



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

**EĞİTİMİN**  
**PRİMER KONSTİPASYONLU HASTALARDA KONSTİPASYON**  
**CİDDİYETİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Mehmet Hayrullah ÖZTÜRK  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN**  
Doç. Dr. Serap PARLAR KILIÇ

**GAZİANTEP 2015**



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

**EĞİTİMİN**  
**PRİMER KONSTİPASYONLU HASTALARDA KONSTİPASYON**  
**CİDDİYETİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Mehmet Hayrullah ÖZTÜRK  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI)

**DANIŞMAN**  
Doç. Dr. Serap PARLAR KILIÇ

**GAZİANTEP 2015**

**T.C.**  
**GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**EĞİTİMİN**  
**PRİMER KONSTİPASYONLU HASTALARDA KONSTİPASYON CİDDİYETİ**  
**VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**Mehmet Hayrullah ÖZTÜRK**

Tez Savunma Tarihi: 31.03.2015

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

**Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü**

Bu tez çalışmasının bir "Yüksek Lisans" derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

**Prof. Dr. Kıvanç GÜNGÖR**

**Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı V.**

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

**Doç. Dr. Serap Parlar KILIÇ**

**Tez Danışmanı**

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

**Tez Jürisi**

**İmzası**

**Doç. Dr. Özlem OVAYOLU**

**Doç. Dr. Serap PARLAR KILIÇ**

**Doç. Dr. Neşe KIZILKAN**

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Mehmet Hayrullah ÖZTÜRK

Mart-2015

## TEŞEKKÜR

Her geçen gün tıp dünyasında yeni bir şeylerin keşfedildiğini ve güncel kalmanın önemini öğreten, görüşleri ve değerli önerileriyle bana yol gösteren, derin bilgi ve deneyimini paylaşıırken yapıcı eleştirilerle eğitimime büyük katkı sağlayan ve tezimin her aşamasında desteğini benden esirgemeyen tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Serap PARLAR KILIÇ’a teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimimde; bilgi, deneyim ve tecrübeleriyle akademik anlamda bana ışık tutan gerek eğitim gerekse özel hayatımda karşılaştığım her zorlukta yanımda olan değerli hocalarım Prof. Dr. Nimet OVAYOLU ve Doç. Dr. Özlem OVAYOLU’na teşekkür ederim.

Tez çalışmamın istatistiksel değerlendirmesini yapan Doç.Dr. Seval KUL’a teşekkür ederim.

Tez çalışmamın uygulaması aşamasında bana destek veren ve ilgili hasta grubunu bana yönlendiren Gaziantep Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi Gastroenteroloji poliklinik ve kliniğindeki görevli tüm doktor, hemşire ve personeline teşekkür ederim.

Benim bu günlere gelmemi, bu başarıyı tatmamı sağlayan, bana her türlü güçlüğü altından nasıl kalkabileceğimi öğreten, gerek maddi gerek manevi destekleri ile her zaman yanımda olduklarını hissettiren ve sevgilerini benden esirgemeyen bu mutlu günümde yanımda olmasını çok istediğim ilk öğretmenim rahmetli babam Mehmet Musa ÖZTÜRK, sevgili annem Zekiye ÖZTÜRK, ablam, abim ve kardeşlerime en içten ve binlerce teşekkürlerimi sonsuz sevgi, saygı ve şükranlarımla sunarım...

Mehmet Hayrullah ÖZTÜRK

Gaziantep, Mart 2015

## İÇİNDEKİLER

|                                                       | Sayfa No |
|-------------------------------------------------------|----------|
| İÇİNDEKİLER.....                                      | iii      |
| TABLolar LİSTESİ.....                                 | vii      |
| ŞEKİLLER LİSTESİ .....                                | ix       |
| KISALTMALAR VE SEMBOLLER LİSTESİ .....                | x        |
| ÖZET .....                                            | 1        |
| ABSTRACT .....                                        | 2        |
| 1. GİRİŞ .....                                        | 3        |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....                  | 3        |
| 1.2. Araştırmanın Amacı .....                         | 6        |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                | 7        |
| 2.1. Konstipasyon .....                               | 7        |
| 2.1.1. Konstipasyon Epidemiyolojisi .....             | 10       |
| 2.1.2. Normal Kolon Fizyolojisi .....                 | 11       |
| 2.1.3. Etiyoloji.....                                 | 13       |
| 2.1.4. Risk Faktörleri .....                          | 15       |
| 2.1.5. Patafizyoloji .....                            | 17       |
| 2.1.5.1. Primer Konstipasyon .....                    | 18       |
| 2.1.5.1.1. Normal Transit Zamanlı Konstipasyon .....  | 18       |
| 2.1.5.1.2. Yavaş Transit Zamanlı Konstipasyon .....   | 18       |
| 2.1.5.1.3. Defekasyon Bozuklukları .....              | 19       |
| 2.1.5.2. Sekonder Konstipasyon .....                  | 20       |
| 2.1.6. Klinik Belirtiler .....                        | 21       |
| 2.1.7. Tanıya Yönelik İşlemler .....                  | 21       |
| 2.1.7.1. Tıbbi Öykü .....                             | 21       |
| 2.1.7.2. Fiziksel Muayene .....                       | 22       |
| 2.1.7.3. Laboratuvar ve Görüntüleme Çalışmaları ..... | 23       |
| 2.1.8. Tedavi ve Konstipasyon Yönetimi .....          | 26       |
| 2.1.8.1. Farmakolojik Tedavi .....                    | 26       |
| 2.1.8.2. Cerrahi Tedavi .....                         | 29       |
| 2.1.8.3. Yaşam Biçimi Değişiklikleri .....            | 29       |
| 2.1.8.4. Non-Farmakolojik Yöntemler .....             | 31       |

|                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.2. Konstipasyon ve Yaşam Kalitesi .....                     | 36        |
| 2.2.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı .....                         | 36        |
| 2.2.2. Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri .....          | 37        |
| 2.2.3. Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri .....         | 37        |
| 2.2.4. Genel Yaşam Kalitesi .....                             | 38        |
| 2.2.5. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi .....                   | 38        |
| 2.2.6. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi.....                     | 39        |
| 2.2.7. Yaşam Kalitesini Etkileyen Durumlar .....              | 40        |
| 2.2.8. Yaşam Kalitesini Etkileyen Olumlu Faktörler .....      | 40        |
| 2.2.9. Yaşam Kalitesini Etkileyen Olumsuz Faktörler .....     | 40        |
| 2.2.10. Yaşam Kalitesi Ölçekleri .....                        | 41        |
| 2.2.11. Konstipasyon ve Yaşam Kalitesi .....                  | 42        |
| 2.3. Konstipasyon ve Hemşirelik .....                         | 44        |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>                               | <b>45</b> |
| 3.1. Araştırma Şekli .....                                    | 45        |
| 3.2. Araştırmanın Hipotezleri .....                           | 45        |
| 3.3. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri .....                   | 45        |
| 3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi .....              | 45        |
| 3.4.1. Araştırmanın Evreni .....                              | 45        |
| 3.4.2. Araştırmanın Örneklemi .....                           | 46        |
| 3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....                        | 46        |
| 3.6. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....    | 46        |
| 3.7. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri ..... | 47        |
| 3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....      | 47        |
| 3.9. Verilerin Toplanması .....                               | 47        |
| 3.9.1. Veri Toplama Araçları .....                            | 47        |
| 3.9.1.1. Kabızlık Anketi (KA) .....                           | 47        |
| 3.9.1.2. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) .....      | 48        |
| 3.9.1.3. Vizüel Analog Skala (VAS) .....                      | 48        |
| 3.9.1.4. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) .....             | 48        |
| 3.9.2. Araştırmanın Uygulanması .....                         | 49        |
| 3.9.3. Eğitim Programı .....                                  | 50        |
| 3.9.3.1. Konstipasyon Eğitim Kitapçığı .....                  | 51        |
| 3.10. Verilerin Analiz Edilmesi .....                         | 51        |

|                                                                                                                                                                                                                                               |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.11. Araştırmanın Süresi .....                                                                                                                                                                                                               | 51        |
| 3.12. Araştırmanın Etiği .....                                                                                                                                                                                                                | 51        |
| <b>4. BULGULAR .....</b>                                                                                                                                                                                                                      | <b>52</b> |
| 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Sosyo-Demografik Bulguları .....                                                                                                                                                                   | 52        |
| 4.2. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Klinik Bilgilerine İlişkin Bulguları .....                                                                                                                                                         | 53        |
| 4.3. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Bazı Değişkenlere Göre Toplam<br>KYKÖ ve Toplam KCÖ Puanlarına İlişkin Bulguları .....                                                                                                             | 55        |
| 4.4. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Dışkılama Durumlarına<br>İlişkin Bulguları .....                                                                                                                                          | 57        |
| 4.5. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Dışkılamayla İlişkili<br>Sağlık Sorunlarına Yönelik Bulguları .....                                                                                                                       | 60        |
| 4.6. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Dışkılama İçin Herhangi<br>Bir Ürün Kullanma Durumlarına İlişkin Bulguları .....                                                                                                          | 63        |
| 4.7. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Tükettikleri Sıvı<br>Miktarına İlişkin Bulguları .....                                                                                                                                    | 65        |
| 4.8. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Konstipasyon Yaşam<br>Kalitesi Ölçeğinden (KYKÖ) ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinden (KCÖ)<br>Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları .....                                       | 68        |
| 4.9. Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi-Sonrası ve Kontrol Grubunun Eğitim<br>Öncesi-Sonrası Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinden (KYKÖ) ve<br>Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinden (KCÖ) Aldıkları Puan Ortalamalarına<br>İlişkin Bulguları ..... | 71        |
| 4.10. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Kabızlık Şiddeti (VAS)<br>Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları .....                                                                                                                    | 73        |
| 4.11. Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi-Sonrası ve Kontrol Grubunun Eğitim<br>Öncesi-Sonrası Kabızlık Şiddeti (VAS) Puan Ortalamalarına İlişkin<br>Bulguları .....                                                                              | 73        |
| 4.12. Hastaların Toplam Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Toplam<br>Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin<br>Dağılımı.....                                                                                 | 74        |
| <b>5. TARTIŞMA .....</b>                                                                                                                                                                                                                      | <b>75</b> |
| 5.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin ve Hastalık Bilgilerinin<br>İncelenmesi.....                                                                                                                                                  | 75        |

|                                                                                                                                                                                                                       |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>5.2. Eğitimin Hastaların Dışkılama Durumlarına, Dışkılamayla İlişkili Sağlık Sorunlarına, Dışkılama İçin Herhangi Bir Ürün Kullanma Durumlarına ve Tükettikleri Sıvı Miktarına Olan Etkisinin İncelenmesi.....</b> | <b>79</b>  |
| <b>5.3. Eğitimin Hastaların Yaşam Kalitesine ve Konstipasyon Ciddiyetine Olan Etkisinin İncelenmesi .....</b>                                                                                                         | <b>82</b>  |
| <b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....</b>                                                                                                                                                                                  | <b>85</b>  |
| <b>6.1. Sonuçlar .....</b>                                                                                                                                                                                            | <b>85</b>  |
| <b>6.2. Öneriler .....</b>                                                                                                                                                                                            | <b>86</b>  |
| <b>7. KAYNAKLAR .....</b>                                                                                                                                                                                             | <b>87</b>  |
| <b>8. EKLER .....</b>                                                                                                                                                                                                 | <b>101</b> |
| <b>EK-1. Kabızlık Anketi .....</b>                                                                                                                                                                                    | <b>101</b> |
| <b>EK-2. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ).....</b>                                                                                                                                                           | <b>106</b> |
| <b>EK-3. Vizüel Analog Skalası (VAS) .....</b>                                                                                                                                                                        | <b>110</b> |
| <b>EK-4. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) .....</b>                                                                                                                                                                 | <b>111</b> |
| <b>EK-5. Eğitim Kitapçığı .....</b>                                                                                                                                                                                   | <b>113</b> |
| <b>EK-6. Eğitim kitapçığı için uzman görüşleri .....</b>                                                                                                                                                              | <b>127</b> |
| <b>EK-7. Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu .....</b>                                                                                                                                                                  | <b>128</b> |
| <b>EK-8. Kurumlardan Alınan Yazılı İzin .....</b>                                                                                                                                                                     | <b>129</b> |
| <b>EK-9. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul .....</b>                                                                                                                                                    | <b>130</b> |
| <b>EK-10. Ölçeklerin Kullanımı İle İlgili İzin .....</b>                                                                                                                                                              | <b>131</b> |
| <b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>                                                                                                                                                                                                  | <b>134</b> |

## TABLÖLER LİSTESİ

|                                                                                                                                                                                                                                           | <u>Sayfa No</u> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Tablo 1.</b> Fonksiyonel Konstipasyon – Roma II kriterleri .....                                                                                                                                                                       | 8               |
| <b>Tablo 2.</b> Roma III Konstipasyon kriterleri .....                                                                                                                                                                                    | 9               |
| <b>Tablo 3.</b> American College of Gastroenterology (ACG) Kronik Konstipasyon<br>‘Task Force’ kriterleri .....                                                                                                                           | 9               |
| <b>Tablo 4.</b> Sekonder Konstipasyona neden olan etmenler .....                                                                                                                                                                          | 13              |
| <b>Tablo 5.</b> Sekonder Konstipasyona neden olan ilaçlar .....                                                                                                                                                                           | 14              |
| <b>Tablo 6.</b> Konstipasyon risk faktörleri .....                                                                                                                                                                                        | 15              |
| <b>Tablo 7.</b> Konstipasyonu olan hastalarda alarm semptomları .....                                                                                                                                                                     | 21              |
| <b>Tablo 8.</b> Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri .....                                                                                                                                                                             | 52              |
| <b>Tablo 9.</b> Hastaların Klinik Bilgilerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....                                                                                                                                                   | 54              |
| <b>Tablo 10.</b> Hastaların Bazı Değişkenlere Göre Toplam KYKÖ ve Toplam<br>KCÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....                                                                                                              | 56              |
| <b>Tablo 11.</b> Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Dışkılama<br>Durumlarına İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması .....                                                                                                     | 59              |
| <b>Tablo 12.</b> Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Dışkılamayla İlişkili<br>Sağlık Sorunlarına Yönelik Bulgularının Karşılaştırılması.....                                                                                   | 62              |
| <b>Tablo 13.</b> Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Dışkılama İçin<br>Herhangi Bir Ürün Kullanma Durumlarına İlişkin Bulgularının<br>Karşılaştırılması .....                                                                  | 64              |
| <b>Tablo 14.</b> Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Tükettikleri Sıvı<br>Miktarına İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması.....                                                                                                | 67              |
| <b>Tablo 15.</b> Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Konstipasyon<br>Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinden Aldıkları<br>Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....                                        | 70              |
| <b>Tablo 16.</b> Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi-Sonrası ve Kontrol Grubunun<br>Eğitim Öncesi-Sonrası Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği ve<br>Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının<br>Karşılaştırılması ..... | 72              |
| <b>Tablo 17.</b> Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Konstipasyona Yönelik<br>Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgularının Dağılımı.....                                                                                     | 73              |

|                                                                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 18.</b> Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Kabızlık Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....                               | 73 |
| <b>Tablo 19.</b> Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Kabızlık Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....                                | 74 |
| <b>Tablo 20.</b> Hastaların Toplam Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Toplam Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki..... | 74 |

## ŞEKİLLER LİSTESİ

### Sayfa No

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Şekil 1. Defekasyon işlevi..... | 12 |
|---------------------------------|----|

## KISALTMALAR VE SEMBOLLER LİSTESİ

|                |                                                        |
|----------------|--------------------------------------------------------|
| <b>ABD</b>     | : Amerika Birleşik Devletleri                          |
| <b>ACG</b>     | : American College Of Gastroenterology                 |
| <b>BGS</b>     | : Bristol Gaita Skalası                                |
| <b>BT</b>      | : Bilgisayarlı Tomografi                               |
| <b>Ca</b>      | : Kalsiyum                                             |
| <b>cm</b>      | : Santimetre                                           |
| <b>dk</b>      | : Dakika                                               |
| <b>Diğ</b>     | : Diğerleri                                            |
| <b>DSÖ</b>     | : Dünya Sağlık Örgütü                                  |
| <b>EMG</b>     | : Elektromiyografi                                     |
| <b>FFR</b>     | : Fonksiyonel Fekal Retansiyon                         |
| <b>G</b>       | : Gram                                                 |
| <b>GYA</b>     | : Günlük Yaşam Aktiviteleri                            |
| <b>ISO</b>     | : Uluslararası Standart Örgütü                         |
| <b>K</b>       | : Potasyum                                             |
| <b>KA</b>      | : Kabızlık Anketi                                      |
| <b>KCÖ</b>     | : Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği                         |
| <b>KCÖ-A</b>   | : Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği- Ağrı                   |
| <b>KCÖ-DT</b>  | : Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği- Dışkı Tıkanıklığı      |
| <b>KCÖ-KBT</b> | : Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği-Kalın Barsak Tembelliği |
| <b>kg</b>      | : Kilogram                                             |
| <b>KYKÖ</b>    | : Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği                   |
| <b>lt</b>      | : Litre                                                |
| <b>m</b>       | : Metre                                                |
| <b>m2</b>      | : Metrekare                                            |
| <b>Maks</b>    | : Maksimum                                             |
| <b>Min</b>     | : Minimum                                              |
| <b>ml</b>      | : Mililitre                                            |
| <b>mmhg</b>    | : Milimetre Civa                                       |
| <b>n</b>       | : Hasta Sayısı                                         |
| <b>Na</b>      | : Sodyum                                               |
| <b>TSH</b>     | : Tiroid Stimulan Hormon                               |

|               |                                                        |
|---------------|--------------------------------------------------------|
| <b>SiYK</b>   | : Sağlık İlişkili Yaşam Kalitesi                       |
| <b>SF-36</b>  | : Short Form-36(Yaşam Kalitesi Ölçeği)                 |
| <b>SS</b>     | : Standart Sapma                                       |
| <b>Sn</b>     | : Saniye                                               |
| <b>P</b>      | : Fosfor                                               |
| <b>Peg</b>    | : Polietilen Glikol                                    |
| <b>VAS</b>    | : Vizüel Analog Skala                                  |
| <b>VIP</b>    | : Vazoaktif İntestinal Peptid                          |
| <b>vb</b>     | : Ve Benzeri                                           |
| <b>x</b>      | : Ortalama                                             |
| <b>5-HT 4</b> | : 5-Hidroksitriptamin Reseptör Alt Grubu               |
| <b>%</b>      | : Yüzde                                                |
| <b>WHOQOL</b> | : World Health Organization Quality Of Life Assessment |

## ÖZET

### EĞİTİMİN PRİMER KONSTİPASYONLU HASTALARDA KONSTİPASYON CİDDİYETİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Mehmet HAYRULLAH ÖZTÜRK

Yüksek Lisans Tezi, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Serap PARLAR KILIÇ

Mart 2015, 133 Sayfa

Bu araştırma Roma III kriterlerine göre primer konstipasyon tanısı konan hastalara verilen hemşirelik eğitiminin hastaların konstipasyon şiddetine ve yaşam kalitesine etkisini incelemek ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneri getirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma; Nisan-Ekim 2014 tarihleri arasında Gaziantep ilinde bulunan bir devlet hastanesinin gastroenteroloji polikliniğinde tedavi takibi yapılan ve rastlantısal yöntem ile seçilen 40 müdahale ve 40 kontrol olmak üzere toplam 80 konstipasyonlu bireyle yapılmıştır. Veri toplama araçları olarak; Kabızlık Anketi (KA), Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ), Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) ve Vizüel Analog Skalası (VAS) kullanılmıştır.

Çalışma sonucunda; toplam KYKÖ puan ortalamasının müdahale grubunda eğitim öncesi  $85,35 \pm 7,3$ 'dan, eğitim sonrası  $60,85 \pm 5,65$ 'ya düştüğü ( $p < 0,001$ ), kontrol grubunda değişiklik olmadığı ve eğitim sonrası müdahale grubu ile kontrol grubu arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Toplam KCÖ puan ortalamasının da müdahale grubunda eğitim öncesi  $43,42 \pm 5,46$ 'dan, eğitim sonrası  $20,17 \pm 4,05$ 'ya düştüğü ( $p < 0,001$ ), kontrol grubunda değişiklik olmadığı ve eğitim sonrası müdahale grubu ile kontrol grubu arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Bu sonuçlar doğrultusunda, primer konstipasyon tanısı alan bireylerin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarında olumlu değişiklikler sağlanabilmesi için; sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite, tuvalet alışkanlıkları, karın masajı ve günlük sıvı alımı, düzenli sağlık kontrolü gibi ana başlıkları içeren sağlık eğitiminin verilmesi önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Primer konstipasyon, eğitim, konstipasyon şiddeti, yaşam kalitesi

## **ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF TRAINING ON PATIENTS WITH PRIMARY CONSTIPATION REGARDING CONSTIPATION SEVERITY AND QUALITY OF LIFE**

Mehmet HAYRULLAH ÖZTÜRK

M.Sc. Thesis, Internal Medicine Nursing Post Graduate Program

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Serap PARLAR KILIÇ

March 2015, 133 pages

This study was conducted in order to examine the impact of nursing training on constipation severity and quality of life given to the patients diagnosed with primary constipation according to Rome III criteria and to make suggestions in accordance with the results obtained. The research is done on randomly selected, an experimental group of 40 and a control group of 40, a group of 80 total individuals with constipation in the treatment and follow-up process in a gastroenterology outpatient clinic of a public hospital located in the province of Gaziantep between April and October 2014. As data collection tools Constipation Questionnaire (CQ), Constipation Severity Scoring (CSS), Constipation Quality of Life Questionnaire (CQLQ) and Visual Analogue Scale (VAS) were used.

As a result of this study, average of total CQLQ points before training was  $85,35 \pm 7,03$  and decreased to  $60,85 \pm 5,65$  after training ( $p < 0,001$ ) on the experimental group, there was no change in control group and the difference between the control group and the experimental group after training was determined to be statistically significant ( $p < 0,05$ ). Also, average of total CSS points before training was  $43.42 \pm 5.46$  and decreased to  $20,17 \pm 4,05$  after training ( $p < 0,001$ ) on the experimental group, there was no change in control group and the difference between the control group and the experimental group after training was determined to be statistically significant ( $p < 0,05$ ). In accordance with these results, in order to ensure positive changes on healthy lifestyle behaviors of the individuals diagnosed with primary constipation, it is advisable to give them the health training including main topics such as healthy diet, regular physical activity, toilet habits, abdominal massage and daily fluid intake.

**Keywords:** Primary constipation, training, constipation severity, quality of life

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık, bir bütün olarak bireyin kendisi ve çevresi ile uyumlu ve barış içinde olduğu denge durumu olup, sağlığı sürdürme yeteneğidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, “bireyin yalnızca hastalık veya sakatlık durumunda olmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal (mental), sosyal yönden tam bir iyilik durumunda olması olarak” tanımlanmaktadır (1).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (2). Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (3).

Beslenme ise, bireylerin ve toplumların sağlığının korunması ve sürdürülmesi için gerekli, aynı zamanda biyofizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve politik-ekonomik etmenlerden etkilenebilen temel bir yaşam gereksinimidir. Sağlıklı toplumların oluşması için yeterli ve dengeli beslenme tartışmasız bir ön koşuldur. Son yıllarda dünyada artan fast-food tüketimi ve dengesiz beslenme sonucu konstipasyon önemli bir sorun olmaya başlamıştır (4).

Konstipasyon; dışkılamada zorluk, aralıklı, tam olmayan defekasyon ve ayrıca yetersiz veya ağrı veren defekasyon işlemi olarak tanımlanmaktadır. Konstipasyonun diğer semptomları ise sert dışkılama, bağırsakların tam boşalmaması, karında rahatsızlık veya ağrı hissi, defekasyon esnasında çıkışta engellenme/takılma hissi ve parmakla dışkının çıkarılmasıdır (5).

Tanımdaki anlam kargaşasını ortadan kaldırmak için çeşitli sınıflandırma sistemleri kullanılmıştır. Tanımlamada bir standart oluşturmak için Roma Komitesi 1989’da Roma I kriterlerini oluşturmuş, 1999’da bu kriterler gözden geçirilerek Roma II kriterleri belirlenmiştir. Son olarak 2006 yılında Los Angeles’da yapılan toplantıda Roma III kriterleri oluşturulmuştur. Roma II kriterlerine göre konstipasyon; son 12 ayda en az 3 ay, dışkılamaların en az ¼ veya daha fazlasında ıkınma, tam boşalamama ve rektal tıkanıklık hissi, el ile karın ya da makat bölgesine müdahale etme, haftada üçten daha az sayıda dışkılama olması, yumuşak dışkılama yapılmaması belirtilerinden iki veya daha fazlasının bulunması şeklinde tanımlanmıştır. Bu kriterlere ilave olarak konstipasyonun

hakim olduğu İrritabl Barsak Sendromu için aranılan kriterlerin yetersiz olması gereklidir. Roma III kriterlerine göre şikâyetlerin altı ay önce başlamış olması ve son üç ayın en az %10'unda, üç veya daha fazla gün konstipasyon şikâyetlerinin bulunmasının gerekli olduğu kabul edilmiştir (6).

Günümüzde konstipasyon görülme oranı toplumlara göre %2-34 arasında değişmektedir. Ülkemizde popülasyona dayalı yapılan araştırma sonuçlarına göre konstipasyonun görülme oranı %22-40 arasında olduğu bildirilmektedir (6). Kuzey Amerika'da yaklaşık %15-20 görülürken, bu sıklık yaşlılarda %50'ye kadar çıkmaktadır (7). Bu alanda ülkemizde yapılmış olan tek çalışma reflü ve fonksiyonel barsak hastalıkları Türkiye taramasıdır. Bu çalışmada, ülkemiz için konstipasyon oranı %8,9 olarak bildirilmiştir. Bu oran 55 yaş üstü bireylerde %12,5 iken, 75 yaş ve üzeri bireylerde %16,3 olduğu görülmektedir (8).

Konstipasyon bir semptomdur, bir hastalık değildir. Kültürel, emosyonel, çevresel faktörler konstipasyon gelişmesinde rol oynamaktadır (9). Yetersiz sıvı alımı, fiziksel aktivite azlığı, yanlış beslenme, az posalı beslenme, ileri yaş, eğitim düzeyinin düşüklüğü, çevre değişikliği, defekasyon gereksiniminin sık sık ertelenmesi, cinsel suiistimale uğrama, hamilelik, stres, kaygı, depresyon semptomlarının varlığı, steroid antiinflamatuvar ve diğer konstipasyona yol açan ilaç kullanımı, bazı hastalıklar ve tedavi süreci (intestinal obstrüksiyon, rektal lezyon, vb.) konstipasyon için risk faktörleri arasındadır (10).

Herhangi altta yatan bir sebep bulunamadığı zaman primer veya idiyopatik konstipasyon tanısı konulmaktadır. Patofizyolojik olarak primer konstipasyon üç ana gruba ayrılarak sınıflandırılabilir: normal transit konstipasyon, yavaş transit konstipasyon ve dissinerjik defekasyon bozuklukları. Aynı hastada birden fazla mekanizma kabızlığa yol açabilir. 1000 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada en sık normal transit konstipasyon (%59) görülmüş, bunu dissinerjik defekasyon bozuklukları (%25) ve yavaş transit konstipasyon (%13) izlemiştir. Hastaların %3'ünde dissinerjik defekasyon bozuklukları ve yavaş transit konstipasyon birlikte görülmüştür (11).

Konstipasyon, yaşamı tehdit edici bir durum olmamasına rağmen, bireye getirdiği sosyal, ekonomik, hijyenik ve duygusal baskılar ve toplumumuz için bildirilen oranların yüksek olması nedeni ile önemli bir sağlık sorunu olarak görülmekte ve yaşam kalitesini etkilediği bildirilmektedir (8).

Konstipasyon tedavisinin maliyeti dikkat çekicidir. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) 800 milyon dolardan fazla bir para laksatifler için sarfedilmektedir. Her sene bu

ülkede 2.5 milyon kişi konstipasyon için hekime başvurmaktadır. Başvurular pratisyenler, genel dahiliyeciler ve acil bakım ünitesi doktorlarına yapılmaktadır. Tıbbi değerlendirmeler ve diagnostik araştırmalar ile cerrahi girişimler için harcanan para miktarı bilinmemektedir. Konstipasyon semptomu, bireylerde iş gücü kaybında artışlara neden olmaktadır. Tedavi için harcanan miktar bütün bunların üzerine ayrı bir yük getirmektedir. Türkiye’de ise bu anlamda yapılmış bir istatistiksel çalışma yoktur (12).

Konstipasyon yaşam kalitesini düşürmesi, iş gücü kaybına neden olması, sağlık bakım maliyetini arttırması ve diğer tıbbi sorunlarla birlikte sık görülen bir sorun olması nedeniyle birey ve toplum için önemli bir sorundur (13).

Irvine ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada konstipasyon sorunu olan bireylerin sağlığa ilişkin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu göstermişlerdir (14). Cheryl ve ark. (2005) konstipasyonun kişiye getirdiği ekonomik yükün sağlığa ilişkin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir (15). Primer konstipasyonda tedavinin amacı; hastanın günlük yaşamdaki fonksiyonelliğini artırarak, konstipasyon sırasında oluşan konstipasyon şiddetini azaltmak ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir. Hastalığın getirdiği semptomlar yanında tedavideki uygulama eksiklikleri ya da hatalar sonucunda primer konstipasyonlu hastalarda zaman içerisinde yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmekte ve hastaların konstipasyon şiddetinde artışlar gözlenmektedir.

Konstipasyon bağımsız hemşirelik girişimleri ile çözümlenebilecek bir sorundur. Konstipasyonu tanılamada, konstipasyona neden olan faktörleri belirleme ve etkili baş etme stratejilerini geliştirmede, hemşireler anahtar bir role sahiptir (16). Konstipasyon şikayeti olan bireylere sağlık hizmetinin etkili bir şekilde sunulabilmesi için problemi tanımak ve bireyleri hangi yönleriyle etkilediğini bilmek gereklidir. Bu sorunların bireylerin yaşam kalitesini ne derece etkilediğinin bilinmesi hemşirelerin ve sağlık ekibindeki diğer bireylerin bu soruna bilinçli yaklaşımlarını ve kaliteli bir hizmet sunmalarını sağlayacaktır. Ayrıca hastalara verilen etkili bir hemşirelik eğitimi ile hastaların yaşam kalitesi yükselecek, konstipasyon semptomlarının şiddeti azalacak ve hasta memnuniyeti artacak, böylelikle sağlık hizmetinin kalitesi de yükselecektir (8).

Sonuç olarak konstipasyon, bireyin yaşam kalitesini düşürmesi, tükenmişliğe ve iş gücü kaybına neden olması, sağlık bakım maliyetini arttırması, sağlık düzeyi üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle birey için majör bir sağlık sorunu haline gelebilmektedir. Konstipasyonu tanılama ve ciddiyetinin düzeyini belirleme, sorunun çözümünde anahtar rol oynamaktadır. Bu doğrultuda hastalara konstipasyon hakkında verilen eğitim ile

konstipasyonun neden olduğu semptomları azaltmak, yaşam kalitelerini arttırmak ve konstipasyon şiddetini azaltmak hedeflenmektedir.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmada; primer konstipasyonlu hastalara verilen eğitimin hastaların konstipasyon şiddetine ve yaşam kalitesine etkisini incelemek ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneri getirmek amaçlanmıştır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Konstipasyon

Bağırsak boşaltımı ile ilgili karşılaşılan sorunlar arasında gaz birikimi, konstipasyon, fekalimpakşın (dışkı tıkaç), diyare, dışkı tutamama ve hemoroidler yer almaktadır. Bu sorunlardan en sık karşılaşılan ve çok değişik boyutlarda tanımlanan konstipasyon, uygarlığın ve endüstrinin gelişmesi ile artan bir sağlık sorunu haline gelmiştir (17). Konstipasyon için tek bir tanım yoktur. Bu tanım her ne olursa olsun, yaşam kalitesini düşürmesi ve maliyeti arttıran bir problem olması nedeniyle oldukça önemlidir (18).

Konstipasyon bir hastalık olmayıp, sosyal faktörlerden etkilenebilen, kişiden kişiye farklı şekillerde yorumlanabilen ve günlük yaşamı olumsuz etkileyen subjektif bir semptomdur. Genelde konstipasyon; sert dışkılama, dışkı sayısının normalden az olması, yoğun ıkınma gerekliliği, tam boşalamama hissi, dışkı sayısının seyrekliği, dışkılama için anüs ve vajina çevresine parmakla bası yapma şeklinde tanımlanır. Hastalar ve hekimler bu semptomu farklı tanımlayabilmektedir (18). Hekimler genellikle konstipasyonu dışkı sayısında azalma olarak, hastalar ise defekasyon ile ilgili yakınmalarının hepsini konstipasyon olarak tanımlamaktadırlar (19). Hastaların çoğuna göre konstipasyon; sert dışkı, dışkı sayısının seyrekliği (tipik olarak haftada üçten az), yoğun ıkınma gerekliliği, tam boşalamama hissi, yetersiz dışkılama, anüs veya vajina çevresine bası, parmakla müdahale ya da tuvalette uzun zaman geçirme semptomlarından biri veya daha fazlasının olmasıdır (20).

Konstipasyonu tanımlamanın en kolay yolu hastaya “kabızlık hissediyor musunuz?” sorusunu sormaktır (20). Sandler ve Drossman (1987) bu soruyu sorduklarında, hastaların %52’sinin zorlu dışkılamayı, %44’ünün sert dışkılamayı, %34’ünün istemesine rağmen defakasyon yapamamayı ya da %32’sinin seyrek dışkılamayı kastettiklerini saptamışlardır. Kişilerin, normalde dışkılamanın olması gerektiğine inanması halinde bunun dışındaki durum konstipasyon olarak yorumlanabilmektedir (21). Bir başka çalışmada haftada iki ya da daha az dışkılamadan yakınan hastalara prospektif bir günlük verildiğinde daha fazla sıklıkta dışkılama olduğu saptanmış bunun seyrek dışkılama olanlarda yararlı olabileceği belirtilmiştir (22). Harari ve arkadaşlarının (1997) 60 yaş üzerinde 10875 bireyde 1999’da bireysel konstipasyon bildirimini değerlendirdiklerinde zorlu ve sert dışkılamanın daha ön planda olduğunu saptamışlardır (23).

Bunlara benzer, Hyde ve arkadaşlarının (1999) literatür incelemesinde ele aldıkları tüm makalelerde konstipasyonun açık bir tanımının verilmediği dikkati çekmiştir. Özellikle deneysel çalışmaların raporlarında işlerliği olan bir konstipasyon tanımı bulunmamaktadır. Brocklehurst 1977 yılında konstipasyon tanımını yapmıştır. Bu tanıma göre “anormal bir durum olan konstipasyon sertleşmiş kuru feçesin geçişinin gecikmesi ya da seyrekleşmesi” dir. Bu tanım 1977 ve 1998 yılları arasında kullanılmıştır (24). Günümüzde de konstipasyonun tanımı geliştirilerek kullanılmaktadır. Klinik uygulamada konstipasyon, genellikle barsak hareketlerinin haftada üç defadan daha az olması durumu olarak tanımlanmaktadır. Uluslararası Gastroenteroloji Kongresi’nde uzman çalışma grubu Roma II kriterleri olarak bilinen konstipasyon tanılama ölçütlerini geliştirmiştir (25) (Tablo 1).

**Tablo 1.** Fonksiyonel Konstipasyon–Roma II kriterleri (Dışkılamaların en az ¼ veya daha fazlasında)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Son 12 ayda en az 12 hafta aşağıdakilerin iki veya daha fazlasının bulunması;                                                                                                                                                                                                                            |
| 1. İkinma, fazla gayret gösterme (straining) (*)                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 2. Topak veya sert dışkılama (lumpy-hard stool) (*)                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 3. Tam boşalamama hissi (*)                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 4. Ano-rektal tıkanıklık hissinin oluşu (*)                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5. El yardımı ile kolaylık sağlayarak dışkılama mecburiyetinde olunması (*)<br>ve ayrıca;<br>*Haftada üçten daha az sayıda dışkılama<br>*Yumuşak dışkılama yapılamaması ve<br>*Kabızlığın hakim olduğu irritabl barsak sendromu için (ıbs-c) aranılan kriterlerin yetersiz olması şartları bulunmalıdır. |

Son yıllarda “Roma II kriterleri” daha da geliştirilerek “Roma III kriterleri” oluşturulmuştur (Tablo 2). Roma III kriterlerinde bir hastanın konstipasyon olarak kabul edilebilmesi için şikâyetlerinin hastaneye başvuruşundan altı ay önce başlamış olması ve üç ay süre ile ayda üç veya daha fazla gün bu şikâyetlerinin bulunması gereklidir (26).

**Tablo 2.** Roma III Konstipasyon Kriterleri

| Roma III Kriterleri (2006)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Konstipasyon tanısı için aşağıdakilerden 2 ya da daha fazlası mutlaka olmalıdır*:<br>A. Defekasyonların en az %25.inde zorlanma<br>B. Defekasyonların en az %25.inde topak topak ya da sert dışkı<br>C. Defekasyonların en az %25.inde tam olmayan boşaltım hissi<br>D. Defekasyonların en az %25.inde anorektal obstrüksiyon/blokaj hissi<br>E. Defekasyonların en az %25.ini kolaylaştırmak üzere elle müdahale<br>(ör: parmakla boşaltım, pelvik zemine destek)<br>F. Haftada üçten az defekasyon |
| 2. Laksatifler kullanılmadığı zaman gevşek dışkının nadir görülmesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 3. İrritabl bağırsak sendromu için yetersiz kriter bulunması                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| *Semptom başlangıcı tanıdan en az 6 ay öncesine dayanmak üzere kriterler son 3 ayda gerçekleşmelidir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

Bundan başka American College of Gastroenterology (ACG) Task Force adında bir başka araştırma grubu konstipasyon tanımını daha da basit hale getirmiştir (26) (Tablo 3).

**Tablo 3.** American College of Gastroenterology (ACG) Kronik Konstipasyon ‘Task Force’ Kriterleri

| Dışkı sayısında azalma ve zor dışkılama ile tanımlanan ve tatmin olunamayan dışkılama sırasında;                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1- İkinme                                                                                                                           |
| 2- Sert / topak şeklinde dışkı                                                                                                      |
| 3- Dışkılama sırasında zorlanma                                                                                                     |
| 4- Tam boşalamama                                                                                                                   |
| 5- Dışkılama sırasında uzun zaman geçirme                                                                                           |
| 6- Dışkılama sırasında, hastanın parmakları kullanarak anüs çevresine, perineye veya vagina duvarına masaj yapma ihtiyacının olması |
| 7- Şikâyetlerin en az üç aydan beri var olması                                                                                      |

Buna rağmen hastanın kendi bildirdiği konstipasyona dayalı prevalans çalışmalarıyla, Roma IIIkriterlerine dayalı prevalans çalışmaları arasında anlamlı bir fark vardır. İrritabl barsak sendromu’nda olduğu gibi, şüphesiz Roma II kriterleri konstipe olduğunu

hisseden çok sayıda hastayı saptamada yetersiz kalmaktadır (27). Örneğin; ispanya’da yapılan bir çalışmada hastanın bildirdiği konstipasyon prevalans oranı %29,5 iken, Roma IIkriterlerine göre prevalans oranı %14 olarak bulunmuştur (13).

### **2.1.1. Konstipasyon Epidemiyolojisi**

Konstipasyon sıklığı; demografik özellikler, tanı kriterleri ve araştırılan gruplara göre değişmekle birlikte sağlıklı erişkinlerde %2’den %30’lara varan sıklıklarda görülmektedir (28). Kuzey Amerika’da yaklaşık %15-20 oranlarında görülürken, bu sıklık yaşlılarda %50’ye kadar çıkmaktadır (29). Ülkemizde görülme oranı tam bilinmemektedir, fakat konstipasyonun ne sıklıkta izlendiğine ilişkin yapılan lokal çalışmalarda; bu oran %29 ile %40 arasında değişmektedir (30). Konstipasyon, Amerika Birleşik Devletleri’nde tüm hekime başvuruların %1,2’sini oluşturmakta, yıllık 2,5 milyon hekim ziyaretine ve 92.000 hastane yatışına neden olmaktadır (28).

Çetinkaya ve arkadaşlarının (2000) Ankara’nın değişik kesimlerinde 3268 bireyde yaptıkları konstipasyon çalışmasında prevelansı %30,5, kadınlarda erkeklere göre daha sık (%34,2’ye, %26,2), 50 yaş üzerindekielerde sıklık %39,2 iken, altındakilerde %23,8 görülmüştür (31). Pişkinpaşa ve arkadaşlarının (2004) emniyet teşkilatında çalışan 100’ü kadın, 1100 kişide yaptıkları bir araştırmada ise subjektif konstipasyon oranı %40, laksatif kullanımı ise %46 olarak belirtilmektedir. Bu gruptaki prevelanstaki yükseklik her ne kadar meslekle ilgili olabilirse de genel olarak ülkemizdeki konstipasyon prevelansı batıya göre daha yüksek oranda görülmektedir (30). Ayrıca wong ve arkadaşlarının (1999) Singapur’da yapmış oldukları araştırmada fonksiyonel konstipasyon sıklığı %11,6 olarak belirlenmiştir (32).

Toplumda konstipasyon; erişkin kadınlarda, altta yatan kronik hastalığı olanlarda, diyet kısıtlaması olanlarda, yaşlı ve hareketsiz kişilerde, düşük eğitim ve gelir düzeyi olanlarda, cinsel suistimale uğramış, altta yatan depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkları olanlarda daha sık görülmektedir. Ayrıca konstipasyonun; genç erkeklerde genç kadınlardan, zencilerde beyazlardan, çocuklarda erişkinlerden daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Çoğunlukla hafif ve aralıklı olup, basit önlemlere cevap vermesine rağmen nadiren megakolon ve fekal impaksiyon gibi ciddi sonuçlar oluşturmaktadır (28).

### 2.1.2. Normal Kolon Fizyolojisi

Kolon ince barsak yoluyla gelen materyalin rektuma iletiildiği bir kanal olarak kabul edilir. Bununla birlikte kolonun diğerk bazı fonksiyonları da vardır. Suyun büyük oranda absorpsiyonuyla beraber dışkı daha konsantre hale gelir. Suyla birlikte elektrolitler ve bazı gıdalar da absorbe edilir. Bazı karbonhidratların absorpsiyonu ve fermentasyonu gerçekleştirilir. Kolon, dışkının depolanması için rezervuar fonksiyonu görür. Kolondan normal transit süresi ortalama 36 saat kadardır. Bu süre kendi arasında eşit olarak sağ kolon, transvers kolon ve sol kolon olarak eşit zaman dilimlerine bölünebilir (33).

Normal kolonik motilite karmaşık ve tam olarak anlaşılmamış bir proses olup, sağlam bir otonom sinir sistemi, enterik sinir sistemi ve normal kas fonksiyonlarına bağlıdır. Bazı nörotransmitterler (substans p, asetilkolin, nitrik oksit, vazoaaktif intestinal peptid) ve hormonlar (östrojen, progesteron) fonksiyonları tam olarak bilinmemekle birlikte bu süreçte rol alırlar. Otonom sinir sisteminde veya kolonun pacemaker hücrelerinde oluşacak bir hasar, motilitenin azalmasına, peristaltizmin bozulmasına ve dolayısıyla konstipasyona neden olur (34).

Defekasyonun oluşması için kolondaki sempatik, parasempatik ve pelvik pleksustan gelen otonom uyarılar kritik öneme sahiptir. Parasempatik sinir sistemi kolonda uyarıcı etki sağlarken, sempatik sinir sistemi inhibitör etki göstermektedir. Çeşitli sebeplerle daha önceden geçirilmiş abdominal operasyonlar, doğumsal hasar ve travmalar, radyasyon ve pelvise ait travmalar bu sinirlere hasar verebilen risk faktörleridir (35). Kolon motilitesini sağlayan iki farklı peristaltik aktivite paterni vardır.

Bunlar;

- Düşük Amplitüdlü Kontraksiyonlar (lapcs): Düşük amplitüdlü kontraksiyonlar kolon içeriğinin karıştırılmasını ve kısa aralıklarla ileriye itilmesini sağlarlar. Bu kontraksiyonlar 5-40 mmhg amplitüdlü olup sıklıkla öğünlerden sonra ve gün içerisinde ortalama 60 kez oluşur. Bu kontraksiyonlar sayesinde kolon içeriğiyle absorbe edilecek yüzey teması artırılarak başlıca suyun emilimi kolaylaştırılır (36).
- Yüksek Amplitüdlü Kontraksiyonlar (hpcs): Yüksek amplitüdlü kontraksiyonlar ise (100 mmhg), sıklıkla sabahları ve öğün sonrasında başlayıp kolondaki içeriğin ileriye doğru iletilmesine neden olurlar (36).

Dışkı, inen kolon distali, sigmoid kolon ve rektum proksimalinde depolanır. Normal şartlarda orta rektal plikanın alt kısmında dışkı bulunmaz. Sol kolon duvarının gerilmesi ve belli eşik basınç değeriyle aşılmasıyla, peristaltik dalgalar başlar ve dışkı rektuma

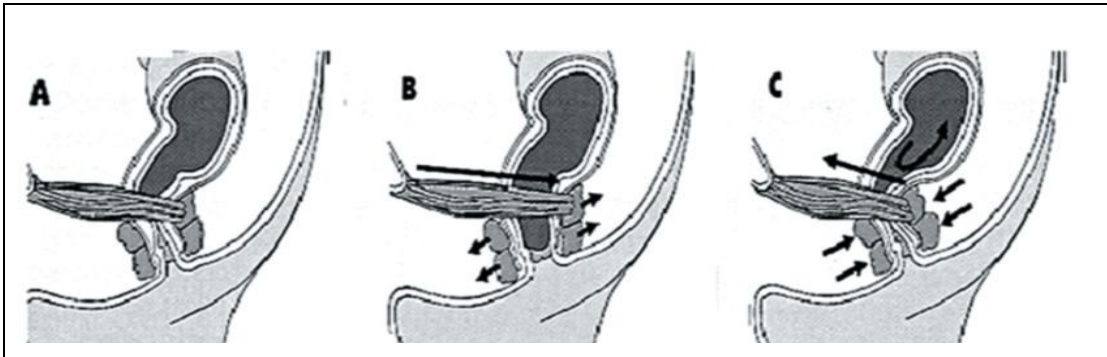
doğru ilerletilir. Günde bir veya birkaç kez olabilen bu proses; alışkanlıklar, çevresel faktörler, refleks şartlanmalar ve dışkının içeriği gibi pek çok faktörden etkilenir. Dışkı rektuma ulaştığında internal anal sfinkter refleks olarak hafifçe gevşer. Bunu eksternal anal sfinkterin kontraksiyonu takip eder (rektoinhibitör refleks). Bu refleks cevap sırasında, anal kanalın üst kısmı hafifçe açılır ve dışkı anal kanalın üst kısmındaki özelleşmiş sinir uçları tarafından algılanır. Gelen materyalin niteliğine (gaz, sıvı ya da katı) göre uygun cevap belirlenmesine aracılık eden bu reflekse anorektal örnekleme refleksi de denir. Rektuma gelen dışkı rektum içi basıncı artırır ve sıkışma hissine (urge) yol açar. Eğer kişi dışkılama için uygun koşullarda değilse dışkılamaya aracılık eden lokal refleksler kortikal inhibisyonla engellenir. Dışkının rektuma ulaşmasıyla yükselen intrarektal basınç, rektum duvarındaki düz kasların gevşemesi ile 1-2 dakika içinde ilk düzeyine iner (accommodation response). Rektuma yeni dışkı materyali geldiğinde, ya bu süreç tekrarlanır ya da kişi dışkılama açısından uygun koşullara ulaşmışsa dışkılama eylemi başlatılır (37).

Dışkılama eyleminde, öncelikle dışkılama pozisyonu alınır. Bu pozisyonda anorektal açı kısmen düzleşir. Eksternal anal sfinkter ve puborektal kas gevşer. Böylece anorektal açı daha da düzleşirken (anorektal açı en az 15 derece düzleşir.) anal kanal basıncı düşer. İkinme manevrasıyla karın içi ve intrarektal basınç artırılır. Sigmoid bölge ve rektumdan başlayan güçlü peristaltik dalgaların etkisiyle dışkı anal kanala doğru ilerletilir. Bu esnada, perine 1-3.5 cm kadar dışarı doğru bombeleşir. Rektum tamamen boşalınca kadar güçlü peristaltik aktivite devam eder. Rektumun boşalmasıyla defekasyon tamamlanır (38) (Şekil 1).

A) Normal Durum

B) Defekasyon Sırasında

C) Defekasyonu Erteleme



Şekil 1. Defekasyon İşlevi (39).

### 2.1.3. Etyoloji

Konstipasyon semptomuna yol açan çok sayıda mekanizma ve organik hastalıkların olduğunu unutmamalıyız. Konstipasyon konjenital nedenlerle bebeklikte başlayabileceği gibi, akkiz olup erişkin yaşta da ortaya çıkabilir. Konstipasyon primer (idiyopatik) olabilir veya herhangi bir hastalığa sekonder gelişebilir. İçine kapanık kişilerde, çocuklukta fiziksel veya cinsel travmaya uğramışlarda, bir ebeveynin kaybı sonrası, altta yatan anksiyete ve depresyonu olanlarda konstipasyon sık görülür. Çocuklukta tuvalet eğitimindeki zorlamalar erken yaşta konstipasyonu sorun haline getirebilir. Dışkılama hissinin uygun koşullar olmadığı için sürekli baskılanması, seyahatler kronik konstipasyona yol açabilir (9).

Sekonder konstipasyona yol açan mekanik, metabolik, endokrin, nörolojik nedenler (Tablo 4) ve ilaçlar gibi pek çok etken bulunmaktadır (28) (Tablo 5).

**Tablo 4.** Sekonder Konstipasyona Neden Olan Etmenler (40).

| Nedenler                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Endokrin ve metabolik hastalıklar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diabetes mellitus</li><li>• Hiperkalsemi</li><li>• Hiperparatroidizm</li><li>• Hipotroidizm</li><li>• Üremi</li></ul>                                                                                              | <b>Fonksiyonel nedenler</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diyetle ilişkin faktörler</li><li>• Sedanter yaşam</li><li>• Motilite rahatsızlıkları</li></ul> |
| <b>Yapısal anormallikler</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anal fissür, sertlik (strictures), hemoroidler</li><li>• Kolonik sertlikler (strictures)</li><li>• İnflamatuar barsak hastalığı</li><li>• Obstrüktif kolonik kütle, lezyon</li><li>• Rektal prolapsus ya da rektosel</li></ul> | <b>Psikolojik durumlar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anksiyete</li><li>• Depresyon</li><li>• Somatizasyon</li></ul>                                   |
| <b>Nörolojik hastalıklar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Otonomik nöropati</li><li>• Serebrovasküler hastalık</li><li>• Hirschprung hastalığı</li><li>• Multiple sklerozis</li><li>• Parkinson hastalığı</li><li>• Spinal kord yaralanması, tümörler</li></ul>                          | <b>Miyopatik durumlar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Amiloidoz</li><li>• Miyotonik distrofi</li><li>• Skleroderma</li></ul>                            |
| <b>Diğer</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• İrritabl barsak sendromu</li><li>• Gebelik</li></ul>                                                                                                                                                                                           | <b>İlaçlar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tablo 5’te gösterilmiştir.</li></ul>                                                                         |

**Tablo 5.** Sekonder Konstipasyona Neden Olan İlaçlar (41).

| İlaçlar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Opiyatlar</li><li>• Antikolinerjik ilaçlar</li><li>• Trisiklik antidepresanlar</li><li>• Kalsiyum kanal blokerleri</li><li>• Antiparkinson ilaçları</li><li>• Sempatomimetikler</li><li>• Antipsikotikler</li><li>• Diuretikler</li><li>• Antihistaminikler</li><li>• Antasitler</li><li>• Non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar</li><li>• Suplamanlar (Ca ve Fe)</li><li>• Antidiareik ilaçlar</li></ul> |

Mekanik sebeplerden en önemlisi kolon kanserleridir. 40-50 yaşlarından sonra kolon kanseri sıklığı arttığından, bu yaşlarda yeni başlayan konstipasyondamutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Metabolik ve endokrin sebeplerden en sık görüleni diyabet ve hipotiroidizmdir. Diyabetik hastalarda konstipasyon sıklığı %60'lara kadar çıkmaktadır. Hipotiroidide konstipasyon hafiftir ve tiroid hormon replasman tedavisi ile düzelir. Tirotoksikozda sıklıkla diyare görülürsede nadiren konstipasyon olabilir. Gebelikte muhtemelen hormonal değişikliklere bağlı olarak konstipasyon ortaya çıkmaktadır. Hiperkalsemiye neden olan hiperparatiroidi, sarkoidoz, kemik metastazı yapan tümörlerde de konstipasyon görülebilir. Nörolojik nedenler arasında kolonun motor fonksiyonlarını etkileyen ekstresek ve intrensek nöral anormallikler olabilir. Presenil demans, alzheimer hastalığı, parkinson, multipl skleroz, spinal kord lezyonları, kuadropleji konstipasyona neden olan ekstresek nedenlerdir. İntrensek olarak kolon duvarında ganglion hücrelerinin yokluğu ile karakterize hirschsprung hastalığı, nöropati ve miyopatiye sebep olan diğer hastalıklar sayılabilir (42).

İlaçlar sık görülen konstipasyon nedenlerindendir. Sebep olan ilacın kesilmesi ile semptom tamamen düzeleceğinden ayrıntılı bir hikaye ile tüm ilaç ve bitkisel karışımlar sorgulanmalıdır. Kalsiyum kanal blokerleri, narkotik analjezikler, antikolinerjikler ve antidepresanlar sıklıkla konstipasyona yol açar. İlaç hikayesinde stimülan laksatiflerin

uzun süre kullanımına bağıli gelişebilecek katartik kolon da akılda tutulmalıdır, sinameki gibi bitkisel karışımlar ve kronik laksatif kullanımı sorgulanmalıdır (42).

Kalsiyum ve alüminyum içeren antiasitler ve demir preparatları gibi ilaçlar büyük olasılıkla konstipasyona neden olmaktadır (25). Hyde ve arkadaşları (1999) yaptıkları literatür incelemesinde konstipasyonlu hastalarda reçete edilmiş ilaç alımı ortalamasının 5.7 olduğunu ve 16 çalışmadan dokuzunda kodein içeren analjeziklerin, iki çalışmada da demir preparatlarının alındığını belirtmişlerdir (24). Hsieh'ın (2005) bildirdiğine göre yapılan bir çalışmada konstipasyonu olan hastaların %40'ının konstipasyona neden olduğu bilinen ilaçları kullandıkları saptanmıştır (43).

#### 2.1.4. Risk Faktörleri

Konstipasyonu olan hastalar, çoğu kez semptomları açıklayabilecek bir sebep bulunamadığı için tıbbi bakım aramayı ertelemektedir (44). Hastalar kronik konstipasyon dönemindeki semptomlarını tanımlarken, doktorlar sıklıkla barsak hareketlerine odaklanırlar (45). Hasta öyküsünde bireyin risk faktörlerinin de ortaya konması yol gösterici olmaktadır (Tablo 6). Konstipasyonun tanımlanmasında fiziksel değerlendirme, rektal tuşe ve ayrıntılı hasta öyküsü alınması önemlidir (45).

**Tablo 6.** Konstipasyon Risk Faktörleri

| Risk Faktörleri                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Yenidoğanlar ve çocuklar</li><li>• 55 yaş üzeri yetişkinler</li><li>• Yakın zamanda geçirilmiş abdominal veya perianalpelvik cerrahi</li><li>• Gebelik</li><li>• Sedanter yaşam tarzı</li><li>• Fiberden ve sudan yetersiz diet</li><li>• Polifarmasi (özellikle yaşlılarda)</li><li>• Laksatiflerin kötüye kullanımı</li><li>• Kabızlığa neden hastalıklar</li><li>• Bakım hastaları</li><li>• Seyahat</li><li>• Kronik kabızlık öyküsü (46).</li></ul> |

**Yaş:** Yaşla birlikte gelişen fizyolojik değişiklikler sonucunda özellikle 65 yaş ve üzeri bireyler birçok ilaç tedavisinin yan etkisi olarak gençlik dönemlerine oranla konstipasyon semptomlarını daha fazla deneyimlemektedirler (47). Konstipasyon genellikle yaşlılık problemlerinden biri olarak görülürken, sağlıklı aktif yaşlı bireylerin barsak fonksiyonlarının çoğunlukla normal olduğu belirtilmektedir (48).

Bu bilgiyi Hyde ve arkadaşlarının (1999) yapmış oldukları literatür incelemesi de desteklemektedir. Bu çalışma sonucunda konstipasyonun sağlıklı yaşlılarda beklenmediği, buna karşın hastalığı ve yetersizliği olan yaşlılarda ise kullanılan ilaçlarla birlikte barsak alışkanlığının değişebileceği belirtilmektedir (24). Yaş ve konstipasyon arasındaki bağlantı sıvı alımı, diyet, mobilite ve ortam gibi diğer eşlik eden faktörlerle benzerlik göstermektedir (48).

**Cinsiyet:** Reimann'ın (1973) bildirdiğine göre cinsiyet ve barsak fonksiyonu arasındaki ilişkiyi 1909 yılında ilk kez inceleyen Lane, kadınların yaşamları boyunca konstipasyona erkeklerden daha yatkın olduklarını belirtmiştir (49). Harari ve arkadaşları (1996) barsak alışkanlıklarının yaş ve cinsiyet ile ilişkisini incelediklerinde her yaşta kadınların erkeklerden daha fazla konstipasyon şikayeti belirttiklerini saptamışlardır (50). Bir çalışmada, Amerikan popülasyonundaki kadınların erkeklerden daha fazla konstipasyon deneyimlediklerini belirtilmiştir (51). Yapılan çalışmalarda konstipasyonun kadınlarda erkeklerden 2,5-3 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Kadınlarda konstipasyon görülme oranı %3-20 arasında değişmektedir (52). Kadın popülasyonunda konstipasyon prevalansı göz önüne alındığında, kadınlardaki konstipasyonun kadın seks hormonları, dismenore, düzensiz menstruasyon, önceden geçirilmiş jinekolojik cerrahi, azalmış rektal duyarlılık, doğum sonrası pelvik taban kaslarının bozulmasıyla ilgili olduğu belirtilmektedir (50). Literatürde, kadın seks steroid hormonunun safra kesesi boşaltımı, gastrik boşaltım ve kolonik transit zamanını etkilediği belirtilmektedir (49).

**Etnik Köken:** Kuzey Amerika'da konstipasyon prevalansının beyaz olmayan ırklarda daha yaygın olduğu rapor edilmiştir. 15,014 gönüllünün katıldığı bir ankette, konstipasyon sıklığı beyaz ırkta %12,2, beyaz olmayan ırklarda %17,3 olarak bulunmuştur (53).

**Sıvı alımı:** Sıvı alımı, konstipasyon için risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Yetersiz sıvı alımı yavaş kolonik transit ve yavaş dışkı çıkışı ile bağlantılıdır. Buna karşın konstipasyonda sıvı alımının etkileri ancak birkaç çalışmada incelenmiştir (47).

**Diyet:** Posası alınmış olan modern diyetlerin sonucunda sindirim sistemi hastalıkları prevelansının arttığı belirtilmektedir. Çalışmalar, lifli diyetlerin barsak transit süresini, dışkı ağırlığını ve barsak hareket sıklığını etkilediğini göstermektedir (47).

**Hareketlilik:** Literatürde düzenli egzersizle birlikte kas tonüsünün ve sindirim sistemindeki sirkülasyonun artacağı bildirilmektedir ve bunu referanshemşirelik kitaplarının da desteklediği belirtilmektedir (24). Çok az egzersiz yapan bireylerde konstipasyon prevelansı daha yüksektir (44).

**Çevre:** Mahremiyetin azalması, tuvalet koşullarının yetersizliği ve yaşlının bakımına yardımcı olan kişilere duyulan güven gibi çevresel faktörler konstipasyon gelişimine neden olmaktadır (44). Richmond ve Wright (2005) yaptıkları literatür incelemesinde bireylerin hastane tuvaletlerinde dışkılama sırasında güçlük yaşadıklarını, bunun da dışkılama ile ilgili yakınmalara neden olduğunu saptamışlardır. Hastaların oturaklı sandalye ya da yatak pedi kullanmalarına ilişkin herhangi bir literatüre rastlanmamasına karşın bunların konstipasyon gelişimi için risk faktörleri olarak ele alınması gerektiğini bildirmişlerdir (54).

**Sosyoekonomik düzey ve gelir seviyesi:** Konstipasyon sıklığı sosyoekonomik düzeyden etkilenmektedir. Yapılan çalışmalarda yüksek gelir düzeyine sahip olanlara kıyasla düşük gelir düzeyine sahip olanlarda konstipasyon görülme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (55). Bu duruma benzer olarak konstipasyon, eğitim düzeyinden de etkilenmektedir. Eğitim seviyesi daha düşük olanlarda eğitim düzeyi yüksek olanlara göre konstipasyon daha sık görülmektedir (56).

**İlaçlar:** Belirli ilaçları kullanan kişiler, artmış konstipasyon riskine sahiptirler. Kronik konstipasyonu olan 7251 hasta üzerinden yapılan bir sistematik derlemede, opioidler, diüretikler, antidepresanlar, antihistaminikler, antikonvulsanlar, antipasmotikler ve alimünyum antasidlerin konstipasyon ile anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur (57).

### **2.1.5. Patofizyoloji**

Konstipasyon, bir hastalıktan ziyade sadece bir semptomdur. Konstipasyon sebebini belirlemede izlenecek ilk yol sıklıkla konstipasyona yol açan durumların ortaya çıkarılmasıdır (58). Kolonda çok sayıda patofizyolojik proses konstipasyon gelişmesinden sorumludur. Konstipasyona yol açan yapısal, metabolik ve ilaçlara bağlı sekonder sebepler dışlandıktan sonra primer konstipasyon tipik olarak şu üç kategoride

sınıflandırılır. Bu sınıflama günümüzde konstipasyonun etyolojisi ve patofizyolojik olarak daha fazla fikir vermesi açısından popülerite kazanmaktadır (36).

#### **2.1.5.1. Primer Konstipasyon**

Primer konstipasyon sistemik veya yapısal anormallik olmadan görülen konstipasyondur. Birçok hastada kolon transit zaman normaldir. Bununla birlikte bazı subtiplerde düşük kolon transit zaman veya anorektal disfonksiyon olabilmektedir. Normal kolonik transit zaman yaklaşık olarak 35 saattir. 72 saati aşması anormal olarak kabul edilir. Düşük kolon transit zaman nedenleri çoğunlukla idiyopatiktir. Fakat bir kısmında gastrointestinal dismotilite semptomlar saptanabilmektedir. Genellikle kadınlarda daha sık görülür. Bazı hastalarda depresyon, anksiyete, yeme bozukluklar gibi problemler mevcuttur. Normal defekasyon için anal sfinkter ile pelvik duvar kaslar arasında koordinasyon gereklidir. Anorektal disfonksiyonlu hastalarda bu uyum bozulmuştur. Bu hastalarda çoğu zaman dışkılamada aşırı zorlanma, tam boşalamama hissi, parmakla boşatılma gibi semptomlar görülür (59). Aynı hastada birden fazla mekanizma konstipasyona yol açabilmektedir (28).

1000 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada en sık normal transit konstipasyon (%59) görülmüş, bunu dissinerjik defekasyon bozuklukları (%25) ve yavaş transit konstipasyon (%13) izlemiştir. Hastaların %3'ünde dissinerjik defekasyon bozuklukları ve yavaş transit konstipasyon birlikte görülmüştür (11).

##### **2.1.5.1.1. Normal Transit Zamanlı Konstipasyon**

Konstipasyonun en sık görülen formudur. Bu tipte, dışkılama sıklığı ve kolon transit zamanı normaldir. Hastalar temelde dışkının sertliği ve dışkılama güçlüğü ile ilgili sıkıntılarını konstipasyon olarak ifade ederler. Çoğu hasta karın ağrısı ve şişkinlikten yakınır. Benzer şekilde psikolojik problemlerden de yakınabilirler. Büyük çoğunluğu liften zengin beslenme ve/veya laksatiflere iyi yanıt verir. Kolon transit zamanı ve dışkılama sıklığı normal olmasına rağmen, bu gruptaki hastalarda da defekasyon bozukluğu olabilir. Bu nedenle tedaviye yanıt alınamayan hastalar bu yönden irdelenmelidir (60).

##### **2.1.5.1.2. Yavaş Transit Zamanlı Konstipasyon**

Bu tip konstipasyon çoğunlukla genç kadınlarda görülür. Şikâyetlerin başlangıcı genellikle puberte civarındır. Haftada bir veya daha az sayıda dışkılama söz konusudur.

Ana şikâyetler dışkılama sıklığında azalma, şişkinlik, karın ağrısı ve dolgunluk şeklindedir. Olguların bir kısmında transit gecikmesi minimaldir. Bu tür vakalar fiber ve diğer kabızlık ilaçlarıyla semptomatik olarak tedavi edilebilir. Transit zamanının belirgin uzamış olduğu hastalar çoğunlukla medikal tedaviye cevap vermezler. Bu tür hastalarda yapılan kolon motilite çalışmalarında, kolon duvarında itici vasıflı yüksek amplitüdlü kontraksiyonlar gözlenmez. İtici vasıflı yüksek amplitüdlü dalgaların azlığı veya yokluğu ile karakterli bu tabloya kolonikinersia denir (33).

Histopatolojik çalışmalarda yavaş transitli hastaların myenterik plexuslarında substans p, vazoaaktif intestinal peptid (VIP) ve nitrik oksit ile ilgili anormallikler gözlenmiştir. Ayrıca gastrointestinal motiliteyi düzenledikleri düşünülen interstisyel cahal hücrelerinde azalma gösterilmiştir (34).

Hirschsprung hastalığı yavaş transitli konstipasyon için güzel bir örnektir. Distal kolon duvarında ganglion hücrelerinin yokluğu ile karakterli bu konjenital hastalıkta rektoinhibitör refleks bulunmaz. Ganglion hücrelerinin bulunmadığı distal segmentte nöral dilatasyon olmaz. Yani bir tür fonksiyonel darlık ve bu fonksiyonel darlığın proksimalinde de kolon segmentlerinde genişleme bulunur. Peristaltik dalgalar fonksiyonel darlık bölgesinin distaline ilerletilemez. Kolon distalindeki bu nonpropulsif segment ve anal kanal gevşemesine aracılık eden rektoinhibitör refleks yokluğu nedeniyle hirschsprung hastalığını defekasyon bozuklukları içinde değerlendiren otoriteler de vardır (58).

#### **2.1.5.1.3. Defekasyon Bozuklukları**

Defekasyon bozuklukları; abdominal, pelvik taban ve anorektal kasların koordinasyon bozukluğundan kaynaklanan rektumu boşaltmadaki yetersizliklerden dolayı ortaya çıkmaktadır. Rekto-anal koordinasyonun bozulması, rektal kontraksiyonun azalması, paradoksal anal kontraksiyon ve yetersiz anal relaksasyon defekasyon bozukluklarına neden olmaktadır. Defekasyon bozukluğu olan birçok hastada yavaş-geçiş zamanlı konstipasyon görülmektedir. Defekasyon bozuklukları; anismus, dissinerji, pelvik taban dissinerjisi, spastik pelvik taban sendromu, obstrüktif defekasyon ya da outlet obstrüksiyonu olarak bilinir. Bu bozukluklarda, defekasyon sırasında eksternal anal sfinkter gevşemek ve açılmak yerine kasılır ve sıkışır. Bu tip konstipasyon genelde ıkınma ve tamamlanmamış boşaltım hissi ile karakterizedir (61).

Defekasyon bozuklukları, özellikle kronik konstipasyon şikâyeti olan ve standart ilaç tedavisine cevap vermeyen yaşlı bireylerde artmış ıkınma ile birlikte görülmektedir

(62). Defekasyon bozuklukları nadir olarak rektosel, rektal invajinasyon ya da aşırı perineal sarkma ile bağlantılıdır (63).

Defekasyon bozukluğu olan çocuklarda, fonksiyonel fekal retansiyon (FFR) çok sık görülen problemlerden biridir. Ağrılı dışkılama korkusundan dolayı dışkılama ihtiyacının ertelenmesine bağlı olarak ortaya çıkan problemlerden biridir. FFR, çocukluk döneminde sekonder enkopreziye (fekal inkontinans) yol açmaktadır (64).

#### **2.1.5.2. Sekonder Konstipasyon**

Sekonder konstipasyon; vücuttaki herhangi bir organ işleyişinin bozulması, ilaçlar veya tıkanıklık yapan durumlardan kaynaklanmaktadır (59). Konstipasyonda önemli sekonder nedenlerden biri de özellikle venöz sistem, sinir iletimi ve düz kas fonksiyonlarını etkileyen ilaçların kullanımıdır (48). Sistemik hastalıklardan nörolojik hastalıklar, endokrin hastalıklar, metabolik hastalıklar ön planda değerlendirilmelidir. Neoplazm veya darlık gibi kolonik patolojiler dikkatle incelenmelidir (59).

Sekonder (organik) konstipasyonda genellikle kolon veya rektumdan feçesin geçmesine engel olan intrinsek kitle veya lümenin dıştan daralmasına neden olan lezyonlar mevcuttur. Kolon ve rektum kanserlerinin ilk klinik belirtisi defekasyon alışkanlıklarının bozulması şeklinde olabilir. Özellikle 40 yaşını geçmiş kişilerde başka hiç bir şikâyet yokken konstipasyon başlarsa kolon ve rektum kanseri de akla gelmelidir. Özellikle sol kolon ve rektum kanserlerinde progressif konstipasyon ilk semptom olabilir (65).

Amerika Gastroenteroloji Derneği'nin oybirliği ile alınmış kararları hastaların tam kan, serum glukoz, tiroid stimulan hormon (TSH), kalsiyum ve kreatin düzeyinin de test edilmesini önermektedir. Elli yaş ve üzeri hastalarda kolon kanseri riski düşünülerek sigmoidoskopi ya da kolonoskopi yapılması da önerilmektedir (25). Rektum kanserlerinin büyük kısmında konstipasyon, diare, boşalamama, rektal ağrı, rektumda dolgunluk hissi, sık sık defekasyon ihtiyacı duyma, feçes karakterindeki değişiklikler gibi defekasyon alışkanlıklarını bozan semptomlar bulunur. Kolon ve rektuma dıştan bası yapan tümörler veya enflamatuvar hadiseler pasajı engellemek suretiyle konstipasyona neden olabilir. Kolonun spesifik ve nonspesifik iltihabi hastalıkların meydana getirebileceği darlıklar da organik kökenli konstipasyonlara neden olabilir. Alarm semptomlar olan hastalarda kanser taraması gerekmektedir (65) (Tablo 7).

**Tablo 7.** Konstipasyonu Olan Hastarda Alarm Semptomları

| Alarm Semptomlar                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 50 yaş</li><li>• Hematokezya</li><li>• Kilo kaybı</li><li>• Anemi veya pozitif gizli kan testi</li><li>• İnflamatuvar bağırsak hastalığı, gluten sensitif enteropati ve malignite gibi organik hastalıklar için aile hikâyesi olması</li></ul> |

#### 2.1.6. Klinik Belirtiler

İştah azalma, bulantı, kusma, karın ağrısı ve distansiyon görülür. Dışkılama esnasında kuru ve sert feçes atılımı görülür. Konstipasyona bağlı fekal tıkaç, hipertansiyon, megakolon, hemoroid ve fistüller görülebilir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada hastaneye yatırılan yaşlıların %40’ına fekal impaksiyon tanısı konulmuştur (47).

#### 2.1.7. Tanıya Yönelik İşlemler

Literatürde konstipasyonlu bireylerin değerlendirilmesi için sınırlı sayıda rehberler olmasına karşın prosedürler ve tetkikler ile ilişkili çok bilgi bulunmamaktadır. Konstipasyonlu bireylerin değerlendirilmesinde yalnızca o andaki konstipasyon durumu değil, problemle ilişkili olan diğer etmenlerin tanımlanması da önem taşımaktadır. Bireylerin var olan problemlerinin ya da konstipasyon gelişimindeki risklerin değerlendirilmesi tıbbi öykü ve fiziksel incelemeyi içermektedir (66).

##### 2.1.7.1. Tıbbi Öykü

Etiyolojiyi ortaya koymada ve tedavi stratejisini belirlemede tam olarak faydalı değildir. Fakat farklı hastalıklara dikkat çektiği için önemlidir. Konstipasyonun sekonder nedenlerini ortaya koyabilir. Hastalarda şişkinlik, karın ağrısı, büyük abdestin zorlanarak yapılması veya tam rahatlayamama gibi ifade edilen şikâyetler olabilir. Hastanın aldığı ilaçlar, diğer nörolojik, metabolik ve psikolojik problemleri mutlaka sorgulanmalıdır. Konstipasyonun başlangıç zamanı, süresi ve cerrahi işlem geçirip geçirilmediği, laksatiflere olan cevap sorulmalıdır. Uzun süreli konstipasyonun kolon ve rektum hastalıklarına bağlı iken son zamanlarda başlayanlarda ve rektal kanaması olanlarda kanseri düşündürmelidir. Hastanın aldığı gıdaların miktarı, posa içeriği, sıvı alımı sorgulanmalıdır. Kahvaltı yapmayanlarda kahvaltı yapanlara göre

konstipasyondaha sık görülmektedir. Çünkü uyandıktan sonra ve yemekten sonra barsak hareketlerinin normale göre 2-3 kat arttığı saptanmıştır (67).

Aile hikâyesi de yapılan bir çalışmada hastaların %30'unda gösterilmiştir (68). Ayrıca hastanın geçirdiği ameliyatlar, nörolojik hastalık bulguları ve kadınlarda obstetrik hikâye de sorgulanmalıdır. 134 hasta içeren bir çalışmada; haftada 2 veya daha az dışkılama yapan, laksatiflere bağımlı ve konstipasyonu çocukluktan beri mevcut olanlarda yavaş geçişli konstipasyon saptanırken; bel ağrısı, mide yanması ve anorektal cerrahi anamnezi olanlarda ise pelvik bozuklulara bağlı konstipasyon görülmüştür (69). Genç bayanlarda menstural siklus gastrointestinal sistem fonksiyonlarını etkilemektedir (70).

Drossman ve ark. (1999), huzursuz barsak sendromu olan olgulardaki cinsel istismar hikayesinin kontrol grubundaki olgularla karşılaştırıldığında daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (71). Disserjisi olan 120 olguda yapılan bir anketin sonuçlarına göre olguların %22' sinde cinsel taciz, %32' sinde ise fiziksel istismar hikâyesi olduğu rapor edilmiştir (72). Ayrıca intestinal problemleri olan olguların stres, depresyon, uykusuzluk, enerji kaybı, güven kaybı, umutsuzluk hissi gibi psikolojik durumları da değerlendirilmelidir (73).

#### **2.1.7.2. Fiziksel Muayene**

Bireyin fiziksel değerlendirilmesi, onun şu andaki durumunu saptamaya yardım edecek barsak fonksiyonlarını etkileyebilecek herhangi bir durumu belirlemeyi sağlar. Birçok konstipasyonu olan bireyin fiziksel incelemesi/muayenesi normal olsa da, olası sistemik hastalıkların şüphesini ortadan kaldırılması için tam fiziksel ve nörolojik inceleme yapılmalıdır. Bu incelemeyi abdominal ve anorektal inceleme izlemelidir (51).

- Ağız değerlendirmesi: Farklı tipteki yiyeceklerin (örneğin; meyve ya da arttırılmış lif alımı) toleransını etkileyecek olan dişlerin yapısı ve yutkunma durumu.
- Hipotroidizm belirtilerinin kontrol edilmesi.
- Oskültasyon ile abdominal değerlendirme: Barsak seslerinin varlığı ya da yokluğunun belirlenmesi.
- Abdominal distansiyonun inspeksiyonla kontrol edilmesi.
- Kolonda var olan sert fekal kütlelerin abdomenden palpe edilmesi.

- Hemoroidler ya da anal fissür, inflamasyon gibi konstipasyona neden olabilen diğer durumların görsel olarak kontrol edilmesi.
- Tuşe ile rektal inceleme yapıp, rektumun yapısı, dışkının rengi, kıvamı ve yoğunluğunun belirlenmesi.
- Nörolojik inceleme.
- Depresyon, anksiyete ve somatizasyon durumunun belirlenmesi (51).

### **2.1.7.3. Laboratuvar ve Görüntüleme Çalışmaları**

Anamnez ve fiziki muayeneden sonra konstipasyonun tipi hakkında fikir sahibi olduktan sonra tanıya yönelik yardımcı testler yapılabilir (7). Laboratuvar testlerinde tam kan incelemesi, TSH, kalsiyum, glukoz, potasyum ve kreatin düzeyleri incelenmelidir. Dışkıda gizli kan test edilmelidir (48). Görüntüleme çalışmalarında ise direk ve baryumlu grafiler, radyopak marker incelemeleri, anorektal manometri, balon defekasyon testi (balloon expulsion test), defekografi, EMG, fleksibl sigmoidoskopi ve kolonoskopi kullanılan diğer uygulamalardır.

### **Fleksibl Sigmoidoskopi ve Kolonoskopi**

Fleksibl sigmoidoskopi ve kolonoskopi kolonu tıkayan veya daraltan lezyonların tanısında ideal tekniklerdir. Ancak nazik bir şekilde yapılmak şartı ile her yaşta uygulanabilir. 50 yaşın üzerindeki hastalarda kolonoskopi tercih edilir. Dışkıda kanın görülüşü ve aneminin bulunuşu kolonoskopik tetkiki gerektirir. Poliplerin ve diğer tesadüfen karşılaşılan önemli lezyonların tanınmasında endoskopik yöntemler oldukça değerlidir (12).

### **Direk ve Baryumlu Grafiler**

Bu kategorideki grafiler ülkemiz dışında birçok ülkede kolonoskopiden daha ucuzdur. Genç hasta grubundaki bireylerde bu tür grafiler tercih edilmektedir. Abdomenin direk filmleri kolondaki anlamlı dışkı retansiyonunu saptayabilir. Direk grafiler, dışkı retansiyonu olan hastalarda barsak temizliğini takip etmede de kullanılır. Baryumlu kolon grafileri ile çocuk ve gençlerde klasik hirschsprung hastalığındaki aganglionlik distal kalın barsak segmentini, idyopatik mega-rektumu ve rektoseli göstermek mümkündür. Bu tür grafiler birçok dış ülkede kolonoskopiden ucuzdur. Volvulusu ve dışkının sıkışması ile meydana gelen konstipasyonu (colonic impaction) tespit etmek

için gastrografin lavmanının tanısal değeri fazladır. Aynı zamanda gastrografin kolonu uyardığı için defekasyona da yardımcı olur (26).

### **Radyopak Marker İncelemeleri**

Tedaviye iyi cevap vermeyen kronik fonksiyonel konstipasyonlu hastaların değerlendirilmesinde kolon transit çalışmaları oldukça faydalıdır. Belirli bir süre hastalara 20-30 g/gün miktarında yoğun fiberli gıdalar verilir. Bu arada laksatifler, lavmanlar ve ilaç tedavileri kesilir. Radyopak markerler yutturulur. Bu markerler piyasalarda değişik firmalar tarafından pazarlandığı gibi radyopak bir sondanın jilet ile ince ince dilimlenmesi ile de elde edilebilir. Markerlerin kolondaki pasajı değişik zamanlarda direk batın grafileri ile takip edilir. Sağ kolon, sol kolon ve rektosigmoid bölgelerdeki radyopak markerler sayılır. Her gün veya birkaç günde bir direk batın filmi çekilerek her üç bölgede kaç markerin bulunduğu tespit edilir. Markerler defekasyon ile atılncaya kadar takip edilir. Hergün direk batın grafisinin çekilmesi hastanın aşırı bir radyasyona maruz kalmasına sebep olacağından genellikle markerler yutturulduktan ikinci ve gerektiğinde beşincigünde direk batın grafisi çekilmektedir. Böylece kolon transitinin normal olup olmadığı veya bir gecikme varsa, bunun kolonun proksimalinde mi (yavaş kolon transit zamanı- kolonik inert) yoksa çıkışta yani rektosigmoid bölgede mi (fonksiyonel defekasyon bozukluğu) kaynaklandığı anlaşılabilir (26).

Normal kişilerde markerler kolonu hızla geçer ve en az %80'i beşinci günde dışkı ile atılır. Dört-beş rektosigmoid bölgede görülebilir. Markerler direk batın grafilerinde proksimal kolon trasesinde yığılmışlarsa ve rektosigmoid segmente normalden yavaş bir hız ile geçiyorlar ise prosimal kolonda yavaşlama (proximal slowing) mevcut olup bu bulgu yavaş kolon transit zamanı lehinedir. Eğer markerler proksimal kolonu normal zamanda terk ederek rektosigmoid alanda birikmişler fakat kolayca atılamıyorlarsa çıkışta gecikme (fonksiyonel defekasyon bozukluğu) mevcut demektir. Kronik konstipasyon şikâyeti olan birçok hastada kolon transit zamanı ve defekasyon sayısı normaldir (26).

### **Anorektal Manometri**

Üzerinde basınç sensörleri bulunan manometri probunun anal kanal ve rektuma yerleştirilerek anal kanal ve rektuma ait basınçların saptanması temeline dayanan bir yöntemdir. Ayrıca rektuma küre şeklinde şişen bir balon yerleştirilip, kademeli olarak

şişirilerek, hastanın ilk hissettiği hacim, dışkılama isteği uyandıran hacim ve maksimum dayanabilen hacim tespit edilir.

Standart bir anorektal manometride şunlara bakılmalıdır:

- Anal sfinkter istirahat basıncı
- Anal sfinkter istemli sıkma basıncı ve sıkma süresi
- İkinma (attempt defecation) esnasında anal ve rektal basınçlar
- Öksürme esnasında anal ve rektal basınçlar
- Rekto-inhibitör refleks
- Rektal duyarlılık eşikleri (ilk hissedilen hacim, dışkılama isteği oluşturan hacim, maksimum dayanılabilen hacim) (58).

Dışkılama girişimi esnasında anal kanal ve rektuma ait basınçların tespiti dissinerjik defekasyona ait manometrik bulguların saptanması açısından önemlidir (74). Bu amaçla hasta komot (bir tür portatif tuvalet) üzerine oturtulur ve dışkılama yapar gibi ıkınması istenir. Bu esnada anal kanal ve rektuma ait basınç traseleri kaydedilir. Normal sağlıklı bir insanda, dışkılama girişimi esnasında intrarektal basınç artarken anal kanal basıncı düşer (58).

Dışkılama girişimi esnasında alınan anal kanal basıncına rezidüel anal kanal basıncı denir. Anorektal koordinasyonu göstermek için defekasyon indeksi denilen bir parametre geliştirilmiştir. Defekasyon indeksi dışkılama girişimi esnasındaki intrarektal basınç değerinin rezidüel basınç değerine bölünmesiyle hesaplanır (75).

### **Balon Defekasyon Testi (Balloon Expulsion Test)**

Bu değerlendirme yönteminde, internal anal sfinkter gevşediğinde rektum balon ile gerilir. Hasta oturma pozisyonunda iken, rektumda şişirilen 50-60 ml hacmindeki balonu iki dakikada çıkaramıyorsa, bu durum defekasyon bozukluğunun göstergesidir (76). Bu test yöntemi etkin bir yöntem olup pelvik taban dissinerjisi olmayan olgularda defekasyon bozukluğunu değerlendirmek için kullanılmaktadır. Konstipasyon şikâyeti olan 359 olgunun katıldığı bir çalışmada, pelvik taban dissinerjisi olmayan 106 olgunun 12'sinde balon çıkarma testi anormal olarak bulunmuştur (77).

### **Defekografi**

Dışkı kıvamına getirilmiş baryum ile yapılabilir. Baryum dışkı kıvamında hazırlanır ve lavman yoluyla verilir. Hastanın baryumu dışkılaması floroskopi ile takip edilir. Bu

tetkikle anorektal açı ölçümleri, rektosel intusepsiyonlar gibi anatomik anomaliler defekasyon esnasında belirlenebilir (78). Anatomik ve fonksiyonel bozukluklar hakkında bilgi elde edilebilir ancak %10-75 hastada tanı konulabilir. Özellikle rektoselde tanı için gereklidir (79).

## **EMG**

Pelvik tabanda bozukluğa neden olan nöropati tespit edilebilir. Hastalarda paradoksik pelvik kas kontraksiyonu ile uyumlu anismus değerlendirilebilir (26).

### **2.1.8. Tedavi ve Konstipasyon Yönetimi**

Tedavide ilk basamak, altta yatan patolojinin ortaya konulmasıdır (80). Yukarıda sözü edilen tanı yöntemleri kullanılarak konstipasyona neden olan kolon ve rektumun mekanik ve yapısal lezyonlarında cerrahi girişim gerekebilir. Primer hastalığa yönelik spesifik tıbbi tedavi ile nörolojik, endokrin veya metabolik nedenlerle konstipasyona sebep olan ilacın bırakılması ile sorun çözülür (28). Özellikle yaşlılıkta sık görülen diabetes mellitus, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar gibi durumlarda alınan ilaçlar konstipasyon riskini arttırmaktadır. Bu nedenle hekimlerin hastaların ilaç politikasını belirlemede bu yan etkileri göz önüne alarak ilaç seçimi yapmaları önemlidir (47).

Konstipasyon yönetimi; yaşam tarzında değişiklik yapma, risk faktörlerini hafifletme ve laksatif tedavisini içermektedir. Yaşam tarzındaki değişiklikler egzersiz, lifli diyet ve sıvı alımını gerektirir. Hastalar çoğu kez reçete dışı laksatifleri kendi kendilerine ve zaman zaman da doktorlarına danışarak onun reçete ettiği laksatifleri kullanmaktadır (47). Konstipasyon yönetiminde farmakolojik tedavi, cerrahi tedavi, yaşam biçimi değişiklikleri ve nonfarmakolojik tedavileri içeren çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır (81).

#### **2.1.8.1. Farmakolojik Tedavi**

##### **Laksatifler**

Kronik veya aralıklı konstipasyonu olan, diyet ve yaşam tarzı değişikliği gibi yaklaşımlarla tedavi edilemeyen hastalarda tercih edilmektedir (59). Yaşam biçimi değişikliklerine, diyet önerileri ve liften zengin beslenmeye cevap vermeyen hastalarda farmakolojik tedaviye geçilmektedir (28). Yaşın ilerlemesiyle birlikte laksatif kullanımı da artmaktadır. Literatürde, erkeklerin %3'ünün, kadınların ise %5'inin haftada en az

bir kez laksatif kullandıkları ve yaşlılarda bu oranın sırasıyla %39 ve %50 olduğu saptanmıştır (81). Literatürde, hastane ve bakım evlerinde kalan yaşlıların yaklaşık %75'inin laksatif kullandıkları belirtilmektedir (82).

Bazı yetişkinler konstipasyon yokluğunda bile laksatif kullanmaktadır. Laksatifler yalnızca konstipasyon için değil barsak düzenleyici, düzenli temizleme ve daha sağlıklı olma gereksinimi nedeniyle de düzenli olarak kullanılmaktadır. Laksatiflerin uzun süre kullanımının kolonik motilite kaybı yüzünden kronik konstipasyona sebep olduğu unutulmamalıdır (83). Laksatiflerin barsak hareketlerinin sıklığı, yoğunluğu ve konstipasyon semptomlarını düzeltbildiğine ilişkin birçok kanıt bulunmaktadır (81).

Genellikle laksatiflerin yararları kısa sürelidir. Laksatiflerin uzun süreli veya tekrarlı kullanımı konstipasyonla ilgili diğer riskleri arttırmaktadır. Laksatiflerin kronik kullanımı dehidratasyon, hipokalemi, taşikardi, katartik kolon, kolonik motilitede azalma, baş ağrısı, apati, diyare gibi ciddi yan etkilere neden olmaktadır. Literatürde, gastroenteroloji kliniğine diyare şikâyeti ile başvuran hastaların %4'ünde bu durumun laksatif kullanımına bağlı olduğu belirtilmiştir (47).

### **Hacim Oluşturan Laksatifler**

Doğal fiberler, semisentetik fiberler, sentetik fiberler ve yumuşatıcılar bu gruptandır. Bunlar dışkıının su ve hacim bakımından artmasını sağlarken, aynı zamanda kolon motilitesini artırarak kolon transit zamanının ksalmasını sağlarlar. Bu nedenle yemeklerden önce ve yataarken bol su ile alınmalıdır (59).

Doğal fiberler, psyllium tohumunun kabuğundan yapılırlar. Aynı zamanda tahıllar gibi sindirime dirençli hücre duvar olan yiyeceklerde bulunurlar. Tahıllar arasında buğday kepeği en etkili fiber laksatiftir. Laksatif etki 3-5 gün içinde görülebilir. Kronik konstipasyonun düzelmesi birkaç haftayı bulabilir. Semisentetik ve sentetik fiberlerlerden; metilsellüloz ve kalsiyum polikarbofil aynı şekilde etki etmektedirler. Özellikle semisentetik ve sentetik laksatifler ile tedavide sıvı alımı az ise, mekanik obstrüksiyon yanında kalsiyum ve demir malabsorpsiyonu gelişebilir (59).

### **Osmotik Laksatifler**

Osmotik basınç farkı yaratarak suyun intestinal lümene çekilmesini sağlarlar. Hipermağnezemi ve hiperfosfatemi ile hiponatremi ve hipokalemi yapabilir. Kardiyak ve renal hastalıkları olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Sorbitol ve laktuloz güç emilen şekerlerdir. Koliform bakterilerce laktik, asetik ve formik asid'e hidrolize

edilirler. Bu asit metabolitlerin osmotik etkisi ile sıvı barsak içinde tutularak yumuşak, şekilli bir dışkının oluşumu sağlanır. Karında gazla bağlı şişkinlik, gaz, karın krampları, ishal ve elektrolit dengesizlikleri meydana gelebilir. Bu hiperosmolar laksatiflere son olarak polyethylene glycol ilave edilebilir. Şişkinlik ve diyare yapabilir. İlaça hassas kimselerde ve mekanik obstrüksiyon şüpheli hastalarda kullanılmamalıdır. Toz şeklinde reçetelenmektedir (26).

Hasta miktarını kendi durumuna göre ayarlayarak bir içecek içinde kullanmaktadır. Kolonik bakterilerle hidrolize olmadığı için gazla sebep olmaz, elektrolit ihtiva etmediği için su ve tuz absorpsiyonu meydana gelmez. Yaşlılarda, renal, kardiyak hastalarda kullanılabilir. Hacim oluşturan veya osmotik laksatiflere cevap vermeyen olgularda stimulan laksatifler kullanılır. Zaman zaman kabızlığı olanlarda, dissinerjik defekasyonu saptanan hastalarda dışkıyı sulandırmak için kullanılır. Polietilenglikol ve laktuloz gebelerde de kullanılabilir. Stimulan laksatifler su ve tuz absorpsiyonunu azaltarak, bunların sekresyonunu ve barsak motilitesini artırarak yani kısaca sıvı ve elektrolit transportunu, gastrointestinal motiliteyi veya her ikisini etkileyerek dışkılamaya yardım ederler. Gereksiz ve fazla miktarlarda kullanıldıkları durumlarda zararlı olabilir. Akut ve şiddetli konstipasyonda kullanılırlar. Uzun süreli kullanımı tartışmalıdır. Rektal irritasyon, diyare, elektrolit dengesizliklerine (hiponatremi, hipokalemi, hipokalsemi), dehidratasyona ve metabolik alkalozla sebep olabilirler (26).

### **Stimulan Laksatifler**

Etkilerinin çabuk başlaması ve kolay ulaşılabilirlikleri nedeniyle hastalarca tercih edilmektedir. İntestinal duvarda direkt mukozaya etki ederek epitel hasarı, kas, sinir uyarımı hem antiabsorbtif-sekretuar hem de prokinetik etki gösterirler. Etkileri saatler içinde hemen başlar, 12-24 saatte maksimum olur ve kramp tarzında karın ağrısına ve tenesmusa yol açabilirler. Akut ve kısa süreli kullanımda oldukça faydalı olmalarına rağmen uzun süreli yüksek dozda kullanımda enterik sinir sistemi toksik etkileriyle katartik kolon denilen hastrasyon kaybı, kolon dilatasyonu ve konstipasyonla seyreden nörojenik psödo-obstrüksiyona yol açabilirler. Aşırı laksatif etki ile elektrolit bozuklukları, hipokalemi, hiponatremiye, osteomalazi, protein kaybettiren enteropatiye neden olabilirler. Laksatif bağımlılığı yapabilirler. Gebelerde stimulan laksatifler uterus motilitesini uyarabileceğinden kullanılmamalıdır. Emziren annelerde anne sütüne geçerek bebekte diyare yapabilirler. Sürekli kullanılmamalıdır; haftada veya iki haftada bir şekilde özellikle yavaş transit konstipasyonda aralıklı kullanımı gerekebilir (84).

### **Klorid Kanal Aktivatörleri(Lubiprostone)**

İnce bağırsağın epitel hücrelerine etki ederek intestinal sıvıyı ve sekonder olarak intestinal peristaltizmi artıran Lubiprostone bu gruptandır. Günde 2 kez oral olarak kullanılır. Etkisi 12-48 saatte başlar. Bulantı, baş ağrısı ve ishal görülebilir. İlacın yemekle birlikte alınması bu yan etkileri en aza indirebilir (59). 18 yaş üzerinde kronik fonksiyonel kabızlığı olan erkek ve kadın hastalarda kullanılır (26).

#### **2.1.8.2. Cerrahi Tedavi**

Medikal tedaviye dirençli hastalarda uygulanabilecek diğer bir seçenektir. Bu tedavi daha çok tıkaçıcı tip konstipasyonda uygulanmasına rağmen yavaş geçişli konstipasyonda da uygulanmaktadır. Ancak cerrahi tedavi öncesi problemin sadece kolonda olduğu ve yaygın bir nöromusküler hastalık olmadığından emin olunması gerekir. Özellikle çocuklarda segmental rezeksiyonlar yeterli olmaktadır. Ayrıca kolektomi-ileostomi veya ileorektal anastomoz da uygulanan yöntemlerdir (85). Laparoskopik kolektomi bu işlem için daha uygundur (86).

Yapılan çalışmalarda cerrahinin başarısı yüksek olmasına rağmen her zaman en son seçenek olarak düşünülmelidir. Ayrıca karın ağrısını sonlandırmak için veya psikolojik problemlili hastalarda cerrahi uygulanmamalıdır (7).

#### **2.1.8.3. Yaşam Biçimi Değişiklikleri**

##### **Diyet**

Yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazanmak, beslenme eğitiminin verilmesiyle gerçekleşir. Hemşirenin görevlerinden biri de birey ve topluma sağlıklı beslenme eğitimi vermek ve onlara danışmanlık yapmaktır. Hastaya verilecek beslenme eğitimlerinin düzenlenmesinde hekim, diyetisyen ve hemşire iş birliği yapılmalıdır. Konstipasyon gelişiminde diyet önemli bir rol oynamaktadır. Diyetin düzenlemesi çoğu hastada tedaviye katkı sağlar (87). Hemşire, hastalara diyet eğitimi verirken, hastaların sosyoekonomik yapısı ve bireylerin beslenme alışkanlıkları göz önüne alınmalıdır. Hemşire, gelir düzeyi düşük olan hasta bireylere diyet eğitiminde pahalı gıdalar yerine aynı besin değerinde daha uygun fiyattaki besinler önermelidir. Ekmek, kepek, mercimek, aloe vera, mineral sular ve kuru erik ya da rhubarb (ruvent kökünden yapılmış bir müshil) gibi meyveler konstipasyonu önlemek için barsak yönetim programında önerilen ucuz ve bol bulunan ürünlerdir (81).

Bazı çalışmalar konstipasyonu önlemede diyetle kepek eklenmesinin etkili olduğunu desteklerken, randomize kontrollü çalışmalar kepeğin etkililiğini desteklememektedir (88). Hyde ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları literatür incelemesinde iki çalışmada da ‘doğal laksatifler’ olarak adlandırılan sıvılaştırılmış yüksek lifli meyve ve ‘etkili güçlü puding’ denilen kuru erik özü-konsantresi, elma püresi ve kepek karışımlarının kullanıldığından söz edilmektedir (24).

Hemşire eğitim sırasında hastalara sabah kahvaltısının atlanmaması, öğünlerin düzenli alınmasını ve bol posa bırakan meyve ve sebzelerden oluşan diyeti önermelidir. Diyetin lif içeriği dışkının miktarını artırır ve kolon transit zamanını hızlandırır. Vejeteryanlarda gastrointestinal transit zamanı nonvejeteryanlara göre çok daha hızlıdır. Diyetin lif içeriği kepekli ekmek ve posalı besinlerle, hazır satılan kepekli gıdalarla, sentetik lif içeren preparatlarla 25-30 g/gün miktarına yavaş yavaş arttırılmalıdır. Eğer diyetle lifli besinler arttırılmış ise dışkı tıkcını önlemek için sıvı alımının da arttırılması önemlidir (günde en az 1500 ml. sıvı tüketimi). Bu şekilde lifli gıdalarda görülebilecek karın şişliği ve aşırı gaz şikâyeti azaltılabilir. Hastaların %50’si bu şikâyetler ve posalı yiyeceklerin tatlarının kötü olması nedeniyle tedaviye uyum göstermezler. Tedaviye devam eden hastalarda bu şikâyetler bir-iki hafta içinde kaybolur (87).

Özellikle normal transit zamanlı konstipasyonlu hastalar diyetle lif arttırılmasına %80 oranında cevap verirler. Kolonik motilite bozukluğu olan hastalarda yalnızca diyet konstipasyon sorununu çözümlenmeye yetmez. Obstrüktif defekasyon bozukluğunda ve fekalimpaksiyonda yüksek lifli diyet önerilmez. Gastroparezisi veya difüz gastrointestinal dismotilitesi olan hastalarda lifli gıdalarbezoar (Hayvan veya bitki metaryellerinin mide ya da ince barsaklarda birikerek topak şeklinde kitle oluşturması) oluşumuna ve obstrüksiyona yol açabileceğinden dikkatli kullanılmalıdır (87). Bu bilgiler ışığında hemşireler eğitim sırasında hastalara diyet ile ilgili şu önerilerde bulunulabilir:

- Öncelikle beslenme tarzı bol lifli ve posa bırakan gıdalardan seçilmeli ve günde 10 bardaktan daha az olmayacak şekilde su içilmelidir.
- Sabah aç karnına oda ısısındaki bir bardak su içilmeli.
- Günlük yaşantıda mümkün olduğunca düzenli yürüyüş gibi egzersizler yapılmalı.
- Baklagiller gibi suda erimeyen gıdalar önerilmeli, günde 20 ile 35 gram arasında lif alınmalı.

- Yeşil sebzeler gibi suda eriyen gıdalar kabızlık için yararlı olduğu inancı yanlış olsa da, bunlar dengeli bir şekilde suda erimeyen gıdalarla birlikte tüketilmeli.
- Bu gibi doğal yöntemlerden sonuç alınamazsa ilaçlara başlanmalıdır (7).

### **Sıvı Alımı**

Hemşireler, hastalara eğitimde günlük sıvı alımını arttırmalarını ve düzenli fiziksel egzersizler yapmaları için teşvik etmelidir. Bu konudaki çalışmalar çelişkili sonuçlar içerse de bir kısım hasta bu önerilerden fayda görmektedir (89). Sıvı alımını arttırmak konstipasyonu önlemede yaygın yöntemlerden biri olarak önerilmektedir ve sıvı alımındaki artış diğer ürünlerle birlikte değerlendirilmektedir. Bununla birlikte lifli besinlerin sıvı alımı yeterli olmayan immobil hastalarda fekal impaksiyon olasılığını arttırabileceği de unutulmamalıdır (81).

Yetersiz sıvı alımı, konstipasyon için risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (43). Literatürde konstipasyon riskini azaltmak için günde 1,5-2 lt sıvı alınması gerektiği belirtilmektedir (90). Buna karşın konstipasyonda sıvı alımının etkileri ancak birkaç çalışmada incelenmiştir. Sıvı alımına ilişkin çalışmalarda da çelişkili sonuçlar elde edilmiştir (91).

### **2.1.8.4.Non-Farmakolojik Yöntemler**

Konstipasyonda çeşitli nonfarmakolojik yöntemler; masaj, egzersiz ve biofeedback ile tuvalet alışkanlıkları olarak görülmektedir. Konstipasyon yönetiminde hemşireler önemli bir role sahiptir. Bağırsak yönetimine ilişkin alışkanlık ve uygulamalar, bireyden bireye farklılık göstereceği için hemşirelik bakımında bireysel yaklaşım oldukça önemlidir. Bu nedenle hemşire, dışkılamayı etkileyen başlıca faktörleri tanımlayabilmeli, hasta birey ve ailesine gerekli eğitimi vermelidir. Konstipe bireylerde abdominal masajın ya da egzersizle birlikte masajın etkisinin incelendiği ve bunların kullanımını destekleyen çalışmaların sayısı oldukça azdır (81).

### **Biofeedback**

Fonksiyonel defekasyon bozukluğunda özellikle pelvik taban kaslarının ve eksternal anal sfinkter kaslarının yetersiz kontraksiyonları biofeedback ile düzeltiler. Burada amaç; hastanın defekasyon işlevi sırasında anal sfinkter kaslarını gevşetebilmesi, karın kaslarını çalıştırabilmesi için ve ayrıca karın kasları, rektum ve anal sfinkter kasları

arasındaki koordinasyon ile rektum duyarlılığını tekrar geri kazanabilmesi amacı ile hastayı eğitmektir (26). Biofeedback tedavisi sırasında tek manometre kateteri ve anorektal elektrot hastanın anorektal kanalına bağlanır. Anorektal kanaldan alınan veriler, hastaya grafik şeklinde gösterilir. Biofeedback uygulaması bir sütunda gösterilir. Hasta pelvik taban kaslarını kasarak ya da gevşeterek sinyal seviyesini yukarı ya da aşağı hareket ettirerek sinyal seviyesini sütunun limitlerinde tutmaya çalışır. Hastalara sıkıştırma ve gevşeme manevraları sırasında pelvik taban kaslarının aktivitesindeki değişikliklere dikkat etmeleri söylenir. Hastalar pelvik taban kaslarını yeniden eğiterek anorektal kasların aktivitesini düzenleyebilirler (92). Pelvik taban disfonksiyonu olan 21 kişide 12 hafta süresince uygulanan anaorektal biofeedback tedavisinin hastalarının semptomlarını iyileştirdiği, yaşam kalitelerinin arttığı bulunmuştur (93).

### **Tuvalet Eğitimi**

Eğitim sırasında hastaların düzenli günlük tuvalete giderken iki veya üç günde bir dışkılama şikâyetlerinin olduğunu belirtmeleri durumunda, hastaların başka şikâyetleri yoksa bunun normal olabileceği anlatılarak, genel önerilerde bulunmak yeterlidir. Konstipasyonlu hastalara hemşireler öncelikle normal defakasyon alışkanlığı, uygun dışkılama zamanı ve pozisyonu hakkında eğitim verilmelidir.

Hemşireler, hastalara eğitim sırasında;

- Bireyin her gün, belli bir saatte ve belli bir zamanını defekasyon için ayırması gereklidir.
- Dışkılama acele etmeden, stresten uzak, uygun postür ve koşullarda her gün aynı saatte olmalıdır.
- Tuvalete gitme ihtiyacı hissedildiğinde ertelemeden hemen tuvalete gidilmelidir.
- Konstipe birey tercihen sabah kalktıktan ve kahvaltı sonrasındaki iki saat içinde gevşemeli ve en az 10 dakika tuvalete giderek beklemelidir.
- Sabah kalkınca içilen bir bardak ılık su gastrokolik refleksi uyarak kolon transitini ve dışkılamayı uyarmaktadır. Kahvaltıda yağlı gıdalar ve kahve de bu refleksi uyarır.
- Alaturka tuvaletlerde çömelmenin intraabdominal basıncı daha fazla arttırdığından ilk olarak tercih edilmesi, mümkün değilse alafranga tuvalette ayağın altına 15 cm bir basamak konulmasını söylemelidir.
- Aşırı ve beş dakikadan fazla ıkınmadan sakınılmalıdır (28).

Defekasyonun süpresyonu dışkılama sıklığında azalma yanında kolon transitinde yavaşlamaya da neden olur. Gençlerde dışkılama eğitiminde daha başarılı sonuç alınmaktadır (94). Defekasyon sırasında optimum postür bacakların yer seviyesinden bir karış yukarda olduğu postür ya da çömelme pozisyonudur. Hasta, çömeldiği zaman lumbal lordoz düzleşir, puborektalis kası gevşer, rektum yer çekiminin yardım ettiği pozisyona geçer. Böylece bireyler aşırı ıkınma ihtiyacı hissetmeden daha kısa sürede ve daha etkili bir boşaltım gerçekleştirirler. Yapılan çalışmalarda kolon kanserlerinin, özellikle barsağın tam olarak boşalamayan çekum ve sigmoid kolon çevresinde çok fazla görüldüğü rapor edilmektedir (95).

Çömelmenin avantajları:

- Daha hızlı, kolay ve tam boşalma sağlar. Kolon kanseri, apandisit ve inflamatuvar barsak hastalıklarına neden olan fekal tembelliği önler.
- Prostat, mesane ve uterusu kontrol ederek sinirleri gerilmeden ya da yaralanmadan korur.
- Kolon ve ince barsak arasında bulunan ilioçekal kapağı güvenli bir şekilde kapatır. Oturma pozisyonu kapağı desteklemez ve boşaltım sırasında ince barsağa doğru kaçış olur.
- Kolon düzleşir ve ıkınma önlenir. Kronik ıkınma hernilere, divertiküllere ve pelvik organ sarkmalarına neden olabilir.
- Hemoroidlerin tedavisinde kullanılan çok etkili bir yöntemdir.
- Gebe kadınlarda çömelme defekasyon sırasında uterusu yük binmesini önler (96).

### **Egzersiz**

Düzenli egzersiz yapmama konstipasyon gelişimi için risk faktörlerinden biridir. Bu nedenle egzersiz yaşam biçimindeki değişikliklerden biri olmalıdır (25). Egzersiz günlük yaşam içerisinde kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını arttıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanabilir. Bunlar; yürüme, koşma, sıçrama, yüzme, bisiklete binme, çömelme, kalkma, kol ve bacak hareketleri, baş ve gövde hareketlerinin tümünü veya bir kısmını içeren egzersiz çeşitleridir (97).

Hemşireler, hasta bireylere verdikleri eğitimde fiberli diyet ve fazla sıvı alımı yanında karın kaslarının güçlendirilmesi için orta derecede yürüyüş ve egzersiz önermeleri

gerekmektedir. Birey yeterlilikleri ölçüsünde düzenli aktiviteler yapması için cesaretlendirilmelidir (25). Çok az egzersiz yapan bireylerde konstipasyon prevalansı daha yüksek olduğu görülmüştür (44).

Şiddetli egzersiz gastrointestinal semptomları tetikleyebilir ve bu nedenle kişinin fiziksel aktivitesini kısıtlayabilir. Son yapılan sistematik derlemede kolon kanseri ve fiziksel aktivite arasında negatif yönde kuvvetli bir ilişki bulunurken, mide ve pankreas kanseri, huzursuz barsak sendromu, konstipasyon ve fiziksel aktivite arasında negatif yönde düşük bir ilişki bulunmuştur (98).

Literatürde, geriatrik olgularda uygun beslenme ve egzersiz programı ile hastaların semptomlarının iyileştiği ve laksatif kullanımının azaldığı belirtilmekle birlikte tek başına fiziksel aktivitenin etkisi araştırılmamıştır (99).

### **Karın Masajı**

Masaj, konstipasyon sorununa yönelik en önemli bağımsız hemşirelik girişimlerinden biridir. Konstipasyonun giderilmesinde, etkin bir yöntem olan abdominal masaj özellikle son yıllarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Nitekim literatürde de abdominal masajın konstipasyonun giderilmesinde etkin bir yöntem olduğu belirtilmektedir (100).

Abdominal masaj, karın duvarı üzerinden bağırsakların bulunduğu bölgeye saat yönünde sıvazlama, yoğurma ve titreşim hareketlerinin uygulanması sonucu bağırsak hareketlerini uyaran invaziv olmayan bir uygulamadır (101).

Abdominal masaj, karın içi basıncını değiştirerek peristaltizmi arttırmakta ve bağırsaklar üzerinde mekanik ve refleks bir etki oluşturmaktadır. Peristaltizmin artması besinlerin Gastrointestinal sistemden geçişini hızlandırmaktadır. Böylece dışkıının kalın bağırsakta kalış süresini kısaltmakta ve bağırsak hareketlerini arttırmaktadır. Ayrıca abdominal masajla, abdominal kaslar, kalın bağırsaklar etkilenmekte ve hatta abdominal sinir ağı (plexus splanchnicus) da uyarılarak bağırsak tonüsü değişebilmektedir. Bu sayede bireyin ağrı ve rahatsızlık hissi azalmaktadır (102). Literatürde abdominal masajın kronik konstipasyon, fekal inkontinans, abdominal kas tonüsündeki değişiklikler ve abdominal ağrı tedavisinde yaygın olarak palyatif bir yöntem olarak kullanıldığı ve herhangi bir yan etkisinin olmadığı belirtilmektedir (101).

Konstipasyonun tedavisinde abdominal masajın etkili olduğuna yönelik birçok çalışma mevcuttur. Preece'in (2002) gündüz bakım merkezinde tek bir grup üzerinde (n=30) yaptığı çalışmada, 15 konstipasyonu olan hasta bireye bir hafta süreyle düzenli abdominal masaj uygulanmış ve araştırma sonucunda hasta bireylerin 11'inde

konstipasyonun sıkıntı veren semptomlarının (distansiyon, flatulans) azaldığı saptanmıştır (103). Lamas ve ark.'nın (2009) randomize kontrollü olarak deney ve kontrol grubu üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, abdominal masaj uygulanan deney grubundaki hasta bireylerde, konstipasyon ve semptomlarının gözle görülür bir şekilde azaldığı ve bağırsak hareketlerinin arttığı belirlenmiştir (104).

Literatür araştırmalarında Ayaş ve arkadaşlarının (2006) spinal kord yaralanması olan hastalarla yaptıkları çalışmada, abdominal masajın defekasyon sıklığını arttırdığı, fekal inkontinans ve abdominal distansiyonu azalttığı saptanmıştır (105). Emly ve ark. (1998) serabral palsili hasta bireylerle yaptığı çalışmada, konstipasyon sorununu ortadan kaldırmada abdominal masajın kullanılması gerektiğini belirtmiştir (106).

Resedence ve arkadaşları (1993) ise abdominal masaj ve egzersizin bağırsak alışkanlıklarına etkisini belirlemeye yönelik araştırmalarında, klinikte yatan hastalara ilk 6 hafta süresince abdominal masaj, ikinci 6 haftada ise laksatif ve lavman (klinik rutini olarak) uygulanmıştır. Uygulanan her iki tedavi sonrası bağırsak geçiş süresi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (107).

Buna benzer bir çalışmada ise multiple skleroz (MS) olan hastalarda abdominal masajın konstipasyon semptomları üzerine olan etkisinin araştırılması amacıyla yapılan bir çalışmada, dört hafta süresince uygulanan abdominal masaj tedavisi sonucunda bireylerde defekasyon frekansı ve gayta yoğunluğunun arttığı, defekasyon süresinin azaldığı bulunmuştur. MS olan bireylerde abdominal masajın kronik konstipasyon semptomlarını iyileştirdiği sonucuna varılmıştır (108).

Abdominal masajın defekasyonla ilgili sorunu olan, flatulans ya da kramplar nedeni ile abdominal ağrısı olan, abdominal kas tonüsü değişmiş olan, fekal inkontinans ya da konstipasyonu olan bireylerde etkili olduğu belirlenmiştir (109). Abdominal masaj, konstipasyon tedavisinde kabul edilen ve hemşireler, sağlıklı/ hasta birey tarafından uygulanan, güvenli, invaziv olmayan ve hiçbir yan etkisi olmayan nonfarmakolojik bir yöntemdir (110).

Hastalara karın masajı uygulamasını öğretirken, karın masajı yapılmadan önce hastanın pozisyonunun önemi anlatılmalıdır. Abdominal masaja başlamadan önce hastaların karın boşluğunun fazla sert olmaması ve masajın yemeklerden hemen sonra yapılmaması söylenmelidir. Uygulama öncesi bireyin, üriner boşaltım gereksinimi karşılanmış olmalıdır. Hastalara uygulama sırasında başlarının altına küçük bir yastık yerleştirmeleri ve sakıncası yoksa dizlerini hafifçe bükmeleri söylenmeli (102). Abdominal masaj, abdomen duvarı üzerinden bağırsakların bulunduğu alana saat

yönünde yapılmalı ve uygulama süresi yaklaşık 15-20 dakikadır. Manipölasyonlar, sigmoid kolonun sol alt kadranından başlamaktadır (101). Konstipasyon için uygulanan abdominal masajın dört temel hareketi vardır: Yüzeyel efloraj, derin efloraj, petrisaj ve vibrasyondur (102).

**Efloraj (Sıvazlama):** Elin, vücut yüzeyi üzerinde hafif veya derin basınçla kaydırılmasıdır. Masajın temel manevrasıdır. Masaj manevraları arasında en sık kullanılanıdır. Genellikle avuç içi, başparmak veya diğer parmaklar kullanılmaktadır. Abdominal masaj, eflorajla başlamakta ve eflorajla bitirilmektedir (102).

**Petrisaj (Yoğurma):** Amaç, dokuyu kaldırmak ve kaldırdıktan sonra sıkıştırmaktır. Yüzeyel fasya ve altındaki kas kitlesini kaldırmaya, yuvarlamaya ve hafifçe sıkıştırmaya yarayan yoğurma hareketidir (111). Kasların en etkili manüplasyonu olan petrisaj, kasın büyüklüğüne ve biçimine göre tek ve çift elle, tüm elle ve parmakla uygulanmaktadır (102).

**Vibrasyon (Titreşim):** El ve parmaklar vücuda sıkıca temas ettirilerek uygulanan titreşim hareketidir. Titreşimlerin sayısı saniyede 10-15 kadardır. Vibrasyonda el hiç bir yönde ilerlememekte ve hareket yalnız üzerinde bulunduğu kasa sınırlı kalmaktadır. Vibrasyon uzun süre ve yeterli şiddette uygulandığında refleks fizyolojik etkiler oluşturmaktadır. Genelde en son manüplasyon olarak uygulanmaktadır ve beklenen etki sinir sistemini uyarmak ve kasların gevşemesini sağlamaktır. Vibrasyon bağırsak spazmını azaltmada oldukça etkili bir manevradır (102).

Masajın en büyük dezavantajının; masaj için gereklizamanın az olması ve masajın tekrarlanması gerekliliğidir. Karın masajı öğrenilmesi zor bir işlem değildir. Hemşire, hastaya bu tekniği uygulayabilme becerisine sahip olmalı, gerekirse bu tekniği hastaya öğretmesi ve bu işlemi hastanın kendisi yapması için teşvik etmelidir.

## **2.2. KONSTİPASYON VE YAŞAM KALİTESİ**

### **2.2.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı**

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, “sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil; bireyin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Bu çok boyutlu sağlık tanımında, sağlık hizmetlerinde hastalıkların sıklığı ve şiddeti gibi özelliklerin yanı sıra, sağlıkla ilişkili iyilik halinin de belirlenmesi öngörülmekte, başka bir ifadeyle sağlığın ölçülmesinde yeni bir kavram olarak çağdaş anlamda yaşam kalitesine değinilmektedir. Çağdaş sağlık hizmetlerinin amacı, yalnızca hastalıkları tedavi etmek ya da önlemek değil; kişiye toplum içindeki rolünü sürdürebileceği yüksek

kalitede bir yaşam sunmaktır. Uluslararası Standart Örgütü'nün (ISO) 9005 kalite sözlüğünde kalite, “ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamı” olarak tanımlanmıştır (112).

Yaşam kalitesi, kişinin içinde bulunduğu durum ile umutları ve beklentileri arasındaki farkı yansıtmaktır. Burada kişinin beklentilerinin şekillenmesinde yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durum, sağlık durumu, meslek gibi birçok değişken rol oynamaktadır. Yaşam kalitesi, genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyeti simgelemektedir. Başka bir ifadeyle bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumunu anlatmasıdır. Yaşam kalitesinin dört temel özelliği; dinamik olması, çok boyutlu olması, interaktif olması, bireyin beklentileri ve yaşamındaki olaylara uyum göstermesidir (113).

### **2.2.2.Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri**

Bireyin günlük yaşam aktivitelerini (GYA) ve öz bakımını yerine getirebilmesi ve kişinin bu durumdan doyum bulması ile ilgilenmektedir. Bunlar;

- Fiziksel iyilik hali
- Kendine bakabilme (beslenme, giyinme, banyo ve tuvaleti kullanma, uyku)
- Hareket (evin içinde ve dışında hareket etme)
- Fiziksel etkinlik (yürüme, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma, yorgunluk)
- Rol etkinliği (aile ve işle bağlantı, sosyal roller)
- Sağlık ve hastalık inancı (114).

### **2.2.3. Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri**

Doğrudan yaşamla ilgili algılamalar üzerinde durmakta ve insanların kendilerini nasıl hissettikleri ile ilgilenmektedir. Bunlar;

#### **Psikolojik İyilik Hali**

Kişinin farklı durumlara uyum sağlama stratejilerini ve değişik ruh hallerini kapsamaktadır. Bunlar yaşam doyumunu, psikolojik etki ve emosyonel iyilik hali olup yaşam deneyimlerinin subjektif olarak değerlendirilmesi ile elde edilmektedir. Burada kişinin kendi kendini değerlendirmesi olan öznel bir doyum veya sonuç yaşam kalitesidir. Psikolojik iyilik; anksiyete, depresyon, beden imajı, otonomi, yararlılık ile ilgili durumlar da yaşamın normallliğini ve mutluluğunu içermektedir (112).

### **Sosyal ve Bireysel İyilik Hali**

Kişinin eş, aile ve arkadaşları ile olan ilişkilerinin niteliği ve niceliği ile sosyal faaliyetlere katılma sıklığı, sosyal destek görme ve rollerini yerine getirme sürecidir (115).

### **Maddi İyilik Hali**

Bireyin var olan durumunda geleceğe yönelik güvenlik duygusu, barınma, sağlık sigortası, iş güvencesi gibi fonksiyonlardır (116).

#### **2.2.4. Genel Yaşam Kalitesi**

Genel yaşam kalitesi nüfusun yaşam kalitesini değerlendirmektedir. Fonksiyonel durumu, kaynaklara ulaşmayı ve iyi hal duygusunu kapsamaktadır. Gelir düzeyi, sosyal olanaklar, çevre koşulları ve kişisel inançlar genel yaşam kalitesi içinde değerlendirilmektedir (112).

#### **2.2.5. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi**

DSÖ'nün 1948'de, sağlığı “yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak tanımlamasından sonra, sağlığa ilişkin iyilik halini ölçülebilmesi için, yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır. Yaşam kalitesinin değerlendirildiği ilk araştırmalar 1973'te yayınlanmış, son yıllarda ise başta yeni programların ve tedavilerin maliyet kullanım analizlerinde olmak üzere, sayıları giderek artmıştır (117).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır (118). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin kendisini iyi hissetmesi ve sağlık durumuna genel bir çerçeveden bakış açısı ile ilgilidir. Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi hastalığın olmaması yanında, kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan aktif olmasını, kendisini iyi hissetmesini ve yaşam memnuniyetini kapsamaktadır (119).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı içinde, birbirleriyle çok yakından ilgili üç temel boyut bulunmaktadır. Bunlar fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlardır. Fiziksel boyut, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal boyut, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Psikolojik boyut ise, depresyon,

anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumları içermektedir (120).

#### **2.2.6. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi**

Sağlık ve hastalık kavramları birbirleriyle ilişkili üç alanda gözden geçirilebilir. Bu alanlar; organ veya sistem, kişi, toplum veya sosyal yaşamdır. DSÖ tarafından 1980’de üç alandaki kısıtlılıklar veya yetersizlikler uluslararası yetersizlik, özürlülük ve engellilik sınıflaması olarak yayınlanmıştır. Buna göre yetersizlik organ alanını, özürlülük kişi alanını, engellilik ise toplum alanını yansıtmaktadır. Bu sınıflamada nedensel görüş hakimdir. Bu görüşe göre; hastalık veya bozukluk yetersizliğe, yetersizlik özürlülüğe, özürlülük de engelliliğe neden olmaktadır. Hâlbuki yaşam kalitesi hem fiziksel sağlık, psikolojik durum ve kişisel inançlar, hem de sosyal ilişkiler ve çevreden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş aralıklı bir kavram olduğu için yaşam kalitesindeki bozulmayı açıklamakta bu nedensel görüş tek başına yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle sağlık ve sağlıkla ilişkili durumların tanımında standart bir dil ve çerçeve sağlamak amacı ile DSÖ tarafından 2001’de uluslararası fonksiyon, özürlülük ve sağlık sınıflaması kavramı yayınlanmıştır (121).

Hastaların hastalıklarına özgü birçok olumsuz etkilenmeler olabilmektedir. Fiziksel etkilenmeler bunların birisidir. Çünkü uzun hastalık süresine sahip ve yatağa bağımlı olan hastalıklarda yaşam kaliteleri daha çok etkilenmektedir. Bazı hastalıklarda ise yaşanan durumlar sosyal etki yarattığından ve hastaların sosyal olarak reddedilme duygusu, sık karşılaştıkları bir durumdur. Hastalar, hastalıklarından dolayı utanma, sıkılganlık ve özgüven eksikliği hissedebilirler. Bu duygular belirgin düzeyde yaşam karışıklığı yaratabileceğinden sosyal toplumdan geri çekilmeye yol açabilir. Ayrıca hastalıkla başa çıkmak durumunda olmanın neden olduğu kronik günlük stres, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde azalmaya yol açar ve hastalar çaresizlik, utangaçlık, içine kapanıklık, kızgınlık hissi, hayal kırıklığı yaşayabilir. Hastalığı şiddetli olanlar kendilerini görünümlelerinden dolayı daha rahatsız hissedebilirler. Ayrıca gelir düzeyi daha az olan hastalar sadece tedavi masraflarından değil, hastalıklarının bakımı için daha çok vakit harcadıkları için de etkilenebilirler (122).

Özel bir hastalık, durum veya tedavi için geliştirilmiş olan hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirmeleri daha dar kapsamlı olmasına rağmen, en ince ayrıntıları bile değerlendirmektedir. İnce ayrıntıları içermesi nedeniyle daha duyarlıdır. Önemli küçük klinik değişiklikleri saptayabilir ve elde edilen bilgiler klinik kararlar açısından

rahatlıkla kullanılabilmektedir. Hem genel yaşam kalitesinin hem de sağlıkla ilgili ve hastalık, semptom, tedaviye özgü yaşam kalitesinin birlikte değerlendirildiği modeller bulunmaktadır. Böyle bir model, hem yaşamın yorumlanmasını hem de yaşam kalitesinin daha özel ve ayrıntılı değerlendirilmesini sağlamaktadır (122).

### **2.2.7. Yaşam Kalitesini Etkileyen Durumlar**

**Yaş:** Birçok çalışmada artan yaşla birlikte yaşam kalitesinde (YK) kötüleşme olduğu bildirilmiştir.

**Cinsiyet:** Yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmesine rağmen, bazı araştırmalarda erkeklerde daha iyi yaşam kalitesi olduğu gözlenmiştir.

**Albümin:** Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunda, serum albümin düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitelerinin de iyi olduğu bildirilmiştir.

**Sosyoekonomik Durum ve Eğitim Düzeyi:** Birçok çalışmada yüksek sosyo-ekonomik durumu ve eğitim düzeyi olanlarda YK'nin daha iyi olduğu gözlenmiştir.

**Çalışma Durumu:** Yapılan çalışmalarda, aktif olarak çalışmakta olan hastalarda YK'nin daha iyi olduğu bildirilmiştir.

**Fiziksel Egzersiz:** Düzenli egzersiz yapanlarda YK'nin düzeldiğini bildiren çalışmalar vardır (123).

### **2.2.8. Yaşam Kalitesini Etkileyen Olumlu Faktörler**

Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için bireyin; ekonomik ve sosyal güvence içinde olması, güven içinde yaşaması, rahatlık ve gereken konfora sahip olması, anlamlı ve aktif bir yaşam sürmesi, yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması, itibar görmesi, mahremiyetine değer verilmesi, kendini ifade edebilmesi, fonksiyonel olarak yeterli olması, özgün bir birey olarak algılanması, huzur içinde olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi gerekir (124).

### **2.2.9. Yaşam Kalitesini Etkileyen Olumsuz Faktörler**

Bireylerde yaşam kalitesi; temel gereksinimlerin karşılanmaması, beden imgesinin değişmesi, öz-bakım davranışlarının ve GYA'nin yetersizliği, kronik yorgunluk, seksüel fonksiyonlarda bozulma, gelenek ile ilgili kaygılar, destek sistemlerindeki yetersizlikler, akut sağlık sorunları, kronik sağlık sorunları gibi nedenlerle azalabilir (125).

YK'ni gösteren farklı durumların değerlendirilmesinde, her bir durumu gösteren çok sayıda soruların cevaplanması gerekmektedir. Bu komplekslik yüzünden, YK'ni değerlendiren çok sayıda farklı ölçekler geliştirilmiştir (126).

Yaşam kalitesini değerlendirmede ölçütler:

- Hastanın yaptığı değerlendirme tercih edilmeli
- Hasta çok yönlü değerlendirilmeli
- Kalite değerlendirme ölçütleri basit ve pratik olmalı
- Renal sağlık ekibinin tedavi hedefleri gerçekleştirilmeli
- Bireyin psikolojik, biyolojik ve sosyal adaptasyonu sağlanmalı
- Psikososyal olgunlaşma sağlanmalı
- Kendi kendine bakımı sağlanmalı
- Sağlık durumunun korunması ve devamı sağlanmalı
- GYA'ni yürütebilmeli
- Aileye destek olunmalıdır (127).

#### **2.2.10. Yaşam Kalitesi Ölçekleri**

YK ölçekleri çok boyutlu veya tek boyutlu ve genel veya hastalığa spesifik ölçekler olarak sınıflandırılır. Hastalığa özgü YK ölçekleri ise, özel bir durumu ya da hastalığı hedef alır, derinlemesine analiz eder, belirli durumların ortaya çıkarılmasında daha başarılıdır ve klinik değişimi daha iyi değerlendirmektedir. Ancak hastalığa özgü YK ölçeklerinin sakıncası, karşılaştırmalı çalışmalar için uygun olmamalarıdır (126).

Sağlıkla ilgili YK ölçümlerinde genellikle kullanılan ölçekler, Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile, NHP), Hastalık Etki Profili (Sicknes Impact Profile, SIP), Esenlik Kalite Skalası (Quality Of Welbeing Scale, QWS), McMaster Sağlık Göstergesi (mc Master Health Index Questionnaire, MHIO) ve 36 Soruluk Kısa Bir Sağlık Araştırması (The Mos 36 Item Short Form Health Survey, SF 36)'dır. Sağlıkla ilişkili YK'nin değerlendirilmesinde; hem teorik hem de pratik nedenlerle sağlıkla ilgili YK ölçen ölçeklerin yalın olarak kullanımları yerine bu ölçeklerin, hastalığa özgü değişkenlerin de eklenerek kullanılması ölçümü daha değerli kılacaktır (128).

Kaliteli ve sağlıklı bir yaşam sağlayabilmek için hastalığın yaşam kalitesine etkisi hakkında bilgi sağlayacak spesifik ölçeklere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda gerek var olan ölçeklerin Türkçe çevirilerinin geçerlilik ve güvenilirlikleri çalışılarak toplumumuza uygun hale getirilmesi gereksede hastalığa spesifik ölçeklerin

geliştirilmesi gerekmektedir. Böylece hem bireyin yaşam kalitesi düzeyi hem de yaşam kalitesi düzeylerini etkileyen etmenler belirlenmiş olacaktır (8).

Konstipasyonda yaşam kalitesini ölçmeye yönelik olarak spesifik (özgün) tek ölçek Marquis ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen Patient Assessment of Constipation On Quality of Life Question Naire (PACQOLQ)'dır (129). Konstipasyonu tanılama ve ciddiyetinin düzeyini belirleme, sorunun çözümünde anahtar rol oynamaktadır (130). Ancak Türkiye'de konstipasyon sorununa yönelik sınırlı sayıda tanılama ve ölçüm araçları bulunmaktadır (131).

Varma ve ark. (2008) tarafından geliştirilen Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (Constipation Severity Scale, CSS) bireylerin dışkılama sıklığını, yoğunluğunu ve dışkılama sırasında zorluğunu/güçlüğüne belirlemeye yönelik bir ölçektir. Ayrıca bu ölçek konstipasyon semptomlarını ölçmek amacı ile de kullanılabilmektedir (132). Konstipasyon gelişiminde yer alan riskleri değerlendirmek için Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği (Constipation Risk Assessment Scale, CRAS) kullanılmaktadır (131).

#### **2.2.11. Konstipasyon ve Yaşam Kalitesi**

Konstipasyon, yaşamı tehdit edici bir durum olmamasına rağmen, kişiye getirdiği sosyal, ekonomik, hijyenik ve duygusal baskılar ve toplumumuz için bildirilen oranların yüksek olması nedeni ile önemli bir sağlık sorunu olarak görülmekte ve yaşam kalitesini etkilediği düşünülmektedir (8).

Konstipasyon bir hastalık olmaktan çok bir semptomdur. Fakat her yaştaki bireyi etkileyebilmektedir. Bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal rahatsızlıklara neden olmasının yanı sıra, Kanada ve İskandinavya'dan gelen yeni çalışma verileri, konstipasyon şikâyeti olan insanlarda genel iyilik halinin eşdeğer normal popülasyondan daha az olduğunu göstermekte ve dahası sağlığa ilişkin yaşam kalitesinde belirgin bir azalmaya neden olduğu bildirilmektedir (18).

Konstipasyonun bireye getirmiş olduğu ekonomik yükleri inceleyen çalışma verilerine göre; Amerika'da 800 milyon \$'dan fazla bir paranın laksatifler için harcandığı yine bu ülkede her sene 2,5 milyon kişinin konstipasyon şikayeti ile hekime başvurduğu bildirilmektedir. Tıbbi değerlendirmeler ve diagnostik araştırmalar ile cerrahi girişimler için harcanan para miktarı ise bilinmemektedir. Konstipasyon nedeni ile iş gücü kaybınında oldukça fazla olduğu bildirilmektedir (12).

Konstipasyon şikâyeti olan bireylere sağlık hizmetinin en etkili biçimde sunulabilmesi için, problemi tanımak ve bireyleri hangi yönleriyle etkilediğini bilmek gerekir. Ayrıca bu sorunların bireylerin yaşam kalitesini ne derece etkilediğinin bilinmesi hemşirelerin ve sağlık ekibindeki diğer bireylerin bu soruna bilinçli yaklaşımlarını ve kaliteli hizmet sunmalarını sağlayacak, hasta memnuniyetini arttırarak sağlık hizmetlerinin kalitesinde yükseltecektir (8).

Kaliteli ve sağlıklı bir yaşam sağlamak için hastalığın yaşam kalitesine etkisi hakkında bilgi sağlayacak spesifik ölçeklere ihtiyaç duyulmaktadır. Böylece hem bireyin yaşam kalitesi düzeyi hemde yaşam kalitesi düzeylerini etkileyen etmenler belirlenmiş olacaktır (8).

Literatürde, konstipasyonun bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (133). Sağlıklı genç bireylerde konstipasyon sorununun belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda, konstipasyon oranının yüksek olması, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi nedeni ile konstipasyonun üzerinde durulması gereken önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır (6).

Irvine ve ark. (2002) konstipasyon hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmek için Kısa Form-36 (SF-36) kullanarak yapmış oldukları çalışmalarında, konstipasyonun sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalmaya neden olduğunu bildirmişlerdir. Başka bir çalışma, konstipasyonun kişiye getirdiği ekonomik yükünde sağlıkla ilgili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini bildirmiştir (14).

Glia ve Lindberg (1997) fonksiyonel konstipasyonun farklı tiplerine sahip 102 hastada yaşam kalitesini değerlendirmek için Psikolojik Genel İyi Hissizlik İndeksi (Psychological General Well Being Indexpgwbı) ve Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği (Gastrointestinal Symptom Rating Scale, GSRS) kullandıkları çalışmalarında konstipasyonlu hastaların tümünün Psikolojik Genel İyi Hissizlik İndeksi ölçek puanlarının, sağlıklı grubun puanlarına göre daha düşük olduğunu bildirmişlerdir, ayrıca konstipasyon hastalarının her iki ölçekten aldıkları puanlar arasında anlamlı bir korelasyon olduğunu göstermişlerdir (134).

Sonuç olarak konstipasyon, bireyin yaşam kalitesini düşürmesi, tükenmişliğe ve iş gücü kaybına neden olması, sağlık bakım maliyetini arttırması, sağlık düzeyi üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle birey için majör bir sağlık sorunu haline gelebilmektedir (10). Konstipasyonu tanılama ve ciddiyetinin düzeyini belirleme, sorunun çözümünde anahtar rol oynamaktadır (130).

### 2.3. KONSTİPASYON VE HEMŞİRELİK

Günümüzde DSÖ ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir (2). Konstipasyon, bağımsız hemşirelik girişimleri ile çözümlenebilecek bir sorundur (10). Konstipasyonu tanılamada, konstipasyona neden olan faktörleri belirleme ve etkili baş etme stratejilerini geliştirmede, hemşireler anahtar bir role sahiptir (130). Birden fazla neden konstipasyona sebep olabilir. Bundan dolayı konstipasyonun önlenmesi ve yönetiminde disiplinlerarası takım yaklaşımı önerilmektedir. Konstipasyon şikayeti olan bireylere sağlık hizmetinin en etkili biçimde sunulabilmesi için, problemi tanımak ve bireyleri hangi yönleriyle etkilediğini bilmek gerekir. Ayrıca bu sorunların bireylerin yaşam kalitesini nederece etkilediğinin bilinmesi hemşirelerin ve sağlık ekibindeki diğer bireylerin bu soruna bilinçli yaklaşımlarını ve kaliteli hizmet sunmalarını sağlayacak, hasta memnuniyetini arttırarak sağlık hizmetlerinin kalitesinide yükseltecektir.

Konstipasyonun tedavisi bireye özgü olmalıdır (51). Hemşireler tarafından konstipasyona ait tanımlayıcı özelliklerin ve risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda hemşirelik eğitim planlarının oluşturulması gereklidir. Sağlık eğitimi programı yaparken, karşılıklı hedefler, beklentiler belirlenmelidir. Hemşire, sosyal yardım uzmanı, psikolog gibi sağlık ekibinin diğer elemanlarını içeren bir ekiple bireysel ya da grup düzeyinde hasta ve ailenin hastalığı yönetme becerisini kazanmalarını sağlayıcı bir eğitim programı düzenlenmelidir. Bu eğitimde şu bilgilere yer verilmelidir;

- Diyet ve sıvı alımının etkisi
- Egzersiz ve masaj
- Tuvalet alışkanlığının etkisi
- İlaçların yan etkileri (24).

Hastalığın getirdiği kısıtlamalara karşın, hastaların kendilerini olabildiğince iyi hissetmelerini sağlamak, günlük aktivitelerini sürdürmelerine yardımcı olmak sağlık bakımının en önemli amacıdır. Hemşirelik bakımı yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek davranışlar ve tepkiler üzerinde yoğunlaşır (135). Bu nedenle konstipasyonlu bireyde hemşirelik yaklaşımları fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik olarak bütüncül bir şekilde ele alınıp kişinin yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla planlanmalıdır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma; primer konstipasyon tanılı hastalara verilen eğitiminin hastaların konstipasyon ciddiyeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla ön test-son test düzeninde yarı-deneysel tasarım niteliğinde planlanmış ve yürütülmüştür.

#### **3.2. Araştırmanın Hipotezleri**

1. Primer konstipasyonlu hastalara verilen eğitim hastaların konstipasyon ciddiyetini azaltır.
2. Primer konstipasyonlu hastalara verilen eğitim hastaların yaşam kalitesini artırır.
3. Eğitim verilen primer konstipasyonlu hastalar ile eğitim verilemeyen primer konstipasyonlu hastaların konstipasyon ciddiyeti ve yaşam kaliteleri arasında fark vardır.

#### **3.3. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri**

Araştırma Gaziantep ili merkez ilçesi Şahinbey’de bulunan Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniğinde Nisan 2014- Ekim 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür. Hastanenin gastroenteroloji polikliniğinde iki poliklinik odası, bir endoskopi odası ve bir hemşire giyinme odası bulunmaktadır. Poliklinikte üç uzman doktor bulunmakta ve dönüşümlü olarak her gün bir doktor endoskopi odasında hastalara hizmet vermektedir. Endoskopi odasında iki hemşire, bir sağlık memuru görev yapmaktadır. Poliklinikte günlük yaklaşık 140 hasta muayene edilmektedir.

#### **3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi**

##### **3.4.1. Araştırmanın Evreni**

Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniğine Nisan 2014- Ekim 2014 tarihleri arasında başvuran ve primer konstipasyon tanısı alan hastalar oluşturmuştur.

Çalışmaya; konstipasyon nedeniyle başvuran ve konstipasyondan olabilecek organik hastalıklar ve diğer nedenlerin (ilaçlar, metabolik nedenler vb.) dışlandığı erişkin yaş grubundaki hastalar dahil edilmiştir. Sekonder nedenlerin dışlanabilmesi için hekim tarafından detaylı anamnez, fizik muayene, karın muayenesi, anorektal muayene, gaitada gizli kan, biyokimya (TSH, Ca, P, Na, glukoz, K ve diğerleri), hemogram

tetkikleri ile hastalar değerlendirilmiştir. Tanı koymada ayrıca 50 yaş üstü hastalarda anemi bulgusu, dışkıda gizli kan pozitif bulunanlara kolonoskopi yapılmıştır. Çünkü bazı kaynaklarda kolonoskopinin tanı koymaya yardımcı olduğu ve poliplerin ve diğer tesadüfen karşılaşılan önemli lezyonların tanınmasında endoskopik yöntemlerin çok önemi olduğu belirtilmektedir (12).

### 3.4.2. Araştırmanın Örneklemi

Hekim tarafından Primer konstipasyon tanısı konulan, belirtilen evren içinden belirlenen kriterlere uyan, laksatif ilaç kullanma gereksinimi olmayan ve araştırmaya gönüllü katılımı kabul eden 40 müdahale grubu ve 40 kontrol grubu olmak üzere toplam 80 hasta örneklemi oluşturmuştur.

Power analizi sonucunda;

- Hastalarda konstipasyon yaşam kalitesi ölçeğinde eğitim verilen grupta verilmeyen gruba göre 15 birimlik artışın anlamlı bulunması için gerekli minimum örnek genişliği her grupta 32 olarak bulunmuştur ( $\alpha=0.05$ ,  $1-\beta=0.80$ ).
- Hastalarda konstipasyon ciddiyet ölçeğinde eğitim verilen grupta verilmeyen gruba göre 10 birimlik azalışın anlamlı bulunması için gerekli minimum örnek genişliği her grupta 31 olarak bulunmuştur ( $\alpha=0.05$ ,  $1-\beta=0.80$ ).
- Hastalarda VAS skorlarında eğitim verilen grupta verilmeyen gruba göre 1,5 birimlik azalışın anlamlı bulunması için gerekli minimum örnek genişliği her grupta 29 olarak bulunmuştur ( $\alpha=0,05$ ,  $1-\beta=0,80$ ).

### 3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya alınacak bireylerin 18 yaş ve üzerinde olmaları, altı ay ve daha uzun süredir konstipasyon şikâyetlerinin olması, iletişim sorununun olmaması, mental konfüzyonunun olmaması, bilinçli ve oryantasyonunun tam olması ve araştırmaya katılmaya gönüllü olması ve araştırmanın Nisan 2014- Ekim 2014 tarihleri arasında Dr. Ersin Arslan Hastanesi Gastroenteroloji polikliniğine başvuran primer konstipasyonlu hastalarla yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

### 3.6. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Primer konstipasyon tanısına sahip olmak
2. Roma III kriterlerine göre şikayetlerin altı ay önce başlamış olması ve son üç ayın en az %10'unda, üç veya daha fazla gün konstipasyon şikayetlerinin bulunması.

3. 18 yaş ve üzerinde olmak
4. İletişim sorunu olmamak
5. Mental konfüzyonu olmamak veya herhangi bir psikiyatrik probleme sahip olmamak
6. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

### **3.7. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri**

1. Primer konstipasyon tanısına sahip olmamak
2. Roma III kriterlerine göre şikâyetlerin altı aydan daha kısa süreli olması
3. 18 yaş ve altında olmak
4. İletişim sorunu olmak
5. Mental konfüzyonu olmak veya herhangi bir psikiyatrik probleme sahip olmak
6. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak

### **3.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler**

**Bağımlı Değişkenler:** Konstipasyon Yaşam Kalitesi ve Konstipasyon Ciddiyeti puan ortalamaları bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

**Bağımsız Değişkenler:** Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, çalışma durumu ve hastalığa ilişkin bazı özellikleri ile eğitim uygulaması bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

### **3.9. Verilerin Toplanması**

Araştırma; Nisan-Ekim 2014 tarihleri arasında Dr. Ersin Arslan Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniğine başvuran ve primer konstipasyon tanısı almış olan 40 müdahale ve 40 kontrol olmak üzere toplam 80 hastaya uygulanmıştır. Müdahale ve kontrol grubuna ait veriler, Kabızlık Anket Formu (EK-1), Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-2), Ağrı şiddetini ölçmek için VAS (EK-3), Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (EK-4) kullanılarak ve araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

#### **3.9.1. Veri Toplama Araçları**

##### **3.9.1.1. Kabızlık Anketi (KA) (EK-1)**

Bu çalışmada kullanılması amacıyla Bor ve arkadaşları tarafından literatür taranarak hazırlanan KA, konstipasyon tanılı bireylerin sosyo demografik özellikleri,

konstipasyon için risk faktörleri, başlama zamanı, defekasyon sıklığı, bireyin yaşam tarzı (beslenme, sıvı alımı gibi), genel sağlık durumu (kullandığı ilaçlar, geçirdiği ameliyatlar, diğer hastalıkları) hakkında bilgi alınmasını sağlayan toplam 40 soruluk bir ankettir (8).

#### **3.9.1.2. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) (EK-2)**

KYKÖ, Marquis ve ark. (2005) tarafından geliştirilmiş olup (136), ülkemizde Dedeli ve ark. (2007) tarafında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,91, ölçeğin test tekrar test güvenirliği  $r=0,96$ ,  $p<0,01$  olarak saptanmıştır (8). Ölçek, “endişe/kaygı” (11 madde), “fiziksel rahatsızlık” (dört madde), “psikososyal rahatsızlık” (8 madde), “memnuniyet” (beş madde) alt ölçeklerinden oluşan toplam 28 maddelik kendini değerlendirme ölçeğidir. Beşli Likert tipindeki ölçeğin madde puanları 1-5 arasında değişmektedir. Ölçeğin birinci ve beşinci bölümünü hastalar “hiç (1)”, “oldukça az (2)”, “biraz (3)”, “oldukça fazla (4)” ve “çok fazla (5)” şeklinde yanıtlarken, ikinci, üçüncü, dördüncü ve altıncı bölümlerinde “hiçbir zaman (1)”, “nadiren (2)”, “bazen (3)”, “çoğu zaman (4)” ve “her zaman (5)” seçenekleri arasında kendisi için en uygun olanı seçmesi istenmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 140, en düşük puan 28’dir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe yaşam kalitesinin de olumsuz etkilendiği düşünülmektedir. Kodlamanın yapılabilmesi için yanıtlanmamış sorunun olmaması gerekmektedir (8). Bu çalışmada KYKÖ’nin Cronbach Alfa katsayısı 0,78 olarak bulunmuştur.

#### **3.9.1.3. Vizüel Analog Skala (VAS) (EK-3)**

Basit, etkin, tekrarlanabilen ve minimal araç gerektiren bir ağrı şiddeti ölçüm yöntemidir. Klinik ve laboratuvar koşullarında ağrı şiddetinin hızlı bir şekilde ölçülmesinin istendiği durumlarda VAS sık kullanılır. Günümüzde VAS, ağrı şiddeti yanında çeşitli komponentlerin ölçülmesinde de kullanılmaktadır. Bir ucu hastanın çok iyi (0=kabızlık şiddeti yok), diğer ucu hastanın çok kötü (10=en şiddetli) olduğunu ifade eden 10 cm’lik bir çizgi üzerinde işaretlemeler yapılır. İşaret konulan nokta ile çizginin en düşük ucu (0=ağrı yok) arasındaki mesafe ölçülmekte ve bulunan sayısal değer hastanın kabızlık şiddetini göstermektedir (137).

#### **3.9.1.4. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) (EK-4)**

KCÖ, Varma ve arkadaşları tarafından 2008 yılında geliştirilen KCÖ’nün Türkçe geçerlik ve güvenirliği Kaya ve Turan (2010) tarafından yapılmış olup, bireylerin

dışkılama sıklığını, yoğunluğunu ve dışkılama sırasında zorluğu/güçlüğü belirlemeye yönelik bir ölçektir. Ayrıca bu ölçek aracılığı ile konstipasyon semptomlarını ölçmek amaçlanmıştır. Ölçekte 16 soru yer almaktadır. KCÖ, Dışkı Tıkanıklığı, Kalın Bağırsak Tembelliği ve Ağrı olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. Dışkı Tıkanıklığı alt boyutundan alınabilecek puan 0-28, Kalın Bağırsak alt boyutundan alınabilecek puan 0-29, Ağrı alt boyutundan alınabilecek puan ise 0-16 arasındadır. KCÖ'den alınabilecek toplam puan en düşük 0, en yüksek ise 73'tür. Ölçekten alınan yüksek puan belirtilerin ciddi olduğunu gösterir (132, 138). Kaya ve Turan (2010) ölçeğin Cronbach  $\alpha$  değerini 0,92 ve 0,93 arasında olarak saptamıştır (138). Bu çalışmada KCÖ'nin Cronbach Alfa katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur.

### 3.9.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın yürütüldüğü Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi Gastroenteroloji polikliniğinde araştırmaya gönüllü olarak katılan 80 hasta eğitimden önce, yazı tura atılarak, yazı atanlar eğitim verilen (müdahale grubu) gruba, tura atanlar eğitim verilmeyen (kontrol grubu) grubuna dahil edilmiştir.

Araştırma verilerini toplamak amacıyla kullanılan veri toplama araçları iki aşamada uygulanmıştır.

- 1) **İlk aşamada:** Araştırmaya başlamadan önce tüm hastalardan anket formlarının uygulanması konusunda yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Her iki gruptaki hastalara Kabızlık Anket Formu, Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği, Vizüel Analog Skalası ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği formları uygulanmıştır. Veri toplama formları, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış ve hastanın verdiği yanıtlar yanında kaydedilmiştir. İlk veriler toplandıktan sonra kontrol grubu rutin tedavisini almaya devam etmiştir ve bu gruba eğitim verilmemiştir. Anket formlarının doldurulmasından sonra müdahale grubundaki hastalara ise araştırmacı tarafından konstipasyona yönelik eğitim verilmiş ve eğitim sonrası müdahale grubundaki her bir hastaya “Konstipasyon Eğitim Kitapçığı” isimli eğitim kitapçığı verilmiştir.
- 2) **İkinci aşamada:** Kontrol grubundaki hastalara eğitim verilmeksizin ilk değerlendirmeden dört hafta sonra sadece Kabızlık Anket Formu, Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği, Vizüel Analog Skalası ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği formları tekrarlanmıştır. Müdahale grubundaki hastalara ise ilk değerlendirmeden sonra konstipasyona yönelik eğitim uygulanmış ve dört hafta

sonra Kabızlık Anket Formu, Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği, Vizüel Analog Skalası ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği formları tekrarlanmıştır.

### 3.9.3. Eğitim Programı

Primer konstipasyon tanısı almış olan hastalara konstipasyona yönelik “Konstipasyon Eğitim Kitapçığı” adlı bir eğitim kitapçığı hazırlanmıştır. Araştırma Gaziantep ili kamu hastaneler birliğine bağlı merkez ilçesinde bulunan Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniğinde yapılmıştır. Araştırmamız yaklaşık olarak 6 ay sürmüştür. Hastalar araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra, her hasta için madeni para atılarak hastaların grupları belirlenmiştir. Müdahale grubunda yer alan hastalara ilk aşamada sosyo-demografik özellikler ve hastalığa ilişkin özelliklerin yer alacağı Kabızlık Anketi, Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği, Vizüel Analog Skalası ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği kullanılarak veriler toplanmıştır. Anket formları, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanarak ve hastanın verdiği yanıtlar yanında kaydedilmiştir. Anket formlarının uygulanmasından sonra müdahale grubundaki hastalara araştırmacı tarafından interaktif biçimde ve powerpoint sunusu yardımıyla konstipasyon eğitimi verilmiştir. Eğitim sırasında hastaların konstipasyon konusunda öğrenmek istedikleri ve araştırmacıya yönelttikleri sorular araştırmacı tarafından yanıtlanmıştır. Eğitim sonrası her bir hastaya konstipasyona yönelik bir eğitim kitapçığı verilmiştir. Eğitimden dört hafta sonra hastalar ile tekrar görüşülerek verilen eğitimin yararlılığı kontrol edilmiştir.

Kontrol grubundaki hastalar ise ilk aşamada sosyo-demografik özellikler ve hastalığa ilişkin özelliklerin yer alacağı Kabızlık Anketi, Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği, Vizüel Analog Skalası ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği kullanılarak veriler toplanmıştır. Anket formları, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanarak ve hastanın verdiği yanıtlar yanında kaydedilmiştir. Anket formlarının uygulanmasından sonra kontrol grubundaki hastalara eğitim verilmemiş olup, 4 hafta sonra, Kabızlık anketi, Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği, Vizüel Analog Skalası ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği tekrarlanmıştır. Çalışma tamamlandıktan sonra etik olarak kontrol grubundaki hastalara da araştırmacı tarafından interaktif biçimde ve powerpoint sunusu yardımıyla konstipasyon eğitimi verilmiştir. Eğitim sırasında yine hastaların konstipasyon konusunda öğrenmek istedikleri ve araştırmacıya yönelttikleri sorular araştırmacı tarafından yanıtlanmıştır ve her bir hastaya bir adet “Konstipasyon Eğitim Kitapçığı” verilmiştir.

### **3.9.3.1. Konstipasyon Eğitim Kitapçığı (EK-5)**

Primer konstipasyon hastalarına yönelik hazırlanan eğitim kitapçığının içeriği araştırmacı tarafından toplanan literatür bilgileri ışığında ve danışman öğretim üyelerinin rehberliğinde geliştirilmiştir. Uzman görüşleri alınarak düzenlenmiştir (EK-6).

Kitapçık iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, konstipasyonun tanımı, nedenleri, konstipasyona yol açan ilaçlar, risk faktörleri, konstipasyonu önlemede yapılması gereken girişimler, konstipasyona yönelik bazı öneriler, tedavi şekli ve konstipasyonun bireysel yönetimi bölümlerinden oluşmaktadır. İkinci bölümde ise, konstipasyonda bireysel yöntemleri içeren beslenme biçimi, sıvı alımı, karın masajı, fiziksel aktivite ve tuvalet eğitimi bilgileri yer almaktadır.

### **3.10. Verilerin Analiz Edilmesi**

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı ile yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde Ki-kare, evren ortalaması önemlilik testi (One-Sample T Test), iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Student testi ve Independent Samples T test), iki eş arasındaki farkın önemlilik testi (Paired Sample Test), tek yönlü varyans analizi (One-Way Anova), Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Bivariate Correlations analizi kullanılmıştır.

### **3.11. Araştırmanın Süresi**

Araştırma 2013 yılının son ayları içinde planlanmış olup, 2013 Aralık ayında araştırma önerisi hazırlanarak Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne teklif edilmiştir. Nisan 2014–Ekim 2014 tarihleri arasında toplanan veriler, araştırmacı tarafından değerlendirilerek hazırlanan araştırma raporu, yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

### **3.12. Araştırmanın Etiği**

Uygulamaya başlamadan önce Gaziantep Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniğinde primer konstipasyon tanısı alan hastalardan bilgilendirilmiş onay (EK-7), kurumlardan yazılı izin (EK-8) ve Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan izin alınmıştır (EK-9). Ayrıca ölçekleri kullanmak için yazılı izinler alınmıştır (EK-10).

## 4. BULGULAR

### 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Sosyo-Demografik Bulguları

Araştırma kapsamına alınan kontrol ve müdahale gruplarındaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %22,5’i erkek, %77,5’i kadındır. Kontrol grubundaki hastaların ise %27,5’i erkek, %72,5’i kadındır. Müdahale grubundaki hastaların yaş ortalaması  $45,27 \pm 16,25$  iken kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması  $48,25 \pm 12,58$  olarak saptanmıştır. Müdahale grubundaki hastaların %52,5’i 18-44 yaş, %32,5’i 45-64 yaş, %15,0’i 65 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Kontrol grubundaki hastaların %32,5’i 18-44 yaş, %65,0’i 45-64 yaş, %2,5’i 65 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Müdahale grubundaki hastaların %12,5’i bekâr, %87,5’i evlidir, kontrol grubundaki hastaların ise %7,5’i bekâr, %92,5’i evlidir. Müdahale grubundaki hastaların %32,5’i okuryazar, %57,5’i ilköğretim mezunu, %7,5’i lise mezunu, %2,5’i üniversite mezunudur. Kontrol grubundaki hastaların %30,0’u okuryazar, %57,5’i ilköğretim mezunu, %12,5’i lise mezunudur. Hastaların cinsiyet, yaş ortalaması, yaş, medeni durumu ve eğitim durumu müdahale ve kontrol grubunda karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri**

| Değişkenler          | Müdahale Grubu<br>(n=40) / n(%) | Kontrol Grubu<br>(n=40) / n(%) | p     |
|----------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------|
| <b>Cinsiyet</b>      |                                 |                                |       |
| Erkek                | 9 (22,5)                        | 11 (27,5)                      | 0,606 |
| Kadın                | 31 (77,5)                       | 29 (72,5)                      |       |
| <b>Yaş (X ± SS)</b>  | 45,27 ± 16,25                   | 48,25 ± 12,58                  | 0,363 |
| <b>Yaş Grubu</b>     |                                 |                                |       |
| 18–44 yaş arası      | 21 (52,5)                       | 13 (32,5)                      | 0,363 |
| 45-64 yaş arası      | 13 (32,5)                       | 26 (65,0)                      |       |
| 65 yaş ve üstü       | 6 (15,0)                        | 1 (2,5)                        |       |
| <b>Medeni Durum</b>  |                                 |                                |       |
| Evli                 | 35 (87,5)                       | 37 (92,5)                      | 0,456 |
| Bekar                | 5 (12,5)                        | 3 (7,5)                        |       |
| <b>Eğitim Durumu</b> |                                 |                                |       |
| Okuryazar            | 13 (32,5)                       | 12 (30,0)                      | 0,673 |
| İlköğretim mezunu    | 23 (57,5)                       | 23 (57,5)                      |       |
| Lise mezunu          | 3 (7,5)                         | 5 (12,5)                       |       |
| Üniversite           | 1 (2,5)                         | -                              |       |

#### **4.2. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Klinik Bilgilerine İlişkin Bulguları**

Bu bölümde kontrol ve müdahale grubundaki hastaların hastalık bilgilerine ilişkin bulguları yer almakta ve bulguların dağılımı Tablo 9'da görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan müdahale grubundaki hastaların kabızlık şikâyetinin süresine bakıldığında %5,0'inin 6 ay-1 yıl arası, %65,0'inin 1-3 yıl arası, %15,0'inin 3-5 yıl arası, %15,0'inin 5 yıl ve üzeri olduğu belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların kabızlık şikâyetinin süresine bakıldığında %15,0'inin 6 ay-1 yıl arası, %65,0'inin 1-3 yıl arası, %7,5'inin 3-5 yıl arası, %12,5'inin 5 yıl ve üzeri olduğu belirlendi. Müdahale grubundaki hastaların %7,5'inin kabızlığın başlama nedeninin olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise %5,0'inin kabızlığın başlama nedeninin olduğu belirlendi. Müdahale grubundaki hastalarda kabızlığın başlama nedeni %33,3 oranda cerrahi ameliyat sonrası, %33,3 oranda masa başında fazla oturmak, %33,3 oranda depresyon korkusu olarak belirlenirken, kontrol grubundaki hastalarda kabızlığın başlama nedeni %100,0 oranda cerrahi ameliyat sonrası olarak belirlendi. Müdahale grubundaki hastaların %5,0'i son bir yılda büyük abdest yapmada herhangi bir değişiklik olduğunu söylerken, kontrol grubundaki hastaların %12,5'i bir değişiklik olduğunu belirtmişlerdir. Müdahale grubundaki hastaların kabızlığın sosyal yaşamlarına etkisine bakıldığında; %25,0'inin hiç etkilemediği, %42,5'inin nadiren etkilediği, %22,5'inin sık etkilediği, %10,0'nun çok sık etkilediği belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların %25,0'inin hiç etkilemediği, %52,5'inin nadiren etkilediği, %20,0'sinin sık etkilediği, %2,5'inin çok sık etkilediği belirlendi. Müdahale grubundaki hastaların kabızlığın mesleğine (iş yoğunluklarına) etkisine bakıldığında; %32,5'inin hiç etkilemediği, %42,5'inin nadiren etkilediği, %20,0'sinin sık etkilediği, %5,0'inin çok sık etkilediği belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların %47,5'inin hiç etkilemediği, %42,5'inin nadiren etkilediği, %10,0'nun sık etkilediği belirlendi. Müdahale grubundaki hastaların kabızlığın cinsel yaşamlarına etkisine bakıldığında; %97,5'inin hiç etkilemediği, %2,5'inin nadiren etkilediği belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların %100,0'ünün hiç etkilemediği belirlendi. Müdahale grubundaki hastaların kabızlığın aile ilişkileri üzerindeki etkisine bakıldığında; %77,5'inin hiç etkilemediği, %17,5'inin nadiren etkilediği, %5,0'inin sık etkilediği belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların %87,5'inin hiç etkilemediği, %12,5'i nadiren etkilediği belirlendi. Müdahale grubundaki hastaların kabızlığın uyku düzenini etkileme durumuna bakıldığında; %20,0'si arttığı, %5,0'inin azaldığı, %75,0'inin değişme yaşamadığı belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların %20,0'si arttığı, %7,5'inin azaldığı, %72,5'inin

değişmediği belirlendi. Hastaların klinik bilgilerine ilişkin bulguları incelendiğinde müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9. Hastaların Klinik Bilgilerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması**

| Değişkenler                                                | Müdahale Grubu<br>(n=40) / n(%) | Kontrol Grubu<br>(n=40) / n(%) | p     |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------|
| <b>Kabızlık şikayeti süresi</b>                            |                                 |                                |       |
| 6 ay – 1 yıl arası                                         | 2 (5,0)                         | 6 (15,0)                       | 0,228 |
| 1 yıl – 3 yıl arası                                        | 26 (65,0)                       | 26 (65,0)                      |       |
| 3 yıl – 5 yıl arası                                        | 6 (15,0)                        | 3 (7,5)                        |       |
| 5 yıl ve üstü                                              | 6 (15,0)                        | 5 (12,5)                       |       |
| <b>Kabızlığın başlama nedeninin varlığı</b>                |                                 |                                |       |
| Evet                                                       | 3 (7,5)                         | 2 (5,0)                        | 0,644 |
| Hayır                                                      | 37 (92,5)                       | 38 (95,0)                      |       |
| <b>Kabızlığın başlama nedeni</b>                           | <b>n=3</b>                      | <b>n=2</b>                     |       |
| Cerrahi ameliyat sonrası                                   | 1 (33,3)                        | 2 (100,0)                      | 0,329 |
| Masa başı fazla oturmaktan dolayı                          | 1 (33,3)                        | -                              |       |
| Deprem korkusu                                             | 1 (33,3)                        | -                              |       |
| <b>Son 1 yılda büyük abdest yapmada değişiklik varlığı</b> |                                 |                                |       |
| Evet                                                       | 2 (5,0)                         | 5 (12,5)                       | 0,235 |
| Hayır                                                      | 38 (95,0)                       | 35 (87,5)                      |       |
| <b>Kabızlık, sosyal yaşamı etkileme durumu</b>             |                                 |                                |       |
| Hiç etkisi yok                                             | 10 (25,0)                       | 10 (25,0)                      | 0,516 |
| Nadiren etkiliyor                                          | 17 (42,5)                       | 21 (52,5)                      |       |
| Sık etkiliyor                                              | 9 (22,5)                        | 8 (20,0)                       |       |
| Çok sık etkiliyor                                          | 4 (10,0)                        | 1 (2,5)                        |       |
| <b>Kabızlık, mesleği etkileme durumu</b>                   |                                 |                                |       |
| Hiç etkisi yok                                             | 13 (32,5)                       | 19 (47,5)                      | 0,216 |
| Nadiren etkiliyor                                          | 17 (42,5)                       | 17 (42,5)                      |       |
| Sık etkiliyor                                              | 8 (20,0)                        | 4 (10,0)                       |       |
| Çok sık etkiliyor                                          | 2 (5,0)                         | -                              |       |
| <b>Kabızlık, cinsel yaşamı etkileme durumu</b>             |                                 |                                |       |
| Hiç etkisi yok                                             | 39 (97,5)                       | 40 (100,0)                     | 0,314 |
| Nadiren etkiliyor                                          | 1 (2,5)                         | -                              |       |
| <b>Kabızlık, aile ilişkilerini etkileme durumu</b>         |                                 |                                |       |
| Hiç etkisi yok                                             | 31 (77,5)                       | 35 (87,5)                      | 0,276 |
| Nadiren etkiliyor                                          | 7 (17,5)                        | 5 (12,5)                       |       |
| Sık etkiliyor                                              | 2 (5,0)                         | -                              |       |
| <b>Kabızlığın uyku düzenini etkileme durumu</b>            |                                 |                                |       |
| Uyurken ağrı artıyor                                       | 8 (20,0)                        | 8 (20,0)                       | 0,897 |
| Uyurken ağrı azalıyor                                      | 2 (5,0)                         | 3 (7,5)                        |       |
| Uyurken ağrı değişmiyor                                    | 30 (75,0)                       | 29 (72,5)                      |       |

#### **4.3. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Bazı Değişkenlere Göre Toplam KYKÖ ve Toplam KCÖ Puanlarına İlişkin Bulguları**

Bu bölümde tüm hastaların bazı değişkenlere göre toplam KYKÖ ve toplam KCÖ puanlarına ilişkin bulguları yer almakta ve bulguların dağılımı Tablo 10'da görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların toplam KYKÖ puan ortalamalarının bazı değişkenlere göre dağılımına bakıldığında; 18-44 yaş arası olanlarda en yüksek ( $86,82 \pm 6,82$ ), 45-64 yaş arası olanlarda en düşük ( $82,58 \pm 7,27$ ) bulunmuş olup hastaların yaş gruplarına göre toplam KYKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Hastaların toplam KYKÖ puan ortalamaları kabızlık şikâyet süresi 3 yıl-5 yıl arası olanlarda en yüksek ( $89,33 \pm 2,82$ ), 1 yıl-3 yıl arası olanlarda en düşük ( $83,15 \pm 7,66$ ) olup, hastaların toplam KYKÖ puan ortalamaları ile kabızlık şikâyet süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Araştırma kapsamına alınan bireylerin toplam KYKÖ puan ortalamaları ile cinsiyetleri, medeni durumları, eğitim durumları, dışkılama sıklığı ve ıkınma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ).

Araştırma kapsamına alınan hastaların toplam KCÖ puan ortalamalarının bazı değişkenlere göre dağılımına bakıldığında; dışkılama sıklığı haftada bir olanlarda en yüksek ( $45,81 \pm 5,62$ ), hergün olanlarda en düşük ( $37,50 \pm 7,77$ ) olup, hastaların toplam KCÖ puan ortalamaları ile dışkılama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Hastaların toplam KCÖ puan ortalamaları ıkınma süresi 11-20 dakika arası olanlarda en yüksek ( $47,60 \pm 4,21$ ), bir dakikadan az olanlarda en düşük ( $33,50 \pm 2,38$ ) olup, hastaların toplam KCÖ puan ortalamaları ile ıkınma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Araştırma kapsamına alınan bireylerin toplam KCÖ puan ortalamaları ile yaş grupları, cinsiyetleri, medeni durumları, eğitim durumları, kabızlık şikâyet süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10. Hastaların Bazı Değişkenlere Göre Toplam KYKÖ ve Toplam KCÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| <b>Değişkenler</b>              | <b>KYKÖ Puan Ortalaması<br/>X±SS</b> | <b>p</b> | <b>KCÖ Puan Ortalaması<br/>X±SS</b> | <b>p</b> |
|---------------------------------|--------------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| <b>Yaş Grubu</b>                |                                      |          |                                     |          |
| 18–44 yaş arası                 | 86,82±6,82                           | 0,030    | 44,08±6,72                          | 0,569    |
| 45-64 yaş arası                 | 82,58±7,27                           |          | 42,07±5,77                          |          |
| 65 yaş ve üstü                  | 84,00±5,44                           |          | 43,00±3,55                          |          |
| <b>Cinsiyet</b>                 |                                      |          |                                     |          |
| Erkek                           | 85,20±5,51                           | 0,668    | 42,10±5,31                          | 0,462    |
| Kadın                           | 84,28±7,66                           |          | 43,31±6,31                          |          |
| <b>Medeni Durum</b>             |                                      |          |                                     |          |
| Evli                            | 84,25±6,93                           | 0,323    | 43,18±5,71                          | 0,292    |
| Bekar                           | 86,87±9,15                           |          | 41,50±9,00                          |          |
| <b>Eğitim Durumu</b>            |                                      |          |                                     |          |
| Okuryazar                       | 81,64±7,31                           | 0,077    | 42,52±5,57                          | 0,875    |
| İlköğretim mezunu               | 85,36±7,04                           |          | 43,52±6,69                          |          |
| Lise mezunu                     | 88,62±4,83                           |          | 41,75±4,02                          |          |
| Üniversite                      | 84,00±0,00                           |          | 42,00±0,00                          |          |
| <b>Kabızlık Şikayeti Süresi</b> |                                      |          |                                     |          |
| 6 ay – 1 yıl arası              | 85,00±2,92                           | 0,041    | 43,12±5,81                          | 0,326    |
| 1 yıl – 3 yıl arası             | 83,15±7,66                           |          | 42,23±5,83                          |          |
| 3 yıl – 5 yıl arası             | 89,33±2,82                           |          | 46,66±5,76                          |          |
| 5 yıl ve üstü                   | 86,63±7,60                           |          | 43,63±7,15                          |          |
| <b>Dışkılama Sıklığı</b>        |                                      |          |                                     |          |
| Her gün                         | 79,50±4,94                           | 0,299    | 37,50±7,77                          | 0,010    |
| Haftada birkaç defa             | 84,05±7,63                           |          | 42,10±5,88                          |          |
| Haftada bir                     | 86,13±5,80                           |          | 45,81±5,62                          |          |
| <b>İkınma Süresi</b>            |                                      |          |                                     |          |
| Bir dakikadan az                | 75,75±12,03                          | 0,133    | 33,50±2,38                          | 0,003    |
| 1-5 dakika                      | 84,69±6,86                           |          | 42,11±6,12                          |          |
| 6-10 dakika                     | 85,24±6,52                           |          | 44,42±5,43                          |          |
| 11-20 dakika                    | 88,60±4,15                           |          | 47,60±4,21                          |          |
| 20 dakikadan fazla              | 76,50±0,70                           |          | 43,50±0,70                          |          |

#### **4.4. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Dışkılama Durumlarına İlişkin Bulguları**

Tablo 11’de eğitim öncesi ve eğitim sonrası müdahale ve kontrol gruplarının dışkılama durumlarına ilişkin bulgularının karşılaştırılması görülmektedir. Eğitim öncesi müdahale grubundaki hastaların %2,5’inin her gün, %72,5’inin haftada birkaç defa, %25,0’inin haftada bir dışkılama sıklığı olduğu belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların ise %2,5’inin her gün, %67,5’inin haftada birkaç defa, %30,0’unun haftada bir dışkılama sıklığı olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %5,0’inin bir dakikadan az, %32,5’inin 1-5 dakika, %52,5’inin 6-10 dakika, %7,5’inin 11-20 dakika, %2,5’inin 20 dakikadan fazla ıkındıkları belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların ise %5,0’inin bir dakikadan az, %57,5’inin 1-5 dakika, %30,0’unun 6-10 dakika, %5,0’inin 11-20 dakika, %2,5’inin 20 dakikadan fazla ıkındıkları belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %2,5’inin hiçbir zaman dışkılarını tam boşaltamama hissi yaşamadıkları, %15,0’inin ara-sıra, %17,5’inin sıklıkla, %47,5’inin çok sık, %17,5’inin hemen hemen her zaman dışkılarını tam boşaltamama hissi yaşadıkları belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların ise %10,0’nunun ara-sıra, %15,0’inin sıklıkla, %65,0’inin çok sık, %10,0’nunun hemen hemen her zaman dışkılarını tam boşaltamama hissi yaşadıkları belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %17,5’inin Bristol Dışkı Kıvamı Skalasına göre dışkı şeklinin Tip 1, %20,0’sinin Tip 2, %32,5’inin Tip 3, %12,5’inin Tip 4, %7,5’inin Tip 5, %10,0’nunun Tip 6 şeklinde olduğu belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların %27,5’inin Tip 1, %25,0’inin Tip 2, %30,0’unun Tip 3, %10,0’nunun Tip 4, %7,5’inin Tip 5 şeklinde olduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesi müdahale ve kontrol grupları arasında dışkılama sıklığı, ıkınma süresi, dışkıyı boşaltamama hissi, dışkı şekli açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ) (Tablo 11).

Eğitim sonrası müdahale grubundaki hastaların %65,0’inin her gün, %35,0’inin haftada birkaç defa dışkılama sıklığı olduğu belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların ise %72,5’inin haftada birkaç defa, %27,5’inin haftada bir dışkılama sıklığı olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %90,0’nının bir dakikadan az, %10,0’nunun 1-5 dakika ıkındıkları belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların ise %2,5’inin bir dakikadan az, %55,0’inin 1-5 dakika, %37,5’i 6-10 dakika, %5,0’i 11-20 dakika ıkındıkları belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %27,5’inin hiçbir zaman dışkılarını tam boşaltamama hissi yaşamadıkları, %70,0’inin ara sıra, %2,5’inin sıklıkla dışkılarını tam boşaltamama hissi yaşadıkları belirlenirken, kontrol grubundaki

hastaların %2,5'inin ara sıra, %22,5'inin sıklıkla, %67,5'inin çok sık, %7,5'inin hemen hemen her zaman dışkılarını tam boşaltamama hissi yaşadıkları belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %7,5'inin Bristol Dışkı Kıvamı Skalasına göre dışkı şeklinin Tip 3, %52,5'inin Tip 4, %32,5'inin Tip 5, %7,5'inin Tip 6 şeklinde olduğu belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların %27,5'inin Tip 1, %25,0'inin Tip 2, %30,0'unun Tip 3, %12,5'inin Tip 4, %5,0'inin Tip 5 şeklinde olduğu belirlenmiştir. Eğitim sonrası müdahale ve kontrol grupları arasında dışkılama sıklığı, ıkınma süresi, dışkıyı boşaltamama hissi, dışkı şekli açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 11. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Dışkılama Durumlarına İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması**

| Değişkenler                          | Eğitim Öncesi  |               | p     | Eğitim Sonrası |               | p     |
|--------------------------------------|----------------|---------------|-------|----------------|---------------|-------|
|                                      | Müdahale Grubu | Kontrol Grubu |       | Müdahale Grubu | Kontrol Grubu |       |
|                                      | (n=40) / n(%)  | (n=40) / n(%) |       | (n=40) / n(%)  | (n=40) / n(%) |       |
| <b>Dışkılama Sıklığı</b>             |                |               | 0,881 |                |               | 0,001 |
| Her gün                              | 1 (2,5)        | 1 (2,5)       |       | 26 (65,0)      | -             |       |
| Haftada birkaç defa                  | 29 (72,5)      | 27 (67,5)     |       | 14 (35,0)      | 29 (72,5)     |       |
| Haftada bir                          | 10 (25,0)      | 12 (30,0)     |       | -              | 11 (27,5)     |       |
| <b>İkınma Süresi</b>                 |                |               | 0,246 |                |               | 0,001 |
| Bir dakikadan az                     | 2 (5,0)        | 2 (5,0)       |       | 36 (90,0)      | 1 (2,5)       |       |
| 1-5 dakika                           | 13 (32,5)      | 23 (57,5)     |       | 4 (10,0)       | 22 (55,0)     |       |
| 6-10 dakika                          | 21 (52,5)      | 12 (30,0)     |       | -              | 15 (37,5)     |       |
| 11-20 dakika                         | 3 (7,5)        | 2 (5,0)       |       | -              | 2 (5,0)       |       |
| 20 dakikadan fazla                   | 1 (2,5)        | 1 (2,5)       |       | -              | -             |       |
| <b>Dışkıyı Tam Boşaltamama Hissi</b> |                |               | 0,496 |                |               | 0,001 |
| Hiç                                  | 1 (2,5)        | -             |       | 11 (27,5)      | -             |       |
| Ara sıra                             | 6 (15,0)       | 4 (10,0)      |       | 28 (70,0)      | 1 (2,5)       |       |
| Sık                                  | 7 (17,5)       | 6 (15,0)      |       | 1 (2,5)        | 9 (22,5)      |       |
| Çok sık                              | 19 (47,5)      | 26 (65,0)     |       | -              | 27 (67,5)     |       |
| Her zaman                            | 7 (17,5)       | 4 (10,0)      |       | -              | 3 (7,5)       |       |
| <b>Dışkı Şekli</b>                   |                |               | 0,385 |                |               | 0,001 |
| Tip 1                                | 7 (17,5)       | 11 (27,5)     |       | 0 (0,0)        | 11 (27,5)     |       |
| Tip 2                                | 8 (20,0)       | 10 (25,0)     |       | 0 (0,0)        | 10 (25,0)     |       |
| Tip 3                                | 13 (32,5)      | 12 (30,0)     |       | 3 (7,5)        | 12 (30,0)     |       |
| Tip 4                                | 5 (12,5)       | 4 (10,0)      |       | 21 (52,5)      | 5 (12,5)      |       |
| Tip 5                                | 3 (7,5)        | 3 (7,5)       |       | 13 (32,5)      | 2 (5,0)       |       |
| Tip 6                                | 4 (10,0)       | -             |       | 3 (7,5)        | -             |       |

#### **4.5. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Dışkılamayla İlişkili Sağlık Sorunlarına Yönelik Bulguları**

Tablo 12’de eğitim öncesi ve eğitim sonrası müdahale ve kontrol gruplarının dışkılamayla ilişkili sağlık sorunlarına yönelik bulgularının karşılaştırılması görülmektedir. Eğitim öncesi müdahale grubundaki hastaların %2,5’inin hiç karın şişkinliği yaşamadıkları, %2,5’inin ara-sıra, %10,0’nunun sıklıkla, %62,5’inin çok sık, %22,5’inin hemen hemen her zaman karın şişkinliği yaşadıkları belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların ise %7,5’inin ara-sıra, %10,0’nunun sıklıkla, %67,5’inin çok sık, %15,0’inin hemen hemen her zaman karın şişkinliği yaşadıkları belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %70,0’inin dışkılarında hiç kan görmedikleri, %25,0’inin ara sıra, %5,0’inin sıklıkla kan gördükleri belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların %80,0’ninin dışkılarında hiç kan görmedikleri, %20,0’sinin ara sıra kan gördükleri belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %12,5’inin hiç hazımsızlık sorunu yaşamadıkları, %5,0’inin ara-sıra, %32,5’inin sık, %40,0’ının çok sık, %10,0’nun her zaman hazımsızlık şikayeti yaşadıkları belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların ise %15,0’inin ara-sıra, %25,0’inin sık, %57,5’inin çok sık, %2,5’inin her zaman hazımsızlık şikayeti yaşadıkları belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %7,5’inin ara-sıra, %20,0’sinin sık, %62,5’inin çok sık, %10,0’nun her zaman aşırı gaz şikayetinin olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise %7,5’inin ara-sıra, %20,0’sinin sık, %62,5’inin çok sık, %10,0’nun her zaman aşırı gaz şikayeti olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %37,5’i hiç depresyon yaşamadıklarını, %40,0’i ara sıra, %22,5’i sık depresyon yaşadıklarını belirtirken, kontrol grubundaki hastaların ise %40,0’i hiç depresyon yaşamadıklarını, %37,5’i ara sıra, %22,5’i sık depresyon yaşadıklarını belirtmişlerdir. Eğitim öncesi müdahale ve kontrol grupları arasında hazımsızlık dışında ( $p<0,05$ ), karın şişkinliği, dışkıda kan görme, hazımsızlık, aşırı gaz ve depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ) (Tablo 12).

Eğitim sonrası müdahale grubundaki hastaların %10,0’nunun hiç karın şişkinliği yaşamadıkları, %82,5’inin ara sıra, %7,5’inin sıklıkla karın şişkinliği yaşadıkları belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların ise %2,5’inin ara sıra, %12,5’i sıklıkla, %77,5’inin çok sık, %7,5’inin hemen hemen her zaman karın şişkinliği yaşadıkları belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların tamamının (%100,0) dışkılarında hiç kan görmedikleri, kontrol grubundaki hastaların ise %80,0’nin dışkılarında hiç kan görmedikleri, %20,0’sinin ara sıra kan gördükleri belirlenmiştir. Müdahale grubundaki

hastaların %47,5'inin hiç hazımsızlık sorunu yaşamadıkları, %52,5'inin ara-sıra hazımsızlık şikayeti olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise %2,5'inin hiç hazımsızlık sorunu yaşamadıkları, %7,5'inin ara sıra, %37,5'inin sık, %50,0'sinin çok sık hazımsızlık şikayeti yaşadığı belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %17,5'inin hiç aşırı gaz sorunu olmadığı, %77,5'inin ara sıra, %5,0'inin sık aşırı gaz şikayeti olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise %2,5'inin ara sıra, %17,5'inin sık, %77,5'inin çok sık, %2,5'inin her zaman aşırı gaz şikayeti olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %90,0'ı hiç depresyon yaşamadıklarını, %10,0'u ara sıra depresyon yaşadıklarını belirtirken, kontrol grubundaki hastaların ise %40,0'ı hiç depresyon yaşamadıklarını, %35,0'i ara sıra, %25,0'i sık depresyon yaşadıklarını belirtmişlerdir. Eğitim sonrası müdahale ve kontrol grupları arasında karın şişkinliği, dışkıda kan görme, hazımsızlık, aşırı gaz ve depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 12. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Dışkılamayla İlişkili Sağlık Sorunlarına Yönelik Bulgularının Karşılaştırılması**

| Değişkenler              | Eğitim Öncesi  |               | p     | Eğitim Sonrası |               | p     |
|--------------------------|----------------|---------------|-------|----------------|---------------|-------|
|                          | Müdahale Grubu | Kontrol Grubu |       | Müdahale Grubu | Kontrol Grubu |       |
|                          | (n=40) / n(%)  | (n=40) / n(%) |       | (n=40) / n(%)  | (n=40) / n(%) |       |
| <b>Karın Şişkinliği</b>  |                |               | 0,613 |                |               | 0,001 |
| Hiç                      | 1 (2,5)        | -             |       | 4 (10,0)       | -             |       |
| Ara sıra                 | 1 (2,5)        | 3 (7,5)       |       | 33 (82,5)      | 1 (2,5)       |       |
| Sık                      | 4 (10,0)       | 4 (10,0)      |       | 3 (7,5)        | 5 (12,5)      |       |
| Çok sık                  | 25 (62,5)      | 27 (67,5)     |       | -              | 31 (77,5)     |       |
| Her zaman                | 9 (22,5)       | 6 (15,0)      |       | -              | 3 (7,5)       |       |
| <b>Dışkıda Kan Görme</b> |                |               |       |                |               |       |
| Hiç                      | 28 (70,0)      | 32 (80,0)     | 0,288 | 40 (100,0)     | 32 (80,0)     | 0,003 |
| Ara sıra                 | 10 (25,0)      | 8 (20,0)      |       | -              | 8 (20,0)      |       |
| Sık                      | 2 (5,0)        | -             |       | -              | -             |       |
| <b>Hazımsızlık</b>       |                |               |       |                |               |       |
| Hiç                      | 5 (12,5)       | -             | 0,034 | 19 (47,5)      | 1 (2,5)       | 0,001 |
| Ara sıra                 | 2 (5,0)        | 6 (15,0)      |       | 21 (52,5)      | 3 (7,5)       |       |
| Sık                      | 13 (32,5)      | 10 (25,0)     |       | -              | 15 (37,5)     |       |
| Çok sık                  | 16 (40,0)      | 23 (57,5)     |       | -              | 20 (50,0)     |       |
| Her zaman                | 4 (10,0)       | 1 (2,5)       |       | -              | 1 (2,5)       |       |
| <b>Aşırı Gaz</b>         |                |               |       |                |               |       |
| Hiç                      | -              | -             | 1,000 | 7 (17,5)       | -             | 0,001 |
| Ara sıra                 | 3 (7,5)        | 3 (7,5)       |       | 31 (77,5)      | 1 (2,5)       |       |
| Sık                      | 8 (20,0)       | 8 (20,0)      |       | 2 (5,0)        | 7 (17,5)      |       |
| Çok sık                  | 25 (62,5)      | 25 (62,5)     |       | -              | 31 (77,5)     |       |
| Her zaman                | 4 (10,0)       | 4 (10,0)      |       | -              | 1 (2,5)       |       |
| <b>Depresyon</b>         |                |               |       |                |               |       |
| Hiç                      | 15 (37,5)      | 16 (40,0)     | 0,968 | 36 (90,0)      | 16 (40,0)     | 0,001 |
| Ara sıra                 | 16 (40,0)      | 15 (37,5)     |       | 4 (10,0)       | 14 (35,0)     |       |
| Sık                      | 9 (22,5)       | 9 (22,5)      |       | -              | 10 (25,0)     |       |

#### **4.6. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Dışkılama İçin Herhangi Bir Ürün Kullanma Durumlarına İlişkin Bulguları**

Tablo 13'te eğitim öncesi ve eğitim sonrası müdahale ve kontrol gruplarının dışkılama için ilaç kullanma durumlarına ilişkin bulguların karşılaştırılması görülmektedir. Eğitim öncesi müdahale grubundaki hastaların %77,5'inin hiç lif içeren bir ürün kullanmadıkları, %17,5'inin ara sıra, %5,0'inin sıklıkla lifli ürün kullandıkları belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların %82,5'inin hiç lif içeren bir ürün kullanmadıkları, %10,0'nun ara sıra, %7,5'inin sıklıkla lifli ürün kullandıkları belirlenmiştir. Eğitim sonrası müdahale grubundaki hastaların tamamının (%100,0) hiç lif içeren bir ürün kullanmadıkları, kontrol grubundaki hastaların ise %97,5'inin hiç lif içeren bir ürün kullanmadıkları, %2,5'inin ara sıra lifli ürün kullandıkları belirlenmiştir. Hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrası müdahale ve kontrol grupları arasında lif içeren bir ürün kullanma ve lavman/laksatif kullanma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Dışkılama İçin Herhangi Bir Ürün Kullanma Durumlarına İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması**

| Değişkenler                                 | Eğitim Öncesi  |               | p     | Eğitim Sonrası |               | p     |
|---------------------------------------------|----------------|---------------|-------|----------------|---------------|-------|
|                                             | Müdahale Grubu | Kontrol Grubu |       | Müdahale Grubu | Kontrol Grubu |       |
|                                             | (n=40) / n(%)  | (n=40) / n(%) |       | (n=40) / n(%)  | (n=40) / n(%) |       |
| <b>Lif İçeren Bir Ürün Kullanma Durumu</b>  |                |               | 0,583 |                |               | 0,314 |
| Hiç                                         | 31 (77,5)      | 33 (82,5)     |       | 40 (100,0)     | 39 (97,5)     |       |
| Ara sıra                                    | 7 (17,5)       | 4 (10,0)      |       | -              | 1 (2,5)       |       |
| Sık                                         | 2 (5,0)        | 3 (7,5)       |       |                |               |       |
| <b>Lavman veya laksatif Kullanma Durumu</b> |                |               | 0,442 |                |               | 0,152 |
| Hiç                                         | 29 (72,5)      | 26 (65,0)     |       | 40 (100,0)     | 38 (95,0)     |       |
| Ara sıra                                    | 8 (20,0)       | 13 (32,5)     |       | -              | 2 (5,0)       |       |
| Sık                                         | 2 (5,0)        | 1 (2,5)       |       | -              | -             |       |
| Çok sık                                     | 1 (2,5)        | 0 (0,0)       |       | -              | -             |       |

#### 4.7. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Tükettikleri Sıvı Miktarına İlişkin Bulguları

Tablo 14'te eğitim öncesi ve eğitim sonrası müdahale ve kontrol gruplarının tükettikleri sıvı miktarına ilişkin bulgularının karşılaştırılması görülmektedir. Eğitim öncesi müdahale grubundaki hastaların %37,5'inin 1-3 bardak, %37,5'inin 4-6 bardak, %10,0'nun 7-9 bardak, %7,5'inin 10-12 bardak, %7,5'inin 13 bardak ve üzeri günlük su tükettikleri belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların %27,5'inin 1-3 bardak, %27,5'inin 4-6 bardak, %7,5'inin 7-9 bardak, %22,5'inin 10-12 bardak, %15'inin ise 13 bardak ve üzeri su tükettikleri belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %62,5'inin hiç kahve tüketmedikleri, %37,5'inin 1-3 bardak günlük kahve tükettikleri belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların %80,0'nin hiç kahve tüketmedikleri, %20,0'sinin 1-3 bardak kahve tükettikleri belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %27,5'inin 1-3 bardak, %37,5'inin 4-6 bardak, %20,0'sinin 7-9 bardak, %12,5'inin 10-12 bardak, %2,5'inin 13 bardak ve üzeri günlük çay tükettikleri belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların %50,0'sinin 1-3 bardak, %25,0'inin 4-6 bardak, %7,5'inin 7-9 bardak, %15,0'inin 10-12 bardak, %2,5'inin ise 13 bardak ve üzeri çay tükettikleri saptanmıştır. Müdahale grubundaki hastaların %97,5'inin diğer sıvıları hiç tüketmedikleri, %2,5'inin 1-3 bardak diğer sıvıları tükettikleri belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların %97,5'inin diğer sıvıları hiç tüketmedikleri, %2,5'inin 1-3 bardak diğer sıvıları tükettikleri belirlenmiştir. Günlük tüketilen su miktarı, kahve miktarı, çay miktarı ve diğer sıvıların miktarı arasındaki fark ise istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 14).

Eğitim sonrası müdahale grubundaki hastaların %2,5'inin 4-6 bardak, %15,0'inin 7-9 bardak, %80,0'nin 10-12 bardak, %2,5'inin 13 bardak ve üzeri günlük su tükettikleri, kontrol grubundaki hastaların ise %22,5'inin 1-3 bardak, %37,5'inin 4-6 bardak, %7,5'inin 7-9 bardak, %27,5'inin 10-12 bardak, %5,0'inin ise 13 bardak ve üzeri su tükettikleri belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların tamamının (%100,0) hiç kahve tüketmedikleri, kontrol grubundaki hastaların ise %70,0'inin hiç kahve tüketmedikleri, %30,0'unun 1-3 bardak kahve tükettikleri belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %17,5'inin 4-6 bardak, %57,5'inin 7-9 bardak, %15,0'inin 10-12 bardak, %10,0'nun 13 bardak ve üzeri günlük çay tükettikleri, kontrol grubundaki hastaların ise %27,5'inin 1-3 bardak, %45,0'inin 4-6 bardak, %17,5'inin 7-9 bardak, %7,5'inin 10-12 bardak, %2,5'inin 13 bardak ve üzeri çay tükettikleri saptanmıştır. Müdahale grubundaki hastaların %67,5'inin diğer sıvıları hiç tüketmedikleri,

%32,5'inin 1-3 bardak tükettikleri belirlenirken, kontrol grubundaki hastaların ise %97,5'inin diğer sıvıları hiç tüketmedikleri, %2,5'inin 1-3 bardak diğer sıvılardan tükettikleri saptanmıştır. Eğitim sonrası müdahale ve kontrol grupları arasında günlük tüketilen su miktarı, kahve miktarı, çay miktarı ve diğer sıvıların miktarı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Tükettikleri Sıvı Miktarına İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması**

| Değişkenler                              | Eğitim Öncesi  |               | p     | Eğitim Sonrası |               | p     |
|------------------------------------------|----------------|---------------|-------|----------------|---------------|-------|
|                                          | Müdahale Grubu | Kontrol Grubu |       | Müdahale Grubu | Kontrol Grubu |       |
|                                          | (n=40) / n(%)  | (n=40) / n(%) |       | (n=40) / n(%)  | (n=40) / n(%) |       |
| <b>24 Saatte Tüketilen Su Miktarı</b>    |                |               | 0,251 |                |               | 0,001 |
| 1 – 3 bardak                             | 15 (37,5)      | 11 (27,5)     |       | -              | 9 (22,5)      |       |
| 4 – 6 bardak                             | 15 (37,5)      | 11 (27,5)     |       | 1 (2,5)        | 15 (37,5)     |       |
| 7 – 9 bardak                             | 4 (10,0)       | 3 (7,5)       |       | 6 (15,0)       | 3 (7,5)       |       |
| 10 – 12 bardak                           | 3 (7,5)        | 9 (22,5)      |       | 32 (80,0)      | 11 (27,5)     |       |
| 13 bardak ve üzeri                       | 3 (7,5)        | 6 (15,0)      |       | 1 (2,5)        | 2 (5,0)       |       |
| <b>Tüketilen Kahve Miktarı</b>           |                |               | 0,084 |                |               | 0,001 |
| Hiç                                      | 25 (62,5)      | 32 (80,0)     |       | 40 (100,0)     | 28 (70,0)     |       |
| 1 – 3 bardak                             | 15 (37,5)      | 8 (20,0)      |       | -              | 12 (30,0)     |       |
| <b>Tüketilen Çay Miktarı</b>             |                |               | 0,201 |                |               | 0,001 |
| 1 – 3 bardak                             | 11 (27,5)      | 20 (50,0)     |       | -              | 11 (27,5)     |       |
| 4 – 6 bardak                             | 15 (37,5)      | 10 (25,0)     |       | 7 (17,5)       | 18 (45,0)     |       |
| 7 – 9 bardak                             | 8 (20,0)       | 3 (7,5)       |       | 23 (57,5)      | 7 (17,5)      |       |
| 10 – 12 bardak                           | 5 (12,5)       | 6 (15,0)      |       | 6 (15,0)       | 3 (7,5)       |       |
| 13 bardak ve üzeri                       | 1 (2,5)        | 1 (2,5)       |       | 4 (10,0)       | 1 (2,5)       |       |
| <b>Tüketilen Diğer Sıvıların Miktarı</b> |                |               | 1,000 |                |               | 0,001 |
| Hiç                                      | 39 (97,5)      | 39 (97,5)     |       | 27 (67,5)      | 39 (97,5)     |       |
| 1 – 3 bardak                             | 1 (2,5)        | 1 (2,5)       |       | 13 (32,5)      | 1 (2,5)       |       |

#### **4.8. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinden (KYKÖ) ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinden (KCÖ) Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları**

Tablo 15’te eğitim öncesi ve eğitim sonrası müdahale ve kontrol gruplarının Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinden (KYKÖ) ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinden (KCÖ) aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Eğitim öncesi Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği “Fiziksel Rahatsızlık” alt grup puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $15,62 \pm 1,49$ , kontrol grubundaki hastalarda  $15,42 \pm 1,59$ , “Psikososyal Rahatsızlık” puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $17,07 \pm 5,00$ , kontrol grubundaki hastalarda  $15,57 \pm 4,56$ , “Endişe/Kaygı” puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $38,07 \pm 3,85$ , kontrol grubundaki hastalarda  $37,85 \pm 3,97$ , “Memnuniyet” puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $14,57 \pm 1,93$ , kontrol grubundaki hastalarda  $14,82 \pm 1,55$ , toplam KYKÖ puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $85,35 \pm 7,03$ , kontrol grubundaki hastalarda  $83,67 \pm 7,27$  olarak saptanmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 15).

Eğitim öncesi Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği “Dışkı Tıkanıklığı” alt grup puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $19,85 \pm 2,76$ , kontrol grubundaki hastalarda  $19,45 \pm 3,19$ , “Kalın Bağırsak Tembelliği” alt grup puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $17,82 \pm 2,34$ , kontrol grubundaki hastalarda  $17,75 \pm 2,50$ , “Ağrı” alt grup puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $5,75 \pm 2,40$ , kontrol grubundaki hastalarda  $5,40 \pm 1,94$ , toplam KCÖ puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $43,42 \pm 5,46$ , kontrol grubundaki hastalarda  $42,60 \pm 6,66$  olarak saptanmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 15).

Hastaların eğitim sonrası Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği “Fiziksel Rahatsızlık” alt grup puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $9,70 \pm 1,71$ , kontrol grubundaki hastalarda  $15,80 \pm 1,22$ , “Psikososyal Rahatsızlık” puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $8,75 \pm 1,37$ , kontrol grubundaki hastalarda  $13,55 \pm 3,54$ , “Endişe/Kaygı” puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $24,35 \pm 3,68$ , kontrol grubundaki hastalarda  $39,52 \pm 2,38$ , “Memnuniyet” puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $18,05 \pm 1,21$ , kontrol grubundaki hastalarda  $13,62 \pm 1,67$ , toplam KYKÖ puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $60,85 \pm 5,65$ , kontrol grubundaki hastalarda  $82,50 \pm 4,94$  olarak saptanmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 15).

Hastaların eğitim sonrası Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği “Dışkı Tıkanıklığı” alt grup puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $10,17 \pm 2,06$ , kontrol grubundaki hastalarda  $20,37 \pm 2,02$ , “Kalın Bağırsak Tembelliği” alt grup puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $7,97 \pm 1,84$ , kontrol grubundaki hastalarda  $18,50 \pm 1,73$ , “Ağrı” alt grup puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $2,02 \pm 0,91$ , kontrol grubundaki hastalarda  $5,65 \pm 1,59$ , toplam KCÖ puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $20,17 \pm 4,05$ , kontrol grubundaki hastalarda  $44,52 \pm 4,05$  olarak saptanmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 15. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğine Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

|                           | Eğitim Öncesi Puan Ortalamaları |               |        |       | Eğitim Sonrası Puan Ortalamaları |               |         |       |
|---------------------------|---------------------------------|---------------|--------|-------|----------------------------------|---------------|---------|-------|
|                           | Müdahale Grubu                  | Kontrol Grubu | t      | p     | Müdahale Grubu                   | Kontrol Grubu | t       | p     |
|                           | X±SS                            | X±SS          |        |       | X±SS                             | X±SS          |         |       |
| <b>KYKÖ Alt Grupları</b>  |                                 |               |        |       |                                  |               |         |       |
| Fiziksel Rahatsızlık      | 15,62 ± 1,49                    | 15,42 ± 1,59  | 0,577  | 0,565 | 9,70 ± 1,71                      | 15,80 ± 1,22  | -18,328 | 0,001 |
| Psikososyal Rahatsızlık   | 17,07 ± 5,00                    | 15,57 ± 4,56  | 1,399  | 0,166 | 8,75 ± 1,37                      | 13,55 ± 3,54  | -7,987  | 0,001 |
| Endişe/Kaygı              | 38,07 ± 3,85                    | 37,85 ± 3,97  | 0,257  | 0,798 | 24,35 ± 3,68                     | 39,52 ± 2,38  | -21,870 | 0,001 |
| Memnuniyet                | 14,57 ± 1,93                    | 14,82 ± 1,55  | -0,638 | 0,525 | 18,05 ± 1,21                     | 13,62 ± 1,67  | 13,513  | 0,001 |
| Toplam KYKÖ Puanı         | 85,35 ± 7,03                    | 83,67 ± 7,27  | 1,046  | 0,299 | 60,85 ± 5,65                     | 82,50 ± 4,94  | -18,243 | 0,001 |
| <b>KCÖ Alt Grupları</b>   |                                 |               |        |       |                                  |               |         |       |
| Dışkı Tıkanıklığı         | 19,85 ± 2,76                    | 19,45 ± 3,19  | 0,598  | 0,551 | 10,17 ± 2,06                     | 20,37 ± 2,02  | -22,342 | 0,001 |
| Kalın Bağırsak Tembelliği | 17,82 ± 2,34                    | 17,75 ± 2,50  | 0,138  | 0,890 | 7,97 ± 1,84                      | 18,50 ± 1,73  | -26,240 | 0,001 |
| Ağrı                      | 5,75 ± 2,40                     | 5,40 ± 1,94   | 0,716  | 0,476 | 2,02 ± 0,91                      | 5,65 ± 1,59   | -12,458 | 0,001 |
| Toplam KCÖ Puanı          | 43,42 ± 5,46                    | 42,60 ± 6,66  | 0,605  | 0,547 | 20,17 ± 4,05                     | 44,52 ± 4,05  | -26,842 | 0,001 |

#### **4.9. Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi-Sonrası ve Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi-Sonrası Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinden (KYKÖ) ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinden (KCÖ) Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları**

Tablo 16’da müdahale ve kontrol gruplarının Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) alt gruplarından aldıkları eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Müdahale grubundaki hastaların; toplam KYKÖ puan ortalaması eğitim öncesi  $85,35 \pm 7,03$ , eğitim sonrası  $60,85 \pm 5,65$  olarak saptanmıştır. Müdahale grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam KYKÖ puan ortalamaları ve diğer tüm alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p < 0,001$ ). Müdahale grubundaki hastaların; toplam KCÖ puan ortalaması eğitim öncesi  $43,42 \pm 5,46$ , eğitim sonrası  $20,17 \pm 4,05$  olarak saptanmıştır. Müdahale grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam KCÖ puan ortalamaları ve diğer tüm alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0,001$ ) (Tablo 16).

Kontrol grubundaki hastaların; toplam KYKÖ puan ortalaması eğitim öncesi  $83,67 \pm 7,27$ , eğitim sonrası  $82,50 \pm 4,94$  olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam KYKÖ puan ortalamaları ile fiziksel rahatsızlık alt grup puan ortalamaları arasında bir fark yokken ( $p > 0,05$ ), diğer alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Kontrol grubundaki hastaların; toplam KCÖ puan ortalaması eğitim öncesi  $42,60 \pm 6,66$ , eğitim sonrası  $44,52 \pm 4,05$  olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası ağrı alt grup puan ortalaması hariç ( $p > 0,05$ ), toplam KCÖ puan ortalamaları ve diğer tüm alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 16).

**Tablo 16. Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi-Sonrası ve Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi-Sonrası Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

|                           | Müdahale Grubu             |                             |        |       | Kontrol Grubu              |                                |        |       |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------|-------|----------------------------|--------------------------------|--------|-------|
|                           | Eğitim Öncesi<br>Puan Ort. | Eğitim Sonrası<br>Puan Ort. | t      | p     | Eğitim Öncesi<br>Puan Ort. | Eğitim<br>Sonrası<br>Puan Ort. | t      | p     |
|                           | X±SS                       | X±SS                        |        |       | X±SS                       | X±SS                           |        |       |
| <b>KYKÖ Alt Grupları</b>  |                            |                             |        |       |                            |                                |        |       |
| Fiziksel Rahatsızlık      | 15,62 ± 1,49               | 9,70 ± 1,71                 | 17,405 | 0,001 | 15,42 ± 1,59               | 15,80 ± 1,22                   | -1,443 | 0,157 |
| Psikososyal Rahatsızlık   | 17,07 ± 5,00               | 8,75 ± 1,37                 | 10,510 | 0,001 | 15,57 ± 4,56               | 13,55 ± 3,54                   | 2,543  | 0,015 |
| Endişe/Kaygı              | 38,07 ± 3,85               | 24,35 ± 3,68                | 14,034 | 0,001 | 37,85 ± 3,97               | 39,52 ± 2,38                   | -2,999 | 0,005 |
| Memnuniyet                | 14,57 ± 1,93               | 18,05 ± 1,21                | -8,973 | 0,001 | 14,82 ± 1,55               | 13,62 ± 1,67                   | 3,719  | 0,001 |
| Toplam KYKÖ Puanı         | 85,35 ± 7,03               | 60,85 ± 5,65                | 16,523 | 0,001 | 83,67 ± 7,27               | 82,50 ± 4,94                   | 1,023  | 0,313 |
| <b>KCÖ Alt Grupları</b>   |                            |                             |        |       |                            |                                |        |       |
| Dışkı Tıkanıklığı         | 19,85 ± 2,76               | 10,17 ± 2,06                | 15,437 | 0,001 | 19,45 ± 3,19               | 20,37 ± 2,02                   | -2,107 | 0,042 |
| Kalın Bağırsak Tembelliği | 17,82 ± 2,34               | 7,97 ± 1,84                 | 20,417 | 0,001 | 17,75 ± 2,50               | 18,50 ± 1,73                   | -2,223 | 0,032 |
| Ağrı                      | 5,75 ± 2,40                | 2,02 ± 0,91                 | 9,458  | 0,001 | 5,40 ± 1,94                | 5,65 ± 1,59                    | -0,721 | 0,475 |
| Toplam KCÖ Puanı          | 43,42 ± 5,46               | 20,17 ± 4,05                | 21,070 | 0,001 | 42,60 ± 6,66               | 44,52 ± 4,05                   | -2,187 | 0,035 |

#### 4.10. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Kabızlık Şiddeti (VAS) Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları

Tablo 17’de eğitim öncesi ve eğitim sonrası müdahale ve kontrol gruplarının konstipasyona yönelik kabızlık şiddeti (VAS) puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Eğitim öncesi, kabızlık şiddeti puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $6,99 \pm 1,46$ , kontrol grubundaki hastalarda  $6,75 \pm 1,24$  olarak saptanmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Eğitim sonrası, kabızlık şiddeti puan ortalaması müdahale grubundaki hastalarda  $2,38 \pm 1,13$ , kontrol grubundaki hastalarda  $6,57 \pm 0,835$  olarak saptanmış ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 17).

**Tablo 17. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Her İki Grubun Konstipasyona Yönelik Ağrı Şiddeti Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgularının Dağılımı**

| Kabızlık Şiddeti (VAS) | Eğitim Öncesi  |                  | t       | p     |
|------------------------|----------------|------------------|---------|-------|
|                        | n              | X±SS             |         |       |
| Müdahale grubu         | 40             | $6,99 \pm 1,46$  | 0,790   | 0,432 |
| Kontrol grubu          | 40             | $6,75 \pm 1,24$  |         |       |
| Kabızlık Şiddeti (VAS) | Eğitim Sonrası |                  | t       | p     |
|                        | n              | X±SS             |         |       |
| Müdahale grubu         | 40             | $2,38 \pm 1,13$  | -18,801 | 0,001 |
| Kontrol grubu          | 40             | $6,57 \pm 0,835$ |         |       |

#### 4.11. Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi-Sonrası ve Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi-Sonrası Kabızlık Şiddeti (VAS) Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları

Müdahale grubundaki hastaların eğitim öncesi kabızlık şiddeti puan ortalaması  $6,99 \pm 1,46$ , eğitim sonrası kabızlık şiddeti puan ortalaması ise  $2,38 \pm 1,13$  olarak saptanmıştır. Müdahale grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası kabızlık şiddeti puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0,001$ ) (Tablo 18).

**Tablo 18. Müdahale Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Kabızlık Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Kabızlık Şiddeti Puan Ortalaması (VAS) | n  | Eğitim Öncesi   | Eğitim Sonrası  | p     |
|----------------------------------------|----|-----------------|-----------------|-------|
|                                        |    | X±SS            | X±SS            |       |
|                                        | 40 | $6,99 \pm 1,46$ | $2,38 \pm 1,13$ | 0,001 |

Kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi kabızlık şiddeti puan ortalaması  $6,75 \pm 1,24$ , eğitim sonrası kabızlık şiddeti puan ortalaması ise  $6,57 \pm 0,83$  olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası kabızlık şiddeti puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,351$ ) (Tablo 19).

**Tablo 19. Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Kabızlık Şiddeti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Kabızlık Şiddeti Puan Ortalaması (VAS) | n  | Eğitim öncesi | Eğitim Sonrası | p     |
|----------------------------------------|----|---------------|----------------|-------|
|                                        |    | X±SS          | X±SS           |       |
|                                        | 40 | 6,75 ± 1,24   | 6,57 ± 0,83    | 0,351 |

#### 4.12. Hastaların Toplam Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Toplam Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Tablo 20'e bakıldığında toplam Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Toplam Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,01$ ).

**Tablo 20. Hastaların Toplam Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Toplam Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki**

|                   | Toplam KCÖ Puanı       |       |
|-------------------|------------------------|-------|
|                   | Parson Correlation (r) | p     |
| Toplam KYKÖ Puanı | 0,629                  | 0,001 |

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin ve Hastalık Bilgilerinin İncelenmesi

Konstipasyon prevelansının kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (50). Buna benzer araştırmalarda konstipasyonun kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (6,31,141). Kadınlarda daha sık görülmesinin nedeni net olarak bilinmemekle birlikte steroid hormonlarının seviyesindeki azalma ve kolonik düz kas hücrelerindeki progesteron reseptörlerindeki artışın kronik konstipasyona yol açtığı düşünülmektedir (142). Konstipasyon Risk Derecelendirme Ölçeği CRAS'ın Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği çalışmasında, kadın hastaların (%65,9) CRAS puanının anlamlı olarak erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (6). Bizim çalışmamızda ise tüm hastaların %75,0'inin kadın, %25,0'inin erkek olduğu ve anlamlı olmamasına rağmen KCÖ puan ortalamasının erkek hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmamızın bu bulgusu literatür bilgisinin yanı sıra yapılan çalışmalarla da benzerlik göstermektedir.

Literatürde kronik konstipasyon ile yaşın ilişkisi araştırıldığında çeşitli sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalar, yaş arttıkça konstipasyon görülme sıklığının arttığını gösterirken (143), bazıları konstipasyon prevelansını yaşın etkilemediğini belirtmiştir (144). Konstipasyon görülme sıklığının yaşla birlikte arttığı, 65 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerin %40'ının konstipasyon problemleri yaşadığı belirtilmektedir (145). Ülkemizde konstipasyonun ne sıklıkta izlendiğine ilişkin yapılan çalışmalarda; bu oranlar %29 ile %40 arasında değişmektedir ve kadınlarda ve yaşlılarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir (31). Bir başka çalışmada 50 yaş üzerindekilerde konstipasyon sıklığı %39,2, 50 yaş altındakilerde ise %23,8 olarak bulunmuştur (31). Bizim çalışmamızda ise tüm hastaların %42,5'inin 18-44 yaş olduğu, %48,75'inin 45-64 yaş olduğu ve geri kalanın (%8,75) 65 yaş ve üstü olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda hastaların çoğunluğunun orta yaş grubunda olması literatür bilgisinin yanı sıra yapılan çalışmalarla da benzerlik göstermektedir.

Robert, Matthew ve Brent'in (1990) çalışmasında medeni durumun konstipasyonda etkisiz olduğu (53), Kaboli ve ark. (2010) yaptıkları araştırmada da medeni durumun konstipasyonun önemli bir belirleyicisi olmadığı belirlenmiştir (146). Turan ve ark. (2010) öğrencilerle yaptıkları araştırmada evli olan öğrencilerin konstipasyona bağlı rektal ağrı sorunu yaşadıklarını saptamıştır (16). Araştırmamıza katılan tüm hastaların

%90,0'ı evli olup, %10,0'nu bekar'dır. Bu çalışmada da medeni durumun hem KYKÖ, hem de KCÖ puan ortalamalarına etki etmediği ve diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir.

Konstipasyon, eğitim düzeyinden de etkilenmektedir. Eğitim seviyesi daha düşük olanlarda eğitim düzeyi yüksek olanlara göre konstipasyon daha sık görülmektedir (147). Yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi arttıkça konstipasyon görülme sıklığının azaldığı bildirilmiştir (144). Bizim çalışmamızda hastaların çoğunluğunun (%57,5) ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür. Eğitim durumu ile KYKÖ ve KCÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmamakla birlikte, eğitim durumu ilköğretim olanlarda KCÖ puan ortalaması en yüksek olarak saptanmıştır. Araştırmamızın bu bulgusu yapılan çalışmalarla da benzerlik göstermektedir.

Kişinin kendisine göre tanımladığı konstipasyon prevalansı ülkeden ülkeye değişmektedir. Avrupa kıtasında yapılan 5 ülkede toplam 2000 kişinin katıldığı bir çalışmada katılımcıların %6-%23'ünün son 12 ay içinde konstipasyon yaşadıkları ve yaklaşık %20,0'sinin aynı periodda laksatif kullandıkları, en az %10,0'unun ise ayda en az bir kez defekasyon güclüğü tariflediği belirtilmiştir (20). Yapılan bir başka çalışmada kendini konstipe olarak kabul eden öğrencilerin ortalama konstipasyon süresi  $12,0 \pm 23,5$  ay olarak ölçülmüştür (6). Dedeli ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada; hastaların konstipasyon şikayeti süreleri 1-5 yıl arası %46,7, 6-12 yıl arası %13,3, 13-20 yıl arası %16,7, 21 yıl ve üzerinde olanlarda ise %23,3 olarak saptanmıştır (8). Altıntaş'ın çalışmasında ise (2010) kabızlığı olan çocukların kabızlık şikayetlerinin süresinin %50,0'sinde 6-12 ay, %11,1'inde 13-18 ay, %11,1'inde 19-24 ay olarak saptanmıştır ve %27,8'nin ise 24 aydan uzun süredir kabızlık şikayeti olduğu görülmüştür (148). Yaptığımız araştırmada tüm hastaların yarında fazlasının (%65,0) 1-3 yıl arası konstipasyon şikayetinin olduğu belirlenirken, 3-5 yıl arası konstipasyon şikayeti olan hastalarda KYKÖ puan ortalaması en yüksek, 5 yıl ve üzeri olanlarda ise ikinci en yüksek olarak saptanmıştır. KCÖ puan ortalaması da yine aynı şekilde 3-5 yıl arası konstipasyon şikâyeti olan hastalarda en yüksek, 5 yıl ve üzeri olanlarda ise ikinci en yüksek olarak saptanmıştır. Bu sonuç kabızlık şikâyet süresi arttıkça hem KYKÖ hem de KCÖ puanının arttığını ve çalışmamızın yapılan araştırmalarla benzer sonuçlar elde ettiğini göstermektedir.

Konstipasyon konjenital nedenlerle bebeklikte başlayabileceği gibi, akkiz olup erişkin yaşta da ortaya çıkabilir. Konstipasyon idiyopatik olabilir veya herhangi bir hastalığa sekonder gelişebilir. Kültürel, emosyonel, çevresel faktörler konstipasyon gelişmesinde

rol oynar. İçine kapanık kişilerde, çocuklukta fiziksel veya cinsel travmaya uğramışlarda, bir ebeveynin kaybı sonrası, altta yatan anksiyete ve depresyonu olanlarda konstipasyon sık görülür. Çocuklukta tuvalet eğitimindeki zorlamalar erken yaşta kabızlığı sorun haline getirebilir (94). Yapılan çalışmalarda konstipe hastaların %50'sinde konstipasyon probleminin erişkin dönemde, %37'sinde çocukluk çağında başladığı, %15'inde influenza, depresyon veya anoreksiya gibi hastalıklarla, %9'unun cerrahi sonrası ve kadınların %5'inde gebelik veya doğum sonrası ortaya çıktığı rapor edilmiştir (139). Bizim çalışmada konstipasyonun başlamasına herhangi bir neden olmadığını söyleyenlerin çoğunlukta olduğu (%93,8), konstipasyonun başlamasına sebep olan faktörlerin ise cerrahi işlemler, masa başında fazla zaman geçirme ve psikolojik nedenler olduğu görülmüştür.

Literatürde, konstipasyonun bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Konstipasyon yaşam kalitesini düşürmesi, iş gücü kaybına neden olması, sağlık bakım maliyetini arttırması ve diğer tıbbi sorunlarla birlikte sık görülen bir sorun olması nedeniyle birey ve toplum için önemli bir sorundur (13). Uysal ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada konstipe olan bireyler( $4,16 \pm 2,60$ ) ile konstipe olmayan bireyler ( $2,45 \pm 2,47$ ) arasında günlük yaşamı olumsuz etkileme puan ortalamalarının her iki grupta farklı olduğunu ve konstipe bireylerin günlük yaşamlarının daha fazla olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir (6). Turan ve ark. (2010) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada; yaşam tarzını aktif olarak nitelendiren öğrencilerin konstipasyon sorununu daha düşük oranda yaşadıklarını saptamıştır (16). Bizim çalışmamızda tüm hastaların yarısına yakınında (%47,5) konstipasyonun sosyal yaşamlarına nadiren etkisi olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar yapılan diğer çalışmalarla benzer sonuçlar göstermektedir.

Konstipasyon, yaşam kalitesini düşürmekle birlikte iş gücü kaybı ve öğrencilerde ders başarısını olumsuz etkileyebilmektedir (6). Gürşen'in (2013) yaptığı çalışmada; hastaların (n:52) %63,5'inin herhangi bir işle uğraşmaması, sosyo-ekonomik düzey ve konstipasyon arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (73). Bizim çalışmada konstipasyon sorunu yaşayan hastalarımızın %40,0'nın konstipasyon sorununun yaptıkları mesleği hiç etkilemediği, %42,5'nin nadiren etkilediği ve %15,0'inin ise sık etkilediği belirlenmiştir. Bu sonuçlar bize konstipasyonun hastanın iş gücü kaybına, günlük yaşamda maddi olumsuzluklara ve sosyal yaşamında etkilere neden olabileceğini gösterebilir.

Son yıllarda çocukluk çağında ve/veya daha sonraki yaşamda karşılaşılan fiziksel ve özellikle cinsel istismar deneyimlerinin fonksiyonel gastrointestinal bozukluklara zemin hazırladığı belirtilmektedir (149). Yaşam kalitesi üzerine konstipasyonun etkisini araştıran çalışmalarda hastaların cinsel yaşamda daha az tatmin olduğu belirtilmektedir (141). Başka bir araştırmada evli öğrencilerin konstipasyona bağlı rektal ağrı sorunu yaşadıkları belirlenmiştir (16). Araştırmamızda konstipasyon sorunu yaşayan hastalarımızın büyük çoğunluğu (%98,8) konstipasyonun cinsel yaşamlarına hiç etkisi olmadığını, %1,3'ü ise nadiren etkilediğini belirtmiştir.

Konstipasyon, aile yaşamını etkileyen önemli bir sorundur. Konstipasyonun ailenin sosyal ilişkilerinde azalmaya, aile içi gerginlikte artmaya, çocuğun okul başarısının düşmesine ve kardeş ilişkilerinde azalmaya neden olabileceği belirtilmektedir (150). Araştırmamızda tüm hastaların %82,5'i konstipasyonun aile ilişkilerini hiç etkilemediğini, %15,0'i nadiren etkilediğini, %2,5'i ise sıklıkla etkilediğini belirtmiştir. Bu durum aile içinde sık sık tuvalete gitme ihtiyacı ve sosyal yaşamdaki (misafirlik, iş hayatı, seyahat) sıkıntıların olması aile içinde olumsuzlukların ortaya çıkmasına sebep olabilir şeklinde açıklanabilir.

Konstipasyon nedeniyle hastaların uyku düzenine etkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında, Olgun ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada yaşlı hastaların %42,5'inde barsak alışkanlıklarında sorun, %26,4'ünde ise uyku sorunu olduğunu belirlemiştir (151). Bayık ve ark. (2002) çalışmasında ise yaşlıların %38,2'sinde konstipasyon, %43,5'inde uyku bozukluğu olduğu belirlenmiştir (152). Kulakcı ve Emiroğlu'nun (2011) çalışmasında defekasyon sıklığı ve dışkılama şeklinde farklılık olan hastalarda uykusuzluğun önemli belirti ve bulgular arasında yer aldığı belirtilmiştir (153). Bizim çalışmamızda hastaların kabızlığın uyku düzenini etkileme durumuna bakıldığında, hastaların %20,0'sinin uyurken ağrısının arttığı, %73,7'inin uyurken ağrısında değişme olmadığı belirlenmiştir.

Defekasyon sayısı kişilere göre farklılıklar gösterir, sayısal değişiklik, kişinin alışkanlığı göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Semptomu olmayan hastalarda dışkılama sayısının azlığı kabızlık olarak kabul edilmez (28). Defekasyon sıklığı bireysel farklılık göstermektedir. Bu farklılık günde 2-3 kez ile haftada 2-3 kez arasında değişmektedir. Batı ülkelerinde populasyon %2-%27'sini etkileyen yaygın bir semptomdur (154). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve İngiltere'de normal dışkı sıklığı günde 3 kez ve haftada 3 kez arasında olarak tanımlanmaktadır (141). Bir çalışmada Roma II fonksiyonel konstipasyon ve dissinerjik defekasyon tanı kriterlerine göre toplam 82

hastanın ele alındığı çalışmada hastaların defekasyon özellikleri analiz edildiğinde %37,8’inde haftada 3 veya daha az sayıda dışkılama sıklığı olduğu gözlenmiştir (58). Altıntaş’ın (2010) çalışmasında da kabızlığı olan çocukların %56,6’sının haftada bir kez, %38,9’unun haftada iki kez, %5,6’sının haftada üç kez dışkıladığı görülmüş, bu çocukların ortalama haftalık dışkılama sayısı ortalama  $1,5 \pm 0,61$  olarak saptanmıştır (148). Araştırmamızda da tüm hastaların %27,5’nin dışkılama sıklığı haftada bir olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki hastaların dışkılama sıklığının KYKÖ puan ortalamasına etkisi bulunmazken, haftada bir dışkılama yapan hastalarda KCÖ puan ortalaması anlamlı düzeyde en yüksek saptanmıştır.

Hastaların konstipasyonu algılayışının değerlendirilmesi yalnızca barsak hareketlerinin sıklığının incelendiği objektif durumun değil, dışkılamada zorlanma, tam boşalamama, abdominal distansiyon ya da ağrı, sert ya da az miktarda dışkı, defekasyonu kolaylaştırmak için elle müdahale gibi subjektif durumları da içermelidir (155). Uysal ve ark. (2010) öğrencilerle yaptıkları çalışmada; öğrencilerin %87,7’sinde ıkınma yakınmasının olduğu saptanmış, %58,5’inin ise dışkılama için 10 dakikadan fazla süre geçirdikleri belirlenmiştir (6). Arslan’ın (2008) yaptığı çalışmada, yaşlı bireylerin %51,4’ü defekasyon sırasında sürekli ıkındığını, %42,9’u bazen ıkındığını, %5,7’si ise hiçbir zaman ıkınmadığını belirtmişlerdir (48). Bizim çalışmamızda tüm hastaların ıkınma sürelerine bakıldığında; %5’inin bir dakikadan az, %45,0’inin 1-5 dakika arası, %41,25’inin 6-10 dakika arası, %6,25’inin 11-20 dakika arası ve %2,5’inin 20 dakikadan fazla ıkındıkları belirlenmiştir. Çalışmamızda ıkınma süreleri 11-20 dakika olan hastalarda KYKÖ puan ortalaması ve KCÖ puan ortalaması en yüksek olarak saptanmış olup, hastaların ıkınma sürelerinin KYKÖ puan ortalamasına etkisi bulunmazken, ıkınma süreleri 11-20 dakika olan hastalarda KCÖ puan ortalaması anlamlı düzeyde en yüksek saptanmıştır.

## **5.2. Eğitimin Hastaların Dışkılama Durumlarına, Dışkılamayla İlişkili Sağlık Sorunlarına, Dışkılama İçin Herhangi Bir Ürün Kullanma Durumlarına ve Tükettikleri Sıvı Miktarına Olan Etkisinin İncelenmesi**

Bağırsak yönetiminde hemşireler önemli bir role sahiptir. Bağırsak yönetimine ilişkin alışkanlık ve uygulamalar, bireyden bireye farklılık göstermektedir. Konstipasyon riskinin erken dönemde tanınması, uygun bağırsak yönetimi programlarının oluşturulması ve bağırsak boşaltımı için bireye özgü hemşirelik girişimlerinin

planlanması ve değerlendirilmesi hemşirenin temel sorumlulukları arasında yer almaktadır (156).

Yapılan literatür taraması sonucunda eğitim verilerek konstipasyonlu hastaların defekasyon durumlarını inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak farklı hastalık gruplarında eğitimin konstipasyonda dışkılama durumları üzerine etkisini değerlendiren çalışmalarla araştırma sonuçları karşılaştırılmıştır.

Konstipasyonlu hastalarda defekasyon sıklığı bireysel farklılık göstermektedir. Bu farklılık günde 2-3 kez ile haftada 2-3 kez arasında değişir. Batı ülkelerinde populasyon %2-%27'sini etkileyen yaygın bir semptomdur (152). Araştırmamızda eğitim öncesi her iki grupta da dışkılama sıklığı haftada birkaç defa (müdahale grubu %72,5, kontrol grubu %67,5) olarak saptanmış olup, her iki grupta dışkılama sıklıkları açısından anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim sonrasında müdahale grubunda hergün dışkılama sıklığı kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede artmıştır. Çalışmamızda müdahale grubunda dışkılama sayısının artması hastalara verilen eğitimin olumlu etkisi olduğunu göstermektedir. Pekmezci (2013) kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisini incelediği çalışmasında, eğitimin kabızlık sıklığında anlamlı derecede azalma sağladığını saptamıştır (157). Erdoğan (2011) kemoterapi alan kanser hastalarında semptomların değerlendirilmesi ve semptom yönetiminde eğitimin rolünü incelediği çalışmasında, kabızlık semptomunun sıklığında azalma olduğunu saptamıştır (158). Konstipasyon sağlık açısından önemli bir sorundur. Konstipasyon dışkılama sırasında ıkınma/zorlanma, abdominal, jinekolojik veya rektal cerrahi girişim ile sonuçlanabilecek sorunlara yol açabilmektedir (159). Richmond ve Wright (2005) yaptıkları literatür incelemesinde bireylerin hastane tuvaletlerinde dışkılama sırasında güçlük yaşadıklarını, bunun da dışkılama ile ilgili yakınmalara neden olduğunu saptamışlardır (54). Araştırmamızda eğitimin hastaların ıkınma süreleri üzerine olumlu etkisinin olduğu ve eğitim sonrası müdahale grubunda bir dakikadan az ıkınma süresinin %90,0 olduğu saptanmıştır. Yine araştırmamızda eğitimin hastaların dışkılarını tam boşaltamama durumu üzerine olumlu etkisi olduğu ve her iki grup arasında anlamlı fark görüldüğü belirlenmiştir.

Dışkı şekli ve sıklığı gastrointestinal semptomlardan (konstipasyon, reflü, hazımsızlık, vb. gibi) enfeksiyon hastalıklarına (ülseratif kolit, vb. gibi) kadar birçok önemli hastalık hakkında önemli ipucu vermektedir. Dışkının şekli, türü ve yoğunluğu bakım ve tedavinin değerlendirilmesinde veya hastalığın klinik durumunun tanınmasında yol gösterici olabilmektedir. Ayrıca uygulanan ilaçlar ve tedavi girişimleri bireylerin dışkı

özelliğinde değişikliğe neden olabilmektedir (160). Araştırmamızda eğitim sonrası müdahale grubu hastalarında dışkı şekli en yüksek tip 4 iken, kontrol grubunda ise en yüksek Tip 3 bulunmuş ve aralarında anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Buda bize eğitimin primer konstipasyonlu hastalar üzerinde olumlu etkisinin olduğunu göstermektedir.

Uysal ve ark. (2010) öğrencilerle yaptıkları çalışmalarında; gastrointestinal sistemle ilgili şikâyetleri incelemiş ve %68'inin karında şişlik/gerginlik yaşadığını, %63,4'ünün yemek sonrası dolgunluk hissettiğini, %48,2'sinin ağzına acı/ekşi su geldiğini ve %43,0'ünün geğirme, %19,0'ının epigastrik bölgede yanma/ağrı şikâyetinin olduğunu saptanmıştır (6). Bir başka çalışmada kabızlık yakınması olan 269 hastanın 8'inde (%2,9) karın şişkinliği, 39'unda (%15) dışkılama ile birlikte kanamanın olduğu tespit edilmiştir (161). Uz ve ark. (2005) çalışmalarında konstipasyon tanısı olan hastaların (n:200) 22'sinde (%11.0) rektal kanama şikâyetinin olduğunu tespit etmiştir (162). Akbayrak ve ark. (2006) irritable barsak sendromu olan bir bireyde diyet önerileri ve eğitime ek olarak uygulanan 20 seans konnektif doku masajı, klasik masaj ve depresso masajının olgunun defekasyon miktarını arttırıp, defekasyon frekansı, gaz, şişkinlik ve kramp tarzında ağrı gibi semptomlarını azaltmada etkili olduğunu göstermişlerdir (163). Çalışmamızda hastaların eğitim sonrası dışkılamayla ilişkili yaşadıkları sağlık sorunlarında anlamlı düzeyde olumlu sonuçlar alındığı saptanmıştır.

Diyette lif alımının artışı ile fekal kitlenin arttığı ve bağırsak geçiş süresinin kısaldığı belirlenmiştir. Aksine diyetle birlikte yetersiz lif alımı konstipasyona neden olabilmektedir (164). Dışkı miktarındaki artışın esas nedeni, liflerin su bağlama özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Lifler dışkı hacmini ve su miktarını arttırarak rahatlatıcı etkide bulunmaktadır, bu durum konstipasyonun önlenmesine yardımcı olmaktadır (165). Ancak çalışmamızda her iki grubun çoğunluğunun lifli ürün kullanmadıkları ve eğitim sonrası da bu durumun değişmediği bulunmamıştır. Bu durum beslenme alışkanlıklarının kültürel olarak etkilendiği ve bu alışkanlıklardan vazgeçmenin zor olduğu şeklinde ifade edilebilir.

Laksatiflerin barsak hareketlerinin sıklığı, yoğunluğu ve konstipasyon semptomlarını düzeltebildiği belirtilmektedir (81). Hastaların çoğu kez laksatifleri reçete dışı, zaman zaman da doktorlarına danışarak kullandıkları belirtilmektedir (47). Literatürde, laksatiflerin kötüye kullanımının kolonda yapısal değişikliklere, kolonik disfonksiyona, katartik kolona neden olduğu ve kolorektal kanser riskini arttırdığı ifade edilmektedir (166). Amerika Birleşik Devletleri'nde 800 milyon dolardan fazla ve İngiltere'de 27

milyon pound laksatifler için sarfedilmektedir (167). Çalışmamızda hastaların çoğunun lavman ya da laksatif kullanmadıkları, bulunmamıştır.

Yetersiz sıvı alımı, konstipasyonun potansiyel risk faktörlerinden biri olmasına rağmen, sıvı tüketiminin konstipasyon sıklığı üzerine olan etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmaların sonuçları değişmektedir. Towers ve diğ, (1994) yaptıkları araştırmada yavaşlamış intestinal geçiş zamanı ve dehidrasyon arasında ilişki bulmuştur (168). Gürşen'in (2013) yaptığı araştırmada bireylerin %46,2'si günde 1-5 bardak, %34,6'sı 6-10 bardak, % 19,2'si 11-15 bardak sıvı tüketmektedir. Olguların büyük çoğunluğunun sıvı tüketimleri az olduğu için bu durumun defekasyon frekansının ve gaita yoğunluğunun az olmasına yol açtığı belirtilmiştir (73). Kocataş'ın (2000) yaptığı çalışmada; kontrol grubunda konstipasyonlu hastaların %40,7'sinin 2000cc ve üstü sıvı aldıkları, deney grubundaki hastaların ise %53,6'sının 2000cc ve üstü sıvı alma alışkanlıklarının olduğusaptanmıştır (169). Çalışmamızda sıvı tüketimi açısından her iki grupta eğitim sonrası fark olduğu ve müdahale grubundaki hastaların anlamlı düzeyde daha fazla oranda sıvı tükettikleri saptanmıştır.

### **5.3. Eğitimin Hastaların Yaşam Kalitesine ve Konstipasyon Ciddiyetine Olan Etkisinin İncelenmesi**

Yapılan literatür taraması sonucunda eğitim verilerek konstipasyonlu hastaların yaşam kalitesi ve konstipasyon şiddetini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle sadece konstipasyonun yaşam kalitesi ve konstipasyon şiddeti üzerine etkisini değerlendiren çalışmalarla ve farklı hastalık gruplarında eğitimin yaşam kalitesi ve konstipasyon şiddeti üzerine etkisini değerlendiren çalışmalarla araştırma sonuçları karşılaştırılmıştır.

Konstipasyon tüm dünyada ve ülkemizde en sık görülen gastrointestinal sistem yakınmasıdır. Bireye getirmiş olduğu fiziksel, ekonomik, psikolojik ve sosyal yükler nedeniyle yaşam kalitesini de olumsuz etkilediği bildirilmektedir (8). Yapılan çalışmalarda; fonksiyonel konstipasyon şikâyeti olan hastaların yaşam kalitelerinin sağlıklı bireylere oranla anlamlı derecede daha düşük olduğu belirtilmiştir (14,170). Ayrıca konstipasyon sorunu yaşayan bireylerin distansiyon, şişkinlik, karın ağrısı, rahatsızlık, rektal ağrı ve acil dışkılama gibi semptomlardan sıklıkla yakındıkları belirtilmektedir. Bu semptomlar, bireyin yaşam aktivitelerini, fiziksel ve emosyonel iyilik halini, iş ve okul hayatını, yaşam şeklini, performansını ve genel yaşam kalitesini

olumsuz yönde etkilemektedir. Konstipasyon semptomlarında ciddi artış, iş ve okul yaşamında devamsızlıklara neden olarak iş gününü etkilemektedir (171).

Hemşireler, konstipasyonun bakım ve tedavisinin tüm aşamalarında yer alan ve hasta bireyin sağlığını esenlik düzeyine yükseltmekle sorumlu sağlık profesyonelleridir. Hemşireler, birey ve ailesinin gereksinim duyduğu sağlık hizmetini karşılayarak, hasta bireyin yaşam biçiminde gerekli değişiklikleri yaparak, soruna yönelik birey ve ailesinin başatme mekanizmalarını kullanmalarını sağlamada ve kaliteli bir yaşama ulaşmalarında önemli rol oynamaktadırlar. Konstipasyon tanısı olan hasta bireylere yapılacak hemşirelik eğitimi yaşam kalitesinin yükseltilmesinde yol gösterici olmaktadır (172).

Turan ve ark.'nın (2011) hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada; KYKÖ toplam puan ortalamasının 61,70 (SS=20,82), alt boyutları puan ortalamalarının ise Endişe/kaygıda 22,79 (SS=10,37), Fiziksel Rahatsızlıkta 8,10 (SS=3,71), Psikososyal Rahatsızlıkta 16,03 (SS=6,87), Memnuniyette 14,78 (SS=4,57) olduğu belirlenmiştir (16). Bilgin (2011) mide kanserli hastalar ve bakım vericileriyle yaptıkları çalışmada; evde verilen hemşirelik bakım ve eğitiminin hastaların yaşam kalitesini, genel sağlık durumunu, duygusal ve bilişsel fonksiyonlarını olumlu yönde artırdığını saptamıştır. Aynı çalışmada çoğunluğu kemoterapiden kaynaklanan halsizlik/yorgunluk, bulantı/kusma, ağrı, dispne, uyuma güçlüğü, iştah kaybı ve konstipasyon semptomlarında azalma olduğu belirlenmiştir (173). Gastrointestinal sistem kanseri olan hastalarla yapılan bir çalışmada; hemşireler tarafından yapılan üç ev ziyareti sonrası özellikle ikinci ziyarette hastaların yaşam kalitesinin yükseldiği ve hastaların ağrılarının azaldığı belirlenmiştir (174). Bir başka çalışmada, gastrointestinal sistem kanserli hastalara kemoterapi, yorgunluk ve semptom yönetimine ilişkin verilen eğitimin yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında olumlu etkiye neden olduğu bildirilmiştir (175). Bizim çalışmamızda hastaların eğitim öncesi KYKÖ toplam puan ortalaması müdahale grubunda  $85,35 \pm 7,03$ , kontrol grubunda  $83,67 \pm 7,27$  olarak saptanmıştır ( $p > 0,05$ ). Eğitim sonrası ise müdahale grubunda KYKÖ puan ortalaması anlamlı düzeyde düşüş gösterirken ( $60,85 \pm 5,65$ ), kontrol grubunda ( $82,50 \pm 4,94$ ) bir fark bulunmamıştır. Eğitim sonrası müdahale grubunda KYKÖ toplam puan ortalamasının düşmesi verilen eğitimin bireylerin hastalıkla ilgili semptomlar üzerinde olumlu sonuçların gösterdiğini ve hastaların yaşam kalitesinde artış sağladığını söyleyebiliriz.

Turan ve ark. (2011) yaptığı araştırmada öğrencilerin KCÖ'den aldıkları puanların dağılımı incelendiğinde; öğrencilerin KCÖ toplam puan ortalamasının 26,01

(SS=13,74), KCÖ alt ölçeklerinde Dışkı Tıkanıklığı alt ölçeğinin puan ortalamasının 13,70 (SS=6,45), Kalın Bağırsak Tembelligi alt ölçeğinin puan ortalamasının 10,07 (SS=6,60), Ağrı alt ölçeğinin puan ortalamasının ise 2,23 (SS=3,05) olduğu görülmüştür (16). Erdoğan (2011) kemoterapi alan kanser hastalarında eğitimin kabızlık şiddeti ve rahatsızlık derecesinde azalma sağladığını saptamıştır (158).

Çalışmamızda hastaların eğitim öncesi KCÖ toplam puan ortalaması müdahale grubunda  $43,42 \pm 5,46$ , kontrol grubunda  $42,60 \pm 6,66$  olarak saptanmıştır ( $p > 0,05$ ). Eğitim sonrası ise müdahale grubunda KCÖ puan ortalaması anlamlı düzeyde düşüş gösterirken ( $20,17 \pm 4,05$ ), kontrol grubunda ( $44,52 \pm 4,05$ ) bir fark bulunmamıştır. Eğitim sonrası müdahale grubunda KCÖ toplam puan ortalamasının düşmesi verilen eğitimin olumlu etkisini göstermektedir. Hastaların eğitim sonrası hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmalarının ve onu yönetme stratejilerini öğrenmelerinin, konstipasyonun semptomlarında rahatlama sağlayarak yaşamdaki zorlukları azaltmada ve bununda yaşam kalitesine olumlu yansımada etkili olduğunu düşünebiliriz. Sağlığı geliştirmek için sağlığa duyarlılığın artırılması, olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması için eğitimlerin sürekliliğinin sağlanmasının önemli olduğunu söyleyebiliriz.

Konstipasyondan dolayı hastaların hissettikleri ağrı şiddetini inceleyen kaynaklara ulaşılmaya çalışıldı. Bir çalışmada; yaşlı hastalardan konstipasyonla ilgili şikâyetlerinin şiddetini Görsel Kıyaslama Ölçeğine (VAS) göre değerlendirmeleri istenmiştir. Buna göre; yaşlıların %42,9'u kabızlık şiddetini 7-8 olarak belirtmiştir (48). Bir başka çalışmada öğrencilerin %22,7'si yaşadıkları konstipasyon şiddetini 50–100 puan arasında değerlendirmiştir (6). Bizim çalışmamızda da müdahale grubundaki hastaların eğitim öncesi kabızlık şiddeti (VAS) puan ortalaması  $6,99 \pm 1,46$ , kontrol grubundaki hastaların ise  $6,75 \pm 1,24$  olarak bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Ancak eğitim sonrası müdahale grubunda kabızlık şiddeti puan ortalaması anlamlı düzeyde düşüş gösterirken ( $2,38 \pm 1,13$ ), kontrol grubunda ( $6,57 \pm 0,835$ ) bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızda eğitim sonrası müdahale grubunda konstipasyon şiddetinde azalma olmasını verilen eğitimin ve eğitim kitapçığının olumlu etkisinin olduğu ve hastaların semptomlarında, yaşam kalitelerinde ve konstipasyon şiddetinde düzelmeler sağladığı şeklinde açıklayabiliriz.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Yapılan çalışmada elde edilen bulguların incelenmesi ile aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Müdahale grubundaki hastaların KCÖ toplam puan ortalamasının eğitim öncesi  $43,42 \pm 5,46$  olduğu, eğitim sonrası  $20,17 \pm 4,05$  olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Bu sonuç, primer konstipasyonlu hastalara verilen eğitim hastaların konstipasyon ciddiyetini azaltır hipotezini desteklemektedir.
- Müdahale grubundaki hastaların KYKÖ toplam puan ortalamasının eğitim öncesi  $85,35 \pm 7,03$  olduğu, eğitim sonrası  $60,85 \pm 5,65$  olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Bu sonuç, primer konstipasyonlu hastalara verilen eğitim hastaların yaşam kalitesini artırır hipotezini desteklemektedir.
- Müdahale grubundaki hastaların konstipasyon şiddeti (VAS) puan ortalamalarının eğitim öncesi  $6,99 \pm 1,46$  olduğu, eğitim sonrası  $2,38 \pm 1,13$  olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Bu bulguların sonucuna göre eğitimin konstipasyon şiddetinde olumlu etkisi olduğu söylenebilir.
- Eğitim sonrası iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p < 0,05$ ), müdahale grubundaki hastalarda eğitim sonrası KCÖ ve KYKÖ toplam puan ortalamalarında düşüş olduğu, kontrol grubundaki hastalarda ise bir değişim olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç, eğitim verilen primer konstipasyonlu hastalar ile eğitim verilemeyen primer konstipasyonlu hastaların konstipasyon ciddiyeti ve yaşam kaliteleri arasında fark vardır hipotezini desteklemektedir.

### 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu öneriler getirilebilir;

- Konstipasyonlu hastaların konstipasyon şiddetini ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik eğitim verilmesi,
- Eğitimin içeriğinde konstipasyona bağlı semptomların giderilmesine yönelik diyet, sıvı alımı, egzersiz, karın masajı ve kullanılan tuvalet şekli hakkında konuların yer alması ve diğer yöntemlerle birlikte kullanılarak konstipasyon tedavisinin etkinliğinin artırılması,

- Hasta ve ailesine konstipasyonda eğitimin ve yaşam biçimi değişikliklerinin önemi konusunda danışmanlık hizmetinin verilmesi,
- Gastroenteroloji servisinde çalışan hemşireler tarafından hastalarda konstipasyona ait tanımlayıcı özelliklerin ve risk faktorlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda hemşirelik bakım planlarının oluşturulması ve hastaların distansiyon açısından izlenmesi,
- Bu konuda daha geniş popülasyonları kapsayan araştırmaların yapılması, olguların uzun dönemde takip edildiği çalışmaların planlanması ve araştırma sonuçlarının hasta bakımına yansıtılması önerilebilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Sabuncu N., Babadağ K. Taşocak G., Atabek T. (1991). Hemşirelik Esasları. Secim, H. (Ed.). T. C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2-17.
2. Ocakçı, A. (2007). "Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü", <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm>(erişim tarihi: 08.06.2014)
3. Zaybak, A. ve Fadiloğlu, Ç. (2004). "Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi", Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20 (1):77-95.
4. Kaya N. (2011). [Roper Logan Thierney's Model of Nursing]. Babadağ K, Aştı T, editörler. Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti.;. p. 1-7.
5. McCrea GL, Miaskowski C, Stotts NA, Macera L, Paul SM, Varma MG. (2009). Gender differences in self-reported constipation characteristics, symptoms, and bowel and dietary habits among patients attending a specialty clinic for constipation. *Gender Medicine* ;6(1):259-69.
6. Uysal N., Khorshid L., Eşer İ. (2010). Sağlıklı genç bireylerde konstipasyon sorununun belirlenmesi. *TAF Prev. Med Bull*, 9(2): 127-132.
7. İnce, M. Remzi F, H. (2011). Kronik Kabızlık ve Diyet. *TAF Preventive Medicine Bulletin*.; 10(1) 71-76.
8. Dedeli, Ö., Turan, İ., Fadiloğlu, C., Bor, S. (2007). Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *MN Dahili Tıp Bilimleri*, 2(1-2): 36-43.
9. Emmanuel AV, Mason HJ, Kamm MA. (2001). Relationship between psychological state and level of activity of extrinsic gut innervation in patients with a functional gut disorder. *Gut*. 49: 209-13.
10. Papatheodoridis GV, Vlachogiannakos J, Karaitianos I, Karamanolis DG. (2010). A Greek survey of community prevalence and characteristics of constipation. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 22(3):354-360.
11. Nyam DC, Pemberton JH, Ilstrup DM, et al. (1997). Longterm results of surgery for chronic constipation. *Dis Colon Rectum*. 40(:)273-9.
12. Yurdakul İ. (2001). Konstipasyon. *Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu*. 11-12 Ocak, İstanbul, s. 71-81

13. Garrigues V, Galvez C, Ortiz V, Ponce M, Nos P, Ponce J. (2004). Prevalence of Constipation: Agreement Among Several Criteria and Evaluation of the Diagnostic Accuracy of Qualifying Symptoms and Self-reported Definition in a Population-Based Survey in Spain. *American Journal Epidemiology*. 159(:) 520-26.
14. Irvine, E. J., Ferrazzi, S., Pare, P., Thomson, W. G., Rance, L.(2002). Health-related quality of life in functional GI disorders: focus on constipation and resource utilization. *American Journal of Gastroenterology*, 97(8): 1986-1993.
15. Cherly, D., Manishi, P., Lloyd, M. (2005). The health-related of life in functional GI disorders: Focus on constipation and resource utilization. *American Journal of Gastroenterology*, 97(8): 1986-1993.
16. Turan N. ve ark. (2011). Hemşirelik Öğrencilerinin Bazı Değişkenler Açısından Konstipasyon Sorunları. *İ.U.F.N. Hem. Derg* (2011) Cilt 19 - Sayı 3: 168-178
17. Eşer İ. (1999). Bağırsak Boşaltımı Uygulamaları ve Hemşirelik Bakımı, Meta Basım, İzmir.
18. Türkay C. Aydoğan T. Özden A. (2005). Konstipasyon tanım ve epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji*. 9(1): 48-52.
19. Higgins PD, Johanson JF. (2004). Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am. J.Gastroenterol*. 99(4): 750-759.
20. Lennard- Jones JE. Constipation. In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH eds. (2002). *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*, 7th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders Company; 181-210.
21. Sandler RS, Drossman DA. (1987). Bowel habits in young adults not seeking health care. *Dig Dis Sci* 32(:) 841-5.
22. Ashraf W, Park F, Lof J, et al. (1996). An examination of the reliability of reported stool frequency in the diagnosis of idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol*, 91(:) 26-32.
23. Harari D, Gurwitz JH, Avorn J, et al. (1997). How do older persons define constipation? Implications for therapeutic management. *J Gen Intern Med*, 12(:) 63-6.
24. Hyde V., Jenkinson T., Koch T., Webb C. (1999). Constipation and Laxative Use in Older Community-Dwelling Adults. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 3(:) 170-180.

25. Christine H. (2005). Treatment of Constipation in Older Adults. American Family Physician, December 1, 72(11): 2277-2284.
26. Yurdakul İ. (2007). Kronik Kabızlık. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:58 I Kasım, s. 43-58.
27. Cash BD, Chey WD. (2004). Irritable bowel syndrome - an evidence-based approach to diagnosis. Aliment. Pharmacol. Ther. 19(12): 1235-1245.
28. Savaş M C. (2004). Konstipasyon. Türkiye Tıp Dergisi, 11(4): 204-216.
29. Crane SJ, Talley NJ. (2007). Chronic gastrointestinal symptoms in the elderly. Clin. Geriatr. Med. 23(4): 721-34.
30. Pişkinpaşa N, Durmuş H, Tarcın O. (2004). Toplumumuzda kabızlık oranı ve bağlı olduğu faktörlerin emniyet teşkilatı mensuplarıyla karşılaştırılması. Turk J Gastroenterol. 15: PB02.
31. Çetinkaya H, Özkan H, Bektaş M, ve ark. (2000). Ankara'nın değişik kesimlerinde konstipasyon prevalansı ve demografik özelliklerin konstipasyon ile ilişkisi. Turk J Gastroenterol, 11 (Suppl 1): 80, (P 280), 36 (P 104, 105), 37 (P 106, 108, 109).
32. Wong MH, Wee S, Hwee C, et al. (1999). Sociodemographic and lifestyle factors associated with constipation in elderly. Asian community. Am J Gastroenterol, 94: 1283-91.
33. Rao SSC. (2000). Dyssynergic defecation. Disorders of anorectum. Ed: Satish SC Rao. Gastroenterology Clinics of North America 30(1):97-114.
34. He JL, Burgart L, Wang L. et al. (2000). Decreased interstitial of Cajal volume in patients with slow transit constipation. Gastroenterology 118:14-21.
35. Ehrenpreis ED. (2000). Constipation, colonik inertia and colonic marker studies. Practical Gastroenterology, 24(7):18-25.
36. Stewart et al. A large US national epidemiological study of constipation. Gastroenterology 114:A44, 1998.
37. Rao SSC. (2004). Practise guidlines, diagnosis and managment of fecal incontinence. Am J Gastroenterol 99 (8):1585-1604.
38. Richelle J. Miguel A. (2001). Rectal prolapse, rectal intussusception, rectocele and solitary rectal ulcer syndrome. Gastroenterology Clinics of North America 30(1): 199-222.
39. Smout AJPM, Akkermans LMA. (1992). Motility of The Gastrointestinal Tract. Wrigton Biomedical Publishing LTD, Petersfield.

40. Wilson L.A. (2005). Understanding Bowel Problems in Older People: Part 1. *Nursing Older People*, 17(8): 25-29.
41. Locke GR III, Pemberton JH, Phillips SF. AGA technical review on constipation. *Gastroenterology* 2000; 119: 1766.
42. Staats PS, Markowitz J, Schein J. (2004). Incidence of constipation associated with long-acting opioid therapy: A comparative study. *South Med J*, 97: 129-34.
43. Hsieh C. (2005). Treatment of Constipation in Older Adults. *American Family Physician*, 72(11). <http://www.aafp.org/afp/20051201/2277>.
44. Wong P.W.K. (1999). How To Deal With Chronic Constipation. *Postgraduate Medicine*, 106 (6).
45. Bleser S., Brunton, S., Carmichael, B., et all. (2005). Management of Chronic Constipation. *The Journal of Family Practice*, August: 691-698.
46. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines-Constipation. 2007.
47. Dennison C., Prasad M., Lloyd A., et al. (2005). The Health-Related Quality of Life and Economic Burden of Constipation. *Pharmacoeconomics*, 23(5): 461-476.
48. Arslan, G, G (2008). Yaşlılarda Karına Castor Yağı Kompresi Uygulamanın Konstipasyona Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İzmir.
49. Reimann H.A. (1973). Abdominal Epilepsy and Migraine. *JAMA*, 224:128.
50. Harari D., Gurwitz J.H., Avorn J., et al. (1996). Bowel Habit In Relation To Age And Gender. Finding From The National Health Interview Survey And Clinical Applications. *Archives Of Internal Medicine*, 156(:) 315-320.
51. Sümbüloğlu K., Sümbüloğlu V. (2000). Biyoistatistik, 9. Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara.
52. Saffrey M.J. (2004). Ageing Of The Enteric Nervous System. *Mechanisms Of Ageing And Development*, 125(:) 899-906.
53. Sandler, R.S., Jordan, M.C., Shelton, B.J. (1990) Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. *Am J Public Health*, 80 (2), 185-189.
54. Richmond J.P., Wright M.E. (2005). Development of a Constipation Risk Assessment Scale. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9: 37-48.

55. Howell, S.C., Quine, S., Talley, N.J. (2006) Low social class is linked to upper gastrointestinal symptoms in an Australian sample of urban adults. *Scand J Gastroenterol*, 41 (6), 657-666.
56. Soares, N.C., Ford, A.C. (2011) Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*, 106 (9), 1582-1591; quiz 1581, 1592.
57. Talley, N.J., Jones, M., Nuyts, G., Dubois, D. (2003) Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. *Am J Gastroenterol*, 98 (5), 1107-1111.
58. Öncü, K. (2007). Fonksiyonel Konstipasyonlu Hastalarda Dissinerjik Defekasyon Sıklığı ve Hasta Özelliklerinin Belirlenmesi. *Gastroenteroloji Yandal Uzmanlık Tezi*. İstanbul.
59. Beyaz, C. (2007). Konstipasyonlu Olgularda Kolonoskopi Öncesi Bağırsak Hazırlığında PEG ve Oral NaP Solüsyonlarının Etkinlik ve Tolerabilite Karşılaştırması. *Uzmanlık Tezi*. Diyarbakır.
60. Lembo A, Camilleri M. (2003). Chronic Constipation. *N Engl J Med* 349(14):1360-1368.
61. Rao, S.S., Go, J.T. (2010) Update on the management of constipation in the elderly: new treatment options. *Clin Interv Aging*, 5, 163-171.
62. Roberts, J.P., Womack, N.R., Hallan, R.I., Thorpe, A.C., Williams, N.S. (1992) Evidence from dynamic integrated proctography to redefine anismus. *Br J Surg*, 79 (11), 1213-1215.
63. Cheskin, L.J., Kamal, N., Crowell, M.D., Schuster, M.M., Whitehead, W.E. (1995) Mechanisms of constipation in older persons and effects of fiber compared with placebo. *J Am Geriatr Soc*, 43 (6), 666-669.
64. Loening-Baucke, V. (2004) Functional fecal retention with encopresis in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 38 (1), 79-84.
65. KANDİLCİ, U. (1983) Konstipasyon. *Gastroenteroloji. Türkiye Klinikleri - Cilt: 3, Sayı: 1, Mart*.
66. Dosh S.A. (2002). Evaluation and Treatment of Constipation. *The Journal of Family Practice*, June: 555-560.
67. Rao SS, Kavelock R, Beaty J, Ackerson K, Stumbo P. (2000). Effects of fat and carbohydrate meals on colonic motor response. *Gut*. 46(2): 205-211.

68. Rao SS, Sadeghi P, Beaty J, Kavlock R. (2004). Ambulatory 24-hour colonic manometry in slow-transit constipation. *Am. J. Gastroenterol.* 99(12): 2405-2416.
69. Glia A, Lindberg G, Nilsson LH, Mihocsa L, Akerlund JE. (1999). Clinical value of symptom assessment in patients with constipation. *Dis. Colon Rectum*, 42(11): 1401-8.
70. Kamm MA, Farthing MJ, Lennard-Jones JE, Perry LA, Chard T. (1991). Steroid hormone abnormalities in women with severe idiopathic constipation. *Gut.* 32(1): 80-84.
71. Drossman, D.A. (1999) Do psychosocial factors define symptom severity and patient status in irritable bowel syndrome? *Am J Med*, 107 (5A), 41S-50S.
72. Rao, S.S., Tuteja, A.K., Vellema, T., Kempf, J., Stessman, M. (2004) Dyssynergic defecation: demographics, symptoms, stool patterns, and quality of life. *J Clin Gastroenterol*, 38 (8), 680-685.
73. Gürşen, C. (2013). Kronik Konstipasyonu Olan Bireylerde Konnektif Doku Masajının Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
74. Gordon PH: (2001). Anorectal anatomy and physiology. Disorders of anorectum. Ed. Satish SC Rao. *Gastroenterology Clinics of North America* 30(1): 97-114.
75. Rao et al. (1997). How useful are manometric test of anorectal function in the management of defecation disorders. *Am J Gastroenterol* 92: 469-475.
76. Grotz, R.L., Pemberton, J.H., Talley, N.J., Rath, D.M., Zinsmeister, A.R. (1994) Discriminant value of psychological distress, symptom profiles, and segmental colonic dysfunction in outpatients with severe idiopathic constipation. *Gut*, 35 (6), 798-802.
77. Minguez, M., Herreros, B., Sanchiz, V., Hernandez, V., Almela, P., Anon, R. ve diğerleri. (2004) Predictive value of the balloon expulsion test for excluding the diagnosis of pelvic floor dyssynergia in constipation. *Gastroenterology*, 126 (1), 57-62.
78. Management of constipation guideline. <http://www.hospice.co.uk/professionals/prescribe/docs/constipation.pdf>.
79. Jones HJ, Swift RI, Blake H. (1998). A prospective audit of the usefulness of evacuating proctography. *Ann R. Coll. Surg. Engl.* 80(1): 40-45.

80. Rao SS, Hatfield R, Soffer E, Rao S, Beaty J, Conklin JL. (1999). Manometric tests of anorectal function in healthy adults. *Am. J. Gastroenterol.* 94(3): 773-783.
81. The Heritage Store.  
[http://www.caycecures.com/Catalog/Link%20Pages/castoroilpage.htm?gclid=C\\_PubILFo5ECFQJaMAod-1nJYA](http://www.caycecures.com/Catalog/Link%20Pages/castoroilpage.htm?gclid=C_PubILFo5ECFQJaMAod-1nJYA) (Erişim Tarihi: 01 Mart 2014).
82. AboutConstipation.  
[http://digestive.healthcentersonline.com/digestivesignssymptoms/constipation8.c\\_f](http://digestive.healthcentersonline.com/digestivesignssymptoms/constipation8.c_f) (Erişim Tarihi: 13 Haziran 2014).
83. Dursun A.N. (1993). Laksatif, Katartik ve Purgatif İlaçlar, Hacettepe Farmakoloji Ders Notları, Gülen Ofset, İstanbul, 261-264.
84. Hallmann F. (2000). Toxicity of commonly used laxatives. *Med Sci Monit* 6: 618-28.
85. Pemberton JH, Rath DM, Ilstrup DM. (1991). Evaluation and surgical treatment of severe chronic constipation. *Ann. Surg.* 214(4): 403-11.
86. Ho YH, Tan M, Eu KW, Leong A, Choen FS. (1997). Laparoscopic-assisted compared with open total colectomy in treating slow transit constipation. *Aust. N. Z. J. Surg.* 67(8): 562-565.
87. Bijkerk CJ, Muris JW, Knottnerus JA, et al. (2004). Systematic review: The role of different types of fibre in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 245-51.
88. Mler-Lissner S. (2007). The Difficult Patient With Constipation. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 21(3): 473-484.
89. Annells M, Koch T. (2003). Constipation and the preached trio: Diet, fluid intake, exercise. *Int J Nurs Stud*, 40: 843-52.
90. Richmond J.P., Wright M.E. (2004). Review of the Literature on Constipation to Enable Development of a Constipation Risk Assessment Scale. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8: 11-25.
91. Mehmetođlu H. Birinci Basamakta Konstipasyon şıkayeti Olan Hastaya Yaklaşım. <http://www20.uludag.edu.tr/~nazan/seminer20.html> (Erişim Tarihi: 12.03.2014).
92. Glia, A., Gylin, M., Gullberg, K., Lindberg, G. (1997) Biofeedback retraining in patients with functional constipation and paradoxical puborectalis contraction:

- comparison of anal manometry and sphincter electromyography for feedback. *Dis Colon Rectum*, 40 (8), 889-895.
93. Hart, S.L., Lee, J.W., Berian, J., Patterson, T.R., Del Rosario, A., Varma, M.G. (2012) A randomized controlled trial of anorectal biofeedback for constipation. *Int J Colorectal Dis*, 27 (4), 459-466.
94. Klauser AG, Voderholzer WA, Heinrich CA, et al. (1990). Behavioral modification of colonic function. Can constipation be learned? *Dig Dis Sci*, 35: 1271-5.
95. Lembo A. J., U.S.P. (2010). Constipation. F. L. Feldman M, Brandt L. (Ed.). *Sleisenger's and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease* (c. 1, s. 256-284). Philadelphia: Saunders.
96. Tagart, R.E. (1966) The anal canal and rectum: their varying relationship and its effect on anal continence. *Dis Colon Rectum*, 9 (6), 449-452.
97. Fiziksel Aktivite. <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=142> (Erişim Tarihi: 12.03.2014).
98. Martin, D. (2011) Physical activity benefits and risks on the gastrointestinal system. *South Med J*, 104 (12), 831-837.
99. Nilsson, M., Johnsen, R., Ye, W., Hveem, K., Lagergren, J. (2004) Lifestyle related risk factors in the aetiology of gastro-oesophageal reflux. *Gut*, 53 (12), 1730-1735.
100. Ernst, E. (1999). Abdominal massage therapy for chronic constipation: A systematic review of controlled clinical trials. *Forsch Komplementarmed*, 6, 149-151.
101. Uysal, N. (2010). Aralıklı enteral beslenen hastalarda abdominal masajın gastrik rezidüel volüm ve komplikasyonlarına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir.
102. Tuna, N. (2011). A'dan Z'ye Masaj. (6.Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 17-39
103. Preece, J. (2002) Introducing abdominal massage in palliative care for the relief of constipation. *Complement Ther Nurs Midwifery*, 8 (2), 101-105.
104. Lamas, K., Lindholm, L., Stenlund, H., Engstrom, B. ve Jacobsson, C. (2009). Effects of abdominal massage in management of constipation- A randomized controlled trial, *International Journal Of Nursing Studies*, 46, 759-767.

105. Ayaş, S., Leblebici, B., Sözü, S., Bayramoğlu, M. ve Niron, E. A. (2006). The effect of abdominal massage on bowel function in patients with spinal cord injury. *American Journal Of Physical Medicine Rehabilitation*, 85 (12), 951-955.
106. Emly, M., Cooper, S. ve Vail, A. (1998). Colonic motility in profoundly disabled people, A comparison of massage and laxative therapy in the management of constipation. *Physiotherapy*, 84 (4), 178-183.
107. Resedence, T.L., Brocklehurst, J.C. ve O'Neil, P.A. (1993). A pilot study on the effect of exercise and abdominal massage on bowel habit in continuing care patients. *Clinical Rehabilitation*, 7, 204-209.
108. McClurg, D., Hagen, S., Hawkins, S., Lowe-Strong, A. (2011) Abdominal massage for the alleviation of constipation symptoms in people with multiple sclerosis: a randomized controlled feasibility study. *Mult Scler*, 17 (2), 223-233.
109. Kyle, G. (2011). Managing constipation in adult patients. *Nurse Prescribing*, 9(10), 482-490
110. Sinclair, M. (2010). The use of abdominal massage to treat chronic constipation. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 15 (4), 436-446.
111. Yüksel, İ. ve Baltacıoğlu, S. (2010). Klasik Masaj Teknikleri. İçinde Yüksel, İ. Masaj Teknikleri. Ankara: Öz Baran Ofset, 82-155.
112. Güven N. (2010) Diabetes Mellituslu Hastalarda Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İstanbul.
113. Erdoğan F., Soyuer F., Şenol V., Arman F. (2006) Epilepsi Hastalarında Yorgunluğun Yaşam Kalitesine Etkisi. *Epilepsi* 2006;12(1):21-26
114. Dilek F. (2008) Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Edirne.
115. Yıldız, N. (2013) Bir Üniversite Hastanesindeki Epilepsi Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İstanbul.
116. Coşkun Y. (2005) Epilepsili Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Yrd.Doç.Dr.Meral BAYAT)
117. Testa, M A., Simonson, DC. (1996). Assessment Of Quality-Of-Life Outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-40.
118. Kayıhan, H. Yaşam Kalitesi. Erişim: 20.06.2014. [www.Yaslilikrehberi.Org.Tr/Userfiles/File/495\\_Yasam\\_Kalitesi.Doc](http://www.Yaslilikrehberi.Org.Tr/Userfiles/File/495_Yasam_Kalitesi.Doc).

119. Peel, N M., Bartlett, H P., Marshall, A L. (2007). Reliability and validity of WHOQOL-OLD. *Australasian Journal on Ageing*, 26(4),162–167.
120. Mandzuk, L L., McMillan, D E. (2005). A Concept Analysis Of Quality Of Life. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 9, 12–18.
121. S. Başaran - R. Güzel - T. Sarpel. (2005). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. *Romatizma Dergisi*, C.20, S.1, Adana, s.56
122. Demirkıran, S. (2012) Yaşam Kalitesi Ve Sağlık Çalışanları. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. (Danışman: Prof.Dr. Mehmet Fikret Gezgin)
123. Perlman RL, Finkelstein FO, Liu L, Roys E, Kiser M, Eisele G, Burrows-Hudson S, Messana JM, Levin N, Rajagopalan S, Port FK, Wolfe RA, Saran R. (2005). Quality of life in chronic kidney disease (CKD): A Cross-Sectional Analysis in the Renal Research Institute-CKD Study. *Am J Kidney Dis*. 45(4): 658-666.
124. Akdemir N. Birol L (Editör). (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Genişletilmiş 2. Baskı. Sistem Ofset.
125. Maruschka PM, Kitty JJ, Friedo WD, Rob JH, Boeschoten W, Krediet RT. (1999). Physical symptoms and quality of life in patients on chronic dialysis: Results of the netherlands cooperative study on adequacy of dialysis(NECOSAD). *Nephrol Dial Transplant*. 14:1163-1170.
126. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis*. 38(3): 443-464
127. Santos PR, Daher EF, Silvia GB, Liborio AB, Kerr LR. (2009). Quality of life assessment among haemodialysis patients. *Quality of Life*. 18(5): 541-546.
128. Ören B.G. (2010) Hemodiyaliz ve periton diyalizi olan hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 103 sayfa. İstanbul,
129. Marquis P, Loge De La C, Dubois D Et Al. (2005). Development And Validation Of The Patient Assessment Of Constipation Quality Of Life. *Scandinavian Journal Of Gastroenterology*, 40:540-51.
130. Woolery M, Carroll E, Fenn E, Wieland H, Jarosinski P, Corey B, et al. (2006). Constipation assessment scale for use in pediatric oncology. *J pediatr oncol nurs* 23(2):65-74.

131. Kutlu Ak, Yılmaz E, Çeçen D, Eser E. (2009).[Turkish validity and reliability of the constipation risk assessment scale cras]. Uluslararası Katılımlı 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı. P.318.
132. Varma Mg, Wang Jy, Berian Jr, Patterson Tr, Mccrea Gl, Hart Sl. (2008). The constipation severity instrument: a validated measure. Dis colon rectum, 51(2):162-72.
133. Won Jun D, Park HY, Lee OY, Hang LL, Byung CY, Ho Soon C et al. (2006). A population-based study on bowel habits in a Korean Community: Prevalence of Functional Constipation And Self-Reported Constipation. Digestive Diseases and Sciences. 51:1471-77
134. Glia A, Lindberg G. (1997).Quality of life in patient with different types of functional constipation. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 32(11):1083-9.
135. Gün İ. (2006) Epilepsili Hastalarda Antiepileptik İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. (Danışman Prof. Dr. Nermin OLGUN)
136. Marquis P, Loge De La C, Dubois D et al. (2005). Development and validation of the patient assessment of constipation quality of life. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 40:540-551.
137. Tulunay CF, Tulunay M. (2000). Ağrının değerlendirilmesi ve ağrı ölçümleri. In: Erdine S, editör. Ağrı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; s. 91-111.
138. Kaya N. Turan N. (2010) Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerliliği. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31(6):1491-501
139. Bengi G. Yalçın M. Akpınar H.Kronik Konstipasyona Güncel Yaklaşım. <http://guncel.tgv.org.tr/journal/48/pdf/100165.pdf> (Erişim Tarihi: 01.01.2015).
140. Johanson JF, Sonnenberg A, Koch TR. (1989). Clinical epidemiology of chronic constipation. J Clin Gastroenterol, 11:525-36.
141. Talley NJ. (2004).Definitions, epidemiology and impact of chronic constipation. Rev in Gastroenterol Dis, 4 Suppl 2: S3-S10
142. Xiao, Z.L., Pricolo, V., Biancani, P.,Behar, J. (2005) Role of progesterone signaling in the regulation of G-protein levels in female chronic constipation. Gastroenterology, 128 (3), 667-675.
143. Chiarelli, P., Brown, W.,McElduff, P. (2000) Constipation in Australian women: prevalence and associated factors. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 11 (2), 71-78.

144. Wald, A., Mueller-Lissner, S., Kamm, M.A., Hinkel, U., Richter, E., Schuijt, C. ve diğeri. (2010) Survey of laxative use by adults with self-defined constipation in South America and Asia: a comparison of six countries. *Aliment Pharmacol Ther*, 31 (2), 274-284.
145. Frank, L., Flynn, J., Rothman, M. (2001). Use of a self-report constipation questionnaire with older adults in long-term care. *The Gerontologist*, 41(6):778-786.
146. Kaboli, S. A. et al. (2010). Factors associated with functional constipation in Iranian adults: A population-based study. *Gastroenterology and Hepatology From Bed to Bench*, 3(2): 83-90.
147. Mugie, S.M., Benninga, M.A., Di Lorenzo, C. (2011) Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 25 (1), 3-18.
148. Altıntaş, Ç. (2010) 3-5 yaş grubundaki çocuklarda kabızlık ve beslenme örüntüsü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı. Ankara.
149. Drossman D, Laserman J, Nachman G, et al. (1990). Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med*, 113: 828-33.
150. Farrel M, Holmes G, Coldicutt P, Peak M. (2003). Management of childhood constipation: Parents' experiences. *J Adv Nurs*, 44:479-89.
151. Olgun, N. Aslan, F, E. Yücel, N. Öntürk, Z, K. Laçin, Z. (2013). Yaşlıların Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. Cilt: 4 • Sayı: 2 • Nisan
152. Bayık A, Ozgur G, Altuğ Ozsoy S, Erefe İ, Uysal Emec A, Ozer M, Ergul Ş, Dulgerler Ş. (2002). Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(2), 68-74.
153. Kulakcı H, Emiroğlu O.N. (2011). Huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımında Omaha Sistemi'nin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi. *DEUHYO ED* 4(1), 25-33.
154. Bolat, E. Konstipasyonlu hastaya yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji* 10/1
155. Arce D.A., Ermocilla C.A., Costa H. (2002). Evaluation of Constipation. *American Family Physician*, June, 65(11): 2283-2290.

156. Yönt, G.H., Türk, G., Khorshid, L. ve Eşer, İ. (2011). Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde konstipasyon tanısının değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi FlorenceNightingale Hemşirelik Dergisi, 19 (2), 83-88.
157. Pekmezci H (2013). Kanseri Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. Yüksek lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon
158. Erdoğan GY (2011). Kemoterapi Alan Kanseri Hastalarda Semptomların Değerlendirilmesi ve Semptom Yönetiminde Eğitimin Rolü. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas
159. Potter, P. ve Perry, A.G. (2009). Fundamentals Of Nursing. Inc., St.Louis: Mosby Year Book, 1174-1218.
160. Chumtazi, B.P., Lane, M.M., Czyzewski, D.I., Weidler, E.M., Swank, R.R. ve Shulman, R.J. (2010). Creation and initial evaluation of a Stool Form Scale for children. The Journal Of Pediatrics, 157 (4), 594-597.
161. Doğan, Y. Erkan, T. Ergül, Y. Çokuğraş, F. Ç. Kutlu, T. (2005). Kabızlık yakınması olan olguların retrospektif dökümü. Türk Pediatri Arşivi, 40: 23- 7
162. Uz B, Türkay C, Bavbek N Işık A, Erbayrak M, Erkmen MU. (2006). Konstipasyon saptanan olgularımızın değerlendirilmesi. Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 5(1):56-59.
163. Akbayrak T, D.F., Karakaya İ, Ekici G, Kaya S. (2006) Huzursuz Barsak Tedavisinde Farklı Bir Yaklaşım-Olgusu Sunumu. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, 17 (3).
164. Satish, S.C. (2009). Constipation: evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders. Gastrointest Endoscopy Clin N Am, 19, 117-139.
165. Fleming, V. ve Wade, W.E. (2010). A review of laxative therapies for treatment of chronic constipation in older adults. The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy, 8 (6), 514-550.
166. Vieira C., Evangelista S., Cirillo R., Lippi A., Maggi C.A., Manzini S. (2000). Effect of Ricinoleic Acid in Acute and Subchronic Experimental Models of Inflammation. Mediators of Inflammation, 9: 223-228.
167. Kyle, G. (2008). A proactive approach to the treatment of constipation. Continence, 2(4), 36-44.

168. Towers, A.L., Burgio, K.L., Locher, J.L., Merkel, I.S., Safaeian, M., Wald, A. (1994) Constipation in the elderly: influence of dietary, psychological, and physiological factors. *J Am Geriatr Soc*, 42 (7), 701-706.
169. Kocataş, S. (2000). Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Konstipasyonu Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği. Yüksek Lisans Tezi. Sivas
170. Friedenberg, F.K., Dadabhai, A., Palit, A., Sankineni, A. (2012) The impact of functional constipation on quality of life of middle-aged Black Americans: a prospective case-control study. *Qual Life Res*, 21 (10), 1713-1717.
171. Wald, A., Scarpignato, C., Kamm, M.A., Mueller-Lissner, S., Helfrich, I., Schuijt, C. ve ark. (2007). The burden of constipation on quality of life: results of a multinational survey. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, **26 (2)**, 227–236.
172. Parlar, S. (2004). Hassas barsak sendromu olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
173. Bilgin S (2011). Mide Kanserli Hastalara ve Aile Bakım Vericilerine Evde Verilen Hemşirelik Bakımının yaşam Kalitelerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, Erzurum.
174. Nural N, Hintistan S, Gürsoy AA, Duman EN. (2009). The effect of home healthcare on quality of life in patients diagnosed with gastrointestinal cancer. *Gastroenterol Nurs*, 32 (4): 273-83.
175. Yesilbalkan OU, Karadakovan A, Göker E. (2009) The effectiveness of nursing education as an intervention to decrease fatigue in Turkish patients receiving chemotherapy. *ONS*, 36 (4): 215-222.

## 8. EKLER

### EK-1. Kabızlık Anketi

EĞİTİMİN PRİMER KONSTİPASYONLU HASTALARDA KONSTİPASYON CİDDİYETİ

VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

#### KABIZLIK ANKETİ

1) Adınız Soyadınız

2) Adresiniz (detaylı)

Telefonlarınız (şehir kodu dahil): Ev:

İş:

Cep:

Varsa e-mail adresiniz:

3) Yaşınız .....

4) Cinsiyetiniz

☐ Erkek

☐ Kadın

5) Sevk eden doktor:

6) Şu anki medeni durumunuz

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Diğer

7) En son bitirdiğiniz okul hangisi ?

☐ Üniversite

☐ Lise

☐ İlk öğretim

☐ İlkokul

☐ Okur yazar

8) Kabızlık şikayetiniz ne zaman başladı? \_\_\_\_\_

9) Kabızlık probleminizin başlamasına sebep olan özel bir olay veya durum oldu mu?

☐ Hayır ☐ Evet (cevabınız evetse lütfen kısaca belirtin): \_\_\_\_\_

10) Hergün başarılı olsun veya olmasın dışkılama girişiminiz oluyor mu?, şayet oluyorsa günde kaç kere?

☐ Günde birden az

☐ Günde bir kere

☐ 2-3 kere

☐ 4-6 kere

☐ 6' dan fazla

11) Son 1 yıl içerisinde büyük abdest yapma alışkanlığınızda bir değişiklik oldu mu?

☐ Hayır

☐ Evet

12) Büyük abdeste ne sıklıkta çıkıyorsunuz?

☐ Hergün

☐ Haftada birkaç

☐ Haftada bir

☐ Ayda birkaç

☐ Ayda bir

☐ Diğer \_\_\_\_\_

13) Dışkılama yaparken ne kadar süre ıkınıyorsunuz?

☐ 1 dakikadan az

☐ 1-5 dakika

☐ 6-10 dakika

☐ 11-20 dakika

☐ 20 dakikadan çok

14) Her dışkılamanızda çıkardığınız ortalama dışkı miktarı ne kadar?

☐ Az

☐ Orta

☐ Çok

☐ Diğer belirtiniz: \_\_\_\_\_

15) Genelde dışkı şekliniz aşağıdaki dışkı formlarından hangisine benzemekte? (Lütfen cevabınızı yuvarlak içine alınız)

| BRİSTOL DIŞKI KIVAMI SKALASI |                                               |                                                                                      |
|------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| TİP 1                        | Fındık-ceviz gibi ayrı ayrı topaklar halinde  |   |
| TİP 2                        | Sosis şeklinde birleşik topaklar halinde      |   |
| TİP 3                        | Sosis gibi, yüzeyinde çatlaklar var           |   |
| TİP 4                        | Sosis gibi, yüzeyi düz                        |    |
| TİP 5                        | Lapa gibi yumuşak, ayrı ayrı parçalar halinde |    |
| TİP 6                        | Sulu lapa gibi (koyu çorba kıvamında)         |  |
| TİP 7                        | Su gibi, katı parçacık yok                    | TAMAMEN SIVI                                                                         |

|                                                                                                                           | <b>Hiç</b>               | <b>Ara<br/>Sıra</b>      | <b>Sık</b>               | <b>Çok<br/>Sık</b>       | <b>Hemen<br/>her<br/>zaman</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <b>16)</b> Dışkılamadan önce sıkışma hissi oluyor mu? (tuvalete gitme isteği)                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <b>17)</b> Çok fazla ıkınma ihtiyacınız oluyor mu?                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <b>18)</b> Dışkınızı tam olarak boşaltamama hissi oluyor mu?                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <b>19)</b> Karın şişkinliğiniz oluyor mu?                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <b>20)</b> Dışkınızı çıkarmak için parmağınızı kullanmak zorunda kalıyor musunuz?                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <b>21)</b> Dışkılamanızı başlatmak veya tamamlamak için vajinanızı veya makat civarına elinizle basınç uyguluyor musunuz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <b>22)</b> Makat ağzını (anüs) tıkayan birşey varmış hissi oluyor mu?                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <b>23)</b> Dışkıınızda kan gördünüz mü?                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <b>24)</b> Kabızlık nedeniyle lif-fiber içeren (örneğin;kepek) herhangi bir ürün kullanıyor musunuz?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| <b>25)</b> Dışkılamak için gaita yumuşatıcı (laksatif-müşhil-) veya lavman kullanıyor musunuz?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |

**26) Karın ağrınız oluyor mu? Oluyorsa karının hangi bölgesinde? ( Cevabınız hayırsa 29. soruya geçin)**

- ☐ Karnın üst bölgesinde ☐ Karnın sağ alt bölgesinde  
☐ Karnın sol alt bölgesinde ☐ Karnın her tarafında (yaygın) ☐ Makat ağzında

**27) Ağrınız nasıl bir ağrı?**

- ☐ Kunt bir ağrı ☐ Basınç hissi şeklinde ☐ Kramp tarzında ☐ Yanma hissi şeklinde  
☐ Keskin- bıçak saplanır gibi ☐ Diğer, lütfen açıklayın \_\_\_\_\_

**28) Ağrınızın vasfı-özelliği nasıl?**

| <b>Ağrınız;</b> | <b>Artıyor</b> | <b>Azalıyor</b> | <b>Değişmiyor</b> |
|-----------------|----------------|-----------------|-------------------|
| Yemek yemekle   |                |                 |                   |
| Büyük abdestle  |                |                 |                   |
| Uykuyla         |                |                 |                   |

**29) 24 saat içinde ortalama ne kadar sıvı içiyorsunuz? Lütfen belirtiniz:**

(Bardak: 200 cc'lik normal su bardağı)

|                 | <b>0<br/>bardak</b>      | <b>1-3<br/>bardak</b>    | <b>4-6<br/>bardak</b>    | <b>7-9<br/>bardak</b>    | <b>10-12<br/>bardak</b>  | <b>13<br/>Bardak +</b>   |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Su              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kahve           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Çay             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kola-Soda-Gazoz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alkol           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Süt             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diğer           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30) Aşağıdaki şikayetlerden hangileri sizde mevcut?

|                      | Hiç | Ara sıra | Sık | Çok sık | Her zaman |
|----------------------|-----|----------|-----|---------|-----------|
| <b>Hazımsızlık</b>   |     |          |     |         |           |
| <b>Şişkinlik</b>     |     |          |     |         |           |
| <b>Aşırı gaz</b>     |     |          |     |         |           |
| <b>Aşırı geğirme</b> |     |          |     |         |           |
| <b>Bulantı</b>       |     |          |     |         |           |
| <b>Kusma</b>         |     |          |     |         |           |
| <b>Halsizlik</b>     |     |          |     |         |           |
| <b>Sıkıntı</b>       |     |          |     |         |           |
| <b>Depresyon</b>     |     |          |     |         |           |
| <b>Göğüs ağrısı</b>  |     |          |     |         |           |

31)

| <b>Kabızlık şikayetiniz;</b>         | Hiç etkisi yok | Nadiren etkiliyor | Sık etkiliyor | Çok sık etkiliyor | Hemen hemen her zaman etkiliyor |
|--------------------------------------|----------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------------------------|
| A. Sosyal yaşamınızı etkiliyormu?    |                |                   |               |                   |                                 |
| B. İşinizi etkiliyor mu?             |                |                   |               |                   |                                 |
| C. Cinsel hayatınızı etkiliyor mu?   |                |                   |               |                   |                                 |
| D. Aile ilişkilerinizi etkiliyor mu? |                |                   |               |                   |                                 |

## EK-2. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ)

### KONSTİPASYON YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

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

| <b>Aşağıdaki sorular kabızlığa bağlı şikayetlerinizi sorgulamaktadır.</b><br>Geçen 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da yoğunlukta; |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                | <b>Hiç</b>               | <b>Oldukça az</b>        | <b>Biraz</b>             | <b>Oldukça fazla</b>     | <b>Çok fazla</b>         |
| 1)Patlama derecesinde şişkinlik hissettiniz?                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2)Kabız olduğunuz için ağırlık hissettiniz?                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <b>Bundan sonraki bir kaç soru kabızlık şikayetinizin günlük hayatınızı nasıl etkilediği hakkında sorulmaktadır.</b><br>Son 2 hafta boyunca ne sıklıkta; |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                          | <b>Hiçbir zaman</b>      | <b>Nadiren</b>           | <b>Bazen</b>             | <b>Çoğu zaman</b>        | <b>Her zaman</b>         |
| 3)Herhangi bir fiziksel rahatsızlık hissettiniz?                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4)Büyük abdest yapmaya ihtiyaç duyduğunuz halde yapamadığınız oldu?                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5)Diğer insanlarla birlikte olmaktan utandınız?                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6)Büyük abdestinizi yapamadığınız için yemek miktarınızı azalttınız?                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Bundan sonraki bir kaç soru kabızlığın günlük yaşamınızı nasıl etkilediği hakkında sorulmaktadır.                                      |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                        | Hiçbir zaman             | Nadiren                  | Bazen                    | Çoğu zaman               | Her zaman                |
| 7)Yediklerinize dikkat etmek zorunda hissettiniz?                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8)İştahınız azaldı?                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9)Ne yemeniz gerektiğini seçmek konusunda endişelendiniz? (Örneğin bir arkadaşınızın evinde)                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10)Ev dışında her hangi bir yerde çok uzun süre tuvalette kalmanızdan dolayı utandınız?                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11)Ev dışında bir yerde tuvalete çok sık gitmekten utandınız?                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12)Günlük rutin yaşantınızı değiştirmeniz gerektiği konusunda kaygılarınız oldu?<br>(Örneğin; seyahat etmek, evden dışarı çıkmak gibi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Bundan sonraki bir kaç soru kabızlığın günlük yaşamınızı nasıl etkilediği hakkında sorulmaktadır. |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;                                                     |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                   | Hiçbir zaman             | Nadiren                  | Bazen                    | Çoğu zaman               | Her zaman                |
| 13)Durumunuzdan dolayı huzursuz hissettiniz?                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14)Durumunuzdan dolayı üzgün hissettiniz?                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15)Durumunuz kafanıza takıldı?                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16) Durumunuzdan dolayı stresli hissettiniz?                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17) Durumunuzdan dolayı kendinize güveninizin azaldığını hissettiniz?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18)Durumunuzun kontrolünüz altında olduğunu hissettiniz?                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <b>Bundan sonraki bir kaç soru kabızlıkla ilgili hissettikleriniz hakkında sorulmaktadır.</b> |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;                                                 |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                               | <b>Hiç</b>               | <b>Oldukça az</b>        | <b>Biraz</b>             | <b>Oldukça fazla</b>     | <b>Çok fazla</b>         |
| <b>19.</b> Büyük abdest yapmaya gideceğinizi bilememekten endişelendiniz?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>20.</b> Büyük abdestinizi yapamayacağınızdan endişelendiniz?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>21.</b> Büyük abdestinizi yapamamaktan dolayı rahatsızlığınız arttı?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <b>Bundan sonraki bir kaç soru kabızlıkla ilgili hissettikleriniz hakkında sorulmaktadır.</b> |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Son 2 hafta boyunca ne sıklıkta;                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                               | <b>Hiçbir zaman</b>      | <b>Nadiren</b>           | <b>Bazen</b>             | <b>Çoğu zaman</b>        | <b>Her zaman</b>         |
| <b>22.</b> Durumunuzun kötüye gideceğini düşünerek kaygılandınız?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>23.</b> Vücudunuzun gerektiği gibi çalışmadığını hissettiniz?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>24.</b> İsteddiğinizden daha az büyük abdest yaptınız?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Bundan sonraki birkaç soru kabızlık sorunuzla ilgili memnuniyet derecenizi sorgulamaktadır. |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;                                               |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                             | Hiçbir zaman             | Nadiren                  | Bazen                    | Çoğu zaman               | Her zaman                |
| 25. Büyük abdest yaptığınızda rahatlamış hissettiniz?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Büyük abdest düzeninizden memnun oldunuz?                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Yiyeceklerin barsaklarınızdan geçiş süresinden (sindirim sürenizden) memnun oldunuz?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Tedavinizden memnun kaldınız?                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### EK-3. Vizüel Analog Skalası (VAS)

#### HASTALARIN KONSTİPASYON ŞİDDETLERİNİN VAS'A GÖRE DEĞERLENDİRİLDİĞİ FORM

Lütfen şu andaki kabızlık şiddetinizi göstermek için aşağıdaki çizgilerden birinin üzerinde (I) işaretleyiniz?

|                    |              |
|--------------------|--------------|
| 0                  | 10           |
| Hiç şiddetli değil | Çok şiddetli |

## EK-4. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)

### KONSTİPASYON CİDDİYET ÖLÇEĞİ (KCÖ)

Lütfen aşağıdaki sorulardan size en uygun olan tek yanıtı işaretleyiniz.

#### Dışkı Tıkanıklığı Alt Ölçeği

##### 1.Yetersiz Dışkılama (Bağırsakları tam boşaltamama):

A) Bağırsakları tam boşaltamama sorununu ne sıklıkta yaşarsınız.

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

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

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

C) Bu durum, sizi ne kadar rahatsız eder?

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

##### 2. Dışkılamada zorluk/güçlük:

A) Dışkılama sırasında zorluğu/güçlüğü hangi sıklıkla hissedersiniz?

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

B) Bu durum sizin için ne kadar ciddidir?

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

C) Bu durum sizi ne kadar rahatsız eder?

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

#### Kalın Bağırsak Tembelliği Alt Ölçeği

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

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

#### 4.3 günde bir kereden daha az dışkılama:

A) “3 günde bir kereden daha az dışkılama” sorununun hangi sıklıkla hissedersiniz?

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

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

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

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

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

#### 5.Boşaltım Gereksinimi Hissinde Yetersizlik:

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

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

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

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

#### Ağrı Alt Ölçeği:

##### Bağırsak Sorunlarına Bağlı Makat Ağrısı:

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

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

7. Şu an, makatınızdaki ağrı düzeyini belirtiniz.

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

8. Makatınızdaki ağrıdan dolayı ne kadar rahatsızsınız?

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

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

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

## **KONSTİPASYON EĞİTİM KİTAPÇIĞI**

MEHMET HAYRULLAH ÖZTÜRK

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
GAZİANTEP, 2014

### **İÇİNDEKİLER**

#### BÖLÜM 1.

##### **KABIZLIK**

- KABIZLIK NEDİR? ..... 114
- KABIZLIĞIN NEDENLERİ..... 114
- KABIZLIĞA NEDEN OLAN İLAÇLAR..... 114
- KABIZLIK RİSK FAKTÖRLERİ..... 115
- KABIZLIĞI ÖNLEMEK İÇİN YAPILMASI GEREKENLER..... 115
- DİĞER ÖNERİLER..... 116
- TEDAVİ..... 117
- KABIZLIĞIN BİREYSEL YÖNETİMİ..... 117

#### BÖLÜM 2.

##### **KABIZLIKTA BİREYSEL YÖNTEMLER**

- DİYET LİFİ..... 120
- SIVI ALIMI..... 121
- KARIN MASAJI..... 121
- FİZİKSEL AKTİVİTE..... 122
- TUVALET EĞİTİMİ..... 123
- KAYNAKLAR..... 125

## **BÖLÜM 1**

### **KABIZLIK NEDİR?**

Kabızlık; dışkılamada zorluk, aralıklı, tam olmayan dışkı atımı ile birlikte yetersiz veya ağrı veren dışkı çıkarma işlemi olarak tanımlanmaktadır.

Kabızlığın diğer belirtileri ise; sert dışkılama, bağırsakların tam boşalmaması, karında rahatsızlık veya ağrı hissi, dışkı atımı esnasında çıkışta engellenme/takılma hissi ve parmakla dışkının çıkarılmasıdır.

### **KABIZLIĞIN NEDENLERİ**

- ✓ Diyetle yeterince lif alınmaması (beslenme esnasında)
- ✓ Fiziksel aktivite azlığı (özellikle yaşlılarda)
- ✓ Tıbbi tedaviler
- ✓ Bağırsak hastalıkları
- ✓ Rutin yaşamı değiştiren durumlar (gebelik, yaşlanma, seyahat gibi)
- ✓ Kabızlığa yol açan ilaçları kullanma
- ✓ Dışkılama ihtiyacının uygun koşullar olmadığı için baskılanması veya ertelenmesi
- ✓ Sıvı alımının yetersiz olması
- ✓ Kültürel, psikolojik ve çevresel faktörler
- ✓ Bağırsakta dışkının ilerlemesini zorlaştıran hastalıklar
- ✓ Yaşlılarda uygun dışkılama pozisyonunu engelleyen bozukluklar
- ✓ Eklem sorunları
- ✓ Parkinson hastalığı gibi bazı nörolojik hastalıklar kabızlık nedeni olabilir.



### **KABIZLIĞA NEDEN OLAN BAZI İLAÇLAR**

- ✓ Mide rahatsızlıklarında kullanılan antiasit ilaçlar.
- ✓ Parkinson, depresyon vb. hastalıkların tedavisinde kullanılan antikolinergikler.
- ✓ Epilepsi ve havale tedavisinde kullanılan antikonvülzanlar.
- ✓ Depresyon tedavisinde kullanılan antidepresanlar.
- ✓ Yüksek tansiyon tedavisinde kullanılan antihipertansifler.
- ✓ Kalp yetmezliği ve hipertansiyon/yüksek tansiyon tedavisinde kullanılan kalsiyum kanal blokerleri.
- ✓ Diyetteki kalsiyum miktarını arttırmak için kullanılan kalsiyum destekleri.
- ✓ Demir eksikliği anemisi/kansızlık tedavisinde kullanılan demir ilaçları.

- ✓ Bazı ağrı kesiciler.
- ✓ Bunlar dışında bazı ilaçlar da kabızlığa yol açabilir.

### **KABIZLIK RİSK FAKTÖRLERİ**

- ✓ Yenidoğanlar ve çocuklar
- ✓ Kabızlık ilaçlarının kötüye kullanmak
- ✓ Kabızlığa neden olan hastalıklar
- ✓ Kendi bakımını yapamayan hastalar
- ✓ Seyahat etmek
- ✓ Gebelik ve yaşlılık
- ✓ Hareketsiz yaşam tarzı
- ✓ Lif ve sudan yetersiz beslenme
- ✓ Çok fazla ilaç kullanma (özellikle yaşlılarda)
- ✓ Yakın zamanda geçirilmiş abdominal (karın) ameliyat
- ✓ Kadın cinsiyet ve ileri yaş



### **KABIZLIĞI ÖNLEMEK İÇİN YAPILMASI GEREKENLER**

- ✓ Sabah uyandığınızda bir bardak ılık su içiniz ve olabildiğince ev içinde bile olsa hareket etmeye özen gösteriniz.
- ✓ Tuvalete gitme sıklığınızı düzenli aralıklarla ve ertelemeden yapınız.
- ✓ Dışkılama ihtiyacınız geldiğinde geciktirmeyiniz. Ayarlamış olduğunuz zamanlarda tuvalet ihtiyacınız olmasa bile yinede tuvalete gidiniz.
- ✓ Sabah kahvaltınızı yaptıktan sonra tuvalet ihtiyacınız olmasa bile yinede tuvalete gidiniz ve 15-20 dakikanızı dışkılama için ayırınız. Sadece dışkılama eyleminizle ilgileniniz yani kitap, dergi vs. okuma gibi başka eylemlerle ilgilenmeyiniz.
- ✓ Günlük sıvı tüketiminizi arttırınız ve bunu gün içerisinde belli aralıklarla yapınız. Sıvı tüketiminde özellikle suyu tercih ediniz.
- ✓ Posa ve lif içeriği yüksek olan besinleri daha fazla tüketiniz. Çünkü bu tarz besinlerle beslenme hem dışkılamanızı rahatlatır hem de dışkı kıvamınızı yumuşatır.
- ✓ Dışkılama ihtiyacınız geldiğinde tuvalete çıkmaya gayret gösteriniz.
- ✓ Zeytinyağlı sebze yemeklerini ve salata tüketimini arttırınız. Diyetinizde sebze-meyve tüketiminizi arttırınız.



- ✓ Kabukları ile yenebilen besinleri soymadan tüketiniz. Ancak çok iyi yıkamayı ihmal etmeyiniz.
- ✓ Meyvelerden kayısı ve erik barsak hareketlerinizi daha çok artırır. Bu nedenle bunlarla yapılmış hoşafı tüketmeye özen gösteriniz. Özellikle de bunları taneleriyle beraber tüketiniz.
- ✓ Ekmek tercihinizi daha çok kepekli ekmekten yana kullanınız. Ancak kepek ekmeğin içerdiği kepek miktarı bağırsaklardaki suyu tutarak dışkılamaya yardımcı olabileceği gibi dışkının katılaşmasına da neden olabilir. Bu nedenle su tüketiminizi ihmal etmeyiniz.
- ✓ Fiziksel aktivite hem sağlığınız hem de barsak hareketlerinizin düzene girmesi için oldukça faydalıdır. Bu nedenle çok hareketsiz kalmamaya ve belli aralıklarla egzersiz yapmaya özen gösteriniz.



## **DİĞER ÖNERİLER**

- ✓ Kronik kabızlık hastalığınız varsa öncelikle tuvalet eğitimi bilmeniz gerekir.
- ✓ Her gün, belli bir saat ve belli bir zamanınızı dışkılama için ayırmanız gerekmektedir.
- ✓ Dışkılamayı acele etmeden, stresten uzak, uygun şekil ve koşullarda her gün aynı saatte yapmaya çalışınız.
- ✓ Tercihen sabah kalktıktan ve kahvaltı sonrasındaki iki saat içinde gevşemeli ve en az 10 dakika tuvalete giderek beklemelisiniz.
- ✓ Sabah kalkınca içilen bir bardak ılık su mide-bağırsağı hareketini uyarak dışkılamayı kolaylaştırır. Kahvaltıda yağlı gıdalar ve kahve de bu dışkılama hareketini uyandır.
- ✓ Evinizde veya işyerinizde alaturka tuvalet varsa çömelme şekli karın boşluğu basıncını daha fazla arttırdığı için tercih etmelisiniz. Eğer alafranga tuvalet (klozet) kullanılıyorsa ayağın altına 15 cm bir basamak konulması önerilmektedir.

- ✓ Aşırı ve beş dakikadan daha fazla ıkınmadan kaçınmalısınız. Tuvalete gitme ihtiyacı hissedildiğinde ertelemekten hemen tuvalete gitmelisiniz.
- ✓ Diyetin düzenlenmesi çoğu hastada tedaviye katkı sağlar. Sabah kahvaltısı atlanmamalı, öğünler düzenli olmalı ve bol posa bırakan meyve ve sebzeler ile beslenmelisiniz.
- ✓ Sıvı alımının artırılması ve düzenli fiziksel egzersizler yapmalısınız. Spor yapılması özellikle yürüyüş, bağırsaklarda dışkının ilerlemesini hızlandırır, stresi ve gerginliği azaltır, karın kaslarının güçlendirilmesini sağlar.

Yukarıda yazılı tüm önerileri yapmış olmanıza rağmen kabızlığınız geçmiyorsa ilaç tedavisine başlanır.



### **KABIZLIKTAKİ TEDAVİ**

Kabızlıkta öncelikli tedavi, altta yatan nedene yönelik olmalıdır. Herhangi bir nedene bağlı olmadan ortaya çıkan kabızlıkta ilaç tedavisi ile sorun çözümlenir. Örneğin kabızlığa neden olan ilacın bırakılması ile kabızlık giderilebilir. Tedavide standart görüş birliği olan bir yaklaşım yoktur. Kabızlık ilaçlarının seçiminde; kabızlığın nedeni, süresi, ilacın etkinliğinin başlama zamanı ve kronik kullanımının gerekliliği, potansiyel yan etkileri gibi faktörler göz önüne alınmalıdır. Ayrıca hastanın yaşı, kalp ve böbrek yetmezliği gibi altta yatan hastalıkları, bağırsak tıkanıklığı ve taşlaşmış dışkı varlığı gibi faktörlere dikkat edilerek bireyselleştirilmiş bir yaklaşımda bulunulmalıdır.

### **KABIZLIĞIN BİREYSEL YÖNETİMİ**

**Bireysel yönetim;** sorumluluk almak demektir. Yani kendi durumunuzu anlamanız ve kendi yönetiminizde aktif olmanız demektir. Kabızlık gibi hastalıklar, bireylerin gerek fiziksel gerekse de duygusal sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle, kabızlığın oluşturduğu ağrı, yorgunluk ve halsizlik gibi ciddi belirtilerin yönetimine uyum sağlamak zor olabilir. Bu durumunuzu yönetmede başarılı olmak sizin kararınızla mümkündür.



Kabızlık ve oluşturduğu belirtiler etkili bir şekilde yönetilebilir.

Kabızlıkta yaşadığınız bazı sıkıntılı durumu kendiniz yönetebilirsiniz. Örneğin kabızlıkta yaşadığınız ağrınızı yönetmede ilk adım; ağrınızın şiddetini aile ve arkadaşlarınız kadar, sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diyetisyen vb.) ile paylaşmanız ve ağrınız hakkında konuşmanızdır. Çünkü ağrının algılanması bireyden bireye farklılık gösterir ve ağrınızın şiddetini en doğru şekilde ancak siz ifade edebilirsiniz. Çünkü en iyi yaklaşım aile arkadaşlar ve toplum organizasyonlarından gelen desteklerle birlikte sizi ve sağlık profesyonellerini içeren bir ekip yaklaşımıdır. Siz ekibin en önemli üyesisiniz. Kendi durumunuzu anlamanız ve kendi yönetiminizde aktif olmanız çok önemlidir. Böylelikle; hastalığınızdan kaynaklanan ağrı, halsizlik ve yorgunluk gibi belirtilerle daha kolay baş edilebilir ve hastalığınıza uyum sağlayabilirsiniz.

### **AYRICA**

- ✓ Kendi sağlığınıza üzerinde daha fazla kontrolünüzün olduğu duygusu yaşarsınız.
- ✓ Enerji düzeyiniz artar.
- ✓ Yorgunluğunuz azalır.
- ✓ Kendinizi daha fazla iyimser ve mutlu hissedersiniz.
- ✓ Yapmayı istediğiniz ve hoşlandığınız aktiviteleri daha fazla yapabilme hissi yaşarsınız.

## **BÖLÜM 2**

### **KABIZLIKTA BİREYSEL YÖNTEMLER**

Bu bölümde, kabızlıktan dolayı oluşan şikâyetlerinizi azaltmada etkili olan yöntemler hakkında bilgi verilecektir.

#### **Bu yöntemler :**

- ❖ DİYET (LİFTEN ZENGİN BESLENME)
- ❖ SIVI ALIMI
- ❖ KARIN MASAJI
- ❖ FİZİKSEL AKTİVİTE
- ❖ TUVALET EĞİTİMİ



## **1.DİYET (Liften Zengin Beslenme)**

**Liften zengin beslenme yada diyet lifi**, tam buğday taneleri ve bunlardan safaştırılmaksızın yapılmış tahıl ürünleri, kurubaklagiller, sebze ve meyvelerde bulunan bir bileşendir.

Bitkisel besinlerin ince barsak enzimleri tarafından sindirilemeyen kısmıdır. Ayrıca bağırsakların hızlı çalışmasını sağlar.

**Genel olarak lif açısından zengin gıdaları şu şekilde toplayabiliriz;**

**a) Tahıl ürünleri:** Kepekli ekmekler (kepeğin %90'ı liftir), krakerler, mısır gevreği gibi

kahvaltılık tahıllar, bulgur, çavdar, yulaf, arpa ve kahverengi (kabuklu) pirinç.

**b) Meyveler:** Elma, armut, çilekçiller, turunççiller, incir, kayısı, erik, kuru meyveler.

**c) Sebzeler:** Brokoli, lahana, havuç, mısır, bezelye, patates, kabak, patlıcan, bamya.

**d) Cerezler:** Fındık, fıstık, badem, leblebi, çekirdekler, patlamış mısır.



## **Liften Zengin Beslenmenin (Diyet Lifinin) Sağlık Üzerindeki Yararları**

- ✓ Lif içeriği zengin olan gıdalar ağızda uzun süre çiğnenme özelliklerinden dolayı, tükürük bezlerinin çalışmasını hızlandırır. Ayrıca mide asitlerinin salgılanması yönünde uyarıcı etkide bulunurlar.
- ✓ Diyet lifleri enerji yoğunluğu düşük olduğundan ve su çekici özelliklerinden dolayı mide içeriğinin akışkanlığı azaltarak midenin boşalmasını geciktirirler. Böylece kişinin açlık hissini geciktirirler.
- ✓ Beslenmede lifli gıdaların fazla tüketilmesi bağırsak hareketliliğini artırarak kabızlık tedavisinde etkili olur.
- ✓ Diyet lifinin kolon kanseri, şişmanlık, kalp-damar hastalıkları gibi bazı rahatsızlıklar üzerine olumlu etkisi yapılan çalışmalarla gösterildikten sonra diyet lifi tüketiminin önemi artmıştır.
- ✓ Diyet liflerinin şişmanlık, yüksek tansiyon, kıl dönmesi, ishal, bazı bağırsak rahatsızlıkları, damar ve bağışıklık hastalıkları üzerine etkileri olduğu belirtilmektedir.



- ✓ Hareket zorluğu yaşayan bireylerin fazla oranda liftten zengin gıda tüketimi tavsiye edilmez. Diyetli alımı için önerilen günlük miktar 20 ile 35 gram arasında değişmektedir.

## 2. SIVI ALIMI

İnsan vücudunda bulunan su miktarı ortalama olarak bireyin vücut ağırlığının yarısı ile üçte ikisi arasında bir değerdedir. 70 kilogram ağırlığında bir kişide bu değer yaklaşık olarak 42 litredir. Vücudun sıvı gereksinimi yaşa, cinsiyete, vücut ağırlığına veya yapılan fiziksel aktivite durumuna göre değişebilmektedir. Sıvı tüketimi ile ilgili vücutta alınan sıvı miktarı ile tüketim dengesinin sağlanması önemlidir. Bu dengeyi sağlamak ve vücuttaki sıvı eksikliği, böbrek taşı ve daha bir çok önemli sağlık sorunundan kaçınmak için sağlıklı erişkinler günde en az 2-2,5 litre sıvı tüketilmelidir. Suyun birçok önemli rollerinin yanında kabızlığı önlemede de çok önemli bir rolü vardır. Vücutta sıvı ihtiyacının tam karşılanmaması durumunda yetişkin bireyler için kabızlık oluşumu söz konusu olabilir. Günde en az 1,5 litre sıvı tüketilmesinin kabızlığı önlemek için önerilmektedir. Su ve çeşitli sıvıların alımı bağırsak hareketlerini artırarak dışkıyı daha yumuşak hale gelmesini ve bağırsaktan kolay geçmesini sağlamaktadır. Kabızlıkla ilgili sorunları olan kişiler günlük altı bardak sıvı ihtiyacını gidermeye çalışmalıdır. Kafein içeren kahve ve meşrubat gibi diğer sıvılar kabızlığın tedavisinde önemli bir role sahip değildir. Sıvı içeceklerden su, meyve suyu, çay ve gazlı içeceklerden oluşan sıvılar tüketilebilir; ancak kafeinli sıvılar su kaybını arttırdığı için tüketilmemesi gerekir.



## 3. KARIN MASAJI

**Karın masajı;** sinirleri yatıştıran, sindirim sistemini (bağırsak hareketlerini) uyaran çok hafif ve gevşetici bir masajdır.

Hazımsızlık, gerginlik ve sancılı adet dönemi gibi karın ağrısından şikayetçi olunan dönemlerde uygulanan karın masajı rahatlatıcı etki yaratır. Bağırsak masajı olarak

adlandırılan karın masajının, kabızlığın önlenmesinde ve bazı hastalıklarda faydalı olduğu belirtilmektedir.



#### **Masajın Temel Amaçları**

- ✓ Vücuttaki dokuların ve organların düzenli olarak çalışmasını sağlamak.
- ✓ Doğal yaşlanma sürecini yavaşlatmak ve derinin elastikiyetini koruyarak, kırışıklıkların oluşumunu geciktirmek.
- ✓ Vücutta biriken zararlı ve yorgunluk veren maddelerinin atılımını sağlamak.
- ✓ Kasları güçlendirmek.
- ✓ Kan dolaşımını hızlandırmak.
- ✓ Eklemlerin hareketini arttırmak.
- ✓ Kaslara ve dokulara daha çok oksijen iletmek.
- ✓ Psikolojik rahatlama sağlamak.

#### **4. FİZİKSEL AKTİVİTE**

Fiziksel aktivite günlük yaşam içerisinde kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını arttıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanabilir.

##### **Bu aktiviteler:**

- ✓ Yürüme
- ✓ Koşma
- ✓ Sıçrama
- ✓ Yüzme
- ✓ Bisiklete binme
- ✓ Çömelme kalkma
- ✓ Kol ve bacak hareketleri
- ✓ Baş ve gövde hareketleri gibi temel vücut hareketlerinin tümünü ya da bir kısmını içeren çeşitli spor dalları, dans, egzersiz, oyun ve gün içerisindeki aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilebilirler.



Egzersiz düzenli yapılması bağırsak hareketlerinin rutin bir şekilde çalışmasını sağlamaktadır. Düzenli egzersiz sonucusindirim sisteminin çalışır hale gelmesi vesağlıkıkalmasına yardımcı olur. Her gün20 ila 30 dakikaegzersiz, kabızlık için faydalı olabilir.

#### **Fiziksel Aktivitenin Bedensel Sağlığımız Üzerine Etkileri:**

- ✓ Kas kuvvetini korur ve artırır, Eklem hareketliliğinin sağlar ve artırır,
- ✓ Kas ve eklemlerin esnekliğinin korur ve artırır, Vücut farkındalığını geliştirir, Yorgunluğu azaltır,
- ✓ Kas dokusunca kullanılan enerji ve oksijen miktarını artırır,
- ✓ Kalbin ritmini düzenler
- ✓ Kan kolesterol ve trigliserit düzeyini etkileyerek damar hastalıkları riskini azaltır,
- ✓ Kalbi güçlendirerek kalbe olan kan akışını artırır ve kalp krizi geçirme riskini azaltır,
- ✓ Düzenli fiziksel aktivite insülin aktivitesinin kontrolünü sağlayarak kan şekeri kontrolüne yardımcı olur,
- ✓ Vücudun su, tuz, mineral kullanımının dengelenmesine yardımcı olur,
- ✓ Metabolizmayı hızlandırır ve kilo alımını önler,
- ✓ Kadınlarda menopoza girme başlangıç yaşını geciktirir, menopozun olumsuz etkilerinin hafifletilmesinde yardımcı olur,
- ✓ Damar yapısına etkileri nedeniyle beyine olan kan akışının artışına bağlı olarak unutkanlık gelişim riskini azaltır.



#### **5. TUVALET EĞİTİMİ**

Bireyde tuvalet ihtiyacı hissi olduğunda bu durum göz ardı edilmemelidir. Bazen iş yoğunluğundan dolayı dışkı atılımını erteliyoruz. Bu durum dışkının birikmesine ve dışkının bağırsakta hareket kısıtlılığına neden olmaktadır. Tuvalet ihtiyacımızı gidermek için bol zamanımız olması gerekir.

Çünkü en güçlü mide-bağırsak hareketleri sabah kahvaltısından 15-20 dakika sonra olduğundan bireyin kahvaltı sonrası tuvalet ihtiyacını gidermesi için teşvik edilmesi önemlidir. Yapılan araştırmalar yemekten sonraki 30 ile 40 dakikanın tuvaleti için en iyi zaman olduğunu göstermektedir.



### **TUVALET EĞİTİMİ İÇİN ÖNERİLER**

- ✓ Dışkıdan arınmak için bireyin kendini sıkması veya dışkı atımını ertelemesi kabızlığın oluşumuna katkıda bulunur. Bu nedenle dışkılamayı ertelemek gereklidir.
- ✓ Rutin bir tuvalet alışkanlığının sağlanması kabızlığın önlenmesinde önemlidir.
- ✓ Tuvalet ihtiyacını gidermek için özellikle mide-bağırsak hareketlerinin güçlü olduğu kahvaltıdan sonraki 15 ile 20 dakika dışkı atılımı için önerilmektedir.
- ✓ Kabızlığı gidermede; sıvı alımı, beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite/egzersiz ve tuvalet eğitiminin birlikte yapılmasının önemi büyüktür.



### ***Unutmayınız!!!***

Kabızlık; dışkılamada rahatsızlık, ağrı ve karında rahatsızlık nedeniyle yaşam kalitenizi azaltabilir, fakat yaşamınızı tehdit eden bir durum değildir.

Sabırlı olun. Yapacağınız en önemli davranış, beslenme alışkanlığınızı düzenleyerek, sıvı alımınızı sağlayarak, dışkılamanızı ertelemeyerek ve uygun egzersizleri yaparak kabızlığınızı etkili şekilde yönetmenizdir.



## **KAYNAKLAR**

1. Ferrazzi S, Thompson GW, Irvine EJ, Pare P, Rance LR. (2002). Diagnosis of constipation in family practice. *Can J Gastroenterol* 16(3):159- 64).
2. Korkmaz M. Yüksel F. Ünalacak M. Ünlüoğlu İ. (2011). Kabızlık Yakınması Olan Hastanın Birinci Basamakta Yönetimi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(3): 35-41
3. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines-Constipation. 2007.
4. Türkay C, Aydoğan T, Özden A. (2005). Konstipasyon tanım ve epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji*, 48-52.
5. Savaş MC. (2004). Konstipasyon *Türkiye Tıp Dergisi*, 11(4): 204-216
6. Klauser AG, Voderholzer WA, Heinrich CA, et al. (1990). Behavioral modification of colonic function. Can constipation be learned? *Dig Dis Sci*, 35: 1271-5.
7. Harris, P.J., Ferguson, L. R. (1999). “Dietary Fibres May Protect or Enhance Carcinogenesis.” *Nutrition Research*, Sayı, 443, 95-110.
8. Ramulu, P., Rao, P.U. (2003). “Total Insoluble and Soluble Dietary Fiber Contents of Indian Fruits.” *Journal of Food Composition Analysis*. Cilt 16, Sayı 6, 677-688.
9. Harari, D., Gurwitz, J.H. & Minaker, K.L. (1993). Constipation in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41, 1130-1140.
10. Miguel-Grimelgo, N., Gorinstein, S., Bellaso-Martin, O. (1999). “Characterisation of Peach Dietary Fiber Concentrate as a Food Ingredient”. *Food Chemistry* Sayı 65, 175-181.
11. Koksel, H., Ozboy, O. (1993). Besinsel Liflerin İnsan Sağlığındaki Rolü. *Gıda*, Cilt 18, Sayı 5, 309-314.
12. Kuzum, C. (2006). “International Polikliniği Diyetisyeni” Poliklinik Ana Sayfası.
13. Gul H. (2007). “Mısır ve Buğday Kepeğinin Hamur ve Ekmek Nitelikleri Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi.” *Cukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Gıda Mühendisliği Anabilim Dalı Doktora Tezi*. 232. Adana.
14. Samur, G., Mercanlıgil, M.S. (2008). “Diyet Posası ve Sağlık” *Hacettepe Üniversitesi – Sağlık Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ders Kitabı*.
15. Tariq, S.H. (2007). Constipation in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8, 209-218. doi:10.1016/j.jamda.2007.02.009.
16. Karagoz, A., Karaalp, E., Kulaklı, F., Öncel, İ., Aslan, D. (2004). Ankara’da Yerel Bir Belediye’de Çalışanların Su Tüketim Sıklıklarının Saptanması. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 21 (4): 163-168.

17. Food and Nutrition Board. (1989). Recommended Dietary Allowances. 10th ed. Washington, DC: National Academy Press.
18. Sıvı ve Su Tüketimi İle Sağlık İlişkisi <http://ato.org.tr/bilgi/hekimler-icin-guncel-tibbibilgiler/detay/9>
19. Kleiner, S. M. (1999). Water: an essential but overlooked nutrient. *Journal of the American Dietetic Association*, 99, 200-206
20. Folden, S.L., Backer, J.H., Gilbride, J.A., Maynard, F., Pires, M., Stevens, K., & Jones, K. (2002). Practice guidelines for the management of constipation in adults. *Rehabilitation Nursing*. Retrieved from <http://www.rehabnurse.org/pdf/BowelGuideforWEB.pdf>
21. University of California, Berkeley. Constipation. <http://uhs.berkeley.edu/home/healthtopics/PDF%20Handouts/Constipation.pdf>
22. Institute of Medicine. (2005). Dietary reference intakes for water, potassium, sodium, chloride, and sulfate. Retrieved from the National Academies Press website: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309091691>
23. Kleiner, S. M. (1999). Water: an essential but overlooked nutrient. *Journal of the American Dietetic Association*, 99, 200-206.
24. Gıda ve Beslenme Kurulu, 1989
25. Karın masajı. Hbogm. [meb.gov.tr/modulerprogramlar/.../guzellik/.../vucut\\_masaji.pdf](http://meb.gov.tr/modulerprogramlar/.../guzellik/.../vucut_masaji.pdf)
26. Lamas K, Lindholm L, Stenlund H, Engstrom B, Jacobsson C. (2009). Effects of abdominal massage in management of constipation-- - A randomized controlled trial. *International of Nursing Studies*. 46(6):759-- - 67.
27. Kandilci U. Konstipasyon. *Gastroenteroloji-Türkiye Klinikleri*. [www.turkiyeklinikleri.com/pdf/?pdf](http://www.turkiyeklinikleri.com/pdf/?pdf)
28. Tuteja, A.K., Talley, N.J., Joos, S.K., Woehl, J.V., & Hickam, D.H. (2005). Is constipation associated with decreased physical activity in normally active subjects? *The American Journal of Gastroenterology*, 100, 124-129. doi:10.1111/j.1572-0241.2005.40516.x
29. Waldrop, J. & Doughty, D.B. (2000). Pathophysiology of bowel dysfunction and fecal incontinence. In D. B. Doughty (Ed.). *Urinary and fecal incontinence: Nursing management* (pp. 325-352). St. Louis: Mosby.

30. National Digestive Diseases Information Clearinghouse.  
[http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/constipation/Constipation\\_508.pdf](http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/constipation/Constipation_508.pdf)
31. Peters, H.P., DeVries, W.R., Vanberge-Henegouwen, G.P., & Akkermans, L.M. (2001). Potential benefits and hazards of physical activity and exercise on the gastrointestinal tract. *Gut*, 48, 435-43
32. Meshkinpour, H., Selod, S., Movahedi, H., Nami, N., James, N., & Wilson, A. (1998). Effects of regular exercise in management of chronic idiopathic constipation. *Digestive Diseases & Sciences*, 43, 2379-2383.
33. Kyle G. (2007). Constipation and palliative care --□ where are we now? *International journal of palliative nursing*. 2007 Jan;13(1):6-- - 16. PubMed PMID: 17353846. Epub 2007/03/14. eng.
34. Gomes RC, Maranhao HS, Pedrosa Lde F, Morais MB. (2003). Fiber and nutrients in constipated children. *Gastroenterol*, 40: 181-187.

#### **EK-6. Eğitim Kitapçığı Hazırlamasında Önerilerine Başvurulanlar**

- Prof.Dr.Nimet OVAYOLU
- Doç.Dr. Serap Parlar KILIÇ
- Doç.Dr.Özlem OVAYOLU
- Doç.Dr. Murat Taner GÜLŞEN

## EK-7. Bilgilendirilmiş Hasta Onay Formu

### Bilgilendirilmiş Hasta ve Onay Formu

Kabızlık; sert dışkılama, dışkı sayısının normalden az olması, yoğun ıkınma gerekliliği, tam boşalamama hissi, dışkı sayısının seyrekliği, dışkılama için anüs ve vajina çevresine parmakla bası yapma şeklinde tanımlanır. Kabızlık, yaşamı tehdit edici bir durum olmamasına rağmen, bireye getirdiği sosyal, ekonomik, hijyenik ve duygusal baskılar ve toplumumuz için bildirilen oranların yüksek olması nedeni ile önemli bir sağlık sorunu olarak görülmekte ve yaşam kalitesini etkilediği bildirilmektedir. Bu çalışmamız, hastalara kabızlık hakkında verilen eğitim ile kabızlığın neden olduğu semptomları azaltmak, yaşam kalitelerini arttırmak ve kabızlıktan dolayı hissedilen ağrı şiddetini azaltmak amacıyla planlanmıştır.

### Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

| GÖNÜLLÜNÜN   |  | İMZASI |
|--------------|--|--------|
| ADI & SOYADI |  |        |
| ADRESİ       |  |        |
| TEL. & FAKS  |  |        |
| TARİH        |  |        |

## EK-8. Kurumlardan Alınan Yazılı İzinler



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 12815781 -010.07- 3225-8112  
Konu : Araştırma İzni

07./04/2014

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)

İlgi: 24/03/2014 tarih ve 4755 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Mehmet Hayrullah ÖZTÜK'ün "Eğitimin Primer Konstipasyonlu Hastalarda Konstipasyon Ciddiyeti ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı tez çalışması için izin talep edilmiş olup, araştırma sonuçlarının Tıbbi Hizmetler Başkanlığımıza bildirilmesi kaydı ile araştırmanın yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr.Kadir Çağlar ÇATAK  
Genel Sekreter

4/2014 Ebe : H.AKINCI  
4/2014 Uzman : M.TEKİN  
4/2014 Tıbbi Hiz.Başk. : Uz.Dr.Ö.AYKUT

Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Tel:(0342) 338 26 00 /1507 Fax:(0342) 323 39 79  
Ayrıntılı bilgi için M.TEKİN

Şehitkamil /GAZİANTEP  
Ayrıntılı bilgi için M.TEKİN

## EK-8.Kurumlardan Alınan Yazılı İzinler

  
T.C. Sağlık Bakanlığı  
Sağlık Bakanlığı  
Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 12815781 -010.07- 3373-8681  
Konu : Araştırma İzni

10../04/2014

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)

İlgi (a) :24/03/2014 tarih ve 4755 sayılı yazınız.  
İlgi (b) :07/04/2014 tarih ve 8112 sayılı yazınız.

İlgi (a) yazınız ile Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Mehmet Hayrullah ÖZTÜRK'ün "Eğitimin Primer Konstipasyonlu Hastalarda Konstipasyon Ciddiyeti ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı tez çalışması için izin talep edilmiş, İlgi (b) yazınız ile izin verilmiş ise de araştırmacının soyadı sehven yanlış yazılmıştır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Kadir Çağlar GATAK  
Genel Sekreter

04/2014 Ebe : H.AKINCI  
04/2014 Uzman : M.TEKİN  
04/2014 Tıbbi Hiz.Başk. : Uz.Dr.Ö.AYKUT

Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Fon:(0342) 338 26 00 /1507 Fax:(0342) 323 39 79  
Lütfen yazımıza vereceğiniz cevapta tarih ve sayıyı belirtiniz.

Şehitkamil /GAZİANTEP  
Ayrıntılı bilgi için M.TEKİN

## EK-9.Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul İzni

| KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                           |                                                                              |                                                                  |                                                       |                                                       |                                                       |      |  |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------|--|
| ETİK KURUL BİLGİLERİ                                   | ETİK KURULUN ADI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                           | Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu                       |                                                                  |                                                       |                                                       |                                                       |      |  |
|                                                        | AÇIK ADRESİ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                           | Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep |                                                                  |                                                       |                                                       |                                                       |      |  |
|                                                        | TELEFON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                           | 0342 360 07 53 / 77704                                                       |                                                                  |                                                       |                                                       |                                                       |      |  |
| KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                           |                                                                              |                                                                  |                                                       |                                                       |                                                       |      |  |
| KARAR BİLGİLERİ                                        | Karar No: 20.01.2014 /47                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                           | Tarih: 20.01.2014                                                            |                                                                  |                                                       |                                                       |                                                       |      |  |
|                                                        | Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir |                                                                           |                                                                              |                                                                  |                                                       |                                                       |                                                       |      |  |
| Sağlık Bakanlığına Bildirilecek                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>   |                                                                              |                                                                  |                                                       |                                                       |                                                       |      |  |
| GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                           |                                                                              |                                                                  |                                                       |                                                       |                                                       |      |  |
| ÇALIŞMA ESASI                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu |                                                                              |                                                                  |                                                       |                                                       |                                                       |      |  |
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ                                                |                                                                              |                                                                  |                                                       |                                                       |                                                       |      |  |
| Unvanı/Adı/Soyadı                                      | Uzmanlık Alanı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Kurumu                                                                    | Cinsiyet                                                                     | Araştırma ile İlişki                                             |                                                       | Katılım *                                             |                                                       | İmza |  |
| Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ                             | FARMAKOLOJİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi                                      | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>             | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |  |
| Prof.Dr. Vedat DAVUTOĞLU                               | KARDİYOLOJİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi                                      | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>             | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |  |
| Prof. Dr.Ercan SIVASLI                                 | PEDİATRİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi                                      | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>             | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |  |
| Prof.Dr. Mehmet KESKİN                                 | PEDİATRİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi                                      | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>             | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |  |
| Prof. Dr. İker SEÇKİNER                                | ÜROLOJİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi                                      | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>             | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |  |
| Doç.Dr.Yasemin ZER                                     | MİKROBİYOLOJİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi                                      | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>             | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |  |
| Doç.Dr.Beyhan CENGİZ                                   | FİZYOLOJİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi                                      | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>             | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |  |
| Yrd. Doç. Dr. Kemal ÜSTÜN                              | DIŞ HEKİMLİĞİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi                                      | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>             | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |  |
| Doç.Dr.Seval KUL                                       | BIYOİSTATİSTİK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi                                      | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>             | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |  |
| Uzm.Dr. Cabide ERFORHAN                                | FARMAKOLOJİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü                                             | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>             | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |  |
| Eyüp ÇELİK                                             | AVUKAT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Gaziantep Barosu                                                          | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>             | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |  |
| Baha Günhan GÜNGÖRDÜ                                   | İNŞ MÜH (sivil üye)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | GASKİ                                                                     | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>             | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |  |
| *:Toplantıda Bulunma                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                           |                                                                              |                                                                  |                                                       |                                                       |                                                       |      |  |
| Elden teslim aldım.                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                           |                                                                              |                                                                  |                                                       |                                                       |                                                       |      |  |
| Mehmet Hayrullah ÖZTÜRK                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                           |                                                                              |                                                                  |                                                       |                                                       |                                                       |      |  |

## EK-10.Ölçeklerin Kullanımı İle İlgili İzin

•  
Kimden: **özden dedeli** (ozdendedeli@yahoo.co.uk) Bu iletiyi şu anki konumuna taşıdınız.  
Gönderme tarihi: 19 Kasım 2013 Salı 18:46:01  
Kime: hayrullah öztürk (hayrullah\_047@hotmail.com)

Sayın Öztürk,

Ekte ölçeği ve değerlendirmesini gönderiyorum. Sevgili arkadaşım ve değerli meslektaşım Serap Hanımla çalışmanızda başarılar diliyorum.

Yrd. Doç. Dr Özden DEDELİ

İç Hastalıkları Hemşireliği ABD

Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu

**From:** hayrullah öztürk <hayrullah\_047@hotmail.com>

**To:** özden dedeli çaydam celal bayar üniversitesi <ozdendedeli@yahoo.co.uk>

**Sent:** Tuesday, 19 November 2013, 10:04

**Subject:**

DEĞERLİ HOCAM;

İyi günler hocam. Ben Mehmet Hayrullah Öztürk. Gaziantep üniversitesi sağlık bilimler fakültesi iç hastalıklar anabilim dalı Yrd. Doç. Dr. Serap PARLAR KILIÇ'ın yüksek lisans öğrencisiyim. Bu dönem başlayacağım **‘Eğitimin Primer Konstipasyonlu Hastalarda Konstipasyon Ciddiyeti ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi’** konulu yüksek lisans tezimde kullanacağım Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği(KYKÖ)'nun bir örneğine ve sizin yazılı izninize ihtiyacım var. Mümkünse bana bu konuda yardımcı olabilir misiniz.

Saygılarımla.

## EK-10. Ölçeklerin Kullanımı İle İlgili İzin

Kimden: **Doç. Dr. Nurten Kaya** (nurka@istanbul.edu.tr) Bu iletiyi şu anki konumuna taşıdınız.

Gönderme tarihi: 19 Kasım 2013 Salı 11:04:51

Kime: hayrullah öztürk (hayrullah\_047@hotmail.com)

Sayın Öztürk

Seçtiğiniz konu ilginç bir konu ve fikriniz için sizi kutlarım. Ekte ölçeğin Türkçe şekli ve İngilizce manuel bulunmakta. Çalışmanızda başarılar dilerim.

---

**Kimden:** "hayrullah öztürk" <hayrullah\_047@hotmail.com>

**Kime:** "nurten kaya istanbul üniversitesi" <nurka@istanbul.edu.tr>

**Gönderilenler:** 19 Kasım Salı 2013 9:50:10

DEĞERLİ HOCAM;

İyi günler hocam. Ben Mehmet Hayrullah Öztürk. Gaziantep üniversitesi sağlık bilimler fakültesi iç hastalıklar anabilim dalı yüksek lisans öğrencisiyim. Bu dönem başlayacağım **"Eğitimin Primer Konstipasyonlu Hastalarda Konstipasyon Ciddiyeti ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi"** konulu yüksek lisans tezimde kullanacağım **Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin (KCÖ)** bir örneğine ve sizin yazılı izninize ihtiyacım var. Mümkünse bana bu konuda yardımcı olabilir misiniz.

Saygılarımla.

## **ÖZGEÇMİŞ**

1985 yılında Mardin'nin Yeşilli ilçesinde doğdu. İlköğretim orta ve liseyi burada tamamladı. 2004 yılında Dicle Üniversitesi Siirt Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Memurluğu bölümünde lisans eğitimine başladı. Lisans eğitimini 2008 yılında tamamladı. 2009 yılında Gaziantep Çocuk Hastalıkları Hastanesine atandı. 2012 yılında Gaziantep Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı. 2014 yılı Ağustos ayından beri Mardin Midyat Devlet Hastanesi yoğun bakım servisinde çalışmaktadır.