

ARAŞTIRMA/RESEARCH

FİZİK TEDAVİ KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN FİZİKSEL, PSİKOLOJİK VE KONSTİPASYON DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ *

Esra TAYAZ**

Gökben BAKIR***

Ayşegül KOÇ****

Alınış Tarihi/Received	Kabul Tarihi/Accepted	Yayın Tarihi/Published
15.02.2019	14.10.2020	25.12.2020

Bu makaleye atıfta bulunmak için/To cite this article:
Tayaz E, Bakır G, Koç A. Fizik tedavi kliniğinde yatan hastaların fiziksel, psikolojik ve konstipasyon durumlarının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020; 23(4): 470-477.
DOI: 10.17049/ataunihem.527396

ÖZ

Amaç: Fizik tedavi kliniğinde yatan ve konstipasyon sorunu yaşayan hastaların demografik özelliklerinin, fiziksel durumlarının belirlenmesi, hasta veya bakıcılarının uyguladıkları geleneksel ve klinik tıbbi yöntemlerin belirlenmesi, konstipasyonun hasta üzerindeki psikolojik etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı olarak yürütülmüştür. Örneklem seçimine gidilmemiş olup konstipasyon sorunu yaşayan ve gönüllü olan 110 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından oluşturulan 'Kişisel Anket Formu', 'Roma III Tanı Kriterleri', 'Bristol Gaita Skalası' ve 'Beck Depresyon Ölçeği' kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada hastaların %53.6'sı kadın, %34.5'i 65 yaş ve üstü, tanı grubuna göre hemiplejik olan bireyler grubun %40.9'unu, paraplejik olan bireyler grubun %30'unu oluşturdu. Hastaların %50.9'unun mobilizasyonda bağımlı, %41.8'inin yarı bağımlı olduğu belirlendi. Yürümeye yardımcı araç olarak en fazla tekerlekli sandalye kullandıkları belirlendi. Hastaların %70'inin defekasyonda bağımlı olduğu belirlendi. Hastaların 3/4'ünün en az üç gün defekasyona çıkamadığı ve bu durumun süreklilik arz ettiği (%93.6), yarısından fazlasının laksatif olarak lavman kullandığı ve 1/3'ünün orta düzey depresif belirtilere sahip olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Araştırma sonuçlarımıza göre konstipasyon sorunu yaşayan hastaları çoğunlukla bağımlı ve yarı bağımlı gruplar oluşturmaktadır. Konstipasyon sorunu yaşayan hastaların çoğunluğunun (%95.5) günlük sıvı tüketiminin 2500 cc altında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hareketsizlik, sıvı tüketiminin az olması, beslenme öğün sayısı, yatış süresi konstipasyonu etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon; hemşirelik; konstipasyon; rehabilitasyon; strok.

ABSTRACT

Evaluation of Physical, Psychological and Constipation Status of Patients Hospitalized in Physical Therapy Clinic

Aim: The demographic characteristics and physical conditions of the patients hospitalized in the physical therapy clinic with constipation problems, determining the traditional and intra-clinical medical methods applied by the patient or their caregivers were made descriptive for the purpose of evaluating the psychological effect of constipation on the patient.

Methods: This research was conducted as descriptive. Sample selection was not made and 110 patients who had constipation problems and volunteered were the sample of the study. 'Personal Questionnaire Form', 'Rome III Diagnostic Criteria', 'Bristol Stool Scale' and 'Beck Depression Scale' were used by the researchers in the collection of research data.

Results: In our study, 53.6% of the patients were women, 34.5% were 65 years and older, according to the diagnosis group, individuals with hemiplegia constituted 40.9% of the group, and individuals with paraplegia constituted 30% of the group. It was determined that 50.9% of the patients were dependent on mobilization and 41.8% were semi-dependent. It was determined that they mostly used wheelchairs as a walking aid. It was determined that 70% of the patients were dependent on defecation. It was determined that 3/4 of the patients could not defecate for at least three days and this situation was continuous (93.6%), more than half of them used enemas as laxatives and 1/3 of them had moderate depressive symptoms.

Conclusion: According to our research results, immobile and semi-mobile groups mostly consist of patients with constipation problems. It is concluded that the majority of the patients (95.5%) who have constipation problems are below 2500cc daily fluid consumption. Inactivity, low fluid consumption, high number of nutritional meals, and high day of hospitalization affect the constipation.

Keywords: Depression; nursing; constipation; rehabilitation; stroke.

*Bu çalışma 25-27 Kasım 2018'de gerçekleştirilen 1.Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi'nde özet bildiri olarak sunulmuştur.

** Sorumlu Yazar: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, (Araş.Gör.) Orcid ID: 0000-0001-6614-8401, e-posta: etayaz@ybu.edu.tr

*** Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, (Hemşire) Orcid ID: 0000-0003-1709-0076 e-posta: samara_hayal@hotmail.com

**** Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, (Dr. Öğr. Üyesi) Orcid ID: 0000-0003-1179-5550 e-posta: akoc@ybu.edu.tr



GİRİŞ

Konstipasyon, defekasyon sırasında zorluk ve bağırsak hareketlerinin azalması ile seyrek defekasyon olarak tanımlanır. Belirtileri katı/kuru gaita, abdominal şişkinlik ve ağrıdır. Normal bağırsak fonksiyonu kişiden kişiye farklı olmakla birlikte, sıklığı haftada üç kez ile günde üç kez arasında değişir (1).

Konstipasyon görülme oranı toplumlara göre %2-34 arasında değişmektedir. Ülkemizde popülasyona dayalı yapılan çalışma sonuçlarına göre konstipasyon görülme oranı %22-40 arasında değişmektedir (2, 3). Konstipasyon etiyojisi multifaktöryeldir. Sekonder sebepler endokrin-metabolik hastalıklar (diabetes mellitus, hipotiroidizm, hiperkalsemi, kronik böbrek yetmezliği, panhipopituitarizm, hipermagnezemi), nörolojik hastalıklar (Spinal kord hasarı, parkinson hastalığı, parapleji, otonomik nöropati, demans, serebrovasküler hastalık), miyojenik hastalıklar (miyotonik distrofi, dermatomyozit, skleroderma, amiloidoz) ve ilaçlar (opiyatlar, antihipertansif ajanlar, trisiklik antidepresanlar, demir preparatları, antiepileptik ajanlar, antiparkinson ilaçlar) yer alır (4).

Birçok nedenden dolayı meydana gelen konstipasyon klinik semptomların gözden kaçmasına bağlı olarak öldürücü barsak obstrüksiyonu ile sonuçlanabilen ciddi bir problemdir (5, 6). Kronik konstipasyon sorunu yaşayan bireylerde fekal inkontinans, anal fissür, hemoroidler, organ prolapsusları, fekal tıkaç, bağırsak tıkanması, barsak delinmesi veya sterkorol peritonit komplikasyonları görülebilmektedir (7).

Konstipasyon görülme sıklığının yaşla birlikte arttığı, 65 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerin %40'ının konstipasyon problemleri yaşadığı belirtilmektedir (8). Toplum temelli çalışmalarda ise, sağlıklı bireylerin yaklaşık olarak %10-20'sinin gaita sıklığında, sert gaita veya fazla zorlanmayı içeren bir ya da daha fazla kronik konstipasyon semptomu belirttiği tahmin edilmektedir (9). Konstipasyon, bireyin yaşam kalitesini düşürmesi, tükenmişliğe ve iş gücü kaybına neden olması, sağlık bakım maliyetini arttırması, sağlık düzeyi üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle birey için majör bir sağlık sorunu haline gelebilmektedir (10).

Fiziksel aktivite, egzersiz ve fiziksel uygunluk farklı anlamlara gelir. Fiziksel aktivite, enerji harcanmasına neden olan ve iskelet kaslarının kasılması ile oluşturulan vücut hareketi olarak tanımlanır. Fiziksel aktivite yaşam boyu

yapılan, kalp-akciğer dayanıklılığın korunması ve iyileştirilmesini sağlayan, obezite ve ilişkili hastalıkları azaltan, daha uzun yaşam süresi ile sonuçlanan karmaşık bir davranıştır (11). Fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğinde yatan bireyler mevcut aktivitesi sınırlanmış olan bireylerdir. Literatür ışığında egzersiz, yürüyüş gibi fiziksel aktivitelerin bağırsak boşaltımında etkisi olduğu bilinmektedir (12-14). Aynı zamanda nörolojik hastalıklar uzun dönemde bağırsak hastalıkları ve bilişsel sorunları tetiklemektedir (15).

Konstipasyon, ciddi sonuçları olan yaygın bir tıbbi sorundur. Hastada bulunan durumu ve semptomlarını etkin bir şekilde tedavi etmek için, sıklığı hakkında bilgi gereklidir (16). Konstipasyonun yönetimi, maliyet ve bakım süresi açısından sağlık hizmeti sunumunda hemşireler önemli bir etkiye sahiptir (17). Hemşirelerin konstipasyonu önlemeye çalışması ve ortaya çıktığında durumu yönetmesi çok önemlidir (18). Bu nedenle hastanın fiziksel durumuna yönelik detaylı anamnez almak ve hem hastaların hem de hemşirelerin konstipasyona yönelik eksik bilgilerin giderilmesi konstipasyon sonucu gelişen komplikasyonları önleyecektir. Hastaların konstipasyon durumu, fiziksel durumunun, psikolojik durumunun belirlenmesi ve buna yönelik girişimlerin neler olduğunu belirlemek için tanımlayıcı olarak bu çalışma yapılmıştır.

Fizik tedavi kliniğinde yatan ve konstipasyon sorunu yaşayan hastaların demografik özelliklerinin, fiziksel durumlarının belirlenmesi, hasta veya bakıcılarının uyguladıkları geleneksel ve klinik içi tıbbi yöntemlerin belirlenmesi, konstipasyonun hasta üzerindeki psikolojik etkisinin değerlendirmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Çalışmanın evrenini Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon hastanesinde bir ay içinde yatan 1500 hasta olarak belirlenmiştir. Örneklem seçimine gidilmemiş olup konstipasyon sorunu yaşayan, 18 yaş üstü ve gönüllü olan 110 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Sorulara cevap verebilecek bilişsel yeterliliğe sahip olmayan, 18 yaş altı, konstipasyon sorunu yaşamayan, konuşma problemi olan ve Türkçe bilmeyen hastalar örnekleme dahil edilmemiştir. Tanımlayıcı tipteki bu çalışma 01.05.2017-01.06.2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama Aracı: Çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından

hazırlanan 'Kişisel Veri Formu', 'Roma III tanı kriterleri', 'Bristol Gaita Skalası' ve 'Beck Depresyon Ölçeği' kullanılmıştır.

Kişisel veri formu: Kişinin demografik özelliklerini, hastalık durumu ve buna bağlı bağımlılık durumlarını, konstipasyon durumu, beslenme ve sıvı tüketimine yönelik sorular içermektedir (5, 12, 19).

Roma III tanı kriterleri: Çalışmada konstipasyon durumunu tespit edebilmek amacıyla en sık kullanılan tanılama yöntemi olan Roma III tanı kriterleri kullanılmıştır. Roma III tanı kriterlerine göre son 3 aydır aşağıdaki belirtilerin var olması, teşhisten en az 6 ay önce bu belirtilerin başlamış olması gerekir (4).

1- Aşağıdakilerden 2 veya daha fazlasını içermelidir.

- Defekasyonun en az %25 inde zorlanma,
- Defekasyonun en az %25 inde topak şeklinde veya sert gaita,
- Defekasyonun en az %25 inde yetersiz boşalma hissi,
- Defekasyonun en az %25 inde anorektal obstrüksiyon/tıkanıklık hissi,
- Defekasyonun en az %25 inde eli kullanma (parmakla çıkarma ya da pelvik tabanın desteklenmesi gibi),
- Haftada 3 ten daha az defekasyon,

2- Laksatif kullanmadan çok seyrek yumuşak defekasyon,

3- İrritabl Bağırsak Sendromu için yetersiz tanı kriteri olarak belirlenmiştir (19).

Bristol Gaita skalası (BGS): Lewis ve Heaton tarafından 1990 yılında geliştirilen skalada gaitanın tipini 7 farklı grupta sınıflandırılmıştır. Bristol gaita skalasında yedi farklı gaita tipi üzerinden gaitanın bağırsaktan geçiş süresi değerlendirilmektedir. BGS' ye göre 1-2 puan "sert dışkı", 3-4-5 puan "normal dışkı" ve 6-7 puan ise "yumuşak-sulu dışkı (diyare)" olarak skalada gösterilmektedir (20).

Beck depresyon ölçeği (BDÖ): Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve güdusel belirtileri ölçmek üzere Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (21, 22). BDÖ, 21 sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her sorunun puanı 0-3 arasında değişmekte olup, toplam puan 0-63 arasında değişebilmektedir. BDÖ puanları için; 1-10 arası puan normal, 11-16 arası hafif ruhsal sıkıntı, 17-20 arası sınırda klinik depresyon, 21-30 arası orta depresyon, 31-40 arası ciddi depresyon, 40 üzeri çok ciddi depresyon olarak sınıflandırılmakta, 17 ve üzerinde puan alanların

klinik yardım alması önerilmektedir (21). Ölçeğin güvenilirliği madde analizi ve yarıya bölme tekniği ile değerlendirilmiş kolerasyon katsayıları sırasıyla 0.80 ve 0.74 olarak bulunmuştur (22). Çalışmada ise ölçeğin cronbach alfa değeri 0.90 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması: Veriler araştırmacılar tarafından bireylerle yüz yüze görüşülerek soru cevap yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır ve yaklaşık 20 dakika görüşme yapılmıştır. Hastaların özellikleri dikkate alınarak konstipasyonu belirlemek amacıyla Roma III tanı kriterlerinde geçen ifadeler esas alınmıştır, gaita tiplerini belirlemek amacıyla Bristol gaita skalası kullanılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmadan elde edilen veriler; yüzdelik oranlar ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizleri ve hesaplamaları için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmede frekans, örneklem ve yüzde kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü: Çalışma verileri hastalardan 'Bilgilendirilmiş Onam Formu' ile izin alınarak toplanmıştır. Çalışma için etik kurul onayı Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nin etik kurulundan alınmıştır. Gönüllü olan hastalarla 10.05.2017/46 numarası ve 553 araştırma koduyla proje etik kurul onayı alınan araştırma tamamlanmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmada, bireylere ait demografik veriler incelendiğinde kadın sayısının erkeklere göre fazla olduğu, 56-65 ve 65 yaş üstü bireylerin örneklemin yarısından fazlasını (%57.2) oluşturduğu, %65.4'ünün okuma yazma bilmediği ve ortaokula kadar okuduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin %55.5'inin ilave kronik hastalığı olmadığı, ilave kronik hastalığı olanlarda diyabetes mellitus, hipertansiyon ya da her ikisinin olduğu hasta grubunun yüksek oranda olduğu bulunmuştur. Diğer ilave kronik hastalıklar sırasıyla kalp yetmezliği (KY) (%6.4), koroner arter hastalığı (KAH) (%3.6) ve guatr (%2.7) olarak belirlenmiştir. İki aydan uzun süre yatışı olan bireyler ise örneklemin %16.4'ünü oluşturmaktadır (Tablo 1). Uz ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir araştırmada gastroenteroloji polikliniğine başvuran konstipasyon sorunu yaşayan hastaların özelliklerini belirlemiştirler. Farklı bir grupta çalışılan ve konstipasyon sorunu yaşayan bu hasta grubunun %40'ının 50 yaş altında olduğu,

%73'ünün kadın olduğu, %80'inde eşlik eden bir hastalık bulunmazken, %12'sinde DM, %6'sında hipotiroidizm, %1.5'inde hipopotasemi ve %0.5'inde üremi olduğunu bilirmişlerdir (19). Chu ve arkadaşlarının (2014) yaptığı sistematik araştırmada hem genel popülasyonda hem de yaşlı popülasyonda eğitim durumunun düşük olması ile konstipasyon prevelansının arttığını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada özellikle yaşlı popülasyonda ileri yaş ile konstipasyon prevelansının arttığı sonucuna ulaşmışlardır (23).

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=110)

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	59	53.6
	Erkek	51	46.4
Yaş	18-35	24	21.8
	36-55	23	20.9
	56-65	25	22.7
	65 yaş üstü	38	34.5
Eğitim durumu	Okur-yazar	13	11.8
	İlk öğretim	59	53.6
	Lise ve üstü	38	34.5
İlave kronik hastalık varlığı	Yok	61	55.5
	Hipertansiyon + Diabetes mellitus	15	13.6
	Diabetes mellitus	12	10.9
	Hipertansiyon	8	7.3
	Kalp yetmezliği	7	6.4
	Koroner arter hastalığı	4	3.6
Yatış günü	Guatr	3	2.7
	1-30 gün	48	43.6
	31-45gün	19	17.3
	46-60gün	25	22.7
	60gün üstü	18	16.4

Çalışmaya katılan, fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğinde yatan bireylerin primer tanıları Tablo 2'de yer almaktadır. Hemipleji tanısı ile yatan birey sayısı grubun çoğunluğunu oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerinde konstipasyon sekonder tanı olarak ele alınmıştır. Bu bireylerin primer tanıları ise hemipleji %40.9 (n=45), parapleji %30 (n=33), tetrapleji %10 (n=11), serebrovasküler olay %6.4 (n=7), artropati %1.8 (n=2), servikal disk bozukluğu %5.5 (n=6), parkinson %0.9 (n=1), menisküs %2.7 (n=3), Guillain-Barré sendromu %1.8 (n=2) olarak belirlenmiştir.

Bireylerin fiziksel durum ile ilgili verilerinin yüzdelik dağılımları Tablo 3'te verilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %50.9'u (n=56) yatağa bağımlı, %70'i (n=77) defekasyon sırasında bağımlı, %35.5'i (n=39) idrarını

yaparken yardımcı materyal kullanmıyor. Yürümeye yardımcı araç olarak bireylerin yarısı tekerlekli sandalye (%50) kullanmaktadır.

Tablo 2. Fizik Tedavi Servisinde Yatan Hastaların Primer Tanılarının Dağılımı

Primer Tanı	n	%
Hemipleji	45	40.9
Parapleji	33	30
Tetrapleji	11	10
Serebrovasküler olay	7	6.4
Artropati	2	1.8
Servikal disk bozukluğu	6	5.5
Parkinson	1	0.9
Menisküs	3	2.7
Guillain-Barré sendromu	2	1.8

Bireylerin %91.8'inde beslenme problemi olmadığı, %70'inin (n=77) 3 öğün beslendiği ve %49.1'inin (n=54) 1500cc ve altı sıvı tükettiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar literatür ile uyumludur. Orhan ve arkadaşlarının (2015) gastroenteroloji polikliniğine başvuran hastalarla yaptığı çalışmada kronik konstipasyon olan olgularda sağlığı koruyucu düzeydeki fiziksel aktivite düzeyi belirgin olarak düşük olduğu ve fiziksel aktivite düzeyi ile konstipasyon şiddeti arasında düşük düzeyde negatif yönlü bir korelasyon bulunduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, bireylerin günde % 55.7'si üç öğün, % 41.8'i iki öğün ve % 2.50'si bir öğün besin tükettikleri, günlük tüketilen sıvı miktarı % 44.3'ünde "1-5 bardak", % 39.2'sinde "6-10 bardak" ve % 16.5'inde 11-15 bardak olarak belirlenmişlerdir (12). Kılıç ve arkadaşlarının (2015) öğrenci grubu ile yaptıkları çalışmada konstipasyon problemi olan bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri konstipasyon sorunu yaşamayanlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır (24). Bilgiç ve arkadaşlarının yaşlı popülasyonda yaptığı çalışmada yaşlıların %83.9'u boşaltım ihtiyacı için klozet/sürgü kullandığını, %44.6'sı günde 4 bardaktan az sıvı tükettiğini, %67.9'u kronik bir hastalığının olduğunu, %55.4'ü konstipasyon sorunu yaşamadığını ve %75'i ise konstipasyon için ilaç kullanmadığını ifade etti. Günlük yaşam aktivitelerinde yaşlıların %32.1'inin orta derecede bağımlı, %57.1'inin ise bağımsız olduğu saptandıklarını bildirmişlerdir. Sindirim sistemi ile ilgili konstipasyon durumlarının yalnızca oral alımla ilgili olmadığı bazı nöroloji kökenli patolojilerde ortaya çıktığı görülmüştür. Aynı zamanda ilave kronik hastalık durumunun olması konstipasyon riskinin yükselmesinde önemli bir faktör olarak belirlenmiştir (25).

Tablo 3. Hastaların Fiziksel Durumları ile İlgili Değişkenlerin Dağılımı

Değişkenler	n	%
Mobilizasyon durumu	Bağımlı	56 50.9
	Yarı bağımlı	46 41.8
	Bağımsız	8 7.3
Defekasyon sırasında bağımlılık durumu	Bağımlı	77 70
	Bağımsız	33 30
Katater durumu	Foley sonda	23 20.9
	Tam aralıklı katater	19 17.3
	Bez	29 26.4
	Kullanmıyor	39 35.5
Yürümeye yardımcı araç kullanımı	Yok	4 3.6
	Pkafo	10 9.1
	Kanedyen	5 4.5
	Walker	16 14.5
	Tekerlekli iskemle	55 50
	Tripot	10 9.1
	Uzun yürüme cihazı	10 9.1
Beslenme problemi	Var	9 8.2
	Yok	101 91.8
Beslenme öğün sayısı	1 öğün	1 0.9
	2 öğün	5 4.5
	3 öğün	77 70
	4 öğün	11 10
	5 öğün	5 4.5
	6 öğün	11 10
Günlük tüketilen sıvı miktarı	2500cc üstü	5 4.5
	2000-2500cc	18 16.4
	1500-2000cc	33 30
	1500 cc altı	54 49.1

Araştırmada konstipasyonu belirlemek için gaita tipleri belirlenmiştir (Tablo 4). Elde edilen veriler doğrultusunda BGS'ye göre; tip 1 (sert ayrı gaita, fındık gibi) %73.6 (n=81), tip 2 (sosis gibi, topak topak, sert) %17.3 (n=19), tip 3 (sosis gibi yüzeyi, yarıklı) %2.7 (n=3) ve tip 4 (sosis ya da yılan gibi fakat yüzeyi düz ve yumuşak) %6.4 (n=7) olarak belirlenmiştir. Chu ve Hou'nun (2016) Bristol gaita skalası kullanılarak yaptığı çalışmada zorlayarak %61, topaklı veya sert defekasyon %15, defekasyon sıklığı %16, eksik boşaltım hissi %4 ve anorektal tıkanıklık hissi/blokaaj %1 olarak örnekleme değerlendirmişlerdir (5). Başka bir çalışmada gastroenteroloji kliniğine başvuran bireylerin konstipasyon prevalansı %20 bulunmuştur. Aynı çalışmada, altmış üç hastada (%31.5) haftada 3 veya daha seyrek defekasyon, 76 hastada (%38) zorlu defekasyon, 61 hastada (%30.5) sert defekasyon primer şikayet olduğu bildirilmiştir

(19). Chu ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada genel popülasyonda toplam 69796 olgu incelenmiş ve %8.2'lik bir yaygınlık oranı ile 5732 hastada konstipasyon saptandığı, yaşlı popülasyonda 14893 olguda 2699 hasta bulunurken, prevalans oranı %18.1 olduğunu bildirmişlerdir (23). Çalıştığımız klinik özelliğiyle ve hastaların nörolojik kökenli hastalık tanıları sebebiyle grubun konstipasyon oranları literatürden yüksek bulunmuştur.

Tablo 4. Bristol Gaita Skalasına göre Hastaların Gaita Tiplerinin Dağılımı

Gaita tipi	n	%
Tip 1 (sert ayrı gaita, fındık gibi)	81	73.6
Tip 2 (sosis gibi, topak topak, sert)	19	17.3
Tip 3 (sosis gibi yüzeyi, yarıklı)	3	2.7
Tip 4 (sosis ya da yılan gibi fakat yüzeyi düz ve yumuşak)	7	6.4

* Tip 5,6 ve 7 dağılımda n:0 olması nedeniyle tabloda yer verilmemiştir.

Çalışmaya katılan ve konstipasyonu olan bireylerin en çok 1-3 gün arasında (%64.5) konstipasyon sorunu yaşadıklarını iletmışlerdir (Tablo 5). Sadece bir kişinin laksatif kullanmadığı diğer bireylerin çeşitli laksatifler kullandığı sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin %62.7'si (n=69) abdominal masaj yaptığını, %52.7'si (n=58) digital stümilasyon kullanmadığını belirtmiştir. Uz ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada hastaların %13.5'i laksatif kullanmakta olduğunu bildirmişlerdir. Laksatif kullanan hastaların %18.5'i elli yaşın altında iken, %81.5'inin elli yaşın üzerinde olduğu sonucuna ulaşımlardır (19). Karakaya ve arkadaşlarının (2015) öğrenci grubuyla yaptığı çalışmada konstipasyon ölçümü için Roma II tanı kriterleri kullanılmıştır. Konstipasyon sıkıntısı çeken bireylerin kullandıkları başa çıkma yöntemleri değerlendirilmiştir. Sıvı alımının artması (%80), defekasyon sırasında batın masajı (%60), liflerden zengin besin alımının artırılması (%50), fiziksel aktivite veya egzersiz yapılması (%48), düzenli defekasyon alışkanlığı kazanması (%45) doktorlar tarafından reçete edilen ilaçların kullanılması (%33), doktorların reçetelemediği ilaçlar (%18), rektum palpasyonu (%15) ve yoga ve meditasyon (%8) gibi uygulamalar başa çıkma yöntemi olarak değerlendirilmiştir. (26). Ayaş ve arkadaşlarının (2006) spinal kord yaralanması olan hasta bireylerle yaptıkları çalışmada, abdominal masajın defekasyon sıklığını arttırdığı, fekal inkontinans ve abdominal

distansiyonu azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (27). Başka bir çalışmada konstipasyon sorunu olan hastalar arasında kullanılan tedavi yöntemlerini değerlendirmişlerdir. Bunlar reçeteli ilaç almak, alternatif tedavi almak, egzersiz yapmak, yaşam tarzını ve yeme alışkanlıklarını değiştirmek, daha fazla su içmek, karın masajı yapmak, dinlenme aktiviteleri, düşünme stilini değiştirmek, manevi destek almak, başkalarından destek aramak, medyadan bilgi edinmek, hiçbir şey yapmamak olarak bildirmişlerdir (28). Çalışmada geleneksel uygulamaların yanında reçeteli ilaç kullanımının yaygın olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 5. Hastaların Konstipasyon Sıklığı ve Kullandıkları Tedavi Yöntemlerinin Dağılımı

		n	%
Konstipasyon sıklığı	1-3 gün arası	71	64.5
	3-7 gün arası	23	20.9
	7 gün üstü	16	14.5
Kullanılan laksatif	Tablet	16	14.5
	Lavman	60	54.5
	Suppozituar	4	3.
	Diyet	17	15.5
	Kullanmıyor	1	0.9
	Toz	2	1.8
Abdominal masaj	Şurup	10	9.1
	Evet	69	62.7
Digital stimülasyon	Hayır	41	37.3
	Evet	52	47.3
	Hayır	58	52.7

Son olarak bireylerde Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak depresiflik durumları tablo 6'da değerlendirilmiştir. Çıkan sonuçlar 0-9 arası minimal düzeyde depresif %18.2 (n=20), 10-16 arası hafif düzeyde depresif %29.1 (n=32), 17-29 orta düzeyde depresif %32.7 (n=36), 30-63 şiddetli düzeyde depresif %20 (n=22) olarak belirlenmiştir. Literatür ışığında bakıldığında ise, Bouchoucha ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada fonksiyonel konstipasyon hastalarında bazı semptomların psikolojik işaretlerle ilişkili olduğunu; depresyon, kendinden tahmin edilen konstipasyon ile durumluk kaygı, şişkinlikle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Fonksiyonel konstipasyonu olan bireylerin %40'ında yüksek depresyon düzeyleri olduğunu bildirmişlerdir (29). Zhou ve arkadaşlarının (2010) fonksiyonel konstipasyonu olan hastalarda yaptığı çalışmada bireylere ait depresyon puanlarını yüksek bulduklarını bildirmişlerdir (30). Hosseinzadeh ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada hastaların çoğunda (%65) normal anksiyete seviyesi olan 8'den düşük depresyon skorları olduğu ve %22'sinde şiddetli

bir depresyon, %13'ünde borderline depresyon düzeyleri varlığını bildirmişlerdir (31). Başka bir çalışmada idiopatik konstipasyonu olan kadınlarda psikolojik morbidite çalışmışlardır. Konstipasyon sorunu olan hastaların sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında kaygı, depresyon ve sosyal işlev bozukluğu düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna varmışlardır (32).

Tablo 6. Hastaların Depresyon Düzeylerinin Dağılımı

Depresyon Düzeyi	n	%
0-9 arası minimal düzey	20	18.2
10-16 arası hafif düzey	32	29.1
17-29 orta düzey	36	32.7
30-63 şiddetli düzey	22	20

Çalışmada konstipasyon sorunu yaşayan bireylerden elde edilen bulgulara göre, bireylerin depresyon puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmamız literatür ile uyumludur. Fiziksel açıdan bağımlılık yaratacak ya da hastanın ortez-protez ihtiyacı olan durumlarda konstipasyon riski baştan tanılanmalı, hastanın sıvı alımı teşvik edilmeli ve mobilizasyonu sağlanmalıdır. Öte yandan fonksiyonel konstipasyon psikosomatik bozukluğa zemin oluşturur. Kişinin bağırsak problemleri yaşaması izolasyon, iletişim sorunu, daha sık fiziksel ağrı yaşama gibi riskleri arttırarak hasta iyileşmesini geciktirir, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlar ve hasta konforunu düşürür.

Yapılan çalışmalar konstipasyon ve bilişsel (zihinsel) bozukluklar arasında açık bir bağlantı olduğunu göstermiştir. Depresyon ve anksiyete gibi duygu durum bozuklukları, konstipasyon sorunu olan bireylerde genel popülasyondan daha yaygındır (33). Başka bir araştırma da psikolojik sorun yaşayan bireylerin konstipasyon sorunları yaşadıkları, bu bireylerle yapılan 2 haftalık davranışsal terapi sonrası psikolojik durumla konstipasyon arasında ilişki bulunduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda yeme bozukluğu ile psikolojik bozuklukların birlikte olduğu durumlarda ise psikolojik bozukluğu olmayanlarla karşılaştırıldığında davranışsal terapi ve konstipasyon tedavisi yetersiz kalmıştır (34). Araştırma kapsamındaki hastaların primer nörolojik hasarın yanı sıra üçte birinde psikolojik bozukluk olduğu ortaya çıkmıştır. Bu birlikteliklerin birbirinin etkisini artırırken hasta konforu ve tedaviyi zorlaştırmakta aynı zamanda fizik tedavi için yatış süresini uzatmaktadır. Bu

sonuçlar araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Çalışma tek merkezli uygulanmıştır. Çalışılan hasta grubu fizik tedavi kliniğinde tedavi gören hastalar olarak sınırlandırılmıştır. Tüm hastalara genellenemez. Araştırmadan elde edilen sonuçlar araştırma kapsamına alınan primer nörolojik bozuklukları olan fizik tedavi gören hastalara genellenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Konstipasyon sorunu yaşayan hastaları çoğunlukla bağımlı ve yarı bağımlı gruplar oluşturmaktadır. Konstipasyon sorunu yaşayan hastaların çoğunluğunun (%95.5) günlük sıvı tüketiminin 2500cc altında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hareketsizlik, sıvı tüketiminin az olması, beslenme öğün sayısı, yatış gününün yüksek olması konstipasyonu etkilemektedir. Fizik tedavi kliniklerinde yatan bireylerde konstipasyon ayrıntılı olarak sınıflandırılmalı, altta yatan durum belirginleştirilerek bakım planı bu çıktılara göre tasarlanmalıdır. Hemşireler, bireyleri olabildiğince mobilize olmasını sağlamalı ve başa çıkma yöntemleri hakkında eğitim vermeli, beslenme örüntülerini takip etmelidir. Hemşireler hasta öykülerini ve var olan

fiziksel durumlarını dikkatli bir şekilde değerlendirerek konstipasyon semptomlarını önlemede ve konstipasyon durumunda tedaviye yarar sağlama konusunda yardımcı olabilirler. Konstipasyon varlığı fiziksel semptomların yanı sıra mental durumla sıkı ilişki de bulunduğundan bireylerin günlük aktiviteleri ve sosyal etkileşimleri artırılmalıdır. Farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımlarla çözülen konstipasyon, bireylerin iyilik haline katkıda bulunup yaşam kalitesini yükseltecektir. Konstipasyon sadece hastalarda değil toplumda da yaygın görülen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle konstipasyona yönelik eğitimler hemşireler tarafından planlanmalı ve verilmelidir.

Nörolojik hastalıklar, kronikleşen konstipasyon ve mental durum ilişkisi tam manasıyla anlaşılammıştır. Bu doğrultuda multidisipliner gruplarda, farklı örneklerde çalışılması önerilmektedir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar Katkısı: Araştırma fikrinin oluşturulması ET, GB, AK, tasarım ve veri toplama kısmı GB, AK, analiz ve yorum kısmı ET, AK ve makalenin yazımı ET, AK tarafından yapılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Korkmaz YÖ. Yaşlılarda Konstipasyon Yönetimi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2009; 6(2): 10-5.
2. Kasap E, Bor S. Fonksiyonel barsak hastalığı prevalansı. Güncel Gastroenteroloji 2006; 10(2): 165-8.
3. Uysal N, Khorshid L, Eser I. The identification of constipation problem in healthy young individuals. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010; 9(2): 127-32.
4. Tufan A, Akın S. Yaşlıda Konstipasyon ve Fonksiyonel Dispepsi. Türkiye Klinikleri Geriatrics-Special Topics 2015; 1(1): 95-9.
5. Chu H, Hou X. Understanding of constipation symptoms and the diagnosis and management of constipation in Chinese physicians. PloS one 2016; 11(3):1-13, e0152801.
6. Morad M, Nelson NP, Merrick J, Davidson PW, Carmeli E. Prevalence and risk factors of constipation in adults with intellectual disability in residential care centers in Israel. Research in developmental disabilities 2007; 28(6): 580-6.
7. Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji 2014; 18(2): 181-97.
8. Frank L, Flynn J, Rothman M. Use of a self-report constipation questionnaire with older adults in long-term care. The Gerontologist 2001; 41(6): 778-86.
9. Talley NJ, Jones M, Nuyts G, Dubois D. Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. The American Journal of Gastroenterology 2003; 98(5): 1107-11.
10. Kaya N, Turan N. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerliliği. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2011; 31(6): 1491-501.
11. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Reports 1985;100:126-31.
12. Orhan C, Akbayrak T, Kaya S, Kav T, Günel MK. Fiziksel aktivite seviyesi ile konstipasyon şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation 2015;2(2):66-73.
13. Kim HS, Park DH, Kim JW, Jee MG, Baik SK, Kwon SO, et al. Effectiveness of walking exercise as a bowel preparation for colonoscopy: a randomized controlled trial. American Journal of Gastroenterology 2005;100(9):1964-9.
14. Dukas L, Willett WC, Giovannucci EL. Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and constipation in a study of women. American Journal of Gastroenterology 2003;98(8):1790-6.
15. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and

- adults: a systematic review. *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology* 2011;25:3-18.
16. Noiesen E, Trosborg I, Bager L, Herning M, Lyngby C, Konradsen H. Constipation–prevalence and incidence among medical patients acutely admitted to hospital with a medical condition. *Journal of Clinical Nursing* 2014; 23(15-16): 2295-302.
 17. Brown E, Henderson A, McDonagh A. Exploring the causes, assessment and management of constipation in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* 2009; 15(2): 58-64.
 18. Kimberly BS. Constipation in the elderly: implication in skilled nursing facilities. *Director (Cincinnati, Ohio)* 2007; 15(3): 20-23.
 19. Uz B, Türkay C, Bavbek N, Işık A, Erbayrak M, Uyar ME. Konstipasyon saptanan olgularımızın değerlendirilmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2006; 5(1): 56-9.
 20. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 1997; 32: 920-4.
 21. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
 22. Hisli ŞN. Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988; 6:118-26.
 23. Chu H, Zhong L, Li H, Zhang X, Zhang J, Hou X. Epidemiology characteristics of constipation for general population, pediatric population, and elderly population in China. *Hindawi Publishing Corporation, Gastroenterology Research and Practice*, 16.10.2014; 2014: 1-11
 24. Kılıç Z, Yılmaz U, Karakaya MG. Relation of constipation problem and physical activity level in university students. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2015; 14(4): 329-32.
 25. Bilgiç Ş, Dilek F, Arslan HSA, Ünal A. Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Konstipasyon Durumları ve Etkileyen Faktörler. *International Journal of Basic and Clinical Medicine* 2016; 4(1): 9-16.
 26. Karakaya Çİ, Kılıç Z, Yılmaz U, Karakaya MG. Relation of constipation problem and physical activity level in university students. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2015; 14(4): 329-32.
 27. Ayaş S, Leblebici B, Sözü S, Bayramoğlu M, Niron EA. The effect of abdominal massage on bowel function in patients with spinal cord injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 2006; 85(12): 951-5.
 28. Cheng C, Chan AOO, Hui WM, Lam SK. Coping strategies, illness perception, anxiety and depression of patients with idiopathic constipation: a population based study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 2003; 18(3): 319-26.
 29. Bouchoucha M, Hejnar M, Devroede G, Boubaya M, Bon C, Benamouzig R. Patients with irritable bowel syndrome and constipation are more depressed than patients with functional constipation. *Digestive and Liver Disease* 2014; 46(3): 213-8.
 30. Zhou L, Lin Z, Lin L, Wang M, Zhang H. Functional constipation: implications for nursing interventions. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19(13-14): 1838-43.
 31. Hosseinzadeh ST, Poorsaadati S, Radkani B, Forootan M. Psychological disorders in patients with chronic constipation. *Gastroenterology and Hepatology from bed to bench* 2011; 4(3): 159-63.
 32. Mason HJ, Serrano-Ikkos E, Kamm MA. Psychological morbidity in women with idiopathic constipation. *The American Journal of Gastroenterology* 2000; 95(10): 2852-7.
 33. Nellesen D, Chawla A, Oh DL, Weissman T, Lavins BJ, Murray CW. Comorbidities in patients with irritable bowel syndrome with constipation or chronic idiopathic constipation: a review of the literature from the past decade. *Postgraduate Medicine* 2013; 125(2): 40-50.
 34. Nehra V, Bruce BK, Rath-Harvey DM, Pemberton JH, Camilleri M. Psychological disorders in patients with evacuation disorders and constipation in a tertiary practice. *The American Journal of Gastroenterology* 2000; 95(7): 1755-8.