T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KIZ ÖĞRENCİ YURDUNDA KALAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN KONSTİPASYON DURUMLARININ BELİRLENMESİ

HATİCE ARSLAN

YÜKSEK LİSANS

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Kemal Macit HİSAR

KONYA - 2015

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KIZ ÖĞRENCİ YURDUNDA KALAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN KONSTİPASYON DURUMLARININ BELİRLENMESİ

HATİCE ARSLAN

YÜKSEK LİSANS

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Kemal Macit HİSAR

KONYA - 2015

ÖNSÖZ

Çalışmamın her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen, sabırlı, anlayışlı ve hoşgörülü yaklaşımı ile beni cesaretlendiren ve daima özveride bulunan değerli hocam ve danışmanım **Sayın Yrd. Doç. Dr. Kemal Macit HİSAR'**a, her zaman bana güvenen ve yanımda olan babam Mustafa Okur ve annem Nermin Zeynep Okur'a canım oğlum Mustafa Ahmet'e sonsuz teşekkür ederim.

Hatice ARSLAN

Konya/2015

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR……..v

ÖZET..... vi
SUMMARY vii
1. GİRİŞ 1
1.1. Normal Defekasyon Fizyolojisi..... 3
1.2. Konstipasyon Tanımı 4
1.3. Konstipasyon Prevelansı 5
1.4. Konstipasyon Türleri..... 5
1.5. Konstipasyon Nedenleri 6
1.5.1. Konstipasyona Neden Olan Genel, Sistemik ve Psikolojik Nedenler.... 6
1.5.2. Sindirim Sistemine ve Diğer Nedenlere Bağlı Konstipasyon 7
1.6. Konstipasyon Belirtileri 7
1.7. Konstipasyon Tanısı..... 8
1.7.1. Anamnez..... 8
1.7.2. Morfolojik değerlendirme 9
1.7.3. Fonksiyonel değerlendirme..... 9
1.8. Konstipasyonun Tedavisi ve Bakımı..... 10
1.8.1. Beslenme ve diyet 10
1.8.2. Egzersiz..... 10
1.8.3. İlaç..... 11
1.8.4. Eğitim..... 11
1.9. Konstipasyonun Komplikasyonları 12
1.10. Kaynak Özetleri..... 12
1.10.1. Türkiye'de yapılan çalışmalar..... 12
2. GEREÇ ve YÖNTEM 15
2.1.Araştırmanın Türü..... 15
2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... 15
2.3.Araştırma Evreni ve Örneklemi 15
2.4.Veri Toplama Araçları 15
2.4.1.Tanılama Formu (EK-A) 15
2.4.2. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği(EK-B) 16

2.5.Ön Uygulama ve Verilerin Toplanması 16
2.6.Araştırmanın Değişkenleri 17
2.6.1.Bağımlı Değişken 17
2.6.2. Bağımsız Değişkenler 17
2.7. Verilerin Analizi 17
2.8.Araştırmanın Sınırlılıkları 17
2.9. Araştırma Soruları 18
2.10.Araştırmanın Varsayımları 18
2.11.Araştırmanın Etiği 18
3. BULGULAR 19
3.1.Araştırmaya katılan kız öğrencilerin sosyodemografik ve bazı sağlık özelliklerine ait tanımlayıcı bulgular 19
3.2.Araştırmaya katılan kız öğrencilerin konstipasyon yaşama durumu ile konstipasyon yaşama için bazı risk faktörlerine ait tanımlayıcı bulgular 21
3.3.Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği ile bazı değişkenlerin karşılaştırılma sonuçları. 24
4. TARTIŞMA 30
4.1. Sosyodemografik Değişkenler ve Sağlık Özelliklerine Ait Tanımlıyıcılar 30
4.2. Konstipasyon Yaşama Durumu İle Konstipasyon Yaşama İçin Bazı Risk Faktörlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular 31
4.3. Kız Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Sağlık Öyküleri Ve Konstipasyon İçin Riskli Durumları ile İlgili Özeliklerinin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması 33
5. SONUÇ ve ÖNERİLER 37
6. KAYNAKLAR 40
7. EKLER 42
EK-A: Anket formu 42
EK-B: Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği 45
EK-C: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan Alınan İzin Belgesi 47
EK-D: Kız Öğrenci Yurtlarından alınan İzin Belgesi 48
EK-E: KCÖ İzin Belgesi 51
EK-F: Gönüllü Katılım Formu 52
8. ÖZGEÇMİŞ 53

SİMGELER VE KISALTMALAR

GYA: Günlük Yaşam Aktivitesi

KCÖ: Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kız Öğrenci Yurdunda Kalan Üniversite Öğrencilerinin Konstipasyon Durumlarının Belirlenmesi

Hatice ARSLAN
Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA–2015

Sağlıklı genç bireylerde konstipasyon sorununun belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda, konstipasyon oranının yüksek olması, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi neden ile konstipasyonun üzerinde durulması gereken önemli bir sorundur. Üniversite kız öğrencileri geleceğin anneleri ve yeni nesilleri yetiştirecek bireyler olmaları nedeniyle kendilerine ait bu sorunun farkına varmaları ve çözüme ulaşmaları gerekmektedir.

Bu çalışma, kız öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerinde konstipasyon durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Çankırı ilinde bulunan yükseköğrenim yurtlarında kalan kız öğrenci oluşmuştur. Örneklem seçimi yapılmayıp evrenin tamamı araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada kullanılan verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından geliştirilen sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, bölüm, sınıfı, yaşamını en fazla geçirdiği bölge, günlük öğün ve ara öğün sayısı, günlük sıvı alma durumu, yaşam tarzı, egzersiz durumunu belirlemeye yönelik) soru formu ve "Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)" kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan kız öğrencilerin %77.5'si 18-21, %39' u 2.sınıf öğrencisi, % 48,1'ının geliri 500 TL altı olup ve %86.6'sının kronik bir hastalığı bulunmamaktadır. Kız öğrencilerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları en yüksek puan ortalaması "Toplam KCO" boyutunda (27.8±11.3), en düşük puan ortalaması "ağrı" boyutunda (3.0±3.1) olduğu görülmüştür. Yaşın artması ile kalın bağırsak tembelliği ve ağrı durumunun arttığı, hareketsiz olanlarda ağrı kalın barsak tembelliği ve dışkı tıkanıklığının daha fazla görüldüğü belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; Öğrencilerde konstipasyon sorununun azaltılması/önlenmesi için sorunla baş etmelerini desteklemek için gerekli eğitim ve danışmanlıkların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kız öğrenci yurdu; Konstipasyon; Üniversite öğrencileri

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Determination of the constipation status of the university students staying at girls' dormitory

Hatice ARSLAN
Departman of Nursing

MASTER THESIS / KONYA-2015

The studies for determination of the constipation problem in healthy young individuals, high ratio of constipation and negative affect quality of life are very important problem that must be emphasized. Female university students will be future mothers and individuals who grow up new generations. Therefore, they must be aware of and solve their own problem.

This study is done as a descriptor to determine the constipation status of the university students staying at the girls' dormitory.

The frame of the research was formed by female university students who reside at higher education dorms in Cankiri. Credit and dormitories institution's students could not be sampled because necessary permits could not be got from Credit and Dormitories Institution. Whole of the frame was covered in the study without doing choice of the sample. For collecting the data used in the study, sociodemographic questionnaire developed by the researcher (to determine sex, marital status, department, class, region that spent most of her life, the number of daily meals and snacks, status of the daily fluid intake, lifestyle, exercise status) and 'Visual Comparison Scale(VCS)' were used.

77.5 % of the female university students participate in the study are between 18 and 21 years old, 39% of them are second graders. 48,1 % of incomes are under 500 TL and 86.6 % of them have no chronic disease. It was seen that the highest point average of female students got from their sub-dimensions of Constipation Severity Scale is at the 'total VCS'(27.8±11.3) and the lowest point avarage is at 'Pain' dimension (3.0±3.1). It was determined that Colonic inertia and pain level increase with increasing age, Colonic inertia and intestinal obstruction are more frequently observed with inactive people.

According to these results, making the necessary training and advisory are recommended for reducing/preventing constipation problems of students and support them to deal with this problem.

Key Words: Constipation; Students staying at girls' dormitory; University students

1.GİRİŞ

Boşaltım aktivitesi; yaşam boyunca bireylerin yerine getirdiği bir günlük yaşam aktivitesi (GYA) dir. İnsan ne yaparsa yapsın, nerede ve ne zaman olursa olsun boşaltım gereksinimine cevap vermek zorundadır (Büyükyılmaz 2009, Şendir 2009).

Yediğimiz besinler yemek borusundan mideye oradan da vücut için gerekli maddelerin alınabilmesi için ince barsaklara geçer. Her gün yaklaşık 2-3 litrelik sıvı haldeki barsak muhtevası ince barsakların ritmik segmentasyonu peristaltik hareketleri ile kalın barsağa taşınır. Bu sıvının içindeki vücut için gerekli maddeler kalın barsaktan kan yolu ile emilir. Geriye kalan kısmı ise dışkıyı meydana getirir. Bundan sonra yaklaşık 250 ml hacmindeki dışkı, kalın barsağın son kısmı olan rektuma peristaltik hareketlerle ulaşır. Bunun vücuttan atılması olayına da defekasyon denir (Aktan ve ark 1988). Defekasyon sayısını normalin altına inmesi veya sert, kuru dışkıya yol açacak şekilde kalın barsaktaki dışkının güçlükle ve normalden geç olarak dışarı atılması konstipasyon diye tanımlanır (Birol ve ark 1997).

Konstipasyon bir hastalık değil, kişiden kişiye farklı şekillerde yorumlanan semptomdur. Günde üç ve üç günde bir arasında değişen dışkılama sayısı normal kabul edilmektedir. Genel olarak haftada iki veya daha az sayıda dışkılama alışkanlığı kabızlık olarak tarif edilmekle birlikte yalnız başına sayı yeterli bir kriter değildir. Çünkü dışkılama sayısı ve miktarı bireylerde ve toplumlarda çok fazla değişiklikler göstermektedir. (Türkay ve ark 2005).

Konstipasyona sorunu olan bireylerde belirti ve bulgular ise; katı şekilli dışkı ve /veya haftada üç kereden az dışkılama, abdominal ve rektal ağrı, barsak seslerinde azalma, rektal dolgunluk hissi, rektumda basınç hissi, dışkılama sırasında zorlanma ve ağrı, dolgunluk hissi, iştah kaybı, baş ağısı, yorgunluk ve hemoroiddir. (Carpenito 1997). Spastik kolon, kanser gibi hastalıkların temelini oluşturduğu için bu durum normal hale getirilmesi gerekir (Türkay ve ark 2005).

Konstipasyon toplumda oldukça sık görülen, sıklığı kullanılan tanımlara göre farklılık göstermekle birlikte %2-28 arasında değişen bir gastrointestinal problem olduğu saptanmıştır (Uz ve ark 2006). Ülkemizde popülasyona dayalı çalışma

sonuçlarına göre konstipasyon görülme oranı %22-40 arasında değişmektedir (Uysal ve ark 2010). Yapılan değişik çalışmalara göre kadınlarda erkeklere göre, zencilerde beyazlara göre, çocuklarda erişkinlere göre, yaşlılarda gençlere göre, daha sık oranda görülmektedir (Suares ve Ford 2011).

Her yaştaki kadınlarda konstipasyon şikayetinin erkeklere göre daha fazla olduğu vurgulanmaktadır (Turan ve ark 2011). Kadınlarda kronik hareketsizlik, yetersiz sıvı alımı, yetersiz/uygun olmayan diyet, ilaçların yan etkileri gibi nedenlerle konstipasyonda artış görünmektedir. Bu artış ülkeler arasında da farklılıklar göstermektedir. Çetinkaya ve ark (2000) Ankara'nın değişik kesimlerinde 3268 bireyde yaptıkları konstipasyon çalışmasında kadınların prevelansı %30.5, 50 yaş üzerindekilerde ise %39.2 dir. Amerika'da konstipasyon görülme sıklığı kadınlarda %34, erkeklerde ise % 26' dır (Sandler ve ark 1990). İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise konstipasyon oranı % 42 olarak saptanmıştır (Menter 1997). Diğer bir çalışmada da Papatheodoridis ve ark. (2010) tarafından 1000 kişi üzerinde Yunanistan'da yapılan bir prevelans çalışmasında Roma III kriterlerine göre kadınlardaki konstipasyon oranı (%21) erkeklerde (%11) olarak tespit edilmiştir.

Fiziksel inaktivite, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyinin düşüklüğü, sosyo-ekonomik durum, cinsel suistimale uğrama öyküsü, depresyon semptomlarının varlığı, nonsteroid antiinflamatuvar ilaç (NSAI) kullanımı ve diğer konstipasyona yol açan ilaç kullanımları, bazı hastalıklar konstipasyon için risk faktörleri arasındadır (Salmoirago-Blotcher ve ark 2011). Konstipasyon görülme riskini artıran faktörler göz önüne alındığında özellikle yurtlarda kalan öğrencilerin yetersiz ve dengesiz beslenen ve ekonomik durumu düşük olan genç bireylerde konstipasyon görülme riskinde artış olabilir. (Uysal ve ark 2010).

Okul, çevre ve yurt ortamına uyumda zorlanma, ekonomik yetersizlikler, bilinçsiz ve dengesiz beslenme özellikle fast-food (ayaküstü yemek) ile beslenme eğilimleri, yetersiz sıvı alımı, hareketsizlik, kullanılan ilaçlar nedeni ile üniversite öğrencilerinin beslenme sorunları günümüzde daha da artmaktadır (Turan ve ark 2011). Bu sorunlardan biri olan konstipasyon, özellikle kadınlarda daha fazla görülmektedir (Uysal ve ark 2010, Turan ve ark 2011). Sağlıklı genç bireylerde konstipasyon sorununun belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda, konstipasyon oranının yüksek olması, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi nedeni ile

konstipasyonun üzerinde durulması gereken önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır (Uysal ve ark 2010).

Ayrıca kadınlar karşılaştıkları sağlık sorunları ile başa çıkma yolları karşılaştıkları sağlık riskleri ve sağlık hizmetinden yararlanma durumları erkeklerden farklılık gösterir (Özçelik 2002). Özellikle geleneksel toplumlarda kadının her koşulda sağlık hizmeti almasına engel gösterilen dini inançlar ve kültürel yapısı kadınları daha çok geleneksel uygulamalara yönlendirir. Kadınlar ya geleneksel uygulamalar yolu ile ya da kendi kendilerine iyileşme yolu ile erken tanıdan uzaklaşır ve erken tedavi şansını kaybederler. (Tortumluoğlu ve ark 2005).

Sonuç olarak konstipasyon; araştırma sonuçlarından da görüldüğü gibi kadınlarda görülme sıklığı oldukça değişken olan, yaşam kalitesini etkileyen aynı zamanda tetkikler ve laksatif kullanımı ile maliyeti arttıran ve diğer tıbbi sorunlar ile birlikte sık görülen bir sorun olması nedeni ile birey ve toplum için önemli bir sağlık problemidir (Uz ve ark 2006).

Ülkemizdeki konstipasyon ile ilgili az sayıda yayın mevcuttur (Kocataş 2000, Çolakoğlu ve ark 2001, Arslan 2008). Ayrıca konstipasyonla ilgili çalışmalarda bazı kısıtlılıklar vardır. Çalışmalar kız öğrenci yurtlarında yaşayan üniversite öğrencileri ile yapılmamıştır.

Bu çalışma genç kadınların geleceğin anneleri, yeni nesilleri yetiştirecek ve ailede rehber olma nitelikleri nedeniyle bu sağlık probleminin farkına varmaları ve çözüm bulmalarını sağlamak, elde edilecek sonuçlar ile; kadınlara hizmet veren kurumlar, araştırma merkezleri, hemşirelikle ilgili hizmet veren değişik birimlerin hizmetlerini planlamasına katkıda bulunulması amacı ile yapılmıştır.

1.1. Normal Defekasyon Fizyolojisi

Yediğimiz besinler yemek borusundan mideye, oradan da vücut için faydalı maddelerin emildiği ince barsağa geçer. İnce barsaktan yarı likit kıvamındaki intraluminal içerik, çekuma geldiğinde kolon sıvı volümünü azaltmaya yönelik işine başlar. Kolonda motor aktivite üç tiptir.

- ✓ Lümende materyali karıştıran, sirküler kasların segmental nonpropülsif kontraksiyonu,

- ✓ Absorbisyonu devam ettiren ileri-geri kısa peristaltik hareketler,
- ✓ Fekaloid materyalin kolon içinde ilerlemesini sağlayan propülsif hareketler (Telatar 1993).

Bu işlemler sonucu kıvamı koyulaşan dışkı sigmoid kolona gelir ve burada depolanır. Sigmoid kolondaki feçesi rektuma iten propülsif hareketler, gastroenterik refleks ile başlar. Genellikle sabah kahvaltı sonrası, bazen de her yemekten sonra dışkılama ihtiyacı doğabilir. Rektumda depolanan materyal ve gazın sebep olduğu gerilme sonucu, intrarektal basınç artar. Artan bu basınçla anal sfinkter gevşer. Dışkılama için uygun pozisyon alan kişi intraabdominal basıncı arttırmak, ıkınmak suretiyle dışkılama olayını gerçekleştirir. Bu fizyolojik olayın normal seyrinde bozulmaya yol açan durumlarda kabızlık meydana gelir (Aktan ve ark 1988).

Konstipasyonun gelişmesinden sorumlu olan üç mekanizma vardır.

1. Çekuma ulaşan materyalin azlığı: Kolonu harekete geçiren normal stimulus, feçes kitlesinin barsak duvarına girmesidir. Kolonda oluşan feçesin kitle ağırlığı ile barsaktaki transit süresi ters orantılıdır. Açlık, posasız besinlerden yoksun bir diyet izlenmesi az feçes oluşmasına, dolayısıyla transit süresinin uzamasına, konstipasyona neden olur

2. Kolonun propülsif hareketinin bozulması: Kasların kontraksiyon gücünün kaşeksi, hipopotasemi gibi nedenlerle azalması, safra asitleri azlığı, kolonun doğuştan uzun ve geniş olduğu kişilerde aşırı absorbsiyon sonucu transitin yavaşlaması doğaldır. Kolon duvarının çeşitli bilinen ve bilinmeyen nedenlerle bağlı nöromüsküler bozukluğu da kolonda propülsif peristaltizmin azalma veya yokluğuna, transitin uzamasına neden olur

3. Defekasyon işlevinde bozukluk: Rektum veya pelvis tümörleri, fekolama, striktür gibi anatomik veya mekanik nedenlerle rektum ve anüsten geçişin güçlüğü feçesin rektumdan dışarı atılımını engeller. Defekasyon işlevini koordine eden refleksin ve nörojen mekanizmasının çeşitli nedenlere bağlı bozukluğu da rektal konstipasyon nedenidir (Aktan ve ark 1988).

1.2. Konstipasyon Tanımı

Konstipasyon, gaitanın çok sert olması, defekasyon sırasında zorluk çekilmesi, barsakların defekasyon sırasında tam olarak boşalmadığı şeklindeki bir his ve genelde az miktarda, seyrek aralıklarla (haftada 3 kez veya daha az sayıda) dışkılama olarak tanımlanır (Berkow 1985). Birey yaşamının herhangi bir döneminde; düzenli barsak alışkanlığının olmaması yetersiz beslenme ve sıvı alımı, lif yönünden fakir gıdalarla beslenme, yetersiz egzersiz/fiziksel harekette bozulma, duygusal depresyon, pelvis taban kasarının güçsüz olması gibi nedenlerle konstipasyon sorununu deneyimleyebilir (Berkow 1985).

1.3. Konstipasyon Prevelansı

Konstipasyon bir hastalık değil, birçok hastalık ve bozuklukların sebep olabileceği çok sık görülen semptomdur. Prevelansı % 20'lere kadar ulaşabilir (Menteş 1984).

İngiltere'de sağlıklı kabul edilen kişiler üzerinde yapılan bir çalışmada haftada 3 ile 1 defadan az dışkılama konstipasyon olarak kabul edilmiştir. Konstipasyonun tanımları bu şekilde yapılmış olmasına rağmen hastalar kabızlığı çok farklı şekillerde tanımlamaktadır. Sandler ve Drossman'ın yürüttükleri çalışmada, katılanların %52'si kabızlığı dışkının zorlanarak çıkartılması, %44'ü katı gaita yapılması ve sadece %32'si dışkılama sıklığının azalması olarak tanımlamıştır. Yine bu çalışmaya katılanların %34'ünde ise kabızlığı istendiği zaman dışkılama yapılmaması olarak tanımlamıştır. Bu bilgilerin ışığında konstipasyon tanımı yapılırken sadece dışkılama sayısının alınmaması gerektiği görülür (Yakaryılmaz 2002).

1.4. Konstipasyon Türleri

Konstipasyon akut ve kronik olmak üzere 2'ye ayrılır.

Akut konstipasyon, daha önce normal olan dışkılama düzeninde çoğunlukla birden bire bir değişikliğin olmasıyla tanımlanır. Genellikle diyet veya yaşam tarzındaki değişikliklere bağlı olarak kısa süreli konstipasyon olarak tanımlanır (Gönen 1996).

Kronik konstipasyon ise, son sekiz hafta içinde, 3 haftada birden daha az sayıda dışkılama, haftada birden daha fazla sayıda dışkı kaçırma, rektum veya karın

muayenesinde palpe edilen büyük dışkı kitleleri, dışkı tutma davranışı, dışkı biriktirme posturu ve ağrılı dışkılama gibi durumlardan iki veya daha fazlasının bir arada olmasıyla tanımlanır (Gözdaşoğlu 1992).

1.5. Konstipasyonun Nedenleri

Sağlıklı genç bireylerde konstipasyon sorununun belirlenmeye yönelik yapılan çalışmalarda, konstipasyon oranının yüksek olması, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi nedeni ile konstipasyon üzerinde durulması gereken önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır (Uysal ve ark 2010). Konstipasyona yönelik sorunu olan bireylerde görülen belirti ve bulgular ise; katı şekilli dışkı veya haftada üç kereden az dışkılama, abdominal ve rektal ağrı, barsak seslerinde azalma, rektal dolgunluk hissi, rektumda basınç hissi, dışkılama sırasında zorlanma ve ağrı dolgunluk hissi, iştah kaybı, baş ağısı, yorgunluk ve hemoroiddir (Carpenito 1997).

Konstipasyonu tanılamada, konstipasyona neden olan faktörleri belirlemek, etkili baş etme stratejileri geliştirmede anahtar bir role sahiptir (Turan ve ark 2011).

1.5.1. Konstipasyona Neden Olan Genel, Sistemik ve Psikolojik Nedenler;

Yaşam

Yetersiz lifli besin alınması, az miktarda yemek yenmesi, dışkılama hissedildiğinde işlevin ertelenmesi, immobilite, tuvalet eğitim ve alışkanlığında eksiklik, seyahat, gebelik, ateşli hastalıklar, mahremiyet yetersizliği, yeteri kadar sıvı alamamaya bağlı, uygun dışkılama pozisyonunu engelleyen bozukluklar, karın ameliyatları (Yüceyar 2003).

Endokrin ve metabolik nedenler

Hipotroidizm, hiperkalsemi porfiria, hipopotasemi, hiperparatroidizm, diabetus mellitus (Telatar 1993).

Nörolojik nedenler

Parkinson hastalığı, demans, multiplskleroz, medulla spinalis lezyonları, skleroderma, sistemik lupus eritematozus (Carpenito 1997).

Psikolojik nedenler

Depresyon, yeme bozuklukları (anorexia nevroza), mental retardasyonda megakolon (Yüceyar 2003).

1.5.2. Sindirim Sistemine ve Diğer Nedenlere Bağlı Konstipasyon;

Sindirim sistemine bağlı nedenler

Sindirim kanalında tıkanıklık, miyopatiler, nöropatiler, sistemik skleroz, megakolon (Telatar 1993).

Anorektal hastalıklara bağlı nedenler

Anal atrezi ve malformasyon, doğumsal internal anal sfinkter bozuklukları, anal stenozis, pelvik taban kaslarının zayıflığı, büyük rektosel, prolapsus, rektal ülserler (Yüceyar 2003)**.**

İlaçlar

Antiasitler (aliminyum ve kalsiyum tuzları), antikonvülsanlar, antikolinerjikler, kas gevşeticiler, ganglion blokerleri, diüretikler, antidepresanlar, analjezikler (özellikle kodeinliler), ağır mental zehirlenmeleri (bizmut gibi), demir preparatları, kolostromin gibi maddeler, antiparkinson ilaçlar, tranklizanlar, antihipertansifler (Carpenito 1997)**.**

Hastalıklar

1. Gastrointestinal hastalıklar: İrritabl barsak sendromu, spastik kolon, konjenital aganglionik megakolon, diverkülit, sindirim kanalının bening ve maling tümörleri,

2. Anorektal hastalıklar: Anal fissür, fistül ve ülser, hemoroid, proktit (Yüceyer 2003)**.**

1.6. Konstipasyonun Belirtileri

- ✓ Barsak seslerinde azalma
- ✓ Rektal dolgunluk hissinin bildirilmesi

- ✓ Rektumda basınç hissinin bildirilmesi
- ✓ Defekasyonda ağrı ve zorlanma
- ✓ Fekal tıkacın palpasyonu
- ✓ Boşaltımda yetersizlik hissetme
- ✓ Sert, katı bir şekilde gaita
- ✓ Defekasyon sayısında azalma
- ✓ Abdominal distansiyon
- ✓ Baş ağrısı, halsizlik, iştahta azalma
- ✓ Kramp şeklinde karın ağrısı
- ✓ Kusma
- ✓ Karında gerginlik
- ✓ Bölgesel duyarlılık (Carpenito 1997, Yakaryılmaz 2002).

1.7. Konstipasyon Tanısı

1.7.1. Anamnez

Hastalığın değerlendirilmesinde anamnez çok önemlidir. Akut konstipasyona yol açabilecek çoğu kere basit nedenler yakalanabilir ve zahmetli tetkiklerden kaçınılmış olur. Anamnezde konstipasyonlu hastaların büyük çoğunluğunun doğru tanı ve tedavisinde hastaya sorulması gereken sekiz anahtar soru vardır:

- ✓ Ne kadar süredir bu sorun var?
- ✓ Barsak hareketlerinizde son zamanlarda herhangi bir değişiklik oldu mu?
- ✓ Barsak hareketlerinizin sıklığı nedir?
- ✓ Defekasyonunuz ani mi olur, zor mu olur?
- ✓ Genel olarak gaitanızın kıvamı nasıldır?
- ✓ Her defekasyon gereksiniminiz defekasyonla sonuçlanır mı?
- ✓ Barsak hareketlerinize ağrı eşlik ediyor mu?
- ✓ Defekasyon esnasında gaitanızda kan gözlediniz mi? (Dambro 1997).

Genellikle ilk adım; akut ve kronik konstipasyon arasındaki ayrımı yapmaktır (Ne kadar süredir bu sorun var?). Akut konstipasyon üç aydan kısa süre için barsak alışkanlıklarında ısrarlı değişim şeklinde tanımlanabilir. Akut konstipasyonda sıklıkla konstipasyona neden olan genel faktörlerden sadece birinde değişiklik vardır ve bu nedenle tedavisi daha kolaydır. Kronik konstipasyonda barsak alışkanlıklarındaki değişiklikler üç aydan fazladır, yaşla sıklığı artar ve konstipasyona neden olan faktörler daha komplekstir (Aleksanyan 1985).

1.7.2. Morfolojik Değerlendirme

Öncelikle iyi bir hikâye alınmalıdır. Kabızlığın süresi önemlidir. Yakın zamanda barsak tabiatında değişme ile başlayan kabızlık, sonunda organik bir patoloji olan kabızlıktan ekarte edilmelidir. Kronik ve uzun yıllar süren konstipasyonda idiyopatik kronik konstipasyon, irritable barsak sendromu, fonksiyonel nedenler öncelikle düşünülmelidir. Hikayede kabızlık ile tanımlanan semptomun ne olduğu, dışkılamadan sonra rahatlama hissinin oluşup oluşmadığı, güçlükle dışkılama olup olmadığı ile ilgili sorular sorulmalıdır. Konstipasyona eşlik eden, karın ağrısı rektal kanama, kilo kaybı semptomları varsa malignansiler yönünden tanısal girişim gereklidir (Telatar 1993).

Fizik muayenede, genel görünüm değerlendirilmeli ve sistemik bir hastalığın, ekstraintestinal bulguları araştırılmalıdır. Batın muayenesinde distansiyon, duyarlılık, palpabl kitle, fekoloid, palpabl barsak ansları araştırılmalıdır (Telatar 1993). Rektal tuşede hassasiyet olabilir. Anal sfinkter tonusu değerlendirilmelidir. Rektum ve anüse ait nedenlerin tanısında rektosigmoidoskopinin yeri önemli olup kronik konstipasyonu olan vakalarda mutlaka yapılmalıdır (Telatar 1993). Kolonoskopi ise ancak radyolojik yöntemlerden sonra endikasyonu olan vakalarda yapılmalıdır. Baryumlu kolon grafileri kronik konstipasyonda ayırıcı tanıda önemli bir yöntemdir. Megakolon, yer işgal eden lezyonlar, divertikül, atoni ve kolonun morfolojisi x-ray ile aydınlatılabilir. Düz karın filmi, obstrüksiyon, megakolon varlığında değerlendirilir (Telatar 1993).

1.7.3. Fonksiyonel Değerlendirme

Konstipasyonun tanısında bu aşamada kolonun fonksiyonel kapasitesi değerlendirilmelidir. Kolonik transit zamanı, kolorektal basınç ve kolonun

elektromyografik tetkiklerinin bu amaçla yapılması gereklidir (Telatar 1993). Kolonik transit zamanı için, radyoopak 5mm'lik paletler sabah kahvaltıdan sonra 20 adet olarak yutturulur. Kişinin günlük aynı saatlerde boş batın grafileri çekilerek izlenir. Böylece en son palet gelinceye kadar geçen süre kolonik transit zamanını belirler (Gözdaşoğlu 1992).

1.8. Konstipasyonun Tedavisi ve Bakımı

1.8.1. Beslenme ve Diyet

Sakıncası yoksa günlük 2 lt sıvı (8-10 bardak) almalıdır,

Kahve alımı 2 fincanla sınırlandırılmalıdır,

Kahvaltıdan 30 dk. önce 1 su bardağı ılık su içmesi önerilmelidir,

Posalı (lifli) gıdalar alması sağlanmalı ve önemi açıklanmalıdır,

Diyetisyen eşliğinde beslenme tedavisi ayarlanmalı, düzenli yemek yemesi sağlanmalıdır,

Lifli gıdalar öğretilmelidir (Lembo 2003). Posalı gıdalar olarak;

Sebzeler; kereviz, enginar (haşlanmış),yeşil bezelye, Brüksel lahanası, karnabahar, taze fasulye, brokoli, ıspanak, pırasa, domates, salatalık, patates (fırınlanmış), marul ve havuç verilebilir.

Kuru bakliyatlar: Kuru fasulye, mercimek (yeşil ve kırmızı),

Meyveler: Elma (kabuklu/kabuksuz), incir, portakal, üzüm, çilek, muz (olgun olmak kaydıyla), armut, kayısı seçilecek meyvelerdendir.

Kurutulmuş meyveler: Kuru üzüm, incir kurusu, kuru kayısı, kuru erik, hurma posa içeriği yüksek besinlerdir.

Meyve suları: Taze sıkılmış portakal suyu, elma suyu, üzüm suyu fayda sağlayabilir (Birol ve ark 1997).

1.8.2. Egzersiz

Günlük barsak hareketlerinin kazandırılması sağlanmalıdır. Yürüyüş, koşu, step, aerobik, plates önerilebilir.

Abdominal veya diyafragmatik nefes egzersizi öğretilmelidir. Bu nefes egzersizlerinin amacı doğru nefes alıp vererek, nefesimiz ile karın kaslarımız ve anal kaslarımız arasında uyum sağlamaktır. Genelde nefes alıp verirken iki tip teknikten birini kullanırız. Göğüs tipi veya abdominal tiptir. Buradaki amacımız, abdominal tip nefes almayı sağlamaktır (Norton 2001).

Bu egzersiz teknik olarak nasıl yapılır?

20 dakika rahatsız edilmeyeceğiniz sessiz bir yer seçin, bir sandalyeye rahat bir şekilde oturun ve bacaklarınızı 20 cm kadar açın, ayaklarınızın altına ayaklarınızı 15 cm yükseklikte tutacak bir eşya koyun, karşınıza saniye tutabileceğiniz bir saat koyun. Bir elinizi göğsünüze, diğer elinizi karnınızın üstüne koyun. Yavaş ve sabit bir hızla 6-8 saniye içinde derin bir nefes alın. Daha sonra nefesinizi yaklaşık 20 saniye tutun, takiben nefesinizi yavaşça 6-8 saniyede verin. Bir sonraki egzersizi yapmadan önce 10-15 saniye dinlenebilirsiniz. Bu nefes egzersizlerini istediğiniz kadar yapabilirsiniz. Günde en az 3 kere, minimum 15-20 dakika (en az 10 nefes egzersizi) yapılması uygundur. Bu şekilde nefes alıp vermek sağlıklıdır ve stresinizi azaltmanıza da yardımcı olur (Süleymanlar 2013).

1.8.3. İlaç

Uyarıcı laksatifler kalın barsağın hareketlerini uyararak kabızlığı gideren ilaçlardır. Bu ilaçlar kabızlık sorununu çözmede oldukça etkili olmalarına karşın belli bir süre sonunda barsağı bu maddelere karşı bağımlı hale getirerek "barsak tembelliğine" yol açabileceklerinden kısa süreli kullanılmaları gerekmektedir. Bu ilaçlar ayrıca barsak kramplarına ve fışkırır tarzda dışkılama gibi yan etkilere de neden olabilmektedirler (Ulugay 1977). Mekanik laksatifler ise kabızlık sorununu dışkının niteliklerini değiştirerek çözerler. Bu ilaçlar kalın barsağın doğal hareketlerini etkilemediklerinden yan etkileri daha azdır ve daha uzun süreli kullanılabilirler (Ulugay 1977). Direk bir çözüm de lavman adı verilen uygulamalardır. Makattan kalın barsak içine verilerek uygulanan bu ilaçlar doktor önerisiyle belli aralıklarla uygulandıklarında özellikle uzun zamandan beri dışkılamanın gerçekleşemediği durumlarda oldukça etkili olabilirler (Gözdaşoğlu 1992).

1.8.4. Eğitim

Her gün aynı saatte, aynı tip kahvaltıdan sonra, ihtiyaç duymadan tuvalete gidip 15–20 dakika oturmalı, alt abdomene nazikçe masaj yapılması öğretilmelidir.

İlaç tedavisi almadan normal barsak fonksiyonu sağlanabileceği vurgulanmalıdır.

Laksatif-pürgatif ve lavmanların neden önerilmediği açıklanmalı; rahatlamanın geçici olduğu, sıvı kaybının oluşabileceği, yağda çözünen vitaminlerin (ADEK) malabsorbsiyonu, diyare-konstipasyon döngüsünün oluşacağı anlatılmalıdır.

Bazı ağrı kesiciler, antidepresanlar, demir preparatları, epilepsi ilaçları, antiasitler ve spazm, antispazmatiklerin konstipasyona neden olacağı anlatılmalıdır,

Barsak alışkanlıklarında belirgin ve uzun süreli değişiklikler olduğunda doktora başvurması gerektiği anlatılmalıdır,

Egzersizlerin nasıl yapılacağı öğretilmelidir,

Egzersizler için uygun ortam oluşturulmalıdır (Staphen 2005).

1.9. Konstipasyonun Komplikasyonları

Kronik ve inatçı konstipasyonun en önemli komplikasyonu feçes tıkaçlarının oluşmasıdır. Bu taşlaşmış fekal kitlenin basıncı ile rektum arka duvarında sterkoral ülserde gelişebilir. Sert fekal kitle nedeni ile anal kanalda yaptığı çatlak (fissür), aşırı ıkınmanın sonucu olarak hemoroid veya rektal prolapsus, buna bağlı kanamalar ve nadiren de perforasyon olabilir. Alt segmentlerin geçişi engellemesi sonucu kolon ve rektumun aşırı genişlemesi (akkiz megakolon), feçesin sızması ve inkontinans kronik konstipasyon komplikasyonlarındandır (Aktan ve ark 1988, Büyüköztürk 1998).

1.10. Kaynak Özetleri

1.10.1. Türkiye'de Yapılan Çalışmalar

Ülkemizde konstipasyonun ne sıklıkta izlendiğine ilişkin yapılan çalışmalarda; bu oranlar %29 ile 40 arasında değişmektedir. (Akpınar 2005). Çetinkaya ve ark (2000) yaptığı çalışmada konstipasyon oranının kadınlarda daha sık görülen bir problem olduğunu saptamışlardır (Akpınar 2005).

Uz ve ark (2006) Ankara Fatih Üniversitesi Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniğine değişik nedenlerle başvurmuş hastalarda konstipasyon ve özelliklerini belirlenmeye yönelik yaptıkları araştırmada, hastaların dosyalarını konstipasyon ve özellikleri açısından retrospektif olarak incelemişlerdir. Konstipasyon tanısı için Roma II tanı kriterleri kullanılmıştır. Çalışmaya alınan 1000 hastadan 200'ünde (%20) konstipasyon saptanmıştır. Konstipasyon saptanan hastaların 146'sı (%73) kadın, 54'ü (%27) erkektir. Yaş ortalamaları 53.45±16.72 yıl idi. Hastaların 48'inde (%24) konstipasyon primer başvuru yakınması iken, 152'si (%76) başka nedenlerle başvurmuştur. 63 hastada (%31.5) haftada 3 veya daha seyrek dışkılama baskın şikayet iken, 76 hastada (%38) zorlu dışkılama, 61 hastada (%30.5) sert dışkılama ana yakınma idi. Hastaların 34'üne (%17) İrritabl Barsak Sendromu tanısı konmuştur. 160 hastada (%80) eşlik eden bir hastalık bulunmazken. 24'ünde (% 12) DM, 12'sinde (%6) hipotiroidizm, 3'ünde (%1.5) hipopotasemi ve 1'inde (%0.5) üremi vardı. Hastaların 27'si (%13.5) laksatif kullanmaktaydı. Konstipasyonun hayat kalitesini etkilemesi, tetkikler ve laksatif kullanımı nedeniyle maliyeti arttırması ve önemli hastalıklar ile bir arada bulunabilmesi nedeniyle dikkatli olunması gereken bir problem olduğunu savunmuşlardır (Uz ve ark 2006).

Yılmaz ve ark (2009) konstipasyonun ciddi bir hastalık olması ve potansiyel olarak tedavi edilebilir bir nedeni olduğu düşüncesi ile, idiopatik konstipasyon ayırıcı tanısına yönelik araştırma yapmıştır. Yaptıkları araştırmada, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Kliniğinde tanı ve tedavi almış 4500, 62 idiopatik konstipasyon olgusuna yer vermiştir. Hirschsprung hastalığı Grup I, idiopatik konstipasyon Grup II olarak ayırmış, olgular cinsiyet, yaş, şikayet başlama yaşı, kusma, haftalık kaka sayısı, kaka sertliği, beslenme isteği ağrılı defekasyon, aile anamnezi, ek anomali daha önce gördüğü tedavi, karın distansiyonu, rektal fekalom, laboratuvar-radyolojik bulgular, rektal biyopsi ve tedaviye cevap yönünden incelenmiştir. İki grupta da erkek cinsiyetin sıklığı daha fazla olduğu, cinsiyet dağılımı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı, Grup I'in yaş ortalaması ve belirtilerin başlama yaşı, Grup II'den düşük, aralarında ise anlamlı bir fark saptandığı ortaya çıkmıştır. Karın distansiyonu, safralı kusma şikayeti Grup I'de, haftada üçten az gaita çıkarımı, ağrılı defekasyon, abdominal ve rektal felakom Grup II'de daha fazla olduğu saptanmıştır. Her iki grupta kliniğe başvurmadan önce defekasyon sorunu nedeniyle, daha önceki sağlık hizmeti basamaklarında tedavi görmüş, iki grup arasında oransal

olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ailesel özellik Grup I ‘de hiç rastlanmamış, Grup II’de %16 oranında olduğu saptanmıştır (Yılmaz ve ark 2009**)**.

2.GEREÇ ve YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Türü

Bu tanımlayıcı tipteki araştırma, kız öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerinde konstipasyon durumlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Çankırı il merkezinde bulunan yurtta kalan üniversite kız öğrencilerine Mart 2013 ve Nisan 2013 tarihleri arasında yapıldı. Çankırı ilinde 4 tane kız öğrenci yurdu bulunmaktadır. Bunlar Kredi Yurtlar Kurumu Yurdu, Taşmescit Öğrenci Evi, Mina Kız Yurdu ve İffet Kız Yurdu' dur. Bu yurtlarda bulunan öğrenci sayıları ise şöyledir: İffet Yurdu; 152 kişi, Mina Yurdu; 117 kişi, Kredi Yurtlar Kurumu 401 kişi, Taşmescid Öğrenci Evi 180 kişidir. Yurtlarda sabah kahvaltısı ve akşam yemeği verilmektedir.

2.3.Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Çankırı ilinde bulunan yükseköğrenim kız öğrenci yurtlarında kalan kız öğrenciler evreni oluşturmuştur. Örneklem seçimi yapılmayıp evrenin tamamı araştırma kapsamına alınmıştır. Fakat Kredi Yurtlar Kurumu araştırmaya izin vermediği için örneklem dışı kalmıştır.

2.4.Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından geliştirilen sosyo-demografik özellikleri, genel sağlık durumu, konstipasyon için riskli durumları belirlemeye yönelik (Bkz. EK-A) soru formu, Kaya ve Turan (2009) tarafından Türkçeye uyarlanan ve 16 sorudan oluşan "Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)" kullanılmıştır (Bkz. EK-B).

2.4.1.Tanılama Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan tanılama formunda; bireylerin sosyo-demografik özellikleri, genel sağlık durumu, konstipasyon için riskli durumları belirlemeye yönelik sorular yer aldı.

Sosyo-demografik özellikler bölümünde; yaş-eğitim düzeyi, yemek bursu alma durumu, en uzun yaşanılan yer, gelir durumunu içeren sorular yer aldı.

Sağlık özellikleri bölümünde, sürekli takip gerektiren hastalık, düzenli kullanılan ilaç durumunu ve makatta dışkılamayı zorlaştıracak bir durum olup olmadığını içeren sorular yer aldı.

Konstipasyon için riskli durumların belirlenmesinde ise; ana-ara öğün sayısı, sebze-meyve yeme sıklığı, sıvı tüketme, egzersiz sıklığı, büyük abdest yapma sıklığı, büyük abdest hissinin oluşma zamanı, büyük abdest yapmayı kolaylaştırıcı yapılan uygulamalar ile ilgili sorular yer aldı.

2.4.2.Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği

Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ): KCÖ, Varma ve arkadaşları tarafından 2008 yılında geliştirilen KCÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenirliği Kaya ve Turan (2010) tarafından yapılmış olup, bireylerin dışkılama sıklığını, yoğunluğunu ve dışkılama sırasında zorluğu/güçlüğü belirlemeye yönelik bir ölçektir. Ayrıca bu ölçek aracılığı ile konstipasyon semptomlarını ölçmek amaçlanmıştır. Ölçekte 16 soru yer almaktadır. KCÖ, Dışkı Tıkanıklığı, Kalın Bağırsak Tembelliği ve Ağrı olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. Dışkı Tıkanıklığı alt boyutundan alınabilecek puan 0-28, Kalın Bağırsak alt boyutundan alınabilecek puan 0-29, Ağrı alt boyutundan alınabilecek puan ise 0-16 arasındadır. KCÖ'den alınabilecek toplam puan en düşük 0, en yüksek ise 73'tür. Ölçekten alınan yüksek puan belirtilerin ciddi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı (α = 0.88-0.91) ve test-tekrar test güvenilirliği (sınıf iç korelasyon katsayıları = 0.84-0.91), tüm alt ölçekler için yüksek bulunmuştur (Kaya ve Turan 2010).

2.5.Ön Uygulama ve Verilerin Toplanması

Veri toplama formları araştırma öncesi, veri toplama formunun anlaşılırlığı ve işlevselliğini saptamak için üniversite kız öğrenci yurdunda kalmayan 20 öğrenci ile yüz-yüze görüşülerek araştırmacı tarafından uygulandı. Elde edilen veriler doğrultusunda anketin görünümü üzerinde düzenlemeler yapılarak yurtta kalan kız öğrencilerin genel sağlık durumunu, konstipasyon için riskli durumlarını belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgi formu oluşturuldu. Ön uygulamaya alınan kız öğrenciler yurtta

kalmadığı için örnekleme dışında idi. Araştırma akşam ve gündüz öğrencilerin hepsine ulaşabilmek amacı ile haftanın beş iş gününde saat 16:00 ve 22:00 arasında ortalama 15 dakika süren yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplandı.

2.6.Araştırmanın Değişkenleri

2.6.1.Bağımlı Değişken

Sürekli takip gerektiren hastalık, düzenli kullanılan ilaç durumu ve makatta dışkılamayı zorlaştıracak bir durum olması nedeni ile oluşan konstipasyon

2.6.2.Bağımsız Değişkenler

✓ Sosyo-demografik özellikleri: yaş, eğitim düzeyi, yemek bursu alma durumu, en uzun süre yaşanılan yer, gelir durumu

✓ Konstipasyon için riskli durumlar: ana-ara öğün sayısı, sebze-meyve yeme sıklığı, sıvı tüketme, egzersiz sıklığı, büyük abdest yapma sıklığı, büyük abdest hissinin oluşma zamanı, büyük abdesti yapmayı kolaylaştırıcı yapılan uygulamalar

2.7. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamına aktarılarak analiz edildi. Bütün verilerin ortalaması, standart sapması hesaplanmış ve veriler %95 güven aralığında değerlendirilmiştir. Gruplama değişkenleri oran ya da yüzde olarak alınmıştır. Değişkenlerin homojenitesine Levene testiyle ve verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi yanı sıra Skewness ve Kurtosis değerleri ile bakılmıştır. Bu değerlerin -1 ve +1 aralığında olan sonuçları için normal dağılım var kabul edilmiştir. Normal dağılım gösterildiği durumlarda bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi (farklılığı araştırmak için Tukey Testi), normal dağılım gösterilmediği durumlarda Kruskall Walles (ikiden fazla bağımsız grupta) uygulanmıştır.

2.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Çankırı ilinde bulunan kız öğrenci yurtları ile sınırlıdır. Fakat Kredi yurtlar kurumundan gerekli izinler alınamadığı için araştırmanın evrenini Mina, İffat ve Taşmescid yurdunda kalan kız öğrenciler oluşturmuştur.

2.9. Araştırma Soruları

1. Araştırmaya katılan kız öğrencilerin sosyodemografik ve bazı sağlık özelliklerine ait tanımlayıcı bulgulara göre konstipasyon durumu nedir?

2. Araştırmaya katılan kız öğrencilerin konstipasyon yaşama durumu ile konstipasyon yaşama için bazı risk faktörlerine ait tanımlayıcı bulgulara göre konstipasyon durumu nedir?

3. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğine ile bazı değişkenlerin karşılaştırılma sonucuna göre konstipasyon durumu nedir?

2.10.Araştırmanın Varsayımları

Örneklem grubunun temsil ettiği ve araştırmaya katılan kız öğrencilerin görüşlerinin yeterli olduğu varsayıldı.

2.11.Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yapıldığı, Mina, İffet ve Taşmescit yurdundan yazılı izin (Bkz. EK-D), Selçuk Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik izin (2012/03-27.03.2012) (Bkz. EK-C), Konstipasyon Ölçeğinin kullanılması için yazılı izin (Bkz. EK-E) alındı. Araştırmaya alınan hastalara araştırmanın amacı, yöntemi ve araştırmadan beklenen yararlar anlatılarak sözlü onayları alındı ve gönüllü katılımları sağlandı (Bkz. EK-F).

3.BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular üç ana başlık altında incelenmiştir.

1.Araştırmaya katılan kız öğrencilerin sosyodemografik ve bazı sağlık özelliklerine ait tanımlayıcı bulgular

2.Araştırmaya katılan kız öğrencilerin konstipasyon yaşama durumu ile konstipasyon yaşama için bazı risk faktörlerine ait tanımlayıcı bulgular

3.Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği ile bazı değişkenlerin karşılaştırılma sonuçları.

3.1. Araştırmaya katılan kız öğrencilerin sosyodemografik ve bazı sağlık özelliklerine ait tanımlayıcı bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin %77.5'i 18-21 yaş aralığında olup, %39,0'ı ikinci sınıfta öğrenim görmekte ve %45.4 iç Anadolu bölgesinde yaşamaktadır. Öğrencilerin %51,9'unun aylık eline geçen gelir 500 Tl ve üzerinde olup , aylık gelirinin %26-%50 sini yemeğe ayırma oranı %35.6 dır. Ayrıca öğrencilerin %82.6 yemek bursu almamaktadır (Çizelge 1). Öğrencilerin bazı sağlık özellikleri incelendiğinde %86.6'sının sürekli takip gerektiren bir hastalığı bulunmamakta ve yine öğrencilerin %90,2'sinin düzenli kullandığı bir ilaç bulunmamaktadır (Çizelge 2).

Çizelge 1. Araştırmaya katılan kız öğrencilerin sosyodemografik özellikleri.

Sosyodemografik özellikler	**Sayı**	**%**
Yaş		
18-21	348	77,5
22 yaş ve üzeri	101	22,5
Öğrenim durumu		
Birinci sınıf	155	34,5
İkinci Sınıf	175	39,0
Üçüncü sınıf	76	16,9
Dördüncü sınıf	43	9.6
Yaşamının önemli bölümünü geçirdiği bölge		
Marmara	68	15,1
Ege	34	7,6
Akdeniz	45	10,0
İç Anadolu	204	45,4
Güneydoğu Anadolu	18	4,0
Doğu Anadolu	31	6,9
Karadeniz	49	10,9
Aylık gelir		
500 Tl ve altı	216	48,1
500 TL ‘nin üstü	233	51,9
Aylık yemeğe ayırdığı oran		
%0-%10	38	8,5
%11-%25	94	20,9
%26-%50	160	35,6
%51-%75	130	29,0
%76-%100	27	6,0
Yemek bursu alma durumu		
Evet	78	17,4
Hayır	371	82,6
TOPLAM	**449**	**100,0**

Çizelge 2. Çalışmaya katılan öğrencilerin bazı sağlık özellikleri.

	Sayı	%
Sürekli takip gerektiren hastalık / kronik hastalık olma durumu		
Evet	60	13,4
Hayır	389	86,6
Düzenli olarak ilaç kullanma durumu		
Evet	44	9,8
Hayır	405	90,2
TOPLAM	**449**	**100,0**

3.2. Araştırmaya katılan kız öğrencilerin konstipasyon yaşama durumu ile konstipasyon yaşama için bazı risk faktörlerine ait tanımlayıcı bulgular

Çizelge 3. Öğrencilerde konstipasyon yaşama sıklığı.

Konstipasyon sorunu	**Sayı**	**%**
Var	67	14,9
Yok	382	85,1
TOPLAM	**449**	**100,0**

Çalışmaya katılan öğrencilerin konstipasyon yaşama durumu Çizelge 3'te incelenmiş ve öğrencilerin %14,9'nun konstipayon sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Çizelge 4'de öğrencilerin konstipasyon için risk faktörlerine sahip olma durumları yer almaktadır. Bu çizelgeye göre öğrencilerin %45.9'u günde bir-iki öğün yemekte; hiç ara öğün tüketmeyenlerin oranı %16.0, hiç meyve tüketmeme oranı %35.0, %59,9'u günde beş bardak ve altında su tüketmektedir. Günde bir bardak meyve suyu tüketme oranı %39 olup, çay tüketme miktarı üç bardak ve üzeri olan öğrencilerin oranı %27.4'dür. Egzersiz yapmama oranı ise %52.6 olarak belirlenmiştir.

Çizelge 4. Öğrencilerin konstipasyon risk faktörlerinden öğün özellikleri ve egzersiz durumuna göre dağılımı.

Değişkenler	**Sayı**	**%**
Ana öğün yemek sayısı		
Bir-İki öğün	206	45,9
Üç öğün	189	42,1
Üç öğünden fazla	54	12,0
Ara öğün yemek sayısı		
Hiç Tüketmiyor	72	16,0
Bir –İki öğün	281	62,6
Üç öğün ve daha fazlası	96	21,4
Sebze ve meyve tüketme sıklığı		
Hiç yememe	157	35,0
Bir porsiyon	150	33,4
İki porsiyon ve üzeri	142	31,6
Günlük sıvı tüketme miktarı		
1-5 bardak / gün	269	59,9
6 bardak ve üzeri	180	40,1
Günlük meyve suyu tüketme miktarı		
Hiç tüketmeme	123	27,4
Bir bardak	175	39,0
İki bardak ve üzeri	151	33,6
Günlük çay ve kahve tüketme miktarı		
Hiç tüketmeme	91	20,3
Bir bardak	116	25,8
İki bardak	119	26,5
Üç bardak ve üzeri	123	27,4
Egzersiz yapma durumu		
Hareketsizim	236	52.6
Günlük Yaptığı İşten Dolayı Hareketli	16	3.6
Haftada Üç Kez Egzersiz Yapma (150 dakika)	197	43.9
TOPLAM	**449**	**100,0**

Öğrencilerin %62.4'ü büyük abdesti geldiğinde ertelediğini belirtmekte ve %46.8'inde büyük abdest hissi öğleden sonra meydana gelmektedir. %23.2'si basur ve çatlak gibi makatta dışkılamayı zorlaştıracak sorunlara sahiptir. Tuvalette harcana süreyi öğrencilerin %44.8'i 6-10 dk olarak bildirmiş, büyük abdesti kolaylaştırmak içinde %66.6'sı sıvı tüketmektedir (Çizelge 5).

Çizelge 5. Öğrencilerin konstipasyon risk faktörlerinden büyük abdest yapma özelliklerine göre dağılımı.

Değişkenler	Sayı	%
Büyük abdest yapma alışkanlığınız nasıl		
Büyük abdestim geldiğinde genelde ertelerim	280	62,4
Beklemeden tuvalete giderim	169	37,6
Büyük abdest hissiniz oluştuğu zaman		
Sabah kalktığımda	164	36,5
Öğleden sonra	210	46,8
Egzersiz sonrası	24	5,3
Zamanı belli değil	51	11,4
Makatta dışkılamayı zorlaştıracak durum (basur, çatlak gibi)		
Evet	104	23,2
Hayır	345	76,8
Tuvalette harcanan süre		
Bir-beş dakika	171	38,1
Altı -10 Dakika	201	44,8
11 Dakika ve Üzeri	77	17,1
Büyük abdesti kolaylaştırmak amacıyla uygulananlar		
Meyve-sebze Tüketme	44	9.8
Sıvı Tüketme	299	66.6
Sıvı-meyve Tüketme	6	1.3
Egzersiz/yürüyüş yapma	52	11.6
Dışkı Yumuşatıcı Alma	25	5.6
Hiçbir şey yapmayan	23	5.1
TOPLAM	**449**	**100,0**

Çizelge 6. Konstipasyon sorunu olan ve olmayan öğrencilerin konstipasyon ciddiyet ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Konstipasyon ölçeği	**Konstipasyon sorunu**		**t testi değeri**	**P değeri**
	Yok	**Var**		
	Ort±sd	**Ort±sd**		
Dışkı Tıkanıklığı	13,0±5,3	17,8±5,4	-6,682	,000
Kalın Bağırsak Tembelliği	11,6±5,03	16,2±4,3	-7,045	,000
Ağrı	3,0±3,1	3,9±3,1	-2,180	,030
Ölçek Toplam Puanı	27,8±11,3	38,1±10,9	-6,879	,000

Konstipasyon sorunu olan ve olmayan öğrencilerin Konstipasyon Ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında konstipasyon sorunu olan öğrencilerin hem alt boyutlar (17,8±5,4; 16,2±4,3; 3,9±3,1) hem de toplam ölçek puanından (38,1±10,9) daha yüksek puan aldıkları ve farkın istatistiksel anlamda önemli olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Çizelge 6).

3.3. Konstipasyon ciddiyet ölçeği ile bazı değişkenlerin karşılaştırılma sonuçları

Çizelge 7. Konstipasyon ciddiyet ölçeği puanı ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi.

	Dışkı Tıkanıklığı	**Kalın Bağırsak Tembelliği**	**Ağrı**	**Toplam Puanı**
Yaş	**x±sd**	**x±sd**	**x±sd**	**x±sd**
18-21	13,6±5,6	12,1±5,2	2,9±3,0	28,8±11,8
22 yaş ve üzeri	14,1±5,5	13,1±5,0	3,8±3,5	31,1±11,7
t değeri	0,649	-1,780	-2,382	-1,739
p değeri	0,517	,076	**0,018**	0,083
Öğrenim durumu				
Birinci	13,4±5,7	12,1±5,4	**2,5±2,9**	28,1±12,2
İkinci	14,0±5,4	12,2±4,9	3,2±2,9	29,6±11,0
Üçüncü	14,2±5,8	13,2±5,1	**4,0±3,5**	31,6±12,4
Dördüncü	13,0±5,2	11,9±5,6	3,4±3,8	28,3±12,5
F değeri	0,779	0,913,	4,060	1,551
p değeri	0,506	0.435	**0,007**	0,201
Yaşamının önemli bölümünü geçirdiği bölge				
	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)
Marmara	14(10-17,5)	13(8-15,75)	4(0.25-4)	30(21-38)
Ege	12(12-16,25)	12(8-16)	4(4-0)	30(25-35)
İç Anadolu	13(10-18)	12(8-16)	2(0-4)	27(20-36)
Karadeniz	12(10-16,25)	11(9-15)	2(0-4,5)	26(20-35,5)
Akdeniz	14(11-19,5)	14(12-17)	2(0-6)	35(24-41)
Doğu Anadolu	14(9-13)	14(9-18)	4(1-7)	26(26-44)
Güneydoğu Anadolu	14(11,5-18)	11(9,5-14,25)	**4,5(2-6)**	27(22,5-38,75)
KW testi	11.03	12.441	15,321	9.554
P değeri	0.087	0.053	**0.018**	0.145
Aylık gelir	x±sd	x±sd	x±sd	x±sd
500 Tl ve altı	14,1±5,8	12,7±5,4	3,2±3,1	30,0±12,3
500 TL 'nin üstü	13,4±5, 4	12,0±4,9	3,1±3,2	28,6±11,3
t değeri	1,170	1,391	0,342	1,236
p değeri	0,243	0,165	0,733	0,217
Aylık yemeğe ayırdığı oran				
%0-%10	13,5±6,1	12,6±5,3	**4,4±4,1**	30,6±12,1
%11-%25	13,5±5,4	11,9±5,3	3,7±3,2	29,2±12,3
%26-%50	14,1±5,6	12,3±5,1	**2,9±3,7**	29,4±11,7
%51-%75	13,5±5,4	12,5±5,0	**2,6±2,7**	28,7±11,9
%76-%100	14,1±5,4	12,5±5,8	3,5±2,8	30,1±11,2
F değeri	0,380	0,707	3,341	,904
p değeri	0,821	0,592	**0,018**	0,470
Yemek bursu alma durumu				
Evet	14,8±5,9	12,5±5,4	3,8±3,4	31,2±12,6
Hayır	13,5±5,5	12,3±5,1	3,0±3,1	28,9±11,6
	1.830	0,345	1.929	1.547
	0.68	0.730	0.054	0.123

Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Puanı İle Sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi incelendiğinde ölçeğin toplam puanı ve dışkı tıkanıklığı ve kalın bağrsak tembelliği alt boyutlarının sosyodemografik gruplara göre farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Ağrı alt boyutunda ise aylık gelir ve yemek bursu alma değişkenlere göre bir farklaşma bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak 22 yaş ve

üzerindeki grubun (3,8±3,5) 18-21 yaş grubuna (2,9±3,0) göre ağrı alt boyutunda daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. (t=-2,382; p=0,018).

Tek yönlü varyans analizine göre öğrenim düzeyi ve aylık yemeğe ayrılan miktar ile ağrı puanının ilişkisi gösterilmiştir. Yapılan Tukey testi değerlendirilmesine göre öğrenim durumu için faklılığın üçüncü sınıf ve birinci sınıf aralarında olduğu üçüncü sınıfların puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aylık yemeğe ayrılan oranda ise faklılık oran %0-%10 oranında para ayıranlardan olduğu bu öğrencilerin %26-%50 ve %51-%75 oranında para ayıran öğrencilerden daha fazla puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Yaşamının önemli bölümünü geçirdiği bölge ile ölçek puanı Kruskall Wallis analizi ile değerlendirilmiş ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yaşayan öğrencilerin İç Anadolu, Karadeniz ve Akdeniz bölgelerinde yaşayan öğrencilere göre ağrı alt boyutuna ait medyan değerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Çizelge 7).

Çizelge 8. Konstipasyon ciddiyet ölçeği puanı ile bazı sağlık özellikleri ile ilişkisi.

	Dışkı Tıkanıklığı x±sd	**Kalın Bağırsak Tembelliği x±sd**	**Ağrı x±sd**	**Toplam Puanı x±sd**
Sürekli takip gerektiren hastalık/kronik hastalık olma durumu				
Evet	15,0±6,2	13,4±5,4	3,7±3,4	32,2±13,3
Hayır	13,5±5,5	12,2±5,1	3,1±3,1	28,8±11,5
t değeri	1,894	1,691	1,379	2,021
p değeri	0,059	0,092	0,169	0,**044**
Düzenli olarak ilaç kullanma durumu				
Evet	15,0±5,9	13,0±5,4	3,5±3,4	31,5±12,7
Hayır	13,6±5,5	12,3±5,1	3,1±3,1	29,0±11,7
t değeri	1,590	0,864	0,683	1,323
p değeri	0,113	0,388	0,495	0,187

Ölçeğin dışkı tıkanıklığı, kalın bağırsak tembelliği ve ağrı alt boyutlarının öğrencilerin bazı sağlık özelliklerine göre oluşturulan gruplar için değişmediği bulunmuştur ($p>0.05$). Ancak sürekli takip gerektiren hastalık /kronik hastalık

yaşayan öğrencilerin ölçek toplam puanı (32,2±13,3) yaşamayanlar göre (28,8±11,5) yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 9. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Puanı İle öğün özellikleri ve egzersiz durumu karşılaştırması.

	Dışkı Tıkanıklığı	**Kalın Bağırsak Tembelliği**	**Ağrı**	**Toplam Puanı**
Ana öğün yemek sayısı	x±sd	x±sd	x±sd	x±sd
Bir-İki öğün	13,8±5,8	12,2±5,1	3,4±3,4	29,6±12,2
Üç öğün	13,7±5,4	12,8±5,5	2,8±2,8	29,3±11,2
Üç öğünden fazla	13,3±5,4	11,4±5,1	3,3±3,3	28,1±12,7
F değeri	0,171	1,651	2,156	0,336
p değeri	0,843	0,193	0,117	0,715
Ara öğün yemek sayısı				
Hiç Tüketmiyor	15,1±5,6	13,0±5,6	3,5±3,5	31,7±12,1
Bir –İki öğün	13,4±5,8	12,2±5,4	**2,8±3,0**	28,4±12,2
Üç öğün ve daha fazlası	13,7±4,6	12,3±5,2	**3,9±3,2**	30,1±10,1
F değeri	2,618	0,744	5,201	2,412
p değeri	0,074	0,476	**0,006**	0,091
Sebze ve meyve tüketme sıklığı				
Hiç yememe	13,6±5,5	12,6±5,2	2,9±3,1	29,2±11,6
Bir porsiyon	13,2±5,4	**11,4±4,7**	3,1±2,9	27,8±10,9
İki porsiyon ve üzeri	14,4±5,8	**13,0±5,4**	3,4±3,4	31,0±12,9
F değeri	1,736	3,897	0,754	2,537
p değeri	0,177	**0,021**	0,471	,080
Günlük sıvı tüketme miktarı				
1-5 bardak / gün	13,5±5,6	12,4±4,9	3,2±3,2	29,2±11,5
6 bardak ve üzeri	14,2±5,6	12,2±5,5	3,0±3,1	29,5±12,3
t değeri	-1,285	0,376	0,802	-0,244
p değeri	0,199	0,714	0,420	0,807
Günlük meyve suyu tüketme miktarı				
Hiç tüketmeme	14,3±5,7	12,6±5,2	3,3±3,1	30,4±12,1
Bir bardak	13,8±5,4	12,9±5,1	3,1±3,2	29,9±11,7
İki bardak ve üzeri	13,2±5,7	11,5±5,1	3,0±3,2	27,7±11,7
F değeri	1,435	3,179	,388	2,025
p değeri	0,239	0,053	0,678	0,133
Günlük çay ve kahve tüketme miktarı				
Hiç tüketmeme	14,2±5,7	13,1±5,1	3,6±3,3	31,1±11,7
Bir bardak	13,0±5,3	11,5±5,1	2,7±2,8	27,3±11,3
İki bardak	13,8±5,2	12,5±5,0	3,1±3,4	29,5±11,6
Üç bardak ve üzeri	14,0±6,1	12,3±5,4	3,3±3,1	29,7±12,5
F değeri	1,079	1,708	1,608	1,909
p değeri	0,358	0,165	0,187	0,127
Egzersiz yapma durumu				
Hareketsizim	9.65±4.37	8.35±3.85	2.00±2.79	19.90±9.34
İşten Dolayı Hareketli	13.85±3.90	10.35±3.53	3.50±2.56	27.52±8.70
Haftada Üç Kez Egzersiz Yapma	9.90±4.0	8.65±3.75	2.25±2.73	.05±8.79
F değeri	5.051	5.372	3.046	5.968
p değeri	0.080	0.068	0.218	0.051

Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Puanının öğün özellikleri ve egzersiz durumuna göre dağılımı Çizelge 9'da incelenmiştir. Ana öğün sayısı, sıvı tüketme, meyve suyu tüketme, çay ve kahve tüketme miktarları ile Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ancak ara öğün sayısı ile ağrı alt boyutu Sebze ve Meyve

Tüketme Sıklığı ile de kalın bağırsak tembelliği alt boyutu arasında gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığı Tukey testi ile değerlendirilmiş ve iki porsiyon ve üzeri meyve tüketenlerin bir porsiyon meyve tüketenlere göre puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Üç öğün ve daha fazla ara öğüne sahip olanlarında ağrı puan ortalaması bir - iki olanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$)

Çizelge 10. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Puanı büyük abdest yapma özellikleri ile ilişkisi.

	Dışkı Tıkanıklığı x±sd	**Kalın Bağırsak Tembelliği** x±sd	**Ağrı** x±sd	**Toplam Puanı** x±sd
Büyük abdest yapma alışkanlığınız nasıl				
Genelde ertelerim	13,4±5,2	12,1±4,7	3,0±3,0	28,7±10,7
Beklemeden tuvalete giderim	14,2±6,2	12,7±5,8	3,3±3,4	30,3±13,4
t değeri	-1,371	-1,182	-,803	-1,342
p değeri	0,171	0,238	0,423	0,157
Büyük abdest hissiniz oluştuğu zaman				
Sabah kalktığımda	13,4±5,9	11,8±5,0	3,0±3,0	28,3±11,9
Öğleden sonra	13,2±4,9	11,9±4,9	3,0±3,2	28,2±10,6
Egzersiz sonrası	14,6±6,7	12,9±5,4	3,8±3,1	31,4±13,7
Zamanı belli değil	**16,9±5,8**	**15,4±5,8**	3,6±3,4	**36,0±13,4**
F değeri	6,756	7,125	0,847	6,861
p değeri	**0,000**	**0,000**	0,469	**0,000**
Makatta dışkılamayı zorlaştıracak durum (basur, çatlak gibi)				
Evet	15,4±5,5	13,8±5,0	5,7±3,4	35,0±11,8
Hayır	13,2±5,5	11,9±5,1	2,4±2,6	27,6±11,3
t değeri	3,479	3,*275*	10,608	5,822
p değeri	**0.001**	**0.001**	**0.001**	**0.001**
Tuvalette harcanan süre	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)	Medyan (Q_1-Q_3)
Bir-beş dakika	12(10-17)	12(8,75-15,25)	2(0-5)	27(21-35,25)
Altı -10 Dakika	14(11-17,5)	13(10-16)	**3(0-6)**	**30(23-39)**
11 Dakika ve Üzeri	12(7,5-18)	10(7-17)	2(0-5)	25(15-39,5)
KW testi	5,299	3,782	7,536	7,489
P değeri	0.071	0.151	**0,023**	**0,024**

Büyük Abdest Yapma Alışkanlığı ile konstipasyon ciddiyet ölçeği arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ancak tek yönlü varyans analizi ve Tukey değerlendirilmesine göre büyük abdest zamanı belirsiz olanların ölçeğin toplam puanı ve ağrı alt boyutu hariç diğer alt boyutlarda daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Basur, çatlak gibi makatta dışkılamayı zorlaştıracak

problemi olanların olmayan göre ölçek toplam puanı ve alt boyutlarının puanları anlamlı şekilde yüksektir. Kruskall Wallis analizine göre de tuvalette altı ve on dakika arasında süre geçiren grubun ağrı alt boyutu ve ölçek toplam puanına ait medyan değerleri diğer gruplardan anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

4.TARTIŞMA

Konstipasyon yaşamı tehdit edici biri durum olmamasına rağmen bireye getirdiği sosyal, ekonomik, hijyenik ve duygusal baskılar ve toplumumuz için bildirilen oranların yüksek olması nedeni ile önemli bir sağlık sorunu olarak görülmekte ve yaşam kalitesini etkilediği bildirilmektedir (Dedeli ve ark 2011). Konstipasyon yaşam kalitesini düşürmekle birlikte iş gücü kaybı ve öğrencilerde ders başarısını olumsuz etkileyebilmektedir (Uysal ve ark 2010). Irvine, Ferrazzi, Pare, Thomsan ve Rance (2002) yaptıkları çalışmada konstipasyon sorunu olan bireylerin sağlığa ilişkin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu göstermişlerdir. Cherly, Manishi ve Lloyd (2005) konstipasyonun kişiye getirdiği ekonomik yükün sağlığa ilişkin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir (Uysal ve ark 2010).

Kadınlarda konstipasyon erkeklere oranla 3 kat daha fazla olarak görünmektedir. Bu kişilerin ancak üçte birinin tedavi için başvurdukları bilinmektedir (Godfrey ve Rose 2007). Yurtta yaşayan öğrencilerin evde yaşayan öğrencilere göre daha fazla konstipe olduğu belirlenmiştir (Uysal ve ark 2010). Bu nedenle çalışmamız "Kız Öğrenci Yurdunda Kalan Üniversite Öğrencilerinin Konstipasyon Durumlarının Belirlenmesi" amacıyla yapılmış ve %14.9'nun konstipe olduğu belirlenmiştir. Bu durumu irdeleyen tartışma;

Sosyodemografik ve bazı sağlık özelliklerine ait tanımlayıcı bulgular,

Konstipasyon yaşama durumu ile konstipasyon yaşama için bazı risk faktörlerine ait tanımlayıcı bulgular,

Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin alt başlıkları ile bazı değişkenlerin karşılaştırılma sonuçları doğrultusunda yapılmıştır.

4.1. Sosyodemografik Değişkenler ve Sağlık Özelliklerine Ait Tanımlıyıcılar

Çalışmaya katılan kız öğrencilerin %77.5'i 18-21 yaş arasında olup %39,0 'ı ikinci sınıfta okuduğunu belirtilmiştir (Çizelge 1). Defekasyon sıkılığı üç ve üzeri olan kişiler konstipe kabul edilmiş ve %14.9'u konstipe olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3). Ayaz ve Hisar (2011) yılında yapmış olduğu çalışmada da 25-39 yaş arasındaki kadınların yarıdan fazlası defekasyon sıklığının iki-üç günde bir kez olduğu ve konstipasyonu olduğu belirtilmiştir. Yapılan pek çok çalışmada da,

konstipasyon sıklığını yaş ve eğitimin etkilediği bildirilmiştir (Türkay ve ark 2005, Salmoirago-Blotcher ve ark 2011, Suares ve Ford 2011).

Çalışmamızda katılımcıların %45,4'ü yaşamının önemli bir bölümünü İç Anadolu Bölgesinde geçirdiği belirlenmiştir (Çizelge 1). Konstipasyon oranını yaşamının önemli bir bölümü İç Anadolu bölgesinde geçiren öğrencilerin etkilediği düşünülebilir. Beslenme ve dışkılama aktiviteleri arasında bir ilişkinin olduğu bilinen bir bilimsel gerçektir (Kaya ve Turan 2010). Öte yandan beslenme alışkanlıkları üniversite öğrencilerinde, aile yaşamında kazanıldığı şekilde devam edebilmektedir. Elde edilen bu sonuç bu bölgede kültürel olarak sebze yerine et, hamur işi ve karbonhidrat ağırlıklı beslenmelerinden ileri gelmiş olabilir.

Sürekli takip gerektiren kronik hastalıklar ve kronik hastalığa bağlı kullanılan ilaçlar konstipasyon görülme riskinin artırabilmektedir (Yüceyar 2003). Çalışmamızda katılımcıların %86,6'sının sürekli takip gerektiren bir hastalığı, %90,2'sinin düzenliği kullandığı ilaç bulunmamaktadır. Konstipasyon görülme oranın düşük olması (%14,9) bu durum ile de ilişkilendirilebilir.

Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerji ve besin öğelerinden her birini yeterli miktarda sağlayacak olan besinlerin besin değerini yitirmeden, sağlığı bozucu hale getirmeden en en ekonomik şekilde almak ve kullanmaktır (Yılmaz ve Özkan 2007). Beslenme ve dışkılama aktiviteleri arasında bir ilişkinin olduğu bilimsel bir gerçektir (Kaya ve Turan 2010). Çalışmamızda katılımcıların yarıdan fazlasının (%51,9) aylık geliri 500 TL ve üzeri olup, %35,6 'sının aylık yemeğe ayırdıkları miktar %26 - %50 arası olduğu belirlenmiştir. Beslenme ve dışkılama aktivitesi arasındaki ilişkinin önemi düşünüldüğünde konstipasyon görülme oranın (%14,9) düşük olması aylık yemeğe ayrılan miktarın fazla olması ile ilişkilendirilebilir.

4.2. Konstipasyon Yaşama Durumu İle Konstipasyon Yaşama İçin Bazı Risk Faktörlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

Literatüre göre genellikle bireylerin bağırsak boşaltım zamanının her gün ve aynı zamanda meydana geldiği belirtilmektedir. Zamanının ise sabah kalktıktan ya da öğünlerden sonra olduğudur (Işık ve ark 2004, Türkay ve ark 2005). Bu zamandaki değişiklik ve veya ertelemek konstipasyonu arttırabilmektedir (Arslan

2008). Arslan (2008)'ın yaptığı çalışmada ise kontrol ve deney grubundaki hastaların boşaltımı erteleme alışkanlıkları ile konstipasyon gelişme durumları yönünden farklar olmakla beraber istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Çalışmamızdaki kadınların %62,4'ü defekasyon gereksinimlerini erteledikleri ve ancak %36.5'i sabah kalktıklarında defakasyon ihtiyacını giderdiklerini belirtmişlerdir (Çizelge 5).

Yetersiz sıvı alımı, konstipasyon için risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Arslan 2008). Buna karşın konstipasyonda sıvı alımının etkileri ancak birkaç çalışmada incelenmiştir (Kocataş 2000, Annells ve Koch 2003, Dennison ve ark 2005, Müler-Lissner 2007). Bazı çalışmalarda ise sıvı alımının konstipasyonu olan ve olmayan bireyler arasında anlamlı bir fark yaratmadığı belirtilmiştir (Kocabaş 2000, Annells ve Koch 2003, Müler-Lissner 2007). Literatürde, konstipasyon riskini azaltmak için günde 1.5-2 lt sıvı alınması gerektiği önerilmektedir (Türkay ve ark 2005, Baysal ve ark 2008). Ayaz ve Hisar (2011) yapmış olduğu çalışmada eğitim ve danışmanlık öncesi kadınların tamamına yakının literatürde belirtilen miktardan az (sekiz bardaktan az su/gün) içtiklerini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise öğrencilerin yarıdan fazlası (%59.9) günlük aldıkları sıvı miktarı bir buçuk litrenin altındadır (Çizelge 4). Ancak katılımcıların yarıdan fazlasının büyük abdesti kolaylaştırmak amacı ile yaptığı uygulamanın sıvı tüketme olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 5).

Konstipasyonun tedavisinde bol posalı diyet uygulanır. Posa barsak lümenindeki basıncı azaltır, çapını genişleterek, hareketlerini arttırır, su emilimini arttırarak barsağa su çekilmesine neden olur ve dışkının hacmini ve yumuşaklığını arttırır (Bosaeus 2004, Baysal ve ark 2008). Bol posalı diyet uygulamanın yanı sıra öğünlerin düzenli olması ve her gün düzenli aralıklarla öğün atlamadan yemek yenmesi gerekmektedir (Baysal ve ark 2008). Literatürde konstipasyonda primer neden olarak diyette lifin yetersizliği gösterilmektedir. Diyete lif eklemenin en iyi yolunun bol miktarda meyve ve sebze yemek olduğu belirtilmektedir (Arslan 2008, Türkay ve ark 2005). Birçok çalışma da konstipasyonda bol lifli yiyeceklerin alınmasını önermektedir (Lembo 2003, Türkay ve ark 2005, Arslan 2008). Yapılan meta analizi çalışmasında bol kepekli yiyecekler barsakta ağırlık ve dolgunluk hissi vererek geçişi hızlandırmaktadır (Müler-Lissner 2007). American College of Gastroenterology raporuna göre lifli yiyecekler ayrıca dışkılamanın sıklığını da

arttırmaktadır (Brandt 2005). Çalışmamızda da öğrencilerin yaklaşık yarısının (%35.0) sebze ve meyve tüketme alışkanlıklarının olmadığı belirlenmiştir (Çizelge 4).

Konstipasyon yatağa bağlı hastalarda ve inaktif kişiler arasında en sık görülen problemdir. Literatürde bireyin her gün belli saatlerde boşaltım gereksinimi gidermek üzere hareket yapmaları bağırsak hareketlerini arttırdığı ve boşaltımı hızlandırdığı belirtilmektedir. Özellikle bacak hareketlerinin peristaltizmi arttırıcı etkisi vardır. Kabızlığın giderilmesi için de sık olarak egzersiz önerilmektedir (Anti ve ark 1998, Kocataş 2000). Kocataş (2000) tarafından yapılan çalışmada miyokart infarktüsü geçiren hastaların yatak içinde yaptıkları bacak hareketlerinin boşaltım alışkanlıklarının sürdürmelerine ve konstipasyonu önlemede etkili olduğu bulunmuştur.

Hareketsizliğin barsak boşaltımına en önemli etkisi konstipasyona neden olmasıdır. Hareketsizlik kolon hareketini deprese eder (Kocataş 2000). Çalışmamızdaki öğrencilerin yarıdan fazlası (%52.6) kendilerinin hareketsiz olarak tanımlamışlardır (Çizelge 4). Fakat bu duruma ters orantılı olarak da konstipasyon görülme oranı düşük bulunmuştur. Çalışma bulgumuzdan farklı olarak; Turan ve ark (2011), yaşam tarzını aktif olarak nitelendiren öğrencilerin konstipasyon sorununu daha düşük oranda yaşadıklarını belirlemiştir.

4.3. Kız Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Sağlık Öyküleri ve Konstipasyon İçin Riskli Durumları ile İlgili Özeliklerinin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin Alt Boyutlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmak ve sağlığı devam ettirmek yeterli ve dengeli beslenme ile mümkündür (Yılmaz ve Özkan 2007). Konstipasyon görülme riskini arttıran faktörler göz önüne alındığında özellikle yurtlarda kalan, yetersiz beslenen ve ekonomik durumu düşük olan genç bireylerde konstipasyon görülme oranında artış olabilmektedir (Uysal ve ark 2010). Çalışmamızda KCÖ ölçeğinin toplam puanı 27.8 olarak belirlenmiştir (Çizelge 6). Bizim çalışmamızın sonuçlarını destekleyen çalışma Turan ve arkadaşları tarafından (2011) yılında yapılmış olup, çalışmada da KCÖ ölçeğinin toplam puanı 26.01 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 140, en düşük puan 28'dir.

Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe yaşam kalitesinin de olumsuz etkilendiği düşünülmektedir (Turan ve ark 2011). Ölçeğin değerlendirilmesi göz önüne alındığında ölçeğin toplam puanı üzerinden katılımcıların yaşam kalitesinin olumsuz etkilemediğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda kız öğrencilerin KCÖ ölçeğinin dışkı tıkanıklığı alt başlığında aldıkları ortalama puanı 13.0 olup en yüksektir (Çizelge 6). Düzensiz barsak alışkanlığı, ağrı nedeni ile dışkılamayı erteleme sıklıkla konstipasyon ile sonuçlanır (Kocataş 2000). Ayrıca düzensiz barsak alışkanlığı ve erteleme nedeni ile de düzenli bir barsak boşaltımı olmadığı için tuvalette harcanan sürede artmaktadır. Çalışmamızda bu literatür bilgisini destekleyen büyük abdest hissinin ne zaman geleceği belli olmayanlarda dışkı tıkanıklığı fazla görülmüş ve dışkı tıkanıklığı olanlarda da tuvalette harcanan sürenin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Çizelge 10). Çalışma sonuçlarımızda günlük meyve suyu tüketmeyenlerde, hareketi yaptığı iş ile sınırlı olanlarda, tuvalete çıkma sıklığı 3 gün ve üzeri olanlarda dışkı tıkanıklığı daha fazla deneyimlenmiştir (Çizelge 9). Bu durum da konstipasyona neden olmaktadır. Ayrıca çalışmamızda sürekli takip gerektiren hastalığı olan ve düzenli ilaç kullananlarda dışkı tıkanıklı daha fazla deneyimlenmiştir (Çizelge 8).

Kalın barsak duvarında bulunan kas kasılmaları dışkının anüse (makata) doğru ilerlemesini sağlar. Bunu da düzenleyen sinir uyarılarıdır. Kas ve sinir uyarılarındaki düzensizlik kalın bağırsak geçiş süresini uzatır. Bu durum kabızlığa neden olur. Çalışmamızda bulduğumuz makatta dışkılamayı zorlaştıracak durumu olanlarda kalın barsak tembelliği daha fazla deneyimlendiği literatür bilgisini desteklemektedir (Arslan 2008). Çalışmamızda kız öğrencilerin KCÖ ölçeğinin kalın bağırsak tembelliği alt başlığında aldıkları ortalama puan 11.6 dır. Uz ve ark (2006)'nın yapmış oldukları çalışmada da 200 konstipasyon hastasının 63'ünde (%31.5) haftada 3 veya daha seyrek dışkılama şikayet iken; 76 hastada (%38) zorlu dışkılama, 61 hastada ise (% 30.5) sert dışkılamadan yakınma mevcuttur. Dolayısıyla bu hastalarda da kalın barsak tembelliği görülmüştür.

Çalışma sonuçlarımıza göre, günlük meyve suyu tüketmeyenlerde, hareketi yaptığı iş ile sınırlı olanlarda daha fazla kalın barsak tembelliği deneyimlenmiştir (Çizelge 9). Meyve suları dışkıyı yumuşatır ve peristaltizmi artırır. Bol posa kolonu doldurarak barsak duvarını uyarır ve peristaltizmi artırır. Rektum kısa sürede

doldurularak etkin bir dışkılama ve yeterli bir boşalma sağlanır (Arslan 2008). Bu literatür bilgileri elde ettiğimiz bulguyu desteklemektedir.

Çalışmamızda büyük abdest hissinin ne zaman geleceği belli olmayanlarda barsak tembelliğinin daha fazla görüldüğü ve barsak tembelliği olanlarda da tuvalette kalma süresinin uzadığı tespit edilmiştir (Çizelge 10). Gastroenterik refleksin olumlu etkisinden yaralanabilmek için dışkılamaya zaman ayırmak gerekir. Düzenli defekasyon alışkanlığı kazanılması defekasyon ihtiyacının hemen giderilmesi ertelenmemesi gerekir. Düzensiz barsak alışkanlığı, ağrı nedeni ile dışkılamayı erteleme sıklıkla konstipasyon ile sonuçlanır (Kocataş 2000). Çalışmamızda da bu literatür bilgisini desteklemekte olup, kalın barsak tembelliğinde de artış tespit edilmiştir.

Çalışmamızda kız öğrencilerin KCÖ ölçeğinin ağrı alt başlığında aldıkları ortalama puanı 2.76 olup en düşüktür (Çizelge 6). Turan ve ark yaptığı çalışmada da ağrı alt başlığında aldıkları ortalama puan 3.0 olup en düşüktür.

Yaşın artması ile birlikte ağrının arttığı tespit edilmiştir (Çizelge 7). Çalışma bulgumuza benzer olarak; Turan ve ark (2011) "Hemşirelik Öğrencilerinin Bazı Değişkenler Açısından Değişkenler" adlı çalışmasında, 4. sınıf öğrencilerinin diğer sınıflardaki öğrencilerin yaşadıklarından daha fazla konstipasyona bağlı ağrı yaşadıklarını tespit etmiştir. Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayanların ağrıyı daha fazla yaşadığı tespit edilmiştir (Çizelge 7). Bu bölgenin beslenme şeklinin acı ağırlıklı olmasının ağrının fazla olması ile ilişkisi olabilir. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerde ara öğün 3 kere yiyenlerde ağrı daha fazla olduğu saptanmıştır. Turan ve ark (2011) öğrencilerde posalı/lifli gıda tüketme alışkanlığı bulunduğunu ifade edenlerin ağrı sorununu yaşamadıklarını saptamıştır. Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmak ve sağlığı devam ettirmek yeterli ve dengeli beslenme ile mümkündür (Yılmaz ve Özkan 2007). Konstipasyon görülme riskini arttıran faktörler göz önüne alındığında özellikle yurtlarda kalan, yetersiz beslenen ve ekonomik durumu düşük olan genç bireylerde konstipasyon görülme oranında artış olabilmektedir. Buna karşın dengeli ve liften zengin besinlerle beslenen öğrencilerin konstipasyon ve konstipasyon ile ilişkili ağrı sorununu daha az deneyimledikleri görülmektedir (Uysal ve ark 2010). Bizim araştırmamızda bu

şekilde olmasının nedeni ara öğünde tüketilen gıdaların lifli olmaması ile ilgili olabilir.

Günlük meyve suyu tüketmeyenlerde ağrı daha fazla olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgumuzun aksine Turan ve ark (2011) posalı/lifli gıda tüketme alışkanlığının bulunduğunu ifade edenlerin KCO'nun ağrı alt ölçeği puanlarının, bu alışkanlığının bulunmadığını ifade eden gruptan daha düşük olduğu, dolayısı ile ağrı sorununu yaşamadıklarını tespit etmişlerdir. Bu durum meyve sularının da posalı olması ile dışkılama sırasında puborektalis ve makatı kontrol eden dış kısmındaki kaslar yeterince gevşememesi dışkılama işlemini engeller. Yine bu bölgedeki kasların koordineli çalışmaması fonksiyonel bir tıkanıklığa neden olur. Kalın bağırsak duvarında bulunan kas kasılmaları dışkının anüse (makata) doğru ilerlemesini sağlar. Bunu da düzenleyen sinir uyarılarıdır. Kas ve sinir uyarılarındaki düzensizlik kalın bağırsak geçiş süresini uzatır. Bu durum kabızlığa neden olur. Kabızlığa neden olan diğer hastalıklar yüzünden barsak kontraksiyonları bozulduğunda da dışkı yavaş ilerler. Bu da kolonun çok fazla su emmesine, sert ve kuru dışkı oluşumuna neden olur. Sertleşen dışkı hareket ettiğinde ağrıya neden olur. Bizim çalışmamızda da bu literatür bilgisini destekleyen makatta dışkılamayı zorlaştıracak durumu olanlarda ağrının daha fazla deneyimlendiği tespit edilmiştir. Bu durum tuvalette kalma süresinin de artmasına da neden olmaktadır. Ayrıca tuvalete çıkma sıklığı 3 gün ve üzeri olanlarda ağrı daha fazla görülmesi uzun süre barsak lümeninde bekleyen gaitanın sert olması ve yavaş ilerlemesi ile de ilişkilendirilebilir.

5.SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Öğrencilerin konstipasyon anketine verdikleri yanıtlar ve KCÖ ölçeğinden elde edilen verilere göre konstipasyon görülme oranının çok yüksek olmadığı (%14,9) belirlenmiştir. Ölçeğe göre dışkı tıkanıklığı, ağrı ve kalın barsak tembelliğini yaşadıkları tespit edilmiştir.

Öğrencilerin %45.9'u günde bir-iki öğün yemekte; hiç ara öğün tüketmeyenlerin oranı % 16.0, hiç meyve tüketmeme oranı %35.0, %59,9'u günde beş bardak ve altında su tüketmektedir. Günde bir bardak meyve suyu tüketme oranı % 39 olup, çay tüketme miktarı üç bardak ve üzeri olan öğrencilerin oranı %27.4'dür. Egzersiz yapmama oranı ise %52.6 olarak belirlenmiştir.

Öğrencilerin %62.4'ü büyük abdesti geldiğinde ertelediğini belirtmekte ve %46.8'inde büyük abdest hissi öğleden sonra meydana gelmektedir. %23.2'si basur ve çatlak gibi makatta dışkılamayı zorlaştıracak sorunlara sahiptir. Tuvalette harcana süreyi öğrencilerin %44.8'i 6-10 dk olarak bildirmiş, büyük abdesti kolaylaştırmak içinde %66.6'sı sıvı tüketmektedir

Konstipasyon sorunu olan ve olmayan öğrencilerin Konstipasyon Ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında konstipasyon sorunu olan öğrencilerin hem alt boyutlar (17,8±5,4; 16,2±4,3; 3,9±3,1) hem de toplam ölçek puanından (38,1±10,9) daha yüksek puan aldıkları ve farkın istatistiksel anlamda önemli olduğu görülmektedir.

Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Puanı İle Sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi incelendiğinde ölçeğin toplam puanı ve dışkı tıkanıklığı ve kalın barsak tembelliği alt boyutlarının sosyodemografik gruplara göre farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Ağrı alt boyutunda ise aylık gelir ve yemek bursu alma değişkenlere göre bir farklaşma bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak 22 yaş ve üzerindeki grubun (3,8±3,5) 18-21 yaş grubuna (2,9±3,0) göre ağrı alt boyutunda daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. ($t=-2,382$; $p=0,018$).

Tek yönlü varyans analizine göre öğrenim düzeyi ve aylık yemeğe ayrılan miktar ile ağrı puanının ilişkisi gösterilmiştir. Yapılan Tukey testi

değerlendirilmesine göre öğrenim durumu için faklılığın üçüncü sınıf ve birinci sınıf aralarında olduğu üçüncü sınıfların puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aylık yemeğe ayrılan oranda ise faklılık oran %0-%10 oranında para ayıranlardan olduğu bu öğrencilerin %26-%50 ve %51-%75 oranında para ayıran öğrencilerden daha fazla puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Yaşamının önemli bölümünü geçirdiği bölge ile ölçek puanı Kruskall Wallis analizi ile değerlendirilmiş ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yaşayan öğrencilerin İç Anadolu, Karadeniz ve Akdeniz bölgelerinde yaşayan öğrencilere göre ağrı alt boyutuna ait medyan değerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Çizelge 7).

Ölçeğin dışkı tıkanıklığı, kalın bağırsak tembelliği ve ağrı alt boyutlarının öğrencilerin bazı sağlık özelliklerine göre oluşturulan gruplar için değişmediği bulunmuştur ($p>0.05$). Ancak sürekli takip gerektiren hastalık /kronik hastalık yaşayan öğrencilerin ölçek toplam puanı (32,2±13,3) yaşamayanlar göre (28,8±11,5) yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Puanının öğün özellikleri ve egzersiz durumuna göre dağılımı Çizelge 9'da incelenmiştir. Ana öğün sayısı, sıvı tüketme, meyve suyu tüketme, çay ve kahve tüketme miktarları ile Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ancak ara öğün sayısı ile ağrı alt boyutu Sebze ve Meyve Tüketme Sıklığı ile de kalın bağırsak tembelliği alt boyutu arasında gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığı Tukey testi ile değerlendirilmiş ve iki porsiyon ve üzeri meyve tüketenlerin bir porsiyon meyve tüketenlere göre puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Üç öğün ve daha fazla ara öğüne sahip olanlarında ağrı puan ortalaması bir- iki olanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$)

Büyük Abdest Yapma Alışkanlığı ile konstipasyon ciddiyet ölçeği arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ancak tek yönlü varyans analizi ve Tukey değerlendirilmesine göre büyük abdest zamanı belirsiz olanların ölçeğin toplam puanı ve ağrı alt boyutu hariç diğer alt boyutlarda daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Basur, çatlak gibi makatta dışkılamayı zorlaştıracak problemi olanların olmayan göre ölçek toplam puanı ve alt boyutlarını puanları anlamlı şekilde yüksektir. Kruskall Wallis analizine göre de tuvalette altı ve on

dakika arasında süre geçiren grubun ağrı alt boyutu ve ölçek toplam puanına ait medyan değerleri diğer gruplardan anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

5.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Öğrencilerde konstipasyon sorununun azaltılması/önlenmesi için sorunla baş etmelerini desteklemek için gerekli eğitimlerin planlanması ve uygulanması,
- ✓ Öğrencilerin lifli besinlerle beslenmeyi tercih etmeleri,
- ✓ Düzenli egzersiz yapmaları,
- ✓ Öğrencilerin yaşadıkları yerlerdeki beslenme imkânlarının kurumlar arası işbirliği ile yükseltilmesi,
- ✓ Okullarda yemekhane ve kantinlerde sağlıklı gıdaların sunulması,
- ✓ Beslenme eğitimi verilmesi
- ✓ Yurt ortamında spor yapmaya teşvik edilmesi,
- ✓ Düzenli tuvalet alışkanlığının aşılanması
- ✓ Konstipasyon ile baş etmeye yönelik sağlık davranışları kazandırılması önerilebilir.

6.KAYNAKLAR

Akpınar H, Kronik konstipasyon. 7. Ulusal İç hastalıkları kongresi, p.86, 2005, Antalya, Türkiye.

Aktan H, Aktan B, Alptuna E, Atmaca NS, 1988. Gastroenteroloji, 1. Baskı, Ankara, Makro Yayıncılık, p. 424.

Aleksanyan V, 1985. Semptomdan Teşhise. 9. Baskı, İstanbul, Filiz Kitabevi, p. 963.

Annells M, Koch T, 2003. Constipation and the preached trio: Diet, fluid intake, exercise. Int J Nurs Stud, 40, 843-52.

Anti M, Pignataro G, Armuzzi A, Valenti A, Iascone E, Marmo R, Lamazza A, Pretaroli AR, Pace V, Leo P, Castelli A, Gasbarrini G, 1998. Water supplementation enhances the effect of high-fiber diet on stool frequency and laxative consumption in adult patients with functional constipation. Hepatogastroenterolgy, 45(21), 727-32.

Arslan GG, 2008. Yaşlılarda karına castor yağı kompresi uygulamanın konstipasyona etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ensitüsü, İzmir.

Ayaz S, Hisar F. Kadınlara verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin konstipasyonun giderilmesinde etkinliği. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, p.106, 4-7 Ekim 2011, Trabzon, Türkiye.

Baysal A, Aksoy M, Besler HT, Bozkurt N, Keçecioğlu S, Merdol TK, Pekcan G, Mercangil SM, Yıldız E, 2008. Diyet el kitabı, 1. Baskı, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, p. 163-164.

Benton JM, 1997. Changing bowel hygine practice successfully, a program to reduce laxative use in a chronic care hospital, Geriatr Nurs, 18(1), 12-7

Berkow R, 1985. Teşhis/tedavi el kitabı. 14. Baskı, İstanbul, Mert Yayıncılık, p. 981.

Birol L, Akdemir N, Bedik T, 1997. İç hastalıkları hemşireliği. 4. Baskı, Ankara, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, p. 112.

Bosaeus I, 2004. Fibre effects on intestinal functions (Diarrhoes, Constipation and Irritable Bowel Syndrome), Clin Nutr Suppl, 1, p. 33- 8.

Brandt LJ, Schoenfeld P, Prather CM, 2005. Evidence-based position statement on the management of chronic constipation, in North America, Am J Gastroenterol, 100, p. 1-21.

Büyüköztürk K, 1998. İç hastalıkları. 1. Baskı, Ankara, Basın Yayın Dağıtım AŞ, p. 1083.

Büyükyılmaz F, Şendir M, 2009. Cerrahi hastalarında konstipasyon. Maltepe Üniversitesi hemşirelik bilim ve sanatı dergisi, 2(1), 33-37.

Carpenito LJ, 1997. Hemşirelik tanıları el kitabı. 7. Baskı, İstanbul, Nobel Kitabevi, p. 560.

Çetinkaya H, Özkan H, Bektaş M, 2000. Ankara'nın değişik kesimlerinde konstipasyon prevalansı ve demografik özelliklerin konstipasyon ile ilişkisi. Turk J Gastroenterol, 11(1), p. 104-109.

Çolakoğlu S, Özdemir F, Hafta A, 2001. Toplumumuzda kabızlık oranı ve değişik faktörlerle ilişkisi. Turk J Gastroenterol 12(1), p. 149-154.

Dağlı Ü, 2002. Irritabl barsak sendromu. Akademik gastroenteroloji dergisi, 1(2), 65-66.

Dambro M, 1997. Klinik tanı ve tedavi. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Kitabevi, p. 959.

Dennison C, Prasad M, Lloyd A, 2005. The Health-Related Quality of Life and Econumic Burden of Constipation, Pharmacoeconomics, 23(5), p. 461-76.

Godfrey R, Rose S, 2007. Toward Optimal Health: Discusses management of constipation in women, Clin J Womens Health, 16(9), 1252-257.

Gönen Ö, 1996. Gastrointestinal sistem hastalıkları. 1. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, p. 1174.

Gözdaşoğlu R, 1992. Klinik gastroenteroloji tanı ve tedavi. 1.Baskı, Ankara, Türk Hava Kurumu Basımevi, p. 1851.

Işık AT, Mas MR, Doruk H, Yılmaz S, 2004. Yaşlılarda gastrointestinal hastalıklar. Klinik gelişim, 17(2), p. 101-09.

Kaya N, Turan N. Konstipasyon ciddiyet ölçeğinin güvenirlik ve geçerliği. 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi, p.55, 2010, İzmir, Türkiye.

Kocataş S, 2000. Akut Miyokart İnfaktüsü geçiren hastalarda konstipasyonu önlemeye yönelik hemşirelik uygulamalarının etkinliği. Yüksek Lisans Tezi, C.Ü. Sağlık Bilimleri Ensitüsü, Sivas.

Lembo A, Camilleri M, 2003. Chronic constipation. N Engl J Med, 349, 1360-368.

Menter R, Weitzenkamp D, Cooper D, 1997. Bowel management outcomes with individuals with spinal cord legions. Spinal Cord, 35(9), p. 608-12.

Menteş K, 1984. Sistematik gastroenteroloji. 1. Baskı, İzmir, Menteş Kitabevi, p. 856.

Müler-Lissner S, 2007. The difficult patient with constipation. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 21(3) , 473-84.

Norton C, 2001. Hemşirelik El Kitabı. 7. Baskı. İstanbul, Nobel Kitabevi, p. 238.

Özçelik NA, 2002. Sağlık sosyolojisi kadın ve kentleşme. 1. Baskı, Antalya, Birey Yayıncılık, p. 38-46.

Papatheodoridis, GV, Vlachogiannakos J, Karaitianos I, and Karamanolis DG, 2010. A Greek survey of community prevalence and characteristics of constipation. Eur J Gastroen Hepat, 22, 354–360

Salmoirago-Blotcher E, Crawford S, Jackson E, Ockene J, Ockene I, 2011. Constipation and risk of cardiovascular disease among postmenopausal women. Am J Med, 124(8), 714-23.

Sandler RS, Jordan MC, Shelton BJ, 1990. Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. American Journal of Public Health, 80(2), 185-189.

Staphen C, 2005. Gastroenteroloji ve Hepatoloji. İn: Danalıoğlu A, 1. Baskı, İstanbul, Medikal Yayıncılık, p. 1223.

Suares NC, Ford AC, 2011. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis, Am J Gastroenterol , 106, 185-189.

Süleymanlar İ, 2013. Gastroenteroloji tanı ve tedavi el kitabı. 2. Cilt, 3. Baskı, İstanbul, Güneş Kitabevi, p. 235.

Telatar H, 1993. Gastroenteroloji. Ankara, Hekimler Yayınlar Birliği, p. 551.

Tortumluoğlu G, Bayat M, Seviğ Ü. Bireylerin Giger ve Davidhizar' ın transkültürel değerlendirme modeli ile sağlık açısından değerlendirilmesi. 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Kongre Özet Kitabı, p. 141, 7-10 Eylül 2005, İzmir, Türkiye.

Turan N, Kaya N, Kaya H, Öztürk A, Eskimez Z, Yalçın N, 2011. Hemşirelik öğrencilerinin bazı değişkenler açısından konstipasyon sorunları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 19(3), p. 168-78.

Türkay C, Aydoğan T, Özden A, 2005. Konstipasyon tanım ve epidemiyolojisi, Güncel Gastroloji, 9(1), 48-52.

Ulugay İ, 1997. Gastroenteroloji ders kitapları. 1. Baskı, İstanbul, Sermet Matbaacılık, p. 311.

Uysal N, Khorshid L, Eşer İ, 2010. Sağlıklı genç bireylerde konstipasyon sorununun belirlenmesi. TAF Prev. Med Bull, 9(2), 127-32.

Uz B, Türkay C, Bavbek N, Işık A, Erbayrak M, Uyar ME, 2006. Konstipasyon saptanan olgularımızın değerlendirilmesi. Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 5(1), p. 56-9.

Yakaryılmaz F, 2002. Konik fonksiyonel konstipasyonlu hastalarda kolon transit zamanı, defekografi ve anorektal mamometrinin önemi. 1. Baskı, Ankara, Masko Yayıncılık, p. 92.

Yılmaz KA, Tokar B, İlhan H, Demet D, 2009. İdiopatik konstipasyon ve hirschsprung hastalığı ayırıcı tanısında farklı tanı yöntemlerinin önemi. Osmangazi Tıp Dergisi, 31(1), p. 6-13.

Yılmaz E, Özkan S, 2007. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2 (6), 87-104.

Yüceyar H, 2003. Gastrointestinal sistem acil hastalıkları. 1. Baskı, İstanbul, Mart Matbaacılık, p. 675.

7.EKLER

EK-A: ANKET FORMU

Bu araştırma, cerrahi girişim geçiren hastaların yaşadıkları ağrıya yönelik yapılan klinik uygulamaların belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Lütfen her bir soru için, düşüncenizi en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alınız. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. Formlar üzerinde isminizi veya herhangi bir kimlik bilginizi belirtmeyiniz. Zaman ayırdığınız ve katıldığınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı Hatice Arslan

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaş:

2. Okuduğu bölüm:…… **Sınıfı**:……..

3. Yaşamının önemli bölümünü (büyük kısmını) geçirdiği bölge:
1.Marmara Bölgesi 2.Ege Bölgesi 3.Akdeniz Bölgesi
4.İç Anadolu Bölgesi 5.Güney Anadolu Bölgesi
6.Doğu Anadolu Bölgesi 7.Karadeniz Bölgesi

4. Yemek bursu alıyor musunuz?
1. Evet
2. Hayır

5. Aylık ortalama gelir durumunuz nedir ?
1. 0-49 TL. **2.** 50-99 TL. **3.** 100-199 TL. **4.** 200-299 TL. **5.** 300-399 TL. **6.** 400-499 TL.
7. 500-599 TL. **8.** 600 TL. ve yukarı

6. Aylık ortalama gelirinizin yüzde kaçını yiyecek-içecek amacıyla kullanıyorsunuz?
1. % 0-% 10 **2.** %11-% 25 **3.** % 26-% 50 **4.** % 51-% 75 **5.** % 76-% 100

7. Sürekli takip ve tedavi gerektiren bir hastalığınız var mı?
1. Evet (belirtiniz……..)
2. Hayır

8. Düzenli kullandığınız bir ilacınız var mı?
1. Evet (belirtiniz……..)

2. Hayır

9. Günde kaç ana öğün yemek yersiniz?

1. İki öğün 2. Üç öğün 3. Üç öğünden fazla 4. Diğer…….

10. Günde kaç ara öğün yemek yersiniz?

1. İki öğün 2. Üç öğün 3. Üç öğünden fazla 4. Diğer…….

11. Sebze-meyve yeme sıklığınız nedir(Bir porsiyon anket sonunda açıklanmıştır*)?

1.Günde …… porsiyon 2.Hiç 3. Diğer……..

12. Bir günde ortalama ne kadar sıvı tüketiyorsunuz?

1. Su …….bardak
2. Meyve suyu vb içecekler …….bardak
3. Çay-kahve ……bardak

13.Egzersiz/ fiziksel aktivite durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. Hareketsizim
2. Her gün ……saat yürüyüş / egzersiz yaparım
3. Haftada …… gün ……..saat yürüyüş / egzersiz yaparım
4. Diğer (belirtin……)

14. Büyük abdest yapma sıklığınız nedir?

1. Günde bir kez 2. Günde iki kez 3. İki günde bir kez 4. Üç günde bir kez
5. Diğer……..

15.Büyük abdest yapma alışkanlığınız nasıldır?

1.Büyük abdestim geldiğinde işim varsa hemen tuvalete gitmem, ertelerim
2. Büyük abdestim geldiğinde hiç beklemeden tuvalete giderim
3. Diğer ……

16. Büyük abdest hissiniz ne zaman oluşur?

1.Sabah kalktığımda 3.Egzersiz sonrası
2. Öğünlerden sonra 4.Diğer……

17.Büyük abdestinizi yapmak için tuvalette ne kadar süre harcarsınız?

……..dk

18. Makatınız dışkılamayı zorlaştıracak basur, çatlak gibi bir durum var mı?

1. Evet 2. Hayır

19.Büyük abdestinizi yapmayı kolaylaştırmak amacı ile neler uygularsınız?

1. Bol sıvı tüketirim

2. Egzersiz / yürüyüş yaparım
3. Meyve-sebze tüketirim
4. Dışkı yumuşatıcı ilaç alırım
5. Diğer…….

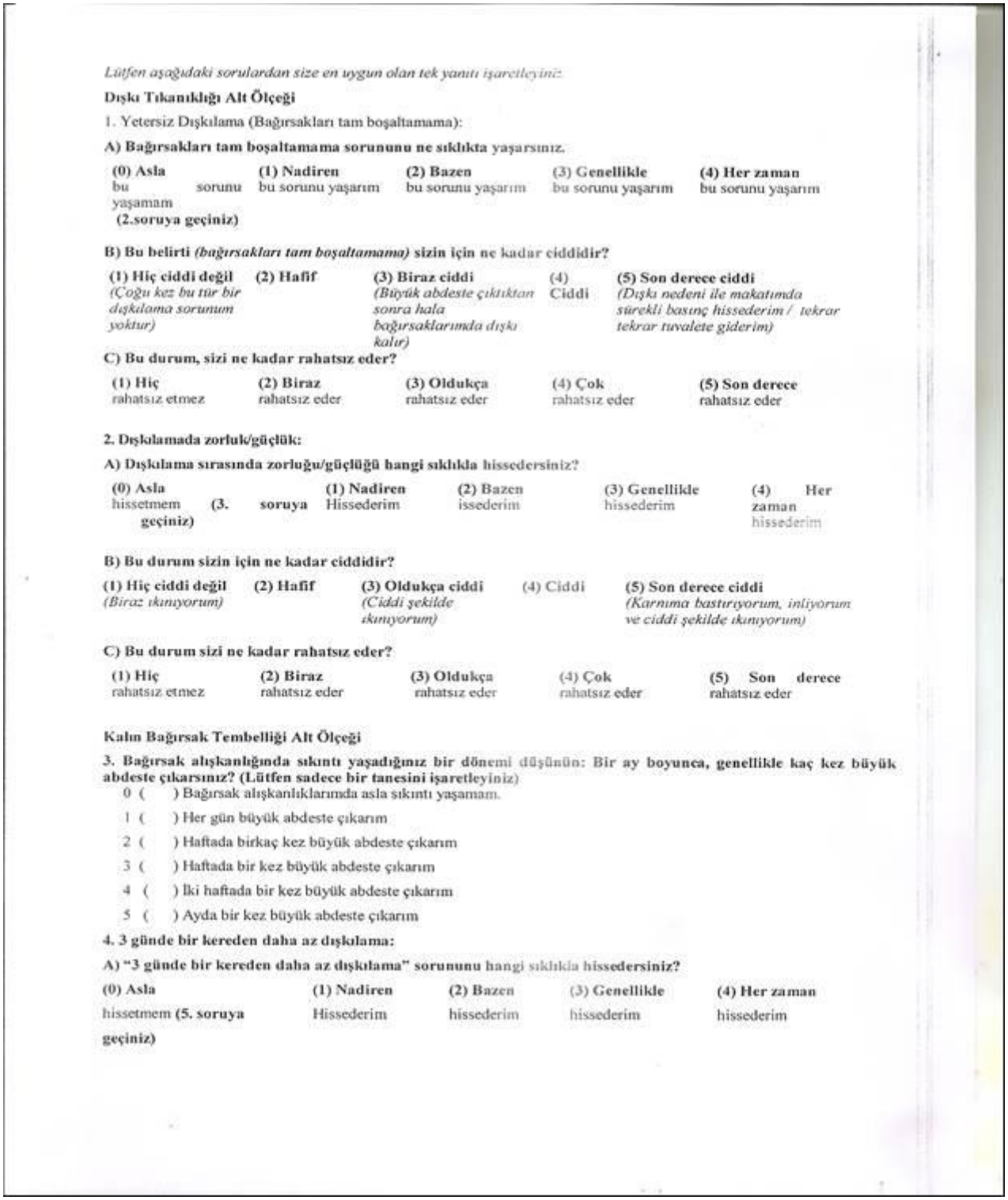
20.Kabızlıkla ilgili yakınmaların başlangıç tarihi:

……

***Bir porsiyon meyve olarak tüketebileceğiniz besinler ve miktarları:**

Elma 100 gr (1 orta boy), Portakal 135 gr (1 orta boy), Mandalina 135 gr (2 küçük boy), Kayısı 100 gr (3-4 adet), Muz 60 gr (1 küçük boy veya yarım), İncir 50 gr (1-2 adet), Kiraz 75 gr (12 adet), Vişne 80 gr (14 adet), Greyfurt 100 gr (1 orta boy), Üzüm 90 gr (15 iri tane), Yeni dünya 6 adet , Kırmızı erik 50 gr (2-3 adet), Yeşil erik 100 gr (10 adet), Çilek 100 gr (12 adet/1 çay bardağı), Şeftali 140 gr (1 orta boy), Armut 100 gr (1 orta boy), Ayva 100 gr (1/4 orta boy), Nar 75 gr (1/2 orta boy), Kavun 150 gr (1/8 orta boy kavun), Karpuz 200 gr (1/8 orta boy karpuz), Kivi 75 gr (1 adet), Ananas 75 gr , Kuru incir 15 gr (2 adet), Kuru kayısı 20 gr (3 adet), Kuru üzüm 20 gr, Kuru erik 25 gr

EK-B: KONSTİPASYON CİDDİYET ÖLÇEĞİ



Lütfen aşağıdaki sorulardan size en uygun olan tek yanıtı işaretleyiniz:

Dışkı Tıkanıklığı Alt Ölçeği

1. Yetersiz Dışkılama (Bağırsakları tam boşaltamama):

A) Bağırsakları tam boşaltamama sorununu ne sıklıkta yaşarsınız.

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

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

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

C) Bu durum, sizi ne kadar rahatsız eder?

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

2. Dışkılamada zorluk/güçlük:

A) Dışkılama sırasında zorluğu/güçlüğü hangi sıklıkla hissedersiniz?

(0) Asla hissetmem **(3. soruya geçiniz)** | **(1) Nadiren** Hissederim | **(2) Bazen** issederim | **(3) Genellikle** hissederim | **(4) Her zaman** hissederim

B) Bu durum sizin için ne kadar ciddidir?

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

C) Bu durum sizi ne kadar rahatsız eder?

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

Kalın Bağırsak Tembelliği Alt Ölçeği

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

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

4. 3 günde bir kereden daha az dışkılama:

A) "3 günde bir kereden daha az dışkılama" sorununu hangi sıklıkla hissedersiniz?

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

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

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

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

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

5. Boşaltım Gereksinimi Hissinde Yetersizlik:

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

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

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

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

Ağrı Alt Ölçeği:

Bağırsak Sorunlarına Bağlı Makat Ağrısı:

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

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

7. Şu an, makatınızdaki ağrı düzeyini belirtiniz.

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

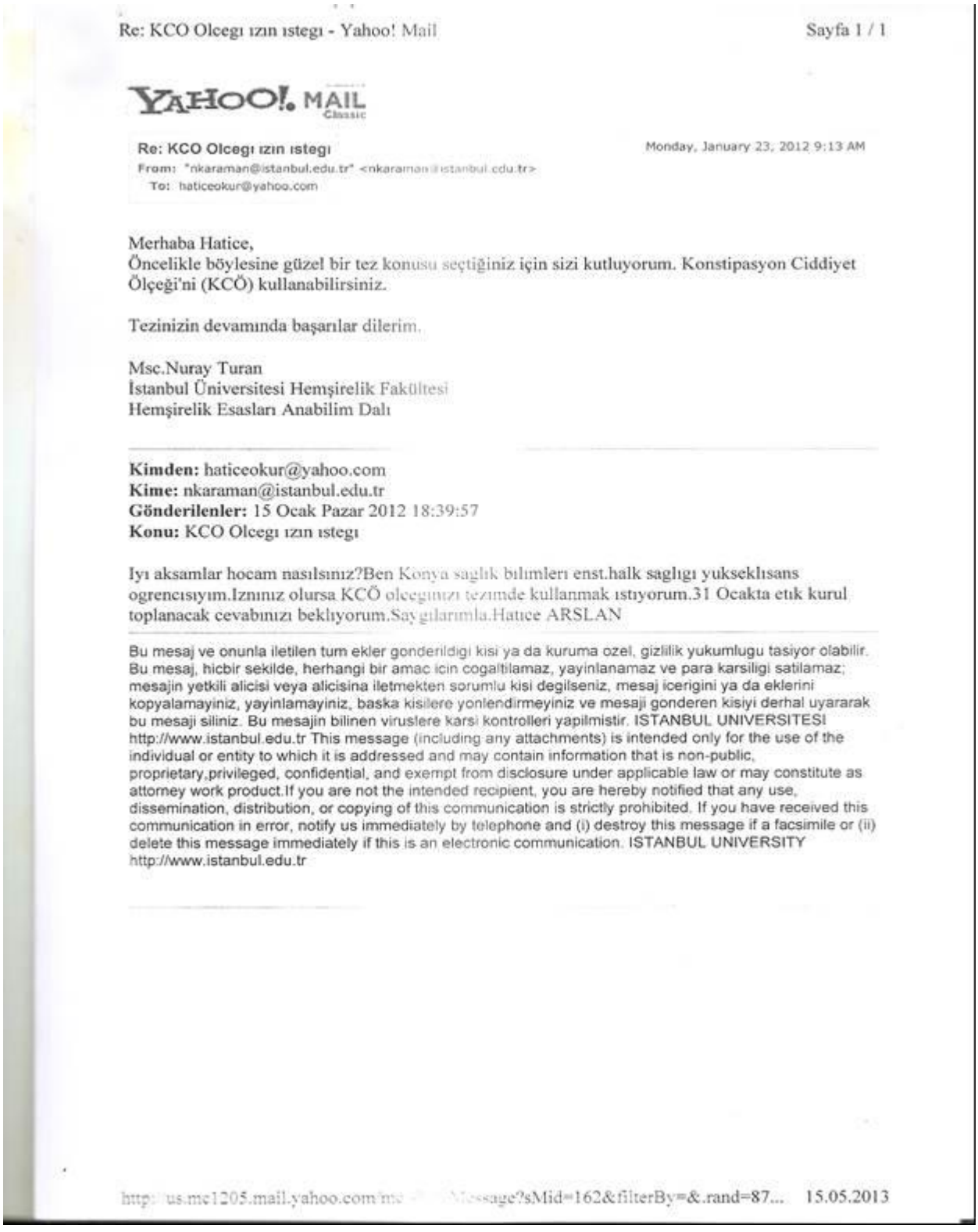
8. Makatınızdaki ağrıdan dolayı ne kadar rahatsızsınız?

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

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

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

EK-E: KONSTİPASYON CİDDİYET ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ



Re: KCO Olcegı ızın ıstegı - Yahoo! Mail Sayfa 1 / 1

YAHOO! MAIL Classic

Re: KCO Olcegı ızın ıstegı Monday, January 23, 2012 9:13 AM

From: "nkaraman@istanbul.edu.tr" <nkaraman@istanbul.edu.tr>

To: haticeokur@yahoo.com

Merhaba Hatice,
Öncelikle böylesine güzel bir tez konusu seçtiğiniz için sizi kutluyorum. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği'ni (KCÖ) kullanabilirsiniz.

Tezinizin devamında başarılar dilerim.

Msc.Nuray Turan
İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Kimden: haticeokur@yahoo.com
Kime: nkaraman@istanbul.edu.tr
Gönderilenler: 15 Ocak Pazar 2012 18:39:57
Konu: KCO Olcegı ızın ıstegı

Iyı aksamlar hocam nasılsınız?Ben Konya saglık bılımlerı enst.halk saglıgı yukseklısans ogrencısıyım.Iznınız olursa KCÖ olceginizi tezımde kullanmak ıstıyorum.31 Ocakta etık kurul toplanacak cevabınızı beklıyorum.Saygılarımla.Hatice ARSLAN

Bu mesaj ve onunla iletilen tum ekler gonderildigi kisi ya da kuruma ozel, gizlilik yukumlugu tasiyor olabilir. Bu mesaj, hicbir sekilde, herhangi bir amac icin cogaltilamaz, yayinlanamaz ve para karsiligi satilamaz; mesajin yetkili alicisi veya alicisina iletmekten sorumlu kisi degilseniz, mesaj icerigini ya da eklerini kopyalamayiniz, yayinlamayiniz, baska kisilere yonlendirmeyiniz ve mesaji gonderen kisiyi derhal uyararak bu mesaji siliniz. Bu mesajin bilinen viruslere karsi kontrolleri yapilmistir. ISTANBUL UNIVERSITESI http://www.istanbul.edu.tr This message (including any attachments) is intended only for the use of the individual or entity to which it is addressed and may contain information that is non-public, proprietary,privileged, confidential, and exempt from disclosure under applicable law or may constitute as attorney work product.If you are not the intended recipient, you are hereby notified that any use, dissemination, distribution, or copying of this communication is strictly prohibited. If you have received this communication in error, notify us immediately by telephone and (i) destroy this message if a facsimile or (ii) delete this message immediately if this is an electronic communication. ISTANBUL UNIVERSITY http://www.istanbul.edu.tr

http://us.mc1205.mail.yahoo.com/mc/ShowMessage?sMid=162&filterBy=&.rand=87... 15.05.2013

EK-F: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

Kız öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerinin konstipasyon durumlarının belirlenmesi amacıyla bir yüksek lisans tezi yapmaktayım.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Daha sonra, size doldurmanız için bir form verilecektir. Araştırmamız bir anket formu ile gerçekleştiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Bu araştırmaya, katılmama ve katıldığınız takdirde sözlü onay vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Araştırda yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz.

Sorumlu araştırmacılar:

Yrd.Doç.Dr. Kemal Macit HİSAR	Hatice ARSLAN
S.Ü Tıp Fakültesi	S.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Tel: 0 332	Tel: 0 533 7468523

Katılımcının adı-soyadı (Katılımcıların sözel onayları alınacaktır)

8.ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Hatice Arslan

Doğum Yeri: Hatay/İskenderun

Doğum Yılı: 1984

Medeni Hali: EVLİ, 1 ÇOCUK

Öğrenim Durumu:

Lise : Dörtyol Süleyman Demirel Anadolu

Lisans : Ankara Üniversitesi Çankırı Sağlık Yüksekokulu

Yüksek Lisans : Selçuk Üniversitesi

Çalıştığı Kurum : Çankırı Özel Karatekin Hastanesi Diyabet ve Eğitim Hemşiresi