



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



Çiğdem BOLAT

**TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU (TUR-P)
YAPILAN HASTALARDA AMELİYAT SONRASI
KONSTİPASYON RİSK DEĞERLENDİRMESİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN**

2016-ANKARA

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Çiğdem BOLAT

**TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU (TUR-P)
YAPILAN HASTALARDA AMELİYAT SONRASI
KONSTİPASYON RİSK DEĞERLENDİRMESİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN**

2016-ANKARA

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P) Yapılan Hastalarda Ameliyat Sonrası Konstipasyon Risk Değerlendirmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Çiğdem BOLAT

24.06.2016

KABUL VE ONAY



İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	viii
Çizelgeler	ix
1.GİRİŞ	1
1.2.Çalışmanın Amacı	4
1.3. Genel Bilgiler	5
1.3.1. Dışkılama Fizyolojisi	5
1.3.2. Konstipasyon	6
1.3.2.1. Konstipasyon Türleri ve Fizyopatolojisi	8
1.3.2.2. Konstipasyon Risk Faktörleri	9
1.3.2.3. Konstipasyonda Tanı	13
1.3.2.4. Konstipasyon Tedavisi	15
1.3.2. Ameliyat Sonrası Konstipasyon ve Hasta Açısından Önemi	17
1.3.3. Benign Prostat Hiperplazisi (BPH)	20
1.3.3.1. BPH'ta Tedavi Seçenekleri	21
2.GEREÇ VE YÖNTEM	29
2.1.Araştırmanın Tipi	29
2.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	29
2.3. Araştırma Yapılan Hastanelerin Özellikleri	30
2.4. Araştırmanın Örneklemi	
2.5.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	30
2.6.Verilerin Analizi	32
2.7.Etik Açıklamalar	32
2.8. Araştırmanın Sınırlılıklar	32

3. BULGULAR	33
3.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	33
3.2. Hastaların Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puanların İncelenmesi	35
3.3. Hastaların Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Bölümlerine Göre Aldıkları Puanların İncelenmesi	36
3.4. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinden Aldığı Toplam Ölçek Puanının İncelenmesi	39
3.5. Hastaların Mevcut Hastalık Durumlarına Göre Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinden Aldığı Toplam Ölçek Puanının İncelenmesi	41
3.6. Hastaların Ölçek Toplam Puanları İle Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	42
4. TARTIŞMA	45
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
ÖZET	52
SUMMARY	53
KAYNAKLAR	54
EKLER	59
Ek 1: Tanımlayıcı Özellikler Formu	60
Ek 2: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği	61
Ek 3: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Karar Formu	63
Ek 4: Başkent Üniversitesi Tez Çalışması Onayı	64
Ek 5: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni ve Etik İzin Kararı	65
Ek 6: Anket Bilgilendirme Metni	68
ÖZGEÇMİŞ	69

ÖNSÖZ

Hastalarda ameliyat sonrası meydana gelen konstipasyon büyük sıkıntılara neden olmakta, hastaların yaşam kalitesini düşürmekte ve hastanede kalış süresini uzatmaktadır. Özellikle pelvik ve abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda konstipasyon risk değerlendirmesi ayrı bir öneme sahiptir. Ameliyat sonrası konstipasyon risk değerlendirmesi hemşireler tarafından yapılmalı ve riskli durumlarda gerekli önlemler alınmalıdır. Pelvik bölge operasyonlarından biri olan TUR-P sonrasında da konstipasyon hastalarda sorun olmaktadır. Bu konuda literatürde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Tez çalışmam süresince desteğini her zaman gösteren, sabırla ve özenle bilgilendiren, her aşamada bire bir ilgilenen danışmanım Sayın Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN'a,

İstatistik çalışmalarında desteğini benden esirgemeyen ve çok büyük katkı veren Prof. Dr. Sefa GÜRCAN'a,

Araştırma verilerini topladığım Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Klinikleri ve Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi yöneticilerine ve meslektaşlarıma,

Çalışmam sırasında benden maddi ve manevi desteğini esirgemeyen aileme, her zaman yanımda olan beni sürekli motive eden hayat arkadaşım Sayın Tolga ÇEVİK'e teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

AUA: Amerikan Üroloji Birliği

BPH: Benign Prostat Hiperplazisi

NSAİİ: Nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar

TUR-P: Transüretral Prostat Rezeksiyonu

TUEV: Transüretral Prostat Elektrovaporizasyonu

TUNA: Transüretral İğne Ablasyonu

TUMT: Transüretral Microdalga Tedavisi

ŞEKİLLER

Şekil 1: Bristol Dışkı Formu Skalası

26



ÇİZELGELER

Çizelge 3.1.1: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	33
Çizelge 3.2.1: Konstipasyon Risk Puan Ortalamaları	35
Çizelge 3.2.2: Hastaların Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçeklerinden Aldığı Puan Ortalamaları	35
8Çizelge 3.3.1.: Hastaların Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçeklerine Göre Dağılımı	37
Çizelge 3.4.1: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Ölçekten Aldıkları Toplam Puanların Dağılımı	39
Çizelge 3.4.2.: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamaları	40
Çizelge 3.4.3: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Ölçekten Aldıkları Toplam Puanların Dağılımı	40
Çizelge 3.5.1: Hastaların Mevcut Hastalık Durumlarına Göre Ölçekten Aldıkları Toplam Puanların Dağılımı	41
Çizelge 3.5.2.: Hastaların Mevcut Hastalık Durumlarına Göre Ölçekten Aldıkları Toplam Puan Ortalamaları	42
Çizelge 3.6.1: Hastaların Hareket Durumuna Göre Konstipasyon Risk Durumları	42
Çizelge 3.6.2.: Hastaların Hareket Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamaları	43
Çizelge 6.3.3.: Hastaların Konstipasyon Riskini Artıran İlaç Kullanma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamaları	44

1.GİRİŞ

Konstipasyon; sert dışkı, dışkı sayısının azlığı (tipik olarak haftada üç kezden az), yoğun ıkınma gerekliliği, tam boşalamama hissi, yetersiz dışkılama, abdominal ve rektal ağrı, rektumda dolgunluk hissi, parmakla müdahale ya da tuvalette uzun zaman geçirme semptomlarından biri veya daha fazlasının olması şeklinde tanımlanmaktadır (Bengi ve ark. 2014; Bharucha 2007; Kaya ve Turan 2011; Kutlu ve ark. 2010; Şendir ve ark. 2011 ve Türkay ve ark. 2005). Toplumda sık rastlanan bir sağlık sorunu olan konstipasyonun literatürde % 2-28 arasında görüldüğü belirtilmektedir (Bengi ve ark.2014; Kaya ve Turan 2011 ve Türkay ve ark. 2005). Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalara göre konstipasyon yakınması olanların üçte biri sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır (Türkay ve ark. 2005).

Konstipasyon gastrointestinal sistemin fonksiyonel bozukluklardan biridir. Fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar özofagus, mide, duodenum, safra kesesi ve barsakları kapsayan bozuklukların tümüdür. Fonksiyonel gastrointestinal bozukluklarda tanı kriterleri 1994'te başlayan bir süreçle günümüze kadar gelmiştir. Fonksiyonel gastrointestinal bozukluklarda Uzmanlar Komitesi tarafından erişkin ve çocuklarda ayrı ayrı olmak üzere Roma I ve II kriterleri tanımlanmıştır. 2006 yılında Roma III tanı kriterleri ortaya konulmuştur. İçerik olarak erişkinler için; Fonksiyonel Özofagial Bozukluklar, Fonksiyonel Gastroduodenal Bozukluklar, Fonksiyonel Barsak Bozuklukları, Fonksiyonel Abdominal Ağrı Sendromu, Fonksiyonel Safra ve Oddi Sfinkter Bozuklukları, Fonksiyonel Anorektal Bozukluklar başlıkları bulunmaktadır. Fonksiyonel Barsak Bozuklukları başlığı altında "Fonksiyonel Konstipasyon Tanı Kriterleri" bulunmaktadır (Drossman 2006, www.romecriterio.org).

Sağlıklı bireylerde barsak alışkanlığının düzenli olmaması, beslenme ve sıvı alımının yetersiz olması, lif içeriği olan besinleri az tüketme, egzersizin yetersiz olması, fiziksel hareketin bozulması, duygusal depresyon, pelvis taban kaslarının güçsüz olması, defekasyon gereksiniminin sık sık ertelenmesi, hamilelik ve stres konstipasyon için risk faktörleri arasında sayılmaktadır (Bengi ve ark. 2014; Kaya ve Turan 2011; Kutlu ve ark. 2010; Kyle 2008; Richmond ve Wright 2004; Richmond ve Wright 2005; Şendir ve ark. 2011 ve Türkay ve ark. 2005). Ayrıca bazı hastalıkların ve sistemik ilaç kullanımının da konstipasyonda önemli olduğu gösterilmiştir. Konstipasyonla ilişkili hastalıklar arasında diyabetes mellitus, hipotroidi, hipokalemi, anal fissür, rektosel, kolon kanseri, skleroderma, parkinson, spinalkord travması, multipl skleroz, serebrovasküler hastalık, depresyon, otonom nöropati sayılabilir. Konstipasyonla ilişkili ilaçlar arasında non-steroidal antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ), antispazmotikler, antidepresanlar, bazı antiparkinson ilaçları, antipsikotikler, demir bileşikler, opioidler, antihipertansifler, antikonvülzanlar, antiemetikler, kalsiyum kanal blokerleri ve vinka alkaloidleri sayılabilir (Bengi ve ark. 2014; Hert ve ark. 2011; Kaya ve Turan 2011; Kutlu ve ark. 2010; Kyle 2008; Richmond ve Wright 2004; Richmond ve Wright 2005; Şendir ve ark. 2011 ve Türkay ve ark. 2005).

Özellikle hastaneye yatan hastalarda tedavi boyunca hareketsizlik, kullanılan bazı ilaçların etkisiyle ve hastanede bulunma ile boşaltım alışkanlığını değiştirmekte ve konstipasyona neden olabilmektedir. Cerrahi girişim uygulanan hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde yatağa bağımlı olma, opioid/nonopioid analjezik ilaçları kullanma ve defekasyonun sürgü kullanılarak yatak içinde gerçekleştirilmesi nedeniyle konstipasyon riski artmaktadır (Bengi ve ark 2014 ve Büyükyılmaz ve Şendir 2009).

Ameliyat sonrası meydana gelen konstipasyon hastaların hastanede kalma süresini uzatmakta, var olan hastalığa ek sorunlar getirmekte ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Bengi ve ark 2014 ve Büyükyılmaz ve

Şendir 2009). Ameliyat sonrası konstipasyonu önlemek için riskli hastalar belirlenmeli, konstipasyon için risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

Büyük cerrahi girişimlerin hemen hemen hepsinden sonra konstipasyon risk değerlendirmesi önemlidir. Özellikle pelvik organları ilgilendiren ameliyatlarda konstipasyon önemli bir sorun haline gelmektedir (Bengi ve ark. 2014). Pelvik alanı ilgilendiren bir operasyon olan “Transüretral Prostat Rezeksiyonu” (TUR-P) yapılan hastalarda da barsak fonksiyonlarının erken başlaması hastanın iyileşme sürecini kısaltmaktadır. TUR-P yapılan hastalarda konstipasyon nedeniyle ameliyat sonrası karın içi basıncının artması, hastanın oturur pozisyonda olması ve boşaltım için ıkınması ameliyat bölgesinde kanamaya neden olabilmektedir (Elaltuntaş 2008 ve Çetin 2004). Bu nedenle hastalarda konstipasyon risk değerlendirmesi ölçekler kullanılarak yapılmalıdır. Konstipasyon risk değerlendirmesi için sınırlı sayıda ölçek bulunmaktadır. Bu ölçekler:

- Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (Constipation Risk Assessment Scale-CRAS) (Richmon ve Wright 2005 ve Richmon ve Wright 2008)
- Norgine Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (Norgine Risk Assessment Tool for Constipation) (Kyle, 2008)
- Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (Duffy ve Zernike 1997)

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Richmon ve Wright (2005, 2008) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeklerle yapılan değerlendirme sonuçlarına göre hemşirelik girişimleri planlanmalı ve uygulanmalıdır. Ameliyat sonrası konstipasyon risk değerlendirmesi için mevcut literatüre bakıldığında sınırlı sayıda çalışma yapıldığı görülmüştür. Bu çalışmalar ortopedi, göğüs cerrahisi, genel cerrahi ve vertebral cerrahi hastalarında yapılmıştır. Literatürde pelvik cerrahi uygulanan hastalarda konstipasyon risk değerlendirmesine ilişkin bir çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca ulusal ve uluslararası literatür tarandığında üroloji hastalarında TUR-P için

ameliyat sonrası konstipasyon risk değerlendirmesi yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır.

1.2.Çalışmanın Amacı

Bu alışma TUR-P yapılan hastalarda ameliyat sonrası konstipasyon risk değerlendirme leği ile konstipasyon risk değerlendirmesi yaparak hastaların risk durumlarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Çalışmanın alt problemleri şunlardır:

- TUR-P sonrası hastalarda Konstipasyon Risk Değerlendirme leği’nden alınan puanların hastaların demografik özellikleri ile arasında anlamlı fark var mıdır?
- TUR-P sonrası hastalarda Konstipasyon Risk Değerlendirme leği’nden alınan puanların hastaların beslenme alışkanlığı ile arasında anlamlı fark var mıdır?
- TUR-P sonrası hastalarda Konstipasyon Risk Değerlendirme leği’nden alınan puanların hastaların kullandıkları ilaçlar ile arasında anlamlı fark var mıdır?
- TUR-P sonrası hastalarda Konstipasyon Risk Değerlendirme leği’nden alınan puanların hastaların hareket durumu ile arasında anlamlı fark var mıdır?

1.3. Genel Bilgiler

1.3.1. Dışkılama Fizyolojisi

Normal kolon motilitesi peristaltik olmayan (segmental kontraksiyonlar) ve peristaltik (lokal itici kontraksiyonlar ve yüksek amplitüdlü itici kontraksiyonlar) hareketlerden oluşur. Segmental kontraksiyonlar kolonik motilitenin neredeyse tamamını meydana getiren 5-50 mm-Hg aralığındaki dalgalardan oluşur (Ateş 2015). Kolondaki bölgesel kontraksiyon olan segmental kontraksiyonlar dışkının karışımını sağlar. Kolon anatomisinde “haustralar” olarak ifade edilir (Yurdakul 2007). Bir diğer peristaltik kontraksiyon lokal itici kontraksiyonlardır. Bu kontraksiyonlar dışkıyı proksimal veya distal yöne doğru taşırlar ve basıncı 50 mm-Hg’den daha azdır ve daha sıktır. Görevi içeriğin kolondan geçişini sağlamaktır. Bu kontraksiyonlar ayrıca organ distansiyonu ve gazın bağırsaktan geçişinde de görev alır (Ateş 2015 ve Bengi ve ark. 2014). Yüksek amplitüdlü itici kontraksiyonlar günde birkaç kez meydana gelir ve dışkının proksimal bölümden distal bölüme aktarılmasını sağlar. Yüksek amplitüdlü itici kontraksiyonlar yemek yenmesini takiben oluşurlar. Bu kontraksiyonlar 100 mm-Hg’den fazla genliktedir (Ateş 2015 ve Yurdakul 2007).

Yüksek amplitüdlü itici kontraksiyonlar sayesinde dışkı içeriği rektumun proksimalinde toplanır. Toplanan içerik rektum duvarına basınç yapar. Lümen içi basınç belirli bir düzeyin üzerinde olduğunda dışkı içeriği rektumun alt bölmesine geçer (Yurdakul 2007). Dışkı içeriği rektum distaline indiğinde internal anal sfinkter gevşer, eksternal anal sfinkter hafif kasılır ve böylece dışkı anal kanalın proksimaline itilir. Bu itilme nedeniyle birey dışkılama gereksinimi duyar (Yurdakul 2007). Birey uygun ortamda ise dışkılama pozisyonu ile internal ve eksternal anal sfinkterler açılır, perine bombeleşir ve dışkı içeriği dışarı atılır (Bharucha 2007; Lembo ve Camilleri 2003 ve Yurdakul 2007). Eğer ortam şartları dışkılama için uygun değilse

korteksle ilişkili olan anorektal bölgedeki refleks mekanizması ve korteksin uyarıları ile rektum ve sigmoid kasları gevşer. Böylece bir süre sonra dışkılama gereksinmesi azalır (Yurdakul 2007).

1.3.2. Konstipasyon

Konstipasyon toplumda oldukça sık görülen, sıklığı ise literatürde farklılık göstermekle birlikte % 2-28 arasında değişen bir sağlık problemidir (Bengi ve ark. 2014; Kaya ve Turan 2011; Schmidt ve ark. 2014 ve Türkay ve ark. 2005). Bazı çalışmalarda defekasyon bozuklukları hastaların % 25'inde görülmekte olduğu belirtilmektedir. Ayrıca yavaş kolonik geçişli konstipasyonun hastaların % 13'ünde, hem yavaş kolonik geçişli konstipasyon hem de defekasyon bozukluğunun hastaların % 3'ünde görüldüğüne dair çalışmalar bulunmaktadır (Bengi ve ark. 2014; Lu ve ark. 2015 ve Nyam ve ark. 1997). Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalara göre konstipasyon yakınması olanların üçte biri sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır (Türkay ve ark. 2005).

Konstipasyon; sert dışkı, dışkı sayısının seyrekliği (tipik olarak haftada üç kezden az), yoğun ıkınma gerekliliği, tam boşalamama hissi, yetersiz dışkılama, abdominal ve rektal ağrı, rektal dolgunluk hissi, parmakla müdahale ya da tuvalette uzun zaman geçirme semptomlarından biri veya daha fazlasının olması şeklinde tanımlanmaktadır (Bengi ve ark. 2014; Bharucha 2007; Çelik ve ark. 2015; Kaya ve Turan 2011; Kutlu ve ark. 2010; Şendir ve ark. 2011 ve Türkay ve ark. 2005). Fonksiyonel konstipasyon genel olarak, zor ya da tamamlanmamış defekasyon ve/veya seyrek bağırsak hareketleri (her 3-4 günde bir ya da daha az) ile karakterizedir (Ateş 2015 ve Lindberg ve ark. 2010). Konstipasyon hastanın sayıca az dışkılama fonksiyonu olması ve bağırsak fonksiyonlarında anormallik hissetmesidir. Hastalar karın alt bölgesinde rahatsızlık, gerginlik ve şişkinlik tanımlar (Yang ve ark. 2012). Konstipasyon bir hastalık değil bir semptomdur. Kişiden kişiye değişmekle birlikte farklı şekillerde yorumlanabilen subjektif bir semptom olarak tanımlanmaktadır (Bengi ve ark. 2014).

Konstipasyon genel popülasyonda sindirim sistemiyle ilgili şikâyetler arasında en sık görülen sorunlardan biridir (Peppas ve ark. 2008) ve yüksek ekonomik kayıplara neden olmaktadır (Bengi ve ark. 2014). Çünkü yüksek prevalans oranları, yüksek ekonomik maliyeti, sağlık ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri ile konstipasyon, hastaneye yatışlara ve cerrahi operasyonlara da neden olmaktadır (Bengi ve ark. 2014 ve Peppas ve ark. 2008). Ayrıca osteoartrit ve diyabet kadar, önemli sıklıkta hastaların yaşam kalitesini, sosyal yaşamlarını ve günlük yaşamdaki performanslarını da etkilemekte ve kolon kanseri riskini arttırmaktadır (Bengi ve ark. 2014 ve Yang ve ark. 2012). Amerika’da konstipasyon şikâyeti ile 2,5 milyondan fazla hastanın hasta başına genel sağlık bakım maliyeti 2752 dolardır (Peppas ve ark. 2008). Ayrıca yılda 92000 kadar hastaneye yatış ve birkaç yüz milyon dolar laksatif satışı gerçekleşmektedir (Lembo ve Camilleri 2003). Tüm bu durumlar konstipasyonu major bir halk sağlığı sorunu haline getirmektedir (Peppas ve ark. 2008).

Literatürde yapılan çalışmalara göre konstipasyon prevalansına bakıldığında: Hong-Kong’ta % 14,3 (Cheng ve ark. 2003), Kore’de % 16,5 (Jun ve ark. 2006), Tayvan kadınlarında % 24,5 (Chen ve ark. 2003), genç Japon kadın popülasyonunda % 26 (Murakami ve ark. 2006) ve yaşlı Asya popülasyonunda % 11,6 (Wong ve ark. 1999) olarak belirtildiği görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde kronik, idiyopatik konstipasyon prevalansının % 4 - 28 arasında değişmekte olduğu belirtilmektedir. İngiltere nüfusunun % 10’u, evde yaşayan yaşlıların % 20’si, uzun dönem bakım gerektiren hastaların % 49’u ve öğrenme güçlüğü yaşayan bireylerin % 70’i konstipasyon sorunu yaşamaktadır (Johanson 2007). Ülkemizde popülasyona dayalı yapılan çalışmalarda konstipasyon prevalansının % 22-40 arasında değiştiği belirtilmektedir (Kasap ve Bor 2006 ve Pamuk ve ark. 2003). Kasap ve Bor tarafından 20 ilde yapılan ilk geniş kapsamlı çalışmada fonksiyonel konstipasyon Türkiye için % 8,3 olarak belirlenmiştir. Çetinkaya ve arkadaşlarının (2000), Ankara’nın değişik yerlerinde, 3268 kişide yaptıkları konstipasyon çalışmasında konstipasyon görülme sıklığı % 30,5 olarak bulunmuştur (Aktaran Ateş 2015). Çolakoğlu ve arkadaşlarının (2001) Adana bölgesinde 1200 katılımcıda yaptıkları çalışmada konstipasyon sıklığı % 29 bulunmuştur (Aktaran Ateş 2015).

1.3.2.1. Konstipasyon Türleri ve Fizyopatolojisi

Konstipasyon, normal kolonik geçişli, yavaş kolonik geçişli ve defekasyon bozuklukları (anorektal disfonksiyon) olmak üzere üç kategoriye ayrılabilir. Konstipasyon gelişiminde bir hastada birden fazla mekanizma bulunabilir (Lembo ve Camilleri 2003). Kronik konstipasyonu olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada normal kolonik geçişli konstipasyonun yaygın olarak görüldüğü belirtilmektedir (Nyam ve ark. 1997).

1.3.2.2. Konstipasyon Risk Faktörleri

Konstipasyon gelişmesindeki risk faktörleri arasında diyet alışkanlıkları, diyetteki değişiklikler, yetersiz su tüketimi, yetersiz diyet posası alımı, düşük enerji alımı, fiziksel hareketsizlik, sakın yaşam tarzı, düşük sosyoekonomik düzey, depresyon, ilaç kullanımı, riskli yaş grubunda olma (yaşlılar, yeni doğanlar ve çocuklar), özellikle yaşlılarda fazla ilaç kullanımı, laksatifleri kötüye kullanma, fiziksel ya da cinsel istismar, beyaz olmayan ırk ve kadın olmak yer almaktadır (Bharucha 2007; Lindberg ve ark. 2010; Peppas ve ark. 2007 ve Yurdakul 2007). Sağlıklı bireylerde konstipasyon için risk faktörleri:

- Barsak alışkanlığının düzenli olmaması,
- Beslenme ve sıvı alımının yetersiz olması,
- Az lifli besinlerin tüketilmesi,
- Egzersizin yetersiz olması,
- Fiziksel hareketin bozulma,
- Duygusal depresyon,
- Pelvis taban kaslarında güçsüzlük,
- Defekasyon gereksiniminin sık sık ertelenmesi,
- Hamilelik

- Strestir (Bengi ve ark. 2014; Kaya ve Turan 2011; Kutlu ve ark. 2010; Kyle 2008; Richmond ve Wright 2004; Richmond ve Wright 2005; Türkay ve ark. 2005 ve Şendir ve ark. 2011).

Ayrıca bazı hastalıkların ve sistemik ilaç kullanımının da konstipasyonda önemli olduğu gösterilmiştir. Konstipasyonla ilişkili hastalıklar arasında:

- Diyabetes mellitus,
- Hipotroidi,
- Hipokalemi,
- Anal fissür,
- Rektosel,
- Kolon kanseri,
- Skleroderma,
- Parkinson,
- Spinalkord travması,
- Multipl skleroz,
- Serebrovasküler hastalık,
- Depresyon,
- Otonom nöropati sayılabilir.

Konstipasyonla ilişkili ilaçlar arasında:

- Non-steroidal antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ),
- Antispazmotikler,
- Antidepresanlar,
- Antiparkinson ilaçları,
- Antipsikotikler,
- Demir bileşikler,
- Opioidler,

- Antihipertansifler,
- Antikonvülzanlar,
- Antiemetikler,
- Kalsiyum kanal blokerleri
- Vinka alkaloidleri sayılabilir (Bengi ve ark. 2014; Hert ve ark. 2011; Kaya ve Turan 2011; Kutlu ve ark 2010; Kyle 2008; Richmond ve Wright 2004; Richmond ve Wright 2005; Şendir ve ark. 2011 ve Türkay ve ark. 2005).

Kadınlarda bağırsak geçiş zamanı erkeklere göre daha yavaş, konstipasyon prevalansı daha yüksektir (Bengi ve ark. 2014 ve Peppas ve ark. 2007). Kuzey Amerika'da yapılan bir çalışmada kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla konstipasyon görülmüştür (Higgins ve Johanson 2004). Bu durum kadınlardaki hormonal farklılıklara bağlanmaktadır. Menstrüel döngünün luteal fazı esnasında, progesteronun etkisi altında ve doğum ya da jinekolojik ameliyatlarda sırasında oluşabilecek pelvik taban kası hasarında konstipasyon riski yüksektir (Chiarelli ve ark. 2000).

Genel olarak, düşük sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyi seviyesindeki bireylerde konstipasyon oranları yüksek bulunmaktadır (Ateş 2015). Bytzer ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları bir çalışmada katılımcılar sosyoekonomik düzeylerine göre en yüksekten en düşüğe olmak üzere beş sosyoekonomik sınıfa ayrılmıştır. Çalışma sonucunda konstipasyon sıklığı sosyoekonomik düzeyi yüksek olan grupta % 6,3 iken sosyoekonomik düzeyi düşük olan grupta % 10,2 olarak belirtilmiştir.

Psikolojik faktörler, kaygı ve depresyonun konstipasyon için uygun ortam oluşturduğu düşünülmektedir (Davis ve Gamier, 2015). Konstipasyona etki eden bu psikolojik bozuklukların kolonik geçişi yavaşlattığına, ayrıca kadınlar üzerinde daha büyük etki yarattığına inanılmaktadır (Bengi ve ark. 2014). Kırsal yerlerde, soğuk

bölgelerde yaşamak gibi çevresel faktörler de konstipasyonun gelişmesi için birer risk faktörüdür (Peppas ve ark 2008).

Hastalık sırasında da konstipasyon önemli bir sorun oluşturmaktadır. Hastanede yatış nedeniyle hastanın günlük hareketlerinde azalma, tedavinin hastayı yatağa bağımlı hale getirmesi, kullanılan ilaçların etkileri, hastane ortamında tuvalet alışkanlığında değişme konstipasyona neden olabilmektedir. Cerrahi girişim sonrası erken dönemde hastanın yatak istirahatinde olması, opioid/nonopioid analjezik ilaç kullanımı ve yatak içinde boşaltım gereksiniminin karşılanması için sürgü kullanma gibi nedenler konstipasyon riskini arttırmaktadır (Bengi ve ark 2014 ve Büyükyılmaz ve Şendir 2009).

Ameliyat sonrası meydana gelen konstipasyon hastaların hastanede kalma süresini uzatmakta, var olan hastalığa ek sorunlar getirmekte ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Bengi ve ark. 2014; Büyükyılmaz ve Şendir 2009 ve Çelik ve ark. 2015). Ameliyat sonrası konstipasyonu önlemek için riskli hastalar belirlenmeli, konstipasyon için risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

Konstipasyon risk değerlendirmesine yönelik geliştirilen ölçekler:

Konstipasyon risk değerlendirmesi için literatürde sınırlı sayıda ölçek bulunmaktadır. Bu ölçekler:

- Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (Constipation Risk Assessment Scale-CRAS) (Richmon ve Wright (2005, 2008)
- Norgine Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (Norgine Risk Assessment Tool for Constipation) (Kyle, 2008)

- Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (Duffy ve Zernike 1997)

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Richmon ve Wright (2005, 2008) tarafından geliştirilmiştir. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği yaşam tarzı, hastane koşulları, fizyolojik ve psikolojik durum, ilaçlar olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. Ölçek cinsiyet, hareketlilik, lif alımı, sıvı alımı, kişisel inançlar, sadece servis hastaları, sürgüne gereksinimi olan hastalar, konstipasyon riskini artıran ilaçlar olmak üzere sekiz alt başlık içermektedir.

Norgine Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği: Norgine Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Kyle (2007) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek hastalık durumu, kullanılan ilaçlar, tuvalet kullanma durumu, hareket durumu, beslenme ve sıvı alımı olmak üzere altı bölümden oluşmaktadır.

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği: Duffy ve Zernike (1997) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek sıvı alımı, lif alımı, aktivite, kullanılan ilaçlar ve barsak alışkanlığı bölümlerinden oluşmaktadır.

1.3.2.3. Konstipasyonda Tanı

Konstipasyon, genelde haftada iki ya da daha az dışkılama olması şeklinde ifade edilmekle birlikte, bu durum tek başına bir ölçüt değildir. Hastaların yaklaşık % 60'ının günlük bağırsak hareketlerinin normal olmasına rağmen, bu hastalar kendilerini kabız hissettiklerini ifade ederler. Çünkü hastalar genelde dışkılama sırasında zorlanmakta ve tam olarak dışkılayamadıklarını hissetmektedirler (Ateş 2015).

Fonksiyonel gastrointestinal bozukluklarda tanı kriterleri 1994'te başlayan bir süreçle günümüze kadar gelmiştir. Bu süreçte Uzmanlar Komitesi tarafından Roma I ve II daha sonra 2006 yılında "Fonksiyonel Gastrointestinal Bozukluklarda" Roma III tanı kriterleri ortaya konulmuştur. Bu kriterler erişkin ve çocuklarda ayrı ayrı tanımlanmıştır. İçerik olarak erişkinler için; Fonksiyonel Özofagial Bozukluklar, Fonksiyonel Gastroduodenal Bozukluklar, Fonksiyonel Barsak Bozuklukları, Fonksiyonel Abdominal Ağrı Sendromu, Fonksiyonel Safra ve Oddi Sfinkter Bozuklukları, Fonksiyonel Anorektal Bozukluklar başlıkları bulunmaktadır. Fonksiyonel Barsak Bozuklukları başlığı altında "Fonksiyonel Konstipasyon Tanı Kriterleri" bulunmaktadır (Drossman 2006 ve www.romecriterio.org).

Fonksiyonel Konstipasyon Tanı Kriterleri*

1. Aşağıdakilerin iki veya daha fazlasını mutlaka içermelidir
 - a. Dışkılamanın en az % 25'inde zorlanma
 - b. Dışkılamanın en az % 25'inin sert ve yumrulu olması
 - c. Dışkılamanın en az % 25'inde tam boşalmamış hissetme
 - d. Dışkılamanın en az % 25'inde anorektal tıkanıklık hissi
 - e. Dışkılamanın en az % 25'inde dışkılamayı kolaylaştırmak için elle müdahalede bulunma (parmakla müdahale, pelvik tabanı destekleme)
 - f. Haftada üç kezden az dışkılama
2. Laksatif kullanımı olmadan nadiren yumuşak dışkılama olması
3. İrritabl barsak sendromu için yetersiz tanı kriterlerinin olması

*Teşhisin en az altı ay öncesinde başlamış ve son üç ay süresince sağlanan kriterler.

Konstipasyon tanısında dışkı kıvamı kolon geçişinin, dışkı sıklığına kıyasla daha iyi bir indikatörüdür. Bristol dışkılama skalası hastaların kolonik geçiş zamanlarını belirlemede oldukça yardımcıdır (Şekil 1). Düşük skorlar (1, 2) yavaş geçişi, yüksek skorlar (5-7) hızlı geçişi ve bozulmuş rektal hassasiyeti temsil etmektedir (Bengi ve ark. 2014).

Bristol stool chart	
	Type 1 Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
	Type 2 Sausage-shaped, but lumpy
	Type 3 Sausage-shaped, but with cracks on surface
	Type 4 Sausage or snake like, smooth and soft
	Type 5 Soft blobs with clear-cut edges (easy to pass)
	Type 6 Fluffy pieces with ragged edges, mushy
	Type 7 Watery, no solid pieces (entirely liquid)

Şekil 1. Bristol dışkı formu skalası: Hastalara dışkı kıvamını tarif etmelerinde kolaylık sağlayan bir ölçüdür.

Konstipasyon tanısında,

- Fizik Muayene
- Laboratuvar Bulguları
- Endoskopi
- Direk ve Baryumlu Grafiler
- Kolon Geçiş Çalışmaları
- Radyopak İşaretli Çalışmalar
- Defekografi
- Motilite Çalışmaları
- Balonun Defekasyon Testi
- Rektal Barostat Testi kullanılmaktadır (Ateş 2015; Bengi ve ark. 2014 ve Sbahi ve Cash 2015)

1.3.2.4. Konstipasyon Tedavisi

Konstipasyon tedavisi barsak hareketlerinin normal olmasını sağlamak, yumuşak bir dışkı içeriği sağlamak, haftada en az üç kez zorlanmadan dışkılamayı sağlamak ve ciddi yan etkiler olmadan bireyin yaşam kalitesini arttırmaktır (Ateş 2015 ve Bengi ve ark. 2014). Konstipasyon tedavisinin temelinde hastanın beslenme alışkanlığının değiştirilmesi, laksatif ilaçların kullanılması ve hasta eğitimi yer almaktadır (Bengi ve ark 2014).

Konstipasyon tedavisine başlarken ilk tedavi seçenekleri beslenme değişiklikleri, hacim oluşturan/oluşturmayan laksatifler ve lavmandır. Başlangıç tedavisinin seçiminde tedavinin güvenliği, etkinliği, maliyeti ve klinik yanıt önemli rol oynar. Tedavinin temel ilkesi altta yatan patolojiyi düzeltmeye yönelik olmalıdır (Bengi ve ark 2014).

Sıvı kısıtlaması olmayan yaşlı hastalarda günde en az iki litre su tüketimi önerilmelidir. Lif yönünden zengin beslenme konstipasyon tedavisinde oldukça etkili bir yöntemidir. Günlük lif alım miktarının 20-35 gram olması önerilmektedir. Maksimum etkinliği sağlamak için lif alımına en az 4-6 hafta devam edilmelidir. Megakolon, obstrüktif lezyonlar ve tıkaç fecal tıkaç durumlarında lif içeren besinler verilmemelidir (Ateş 2015; Bharucha 2007 ve Kyle 2008).

Laksatifler (dışkı kitlesi oluşturunca laksatifler, surfaktanlar-dışkı yumuşatıcılar, ozmotik laksatifler, PEG (polietilen glikol), sentetik disakkarit-Laktuloz, sorbitol, salin, stimulan laksatifler, klor kanal aktivatörleri, lubiproston, 5-hidroksitriptamin reseptör subtip 4 (5-HT₄) agonistleri, prukaloprid, guanilat Siklaz-C reseptör agonistleri, Linaklotid, misoprostol, kolşisin) kullanılabilir (Ateş 2015; Bengi ve ark.2014; Davis ve Camier 2015; Sbahi ve Cash 2015 ve Yurdakul 2007)

Hasta eğitimi laksatif kullanımını azaltma, egzersizlerin günlük olarak yapılması, sıvı ve lifli besinlerin tüketilmesi konularını kapsamalıdır. Hastalara yemekten sonra barsak motilitesinin arttığı söylenmeli ve yemek sonrası dışkılama önerilmelidir. Özellikle sabah saatlerinde barsak motor aktivitenin en yüksek düzeyde olduğu hatırlatılmalıdır (Ateş 2015; Bengi ve ark 2014 ve Yurdakul 2007)

Ciddi konstipasyonu olan hastalarda rektal suppozituarlar ve lavmanlar uygulanabilir. Konstipasyonun cerrahi tedavisi de mevcuttur. Konstipasyonun cerrahi tedavisinde hastada en az beş ölçütün bulunması gerekmektedir. Bunlar:

1. Kronik, ciddi ve medikal tedaviye yanıtsız kabızlık şikayeti olanlar
2. Yavaş kolonik geçişli kabızlık şekli olanlar
3. Hastanın radyolojik ve manometrik çalışmalarla gösterilen intestinal pseudoobstrüksiyonunun olmaması
4. Hastanın anorektal manometride pelvik taban disfonksiyonunun olmaması
5. Hastanın baskın semptomunun karın ağrısı olması (Bengi ve ark. 2014)

1.3.2. Ameliyat Sonrası Konstipasyon ve Hasta Açısından Önemi

Ameliyat sürecinde ve sonrasında hastaların konstipasyon ile karşılaşması önemli bir sorundur. Cerrahi süreçte bakımın temel amacı, hastanın alışık olduğu yaşam biçimine en yakın koşullarda yaşamını sürdürmesini ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsızlığını kazanabilmesini sağlamaktır. Günlük yaşam aktivitelerinden biri olan boşaltım gereksiniminin karşılanmaması hastalarda bazı sorunların oluşmasına neden olur (Ucuzal ve Aldanmaz 2015).

Cerrahi hastalarında ameliyat sonrası dönemde en sık karşılaşılan komplikasyonlardan biri konstipasyondur. Hastanede yatan hastalarda konstipasyon prevalansının % 79 olduğu belirtilmektedir (Rasmussen ve Pedersen 2008). Abdominal cerrahi nedeniyle hastanede yatan hastaların % 25-40'ında barsak boşaltım sorunlarının olduğu belirtilmektedir (Çelik ve ark. 2015). Ameliyat sonrası erken dönemde hareketsizliğin artması, anestezi ve ağrı yönetiminde kullanılan ilaçlar, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bilinmeyen çevre ve prosedürler ile karşı karşıya kalma, defekasyon hissinin bastırılması, sürgü kullanımı, gizliliğin sağlanamaması, hastaların rahatsızlığını ifade etmekte güçlük çekmede, boşaltım aktivitesinin gerçekleştirilmesinde profesyonel olmayan sağlık çalışanlarının görev alması gibi durumlar konstipasyon ile sonuçlanmaktadır (Büyükyılmaz ve Şendir 2009; Çelik ve ark. 2015 ve Ucuzal ve Aldanmaz 2015).

Ameliyat sonrasında ağızdan beslenememe ve yatağa bağımlı olma gastrointestinal aktivitenin ve sindirim sistemi mukozal bezlerinde sekresyonun azalmasına neden olur. Böylelikle hastaların konstipasyon riski artar. Büyük cerrahi girişimlerin hemen hemen hepsinden sonra konstipasyon risk değerlendirmesi önemlidir.

Ameliyat sonrası konstipasyon risk değerlendirmesi için mevcut literatüre bakıldığında sınırlı sayıda çalışma yapıldığı görülmüştür. Bu çalışmalar ortopedi, göğüs cerrahisi, genel cerrahi ve vertebral cerrahi hastalarında yapılmıştır.

Rasmussen ve Pedersen (2009) göğüs cerrahisi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası ilk 30 gündeki dışkılama durumlarını değerlendiren bir çalışma yapmıştır. Çalışmada hastaların % 50'sinin ameliyat sonrası ilk günlerde konstipasyon tanımladıkları belirtilmiştir. Hastaların ameliyat sonrası 17. günde normal dışkılama

alışkanlıklarına geri döndüğü, buna rağmen hastaların yaklaşık üçte birinin daha sonra da günlük yaşamlarının konstipasyondan etkilendiği belirtilmiştir.

Stienen ve arkadaşları (2014) torako-lumbar füzyon cerrahisi sonrası konstipasyon değerlendirme yapmıştır. Çalışmada ameliyat süresinin uzunluğu, ameliyatta fazla kan kaybı olması ve ameliyat sonrası morfin kullanımının konstipasyonu artırdığı belirtilmiştir.

Ucuzal ve Aldanmaz (2015) genel cerrahi hastalarında ameliyat sonrası konstipasyon risk değerlendirme yapmıştır. Çalışmada araştırmaya katılan hastaların % 56,7'sinin konstipasyon gelişimi açısından orta risk grubunda olduğu saptanmıştır.

Şendir ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği kullanılarak ortopedi hastalarında ameliyat sonrası konstipasyon riski değerlendirilmiştir. Bu çalışmada konstipasyon riski orta derecede ve ameliyatın ikinci günü toplam Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği puanı 12.73 ± 4.75 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada konstipasyon riski olan hastalarda hemşirelik girişimlerinin önemi vurgulanmıştır.

Trads ve Pedersen (2014) kalça protezi yapılan hastalarda ameliyat sonrası ilk 30 gündeki dışkılama durumlarını değerlendiren bir çalışma yapmıştır. Hastaların % 69,1'inin ameliyat sonrası ilk günlerde, % 62,3'ünün ise ameliyat sonrası 30 günde konstipasyon tanımladıklarını bulmuştur.

Özellikle pelvik organları ilgilendiren ameliyatlarda konstipasyon önemli bir sorun haline gelmektedir (Bengi ve ark. 2014). Pelvik cerrahi uygulanan hastalarda

konstipasyon risk değerlendirmesine ilişkin bir çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca ulusal ve uluslararası literatür tarandığında üroloji hastalarında TUR-P için ameliyat sonrası konstipasyon risk değerlendirmesi yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır.

Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P) yapılan hastalarda da barsak fonksiyonlarının erken başlaması hastanın iyileşme sürecini kısaltmaktadır. TUR-P yapılan hastalarda konstipasyon nedeniyle ameliyat sonrası karın içi basıncının artması, hastanın oturur pozisyonda olması ve boşaltım için ıkınması ameliyat bölgesinde kanamaya neden olabilmektedir (etin 2004 ve Elaltuntaş 2008). Bu nedenle hastalarda konstipasyon risk değerlendirmesi önem kazanmaktadır.

1.3.3. Benign Prostat Hiperplazisi (BPH)

Benign prostat hiperplazisi (BPH) görölme sıklığı gittikçe artmakta olan bir sağlık sorunudur. BPH 50-60 yaş arasındaki erkeklerde yaklaşık % 50, 60-70 yaş arasındaki erkeklerde % 60 ve 80 yaş üstündeki erkeklerde % 90 oranında görölün, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Yaşla birlikte BPH görölme oranı artmaktadır (Akca 2008; Bishop 2003; Burnet ve Wein 2006; Emberton ve Martorana 2006 ve Erdil ve Elbaş 2001). Lekili ve Müezzinoğlu (2005) tarafından ölkemizde yapılan çalışmada 40 yaş üstündeki erkeklerde görölme oranı % 80- 85 arasında bulunmuştur.

BPH prostat dokusundaki mukozal bezlerin malign olmayan büyümesidir. Yaşla birlikte erkeklerde görölme riski artmaktadır. BPH genellikle yavaş bir biçimde ilerleyen bir durumdur (Bishop 2003; Burnet ve Wein 2006; Lekili ve Müezzinoğlu 2005 ve Müezzinoğlu ve am 2006). BPH prostat bezinde büyüme ($\geq$ 30 ml) saptanması ve idrar akım hızının ölçölmesiyle tanılanır. BPH'ta belirtiler farklı derecelerde olabilir. En sık görölün şikâyetler nokturi, sık idrara çıkma ve idrar

akımında azalma iken en az görülen şikâyetler ise gecikmeli idrar başlatma olarak bildirilmektedir (Burnet ve Wein 2006; Emberton ve Martorana 2006; Miranda ve ark. 2001; Müezzinoğlu ve Çam 2006 ve Rocco ve ark. 2011).

BPH yaşamı tehdit etmeyen bir durum olmasına rağmen, özellikle geceleri olmak üzere sık idrar yapma nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması, uyku düzeninin bozulması ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi söz konusudur (Bishop 2003; Emberton ve Martorana 2006 ve Müezzinoğlu ve Çam 2006).

1.3.3.1. BPH’ta Tedavi Seçenekleri

BPH’ta tedavi seçimi semptomların şiddetine bağlıdır fakat BPH ve alt üriner sistem semptomları olan hastalardaki tedavinin amacı sadece semptomların iyileştirilmesi olmamalıdır. BPH için yapılacak tedavi alt üriner sistem semptomlarını gidermeli, yaşam kalitesini yükseltmeli ve cinsel yaşamın devamı sağlamalıdır (Erdemir ve ark. 2010 ve Leedahl ve ark. 2012).

BPH’ta tedavi seçenekleri semptomların derecesine göre tıbbi, noninvaziv ve cerrahi olarak sınıflandırılmaktadır (Fagerström 2011 ve Miner ve ark. 2006). BPH’da tedavi seçenekleri şunlardır (Miranda ve ark. 2001 ve Müezzinoğlu ve Çam 2006);

- İzlem
- Medikal Tedavi
- Cerrahi Tedavi
- Minimal İnvazif Tedavi

İzlem: Hafif ve orta derecede şikâyetleri olan hasta gruplarında tedaviye başlamadan önce düzenli olarak izlemler yapmayı ifade eden bir tedavi yöntemidir. İzlem sırasında, semptomların şiddet ve güçlüğü; özellikle yatmadan önce olmak üzere sıvı alımının kısıtlanması, alkol alımının ve kafeinli ürünlerin azaltılması ve belirlenen zamanlarda işeme gibi yöntemlerle düzeltilebilir (Miranda ve ark. 2001).

Medikal Tedavi: Medikal tedavi mutlak cerrahi endikasyon taşımayan hastalar için tercih edilen alternatif tedavidir. Medikal tedavinin amacı BPH'nin ilerlemesini önlemektir. Medikal tedaviyi seçmenin bir sebebi de cerrahinin morbiditesi, her zaman başarılı sonuç alınamaması, tekrar tedavi gerektirebilmesi ve hayatı tehdit edici kardiyak olayları arttırma riski gibi prostatektomiye ait kısıtlamalar bulunmasıdır (Miranda ve ark. 2001). BPH'nin medikal tedavisinde iki grup ilaç önerilmektedir bunlar; Alfa 1 Reseptör Blokörleri ve 5-Alfa Redüktaz İnhibitörleri'dir.

Alfa 1 Reseptör Blokörleri: Alfa 1 reseptör blökorleri, mesane boynu ve prostatın düz kaslarındaki alfa 1 adrenerjik reseptörleri inhibe ederek kaslarda gevşeme sağlar ve böylece BPH'a bağlı alt üriner sistem semptomlarının giderilmesine yardımcı olur. BPH'nin medikal tedavisinde dört tane alfa-1 reseptör antagonisti kullanılmaktadır. Bunlar; terazosin, doksazosin, alfuzosin ve tamsulosin'dir. Bu ilaçlar orta derecede semptomu olan, kesin cerrahi tedavi gerektirmeyen, sistemik hastalık nedeniyle ameliyat önerilmeyen ve cerrahi tedavi istemeyen hastalarda kullanılmaktadır (Leedahl ve ark.2012 ve Miner ve ark. 2006).

5-Alfa Redüktaz İnhibitörleri: Bu grup ilaçlar testosteronun aktif formu olan dihidrotestosterona dönüşümünü engelleyerek, prostatın glandüler dokusunu küçülterek BPH'nin statik komponenti üzerinde etkili olur (Miner ve ark. 2006; Leedahl ve ark. 2012).

Cerrahi Tedavi: BPH'la ilişkili ciddi alt üriner sistem semptomları olan ve mesane çıkım obstrüksiyonu ve akut üriner retansiyon gibi komplikasyonlar gelişen hastalarda cerrahi tedavi uygun bir seçenektir. BPH tedavisinde en çok cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Cerrahi tedavi yöntemleri Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TURP), Suprapubik Transvezikal Prostatektomi ve Transüretral Prostat İnsizyonu (TUIP)'dur. Kesin cerrahi tedavi endikasyonları;

- Tekrarlayan akut üriner retansiyon,
- Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları,
- Obstrüksiyona sekonder oluşan mesane taşları,
- Böbrek fonksiyonlarının bozulması,
- Makroskopik hematüri olmasıdır.

Açık Prostatektomi: Büyümüş prostat bezi adenomlarının alt batına insizyon uygulayarak çıkartılmasıdır. 80 ml ve daha büyük prostatlarda açık prostatektomi uygulanır. TURP'ye göre morbiditesi yüksektir. Kateterizasyon ve hastanede kalış süreleri daha uzundur (Elaltuntaş 2008 ve Novick 2008).

Transüretral Prostat İnsizyonu (TUIP): Transüretral yolla mesane boynundan prostat cerrahi kapsülünü içerecek şekilde tek bir hat üzerinden insizyon yapılmasıdır. Prostat bezinin fazla büyümediği durumlar için uygun bir tedavi şeklidir. TURP'tan daha hızlı ve daha az morbidir. Özellikle sistemik hastalık nedeniyle operasyon riski olan veya cinsel aktivitesinin korunması öncelikli olan genç hastalarda iyi bir tedavi yöntemidir (Öztürk ve ark. 2004).

Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P): Üretradan endoskopik cihazlarla girilerek prostat dokusunun çıkarılmasıdır. 30- 80 ml arasındaki prostatlarda uygundur.

Minimal İnvaziv Tedavi: 2003 Amerikan Üroloji Birliği (AUA) rehberinde BPH semptomlarının tedavisi için birçok minimal invazif tedavi önerilmiştir. Bunlardan bazıları; Lazer Prostatektomi, Transüretral Prostat Elektrovaporizasyonu (TUEV), Transüretral İğne Ablasyonu (TUNA)'dır (Balcı ve Tuncel 2012).

Lazer Prostatektomi: Lazer prostatektomi, transüretral olarak lazer kullanılarak prostatta koagülasyon nekrozu ve/veya yüksek ısı ile dokunun buharlaştırılması oluşturulmasıdır. Avantajları; minimal kan kaybı, nadir TUR sendromu olgusu, antikoagülan alan hastaları tedavi edebilme ve ayaktan bir işlem olarak yapılabilmeyle olanak tanınmasıdır. Dezavantajları patolojik inceleme için doku elde edilememesi, daha uzun postoperatif kateterizasyon süresi, daha irritatif işeme yakınmaları ve maliyetin yüksek olmasıdır (Elaltuntaş 2008 ve Özden ve ark. 2005).

Transüretral Prostat Elektrovaporizasyonu (TUEV): Küçük prostatlarda ve riskli hasta gruplarında TURP'a alternatif bir yöntemdir. Prostata yüksek akım verilerek ısı ile buharlaşmasını sağlayarak prostatik üretrada kavite açılır. Operasyon süresinin kısa olması, perioperatif kanama riskinin az olması, üretral kateterizasyon süresinin daha kısa ve hastanede kalış süresinin oldukça az olması nedeniyle TURP'a alternatif olarak klinik kullanıma girmiştir (Elaltuntaş 2008).

Transüretral Microdalga Tedavisi (TUMT): Bir tür termoterapi tedavisi olarak klinik kullanıma sunulmuştur. TUMT' ta mikrodalga antenli bir transüretral kateter aracılığı ile prostat dokusunda sıcaklık (45-50 °C) ile koagülasyon oluşturulurken, klasik yöntemlerde sık olarak görülen irritatif semptomları önlemek ve işlem sonrası kateterizasyon riskini azaltmak amacı ile üretra mukozası, sfinkter ve mesane boynu soğutulabilmektedir. Uzun dönem sonuçları incelendiğinde TUMT her ne kadar etkinliği TUR-P kadar olmasa da uygulama kolaylığı ve komplikasyonlar açısından

güvenilirliği dikkate alındığında alternatif bir tedavidir. Bu tedavi kalça implantı, pacemakerla hastalarda ve implante edilmiş defibrilatör cihazı bulunan hastalarda mikrodalga probun yakınlığı nedeniyle kullanılamaz. TUMT yapılan hastalarda seksüel fonksiyonların daha iyi korunduğu söylenebilir. Maliyet yüksekliği önemli bir dezavantajıdır (Elaltuntaş 2008).

Transüretral İğne Ablasyonu (TUNA): TUNA, özel bir sistemle radyofrekans enerjisinin iğneler vasıtasıyla direkt olarak uygulanması ile prostat dokusunda, koagülasyon nekrozu oluşturulmasıdır. Genel olarak TUNA 60gr'dan küçük prostatlarda, obstrüktif BPH'ı olan hastalarda önerilmektedir. Komplikasyonları; uzun kateterizasyon, akut üriner retansiyon, irritatif işeme semptomlarıdır (Elaltuntaş 2008).

Balon Dilatasyonu: Prostatik üretraya çeşitli boyutlardaki kateterler yerleştirilerek önce şişirilmekte sonra indirilmektedir. Çalışmalar obstrüksiyonu ortadan kaldırmadığını göstermiştir (Elaltuntaş 2008).

Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P): Transüretral Prostat Rezeksiyonu 1930' da geliştirilmiş ve BPH tedavisinde standart bir tedavi olmuştur. Açık ameliyat şekli giderek azalmış ve TUR-P yaygınlaşmıştır. ABD'de cerrahi tedavinin % 95'ini TUR-P oluşturmaktadır (Elaltuntaş 2008). Genel olarak prostat ağırlığı 60 gram olan hastalarda önerilmekte, ancak deneyimli cerrahlar tarafında 90-100 gram olan prostat büyümelerinde de uygulanabilmektedir (Bishop 2003 ve Erdil ve Elbaş 2001). TUR-P sadece cerrahi seçenekler içinde değil medikal tedavi dâhil BPH'ye yönelik tüm tedavi seçenekleri arasında, klinik başarı açısından önemli bir yere sahiptir (Gordon 2007 ve McNicholas ve Swallow 2011). TUR-P ile semptom skoru ve akım hızı düzelmesi tüm minimal invaziv tedavilerden daha üstündür (Gordon 2007).

TUR-P prostatik üretradaki hiperplastik dokunun ortadan kaldırılarak, obstrüksiyonun giderilmesi amacıyla uygulanır. Üretraya yerleştirilen rezekteskoptan geçirilen teleskop aracılığı ile ürolog mesane içini görebilmektedir (Bishop 2007, Erdil ve Elbaş 2001 ve Holm ve Bakewell 2002) (Şekil 4). Rezekteskoptan gönderilen elektrik akımı taşıyan hareketli loop ile prostat dokusunun kesilmesi ve kanayan damarların koterizasyonu sağlanır. Kesilen doku parçaları mesaneye düşer, rezekteskoptan gönderilen yıkama sıvısı ile mesane yıkanır. Fazla kan kaybını ve yıkama sıvısının absorpsiyonunu önlemek için ameliyat 60-90 dakika içinde bitirilmelidir. İşlem sonrasında mesaneye üç yollu foley kateter yerleştirilir. Kateter aracılığı ile kan pıhtılarının mesaneden uzaklaştırılması sağlanır. Kateterin balonu şişirildikten sonra balon prostatik fossaya yerleştirilerek kanamanın durdurulması sağlanır. Rezeksiyon alanına basınç yaparak kanamayı kontrol etmek için foley katetere traksiyon uygulanabilir. Kateterin balonu mesane iç sfinkterine bası uyguladığı için hasta sürekli olarak ani işeme hissi duyar. Kateter iyi drene ederse bu durum geçici bir süre devam eder. Kateterin etrafından idrar yapılmaya çalışılması mesane kaslarının kasılmasına ve ağrılı mesane spazmlarına neden olabilir. Mesane spazmları 24-48 saatte geçer. Rezeksiyon sonrasında kanamaya bağlı pıhtı oluşumunu ve pıhtı retansiyonunu önlemek için 24-48 saat (kanama durmuşsa) sürekli mesane irigasyonu yapılır (Akca 2008 ve Elaltuntaş 2008).

TUR-P genellikle spinal anestezi altında yapılmaktadır (Bhattacharyya ve ark. 2015). Hastanede kalış süresi kısadır. Hastalar ameliyattan 1-2 gün sonra taburcu edilmektedirler (Elaltuntaş 2008).

Avantajları;

- Cerrahi kesi yapılmaz.
- Cerrahi risk taşıyan hastalarda güvenlidir.
- Hastanede kalış süresi kısadır.
- Morbidite oranı düşüktür.
- Daha az ağrıya neden olur.

Dezavantajları;

- Cerrahın deneyimli olması önemlidir.
- Tekrarlayan obstrüksiyon ve striktür gelişebilir.
- Gecikmiş kanama olabilir.
- Tekrar operasyon gerekebilir.

TUR-P'un Komplikasyonları: BPH'la ilişkili alt üriner sistem semptomlarının tedavisinde diğer cerrahi prosedürler düşünüldüğünde en etkili yöntem olarak kabul edilse de bu tedavi yönteminin de bazı riskleri vardır. Ameliyat sırasında en sık görülen komplikasyonlar transfüzyon gerektiren kanama, kullanılan solüsyonların absorpsiyonu sonucunda gelişen TUR sendromu ve ekstremitazasyondur.

İntraoperatif Kanama: İntraoperatif kanamanın miktarı prostatın büyüklüğüne ve rezeke edilen miktara bağlıdır. Operasyondan sonra kateter yerleştirilirken irrigasyon ile beraber renk açık pembe olmalıdır. Eğer kırmızı renk devam ediyorsa arteriyel kanamadan şüphe edilmelidir. Kateter yerleştirildikten sonra renk açıktır; sonra yine koyu kırmızı bir hal alır (Elaltuntaş 2008).

TUR Sendromu: TUR sendromu hastaların % 2'sinde görülmektedir. Prostat 45 gr'dan fazla ise rezeksiyon zamanı 90 dakikanın üstünde ise TUR sendromu riski vardır. Mental konfüzyon, bulantı, kusma, hipertansiyon, bradikardi, görme bozuklukları ile ortaya çıkar. Hipotonik irrigasyon sıvısının prostatın kapsüler venlerinin ve sinüslerinin erken perforasyonu sonrasında absorpsiyonu sonucu gelişen dilüsyonel hiponatremi (serum sodyum <125mEq/l) nedeniyle gelişir. Tedavi edilmediğinde serebral ve bronşiyal ödem oluşabilir (Altun ve ark. 2010 ve Akca 2008).

Ekstremitazasyon: Rezeksiyon sırasında mesanenin perforasyonunda ya da prostatik kapsülün derin rezeksiyonu irrigasyon sıvısının abdomene

ekstravazasyonuna neden olabilir. Ekstravazasyon hastaların % 2'sinde olur. Belirtileri bulantı, kusma ve anesteziye rağmen oluşan karın ağrısı şeklinde ortaya çıkar (Elaltuntaş 2008).

Diğer Komplikasyonlar arasında kanama, idrar yolu enfeksiyonu, üriner retansiyon, inkontinans, empotans ve erektil disfonksiyon, retrograd ejakülasyon, üretral darlık ve mesane boynu kontraktürü'dür.



2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Tipi: Araştırma prospektif, kesitsel tanımlayıcı tiptedir.

2.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Araştırma Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Klinikleri ve Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde yapılmıştır. 2015 Kasım-Aralık ayları ve 2016 Ocak-Şubat aylarında TUR-P yapılan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Kış aylarında ameliyat sayısının fazla olması ve çalışma süresinin kısıtlılığı nedeniyle araştırma için bu dört aylık süre seçilmiştir.

2.3. Araştırma Yapılan Hastanelerin Özellikleri:

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1881 yılında hizmete başlamıştır. Sağlık bakanlığının en büyük eğitim ve araştırma hastanesidir ve 1109 yatak kapasitesine sahiptir. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği 1925 yılında Dr. Orhan Lütfü Somer tarafından kurulmuştur. B blok 3. Katta yer alan yataklı servis, 42 yataktan oluşmaktadır. Serviste gün içinde 2 üroloji asistanı, 2 sorumlu hemşire, 4 servis hemşiresi ve 4 yardımcı personel görev yapmaktadır. Nöbetlerde ise hasta hizmetleri 2 asistan, 2 hemşire ve 1 yardımcı personel ile devam ettirilmektedir. Serviste 1 adet tek kişilik oda, 4 adet iki kişilik oda, 1 adet 3 kişilik oda, 2 adet 4 kişilik oda, 3 adet 5 kişilik oda ve 1 adet 7 kişilik oda yer almaktadır. Yıllık ortalama yatan hasta sayısı yaklaşık 4.000' dir. Hastaneden bir yıl içinde TUR-P yapılan hastaların sayısı 220'dir.

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi: Prof. Dr. Mehmet Haberal öncülüğünde 1982 yılında Türkiye Organ Nakli ve Yanık Tedavi Vakfı tarafından kurulmuştur. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi ilk ISO kalite belgesi alan vakıf hastanesidir. Hastane 309 yatak, 65 yoğun bakım yatağı ve 14 ameliyathaneye sahiptir. Hastanede üroloji hastalarının yattığı ayrı bir yataklı servis bulunmamakta ve cerrahi hastalarının yatmakta olduğu B, C ve D blok yataklı servislerinde yatmaktadırlar. Hastanede bir yıl içinde TUR-P yapılan hastaların sayısı 176'dır.

2.4. Araştırmanın Örnekleme: Araştırmada her iki hastaneden örneklem seçilmeyip dört aylık çalışma süresince tam sayım yapılarak tüm TUR-P vakaları çalışma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan 133 hastanın % 55,6 (n:74) Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden, % 44,4 (n:59) Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nden alınmıştır.

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar,
- 40 yaş ve üzerindeki hastalar,
- Prostat kanseri olmayan hastalar,
- Türkçe bilen hastalar.

2.5.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları: Araştırmada “Hasta Tanılama Formu” ve “Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır. Formlar araştırmacı tarafından TUR-P girişiminin ameliyat sonrası 24 saat geçtikten sonra, hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Tanımlayıcı Özellikler Formu: “Tanımlayıcı Özellikler Formu” hastaların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni durumu, çalışma durumu ve hastalık öyküsü olmak üzere toplam altı maddeden oluşmaktadır(Ek 1).

Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği: “Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği” 2005 yılında Richmond ve Wright tarafından geliştirilmiştir. “Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği” yaşam tarzı, hastane koşulları, fizyolojik ve psikolojik durum, konstipasyon riskini artıran ilaçlar olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır (Ek 2). Yaşam tarzı bölümü; cinsiyet, hareketlilik, lif alımı, sıvı alımı, kişisel inançlar olmak üzere beş alt başlığı içermektedir. Bu beş alt başlığa ait toplam 16 soru bulunmaktadır. Hastane koşulları bölümü; sadece servis hastaları ve sürgüye gereksinimi olan hastalar olmak üzere iki alt başlığı içermektedir. Bu iki alt başlığa ait toplam iki soru bulunmaktadır. Fizyolojik ve psikolojik durum bölümü; metabolik hastalıklar, pelvik durumlar, nöromüsküler hastalıklar, endokrin hastalıklar, kolorektal/abdominal hastalıklar, psikiatrik hastalıklar ve öğrenme zorlukları/demens olmak üzere toplam yedi başlık içermektedir. Konstipasyon riskini artıran ilaçlar bölümü antiemetikler, kalsiyum kanal blokerleri, demir ilaçları, antikolinergik içeren ilaçlar, analjezikler ve sitotoksik kemoterapi olmak üzere altı başlık içermektedir. Her bölüm sonunda bölüm toplam puanı bulunmakta ve toplam sonuca göre hastanın konstipasyon risk grubu belirlenmektedir. Yaşam tarzı bölümünden alınan puanlar 1-11 arasında, hastane koşulları bölümünden alınan puanlar 0-4 arasında, fizyolojik ve psikolojik durumlar bölümünden alınan puanlar 0-18 arasında ve konstipasyon riskini artıran ilaçlar bölümünden alınan puanlar 0-30 arasındadır. Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği’nden alınan toplam puanlar 1 ile 63 arasındadır. 1-10 puan arası düşük risk, 11-15 puan arası orta risk, 16 puan ve üzeri ise yüksek risk olarak değerlendirilmektedir (Kutlu ve ark. 2010 ve Richmon ve Wright 2005, 2008). Orijinal makalede ölçeğin tüm hastalar için kullanılabileceğine ilişkin bir öneri bulunmamaktadır. Açık olarak belirtilmemiş olsa da bu ölçeğin hastanede yatan hastalar için kullanılması uygundur. Ölçek uygulanırken, hastaların hastanede yatmakta olduğu sırada ve hastaneye yatışından önceki mevcut durumu göz önüne alınmıştır. Örneğin, hasta daha önce analjezik kullanmıyorken hastaneye yatışından sonra geçirilen operasyona bağlı olarak analjezik kullanmaya başlamış olabilir ya da hastanın mevcut ek hastalıkları nedeni ile hastaneye yatışından önce devamlı olarak kullandığı ve yatışından sonra da devam ettiği ilaçları olabilir. Ölçek uygulanırken her iki durumda dâhil edilerek sorular cevaplanmıştır.

Konstipayon Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirliği Kutlu ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Araştırmaya dâhiliye ve cerrahi kliniklerinden 245 hasta dâhil edilmiştir. Hastalar Roma II kriterlerine göre konstipe olan ve olmayan olarak iki gruba ayrılmıştır. Bütün katılımcılara Konstipayon Risk Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Yapılan test ve tekrar testlerde toplam ölçek puanlarında tatmin edici bir tutarlılık gösterdiği belirtilmiştir (grup içi korelasyon katsayısı 0,59).

2.6.Verilerin Analizi: Veriler SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) yazılım programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı verilerde sayı ve yüzde, karşılaştırmalı verilerde Ki-Kare analizleri ve student t testi kullanılmıştır.

2.7.Etik Açıklamalar: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde araştırmanın yapılabilmesi için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin alınmıştır. (Karar no:16-683-15) (Ek 3). Ayrıca Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nden araştırmanın yapılabilmesi için kurum izni alınmıştır (Sayı: 88825990-020/565) (Ek 4)

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniklerinde araştırmanın yapılabilmesi için Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne başvurularak hastane yöneticiliğinden etik izin (karar no: 20171052) ve kurum izni (sayı: 20796219-Per.774) alınmıştır (Ek 5).

Araştırma için hastalara anket bilgilendirme metni okunarak araştırmaya katılacak hastalardan sözel izin alınmıştır (Ek 6).

2.8.Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırma Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji bölümlerindeki TUR-P hastalarını kapsamaktadır. Araştırma sonuçları Ankara için genellenemez.



3. BULGULAR

Araştırmaya 133 hasta alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 67.42 ± 8.65 bulunmuştur.

3.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya alınan hastaların tanımlayıcı özellikleri Çizelge 3.1.1.'de verildi.

Çizelge 3.1.1: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

N=133	Sayı	%		Sayı	%
Yaş grupları			Meslek		
40-64	46	34.6	Memur	30	22.6
65 yaş ve üzeri	87	65.4	İşçi	36	27
Eğitim durumu			Emekli	63	47.4
Okuryazar	7	5.3	Serbest meslek	4	3.0
İlkokul	21	15.8	Gelir Durumu		
Orta ve lise	49	36.8	Gelir giderden fazla	11	8.2
Üniversite	56	42.1	Gelir gidere denk	113	85.0
Medeni durum			Gelir giderden az	9	6.8
Evli	128	96.2	Mevcut Hastalıklar		
Bekâr	2	1.5	Ek hastalık yok	19	14.3
Dul	3	2.3	Bir ek hastalık	61	45.9
			Birden fazla ek hastalık	53	39.8

Hastaların % 65,4'ünün (n:87) 65 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; % 5,3'ünün (n:7) okuryazar olduğu, % 15,8'inin (n:21) ilkokul mezunu, % 36,8'inin (n: 49) orta ve lise mezunu ve % 42,1'inin (n:56) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; % 96,2'sinin (n: 128) evli olduğu görülmektedir. Hastaların meslek gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; % 22,6'sının (n: 30) memur, % 27'sinin (n:36) işçi, % 47,4'ünün (n:63) emekli ve % 3'ünün (n:4) serbest meslek gruplarına ait olduğu belirlenmiştir. Hastaların gelir durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; % 8,2'sinin (n:11) gelir giderden fazla % 85'inin (n:113) gelir gidere denk ve % 6,8'inin (n: 9) gelir giderden az olduğu saptanmıştır.

Hastaların var olan mevcut hastalık durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; % 14,3'ünün ek hastalığı olmadığı, % 45,9'unun bir adet ek hastalığı olduğu ve % 39,8'inin birden fazla ek hastalığı olduğu saptanmıştır. Mevcut hastalıklar; diyabetes mellitus, hipertansiyon, kronik karaciğer hastalığı, koroner arter hastalığı, alzheimer, demans, depresyon, parkinson, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, aritmi, kronik böbrek yetmezliği, ülseratif kolit, serebro vasküler olay, kolelithiazis, osteoporoz, hiperlipidemi, gut, anemi, kalp yetmezliği, romatizma, anal fissür, akciğer kanseri, hemoroid, hipotroidi, panik atak, inguinal herni ve çölyak hastalığıdır.

3.2. Hastaların Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puanların İncelenmesi

Hastaların konstipasyon risk değerlendirme ölçeğinden aldıkları toplam puanlar incelendiğinde; % 27,1'inin (n:36) konstipasyon için düşük risk grubunda, % 63,9'unun (n:85) konstipasyon için orta risk grubunda ve % 9'unun (n:12) konstipasyon için yüksek risk grubunda olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.2.1)

Çizelge 3.2.1: Konstipasyon Risk Puan Ortalamaları

	Sayı	%	Ortalama	Standart Sapma $\pm$
Konstipasyon İçin Düşük Risk (10 puan)	36	27.1	8,43	1,34
Konstipasyon İçin Orta risk (11-15 puan)	85	63.9	12,76	1,31
Konstipasyon İçin Yüksek risk (16 ve üzeri puan)	12	9.0	17,66	1,87
Toplam	133	100	38,85	4,52

Hastaların konstipasyon risk değerlendirme ölçeği bölümlerinden aldığı puan ortalamalarına bakıldığında 8,40 ortalama ile en yüksek puanı yaşam tarzı bölümünden aldıkları görülmüştür (Çizelge 3.2.2).

Çizelge 3.2.2: Hastaların Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçeklerinden Aldığı Puan Ortalamaları

Ölçeğin Alt Bölümleri	Bölüm Puan Aralığı	Ortalama	Standart Sapma $\pm$
Yaşam tarzı	1-11	8.40	1,6
Hastane koşulları	0-4	2.57	1,19
Fizyolojik ve psikolojik durumlar	0-18	1.72	1,5
Konstipasyon riskini artıran ilaçlar	0-30	1.02	0,9
Toplam	1-63	13,71	5,19

3.3. Hastaların Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçeklerine Göre Aldıkları Puanların İncelenmesi

Çizelge 3.3.1.'de Hastaların hareketlilik, lif alımı, günlük lif alımı ve sıvı alımına göre dağılımları görülmektedir. Hastaların hareket durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; % 50,4'ünün (n:67) bağımsız olarak hareketli, % 46,6'sının (n:62) yürümede bağımlı/başkalarından yardım aldığı ve % 4'ünün (n:4) yatağa/sandalyeye bağımlı olduğu saptanmıştır. Hastaların lif alım durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; % 97'sinin (n:129) günlük iki porsiyon sebze meyve aldığı/tükettiği belirlenmiştir. Hastaların günlük sıvı alım durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; % 74,4'ünün (n:99) günlük 6-9 bardak sıvı aldığı, % 22,6'sının (n:30) 5 bardak ve daha az sıvı aldığı saptanmıştır.

Hastaların konstipasyona eğilimli olup olmadığına ilişkin kendi düşünceleri sorgulandığında % 84,2'sinin (n:112) konstipasyona eğilimli olduğunu düşünmediği belirlenmiştir. Herhangi bir zamanda konstipasyon için laksatif kullanımı sorgulandığında hastalar % 89,5 (n:119) oranında daha önce laksatif kullanmadığını belirtmiştir (Çizelge 3.3.1).

Hastaların bağırsak alışkanlıkları sorgulandığında % 63,2'sinin (n:84) günlük olarak defekasyona çıktığı, % 27,8'inin (n:37) iki günde bir defekasyona çıktığı, % 6'sının (n:8) üç günde bir ve % 3'ünün (n:4) günde iki kez defekasyona çıktığı saptanmıştır (Çizelge 3.3.1).

Hastaların hastane tuvaletini kullanırken zorlanma durumları incelendiğinde; % 91'inin (n:121) hastane tuvaletinde barsak boşaltımı için zorlandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.3.1).

Komod/sürgü gereksinimi olan hastaların komod/sürgü kullanma durumlarına bakıldığında; hastaların % 37,6'sının (n:50) komod/sürgü kullanımında sorun beklendiği, % 62,4'ünün (n:83) komod/sürgü kullanmasında sorun beklenmediği şeklinde değerlendirilmiştir (Çizelge 3.3.1).

Hastaların fizyolojik durumlar alt başlığındaki sağlık sorunları incelendiğinde; metabolik hastalıklar ve pelvik durumlar alt başlığındaki hastalıklara rastlanmamıştır. Hastaların % 7,5'inde (n:10) nöromüsküler rahatsızlık, % 29,3'ünde (n:39) endokrin hastalıklar ve % 15'inde (n:20) kolorektal hastalıklar bulunduğu saptanmıştır (Çizelge 3.3.1).

Hastaların psikolojik durumlar alt başlığındaki sağlık sorunları incelendiğinde; % 3,8'inde (n:5) psikiyatrik hastalıklar ve % 4,5'inde (n:6) Alzheimer olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.3.1).

Hastaların konstipasyon riskini artıran ilaç kullanım durumları incelendiğinde; % 5,3'ünün (n:7) antiemetik ilaç, % 11,3'ünün (n:15) kalsiyum kanal blokeri, % 4,5'inin (n:6) antidepresan, % 3,8'inin (n:5) antiparkinson ilaç ve % 16,5'inin (n:22) opioid olmayan analjezik kullandığı belirlenmiştir. Hastalardan sadece bir kişinin demir ilacı kullandığı saptanmıştır (Çizelge 3.3.1).

Çizelge 3.3.1.: Hastaların Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçeklerine Göre Dağılımı

Alt ölçek	N:133		Sayı	%
	Hareketlilik			
(1)	Bağımsız olarak hareketli		67	50,4
	Yürümede bağımlı/başkalarından yardım alıyor		62	46,6
	Yatağa/sandalyeye bağımlı		4	3,0
	Lif Alımı			
	Günlük 5 porsiyon sebze/meyve alımı/tüketimi		0	0
	Günlük 3/4 porsiyon sebze/meyve alımı/tüketimi		4	3,3
	Günlük 2 porsiyon sebze/meyve alımı/tüketimi		129	97,0
	Lifli Ürünlerin Günlük Alımı/Tüketimi			
	Evet		3	2,3
	Hayır		130	97,7
	Sıvı Alımı			
	Günlük 10 bardak ve daha fazla sıvı alımı		4	3
	Günlük 6-9 bardak sıvı alımı		99	74,4
	Günlük 5 bardak ve daha az sıvı alımı		30	22,6
	Kişisel inanç			
	Hasta konstipasyona eğilimli olduğuna inanıyor mu?			
	Evet		21	15,8
	Hayır		112	84,2
(2)	Herhangi bir zamanda konstipasyon için laksatif kullanmış mı?			
	Evet		14	10,5
	Hayır		119	89,5
	Hasta hastane tuvaletlerinde barsak boşaltımı için zorlanıyor mu?			
	Evet		121	91,0
	Hayır		12	9,0
(3)	Hastanın Komod /sürgü kullanmasında sorun bekleniyor mu?			
	Evet		50	37,6
	Hayır		83	62,4
	Fizyolojik ve psikolojik durumlar			
	Nöromusküler Hastalıklar		10	7,5
	Endokrin Hastalıklar		39	29,3
(4)	Kolorektal/Abdominal Hastalıklar		20	15,0
	Psikiyatrik Hastalıklar		5	3,8
	Öğrenme Zorlukları/Demens		6	4,5
	Konstipasyon riskini arttıran ilaçlar			
	Antiemetikler		7	5,3
	Kalsiyum kanal blokerleri		15	11,3
(5)	Demir ilaçları		1	0,8
	Antidepresanlar		6	4,5
	Antiparkinson ilaçlar		5	3,8
	Opioid olmayan analjezikler		22	16,5

3.4. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinden Aldığı Toplam Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Çizelge 3.4.1’de hastaların yaş ortalamalarına göre ölçekten aldıkları toplam puanlar verildi. TUR-P yapılan hastaların ölçek puan ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında 40-65 yaş arasındaki hastaların % 56,5’inin (n:26) orta risk grubunda olduğu, yüksek riskli hastaların bulunmadığı saptanmıştır. 65 yaş ve üzeri hastaların ise % 13,8’inin (n:12) yüksek riske ve % 67,8’inin (n:59) orta riske sahip olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistik karşılaştırmaya göre 65 yaş ve üzeri hastaların ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve sonucun istatistik olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (t: 4,264 p=0,000) (Çizelge 3.4.2)

Çizelge 3.4.1: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Ölçekten Aldıkları Toplam Puanların Dağılımı

	Ölçek Toplam Puanı						Toplam Sayı/%
	Düşük risk		Orta risk		Yüksek risk		
Yaş grubu	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
40-64	20	43.5	26	56.5	0	0	46/100
65 ve üzeri	16	18.4	59	67.8	12	13.8	87/100
Toplam	36	27.1	85	63.9	12	9.0	133/100

Çizelge 3.4.2.: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamaları

Yaş grubu	Sayı	Ölçek Puan Ortalaması	Standart sapma±
40-64	46	10,59	2,296
65 ve üzeri	87	12,75	3,001
Toplam	133	23,34	5,297

t: 4,264 p=0,000

Hastaların eğitim durumlarına göre konstipasyon risk değerlendirme ölçeğinden aldığı toplam ölçek puanları incelendiğinde; okuryazar-ilkokul mezunu olanlarda yüksek konstipasyon riski % 25 iken üniversite mezunu olanlarda % 3.6 bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Çizelge 3.4.3).

Çizelge 3.4.3: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Ölçekten Aldıkları Toplam Puanların Dağılımı

	Ölçek toplam puanı						Toplam	
Eğitim durumu	Düşük risk		Orta risk		Yüksek risk			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okuryazar-ilkokul	6	21.4	15	53.6	7	25	28	100
Orta ve lise	13	26.5	33	67.3	3	6.1	49	100
Üniversite	17	30.4	37	66.1	2	3.6	56	100
Toplam	36	27.1	85	63.9	12	9.0	133	100

P=0.023 Ki kare: 11.38

Hastaların diğer demografik özellikleri ile ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı sonuç bulunamamıştır.

3.5. Hastaların Mevcut Hastalık Durumlarına Göre Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinden Aldığı Toplam Ölçek Puanının İncelenmesi

Hastaların mevcut hastalık durumlarına göre konstipasyon risk değerlendirme ölçeğinden aldığı toplam ölçek puanı incelendiğinde; birden fazla sistemik hastalığı olanların % 17'sinde (n:9) yüksek konstipasyon riski saptanırken sadece bir hastalığı olan hastaların % 4,9'unda (n:3) yüksek risk saptanmıştır. Mevcut ek hastalığı olmayan hastalarda ise yüksek konstipasyon riskine rastlanmamıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Çizelge 3.5.1). Hastaların mevcut hastalık durumlarına göre ölçekten aldıkları toplam puan ortalamalarına bakıldığında da ek hastalığa sahip olan hastaların puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.5.2)

Çizelge 3.5.1.: Hastaların Mevcut Hastalık Durumlarına Göre Ölçekten Aldıkları Toplam Puanların Dağılımı

	Ölçek toplam puanı						Toplam	
	Düşük risk		Orta risk		Yüksek risk			
Mevcut hastalık durumu	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastalık yok	15	78.9	4	21.1	0	0	19	100
Ek hastalık	15	24.6	43	70.5	3	4.9	61	100
Birden fazla ek hastalık	6	11.3	38	71.7	9	17.0	53	100
Toplam	36	27.1	85	63.9	12	9.0	133	100

Çizelge 3.5.2.: Hastaların Mevcut Hastalık Durumlarına Göre Ölçekten Aldıkları Toplam Puan Ortalamaları

	Sayı	Ölçek Puan Ortalaması	Standart sapma
Ek Hastalık Durumu			
Ek hastalığı olmayan	19	9,32	0,607
Ek hastalığı olan	114	12,45	0,259
Toplam	133	21,77	0,866

t:4,592 p=0,000

3.6. Hastaların Ölçek Toplam Puanları İle Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Hastaların hareket durumuna göre ölçekten alınan toplam puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında yatağa/sandalyeye bağımlı/başkalarından yardım alan hastaların ölçek puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yüksek konstipasyon riski yatağa/sandalyeye bağımlı/başkalarından yardım alan hastalarda % 13,6 iken bağımsız olarak hareketli olan hastalarda % 4,5 olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.6.1). Hastaların hareket durumuna göre ölçek toplam puan ortalamalarına bakıldığında da yatağa/sandalyeye bağımlı/başkalarından yardım alan hastaların puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur (Çizelge 3.6.2)

Çizelge 3.6.1.: Hastaların Hareket Durumuna Göre Konstipasyon Risk Durumları

Hareket	Ölçek Toplam Puanı				Toplam
		Düşük risk	Orta risk	Yüksek risk	
Bağımsız olarak hareketli	Sayı	29	35	3	67
	%	43,3	52,2	4,5	100
Yürümede bağımlı başkalarından yardım alıyor/yatağa sandalyeye bağımlı	Sayı	7	50	9	66
	%	10,6	75,8	13,6	100
Toplam	Sayı	36	85	12	133
	%	27,1	63,9	9,0	100

Çizelge 3.6.2.: Hastaların Hareket Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamaları

	Sayı	Ölçek Puan Ortalaması	Standart sapma
Hareketlilik durumu			
Bağımsız olarak hareket eden	67	10,78	2,746
Yürümede bağımlı başkalarından yardım alıyor/yatağa sandalyeye bağımlı	66	13,24	2,637
Toplam	133	24,02	5,383

t:5,282 p:0.000

Hastaların günlük lif alımlarına bakıldığında karşılaştırma yapılacak yeterli sayıda veri bulunmadığı için istatistik analiz yapılamamıştır. Hastaların büyük çoğunluğunun lif alımı aynı ve yetersizdir.

Hastaların sıvı alımına göre ölçek toplam puanlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,292).

Hastane tuvaletini kullanmakta zorlanan hastaların ölçek toplam puanlarına bakıldığında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Tuvalet kullanımında zorluk çeken hastalarda % 66,9 orta derecede risk saptanırken zorluk çekmeyen hastalarda % 33,3'tür. (P=0,05) benzer şekilde sürgü kullanımında sorun yaşayan hastalarda % 20 yüksek konstipasyon riski saptanmıştır.

Hastaların kullandıkları konstipasyon riskini artıran ilaçlar ile ölçekten alınan toplam puan arasındaki anlamlılığa bakıldığında; ilaç kullanan hastalarda istatistiksel açıdan anlamlı derecede fark olduğu ve riskin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.6.3).

Çizelge 6.3.3.: Hastaların Konstipasyon Riskini Artıran İlaç Kullanma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamaları

	Sayı	Ölçek Puan Ortalaması	Standart sapma ±
Konstipasyon Riskini Artıran İlaç Kullanma Durumu			
Kullanan	80	10,90	2,468
Kullanmayan	53	13,66	2,869
Toplam	133	24,56	5,337

4. TARTIŞMA

Ameliyat sonrası yatağa bağımlılık, anestezi ve ilaçların etkisi ile konstipasyon hastalar açısından sorun oluşturmaktadır. Konstipasyon gelişimi iyileşme sürecini uzatmakta ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Ameliyat sürecinde hastaların konstipasyon risk değerlendirmesi yapıldığında risk düzeyine göre çeşitli önlemler alınabilmektedir. Bu nedenle ameliyat sonrası konstipasyon risk değerlendirmesi hemşirelik bakımı açısından önemlidir. Bu çalışmada TUR-P yapılan hastalarda ameliyat sonrası risk değerlendirmesi yapılması amaçlanmıştır.

Araştırmaya dâhil edilen 133 hastanın yaş ortalaması $67,42 \pm 8,65$ bulunmuştur. Mevcut literatüre bakıldığında BPH'nın 40 yaş üzeri erkeklerde görüldüğü, 65 yaş üzerinde ise görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir. Bazı çalışmalarda ise BPH'nın 50-60 yaş arasındaki erkeklerin % 50'sinde, 60-70 yaş arasındaki erkeklerin % 60 ve 80 yaş üstündeki erkeklerin % 90'ında görüldüğü belirtilmektedir (Akca 2008; Bishop 2003; Burnet ve Wein 2006 ve Emberton ve Martorana 2006). Çalışmamıza alınan hastaların % 65,4'ü 65 yaş ve üzeri olup literatür verileri ile uyum göstermektedir.

Çalışmamızda TUR-P yapılan hastaların ölçek puan ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında yaşın artması ile birlikte konstipasyon riskinin arttığı, 40-64 yaş arasındaki hastaların ölçeğe göre yüksek riskli olmadığı saptanmıştır. Buna karşılık 65 yaş ve üzeri hastaların % 67,8'inin (n:59) orta riske ve % 13,8'inin (n:12) yüksek riske sahip olduğu belirlenmiştir. TUR-P yapılan hastaların yaşı ve ölçekten alınan puanları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı sonuç bulunmuştur. Literatürde yaşla birlikte konstipasyon riskinin %50 oranında arttığı belirtilmektedir (Varlı 2012;). Yetmiş yaş ve üzerindeki kişilerde yaşlılık ile konstipasyon olasılığı arasında bir bağlantı olduğu, konstipasyonun 65 yaş üstü erişkinlerde % 30-40

oranında daha sık olduğu ve konstipasyon belirtilerinin hayat kalitesini ciddi şekilde bozduğu belirtilmektedir (Demirbaş 2010). Bu sonuçlara göre ameliyat olmanın konstipasyon riskini daha da arttırdığı düşünülmektedir. Çalışma sonucu elde edilen sonuçlar literatür ile uyum göstermektedir.

Konstipasyon için risk faktörleri arasında günlük lif ve sıvı alımı azlığı sayılmaktadır. Çalışmamızda hastaların günlük lif alımlarına bakıldığında % 97'sinin günlük 2 porsiyon sebze/meyve alımı/tüketimi olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç hastaların günlük lif alımının yetersiz olduğunu göstermektedir. Çalışmaya alınan hastaların hiç biri günlük 5 porsiyon sebze/meyve almamakta ve tüketmemektedir. Bu nedenle hastaların günlük sebze/meyve alımı/tüketimi verileri istatistiksel açıdan karşılaştırılamamıştır. Ayrıca çalışmamızda hastaların günlük sıvı alımı da incelenmiş ve % 74,4'ünde günlük 6-9 bardak sıvı alımı olduğu belirlenmiştir. Günlük 10 bardak sıvı alan hasta sayısı çok azdır. Çalışmamızda hastaların sıvı alımına göre ölçek toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde yetersiz sıvı ve lif alımının konstipasyon için risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Ayrıca düzenli lif alımının barsak hareketlerini ve gaita hacmini artırdığı belirtilmektedir (Ateş 2015; Brownlee 2009; Richmond ve Wright 2004; Samur ve ark 2008 ve Yang ve ark. 2012). Yetersiz sıvı alımı sert dışkıya neden olmakta ve dışkının barsaktan geçişini zorlaştırmaktadır (Richmond ve Wright 2004). Çalışmamızda ölçekte yer alan lif ve sıvı alımına ilişkin bölümlerden hastaların aldığı puanların, toplam ölçek puanlarını yükselttiği ve TUR-P sonrası konstipasyon riskini arttırdığı düşünülmektedir.

Hareket azlığı konstipasyon için bir diğer risk faktörüdür. Çalışmamızda hastaların hareketliliğine göre ölçekten alınan toplam puanlar karşılaştırıldığında yatağa/sandalyeye bağımlı/başkalarından yardım alan hastaların ölçek puanının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Yüksek konstipasyon riski yatağa/sandalyeye bağımlı/başkalarından yardım alan hastalarda % 13,6 iken bağımsız olarak hareketli olan hastalarda % 4,5 olarak belirlenmiştir. Uysal ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir

çalışmada da egzersiz yapmayan, hareketsiz yaşayan kişilerde konstipasyon oranı yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında hareketsizliğin konstipasyon için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Bengi ve ark. 2014; Bozkurt 2010; Büyükyılmaz ve Şendir 2009; Çelik ve ark 2015; Koloski ve ark. 2015; Kyle 2008; Peppas ve ark.2008; Schmidt ve Santos 2015; Şendir ve ark. 2012 ve Ucuza ve Aldanmaz 2014). Ayrıca düzenli fiziksel aktivitenin defekasyon için gerekli abdominal kas kasılmasını sağladığı ve sindirim sistemindeki sirkülasyonu artırarak barsak geçiş zamanını azalttığı belirtilmektedir (Richmond ve Wright 2004). Hastaların hareketlilik durumunun TUR-P sonrası konstipasyon riskini arttırdığı ve elde edilen sonuçların literatür ile uyum gösterdiği belirlenmiştir.

Hastaların hastaneye yatış nedeni dışındaki hastalıkları da konstipasyon riskini arttırabilmektedir. Ancak bu konuda literatürde yeterli yayın bulunmamaktadır. Çalışmamızda TUR-P yapılan hastaların % 85,7'sinde (n: 114) hastaneye yatış nedeni dışında bir ya da birden fazla hastalık olduğu görülmüştür. Bu hastalıklar genellikle yaş ile birlikte artan sistemik hastalıklardır. Bir ya da birden fazla hastalığa sahip olan hastaların tümü orta ve yüksek risk grubunda yer almıştır. Bu sonuçlara göre ölçeğin fizyolojik/psikolojik durumlar alt bölümünden alınan puanların, toplam ölçek puanlarını yükselttiği ve TUR-P sonrası konstipasyon riskini arttırdığı görülmüştür.

Çeşitli ilaçların konstipasyona neden olduğu bilinmektedir. Konstipasyona neden olan ilaçlar; non-steroidal antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ), antispazmotikler, antidepresanlar, antiparkinson ilaçları, antipsikotikler, demir bileşikler, opioidler, antihipertansifler, antikonvülzanlar, antiemetikler, kalsiyum kanal blokerleri ve vinka alkaloidleri olarak sayılabilir (Bengi ve ark. 2014; Hert ve ark. 2011; Kaya ve Turan 2011; Kutlu ve ark 2010; Kyle 2008; Richmond ve Wright 2004; Richmond ve Wright 2005; Türkay ve ark. 2005 ve Şendir ve ark. 2011). Çalışmamızda ölçekte yer alan ve hastaların kullandıkları ilaç grupları opioid olmayan analjezikler, kalsiyum kanal blokerleri, demir ilaçları, antidepresanlar, antiparkinson ilaçlar ve antiemetikler

olarak belirlenmiştir. En fazla ise opioid olmayan analjezikler ve kalsiyum kanal blokerleri kullanılmaktadır. Çalışma sonuçlarımıza göre antiparkinson ilaç kullanan hastalarda yüksek ve orta derecede konstipasyon riski fazla iken, antiparkinson ilaç kullanmayan hastalarda düşük bulunmuştur. Richmond ve Wright (2004) antiparkinson ilaçların konstipasyon riskini artırdığını belirtmiştir. Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kalsiyum kanal blokeri ve opioid olmayan analjezik kullanmayan hastalarda konstipasyon riski yüksek bulunmuştur. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı olsa da klinik olarak anlamlı değildir. Kalsiyum kanal blokerleri, kullanan hastalarda konstipasyon için risk oluşturmaktadır (Polat ve Uzun 2013). Çalışmamızda elde edilen bu sonuç literatür ile uyum göstermemiştir.

Çalışmamızda hastaların konstipasyon risk değerlendirme ölçeğinden aldıkları toplam puanlar incelendiğinde; % 27,1'inin (n:36) konstipasyon için düşük risk grubunda, % 63,9'unun (n:85) konstipasyon için orta risk grubunda ve % 9'unun (n:12) konstipasyon için yüksek risk grubunda olduğu saptanmıştır. Ucuzal ve Aldanmaz (2015) tarafından yapılan genel cerrahi hastalarında ameliyat sonrası konstipasyon riskinin belirlendiği çalışmada da Richmond ve Wright'ın (2004) konstipasyon risk değerlendirme ölçeği kullanılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda konstipasyon risk değerlendirme ölçeğinden alınan toplam puanlara bakıldığında %56,7'sinin orta risk grubunda olduğu görülmektedir. Türk ortopedi hastalarının ameliyat sonrası konstipasyon riskini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada da Richmond ve Wright'ın (2004) konstipasyon risk değerlendirme ölçeği kullanılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda konstipasyon risk değerlendirme ölçeğinden alınan toplam puan ortalamalarına bakıldığında 12.73 ± 4.75 olarak hastaların orta risk grubunda olduğu belirtilmiştir (Şendir ve ark., 2012). Cerrahi ameliyat sonrası konstipasyon risk değerlendirmesine ilişkin az sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan her iki çalışmada konstipasyon için orta risk grubunda hastaların yüksek oranda olduğu dikkat çekmektedir. Çalışmamızda konstipasyon

için orta risk grubunda hastaların yüksek olması literatür ile uyum göstermesine rağmen, TUR-P ile yapılan başka bir çalışmanın bulunmaması araştırma sonuçlarının yorumlanmasını kısıtlı hale getirmiştir.

Şendir ve arkadaşları (2012) tarafından Türk ortopedi hastalarının ameliyat sonrası konstipasyon riskini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada ve Ucuzal ve Aldanmaz (2015) tarafından yapılan genel cerrahi hastalarında ameliyat sonrası konstipasyon riskinin belirlendiği çalışmada hastaların toplam ölçek puanlarının yükselmesine neden olan ölçek alt bölümü yaşam tarzı bölümüdür. Çalışmamızda da TUR-P yapılan hastaların toplam ölçek puanlarının yükselmesine neden olan ölçek alt bölümü yaşam tarzı bölümü olmuştur.

Ameliyat sonrası barsak boşaltımın değerlendirildiği çalışmalara da literatürde rastlanmıştır. Pedersen (2014) tarafından yapılan çalışmada kalça kırığı olan hastalarda ameliyat sonrası Bristol Stool Scale (Bristol Dışkı Ölçeği) kullanılmıştır. Bu araştırma sonucuna göre çalışmaya alınan hastaların % 69,1'i ameliyat sonrası ilk 24 saatte konstipasyon açısından riskli bulunmuştur. Rasmussen ve Pedersen (2009) tarafından yapılan bir diğer çalışmada göğüs cerrahisi sonrası Bristol Stool Scale (Bristol Dışkı Ölçeği) kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda hastaların % 50'sinde ameliyat sonrası ilk 24 saatte konstipasyon geliştiği belirtilmiştir. Bu çalışmalardan da anlaşılabacağı gibi ameliyat sonrası konstipasyon hastalar açısından önemli bir sorundur. Ancak literatürde ameliyat sonrası konstipasyon gelişimine ilişkin yeterli çalışma bulunmamaktadır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Richmond ve Wright'ın (2004) konstipasyon risk değerlendirme ölçeği kullanılarak TUR-P yapılan hastalarda ameliyat sonrası konstipasyonun sorun oluşturduğu ve hastaların yapılan risk değerlendirmesine göre orta derecede riske sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmamızdan elde edilen diğer sonuçlar ise şunlardır:

- Çalışmamızda TUR-P yapılan hastalarda Richmond ve Wright'ın (2005) Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği değerlendirmesi sonucu orta düzeyde (11-15 puan) risk olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmamızda TUR-P hastaları için Richmond ve Wright'ın (2005) Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinin en fazla yaşam tarzı bölümü toplam ölçek puanlarının yükselmesine neden olmuştur.
- Çalışmamızda TUR-P hastaları için Richmond ve Wright'ın (2005) Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğinin hastane koşulları bölümü ikinci olarak toplam ölçek puanlarının yükselmesine neden olmuştur.
- Çalışmamızda hastalarda yaş arttıkça konstipasyon riski artmaktadır.
- Konstipasyon riskini artıran ilaç kullanan hastalarda konstipasyon riski ilaç kullanmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışmamızda hastaların hareketliliği azaldıkça konstipasyon riskinin arttığı saptanmıştır
- Çalışmamızda hastaların hastaneye yatış nedeni dışında ek hastalığa sahip olmasının konstipasyon riskini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışma sonucunda öneriler şu şekilde sıralanabilir:

- Ameliyat sonrası konstipasyon risk değerlendirmesine ilişkin daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.
- Ameliyat sonrası konstipasyon risk değerlendirmesine ilişkin farklı hasta grupları ve ölçekler kullanılarak kıyaslamalı çalışmalar yapılmalıdır.
- Hemşirelerin hastaların kabulünden itibaren konstipasyon risk değerlendirmesi yapıp yapmadıkları araştırmalarla incelenmelidir.
- Hemşirelerin TUR-P sonrası konstipasyon risk değerlendirmesine ilişkin hizmet içi eğitim ile farkındalıkları artırılmalıdır.
- Ameliyat sonrası konstipasyonu önlemek için hasta eğitimleri yapılmalı ve eğitim materyalleri geliştirilmelidir.
- TUR-P sonrası konstipasyon riskini azaltmada çalışmanın klinik alanda kullanılması için hemşirelerle araştırma sonuçlarının paylaşılması önerilmektedir.

ÖZET

Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P) Yapılan Hastalarda Ameliyat Sonrası Konstipasyon Risk Değerlendirmesi

Bu çalışma TUR-P yapılan hastalarda ameliyat sonrası konstipasyon risk değerlendirme ölçeği ile konstipasyon risk değerlendirmesi yaparak hastaların risk durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Klinikleri ve Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde yapılmıştır. 2015 Kasım-Aralık ayları ve 2016 Ocak-Şubat aylarında TUR-P yapılan 133 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler “Hasta Tanılama Formu” ve “Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği” kullanılarak ameliyat sonrası birinci günde toplanmıştır. Veriler SPSS 22.0 yazılım programında analiz edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 67.42 ± 8.65 bulunmuştur. Ölçek yaşam tarzı, hastane koşulları, fizyolojik ve psikolojik durum, konstipasyon riskini artıran ilaçlar olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin en yüksek puanı 63'dür. Ölçekten alınan risk puan ortalamalarına bakıldığında konstipasyon için hastaların % 27,1'i (n:36) düşük, (% 63,9'u (n: 85) orta ve % 9'u (n:12) yüksek risk grubundadır. Ölçeğin yaşam tarzı bölümü TUR-P yapılan hastalarda en yüksek risk faktörünü oluşturmaktadır. Çalışmada ileri yaşın, ek hastalık varlığının, hareket kısıtlılığının, düşük eğitim düzeyinin ve antiparkinson ilaç kullanımının konstipasyon riskini artırdığı belirlenmiştir. Hemşireler ameliyat sonrası konstipasyon risk değerlendirmesi yapmalı ve konstipasyon gelişiminin önlenmesini sağlamalıdır.

Anahtar Sözcükler: Konstipasyonda hemşirelik bakımı, Konstipasyon, Konstipasyon risk değerlendirmesi, Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P)

SUMMARY

Constipation Risk Evaluation Carried Out On Patients Following Transurethral Prostate Resection (TUR-P) Operation

This study is done for constipation risk evaluation measure and for determination of patients risk status by constipation risk evaluation for TUR-P patients. Research is performed Ankara Numune Educational Research Hospital Urology Clinics and Başkent University Ankara Hospital. 133 TUR-P patients of 2015 November-December and 2016 January-February were examined in this research. Data has been collected on first day after surgery by using “ Patient Diagnosis Form” and “Constipation Risk Evaluation Scale”. Data were analyzed by using spss 22.0 software. Avarage age of patients was determined as 67. Scale is structed as four parts including lifestyle, hospital conditions, phiological and psychological status, medicines increasing risk for constipation. 63 is the highest mark of the measure. According to the average risk marks taken from measure, constipation patients of 27,1 % (n:36) is under lower, 63,9 % (n:85) under medium and 9 % (n:12) is under high risk. Lifestyle part of measure is the highest risk group of TUR-P patients. It is deterdimed in the study that, old age, presence of additional illness, lack of movement, lower education, use of antiparkinson medicine increase risk of constipation. Nurses should evaluate constipation risk after surgery and prevent constipation.

Keywords: Constipation, Constipation Risk Evaluation, Nursing Care Regarding Constipation, Transurethral Prostate Resection (TUR-P)

KAYNAKLAR

- AKCA E, (2008). TUR-P Cerrahisinde İrrigasyon Solüsyonu Miktarı ve Operasyon Süresi ile İlişkili Olarak Hiponatremi ve TUR Sendromu. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği
- ALTUN D, EREN G, ÇUKUROVA Z, DEMİR G, KENDİR V, ÇETİNGÖK H, HERGÜNSEL O, (2010). Spinal Anestezi Altında TUR-P Sendromu Gelişen Bir Olgu: Olgu Sunumu. *Bakırköy Tıp Dergisi*, **6**:174-177
- ATEŞ B, (2015). Fonksiyonel Konstipasyonu Olan Yetişkin Bireylerin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- BALCI M, TUNCEL A, Benign Prostat Hiperplazisi'nin Tedavisinde Minimal İnvaziv Cerrahi Yöntemlerin Yeri nedir? *Türk Üroloji Seminerleri*, **3**: 14-16
- BENGİ G, YALÇIN M, AKPINAR H, (2014). Kronik Konstipasyona Güncel Yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, **2**: 181-197.
- BHARUCHA AE, (2007). Constipation. *Best Practice & Clinical Gastroenterology*, **4**: 709-731
- BHATTACHARYYA S, BİSAİ S, BİSWAS H, TİWARY MK, MALLİK S, SAHA SM, (2015). Regional Anesthesia in Transurethral Resection of Prostate (TURP) Surgery: A Comparative Study Between Saddle Block and subarachnoid Block. *Saudi Journal of Anesthesia*, **12**: 268-272
- BİSHOP P, (2003). Bipolar Transurethral Resection of the Prostate A New Approach. *AORN Journal*, **77**(5): 979-83
- BOZKURT MA, (2010). Kronik Konstipasyon İle Başvuran Hastaların Etiyolojik İncelemesi. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
- BROWNLEE IA, (2011). The Physiological Roles of Dietary Fibre. *J Food Hydro*, **25**: 238–250
- BURNETT AL., WEIN JA, (2006). Benign Prostatic Hyperplasia in Primary Care: What You Need to Know. *The Journal of Urology*, **175**: 19-24.
- BÜYÜKYILMAZ F, ŞENDİR M, (2009). Cerrahi Hastalarında Barsak Boşaltımı Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **1**:74-81
- BYTZER P, HOWELL S, LEEMON M, (2001). Low Socioeconomic Class in a Risk Factor For Upper and Lower Gastrointestinal Symptoms: A Population Based Study in 15000 Australian Adults. *GUT* **49**: 66-72.
- ÇELİK S, ATAR NY, ÖZTÜRK N, MENDES G, KUYTAK F, BAKAR E, DALGIRAN D, ERGİN S, (2015). Constipation Risk in Patients Undergoing Abdominal Surgery. *Iran Red Crescent Med*, **17**(6): 1-9

- ÇETİN Z, (2004). Prostat Cerrahisi Geçiren Bireylerin Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme ve Komplikasyon Gelişme Durumu. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- CHEN GD, HU SW, CHEN YC, LİN TL, (2003). Prevalence and correlations of anal incontinence and constipation in Taiwanese women. *Neurourology Urodynamic*. **22**: 664-669.
- CHENG C, CHAN AO, HUI WM, LAM SK, (2003). Coping Strategies, İllness Perception, Anxiety and Depression of Patients With İdiopathic Constipation: A Population-Based Study. *Aliment Pharmacol Ther*, **18**: 319-326.
- CHİARELLİ P, BROWN W, MCELDOFF P, (2000). Constipation in Australian Women: Prevalence and Associated Factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, **11**:71-78.
- DAVIS M, GAMİER P, (2015). New Options in Constipation Management. *Curr Oncol Rep*, **17**: 55-65
- DE HERT M, HUDYANA H, DOCKX L, BERNAGİE C, SWEERS K, TACK J, LEUCHT S, PEUSKENS J, (2011) Second-Generetion Antipsychotics and Constipation: A Review of The Literature. *European Psychiatry*, **26**: 34-44
- DEMİRBAŞ S, (2010). Kronik Kabızlık Nedenleri, Tanı Yöntemleri ve Tedavi Yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi*, **52**: 61-68
- DUFFY J, ZERNİKE W, (1997). Development of a Constipation Risk Assessment Scale. *International Journal of Nursing Practice*, **3**: 260-263
- DROSSMAN DA, (2006). The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology*, **130**: 1377-1390
- ELALTUNTAŞ EY, (2008) Transüretral Prostat Rezeksiyonu (Tur-P) Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- EMBERTON M, MARTORANA G, (2006). BPH: Social Impact and Patient's Perspective *European Urology Supplements*, **5**: 991-996
- ERDEMİR F, KİLCİLER M, ATILGAN D, (2010). Alt Üriner Sistem Semptomları/Benign Prostat Hiperpalazisi'nin Erektıl Disfonksiyon Üzerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi. *Türk Üroloji Seminerleri*, **1**: 99-105
- FAGERSTROM T, (2011). Trasnurethral Resection of the Prostate- How to Reduce Morbidity. Department of Clinical Science and Education Södersjukhuset, Karolinska Institutet
- GORDON NS, (2007). Transurethral Resection of the Prostate. *BJU International*, **99(2)**:464-466
- HİGGİNS PD, JOHANSON JF, (2004). Epidemiology of Constipation in North America: A Systematic Review. *Am J Gastroenterol*, **99(4)**:750-759

- HOLM R, BAKEWELL S, (2002). Transurethral Resection Syndrome—It Does Not Have to be a Mystery
- JOHANSON JF, (2007) Review of the treatment options for chronic constipation. *Med Gen Med*, **9(2)**: 25-60
- JUN DW, PARK HY, LEE OY, LEE HL, YOON BC, CHOİ HS, HAHM JS, LEE MH, LEE DH, KEE CH, (2006). A Population-Based Study on Bowel Habits in a Korean Community: Prevalence of Functional Constipation and Self-Reported Constipation. *Dig Dis Sci*, **51**: 1471–1477
- KASAP E, BOR S, (2006). Fonksiyonel Barsak Hastalığı Prevalansı. *Güncel Gastroenteroloji*, **10(2)**: 165-68
- KAYA N, TURAN N, (2011). Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Türkiye Klinikleri*, **6**: 1491-1501.
- KUTLU KOCA (iki soyisimli) A, YILMAZ E, ÇEÇEN D, ESER E, (2010). The Reliability and Validity of the Turkish Version of the Constipation Risk Assessment Scale. *Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, **3**: 200-208
- KYLE G, (2008). A Proactive Approach to the Treatment of Constipation. *Continence UK*:, **4**: 36-44
- LEEDAHL DD, MAXON PM, LOVELY JK, (2012). Benign Prostatic Hyperplasia: Implications for Pharmacologic Treatment and Perioperative Care. *Journal of Pharmacy Practice*, **26(1)**: 52-58
- LEKİLİ M, MÜEZZİNOĞLU T, (2005). Benign Prostat Hiperplazisi: Epidemiyoloji ve Doğal Seyir. *Cerrahi Tıp Bilimleri Üroloji Dergisi*, **1(1)**:15-23
- LEMBO A, CAMİLLERİ M, (2003). Chronic Constipation. *The New England Journal of Medicine*, **349**:1360-1368.
- LİNDBERG G, HAMİD S, MALFERTHEİNER P, (2010). Constipation: A Global Perspective. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines.
- LU M, YANG B, LİU Y, LİU Q, WEN H, (2015). Procedure for Prolapse and Hemorrhoids vs Traditional Surgery for Outlet Obstructive Constipation. *World Journal of Gstroenterology*. **21(26)**: 8178-8183
- MİNER M, ROSENBERG MT, PERELMAN MA, (2006). Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms in Benign Prostatic Hyperplasia and Its Impact on Sexual Function. *Clinical Therapeutics*, **28(1)**: 13-25
- MİRANDA J, DİEZ M, BERTRÁN P, (2001).Quality-of-Life Assessment in Patients with Benign Prostatic Hyperplasia Effects of Various Interventions. *Pharmacoeconomics*, **19 (11)**: 1079-1090
- MÜEZZİNOĞLU T, ÇAM K, (2006). Selim Prostat Büyümesinde Yaşam Kalitesi. *Türk Üroloji Dergisi*, **32(2)**: 254-260

- MURAKAMİ K, OKUBO H, SASAKİ S, (2006). Dietary İntake in Relation to Selfreported Constipation Among Japanese Women Aged 18–20 Years. *European Journal of Clinical Nutrition*, **60**:650-657
- NOVİCK AC, (2008). Operavite Urology at the Cleveland Clinic. Güneş Tıp Kitapevleri
- NYAM DC, PEMBERTON J, ILSTRUP D, (1997) Long-Term Results of Surgery for Chronic Constipation. *Dis Colon Rectum*, **40(3)**: 273-279.
- ÖZDEN E, GÜNAY M, ŞAHİN A, (2005). Lazer Prostatektomi: BPH Tedavisinde Yeni Yaklaşım. *Üroonkoloji Bülteni*, **1**:3-6
- ÖZTÜRK U, EROĞLU M, TUYGUN C, İMAMOĞLU CA, (2004). Seçilmiş BHP Olgularında Transüretral Prostat İnsizyonunun Tedavideki Yeri. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **11(4)**: 223-225
- PAMUK Ö, PAMUK G, ÇELİK A, (2003). Functional Gastrointestinal Disorders, Revalidation of Description of Constipation in Terms of Recall Bias and Visual Scale Analog Questionnaire. *J Gastroenterol Hepatol*, **18**: 1417-1422.
- PEDERSEN PU, (2014). Constipation and Defecation Pattern the First 30 Days After Hip Fracture. *İnternational Journal of Nursing Practice*
- PEPPAS G, ALEXİOU V, MOURTZOUKOU E, FALAGAS M, (2008). Epidemiology of Constipation in Europe And Oceania: A Systematic Review. *BMC Gastroenterolog* **8**:1-7
- POLAT M, UZUN Ö, (2013). Deri Hastalıklarında Kalsiyum Kanal Blokerlerinin Kullanımı. *Türkderm*, **47**: 75-9
- RASMUSSEN LS, PEDERSEN PU, (2009). Constipation and Defecation Pattern the First 30 Days After Thoracic Surgery. *Scandinavian Journal Of Carinf Sciences*, 244-250
- RICHMOND JP, WRİGHT ME, (2004). Review of The Literature on Constipation to Enable Development of a Constipation Risk Assessment Scale. *Clinical Effectiveness in Nursing*, **8**: 11-25
- RICHMOND JP, WRİGHT ME, (2005). Development of a Constipation Risk Assessment Scale. *Clinical Effectiveness in Nursing*, **9**: 37-48
- RICHMOND JP, WRİGHT ME, (2008). Establishing Reliability and Validity of a Constipation Risk Assessment Scale. *Journal of Orthopaedic Nursing*, **12**: 139-150
- ROCCO B, ALBO G, FERREİRE RC, SPİNELLİ M, COZZİ G, (2011). Recent Advances in the Surgical Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia. *Therapeutic Advances in Urology*, **3(6)**: 263-272
- SAMUR G, MERCANGİL S, (2008). Diyet Posası ve Beslenme. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara

SBAHİ H, CASH BD, (2015). Chronic Constipation: a Review of Current Literature. *Curr Oncol Rep*, **17**: 47-59.

SCHMİDT F, SANTOS V, (2014). Prevalence of Constipation in the General Adult Population. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, **41(1)**: 70-76.

ŞENDİR M, BÜYÜKYILMAZ F, AŞTI M, GÜRPINAR Ş, YAZGAN, (2012). Postoperative Constipasyon Risk Assessment in Turkish Orthopedic Patients. *Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, **2**: 106-113

STİENENM. N, SMOLL NR, HİLDEBRANT G, SCHALLER K, TESSİTORE E, GAUTSCHİ OP, (2014). Constipation After Throca-Lumbar Fusion Surgery. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, **126**: 137-142

TRADS M, PEDERSEN PU (2014). Constipation and Defecation Pattern the First 30 Days After Hip Fracture. *İnternational Journal of Nursing Practice*, 1-6

TÜRKAY C, AYDOĞAN T, ÖZDEN A, (2005). Konstipasyon Tanım ve Epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji*, **1**: 48-51

UCUZAL M, ALDANMAZ N, (2015). Genel Cerrahi Hastalarında Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riski. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **4 (2)**:17-22.

UYYSAL N, KHORSHİD L, EŞER İ, (2010). Sağlıklı Genç Bireylerde Konstipasyon Sorununun Belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull*, **9(2)**:127-132

VARLI M, (2012). Yaşlıda Sık Görülen Gastrointestinal Problemler. *Klinil Gelişim*, **25**: 56-65

WONG ML, WEE S, PİN CH, GAN GL, CHİNG H, (1999). Sociodemographic and Lifestyle Factors Associated With Constipation in an Elderly Asian Community. *Am J Gastroenterol*, **94**:1283-91

YANG J, WANG H, ZHOU L, XU C, (2012). Effect of Dietary Fiber on Constipation: A Meta Analysis. *World Journal of Gstroenterology*. **18(48)**: 7378-7383

YURDAKUL İ, (2007). Türkiyede Sık Karşılaşılan Hastalıklar II: Sindirim Sistemi Hastalıkları. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, **58**: 43-58.

www.romecriterio.org, Erişim Tarihi: 01.01.2014

EKLER

Ek 1: Tanımlayıcı Özellikler Formu

Ek 1: Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği

Ek 3: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Karar Formu

Ek 4: Başkent Üniversitesi Tez Çalışması Onayı

Ek 5: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni ve Etik İzin Kararı

Ek 6: Anket Bilgilendirme Metni

EK-1

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER FORMU

Anket No:

Hastanın Adı Soyadı:

1.Yaşınız.....

2. Eğitim durumunuz

- a) Okuryazar
- b) İlkokul
- c) Orta ve lise
- d) Üniversite

3. Medeni durumunuz

- a) Evli
- b)Bekar
- c)Dul
- d)Boşanmış
- e)Diğer.....

4. Mesleğiniz nedir?

- a) Memur
- b) İşçi
- c) Emekli
- d) Serbest Meslek
- e) Diğer

5.Gelir durumunuz nasıldır?

- a)Gelir giderden fazla
- b)Gelir gidere denk
- c)Gelir giderden az

6. Mevcut hastalıklarınız.....

EK-2 KONSTİPASYON RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Toplam ve Tablodaki Risk Faktörleri Halkası <u>CİNSİYET:</u> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Erkek</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Kadın</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table> <u>HAREKETLİLİK:</u> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Bağımsız olarak hareketli</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>Yürümeye bağımlı/ başkalarından yardım alıyor</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Yatağa/sandalyeye bağımlı</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Spinal kord yaralanması/spinal kord başısı</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> </table> <u>LİF ALIMI:</u> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Günlük 5 porsiyon/a det meyve sebze alımı/tüketimi</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>Günlük 3/4 porsiyon/a det sebze/meyve alımı/tüketimi</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Günlük 2 porsiyon/a det sebze/meyve alımı /tüketimi</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Lifi ürünlerin günlük alımı/tüketimi</td> <td style="text-align: right;">Evet 0</td> <td style="text-align: right;">Hayır 2</td> </tr> </table> <u>SIVI ALIMI:</u> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Günlük 10 bardak ve daha fazla sıvı alımı</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>Günlük 6-9 bardak sıvı alımı</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Günlük 5 bardak ve daha az sıvı alımı</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table> <u>KİŞİSEL İNANCLAR:</u> Hasta konstipasyona eğilimli olduğuna inanıyor mu? Evet/Hayır Herhangi bir zamanda konstipasyon için laksatif kullanmış mı? Evet/Hayır Şimdiki bağırsak alışkanlığı: _____ BÖLÜM TOPLAM PUANI	Erkek	1	Kadın	2	Bağımsız olarak hareketli	0	Yürümeye bağımlı/ başkalarından yardım alıyor	1	Yatağa/sandalyeye bağımlı	2	Spinal kord yaralanması/spinal kord başısı	3	Günlük 5 porsiyon/a det meyve sebze alımı/tüketimi	0	Günlük 3/4 porsiyon/a det sebze/meyve alımı/tüketimi	1	Günlük 2 porsiyon/a det sebze/meyve alımı /tüketimi	2	Lifi ürünlerin günlük alımı/tüketimi	Evet 0	Hayır 2	Günlük 10 bardak ve daha fazla sıvı alımı	0	Günlük 6-9 bardak sıvı alımı	1	Günlük 5 bardak ve daha az sıvı alımı	2	Hangi Durumlar Konstipasyon Riskini Arttırır Tıbbi notlardan hasta öyküsü ve kan sonuçları, aşağıdaki durumların varlığını değerlendirir <u>FİZYOLOJİK DURUMLAR</u> <u>Metabolik Hastalıklar</u> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Hipokalemi/ Üremi/ kursun zehirlenmesi</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table> <u>Pelvik durumlar</u> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Histerektomi/ over tümörü/ uterus prolapsusu/ hamilelik</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> </table> <u>Nöromusküler Hastalıklar:</u> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Parkinson Hastalığı/ Multiple Skleroz/ Sistemik Skleroz/ Hirschsprung Hastalığı/ Serebrovasküler Olay/ Spina Bifida/ Romatoid Artrit/ serebral tümör</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> </table> <u>Endokrin Hastalıklar:</u> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Diabetes Mellitus/hipotiroidi/ hypopituitarizm/ hypercalsemi</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> </table> <u>Kolorektal/Abdominal Hastalıklar:</u> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>İmitable Barsak Sendromu/ Crohn Hastalığı/ Diverticulit/ Ulceratif Kolit/ Kolorektal tümör/ anorektal darlık/ anorektal fissür/ anorektal prolapsus/ hemoroitler/ hemiler</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> </table> <u>PSİKOLOJİK DURUMLAR</u> <u>Psikiyatrik Hastalıklar:</u> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Depresyon/ Anoreksia Nevroza/ Bulimia Nevroza</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table> <u>Öğrenme Zorlukları/ Demans</u> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>(Konuşmanın anlaşılabilirliğinin/ durumları anlamada azalma olduğunun belirlenmesi)</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table> BÖLÜM TOPLAM PUANI	Hipokalemi/ Üremi/ kursun zehirlenmesi	2	Histerektomi/ over tümörü/ uterus prolapsusu/ hamilelik	3	Parkinson Hastalığı/ Multiple Skleroz/ Sistemik Skleroz/ Hirschsprung Hastalığı/ Serebrovasküler Olay/ Spina Bifida/ Romatoid Artrit/ serebral tümör	3	Diabetes Mellitus/hipotiroidi/ hypopituitarizm/ hypercalsemi	3	İmitable Barsak Sendromu/ Crohn Hastalığı/ Diverticulit/ Ulceratif Kolit/ Kolorektal tümör/ anorektal darlık/ anorektal fissür/ anorektal prolapsus/ hemoroitler/ hemiler	3	Depresyon/ Anoreksia Nevroza/ Bulimia Nevroza	2	(Konuşmanın anlaşılabilirliğinin/ durumları anlamada azalma olduğunun belirlenmesi)	2
Erkek	1																																									
Kadın	2																																									
Bağımsız olarak hareketli	0																																									
Yürümeye bağımlı/ başkalarından yardım alıyor	1																																									
Yatağa/sandalyeye bağımlı	2																																									
Spinal kord yaralanması/spinal kord başısı	3																																									
Günlük 5 porsiyon/a det meyve sebze alımı/tüketimi	0																																									
Günlük 3/4 porsiyon/a det sebze/meyve alımı/tüketimi	1																																									
Günlük 2 porsiyon/a det sebze/meyve alımı /tüketimi	2																																									
Lifi ürünlerin günlük alımı/tüketimi	Evet 0	Hayır 2																																								
Günlük 10 bardak ve daha fazla sıvı alımı	0																																									
Günlük 6-9 bardak sıvı alımı	1																																									
Günlük 5 bardak ve daha az sıvı alımı	2																																									
Hipokalemi/ Üremi/ kursun zehirlenmesi	2																																									
Histerektomi/ over tümörü/ uterus prolapsusu/ hamilelik	3																																									
Parkinson Hastalığı/ Multiple Skleroz/ Sistemik Skleroz/ Hirschsprung Hastalığı/ Serebrovasküler Olay/ Spina Bifida/ Romatoid Artrit/ serebral tümör	3																																									
Diabetes Mellitus/hipotiroidi/ hypopituitarizm/ hypercalsemi	3																																									
İmitable Barsak Sendromu/ Crohn Hastalığı/ Diverticulit/ Ulceratif Kolit/ Kolorektal tümör/ anorektal darlık/ anorektal fissür/ anorektal prolapsus/ hemoroitler/ hemiler	3																																									
Depresyon/ Anoreksia Nevroza/ Bulimia Nevroza	2																																									
(Konuşmanın anlaşılabilirliğinin/ durumları anlamada azalma olduğunun belirlenmesi)	2																																									
<u>SADECE SERVİS HASTALARI:</u> Hasta hastane tuvaletlerinde barsak boşaltımı için zorlanıyor mu? <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Hayır</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>Evet</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table> <u>KOMOD/SÜRGÜYE GEREKSİNİMİ OLAN HASTALAR:</u> Hastanın Komod/ sürgü kullanmasında sorun bekleniyor mu? <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Hayır/ Uygun değil</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>Evet</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table> BÖLÜM TOPLAM PUANI	Hayır	0	Evet	2	Hayır/ Uygun değil	0	Evet	2	Konstipasyon riskini arttıran ilaçlar Hasta aşağıdaki ilaçlardan herhangi birini düzenli alıyor mu? <table style="width: 100%;"> <tr> <td><u>Antiemetikler</u></td> <td style="text-align: right;">2</td> <td><u>Analjezikler</u></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td><u>Kalsiyum Kanal Blokerleri</u></td> <td style="text-align: right;">2</td> <td><u>Opioid olmayan analjezikler</u></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td><u>Demir ilaçları</u></td> <td style="text-align: right;">2</td> <td><u>Sürekli opioid tedavisi</u></td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> </table> <u>Antikolinergik içeren ilaçlar:</u> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><u>Antikonvülsanlar</u></td> <td style="text-align: right;">2</td> <td><u>Sitotoksik kemoterapi:</u></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td><u>Antidepresanlar</u></td> <td style="text-align: right;">2</td> <td><u>Sitotoksik kemoterapi</u></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td><u>Antiparkinson ilaçları</u></td> <td style="text-align: right;">2</td> <td><u>Vinca alkaloid ajanlar</u></td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td><u>Antispazmotikler</u></td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> BÖLÜM TOPLAM PUANI	<u>Antiemetikler</u>	2	<u>Analjezikler</u>	3	<u>Kalsiyum Kanal Blokerleri</u>	2	<u>Opioid olmayan analjezikler</u>	3	<u>Demir ilaçları</u>	2	<u>Sürekli opioid tedavisi</u>	5	<u>Antikonvülsanlar</u>	2	<u>Sitotoksik kemoterapi:</u>	3	<u>Antidepresanlar</u>	2	<u>Sitotoksik kemoterapi</u>	3	<u>Antiparkinson ilaçları</u>	2	<u>Vinca alkaloid ajanlar</u>	5	<u>Antispazmotikler</u>	2							
Hayır	0																																									
Evet	2																																									
Hayır/ Uygun değil	0																																									
Evet	2																																									
<u>Antiemetikler</u>	2	<u>Analjezikler</u>	3																																							
<u>Kalsiyum Kanal Blokerleri</u>	2	<u>Opioid olmayan analjezikler</u>	3																																							
<u>Demir ilaçları</u>	2	<u>Sürekli opioid tedavisi</u>	5																																							
<u>Antikonvülsanlar</u>	2	<u>Sitotoksik kemoterapi:</u>	3																																							
<u>Antidepresanlar</u>	2	<u>Sitotoksik kemoterapi</u>	3																																							
<u>Antiparkinson ilaçları</u>	2	<u>Vinca alkaloid ajanlar</u>	5																																							
<u>Antispazmotikler</u>	2																																									
Konstipasyon için düşük risk: puan ≤10 Konstipasyon için orta risk: puan 11-15 Konstipasyon için yüksek risk: puan ≥16																																										
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">TOPLAM PUAN</td> <td style="width: 50%;"> </td> </tr> </table>		TOPLAM PUAN																																								
TOPLAM PUAN																																										

EK-3**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P) Yapılan Hastalarda Ameliyat Sonrası Konstipasyon Risk Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası 06100 Sıhhiye/ANKARA
	TELEFON	0312 595 82 27
	FAKS	0312 310 63 70
	E-POSTA	etik@medicine.ankara.edu.tr

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P) Yapılan Hastalarda Ameliyat Sonrası Konstipasyon Risk Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

[illegible]

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İvi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof.Dr.Mehmet MEİLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilgili	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Mehmet MELLİ	Farmakoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Irfan SOYKAN	Gastroenteroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Serdar ÖZTÜRK	Tıbbi Biyokimya	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Seher DEMİRER	Genel Cerrahi	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Şule ŞENGÖL	Nefroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.İnci İLHAN	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Serap SIVRI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Zarife ŞENOCAK	Hukuk	A.Ü.Hukuk Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Banu ÇAKIR	Halk Sağlığı	H.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr.A. Ruhi SOYLU	Biyofizik	H.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr.Derya ÖZTUNA	Biyostatistik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr.Selami Koçak TOPRAK	Hematoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Yrd.Doç.Dr.Nüket KUTLAY	Tıbbi Genetik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Üz. Dr.Önder İLGİLİ	Tıp Tarihi ve Etik	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	<i>[Signature]</i>
Mühürbe SUTAY	İşletme	-	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	<i>[Signature]</i>

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Mehmet MELLİ
İmza:

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Not: Etik kurul başkanı, imzasını yer almadığı her sayfaya imza atmamalıdır.

EK-4



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü



Sayı : 88825990-020/ 565
Konu : Çiğdem Bolat Tez Çalışması Onayı

14/01/2016

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli Yüksek Lisans program öğrencisi Çiğdem BOLAT'ın Transüretal Prostat Rezeksiyonu (TUR-P) Yapılan Hastalarda Ameliyat Sonrası Konstipasyon Risk Değerlendirmesi konulu tez çalışmasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür. Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Adnan TORGAY
Başhekim

14/01/2016 Müdür

: Yrd.Doç.Dr.Ziyafet UĞURLU

Doğrulama Adresi: http://ebys.baskent.edu.tr/enVision/Validate_doc.aspx?V=BE84BHS3

Fevzi Çakmak Cad.10 Sok. No:45 Bahçelievler/Ankara

Birim Telefon No: 0 312 203 68 68/1412-1019

E-Posta: bashekimlik@baskent-ank.edu.tr

Faks No: 0 312 203 65 60

İnternet Adresi: www.baskent-ank.edu.tr

Bilgi İçin: Ziyafet UĞURLU

Unvan: Müdür

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

EK-5



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 51700877/771
Konu : Tez Çalışması-Çiğdem BOLAT

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İlgi: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 14/12/2015 tarihli ve 38719 sayılı yazısı.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Çiğdem BOLAT tarafından yürütülmesi planlanan "Transüretal Prostat Rezeksiyonu (TUR-P) Yapılan Hastalarda Ameliyat Sonrası Konstipasyon Risk Değerlendirmesi" konulu tez çalışmasının yapılması planlanan Genel Sekreterliğimize bağlı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılması çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi, bir örneğinin Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla Hastane Yöneticiliğince uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

GÜVENLİ ELEKTRONİK
İMZA İLE AYNISIDIR
15.12.2015

Dr. Ertuğrul ÜNKOÇ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:
1- İlgili Evraklar (3 Sayfa)

Hulusi ŞİMŞEK
Başkan

Anafartalar Cad. Altındağ Sarayı, Talatpaşa Bulvarı 06320 Altındağ/Ankara Tel: 0312 306 3676- 3718 Fax:
0312 306 3632 e-posta: khb0601.egitim@saglik.gov.tr
Ceren ÇALIK

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden aa6fb823-d6ec-48f9-bc8d-e73b61ba832b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Dr. B.
20.12.2015
Jh

EK-5



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu



Başvuru No : 1052/2015
Karar No : 2015/1052

09.12.2015

Sayın; Çiğdem BOLAT
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Ankara Üniversitesinin 26/11/2015 tarihli ve 23420 sayılı yazısıyla genel sekreterliğimize bildirilen, Prof. Dr. Sibel ERKAN İLHAN danışmanlığında yürütülecek olan “*Transüretal prostat rezeksiyonu (TUR-P) yapılan hastalarda ameliyat sonrası konstipasyon risk değerlendirmesi*” konulu yüksek lisans tez çalışmanıza ait hastanemiz Üroloji Kliniği’ndeki vakaların çalışmaya dahil edilmesi ve “*Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği*” uygulamaya ilişkin izin talebiniz, Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonumuz tarafından değerlendirilmiş ve uygulanabilir olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.


Prof. Dr. Hürrem BODUR
(Başkan)

Prof. Dr. Adil ERYILMAZ
(Başkan yrd.)


Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN
(Üye)


Prof. Dr. Adem ÖZKARA
(Üye)

Doç. Dr. Sezer KULAÇOĞLU
(Üye)

Doç. Dr. Altuğ TUNCEL
(Üye)

EK-5

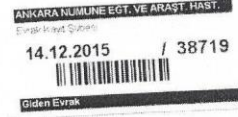


T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 20796219-Per.774

Konu: Tez Çalışması – Çiğdem BOLAT Hk.



ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi:27.11.2015 tarih ve E-15109 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrencisi olarak görev yapan Çiğdem BOLAT'ın, "Transüretal Prostat Rezeksiyonu (TUF-P) Yapılan Hastalarda Ameliyat Sonrası Konstipasyon Risk Değerlendirmesi" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapması talebi Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Op.Dr.Saniye N.TONTUŞ
Hastane Yöneticisi a.
Başhekim Yardımcısı

Ek:1

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İrtibat; Personel Şube Sorumlusu M.İNAC
Talatpaşa Bulvarı No:5 Altıncı dağ/Ankara
Tel: 0 (312) 508 44-86-88-89-90 Faks:0 (312) 508 49 10

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden aa6fb823-d6ec-48f9-bc8d-e73b61ba832b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6 ANKET BİLGİLENDİRME METNİ

Araştırmanın Adı: Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P) Yapılan Hastalarda Ameliyat Sonrası Konstipasyon Risk Değerlendirmesi

Araştırmanın Kolay Anlaşılır Adı: Prostatın açık ameliyat yapılmadan erkek idrar boşaltım kanalından girilerek çıkartılması ameliyatı sonrası kabızlık risk değerlendirme

Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı: Doç. Dr. Sibel Erkal İlhan

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Yataklı Servisleri, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayın Gönüllü,

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi yataklı servislerinde “Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P) Yapılan Hastalarda Ameliyat Sonrası Konstipasyon Risk Değerlendirmesi” konulu çalışma yapılacaktır. Bu çalışma prostat büyümesi sonucu prostatın açık ameliyat yapılmadan erkek idrar boşaltım kanalından girilerek çıkartılması ameliyatı sonrası bir kez kabızlık risk değerlendirme ölçeği kullanarak hastaların kabızlık riskinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Çalışmada sosyodemografik bilgilerinizin yanı sıra mesleğiniz, gelir durumunuz ve mevcut hastalıklarınızı içeren altı sorudan oluşan ve yaklaşık iki dakikanızı alacak sorulara yüz yüze görüşerek cevap vermenizi istemekteyiz. Çalışma sırasında sizden alınacak bilgilerin gizliliği korunacaktır. Çalışmayı reddetme hakkınız bulunmaktadır. Ayrıca araştırmacı uygun gördüğü takdirde gerekli bilgilendirmeleri yaparak sizi araştırmadan çıkarabilir.

Araştırmaya 40 yaş ve üzeri yaklaşık 100 gönüllünün katılması planlanmaktadır. Araştırmanın size ve bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumuna bir maliyeti yoktur. Araştırma ile ilgili bir sorunuz olduğunda yardımcı araştırmacı Çiğdem Bolat’a sorabilirsiniz.

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı

Doç. Dr. Sibel Erkal İlhan

ÖZGEÇMİŞ

BİREYSEL BİLGİLER

Ad- Soyad: Çiğdem Bolat
Doğum Tarihi/ Yeri: 14.12.1988 / Ortaköy
Uyruğu : T.C
Medeni Durum: Bekâr
Adres: Beşikkaya Mah. 1900 sk.
Barış Apt. No: 21/12 Altındağ, Ankara
Telefon: Cep: 0544 241 63 50
İş: 0312 212 68 68 / 3200

EĞİTİM BİLGİLERİ

Tarih: Eylül 2007 - Haziran 2012
Alınan Belge: Lisans Diploması
Okul: Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi,
Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü, Ankara
Akademik Başarı: 3,05 / 4,00
Tarih: Eylül 2000 – Haziran 2005
Alınan Belge: Lise Diploması
Okul: Hurin Yavuzalp Lisesi
Tarih: Eylül 1993 – Haziran 2000
Alınan Belge: İlköğretim Diploması
Okul: Yaylacık Atatürk İlköğretim Okulu
Yabancı Dil: İngilizce: Okuma- Yazma: İntermediate Konuşma: Pre-
İntermediate

MESLEKİ DENEYİM

Tarih: 28 Nisan 2016 -
Pozisyon: Hemşire
Çalıştığı Kurum: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, B Blok 2. Kat
Dahiliye Servisi

Tarih: 5 Eylül 2012 - 27 Nisan 2016
Pozisyon: Hemşire
Çalıştığı Kurum: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, D Blok 2. Kat VIP Servisi
Tarih: 29 Haziran 2012 – 5 Eylül 2012
Pozisyon: Hemşire
Çalıştığı Kurum: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, B Blok 3. Kat VIP Servisi

SERTİFİKA PROGRAMLARI VE SEMİNERLER

Tarih: 16-20 Nisan 2012
Program: Hacettepe Kariyer Günleri
Tarih: 26 Ekim 2011- 18 Mayıs 2012
Program: Ankara Başkent Üniversitesi Prof. Dr. Mithat Çoruh Kalite Yönetim Merkezi, Kalite Yönetim Sistemi Sertifika Programı (100 saat)
Tarih: Ekim- Ocak 2011
Program: Ankara Başkent Üniversitesi Psikolojik ve Rehberlik Eğitim Merkezi, İletişim Becerileri Sertifika Programı
Tarih: 6-14 Kasım 2010
Program: Ankara Başkent Üniversitesi Atatürkçü Düşünce Topluluğu; Beden Dili ve Hitabet, Atatürk ve Liderlik, İş Hayatında Liderlik Konulu Seminer Programı

BİLGİSAYAR BİLGİSİ

- Microsoft Office Araçları (Word, Excel, Power Point)
- SPSS Paket Programı

ETKİNLİKLER

Tarih: 6 Kasım 2010 -
Kurum: Lösemili Çocuklar Vakfı, Gönüllü Üyeliği
Tarih: Ekim 2010 - Mayıs 2011
Kurum: Ankara Üniversitesi Halk Oyunları Topluluğu, (Van Yöresi)

Tarih: Eylül 2011- Mayıs 2012
Kurum: Tuana Gençlik ve Spor Klübü Halk Oyunları Kursu (Trabzon,
Hakkari,
Burdur, Antep yöreleri)
Tarih: Ekim 2008- Ocak 2009
Kurum: Başkent Üniversitesi Bağlama Kursu

