



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SPİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARDA AMELİYAT
SONRASI KONSTİPASYON RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gülizar KOÇ

MUĞLA-2024

**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SPİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARDA AMELİYAT
SONRASI KONSTİPASYON RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gülizar KOÇ

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Züleyha SEKİ**

MUĞLA- 2024

TEZ ONAYI

Gülizar Koç tarafından hazırlanan “Spinal Cerrahi Geçiren Hastalarda Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riskinin Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Doç. Dr. Gülşah KÖSE
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Züleyha SEKİ
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Gülay OYUR ÇELİK
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Tez savunma tarihi: 08.02.2024

Bu tez Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirmektedir.

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan metinleri sahiplerinden yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricinde YÖK Ulusal Tez Merkezi / MSKÜ Açık Erişim Sisteminde erişime açılabilir.

☐ Tezimle ilgili patent başvurusu yapılacağından veya patent alma süreci devam ettiğinden Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile tezimin mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

☐ Tezimde yeni teknik, materyal ve metotlar kullanıldığından ve henüz makaleye dönüşmemiş olduğundan Enstitü Yönetim Kurul kararı ile mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay tezimin erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

08.02.2024

Gülizar KOÇ

ETİK BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Spinal Cerrahi Geçiren Hastalarda Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riskinin Değerlendirilmesi” isimli çalışmada tezin planlanmasından yazımına kadar tüm süreçlerde etik ilkelere bağlı kaldığımı, tezime ilişkin bilgi ve belgeleri akademik ve bilimsel etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimde kullandığım tüm görsel ve yazılı materyallerin kaynağını gösterdiğimi, yararlandığım eserlerin tümünün kaynaklar bölümünde yer aldığını, tezimin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

08.02.2024

Gülizar KOÇ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen, fikir, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Züleyha Seki'ye, eğitim süreci boyunca desteğini esirgemeyen tüm hocalarıma, hayatımın her aşamasında bana güvenen, sevgi ve destekleriyle güç veren ailem ve tüm sevdiklerime, eğitim süreci boyunca maddi ve manevi desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Nazile Ertürk'e, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara teşekkür ederim.



SPİNAL CERRAHİ GEÇİREN HASTALARDA AMELİYAT SONRASI KONSTİPASYON RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Konstipasyon cerrahi işlem geçiren hastalarda sık karşılaşılan bir problemdir. Bu araştırma, spinal cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sonrası konstipasyon riskinin belirlenmesi amacıyla yapıldı. 01 Aralık 2021- 01 Haziran 2022 tarihleri arasında Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi servisinde tanımlayıcı olarak yürütülen araştırmanın örneklemini spinal cerrahi geçiren, dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 90 hasta oluşturdu. Araştırmaya katılan bireylere ameliyat sonrası 2. günde araştırmanın amacı açıklandı, gerekli bilgiler verilerek onamları alındı ve veriler toplandı. Verilerin toplanmasında, Hasta Tanıtıcı Bilgiler Forumu ve Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği kullanıldı. Araştırmada toplanan verilerin analizinde parametrik testler kullanıldı. Araştırmada yer alan hastaların Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarının 13.88 ± 4.26 olduğu ve konstipasyon açısından “orta risk” taşıdıkları saptandı. Araştırmada ileri yaş, kadın cinsiyeti, eğitim düzeyinin düşük olması, köyde ikamet etmek, kronik bir hastalığın varlığı konstipasyon riskini arttıran anlamlı faktörler olarak tespit edildi. Bu araştırmadan elde edilen bulgulara dayanarak, hemşirelerin güvenli ve etkili müdahalelerin uygulayabilmesi için spinal cerrahi sonrası hastaları konstipasyon riski açısından değerlendirmeleri önerildi.

Anahtar Kelimeler: Spinal Cerrahi, Konstipasyon Riski, Hemşirelik Bakımı

ASSESSMENT OF THE RISK OF POST-OPERATIVE CONSTIPATION IN PATIENTS UNDERGOING SPINAL SURGERY

ABSTRACT

Constipation is a frequent problem in surgical patients. This study was conducted to determine the risk of postoperative constipation in patients undergoing spinal surgery. The sample of the descriptive study, which was conducted between 1 December 2021 and 1 June 2022 in the Brain and Nerve Surgery service of Bursa Yüksek İhtisas Training and Research Hospital, consisted of 90 patients who underwent spinal surgery, met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. The purpose of the research was explained to the individuals participating to the study on the 2nd postoperative day, their consent was obtained by giving the necessary information, and the data were collected. Patient Information Form and Constipation Risk Assessment Scale were used to collect data. Parametric tests were used to analyze the data collected in the study. In the study it was determined that the total mean score of the Constipation Risk Assessment Scale of the patients was 13.88 ± 4.26 and they had a "medium risk" in terms of constipation. In the study, advanced age, female gender, low education level, residence in a village, and the presence of a chronic disease were found to be significant factors that increase the risk of constipation. Based on the findings from this study, it was recommended that nurses should evaluate patients' risk of constipation after spinal surgery in order to implement safe and effective interventions.

Keywords: Spinal Surgery, Risk of Constipation, Nursing Care

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Soruları.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Vertebral Kolon Anatomisi.....	3
2.1.1. Vertebral Kolonun Eklemleri.....	3
2.1.2. Vertebral kolonun Ligamentleri.....	4
2.1.3. Vertebral Kolonun Kasları.....	4
2.1.4. İntravertebral Diskler.....	5
2.1.5. Spinal kord (Omurilik)	6
2.2. Spinal Cerrahi Operasyon Gerektiren Hastalıklar ve Belirti, Bulguları.....	6
2.2.1. Omuriliğin travmatik yaralanmaları.....	7
2.2.2. Spinal stenoz.....	7
2.2.3. Spondilolistezis.....	7
2.2.4. Spinal Tümörler.....	8
2.2.5. İntravertebral diskd hernisi.....	8
2.3. Spinal Cerrahi Yöntemleri.....	9
2.3.1. Laminektomi.....	9
2.3.2. Diskektomi	10
2.3.3. Spinal Füzyon.....	10
2.3.4. Vertebroplasti/ Kifoplasti.....	10
2.4. Spinal Cerrahi Sonrası Ortaya Çıkan Komplikasyonlar.....	11
2.5.Konstipasyon.....	11

2.5.1. Konstipasyon Risk Faktörleri ve Epidemiyolojisi.....	13
2.5.2. Konstipasyonun Tanımı.....	14
2.5.3. Konstipasyonun Değerlendirilmesi.....	15
2.5.4. Konstipasyonun Yönetimi ve Tedavisi.....	16
2.6. Spinal Cerrahi Sonrası Konstipasyon Riski.....	18
3. YÖNTEM	20
3.1. Araştırma Modeli.....	20
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi.....	20
3.3. Veri Toplama Araçları.....	21
3.3.1. Hasta Tanıtıcı Bilgiler Formu.....	22
3.3.2. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ).....	22
3.4. Veri Toplama Süreci.....	22
3.5. Deneysel Kurgu.....	23
3.6. İstatistiksel Analiz.....	23
3.7. Etik Onay.....	23
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	52
6.1. Sonuçlar.....	52
6.2. Öneriler.....	53
KAYNAKLAR	54
EKLER	66
Ek 1: ETİK KURUL ONAYI.....	66
Ek 2: KURUM İZİN ONAYI.....	67
Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.).....	71
Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ.....	75

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
C	: Servikal
Cm	: Santimetre
Kg	: Kilogram
KRDÖ	: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği
L	: Lomber
m²	: Metrekare
Max	: Maksimum
Min	: Minimum
Ort.	: Ortalama
PMMA	: Polimetilmetakrilat
S	: Sakral
SS	: Standart sapma
T	: Trakal
vb	: Ve benzeri
vd	: Veditgerleri

ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ

Resim 2.1. Lomber disk hernisi.....	8
Resim 2.2. Lomber laminektomi.....	9
Resim 2.3. Diskektomi.....	10
Şekil 3.1. İstatistiksel güç analizi.....	20
Şekil 3.2. G-power güç analizi ve grafiksel gösterimi.....	21



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Sekonder Konstipasyon Nedenleri.....	12
Tablo 2.2. Konstipasyona Neden Olan İlaçlar.....	13
Tablo 4.1. Bireylere Ait Demografik Özelliklerin Dağılımı	24
Tablo 4.2. Bireylerin BKİ Değerlerine Ait Bulgularının Dağılımı.....	25
Tablo 4.3. Bireylerin Hastalık- Sağlık Öykülerine Ait Bulgularının Dağılımı.....	26
Tablo 4.4. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ve Alt Bölümlerine Ait Cronbach's Alpha Değerlerinin Dağılımı.....	27
Tablo 4.5. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ve Alt Bölümlerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı	28
Tablo 4.6. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Yaş Grupları Karşılaştırmalarının Dağılımı	29
Tablo 4.7. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Cinsiyet Karşılaştırmalarının Dağılımı.....	30
Tablo 4.8. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Medeni Durum Karşılaştırmalarının Dağılımı.....	31
Tablo 4.9. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Eğitim Durumu Karşılaştırmalarının Dağılımı.....	32
Tablo 4.10. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Çalışma Durumu Karşılaştırmalarının Dağılımı.....	34
Tablo 4.11. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Yerleşim Yeri Karşılaştırmaları.....	36
Tablo 4.12. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Kronik Hastalık Karşılaştırmalarının Dağılımı.....	38
Tablo 4.13. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile BKİ Grupları Arasındaki Karşılaştırmalarının Dağılımı.....	39
Tablo 4.14. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Sürekli İlaç Kullanımı Karşılaştırmalarının Dağılımı.....	40
Tablo 4.15. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Evde Kullanılan Tuvalet Türü Karşılaştırmalarının Dağılımı.....	41

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Konstipasyon, ameliyat sonrası dönemde hastalarda sık görülen, hoş olmayan bir durumdur. Fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik halini olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesinin azalmasına sebep olan konstipasyon; aynı zamanda bel ağrısı, rektal basınç, iştah kaybı, bulantı, kusma, idrar fonksiyon bozukluğu, anal fissür, rektal prolapsus, hemoroid, bağırsak tıkanıklığı ve senkop gibi durumlara da neden olabilir (Dağ ve Yılmaz, 2022; Gürler, Yıldız ve Bekmez, 2023; Okuyan ve Bilgili, 2019). Bu da ameliyat sonrası komplikasyon riskinin artmasına ve hemşirelik bakım süresinin uzamasına, dolayısıyla bakım maliyetinin de artmasına neden olur (Trads, Hakonson ve Pedersen, 2017).

Konstipasyon genel olarak defekasyon sıklığında azalma ve zor dışkılama olarak tanımlanır. Kişiden kişiye değişen ve farklı şekillerde yorumlanan subjektif bir semptom olan konstipasyon ülkemizde de sık görülen bir sorundur ve toplumun %29-40'ının etkilemektedir (Bengi, Yalçın ve Akpınar, 2014; Sharma ve Rao, 2017; Trad vd., 2017; Turan ve Aştı, 2015; Turan, Aştı ve Kaya, 2017).

Spinal cerrahi sırasında otonom sinir sisteminin baskılanması nedeni ile hastaların %70- %80'nin ameliyat sonrası konstipasyon sorunu yaşadığı bildirilmektedir (Qin vd., 2022). Ameliyat sırasında yapılan insizyon ve işlemler nedeni ile bağırsağı innerve eden sinirlerin aşırı uyarılması bağırsak peristaltizmini baskılamakta ve konstipasyona neden olmaktadır (Jaber vd., 2021). Spinal cerrahi sonrası konstipasyon riskini arttıran diğer faktörler; ameliyat sonrası hastaların erken dönemde mobilize olamaması, ağrı nedeni ile opioid/non-opioid analjezik ilaçların kullanılması ve uygulanan anestezi türüdür (Qin vd., 2022). Aynı zamanda, hastaların defekasyon ihtiyacını yatak içinde karşılama zorunluluğu, hastane ortamında mahremiyetin sağlanamaması ve hastaların rahatsızlığını ifade etmekte güçlük çekmesi konstipasyona neden olan diğer etkenlerdir (Arlı, 2019; İzveren ve Dal, 2011).

Ameliyat sonrası gelişen konstipasyon hastaların hastanede kalma süresini uzatmakta, solunum ve dolaşım sistemini etkilemekte, var olan hastalığa ek sorunlar getirmekte, finansal maliyetleri artırmakta, hastaların yaşam kalitesini ve konforunu olumsuz yönde etkilemektedir (Arlı, 2019; Çelik vd., 2015; Şendir vd., 2012).

Konstipasyonun önlenmesinde öncelikle, konstipasyon gelişimiyle ilişkili risklerin ve katkıda bulunan faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Konstipasyonun risk faktörleri arasında; yaşlılık, cinsiyet, ırk, düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, çevresel faktörler, yetersiz fiziksel aktivite, yetersiz sıvı alımı, diyetle yetersiz posa alımı, defekasyon ihtiyacının sık sık ertelenmesi, tuvalet türü, psikolojik rahatsızlıklar, eşlik eden hastalıklar, kullanılan ilaçlar, çoklu ilaç kullanımı ve cerrahi girişimin türü yer almaktadır (Bengi vd., 2014; Gürler vd., 2023; Kyle, 2011; Werth ve Christopher, 2021).

Spinal cerrahi sonrası hareket yeteneğinin daha çok etkilenmesi, birçok ilacın sinir iletimini ve kolonun düz kas fonksiyonlarını etkilemesi nedeniyle konstipasyon riski artmaktadır. Bu nedenle, spinal cerrahi geçiren hastalarda konstipasyon gelişimini önlemede hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bağırsak alışkanlığı kişiden kişiye değişebileceği için, uygulanacak hemşirelik girişimleri de kişiye özgü olmalıdır. Hemşireler bağırsak boşaltımını etkileyen bütün faktörleri bilmeli, boşaltım alışkanlıklarındaki sorunları değerlendirmeli ve gerçekçi hedefler belirleyerek hasta ve ailesi için en doğru/ulaşılabilir müdahalenin uygulanmasını sağlamalıdır (Qin vd., 2022; Şendir vd., 2012; Turan ve Aştı, 2015).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, spinal cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sonrası konstipasyon riskinin belirlenmesi amacı ile yapıldı.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Spinal cerrahi sonrası hastaların konstipasyon risk değerlendirme puan ortalamaları nedir?
- Spinal cerrahi sonrası hastaların konstipasyon riskine katkıda bulunan faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Vertebral Kolon Anatomisi

Vertebral kolon (omurga), vertebra (omur) adı verilen kemiklerin birbiri üzerine gelerek bir sütun oluşturacak şekilde ligamentlerle bağlanması ile oluşur. Kemikler, ligamentler, diskler, kan damarları ve sinirler vertebral kolonun bütünü oluşturur. Vücudun merkezi eksenini olan vertebral kolon, düz bir sütun şeklindedir. Baş ve boyun bölgesinden başlayıp, gövdeyi destekleyerek pelvise kadar uzanır. Vertebral kolon, gerginlik ve esneklik gibi birbiriyle zıt olan iki mekanik gereksinimi karşılamaktadır. Bu, ligament ve kas yapılarının fonksiyonel özellikleri ile sağlanmaktadır. Fleksiyon, ekstansiyon, lateral fleksiyon ve rotasyon gibi birçok hareket yeteneğine sahip olan vertebral kolon, vücut postürü ve hareketinde önemli rol oynar. Aynı zamanda, omurilik ve omurilik sinirlerini dıştan gelebilecek travmalardan korur. Ortalama uzunluğu erkeklerde 72 cm iken kadınlarda 7-10 cm daha kısa olarak görülür. Vertebral kolon beş bölüme ayrılan 33 vertebradan oluşmaktadır. Bunların 7'si servikal (C), 12'si torasik (T), 5'i lomber (L), 5'i sakral (S) ve 4'ü koksigeal vertebralardır. Sakrum beş sakral vertebranın birleşmesinden, koksiks ise dört küçük koksigeal vertebranın birleşmesinden oluşmuştur (Bayram, 2020; Bazira, 2021; Frost, Camarero-Espinosa ve Foster, 2019; Geçit ve Özbayır, 2021; Karadakovan ve Eti Aslan, 2017; Mahadevan, 2018; Tortum, 2021; Waxenbaum, Reddy ve Futterman, 2022; Whitney ve Alastra, 2022).

2.1.1. Vertebral Kolonun Eklemleri

Vertebral birbiri ile faset veya zygapophysial eklemler ile bağlanır. Faset eklemler, omurgaya esnekliğini veren vertebral gövdenin her iki tarafında bulunan sinovyal eklemlerdir. Eklem yüzeyi, kıkırdak ile kaplıdır. Bu eklemler, omurganın fleksiyonu, ekstansiyonu ve rotasyon gibi hareketliliğine izin verirler. Faset eklemler, omurganın stabilitesini korurken aynı zamanda disklerin de aşırı baskıya karşı korunmasına yardımcı olur (Bayram, 2020; Whitney ve Alastra, 2023).

2.1.2. Vertebral Kolonun Ligamentleri

Omurgaları birbirine bağlayan ligamentler vertebral kolonu stabilitesi için önemlidir. Bunlar: posterior longitudinal ligament, anterior longitudinal ligament, ligamentum flavum, interspinöz ligament ve supraspinöz ligamentlerdir (Bazira, 2021).

Posterior longitudinal ligament, vertebral kanalın içinde bulunur ve vertebral gövdenin arka yüzeyi boyunca ikinci servikal vertebradan sakruma kadar uzanır. İntravertebral disklerin arka yüzeyine, vertebra uç plakalarına ve vertebral gövdelerinin kenarlarına sıkıca bağlanarak vertebral kolonun arka yüzeyinin güçlenmesini sağlayarak intervertebral disklerin posterior herniasyonunu önler (Aryal, Black ve Jimenez, 2023; Cho, 2015). Anterior longitudinal ligament, oksipital kemiğin tabanından genişleyerek devam eder ve sakruma kadar uzanır. Rolü, omurganın ekstansiyonunu sınırlamak ve aşırı fleksiyonunu önlemektir (Bazira, 2021; Kayalıoğlu, 2009; Palanca vd., 2020).

Ligamentum flavum, bir laminanın ön yüzeyini aşağıdaki laminanın arka yüzeyine bağlar. Tüm omurga bağlarının en güçlüsüdür. Ligamentum flavum, elastik liflerden oluşur ve vertebral kolon hareketlerinde esneklik sağlar. Özellikle, vertebral kolonun fleksiyon ve ekstansiyon hareketlerinde ligament gerilir ve gevşer, böylece omurga hareketlerini destekler (Bazira, 2021; Cho, 2015; Kayalıoğlu, 2009).

İnterspinöz ligament, iki bitişik omurun spinöz uçlarını birbirine bağlayan ince membranöz yapılardır. Önde ligamentum flavum, arkada supraspinöz ligament arasında uzanırlar. İnterspinöz bağların işlevi vertebral kolonun öne doğru fleksiyonunu sınırlamaktır (Kayalıoğlu, 2009; Mahadevan, 2018). Supraspinöz ligament, spinöz çıkıntıların uçlarını yedinci servikal vertebradan sakruma bağlar. Lomber bölgede daha geniş ve kalındır (Kayalıoğlu, 2009; Mahadevan, 2018).

2.1.3. Vertebral Kolonun Kasları

Vertebral kolon kasları, vücut postürünün korunmasına ve ağırlığın eşit bir şekilde dağıtılmasına yardımcı olur. Bu kaslar, ekstrasik ve intrinsik olmak üzere ikiye ayrılır. Ekstrasik kaslar ayrıca yüzeysel ve orta gruplara ayrılır. Yüzeysel ekstrasik kaslar, skapula ve humerus hareketleri de dahil olmak üzere üst ekstremité hareketlerine yardımcı olur. Orta ekstrasik kaslar, solunuma yardımcı olmak için kosta hareketinde rol oynar (Aryal vd., 2023; DeSai ve Agarwal, 2023).

İntrinsik kaslar, yüzeysel, orta ve derin kas katmanlarına ayrılır. Yüzeysel katman iki kastan oluşur; splenius cervicis ve splenius capitis. Boynun uzatılmasında ve omuzun hareketinde önemli rol oynarlar. Orta kas grubu longissimus, iliocostalis ve spinalis kaslarını içerir. Bunlar erektör spinaları oluşturur. Bu kas grupları, başın ve üst vertebral kolonun fleksiyonuna ve göğüs kafesinin hareketine yardımcı olur. Derin tabaka semispinalis, rotator ve multifidustan oluşur. Bu kas grubunun ana işlevi, omurganın stabilizasyonu ve duruşun korunmasıdır (Aryal vd., 2023; DeSai ve Agarwal, 2023; Henson, Kadiyala ve Edens, 2023).

2.1.4. İntravertebral Diskler

Toplamda 23 adet intravertebral disk vardır; ilki C2 ve C3 omur gövdeleri arasında, sonuncusu ise lumbosakral (L5/S1) bölgede yer alır. Servikal (C1 ve C2 omurları hariç), torasik ve lomber omurgalardaki her omur, intravertebral disklerle ayrılır ve her biri, aralarında bulundukları iki omurun adını alır. İntervertebral diskler vertebral kolonun yüksekliğinin yaklaşık üçte birini oluştur. Vertebral kolondaki yükün tamponlanması, darbeden kaynaklanan stresin azaltılması, ağırlığın dağıtılması, vertebraların hareketine izin verilmesi ve dengenin sağlanması gibi önemli işlevlere sahiptir. İntravertebral diskin kalınlığı vertebral hareketliliğe katkıda bulunan bir faktördür. İnce intervertebral diskler, kalın disklere göre daha az hareketlilik sağlar. Diskler üst torakal bölgede en ince, vertebral kolonun lomber bölgesinde ise en kalındır (Bayram, 2020; Bazira, 2021; Frost vd., 2019; Kayalıoğlu, 2009).

Her bir intervertebral disk, üç ana bileşenden oluşur; annulus fibrosus, nukleus pulposus ve vertebral uç plakaları. Bu bileşenler, bir bütün olarak omurlar arası disklere gerekli yapısal ve mekanik özellikleri vermek üzere bir araya gelir. Nukleus pulposus, diskin merkezinde annulus fibrosus ile çevrili olup, basıncı dengeleyen, jelatinimsi bir yapıya sahiptir. İçeriği %80-90 oranında sudan oluşmaktadır, belli bir şekli olmayıp bulunduğu bölgenin şeklini alır. Annulus fibrosus nucleus pulposusun bütünlüğünü korur, vertebraları birbirine bağlar, disklerin stabilitesini korur ve omurgayı güçlendirir. Vertebral uç plakalar, her bir intervertebral diskin üstünde ve altında yer alır ve hiyalin kıkırdaktan oluşur. İntravertebral diskler vücuttaki en büyük avasküler yapıya sahiptir. Besin akışı ise uç plakalarda bulunan kan damarları ile diffüzyon yoluyla gerçekleşir (Altun, Yazar ve Benli, 2016; Bayram, 2020; Bazira, 2021; Frost vd., 2019; Kayalıoğlu, 2009).

2.1.5. Spinal Kord (Omurilik)

Spinal kord, vertebral kanal içerisinde yer alan lif demeti şeklinde silindirik, yumuşak bir yapıdır. Medulla spinalis veya omurilik olarak da adlandırılan spinal kord, beyin sapının alt kısmının, yani medulla oblongatanın bir uzantısı olarak ortaya çıkar. Uzunluğu yetişkin bir bireyde 45 cm, kalınlığı 1 cm, ağırlığı ise 30-35 g'dır. Erkeklerde 1. lomber vertebranın (L1) alt kenarında, kadınlarda 2. lomber vertebra (L2) seviyesinde ve yenidoğanlarda 3. lomber vertebra (L3) seviyesinde son bulur. Omuriliğin en alt kısmı koni biçiminde incelerek sonlanır (Aktümsek, 2012; Geçit ve Özbayır, 2021; Hardy, 2021; Karadakovan ve Eti Aslan, 2017; Khan ve Lui, 2022).

Omurilik ve omurilik sinir kökleri meninks adı verilen 3 katlı doku tabakası ile çevrelenmiştir. En dışta dura mater, altında araknoid mater ve en iç tabakada pia mater bulunur. Dura mater, aralarında epidural boşluk bulunan iki katmana (periosteal ve meningeal) sahiptir. Araknoid ile pia mater arasında subaraknoid boşluk vardır. Beyin omurilik sıvısı (BOS) burada bulunur (Khan ve Lui, 2022). Pia mater omuriliğe yapışmıştır ve omuriliğin bittiği L1 vertebranın alt sınırına kadar uzanır. Ancak dura ve araknoid mater ikinci sakral vertebraya kadar uzanır. Pia materin devamı şeklinde uzanan fibröz bağ dokusundan oluşan filum terminale conus medullarisin distalinden koksikse kadar uzanarak burada dura mater ile birleşir ve omuriliğin vertebral kolona bağlanmasını sağlar (Cho, 2015; Geçit ve Özbayır, 2021; Hardy, 2021).

Omurilikten çıkan ve vertebral kolonun her iki tarafına yayılmış 31 çift omurilik siniri vardır. Bu sinirler bulunduğu bölgeye göre isimlendirilirler. Sinirlerden; sekizi servikal, on ikisi torasik, beşi lomber, beşi sakral ve biri koksigeal sinir çiftleridir (Frostell vd., 2016; Karadakovan ve Eti Aslan, 2017; Khan ve Lui, 2022). Merkezi sinir sisteminin bir parçası olan omurilik, beyin ve diğer organlar arasındaki iletişimi bu sinirler yolu ile sağlar. Periferik sinirlerden gelen uyarıları beyne, beyinden uyarıları alt motor nöronlara iletir. Aynı zamanda vücut ve ekstremiteler kaslarının çalışmasını düzenler ve refleks yanıtların oluşmasını sağlar (Aktümsek, 2012; Geçit ve Özbayır, 2021; Hardy, 2021; Karadakovan ve Eti Aslan, 2017; Khan ve Lui, 2022).

2.2. Spinal Cerrahi Gerektiren Hastalıklar ve Belirti, Bulguları

Omurga, vücuttaki her hareketin ayrılmaz bir parçasıdır. Omurgada hastalık veya travma olduğunda ortaya çıkan ağrı, hareket ve güç kaybı, hastanın fiziksel, sosyal

ve psikolojik olarak olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Omurganın konjeital, dejeneratif hastalıklar, tümör ve travmalar nedeni ile gelişen birçok hastalığı vardır. Yaygın olanlar: Disk hernileri, spinal stenoz, spondilolistezis, spinal yaralanmalar ve spinal tümörlerdir (Alizadeh, Dyck ve Karimi-Abdolrezaee, 2019). Hastalarda genellikle sırt ağrısı, bacaklarda uyuşma, alt ekstremitelerde donukluk hissi ve yürüyüş bozuklukları gibi semptomlar görülür. Ciddi vakalarda hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve çalışma hayatı etkilenmektedir (Lee vd., 2013).

2.2.1. Omuriliğin Travmatik Yaralanmaları

Sıklıkla trafik kazaları, düşmeler ve spor yaralanmalarından kaynaklanır. Bir kişinin hayatı üzerinde yıkıcı etkilere sebep olabilir. Klinik sonuçları travmanın ciddiyetine ve konumuna bağlı olarak değişmektedir. Yaralanma seviyesinin altında kısmi veya tam duysal ve/veya motor fonksiyon kaybına neden olabilir. Alt torasik lezyonlar paraplejiye neden olurken, servikal seviyedeki lezyonlar kuadriplejiye yol açabilir (Alizadeh vd., 2019; Middleton vd., 2012).

2.2.2. Spinal Stenoz

Spinal stenoz, spinal kanalın, intervertebral foramenin ve/veya nöral kanalların daralmasıdır. Bu da omurilikte veya sinirlerde sıkışmaya yol açar. Bunun sonucunda 50 yaş üzerindeki kişilerde yaygın ağrı ve hareket fonksiyonlarında azalma görülür. Stenozun etiyolojisi primer (konjenital veya edinsel) veya sekonder (diğer hastalıkların neden olduğu) olabilir (Byvaltsev vd., 2022). Vertebral segmentlere göre stenoz, sıklıkla servikal ve lomber vertebrada meydana gelir. Torasik vertebrada ise nadiren görülmektedir (Yang vd., 2021).

2.2.3. Spondilolistezis

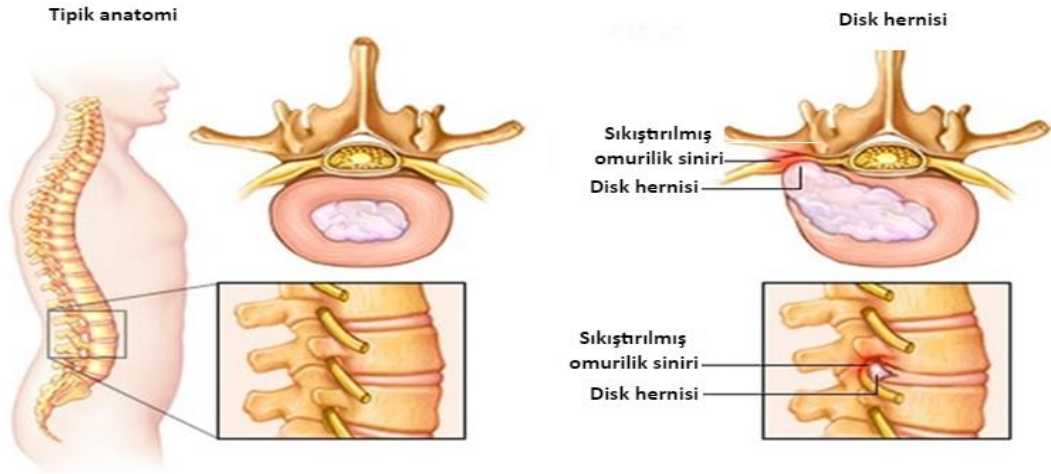
Spondilolistezis: En az bir vertebranın, ilişkili olduğu vertebra ile öne veya arkaya doğru yer değiştirmesi olarak tanımlanır. Spondilolistezisin en yaygın türü vertebranın öne doğru kayması (anterolistezis) şeklinde görülür. Dünyada cinsiyete ve etnik kökene bağlı olarak nüfusun %3-%30'u etkilenmektedir (Mazurek vd., 2023; Moustafa ve Tur, 2018).

2.2.4. Spinal Tümörler

Spinal tümörler primer ve metastaz sonucu görülürler. Primer omurga neoplazmaları, omurilik, meninksler, sinirler, yağ, kemik ve kan damarları dahil olmak üzere intramedüller ve ekstramedüller omurga dokularından kaynaklanabilir. Primer spinal tümörler nispeten nadirdir ve çoğunlukla iyi huyludur. Ancak spinal tümörlerin yaklaşık %70'e yakını meme, akciğerler, böbrek, prostat ve tiroitten kaynaklanan invaziv metastazlara bağlı sekonder olarak gelişmektedir (Furlan vd., 2022; Kassicieh vd., 2023).

2.2.5. İntravertebral Disk Hernisi

Disk hernisi, annulus fibrosusun yırtılması sonucu nükleus pulposusun dışarı çıkması olarak tanımlanır. İntravertebral disk, normal limitlerin üzerinde baskıya maruz kaldığında, diskte geçici veya kalıcı hasar gelişebilir. Dejenerasyona uğramış diskin vertebral kanala ve spinal sinirlere baskı yapmasına bağlı nöromüsküler semptomlar ortaya çıkar. Disk hernisi, vertebral kanal boyunca hangi bölgede görülürse o bölgenin ismini alır. En fazla disk hernisi görülen bölge, gövdenin ağırlığının büyük kısmını taşıyan ve mobilitenin en fazla olduğu lomber bölgedir. Sıklıkla L4-5 ve L5-S1 (%95), L3-4 aralıklarda görülür, proksimale doğru gittikçe azalmaktadır (Aktümsek, 2012; Peeters-Asdourian ve Cubillo, 2011; Sarı ve Aydoğan, 2015).



Kaynak: Stekas ve Yoshihara, 2023.

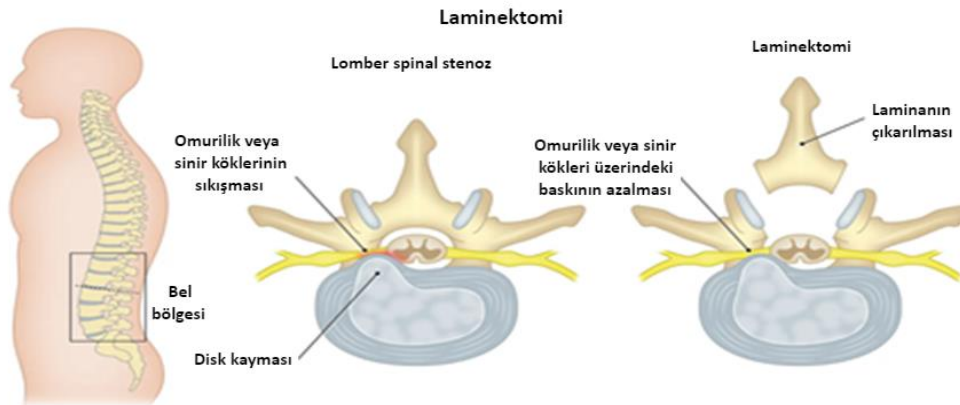
Resim 2.1. Lomber disk hernisi

2.3. Spinal Cerrahi Yöntemleri

Omurga hastalıklarının tedavisinde çeşitli cerrahi yaklaşımlar mevcuttur. Omurga hastalıklarının tedavisi için öncelikle hastalığın derecesine ve semptomuna bağlı olarak yatak istirahati, fizik tedavi, ilaç tedavisi, eğitim gibi konservatif tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Kapsamlı konservatif tedavinin başarısız olması, hastanın günlük yaşamını etkileyen geçmeyen ağrı, motor ve duysal sinir bozukluklarının ortaya çıkması gibi durumlarda cerrahi uygulanmaktadır. Cerrahi müdahalenin temel prensibi, ağrıya ve zayıflatıcı semptomlara neden olan faktörleri azaltmaktır. En sık uygulanan cerrahi yöntemler laminektomi, diskektomi, spinal füzyon, vertebroplasti, kifoplastidir (JH Kim ve HJ Kim, 2018; Lee vd., 2013; Şehirlioğlu, Ege ve Erşen, 2011).

2.3.1. Laminektomi

Laminanın bir kısmının veya tamamının çıkarılması işlemidir. Laminektomi işlemi, spinal kanalı genişletmek, omurilik veya sinirler üzerindeki baskıyı azaltmak için uygulanır. Laminektomi çoğunlukla lomber bölgede yapılır da omurganın sakral, torasik ve servikal bölgelerinde de uygulanmaktadır. Laminektomi sıklıkla spinal stenozu tedavi etmek için dekompresyon ameliyatının bir parçası olarak uygulanır (Estefan, Munakomi ve Camino Willhuber, 2023; Lochhead ve Sonntag, 2014).

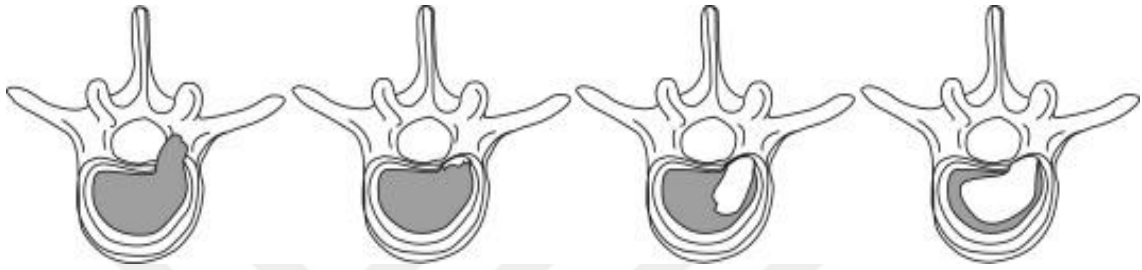


Kaynak: <https://www.gleneagles.com.sg/tests-treatments/laminectomy> (Erişim tarihi:10.11.2023).

Resim 2.2. Lomber laminektomi

2.3.2. Diskektomi

Diskektomi, diskin fıtıklaşan ve spinal sinir kökü üzerinde baskıya neden olan kısmını (çekirdek pulposus) çıkarmak için yapılır. Genellikle laminektomi işlemi ile birlikte yapılmaktadır. Diskektomi ile annulus fibrozusun büyük bir kısmı sağlam bırakılarak, nukleus pulposusun büyük kısmı veya bir kısmı çıkarılmaktadır. Açık veya minimal invaziv teknikler kullanılarak yapılan ameliyatlarda intravertebral diskin fıtıklaşmış kısmı çıkarılır (Wathen vd., 2018).



Kaynak: Pateller vd., 2017.

Resim 2.3. Diskektomi (Herniasyon, fıtıklaşmış kısmın çıkarılması, sınırlı diskektomi, agresif diskektomi (Soldan sağa))

2.3.3. Spinal Füzyon

Spinal füzyon cerrahisi, iki veya daha fazla vertebra'nın birleştirilmesi işlemidir. Omurgayı stabilize etmek ve kauda ekuinadan çıkan sinir köklerinin zarar görmesini önlemek için yapılır. İşlem ile dejenere intervertebral disklerin sebep olduğu ağrı ve fonksiyon kaybı tedavi edilir. Spinal füzyon genellikle omurga kırıkları, skolyoz gibi şekil bozuklukları, tekrarlayan lomber disk hernisi, bazı servikal disk hernileri, spinal tümör ya da enfeksiyon durumlarında uygulanır. İşlem sırasında dejenere disk çıkarılarak iki bitişik diskin yüzeyleri rezeke edilir ve kemikli yüzeyler farklı yaklaşımlar kullanılarak birbirine kaynaştırılır. İşlemde yaygın olarak hastalardan alınan otogreft ya da allogreft kemikler, morfojenik kemik proteinleri ve diğer kalsiyum bazlı maddeler kullanılır (Lall, 2017; Wu, Kim ve Jang, 2020).

2.3.4. Vertebroplasti/ Kifoplasti

Vertebroplasti: Kırık vertebra içine sıklıkla kullanılmakta olan polimetilmetakrilat (PMMA) gibi sementin perkütan yolla enjeksiyonudur. Genellikle osteoporoz veya tümör nedeni ile oluşan vertebral kompresyon kırıklarını tedavi etmek için uygulanır. Hasarlı bölgenin doldurulmasını ve vertebral gövdenin stabilizasyonunu

sağlar. Bu yöntem ile uzun süreli konservatif bakıma göre, daha hızlı bir mekanik destek sağlanmakla birlikte normal vertebra yüksekliği geri kazandırılmaz (Kiraz ve Dağtekin, 2020; Malçok vd., 2020).

Kifoplasti: Deforme olmuş bölgeye, şişirilebilir bir balon kateter yerleştirilerek bir boşluk elde edilmesi ve elde edilen bu boşluğa PMMA enjekte edilmesi işlemidir. Bu işlem ile stabilizasyon sağlanırken vertebral yükseklik de eski haline getirilir (Malçok vd., 2020).

2.4. Spinal Cerrahi Sonrası Ortaya Çıkan Komplikasyonlar

Cerrahi işlem sayısının artması ve nüfusun yaş ortalamasının değişmesi nedeniyle komplikasyonlar için risk faktörlerinin değerlendirilmesi giderek daha önemli hale gelmektedir. Komplikasyonlar hastanın yaşı, ameliyat süresi ve eşlik eden hastalıklarla ilişkili olarak farklılık gösterebilir. Spinal cerrahi sonrası ortaya çıkabilecek olan komplikasyonlar erken ve geç dönem komplikasyonlar olmak üzere ikiye ayrılır. Erken dönemde dura yırtılması, BOS sızıntısı, paralitik ileus, konstipasyon, kanama, hematoma, derin ven trombozu, pulmoner emboli, pnömoni, sinir hasarı, nörojenik mesane/ bağırsak, kauda ekuina sendromu ortaya çıkabilir. Geç dönemde ise enstrümantasyonla ilgili komplikasyonlar, psödoartroz, greft başarısızlığı, cerrahi alan enfeksiyonu, geçmeyen ağrı, komşu segmentlerde dejenerasyon, radikülopati gibi nörolojik komplikasyonlar görülebilir. Bu komplikasyonlar, tanınmaz ve tedavi edilmezse kalıcı morbiditeye neden olabilir (Çakır ve Çaylı, 2013; Durand vd., 2018; Stienen vd., 2014; Swann vd., 2016). Bu nedenle bakım süreci, hastayı yakından izlemeyi, gelişebilecek komplikasyonları erken dönemde fark ederek gerekli önlemleri almayı gerektirir (Yue vd., 2023).

2.5. Konstipasyon

Konstipasyon, dışkının sertleşmesi, tam olarak atılmaması ve dışkı yaparken zorlanmaya neden olan, fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel faktörlerden etkilenen ve en sık bildirilen gastrointestinal bozukluklardan birisidir. Hastalarda tipik olarak karında şişkinlik, ağrı, mide bulantısı, iştahsızlık gibi başka semptomlar da görülür (Mounsey vd., 2015; Sayuk vd., 2023; Schmidt ve Santos, 2014; Trads ve Pedersen, 2015; Trads vd., 2017).

Konstipasyon altta yatan nedenlere göre primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer konstipasyonun nedenleri bağırsağa özgü problemlerle ilgilidir (Korkmaz, 2011; Rao ve Meduri, 2011; Sayuk vd., 2023; Schmidt ve Santos, 2014). Sekonder konstipasyona; diyet, ilaçlar, yaşam tarzı, endokrin, metabolik, nörolojik, psikiyatrik ve diğer bozukluklar gibi sayısız faktör neden olabilir (Rao ve Meduri, 2011).

Tablo 2.1. Sekonder Konstipasyon Nedenleri

Endokrin ve metabolik hastalıklar	Yapısal anormallikler
• Diyabetes mellitus • Hiperkalsemi • Hiperparatiroidizm • Hipotiroidizm • Üremi • Megakolon	• Anal çatlaklar, darlıklar, hemoroidler • Kolon darlıkları • Enflamatuvar barsak hastalığı • Obstrüktif kolonik kitle lezyonları • Rektal prolapsus veya rektosel
Nörolojik hastalıklar	Psikojenik bozukluklar
• Otonom nöropati • Serebrovasküler hastalık • Hirschsprung hastalığı • Multipl skleroz • Omurilik yaralanması, tümörler	• Anksiyete • Depresyon • Somatizasyon • Parkinson hastalığı
Miyopatiler	Diğer durumlar
• Miyotonik distrofi • Amiloidoz • Skleroderma • Dejeneratif eklem hastalığı • Otonom nöropati	• İmmobilite • Kalp hastalığı • Gebelik • Cerrahi

Kaynak: Bayan, 2017; Bengi, 2014; Korkmaz vd., 2011; Schmidt ve Santos, 2014

Tablo 2.2. Konstipasyona Neden Olan İlaçlar

-
- Antiasitler (alüminyum ve kalsiyum)
 - Antikolinerjikler
 - Antidepresanlar
 - Antipsikotikler
 - Antihistaminikler
 - Kalsiyum kanal blokörleri
 - Klonidin (Catapres)
 - Diüretikler
 - Demir preparatları
 - Levodopa (Larodopa)
 - Narkotik
 - Nonsteroid anti enflamatuarlar
 - Kemoterapötikler (vinka alkaloidleri)
 - Opioidler
 - Sempatomimetikler
-

Kaynak: Bayan, 2017; Bengi, 2014; Korkmaz vd., 2011; Schmidt ve Santos, 2014

2.5.1. Konstipasyon Risk Faktörleri ve Epidemiyolojisi

Konstipasyona neden olan faktörlerin belirlenmesi, bu faktörlere dayalı uygun başa çıkma mekanizmalarının geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadır (Turan vd., 2011). Konstipasyon için risk faktörleri arasında yetersiz sıvı alımı (günde 1.5 litrenin altında), diyetle düşük kalori ve düşük lif alımı, hareketsiz yaşam tarzı, yandaş hastalıklar, kırsal yaşam, düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim düzeyi, depresyon, bazı ilaçlar (Tablo 2.2), çoklu ilaç kullanımı yer almaktadır. Konstipasyon aynı zamanda kadınlarda, yenidoğan ve çocuklarda, 65 yaş üstü bireylerde, yakın zamanda cerrahi işlem geçirenlerde, gebelerde, fiziksel ve cinsel istismara maruz kalanlarda yaygın olarak görülmektedir (Bharucha, Pemberton ve Locke, 2013; Camilleri vd., 2017; Forootan, Bagher ve Darvishi, 2018; Werth ve Christopher, 2021).

Türkiye’de popülasyona dayalı çalışmaların sonuçlarına göre konstipasyon görülme sıklığı %22-40 arasında değişmektedir (Kaya ve Turan, 2011; Arlı, 2019). Konstipasyon, genel popülasyonda %2-28 arasında prevalans göstermekte iken hastane ortamlarında %79’luk bir prevalans göstermektedir (Arlı, 2019; Kaya ve Turan, 2011; Ören, 2016; Rasmussen ve Pedersen, 2010; Trads ve Pedersen, 2015; Trads vd., 2017).

Çalışmalar cerrahi hastalarda konstipasyon görülme sıklığının %50 ile %72 arasında değiştiğini göstermektedir (Trads vd., 2017). İzveren ve Dal'ın (2011) ameliyat sonrası 1. ve 2. günlerde konstipasyon insidansını inceledikleri çalışmalarında bu oran %50.7 olarak bildirilmiştir. Göğüs cerrahisi servisinde yapılan bir araştırmada hastaların %50'sinde ameliyat sonrası erken dönemde konstipasyon geliştiği ve taburculuk sonrası 17. günde normal defekasyon düzeninin sağlanabildiği belirlenmiştir (Rasmussen ve Pedersen, 2010). Tradts ve Pedersen' in (2015) kalça kırığına bağlı ameliyatı geçiren hastalarda yaptıkları araştırmada, hastaların %69.1'inin ameliyat sonrası ilk dönemde konstipasyon yaşadığı, %62.3'ünün ise ameliyattan 30 gün sonra konstipasyon sorunu yaşadığı tespit edilmiştir. Gürler ve arkadaşlarının (2023) ortopedi servisinde yatan hastalarda ameliyat sonrası konstipasyon riskini değerlendirdikleri çalışmalarında bireylerin çoğunluğunun (%72.1) konstipasyon yaşadığı ve konstipasyon açısından orta-yüksek risk altında olduğu saptanmıştır. Stienen ve arkadaşlarının (2014) torako-lomber füzyon ameliyatı sonrası konstipasyon riskini değerlendirdikleri araştırmada hastaların %44.4'ünde konstipasyon geliştiği saptanmıştır. Ucuzal ve Aldanmaz'ın (2015) genel cerrahi girişim uygulanan hastalarda konstipasyon riskini değerlendirdikleri araştırmada ise çalışmaya dahil edilen hastaların %56.7'sinin konstipasyon gelişimi açısından orta risk grubunda olduğu saptanmıştır. Cerrahi sonrası yaşanan konstipasyon sorunu, insanların yaşam kalitesini etkileyen bir sağlık sorunu olması, görülme sıklığının büyük farklılıklar göstermesi, tedavi ve tanısal müdahalelerde laksatiflerin kullanımının giderek artması nedeniyle bireyler ve toplum için önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (Öztürk, 2015).

2.5.2. Konstipasyonun Tanımı

Sağlıklı insanların %99'unda bağırsak alışkanlıkları haftada üç veya günde üç kez olarak değişir. Ancak sağlıklı bireylerde veya herhangi bir nedenle hastanede yatan hastalarda defekasyon alışkanlıkları çeşitli nedenlerle değişebilmektedir (Ören, 2016). Konstipasyonun tanımı kişiden kişiye değişmektedir çünkü bağırsak hareketleri açısından normallik bireyler arasında farklılık gösterir. Bu nedenle konstipasyon tanımı hastalar, sağlık personeli ve araştırmacılar arasında da farklılık göstermektedir. Araştırmacılar ve sağlık çalışanları konstipasyonu tanımlamak için sıklıkla bağırsak hareketlerinin sıklığına veya tutarlılığına dikkat ederken; hastalar ıkınma, sert dışkı ve karında şişkinlik gibi semptomları konstipasyon olarak tanımlamaktadır (Miller, 2017;

Ören, 2016; Schuster, Kosar ve Kamrul, 2015; Turkay ve Saka, 2016; Trads ve Pedersen, 2015).

2.5.3. Konstipasyonun Değerlendirilmesi

Konstipasyon şikayeti olan bir hastanın ilk değerlendirmesi öykü ve fizik muayene ile başlar. Bazı durumlarda endoskopik ve röntgen çalışmalarına ek olarak laboratuvar testleri de yapılabilir. Kabızlığı olan bir kişiyi muayene ederken, sadece kabızlığın mevcut durumunu incelemek ve analiz etmek değil, aynı zamanda kabızlığa neden olan diğer altta yatan faktörleri de göz önünde bulundurmak ve uygun tedavileri seçmek önemlidir (İnce ve Remzi, 2011; Jani ve Marsicano, 2018).

Anamnezde hastanın konstipasyondan bahsedildiğinde nasıl anladığı ve tespit ettiği, kabızlığın tipi ve kabızlığa neden olan faktörlerin değerlendirilmesi gerekir. Hastanın sistemik hastalıkları, konstipasyon belirtileri, konstipasyon süresi, sıvı ve gıda alımı, alınan gıdalardaki posa miktarı, hastanın yaşam tarzı, hastanın daha önce geçirdiği ameliyat, laksatif kullanımı, nörolojik ve psikolojik hastalıkların olup olmadığı büyük önem taşır (İnce ve Remzi, 2011; Rao, Rattanakovit ve Patcharatrakul, 2016; Tufan ve Akin, 2015).

Anamnez sırasında hastaya;

- * Ne kadar süredir konstipasyon şikayetiniz var?
- * Ne sıklıkla bağırsak hareketleriniz oluyor?
- * Defekasyon sırasında ağrı var mı?
- * Son zamanlarda bağırsak alışkanlığınızda herhangi bir değişiklik oldu mu?
- * Genel olarak dışkıınızın kıvamı nedir?
- * Defekasyon sırasında dışkıda kan fark ettiniz mi?
- * Her bağırsak hareketiniz bağırsak boşaltımı ile sonuçlanıyor mu? gibi sorular

sorulabilir (Bortay Tekin ve Öcal, 2023; Korkmaz vd., 2011).

Fizik muayene sırasında, öncelikle hastanın genel durumu (boyu, kilosu, vital bulguları) değerlendirilmelidir. Konstipasyona neden olabilecek nörolojik ve sistemik durumlar özel olarak ele alınmalıdır. Oral değerlendirme ile dişlerin yapısı, kişinin nefesinde kötü kokunun varlığı ve çeşitli yiyeceklerin toleransını etkileyen yutma durumu (örneğin meyve veya artan lif alımı) ele alınır. Abdominal değerlendirmede

inspeksiyon, palpasyon, oskültasyon ve perküsyon yöntemleri kullanılmalıdır. Karın ağrısı, bulantı, iştah durumu, kusma, yutma güçlüğü, bağırsak alışkanlıkları, gıda intoleransı, beslenme durumu, ilaç ve alkol tüketimi, tıbbi öykü ve aile öyküsü değerlendirilmelidir. Palpasyonla abdomen muayene edilerek distansiyon, hassasiyet, kitle veya ağrı olup olmadığı değerlendirilmelidir. Perianal bölgenin muayenesinde hemoroid, anal fissür, rektal sarkma ve enfeksiyon gibi konstipasyona neden olabilecek durumların varlığı incelenmelidir. Rektal tuşe ile rektumun yapısı, bağırsaklarda obstrüksiyon, kitle, kanama olup olmadığı tespit edilmelidir (Korkmaz vd., 2011; Rao vd., 2016).

Öykü ve fizik muayeneden sonra, tam kan sayımı, tiroid uyarıcı hormon (TSH), glukoz, kalsiyum, potasyum ve kreatinin seviyeleri gibi laboratuvar testleri değerlendirilmelidir. Dışkı gizli kan açısından incelenmelidir (Tufan ve Akın, 2015; Sayuk vd., 2023; Jani ve Marsicano, 2018).

2.5.4. Konstipasyonun Yönetimi ve Tedavisi

Konstipasyon tedavisi, her kişinin ihtiyaçlarına göre bireyselleştirilmesi gereken yaşam tarzı değişikliklerini, ilaçsız tedavileri, laksatifler ve cerrahi tedaviyi içerir (Jani ve Marsicano, 2018). Tedavi süreci hemşire, doktor, fizyoterapist, eczacı ve beslenme uzmanlarından oluşan bir ekibin iş birliği içinde çalışmasını gerektiren bir süreçtir (Turan ve Aştı, 2015). Tedavi ile haftada en az üç kez yumuşak dışkı boşaltımının sağlanması, dışkıyı normalleştirip, kabızlığın giderilmesi ve hastanın yaşam kalitesini yükseltilmesi amaçlanmaktadır (Bengi vd., 2014). Tedavide ilk adım altta yatan nedenleri belirlemektir. Tedaviye, bağırsak alışkanlığını iyileştirmek için yaşam tarzı değişiklikleri (egzersiz, diyet, sıvı alımı) gibi farmakolojik olmayan yöntemlerle başlamalı ve farmakolojik olmayan yöntemler başarılı olmazsa laksatiflerin kullanımına geçilmelidir. Konstipasyon, medikal tedaviye dirençli ise hasta ileri tanısal değerlendirme için bir uzmana yönlendirilmelidir (Tufan ve Akın, 2015).

Konstipasyonun tedavisinde, yeterli sıvı ve lif alımının eşlik ettiği diyet oluşturulmalıdır. Düzenli fiziksel aktivitenin bağırsak hareketlerine olumlu etkisi göz önüne alınarak fiziksel aktivite planlaması yapılmalıdır (İnce ve Remzi, 2011).

Farmakolojik olmayan müdahaleler

Konstipasyon tedavisinde ilaç dışı çeşitli yaklaşımlar incelendiğinde bunların; abdominal masaj, egzersiz ve biofeedback'i kapsadığı görülmüştür. Fonksiyonel defekasyon bozukluklarında pelvik taban kaslarının ve eksternal anal sfinkterin yetersiz kasılması biofeedback ile düzeltilebilir. Biofeedback uygulamasındaki amaç; hastanın defekasyon işlevi esnasında anal sfinkterleri gevşetebilmesi, karın kaslarını çalıştırması ve ayrıca karın kasları, rektum ve anal sfinkterler arasındaki koordinasyon yoluyla rektal duyuyu geri kazanmasını sağlamaktır (Krogh, Chiarioni ve Whitehead, 2017).

Farmakolojik tedavi

Yaşam tarzı değişikliklerine ve yüksek lifli diyet önerilerine yanıt vermeyen hastalarda kullanılmaktadır. Farmakolojik tedavide laksatifler tercih edilmektedir. Bunlar oral laksatifler (ozmotik, kayganlaştırıcı veya uyarıcı) ve rektal laksatifler (fitiller ve lavman) olarak ikiye ayrılır (Krogh vd., 2017).

Laksatifler

Laksatifler etki mekanizmalarına göre gruplandırılmıştır: kayganlaştırıcılar, uyarıcılar ve osmotik laksatifler. Osmotik laksatifler: kolonda su tutan, böylece dışkı hacmini artıran ve kıvamını azaltan, emilmeyen iyonlar ve moleküller içerir. Yaygın olarak kullanılan osmotik laksatifler laktuloz, magnezyum oksit ve polietilen glikoldür. Uyarıcı laksatifler, peristaltizmi artıran sıvı ve elektrolitlerin salgılanmasını uyarak kolonik geçişi hızlandırır (Rao vd.,2016; Krogh vd., 2017).

Lavman ve fitiller

Lavman ve fitiller konstipasyonu tedavi etmek için kullanılır. Lavman, belirli bir amaç için rektuma ve sigmoid kolona özel sıvıların verilmesidir. Rektal olarak uygulanan laksatifler, bağırsak mukozasının kimyasal olarak uyarılmasını sağlayarak rektal kasılmalara neden olur ve dışkının atılmasını kolaylaştırır. Aynı zamanda dışkıyı yumuşatarak bağırsak tahrişini önler, teşhis işlemlerinden önce kolonu tamamen boşaltmak için de kullanılır. Yaygın olarak kullanılan fosfat lavmanı, microlax, bisakodil veya gliserol fitilleridir (Ay, 2011; Rao vd., 2016).

Cerrahi tedavi

Medikal tedaviye dirençli hastalarda cerrahi tedavi uygulanabilir. Ameliyattan önce sorunun sadece kolonla mı ilgili olduğu, yoksa nöromüsküler bir hastalıktan mı kaynaklandığı belirlenmelidir. Dirençli konstipasyon için kolektomi, yalnızca hastaların defekasyon sorunu olmadığı ve ilaç tedavisinin yardımcı olmadığı durumlarda kullanılabilir (İnce ve Remzi, 2011).

2.6. Spinal Cerrahi Sonrası Konstipasyon Riski

Spinal cerrahi yaygın bir prosedürdür ve cerrahi tekniklerin gelişmesi ile uygulama sıklığı son yirmi yılda artmıştır. Nüfus yaşlandıkça ve dejeneratif hastalıkların prevalansı arttıkça spinal cerrahi insidansının da artmaya devam edeceği tahmin edilmektedir. Bu nedenle artan spinal cerrahi popülasyonunun, sonuçlarını iyileştirmek ve komplikasyonları önlemek önemlidir (Ponkilainen vd., 2021; Kotkansalo vd., 2019; Yue vd., 2023).

Spinal cerrahi sonrası hastaların büyük bir kısmı konstipasyon problemi yaşamaktadır (Stienen vd., 2014; Jing ve Jia, 2019). Yaşa bağlı faktörler, ek hastalıklar, ameliyat öncesi ve sonrası opioid kullanımı spinal cerrahiden sonra bağırsak fonksiyonunun geri dönüşünü etkilemektedir (Yue vd., 2023). Spinal cerrahi sonrası cerrahi bölgenin stabilizasyonu için belirli bir süre yatak istirahati gerekliliğinin olması, cerrahi bölgede ağrı nedeniyle hareket kısıtlılığının olması, majör spinal cerrahi sırasında uygulanan yüksek doz narkotik analjezikler ve ağrı nedeni ile sempatik sistemin aktivasyonuna bağlı konstipasyonun sık görüldüğü düşünülmektedir (Kim HJ ve Kim JH, 2018; Kokki vd., 2017; Stienen vd., 2014).

Ağrı, spinal cerrahiden sonra sık görülen bir durumdur. Bu da opioid kullanılmasını kaçınılmaz yapmaktadır. Opioidler oldukça güçlü analjeziklerdir fakat yaygın görülen yan etkilerinden biri de konstipasyondur (HJ Kim ve JH Kim, 2018; Kokki vd., 2017; Stienen vd., 2014). Opioidler bağırsak peristalsisini azaltır ve dışkı geçişini geciktirir, bu da dışkının sertleşmesi ve dışkı sayısının azalmasına neden olarak kabızlığa yol açar (Park vd., 2016). Ek olarak, sempatik splanknik sinirlerin intraoperatif irritasyonu paralitik bağırsak fonksiyon bozukluğuna neden olabilmektedir. Kaslardan duyuusal uyarıları, omuriliğe ve motor uyarılarını omurilikten dış sfinkterlere

taşıyan sinir yolları spinal cerrahiden etkilenebilir. Sinir iletiminin bozulması nedeni ile dışkıya karşı çok az direnç olması veya hiç direnç olmaması dışkılama refleksinin baskılanmasına sebep olur (Stienen vd., 2014).

Park ve arkadaşlarının ortopedik cerrahi sonrası hastalarda konstipasyon görülme sıklığına inceledikleri araştırmada, omurilik cerrahisi geçiren hastaların, kalça ve diz eklemi cerrahisi geçirenlere göre anlamlı olarak daha yüksek oranda (%51.9) konstipasyon sorunu yaşadığını tespit etmişlerdir (Park vd., 2016). Stienen ve arkadaşlarının torako-lumbar füzyon cerrahisi sonrası konstipasyon riskini değerlendirdiği araştırmada, hastalarda konstipasyon oranının (%44.4) yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmada ameliyat süresinin, ameliyatta fazla kan kaybı olmasının ve ameliyat sonrası morfin kullanımının konstipasyon gelişimini artırdığı belirtilmiştir (Stienen vd., 2014). Jing ve Jia torakolomber kırık ameliyatı geçiren hastaların %83,3'ünde ameliyat sonrası konstipasyon geliştiğini ve ameliyat sonrası 13. günde normal defekasyon alışkanlığına geri döndüklerini saptamışlardır (Jing ve Jia, 2019).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

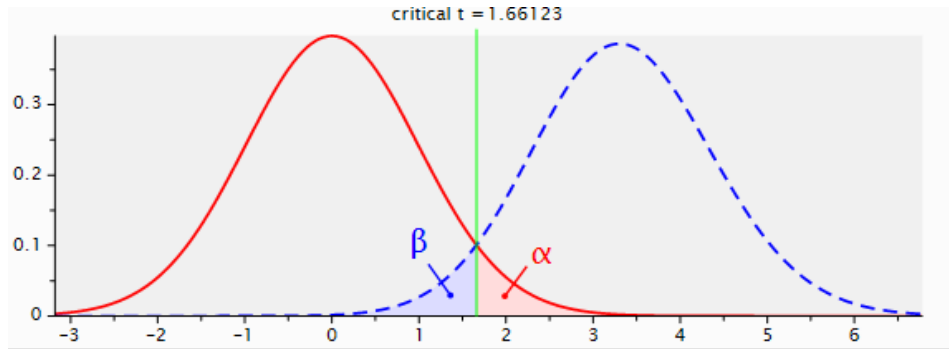
Bu araştırmada, spinal cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sonrası konstipasyon riskinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi

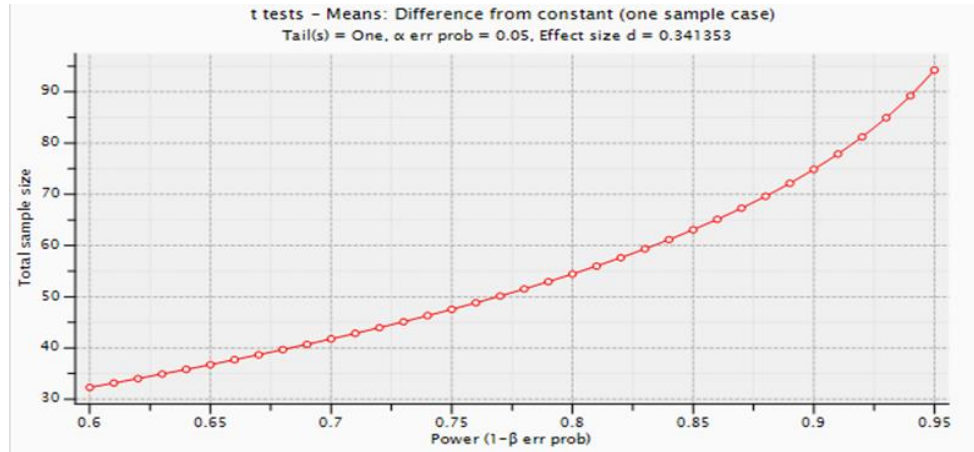
Araştırma 01 Aralık 2021- 01 Haziran 2022 tarihleri arasında Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi servisinde yürütülmüştür. Covid 19 pandemi dönemine denk gelen araştırmamız sürecinde son bir yıl içerisinde yapılan cerrahi girişimler sınırlandırıldığı için araştırmanın evreni saptanamamıştır. Bu nedenle konu ile ilgili daha önce yapılan çalışmaların ortalamaları alınarak örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır.

Yapılan G-power analize göre, %95 güven düzeyi ve $\alpha=0.05$ yanılma payı ile 0.50 etki büyüklüğüne ve tolerans oranı %5 olmak üzere; bu araştırmada $p:0.05$, testin gücü $(1-\beta)$: %90, $t = 1.66123$ olarak belirlenmiş ve bu bilgiler doğrultusunda çalışma için gerekli olan örneklem sayısı (n) 75 kişi olarak belirlenmiştir.

Araştırmada olası veri kayıpları düşünülerek 105 hasta ile görüşülmüş ancak bu hastaların 15'i kronik konstipasyon sorunu yaşamaları nedeni ile çalışma dışı bırakılmış ve araştırmanın örneklemini spinal cerrahisi geçiren 90 hastadan oluşmuştur.



Şekil 3.1. İstatistiksel güç analizi



Şekil 3.2. G-power güç analizi ve grafiksel gösterimi

Katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri

1. Spinal cerrahi geçirmiş olan hastalar,
2. 18 yaş ve üstü yaş aralığında olan hastalar,
3. Görme ve işitme problemi olmayan hastalar,
4. Algılama-yargılama sorunu olmayan hastalar,
5. En az 48 saat klinikte yatan hastalar.

Katılımcıların araştırmadan dışlanma kriterleri

1. Psikiyatrik hastalığı olan hastalar,
2. Kronik konstipasyon öyküsü olan hastalar,
3. Düzenli laksatif kullanan hastalar,
4. Kalıcı spinal yaralanması olan hastalar,
5. Araştırmaya katılmak istemeyen hastalar.

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini, Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutları (“cinsiyet, hareketlilik, lif alımı, sıvı alımı, kişisel inançlar”, “sadece servis hastaları, komod/sürgüye gereksinimi olan hastalar”, “hangi durumlar konstipasyon riskini arttırır” ve “konstipasyon riskini arttıran ilaçlar”) oluşturmaktadır. Bağımsız değişkenler ise; yaş, cinsiyet, medeni durum, kilo, boy, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek, yaşanan yer, kronik hastalık, ilaç kullanımı ve tuvalet türüdür.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada elde edilen veriler, Hasta Tanıtıcı Bilgiler Formu (Ek 3.1) ve Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) (Ek 3.2) kullanılarak toplanmıştır.

3.3.1. Hasta Tanıtıcı Bilgiler Formu

Hasta tanıtıcı bilgiler formu, araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan 15 sorudan ibaret (yaş, boy, kilo, Beden Kitle İndeksi (BKİ), cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, iş/meslek, çalışma durumu, yaşanan yer, kronik hastalık varlığı, cerrahi işlem öncesinde konstipasyon öyküsü, sürekli kullanılan ilaçlar, evde kullanılan tuvalet türü, birlikte yaşadığı kişiler) bir formdur (Arlı, 2019; Çelik vd., 2015; Işık, 2019; Ucuzal ve Aldanmaz, 2015).

3.3.2. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ)

Richmond ve Wright tarafından geliştirilen (Richmond ve Wright 2004) ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Kutlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Orijinal çalışmada ölçeğin Cronbac's Alpha değeri 73, Türkçeye uyarlanan ölçekte ise 61.9 olarak tespit edilmiştir. Ölçekte toplam 33 madde bulunmaktadır. Ölçek dört bölümden (yaşam tarzı, hastane koşulları, fizyolojik ve psikolojik durum, konstipasyon riskini arttıran ilaçlar) oluşmaktadır. Her bölüm sonunda ve ölçek sonunda toplam puan alınarak konstipasyon riski belirlenmektedir. Ölçeğin birinci bölümünden alınabilecek puan 1-11 arasında, ikinci bölümünden alınabilecek puan 0-4 arasında, üçüncü bölümünden alınabilecek puan 0-18 arasında, dördüncü bölümünden alınabilecek puan 0-30 arasındadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63, en düşük puan ise 1'dir. Ölçekte ters puanlama bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanlar konstipasyon riski açısından değerlendirilirken; 1-10 puan arası "düşük risk", 11-15 puan arası "orta risk", 16 ve üstü puan "yüksek risk" olarak değerlendirilmektedir. KRDÖ'den alınan puanlar arttıkça hastada konstipasyon gelişme riski de artmaktadır (Arı ve Yılmaz, 2016; Çelik vd., 2015; Koca Kutlu vd., 2011; Trads vd., 2017).

3.4. Veri Toplama Süreci

Veriler izinlerin alınmasından sonra, 01 Aralık 2021- 01 Haziran 2022 tarihleri arasında Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi servisinde toplanmıştır. Hastalar ameliyat sonrası 2. günde taburcu oldukları için veriler ameliyat sonrası 2. günde hasta odasında, hasta ile yüz- yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Formların doldurulması ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Hastaya araştırmanın amacı anlatılmış, onam formunu okuyup anlaması sağlanmış ve yazılı onamları alınmıştır.

3.5. Deneyisel Kurgu

Çalışma tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Araştırmada toplanan verilerin analizi, istatistiksel yazılım paketi SPSS 24 (Statistical Package for the Social Sciences – IBM®) kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzdelerle, sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma olarak sunulmuştur. Verilerin normal dağılıp dağılmadığını test etmek için Kolmogorov-Smirnov testi yapılmıştır. İkili ve çoklu karşılaştırmalarda Ki-kare testi, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu, ikiden fazla olan grupların ortalamalarının karşılaştırılması ve aralarındaki farkın anlamlı olup olmadığı post-hoc Bonferroni testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyini belirlemek için, %95 güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.7. Etik Onay

Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli izinler, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Etik Kurulu (Karar no:25, Tarih: 08.12.2021) (Ek 1) ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinden alınmıştır (Sayı No: E-31234050-799, Tarih: 18.08.2021) (Ek 2). Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar ile görüşülerek yazılı onamları alınmıştır (Ek 3.3). Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinin kullanılabilmesi için Adalet Koca'dan izin alınmıştır (Ek 3.4). Veri toplama aşamasında, araştırmaya yazılı onam vererek katılan bireylere araştırmanın ve sonuçların kullanım amacı açıklanmıştır. Araştırmaya katılan bireylere, çalışmaya katılmaları durumunda verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı ve sadece bu araştırmada kullanılacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine özen gösterilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Covid 19 pandemi dönemine denk gelen araştırmamızda hastalar daha kısa sürede taburcu edildikleri için verilerin ameliyat sonrası 2. günde toplanması bu araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Bireylere Ait Demografik Özelliklerin Dağılımı (n=90)

Demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	47	52.2
	Erkek	43	47.8
Yaş (yıl)	18-64	68	75.6
	65 ve üzeri	22	24.4
Medeni Durum	Bekar	17	18.9
	Evli	73	81.1
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	10	11.1
	Okur yazar	1	1.1
	İlkokul mezunu	48	53.3
	Ortaokul mezunu	11	12.2
	Lise mezunu	14	15.6
	Yüksekokul ve üzeri mezunu	6	6.7
Çalışma durumu	Çalışıyor	29	32.2
	Çalışmıyor	34	37.8
	Emekli	27	30.0
Meslek	Ev hanımı	29	32.2
	Serbest meslek	24	26.7
	Memur	3	3.3
	Öğrenci	2	2.2
	İşçi	32	35.6
Yaşanılan yer	İl	4	4.4
	İlçe	72	80.0
	Köy/ Kasaba	14	15.6
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	7	7.8
	Ailesi ile	83	92.2

Araştırmada yer alan bireylere ait demografik özellikler Tablo 4.1’de yer almaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %52.2’sinin (n=47) kadın, %75.6’sının (n=68) 18-64 yaş aralığında, %81.1’inin (n=73) evli, %53.3’ünün (n=48) ilkokul mezunu olduğu, %32.2’sinin (n=29) bir işte çalıştığı, %35.6’sının (n=32) işçi olarak çalıştığı, %80’inin (n=72) ilçede ve %92.2’nin (n=83) ailesi ile yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin BKİ Değerlerine Ait Bulgularının Dağılımı (n:90)

Beden Kitle İndeksi	n	%
Normal (18.5-24.9 kg/m²)	23	25.6
Fazla Kilolu (25-29.9 kg/m²)	27	30
Şişman (30-34.9 kg/m²)	40	44.4

Tablo 4.2’de bireylerin BKİ değerlerine ait bulguların dağılımı yer almaktadır. Bireylerin %25.6’sının (n=23) normal kiloda olduğu, %30’unun (n=27) fazla kilolu olduğu, %44.4’ünün (n=40) şişman (obez) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3. Bireylerin Hastalık- Sağlık Öykülerine Ait Bulguların Dağılımı (n=90)

Hastalık-Sağlık Öyküsü		n	%
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	59	65.6
	Hayır	31	34.4
Sahip Olunan Kronik Hastalık Türü (n:59)	Hipertansiyon	8	13.5
	Diyabet	5	8.5
	Hipertansiyon+ Diyabet	25	42.4
	Kalp	4	6.7
	Göğüs hastalıkları	6	10.1
	Osteoporoz	2	3.4
	Tiroid	5	8.5
	Romatoid artrit	2	3.4
	Onkolojik hastalıklar	2	3.4
Cerrahi İşlem Öncesi	Evet	0	0
Konstipasyon Öyküsü	Hayır	90	100
Sürekli İlaç Kullanımı	Evet	68	75.6
	Hayır	22	24.4
Evde Kullanılan	Alaturka	25	27.8
Tuvalet Türü	Alafranga	61	67.8
	Diğer	4	4.4

Tablo 4.3’de bireylerin hastalık-sağlık öykülerine ait bulguların dağılımı yer almaktadır. Katılımcıların %65.6’sının (n=59) kronik hastalığının olduğu, en sık hipertansiyon ve diyabet hastalıklarının %42.4 (n=25) görüldüğü, %75.6’sının (n=68) sürekli ilaç kullandığı, %67.8’inin (n=61) alafranga tuvalet kullandığı saptanmıştır.

Tablo 4.4. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ve Alt Bölümlerine Ait Cronbach's Alpha Değerlerinin Dağılımı (n=90)

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği		Cronbach's Alpha
Bölüm 1	Cinsiyet, hareketlilik, lif alımı, sıvı alımı, kişisel inançlar	0.694
Bölüm 2	Sadece servis hastaları, komod/sürgüye gereksinimi olan hastalar	0.719
Bölüm 3	Hangi durumlar konstipasyon riskini arttırır	0.523
Bölüm 4	Konstipasyon riskini arttıran ilaçlar	0.631
KRDÖ Toplam		0.682

KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği.

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlara ait Cronbach's alpha değerlerinin dağılımı Tablo 4.4'de yer almaktadır. Araştırmada, Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinin Cronbach alfa katsayısının 0.682 olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra, Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinin birinci bölümünün Cronbach's alfa katsayısı 0.694, ikinci bölümünün Cronbach's alfa katsayısı 0.719, üçüncü bölümünün Cronbach's alfa katsayısı 0.523, ve dördüncü bölümünün Cronbach alfa katsayısı 0.631 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.5. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ve Alt Bölümlerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=90)

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği		Ort.± SS	Min-Max
Bölüm 1	Cinsiyet, hareketlilik, lif alımı, sıvı alımı, kişisel inançlar	5.57±1.54	2-9
Bölüm 2	Sadece servis hastaları, komod/ sürgüye gereksinimi olan hastalar	0.82±1.03	0-4
Bölüm 3	Hangi durumlar konstipasyon riskini artırır	2.76±2.91	0-12
Bölüm 4	Konstipasyon riskini arttıran ilaçlar	4.73±2.15	0-10
KRDÖ toplam		13.88±4.26	7-25

*Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, $p<0.05$ anlamlı fark, Min: Minimum, Max: Maksimum
KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği.

Tablo 4.5’de Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ve alt bölümlerinden alınan puan ortalamalarının dağılımları yer almaktadır. Araştırmada yer alan bireylerin Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinden elde ettikleri toplam puan ortalaması 13.88 ± 4.26 olarak hesaplanmıştır. Bunun yanı sıra Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinin “Cinsiyet, hareketlilik, lif alımı, sıvı alımı, kişisel inançlar” birinci bölümünün ortalama puanı 5.57 ± 1.54 , “Sadece servis hastaları, komod/sürgüye gereksinimi olan hastalar” ikinci bölümünün ortalama puanı 0.82 ± 1.03 , “Hangi durumlar konstipasyon riskini artırır” üçüncü bölümünün ortalama puanı 2.76 ± 2.91 , “Konstipasyon riskini arttıran ilaçlar” dördüncü bölümünün ortalama puanı 4.73 ± 2.15 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.6. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Yaş Grupları Karşılaştırmalarının Dağılımı (n=90)

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği		18-64 yaş		65 yaş ve üzeri		F testi	p
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Bölüm 1	Cinsiyet, hareketlilik, lif alımı, sıvı alımı, kişisel inançlar	5.40	1.49	6.09	1.63	3.450	0.047*
Bölüm 2	Sadece servis hastaları, komod/sürgüye gereksinimi olan hastalar	0.85	1.05	0.64	0.95	0.733	0.394
Bölüm 3	Hangi durumlar konstipasyon riskini arttırır	2.29	2.74	4.18	2.95	7.539	0.007*
Bölüm 4	Konstipasyon riskini arttıran ilaçlar	4.82	2.27	4.45	1.74	0.689	0.486
KRDÖ Toplam		13.40	4.18	15.36	4.26	3.642	0.040*

*Tek yönlü ANOVA testi (F testi), *Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, $p < 0.05$ anlamlı fark, KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği.*

Tablo 4.6’da KRDÖ ve yaş grupları arasındaki karşılaştırmaların dağılımı yer almaktadır. Birinci bölümde 65 yaş üzeri bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (6.09 ± 1.63) ve yaş grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) belirlenmiştir. İkinci bölümde, 18-64 yaş grubundaki bireylerin aldıkları ortalama puanın daha yüksek olduğu (0.85 ± 1.02) ancak ölçeğin bu alt boyutunda yaş grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. Üçüncü bölümde, 65 yaş ve üstü bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek (4.18 ± 2.95) olduğu ve yaş grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır. Dördüncü bölümde ise 18-64 yaş grubundaki bireylerin puan ortalamaları daha yüksek (4.82 ± 2.27) olduğu halde, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) belirlenmiştir. KRDÖ’nin yaş grupları ile karşılaştırması sonucunda, 65 yaş ve üstü bireylerin ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (15.36 ± 4.26) ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Cinsiyet Karşılaştırmalarının Dağılımı (n=90)

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği		Kadın		Erkek		t testi	p
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Bölüm 1	Cinsiyet, hareketlilik, lif alımı, sıvı alımı, kişisel inançlar	5.94	1.51	5.16	1.49	5.949	0.007*
Bölüm 2	Sadece servis hastaları, komod/sürgüye gereksinimi olan hastalar	0.77	0.98	0.84	1.09	0.4406	0.745
Bölüm 3	Hangi durumlar konstipasyon riskini arttırır	3.72	3.11	1.70	2.25	12.375	0.001*
Bölüm 4	Konstipasyon riskini arttıran ilaçlar	5.01	2.24	4.44	2.03	1.529	0.220
KRDÖ toplam		15.43	4.60	12.19	3.12	15.005	0.001*

*t testi: Bağımsız t testi, *Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, p<0.05 anlamlı fark, KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği.*

Tablo 4.7’de Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) ve cinsiyet karşılaştırmalarının dağılımı yer almaktadır. Birinci bölümde, kadınların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (5.94 ± 1.51) ve cinsiyetler arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) belirlenmiştir. Ölçeğin ikinci bölümünde, erkeklerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (0.84 ± 1.09) ancak cinsiyet açısından farkın anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) saptanmıştır. Üçüncü bölümde, kadınların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (3.72 ± 3.11) ve cinsiyetler arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$); dördüncü bölümde ise kadınların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (5.01 ± 2.24) ancak cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olmadığı ($p > 0.05$) belirlenmiştir. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinin cinsiyet karşılaştırmaları sonucunda, kadınların ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (15.43 ± 4.60) ve cinsiyet açısından aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.8. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Medeni Durum Karşılaştırmalarının Dağılımı (n=90)

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği		Bekar		Evli		t testi	p
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Bölüm 1	Cinsiyet, hareketlilik, lif alımı, sıvı alımı, kişisel inançlar	6.35	1.37	5.38	1.54	5.762	0.019*
Bölüm 2	Sadece servis hastaları komod/sürgüye gereksinimi olan hastalar	0.71	0.99	0.82	1.05	0.773	0.678
Bölüm 3	Hangi durumlar konstipasyon riskini arttırır	3.18	3.09	2.66	2.87	0.438	0.510
Bölüm 4	Konstipasyon riskini arttıran ilaçlar	4.76	1.86	4.73	2.22	1.004	0.847
KRDÖ toplam		15.02	4.08	13.62	4.29	1.460	0.230

*t testi: Bağımsız t testi, *Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, $p < 0.05$: anlamlı fark, KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği.*

Tablo 4.8’de Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile medeni durum karşılaştırıldığında, birinci bölümde bekar bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (6.35 ± 1.37) ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) belirlenmiştir. İkinci bölümde, evli bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek (0.82 ± 1.05) olduğu ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) saptanmıştır. Üçüncü bölümde, bekarların puan ortalamaları daha yüksek (3.18 ± 3.09) olmasına rağmen aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) belirlenmiştir. Ölçeğin dördüncü bölümünde, bekar hastaların aldıkları puan ortalamaları daha yüksek (4.76 ± 1.86) ancak farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinin medeni durum karşılaştırması sonucunda, bekar bireylerin ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek olmasına (15.02 ± 4.08) rağmen medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir.

Tablo 4.9. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Eğitim Durumu Karşılaştırmalarının Dağılımı (n=90)

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği		n	Ort.	SS	F Testi	p	Fark
Bölüm 1	Okur Yazar Değil (1)	10	7.10	0.88	2.914	0.019*	1<3
	Okur Yazar (2)	1	6.00	.			2<3
	İlkokul Mezunu (3)	48	5.42	1.29			6<3
	Ortaokul Mezunu (4)	11	4.82	1.66			1<5
	Lise Mezunu (5)	14	5.64	2.10			2<5
	Yüksekokul ve Üstü (6)	6	5.33	1.51			6<5
	Toplam	90	5.57	1.54			
Bölüm 2	Okur Yazar Değil (1)	10	0.80	1.03	1.897	0.104	-
	Okur Yazar (2)	1	2.00	.			
	İlkokul Mezunu (3)	48	0.71	0.97			
	Ortaokul Mezunu (4)	11	0.36	0.81			
	Lise Mezunu (5)	14	1.43	1.22			
	Yüksekokul ve Üstü (6)	6	0.67	1.03			
	Toplam	90	0.80	1.03			
Bölüm 3	Okur Yazar Değil (1)	10	5.10	2.85	2.777	0.023*	
	Okur Yazar (2)	1	4.00	.			
	İlkokul Mezunu (3)	48	2.13	2.63			6<1
	Ortaokul Mezunu (4)	11	3.00	3.00			5<1
	Lise Mezunu (5)	14	3.00	3.11			3<1
	Yüksekokul ve Üstü (6)	6	2.00	2.45			
	Toplam	90	2.76	2.90			
Bölüm 4	Okur Yazar Değil (1)	10	5.20	2.39	0.546	0.741	-
	Okur Yazar (2)	1	5.00	.			
	İlkokul Mezunu (3)	48	4.54	2.13			
	Ortaokul Mezunu (4)	11	5.00	2.24			
	Lise Mezunu (5)	14	5.21	2.29			
	Yüksekokul ve Üstü (6)	6	3.83	1.60			
	Toplam	90	4.73	2.15			
KRDÖ Toplam	Okur Yazar Değil (1)	10	18.20	4.49	4.529	0.001*	
	Okur Yazar (2)	1	15.80	.			
	İlkokul Mezunu (3)	48	12.85	3.83			3<1
	Ortaokul Mezunu (4)	11	12.91	4.87			4<1
	Lise Mezunu (5)	14	15.29	3.02			6<1
	Yüksekokul ve Üstü (6)	6	12.17	3.13			
	Toplam	90	13.88	4.26			

F testi: Tek yönlü ANOVA testi, Fark: Bonforreni testi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, $p < 0.05$ anlamlı fark, KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği.

Tablo 4.9’da Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile eğitim durumu karşılaştırmaları yer almaktadır. Buna göre birinci bölümde, okuryazar olmayan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (7.10 ± 0.88) ve eğitim durumu açısından farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$); ikinci bölümde, lise mezunu bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (1.43 ± 1.22) ancak farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. Ölçeğin üçüncü bölümünde okuryazar olmayan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (5.10 ± 2.85) ve eğitim durumu açısından farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) belirlenmiştir. Ölçeğin dördüncü bölümünde ise lise mezunu bireylerin puan ortalamaları daha yüksek (5.21 ± 2.29) olmasına rağmen, ölçeğin bu alt boyutunda eğitim durumu ile bölüm puanı arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinin eğitim durumu ile karşılaştırılması sonucunda, okur yazar olmayan bireylerin ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (18.20 ± 4.49) ve eğitim durumu ile ölçek puanları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır.

Tablo 4.10. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Çalışma Durumu Karşılaştırmalarının Dağılımı (n=90)

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği	n	Ort.	SS	F	p	Fark
					Testi	
Bölüm 1	Çalışıyor (1)	29	5.34	1.63		1<2
	Çalışmıyor (2)	34	5.65	1.43		3<2
	Emekli (3)	27	5.70	1.61	2.446	0.041*
	Toplam	90	5.57	1.54		
Bölüm 2	Çalışıyor (1)	29	0.97	1.15		
	Çalışmıyor (2)	34	0.76	0.99		
	Emekli (3)	27	0.67	0.96	0.615	0.543
	Toplam	90	0.80	1.03		
Bölüm 3	Çalışıyor (1)	29	1.66	1.90		
	Çalışmıyor (2)	34	3.38	3.33		1<2
	Emekli (3)	27	3.15	2.98	3.280	0.042*
	Toplam	90	2.76	2.90		
Bölüm 4	Çalışıyor (1)	29	4.66	2.55		-
	Çalışmıyor (2)	34	4.97	2.22		
	Emekli (3)	27	4.52	1.53	0.357	0.701
	Toplam	90	4.73	2.15		
KRDÖ ölçeği	Çalışıyor (1)	29	12.79	3.56		-
Toplam	Çalışmıyor (2)	34	14.68	5.04		
	Emekli (3)	27	14.04	3.76	1.574	0.213
	Toplam	90	13.88	4.26		

F testi: Tek yönlü ANOVA testi, Fark: Bonforreni testi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, p<0.05 anlamlı fark, KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği.

Tablo 4.10'da Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ve çalışma durumu karşılaştırmaları verilmiştir. Buna göre birinci bölümde, emeklilerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (5.70 ± 1.61) ve ölçek puanları açısından aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) belirlenmiştir. İkinci bölümde, çalışan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (0.97 ± 1.15) ancak aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) belirlenmiştir. Üçüncü bölümde, çalışmayan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (3.38 ± 3.33) ve çalışma durumu ile ölçek puanları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) gözlenmiştir. Ölçeğin dördüncü bölümünde ise çalışmayan

bireylerin puan ortalamaları daha yüksek (4.97 ± 2.22) olmasına rağmen, çalışma durumu ile ölçek puanları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinin çalışma durumu ile karşılaştırılması sonucunda, çalışmayan bireylerin ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (14.68 ± 5.04) ancak çalışma durumu ile ölçek toplam puanları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) saptanmıştır.



Tablo 4.11. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Yerleşim Yeri Karşılaştırmalarının Dağılımı (n=90)

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği		n	Ort.	SS	F Testi	p	Fark
Bölüm 1	İl (1)	4	5.25	0.96			
	İlçe (2)	72	5.49	1.53			2<3
	Köy (3)	13	6.38	1.33	3.366	0.022*	4<3
	Kasaba (4)	1	2.00	.			
	Toplam	90	5.57	1.54			
Bölüm 2	İl (1)	4	2.50	1.00			
	İlçe (2)	72	0.67	0.95			2<1
	Köy (3)	13	0.92	1.04	5.193	0.002*	3<1
	Kasaba (4)	1	2.00	.			
	Toplam	90	0.80	1.03			
Bölüm 3	İl (1)	4	2.25	2.87			-
	İlçe (2)	72	2.81	2.92			
	Köy (3)	13	2.85	3.02	0.344	0.794	
	Kasaba (4)	1	2.00	.			
	Toplam	90	2.76	2.90			
Bölüm 4	İl (1)	4	3.00	0.00			
	İlçe (2)	72	4.81	2.09			1<2
	Köy (3)	13	4.46	2.22	3.197	0.027*	3<2
	Kasaba (4)	1	3.00	.			
	Toplam	90	4.73	2.15			
KRDÖ ölçeği	İl (1)	4	13.00	2.94			
Toplam	İlçe (2)	72	13.79	4.40			1<3
	Köy (3)	13	14.62	4.15	4.181	0.023*	2<3
	Kasaba (4)	1	14.00	.			
	Toplam	90	13.88	4.26			

F testi: Tek yönlü ANOVA testi, Fark: Bonforreni testi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, p<0.05 anlamlı fark, KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği.

Tablo 4.11’de Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ve yerleşim yeri karşılaştırmaları yer almaktadır. Birinci bölümde, köyde yaşayan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (6.38 ± 1.33) ve yerleşim yerleri ile ölçek puanları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) belirlenmiştir. Ölçeğin ikinci bölümünde, ilde yaşayan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu

(2.50 ± 1.00) ve yerleşim yerleri ile ölçek puanları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır. Üçüncü bölümde ise köyde yaşayan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (2.85 ± 3.02) ancak ölçeğin bu alt boyutunda yerleşim yerleri ile ölçek puanları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. Ölçeğin dördüncü bölümünde, ilçede yaşayan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (4.81 ± 2.09) ve yerleşim yerleri ile ölçek puanları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) gözlenmiştir. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinin yerleşim yerleri ile karşılaştırılması sonucunda, köyde yaşayan bireylerin ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (14.62 ± 4.15) ve yerleşim yerleri ile ölçek puanları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) belirlenmiştir.



Tablo 4.12. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Kronik Hastalık Karşılaştırmalarının Dağılımı (n=90)

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği		Hayır		Evet		χ^2 testi	p
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Bölüm 1	Cinsiyet, hareketlilik, lif alımı, sıvı alımı, kişisel inançlar	5.55	1.69	5.58	1.48	1.007	0.836
Bölüm 2	Sadece servis hastaları, komod/sürgüye gereksinimi olan hastalar	1.03	1.14	0.68	0.95	2.444	0.122
Bölüm 3	Hangi durumlar konstipasyon riskini artırır	1.42	2.20	3.46	3.01	11.153	0.001*
Bölüm 4	Konstipasyon riskini arttıran ilaçlar	4.35	2.07	4.93	2.17	11.480	0.027*
KRDÖ toplam		12.42	2.94	14.64	4.66	5.834	0.018*

χ^2 t testi: Kikare testi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, $p < 0.05$ anlamlı fark, KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği.

Tablo 4.12’de KRDÖ ve kronik hastalık karşılaştırmalarının dağılımı yer almaktadır. Birinci bölümde, kronik hastalığı olan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (5.58 ± 1.48) ancak kronik hastalıklar açısından farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) belirlenmiştir. İkinci bölümde, kronik hastalığı olmayan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (1.03 ± 1.14) ancak kronik hastalıklar açısından farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) saptanmıştır. Üçüncü bölümde, kronik hastalığı olan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (3.46 ± 3.01) ve kronik hastalıklar açısından aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) belirlenmiştir. Dördüncü bölümde, kronik hastalığı olan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (4.93 ± 2.17) ve kronik hastalıklar ile ölçek puanları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) tespit edilmiştir. KRDÖ ile kronik hastalık karşılaştırmaları sonucunda, kronik hastalığı olan bireylerin ölçek toplam puan ortalamalarının 14.64 ± 4.66 olduğu ve kronik hastalıklar ile ölçek puanları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır.

Tablo 4.13. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile BKİ Grupları Arasındaki Karşılaştırmalarının Dağılımı

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği		Normal		Fazla kilolu		Şişman		F testi	p
		Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
Bölüm 1	Cinsiyet, hareketlilik, lif alımı, sıvı alımı, kişisel inançlar	5.22	1.81	5.59	1.67	5.98	1.25	1.820	0.168
Bölüm 2	Sadece servis hastaları, Komod/ sürgüye gereksinimi olan hastalar	0.74	1.13	0.70	0.97	0.82	1.03	1.397	0.253
Bölüm 3	Hangi durumlar konstipasyon riskini artırır	2.17	3.07	3.22	3.08	2.98	2.86	0.837	0.436
Bölüm 4	Konstipasyon riskini arttıran ilaçlar	4.87	2.26	3.96	1.29	5.33	2.18	3.841	0.025* 1<3 2<3
KRDÖ toplam		13.48	4.26	13.44	3.20	14.98	4.45	1.499	0.229

F testi: Tek yönlü ANOVA testi, Fark: Bonforreni testi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, p<0.05 anlamlı fark, KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği.

Tablo 4.13'te Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile bireylerin BKİ arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre birinci bölümde şişman bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (5.98 ± 1.25) ancak ölçeğin bu alt boyutunda BKİ grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. İkinci bölümünde, şişman bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek (0.82 ± 1.03) olmasına rağmen, ölçeğin bu alt boyutunda BKİ grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) gözlenmiştir. Üçüncü bölümde şişman bireylerin ortalama puanın daha yüksek olduğu (3.22 ± 3.08) ancak ölçeğin bu alt boyutunda BKİ grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) saptanmıştır. Dördüncü bölümde, şişman bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (5.33 ± 2.18) ve BKİ grupları ile arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) gözlenmiştir. KRDÖ ölçeğinin BKİ grupları ile karşılaştırılması sonucunda, şişman bireylerin ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek (14.98 ± 4.45) olduğu ancak BKİ grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) saptanmıştır.

Tablo 4.14. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Sürekli İlaç Kullanımı Karşılaştırmalarının Dağılımı

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği		Hayır		Evet		F testi	p
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Bölüm 1	Cinsiyet, hareketlilik, lif alımı, sıvı alımı, kişisel inançlar	5.59	1.99	5.69	1.40	1.147	0.794
Bölüm 2	Sadece servis hastaları, komod/sürgüye gereksinimi olan hastalar	1.36	1.14	0.65	0.93	8.671	0.004*
Bölüm 3	Hangi durumlar konstipasyon riskini artırır	1.86	2.59	3.15	3.04	3.244	0.045*
Bölüm 4	Konstipasyon riskini arttıran ilaçlar	4.41	2.28	4.94	1.96	1.070	0.304
KRDÖ toplam		13.32	2.98	14.41	4.38	1.189	0.279

F testi: Tek yönlü ANOVA testi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, $p < 0.05$ anlamlı fark, KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği.

Tablo 4.14’de Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile sürekli ilaç kullanımı arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre birinci bölümde sürekli ilaç kullanımı olan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (5.69 ± 1.40) ve sürekli ilaç kullanımları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) belirlenmiştir. Ölçeğin ikinci bölümünde, sürekli ilaç kullanımı olmayan bireylerin aldıkları ortalama puanın daha yüksek olduğu (1.36 ± 1.14) ve sürekli ilaç kullanımları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır. Ölçeğin üçüncü bölümden ise sürekli ilaç kullanımı olan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (3.15 ± 3.04) ve sürekli ilaç kullanımları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) gözlenmiştir. Ölçeğin dördüncü bölümünde, sürekli ilaç kullanımı olan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (4.94 ± 1.96) ve sürekli ilaç kullanımları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. KRDÖ ölçeğinin sürekli ilaç kullanımı ile karşılaştırılması sonucunda, sürekli ilaç kullanımı olan bireylerin ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek (14.41 ± 4.38) olduğu ancak sürekli ilaç kullanımları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) saptanmıştır.

Tablo 4.15. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile Evde Kullanılan Tuvalet Türü Karşılaştırmalarının Dağılımı

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği		Alaturka		Alafranga		Diğer		F testi	p
		Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
Bölüm 1	Cinsiyet, hareketlilik, lif alımı, sıvı alımı, kişisel inançlar	5.28	1.62	5.87	1.51	5.00	1.41	1.691	0.190
Bölüm 2	Sadece servis hastaları, komod/sürgüy e gereksinimi olan hastalar	0.72	1.14	0.93	1.00	0	0.00	1.674	0.194
Bölüm 3	Hangi durumlar konstipasyon riskini arttırır	2.56	2.79	2.80	2.77	5.25	6.18	1.442	0.242
Bölüm 4	Konstipasyon riskini arttıran ilaçlar	4.40	1.76	4.95	2.17	5.00	1.63	0.661	0.519
KRDÖ toplam		13	3.39	14.54	4.23	15.25	5.56	1.423	0.247

F testi: Tek yönlü ANOVA testi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, $p < 0.05$ anlamlı fark, KRDÖ: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği.

Tablo 4.15'te Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ile evde kullanılan tuvalet türü arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre birinci bölümde alafranga tuvalet kullanan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (5.87 ± 1.51) ancak ölçeğin bu alt boyutu ile tuvalet türü arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiştir. İkinci bölümde, alafranga tuvalet kullanan bireylerin puan ortalamalarının daha yüksek (0.93 ± 1.00) olmasına rağmen, ölçeğin bu alt boyutu ile tuvalet türü arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p > 0.05$) gözlenmiştir. Üçüncü bölümde ise alafranga tuvalet kullanan bireylerin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu (2.80 ± 2.77) ancak bu boyut ile evde kullanılan tuvalet türü arasındaki farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) saptanmıştır. Dördüncü bölümde, alafranga tuvalet kullanan bireylerin puan ortalamaları yüksek (4.95 ± 2.17) olmasına

rağmen, bu alt boyutu ile evde kullanılan tuvalet türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) gözlenmiştir. KRDÖ ile evde kullanılan tuvalet türü arasında, alafranga tuvalet kullanımı bulunan bireylerin ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek (14.54 ± 4.23) olduğu ancak farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.



5. TARTIŞMA

Bağırsak boşaltımı tüm insanların yaşamı boyunca düzenli olarak gerçekleştirdiği yaşam faaliyetlerinden birisidir. Normal vücut fonksiyonlarının sürdürülebilmesi için atık maddelerin bağırsaklar aracılığı ile düzenli olarak vücuttan uzaklaştırılması gerekir. Bireylerin bağırsak fonksiyonları biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve ekonomik faktörlerden etkilenir ve boşaltım alışkanlıkları kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Bağırsak boşaltımının normal bir şekilde gerçekleştirilmesi için, gastrointestinal sistemin ve kaslarının (özellikle karın ve pelvik kasların) düzgün çalışması gereklidir. Farklı nedenlerle barsak boşaltımının bozulması sonucu konstipasyon gelişir. Konstipasyon bireylerin yaşam kalitesini düşüren, bireyler için ciddi sorunlar yaratan ve hasta bakımında genellikle gözden kaçırılan bir sağlık sorunudur (Kaya vd., 2013; Madsen, Magor ve Parker, 2010; Şendir vd., 2012).

Bağırsak hareketlerini azaltan sempatik sistem, ameliyat sonrası dönemde aktive olur ve gastrointestinal sistem motilitesini inhibe ederek konstipasyona neden olur (Kumar vd., 2020). Cerrahi hastalarında konstipasyon görülme insidansının %25-40 arasında olduğu bildirilmektedir (Lee vd., 2014; Şendir vd., 2012; Yue vd., 2023).

Ameliyat sonrası dönemde gelişen konstipasyon; özellikle beslenme, duygusal durum, hareketsizlik, önceki bağırsak boşaltım öyküsü ve abdominal ya da spinal cerrahi gibi çeşitli faktörler ile ilişkilidir. Konstipasyon komplikasyon riskini artıran, hastanede kalış ve hemşirelerin bakım süresini uzatabilen bir sorundur (Koo vd., 2013; Madsen, Magor ve Parker, 2010; Raahave, 2015; Şendir vd., 2012). Spinal cerrahi sonrası sık görülen komplikasyonlardan birisi olan konstipasyon ameliyat sonrası dönemde fazla miktarda laksatif kullanımına ve adinamik ileus semptomlarına neden olur (JT Smith ve MS Smith, 2013; Klatt vd., 2013; Stienen vd., 2014; Trads vd., 2015).

Literatürde, cerrahi girişim geçiren hastalarda konstipasyon gelişim nedenlerini ve ilişkili faktörleri inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Ancak farklı anestezi ve cerrahi türleri ile ilişkili faktörleri inceleyen çalışmalar ülkemizde sınırlıdır. Bu nedenle bu araştırmada spinal cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sonrası konstipasyon riskinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu araştırmaya katılan bireylerin Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (KRDÖ) toplam puan ortalamalarının 13.88 ± 4.26 olduğu saptanmış ve hastaların konstipasyon açısından orta riskli oldukları belirlenmiştir. Literatürde araştırmamız sonuçları ile benzerlik gösteren birçok çalışma yer almaktadır. Demir'in karaciğer nakli olan hastalarda ameliyat sonrası konstipasyon gelişme riskini araştırdığı çalışmasında, hastaların Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinden 12.15 ± 3.06 puan aldığı ve hastaların %65.3'ünün konstipasyon gelişimi açısından orta risk grubunda yer aldığı bildirilmiştir (Demir, 2019). Benzer şekilde Koca Kutlu vd.nin bir üniversite hastanesinin dahili ve cerrahi kliniklerinde tedavi gören 245 yetişkin hastaya KRDÖ uygulayarak yaptıkları çalışmalarında da hastaların toplam puan ortalamalarının 12.4 ± 4.2 olduğu saptamıştır (Koca Kutlu vd., 2011). Çelik vd. tarafından yapılan çalışmada ise abdominal cerrahi geçiren hastaların KRDÖ toplam puanı ortalamaları 11.71 ± 7.81 olarak bildirilmiştir. Şendir vd.nin çalışmasında ortopedi ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası ikinci günde KRDÖ puan ortalamalarının 12.7 ± 4.7 olduğu (orta risk) tespit edilmiştir (Şendir vd., 2012). Ucuzal ve Aldanmaz çalışmalarında genel cerrahi hastalarında KRDÖ puan ortalamasını 12.9 ± 4.8 (orta riskli) olarak belirlemişlerdir (Ucuzal ve Aldanmaz, 2015). Costilla ve Foxx-Orenstein ve Raahave de çalışmalarında benzer sonuçlar elde etmişlerdir (Costilla ve Foxx-Orenstein, 2014; Raahave, 2015). Işık, herni ameliyatı geçiren hastaların konstipasyon riskini değerlendirdiği çalışmasında, hastaların KRDÖ puan ortalamasının 10.13 ± 3.937 olduğunu ve konstipasyon açısından “hafif düzeyde risk” taşıdıklarını bildirmiştir (Işık, 2019). Literatür verileri ile benzer olarak araştırmamıza dahil olan hastalarda da bulunan hareket azlığı, sıvı alımı ve farmakolojik ajanların kullanımı gibi faktörlerin yanı sıra spinal cerrahinin de konstipasyon riski puan ortalamalarını arttırdığı düşünülmektedir.

Araştırmada yer alan bireylerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili bulguların yer aldığı Tablo 4.1'de çalışmaya katılan bireylerin %75.6'sının 18-64 yaş aralığında yer alırken %24.4'ü 65 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Bireylerin %65.6'sının (n=59) kronik hastalığının olduğu, çoğunluğunun hipertansiyon ve diyabet hastalıklarına %42.4 (n=25) sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.4'de, Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliği değerlendirilmiş ve Cronbach's alfa katsayısının 0.682 olduğu tespit edilmiştir. Çelik

vd.nin yaptığı çalışmada Cronbach alfa değeri 0.59 olarak hesaplanmıştır. Işık (2019) yaptığı çalışmada Cronbach's alfa değerinin kabul edilebilir değer olan 0.70' ten yüksek olduğunu ifade etmiştir. Alfa değeri 0 ile 1 arası değerler alır (Coşkun vd., 2015:126). Güvenilirlik için, madde-toplam puan korelasyon katsayısının 0.30'un üzerinde olması iyi kabul edilmektedir. 0.30 ve altında değer alması ise bu maddelerde bir sorun olduğunu düşündürür ve bu maddeler ölçekten çıkartılabilir (Alpar, 2012).

Araştırmamızda KRDÖ toplam puan ortalamaları bakımından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0.05$), 65 yaş ve üstü bireylerin ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu (15.36 ± 4.26) belirlenmiştir. Literatürde yaş ile konstipasyon prevalansı arasında ilişkiyi değerlendirmek amacıyla birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların birçoğunda yaş arttıkça konstipasyon prevalansının da arttığı bildirilmiştir (Arlı 2019; Mugie vd., 2011; Ören 2016; Turan vd., 2011; Tursun, 2014; Wald vd., 2010). Demir'in karaciğer nakli olan hastalarda ameliyat sonrası konstipasyon gelişme riskini incelediği çalışmasından, yaş ilerledikçe (45 yaş ve üzeri) konstipasyon riskinin arttığı ve bu durumun istatistiksel olarak da anlamlı olduğunu bildirilmiştir (Demir, 2019). Bailes ve Reeve çalışmalarında, 84 yaş ve üstü erkeklerin %28'inde de konstipasyon görüldüğünü ifade etmişlerdir (Bailes ve Reeve, 2013). Şendir vd.nin ortopedi hastalarında ameliyat sonrası konstipasyon riskini inceledikleri çalışmalarında, yaş ilerledikçe konstipasyon riskinin arttığı belirlenmiştir (Şendir vd., 2012). Arlı'nın cerrahi ve dahili kliniklerde yatan hastalarda konstipasyon riskini araştıran çalışmasında, KRDÖ toplam puanı ile ileri yaş arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Arlı, 2019). Işık'ın herni sonrası konstipasyon riskini değerlendirdiği çalışmada ise hastaların KRDÖ puan ortalaması ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiş ve 41-60 yaş arasında olan hastalarda bu riskin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Işık, 2019). Literatürde yaşlanmaya bağlı bireylerde; yetersiz sıvı alımı, hareket kabiliyetinin azalması, yüksek kalori alımı, diyetteki değişiklikler, çoklu ilaç kullanımı ve eşlik eden tıbbi sorunlarının konstipasyon riskini arttırdığı ifade edilmektedir (Bengi vd., 2014; Bilgiç vd., 2016; Şendir vd., 2012). Araştırmamızda yaşın spinal cerrahi sonrası konstipasyon riskini arttıran bir unsur olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7' de KRDÖ ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiş ve kadın hastaların

konstipasyon açısından daha fazla risk altında oldukları belirlenmiştir. Literatürde de konstipasyonun kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü vurgulanmaktadır (İnce ve Remzi, 2011; Pinto-Sanchez ve Bencik, 2011). Şendir vd.nin ortopedi hastalarında ameliyat sonrası konstipasyon riskini belirlemek için yaptıkları çalışmada, kadın hastaların konstipasyon açısından daha fazla risk altında oldukları belirlenmiştir (Şendir vd., 2012). Arlı'nın cerrahi ve dahili kliniklerde yatan hastalarda konstipasyon riskini araştırdığı çalışmasında, kadınlarda KRDÖ toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Arlı, 2019). Benzer şekilde Suares ve Ford'un konstipasyonla ilgili yapılan çalışmaları incelediği sistematik derlemede konstipasyon görülme sıklığının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Suares ve Ford, 2011). Bilgiç vd.nin (2016) yaptığı çalışma sonucuna göre konstipasyon deneyimleme oranı kadınlarda daha yüksektir (Bilgiç vd., 2016). Benzer olarak Tursun'un çalışmasında da konstipasyon riskinin kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Tursun, 2014). Orhan vd.nin araştırmasında kadınlarda ovulasyondan sonra progesteron hormonunun artışının, ince bağırsak ve kolon hareketlerinin yavaşlamasına neden olabildiği bildirilmiştir (Orhan vd., 2015). Işık çalışmasında hastaların KRDÖ puan ortalamaları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve kadın hastalarda riskin daha yüksek olduğunu ifade etmiştir (Işık, 2019). Ancak literatür verilerinden farklı olarak Demir'in çalışmasında konstipasyonun erkeklerde kadınlara göre daha sık görüldüğü sonucu elde edilmiştir (Demir, 2019). Literatürde yer alan birçok çalışmada ameliyat sonrasında kadın hastalarda konstipasyon riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Ören, 2016; Turan vd., 2011). Araştırmamızdan elde edilen bulgular bu açıdan literatür ile uyumluluk göstermektedir. Kadınların ağrı eşiğinin daha düşük olduğu, bu nedenle daha fazla analjezik kullanılabilmesi (Acar vd., 2016), yine ağrı yaşama korkusu nedeni ile fiziksel aktivitenin kısıtlanmasının kadınlarda bu riski arttırdığı düşünülmektedir.

Tablo 4.8' de KRDÖ ölçeği toplam puan ortalamaları ile medeni durum karşılaştırıldığında, bekar hastaların konstipasyon açısından daha riskli (15.02 ± 4.08) oldukları ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Şendir vd.nin (2012) ortopedi ameliyatı geçiren hastalarda konstipasyon riskini değerlendirdikleri çalışmada bekarların aldıkları ortalama puanın evlilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çelik vd.nin (2015) karın ameliyatı geçiren hastalarda konstipasyon riskini değerlendirdiği çalışmada medeni durumun KRDÖ toplam puanına etki etmediği tespit

edilmiştir. Arlı'nın (2019) cerrahi ve dahili kliniklerde yatan hastalarda konstipasyon riskini araştıran çalışmasında ise, KRDÖ toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu ve evli hastaların konstipasyon riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda bekar hastaların bakımları ve beslenmelerinde yardım almada sorun yaşamış olabilecekleri, posalı bir diyetle ulaşamamış olmaları nedeni ile daha riskli oldukları düşünülmüştür.

Tablo 4.9'da KRDÖ ölçeği toplam puan ortalamaları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre okuryazar olmayan hastaların konstipasyon açısından daha riskli oldukları belirlenmiştir. Literatürde birçok çalışma eğitim düzeyinin konstipasyon insidansını etkilediğini göstermektedir. Mugie vd.nin çalışmasında, eğitim düzeyinin konstipasyon görülme sıklığını etkilediği ve eğitim seviyesi arttıkça konstipasyon görülme sıklığının azaldığı bildirilmiştir (Mugie vd., 2011). Arlı'nın cerrahi ve dahili kliniklerde yatan hastalarda konstipasyon riskini araştırdığı çalışmasında, KRDÖ toplam puanı ile eğitim durumu (özellikle okuryazar olmayanların) arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğunu tespit edilmiştir (Arlı, 2019). Suares ve Ford'un çalışmalarında da konstipasyon riski ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiş ve eğitim düzeyi düşük olanlarda daha fazla konstipasyon geliştiği ifade edilmiştir (Suares ve Ford 2011). Işık'ın çalışmasında araştırmaya katılan hastaların KRDÖ puan ortalaması ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiş ve eğitim düzeyi düşük olan hastalarda riskin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Işık, 2019). Chu vd.nin Çin genel popülasyonunda pediatrik ve yaşlı popülasyonunu konstipasyon epidemiyolojisi ve özellikleri ile ilgili yaptıkları çalışmalarında, yaşlı nüfusta ve kırsal kesimde yaşayanlarda konstipasyonun yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada eğitim seviyesi düşük olanlarda konstipasyon prevalansının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Chu vd., 2014). Demir ise çalışmasında farklı bir sonuç elde etmiş ve eğitim düzeyi yüksek olan hastaların konstipasyon riskinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Demir, 2019). Sonuç olarak eğitim düzeyi ile bireylerin bilinçli beslenme şekilleri arasında ilişki olduğu, posalı beslenmenin, sıvı alınınının ve hareket düzeyinin eğitim seviyesi ile paralel ilerlediği (Arlı, 2019; Şendir vd., 2012), çalışmamızın verilerinin de bu yorumu destekler nitelikte olduğu gözlemlenmektedir. Okuryazar olmayan hastalarda ise konstipasyonu önleme ile ilgili bilgilerin yetersiz olmasından kaynaklı riskin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4.10’ da KRDÖ ölçeği puan ortalamaları bakımından (1 ve 3 alt bölüm açısından) çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiş ve çalışmayan hastaların konstipasyon açısından daha fazla risk altında olduğu belirlenmiştir. Arlı’nın cerrahi ve dahili kliniklerde yatan hastalarda konstipasyon riskini araştırdığı çalışmasında da KRDÖ toplam puanı ile çalışma durumu (çalışmayanlarda ve emeklilerde daha yüksek risk) arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğunu tespit edilmiştir (Arlı, 2019). Işık’ın çalışmasında KRDÖ puan ortalamaları ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve çalışmayan hastalarda konstipasyon riskinin daha yüksek olduğunu ifade edilmiştir (Işık, 2019). İş yaşamı belirli bir düzeyde hareket gerektirmektedir. Bu hareketlilik konstipasyon gelişimini azaltmaktadır. Fiziksel hareketlerde azalma barsak hareketlerinin yavaşlamasına neden olarak konstipasyon riskini arttırmaktadır. Araştırmamızda da çalışmayan hastaların sayısının fazla olması nedeni ile riskin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4.11’ de KRDÖ ölçek toplam puan ortalamaları bakımından yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiş ve köyde ikamet eden hastaların konstipasyon açısından daha fazla risk altında oldukları belirlenmiştir. Benzer şekilde Tursun’un çalışmasında da hastaların KRDÖ puan ortalaması ile yaşanan yer arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiş ve kırsal kesimde yaşayan hastalarda riskin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Tursun, 2014). Köyde yaşayan hastaların şehirde yaşayanlara göre eğitim düzeyleri düşük ve bilinç düzeyleri yetersiz olabilir. Ayrıca bu hastaların sağlık kurumlarına ulaşabilme ve danışmanlık alma olanakları sınırlı olabilir. Çalışmamızda köyde yaşayan bireylerin bu nedenle konstipasyon risklerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4.12’ de KRDÖ ölçek toplam puan ortalamaları ile kronik hastalığa sahip olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiş ve kronik hastalığı bulunan hastaların konstipasyon açısından daha fazla risk altında oldukları belirlenmiştir. Literatürde kronik hastalıklara bağlı hareket kısıtlılığı ve çoklu ilaç kullanımının konstipasyona yol açabildiği bildirilmektedir (Hakverdioğlu Yönt vd., 2011). Bu bulgular ile benzer olarak Demir çalışmasında, ek hastalık varlığı arttıkça konstipasyon riskinin de arttığını ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu tespit etmiştir (Demir, 2019). Arlı’nın cerrahi ve dahili kliniklerde yatan hastalarda

konstipasyon riskini araştıran çalışmada, KRDÖ toplam puanı ile kronik hastalığı olanlar arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır (Arlı, 2019). Işık da çalışmada araştırmaya katılan hastaların KRDÖ puan ortalaması ile kronik hastalıkları arasında anlamlı bir ilişki tespit etmiş ve kronik hastalığı olan hastalarda bu riskin daha yüksek olduğunu ifade etmiştir (Işık, 2019). Ancak Bilgiç vd.nin bir huzurevinde yaşayan yaşlıların konstipasyon durumlarını ve etkileyen faktörleri inceledikleri araştırmalarında, yaşlılarda kronik hastalık varlığı ile konstipasyon gelişme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Bilgiç vd., 2016). Araştırmamız örnekleminde de kronik hastalık oranının fazla olması nedeni ile riskin arttığı ve bu açıdan literatür ile uyumlu olduğu gözlenmektedir.

Konstipasyon obez kişilerde daha fazla görülmekte ve obezitenin konstipasyon görülme sıklığı açısından risk faktörü olduğu bilinmektedir (Tursun, 2014). Araştırmamızda şişman bireylerin ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak BKİ grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Pourhoseingholi vd.nin (2009) İran’da yaptıkları toplum temelli bir çalışmada obezite ve fonksiyonel konstipasyon durumları arasındaki ilişki araştırılmış ve konstipasyon açısından anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ucuzal ve Aldanmaz’ın (2015) genel cerrahi geçiren hastalarda konstipasyon riskini değerlendirdikleri çalışmada BKİ değeri arttıkça konstipasyon riskinin de yükseldiği ve bu durumu istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Işık’ın (2019) yaptığı çalışmada obez bireylerin KRDÖ toplam puan ortalamaları diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda ameliyat öncesinde dönemde bireylerin %75.6’sının ($n=68$) sürekli ilaç kullandığı saptanmıştır. Literatürde antidepresan, antispazmotik, diüretik, antikonvülzan ve analjezik ilaçların konstipasyon riskini arttırdığı vurgulanmaktadır. Liu vd.nin çalışmalarında, spinal kord cerrahisi sonrası ortaya çıkan nörojenik bağırsak disfonksiyonunun, omurilik yaralanmasına bağlı çoklu ilaç kullanımından kaynaklandığını bildirmişlerdir (Liu vd., 2010). Çalışmamızda, sürekli ilaç kullanımı olan bireylerin ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek (14.41 ± 4.38) olduğu ancak sürekli ilaç kullanımları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Arlı’nın yaptığı çalışmada ise KRDÖ toplam puan ortalamaları

ile düzenli ilaç kullanımının konstipasyon riski açısından istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Arlı, 2019). Patel vd. çalışmalarında, hastaların %32'sinin narkotik, %37'sinin antidepresan, %37'sinin kalsiyum takviyesi ve %26'sının antikolinergik ilaç kullandığını ve çoklu ilaç kullanımının konstipasyona neden olduğunu bildirmişlerdir (Patel vd., 2017). Adriaansen vd.nin 10 yıl spinal travma hastalarını takip ettikleri çalışmalarında, hastaların %38'inin konstipasyona neden olan ilaçlar aldığı ortaya çıkmıştır (Adriaansen vd., 2015). Hassounah vd.nin (2011) kraniyotomi sonrası hastalarda ağrı yönetimi ile ilgili çalışmalarında, hastaların %66'sında kullanılan analjeziklerin yan etkisi olarak konstipasyon geliştiği saptamıştır. Spinal cerrahi sonrası hastaların analjezik tedavilerinde sıklıkla opioidler kullanılmaktadır ve bu nedenle opioid kaynaklı konstipasyon sık gelişebilen bir komplikasyondur (Ueberall ve Mueller-Schwefe, 2015). Bu çalışmada, ameliyat öncesi ilaç kullanan hastalar çoğunlukta olmasına rağmen ölçek puanı ile ilaç kullanım durumu arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bunun, spinal cerrahinin ve ağrı için kullanılan ilaçların konstipasyon açısından bireyleri benzer düzeylerde etkilemesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Kullanılan tuvalet türü konstipasyona neden olan faktörlerden biridir (Bilgiç vd., 2016). Araştırmamızda yer alan bireylerin %27.8'inin (n=25) evde alaturka ve %67,8'inin (n=61) alafranga tuvalet kullandıkları saptanmıştır. Çalışmamızda, alafranga tuvalet kullanımı bulunan bireylerin ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek (14.54 ± 4.23) olduğu ve evde kullanılan tuvalet türü arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) saptanmıştır. Literatürde Bilgiç vd. bir huzurevinde yaşayan yaşlıların konstipasyon durumları ve etkileyen faktörleri inceledikleri araştırmalarına 56 birey dahil etmişlerdir. Araştırma sonucunda yaşlıların tuvalet özelliğinin konstipasyon ciddiyet durumunu istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilediğini, klozet/sürgü kullanan yaşlıların alaturka tuvalet kullanan yaşlılara göre konstipasyonu daha ciddi deneyimlediklerini tespit etmişlerdir (Bilgiç vd., 2016). Alaturka tuvalette çömelme pozisyonu karın içi basıncın artmasına sebep olur. Çömelme pozisyonunda rektuma yer çekiminin de etkisi ile birey aşırı ıkınma ihtiyacı olmadan kısa sürede, daha etkili ve tam bir defekasyon gerçekleştirir (Gürşen, 2013). Çalışmamızda, alaturka tuvalet kullanan hastaların puan ortalamalarının da konstipasyon risklerinin de düşük olduğu görülmektedir. Ancak ölçek geneline

bakıldığında alaturka tuvalet kullananların sayısının az olması nedeni ile iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı düşünülmektedir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Spinal cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sonrası konstipasyon riskinin belirlenmesini amaçlayan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

- Çalışmada yer alan hastaların yarısından fazlası kadındır. Hastaların çoğunluğu 18-64 yaş aralığında, evli ve ilkokul mezunudur. Hastaların çoğunluğu çalışmamakta, ailesi ile ilçede yaşamakta, çoğunluğunda hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklar bulunmakta ve çoğu ameliyat öncesi de ilaç kullanmaktadır.

- Çalışmada yer alan hastaların Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinden (KRDÖ) elde etikleri toplam puan ortalaması 13.88 ± 4.26 ve hastalar konstipasyon açısından orta düzeyde risklidir.

- KRDÖ toplam puan ortalamaları bakımından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ve 65 yaş ve üstü hastalar konstipasyon açısından daha risklidir.

- KRDÖ toplam puan ortalamaları bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ve kadın hastalar konstipasyon açısından daha risklidir.

- KRDÖ toplam puan ortalamaları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ve okuryazar olmayan hastaların konstipasyon riski daha yüksektir.

- KRDÖ toplam puan ortalamaları ile yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ve köyde yaşayan hastalar konstipasyon açısından daha risklidir.

- KRDÖ toplam puan ortalamaları ile kronik hastalığa sahip olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ve kronik hastalığı bulunan hastalar konstipasyon açısından daha fazla risklidir.

6.2. Öneriler

Spinal cerrahi geçiren hastalarda ameliyat sonrası konstipasyon riskinin değerlendirildiği bu çalışmanın sonuçlarından yola çıkarak;

- Spinal cerrahi geçiren hastalarda konstipasyon gelişimini önlemeye yönelik girişimlerin erken dönemde planlanması,
- 65 yaş ve üstü hastalara yönelik daha kapsamlı ve erken dönemde önlemlerin alınması
- Kadın hastaların değerlendirmelerinde yüksek riskin göz önünde bulundurulması,
- Eğitim durumu düşük olan hastalara, konstipasyonu önlemeye yönelik ve birden fazla duyuya hitap eden eğitimler verilmesi,
- Kırsal kesimde yaşayan hastaların beslenme ve sağlık kurumlarına ulaşma düzeylerinin yakından izlenmesi
- Kronik hastalıkları olan bireylerin yüksek riskinin bakım süreçlerinde göz önünde bulundurulması,
- Hemşirelerin konstipasyon gelişme olasılığı yüksek olan hastaları ameliyat öncesinde daha kapsamlı değerlendirmesi, bireylere bilgi vermesi ve gerekli önlemleri alması,
- Konstipasyon riskini değerlendirme ile ilgili sağlık ekibi ile ortak çalışmalar yapılması ve bu amaca yönelik rehberler hazırlanması,
- Ameliyat öncesinde hastalarda belirlenen ve konstipasyona neden olabilecek risk faktörlerinin nedenlerine yönelik tedavinin başlatılması,
- Ameliyat sonrası dönemde, hastaların genel durumlarına bağlı olarak mümkün olan en kısa sürede mobilizasyonlarının sağlanması,
- Sağlık ekibine ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek konstipasyonun hasta üzerindeki olumsuz etkilerine yönelik hizmet içi eğitimler verilmesi,
- Taburculuk sonrası evde bakım aşamasında da konstipasyon ile ilgili klinik kontrollerin belirli aralıklar ile tekrarlanması,
- Ameliyat öncesi dönemde hastalarda konstipasyon gelişimini önlemeye yönelik eğitimlerin verilmesine yönelik materyallerinin geliştirilmesi,
- Konstipasyon risk değerlendirmesine ilişkin farklı hasta gruplarında daha kapsamlı araştırmaların yapılması önerilerinde bulunulmuştur.

KAYNAKLAR

- Acar K, Acar H, Demir F ve Eti Aslan F (2016). Cerrahi sonrası ağrı insidansı ve analjezik kullanım miktarının belirlenmesi. Erişim adresi: <http://journal.acibadem.edu.tr/en/download/article-file/1701555>
- Adriaansen JJ, van Asbeck FW, van Kuppevelt D, Snoek GJ ve Post MW (2015). Outcomes of neurogenic bowel management in individuals living with a spinal cord injury for at least 10 years. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(5): 905-912. DOI:10.1016/j.apmr.2015.01.011
- Aktümsek A (2012). Anatomi ve fizyoloji insan biyolojisi. 7. Baskı. Ankara Nobel Akademik Yayıncılık.
- Alizadeh A, Dyck SM ve Karimi Abdolrezaee S (2019). Traumatic Spinal Cord Injury: An Overview of Pathophysiology, Models and Acute Injury Mechanisms. *Frontiers in neurology*, 10, 1-25. DOI:10.3389/fneur.2019.00282
- Alpar R (2012). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. 2.Baskı. Detay Yayıncılık. Ankara. s.494-498.
- Altun N, Yazar T ve Benli İT (2016). Dejeneratif Omurga Hastalıkları. Türk Omurga Derneği Yayınları-5, Rekmay Yayıncılık. Ankara.
- Arı M ve Yılmaz E. (2016). Ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası konstipasyona etkisi. *Turk Journal of Colorectal Disease*, 2: 39-46. DOI:10.4274/tjcd.72677
- Arlı ŞK, (2019). Evaluation of Constipation Risk among Inpatients in Surgery and Internal Medicine Wards. *Turk Journal Colorectal Disease*, 29:19-24. DOI:10.4274/tjcd.galenos.2018.01488
- Aryal V, Black AC ve Jimenez A (2023). Anatomy, Back, Posterior Longitudinal Ligament. StatPearls Publishing. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32809526/>
- Ay AF (2011). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Bailes BK ve Reeve K (2013). Constipation in older adults. *The Nurse Practitioner*, 38(8): 21-25. DOI:10.1097/01.NPR.0000431882.25363.5f
- Bayan K (2017). Konstipasyona Güncel Yaklaşım. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, 5(2): 24-29. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/774223>

- Bayram S (2020). Spinal anatomi ve cerrahi yaklaşımlar. Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/344592877>
- Bazira PJ (2021). Clinically applied anatomy of the vertebral column. *Surgery (Oxford)*, 39(6): 315-323. DOI:10.1016/j.mpsur.2021.04.004
- Bengi G, Yalçın M ve Akpınar H. (2014). Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, 18(2): 181-197. Erişim adresi: <https://guncel.tgv.org.tr/journal/48/pdf/100165.pdf>
- Bharucha AE, Pemberton JH ve Locke GR. (2013). American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology*, 144(1): 218-238. DOI:10.1053/j.gastro.2012.10.028
- Bilgiç Ş, Dilek F, Arslan H ve Aysun Ü (2016). Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Konstipasyon Durumları ve Etkileyen Faktörler. *International Journal of Basic and Clinical Medicine*, 4(1): 9-16. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/225822>
- Bortay Tekin İ ve ÖCAL S (2023). Fonksiyonel Konstipasyona Güncel Bakış. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 25(2): 124-132. Erişim adresi: <https://guncel.tgv.org.tr/journal/85/pdf/100671.pdf>
- Byvaltsev VA, Kalinin AA, Hernandez PA, Shepelev VV, Pestryakov YY, Aliyev MA ... Giers MB (2022). Molecular and Genetic Mechanisms of Spinal Stenosis Formation: Systematic Review. *International journal of molecular sciences*, 23(21):13479. DOI:10.3390/ijms232113479
- Camilleri M, Ford AC, Mawe GM, Dinning PG, Rao SS, Chey WD ... Chang L (2017). Chronic constipation. *Nature Reviews Disease primers*, 3(1): 1-19. DOI: doi.org/10.1038/nrdp.2017.95
- Cho TA (2015). Spinal cord functional anatomy. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 21(1):13-35. DOI:10.1212/01.CON.0000461082.25876.4a
- Chu H, Zhong L, Li H, Zhang X, Zhang J ve Hou X (2014). Epidemiology characteristics of constipation for general population, pediatric population, and elderly population in China. *Gastroenterology Research And Practice*, 532734. DOI:10.1155/2014/532734
- Costilla VC ve Foxx-Orenstein AE (2014). Constipation in adults: diagnosis and management. *Current treatment options in gastroenterology*, 12: 310-321. DOI: 10.1007/s11938-014-0025-8

- Coşkun R, Altunışık R ve Yıldırım E (2015). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı. Sakarya: Sakarya Kitabevi.
- Çakır CÖ ve Çaylı S (2013). Komplikasyonlara Genel Bakış. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, Cilt: 23(2): 114-120. Erişim adresi: https://norosirurji.dergisi.org/pdf/pdf_TND_877.pdf
- Çelik S, Atar NY, Öztürk N, Mendes G, Kuytak F, Bakar E ... Ergin S (2015). Constipation risk in patients undergoing abdominal surgery. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(6): e23632. DOI:10.5812/ircmj.23632
- Dağ ŞÖ ve Yılmaz AA (2022). Yoğun bakım hastalarında konstipasyon ve hemşirelik bakımı. *Sağlık, Bakım ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1(1): 40-49. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/3571406>
- Demir B (2019). The risk of postoperative constipation in liver transplant patients. *Annals of Medical*, 26(10): 2427-2431. DOI:10.5455/annalsmedres.2019.07.419
- Demirbaş S (2010). Kronik konstipasyon nedenleri, tanı yöntemleri ve tedavi yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52: 61-68. Erişim adresi: https://cms.gulhanemedj.org/Uploads/Article_33393/GMJ-52-61-En.pdf
- DeSai C ve Agarwal A (2023). Neuroanatomy, Spine. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526133/>
- Durand WM, Ruddell JH, Eltorai AE, DePasse JM ve Daniels AH (2018). Ileus following adult spinal deformity surgery. *World Neurosurgery*, 116: 806-813. DOI:10.1016/j.wneu.2018.05.099
- Estefan M, Munakomi S ve Camino Willhuber GO (2023). Laminectomy. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542274/>
- Forootan M, Bagheri N ve Darvishi M (2018). Chronic constipation: A review of literature. *Medicine*, 97(20): e10631. DOI:10.1097/MD.00000000000010631
- Frost BA, Camarero-Espinosa S ve Foster EJ (2019). Materials for the Spine: Anatomy, Problems, and Solutions. *Materials*, 12(2):253. DOI:10.3390/ma12020253
- Frostell A, Hakim R, Thelin EP, Mattsson P ve Svensson M (2016). A review of the segmental diameter of the healthy human spinal cord. *Frontiers in neurology*, 7: 238. DOI:10.3389/fneur.2016.00238
- Furlan JC, Wilson JR, Massicotte EM, Sahgal A ve Fehlings MG (2022). Recent advances and new discoveries in the pipeline of the treatment of primary spinal tumors and spinal

metastases: a scoping review of registered clinical studies from 2000 to 2020. *Neuro-oncology*, 24(1): 1-13. DOI:10.1093/neuonc/noab214

Geçit S ve Özbayır T (2021). Spinal Travmalar ve Hemşirelik Bakımı. Erişim adresi: <https://iksadyayinevi.com/wp-content/uploads/2022/01/SPINAL-TRAVMALAR-VE-HEMSIRELIK-BAKIMI.pdf>

Gürler H, Yıldız FT ve Bekmez F (2023). A Common Complication in Orthopedic Patients: Postoperative Constipation and Related Risk Factors. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 38(5): 15-20. DOI: 10.1016/j.jopan.2023.05.004

Gürşen C (2013). *Kronik Konstipasyonu Olan Bireylerde Konnektif Doku Masajının Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara. Türkiye.

Hakverdioğlu Yönt G, Türk G, Khorshid L ve Eşer İ (2011). Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde konstipasyon tanısının değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 19(2): 83-88. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/95060>

Hardy TA. (2021). Spinal cord anatomy and localization. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 27(1): 12-29. DOI:10.1212/CON.0000000000000899

Hassounah B, Centofanti JE ve Reddy K (2011). Pain management in post-craniotomy patients: a survey of Canadian neurosurgeons. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 38(3): 456-460. DOI:10.1017/S0317167100011872

Henson B, Kadiyala B ve Edens MA (2023). Anatomy, Back, Muscles. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537074/>

Işık M (2019). *Herni Ameliyatı Geçiren Hastaların Konstipasyon Risk Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya. Türkiye.

İnce M ve Remzi FH (2011). Kronik Kabızlık ve Diyet. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(1): 71-76. Erişim adresi: <https://research.ebsco.com/c/vzjni/viewer/pdf/kotjlleg2j>

İzveren AÖ ve Dal Y (2011). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2): 36-46. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/88497>

Jaber A, Hemmer S, Klotz R, Ferbert T, Hensel C, Eisner C ... Akbar M (2021). Bowel dysfunction after elective spinal surgery: etiology, diagnostics and management based

on the medical literature and experience in a university hospital. *Orthopäde* 50: 425–434. DOI: 10.1007/s00132-020-04034-z

Jani B ve Marsicano E (2018). Constipation: Evaluation and Management. *Missouri medicine*, 115(3): 236–240. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140151/pdf/ms115_p0236.pdf

Jing D ve Jia L (2019). Assessment of patients' psychological state and self-efficacy associated with postoperative constipation after thoracolumbar fracture surgery. *The Journal of international medical research*, 47(9): 4215–4224. DOI:10.1177/0300060519859732

Karadakovan A ve Eti Aslan F (2017). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Kassicieh CS, Kassicieh AJ, Rumalla K, Courville EN, Cole KL, Kazim SF ... Schmidt MH (2023). Hospital-acquired infection following spinal tumor surgery: A frailty-driven pre-operative risk model. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 225: 107591. DOI:10.1016/j.clineuro.2023.107591

Kaya H, Turan N ve Kaya N (2013). Identifying constipation risk in neurosurgery patients, *The Journal Of Neurological And Neurosurgical Nursing*, 2(3): 96-103. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/profile/NurtenKaya/publication/256932679_Identifying_constipation_risk_in_neurosurgery_patients/links/02e7e52413e1c52be3000000/Identifying-constipation-risk-in-neurosurgery-patients.pdf

Kaya N ve Turan N (2011). Konstipasyon ciddiyet ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. *Türkiye Klinkeri Journal of Medical Sciences*, 31(6): 1491-501. DOI:10.5336/medsci.2010-22198

Kayalıoğlu G (2009). The vertebral column and spinal meninges. In *The spinal cord* (pp. 17-36). Academic Press. DOI:10.1016/B978-0-12-374247-6.50007-9

Khan, YS ve Lui F (2022). Neuroanatomy, Spinal Cord. StatPearls Publishing. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559056/>

Kim HJ ve Kim JH (2018). Effect of chewing gum on abdominal discomfort, the first defecation, and constipation after spine surgery. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 24(1): 85-93. DOI:10.22650/JKCN.2018.24.1.85

Kiraz İ ve Dağtekin A (2020). Osteoporotik Vertebra Kırıkları Vertebroplasti/Kifoplasti-Avantajları/Dezavantajları. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 30(3): 516-520. Erişim adresi: <https://grcris.pau.edu.tr/bitstream/11499/45306/1/8d1ed6db-15bc-4ac5-9d09-890980feadde.pdf>

- Klatt JW, Mickelson J, Hung M, Durcan S, Miller C ve Smith JT (2013). A randomized prospective evaluation of 3 techniques of postoperative pain management after posterior spinal instrumentation and fusion. *Spine*, 38(19): 1626-1631. DOI:10.1097/BRS.0b013e31829cab0b
- Koca Kutlu A, Yılmaz E, Çeçen D ve Eser E (2011). The reliability and validity of the Turkish version of the constipation risk assessment scale. *Gastroenterology Nursing*, 34(3): 200-208. DOI:10.1097/SGA.0b013e31821ab553
- Kokki M, Kuronen M, Naaranlahti T, Nyysönen T, Pikkarainen I, Savolainen S ... Kokki H (2017). Opioid-induced bowel dysfunction in patients undergoing spine surgery: comparison of oxycodone and oxycodone-naloxone treatment. *Advances in therapy*, 34: 236-251. DOI:10.1007/s12325-016-0456-9
- Koo HY, Park KJ, Oh JH, Kang SB, Oh ST ve Lee WY (2013). Investigation of clinical manifestations in korean colorectal cancer patients. *Annals of Coloproctology*, 29(4): 139. DOI:10.3393/ac.2013.29.4.139
- Korkmaz M, Yüksel F, Ünalacak M ve Ünlüoğlu İ (2011). Konstipasyon Yakanması Olan Hastanın Birinci Basamakta Yönetimi, *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(3): 35-44. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/108041>
- Kotkansalo A, Leinonen V, Korajoki M, Salmenkivi J, Korhonen K ve Malmivaara A (2019). Surgery for degenerative cervical spine disease in Finland, 1999-2015. *Acta Neurochir*. 161(10): 2147-59. DOI: 10.1007/s00701-019-03958-6
- Krogh K, Chiarioni G ve Whitehead W (2017). Management of chronic constipation in adults. *United European gastroenterology journal*, 5(4): 465-472. DOI:10.1177/2050640616663439
- Kumar V, Vaish A ve Vaishya R (2020). Postoperative ileus after orthopedic and spine surgery: A critical review. *Apollo Medicine*, 17(1): 16-21. DOI:10.4103/am.am_78_19
- Kyle G (2011). Constipation: review of management and treatment. *Journal of Community Nursing*, 25(6): 30-35. Erişim adresi: <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA274956538&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=01400908&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7Eb922e29d&aty=open-web-entry>
- Lall MP (2017). Nursing care of the patient undergoing lumbar spinal fusion. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(5). DOI:10.5430/jnep.v8n5p44
- Lee JL, Yang SS, Park IJ, Yu CS ve Kim JC (2014). Comparison of abdominal and perineal procedures for complete rectal prolapse: an analysis of 104 patients. *Annals of Surgical Treatment and Research*, 86(5): 249-255. DOI:10.4174/ast.2014.86.5.249

- Lee Y, Choi HJ, Jo YM ve Lee IS (2013). Effects of abdominal massage or lactic acid fermented milk for constipation in patients following spinal surgery. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 19(2): 208-217. DOI:10.22650/JKCNR.2013.19.2.208
- Liu CW, Huang CC, Chen CH, Yang YH, Chen TW ve Huang MH (2010). Prediction of severe neurogenic bowel dysfunction in persons with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 48(7): 554-559. DOI:10.1038/sc.2009.181
- Lochhead R ve Sonntag VKH. (2014), Encyclopedia of the Neurological Sciences (2. baskı), Laminectomy. 829–830. DOI:10.1016/B978-0-12-385157-4.00759-4
- Madsen L, Magor C ve Parker BA (2010). Comparison of two bowel treatments to prevent constipation in post-surgical orthopaedic patients. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 14(2): 75-81. DOI:10.1016/j.joon.2009.07.049
- Mahadevan V (2018). Anatomy of the vertebral column. *Surgery (Oxford)*, 36(7): 327-332. DOI:10.1016/j.mpsur.2018.05.006
- Malçok ÜA, Şafak Ö, Akman T ve Aras AB (2020). Kifoplasti ve Vertebroplasti Operasyonlarının Klinik ve Radyolojik Olarak Değerlendirilmesi. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 10(1): 1-7. DOI:10.5505/kjms.2020.27676
- Mazurek M, Kulesza B, Gołębiowska N, Tyzo B, Kura K ve Szczepanek D (2023). Factors Predisposing to The Formation of Degenerative Spondylolisthesis-A Narrative Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 59(8): 1430. DOI:10.3390/medicina59081430
- Middleton JW, Dayton A, Walsh J, Rutkowski SB, Leong G ve Duong S (2012). Life expectancy after spinal cord injury: a 50-year study. *Spinal cord*, 50(11): 803-811. DOI:10.1038/sc.2012.55
- Miller LE, Ibarra A, Ouwehand AC ve Zimmermann AK (2017). Normative values for stool frequency and form using Rome III diagnostic criteria for functional constipation in adults: systematic review with meta-analysis. *Annals of gastroenterology*, 30(2): 161–167. DOI:10.20524/aog.2016.0108
- Mounsey A, Raleigh M ve Wilson A (2015). Management of Constipation in Older Adults. *American family physician*, 92(6): 500–504. Erişim adresi: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2015/0915/p500.html>
- Moustafa E ve Tur BS (2018). Spondilostezis: etiyoloji, tanı, klinik özellikler ve tedavi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 71(3): 118-126. Erişim adresi: http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_26178/ATFM-71-118-En.pdf

- Mugie SM, Benninga MA ve Di Lorenzo C (2011). Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best practice & research Clinical gastroenterology*, 25(1): 3-18. DOI:10.1016/j.bpg.2010.12.010
- Okuyan CB ve Bilgili N (2019). Effect of abdominal massage on constipation and quality of life in older adults: a randomized controlled trial. *Complementary therapies in medicine*, 47: 102219. DOI:10.1016/j.ctim.2019.102219
- Orhan C, Akbayrak T, Kaya S, Kav T ve Günel MK (2015). Fiziksel aktivite seviyesi ile konstipasyon şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 2(2): 66-73. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/210317>
- Ören B. (2016). Yoğun bakım hastalarında konstipasyon ve diyare. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(1): 37-43. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/260206>
- Öztürk MH (2015). *Eğitimin Primer Konstipasyonlu Hastalarda Konstipasyon Ciddiyeti ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep, Türkiye.
- Palanca M, Ruspi ML, Cristofolini L, Liebsch C, Villa T, Brayda-Bruno M ... La Barbera L (2020). The strain distribution in the lumbar anterior longitudinal ligament is affected by the loading condition and bony features: An in vitro full-field analysis. *PloS one*, 15(1): e0227210. DOI:10.1371/journal.pone.0227210
- Park JH, Yun SO, Kim SH, Yu MG ve Ham EJ (2016). Constipation in patients following orthopedic surgery: Incidence and influencing factors. *Korean Journal of Adult Nursing*, 28(6): 637-645. DOI:10.7475/kjan.2016.28.6.637
- Patel T, Milligan J ve Lee J (2017). Medication-related problems in individuals with spinal cord injury in a primary care-based clinic. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 40(1): 54-61. DOI:10.1179/2045772315Y.0000000055
- Pelletier MH, Ducheyne P, Wang T ve Walsh WR (2017). Nucleus Replacements. *Comprehensive Biomaterials II*, s.216-245. DOI:10.1016/B978-0-12-803581-8.10256-5
- Peeters-Asdourian C ve Cubillo EI (2011). Herniated Nucleus Pulposus. In *Essence of Anesthesia Practice* (p. 179). DOI:10.1016/B978-1-4377-1720-4.00159-X
- Pinto-Sanchez MI ve Bercik P (2011). Epidemiology and burden of chronic constipation. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 25: 11-15. DOI:10.1155/2011/125491

- Ponkilainen V, Huttunen T, Neva M, Pekkanen L, Repo J ve Mattila V (2021). National trends in lumbar spine decompression and fusion surgery in Finland, 1997-2018. *Acta Orthopaedica*, 92(2):199-203. DOI:10.1080/17453674.2020.1839244
- Qin LUO, Yanting LI, Cong WANG, Li ZENG, Jiangli ZHU ve Xiuwen CHEN (2022). Evidence summary for prevention and management of constipation after spinal surgery. *Tianjin Journal of Nursing*, 30(6): 676. DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2022.06.010
- Raahave D (2015). Faecal retention: a common cause in functional bowel disorders, appendicitis and haemorrhoids-with medical and surgical therapy. *Danish medical journal*, 62(3): B5031 Erişim adresi: https://content.ugeskriftet.dk/sites/default/files/scientific_article_files/2018-11/b5031.pdf
- Rao SS ve Meduri K (2011). What is necessary to diagnose constipation? *Best practice & research Clinical gastroenterology*, 25(1): 127-140. DOI:10.1016/j.bpg.2010.11.001
- Rao SS, Rattanakovit K ve Patcharatrakul T (2016). Diagnosis and management of chronic constipation in adults. *Nature Reviews gastroenterology & hepatology*, 13(5): 295-305. DOI:10.1038/nrgastro.2016.53
- Rasmussen LS ve Pedersen PU (2010). Constipation and defecation pattern the first 30 days after thoracic surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2); 244-250. DOI:10.1111/j.1471-6712.2009.00713.x
- Richmond JP ve Wright ME (2004). Review of the literature on constipation to enable development of a constipation risk assessment scale. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8(1): 11-25. DOI:10.1016/j.cein.2004.05.001
- Sarı S ve Aydoğan M (2015). Bel ağrısının önemli bir sebebi: lomber disk hernisi. *TOTBİD Dergisi*, 14: 298–304. Erişim adresi: <http://dergi.totbid.org.tr/144/201547.pdf>
- Sayuk GS, Yu QT ve Shy C (2023). Management of Constipation in Hospitalized Patients. *Journal of clinical medicine*, 12(19): 6148. DOI:10.3390/jcm12196148
- Schmidt FM ve Santos VL (2014). Prevalence of constipation in the general adult population: an integrative review. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 41(1): 70–72. DOI:10.1097/01.WON.0000438019.21229.b7
- Schuster BG, Kosar L ve Kamrul R (2015). Constipation in older adults: stepwise approach to keep things moving. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 61(2): 152–158. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4325863/>

- Sharma A ve Rao S (2017). Constipation: Pathophysiology and Current Therapeutic Approaches. *Gastrointestinal Pharmacology*, 239: 59-74. Erişim adresi: <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/64781/1/7.pdf#page=66>
- Smith JT ve Smith MS (2013). Does a preoperative bowel preparation reduce bowel morbidity and length of stay after scoliosis surgery? A randomized prospective study. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 33(8): 69-71. DOI:10.1097/BPO.0b013e318296e032
- Stienen MN, Smoll NR, Hildebrandt G, Schaller K, Tessitore E ve Gautschi OP (2014). Constipation after thoraco-lumbar fusion surgery. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 126: 137-142. DOI:10.1016/j.clineuro.2014.08.036
- Suares NC ve Ford AC (2011). Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Official journal of the American College of Gastroenterology ACG*, 106(9): 1582-1591. DOI:10.1038/ajg.2011.164
- Stekas ND ve Yoshihara H (2023). Lumbar Herniated Intervertebral Disc. In: Longo UG, Denaro V (eds) *Textbook of Musculoskeletal Disorders*. Springer, Cham. DOI:10.1007/978-3-031-20987-1_38
- Swann MC, Hoes KS, Aoun SG ve McDonagh DL (2016). Postoperative complications of spine surgery. *Best practice and research Clinical anaesthesiology*, 30(1): 103-120. DOI: 10.1016/j.bpa.2016.01.002
- şehirlioğlu A, Ege T ve Erşen Ö (2011). Torakolomber Omurga Ağrısında Cerrahin Rolü. Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/236164421>
- şendir M, Bükkyılmaz F, Asti T ve Gürpınar S (2012). Postoperative constipation risk assessment in Turkish orthopedic patients. *Gastroenterology Nursing*, 35(2): 106-113. DOI:10.1097/SGA.0b013e31824d2945
- Tortum F (2021). Omurga Travmaları. *Acil Travma*, 79-93. Erişim adresi: [file:///C:/Users/user/Downloads/11.%20Fatma%20TORTUM%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/11.%20Fatma%20TORTUM%20(2).pdf)
- Trads M, Hakonson SJ ve Pedersen PU. (2017). Validation of the Danish version of the constipation risk assessment scale (CRAS). *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 27: 7-15. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878124116301046>
- Trads M ve Pedersen PU (2015). Constipation and defecation pattern the first 30 days after hip fracture. *International journal of nursing practice*, 21(5): 598-604. DOI:10.1111/ijn.12312

- Tufan A ve Akın S (2015). Yaşlıda konstipasyon ve fonksiyonel dispepsi. *Türkiye Klinikleri Journal of Geriatric Special Topics*, 1(1): 95-99. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/287193893_Yaslida_Konstipasyon_ve_Fonksiyonel_Dispepsi
- Turan N ve Aştı TA (2015). Konstipasyon yönetiminde abdominal masajın önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2): 148-154. DOI:10.17049/ahsbd.70117
- Turan N, Aştı TA ve Kaya N (2017). Nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda konstipasyon ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1): 73-78. DOI: 10.5222/HEAD.2017.073
- Turan N, Kaya N, Kaya H, Öztürk A, Eskimez Z ve Yalçın N (2011). Hemşirelik Öğrencilerinin Bazı Değişkenler Açısından Konstipasyon Sorunları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 19(3): 168-178. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/95033>
- Tursun N (2014). *Genel Cerrahi Hastalarında Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riskinin Değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye.
- Türkay Ö ve Saka M (2016). Konstipasyon ve diyet. *Güncel Gastroenteroloji*, 20(3): 234-239. Erişim adresi: <https://guncel.tgv.org.tr/journal/67/pdf/100473.pdf>
- Ucuzal M ve Aldanmaz N (2015). Genel cerrahi hastalarında ameliyat sonrası konstipasyon riski. *Annals of Health Sciences Research*, 4(2): 17-22. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2017077>
- Ueberall MA ve Mueller-Schwefe GH (2015). Development of opioid-induced constipation: post hoc analysis of data from a 12-week prospective, open-label, blinded-endpoint streamlined study in low-back pain patients treated with prolonged-release WHO step III opioids. *Journal of pain research*, 459-475. DOI:10.2147/JPR.S88076
- Wald A, Mueller- Lissner S, Kamm MA, Hinkel U, Richter E, Schuijt C ... Mandel KG (2010). Survey of laxative use by adults with self- defined constipation in South America and Asia: a comparison of six countries. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 31(2): 274-284. DOI:10.1111/j.1365-2036.2009.04169.x
- Wathen C, Mullin JP, Chan AY ve Benzel EC (2018), Degenerative Spinal Disease (Lumbar), *Principles of Neurological Surgery*, s 554-560.
- Waxenbaum JA, Reddy V ve Futterman B (2022). *Anatomy, Back, Cervical Vertebrae*. StatPearls Publishing.

- Werth BL ve Christopher SA (2021). Potential risk factors for constipation in the community. *World Journal of Gastroenterology*, 27(21): 2795. DOI: 10.3748/wjg.v27.i21.2795
- Whitney E ve Alastra AJ (2022). Vertebral Fracture. StatPearls Publishing. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547673/>
- Wu PH, Kim HS ve Jang IT (2020). Intervertebral Disc Diseases PART 2: A Review of the Current Diagnostic and Treatment Strategies for Intervertebral Disc Disease. *International journal of molecular sciences*, 21(6): 2135. DOI:10.3390/ijms21062135
- Yang K, Pei L, Wen K, Zhou S ve Tao L (2021). Investigating Research Hotspots and Publication Trends of Spinal Stenosis: A Bibliometric Analysis During 2000-2018. *Frontiers in medicine*, 8: 556022. DOI:10.3389/fmed.2021.556022
- Yue JK, Krishnan N, Wang AS, Chung JE, Etemad LL, Manley GT ... Tarapore PE (2023). A standardized postoperative bowel regimen protocol after spine surgery. *Frontiers in Surgery*, 10: 1130223. DOI:10.3389/fsurg.2023.1130223

EKLER

Ek 1: ETİK KURUL ONAYI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP VE SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU - 2 (SPOR, SAĞLIK) KARARI

Protokol No : 210028

Karar No : 25

Araştırma Yürütücüsü	Yüksek Lisans Öğrencisi Gülizar KOÇ
Kurumu / Birimi	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ / HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
Araştırmanın Başlığı	Spinal Cerrahi Geçiren Hastalarda Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riskinin Değerlendirilmesi
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	11.11.2021
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	İlk İnceleme Tarihi : 12.11.2021 1. Düzeltme Tarihi : 19.11.2021
Karar Tarihi	08.12.2021

KARAR : **UYGUNDUR**

AÇIKLAMA :Beyan edilen veri formlarının dışına çıkılmaması şartıyla araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. MEDİA SUBAŞI BAYBUĞA
Başkan

Doç. Dr. Ayşe KACAROĞLU VİCDAN
Üye

Prof.Dr. Baki Umut TUĞAY
Üye

Prof.Dr. Süleyman Murat YILDIZ
Üye

Doç.Dr. Gönül BABAYİĞİT İREZ
Üye

Doç.Dr. Şeyda KIVRAK
Üye

Doç. Dr. Halil Evren ŞENTÜRK
Üye



Ek 2: KURUM İZİN ONAYI

T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve
Araştırma Hastanesi Başhekimliği - Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği
18/08/2021 16:19 / 31234050 / 799 / E-31234050-799-21277
00145874815

Sayı : E-31234050-799
Konu : Dilekçeniz Hk.

Sayın Gülizar KOÇ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) tarafından **“Spinal Cerrahi Geçiren Hastalarda Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riskinin Değerlendirilmesi”** başlıklı tez çalışmanızı hastanemiz **Beyin ve Sinir Cerrahisi** servisinde yapmak istediğinize ilişkin vermiş olduğunuz dilekçeniz incelenmiş olup, **Koordinatör merkez Etik Kurul onayı alındıktan sonra, uygun olduğuna, karar verildi.**

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Levent ÖZDEMİR
Başhekim

Ek:
1- Gülizar KOÇ'un Dilekçesi Hk.
2- 17.08.2021 TUEK Kararları

Tıpta Uzmanlık Eğitim Sekreterliği Birimi - Mimarşinan Mah. Emniyet Cad. Yıldırım
BURSA
Telefon: 0224 295 50 00 Faks No:
e-Post

Bilgi için: İlknur GÜNEŞ

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

Ek 2.1: TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KORDİNASYON KURULU KARARI

TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KORDİNASYON KURULU	
Karar No: 200 Toplantı Tarihi: 17.08.2021 Baskan: Prof. Dr. Levent ÖZDEMİR Üyeler: Prof. Dr. Mehmet GAMLİ, Prof. Dr. Şenol YAVUZ, Prof. Dr. Hasan ARI, Doç. Dr. Nizameddin KOCA, Doç. Dr. Fatma Özlem ARICAN ÖZLÜK, Doç. Dr. Şeyda Efsun ÖZGÜNAY	1. DİLEKÇE HK 2. GÖREVLİLENDİRME - DİS ROTASYONLAR HK
TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KORDİNASYON KURULU KARARLARI	
1. DİLEKÇE HK	
A) S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğinde görev yapan Doç. Dr. Suna ERAYBAR ATMACA tarafından Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda yürütülmesi planlanan Araştırma Görevlisi Dr. Murat ASLAN'ın "Acil Servise Başvuran Alzheimer Hastalarının Başvuru Şikayetlerine Göre Prospektif Olarak Değerlendirilmesi" başlıklı çok merkezli uzmanlık tez çalışmasının veri toplama aşamasında çalışmaya Doç. Dr. Suna ERAYBAR ATMACA'nın dahil olabilmesi adına hastanemiz acil servisinde değerlendirildikleri hasta verilerini kullanılması istediğine ilişkin vermiş olduğu dilekçesi incelendi, <u>01.07.2021-01.07.2022 tarihleri arasındaki çok merkezli uzmanlık tez çalışması için verilerinin kullanılmasının, uygun olduğuna, karar verildi.</u> B) S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğinde görev yapan Doç. Dr. Suna ERAYBAR ATMACA tarafından Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda yürütülmesi planlanan Araştırma Görevlisi Dr. Ahmet Münir YILMAZ'ın "Acil Servise Başvuran Palyatif Bakım Hastalarının Prospektif Olarak İncelenmesi" başlıklı çok merkezli uzmanlık tez çalışmasının veri toplama aşamasında çalışmaya Doç. Dr. Suna ERAYBAR ATMACA'nın dahil olabilmesi adına hastanemiz acil servisinde değerlendirildikleri hasta verilerini kullanılması istediğine ilişkin vermiş olduğu dilekçesi incelendi, <u>15.08.2021-15.02.2022 tarihleri arasındaki çok merkezli uzmanlık tez çalışması için verilerinin kullanılmasının, uygun olduğuna, karar verildi.</u> C) S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Gastroentoloji Kliniğinde görev yapan Uzm. Dr. Hanife Ayşegül ARSOY 14.08.2021 tarihinde kurumumuzdan ayrılmış olup etik kurul onayı alınmış akademik çalışmaları için Çocuk Gastroentoloji kliniğinde değerlendirdikleri hasta verilerine ulaşmak istediğine ilişkin vermiş olduğu dilekçesi incelendi, <u>akademik çalışmalarınızın isimleri ve hangi tarih aralıklarında çalışmalar olduğunun ayrıntılı olarak yazılmasının, uygun olduğuna, karar verildi.</u> D) S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde görev yapan Op. Dr. Hakan TEZER hastanemiz Genel Cerrahi Kliniği Eğitim Sorumlusu eşliğinde Endoskopi Ünitesinde "Temel Endoskopi Eğitimini" 01.09.2021-30.11.2021 tarihleri arasında almak istemesine ilişkin vermiş olduğu dilekçesi incelendi, <u>uygun olduğuna, karar verildi.</u> E) S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde görev yapan Op. Dr. Kutlay ŞENGÜL hastanemiz Genel Cerrahi Kliniği Eğitim Sorumlusu eşliğinde Endoskopi Ünitesinde "Temel Endoskopi Eğitimini" 01.09.2021-30.11.2021 tarihleri arasında almak istemesine ilişkin vermiş olduğu dilekçesi incelendi, <u>uygun olduğuna, karar verildi.</u> F) S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğinde görev yapan Ass. Dr. Yasemin YILDIZ 26 Nisan 2014 tarihli ve 28983 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 16. maddesinin 4. fıkrası ç bendi gereğince uzmanlık eğitimine S.B.Ü. Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğinde devam etmek istediğine ilişkin dilekçesi incelendi, <u>uygun olduğuna, karar verildi.</u> G) S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğinde görev yapan Ass. Dr. Emel SOYASLAN "Yoğun Bakımdaki Sepsis Hastalarında İnterlökin 37 ve 38 Düzeylerinin Prognoz ile İlişkisi" başlıklı uzmanlık tezinde kullanılmak üzere İnterlökin 37 ve 38 çalışmak için gerekli kitlelerin Hastanemiz Bilimsel Araştırma ve Proje Destekleme Fonundan karşılanmasının ve araştırma için gerekli olan kitlelerin temin edilmesi adına gerekli olan miktarın Hastanemiz bütçesinden karşılanmasına ilişkin dilekçesi incelendi, <u>Bütçenin 15.000 TL'lik kısmının Hastanemiz Bilimsel Araştırma ve Proje Destekleme Fonundan karşılanmasının, uygun olduğuna, karar verildi.</u> H) S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğinde görev yapan Ass. Dr. Sedat ELMAS ARSLAN "Pediatrik Endoskopik Girişimlerde Sedasyon Uygulamalarında Entegre Pulmoner İndeks ile Solunum Komplikasyonlarının Değerlendirilmesi" başlıklı uzmanlık tezinde kullanılmak üzere pediatrik sensör ve 4 elektrodlu sensör için gerekli kitlelerin Hastanemiz Bilimsel Araştırma ve Proje Destekleme Fonundan karşılanmasının ve araştırma için gerekli olan kitlelerin temin edilmesi adına gerekli olan miktarın Hastanemiz bütçesinden karşılanmasına ilişkin dilekçesi incelendi, <u>Bütçenin 15.000 TL'lik kısmının Hastanemiz Bilimsel Araştırma ve Proje Destekleme Fonundan karşılanmasının, uygun olduğuna, karar verildi.</u> İ) S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği görev yapan Ass. Dr. Begüm UZSEZER 17.06.2018-17.12.2018 tarihleri arasında S.B.Ü. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde görev yapmış olup, belirtilen tarihler arasındaki eğitim süresinin, rotasyonlarının ve kanaat notlarının buradaki eğitim süresine saydırılmasını istediğine ilişkin dilekçesi incelendi, <u>uygun olduğuna karar verildi.</u> J) S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde görev yapan Ass. Dr. Büşra KABA "Aile Hekimliğine Başvuran Hastalardaki Siberkonndri Düzeyleri ile Kişilerin Başvuru Şikayetleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" başlıklı uzmanlık tezinin Tez Konusu Onayına ilişkin vermiş olduğu dilekçesi incelendi, <u>uygun olduğuna, karar verildi.</u> K) Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi olan Gülizar KOÇ "Spinal Cerrahi Geçiren Hastalarda Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riskinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını hastanemiz Beyin ve Sinir Cerrahisi servisinde yapmak istediğine ilişkin vermiş olduğu dilekçesi incelendi, <u>Koordinatör merkez Etik Kurul onayı alındıktan sonra, uygun olduğuna, karar verildi.</u>	

Belge Doğrulama Kodu: c1dcbf4d-a14d-4540-873e-e323b655261e Belge Doğrulama Adresi.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KOORDİNASYON KURULU	
Karar No: 200 Toplantı Tarihi: 17.08.2021 Başkan: Prof. Dr. Levent ÖZDEMİR Üyeler: Prof. Dr. Mehmet GAMLİ, Prof. Dr. Şenol YAVUZ, Prof. Dr. Hasan ARI, Doç. Dr. Nizameddin KOCA, Doç. Dr. Fatma Özlem ARICAN ÖZLÜK, Doç. Dr. Şeyda Efsun ÖZGÜNAY	
TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KOORDİNASYON KURULU KARARLARI	
Prof. Dr. Levent ÖZDEMİR (Başkan) Prof. Dr. Mehmet GAMLİ Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Şenol YAVUZ (Üye) Prof. Dr. Hasan ARI (Üye) Doç. Dr. Şeyda Efsun ÖZGÜNAY (Üye) Doç. Dr. Fatma Özlem ARICAN ÖZLÜK (Üye) Doç. Dr. Nizameddin KOCA (Üye)	
Belge Doğrulama Kodu: c1deb4d-a14d-4540-873e-c323b655261c — Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.	

TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KOORDİNASYON KURULU	
Karar No: 200 Toplantı Tarihi: 17.08.2021 Başkan: Prof. Dr. Levent ÖZDEMİR Üyeler: Prof. Dr. Mehmet GAMLİ, Prof. Dr. Şenol YAVUZ, Prof. Dr. Hasan ARI, Doç. Dr. Nizameddin KOCA, Doç. Dr. Fatma Özlem ARICAN ÖZLÜK, Doç. Dr. Şeyda Efsun ÖZGÜNAY	
TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KOORDİNASYON KURULU KARARLARI	
Prof. Dr. Levent ÖZDEMİR (Başkan) Prof. Dr. Mehmet GAMLİ Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Şenol YAVUZ (Üye) Prof. Dr. Hasan ARI (Üye) Doç. Dr. Şeyda Efsun ÖZGÜNAY (Üye) Doç. Dr. Fatma Özlem ARICAN ÖZLÜK (Üye) Doç. Dr. Nizameddin KOCA (Üye)	
Belge Doğrulama Kodu: c1debfd4-a14d-4540-873e-e323b655261e Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.	

Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)

Ek 3.1: HASTA TANITICI BİLGİLER FORMU

Hasta Tanıtıcı Bilgiler Formu

Anket No:

Yatış Tarihi:..... Ameliyat Tarihi :..... Ameliyat Türü.....

1. Yaş: 18-65() 65 ve üstü()

2. Boy:.....cm.

3. Kilo:.....kg.

4. Beden Kitle İndeksi (BKİ):..... .(Araştırmacı tarafından hesaplanacaktır)

5. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

6. Medeni Durum: Bekar () Evli ()

7. Eğitim Durumu:

Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul mezunu ()

Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Yüksekokul mezunu ve üstü ()

8. İş/Meslek:

9. Çalışıyor () Çalışmıyor () Emekli ()

10. Yaşanılan Yer:

() İl () İlçe () Köy () Kasaba

11. Kronik hastalık varlığı:

() Hayır () Evet (Belirtiniz.....)

12.Cerrahi işlem öncesinde konstipasyon öyküsü: Var() Yok()

13. Sürekli kullandığınız bir ilaç:

() Hayır () Evet (Belirtiniz.....)

14. Evde kullandığı tuvalet türü nedir?

() Alaturka () Alafranga () Diğer.....

15. Birlikte yaşadığı kişiler:

Ek 3.2: KONSTİPASYON RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (KRDÖ)

KONSTİPASYON RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Toplam ve Tablodaki Risk Faktörleri Halkası		Hangi Durumlar Konstipasyon Riskini Arttırır	
<u>CİNSİYET:</u>		Tıbbi notlardan hasta öyküsü ve kan sonuçları, aşağıdaki durumların varlığını değerlendirme	
Erkek	1	<u>FİZYOLOJİK DURUMLAR:</u>	
Kadın	2	Metabolik Hastalıklar:	
		Hipokalemi/Üremi/Kurşun zehirlenmesi 2	
<u>HAREKETLİLİK:</u>		Pelvik Durumlar:	
Bağımsız olarak hareketli	0	Histerektomi/over tümörü/uterus prolapsusu/hamilelik 3	
Yürümede bağımlı/başkalarından yardım alıyor	1	Nöromusküler Hastalıklar:	
Yatağa/sandalyeye bağımlı	2	Parkinson hastalığı/Multiple skleroz/Sistemik skleroz/Hirschsprung Hastalığı/Serebrovasküler Olay/Spina Bifida/Romatooid Artrit/Serebral Tümör 3	
Spinal kord yaralanması/spinal kord basısı	3	Endokrin Hastalıklar:	
		Diabetes Mellitus/Hipotiroidi/Hipopitüiterizm/Hiperkalsemi 3	
<u>LİF ALIMI:</u>		Kolorektal/Abdominal Hastalıklar:	
Günlük 5 porsiyon/adet meyve sebze alımı/tüketimi	0	İrritable Bağırsak Sendromu/Crohn Hastalığı/Divertikülit/Ülseratif Kolit /Kolorektal tümör/Anorektal Darlık/Anorektal Fissür/Anorektal Prolapsus /Hemoroidler/Herniler 3	
Günlük 3/4 porsiyon/adet meyve sebze alımı/tüketimi	1	<u>PSİKOLOJİK DURUMLAR:</u>	
Günlük 2 porsiyon/adet meyve sebze alımı/tüketimi	2	Psikiyatrik Hastalıklar: Depresyon/Anoreksiya Nevroza/Bulimia Nevroza 2	
Lifli ürünlerin günlük alımı/tüketimi	Evet 0	Öğrenme zorlukları/Demens: (Konuşmanın anlaşılabilirliğinin/durumları anlamada azalma olduğunun belirlenmesi) 2	
	Hayır 2	BÖLÜM TOPLAM PUANI	
<u>SIVI ALIMI:</u>		Konstipasyon Riskini Arttıran İlaçlar	
Günlük 10 bardak ve daha fazla sıvı alımı	0	Hasta aşağıdaki ilaçlardan herhangi birini düzenli alıyor mu?	
Günlük 6-9 bardak sıvı alımı	1	Antiemetikler 2 <u>Analjezikler</u>	
Günlük 5 bardak ve daha az sıvı alımı	2	Kalsiyum Kanal Blokerleri 2 Opioid olmayan analjezikler 3	
		Demir İlaçları 2 Sürekli opioid tedavisi 5	
<u>KİŞİSEL İNANÇLAR:</u>		<u>Antikolinerjik içeren ilaçlar:</u>	
Hasta konstipasyona eğilimli olduğuna inanıyor mu?	Evet/Hayır	Antikolinerjik içeren ilaçlar: <u>Sitotoksik Kemoterapi:</u>	
Herhangi bir zamanda konstipasyon için laksatif kullanmış mı?	Evet/Hayır	Antikonvülzanlar 2 Sitotoksik kemoterapi 3	
Şimdiki bağırsak alışkanlığı _____		Antidepresanlar 2 Vinca alkaloid ajanlar 5	
		Antiparkinson ilaçları 2	
		Antispazmotikler 2	
<u>BÖLÜM TOPLAM PUANI</u>		<u>BÖLÜM TOPLAM PUANI</u>	
<u>SADECE SERVİS HASTALARI:</u>		TOPLAM PUAN	
Hasta hastane tuvaletlerinde bağırsak boşaltımı için zorlanıyor mu?	Hayır 0	Konstipasyon için düşük risk: puan<10	
	Evet 2	Konstipasyon için orta risk: puan 11-15	
<u>KOMOD/SÜRGÜYE GEREKSİNİMİ OLAN HASTALAR:</u>		Konstipasyon için yüksek risk: puan >15	
Hastanın komod/sürgü kullanmasında sorun bekleniyor mu?	Hayır/Uygun değil 0		
	Evet 2		
<u>BÖLÜM TOPLAM PUANI</u>			

Ek 3.3: BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Araştırmanın adı: Spinal Cerrahi Geçiren Hastalarda Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riskinin Değerlendirilmesi

Sayın katılımcı, bu çalışma, omurga cerrahisi geçirmiş hastalarda konstipasyon riskinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırma, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Servisi'nde 01 Aralık 2021- 01 Haziran 2022 tarihleri arasında yürütülecektir. Verilerin toplanmasında, Hasta Tanıtıcı Bilgiler Formu ve Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği kullanılacaktır. Veri toplama formları ameliyat sonrası 2. günde hasta ile hasta odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulacaktır. Formların doldurulması yaklaşık 15-20 dk. zamanınızı alacaktır.

Sizden elde edilen tüm bu bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Araştırma sonuçları kimlik belirtecek herhangi bir isim ya da işaret içermeyecektir. Bu araştırmada sizinle ilgili tutulan tüm kayıtlar gizli kalacaktır. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmaya karar vererseniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir.

Çalışmamız için zaman ayırarak bilim dünyasına verdiğiniz katkı için teşekkürler...

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Hemşire, Gülizar Koç

Telefon Numarası:

Mail

Ek 3.4: KONSTİPASYON RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN KULLANIM İZNİ

17.12.2023 19:27

Gmail - Kabızlık Risk Değerlendirme Ölçeği



GÜLİZAR KOÇ

Kabızlık Risk Değerlendirme Ölçeği

2 ileti

GÜLİZAR KOÇ

Alıcı

18 Haziran 2021 18:59

Merhaba Hocam, ben Gülizar Koç Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği alanında tezli yüksek lisans yapmaktayım. **'Spinal Cerrahi Geçiren Hastalarda Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riskinin Değerlendirilmesi'** konulu tez çalışmamda sizin için de uygunsa **'Kabızlık Risk Değerlendirme Ölçeği'** ni kullanmak istiyorum. Ölçeği' nizi kesinlikle kaynak olarak kullanacak ve tez çalışmamın sonunda size bilgi vereceğim.

Saygılarımla...

Adalet Koca

Alıcı: GÜLİZAR KOÇ

30 Temmuz 2021 15:32

Sayın Gülizar KOÇ, CRAS ölçeğini kullanabilirsiniz.
Kolay gelsin.

From: GÜLİZAR KOÇ

Sent: Friday, June 18, 2021 6:59 PM

To:

Subject: Kabızlık Risk Değerlendirme Ölçeği

Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı : Gülizar KOÇ

Yabancı Dili :

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl) : Lisans /Giresun Üniversitesi / 2013-2017

Lise : Ali Sedimoğlu Adına Sımadakent Lisesi

Lisans : Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi

Yüksek Lisans : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Enstitüsü

Çalıştığı Kurum / Kurumlar ve Yıl : Özel Aritmi Osmangazi Hastanesi/2020-
2022
Acıbadem Bursa Hastanesi/2023

Yayınları (SCI ve diğer) :

Diğer Konular :