G, Khorshid L, Eşer İ. (2011). Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde konstipasyon tanısının değerlendirilmesi. *İ.U.F.N. Hem. Dergisi*, 19(2): 83-88.
- Hammer J, Harling H, Wille-Jorgensen P. (2008). Implementation of scientific evidence into daily practice-example from fast-track colonic cancer surgery. *Colorect Dis*, 10:593-598.
- Hicks A. (2001). The prevention and management of constipation. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 5: 208-211.
- Hosseinzadeh ST, Poorsaadati S, Radkani B, Forootan M. (2011). Psychological disorders in patients with chronic constipation. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*, 4: 159-163.
- Hsieh C. (2005). Treatment of constipation in older adults. *American Family Physician*, 2277-2284.
- Inan M, Aydiner CY, Tokuc B, Aksu B, Ayvaz S, Ayhan S. (2007). Factors associated with childhood constipation. *J Paediatr Child Health*, 43(10): 700-706.
- İnal HC, Günay S. (2002). *Olasılık ve Matematiksel İstatistik*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s.264.
- İnce M, Remzi FH. (2011). Kronik kabızlık ve diyet. *TAF Prev Med Bull*, 10(1): 71-6.

- Jung HK, Kim DY, Moon IH. (2003). Effects of gender and menstrual cycle on colonic transit time in healthy subjects. *Korean J Intern Med*, 18 (3): 181-186.
- Kaçmaz Z, Kaşıkçı M. (2005). Effectiveness of bran supplement in older orthopaedic patients with constipation. *Journal of Clinical Nursing*, 928-936.
- Kasap E, Bor S. (2006). Fonksiyonel barsak hastalığı prevalansı. *Güncel Gastroenteroloji*, 10: 165-168.
- Kaya N, Turan N. (2011). Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 31(6): 1491-1501.
- Kaya N. (2012). Roper, Logan, Tierney'in Hemşirelik Modeli. Eds: Babadağ K, Aştı TA, Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, p.1-7.
- Klingman L. (2009). Bowel Elimination. *Fundamentals of Nursing*. Eds: Potter PA, Pery AG 7th Edition, Mosby Elseiver, Canada: 1174-1200, 1217-1218.
- Koca Kutlu A, Yılmaz E, Çeçen D, Eser E. (2011). The reliability and validity of the Turkish version of the constipation risk assessment scale. *Gastroenterol Nurs*, 34(3): 200-08.
- Lafçı D. (2014). Aroma masajının yaşlılardaki konstipasyona etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, (Danışman: Prof. Dr. M Kaşıkçı).
- Lam CT, Tse SH, Chan ST, Tam JK, Yuen JW. (2015). A survey on the prevalence and utilization characteristics of gua sha in the Hong Kong community. *Complement Ther Med.*, 23(1): 46-54.
- Lam TC, Islam N, Lubowski DZ, King DW. (1993). Does squatting reduce pelvic floor descent during defaecation? *Aust N Z J Surg*, 63: 172-4.
- Lee WT, Ip KS, Chan JS, Lui NW, Young BW. (2008). Increased prevalence of constipation in pre-school children is attributable to underconsumption of plant foods: A community-based study. *J Paediatr Child Health*, 44(4): 170-175.
- Lembo A, Camilleri M. (2003). Chronic Constipation. *NEJM*, 349: 1360-368.
- Lembo AJ, U.S.P. (2010). Constipation. Eds: F. L. Feldman M, Brandt L, Sleisenger's and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, Philadelphia, Saunders, c. 1: s. 256284.
- Locke GR, Pemberton JH, Phillips, SF. (2000). American Gastroenterological Association Medical Position Statement: guidelines on constipation. *Gastroenterology*, 119(6): 1761-1766.
- Longstreth G, Thompson G, Chey W. (2006). Functional Bowel Disorders. *Gastroenterology* 130: 1480-1491.
- McCrea GL, Miaskowski C, Stotts NA, Macera L, Varma MG. (2009). A review of the literature on gender and age differences in the prevalence and characteristics of constipation in North America, *J Pain Sympt Manag*, 37(4): 737-45.
- Mclean Vickers J. (2014). Bowel management and day surgery: A look at constipation. *Day Surg Aust*, 13(2): 22-4.

- Mei Yun KE. (2004). Consensus on the guidelines for the diagnosis and treatment of chronic constipation. *Chinese Journal of Digestive Diseases*, 2004: 134-137.
- Mugie S, Benninga MA, Lorenzo CD. (2011). Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review,. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 25(1): 3–18.
- Müler-Lissner S. (2007). The difficult patient with constipation. *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology*, 473-484.
- Özkum İzveren A, Dal Ü. (2011). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(2): 36-46.
- Özkütük N. (2015). Hemşirelik Esasları:İnsan sağlığı ve fonksiyonları. Eds: Craven RF, Hirnle CJ, Jensen S, Çeviren: Uysal N, Çakırcalı E, Palme Yayıncılık, Ankara, s.1070-1078.
- Rao SSC, Go JT. (2010). Update on the management of constipation in the elderly: New treatment options. *Clin Interv Aging*,163-171.
- Rao SSC, Kavlock R, Rao S. (2006). Influence of body position and stool characteristics on defecation in humans. *Am J Gastroenterol*, 101: 2790–6.
- Rasmussen LS, Pedersen PU. (2010). Constipation and defecation pattern the first 30 days after thoracic surgery. *Scand J Car Sci*, 24 (2): 244–50.
- Richmond J.P, Wright ME. (2005). Development of a constipation risk assessment scale. *clinical effectiveness in nursing*, 9: 37-48.
- Richmond JP, Wright ME (2006). Development of a constipation risk assessment scale. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 10:186-197.
- Richmond, J. (2003). Prevention of constipation through risk management. *Learning Disability Practice*, 6(9): 31-38.
- Sakakıbara R, Tsunoyama K, Hosoi H, Takahashi O, Sugiyama M, Masahiko Kishi M, Ogawa E, Terada H, Uchiyama T, Yamanishi T. (2010). Influence of Body Position on Defecation in Humans. *LUTS*, 2: 16–21
- Savaş MC. (2004). Konstipasyon. *İç Hastalıkları Dergisi*, 11(4): 204-216.
- Sayek I. (2004) *Temel Cerrahi*,3 baskı, Günes Kitabevi, Ankara ,157: 1503-22.
- Sikirov BA. (2003). Comparison of straining during defecation in three positions. *Dig Dis Sci.*, 48: 1201–5.
- Skandalakis LJ, Thomas R. Gadacz Arlie R, Mansberger William E, Colborn MG, John E. Skandalakis JE. (2002). Çeviri: Dr. Ünal Değerli, *Modern Herni Tamiri*, 1: 3-250.
- Şendir M, Büyükyılmaz F, Aştı T, Gürpınar Ş, Yazgan İ. (2012). Postoperative constipation risk assessment in Turkish orthopedic patients. *Gastroenterol Nurs*, 35(2): 106-13.
- Tagart RE. (1966). The anal canal and rectum: their varying relationship and its effect on anal continence. *Dis Colon Rectum*, 9: 449–52.

- Talley NJ, Jones M, Nuyts G, Dubois D. (2003). Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. *The American Journal of Gastroenterology*, 98(5): 1108-1111.
- Talley NJ. (2004). Definitions, epidemiology and impact of chronic constipation. *Rev in Gastroenterol Dis*, 4 Suppl 2: 3-10.
- Taşdemir N, Çelik Şenol S. (2010). Hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26 (3): 11-22.
- Turan N, Kaya N, Kaya H, Öztürk A, Eskimez Z, Yalçın N. (2011). Hemşirelik öğrencilerinin bazı değişkenler açısından konstipasyon sorunları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2011;19(3):168-78.
- Türkay C, Aydoğan T, Özden A. (2005). Konstipasyon tanım ve epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji*, 9(1): 48-52.
- Ucuşal M, Aldanmaz N. (2015). Genel Cerrahi Hastalarında Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riski. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (2): 17-22.
- Uysal N, Khorshid L, Eşer İ. (2010). Sağlıklı genç bireylerde konstipasyon sorununun belirlenmesi. *TAF Prev. Med Bull*, 9(2): 127-32.
- Uysal N, Khorshid L, İsmet Eşer İ. (2010). Sağlıklı genç bireylerde konstipasyon sorununun belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(2) :127-132.
- Uz B, Türkay C, Bavbek N, Işık A, Erbayrak M, Uyar ME. (2006). Konstipasyon saptanan olgularımızın değerlendirilmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 5(1): 56-9.
- Varma MG, Wang JY, Berian JR, Patterson TR, McCrea GL, Hart SL. (2008). The constipation severity instrument: a validated measure. *Dis Colon Rectum*, 51: 162-172.
- Waldrop, J, Doughty DB. (2000). Pathophysiology of bowel dysfunction and fecal incontinence. In D. B. Doughty (Ed.). *Urinary and fecal incontinence: Nursing management* St. Louis: Mosby, pp. 325-352.
- Yetkin A, Kara M. (1998). Post-operatif konstipasyon ve yapılan girişimlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1): 16-27.
- Yurdakul İ. (2007). Kronik kabızlık. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 58: 43-58.

EKLER

Ek-1 Hasta Tanılama Formu

HASTA TANILAMA FORMU			
1) Cinsiyetiniz?	a. Kadın	b. Erkek	
2) Yaşınız?			
3) Eğitim Düzeyiniz?	a. Okur- yazar değil	b. İlkokul	c. Lise d. Üniversite
4) Mesleğiniz?			
5) Yaşadığınız Yer?	a. İl	b. İlçe	c. Köy
6) Boyunuz?			
7) Kilonuz?			
8) BKİ?			
9) Yapılan Cerrahi Girişim:			
10) Kullandığınız Tuvaletin Özelliği?	a. Alaturka Tipi	b. Klozet Tipi	
11) Boşaltım alışkanlığınız?	a. Günde 1kez	b. İki günde 1 kez	c. Haftada 2 kez d. Haftada 1 kez
12) Kabızlık yaşar mısınız?	a. Her zaman	b. Sık sık	c. Bazen d. Nadir
13) Günlük hayatınızda beslenme alışkanlığınız nasıldır?	a. Meyve ve sebze ağırlıklı beslenirim	b. et ve et ürünleri daha çok tüketirim	c. Süt ve süt ürünleri daha çok tüketirim d. Hazır gıdalar ve fast-food çok tüketirim
	e. Hepsi		
14) Tüm gün içinde hareket düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?	a. Az hareketliyim	b. Orta hareketliyim	c. Çok hareketliyim
15) Günlük hayatınızdaki sıvı tüketme alışkanlığınız nasıldır?	a. Günde.....bardak su içerim		

Ek-2 Hasta İzlem Formu

HASTA İZLEM FORMU												
1)	Ameliyat saati											
1)	Cerrahi girişim sonrası kaçınıcı saatte ayağa kalktınız?											
Cerrahi girişim sonrası defekasyona çıkabildiniz mi?												
2)	1	Ameliyat sonrası ilk ambulasyon/post-op1	Çıktı	Çıkmadı	Kaç Kere	Saat Kaç	Ne Kadar Sürdü					
	2	Post-op 2										
	3	Taburculuktan Bir Hafta Sonra										
Defekasyon sırasında ıkınma korkusu yaşadınız mı?												
3)	0	Korku Yok	Post-op 1	Post-op 2	bir hafta sonra							
	1	Hafif Korktum										
	2	Biraz Korktum										
	3	Çok Korktum										
	4	Son Derece Fazla Korktum										
İkınma gücünüzü 3												
4)	0	Güçlük Yaşamadım	Post-op 1	Post-op 2	bir hafta sonra							
	1	Hafif Güçlük Yaşadım										
	2	Biraz Güçlük Yaşadım										
	3	Çok Güçlük Yaşadım										
	4	Son Derece Fazla Güçlük Yaşadım										
Cerrahi girişim sonrası defekasyon sırasında ağrı yaşadınız mı?												
5)	-	İlk Ambulasyon/Post-op 1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	-	Post-op 2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	-	Taburculuktan Bir Hafta Sonra	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cerrahi girişim sonrası sıvı alımı ne kadar?												
	-	Ağızdan	Post-op 1		Post-op 2		bir hafta sonra					
	-	Damar Yolu	Saat	Miktar	Saat	Miktar	Saat	Miktar				
Cerrahi girişim sonrası beslenme durumu												
7)	-	RI	Saat	Miktar	Saat	Miktar	Saat	Miktar				
	-	RII	Saat	Miktar	Saat	Miktar	Saat	Miktar				
	-	RIII	Saat	Miktar	Saat	Miktar	Saat	Miktar				
	-	Lif alımı	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok				
Cerrahi girişim sonrası gaitanın kıvamı nasıl?												
8)			Post-op	Post-op 2	bir hafta sonra							
	Tip 1:	Katı ve ayrık fındık gibi yuvarlaklar.										
	Tip 2:	Sosis şeklinde ve hacimli dışkı.										
	Tip 3:	Sosis gibi ancak üzerinde çatlaklar olan dışkı.										
	Tip 4:	Sosis veya yılan gibi, düz ve yumuşak dışkı.										
	Tip 5:	Birbirinden ayrık düzgün kenarlı ve yumuşak küçük toplar.										
	Tip 6:	Kabarık ve düzensiz kenarlı dışkı.										
	Tip 7:	Katı bölüm içermeyen su gibi dışkı.										
Cerrahi girişim sonrası hareket durumunuz nasıl?												
9)			Post-op	Post-op	bir hafta sonra							
		Sadece tualete kalktım										
		Gün içinde az hareketliyim (yürüme/yatak içi)										
		Gün içinde orta hareketliyim (yürüme/yatak içi)										
		Gün içinde çok hareketliyim (yürüme/yatak içi)										

Ek-3 Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)

KONSTİPASYON CİDDİYET ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki sorulardan size en uygun olan tek yanıtı işaretleyiniz.

Dışkı Tıkanıklığı Alt Ölçeği

1. Yetersiz Dışkılama (Bağırsakları tam boşaltamama):

A) Bağırsakları tam boşaltamama sorununu ne sıklıkta yaşarsınız.

- | | | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| (0) Asla
bu sorunu yaşamam
(2.soruya geçiniz) | (1) Nadiren
bu sorunu yaşarım | (2) Bazen
bu sorunu yaşarım | (3) Genellikle
bu sorunu yaşarım | (4) Her zaman
bu sorunu yaşarım |
|---|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

B) Bu belirti (bağırsakları tam boşaltamama) sizin için ne kadar ciddidir?

- | | | | | |
|---|-----------|---|-----------|---|
| (1) Hiç ciddi değil
(Çoğu kez bu tür bir dışkılama sorununun yoktur) | (2) Hafif | (3) Biraz ciddi
(Büyük abdeste çıktıktan sonra hala bağırsaklarımda dışkı kalır) | (4) Ciddi | (5) Son derece ciddi
(Dışkı nedeni ile makatımda sürekli basınç hissedirim / tekrar tekrar tuvalete giderim) |
|---|-----------|---|-----------|---|

C) Bu durum, sizi ne kadar rahatsız eder?

- | | | | | |
|------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------------|
| (1) Hiç rahatsız etmez | (2) Biraz rahatsız eder | (3) Oldukça rahatsız eder | (4) Çok rahatsız eder | (5) Son derece rahatsız eder |
|------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------------|

2. Dışkılamada zorluk/güçlük:

A) Dışkılama sırasında zorluğu/güçlüğü hangi sıklıkla hissedersiniz?

- | | | | | |
|--|------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------|
| (0) Asla hissetmem (3. soruya geçiniz) | (1) Nadiren hissedirim | (2) Bazen hissedirim | (3) Genellikle hissedirim | (4) Her zaman hissedirim |
|--|------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------|

B) Bu durum sizin için ne kadar ciddidir?

- | | | | | |
|---|-----------|---|-----------|---|
| (1) Hiç ciddi değil
(Biraz ıkanıyorum) | (2) Hafif | (3) Oldukça ciddi
(Ciddi şekilde ıkanıyorum) | (4) Ciddi | (5) Son derece ciddi
(Karına bastırıyorum, inliyorum ve ci şekilde ıkanıyorum) |
|---|-----------|---|-----------|---|

C) Bu durum sizi ne kadar rahatsız eder?

- | | | | | |
|------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------------|
| (1) Hiç rahatsız etmez | (2) Biraz rahatsız eder | (3) Oldukça rahatsız eder | (4) Çok rahatsız eder | (5) Son derece rahatsız eder |
|------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------------|

Kalın Bağırsak Tembelliği Alt Ölçeği

3. Bağırsak alışkanlığında sıkıntı yaşadığımız bir dönemi düşünün: Bir ay boyunca, genellikle kaç kez büyük abdeste çıkarınız? (Lütfen sadece bir tanesini işaretleyiniz)

- 0 () Bağırsak alışkanlığarımda asla sıkıntı yaşamam.
- 1 () Her gün büyük abdeste çıkarım
- 2 () Haftada birkaç kez büyük abdeste çıkarım
- 3 () Haftada bir kez büyük abdeste çıkarım
- 4 () İki haftada bir kez büyük abdeste çıkarım
- 5 () Ayda bir kez büyük abdeste çıkarım

4. 3 günde bir kereden daha az dışkılama:

A) "3 günde bir kereden daha az dışkılama" sorununu hangi sıklıkla hissedersiniz?

(0) Asla hissetmem (5. soruya geçiniz) (1) Nadiren hissederim (2) Bazen hissederim (3) Genellikle hissederim (4) Her zaman hissederim

B) Bu belirti (dışkılamanın sık olmaması) sizin için ne kadar ciddidir?

(1) Hiç ciddi değil (Hemen hemen her gün büyük abdeste çıkarım) (2) Hafif (3) Biraz ciddi (Haftada 1-2 kez büyük abdeste çıkarım) (4) Ciddi (5) Son derece ciddi (4 haftaya kadar büyük abdeste çıkamadığım olur)

C) Bu belirti (dışkılamanın sık olmaması) sizi ne kadar rahatsız eder?

(1) Hiç rahatsız etmez (2) Biraz rahatsız eder (3) Oldukça rahatsız eder (4) Çok rahatsız eder (5) Son derece rahatsız eder

5. Boşaltım Gereksinimi Hissinde Yetersizlik:

A) Büyük abdestinizin geldiğini hissetmeme sorunuz, sizin için ne kadar ciddidir?

(0) Asla böyle bir sorunun olmaz. (1) Hiç sorun değil (Boşaltım ihtiyacını gayet iyi hissedirim) (2) Hafif (3) Biraz ciddi bir sorun (Boşaltım ihtiyacını belli belirsiz hissedebilirim) (4) Ciddi bir sorun

B) Büyük abdestinizin geldiğini hissetmeme sorunuz, sizi ne kadar rahatsız eder?

(0) Asla rahatsız etmez (1) Hiç rahatsız etmez (2) Biraz rahatsız eder (3) Oldukça rahatsız eder (4) Çok rahatsız eder

Ağrı Alt Ölçeği:

Bağırsak Sorunlarına Bağlı Makat Ağrısı:

6. Geçen ay boyunca, ortalama olarak, makatınızdaki ağrı ne kadar şiddetliydi?

(0) Ağrı hissetmedim (1) Hafif (2) Biraz şiddetli (3) Şiddetli (4) Son derece şiddetli

7. Şu an, makatınızdaki ağrı düzeyini belirtiniz.

(0) Ağrı yok (1) Hafif (2) Biraz şiddetli (3) Şiddetli (4) Son derece şiddetli

8. Makatınızdaki ağrıdan dolayı ne kadar rahatsızsınız?

(0) Hiç rahatsız değilim (1) Hafif (2) Biraz rahatsızım (3) Ciddi (4) Çok ciddi rahatsızım

9. Geçen ay boyunca, büyük abdeste çıkarken veya sonrasında ne sıklıkta kanamanız oldu?

(0) Asla (1) Nadiren (2) Ara sıra (3) Genellikle (4) Her zaman

Ek-4 Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği

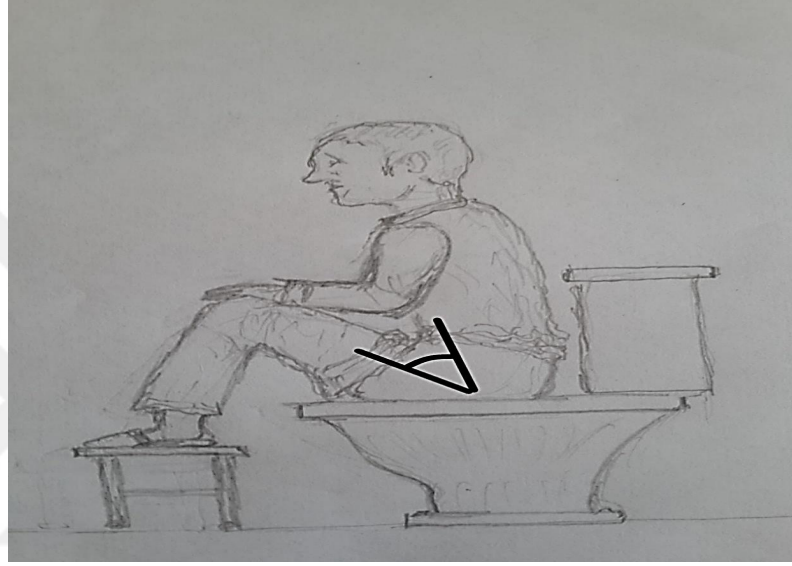
KONSTİPASYON RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Toplam ve Tablodaki Risk Faktörleri Halkası CİNSİYET: Erkek 1 Kadın 2		Hangi Durumlar Konstipasyon Riskini Arttırır Tıbbi notlardan, hasta öyküsü ve kan sonuçları, aşağıdaki durumların varlığını değerlendirme	
HAREKETLİLİK: Bağımsız olarak hareketli 0 Yürümde bağımlı/ başkalarından yardım alıyor 1 Yatağa/sandalyeye bağımlı 2 Spinal kord yaralanması/spinal kord basısı 3		FİZYOLOJİK DURUMLAR Metabolik Hastalıklar Hipokalemi/Üremi/kurşun zehirlenmesi 2	
LİF ALIMI: Günlük 5 porsiyon/adet meyve sebze alımı/tüketimi 0 Günlük 3/4 porsiyon/adet sebze/meyve alımı /tüketimi 1 Günlük 2 porsiyon/adet sebze/meyve alımı /tüketimi 2 Lifli ürünlerin günlük alımı/tüketimi Evet 0 Hayır 2		Pelvik durumlar Histerektomi/over tümörü/uterus prolapsusu/hamilelik 3 Nöromusküler Hastalıklar: Parkinson Hastalığı/Multiple Skleroz/Sistemik Skleroz/Hirschsprung Hastalığı/Serebrovasküler Olay/Spina Bifida/Romatoid Artrit/serebral tümör 3 Endokrin Hastalıklar: Diabetes Mellitus/hipotiroidi/ hypopituitarizm/hypercalsemi 3 Kolorektal/Abdominal Hastalıklar: Irritable Barsak Sendromu/Crohn Hastalığı/Diverticulit/Ulceratif Kolit/Kolorektal tümör/anorectal darlık/anorectal fissür/anorectal prolapsus/hemoroidler/herniler 3	
SIVI ALIMI: Günlük 10 bardak ve daha fazla sıvı alımı 0 Günlük 6-9 bardak sıvı alımı 1 Günlük 5 bardak ve daha az sıvı alımı 2		PSİKOLOJİK DURUMLAR Psikiyatrik Hastalıklar: Depresyon/Anoreksia Nevroza/Bulimia Nevroza 2 Öğrenme Zorlukları/Demans (Konuşmanın anlaşılabilirliğinin/durumları anlamada azalma olduğunun belirlenmesi) 2	
KİŞİSEL İNANÇLAR: Hasta konstipasyona eğilimli olduğuna inanıyor mu? Evet/Hayır Herhangi bir zamanda konstipasyon için laksatif kullanmış mı? Evet/Hayır Şimdiki bağırsak alışkanlığı: _____ BÖLÜM TOPLAM PUANI <input type="text"/>		BÖLÜM TOPLAM PUANI <input type="text"/>	
SADECE SERVİS HASTALARI: Hasta hastane tuvaletlerinde barsak boşaltımı için zorlanıyor mu? Hayır 0 Evet 2		Konstipasyon riskini arttıran ilaçlar Hasta aşağıdaki ilaçlardan herhangi birini düzenli alıyor mu? Antiemetikler 2 Kalsiyum Kanal Blokerleri 2 Demir ilaçları 2 Analjezikler Opioid olmayan analjezikler 3 Sürekli opioid tedavisi 5	
KOMOD/SÜRGÜYE GEREKSİNİMİ OLAN HASTALAR: Hastanın Komod/sürgü kullanmasında sorun bekleniyor mu? Hayır/Uygun değil 0 Evet 2 BÖLÜM TOPLAM PUA <input type="text"/>		Antikolinergik içeren ilaçlar: Antikonvülzanlar 2 Antidepresanlar 2 Antiparkinson ilaçlar 2 Antispazmolitikler 2 Sitotoksik kemoterapi: Sitotoksik kemoterapi 3 Vinca alkaloid ajanlar 5 BÖLÜM TOPLAM PUANI <input type="text"/>	
TOPLAM PUAN <input type="text"/>		Konstipasyon için düşük risk: puan < 10 Konstipasyon için orta risk: puan 11-15 Konstipasyon için yüksek risk: puan > 15	

EK-5 BROŞÜR

BOŞALTIM POZİSYONU NASIL OLMALIDIR?

Klozete oturarak bağırsak boşaltımı yapılırken bacakların gövdeye olan açısı 90 derecedir. Bu açıda bağırsağın dışarı açıldığı bölge de boşaltımı kontrol eden kaslar doğru çalışmaz ve kalın bağırsağın son çıkım bölümü gerektiği kadar açılmaz. Buda bağırsak boşaltımı için daha fazla çaba ve ıkınıldığında karın içinde, bağırsak içinde ve bağırsağın son kısmında fazla basınca neden olur. Çömelerek bağırsak boşaltımı sırasında bacakların vücuda olan açısı ise 35 derecedir. Bu açıdayken kalın bağırsak ve bağırsağın dışkılama için en uygun şekildedir. Dışkılama kolaylaştığı için bağırsak içi basınç artmaz.



Klozet tuvalette tabure ile çömelme pozisyonu (İllüstrasyon: Osman ÖZER)

Bilimsel kaynaklar boşaltım için en doğru pozisyonun çömelmek olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada klozet tuvalette çömelme pozisyonu ve açığı oluşturmak için tabureden yararlanılacaktır. Klozette ayaklarınızın altına vereceğimiz tabure ile boşaltımın daha az çaba, ıkınma ile gerçekleşebileceğini hatta kabızlıktan korunabileceğiniz öngörülmektedir. Normal bağırsak boşaltımının sürdürülmesine (ıkınma güçlüğü, ıkınma korkusu, defekasyon süresi ve ağrı) ve konstipasyonun engellenmesine etkisini değerlendirmek amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Son yapılan çalışmalarda alaturka tuvaletlerdeki çömelme pozisyonunun bağırsak sağlığı açısından çok daha uygun olduğu vurgulanmaktadır. Bu pozisyonu klozet tipi tuvalette de uygulamak mümkün.

Bu pozisyonu oluşturma basamaklarımız şöyledir;

- 1- Çömelerek oturma pozisyonunu sağlamak için alafrağa tuvalete oturun.
- 2- Hasta güvenliği sağlandıktan sonra ayaklarınızı taburenin üstüne koyun.
- 3- Hafif öne doğru eğilin.
- 4- Dirseklerinizi bacaklarınıza yaslayın.
- 5- Böylelikle doğru bir şekilde bağırsak boşaltımınızı yapacağınız 35 derecelik açıya ulaşmış olacaksınız.
- 6- Boşaltım sonunda önce tabure uzaklaştırılır.
- 7- Daha sonra hasta güvenli bir şekilde kaldırılır.

Ek-6 Etik Kurul Onay Formu

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU				
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Herni Ameliyatı Geçiren Bireylerde Ameliyat Sonrası Bağırsak Boşaltımını Gerçekleştirme ve Konstipasyonun Önlenmesinde Çömelme Pozisyonunun Etkisi”		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Esasları		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Karabük Üniversitesi		
	DESTEKLEYİCİ	Üniversite		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAB TIRMA PROTOKOLU/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	BİLGİLENDİRİLMİŞ GONULLU OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	Karar No: 9/17	Tarih: 27.09.2017				
Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.						

KARABUK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BALKAN / ADI / SOYADI	Prof. Dr. İbrahim KURTUL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. İbrahim KURTUL	Anatomi	Karabük Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Didem ADAHAN	Aile Hekimi	Karabük Üniversitesi	E @ <input type="checkbox"/>	K @ <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seyit Ali KAYIŞ	Tıp Bilişimi ve Biyoistatistik	Karabük Üniversitesi	E @ <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E @ <input type="checkbox"/>	H @ <input type="checkbox"/>	E @ <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARA	Tıbbi Biyokimya	Karabük Üniversitesi	E @ <input type="checkbox"/>	K @ <input type="checkbox"/>	E @ <input type="checkbox"/>	H @ <input type="checkbox"/>	E @ <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Yusuf ERSAN	Histoloji ve Embriyoloji	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülhan PAL KOCAMAN	Periodontoloji	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K Q <input type="checkbox"/>	E Q <input type="checkbox"/>	H Q <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN	Ebelik	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H @ <input type="checkbox"/>	E @ <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Huseyin ŞAHİN	Avukat	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda Bulunmadı

Ek-7 Kurum İzni



T.C.
KARABÜK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 98024045/604.02.01
Konu : Tez Çalışması Hk.

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 30/11/2017 tarihli ve 32469040-044/497354 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN' in danışmanlığında yürütülmekte olan Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Meltem KAYA'nın "*Herni Ameliyatı Geçiren Bireylerde Ameliyat Sonrası Bağırsak Boşaltımını Gerçekleştirme ve Konstipasyonun Önlenmesinde Çömelme Pozisyonunun Etkisi*" konulu tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabileceği talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Ahmet SARI
İl Sağlık Müdürü


21.12.17

Adres: Karabük İl Sağlık Müdürlüğü

Bilgi için: Elif TAŞKIRAN AKBIYIK

Faks No: 0370 4338160

Unvan: HEMŞİRE

e-Posta: E.TaskiranAkbiyik@saglik.gov.tr İnt. Adresi: khb78.ib@saglik.gov.tr

Telefon No: 0370 4333126-1262

Yazışmalarınızın güvenli olarak yapılabilmesi için lütfen yazışmalarınızı sadece bu adres üzerinden yapınız. Başka adreslere gönderilen yazışmalarınızın güvenli olarak yapılabileceği garanti edilemez.

Ek-8 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı Tıbbi Araştırma ve Tıbbi Cihaz Kurumu</p>	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 1/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

Sayın

Sizi Yrd Doç. Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN danışmanlığında Meltem KAYA tarafından yürütülen **Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi**'nde yürütülen "**Herni Ameliyatı Geçiren Bireylerde Ameliyat Sonrası Bağırsak Boşaltımını Gerçekleştirme ve Konstipasyonun Önlenmesinde Çömelleme Pozisyonunun Etkisi**" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya tedaviniz ve klinik izleminizde hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmayı devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde, siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Araştırmanın yürütücülere, Etik Kurul Üyeleri, Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin bu araştırmadaki tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebileceklerdir; ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
(Adı-Soyadı-Ünvanı-İmza)
Yrd. Doç. Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN

Araştırmanın Amacı:

(Çalışmanın araştırma amacı olduğu mutlaka belirtilmeli, gönüllünün anlayabileceği sade bir dil kullanılmalı ve kısaltılmış ifadeler açıklanmalıdır).

Cerrahi girişim geçirmiş olan bireylerde ameliyat sonrasında, ilaçsız bir uygulama olan ayaklarının altına uygun açılı oluşturan tabure koyarak verilen çömelleme pozisyonunun, önemli sorunlardan biri olan kabızlığın engellenmesine ve hastanın normal boşaltımını gerçekleştirmesine /sürdürmesine etkisini değerlendirmektedir.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

(İzlenecek olan yöntem ve yapılacak bütün işlemler -invazif olsun veya olmasın- açık ve anlaşılır bir şekilde belirtilmeli, kan, idrar gibi hasta materyallerinin kullanıldığı çalışmalarda, bu örneklerin alınma sıklığı ve miktarları, alınma şekli, bu işlemlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuzluklar veya riskler mutlaka yazılmalıdır)

- 1-Araştırmanın verileri gerekli izinler alındıktan sonra ve uygulamadan önce hastalara araştırmanın amacı açıklanarak yazılı/sözlü onamları alındıktan sonra toplanacaktır.
- 2-Başlangıçta 2 hasta ile ön uygulama yapılacak, eksiklik ve sorunların giderilmesinden sonra araştırmaya başlanacaktır.
- 3-Araştırmaya alınma kriterleri dikkate alınarak örnekleme oluşturacak hastalar belirlenecektir.
- 4-Ameliyat sırasına göre rastgele örnekleme yöntemi ile 40 olgu,40 kontrol grupları oluşturulacaktır.
- 5-Olgu ve kontrol gruplarına, hasta tanılama formu uygulandıktan sonra konstipasyon risk değerlendirme ölçeği(KRÖ) ve konstipasyon ciddiyet ölçeği(KCÖ) uygulanacaktır.

 <p>TC Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu</p>	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 2/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

6-Olgu grubundaki hastalara fitik ameliyatı öncesinde klozet tipi tuvalette ayaklarının altına uygun açılı oluşturacak tabure ile çömelme pozisyonu verme eğitimi verilecektir. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim ya da eğitim yapılmayacaktır.

7-Ameliyatın ardından ilk ambulasyondan sonra İlk ambulasyondan sonra barsak hareketleri dönen ve yaşam bulguları stabil "Olgu" grubu hastalara ise ameliyat öncesinde açıklama, aydınlatılmış onam ve uygulama eğitiminin ardından ameliyat sonrasında eliminasyon için alafrağa tuvalette ayak altına uygun yükseklikte tabure konularak "çömelme pozisyonu" verilecektir. "Kontrol" grubundaki bireylere herhangi bir girişim uygulanmayacaktır.

8-Post-op 1. gün, post-op 2. gün ve ameliyattan 1 hafta sonra olmak üzere olgu ve kontrol gruplarına defekasyondan sonra Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği(KCÖ), Hasta izlem formu uygulanarak bağırsak boşaltım durumu, sıklığı, güclüğü, ağrı ve konstipasyon gelişme durumu izlenecektir.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Araştırma Karabük İlinde Sağlık Bakanlığı Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Araştırmanın Süresi: 2 yıl planlandı. Etik kurul ve kurum izinlerinin ardından yaklaşık olarak 01.09.2017 tarihinde başlanması planlandı.

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 51 olgu grubu ve 51 kontrol grubu olmak üzere toplam 80 hasta örneklemini oluşturması planlandı.

Size Getirebileceği Olası Faydalar:

(Gönüllülerin çalışmaya katılmasını teşvik edecek veya yönlendirecek ifadelerden kaçınılmalıdır)

Bilimsel bir araştırmaya katkı sağlamış olacaksınız.

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar:

(Gönüllünün başına gelebilecek, makul olarak öngörülebilir her türlü risk ve rahatsızlık -örneğin ağrı, enfeksiyon riski, tedavideki olası başarısızlık vb) açıkça belirtilmelidir. Minimal riskten fazla bir riski bulunan araştırmalarda bunun nasıl giderileceği veya tedavi edileceği açıkça belirtilmelidir.)

Araştırmaya uygunluğunuz için hekiminizden onay alınacaktır. Herhangi bir riski bulunmamaktadır.

(Çalışmanın özelliğine göre bu bölüm BGOF'dan çıkarılabilir)

Masraflar:

(Bu bölümde çalışma masraflarının hangi kaynaktan karşılanacağı belirtilmelidir.)

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışmaya Katılan Araştırmacılar:

- Meltem KAYA

İletişim Kurulacak Kişi(ler):

Araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili daha fazla bilgi temin edebilmemiz veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durum için günün 24 saatinde 507 200 26 32 nolu telefondan Öğr. Gör. Meltem KAYA'ya ulaşabilirsiniz.

Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirilebileceksiniz.

ÖZGEÇMİŞ

Meltem KAYA 1986'da Çankırı'da doğdu; ilk ve orta öğrenimini Ankara'da tamamladı. Aydınlık Evler Süper Lisesi'nden mezun olduktan sonra 2005 yılında Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'na girdi; 2009'da "yüksek onur" derecesi ile mezun olduktan sonra Kırıkkale Üniversitesi Hastanesinde hemşire olarak göreve başladı. 2016'dan beri Karabük Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda öğretim görevlisi olarak görev yapmaktadır.

ADRES BİLGİLERİ

Adres: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Yenimahalle Mah. Prof. Metin Sözen
Cad. No: 4/1 78600 Safranbolu/KARABÜK

Tel: 0 370 418 80 40

Faks: 0 370 418 80 41

e-posta: meltemkaya@karabuk.edu.tr