

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**



**ORTOPEDİK CERRAHİ UYGULANAN HASTALARDA
KABIZLIĞI ÖNLEME BAKIM PAKETİNİN CERRAHİ SONRASI
KONSTİPASYON CİDDİYETİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

Kübra KAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP - 2023



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ KABUL VE ONAY FORMU

Sağlık Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Kübra Kaya tarafından hazırlanan “Ortopedik Cerrahi Uygulanan Hastalarda Kabızlığı Önleme Bakım Paketinin Cerrahi Sonrası Konstipasyon Ciddiyetine Etkisinin Belirlenmesi” başlıklı tez, 03/07/2023 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

| <u>Görevi</u> | <u>Unvanı, Adı ve Soyadı</u> | <u>Kurumu/Üniversitesi</u> | <u>İmzası:</u> |
|----------------------|------------------------------|----------------------------|----------------|
| Tez Danışmanı | | | |
| Jüri Başkanı | | | |
| Jüri Üyesi | | | |

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. M. Serhat YENİCE
Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

DECLARATION PAGE

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

Kübra KAYA

Tarih:

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ORTOPEDİK CERRAHİ UYGULANAN HASTALARDA
KABIZLIĞI ÖNLEME BAKIM PAKETİNİN CERRAHİ SONRASI
KONSTİPASYON CİDDİYETİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Kübra KAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Aynur KOYUNCU

ÖZET

Kabızlık; ortopedik cerrahi geçiren hastalarda yaygın görülen bir problem olmasına rağmen literatürde kabızlığı önlemeye yönelik bir bakım paketine rastlanmadı. Bu çalışmada postoperatif erken dönemde ılık su içirme, abdominal masaj ve lifli beslenmeden oluşan üç girişimli kabızlığı önleme bakım paketinin kabızlığı önleme ve konstipasyon ciddiyetine etkisinin belirlenmesi amaçlandı. Araştırmaya başlamadan önce etik onay alındı (2022/051). Araştırma 15 Eylül 2022-30 Nisan 2023 tarihleri arasında Gaziantep'te bulunan bir hastanede yapıldı. Hastalar araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışma grubu (n=51) ve kontrol grubu (n=51) olarak rastgele iki gruba atandı. Çalışma grubundaki hastalara cerrahi sonrası dördüncü saatte 200 ml ılık su içirme, cerrahi sonrası birinci günden itibaren günde iki kez abdominal masaj, günlük 30 gram posa içeren lifli diyet uygulanmasından oluşan bakım paketi uygulandı. Kontrol grubundaki hastalara rutin klinik uygulamalar sürdürüldü. Araştırmanın verileri; 'Tanıtıcı bilgiler formu', 'Konstipasyon risk değerlendirme ölçeği', 'Görsel kıyaslama ölçeği', 'Bristol dışkı kıvamı skalası' kullanıldı. Hastalar cerrahiden bir gün önce (T0), cerrahiden bir gün sonra (T1), cerrahiden iki gün sonra (T2), cerrahiden üç gün sonra (T3), cerrahiden dört gün sonra(T4) ölçekler uygulanarak konstipasyon ciddiyeti ve dışkı kıvamı değerlendirildi. Veriler SPSS 20.0 (inc Kanada) programı kullanılarak analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık için $p<0.05$ değeri kabul edildi. Çalışma ve kontrol grubundaki hastalar tanıtıcı ve klinik özellikleri açısından benzerdi ($p>0.05$). T0 değerlendirmesinde çalışma ve kontrol grubundaki hastaların konstipasyon riskleri, konstipasyon ciddiyetleri ve dışkı kıvamı benzerdi ($p>0.05$). T1 değerlendirmesinde ise çalışma ve kontrol grubundaki hastaların konstipasyon ciddiyetleri benzerdi ($p>0.05$). T2,T3,T4 değerlendirmelerinde çalışma ve kontrol grubundaki hastaları konstipasyon şiddeti ve dışkı kıvamı skalası puana ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.05$). Çalışma grubundaki hastalar ilk defekasyona cerrahiden sonra ortalama 18.73 ± 10.79 . saatte, kontrol grubundaki hastalar ise ortalama 29.59 ± 17.47 . saatte çıktılar, defekasyona çıkma saatleri karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.001$). Çalışma grubundaki hastalarda konstipasyon ciddiyeti ve dışkı kıvamı puanları daha düşükken, kontrol grubundaki hastalarda bu değerler daha yüksek bulundu. Bu sonuçlar ortopedik cerrahi uygulanan hastalarda kabızlığı önleme bakım paketinin etkili olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Konstipasyon, konstipasyon riski, konstipasyon ciddiyeti, bakım paketi, hemşirelik.

**HASAN KALYONCU UNIVERSITY
GRADUATE EDUCATION INSTITUTE
DEPARTMENT OF NURSING SCIENCE**

**THE DETERMINATION OF THE EFFECT OF A CONSTIPATION
PREVENTION CARE PACKAGE ON POSTOPERATIVE
CONSTIPATION SEVERITY IN PATIENTS UNDERGOING
ORTHOPEDIC SURGERY**

Kübra KAYA

MASTER THESIS

Advisor

Asst. Prof. Dr. Aynur Koyuncu

ABSTRACT

Constipation is a common problem in patients undergoing orthopedic surgery; however, there is a lack of literature on a care package specifically designed to prevent constipation. This study aimed to determine the effectiveness of a three-pronged care package, including warm water intake, abdominal massage, and a high-fiber diet, in preventing constipation and reducing its severity during the early postoperative period. Ethical approval was obtained before commencing the research (2022/051). The study was conducted between September 15, 2022, and April 30, 2023, at a hospital in Gaziantep. After providing information about the research, patients were randomly assigned to two groups: the study group (n=51) and the control group (n=51). Patients in the study group received the care package, consisting of warm water intake of 200 ml at the fourth hour after surgery, abdominal massage twice daily starting from the first day after surgery, and a high-fiber diet containing 30 grams of fiber daily. Patients in the control group received routine clinical practices. Data for the study were collected using the "Demographic Information Form," "Constipation Risk Assessment Scale," "Visual Analog Scale," and "Bristol Stool Form Scale." Constipation severity and stool consistency were evaluated by applying these scales on patients at five time points: one day before surgery (T0), one day after surgery (T1), two days after surgery (T2), three days after surgery (T3), and four days after surgery (T4). Data were analyzed using SPSS 20.0 (IBM, Canada), and a p-value less than 0.05 was considered statistically significant. The study and control groups were similar in terms of demographic and clinical characteristics ($p>0.05$). At the T0 assessment, constipation risk, severity, and stool consistency were similar in both study and control groups ($p>0.05$). At the T1 assessment, constipation severity was similar between the study and control groups ($p>0.05$). However, at the T2, T3, and T4 assessments, there was a statistically significant difference in constipation severity and stool consistency scores between the study and control groups ($p<0.05$). Patients in the study group had a mean time of 18.73 ± 10.79 hours for the first defecation after surgery, while the control group had a mean time of 29.59 ± 17.47 hours, and this difference was statistically significant ($p=0.001$). Constipation severity and stool consistency scores were lower in the study group and higher in the control group. These findings indicate that the constipation prevention care package is effective in patients undergoing orthopedic surgery.

Keywords: Constipation, constipation risk, constipation severity, care package, nursing.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgisi ve tecrübesiyle bana rehberlik eden, mesleki bilgisini ve deneyimlerini her zaman benimle paylaşan, ilgili, anlayışlı, titiz ve günün her saatinde ulaşabildiğim sorularımı sabırla yanıtlayan ve bana her konuda yardımcı olan değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Aynur KOYUNCU 'ya,

Yüksek Lisans eğitimimde değerli bilgi birikimini ve tecrübelerini bizimle paylaşan, güler yüzlü, sabırlı, anlayışlı ve iyi ki tanışmışım dediğim değerli hocam Prof. Dr. Ayla YAVA 'ya,

Tez çalışmam esnasında bana yardım eden ve destek sağlayan Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği sorumlu hemşiresi Sevilay hemşire başta olmak üzere tüm servis hemşirelerine,

Yüksek lisans eğitim boyunca her zaman yanımda olan ve desteğini esirgemeyen anneme ve babama,

Tez çalışmam boyunca ilgisini ve desteğini esirgemeyen, çalışmamın her konusunda bana yardımcı olan, motivasyonum düştüğü zaman tekrar motivasyonumu yükselten sevgili eşim Onur KAYA'ya ve sevgisiyle beni hayata bağlayan canım kızım Beren KAYA'ya sonsuz teşekkür ederim.

Kübra KAYA
Gaziantep - 2023

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------------|
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT..... | v |
| TEŞEKKÜR | vi |
| İÇİNDEKİLER | vii |
| ÇİZELGE LİSTESİ..... | ix |
| ŞEKİL LİSTESİ..... | x |
| GRAFİK LİSTESİ..... | xi |
| KISALTMALAR | xii |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı..... | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı..... | 2 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 3 |
| 2.1. Kabızlık..... | 3 |
| 2.1.1. Kabızlık tanımı ve tanı kriterleri..... | 3 |
| 2.1.2. Kabızlığın belirti ve bulguları..... | 4 |
| 2.1.3. Kabızlığın risk faktörleri..... | 4 |
| 2.2. Cerrahi Süreçte Kabızlık..... | 5 |
| 2.3. Ortopedi Cerrahisinde Kabızlık | 5 |
| 2.4. Cerrahisi Sonrası Kabızlıkta Hemşirelik Bakımı..... | 6 |
| 2.4.1. Erken dönemde ılık su içirme | 7 |
| 2.4.2. Abdominal masaj | 8 |
| 2.4.3. Lifli beslenme | 10 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 11 |
| 3.1. Araştırmanın Etik Yönü..... | 11 |
| 3.2. Araştırmanın Hipotezleri..... | 11 |
| 3.3. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı..... | 11 |
| 3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri | 12 |
| 3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 12 |
| 3.6. Örneklem Ölçütleri | 14 |
| 3.6.1. Araştırmaya dahil edilme ölçütleri | 14 |
| 3.6.2. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri | 15 |
| 3.7. Bakım Paketinin İçeriği | 15 |
| 3.8. Veri Toplama Gereci..... | 17 |
| 3.8.1. Ön uygulama..... | 19 |
| 3.9. Araştırmanın Uygulanması | 19 |
| 3.9.1. Çalışma grubu | 20 |
| 3.9.2. Kontrol grubu..... | 21 |

| | |
|---|-----------|
| 3.10. Verilerin İstatistiksel Analizi | 24 |
| 3.11. Tez Takvimi..... | 24 |
| 4. BULGULAR..... | 25 |
| 4.1. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular | 25 |
| 4.2. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Hastaların İlk Defekasyona Çıkma Durumları ve Konstipasyon Görülme Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular | 28 |
| 5. TARTIŞMA | 38 |
| 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER | 43 |
| 6.1. Öneriler | 43 |
| 6.2. Sınırlılıklar | 44 |
| KAYNAKÇA..... | 45 |
| EKLER | 53 |
| ÖZGEÇMİŞ | 72 |

ÇİZELGE LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Çizelge 4.1. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması..... | 26 |
| Çizelge 4.2. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların klinik özelliklerine ilişkin bulguların karşılaştırılması | 27 |
| Çizelge 4.3. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği toplam puan karşılaştırılması | 27 |
| Çizelge 4.4. Çalışma ve kontrol grubundaki hastalarının ilk defekasyon zamanlarına göre karşılaştırılması..... | 28 |
| Çizelge 4.5. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların T0 değerlendirmesinde görsel kıyaslama ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması..... | 29 |
| Çizelge 4.6. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların T1,T2,T3,T4 değerlendirmesinde kabızlık semptomları görsel kıyaslama ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması ... | 30 |
| Çizelge 4.7. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların Bristol Dışkı Kıvamı skalasına göre konstipasyon görülme durumunun karşılaştırılması | 35 |
| Çizelge 4.8. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların Bristol Dışkı Kıvamı Skalasına göre dışkı kıvamlarının karşılaştırılması..... | 36 |

ŞEKİL LİSTESİ

| | |
|--|----|
| Şekil 3.1. Örneklem hesaplama. | 13 |
| Şekil 3.2. Randomize araştırmalar için Consort Diyagramı. | 14 |
| Şekil 3.3. Bakım paketinin içeriği. | 16 |
| Şekil 3.4. Görsel kıyaslama ölçeği. | 18 |
| Şekil 3.5. Bristol Dışkı Kıvamı Skalası. | 19 |
| Şekil 3.6. Değerlendirme zamanları. | 19 |
| Şekil 3.7. Araştırmanın akış şeması. | 23 |
| Şekil 3.8. Tez takvimi şeması. | 24 |

GRAFİK LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Grafik 4.1. Görsel kıyaslama ölçeğine göre konstipasyon şiddeti..... | 31 |
| Grafik 4.2. Görsel kıyaslama ölçeğine göre ıkınma şiddeti..... | 31 |
| Grafik 4.3. Görsel kıyaslama ölçeğine göre bağırsağın tam boşalamama şiddeti | 32 |
| Grafik 4.4. Görsel kıyaslama ölçeğine göre makatta basınç hissi Şiddeti..... | 33 |
| Grafik 4.5. Görsel kıyaslama ölçeğine göre makatta ağrı şiddeti..... | 33 |
| Grafik 4.6. Görsel kıyaslama ölçeğine göre gaz oluşum şiddeti | 34 |
| Grafik 4.7. Bristol Dışkı Kıvamı Skalasına göre T0, T1, T2, T3, T4 değerlendirmelerinde konstipasyon görülme sıklığı..... | 36 |

KISALTMALAR

| | |
|-------------|---|
| BDKS | : Bristol Dışkı Kıvamı Skalası |
| BKI | : Beden Kitle İndeksi |
| ÇG | : Çalışma Grubu |
| GKÖ | : Görsel Kıyaslama Ölçeği |
| İBS | : İrritabl Bağırsak Sendromu |
| KG | : Kontrol Grubu |
| KRDÖ | : Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği |
| T0 | : Cerrahiden Bir Gün Önce Saat 10:00'da Yapılan Değerlendirme |
| T1 | : Cerrahiden Bir Gün Sonra (Post-Op 1. Gün) Saat 10:00'da Yapılan Değerlendirme |
| T2 | : Cerrahiden İki Gün Sonra (Post-Op 2. Gün) Saat 10:00'da Yapılan Değerlendirme |
| T3 | : Cerrahiden Üç Gün Sonra (Post-Op 3.Gün) Saat 10:00'da Yapılan Değerlendirme |
| T4 | : Cerrahiden Dört Gün Sonra (Post-Op 4.Gün) Saat 10:00'da Yapılan Değerlendirme |

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Kabızlık, bağırsak işlevlerinde anormallik olarak tanımlanmaktadır (1). Sert dışkı yapma, karın bölgesinde ağrı veya rahatsızlık hissi, bağırsakların tam boşalmaması, defekasyon sırasında dışkı çıkışında zorlanma hissi ve dışkının parmakla çıkarılması kabızlığın semptomları arasında yer almaktadır (2). Kabızlık hastalarda şişkinlik, karın ağrısı, mide bulantısı ve genel olarak rahatsızlık, huzursuzluk gibi semptomlara da neden olmaktadır (3).

Kabızlık cerrahi hastalarında yaygın görülen bir semptomdur. Cerrahi girişimin oluşturduğu strese bağlı katekolamin salınımının artışı ile bağırsak mobilitesinin yavaşlaması postoperatif süreçte görülen kabızlığın nedeni olarak görülmektedir (4,5). Kabızlık postoperatif süreçte yaygın görülen bir semptom olmasına rağmen genellikle gözden kaçırılır. Kabızlığın önlenmesi, semptomlarının azaltılması, bireyin konforunu ve yaşam kalitesini iyileştirir (6).

Kabızlık; ortopedik cerrahi geçiren hastalarda yaygın görülen bir problemdir (3,7). Ortopedik cerrahi uygulanan hastalarda kabızlık insidansı %40 ile %60 arasında rapor edilmektedir (8). Ortopedik cerrahi geçiren hastaların postoperatif süreçte immobil olması, tuvalet ihtiyacını yatakta giderme zorunluluğu, ağrı, opioid ilaç kullanımı, gereğinden az besin ve sıvı almaları kabızlığa olan yatkınlığı artırır (3). Ortopedik cerrahi geçiren hastalarda kabızlık, postoperatif komplikasyon riskini artırır, hastanede kalma süresini uzatır (9).

Ortopedik cerrahi geçiren hastalarda kabızlığı önlemeye yönelik çalışmalarda bugüne kadar abdominal masaj (10) ve posalı diyetin etkisi araştırılmıştır (8). Abdominal masajın ortopedik cerrahi sonrası hastaların dışkı şekli üzerine olumlu etkisi ve kabızlığın şiddetini azalttığı yönünde olduğu saptanmıştır (10). Posalı diyetin etkisini inceleyen bir çalışmada ise ortopedi hastalarında kabızlık sorunlarının yönetimi için lifli gıdanın dışkılamaya zamanı, dışkı yoğunluğu, dışkı rengi ve miktarı üzerine önemli gelişmeler gösterdiği saptanmıştır (11). Literatürde ortopedik cerrahi sonrası hastalara erken dönemde ılık su içirmenin kabızlığa etkisi ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat yapılan bir çalışmada ameliyat sonrası ılık su içirilen hastaların bağırsak hareketlerinin daha erken başladığı bulunmuştur (12).

Hemşirelik çalışmalarında ameliyat sonrası yatan hastada kabızlığı önlemede kullanılan bakım paketinin bağırsak motilitesini arttırması nedeni ile kullanılması tercih edilmelidir (13). Literatürü incelediğimizde kabızlığı önlemek için nonfarmakolojik yöntemlerden yararlanılarak yapılmış olan araştırmalar bulunmaktadır (10,12,14-18). Ancak bakım paketi uygulamalarının raporlanan yararlarına rağmen literatürde kabızlığı önlemeye yönelik bakım paketine sınırlı sayıda rastlanmıştır. Sınırlı sayıdaki bakım paketlerinin kabızlığı önlemede etkili olduğu görülmüştür (13,19,20). Ortopedi ameliyatı geçiren hastalarda kabızlığı önlemede post operatif erken dönemde ılık su içirme, saat yönünde abdominal masaj ve lifli beslenmeden oluşan üçlü bakım paketi ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılacak olan böyle bir çalışmanın hastalara olumlu etkisi olabileceği değerlendirilmiştir. Ayrıca hemşirelerin bu paketi kullanmalarının iş yükünde azalma, bakımı kanıta dayalı uygulamalara temellendirerek, çalışma motivasyonunun artmasını sağlama gibi katkıları olabileceği düşünülmektedir (13).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma ile post operatif erken dönemde ılık su içirme, saat yönünde abdominal masaj ve lifli beslenmeden oluşan üç girişimli kabızlığı önleme bakım paketinin ortopedik cerrahi uygulanan hastalarda cerrahi sonrası konstipasyon ciddiyetine etkisinin belirlenmesini amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kabızlık

2.1.1. Kabızlık tanımı ve tanı kriterleri

Kabızlık; defekasyon sıklığında azalma, dışkının sert olması, ıkınmanın artması, dışkıyı tam boşaltamama ve sert bir dışkılama olarak tanımlanabilmektedir (21).

Kabızlık aynı zamanda Dünya Gastroenteroloji Organizasyonu (World Gastroenterology Organization-WGO) tarafından bireyler arasında hastalık olarak değil, bireyden bireye değişkenlik gösteren bir semptom olarak tanımlanmıştır (22).

Kabızlığın tanımlamasında standart oluşturabilmek için bazı kriterler kabul edilmiştir. 1989 yılında ilk kriter olan Roma I kriterleri bir kurul tarafından kabul edilmiştir. 1998 yılında Roma I kriterleri güncellenerek Roma II kriterleri oluşturulmuştur. Ardından 2006 yılında Roma II kriterlerinin geliştirilmesiyle Roma III kriterleri tanımlanmıştır (23). Son tanılama kriteri olan Roma IV kriterleri ise 2016 yılında geliştirilmiştir (24).

Günümüzde çoğunlukla Roma II ve Roma III kriterlerinin kullanıldığı görülmüştür (25). Roma III tanılama kriterlerine göre; defekasyon esnasında en az %25'inden fazlasında ıkınma, sert dışkılama, bağırsağın yetersiz boşalması, anorektal tıkanıklık hissinin olması, el yordamı ile kolaylaştırmak, haftada 3 defadan daha az defekasyona çıkma, herhangi bir laksatif kullanımı olmadan az da olsa gaitanın yumuşak olması, irritable barsak sendromu (İBS) için kriterlerin yeterli olmaması gibi tanılama kriterlerinin 2 ya da daha fazlasının olmasıdır (26).

Bağırsak hastalıklarının tespit edilmesi için diğer kriter Roma IV kriterleridir (27). Roma IV kriterlerine göre; kronik bağırsak hastalıklarını geçici olan bağırsak semptomlarından ayırmak için hastaneye başvurmadan altı ay önce hastanın şikayetlerinin başlamış olması ve bu şikayetlerin üç aydır devamlılığının olması; ortalama haftada en az bir kez defekasyona çıkmış olması ve testlerle belirlenebilen anatomik ve fizyolojik bir bozukluğun olmaması gereklidir (24,28).

Bağırsak hastalıkları Roma IV kriterlerine göre altı gruba ayrılmaktadır; iritabl bağırsak sendromu (İBS), sınıflandırılmayan fonksiyonel bağırsak bozuklukları, fonksiyonel diyare (FD), karın bölgesinde gerginlik, fonksiyonel konstipasyon (FK), ve opioide bağlı kabızlıktır. En sık görülen türü İBS 'dir (29).

Kabızlığın tanımlanmasında dışkı kıvamının belirlenmesi için de Bristol Dışkı Kıvamı Skalası (BDKS) gösterge olarak kullanılmaktadır. BDKS hastaların dışkılarının kolon geçiş zamanlarını belirlemede yardımcı olmaktadır. Dışkının görüntüsü ve kıvamına göre tipleri vardır. Tip 1 ve Tip 2 yavaş geçiş, Tip 3 ve Tip 4 normal geçiş, Tip 5, Tip 6 ve Tip 7 bağırsaklardan hızlı geçiş veya rektal hassasiyetin bozulmuş olduğunun belirtisidir (30).

2.1.2. Kabızlığın belirti ve bulguları

Hastalar genellikle anormal bağırsak hareketleri hissederek, dışkı sayısında azalmayla birlikte karının alt bölgesinde gerginlik, rahatsızlık ve şişkinlik hissettiklerini belirtirler (31). Kabızlığı olan hastalarda görülen diğer semptomlar; defekasyon zorluğu, gaz, sert dışkı, batın bölgesinde rahatsızlık, defekasyon sayısında azalma, bağırsakları tam boşaltamama hissi, karın ağrısı, rektal ağrı ve ani dışkılama hissi (32,33) azalmış bağırsak sesleri, rektal bölgede dolgunluk hissi, rektum bölgesinde basınç hissi, iştahın azalması, yorgunluk, hemoroit ve baş ağrısıdır (2).

2.1.3. Kabızlığın risk faktörleri

Kabızlığın risk faktörleri arasında; ileri yaş, kadın cinsiyet, yetersiz sıvı alımı, lif bakımından zayıf beslenme, sedanter yaşam, psikolojik problemler, stres, uyku alışkanlıkları, kullanılan bazı ilaçlar, düşük gelir düzeyi, eğitim düzeyinin düşük olması, sistemik ve nöromusküler bozukluklar ve fazla kilo yer almaktadır (34-38). Ayrıca kabızlık beyaz ırka göre siyah ırkta daha fazla görülebilmektedir (39).

Cerrahi işlemlerde bağırsak boşaltımını etkileyen en önemli risk faktörlerinden biridir. Cerrahiye bağlı stres bağırsak motilitesini yavaşlatarak postoperatif dönemde görülen kabızlığın nedeni olarak gösterilebilmektedir (5,40).

Çevre faktörü de kabızlık oluşmasında önemli bir etkidir. Mahremiyetin azalması, yatağında sürgü kullanarak tuvalet ihtiyacını gidermek zorunda olması, tuvalet koşullarının uygun olmaması ve bakım konusunda yardımcı olan kişiler ile aradaki güven gibi faktörler kabızlık gelişimine sebep olmaktadır (41). Richmond ve Wright (2005) yaptıkları literatür taramasında hastane tuvaletlerinde bireylerin defekasyon esnasında zorluk yaşadıklarını, bunun sonucunda da defekasyon ile ilgili sorunlara yol açtığını belirlemişlerdir (42).

2.2. Cerrahi Süreçte Kabızlık

Boşaltım ihtiyacı günlük yaşam aktivitelerinden biri olmakla birlikte bireyin yaşamını devam ettirebilmesi ve yaşam kalitesinin arttırması bakımından önemli bir yere sahiptir (43). Bireyin bağırsak boşaltımını normal yolla yapabilmesi için; boşaltım sisteminin, pelvik ve abdominal kasların yeterli bir şekilde çalışması gerekir. Cerrahi girişim ile birlikte birey yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmakta ve bağırsak boşaltım aktivitesi de önemli düzeyde etkilenmektedir (44).

Cerrahi süreç boyunca bireyler deneyim ve kaygı uyandıran bir stres faktörü ile karşı karşıya kalmaktadırlar ve birey bu stres faktörü ile fizyolojik, psikolojik, sosyal yönden olumsuz etkilenebilmektedir (45). Ayrıca geçirilen ameliyatın türü de bağırsak boşaltım aktivitesini etkileyen önemli biyo-fizyolojik faktörlerdendir (44).

Cerrahi uygulamadan sonra erken dönemde ayağa kalkamama, opioid/non-opioid analjezik kullanma ve defekasyonun yatak içinde sürgü kullanılarak gerçekleştirilmesi hastalarda kabızlık riskini arttırmaktadır (1). Cerrahiye bağlı oluşan stres katekolaminlerin salınması ile gastrointestinal aktiviteyi baskılamakta ve bağırsak motilitesini azaltarak postoperatif süreçte kabızlığa yol açmaktadır (40).

Ameliyat sonrası meydana gelen kabızlık hastaların iyileşme sürecinde gecikmeye, hastanede kalma süresinde uzamaya ve yaşam kalitesinde azalma gibi sorunlara da yol açmaktadır (1,46).

Hastaların cerrahi süreçten önceki yaşam biçimine en yakın şartlarda yaşamını devam ettirebilmesi, yardım almadan günlük aktivitelerini gerçekleştirebilmesi, cerrahiden sonra oluşabilecek komplikasyonların daha erken fark edilmesi ve bunlara yönelik önlem alınması için gözlem ve düzenli bir takip yapılmalıdır. Hastaların cerrahiden sonraki bakımında enfeksiyon kontrolü, ağrı yönetimi, nörovasküler değerlendirme, düzenli boşaltım, yeterli ve dengeli beslenme, mobilizasyon ve yeni yaşam biçimine uyum konuları önemli yer almaktadır (44).

2.3. Ortopedi Cerrahisinde Kabızlık

Ortopedik cerrahi kas iskelet sistemi hastalıklarının ve yaralanmalarının tedavisinde başvurulan uygulamalar arasında bulunmaktadır (47). Ortopedik cerrahinin amacı deformiteleri düzelterek hastaların yaşam kalitesini arttırmak olsa da cerrahi sonrası hastaların uzun süre rehabilitasyona ihtiyaçları olmakta ve bu süreç içerisinde psikolojik

ve fiziksel kısıtlamalar yaşamaktadırlar (48,49). Ortopedik cerrahi sonrası hastaların komplikasyon oranları yüksek, tedavi ve hastanede yatış süreleri çok daha uzundur (50-52).

Ortopedik cerrahi işlemlerden sonra sıklıkla enfeksiyonlar, trombolitik olaylar, gastrointestinal fonksiyon bozukluğu ve postoperatif dönemde ağrı gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Kabızlık ise ortopedik cerrahi geçiren hastaların iyileşme döneminde yaşayabileceği en yaygın gastrointestinal semptomlardan biridir (53).

Ortopedik cerrahi geçiren hastalarının bakımında hemşire ekibin en önemli üyesi olsa da multidisipliner ekip yaklaşımı gerekmektedir (50-52). Ortopedik cerrahi sonrası hemşirelik bakımı ile hastaların korkuları, endişeleri, komplikasyonları, hastanede kalış süreleri ve yeniden hastaneye yatış azalmakta, tedavi ve bakım ile ilgili uyumları artmakta, iyileşme hızlanmakta ve yaşam kalitesinde artış görülmektedir (51,54).

2.4. Cerrahisi Sonrası Kabızlıkta Hemşirelik Bakımı

Cerrahi servislerde çalışan hemşireler, güvenli bir cerrahi ortam oluşturmak ve sürdürmek için perioperatif süreçte hasta ihtiyaçlarını sağlamak amacıyla önemli sağlık bakım hizmetleri sağlamaktadır. Hemşirelik bakımında iş birliği önemlidir ve hasta güvenliğinin sağlanması açısından cerrahi ekipteki iş birliğinin önemi daha da dikkat çekicidir (55,56).

Ameliyat sonrası iyileşmede, preoperatif hasta değerlendirmesinin iyi yapılmış olması ve hastanın öncelikli ihtiyaçlarına göre planlanan ameliyat sonrası aşamalar önemli rol oynamaktadır (57). Cerrahi klinik hemşireleri için postoperatif komplikasyonların önlenmesi hasta bakımının en önemli kısmını oluşturmaktadır (58).

“Gastrointestinal sistemde peristaltik aktivitenin artması, azalması, olmaması ya da etkisiz olması” gastrointestinal motilitede fonksiyon bozukluğu hemşirelik tanısı ile tanımlanmaktadır. Cerrahi sonrasında hastaların gastrointestinal motilitesi cerrahi hemşireleri tarafından değerlendirilmeli, uygun bir girişim yapılmalı ve girişim sonrası yeniden değerlendirilmelidir (59).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde de önemli rol oynayan hemşireler kabızlık yönetiminde önemli bir yere sahiptir (60,61).

Cerrahi sonrası dönemde; erken mobilizasyon, oral hidrasyonun erken olması, opioid analjezik kullanımının en aza indirilmesi, tedavide doğru ve etkin sıvının kullanılması gibi önlemler alınmalıdır (46). Ayrıca cerrahi sonrasında erken

mobilizasyon, hastanın erken dönemde ılık su tüketimini sağlama, sakız çiğneme, kahve ve çay tüketimi, sıcak uygulama, akupresür, akupunktur, aromaterapi gibi nonfarmakolojik yöntemler de hastanın bağırsak hareketlerini artırmak için uygulanmalıdır (58,62).

Ameliyat sonrası olabilecek komplikasyonlardan kaçınmak için fast track cerrahiye önem vermek gerekmektedir. Fast track cerrahi yani cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme; azaltılmış ameliyat sonrası ağrı, erken mobilizasyon, erken ağızdan beslenme prensiplerine dayanır. Ameliyat öncesinde kapsamlı değerlendirme, bağırsak hazırlığından kaçınmak, selektif premedikasyon, mümkünse anestezinin torakal epidural uygulaması, anestezik ajanların kısa etkili olanlarının tercih edilmesi, uygun sıvı yönetimi, minimal invaziv cerrahi uygulaması, nonopioid ağrı kesicilere önem verilmesi, rutin dren ve nazogastrik kullanımından kaçınılması önem verilen prensipleri içerir. Bu uygulamalar kabızlığı engelleyip hastaların erken taburcu olmasında bir etkidir (63-65). Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme rehberinde; anestezi uygulamasından iki saat önce sıvı gıdalar ve altı saat önce de katı gıdalar için cerrahi öncesi aç kalma süresi belirtilmiştir. Bu protokole göre hastanın, ameliyat olduğu gün iki saat, ameliyattan sonraki günlerde taburcu olana kadar altı saat yatak dışında olması önerilmektedir (66).

Yamada ve arkadaşlarının (2012) cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme rehberini kullandıkları 91 hasta ile kullanmadıkları 100 hastayı karşılaştırdıkları araştırmalarında, rehberin uygulandığı hastalarda; erken dönemde oral alımın ve bağırsak hareketlerinin başladığı, cerrahi sonrası analjezik kullanımının daha az olduğunu göstermişlerdir (67).

2.4.1. Erken dönemde ılık su içirme

Postoperatif dönemde hastaların oral aldığı ilk besin çoğunlukla su olmaktadır (68,69). Erken oral hidrasyonun bağırsak hareketleri üzerine olumlu etkileri literatürdeki diğer araştırmalar ile de desteklenmektedir (58,59,70).

Ameliyat sonrası oral hidrasyon üzerine yapılan bir çalışmada çalışma grubundaki hastalara ilk dört saatte 3ml/kg olmak üzere oral hidrasyon uygulanmıştır, kontrol grubundaki hastalara ise erken oral hidrasyon uygulanmamıştır. Postoperatif dönemde uygulanan erken oral hidrasyonun; hastalar için hem güvenli olduğunu hem de iyi tolere edebildiklerini belirtmişlerdir (70). Başka bir çalışmada, cerrahi sonrasında çalışma grubuna 4. saatte 200 ml ılık su ile oral hidrasyon sağlanırken, kontrol grubuna 8. saatte oral beslenme başlanmıştır. Postoperatif dönemde erken tüketilen ılık suyun ilk gaz

çıkarma süresi, defekasyona çıkma ve hastanede yatış süresini azalttığı belirlenmiştir (58).

Terzioğlu ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada ise, ameliyat sonrası dönemde hastalara 2. ve 4. saatler arasında 45-50 ml su, ardından saat başı 100 ml su, bağırsak sesi ile gaz çıkımı gerçekleştiğinde serbest sıvı tüketimi şekilde prosedür uygulanmıştır. Hastalarda kabızlığın önlenmesinde, hastanede yatış süresinin azalmasında ve konforun artmasında erken oral hidrasyonun etkili olduğu belirtilmiştir (71).

2.4.2. Abdominal masaj

Kabızlık yönetiminde önerilen uygulamalardan biri de abdominal masaj olup, yöntemin uygulanması 1870 yıllarının öncesine kadar dayanmaktadır. Abdominal masaj uygulaması bağırsakları destekleyen kasları gevşeterek bağırsak hareketlerini pozitif yönde destekleyen bir uygulamadır (43,72).

Abdominal masaj, bağırsaklarda mekanik ve refleks bir etki oluşturmakta, karın içi basıncını değiştirip bağırsak hareketlerini de arttırmaktadır. Peristaltik hareketler gıdaların gastrointestinal sistem üzerinden geçişini hızlandırır ve dışkıının kalın bağırsaktaki kalış süresi kısaltarak bağırsak hareketlerini arttırmaktadır (43,73,74).

Daha önceki çalışmalarda abdominal masajın kabızlığı azalttığı, bağırsak hareketlerini arttırdığı, gaza bağlı karın ağrısı olan hastalarda faydalı olduğu, boşaltım sıklığını, yaşam konforunu artırdığı ve düşük oranda laksatif kullanımının olduğu belirtilmiştir. (14,17,75,76).

Abdominal masajın karın bölgesinde tümör varlığında, irritabl bağırsak sendromunda, bağırsak tıkanıklığı, stabil olmayan spinal yaralanmalarda, spastik kolon, abdominal deri lezyonları, inflamatuvar bağırsak hastalığında ve hamilelik olduğu durumlarda uygulanmaması önerilmektedir (77).

Abdominal masaj kabızlık tedavisinde benimsenen ve hemşireler, hasta yakını ve hastanın kendisi tarafından uygulanabilen, noninvaziv ve yan etkisi olmayan nonfarmakolojik yöntemlerden biridir (78).

Abdominal masaja başlamadan önce dikkat edilmesi gereken durumlar vardır.

- Uygulamanın yapılacağı alan ısı ve ışık yönünden uygun olmalı, sessiz bir ortam olmalıdır.

- Uygulama öncesinde karın bölgesi gaz, gerginlik, deri bütünlüğü ve nemlilik yönünden değerlendirilmelidir.
- Abdominal masaj uygulamasında birey idrara sıkışık olmamalı ve öğünlerden en az 15 dakika sonra uygulanmalıdır.
- Sırt üstü pozisyonda yatmalı ve risk yaratan bir durum olduğunda 30-45° yatağın baş kısmı yükseltilmelidir.
- Hastanın pozisyonu uygulama esnasında yastık ile desteklenmelidir.
- Abdominal masajı uygulayan kişi; uygulama sırasında bireyin vücudunun sol tarafında olmalıdır (43,73).

Abdominal masaj bağırsak hareketlerini uyarmak, karın duvarı rahatlatmak amacıyla saat yönünde yapılmaktadır. Abdominal masajın aşamaları bulunmaktadır. Bunlar;

Eflöraj (Sıvazlama): Abdominal bölge üzerinde elin basınçla kaydırılmasıdır. Abdominal masaj, eflöraj ile başlamakta ve eflöraj ile bitirilmektedir.

Yüzeysel Eflöraj: Uygulama esnasında parmaklar bitişik ve el esnek bir şekilde güvenli yerleştirilmelidir. Avuç içi tamamen deriye temas etmeli ve uygulanan basınç eşit olarak uygulanmalıdır. Sabit hızda hareket ettirilmeli, başlangıç ve bitişte hastanın ancak hissedebileceği yumuşaklıkta elin deriye teması olmalıdır. Abdomen bölgesinde iliak çıkıntılarının üzerinden tüm yüzeye pelvisin her iki tarafından kasıklara doğru yapılmaktadır.

Derin Eflöraj: Refleks etkinin yanında bu uygulamadaki amacımız, kan ve lenf dolaşımının desteklenmesidir. Hareketin yönü kolondan yatay kolona ve oradan inen kolona şeklinde yapılmaktadır. Uygulanan basınç, kalın bağırsaklarda kasılmanın artmasını sağlamaktadır.

Petrisaj (Yoğurma): Kasın şekline ve büyüklüğüne göre tek veya çift elle, parmaklarla veya tüm elle uygulanmaktadır. Kasların en fazla etkilendiği bölümdür. Petrisaj, yüzeysel fasyanın altındaki dokuları hedef alarak sıvazlamanın fazlasıdır. Parmaklarla ve avuç içi ile, inen kolonda aşağıya doğru, çıkan kolonda yukarı doğru yapılmaktadır. Uygulama sırasında basınç artırılıp azaltılmaktadır.

Vibrasyon (Titreşim): Vücuda el ve parmakların iyice temas ettirilerek uygulanan titreşim hareketidir. Bu harekette el hiç yön değiştirmemeli yalnızca üzerinde bulunduğu kasta sınırlı kalmaktadır. Vibrasyon yeterli şiddette ve uzun süre devam ettiğinde refleks etkiler oluşturmaktadır. Sinir sistemini uyaran ve kasların gevşemesini

sağlayan bir etki bırakmaktadır. Bu hareket bağırsak spazmının oldukça azaldığı bir manevradır (43).

2.4.3. Lifli beslenme

Kabızlık gelişiminde diyet önemli bir rol oynamaktadır. Hemşirelerin hastalara verdiği eğitimde sabah kahvaltısının atlanmadan düzenli öğün alınması ve bol miktarda lifli sebze ve meyvelerden oluşan diyet önerilmelidir. Günlük önerilen lif miktarı 20-25 gramdır. Lif içeriği ile birlikte hastanın sıvı alımı da desteklenmelidir. Bunun sonucunda hastalarda görülebilecek karın şişliği ve gaz problemleri azaltılabilir (79). Diyete eklenen bol miktarda meyve ve sebze lif eklemenin en iyi yolu olduğu belirtilmektedir (21). Bol miktarda alınan lifli gıdalarla birlikte dışkının ağırlığı, bağırsak geçiş süresi ve hareket sıklığı da etkilenmektedir (80).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Etik Yönü

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsünden araştırmaya başlamadan önce tez konu onayı alındı (Onay No:.....) (EK..) Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar etik kurulundan onay alındı (Etik kurul karar no:2022/051) (EK 1). Gaziantep ili il sağlık müdürlüğünden araştırma izni alındı (Onay No:E-87825162-774.99) (EK 2). Araştırmanın yapıldığı Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesinden kurum izni alındı (EK 3). Araştırmanın amacı ve nasıl uygulanacağı hakkında hastalar bilgilendirildikten sonra çalışmaya gönüllü olan hastalardan yazılı onamları alındı (EK 4). Araştırma kapsamında hiçbir şekilde isim belirtilmeden hastalardan alınan bilgiler gizli tutuldu (81). Araştırmanın bütün aşamaları Helsinki Dünya Tabipler Birliği Helsinki Deklarasyonunda açıklanan etik ilkelere uygun olarak gerçekleştirildi (82).

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H0₁: Ortopedik cerrahi uygulanan hastalarda kabızlığı önleme bakım paketi cerrahi sonrası konstipasyon ciddiyetini azaltmaz.

H1₁: Ortopedik cerrahi uygulanan hastalarda kabızlığı önleme bakım paketi cerrahi sonrası konstipasyon ciddiyetini azaltır.

H0₂: Ortopedik cerrahi uygulanan hastalarda kabızlığı önleme bakım paketi dışkı kıvamını azaltmaz.

H1₂: Ortopedik cerrahi uygulanan hastalarda kabızlığı önleme bakım paketi dışkı kıvamını azaltır.

3.3. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırma 15 Eylül 2022-30 Nisan 2023 tarihleri arasında Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde yapılan tek merkezli randomize kontrollü bir çalışmadır.

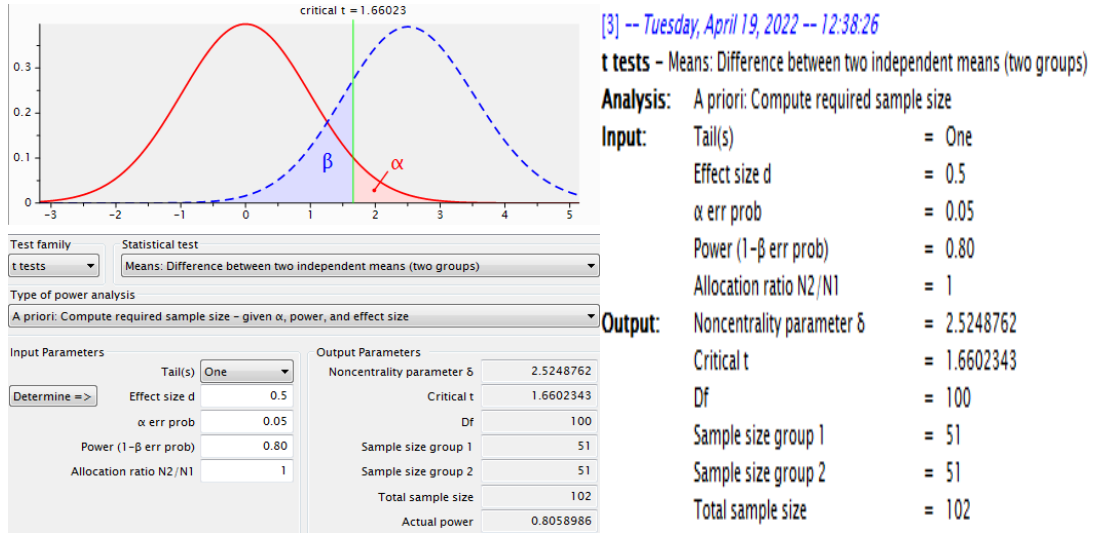
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri

Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji servisi 13 hasta odası 26 yatak kapasitesine sahiptir. Serviste 08.00-16.00 ile 16.00-08.00 saatleri ile çalışılmaktadır. Servis sorumlu hemşiresiyle birlikte serviste 11 hemşire çalışmaktadır. Ameliyattan altı saat sonra hastaları beslenmeye sıvı gıdalardan başlanmaktadır. Ameliyat sonraki ilk gün hastalar hekim veya hemşire ile birlikte hastanın kendini iyi hissettiği zamanda ilk önce yatağın kenarına oturtulmakta ve sonrasında ayağa kaldırılmaktadır. İlaç tedavisi ise ameliyat sonrası 3. günden itibaren defekasyona çıkamayan hastalara uygulanmaktadır. Klinikte kabızlığa yönelik standart bir eğitim kitapçığı bulunmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

15 Eylül 2022-30 Nisan 2023 tarihleri arasında Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde yatan hastalar araştırmanın evrenini oluştururken, araştırmaya katılmayı kabul eden ve örneklem ölçütlerini sağlayan gönüllü hastalar ile de örnekleme oluşturdu.

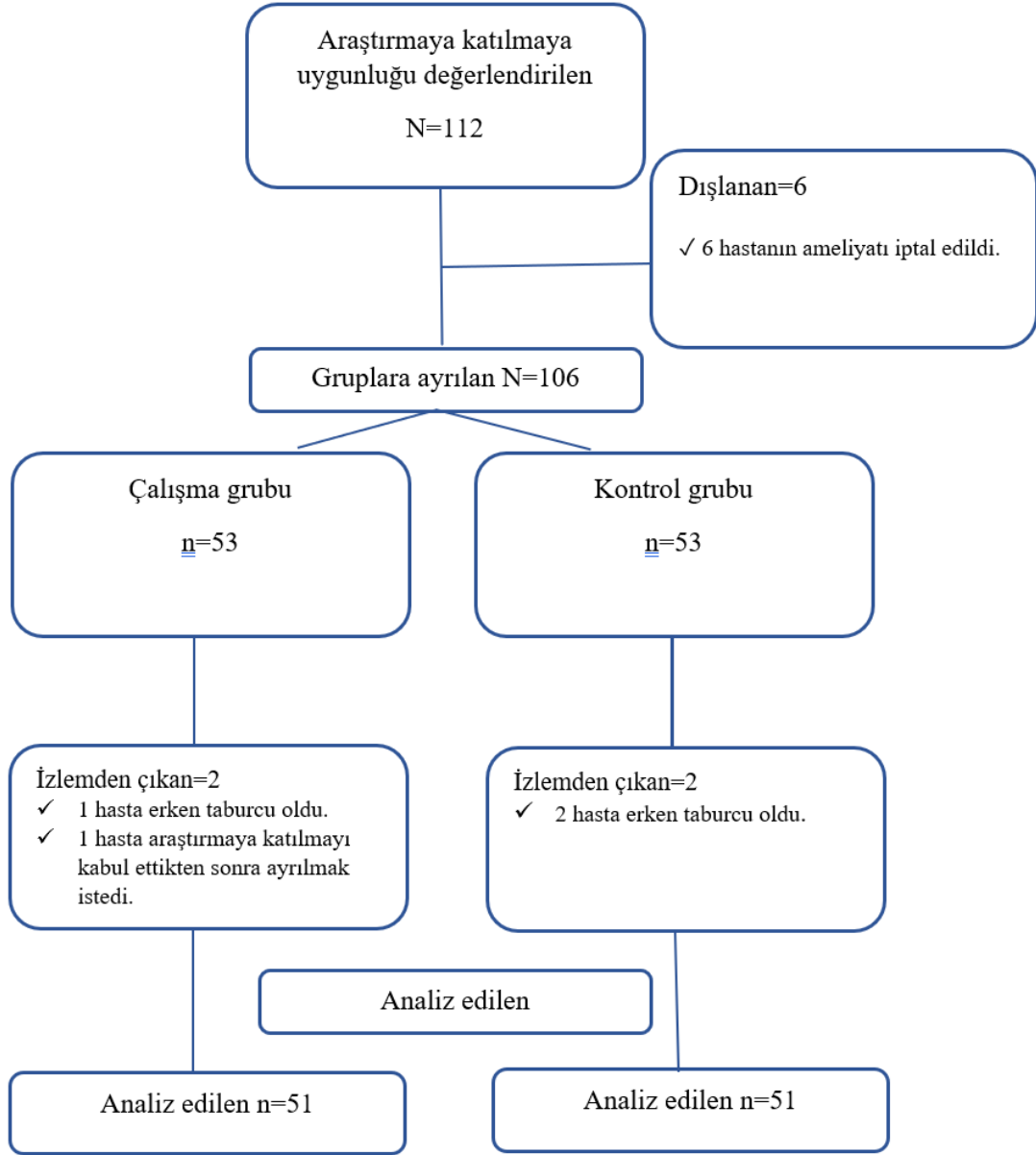
Çalışmanın örneklem büyüklüğü hesaplaması için ortopedik cerrahi geçiren hastalarda erken dönemde ılık su içirme, abdominal masaj ve posalı diyetten oluşan girişimleri içeren konstipasyonu önlemeye yönelik örnek bir makaleye rastlanmadı. Bu neden ile Cohen'in standart etki büyüklükleri tablosu kullanılarak örneklem büyüklüğü hesaplaması yapıldı (83). Çalışma sonucunda konstipasyon risk ölçeği ve konstipasyon elde edilen verilerin normal dağılım göstermesi durumunda istatistiksel karşılaştırmaların bağımsız gruplarda t testi ile yapılabileceği söylenebilir. Çalışmanın örneklem büyüklüğü hesaplaması bağımsız gruplarda t testi kullanılarak 'Kabızlığı önleme bakım paketinin ortopedik cerrahi geçiren hastalarda konstipasyon insidansını azaltır' şeklindeki tek yönlü hipotez ile hesaplandı. Hesaplama Cohen'in standart etki büyüklüğü 0,5 değeri alınarak α hata 0.05, β hata 0.020 alınarak çalışmanın gücü 0,80 olacak şekilde bir pirori hesaplama yapıldığında her gruba alınması gereken hasta sayısının (n= 51) toplamda (N=102) olacağı tahmin edilebilir. Çalışmanın verileri toplandıktan sonra yapılacak post hoc test ile örneklem büyüklüğünün bu çalışma için yeterliliği etki büyüklüğü hesaplanarak tekrar değerlendirildi. Örneklem hesaplamasının power analizi şekil 3.1'de gösterildi.



Şekil 3.1. Örneklem hesaplama.

Randomizasyon

Hastalar kadın ve erkek olarak tabakalandırıldıktan sonra bir bilgisayar programı aracılığı ile (randomizer.org) rastgele iki gruba atandı (84). Ortopedik cerrahi uygulanan 112 hastanın örneklem ölçütlerini karşılayan ve araştırmaya uygunluğu değerlendirildi. Ameliyatı iptal edilen 6 hasta örneklemden çıkarılarak 106 hasta; Çalışma Grubu (ÇG) ve Kontrol Grubu (KG) olarak rastgele iki gruba atandı. ÇG'deki hastalardan bir hasta erken taburcu olduğu için, bir hasta araştırmaya katılmaya gönüllü olduktan sonra araştırmadan ayrılmak istediği için izlemiden çıkarıldı. KG'deki hastalardan 2 hasta erken taburcu olduğu için izlemiden çıkarıldı. Araştırmanın örneklemini ÇG (n=51), KG(n=51) hasta ile analiz edildi. Şekil 3.2. CONSORT diyagram.



Şekil 3.2. Randomize araştırmalar için Consort Diyagramı.

3.6. Örneklem Ölçütleri

3.6.1. Araştırmaya dâhil edilme ölçütleri

- Yaşı 18 ve üzerinde olan,
- Ortopedik cerrahi geçiren,
- Türkçe okuyup, yazabilen,
- Anket sorularını doğru yanıtlanması açısından herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ve bu nedenden dolayı ilaç kullanmayan,

- Kronik kabızlığı bulunmayan ve buna yönelik ilaç kullanmayan,
 - Abdominal bölgede yara, cerrahi girişim olmayan,
 - Ameliyat öncesi dönemde mobilize olan,
 - Soruları yanıtlayabilmesi açısından kolunda ve elinde sargı veya bandaj bulunmayan,
 - ASA skoru <III olan,
 - Araştırmaya katılmaya gönüllü olan
- Hastalar araştırmaya dâhil edildi.

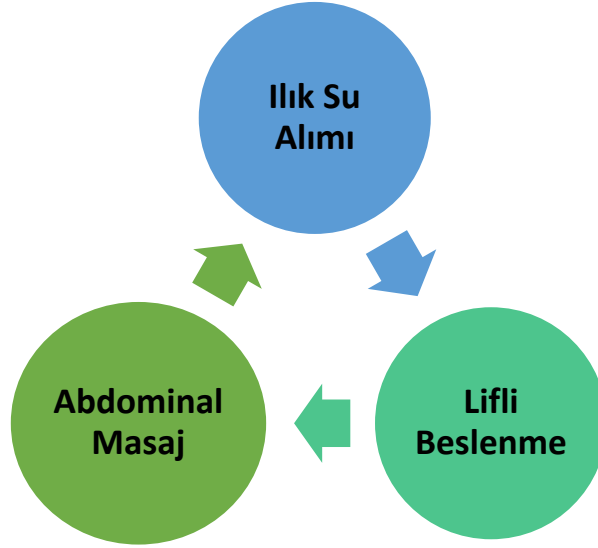
3.6.2. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

- Postoperatif iki günden daha uzun immobil olan hastalar,
- Postoperatif ilk üç günde ex olan hastalar,
- Postoperatif üç günden önce taburcu edilen veya başka bir servise nakledilen,
- Postoperatif dönemde nazogastrik tüp, travma sonrası çene ve ağız yaralanmaları gibi sebeplerle oral alıma kapalı olan hastalar,
- Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmaya gönüllü olduktan sonra ayrılmak isteyen

Hastalara ait veriler araştırmaya dâhil edilmedi.

3.7. Bakım Paketinin İçeriği

Literatür incelemeleri sonucunda kabızlığı önleme bakım paketinin içeriği kaynakların incelenmesi sonucunda ılık su alımı, abdominal masaj, lifli beslenme olarak belirlendi (8,10,11,12,58). Cerrahiden sonra hastalara postoperatif erken dönemde ılık su içirme, abdominal masaj uygulama ve lifli beslenmeden oluşan bir bakım paketi uygulandı (Şekil 3.3).



Şekil 3.3. Bakım paketinin içeriği.

Ameliyat sonrası iyileşmenin hızlandırılmasında (Enhanced Recovery After Surgery) (ERAS) protokollerine göre ameliyattan sonra 4. saatte erken oral alımın başlanması önerilmektedir (85). Oral alımın erken başlanmasının bağırsak hareketleri üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (59). Ilık suyun ise midenin boşalma hızını artırarak mide ve bağırsak hareketlerini arttırdığı saptanmıştır (86). Çalışmada kabızlığı önleme bakım paketinin içinde yer alan ılık su içirme girişimi ÇG’de bulunan hastalara uygulandı. Hastalardan cerrahi sonrası 4. saatte öğürme ve yutkunma refleksleri kontrol edildikten sonra 200 ml ılık suyu içmeleri istendi.

Abdominal masaj ise, bağırsaklarda mekanik ve refleks bir etki oluşturmakta, karın içi basıncını değiştirip bağırsak hareketlerini arttırdığı gösterilmiştir (43,73,74). Peristaltik hareketler gıdaların gastrointestinal sistem üzerinden geçişini hızlandırır ve dışkıının kalın bağırsaktaki kalış süresi kısaltarak bağırsak hareketlerini arttırmaktadır (43). Abdominal masaj uygulaması için literatürde önerilen süre 15 dakikadır. Uygulama sırasında hastanın supine pozisyonunda olması veya riskli bir durumda yatak başı 30-45° yükseltilmelidir. Kabızlık için uygulanan abdominal masaj eflöraj, petrisaj ve vibrasyon olmak üzere üç temel manevra ile uygulanması önerilmektedir (43,73,74). Araştırmada ÇG’de bulunan hastalara abdominal masaj sabah ve akşam öğünlerinden 30 dakika sonra vazelin ile nemlendirilerek, derin ve yüzeysel eflöraj, petrisaj vibrasyon şeklinde günde iki kez 15 dakika süre ile uygulandı.

Kabızlığı önlemek için hastaların yeterli lif ve enerji içeren tüm besin öğelerini kapsayan diyet ile beslenmeleri önerilmektedir. Fonksiyonel kabızlığı olan hastaların günde en az 20 g lif olmak üzere günlük 20-35 g arası lifli gıda alımı önerilerek

komplasyonlarının giderilmesi tavsiye edilmektedir (87). Hastalarda düşük olduğu gözlenen lif alımının yavaş yavaş bu miktarlara çıkarılmasının kabızlığı önlediği gösterilmiştir (88). Araştırmada lifli besin uygulaması Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi'nde görevli diyetisyen ile iş birliği yapılarak ÇG'de bulunan hastaların günde 30 gram lifli besin almaları sağlandı.

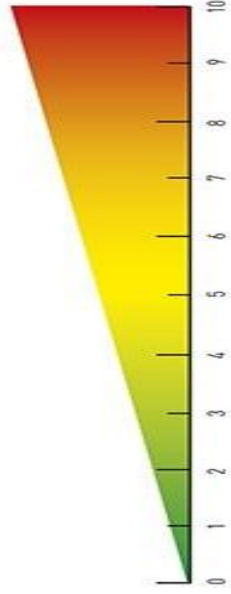
3.8. Veri Toplama Gereci

Veriler hastaların tanıtıcı özelliklerini kapsayan Tanıtıcı Bilgi Formu, Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği, Görsel Kıyaslama Ölçeği ve Bristol Dışkı Kıvamı Ölçeği kullanılarak toplandı.

Bölüm 1 Tanıtıcı Özellikler Formu: Birinci bölümde; hastaların cinsiyeti, medeni durumu, doğum tarihi, eğitim durumu, refakatçi bulunma durumu, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanma durumu, ameliyatın türü, genel olarak beslenme tarzı, yaşadığı yer, ameliyat öncesi bağırsak alışkanlığı, düzenli egzersiz yapma durumuna yönelik sorular oluşturdu. Cerrahiden bir gün önce veri toplama formu hastalara verilerek tanıtıcı özellikler formunda bulunan soruların yanıtlanması istendi.

Bölüm 2 Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği: Richmond ve Wright 2004 yılında geliştirmiştir (89). Türkçeye uyarlanan ölçeğin güvenilirlik ve geçerliğini Koca Kutlu, Çeçen, Yılmaz ve Eser (2011) yapmıştır (90). Dört bölümden oluşan bir ölçektir. Hastaya sorulan soruların cevaplarına ait her bir bölümde puan türünden değerleri vardır. Bölüm bitiminde dört bölümün toplam puan alınmaktadır. Hastanın konstipasyon risk grubu çıkan sonuca göre belirlenmektedir. Hastaların cevabına göre 10 puan ve altı puan alan düşük risk grubu, 11-15 puan arası alan orta risk grubu ve 16 ve üstü puan alan yüksek risk grubuna girmektedir. KRDÖ'den toplamda en düşük 0 puan en yüksek 63 puan alınabilmektedir. Puanların artması kabızlık riskini de arttırmaktadır (89). Orijinal araştırmada Cronbach alpha değerı 50 bulunurken, Türkçe uyarlamasında 43 olarak belirlenmiştir (89,90). Ölçeğin kullanımı için Koca Kutlu ve arkadaşlarından yazılı izin alındı. Cerrahiden bir gün önce veri toplama formu hastalara verilerek ölçek sorularını yanıtlamaları istendi.








Bölüm 3 Görsel Kıyaslama Ölçeği: Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) subjektif verileri sayısal verilere dönüştürmek amacıyla kullanılmaktadır. (Şekil 3.4.)



Şekil 3.4. Görsel kıyaslama ölçeği.

Ölçek 10 cm uzunluğunda bir görsel üzerinde subjektif verinin işaretlenerek belirtilmesi istenerek kullanılmaktadır. GKÖ kabızlıkla ilgili semptomların belirlenmesinde ilk kez Pamuk ve arkadaşları (2003) tarafından kullanılmıştır (91). Çalışmada GKÖ ile ıkınma, bağırsağın tam boşalamaması, konstipasyon, makatta basınç hissi, gaz oluşum şiddeti ve makatta ağrı gibi semptomlar ölçüldü. Puanların düşük olması semptomların hafif olduğunu gösterirken puanların yüksek olması semptomların şiddetli olduğunu gösterir. ıkınma, tam boşalamama, konstipasyon, makatta basınç hissi, gaz oluşum şiddeti ve makatta ağrı T0,T1,T2,T3,T4 ölçümlerinde GKÖ hastalara gösterilerek mevcut semptomun şiddetini işaretlemeleri istendi.

Bölüm 4 Bristol Dışkı Kıvamı Skalası: Lewis ve Heaton (1997) tarafından geliştirilen ölçek, yedi dışkı şeklini görselleştirerek dışkının kıvamının belirlenmesi için tasarlanmıştır (92). Tip 1 ve Tip 2 kabızlık, Tip 3 ve Tip 4 normal dışkılama, Tip 5, Tip 6 ve Tip 7 ise diyareyi belirtmektedir (Şekil 3.5). Dışkının kolonda kalış süresi ile dışkı şekli arasında direkt bir bağlantı olduğu belirtilir. T0,T1,T2,T3,T4 değerlendirmelerinde skala üzerindeki görseller hastaya gösterilerek hastaların o gün son defekasyondaki dışkı şeklini işaretlemesi istendi.

| BRİSTOL KAKA TABLOSU | | | |
|---|-------|---|--------------|
|  | Tip 1 | Ayrık sert parçalar | Aşırı kabız |
|  | Tip 2 | Hafif parçalı ve sosis gibi | Hafif kabız |
|  | Tip 3 | Sosis gibi ve yüzey çatlaklı | Normal |
|  | Tip 4 | Pürüzsüz, yumuşak sosis veya yılan gibi | Normal |
|  | Tip 5 | Düzgün kenarlı, yumuşak parçalar | Yetersiz lif |
|  | Tip 6 | Dağınık kenarlı, peltamsi kıvam | İnflamasyon |
|  | Tip 7 | Katı parça içermeyen sıvı kıvam | İnflamasyon |

Şekil 3.5. Bristol Dışkı Kıvamı Skalası.

3.8.1. Ön uygulama

Veri toplama formlarının kullanılabilirliğini ve anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla 15.09.2022-15.10.2022 tarihleri arasında örneklemin yaklaşık %10'unu oluşturacak şekilde ön uygulama yapıldı. Ön uygulama, 5 hasta ÇG, 5 hasta KG olmak üzere toplamda 10 hasta ile yapıldı. Veri toplama formunda bir değişiklik yapılması gerekmediği için ön uygulamaya ait veriler araştırmaya dahil edildi.

3.9. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri, araştırmanın yürütüleceği Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde görev iki hemşire ile araştırma verileri toplandı. Araştırmaya başlamadan önce hemşirelere araştırmanın amaç ve hedefleri anlatıldı. Hemşirelere kabızlığı önleme bakım paketinin içeriğinde bulunan ılık su içirme ve abdominal masaj girişimlerini nasıl yapacakları uygulamalı olarak anlatıldı. Araştırmanın ön uygulamasında bulunan ilk on hastaya ait verileri araştırmacı ve hemşireler birlikte topladılar. Araştırma kapsamında yapılacak ölçüm ve değerlendirmeler için beş farklı zaman belirlendi. ÇG ve KG'de bulunan hastalar bu beş değerlendirme zamanında değerlendirilerek araştırma verileri toplandı (Şekil 3.6).

| Değerlendirme Zamanları | |
|-------------------------|---|
| T0 | Cerrahiden bir gün önce saat 10:00'da yapılan değerlendirme |
| T1 | Cerrahiden bir gün sonra (post-op 1. gün) saat 10:00'da yapılan değerlendirme |
| T2 | Cerrahiden iki gün sonra (post-op 2. gün) saat 10:00'da yapılan değerlendirme |
| T3 | Cerrahiden üç gün sonra (post-op 3.gün) saat 10:00'da yapılan değerlendirme |
| T4 | Cerrahiden dört gün sonra (post-op 4.gün) saat 10:00'da yapılan değerlendirme |

Şekil 3.6. Değerlendirme zamanları.

Cerrahiden bir gün önce hastalar araştırmanın amaç ve hedefleri konusunda bilgilendirildi. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmaları durumunda onam formunu imzalamaları istendi. ÇG ve KG’de bulunan hastalardan veri toplama formunun tanıtıcı bilgiler bölümünde bulunan sorularını yanıtlamaları istendi.

3.9.1. Çalışma grubu

Çalışma grubunda bulunan hastalara kabızlığı önleme bakım paketinde bulunan girişimler uygulandı.

Kabızlığı önleme bakım paketinde bulunan girişimlerin uygulanması: Çalışma grubunda bulunan hastalara cerrahi günü cerrahi sonrası 4. saatte hemşire tarafından hastaların öğürme ve yutkunma refleksleri kontrol edildi. Öğürme ve yutkunma refleks kontrolü için hastalardan ağızların açmaları istendi, steril bir abeslang aracılığı ile orofarenkse dokunuldu. Öğürme ve yutkunma refleks kontrolü sonrasında bulantı hissi oluşan hastaların refleksleri pozitif olarak kabul edilirken, bulantı hissi oluşmayan hastaların öğürme ve yutkunma refleksleri negatif olarak kabul edildi. Kabızlığı önleme bakım paketinin ılık su girişimi öğürme ve yutkunma refleksleri pozitif olan hastalara uygulanırken, öğürme ve yutkunma refleksleri negatif olan hastalara uygulanmadı. Ilık su girişimi için hazır paketli su bir su ısıtıcısının (kettle) da kaynatılarak 200 ml’lik pet bardaklara alındı. Su termometresi ile bardağın içindeki suyun sıcaklığı ölçüldü. Su sıcaklığı 38-40 °C ye kadar soğutulduktan sonra hastalardan bu suyun tamamını üç dakika içinde içmeleri istendi. ÇG’deki hastalara cerrahiden bir gün sonra sabah 08:00-09:00 saatleri arasında ve akşam 19:00-20:00 saatleri arasında günde iki kez, 15 dakika abdominal masaj hemşire tarafından uygulandı. Hastaların oral alımları başlatıldıktan sonra diyetisyen ile iş birliği yapılarak yemek menüleri ile günlük 30 gram posa içeren lifli besinleri almaları sağlandı.

T0 Değerlendirmesi: Çalışma grubunda bulunan hastaların T0 değerlendirmesi cerrahiden bir gün önce saat 10:00’da yapıldı. T0 değerlendirmesinde Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği sorularını yanıtlamaları istendi. Hastalardan GKÖ cetveline göre ıkınma, bağırsağın tam boşalmaması, konstipasyon, makatta basınç hissi, gaz oluşum şiddeti, makatta ağrı şiddetlerini işaretlemeleri istendi. Ayrıca hastalara Bristol Dışkı Kıvamı Skalası’nın görseli gösterilerek hastalara en son defekasyonunda dışkı şeklini skala üzerinde işaretlemeleri istendi.

T1 Değerlendirmesi: Çalışma grubunda bulunan hastaların T1 değerlendirmesi cerrahi sonrası birinci günde saat 10:00'da yapıldı. T1 değerlendirmesinde hastalardan GKÖ cetveline göre ıkınma, bağırsağın tam boşalmaması, konstipasyon, makatta basınç hissi, gaz oluşum şiddeti, makatta ağrı şiddetlerini işaretlemeleri istendi. Ayrıca hastalara Bristol Dışkı Kıvamı Skalası'nın görseli gösterilerek defekasyona çıkan hastalara o gün en son defekasyonunda dışkı şeklini skala üzerinde işaretlemeleri istendi.

T2 Değerlendirmesi: Çalışma grubunda bulunan hastaların T2 değerlendirmesi cerrahi sonrası ikinci günde saat 10:00'da yapıldı. T2 değerlendirmesinde hastalardan GKÖ cetveline göre ıkınma, bağırsağın tam boşalmaması, konstipasyon, makatta basınç hissi, gaz oluşum şiddeti, makatta ağrı şiddetlerini işaretlemeleri istendi. Ayrıca hastalara Bristol Dışkı Kıvamı Skalası'nın görseli gösterilerek defekasyona çıkan hastalara o gün en son defekasyonunda dışkı şeklini skala üzerinde işaretlemeleri istendi.

T3 Değerlendirmesi: Çalışma grubunda bulunan hastaların T3 değerlendirmesi cerrahi sonrası üçüncü günde saat 10:00'da yapıldı. T3 değerlendirmesinde hastalardan GKÖ cetveline göre ıkınma, bağırsağın tam boşalmaması, konstipasyon, makatta basınç hissi, gaz oluşum şiddeti, makatta ağrı şiddetlerini işaretlemeleri istendi. Ayrıca hastalara Bristol Dışkı Kıvamı Skalası'nın görseli gösterilerek defekasyona çıkan hastalara o gün en son defekasyonunda dışkı şeklini skala üzerinde işaretlemeleri istendi.

T4 Değerlendirmesi: Çalışma grubunda bulunan hastaların T4 değerlendirmesi cerrahi sonrası dördüncü günde saat 10:00'da yapıldı. T4 değerlendirmesinde hastalardan GKÖ cetveline göre ıkınma, bağırsağın tam boşalmaması, konstipasyon, makatta basınç hissi, gaz oluşum şiddeti, makatta ağrı şiddetlerini işaretlemeleri istendi. Ayrıca hastalara Bristol Dışkı Kıvamı Skalası'nın görseli gösterilerek defekasyona çıkan hastalara o gün en son defekasyonunda dışkı şeklini skala üzerinde işaretlemeleri istendi.

3.9.2. Kontrol grubu

Kontrol grubundaki hastalara cerrahi sonrasında rutin klinik uygulamalar sürdürüldü.

T0 Değerlendirmesi: Kontrol grubunda bulunan hastaların T0 değerlendirmesi cerrahiden bir gün önce saat 10:00'da yapıldı. T0 değerlendirmesinde Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği sorularını yanıtlamaları istendi. Hastalardan GKÖ cetveline göre ıkınma, bağırsağın tam boşalmaması, konstipasyon, makatta basınç hissi, gaz oluşum şiddeti, makatta ağrı şiddetlerini işaretlemeleri istendi. Ayrıca hastalara Bristol Dışkı

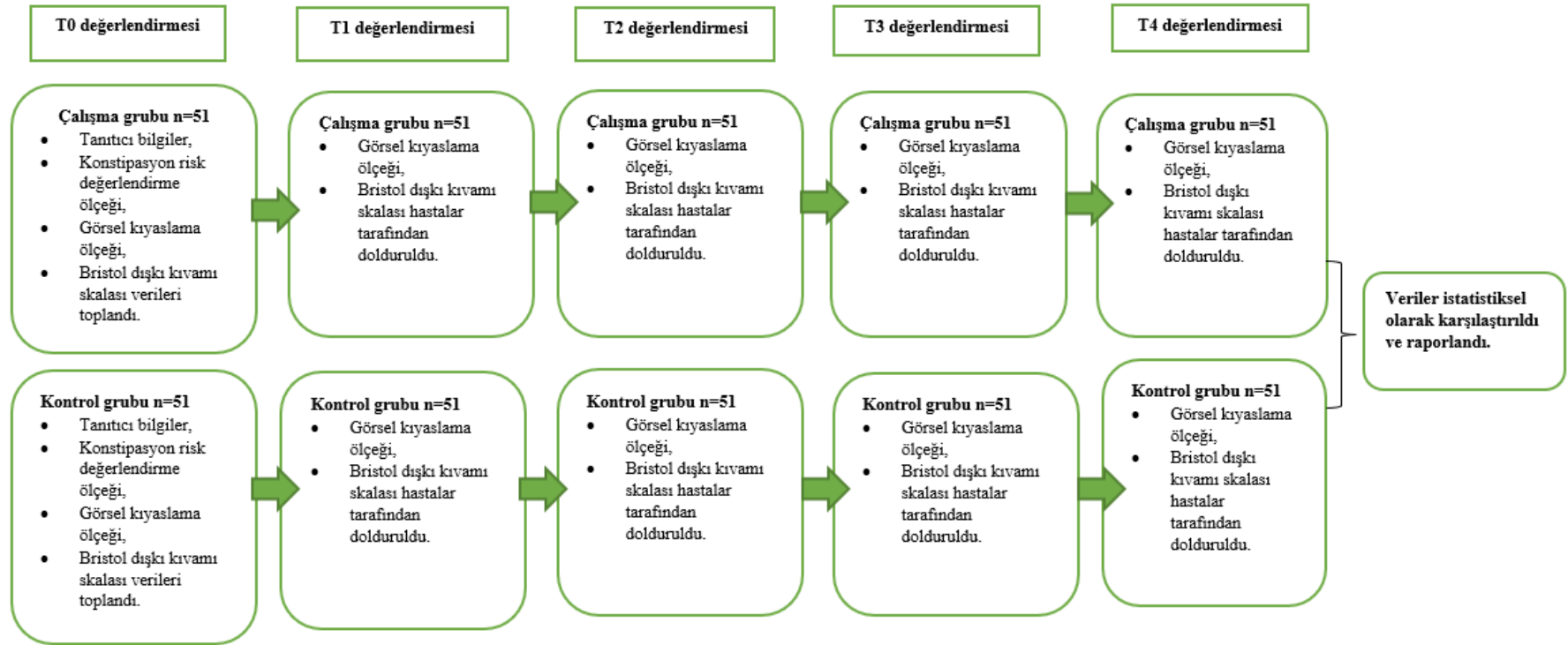
Kıvamı Skalası'nın görseli gösterilerek defekasyona çıkan hastalara o gün en son defekasyonunda dışkı şeklini skala üzerinde işaretlemeleri istendi.

T1 Değerlendirmesi: Kontrol grubunda bulunan hastaların T1 değerlendirmesi cerrahi sonrası birinci günde saat 10:00'da yapıldı. T1 değerlendirmesinde hastalardan GKÖ cetveline göre ıkınma, bağırsağın tam boşalmaması, konstipasyon, makatta basınç hissi, gaz oluşum şiddeti, makatta ağrı şiddetlerini işaretlemeleri istendi. Ayrıca hastalara Bristol Dışkı Kıvamı Skalası'nın görseli gösterilerek defekasyona çıkan hastalara o gün en son defekasyonunda dışkı şeklini skala üzerinde işaretlemeleri istendi.

T2 Değerlendirmesi: Kontrol grubunda bulunan hastaların T2 değerlendirmesi cerrahi sonrası ikinci günde saat 10:00'da yapıldı. T2 değerlendirmesinde hastalardan GKÖ cetveline göre ıkınma, bağırsağın tam boşalmaması, konstipasyon, makatta basınç hissi, gaz oluşum şiddeti, makatta ağrı şiddetlerini işaretlemeleri istendi. Ayrıca hastalara Bristol Dışkı Kıvamı Skalası'nın görseli gösterilerek defekasyona çıkan hastalara o gün en son defekasyonunda dışkı şeklini skala üzerinde işaretlemeleri istendi.

T3 Değerlendirmesi: Kontrol grubunda bulunan hastaların T3 değerlendirmesi cerrahi sonrası üçüncü günde saat 10:00'da yapıldı. T3 değerlendirmesinde hastalardan GKÖ cetveline göre ıkınma, bağırsağın tam boşalmaması, konstipasyon, makatta basınç hissi, gaz oluşum şiddeti, makatta ağrı şiddetlerini işaretlemeleri istendi. Ayrıca hastalara Bristol Dışkı Kıvamı Skalası'nın görseli gösterilerek defekasyona çıkan hastalara o gün en son defekasyonunda dışkı şeklini skala üzerinde işaretlemeleri istendi.

T4 Değerlendirmesi. Kontrol grubunda bulunan hastaların T4 değerlendirmesi cerrahi sonrası dördüncü günde saat 10:00'da yapıldı. T4 değerlendirmesinde hastalardan GKÖ cetveline göre ıkınma, bağırsağın tam boşalmaması, konstipasyon, makatta basınç hissi, gaz oluşum şiddeti, makatta ağrı şiddetlerini işaretlemeleri istendi. Ayrıca hastalara Bristol Dışkı Kıvamı Skalası'nın görseli gösterilerek defekasyona çıkan hastalara o gün en son defekasyonunda dışkı şeklini skala üzerinde işaretlemeleri istendi.



Şekil 3.7. Araştırmanın akış şeması.

3.10. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin analizi SPSS 20,0 Windows programı kullanılarak yapıldı. Sürekli sayısal değerler ortalama±standart sapma değeri ve kesikli değerler sayı (n) ve yüzde (%) şeklinde gösterildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Simirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren veriler Independent Samples t test kullanılarak karşılaştırıldı. Kesikli verilere ait karşılaştırmalar Chi-Square test kullanılarak karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p<0.05$ değeri kabul edildi.

3.11. Tez Takvimi



4. BULGULAR

Bu bölümde ortopedi cerrahisi sonrası kabızlığı önleme bakım paketinin konstipasyon ciddiyetine etkisini incelemek amacıyla yapılmış olan bulgular yer almaktadır. Bu bulgular 2 başlık altında ele alınmıştır:

- Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özellikleri ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular
- Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların ilk defekasyona çıkma durumları ve konstipasyon görülme durumlarının karşılaştırılmalarına ilişkin bulgular

4.1. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde ÇG ve KG hastalarının cinsiyet, medeni durum, yaş, BKİ, eğitim durumu, refakatçi durumu, çalışma durumu, ameliyat türü, kronik hastalık durumu ve sürekli ilaç kullanma durumuna ilişkin bulguların karşılaştırılması yer almaktadır. ÇG ve KG hastalarının ameliyat öncesi açlık süresi, ilk mobilizasyon saati ve ameliyat öncesi bağırsak alışkanlığına ilişkin klinik özellik bulguları da yer almaktadır. ÇG ve KG hastalarının KRDÖ toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgularda bu bölümde bulunmaktadır.

Çizelge 4.1. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (N=102).

| Tanıtıcı özellikleri | Çalışma grubu (n=51) n (%) | Kontrol grubu (n=51) n (%) | Test p |
|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Yaş (Ort±SS*=50.98±17.51, En az:18- En çok:91) | | | |
| ≤50 | 25 (49.0) | 22 (43.1) | x ² =0.355 |
| ≥51 | 26 (51.0) | 29 (56.9) | p=0.551 |
| BKI** (Ort±SS*:26.52±3.15, En az:20.06 -En fazla:37.13) | | | |
| ≤24.9 | 15 (29.4) | 17 (33.3) | x ² =0.182 |
| ≥25 | 36 (70.6) | 34 (66.7) | p=0.670 |
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 30 (58.8) | 28 (54.9) | x ² =0.160 |
| Erkek | 21 (41.2) | 23 (45.1) | p=0.689 |
| Medeni durum | | | |
| Evli | 42 (82.4) | 47 (92.2) | x ² =2.204 |
| Bekar | 9 (17.6) | 4 (7.8) | p=0.138 |
| Eğitim durumu | | | |
| Okuma-yazma bilmiyor | 17 (33.3) | 13 (25.5) | x ² =3.908 |
| İlköğretim | 19 (37.3) | 15(29.4) | p=0.272 |
| Ortaöğretim | 10 (19.6) | 19 (37.3) | |
| Lisans | 5 (9.8) | 4 (7.8) | |
| Çalışma durumu | | | |
| Çalışıyor | 18 (35.3) | 20 (39.2) | x ² =0.168 |
| Çalışmıyor | 33 (64.7) | 31 (60.8) | p=0.682 |
| Refakatçi durumu | | | |
| Var | 42 (82.4) | 51 (100) | x²=9.871 |
| Yok | 9 (17.6) | 0 (0) | p=0.002 |
| Ameliyat türü | | | |
| Kalça cerrahisi | 11 (21.6) | 15 (29.4) | x ² =1.203 |
| Diz cerrahisi | 15 (29.4) | 16 (31.4) | p=0.548 |
| Diğer | 25 (49.0) | 20 (39.2) | |
| Kronik hastalık durumu | | | |
| Var | 20 (39.2) | 26 (51.0) | x ² =1.425 |
| Yok | 31 (60.8) | 25 (49.0) | p=0.233 |
| Sürekli kullandığı ilaç | | | |
| Var | 19 (37.3) | 25 (49.0) | x ² =1.439 |
| Yok | 32 (62.7) | 26 (51.0) | p=0.230 |

Ort±SS*: Ortalama ±Standart Sapma, BKİ**: Beden Kitle İndeksi, x²= Ki-kare test

Çizelge 4.1’de ÇG ve KG hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, BKİ, çalışma durumu, refakatçi durumu, ameliyat türü, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma durumu ile ilgili verilerin dağılımı ve karşılaştırmaları bulunmaktadır. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 50.98±17.51 olup (en az 18 en çok 91 yaş), ÇG’deki hastaların %51.0’i 51 yaş üzeri iken KG’deki hastaların %56.9’u 51 yaş üzerindedir. Hastaların BKİ 20.06-37.13 arasında olup, BKİ ortalamaları 26.52±3.15’tir. ÇG ve KG’deki hastalar yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, BKİ, çalışma durumu, ameliyat türü, kronik hastalık durumu ve sürekli ilaç kullanma durumu gibi tanıtıcı özellikler bakımından benzerdir (p>0.05). ÇG ve KG’deki hastaların

refakatçi durumu açısından aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p=0.002) (p<0.05).

Çizelge 4.2. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların klinik özelliklerine ilişkin bulguların karşılaştırılması (N=102).

| Klinik özellikler | Çalışma grubu (n=51) n (%) | Kontrol grubu (n=51) n (%) | Test p |
|--|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Ameliyat öncesi açlık süresi (Ort±SS*=9.81±1.83, En az:6-En çok:14) | | | |
| ≤6 Saat | 4 (7.8) | 5 (9.8) | x ² =0.122 |
| ≥7 Saat | 47 (92.2) | 46 (90.2) | p=0.727 |
| İlk mobilizasyonu kaç saat sonra (Ort±SS*=19.75±5.76, En az:6-En çok:28) | | | |
| ≤10 Saat | 7 (13.7) | 8 (15.7) | x ² =0.078 |
| ≥11 Saat | 44 (86.3) | 43 (84.3) | p=0.780 |
| Ameliyat öncesi bağırsak alışkanlığı (haftalık) | | | |
| 1 kez | 3 (5.9) | 0 (0) | |
| 2 kez | 13 (25.5) | 10 (19.6) | x ² =4.023 |
| 3 kez | 27 (52.9) | 30 (58.8) | p=0.259 |
| 4 kez ve üzeri | 8 (15.7) | 11 (21.6) | |

Ort±SS*: Ortalama ±Standart Sapma, x²= ki-kare test

Çizelge 4.2’de ÇG ve KG hastalarının ameliyat öncesi açlık süreleri, ilk mobilizasyonu ameliyattan kaç saat sonra yaptıkları ve ameliyat öncesi bağırsak alışkanlıklarına ilişkin klinik özellikleri ve karşılaştırmaları bulunmaktadır. ÇG ve KG’deki hastalar ameliyat öncesi açlık durumu, ilk mobilizasyonu ameliyattan kaç saat sonra yaptıkları ve ameliyat öncesi bağırsak alışkanlıkları gibi klinik özellikleri açısından benzerdir (p>0.05).

Çizelge 4.3. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği toplam puan karşılaştırılması (N=102).

| | Çalışma grubu (n=51) Ort.±SS* | Kontrol grubu (n=51) Ort.±SS* | Test p |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan | 12.22±2.57 | 12.51±2.88 | t=0.543 p=0.589 |

Ort±SS*: Ortalama ±Standart Sapma, t=Bağımsız gruplarda t testi

Çizelge 4.3’de ÇG ve KG hastalarının KRDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. KRDÖ puan ortalamaları ÇG hastalarının 12.22±2.52

iken KG hastalarının 12.51±2.88 olmakla birlikte her iki grubunda orta risk grubunda yer aldıkları ve puan ortalamaları açısından benzer oldukları bulundu (p>0.05).

4.2. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Hastaların İlk Defekasyona Çıkma Durumları ve Konstipasyon Görülme Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

ÇG ve KG hastalarının ilk defekasyona ameliyattan kaç saate sonra ve kaçınıcı gün çıktıklarına ilişkin bulgular bu bölümde yer almaktadır. GKÖ ve BDKS'ye göre konstipasyon görülme durumlarına ilişkin bulgular da bu bölümde bulunmaktadır.

Çizelge 4.4. Çalışma ve kontrol grubundaki hastalarının ilk defekasyon zamanlarına göre karşılaştırılması (N=102).

| | Çalışma grubu (n=51) Ort.±SS* | Kontrol grubu (n=51) Ort.±SS* | Test p |
|---|--|--|---|
| Cerrahi sonrası ilk defekasyona çıkma saati (Ort±SS*=24.16±15.44, En az:3-En çok:69) | 18.73±10.79 | 29.59±17.47 | t=3.777 p=0.001 |
| | n (%) | n (%) | |
| Cerrahi sonrası ilk defekasyona çıkma günü | | | |
| Cerrahi günü | 17 (33.3) | 9 (17.6) | x²=14.313 p=0.003 |
| 1.gün | 32 (62.7) | 26 (51.0) | |
| 2.gün | 2 (3.9) | 11 (21.6) | |
| 3.gün | 0 (0) | 5 (9.8) | |

Ort±SS*: Ortalama ±Standart Sapma, t=Bağımsız gruplarda t testi

Çizelge 4.4'de ÇG ve KG hastalarının ilk defekasyon zamanlarına göre karşılaştırılması yer almaktadır. ÇG'daki hastaların ilk defekasyon saati ortalaması 18.73±10.79, KG'daki hastaların ilk defekasyon saati ortalaması 29.59±17.47'dir ve aralarında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.001) (p<0.05). Ameliyatın olduğu gün ÇG hastalarının %33.3'ü KG hastalarının %17.6'sı, ameliyattan sonraki birinci gün ÇG hastalarının %62.7'si KG hastalarının %51.0'i, ameliyattan sonraki ikinci gün ÇG hastalarının %3.9'u KG hastalarının %21.6'sı ve ameliyattan sonraki üçüncü gün ise sadece KG hastalarının %9.8'si ilk defekasyona çıktı. ÇG hastalarının KG hastalarına oranla ilk defekasyona daha erken çıktığı bulundu. Hastaların ameliyattan sonra ilk defekasyonunu kaçınıcı gün çıktığına ilişkin bulguları ile gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.003) (p<0.05).

Çizelge 4.5. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların T0 değerlendirmesinde görsel kıyaslama ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=102).

| Semptomlar | Çalışma grubu (n=51) Ort±SS* (Min-Max) | Kontrol grubu (n=51) Ort±SS* (Min-Max) | Test p |
|-------------------------------------|---|---|---------------------|
| Konstipasyon Şiddeti | 2.75±0.89 (1-5) | 2.65±0.84 (1-5) | t=-0.570 p=0.570 |
| İkınma Şiddeti | 3.37±0.79 (2-5) | 3.16±1.00 (1-5) | t=-1.198 p=0.234 |
| Tam Boşalamama Şiddeti | 3.22±0.87 (2-6) | 2.98±0.76 (1-5) | t=-1.445 p=0.152 |
| Makatta Basınç Hissi Şiddeti | 2.55±0.83 (1-5) | 2.47±0.85 (1-4) | t=-0.469 p=0.640 |
| Makatta Ağrı Şiddeti | 2.51±0.78 (1-4) | 2.29±0.83 (1-4) | t=-1.347 p=0.181 |
| Gaz Oluşum Şiddeti | 1.90±0.53 (1-3) | 1.75±0.65 (1-3) | t=-1.317 p=0.191 |

Ort±SS*: Ortalama ±Standart Sapma, t=Bağımsız gruplarda t testi

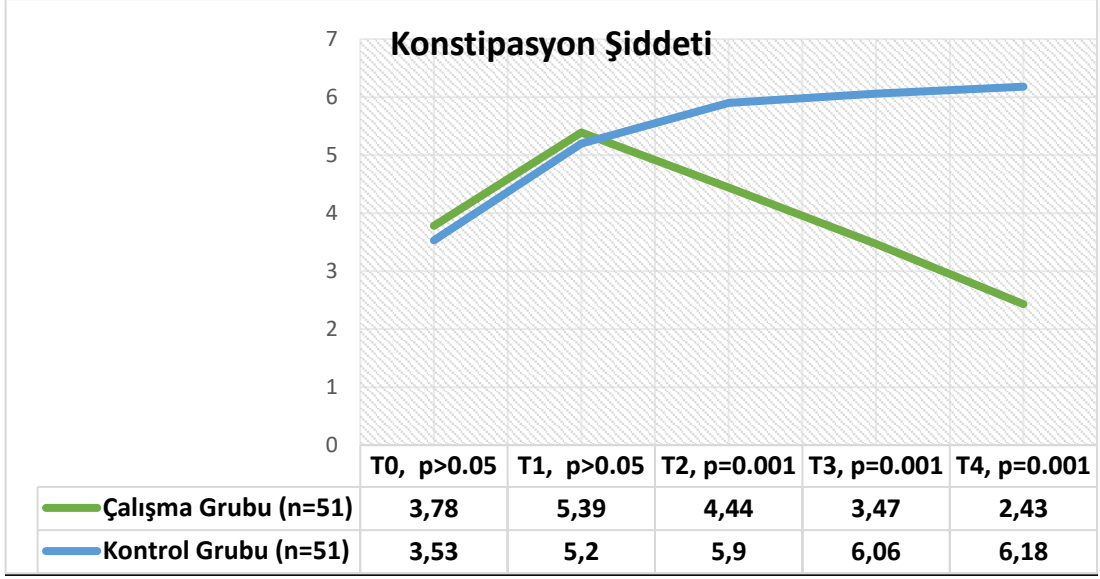
Çizelge 4.5'te ÇG ve KG hastalarının T0 değerlendirmesindeki konstipasyon semptomları şiddetinin GKÖ'ye göre puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. T0 değerlendirmesinde ÇG hastalarının GKÖ puan ortalamalarından ıkınma şiddeti, tam boşalamama şiddeti, konstipasyon şiddeti, makatta basınç hissi şiddeti ve makatta ağrı şiddeti ile KG hastalarının puan ortalamalarının benzer olduğu bulundu. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$).

Çizelge 4.6. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların T1, T2, T3, T4 değerlendirmesinde kabızlık semptomları görsel kıyaslama ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=102).

| Semptomlar | Çalışma grubu (n=51) Ort±SS* | Kontrol grubu (n=51) Ort±SS* | Test, p |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Konstipasyon Şiddeti | | | |
| T1 değerlendirmesi | 5.39±1.30 | 5.20±1.65 | t=-0.472, p=0.639 |
| T2 değerlendirmesi | 4.44±1.29 | 5.90±1.48 | t=5.023, p=0.001 |
| T3 değerlendirmesi | 3.47±1.17 | 6.06±1.64 | t=8.914, p=0.001 |
| T4 değerlendirmesi | 2.43±1.48 | 6.18±1.53 | t=11.757, p=0.001 |
| İkınma Şiddeti | | | |
| T1 değerlendirmesi | 5.48±1.09 | 5.40±1.73 | t=-0.221, p=0.826 |
| T2 değerlendirmesi | 4.56±1.18 | 5.80±1.52 | t=4.396, p=0.001 |
| T3 değerlendirmesi | 3.37±1.25 | 6.06±1.69 | t=8.874, p=0.001 |
| T4 değerlendirmesi | 2.31±1.53 | 5.93±1.60 | t=10.931, p=0.001 |
| Tam Boşalamama Şiddeti | | | |
| T1 değerlendirmesi | 5.29±1.24 | 5.88±1.87 | t=1.408, p=0.165 |
| T2 değerlendirmesi | 4.70±1.34 | 5.71±1.58 | t=3.281, p=0.001 |
| T3 değerlendirmesi | 3.18±1.34 | 5.96±1.76 | t=8.662, p=0.001 |
| T4 değerlendirmesi | 2.18±1.53 | 6.03±1.59 | t=11.686, p=0.001 |
| Makatta Basınç Hissi Şiddeti | | | |
| T1 değerlendirmesi | 6.23±1.17 | 5.92±1.77 | t=-0.772, p=0.443 |
| T2 değerlendirmesi | 5.52±1.38 | 6.15±1.49 | t=2.070, p=0.041 |
| T3 değerlendirmesi | 4.20±1.33 | 6.26±1.85 | t=6.183, p=0.001 |
| T4 değerlendirmesi | 3.16±1.28 | 6.15±1.67 | t=9.653, p=0.001 |
| Makatta Ağrı Şiddeti | | | |
| T1 değerlendirmesi | 6.03±1.14 | 5.52±1.73 | t=-1.328, p=0.190 |
| T2 değerlendirmesi | 5.06±1.23 | 6.10±1.67 | t=3.403, p=0.001 |
| T3 değerlendirmesi | 3.63±1.27 | 5.94±1.94 | t=6.830, p=0.001 |
| T4 değerlendirmesi | 2.61±1.25 | 5.83±1.64 | t=10.596, p=0.001 |
| Gaz Oluşum Şiddeti | | | |
| T1 değerlendirmesi | 5.87±1.05 | 6.80±1.55 | t=3.138, p=0.003 |
| T2 değerlendirmesi | 4.98±1.33 | 5.85±0.93 | t=3.540, p=0.001 |
| T3 değerlendirmesi | 3.59±1.33 | 4.87±0.99 | t=5.311, p=0.001 |
| T4 değerlendirmesi | 2.49±1.51 | 4.60±1.03 | t=7.537, p=0.001 |

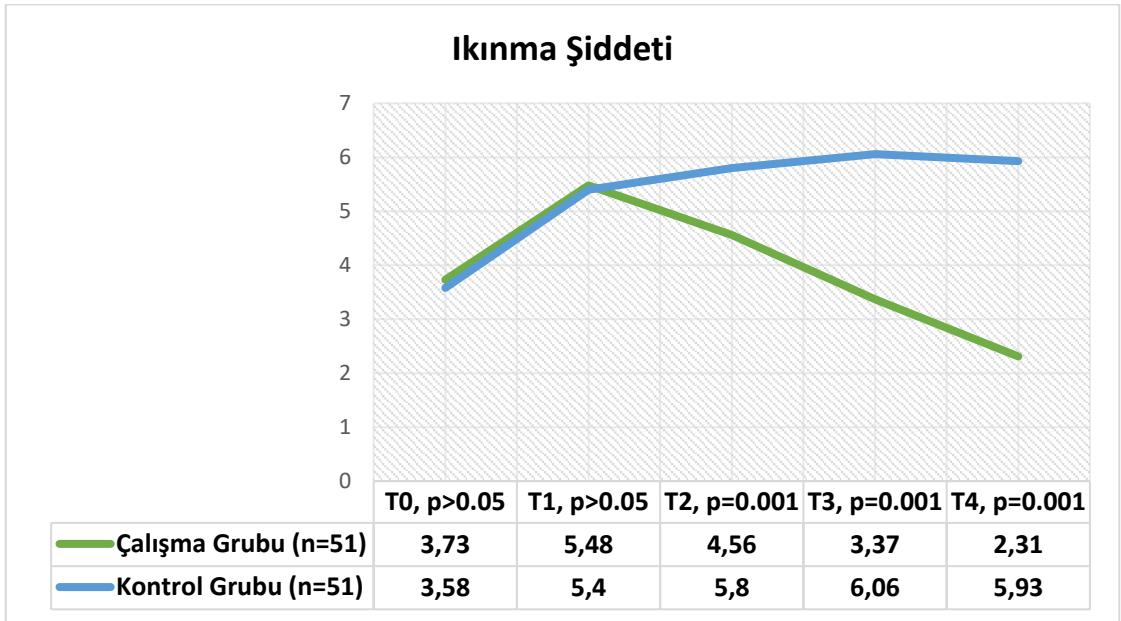
Ort±SS*: Ortalama ±Standart Sapma, t=Bağımsız gruplarda t testi

Çizelge 4.6’da ÇG ve KG hastalarının T1, T2, T3, T4 değerlendirmesindeki konstipasyon semptomları şiddetinin GKÖ’ye göre dağılımı yer almaktadır. T1 değerlendirmesinde ÇG hastalarının GKÖ puan ortalamalarından ıkınma şiddeti, tam boşalamama şiddeti, konstipasyon şiddeti, makatta basınç hissi şiddeti ve makatta ağrı şiddeti ile KG hastalarının puan ortalamalarının benzer olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$). T1 değerlendirmesinde ÇG hastalarının gaz oluşum şiddeti KG hastalarınınkine oranla daha az olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p=0.003$) ($p<0.05$). Hastaların T2,T3,T4 değerlendirmesindeki konstipasyon semptomları şiddeti incelendiğinde; KG hastalarının ÇG hastalarına göre GKÖ puan ortalamalarının daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).



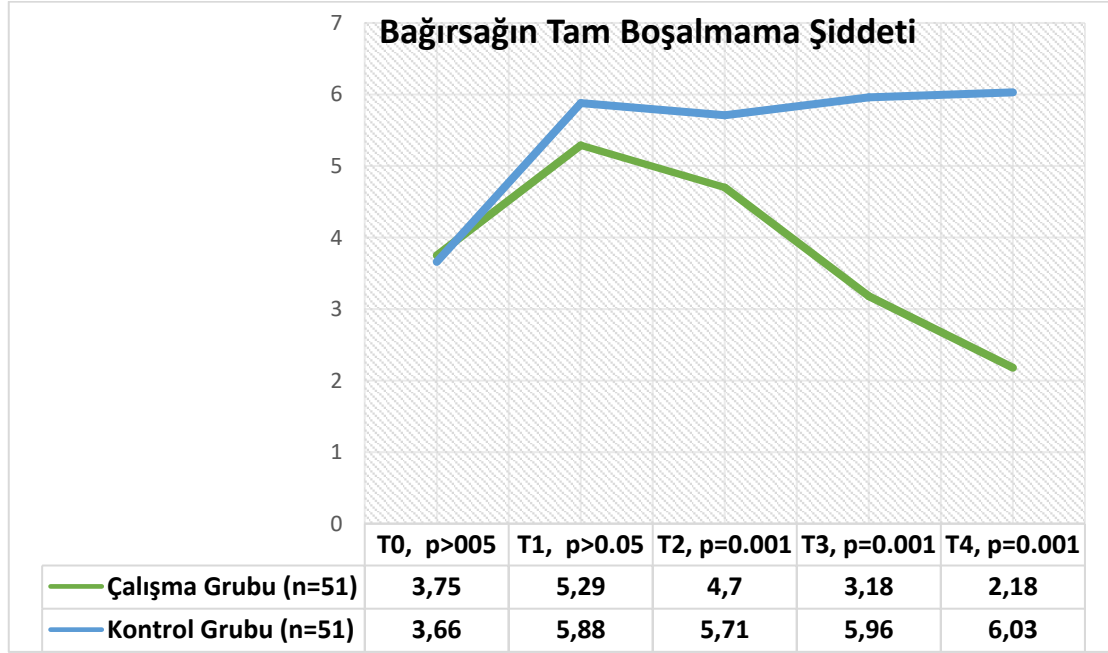
Grafik 4.1. Görsel kıyaslama ölçeğine göre konstipasyon şiddeti (N=102).

ÇG ve KG hastalarının T0 ve T1 değerlendirmesinde konstipasyon semptomlarından konstipasyon şiddeti incelendiğinde; ÇG ve KG hastalarının GKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). T2,T3 ve T4 değerlendirmesinde ÇG hastalarının GKÖ puan ortalamalarının KG hastalarının puan ortalamalarına göre anlamlı bir şekilde azaldığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (sırasıyla; $p=0.001$, $p=0.001$, $p=0.001$) ($p<0.05$) (Grafik 4.1).



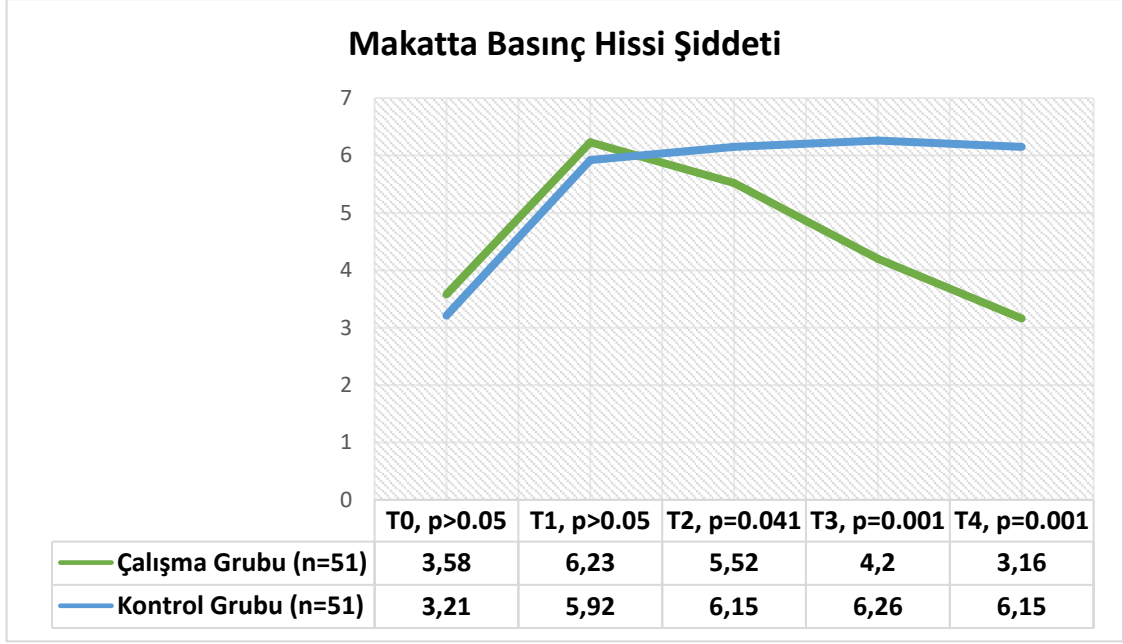
Grafik 4.2. Görsel kıyaslama ölçeğine göre ıkinma şiddeti (N=102).

ÇG ve KG hastalarının T0 ve T1 değerlendirmesinde konstipasyon semptomlarından ıkınma şiddeti incelendiğinde; ÇG ve KG hastalarının GKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). T2,T3 ve T4 değerlendirmesinde ÇG hastalarının GKÖ puan ortalamalarının KG hastalarının puan ortalamalarına göre anlamlı bir şekilde azaldığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (sırasıyla; $p=0.001$, $p=0.001$, $p=0.001$) ($p<0.05$) (Grafik 4.2).



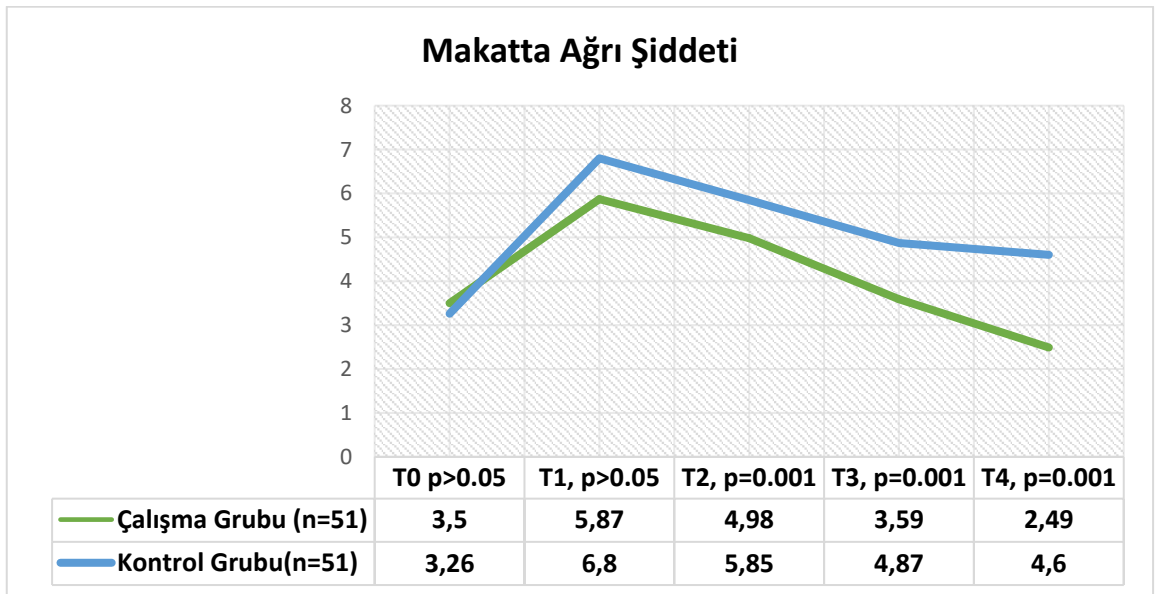
Grafik 4.3. Görsel kıyaslama ölçeğine göre bağırsağın tam boşalamama şiddeti (N=102).

ÇG ve KG hastalarının T0 ve T1 değerlendirmesinde konstipasyon semptomlarından bağırsağın tam boşalamama şiddeti incelendiğinde; ÇG ve KG hastalarının GKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). T2,T3 ve T4 değerlendirmesinde ÇG hastalarının GKÖ puan ortalamalarının KG hastalarının puan ortalamalarına göre anlamlı bir şekilde azaldığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (sırasıyla; $p=0.001$, $p=0.001$, $p=0.001$) ($p<0.05$) (Grafik 4.3).



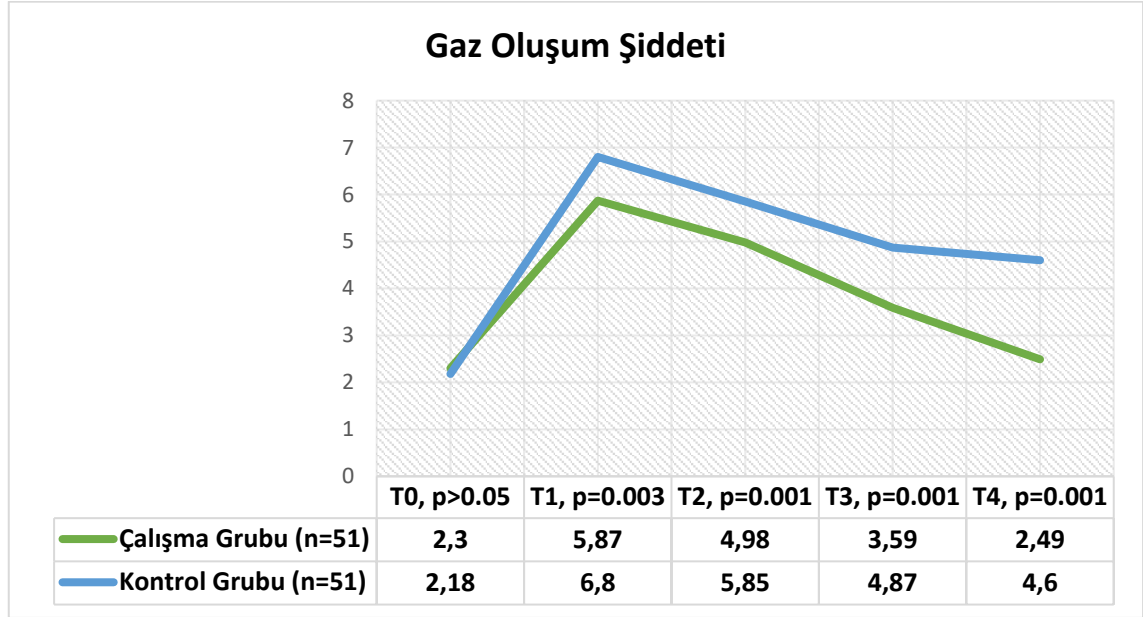
Grafik 4.4. Görsel kıyaslama ölçeğine göre makatta basınç hissi Şiddeti (N=102).

ÇG ve KG hastalarının T0 ve T1 değerlendirmesinde konstipasyon semptomlarından makatta basınç hissi şiddeti incelendiğinde; ÇG ve KG hastalarının GKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). T2,T3 ve T4 değerlendirmesinde ÇG hastalarının GKÖ puan ortalamalarının KG hastalarının puan ortalamalarına göre anlamlı bir şekilde azaldığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (sırasıyla; $p=0.041$, $p=0.001$, $p=0.001$) ($p<0.05$) (Grafik 4.4).



Grafik 4.5. Görsel kıyaslama ölçeğine göre makatta ağrı şiddeti (N=102).

ÇG ve KG hastalarının T0 ve T1 değerlendirmesinde konstipasyon semptomlarından makatta ağrı şiddeti incelendiğinde; ÇG ve KG hastalarının GKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). T2,T3 ve T4 değerlendirmesinde ÇG hastalarının GKÖ puan ortalamalarının KG hastalarının puan ortalamalarına göre anlamlı bir şekilde azaldığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (sırasıyla; $p=0.001$, $p=0.001$, $p=0.001$) ($p<0.05$) (Grafik 4.5).



Grafik 4.6. Görsel kıyaslama ölçeğine göre gaz oluşum şiddeti (N=102).

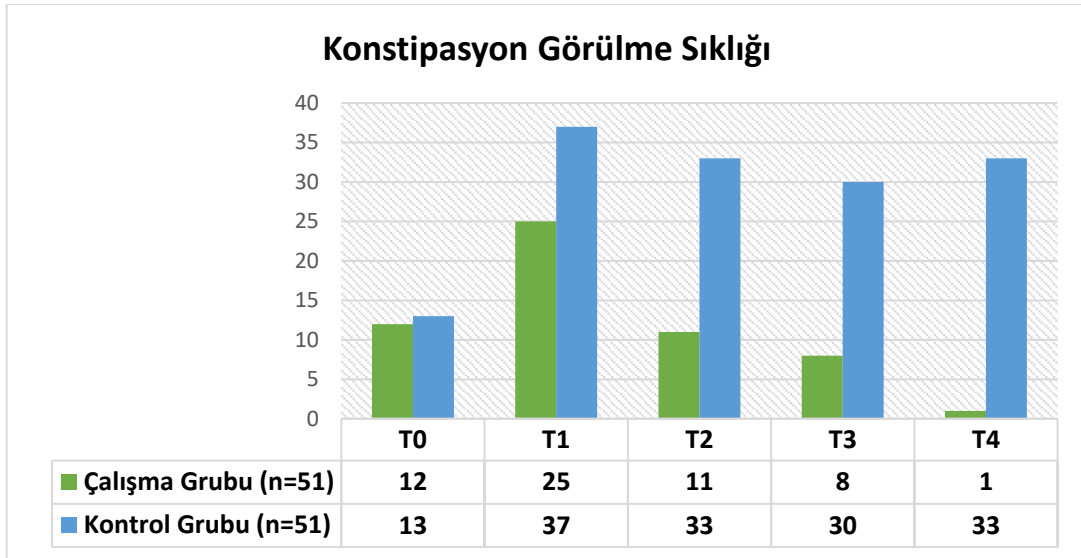
ÇG ve KG hastalarının T0 değerlendirmesinde konstipasyon semptomlarından gaz oluşum şiddeti incelendiğinde; ÇG ve KG hastalarının GKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). T1 değerlendirmesinde ÇG hastalarının GKÖ puan ortalamalarının KG hastalarına göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p=0.003$) ($p<0.05$). T2,T3 ve T4 değerlendirmesinde ÇG hastalarının GKÖ puan ortalamalarının KG hastalarının puan ortalamalarına göre anlamlı bir şekilde azaldığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (sırasıyla; $p=0.001$, $p=0.001$, $p=0.001$) ($p<0.05$) (Grafik 4.6).

Çizelge 4.7. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların Bristol Dışkı Kıvamı skalasına göre konstipasyon görülme durumunun karşılaştırılması (N=102).

| Tanıtcı özellikleri | Çalışma Grubu (n=51) n (%) | Kontrol Grubu (n=51) n (%) | Test p |
|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------|
| T0 Değerlendirmesi | | | |
| Konstipe | 14 (27.5) | 11 (21.6) | $X^2=0.470$ |
| Konstipe değil | 37 (72.5) | 40 (78.4) | p=0.490 |
| T1 Değerlendirmesi | | | |
| Konstipe | 26 (51.0) | 38 (74.5) | $X^2=5.023$ |
| Konstipe değil | 25 (49.0) | 13 (25.5) | p=0.025 |
| T2 Değerlendirmesi | | | |
| Konstipe | 11 (21.6) | 33 (64.7) | $X^2=19.345$ |
| Konstipe değil | 40 (78.4) | 18 (35.3) | p=0.001 |
| T3 Değerlendirmesi | | | |
| Konstipe | 8 (15.7) | 30 (58.8) | $X^2=20.299$ |
| Konstipe değil | 43 (84.3) | 21 (41.2) | p=0.001 |
| T4 Değerlendirmesi | | | |
| Konstipe | 1 (2.0) | 33 (64.7) | $X^2=45.176$ |
| Konstipe değil | 50 (98.0) | 18 (35.3) | p=0.001 |

χ^2 :Ki-kare test

Çizelge 4.7’de ÇG ve KG hastaların BDKS’ye göre konstipasyon görülme durumlarının dağılımı yer almaktadır. Konstipe olan hastalar Bristol Dışkı Kıvamı Skalasında Tip1 ve Tip2 şeklinde defekasyona çıkanlar, konstipe olmayan grup ise Tip 3, Tip 4, Tip 5, Tip 6 ve Tip 7 şeklinde defekasyona çıkanlardır. T0 değerlendirmesinde ÇG ve KG hastalarının benzer olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$). T1 değerlendirmesinde ÇG hastalarının %49.0’u konstipe iken KG hastalarının %72.5’i konstipedir ve her iki grubun arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). ÇG hastalarının KG hastalarına göre T1,T2,T3,T4 değerlendirmelerindeki konstipasyon görülme oranları arasındaki fark incelendiğinde; ÇG hastalarının KG hastalarına göre konstipe olma oranlarının azaldığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (sırasıyla; $p=0.025$, $p=0.001$, $p=0.001$, $p=0.001$) ($p<0.05$).



Grafik 4.7. Bristol Dışkı Kıvamı Skalasına göre T0, T1, T2, T3, T4 değerlendirmelerinde konstipasyon görülme sıklığı (N=102).

ÇG ve KG hastalarının T0 değerlendirmesinde BDKS incelendiğinde; her iki grubunda benzer olduğu bulundu ($p>0.05$). T1,T2,T3,T4 değerlendirmesinde ÇG hastalarının BDKS'ye göre konstipe olma oranlarının anlamlı bir şekilde azaldığı ve KG hastaları ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$) (Grafik 4.7).

Çizelge 4.8. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların Bristol Dışkı Kıvamı Skalasına göre dışkı kıvamlarının karşılaştırılması (N=102).

| Tanıtcı özellikleri | Çalışma Grubu (n=51)n (%) | Kontrol Grubu (n=51) n (%) | Test p |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------|
| T0 Değerlendirmesi | | | |
| Tip 1-Tip2 (sert-katı) | 14 (27.5) | 11 (21.6) | $X^2=0.747$ |
| Tip3-Tip4 (normal) | 36 (70.6) | 38 (74.5) | $p=0.688$ |
| Tip5-Tip6-Tip7 (yumuşak-diyare) | 1 (2.0) | 2 (3.9) | |
| T1 Değerlendirmesi | | | |
| Tip 1-Tip2 (sert-katı) | 6 (11.8) | 12 (23.5) | $X^2 =6.572$ |
| Tip3-Tip4 (normal) | 25 (49.0) | 13 (25.5) | $p=0.037$ |
| Tip5-Tip6-Tip7 (yumuşak-diyare) | 0 (0) | 0 (0) | |
| T2 Değerlendirmesi | | | |
| Tip 1-Tip2 (sert-katı) | 10 (19.6) | 22 (43.1) | $X^2=21.178$ |
| Tip3-Tip4 (normal) | 40 (78.4) | 18 (35.3) | $p=0.000$ |
| Tip5-Tip6-Tip7 (yumuşak-diyare) | 0 (0) | 0 (0) | |
| T3 Değerlendirmesi | | | |
| Tip 1-Tip2 (sert-katı) | 6 (11.8) | 26 (51.0) | $X^2=22.567$ |
| Tip3-Tip4 (normal) | 39 (76.5) | 21 (41.2) | $p=0.000$ |
| Tip5-Tip6-Tip7 (yumuşak-diyare) | 4 (7.8) | 0 (0) | |
| T4 Değerlendirmesi | | | |
| Tip 1-Tip2 (sert-katı) | 1 (2.0) | 22 (43.1) | $X^2=47.420$ |
| Tip3-Tip4 (normal) | 43 (84.3) | 18 (35.3) | $p=0.000$ |
| Tip5-Tip6-Tip7 (yumuşak-diyare) | 7 (13.7) | 0 (0) | |

$X^2=Ki$ Kare

Çizelge 4.8'de ÇG ve KG hastaların BDKS'ye göre T0, T1, T2, T3, T4 değerlendirmesindeki dışkı kıvamları yer almaktadır. T0 değerlendirmesinde ÇG ve KG hastalarının dışkı kıvamlarının benzer olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$). T1,T2,T3,T4 değerlendirmesinde KG hastalarında Tip1 ve Tip2 (sert-katı) dışkı kıvamı ÇG hastalarına göre daha fazla olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, post operatif erken dönemde ılık su içirme, saat yönünde abdominal masaj ve lifli beslenmeden oluşan üç girişimli kabızlığı önleme bakım paketinin ortopedik cerrahi uygulanan hastalarda cerrahi sonrası konstipasyon ciddiyetine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Ameliyat sonrası iyileşmenin geliştirilmesi (Enhanced Recovery After Surgery) (ERAS) protokollerine göre ameliyattan sonra 4. saatte erken oral alımın başlanması önerilmektedir (85). Oral alımın erken başlanmasının bağırsak hareketleri üzerinde olumlu etki yarattığı bildirilmiştir (59). Ilık suyun ise midenin boşalma hızını artırarak mide ve bağırsak hareketlerini arttırdığı saptanmıştır (86). Abdominal masajda, bağırsaklarda mekanik ve refleks bir etki oluşturarak karın içi basıncını değiştirip bağırsak hareketlerini arttırmaktadır. Peristaltik hareketler gıdaların gastrointestinal sistem üzerinden geçişini hızlandırır ve dışkıının kalın bağırsaktaki kalış süresi kısaltarak bağırsak hareketlerini arttırmaktadır (43,73,74). Bol miktarda alınan lifli gıdalarla birlikte de dışkıının ağırlığı, bağırsaktan geçiş süresi ve hareket sıklığı etkilenmektedir (80).

Literatür taramasında ortopedi ameliyatı geçiren hastalarda kabızlığı önlemede post operatif erken dönemde ılık su içirme, saat yönünde abdominal masaj ve lifli beslenmeden oluşan üçlü bakım paketi ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bakım paketinin tek bir girişimi ile ilgili mevcut literatür ile bulgular tartışıldı.

Çalışma kapsamına alınan ortopedik cerrahi geçiren ÇG ve KG hastalarının cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaş, çalışma durumu, ameliyat türü, BKİ, kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanma durumu açısından homojen dağıldığı ve istatistiksel açıdan bulguların karşılaştırmaya uygun olduğu belirlendi (Çizelge 4.1). ÇG ve KG hastalarının ameliyat öncesi açlık süresi, ilk mobilizasyona ameliyattan kaç saat sonra çıktıkları ve ameliyat öncesi bağırsak alışkanlığı gibi klinik bulgular açısından da homojen dağıldıkları ve istatistiksel açıdan karşılaştırmaya uygun olduğu belirlendi (Çizelge 4.2). Homojen dağılım ÇG ve KG hastalarının bulgularının karşılaştırılması açısından önemlidir.

ÇG ve KG hastalarının tanıtıcı özelliklerinden refakatçi bulundurma durumuna bakıldığında; ÇG hastalarının %82.4'ünün refakatçisinin bulunduğu, KG hastalarının ise tamamının refakatçisi bulunduğu ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Hastaların yanında bulunan refakatçiler hastanede yatış süreci içerisinde cerrahi sonrası tek başına mobilize olamayan hastaları, tuvalete gitme durumları veya yatak içinde sürgü

kullanma durumları olan hastaları desteklemektedir (3). ÇG hastalarının %17.6'sının refakatçisinin bulunmaması bu hastaların aleyhine, KG hastalarının ise %100'ünün refakatçisinin bulunması bu hastaların lehine bir durum olarak değerlendirildi.

Ameliyat öncesi çalışma ve kontrol grubu hastalarının KRDÖ toplam puan ortalamasına bakıldığında her iki grubunda orta risk grupta oldukları belirlenmiştir (Çizelge 4.3). Kutlu ve arkadaşlarının (2011) KRDÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptıkları araştırma sonucunda cerrahi hastalarının KRDÖ toplam puan ortalamasına göre orta risk grubunda olduklarını saptamışlardır (90). İskender ve Çalışkan (2021) yaptıkları araştırma sonucunda ortopedi cerrahisi öncesi hastaların %89.1'nin orta risk grubunda, %10.9'unun düşük risk grubunda olduğunu belirtmişlerdir (77). Arlı (2019)'nın cerrahi ve dahili kliniklerde yatan hastalarla yaptığı çalışmada KRDÖ'den alınan toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun düşük risk grubunda olduğu belirlenmiştir (37). Şendir ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada KRDÖ toplam puan ortalamalarına göre postoperatif dönemde hastaların orta risk grubunda yer aldığı belirtilmiştir (3). Kaya (2019)'nın herni ameliyatı geçiren hastalarla yaptığı çalışmada ameliyat öncesi KRDÖ toplam puan ortalamasına göre orta risk grubunda oldukları belirtilmiştir (93). Yapılan literatür incelemeleri ile çalışmamızın benzer sonuçlarda olduğu belirlendi. Kadın cinsiyetin, kronik hastalığa sahip olan ve sürekli ilaç kullanan hastaların oranının fazla olmasının ÇG ve KG hastalarının KRDÖ'nde orta risk grubunda yer almalarında etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastaların ilk defekasyona ameliyattan kaç saat sonra çıktıklarına bakıldığında; ÇG hastalarının KG hastalarına göre daha erken defekasyona çıktığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. T1 değerlendirmesinde ÇG hastalarının %62.7'si KG hastalarının %51.0'i, T2 değerlendirmesinde ise ÇG hastalarının %3.9'u KG hastalarının %21.6'sı ilk defa defekasyona çıktığı bulundu. T3 değerlendirmesinde sadece KG hastalarının kalan %9.8'i ilk defa defekasyona çıktığı belirlendi (Çizelge 4.4). Turan ve Aştı (2016)'nın ortopedi hastaları ile yaptığı randomize kontrollü çalışmada da abdominal masaj grubundaki hastaların %70'i (n=21) ameliyat sonrası 4. gün dışkısını yaparken, kontrol grubundaki hastaların %46,7'si ameliyat sonrası 5. gün (n= 14) ilk kez dışkısını yaptığı bulunmuştur (17). Jeong ve Jung (2005)'un yaptıkları çalışmada, abdominal masaj uygulanan ÇG hastalarının KG hastalarına göre defekasyona çıkma süresinin azaldığı saptanmıştır (94). Ayas ve arkadaşlarının (2006) spinal yaralanmalı hastalarda abdominal masajının bağırsak fonksiyonuna etkisini

inceledikleri çalışmada; standart bir bağırsak yönetim programına abdominal masajının eklenmesinin, karın şişkinliğini ve fekal inkontinansı önemli ölçüde azaltabileceğini ve dışkılamayı artırabileceğini belirtmişlerdir (76). Bu sonuçlar doğrultusunda, literatür sonuçları ile çalışmanın bu bulgusu benzerlik göstermektedir.

Literatürde ılık suyun bağırsak hareketleri üzerindeki etkisini inceleyen ortopedi cerrahisi ile ilgili çalışmaya rastlanmadı. Akkurt (2019)'un histerektomi ameliyatı sonrası çalışma grubu hastalarına post op altıncı saatte verilen ılık suyun post op 7. saatte çalışma grubundaki hastaların %86.7'sinin, kontrol grubundaki hastaların %57.8'inin bağırsak hareketlerinin olduğu bildirmiştir (12). Baş (2021) sezaryen ameliyatı sonrası erken oral sıvı alan ÇG hastalarının ilk gaz çıkarma süresi 16.48 ± 13.24 saat iken kontrol grubunda 23.65 ± 11.57 saat olduğu ve GİS komplikasyonlarının az olduğunu belirtmiştir (95). Adeli ve arkadaşlarının (2013) sezaryen sonrası erken beslenmenin GİS komplikasyonlara etkisini araştırdıkları çalışma sonuçlarında; çalışma grubu hastalarında gaz şiddetinin 24.,36. ve 48. saatte kontrol grubu hastalarına göre daha az olduğu ve ilk defekasyon zamanının çalışma grubu hastalarında 5 saat kadar daha erken olduğu belirtilmiştir (96). Çalışkan ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada farklı bir örneklem grubuyla randomize kontrollü çalışmalarında, çalışma grubuna cerrahi sonrası 4. saatte ılık su verilirken, kontrol grubuna cerrahi sonrası 8. saatte oral beslenme başlanmıştır. Cerrahiden sonra çalışma grubundaki hastaların ortalama ilk gaz çıkarma sürelerinin kontrol grubundaki hastalara göre 7 saat daha erken olduğu ve ilk defekasyon sürelerinin çalışma grubundaki hastaların ortalama 3 saat daha erken defekasyona çıktığı belirlenmiştir (58). Yapılan çalışmalara bakıldığında ameliyat sonrası erken oral hidrasyon ve beslenmenin bağırsak hareketlerini daha kısa sürede geri döndüğünü belirlenmiştir (97-99). Araştırma bulguları ile literatür paraleldir.

Defekasyon sırasında zorlanma, dışkı sayısının azlığı, dışkının sertliği, bağırsakların tam boşalamaması gibi semptomlar konstipasyonun tanımlanması bakımından önemlidir (100). Çalışmamızın ana sonucu olarak; ameliyattan sonra dört gün boyunca ortopedi cerrahisi sonrası hastaların kabızlık semptomlarına bakıldığında; konstipasyon, ıkınma, bağırsakları tam boşaltamama, makatta basınç hissi ve makatta ağrının ÇG hastalarında T1 değerlendirmesinden T4 değerlendirmesine kadar semptomların her gün azaldığı, KG hastalarının ise tam tersi her gün arttığı bulundu. T2,T3,T4 değerlendirmesinde aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Çizelge 4.6) **Bu sonuçlar araştırmamızın H₁ hipotezinin doğrulandığını göstermektedir.**

T0 değerlendirmesinde G hastalarının GKÖ puan ortalamalarından ıkınma şiddeti, tam boşalamama şiddeti, konstipasyon şiddeti, makatta basınç hissi şiddeti ve makatta ağrı şiddeti ile KG hastalarının puan ortalamalarının benzer olduğu bulundu. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. T1 değerlendirmesinde G ve KG hastalarının kabızlık, ıkınma, bağırsakları tam boşaltamama, makatta ağrı, makatta basınç hissi şiddetine bakıldığında; G ve KG arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. T1 değerlendirmesinde G hastalarının gaz oluşum şiddetinin KG hastalarının gaz oluşum şiddetine oranla daha az olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (izelge 4.6). G hastalarına ameliyat sonrası erken dönemde ılık su içirmenin sonucu olarak bu hastaların gaz çıkışının daha erken olduğu ve oluşum şiddetinin KG hastalarına göre daha az olduğu dşynlmektedir. Bu sonuç literatür bilgisi ile de desteklenmektedir (12).

İskender ve alışkan (2021)'nin akupresür ve abdominal masaj uygulamasını ortopedi cerrahisi geçiren hastalarla yaptıkları çalışmada; hastalarda kabızlık semptomları şiddetinin azaldığı ve ilk defekasyona çıkma sürelerinde akupresür grubunun %66,7'si, abdominal masaj grubunun %43,3' ve kontrol grubunun %25,8'i postoperatif 1. gün defekasyona çıktığı saptanmıştır (77). Turan ve Aştı (2016)'nin ortopedi ameliyatı olan hastalarla yaptıkları çalışmada ameliyatın 4., 5. ve 6. günlerinde, günde 2 kez sabah-aşam olmakzere 15 dakika boyunca yaptıkları masaj uygulamasının kabızlık belirtilerini azalttığı ve cerrahi sonrası defekasyona çıkış süresinin diğer hastalara göre daha erken olduğu belirtilmiştir (17). Seyyedraşoli ve arkadaşlarının (2016) ortopedi hastaları ile yaptığı çalışmasında, postoperatif dönemde abdominal masaj yapılan hastaların kabızlık şiddetinin azaldığı, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve bu farklılığın postoperatifrnc ve altıncı günler arasında görüldüğü bulunduğudur (16). Literatür bilgileri ile çalışma sonuçları da paraleldir.

Ameliyat sonrası dört gün boyunca G ve KG hastalarının Bristol Dışkı Kıvamı Skalasına göre konstipe olma durumu değerlendirildi. Tip 1 ve Tip 2 kabız, Tip 3 ve Tip 4 normal dışkılama, Tip 5, Tip 6 ve Tip 7 ise diyare olarak Bristol Dışkı Kıvamı skalasına göre tanımlanmaktadır (92).

Araştırmamızın bir diğer önemli bulgusu da G hastalarının KG hastalarına göre T1,T2,T3,T4 değerlendirmesinde kabızlık görülme oranları arasındaki fark incelendiğinde; G hastalarının T1 değerlendirmesinden T4 değerlendirmesine kadar kabız olma oranlarının azaldığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (izelge 4.7). T0 değerlendirmesinde G ve KG hastalarının dışkı kıvamlarının

benzer olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu. T1,T2,T3,T4 değerlendirmesinde KG hastalarında Tip1 ve Tip2 (sert-katı) dışkı kıvamı G hastalarına göre daha fazla olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (izelge 4.8). **Bu sonuçlar araştırmamızın H1₂ hipotezinin doğrulandığını göstermektedir.**

Yıldırım (2018)'ın yaptığı çalışmada beş hafta boyunca abdominal masaj uygulanan G hastalarının BDKS'ye göre konstipe (Tip 1 ve Tip 2) olma oranları her hafta azalırken KG hastalarının kabız olma oranlarının her hafta artmakta olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (101). Bromley (2014)'in yaptığı çalışmada 6 hafta boyunca uygulanan abdominal masaj sonrasında BDKS'na göre kabız hasta sayısının azaldığı ve istatistiksel olarak bu azalmanın anlamlı olduğu belirtilmiştir (102). Literatür bulguları ile araştırma bulguları da benzer özelliktedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Ortopedi cerrahisi sonrası hastaların kabızlık yönetiminde hastalara cerrahi sonrası erken dönemde ılık su içirme, abdominal masaj uygulama ve lifli beslenme ile destekleme konusunda nonfarmakolojik yöntemler değerlendirildi. Araştırma sonuçlarına göre;

- ÇG ve KG hastalarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, ameliyat türü, BKİ, ameliyat öncesi bağırsak alışkanlığı, kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanma durumu gibi tanıtıcı özellikler açısından benzerdir. Homojen dağılım ÇG ve KG hastalarının bulgularının karşılaştırılması açısından önemlidir.
- Ameliyattan sonra erken dönemde ılık su içirmenin ÇG ve KG hastalarının gaz oluşum şiddetleri üzerinde anlamlı bir fark yarattığı belirlendi. Ameliyat sonrası erken dönemde ılık su içirilen ÇG hastalarının gaz oluşum şiddetlerinin KG hastalarına göre daha az olduğu bulundu.
- Erken dönemde ılık su içirme, abdominal masaj ve lifli beslenme ile desteklemenin konstipasyon semptomları şiddetini azalttığı bulundu.
- Erken dönemde ılık su içirme, abdominal masaj ve lifli beslenme ile desteklemenin dışkı kıvamını azalttığı bulundu.

6.1. Öneriler

Araştırma sonuçlarına dayalı olarak;

- Ortopedi cerrahisi sonrası hastaların yutkunma ve öğürme refleksi kontrol edilerek erken dönemde ılık su içirilmesi,
- Cerrahi sonrasında kabızlık riski yüksek olan hastalara non-invaziv, güvenilir ve kolay uygulanabilirliği yönünden abdominal masaj uygulanması,
- Aynı şekilde bu grup hastaların özellikle majör ortopedi cerrahisi sonrası diyetlerinin lif yönünden daha zengin olması,
- Abdominal masaj uygulaması ile ilgili hemşirelere eğitimler verilmesi ve sertifika programları hazırlanarak bu uygulamanın daha sık kullanılması,
- Çalışmamızdaki bakım paketimizin etkinliği ile ilgili örneklemin artırılarak başka araştırmaların da yapılması önerilir.

6.2. Sınırlılıklar

- Araştırmanın tek merkezde yapılmış olması, tez çalışması olması ve zaman limiti bulunması nedeni ile sınırlı sayıda örneklem ile çalışılmış olması araştırmanın bir sınırlılığıdır.
- Hastaların yemeklerinin tamamını tüketip tüketmediklerinin hesaplanmamış olması araştırmanın sınırlılığıdır.
- Çalışma grubu hastalarının cerrahi günü ameliyat saatlerinin farklı olmasından dolayı T1 değerlendirmesinde çalışma grubu hastaları için ameliyattan sonra eşit süre geçmiş olmaması da araştırmanın bir sınırlılığıdır.
- Ancak ortopedi cerrahisi hastalarına uygulanmış konstipasyonu önleyici bu içerikteki bakım paketi ile ilgili ilk çalışma olması araştırma bulgularını önemli ve değerli kılmaktadır.

KAYNAKÇA

1. Bengi, G., Yalçın, M. ve Akpınar, H. (2014). Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, 18(2), 181-197.
2. Kaya N.ve Turan N. (2011). Konstipasyon ciddiyet ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. *Türkiye Klinikleri*, 6, 1491-1501.
3. Sendir M., Büyükyılmaz F., Aştı T., Gürpınar S. ve Yazgan I. (2012). Postoperative constipation risk assessment in Turkish orthopedic patients. *Gastroenterology Nursing*, 35(2), 106-113.
4. Lyte, M., Vulchanova, L. ve Brown, D. R. (2011). Stress at the intestinal surface: Catecholamines and mucosa–bacteria interactions. *Cell and Tissue Research*, 343, 23-32.
5. Söderholm JD. (2012). Effects of stress on intestinal mucosal functions. *Physiology of the Gastrointestinal Tract* içinde (s. 1979-2000). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-382026-6.00074-9>
6. Yücel, B. O. ve Karadağ, M. (2020). Girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan hastaların tedavi öncesi yaşadıkları konstipasyon ciddiyetinin ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*, 1(2), 15-26.
7. Yüksel S. ve Ülker S. (2018). Kalça kırıklı hastalarda bakımın değerlendirilmesi: Prospektif bir çalışma. *Journal of Academic Research in Nursing*, 4(2), 65-74.
8. Wittig-Wells, D., Sapp, P., Higgins, M., Davis, E., Carter, J. ve Jacob, A. (2019). Randomized controlled trial of a natural food-based fiber solution to prevent constipation in postoperative spine fusion patients. *Orthopaedic Nursing*, 38(6), 367-372.
9. Trads, M. ve Pedersen, P. U. (2015). Constipation and defecation pattern the first 30 days after hip fracture. *Int J Nurs Pract*, 21(5), 598-604.
10. Nouhi, E., Mansour-Ghanaei, R., Hojati, S. A. ve Chaboki, B. G. (2022). The effect of abdominal massage on the severity of constipation in elderly patients hospitalized with fractures: A randomized clinical trial. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 47, 100936.
11. Kaçmaz, Z. ve Kaşıkçı, M. (2007). Effectiveness of bran supplement in older orthopaedic patients with constipation. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 928-936.
12. Akkurt T. (2019). *Laparoskopik histerektomi ameliyatı sonrası hastalara verilen ılık suyun gastrointestinal fonksiyonlara etkisi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Marmara Üniversitesi.
13. Şahin, E. (2013). *Sezaryen sonrası sakız çiğneme, erken oral hidrasyon ve erken mobilizasyonun bağırsak motilitesine etkisi*. [Yayımlanmamış doktora tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
14. Lämås, K., Lindholm, L., Stenlund, H., Engström, B. ve Jacobsson, C. (2009). Effects of abdominal massage in management of constipation—A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 759-767.

15. Kassolik, K., Andrzejewski, W., Wilk, I., Brzozowski, M., Voyce, K., Jaworska-Krawiecka, E. ve Kurpas, D. (2015). The effectiveness of massage based on the tensegrity principle compared with classical abdominal massage performed on patients with constipation. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(2), 202-211.
16. Seyyedrassoli, A., Ghahramanian, A., Azizi, A., Goljarian, S., Gillespie, M. ve Aydinferd, S. (2018). Comparison of effectiveness of reflexology and abdominal massage on constipation among orthopedic patients: A single-blind randomized controlled trial. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(10), 33-40.
17. Turan, N. ve Atabek Aştı, T. (2016). The effect of abdominal massage on constipation and quality of life. *Gastroenterology Nursing*, 39(1), 48-59.
18. Liu, Y., Tang, W. P., Gong, S. ve Chan, C. W. (2017). A systematic review and meta-analysis of acupressure for postoperative gastrointestinal symptoms among abdominal surgery patients. *The American Journal of Chinese Medicine*, 45(6), 1127-1145.
19. Monmai, P., Tilokskulchai, F., Putwatana, P. ve Kawinwonggowit, V. (2011). The effects of a constipation prevention program on incidence and severity of constipation in hospitalized elderly undergoing hip surgery. *Nursing Science Journal of Thailand*, 29(4), 10-17.
20. Durmuş İskender, M. (2019). *Total diz artroplastisi yapılan hastalara uygulanan akupresür ve abdominal masajın konstipasyon gelişimi üzerine etkisi* ([Yayımlanmamış doktora tezi].Gazi Üniversitesi,.
21. Türkay, C., Aydoğan, T. ve Özden A. (2005). Konstipasyon tanım ve epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji*, 48-52.
22. Lindberg, G., Hamid, S. S., Malfertheiner, P., Thomsen, O. O., Fernandez, L. B., Garisch, J. ve LeMair, A. (2011). Dünya Gastroenteroloji Örgütü küresel kılavuzu: Kabızlık-küresel bir bakış açısı. *Klinik Gastroenteroloji Dergisi*, 45(6), 483-487.
23. Türkay, Ö. ve Saka, M. (2016). Konstipasyon ve diyet. *Güncel Gastroenteroloji*, 20(3), 234-239.
24. Kaya, M., ve Kaçmaz, H. (2016). Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel barsak hastalıklarının yeniden değerlendirilmesi. *Güncel Gastroenteroloji*, 20(4), 393-407.
25. Omar, M. M. (2008). *Fonksiyonel konstipasyon ve konstipasyon baskın irritabl barsak sendromlu hastalarda kolon transit zamanı*. İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
26. İnce, M. ve Remzi, F. H. (2011). Kronik kabızlık ve diyet. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(1), 71-76.
27. Schmulson, M. J. ve Drossman, D. A. (2017). What is new in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil*, 23(2), 151–163.
28. Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262-1279.

29. Larussa, T., Rossi, M., Suraci, E., Marasco, R., Imeneo, M., Abenavoli, L. ve Lizza, F. (2019). Use of complementary and alternative medicine by patients with irritable bowel syndrome according to the Roma IV criteria: A Single-Center Italian Survey. *Medicina*, 55(2), 46-60.
30. Blake, M. R., Raker, J. M. ve Whelan, K. (2016). Validity and reliability of the Bristol Stool Form Scale in healthy adults and patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 44(7), 693-703.
31. Johanson, J. F., Sonnenberg, A. ve Koch, T. R. (1989). Clinical epidemiology of chronic constipation. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 11(5), 525-536.
32. Davies, A., Leach, C., Caponero, R., Dickman, A., Fuchs, D., Paice, J. ve Emmanuel, A. (2020). İlerlemiş kanserli hastalarda kabızlığın yönetimine ilişkin MASCC önerileri. *Kanserde Destekleyici Bakım*, 28(1), 23-33.
33. Ayık, D. B. ve Can, G. (2020). Palyatif bakım hastalarında konstipasyonun yönetimi ve akupresürün etkinliği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(2), 141-148.
34. Birimoğlu-Okuyan, C. ve Bilgili, N. (2019). Yaşlılarda konstipasyon sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi: Bir huzurevi çalışması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 27(2), 157.
35. Karatay, G. ve Baş, N. G. (2018). Kız öğrencilerde konstipasyon prevalansı ve yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(1), 29-38.
36. Çağlar, S. ve Hisar, K. M. (2018). Aile sağlığı merkezine başvuran gebelere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin konstipasyonun giderilmesinde etkinliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 156-163.
37. Arlı, Ş. K. (2019). Cerrahi ve dahili kliniklerde yatan hastalarda konstipasyon riskinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Colorectal Disease*, 29(1), 19.
38. Turan N., Aştı TA., Kaya N. (2017). Nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda konstipasyon ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1), 73-78.
39. Kayıkçı, E. E., Kocatepe, V., Akyüz, F. ve CAN, G. (2020). The effects of abdominal massage on the management of constipation: A systematic review of randomised controlled trials. *Bezmialem Science*, 8(3).
40. Lyte, M., Vulchanova, L. ve Brown, D. R. (2011). Stress at the intestinal surface: Catecholamines and mucosa-bacteria interactions. *Cell and Tissue Research*, 343, 23-32.
41. Wong, P. W. ve Kadakia, S. (1999). Kronik kabızlık ile nasıl başa çıkılır: Sorunun kaynağının saptanması ve tedavisi için adım adım bir yöntem. *Lisansüstü Tıp*, 106(6), 199-210.
42. Richmond, J. P. ve Wright, M. E. (2005). Development of a constipation risk assessment scale. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9(1-2), 37-48.
43. Turan, N. ve Aştı, T. A. (2015). Konstipasyon yönetiminde abdominal masajın önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2), 148-154.

44. Büyükyılmaz, F. ve Şendir M. (2009). Cerrahi hastalarında barsak boşaltımı sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1), 74-81.
45. Yava, A., Tosun, N., Ünver, V. ve Çiçek, H. (2011). Patient and nurse perceptions of stressors in the intensive care unit. *Stress and Health*, 27(2), 36-47.
46. Lassen, K., Soop, M., Nygren, J., Cox, P. B., Hendry, P. O., Spies, C. ve Dejong, C. H. (2009). Enhanced recovery after surgery (ERAS) group. Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) group recommendations. *Arch Surg*, 144(10), 961-969.
47. Tekin, F. (2011). *Ortopedik cerrahi hastalarının bireyselleştirilmiş bakımı algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Trakya Üniversitesi.
48. Obayemi, J. E., Card, E. B., Shirima, O., Massawe, H., Mandari, F., Pallangyo, A. ve Sheth, N. P. (2020). Psychosocial health of patients receiving orthopaedic treatment in northern Tanzania: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 50, 49-55. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2019.10.020>
49. Vincent, H. K., Horodyski, M., Vincent, K. R., Brisbane, S. T. ve Sadasivan, K. K. (2015). Psychological distress after orthopedic trauma: prevalence in patients and implications for rehabilitation. *PM&R*, 7(9), 978-989.
50. Turan, N. ve Sendir, M. (2019). Defining care needs for inpatients in the orthopaedics and traumatology clinic. *International Journal of Caring Sciences*, 12(21), 1001-1007.
51. Lin, P. C., Wang, C. H., Liu, Y. Y. ve Chen, C. S. (2013). Orthopaedic inpatient rehabilitation conducted by nursing staff in acute orthopaedic wards in Taiwan. *International Journal of Nursing Practice*, 19(6), 618-626. <https://doi.org/10.1111/ijn.12113>
52. Esoga, P. I. ve Seidl, K. L. (2012). Best practices in orthopaedic inpatient care. *Orthopaedic Nursing*, 31(4), 236-240. <https://doi.org/10.1097/NOR.0b013e31825dfe23>
53. Mohamed, L. A. E. K. ve Hanafy, N. F. (2013). Hydrotherapy versus laxative for treatment of postoperative constipation among orthopedic patients. *Adv Life Sci Technol*, 14, 50-63.
54. Coenen, P., Hulsege, G., Daams, J. G., Van Geenen, R. C., Kerkhoffs, G. M., Van Tulder, M. W., Huirne, J. A., Anema, J. R. ve Kuijer, P. P. (2020). Integrated care programmes for sport and work participation, performance of physical activities and quality of life among orthopaedic surgery patients: A systematic review with meta-analysis. *BMJ Open Sport and Exercise Medicine*, 6, e000664. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2019-000664>
55. Blomberg, A. C., Lindwall, L. ve Bisholt, B. (2019). Operating theatre nurses' self-reported clinical competence in perioperative nursing: A mixed method study. *Nursing Open*, 6(4), 1510-1518.
56. Sillero Sillero, A. ve Zabalegui, A. (2018). Satisfaction of surgical patients with perioperative nursing care in a Spanish tertiary care hospital. *SAGE Open Medicine*, 6, 2050312118818304.

57. Dığın, F., Özkan, Z. K. ve Şahin, A. D. (2022). Cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunluğu ile bakım davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 272-277.
58. Çalışkan, N., Bulut, H. ve Konan, A. (2016). The effect of warm water intake on bowel movements in the early postoperative stage of patients having undergone laparoscopic cholecystectomy: a randomized controlled trial. *Gastroenterology Nursing*, 39(5), 340-347.
59. Irmak, B. ve Bulut, H. (2021). Abdominal cerrahi sonrasında bağırsak fonksiyonlarını artırmada farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı: Kanıtlar ne diyor? *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (14), 336-350.
60. Rasmussen, L. S. ve Pedersen, P. U. (2009). Constipation and defecation pattern the first 30 days after thoracic surgery. *Scandinavian Journal of Carinf Sciences*; 244-250.
61. Güngörmüş, Z. ve Kıyak, E. (2012). Ağrı yaşayan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ağrı Dergisi*, 24(3), 123-129.
62. Güngördük, K. ve Özdemir, I. A. (2021). Non-pharmacological interventions for the prevention of postoperative ileus after gynecologic cancer surgery. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*.60(1), 9-12. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.11.002>
63. Holte, K., Kristensen, B. B., Valentiner, L., Foss, N. B., Husted, H. ve Kehlet, H. (2007). Liberal versus restrictive fluid management in knee arthroplasty: A randomized, double-blind study. *Anesthesia & Analgesia*, 105(2), 465-474.
64. Holte, K., Foss, N. B., Andersen, J., Valentiner, L., Lund, C., Bie, P. ve Kehlet, H. (2007). Liberal or restrictive fluid administration in fast-track colonic surgery: a randomized, double-blind study. *British Journal of Anaesthesia*, 99(4), 500-508.
65. Kehlet, H. ve Wilmore, D. W. (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Annals of Surgery*, 248(2), 189-198.
66. Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N. ve Francis, N. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. *World Journal of Surgery*, 43(3), 659-695.
67. Yamada, T., Hayashi, T., Cho, H., Yoshikawa, T., Taniguchi, H., Fukushima, R. ve Tsuburaya, A. (2012). Usefulness of enhanced recovery after surgery protocol as compared with conventional perioperative care in gastric surgery. *Gastric Cancer*, 15, 34-41.
68. Taşdemir, N. ve Çelik, S. Ş. (2011). Hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26(3), 23-32.
69. Bozkırlı, B. O., Gündoğdu, R. H., Ersoy, P. E., Akbaba, S., Temel, H. ve Sayın, T. (2012). ERAS protokolü kolorektal cerrahi sonuçlarımızı etkiledi mi?. *Turkish Journal of Surgery*, 28(3), 149-152.
70. Wu, M., Yang, L., Zeng, X., Wang, T., Jia, A., Zuo, Y. ve Yin, X. (2019). Safety and feasibility of early oral hydration in the postanesthesia care unit after laparoscopic cholecystectomy: A prospective, randomized, and controlled study. *Journal of*

71. Terzioğlu, F., Şimşek, S., Karaca, K., Sarıncı, N., Altunsoy, P. ve Salman, M. C. (2013). Abdominal jinekolojik cerrahiyi takiben bağırsak motilitesinde multimodal müdahaleler (sakız, erken oral hidrasyon ve erken mobilizasyon). *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 1917-1925.
72. Liu, Z., Sakakibara, R., Odaka, T., Uchiyama, T., Yamamoto, T., Ito, T. ve Hattori, T. (2005). Mechanism of abdominal massage for difficult defecation in a patient with myelopathy (HAM/TSP). *Journal of Neurology*, 252, 1280-1282.
73. McClurg, D., Hagen, S., Hawkins, S. ve Lowe-Strong, A. (2011). Abdominal massage for the alleviation of constipation symptoms in people with multiple sclerosis: A randomized controlled feasibility study. *Multiple Sclerosis Journal*, 17(2), 223-233.
74. Smith, G. D. (2013). Abdominal massage for constipation: techniques, evidence base and safety. *Gastrointestinal Nursing*, 11(1), 11-14.
75. Olgun S. (2016). Konstipasyon yönetiminde abdominal masaj uygulaması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(3), 118-126.
76. Ayas, S., Leblebici, B., Sözcü, 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.
77. Iskender, M. D. ve Caliskan, N. (2021). Determining preoperative constipation risk for patients undergoing total knee arthroplasty. *International Journal of Caring Sciences*, 14(3), 1926.
78. Sinclair, M. (2011). The use of abdominal massage to treat chronic constipation. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 15(4), 436-445.
79. Bijkerk, C. J., Muris, J. W. M., Knottnerus, J. A., Hoes, A. W. ve De Wit, N. J. (2004). Systematic review: the role of different types of fibre in the treatment of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 19(3), 245-251.
80. Dennison, C., Prasad, M., Lloyd, A., Bhattacharyya, S. K., Dhawan, R. ve Coyne, K. (2005). The health-related quality of life and economic burden of constipation. *Pharmacoeconomics*, 23, 461-476.
81. Emanuel, E. J., Wendler, D., Killen, J. ve Grady, C. (2004). What makes clinical research in developing countries ethical? The benchmarks of ethical research. *Journal of Infectious Diseases*, 189(5), 930-937.
82. World Medical Association (2008). *Declaration of Helsinki*. <http://www.wma.net/e/ethicsunit/helsinki.htm>
83. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Baskı). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
84. Research Randomizer (b.t.). <https://www.randomizer.org/> (Erişim tarihi: 10.09.2023)
85. Eras Society (b.t.). <http://erassociety.org> (Erişim tarihi: 24.04.2022)

86. Hodges, L. A., Hughes, A., Targett, D. ve Durcan, M. J. (2014). Does a hot drink provide faster absorption of paracetamol than a tablet? A pharmacoscintigraphic study in healthy male volunteers. *Pharm Res.* 31(8), 2078–2085.
87. Folden, S. L. (2002). Practice guidelines for the management of constipation in adults. *Rehabilitation Nursing*, 27(5), 169-175.
88. Özcan, B. A. ve Saka, M. (2018). Fonksiyonel konstipasyonu olan yetişkin bireylerin posa, sıvı ve vitamin mineral alımlarının değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 46(3), 220-229.
89. Richmond, J. P. ve Wright, M. E. (2006). Development of a constipation risk assessment scale. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 10(4), 186-197.
90. Kutlu, A. K., Yılmaz, E., Çeçen, D. ve Eser, E. (2011). The reliability and validity of the Turkish version of the constipation risk assessment scale. *Gastroenterology Nursing*, 34(3), 200-208. <https://doi.org/10.1097/SGA.0b013e31821ab553>
91. Pamuk, Ö. N., Pamuk, G. E. ve Celik, A. F. (2003). Revalidation of description of constipation in terms of recall bias and visual scale analog questionnaire. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 18(12), 1417-1422.
92. Lewis, S. J. ve Heaton, K. W. (1997). Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 32(9), 920-924.
93. Kaya, M. (2019). *Herni ameliyatı geçiren bireylerde ameliyat sonrası bağırsak boşaltımını gerçekleştirme ve konstipasyonun önlenmesinde çömelle pozisyonunun etkisi*. Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.
94. Jeong, S. Y. ve Jung, H. M. (2005). The effects of abdominal meridian massage on constipation among CVA patients. *Journal of Korean Academy Nursing*, 35(1), 135-142.
95. Baş, M. (2021). *Sezaryen ameliyatı sonrası oral sıvı alımına erken başlanılmasının ve erken mobilizasyonun gaz çıkışına etkisi*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Medipol Üniversitesi.
96. Adeli, M., Razmjoo, N., Tara, F. ve Ebrahimzade, S. (2013). Effect of early post cesarean feeding on gastrointestinal complications. *Nursing and Midwifery Studies*, 2(2), 176.
97. Mulayim, B., Celik, N. Y., Kaya, S. ve Yanik, F. F. (2008). Early oral hydration after cesarean delivery performed under regional anesthesia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 101(3), 273-276.
98. Yetimalar, H., Köksal, A., Aksakallı, V., Kasap, B. ve Çukurova, K. (2010). Major abdominal jinekolojik cerrahi sonrası erken oral beslenmenin etkileri. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 7(1), 40-44.
99. Jalilian, N. ve Ghadami, M. R. (2014). Randomized clinical trial comparing postoperative outcomes of early versus late oral feeding after cesarean section. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 40(6), 1649-1652.
100. Bharucha, A. E., Pemberton, J. H. ve Locke, G. R. (2013). American gastroenterological association technical review on constipation. *Gastroenterology*, 144(1), 218-238.

101. Yıldırım D. (2018). *Opioid ilaç kullanan hastalarda gelişen konstipasyonun yönetiminde abdominal masaj uygulamanın etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
102. Bromley, D. (2014). Abdominal massage in the management of chronic constipation for children with disability. *Community Practitioner*, 87(12), 25-29.

EKLER

EK-1 Etik Kurul İzni

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı

Karar No : 2022/051
Karar Tarihi : 27.06.2022

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Aynur KOYUNCU,

"Ortopedik Cerrahi Uygulanan Hastalarda Kabızlığı Önleme Bakım Paketinin Cerrahi Sonrası Konstipasyon Ciddiyetine Etkisinin Belirlenmesi" konulu çalışmanızın girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Başkan

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Üye

Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL
Üye

Prof. Dr. Nermin OLGUN
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Prof. Dr. Yavuz YAKUT
Üye

Prof. Dr. Ayla YAVA
Üye

EK-2 İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - GAZİANTEP
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRLİĞİ
05 08 2022 16.38 - E-87825162 - 774 99 - 4322



Sayı : E-87825162-774.99
Konu : Kübra KAYA'nın Araştırma İzni Hk.

ABDULKADİR YÜKSEL DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Bilimsel Araştırma İzni için başvuruda bulunan Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Kübra KAYA, "Ortopedik Cerrahi Uygulanan Hastalarda Kabızlığı Önleme Bakım Paketinin Cerrahi Sonrası Konstipasyon Ciddiyetine Etkisinin Belirlenmesi" konulu veri toplamaya yönelik yüksek lisans tez çalışmasını Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi'nde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Hüseyin ÖZKAN
Sağlık Hizmetleri Başkanı V.

Ek:
Kübra KAYA'nın Uygunluk Yazısı Hk.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 9e533a69-c5a1-43d3-8497-6955cbf16346 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Kayaönü Mahallesi, 42035. Sk., 27500 Şehitkamil/Gaziantep

Bilgi için: Halime YAKUT

Telefon: Faks No:

MEMUR

e-Posta: halime.yakut@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü

Telefon No: (0 342) 220 96 14



EK-3 Kurum İzni

|  T.C. GAZİANTEP VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARINI SAĞLIK TESİSİ İZİN FORMU | |
|---|---|
| ARAŞTIRMACIYA AİT BİLGİLER | |
| Adı Soyadı | Kiliza KAYA |
| Kurum / Üniversite | Huam Kalyoncu Üniversitesi |
| Bölümü | Hamilelik |
| Telefoni | 553062444 |
| e-mail adresi | kiliza_kaya_01@hotmail.com |
| ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER | |
| Araştırmanın Konusu (Araştırmanın amaç ve içeriği) | Ortopedik cerrahi uygulamalar hastalarında kabızlığı önleme bakım politikasının cerrahi sonrası komitipasyon ciddiyetine etkisini belirlemesi |
| Araştırmanın Statüsü (Araştırılacak konularla ilgili uygun olanları işaretleyiniz) | <input checked="" type="checkbox"/> YL Test <input type="checkbox"/> Doktora Test <input type="checkbox"/> Bireysel Araştırma Projesi <input type="checkbox"/> Uzmanlık Testi |
| Araştırmanın destekleyicisi var mı? | <input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır |
| Evet ise, araştırma bütçesinin kaynağı araştırılardan hangisi tarafından sağlandı? | <input type="checkbox"/> Sağlık Bakanlığı <input type="checkbox"/> TÜBİTAK <input type="checkbox"/> Kalkınma Bakanlığı <input type="checkbox"/> Baş Fırman (Diğer belirtiniz) |
| Araştırmada yetki alanı Durumları | Adı Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KOYUNCU Çalıştığı Kurum: Huam Kalyoncu Üniversitesi İletişim: 05398555092 |
| Araştırma bütçesinin tamamı karşılanıp etik kurul var mı? | <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| Araştırma bütçesinin tamamı karşılanıp Eğitim Kurumları Kurulu (EKK) kararı var mı? | <input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır |
| Araştırmanın Amacı/Kapsamı: | Bu çalışmanın amacı, post operatif erken dönemde etik ve işleme, saat içinde abdominal masaj ve 15li beklimeden oluşan üç girişimli kabızlığı önleme bakım politikasının ortopedik cerrahi uygulamalar hastalarında cerrahi sonrası komitipasyon ciddiyetine etkisini belirlemesidir. |
| Araştırma Veri Toplama Yöntemi | Veriler bireylerin tamamı bilgilerini içeren Tanıtıcı Bilgi Formu, Komitipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ve Komitipasyon Ciddiyet Ölçeği kullanılarak toplanacaktır. |
| Araştırmanın Yapılacağı Zaman Aralığı: | Temmuz 2022-Haziran 2023 |
| Araştırmanın yapılacağı Sağlık Tesisleri: | Abdulkadir Yıkıcı Devlet Hastanesi |
| <p>Kurumunuzda yürütüleceğini yazdırdığınız çalışmaya ilişkin, kurumunuzun kuruluşuna ilişkin, kapsama dışı hiçbir veri toplanmayacağına, veri topladığınız kurumca ve kişilerin rızasını aldığını, kurumunuzun interneti dışında etik kurul izni almadığını, kurumunuzun izni dışında başka hiçbir araştırma yürütüleceğini, araştırmanın kurumunuzun interneti dışında kurumunuzun izni olmadan başka bir kurumla izni alınmadığını, İl Sağlık Müdürlüğüne ve Hastanemize uygun bulduğunuz verileri paylaşmayacağınızı, taahhüt ederim.</p> | |
| OKUR:  | Adı Soyadı TC No: Adres: BMZA  |
| Uygun Değil ise Gerektirir: | |

EK-4

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME FORMU (ÇALIŞMA GRUBU)

Sayın katılımcı;

“Ortopedik Cerrahi Uygulanan Hastalarda Kabızlığı Önleme Bakım Paketinin Cerrahi Sonrası Konstipasyon Ciddiyetine Etkisinin Belirlenmesi” isimli çalışmaya davet edilmiş bulunmaktasınız.

Ameliyat sonrası hastalarda oluşan cerrahi stres ile bağırsak hareketlerinin azaldığı görülmüştür. Ayrıca ameliyat sonrası hastaların uzun süre ayağa kalkamaması, tuvalet ihtiyacını yatağında sürgü kullanarak gidermek zorunda olması, ağrı durumunda kullanılan analjeziklerin etkisi ile kabızlık riski daha da artmaktadır. Bu durum da hastalarda rahatsızlık, şişkinlik, huzursuzluk gibi problemlere yol açabilmektedir. Bu çalışma ile ortopedik cerrahi sonrası kabızlığın önlenmesi için uygulanacak bakım paketi sonrası bu bakım paketinin kabızlık ciddiyetine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Gaziantep Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde ortopedik cerrahi yapılan hastalarla gerçekleştirilecek çalışmada toplam 102 gönüllü katılımcının alınması planlanmaktadır. 51 çalışma grubu ve 51 kontrol grubu şeklinde oluşturulacaktır.

Araştırmaya katılma koşulları;

- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Ortopedik cerrahi geçiren,
- Türkçe okuyup, yazabilen,
- Anket sorularını doğru yanıtlanması açısından psikiyatrik bir hastalık tanısı olmayan ve bu nedenle ilaç tedavisi almayan,
- Kronik konstipasyonu bulunmayan ve buna yönelik ilaç kullanmayan,
- Abdominal bölgede yara, cerrahi girişim olmayan,
- Ameliyat öncesi dönemde mobilize olan,
- Soruları yanıtlayabilmesi açısından kolunda ve elinde sargı veya bandaj bulunmayan,
- ASA skoru <III olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar araştırmaya dahil edilecektir.

Uygulama aşamaları;

- Araştırma kapsamında; cerrahiden bir gün önce günü size “Tanıtıcı Bilgiler Formu”, “Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği”, “Görsel Kıyaslama Ölçeği” ve “Bristol Dışkı Kıvamı Skalası” uygulanacaktır.
- Ameliyattan çıktıktan 4 saat sonra yutma ve öğürme refleksiniz kontrol edilecektir.
- Yutma ve öğürme refleksiniz başladıysa hemşire odasında ısıtılıp su termometresiyle 37° de ölçülen 200 ml ılık su temiz pet bardak ile size 3 dakika içerisinde içirilecektir.
- Diyetisyen ile iş birliği içinde dört gün boyunca lifli beslenme sağlanacaktır.
- Ameliyattan bir gün sonra başlayıp 4. güne kadar sabah ve akşam öğünlerden 30 dakika sonra günde 2 kez 15’er dakika abdominal masaj uygulanacaktır.
- Ameliyattan bir gün sonra başlanarak 4 gün boyunca sabah 09:00-10:00 arasında “Görsel Kıyaslama Ölçeği” ve “Bristol Dışkı Kıvamı Skalası” uygulanacaktır.
 - ✓ Katılımınız cerrahi günü başlayıp ameliyat sonrası dördüncü gün sonlanacaktır.
 - ✓ Çalışma için öngörülen bir risk bulunmamaktadır.
 - ✓ Sizden elde edilen veriler diğer gruptan elde edilen verilerle karşılaştırılacaktır.
 - ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olduktan sonra araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılmak istemeniz durumunda araştırma dışı kalabilirsiniz.
 - ✓ Araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.
 - ✓ Araştırmamıza katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır.
 - ✓ Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.
 - ✓ Araştırma sonunda elde edilen bilgilerin başka insanlara da faydalı olabilmesi için, bilimsel ortamlara konuşulup tartışılacak ve dergilerde yayınlanacaktır.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU KLİNİK

**ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA
OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi, Telefon numarası, Tarih

Araştırmayı yapan araştırmacının Adı, Soyadı, Telefon numarası, İmzası

Kübra KAYA 05536064848

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek lisans öğrencisi

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME FORMU (KONTROL GRUBU)

Sayın katılımcı;

“Ortopedik Cerrahi Uygulanan Hastalarda Kabızlığı Önleme Bakım Paketinin Cerrahi Sonrası Konstipasyon Ciddiyetine Etkisinin Belirlenmesi” isimli çalışmaya davet edilmiş bulunmaktasınız.

Ameliyat sonrası hastalarda oluşan cerrahi stres ile bağırsak hareketlerinin azaldığı görülmüştür. Ayrıca ameliyat sonrası hastaların uzun süre ayağa kalkamaması, tuvalet ihtiyacını yatağında sürgü kullanarak gidermek zorunda olması, ağrı durumunda kullanılan analjeziklerin etkisi ile kabızlık riski daha da artmaktadır. Bu durum da hastalarda rahatsızlık, şişkinlik, huzursuzluk gibi problemlere yol açabilmektedir. Bu çalışma ile ortopedik cerrahi sonrası kabızlığın önlenmesi için uygulanacak bakım paketi sonrası bu bakım paketinin kabızlık ciddiyetine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Gaziantep Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde ortopedik cerrahi yapılan hastalarla gerçekleştirilecek çalışmada toplam 102 gönüllü katılımcının alınması planlanmaktadır. 51 çalışma grubu ve 51 kontrol grubu şeklinde oluşturulacaktır.

Araştırmaya katılma koşulları;

- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Ortopedik cerrahi geçiren,
- Türkçe okuyup, yazabilen,
- Anket sorularını doğru yanıtlanması açısından psikiyatrik bir hastalık tanısı olmayan ve bu nedenle ilaç tedavisi almayan,
- Kronik konstipasyonu bulunmayan ve buna yönelik ilaç kullanmayan,
- Abdominal bölgede yara, cerrahi girişim olmayan,
- Ameliyat öncesi dönemde mobilize olan,
- Soruları yanıtlayabilmesi açısından kolunda ve elinde sargı veya bandaj bulunmayan,
- ASA skoru <III olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar araştırmaya dahil edilecektir.

Uygulama aşamaları;

- Araştırma kapsamında; cerrahi günü size “Tanıtıcı Bilgiler Formu”, “Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği”, “Görsel Kıyaslama Ölçeği” ve “Bristol Dışkı Kıvamı Skalası” uygulanacaktır.
- Ameliyattan bir gün sonra başlanarak 4 gün boyunca sabah 09:00-10:00 arasında “Görsel Kıyaslama Ölçeği” ve “Bristol Dışkı Kıvamı Skalası” uygulanacaktır.
 - ✓ Katılımınız cerrahi günü başlayıp ameliyat sonrası dördüncü gün sonlanacaktır.
 - ✓ Çalışma için öngörülen bir risk bulunmamaktadır.
 - ✓ Sizden elde edilen veriler diğer gruptan elde edilen verilerle karşılaştırılacaktır.
 - ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olduktan sonra araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılmak istemeniz durumunda araştırma dışı kalabilirsiniz.
 - ✓ Araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.
 - ✓ Araştırmamıza katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır.
 - ✓ Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.
 - ✓ Araştırma sonunda elde edilen bilgilerin başka insanlara da faydalı olabilmesi için, bilimsel ortamlara konuşulup tartışılacak ve dergilerde yayınlanacaktır.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU KLİNİK ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi, Telefon numarası, Tarih

Araştırmayı yapan araştırmacının Adı, Soyadı, Telefon numarası, İmzası
Kübra KAYA 05536064848
Hasan Kalyoncu Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek lisans öğrencisi

EK-5 Veri Toplama Formu

Ortopedik Cerrahi Uygulanan Hastalarda Kabızlığı Önleme Bakım Paketinin Cerrahi Sonrası Konstipasyon Ciddiyetine Etkisinin Belirlenmesi

Sayın katılımcı;

Sizi “Ortopedik Cerrahi Uygulanan Hastalarda Kabızlığı Önleme Bakım Paketinin Cerrahi Sonrası Konstipasyon Ciddiyetine Etkisinin Belirlenmesi” isimli çalışmaya davet ediyoruz. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçlar bilimsel dergilerde yayınlanacak, bilimsel ortamlarda konuşup tartışılacaktır. Bu çalışmada size ait bilgiler isminiz belirtilerek hiçbir yerde açıklanmayacaktır. Size ait bilgiler gizli tutulacak ve yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Bu çalışmaya hiç katılmayabilirsiniz, bu çalışmaya katılsanız bile, çalışmanın herhangi bir aşamasında istediğiniz her an çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına bağlıdır. Çalışmaya katılmaya gönüllü iseniz aşağıdaki anket sorularını yanıtlamanız gerekmektedir. Anket sorularını yanıtlamanız yaklaşık 5-10 dakika sürecektir. Bu bilimsel çalışmaya vereceğiniz katkılar nedeni ile **TEŞEKKÜR** EDERİZ...

Kontrol grubu:

Çalışma grubu:

VERİ TOPLAMA FORMU -BÖLÜM I- TANITICI ÖZELLİKLER

1. Doğum tarihi (yıl):
2. Boy (cm):
3. Kilo (kg):
4. Cinsiyeti:
 - a. Kadın
 - b. Erkek
5. Medeni durum:
 - a. Evli
 - b. Bekar
6. Hastanın eğitim durumu:
 - a. Okuma- yazma biliyor
 - b. İlköğretim
 - c. Ortaöğretim
 - d. Lisans
 - e. Lisansüstü
7. Çalışma durumu:
 - a. Çalışıyor
 - b. Çalışmıyor
8. Refakatçi durumu:
 - a. Var
 - b. Yok
9. Kronik hastalık:
 - a. Hipertansiyon
 - b. Böbrek yetmezliği
 - c. Diyabetüs mellitüs
 - d. Akciğer hastalığı

e. Diğer.....

10. Sürekli kullandığı ilaç:
 - a. Var
 - b. Yok
11. Ameliyat türü:
 - a. Kalça cerrahisi
 - b. Diz cerrahisi
 - c. Diğer.....
12. Yaşadığı yer:
 - a. Köy
 - b. İlçe
 - c. İl
13. Genel olarak beslenme tarzı:
 - a. Ev yemekleri
 - b. Fast food tarzı hazır gıdalar
14. Ameliyat öncesi bağırsak alışkanlığı (haftalık):
 - a. 1 kez
 - b. 2 kez
 - c. 3 kez
 - d. 4 kez ve daha fazla
15. Ameliyat öncesi açlık süresi (kaç saat aç kaldı):
16. Anestezi türü:
 - a. Genel anestezi
 - b. Spinal anestezi
 - c. Diğer
17. Günlük su tüketiminiz (litre):
18. Düzenli egzersiz yapma:
 - a. Evet
 - b. Hayır
19. Ameliyat öncesi bağırsak problemi durumu:
 - a. İshal
 - b. Kabız
 - c. Yok

Ameliyattan çıkış saati:

İlk mobilizasyon saati:

İlk defekasyon saati:

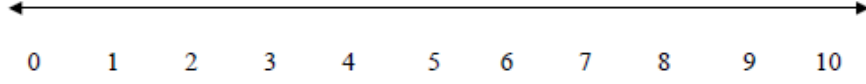
BÖLÜM II- KONSTİPASYON RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---------------------|--|---------------------------|---|-----------------------------|---|----------------|---|-------------------------|---|---------------------------------------|--|-------------------------------|--|------------------|---|-----------------------|---|-----------------|---|------------------------|---|-----------------------|---|--|----------------------|--------------------|---|--|--|---|
| <p>CİNSİYET: Erkek Kadın</p> <p>HAREKETLİLİK: Bağımsız olarak hareketli Yürümede bağımlı/başkalarından yardım alıyor Yatağa/sandalyeye bağımlı Spinal kord yaralanması/spinal kord basısı</p> <p>LİF ALIMI: Günlük 5 porsiyon/adet meyve sebze alımı/tüketimi Günlük 3/4 porsiyon/adet meyve sebze alımı/tüketimi Günlük 2 porsiyon/adet meyve sebze alımı/tüketimi Lifli ürünlerin günlük alımı/tüketimi Evet</p> <p style="text-align: right;">Hayır</p> <p>SIVI ALIMI: Günlük 10 bardak ve daha fazla sıvı alımı Günlük 6-9 bardak sıvı alımı Günlük 5 bardak ve daha az sıvı alımı</p> <p>KİŞİSEL İNANÇLAR: Hasta konstipasyona eğilimli olduğuna inanıyor mu? Herhangi bir zamanda konstipasyon için laksatif kullanmış mı? Şimdiki bağırsak alışkanlığı</p> <p style="text-align: right;">BÖLÜM TOPLAM PUANI</p> | <p>1 2 0 1 2 3 0 1 2 0 2 0 1 2 Evet/Hayır Evet/Hayır</p> <p><input type="text"/></p> | <p>Hangi Durumlar Konstipasyon Riskini Arttırır Tıbbi notlardan hasta öyküsü ve kan sonuçları, aşağıdaki durumların varlığını değerlendirme</p> <p>FİZYOLOJİK DURUMLAR: Metabolik Hastalıklar: Hipokalemi/Üremi/Kurşun zehirlenmesi Pelvik Durumlar: Histerektomi/over tümörü/uterus prolapsusu/hamilelik Nöromusküler Hastalıklar: Parkinson hastalığı/Multiple skleroz/Sistemik skleroz/Hirschspning Hastalığı/Serebrovasküler Olay/Spina Bifida/Romatoid Artrit/Serebral Tümör Endokrin Hastalıklar: Diabetes Mellitus/Hipotiroidi/Hypopitüiterizm/Hiperkalsemi Kolorektal/Abdominal Hastalıklar: İrritable Bağırsak Sendromu/Crohn Hastalığı/Divertikülit/Ülseratif Kolit /Kolorektal tümör/Anorektal Darlık/Anorektal Fissür/Anorektal Prolapsus /Hemoroidler/Herniler</p> <p>PSİKOLOJİK DURUMLAR: Psikiyatrik Hastalıklar: Depresyon/Anoreksiya Nevroza/Bulumia Nevroza Öğrenme zorlukları/Demans: (Konuşmanın anlaşılabilirliğinin/durumları anlamada azalma olduğunun belirlenmesi)</p> <p style="text-align: right;">BÖLÜM TOPLAM PUANI</p> | <p>2 3 3 3 3 2 2</p> <p><input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>SADECE SERVİS HASTALARI: Hasta hastane tuvaletlerinde bağırsak boşaltımı için zorlanıyor mu? Hayır</p> <p style="text-align: right;">Evet</p> <p>KOMOD/SÜRGÜYE GEREKSİNİMİ OLAN HASTALAR: Hastanın komod/sürgü kullanmasında sorun bekleniyor mu? Hayır/Uygundeğil Evet</p> <p style="text-align: right;">BÖLÜM TOPLAM PUANI</p> | <p>0 2 0 2</p> <p><input type="text"/></p> | <p>Konstipasyon Riskini Arttıran İlaçlar Hasta aşağıdaki ilaçlardan herhangi birini düzenli alıyor mu?</p> <table> <tbody> <tr> <td>Antiemetik</td> <td>2</td> <td>Analjezikler</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kalsiyum Kanal Blokerleri</td> <td>2</td> <td>Opioid olmayan analjezikler</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Demir ilaçları</td> <td>2</td> <td>Sürekli opioid tedavisi</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Antikolinergik içeren ilaçlar:</td> <td></td> <td>Sitotoksik Kemoterapi:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Antikonvülzanlar</td> <td>2</td> <td>Sitotoksik kemoterapi</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Antidepresanlar</td> <td>2</td> <td>Vinca alkaloid ajanlar</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Antiparkinson ilaçlar</td> <td>2</td> <td></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Antispazmolitikler</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Konstipasyon için düşük risk: puan ≤10 Konstipasyon için orta risk: puan 11-15 Konstipasyon için yüksek risk: puan ≥16</p> <p style="text-align: right;">TOPLAM PUAN</p> | Antiemetik | 2 | Analjezikler | | Kalsiyum Kanal Blokerleri | 2 | Opioid olmayan analjezikler | 3 | Demir ilaçları | 2 | Sürekli opioid tedavisi | 5 | Antikolinergik içeren ilaçlar: | | Sitotoksik Kemoterapi: | | Antikonvülzanlar | 2 | Sitotoksik kemoterapi | 3 | Antidepresanlar | 2 | Vinca alkaloid ajanlar | 5 | Antiparkinson ilaçlar | 2 | | <input type="text"/> | Antispazmolitikler | 2 | | | <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> |
| Antiemetik | 2 | Analjezikler | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kalsiyum Kanal Blokerleri | 2 | Opioid olmayan analjezikler | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Demir ilaçları | 2 | Sürekli opioid tedavisi | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antikolinergik içeren ilaçlar: | | Sitotoksik Kemoterapi: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antikonvülzanlar | 2 | Sitotoksik kemoterapi | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antidepresanlar | 2 | Vinca alkaloid ajanlar | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antiparkinson ilaçlar | 2 | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antispazmolitikler | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

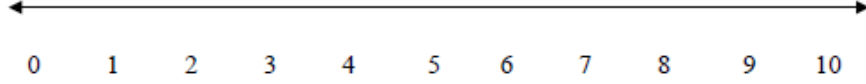
BÖLÜM III. GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ

GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ

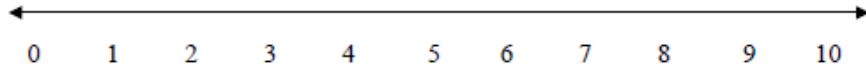
1. Kabızlığınızın şiddetini belirtir misiniz? (0-10 arasında işaretleyiniz)



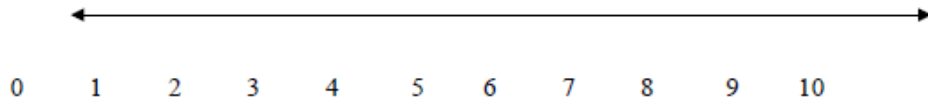
2. Dışkılama süresince ıkınma şiddetinizi belirtir misiniz? (0-10 arasında işaretleyiniz)



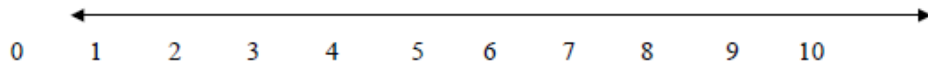
3. Dışkılama sonrasında tam boşalamama şiddetinizi belirtir misiniz? (0-10 arasında işaretleyiniz).



4. Dışkılama sonrasında makatta dolgunluk, basınç şiddetinizi belirtir misiniz? (0-10 arasında işaretleyiniz).



5. Dışkılama sırasında makatta olan ağrınızın şiddetinizi belirtir misiniz? (0-10 arasında işaretleyiniz)



6. Gaz şikayetinizin şiddetinizi belirtir misiniz? (0-10 arasında işaretleyiniz)



BÖLÜM IV. BRİSTOL DIŞKI KIVAMI ÖLÇEĞİ

| | | |
|-------|---|--|
| Tip 1 |  | Fındak gibi ayrı ayrı sert parçalar (geçışı zor) |
| Tip 2 |  | Sosis gibi ama yuvarulu |
| Tip 3 |  | Sosis gibi ama yüzeyinde çatlaklar var |
| Tip 4 |  | Sosis ya da yılan gibi, düzgün ve yumuşak |
| Tip 5 |  | Kenarları düzgün olan küçük yumuşak kütleler |
| Tip 6 |  | Kenarları düzensiz saçaklı parçalar, lapa gibi dışkı |
| Tip 7 |  | Sulu, katı parçası yok |

EK-6 Ölçek Kullanım İzni

emel yilmaz <emelyilmazcbu@gmail.com> sunlari yazdi(30 Mar 2022 07:38):

Merhaba
Ölçeği kullanabilirsiniz.
çalışmanızda başarılar dilerim.
Saygılarımla.
Prof. Dr.Emel YILMAZ

Kübra Colak <kubra.colak.01@hotmail.com>, 29 Mar 2022 Sal, 13:20 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba Emel hocam. Ben Hasan Kalyoncu Üniversitesi Cerrahi hastalıkları hemşireliğinde Yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmam için Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeğini izniniz ile kullanmak istiyorum. Dönüş yaparsanız çok sevinirim.

İyi çalışmalar.



omernuri pamuk <onpamuk80@hotmail.com>

Kime:Siz

4.11.2022 Cum 22:37

Yanıtla şununla başla: Tesekkür ederim. Aldım, teşekkür ederim. Teşekkür ederim! İşe yaradı!

KULLANABİLİRSİNİZ\SELAMLAR

From:Kübra Çolak <kubra_colak_01@hotmail.com>
Sent:Friday, November 4,2022 07:45
To:onpamuk80@hotmail.com <onpamuk80@hotmail.com>
Subject:GKÖ için izin

Merhaba hocam. Ben Hasan Kalyoncu Üniversitesi Cerrahi hastalıkları hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisiyim. Tezim için GörseI KıyasIama Ölçeğini izniniz ile kullanmak istiyorum.
iyi çalışmalar.

Windows için Posta ile gönderildi

Ek-7 İntihal Raporu

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ORIGINALITY REPORT

12%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

| | | |
|---|---|-----------------|
| 1 | acikbilim.yok.gov.tr Internet | 523 words — 5% |
| 2 | openaccess.hku.edu.tr Internet | 114 words — 1% |
| 3 | www.researchgate.net Internet | 90 words — 1% |
| 4 | motto.tc Internet | 74 words — 1% |
| 5 | dspace.trakya.edu.tr:8080 Internet | 60 words — 1% |
| 6 | www.journalagent.com Internet | 44 words — < 1% |
| 7 | core.ac.uk Internet | 42 words — < 1% |
| 8 | Akkurt, Tansu. "Laparoskopik Histerektomi Ameliyati Sonrasi Hastalara Verilen ilik Suyun Gastrointestinal Fonksiyonlara Etkisi.", Marmara Universitesi (Turkey), 2021 ProQuest | 41 words — < 1% |
| 9 | hdl.handle.net Internet | |

| | | |
|----|--|-----------------|
| | | 34 words — < 1% |
| 10 | www.halksagligiokulu.org Internet | 30 words — < 1% |
| 11 | 369485e5-78d9-4695-8ee7-77e624124993.filesusr.com Internet | 29 words — < 1% |
| 12 | acikerisim.istanbul.edu.tr Internet | 29 words — < 1% |
| 13 | docs.neu.edu.tr Internet | 20 words — < 1% |
| 14 | dspace.gazi.edu.tr Internet | 14 words — < 1% |
| 15 | www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet | 14 words — < 1% |
| 16 | Yildiz, Fatma Alkan. "Gebelerin Fetal sagligin Denetimine iliskin tutumlari Ve Kaderci yaklasimi Olanlara Verilen egitimin Gebelik sureclerindeki etkinligi.", Marmara Universitesi (Turkey), 2021 ProQuest | 13 words — < 1% |
| 17 | medicaljournal.gazi.edu.tr Internet | 13 words — < 1% |
| 18 | Altuntas, Ozlem. "Ureme cagindaki Kronik Pelvik agrisi Olan kadinlarda Beden imaji Ve Depresyon duzeylerinin Belirlenmesi: Vaka Kontrol calismasi", Marmara Universitesi (Turkey), 2020 ProQuest | 10 words — < 1% |

-
- 19 Ozel, Seher. "Cerrahi Girişim Geciren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi.", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2021
ProQuest 10 words — < 1%
-
- 20 gcris.pau.edu.tr
Internet 10 words — < 1%
-
- 21 Akgül, Esmâ. "Hemşire Liderli Bedeni Koruma Eğitiminin Görme Engelli Öğrencilerin Bilgi düzeylerine Etkisi", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2023
ProQuest 9 words — < 1%
-
- 22 Seker, Mustafa. "Sosyal Bilgiler öğretiminde öğrenme Stillerine Uygun Etkinliklerin Kullanılmasının öğrencilerin öğrenme Düzeyi Ve Kavram Yanılgılarının Giderilmesi üzerindeki Etkililiğinin Arastırılması", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2021
ProQuest 9 words — < 1%
-
- 23 SERT, Hüseyin, MUSLU, Bünyamin, USTA, Burhanettin, GÖZDEMİR, Muhammet and DEMİRCİOĞLU, Ruveyde İrem. "İğnesiz enjeksiyon sistemi (INJEX®)'nin spinal iğne ağrısını azaltmadaki etkisi", LOGOS Yayıncılık, 2010.
Publications 8 words — < 1%
-
- 24 burkonturizm.com
Internet 8 words — < 1%
-
- 25 dspace.ankara.edu.tr
Internet 8 words — < 1%
-
- 26 Ünal, Eda. "Kalp Hastalarına Verilen Eğitimin Covid-19 Korkusu, Anksiyete ve Koruyucu Önlemleri (El Yıkama ve Maske Kullanımı) Doğru Uygulamaya Etkisi", Bursa Uludağ University (Turkey), 2023 8 words — < 1%

27

Pekiner, Filiz, MOguz Borahan, and Semih Ozbayrak. "EVALUATION OF LEVELS OF CORTIZOL, ANXIETY and DEPRESSION in PATIENTS WITH ORAL LICHEN PLANUS (OLP)", Journal of Marmara University Institute of Health Sciences, 2014.

6 words — < 1%

Crossref

EXCLUDE QUOTES OFF

EXCLUDE SOURCES OFF

EXCLUDE BIBLIOGRAPHY OFF

EXCLUDE MATCHES OFF

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Kübra KAYA
Uyruğu : T.C.

EĞİTİM

| Derece | Adı | Bitirme Yılı |
|----------------|---|--------------|
| Üniversite | : Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu | 2008-2012 |
| Yüksek Lisans: | Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Tezsiz) Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Tezli) | 2017-2018 |
| Doktora | : | 2021-Halen |

İŞ DENEYİMLERİ

| Yıl | Kurum | Görevi |
|-----------|--|----------|
| 2012 | RTS Diyaliz Merkezi/ ADANA | Hemşire |
| 2012-2013 | Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi /ADANA | Hemşire |
| 2013 | Fulya Acıbadem Hastanesi Derleme Ünitesi/İSTANBUL | Hemşire |
| 2013-2015 | Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Ortopedi Servisi/ADANA | Hemşire |
| 2015-2018 | Özel Altıneller Sağlık Meslek Lisesi/ADANA | Öğretmen |

UZMANLIK ALANI

YABANCI DİLLER

BELİRTMEK İSTEDİĞİNİZ DİĞER ÖZELLİKLER

YAYINLAR

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

ÇOLAK, K., ULUŞTAŞDEMİR, N.: Kastamonu kredi ve yurtlar kurumunda kalan öğrencilerin depresyon düzeylerinin belirlenmesi ve etkileyen faktörler. **Poster Bildiri.** 11. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi. 26-28 Nisan 2012, Bursa.

METİNOĞLU, İ., ALTINEL, B., MÜLAYİMOĞLU, A., **ÇOLAK, K., ÇEKİRGE Y.:** Kastamonu Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesinde yatan hastaların hasta hakları konusundaki bilgi düzeyi. **Poster Bildiri.** 11. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi. 26-28 Nisan 2012, Bursa.

METİNOĞLU, İ., ALTINEL, B., TÜTÜNCÜ, İ., **ÇOLAK, K., MÜLAYİMOĞLU, A.:** Kastamonu'da 10-12 yaş grubu öğrencilerde obezite prevalansı ve etkileyen faktörler. **Poster Bildiri.** 11. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi. 26-28 Nisan 2012, Bursa.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

KOYUNCU, A., **KAYA, K., KAYA, O., YAVA A.** Ameliyathane hemşirelerinde iş ile ilişkili kas ve iskelet problemleri: Çok Merkezli Kesitsel Çalışma. **Sözel Bildiri.** 17-19 Kasım 2. Uluslararası Hemşirelik Bakımı ve Araştırma Kongresi The Ankara, Ankara.

KOYUNCU, A., **KAYA, K., KAYA, O., YAVA A.** Ortopedik cerrahi geçiren hastalarda konstipasyon ciddiyetinin belirlenmesi. **Sözel Bildiri.** 17-19 Kasım 2. Uluslararası Hemşirelik Bakımı ve Araştırma Kongresi The Ankara, Ankara.

Ödüller

KOYUNCU, A., **KAYA, K., KAYA, O., YAVA A.** Ameliyathane hemşirelerinde iş ile ilişkili kas ve iskelet problemleri: Çok Merkezli Kesitsel Çalışma. **En İyi Tanımlayıcı Çalışma İkincilik Ödülü.** 17-19 Kasım 2. Uluslararası Hemşirelik Bakımı ve Araştırma Kongresi The Ankara, Ankara.

Sertifikalar

Pedagojik Formasyon Eğitimi. **Katılım Belgesi.** 2015. Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi. Konya.

Uygulamalı Temel Mekanik Ventilasyon Kursu. **Katılım Belgesi.** 17 Kasım 2022. The Ankara Otel, Ankara.

Bilimsel ve mesleki kuruluşlara üyelik

THD (Türk Hemşireler Derneği)

TCAHD (Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireler Derneği)