



T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**PALYATİF BAKIM HASTALARINA UYGULANAN
ABDOMİNAL MASAJIN KONSTİPASYON VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

BURCU DİRLİK ER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SEVİL PAMUK CEBECİ**

Eskişehir, 2023



T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**PALYATİF BAKIM HASTALARINA UYGULANAN
ABDOMİNAL MASAJIN KONSTİPASYON VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

BURCU DİRLİK ER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SEVİL PAMUK CEBECİ**

Eskişehir, 2023

ÖZET

Başlık: Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın konstipasyon ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi

Amaç: Araştırma palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın konstipasyon ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile ön test-son test kontrol grup tasarımlı randomize deneysel bir çalışma olarak planlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Ekim 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında Eskişehir Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Kliniğinde yatarak tedavi ve bakım alan hastalar ile örneklem seçim kriterlerine uyan 26 deney 26 kontrol olmak üzere toplam 52 gönüllü hasta ile gerçekleştirildi. Araştırma verilerinin toplanmasında Bireysel Tanıtıcı Özellikler Formu, Roma IV Konstipasyon Tanılama Kriterleri, Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği, Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Araştırmadan elde edilen veriler tanımlayıcı istatistiksel metotlar, Ki Kare, Friedman, Mann Whitney U, Bonferroni Testi ile analiz edildi.

Bulgular: Deney grubuna uygulanan abdominal masaj sonrası konstipasyon şiddetinde 5. gün ve 7. gün deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olduğu bulundu. Deney grubuna uygulanan abdominal masaj sonrası yaşam kalitesinde 3. gün ve 7. gün deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu da bulundu.

Sonuç: Bu araştırmada deney grubuna yedi gün boyunca uygulanan abdominal masaj sonucunda, abdominal masajın konstipasyonu azaltmada ve yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, abdominal masaj, konstipasyon, yaşam kalitesi, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Title: Investigation of the effect of abdominal massage applied to palliative care patients on constipation and quality of life.

Aim: The study was planned as a randomized experimental study with a pretest-posttest control group design to determine the effect of abdominal massage applied to palliative care patients on constipation and quality of life.

Material and Methods: The research was carried out between October 2022 and May 2023, with patients receiving inpatient treatment and care in Eskişehir City Hospital Palliative Care Clinic, and a total of 52 volunteer patients, 26 experimental and 26 control, who met the sample selection criteria. Individual Descriptive Characteristics Form, Rome IV Constipation Diagnostic Criteria, Constipation Severity Scale, Constipation Quality of Life Scale were used to collect research data. The data obtained from the research were analyzed with descriptive statistical methods, Chi-Square, Friedman, Mann Whitney U, Bonferroni Test.

Findings: After the abdominal massage applied to the experimental group, there was a statistically significant difference in the severity of constipation on the 5th and 7th days in favor of the experimental group. It was also found that there was a statistically significant difference in favor of the experimental group on the 3rd and 7th days in the quality of life after the abdominal massage applied to the experimental group.

Conclusion: In this study, as a result of abdominal massage applied to the experimental group for seven days, it was determined that abdominal massage was effective in reducing constipation and increasing the quality of life.

Keywords: Palliative care, abdominal massage, constipation, quality of life, nursing care.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	
ETİK BEYAN.....	
TEŞEKKÜR SAYFASI.....	
ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Palyatif Bakım.....	3
2.1.1. Palyatif bakımın tanımı.....	3
2.1.2. Palyatif bakımın tarihsel gelişimi.....	4
2.1.3. Hospis kavramı.....	7
2.1.4. Palyatif bakımda sık karşılaşılan problemler.....	9
2.2. Konstipasyon.....	9
2.2.1. Konstipasyon tanımı.....	9
2.2.2. Konstipasyon etiyolojisi ve epidemiyolojisi.....	10
2.2.3. Konstipasyon belirti ve bulgular.....	11
2.2.4. Konstipasyon tanı yöntemleri.....	12
2.2.5. Konstipasyonda tedavi ve bakım yaklaşımları.....	14
2.3. Abdominal Masaj.....	14
2.3.1. Abdominal masajın tanımı ve tarihçesi.....	14
2.3.2. Abdominal masajın etkileri.....	16

2.3.3. Hemşirenin masaj uygulayıcısı olarak rolü.....	17
2.4. Konstipasyon ve Yaşam Kalitesi.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	19
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	19
3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	19
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	19
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.6. Dahil Edilme Kriterleri.....	20
3.7. Verilerin Toplanması.....	21
3.8. Araştırmanın Uygulanması.....	22
3.9. Etik ve Yasal Yönler.....	27
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
3.11. Verilerin Analizi.....	27
4. BULGULAR.....	29
4.1. Palyatif bakım hastalarında deney ve kontrol grubu tanıtıcı özelliklerinin dağılımı.....	29
4.2. Palyatif bakım hastalarının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlılık-bağımsızlık durumu.....	31
4.3. Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın konstipasyon etkisi.....	33
4.4. Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın yaşam kalitesine etkisi.....	36
5. TARTIŞMA.....	41
5.1. Palyatif bakım hastalarında deney ve kontrol grubu tanıtıcı özelliklerinin tartışılması.....	41
5.2. Palyatif bakım hastalarının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlılık-bağımsızlık durumunun tartışılması.....	43

5.3. Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın konstipasyona etkisi.....	44
5.4. Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın yaşam kalitesine etkisinin tartışılması.....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
7. KAYNAKLAR DİZİNİ.....	53
8. EKLER DİZİNİ.....	65
Ek 1: Bireysel Tanıtıcı Özellikler Formu	
Ek 2: Roma IV Konstipasyon Tanılama Kriterleri	
Ek 3: Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)	
Ek 4: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ)	
Ek 5: Deney Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
Ek 6: Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
Ek 7: Abdominal Masaj Uygulama Yönergesi	
Ek 8: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni	
Ek 9: Eskişehir Şehir Hastanesi Bilimsel Araştırma İzni	
Ek 10: Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Ölçek Kullanım İzni	
Ek 11: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği Ölçek Kullanım İzni	
Ek 12: İntihal Raporu	
9. ÖZGEÇMİŞ.....	86
10. YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKKI BEYANI.....	88

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları.....	28
Tablo 4.1. Katılımcıların gruplara göre tanıtıcı özelliklere ait bulguların dağılımı...	30
Tablo 4.2. Katılımcıların gruplara göre günlük yaşam aktivitelerine ait bulguların dağılımı.....	32
Tablo 4.3. Katılımcıların gruplara göre konstipasyon ciddiyet ölçeği puanlarının dağılımı.....	35
Tablo 4.4. Katılımcıların gruplara göre konstipasyon yaşam kalitesi ölçeği puanlarının dağılımı.....	39



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Abdominal masajın anatomik uygulama yönü.....	15
Şekil 2. Abdominal masaj uygulaması	24
Şekil 3. Araştırma tasarımı.....	26



SİMGELER VE KISALTMALAR

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
İBS	: İrritabl Bağırsak Sendromu
KCÖ	: Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği
KETEM	: Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KYKÖ	: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde insanlar akut hastalıklardan çok, tam olarak tedavi edilemeyen kronik hastalıklar nedeniyle yaşamlarını yitirmektedir. Bu durum beraberinde sağlık profesyonellerinin hastaların yaşam süresini uzatmaktan ziyade, yaşam kalitesini arttırmaya odaklanmaları gerekliliğini, hastanın yaşamakta olduğu ağrıyı azaltmanın önemini vurgulamaktadır (Rakel ve Strauch, 2011). Soruna neden olan hastalığı tedavi etmeyi öncelikli amaç olarak belirlemeyen, asıl amacı hastaya ıstırap veren semptomların ortadan kaldırılması ya da azaltılması olan palyatif bakıma gereksinim, uzayan insan ömrü ile gün geçtikçe daha da artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “küratif yaklaşımların tükendiği ya da etkisiz kaldığı terminal dönemdeki hastalarda yapılan bir uygulama” olarak 1986 yılında palyatif bakımın ilk tanımı yapılmıştır (Turgut ve Soylu, 2020).

Palyatif bakım hastalarında sık karşılaşılan problemler; ağrı, malnütrisyon, basınç yaraları, beslenme ve oral alım problemleri, ödem ve dolaşım bozukluğu, mide bulantısı, kusma, distansiyon, konstipasyon, diyare, anksiyete, sedasyon, uyku problemleri ve opioid analjeziklerin istenmeyen etkileri vb. olarak belirtilmektedir (Uysal ve ark. 2015). Hastaların yoğun şekilde deneyimledikleri ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bu semptomlar arasında konstipasyon problemi oldukça önemli rol oynamaktadır (Li ve ark. 2019; Hui ve Bruera, 2017; Dionne-Odom ve ark. 2016; Özçelik ve ark. 2014; Shoemaker ve ark. 2011).

Konstipasyon bir hastalık olmamakla birlikte kişiye oldukça rahatsızlık veren bir durumdur ve bilinmeyen nedenlere bağlı olarak meydana gelebilir. Ayrıca diyet, egzersiz alışkanlıkları, kullanılan ilaçlar ve çeşitli hastalık süreçlerine bağlı olarak da ortaya çıkabilir (Hagman ve ark. 2018; McClurg ve ark. 2011). Konstipasyon kontrolüne ilişkin uluslararası alanda, palyatif bakım hastalarına yönelik en iyi yöntemin ne olduğu konusunda belirsizlik de söz konusudur (Maldrew ve ark. 2018). Konstipasyonu düzenlemek amacıyla farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler uygulanmaktadır (Spinzi ve ark. 2009). Ancak medikal tedavi birçok yan etkiye sebep olabilmekte ve uzun süreli farmakolojik ajan kullanımı sağlık bakım sistemine yüksek maliyet getirebilmektedir. Bu nedenlerle konstipasyon yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasının gerekli olduğu bildirilmektedir (Hanai ve ark. 2016; Wong ve ark. 2015). Konstipasyon yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler arasında genellikle düzenli egzersiz, sıvı alımı ve lifli gıda tüketiminin

arttırılması ve abdominal masaj yöntemi bildirilmektedir (Muller-Lissner ve ark. 2005; Brandt ve ark. 2005, Bosshard ve ark. 2004; Annells ve Koch 2003; Ergin 1992).

Abdominal masaj konstipasyon yönetiminde 1870’li yıllardan beri kullanılmaktadır (Harrington ve Haskvitz, 2006). Abdominal masajın popülerliği bu bağlamda konstipasyonu gidermede etkili bir tedavi yöntemi olarak artmaktadır (Preece 2002). Abdominal masaj, karın içindeki basınca etki ederek ve rektuma uygulanan basınç ile bağırsaklarda mekanik ve refleks etki meydana getirmektedir (McClurg ve ark. 2011; Emly 2007). Bu etki bağırsak hareketlerini uyarır ve besinlerin gastrointestinal sistemden geçiş süresini kısaltarak bağırsak hareketlerini hızlandırmaktadır (Kyle 2011; Tuna 2011; Resedence ve ark. 1993). Abdominal masaj, konstipasyon yönetiminde hemşireler tarafından uygulanabilen güvenli, girişimsel olmayan nonfarmakolojik bir yöntemdir (Sinclair 2010).

Literatürde konstipasyon problemini sıklıkla yaşayan palyatif bakım hasta grubunda abdominal masaj uygulamasının etkileriyle alakalı çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Konstipasyon problemi yaşayan palyatif bakım hastalarında abdominal masaj uygulamasının etkisini ve aynı zamanda hastaların yaşam kalitesine etkisini değerlendiren bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Bu nedenlerle çalışma; palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın konstipasyon ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacı ile planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

2.1.1. Palyatif bakımın tanımı

Kökeni; Latince maske, örtü, perde anlamlarına gelen “palliare” kelimesinden türetilen “palyatif” sözcüğü ilk olarak Latince ve Fransızca dillerinde kullanılmış, sonrasında İngilizce literatürde de kullanılmaya başlanmıştır. "Palliative" sözcüğü İngilizcede hafifletmek, geçiştirmek anlamında kullanılmaktadır (Aslan, 2020; Kavşur ve Sevimli, 2020). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “küratif yaklaşımların tükendiği ya da etkisiz kaldığı terminal dönemdeki hastalarda yapılan bir uygulama” olarak 1986 yılında palyatif bakımın ilk tanımı yapılmıştır. Daha sonra ayrıntılı olarak yapılan yeni tanımlamada palyatif bakım; detaylı ve geniş çerçeveli bir değerlendirme ve tedavi planı ile hastaların yaşadıkları bedensel, psikososyal ve manevi semptomların ortadan kaldırılmasını, aynı zamanda bireyin ailesi, yakınları ve bakım verenlerinin desteklenmesini ve yaşamakta oldukları acının azaltılmasını amaçlar. (World Health Organization, 2020). Türk Dil Kurumu’na göre palyatif sözcüğü “geçici, geçiştirici” anlamlarına gelmektedir (Türk Dil Kurumu Sözlükleri, n.d.). Palyatif bakımda yaşamak ve ölmek beklendiği fizyolojik süreçler olarak kabul edilir (Kabalak ve ark. 2013). Ölüm süreci geciktirilemez ve hızlandırılmaz. Ancak hasta için bu süreci kolaylaştırmak en temel amaçtır. Bireyin yaşam süresinden çok yaşamakta olduğu hayatın kalitesiyle ilgilenir. Beklenen son olan ölüm yaklaştıkça bireyi ve aileyi rahatlatıcı girişimlere yoğunlaşılmalıdır (Lorenz 2008; Sepulveda 2002).

Palyatif bakım hastanın normal tedavisine paralel biçimde verilen sağlık hizmetidir. Aynı zamanda hospis kavramından da farklılıklar gösterir. Palyatif bakım yaşamı tehlikeye atan tanının alınmasıyla başlar ve temel amacı kişinin mümkün oldukça kaliteli zaman geçirerek, huzur içinde ölmesini sağlamaktır. Hospis ise hayatın son 6 ayı sayılabilecek bir zaman diliminde verilen bakımı kapsar. (Sucaklı, 2016; Lorenz ve ark. 2008; Sepúlveda ve ark. 2008). Palyatif bakım felsefesi ile hospis felsefesi birbirinden farklılıklar gösterir.

Palyatif bakım felsefesi, etkili iletişime önem veren, bireyin hastalığına özgü bakım sunan ve aynı zamanda ailenin psikososyal ihtiyaçlarını da gözetken, bütüncül yaklaşımı benimseyen, bununla birlikte bireyselleştirilmiş hasta bakımını odak noktası

yapan anlayışa sahiptir (Kıvanç, 2017). Bu sebeple hastalığa yönelik bir tedavi biçimi ya da bir branş olmanın ötesinde çok yönlü ve profesyonel bir bakış gerektirir. Temel olarak kronik seyirli ve progresif nitelikte ya da kişinin yaşamını ciddi şekilde tehdit eden hastalığa sahip olan bireyler ve onların yakınlarıyla ilgilenir. Bu hastalıklardan kaynaklanan semptomlar kontrol altına alınarak birey ve ailesinin yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesini önlemeye çalışır. Problemlerin başlangıç aşamasında fark edilmesi ve tanınması, zamanında etkin şekilde müdahale edilmesi amacıyla önem taşır (Kaymak ve ark. 2017).

Dünya Sağlık Örgütü'nün palyatif bakıma ilişkin temel bileşenleri;

- Ağrı ya da çeşitli sebeplerle oluşan ve kişiye rahatsızlık veren durumların giderilmesi,
- Bireyin ve ailesinin yaşam kalitesini yükselterek hastalık sürecini olumlu yönde etkilemesi,
- Yaşamın onayı ve ölümün yaşam sürecinin doğal bir sonucu olduğu,
- Bakımın psikolojik ve spiritüel yönlerinin birlikte ele alınmasının gerekliliği,
- Bireye hastalık süresince ve ailesine yas süreciyle baş edebilmesi konusunda destek olunması,
- Ölüme kadar bireyin normal yaşamını devam ettirebilmesine yardımcı olunması,
- Ölüm sürecinin doğal biçimde seyretmesi gerektiği,
- Ekip anlayışını benimseyerek, kayıp, ölüm ve yas danışmanlığını içerecek biçimde birey ve ailesinin ihtiyaçlarının belirlenmesi şeklindedir.

2.1.2. Palyatif bakımın tarihsel gelişimi

Tarihsel açıdan bakıldığında palyatif bakım kavramının temeli literatürde Roma dönemine kadar dayanmaktadır. St. Fabiola tarafından Portus'da Roma'ya yolculuk etmekte olan hacılara hizmet vermek amacıyla bir sağlık merkezi kurulmuştur (Öngel, 2017). Palyatif bakıma yönelik ilk uygulamalara 11. yüzyılda yolculuk sırasında ölümcül rahatsızlıklara yakalanan kişilere din görevlileri ve gönüllülerce verilen tedavi ve bakımlarda da rastlanmaktadır (İnan, 2017). Ölüme yakın olan kişilere, kimsesizlere, gezginlere ve Haçlı Seferlerinde savaşı kimselere bakım vermek

amacıyla bakım evleri kurulmuştur. (Corner, 2003; Lutz, 2011; Sürmeli ve Akçiçek, 2016). Orta çağ döneminde etkin olan dini güçler bakıma da yansiyarak dini kurallara uygun biçimde hizmet vermek amaçlanmıştır. Bu bağlamda bakım hizmetini veren kişiler din görevlileri ya da kendini hasta bakmaya adanmış gönüllülerden oluşmuştur (Lewis ve ark. 2014).

Modern anlamda palyatif bakım düşüncesi ise ilk olarak 19. Yüzyılda ortaya çıkmıştır. 1967’de İngiltere’de tıp doktoru, hemşire, yazar ve sosyal çalışmacı Dame Cicely Saunders, palyatif bakımın öncüsü sayılabilecek ilk modern hospis olan ‘‘Saint Cristopher’’ isimli merkezi kurmuştur. Saunders, burada ölümcül hastalıkları olan ve son zamanlarını yaşayan hastaların onlara rahatsızlık veren ağrı ve benzer semptomlarını hafifletmeye yönelik bakım vermiştir. Kurulan bu merkez kısa süre içinde diğer ülkelere ve insanlara örnek olarak palyatif bakımın dünyaya yayılmasında öncü olmuştur. Bu durum daha sonra DSÖ tarafından 1986 yılında palyatif bakıma ait ilk tanımlamanın yapılmasına da olanak sağlamıştır (Nursing Theory, n.d.; Saunders, 2002; Graham ve Clark 2007; Ahmedzai ve ark. 2004). Palyatif bakım terimi 1980 yıllarına kadar hospis kavramının yerine kullanılmıştır. Modern biçimde palyatif bakım hizmeti veren ilk merkez Kanada’da 1975 yılında açılan Royal Victoria isimli hastanedir. İlerleyen yıllarda palyatif bakım düşüncesi tüm dünyaya yayılmış ve 1980’lerden sonra birçok ülkede palyatif bakım veren merkezler faaliyet göstermeye başlamıştır (Sürmeli ve Akçiçek, 2016). Palyatif bakım, 1990’lı yıllarda, Amerika’da büyük çoğunluğunu kanser hastalarının oluşturduğu bir organizasyon olarak faaliyetlerine devam etmiştir. Daha sonra zaman içinde kapsamı genişleyerek sadece kanser hastalarına yönelik bakım vermektan çıkmış ve kalp yetmezliği, akciğer hastalıkları gibi kronik rahatsızlıklar da kapsama dahil olmuştur. (Elçigil, 2012; Currow ve ark. 2009).

Ülkemizde palyatif bakım tarihinin ilk örneklerini Darüşşafaka (1863) ve Darülaceze (1895) kurumları oluşturmaktadır. Sözü edilen kurumlar yaşlı, yoksul, düşkün ve kimsesiz kişilere hizmet vermekle beraber ölüme yakın kişilere de hizmet sunmaları sebebiyle palyatif bakım alanında ülkemizde öncü kuruluşlar olarak nitelendirilmektedir (Sürmeli ve Akçiçek 2016; Songur ve Saygın 2014). Nitekim ülkemizde palyatif bakım kavramı oldukça yeni bir kavramdır. Bu anlamda 1993-1997 yılları aralığında, İstanbul’da Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulan ‘‘Kanser Bakımevi’’ ülkemizde ilk palyatif bakım hizmetinin verildiği kuruluştur. Bu merkezde

terminal dönem hastalara palyatif bakım uygulamalarıyla hospis benzeri hizmet sunumu amaçlanmıştır. Ancak hastalara ait sağlık harcamalarının sosyal güvenlik kurumlarınca geri ödeme kapsamında bulunmaması, kurumun bağışlarla yeterince desteklenmemesi ve hasta/yakınlarının kurumun kurulma amacını tam olarak anlayamaması gibi olumsuz durumlar sebebiyle kısa süre içinde kapatılmıştır. Sonrasında 2006'da Hacettepe Onkoloji Vakfı Enstitüsü aracılığıyla Ankara'da tarihi özellikte bir ev palyatif bakım hizmeti sunma amacıyla 12 yataklı bir hospis merkezine dönüştürülmüştür. Fakat gerekli yasal düzenlemelerin yokluğu sebebiyle bu merkezde kapsamlı hizmet sunumu sağlayamamış ve "Hacettepe Umut Evi" adıyla kanserli birey ve ailelerine kısa süreli konaklama ve sağlık bakım hizmeti sunmaktan öteye geçememiştir. Yine aynı yıl içinde Ege Üniversitesi'nde 6 yatak kapasitesine sahip bir palyatif bakım birimi açılmıştır (Aslan, 2020; Kavşur ve Sevimli, 2020; Akyar ve ark. 2018). Sağlık bakanlığı 2010 yılında evde sağlık hizmetine yönelik çalışmalar yapmış ve bu kapsamda palyatif bakım hizmetinin sağlık sistemine entegre edilmesini sağlamakla beraber en ideal palyatif bakım hizmeti modelini belirlemek üzere Palya-Türk isimli projeyi başlatmıştır. Projede, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü birlikte çalışmıştır. Geliştirilen projede palyatif bakımın temelinde aile hekimliğinin bulunması ve bakımda hemşirelerin primer görev üstlenmesi kararlaştırılmıştır. Bununla birlikte sivil toplum kuruluşları ile Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) de projede aktif görev alacaktır. Projede toplum temelli palyatif bakım modellerinin benimsenmesi ve bu hasta grubunun çokça ihtiyaç duyduğu narkotik ilaçlara ulaşımın kolaylaştırılması önerilmiştir. Ayrıca projenin amaçları arasında palyatif bakım verecek kişilerden multidisipliner bir ekip oluşturulması, palyatif bakım sertifika sağlayıcı programların faaliyete geçirilmesi, palyatif bakım kavramının eğitim programlarına dahil edilmesi ve halkın konuyla ilgili bilgilendirilmesi sayılabilir (Aslan, 2020; Akyar ve ark. 2018; Kıvanç, 2017; Kabalak, 2014).

Palyatif bakımla ilgili ülkemizdeki yasal düzenlemeler Sağlık Bakanlığının oluşturduğu 09.10.2014 tarihli ve 640 sayılı "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" ile yapılmıştır. Sonrasında yataklı bakım merkezlerinde palyatif bakım hizmetlerinin sunumuna yönelik 07.07.2015 tarihinde yeni bir yönerge yayınlanmıştır. (Aslan, 2020). Bu yönetmelikle palyatif bakım

merkezlerinin açılması, bunun için gerekli olan fiziki şartlar ve ekipmanların belirlenmesi, merkezlere ulaşımın sağlanması, personel görevlendirmeleri ve bu personellerin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, gerekli durumlarda personel takviyesi sağlanmasına yönelik usul ve esaslar, bu merkezlerde tedavi görecektir hastaların başvuru, hasta kabul, nakil ve yatış işlemlerine ek olarak hasta hakları gibi konularda düzenlemeler yapılmıştır (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, 2018; Aslan, 2020).

2.1.3. Hospis kavramı

Hospis Latince ‘‘misafir’’, ‘‘misafirpiver’’ anlamlarına gelen bir kelimedir. Tarihteki ilk hospisler gezginlere dinlenme mekânı olarak Orta Çağ Romalıları döneminde kurulmuştur. 1842’de Jeanne Garnier, Fransa’nın Lyon kentinde ölmek üzere olan kişilere bakım sunmak amacıyla ilk kez hospis sözcüğüyle bir merkez kurmuştur. Daha sonra 1879’da Dublin’de yine aynı amaçla bir merkez daha açılmış ve 1893’te günümüzdeki hospislere prensip olarak çok benzeyen ‘‘St. Luke’s Home’’ adlı merkez ölmekte olan yoksul kişilere hizmet etmek üzere Dr. Howard Barrett tarafından açılmıştır. Modern biçimdeki ilk hospis ise Dr. Cicely Saunders tarafından 1967 yılında kurulan ‘‘St. Cristopher’’ isimli merkezdir. İngiltere’de açılan bu merkezden sonra 1973’te Kanada’da (Royal Victoria), 1987’de ABD’de (Hotwitz Center) ve sırayla Yeni Zelanda’da, Avustralya’da ve Japonya’da yeni merkezler kurulmaya devam etmiştir (Kabalak ve ark. 2013; Bag, 2012; Özkan, 2011; Milicevic, 2002).

Hospis bakımında temel amaç ölümün engellenmesi değil, süreç içinde maruz kalınan istenmeyen etkilerin ve acının önüne geçmeye çalışmaktır. Hospisler, tedaviye cevap alınamayan hastalarda semptom kontrolünün sağlandığı, kişinin kalan zamanını kaliteli geçirmesini ve şerefli bir ölümü amaçlayan, kişilere ev benzeri ortam sağlayan merkezlerdir. (Sucaklı, 2014; Aydoğan ve Uygun 2011). Bu bağlamda palyatif bakımla benzer amaç ve işlevlere sahip olduğu söylenebilir. Hospisler felsefe olarak yaşamdan ziyade ölümü odağına alan palyatif bakım modelidir. Modern biçimdeki hospisler ve palyatif bakım modelinin kurucusu Dr. Cicely Saunders ‘‘Hayatınıza günleri değil, günlerinize hayat katıyoruz. ‘‘sözüyle hospislere hasta kabulüyle başlayan ve kişi ölünceye kadar geçen sürecin temel prensibini özetlemiştir (Fox ve ark. 1999).

Günümüzde hospis merkezlerinden çoğunlukla terminal dönemdeki kanser hastaları yararlanmaktadır. Bu merkezlerde hastaların ölümcül hastalıklarının tedavi edilmesinden çok yaşadığı hayatın kalitesine yoğunlaşılır. Mevcut sistemde hastaların son dönemlerini ağrı ve diğer bedensel semptomlardan uzak biçimde ailesi ve sevdikleriyle geçirmesi sağlanır ve kişilerin maddi-manevi ihtiyaçları göz önünde bulundurulur. Hospis sisteminde hastalara evinde, bulunduğu hastane veya bakımevinde ölüm sürecinin sonuna kadar ihtiyaç duyduğu bakım ve destek sağlanır. Bu süreçte hasta ve ailesi yalnız bırakılmaz ve böylece kişi kendini güvende hisseder. Mevcut sistemde palyatif bakımın alt alanlarında biri olan hospis bakımı oldukça eski bir tarihe sahiptir. Öyle ki modern palyatif bakım anlayışı hospis bakımının modellenmesi şeklinde ortaya çıkmıştır. Her iki sistemde de hastalar bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeye alınır. Yine her iki modelde de temel amaç semptom kontrolünün sağlanmasıdır. Hastaya sıkıntı veren belirtilerin ortadan kaldırılması ya da şiddetinin azaltılması öncelikli amaçlarıdır. Her iki sistemde ötenaziden kaçınıp, doğal ölümü destekler. Bununla birlikte kişinin yaşadığı hayatın kalitesini arttırmak bu sistemlerin temel odak noktasıdır. Ayrıca multidisipliner ekip anlayışı her iki sistemde de mevcut olup farklı meslek gruplarının bir arada çalışmasını gerektirir (Meier ve ark. 2023; Kissane 2012; Clark, 2007; Higginson ve Edmonds, 1999). Diğer taraftan bu bakım sistemleri çoğunlukla hastanede sağlanabilecek hizmet türleridir (Meier ve ark. 2017).

Hospis ve palyatif bakımın benzer yönlerinden bir diğeri de sadece hastaya değil hastanın yakınlarını da verilen bakıma dahil etmeleridir. Bu sebeple yaşamın sonlanmasından sonra yas sürecinde bireyin ailesi ve yakınlarına destek verilmeye devam edilir. Öte yandan palyatif bakımın kapsamına giren hastalıklar hospislere oranla daha geniştir ve palyatif bakım hastalıkların küratif tedavisine odaklanmaz. Palyatif bakım yaşam sonunda ya da hasta küratif tedavisine devam ederken de verilebilir (Meier ve ark. 2017; Teno ve Connor, 2009). Hospis bakımı ise hastalığı tedavi edici yaklaşımların tükendiği ya da gereksiz olduğu durumlarda ve sadece son zamanlarını yaşamakta olan kişilere uygulanır. İyileşme ihtimali bulunmayan ve beklenen yaşam süresi 6 aydan daha fazla olmayan kişiler hospis hizmetlerinden yararlanabilir (Kissane, 2012). Hospis bakımı kişilerin onurlu bir ölüm hakkına sahip olması gerektiği felsefesini benimsemektedir. Bu sebeple kapsamına sadece ölüm sürecindeki hasta ve yakınları girer ve onların ihtiyaç duydukları bakıma yönelik

uygulamalar yapılır. Yaşamının son dönemlerinde bulunan kişi için planlanan bu bakım aynı zamanda kişinin ölümü kabullenmesi sürecinde de bireye yardımcı olur (Meier ve ark. 2023).

2.1.4. Palyatif bakımda sık karşılaşılan problemler

Palyatif bakımın temel amacı hastalığın neden olduğu semptomların kontrolü sağlanarak hastanın yaşamakta olduğu hayatın kalitesini arttırmaktır (Akyol, 2013). Böylelikle hastanın çevresiyle uyumunun artması, tedaviye alınan cevabın olumlu yönde değişmesiyle birlikte tedaviye ait yan etkilerin daha iyi tolere edilmesi beklenmektedir (Borasio 2011; McKee ve Chappel 1992). İngiltere’de gerçekleştirilen bir çalışmada %95’ini kanser hastalarının oluşturduğu bir grup hastanın hastaneye başvuru sebepleri arasında en fazla görülen 5 semptomun ağrı, anoreksi, konstipasyon, yorgunluk ve dispne olduğu saptanmıştır (Potter ve ark. 2003). Bu semptomlar dışında sıklıkla görülmekte olan diğer semptomlar; iştahsızlık, inkontinans, bulantı-kusma, diyare, öksürük, halsizlik, uyku problemleri, narkotik grubu ilaçların yan etkileri ve deliryumdur. Ayrıca hastalara rahatsızlık veren bir diğer önemli sorun ise bası yaraları ve cilt yakınmalarıdır (National Comprehensive Cancer Network, 2016; Gülhan, M. n.d.).

Hastaların yaşam kalitesini etkileyen bu semptomların kontrolünün sağlanmasında multidisipliner ekip yaklaşımı oldukça önemlidir. Bu sebeple palyatif bakım sunan ekip ortak bir amaca hizmet eden profesyonel sağlık bakım üyelerinden oluşmalıdır (Shoemaker ve ark. 2011; Özkan, 2011). Hemşirelerin hastalarla oldukça fazla zaman geçiren palyatif bakım ekibi üyesi olmaları sebebiyle bu semptomları dikkatli bir biçimde gözlemleyip, kanıta dayalı uygulamaları ve mesleki becerilerini etkin biçimde kullanması semptom kontrolünün sağlanmasında oldukça önemlidir (Tuna ve ark. 2018; Prem ve ark. 2012).

2.2. Konstipasyon

2.2.1. Konstipasyonun tanımı

Konstipasyon palyatif bakım hastalarında sıklıkla görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen semptomlardan biridir (Shoemaker ve ark. 2011). Bu semptom palyatif bakımda görülen semptomlardan olan ağrı ve anoreksiyadan sonraki en önemli 3. semptom olarak karşımıza çıkmaktadır Palyatif bakım hastaları, konstipasyon açısından yüksek riskli bir gruptur ve önlenmesi için gerekli koruyucu

tedbirler alınsa dahi konstipasyon meydana gelebilmektedir. (Zhe, 2016; Larkin ve ark. 2008). Bununla birlikte hastaların mevcut rahatsızlıklarının ilerlemesiyle konstipasyon tablosunun daha da şiddetleneyeceği belirtilmektedir (Muldrew ve ark. 2018; Clark ve ark. 2012).

Konstipasyonun net bir tanımı bulunmamakla birlikte genelde; dışkılama sıklığında azalma, gaita sertliğinde artış, dışkılama sayısının azlığı, çok fazla ıkınma ihtiyacı, dışkılama hissinin yetersiz oluşu ve kuru özelliğe dışkılama olarak tanımlanmaktadır (Black ve Hawks, 2009; Craven ve Hirnle, 2009; Berman ve ark. 2008). Dışkılamanın normal sınırları günde 3 ila üç günde 1 olarak kabul edilmektedir. Ancak defekasyon sayısı konstipasyonu tanılamada tek başına yeterli bir kriter değildir. Çünkü defekasyon miktarı ve sayısı kişiden kişiye değişmekle birlikte toplumlar arasında da farklılık göstermektedir (Ünal ve ark. 2008).

Konstipasyon problemi pek çok açıdan bireylerin yaşam kalitesini azaltan bir durumdur. Defekasyon sırasında zorlanma/ıkınma, cerrahi girişim gerektirebilecek rektal, jinekolojik ya da abdominal sorunlara yol açabilmektedir. Bununla birlikte kardiyak hastalığı, göz tansiyonu ya da kafa içi basınç artışı bulunan bireylerde konstipasyonun önlenmesi büyük önem taşımaktadır (Potter ve Perry, 2009).

2.2.2. Konstipasyon etiyolojisi ve epidemiyolojisi

Konstipasyona neden olan birden fazla faktör mevcuttur. Bu faktörler; yaş, cinsiyet, ırk, sedanter yaşam, liften fakir diyet, stres, kardiyovasküler ya da nörolojik hastalıklar, hemoroid ve konstipasyona sebep olabilecek bazı ilaçların kullanımı şeklinde literatürde yer almaktadır (Wang ve Tsai, 2012; Werth ve ark. 2015). Bununla birlikte düşük eğitim seviyesi, cinsel istismar öyküsü, depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlıklar, sosyo-ekonomik durumun kötü olması, laksatif ajanların kötüye kullanımı, geçirilmiş abdominal ya da pelvik cerrahiler ve seyahat durumu da konstipasyon riskini arttırmaktadır (Tufan ve Akın, 2015; Bengi ve ark. 2014; Soares ve Ford, 2011).

Konstipasyon farklı sebeplere bağlı olarak toplumdan topluma değişik sıklıklarda gözlenmektedir (Çolakoğlu ve ark. 2001). Genetik, fizyolojik durumlar ya da bazı patolojilere bağlı olarak siyah ırkta beyaz ırka, kadınlarda erkeklere göre ve yaşlı popülasyonda genç popülasyona oranla konstipasyon daha çok görülmektedir (Turan ve ark. 2017). Konstipasyonun toplumda görülme sıklığı genel olarak %2 ila

%28 aralığında değişmektedir (Korkmaz, 2011; Dedeli ve ark. 2007). Bununla birlikte ülkemizde konstipasyon insidansının %22 ila %44 arasında olduğu da belirtilmektedir (Karatay ve Baş, 2018). Batılı ülkelerdeyse bu oranın %2 ila %20 arasında olduğu bildirilmektedir (Sinclair, 2010).

Konstipasyon görülme sıklığının artan yaşla beraber giderek arttığı, 65 yaş ve üzeri kişilerin %40'ında konstipasyona ilişkin belirtilerin gözlemlendiği belirtilmektedir (Yönt ve ark. 2011; Satish, 2009; Ünal ve ark. (2008). Fakat her iki cinsiyette gözlenen prevalans oranının yaşla birlikte arttığı da bildirilmektedir (Yurdakul, 2001a). Konstipasyon ülkemizde kadın cinsiyette ve yaşlı popülasyonda daha fazla gözlenmektedir (Arslan, 2010). Bununla birlikte kadınlarda dışkılama sıklığının az olduğu, elle müdahalenin ve laksatif ilaç kullanımının fazla olduğu, erkeklerde ise tuvalette kalma süresinin uzun olduğu ve tam boşalma hissinin yetersiz olduğu belirlenmiştir (Ünal ve ark. (2008). Konstipasyon palyatif bakım alan hastalarda da sıklıkla görülen semptomlardan biridir ve prevalansının %30 ila %90 aralığında olduğu öngörülmektedir. Bu semptom palyatif bakım hastalarını %40 civarında etkilemekteyken, uzmanlık gerektiren palyatif tıpta %66 seviyelerine kadar çıkmaktadır (Clark ve Currow, 2013; Zhe, 2016).

2.2.3. Konstipasyon belirti ve bulguları

Konstipasyon belirtileri arasında haftada üç defadan az defekasyon, katı ya da şekilli dışkı, bağırsak seslerinin azalması, halsizlik, yemek yeme isteğinin azalması, hemoroid görülebilir. Ayrıca kişinin normalden uzun süre tuvalette vakit geçirmesi, abdomen ve rektum bölgesinde ağrı, rahatsızlık ve doluluk hissi de konstipasyon belirtileri arasında sayılmaktadır (Kaya, 2012; Yönt ve ark. 2011; Marples, 2011; Berman, ve ark. 2008). Ayrıca bağırsak seslerinin azalması, rektumda doluluk ve basınç hissi, anoreksi, baş ağrısı, halsizlik ve hemoroid de konstipasyona ilişkin diğer belirti ve bulgulardandır (Papatheodoridis ve ark. 2010; Yurdakul, 2004). Konstipasyonun tanımlanmasını basitleştirmek ve bu konuda evrensel bir dil geliştirmek amacıyla American College of Gastroenterology tarafından bazı kriterler geliştirilmiştir. Bu kriterler;

- Defekasyon sayısında azalma,
- Defekasyon sırasında;
- Zorlanma,

- İkınma,
- Katı/topaklı dışkılama,
- Yetersiz boşaltım hissi,
- Tuvalette uzun süre kalma,
- Anüs bölgesine parmaklar yardımıyla masaj yapılarak uyarı verme gereksinimi duyulması ve bu belirtilerin en az 3 ay süreyle var olması gereklidir. (Korkmaz ve ark. 2011; Yurdakul, 2007).

Konstipasyon problemi yaşayan bireylerde gözlenen semptomlar;

- Defekasyon esnasında zorlanma (%79),
- Gaz (%74),
- Katı yapıda dışkılama (%71),
- Pelvik ve abdominal bölgede rahatsızlık hissi (%62),
- Haftada 3 kereden daha az dışkılama (%57),
- Şişkinlik (%57),
- Bağırsakları tam olarak boşaltamama hissi (%54),
- Abdominal bölgede ağrı (%48),
- Rektal bölgede ağrı (%41),
- Ani gelen defekasyon isteği (%34) şeklinde belirtilmektedir (Davies ve ark. 2020; Ayık ve Gülbeyaz, 2020).

2.2.4. Konstipasyon tanı yöntemleri

Konstipasyonun tanınmasında dikkatli biçimde gerçekleştirilmiş fizik muayene ve ayrıntılı alınmış hasta öyküsü büyük önem taşımaktadır. Bunlara ek olarak laboratuvar testleri, endoskopik ve radyolojik görüntüleme teknikleri de konstipasyonun belirlenmesinde yardımcı olmaktadır. Laboratuvar testlerinde tam kan, kalsiyum, TSH, potasyum ve glukoz düzeyleri kontrol edilmelidir. Gerekli durumlarda dışkıda gizli kan testi de uygulanabilmektedir. Bunlarla birlikte fleksibl sigmoidoskopi ve kolonoskopi, radyoopak marker incelemeleri, direk ve baryumlu grafiler, rektal Usg uygulaması, anorektal manometri, balon defekasyonu testi ve defekografi gibi yöntemler de konstipasyonun tanınmasında kullanılabilir (Yurdakul, 2007; Bolat, 2006).

Kuzey Amerika, Asya ve Avrupa’da konstipasyonla ilgili olarak 22 genel klinik kılavuz yayınlanmıştır (Ayık ve Gülbeyaz, 2020; Larkin ve ark. 2018). Son 20 yıllık

süreçte ise konstipasyonla alakalı 20 kılavuz daha literatüre eklenmiştir (Tian ve ark. 2016). Bu kılavuzlarda uygulanması önerilen yöntemler, konstipasyonu değerlendirmek amacıyla kullanılan araçlar ile ayrıntılı bir değerlendirme yapmaya, tıbbi öykü almaya ve fizik muayenenin etkin kullanılmasına olanak sağlar (Ayık ve Gülbeyaz, 2020; Larkin ve ark. 2018). Ancak evrensel açıdan konstipasyon tanılamasını standart hale getirebilmek amacıyla bazı kriterler geliştirilmiştir (Bilgiç ve ark. 2016; Bengi 2014). Bu kriterler **Roma kriterleri** olarak da isimlendirilmektedir. Konstipasyonun tanılanmasında sıklıkla, oluşturulan bu kriterler kullanılmaktadır (Öztürk ve ark. 2020; Werth ve ark. 2019). Gastroenteroloji Kongresi Uzman Çalışma Grubu 1989'da Roma I adı verilen kriterleri belirlemiş ve sonrasında bu kriterler 2000 yılında Roma II, 2006 yılında Roma III ve son olarak 2016 yılında Roma IV olarak güncellenmiştir (Kaya ve Kaçmaz 2016; Korkmaz, 2009; Longstreth ve ark. 2006). Roma IV kriterlerine göre kişinin defekasyonların dörtte birinden fazlasında; zorlanması, topaklı/sert dışkılaması, tam boşaltım hissinin olmayışı, anorektal bölgede tıkanma hissinin olması ve defekasyona elle yardım etme gerekliliği hissedilmesi ve haftada 3'ten az defekasyon gibi faktörlerden en az ikisinin bulunması konstipasyon varlığını göstermektedir. Ayrıca laksatif ilaçlar kullanılmaksızın yumuşak dışkılamanın nadir olması, İrritabl Bağırsak Sendromu (İBS) için yeterli kriter olmaması ve belirtilerin tanı konmadan en az 6 ay öncesinde başlamış olup, son 3 aydır da devam ediyor olması kriterlerinin varlığı da konstipasyon tanısında ayırıcıdır (Kaya ve Kaçmaz, 2016).

Konstipasyonu tanılamada sıklıkla kullanılan bir diğer ölçüt ise Bristol Dışkı Skalası'dır. Bu ölçek Lewis ve Heaton tarafından 1997'de geliştirilmiştir. Bu ölçek dışkının kolonda kalma süresini ve özelliklerini değerlendirmekle birlikte uygulanan tedavinin etkinliğini değerlendirme konusunda da fayda sağlamaktadır (Tufan ve Akın, 2015; Bengi ve ark. 2014; Lewis ve Heaton, 1997). Bu skalada dışkı görüntüsüne ve katılık durumuna göre 7 tipe ayrılmaktadır. Tip 1 ve 2 dışkının kolondan yavaş geçişini, Tip 3 ve 4 normal geçişi, Tip 5, 6 ve Tip 7 hızlı geçişle beraber rektal hassasiyetin bozulduğunu göstermektedir (Black ve ark. 2016). Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği, Konstipasyon Risk Değerlendirme Ölçeği ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçekleri de konstipasyonu tanılamak amacıyla kullanılan ve yayınlanan diğer ölçeklerdir.

2.2.5. Konstipasyonda tedavi ve bakım yaklaşımları

Konstipasyon sıklıkla görülen bir semptom olduğu halde bu semptomun tedavi ve bakımının günümüzde hala istenilen düzeyde olmadığı düşünülmektedir. Konstipasyon yönetiminde öncelikli amaç konstipasyonun oluşumunu önlemeye dayanır. Bununla beraber mevcut konstipasyon durumlarında hastanın yaşamakta olduğu olumsuz belirtilerin en aza indirgenmesi sağlanarak hastanın yaşam kalitesinin artırılması da tedavi ve bakıma yönelik büyük önem taşımaktadır (Kyle, 2008). Konstipasyonu engellemeye ya da gidermeye ilişkin farmakolojik ya da nonfarmakolojik birçok yöntem bulunmaktadır (Arslan, 2010). Ancak bu semptomun yönetimi için çoğunlukla farmakolojik yöntemler tercih edilmektedir. (Zhe, 2016; Larkin ve ark. 2008). Lavman, laksatif ilaçlar, supozituarlar, konstipasyon tedavisinde sıklıkla kullanılan farmakolojik ajanlardır. Bununla beraber cerrahi girişimler de konstipasyon tedavisinde kullanılan yöntemler arasındadır. Fakat bu yöntemlerin yan etki ve komplikasyon geliştirebilmesi ve maliyetli oluşları sebebiyle bireylerin yaşamakta olduğu konstipasyon durumunun invaziv girişimler olmadan ve nonfarmakolojik yöntemlerle giderilmesi oldukça önemlidir (Akbaşrak ve ark. 2006).

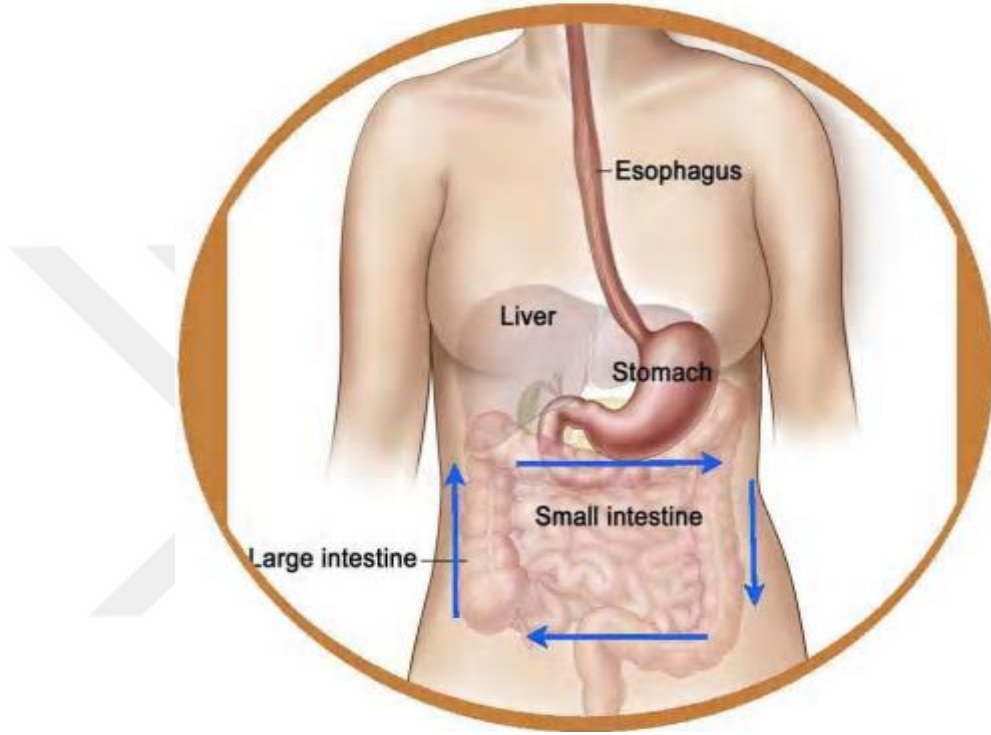
Konstipasyon yönetiminde kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler abdominal masaj uygulaması, egzersiz, sıvı ve lifli gıda alımının artırılması, akupunktur ve refleksoloji uygulamaları şeklindedir. Bu yöntemler basit, ekonomik, etkili ve hasta açısından konforlu yöntemlerdir (Kyle, 2011; Marples, 2011; Arslan, 2010).

2.3. Abdominal Masaj

2.3.1. Abdominal masajın tanımı ve tarihçesi

Abdominal masaj karın duvarını gevşetmek amacıyla çeşitli masaj teknikleri (eflörāj, petrisaj, vibrasyon) kullanılarak kalın bağırsağa saat yönünde uygulanan bir masaj yöntemidir (Emly, 2007). Abdominal masaj uygulaması konstipasyon yönetiminde 1870’li yıllardan beri kullanılmaktadır (Harrington ve Haskvitz, 2006). Ancak 20. Yüzyıl başlarından itibaren oldukça popüler bir yöntem olmuş ve kullanımı artmıştır. Bununla birlikte özellikle semptomatik/palyatif tedavi ve bakım sunulan kliniklerde kullanımı yaygındır (McClurg ve ark. 2016; Turan ve Aştı, 2015).

Abdominal masaj birtakım fizyolojik sebeplere bağlı olarak konstipasyon sorunu yaşayan bireylerin yaşamış olduğu ağrı ve rahatsızlığı azaltarak, yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla kullanılmaktadır. Uygulama dışkının bağırsak içinde ilerleme yönüne paralel olacak biçimde sağ st kadrandan başlanarak saat yönünde sırasıyla sol st kadrana, sol alt kadrana ve en son sağ alt kadrana doğru gerçekleştirilir (şekil:1) (Turan ve Aştı, 2015).



şekil 1. Abdominal Masajın Anatomik Uygulama Yn (Baran ve Ateş, 2015).

Abdominal masaj genel olarak abdominal bölgeyi etkilemekte olan rahatsızlıklar için uygulanabilir bir yöntemdir. Kalın bağırsak iltihabı, karın ağrısı ve şişliği, spazmlar, gaz, bel çevresindeki ağrılar, menstrüel dönem krampları ve sindirim zayıflığı gibi problemlerde güvenle kullanılabilir (Shirreffs, 2001). Abdominal masajın ayrıca konstipasyonun yanı sıra diyare yönetiminde de kullanılan bir yöntem olduğu da bildirilmektedir (Resedence ve ark. 1993; 7: 204-209).

Konstipasyon yönetiminde abdominal masajın etkin bir yöntem olduğuna dair literatürde birçok çalışma bulunmaktadır. Resedence ve arkadaşları tarafından 1993'te gerçekleştirilen bir çalışmada abdominal masaj ve egzersiz uygulamalarının bağırsak alışkanlıklarına yönelik etkisi gözlenmiştir. Klinikte tedavi gören hastalara ilk 6 hafta

abdominal masaj uygulaması yapılmış, ikinci 6 haftada ise klinikte rutin olarak uygulanan laksatif ilaç tedavisi verilmiş ve her iki uygulamanın sonuçları karşılaştırılmıştır. Ancak uygulamalar arasında bağırsak geçiş süresi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. 1998’de Emly ve arkadaşları tarafından, serebral palsili hastalar üzerinde gerçekleştirilmiş bir çalışmada ise konstipasyonu gidermek konusunda abdominal masajın etkin bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır. Preece’in 2002’de yapmış olduğu bir çalışmada 15 kişiden oluşan konstipasyon problemi yaşayan hasta grubuna abdominal masaj uygulanmıştır. Uygulama 1 hafta boyunca düzenli olarak devam etmiş ve sonucunda 11 hastanın konstipasyona ilişkin yaşamakta olduğu kişilere rahatsızlık veren gaz ve abdominal distansiyon gibi bazı belirtilerde azalma olduğu gözlenmiştir. Bir diğer çalışma ise 2006 yılında Ayaş ve arkadaşları tarafından omurilik yaralanması bulunan bir hasta grubunda gerçekleştirilmiş ve araştırma sonucunda abdominal masaj uygulamasının abdominal distansiyon ile fekal inkontinans problemini azalttığı ve kişilerin defekasyona çıkma sıklığını arttırdığı gözlenmiştir.

Bahsedilen literatür örneklerinin de desteklediği gibi abdominal masaj konstipasyon yönetimi konusunda basit, etkili, güvenli, kişinin kendisi tarafından da kolaylıkla uygulanabilen, invaziv girişim gerektirmeyen ve farmakolojik olmayan bir yöntemdir (Sinclair, 2010).

2.3.2. Abdominal masajın etkileri

Gastrointestinal sisteme ilişkin fonksiyonlar otonom sinir sistemine ait bir bölüm olan parasempatik sinir sistemi uyarılarından etkilenmektedir. Parasempatik sinir sistemi tarafından gönderilen uyarılar, gastrointestinal sistem üzerinde bağırsak peristaltizmini ve sindirime yardımcı sekresyonları artırıcı ve sistemde bulunan kasların gevşemesini sağlayıcı etki göstermektedir. Abdominal masaj da parasempatik sinir sistemini aktive etmesi yoluyla gastrointestinal sistem üzerinde etki oluşturur. Oluşturulan bu etki mideyi duodenuma bağlayan pilor sfinkterinde refleksif bir yanıt meydana getirir. Böylece sfinkter, sindirime uğramış mide içeriğinin bağırsaklara geçişini kolaylaştıracak biçimde gevşer ve yeterli oranda açılır (Uysal, 2010).

Abdominal masaj batın içindeki basıncı değiştirip bağırsak hareketlerini arttırmakta ve böylelikle gastrointestinal sistemin büyük bir bölümünü oluşturan bağırsaklar üzerinde mekanik ve refleksif bir etki oluşturmaktadır. Artan peristaltizmle

birlikte besinlerin gastrointestinal sistemden geçiş süresi kısalmır ve sindirim hızlanır. Ayrıca uygulanan masaj bağırsak tonüsünde de değışikliğe sebep olduğundan bireylerin yaşamakta olduğ u ağı rı ve rahatsızlık semptomlarını da azaltmaktadır (Kyle, 2011; Marples, 2011; Tuna, 2011; Resedence ve ark. 1993). Masaj uygulaması peristaltizmi uyarıcı etkiye sebep olduğ undan dışkının bağırsaklarda kalma süresi kısalmır ve mekanik etkiyle dışkı rektuma doğru itilir. Bu durum defekasyona çıkma sıklığını artırır. Ayrıca gastrik motiliteyi hızlandırıcı etkisinden dolayı prematüre ve yeni doğ an bebeklerde abdominal masaj uygulamasının sağı klı biçimde kilo alımına da olanak sağı ladığı bildirilmektedir (Diego, 2005). Ayrıca masaj uygulaması bireylerde yatıştı rıcı etki de oluşturmaktadır (Alakan ve Ünal, 2017).

2.3.3. Hemşirenin masaj uygulayıcısı olarak rolü

Konstipasyonun tanılanmasında, oluşumunda etkili olan risk faktörlerinin saptanmasında ve konstipasyonla uygun şekilde baş etme mekanizmalarının geliştirilmesinde hemşireler oldukça büyük öneme sahiptir (Turan ve Aştı, 2015). Ayrıca fonksiyonel konstipasyon probleminin hemşirelik girişimleriyle çözüme kavuşturulabileceğı de bildirilmektedir (Bengi ve ark. 2014). Bireylerin bağırsak alışkanlıkları ve buna ilişkin yapmış olduğ u uygulamalar kişiye özgü olmakla birlikte her birey için farklılık gösterebilmektedir. Bu sebeple uygulanacak hemşirelik girişimlerinde de bireylere kişisel yaklaşımda bulunmak gereklidir. Hemşire defekasyonu etkileyen faktörleri dikkatli biçimde saptamalı, hastaya ve ailesine ihtiyaç duyduğ u eğitimi sunmalıdır. Bu kapsamda oluşturulan bakım planının amaçları arasında bireyin normal bağırsak boşaltım alışkanlıkları kazanması ve uygun örüntüler geliştirmesi beklenmektedir. Bireylerde sağı ının geliştirilmesine yönelik davranış değışiklikleri gerçekleştirilerek tüm zamanlar boyunca uygulanması mümkün olan yeni alışkanlıkların kazandırılmasında hemşirelere büyük görev düşmektedir. (Birol, 2013; Berman ve ark. 2008).

19 Nisan 2011 tarihinde Resmî Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğı’nde değışiklik yapılmasına dair yönetmelikte belirtilen masaj uygulaması hemşire kararıyla uygulanabilecek hemşirelik girişimleri kapsamındadır. Meslek üyeleri hemşirelik yetkinliğini kullanarak masaj tekniğini uygulayabilmektedir. Hemşirelik bakım uygulamaları arasında yer alan masaj uygulamaları ve masaj teknikleri lisans eğitiminden itibaren Hemşirelik Esasları dersi kapsamında öğrencilere öğretilmekte ve meslek üyelerine beceri kazandırılmaktadır.

Masaj uygulamaları hemşirenin yetkin olduğu ve bağımsız olarak gerçekleştirilen girişimler arasındadır. (Resmi Gazete, 2011).

2.4. Konstipasyon ve Yaşam Kalitesi

Konstipasyon problemi hayatı tehdit eden bir sorun olmamasına karşın kişi üzerinde sosyo-ekonomik, toplumsal ve psikososyal vb. açılardan baskı oluşturabilmektedir. Ayrıca bazı hijyensel problemleri de beraberinde getirebilmektedir. Toplumda yüksek oranlarda görülmesi sebebiyle önemli bir sağlık problemi olduğu ve kişilerin yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara sebep olduğu düşünülmektedir (Dedeli ve ark. 2007). Yaşam kalitesi, hayattan beklentilerin uygunluğunu belirleyen özelliklerin tümünü kapsayan bir kavramdır. Yaşamın çok boyutlu olduğunu kabul eden bu kavram anlam olarak nitelikli bir yaşam biçimini ifade eder (Bozkurt, N. (2003). Kaliteli yaşamın felsefesi). Yaşam kalitesi yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, eğitim seviyesi, meslek, fiziksel aktivite kapasitesi, bedensel, sosyal ve psikolojik birçok faktörden etkilenmektedir. Genel iyilik hali olarak düşünülen yaşam kalitesi aynı zamanda kişisel memnuniyet ve yaşamdan doyum almanın da önemli ölçütlerindendir (Peel ve ark. 2007; Soyuer ve ark. 2006).

Konstipasyon semptomu daha önce de bahsedildiği gibi palyatif bakım alan hastalarda sıkça görülen bir semptomdur. Palyatif bakımın amacı ise hastaların yaşamakta olduğu hayatın kalitesini arttırmaktır. Bu bağlamda konstipasyon ve yaşam kalitesi arasında ciddi bir ilişki söz konusudur. Bu sebeple sağlık profesyonellerinin konstipasyonun bireyler üzerinde meydana getirdiği olumsuz etkilerin en aza indirgenmesine yönelik bakım vermesi ve bireylerin yaşam kalitesini arttırmaya odaklanmaları gerekmektedir. Bireylerin yaşam kalitesindeki azalma, kişinin kendini tükenmiş hissetmesine dolayısıyla da iş gücü kaybına yol açabilmektedir. Bu durum beraberinde sağlık bakım sistemine yük oluşturacak maliyet artışlarını da getirmektedir. (Clark ve Currow, 2013; Zhe, 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın konstipasyon ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacı ile ön test-son test kontrol grup tasarımlı randomize deneysel bir çalışma olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın konstipasyon üzerine olumlu etkisi vardır.

H2: Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın yaşam kalitesine olumlu etkisi vardır.

H3: Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın konstipasyon üzerine olumlu etkisinde zamana göre farklılaşma vardır.

H4: Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın hastaların yaşam kalitesine olumlu etkisinde zamana göre farklılaşma vardır.

3.3. Araştırma Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni abdominal masaj uygulaması, bağımlı değişkenleri ise palyatif bakım hastalarının konstipasyon ve yaşam kalitesi düzeyleri olarak belirlendi.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ekim 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında Eskişehir Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Kliniğinde yatarak tedavi ve bakım alan hastalar ile yapılmıştır. Eskişehir Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Kliniği 36 yatak kapasitelidir. Klinikte aktif olarak 2 hekim ve 32 hemşire çalışmaktadır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma Eskişehir Şehir Hastanesi'nde Palyatif Bakım Kliniği'nde yürütüldü. Araştırmanın evrenini; Eskişehir Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Kliniği'nde yatan hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü G Power programı 3.1 versiyonu kullanılarak power analizi yapılarak hesaplandı. Eskişehir Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Servisi

36 yatak kapasitesine sahiptir. Gruplar arası Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) puanlarında gözlenen en düşük etki büyüklüğü 0.80 olarak hesaplandı ve bu sonuçlara göre deney ve kontrol gruplarında iki yönlü hipoteze dayalı %80 güç ve 0.05 anlamlılık düzeyi ile hesaplanan güç analizine göre, deney grubuna 26 hasta, kontrol grubuna 26 hasta alınması gerektiği öngörüldü. Araştırmanın örneklemini deney ve kontrol gruplarına Basit (tam) Randomizasyon yöntemi ile ayrıldı.

ttests - Means: Differencebetweentwoindependentmeans (twogroups)

Analysis: A priori: Computerequiresample size

Input:	Tail(s)	=	Two
	Effect size d	=	0.80
	α errprob	=	0.05
	Power (1- β errprob)	=	0.80
	Allocationratio N2/N1	=	1
Output:	Noncentralityparameter δ	=	2.8844410
	Critical t	=	2.0085591
	Df	=	50
	Sample size group 1	=	26
	Sample size group 2	=	26
	Total sample size	=	52
	Actualpower	=	0.80

Randomizasyon Yöntemi: Deney ve kontrol grubu örneklem seçim kriterlerini taşıyan hastalardan basit randomizasyon yöntemiyle deney ve kontrol grupları belirlendi. Hastalara çalışmanın yatış sırasına göre 1’den başlayarak sayı verilerek ve tek sayılı hastalar deney grubuna, çift sayılı hastalar kontrol grubuna dahil edildi. Her hasta tek kişilik odada tedavi görmektedir bu sebeple aynı ortamı paylaşmamaktadır.

3.6. Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ya da birinci dereceden yakını tarafından araştırmaya katılma onayı verilen,
- 18 yaş ve üzeri,
- Palyatif bakım servisinde yatarak tedavi ve bakım alan hastalar,
- Roma IV konstipasyon tanılama kriterlerinden en az 2 ya da daha fazlasına sahip olan,

- Konstipasyon Ciddiyet Ölçek puanı 25 ve üzerinde olan,
- Bağırsak tıkanıklığı bulunmayan,
- Altı hafta öncesine kadar abdominal bölgeye radyoterapi ya da cerrahi uygulanmamış olan,
- Diyaresi bulunmayan,
- Abdominal masaj uygulama kısıtlaması bulunmayan hastalar oluşturmuştur.

Dışlanma kriterleri: Tedavi planında değişiklik yapılan hastalar, gönüllülerin araştırmaya katılımı reddetmesi veya araştırmanın herhangi bir safhasında araştırmadan çekilme yönünde istekte bulunması durumunda araştırmadan çıkarıldı.

3.7. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında kullanılacak araçlar, araştırmacılar tarafından oluşturulan Bireysel Tanıtıcı Özellikler Formu (EK:1), Roma IV Konstipasyon Tanılama Kriterleri (EK:2), Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) (EK:3), Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) (EK:4) ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK:5-6) kullanılmıştır.

Bireysel Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek:1): Araştırmanın ilk aşamasında, hastanın sosyo-demografik özelliklerini, geçmiş ve şu andaki sağlık durumunu, sağlık davranışlarını öğrenmek üzere, literatüre dayalı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan Bireysel Tanıtıcı Özellikler formu uygulanacaktır.

Roma IV Konstipasyon Tanılama Kriterleri (Ek:2): Konstipasyonun tanılanmasına standart bir yöntem getirmek adına Gastroenteroloji Kongresi Uzman Çalışma Grubu tarafından 1989'da Roma I adı verilen kriterleri belirlemiş ve sonrasında bu kriterler 2000 yılında Roma II, 2006 yılında Roma III ve son olarak 2016 yılında Roma IV olarak güncellenmiştir (Kaya ve Kaçmaz 2016; Korkmaz, 2009; Longstreth ve ark. 2006). Hastanın son üç ay içinde ve ayın en az üç gününde karın ağrısı yaşıyor olması, defekasyonla ağrının geçmesi, rahatsızlığın başlaması ile defekasyon sıklığı ve gaita şeklinin değişmesi özelliklerinden en az ikisinin bulunması konstipasyon varlığını göstermekte ve bu kriterler de konstipasyon durumunu tespit etmek amacıyla kullanılmaktadır (Çetinkaya ve Aydınli. (2007).

Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) (Ek:3): Bireylerin dışkılama sıklığını, yoğunluğunu ve dışkılama sırasında zorlanma durumunu belirlemek amacı ile Varma

ve ark. (2008) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenirliği Kaya ve Turan (2011) tarafından yapıldı. Ölçekte 16 soru yer almaktadır. KCÖ, Dışkı Tıkanıklığı (DT), Kalın Bağırsak Tembelliği (KBT) ve Ağrı olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. DT alt boyutundan alınabilecek puan 0-28, KBT 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 73'tür. Ölçekten alınan yüksek puan belirtilerin ciddi olduğunu gösterir (Varma ve ark. 2008; Kaya ve Turan 2011; Turan ve ark. 2011).

Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) (Ek:4): Konstipasyonun yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile Marquis ve ark. (2005) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenirliği Dedeli ve ark. (2007) tarafından yapıldı. KYKÖ, “endişe/ kaygı” (11 madde), “fiziksel rahatsızlık” (4 madde), “psikososyal rahatsızlık” (8 madde), “memnuniyet” (5 madde) alt ölçeklerinden oluşan toplam 28 maddelik kendini değerlendirme ölçeğidir. Beşli likert tipindeki ölçekten alınabilecek en yüksek puan 140, en düşük puan 28'dir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe yaşam kalitesinin de olumsuz etkilendiği düşünülmektedir (Kaya ve Turan 2011; Turan ve ark. 2011).

3.8. Araştırmanın Uygulanması

-Araştırmanın örneklem seçim kriterlerini karşılayan (Roma IV Konstipasyon Tanılama Kriterlerinden en az 2 ve daha fazlasına sahip olan ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçek puanı 25 ve üzerinde olan) katılımcılara bilgi verilerek, çalışmaya katılmayı kabul edenlere çalışmanın bir araştırma olduğu, çalışmanın amacı, süresi açıklanarak sözlü izin alındı. Katılımcılar deney ve kontrol gruplarına Basit Randomizasyon Yöntemi ile atandı.

Deney Grubu Protokolü

-Deney grubu katılımcılarına bilgi verilerek, çalışmaya katılmayı kabul edenlere çalışmanın amacı, süresi, protokolü açıklanarak yazılı izin alındı (Ek:5).

-Bireysel tanıtıcı özellikler formu dolduruldu (Ek:1).

-Araştırmanın ön test uygulama formları olan Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı (Ek:3 ve Ek:4).

-Deney grubuna 0. gün ile abdominal masaj uygulaması başlandı.

-Deney grubuna günde 2 kez sabah ve akşam saatlerinde ve beslenme öğününden 30 dakika sonra olacak şekilde, 15 dk. süre ile araştırmacı hemşire Burcu Dirlik Er tarafından eflöraj, petrisaj, vibrasyon masaj hareketleri prosedüre (Abdominal Masaj Uygulama Yönergesi) uygun olarak uygulandı. Türkiye’de abdominal masaj uygulaması ile ilgili ilk yönerge, Uysal, Eşer ve Akpınar (2012) tarafından geliştirilmiştir. Çalışmada uygulama yöntemi açısından bu yönerge esas alındı (Ek:7)

-Uygulama 7 gün devam etti.

- Masaj uygulanan deney grubuna 3. gün (kısa dönem), 5.gün (orta dönem) ve 7. gün (uzun dönem) etkinin belirlenmesi için Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) uygulandı.

-Klinikteki rutin tedavi ve bakım uygulamaları devam etti.

Abdominal Masaj Uygulama Basamakları

1. Eller yıkanır.
2. Sağlıklı/ hasta bireye ve yakınlarına işlem hakkında bilgi verilir.
3. Sağlıklı/ hasta bireyin abdominal bölgesinde ağrı, hassasiyet, gerginlik, kızarıklık, deri bütünlüğünde bozulma ve mesanenin boş olup olmadığı değerlendirilir.
4. Sağlıklı/ hasta bireye supine pozisyonu verilir ya da riskli bir durum var ise sağlıklı/ hasta bireyin yatak başı 30-45 derece yukarıda olabilir.
5. Sağlıklı/ hasta bireyin mahremiyetine dikkat ederek abdominal bölge açılır. Deri nemli ise havlu ile kurulanır.
6. Az miktarda sıvı vazelin ele dökülür, elleri ısıtmak ve vazelinin yayılmasını sağlamak için eller ovuşturulur.
7. Sağlıklı/ hasta bireyin karnı üst epigastrik bölgeden başlanarak aşağıya doğru, iliak kemiklerin üzerinden, pelvisin her iki yanından kasıklara doğru hafif basınç uygulanarak yüzeysel eflöraj yapılır. Bu eflöraj ile ilk dokunmaya bağlı tepkisel karın duvarı gerginliği önlenmiş olur.
8. Sağlıklı/hasta bireyin karın duvarı gevşedikten sonra;
 - Tüm hareketler saat yönünde olacak şekilde,

- Sağ anterior superior iliak çıkıntından başlayarak kostaların hizasından sol anterior superior iliak çıkıntıya kadar olan anatomik alan dikkate alınarak,
- Öncelikle çıkan kolonun yer aldığı sağ alt kadrana ve sağ üst kadrana, transvers kolon için kaburgaların hizasından sol üst kadrana doğru ve inen kolon için sol üst ve sol alt kadrana masaj uygulanır.
- Her bir kadrana uygulanan masaj en az 1 dakika sürer ve orta derecede basınç uygulanır.

9. Eflöraj hareketinden sonra yine aynı sıra takip edilerek avuç içi ile petrisaj hareketi yapılır.

10. Eflöraj ve petrisaj hareketleri biri birini takip edecek şekilde sırasıyla 15 dakika uygulanır.

11. Son olarak 1 dakika boyunca sadece parmak uçları kullanılarak vibrasyon uygulanır ve işlem eflöraj ile sonlandırılır.

12. Sağlıklı/ hasta bireyin üstü örtülerek rahat bir pozisyon verilir (Preece 2002; Emly 2007; Fritz 2009; Uysal, Eşer ve Akpınar 2012) (Şekil 1).

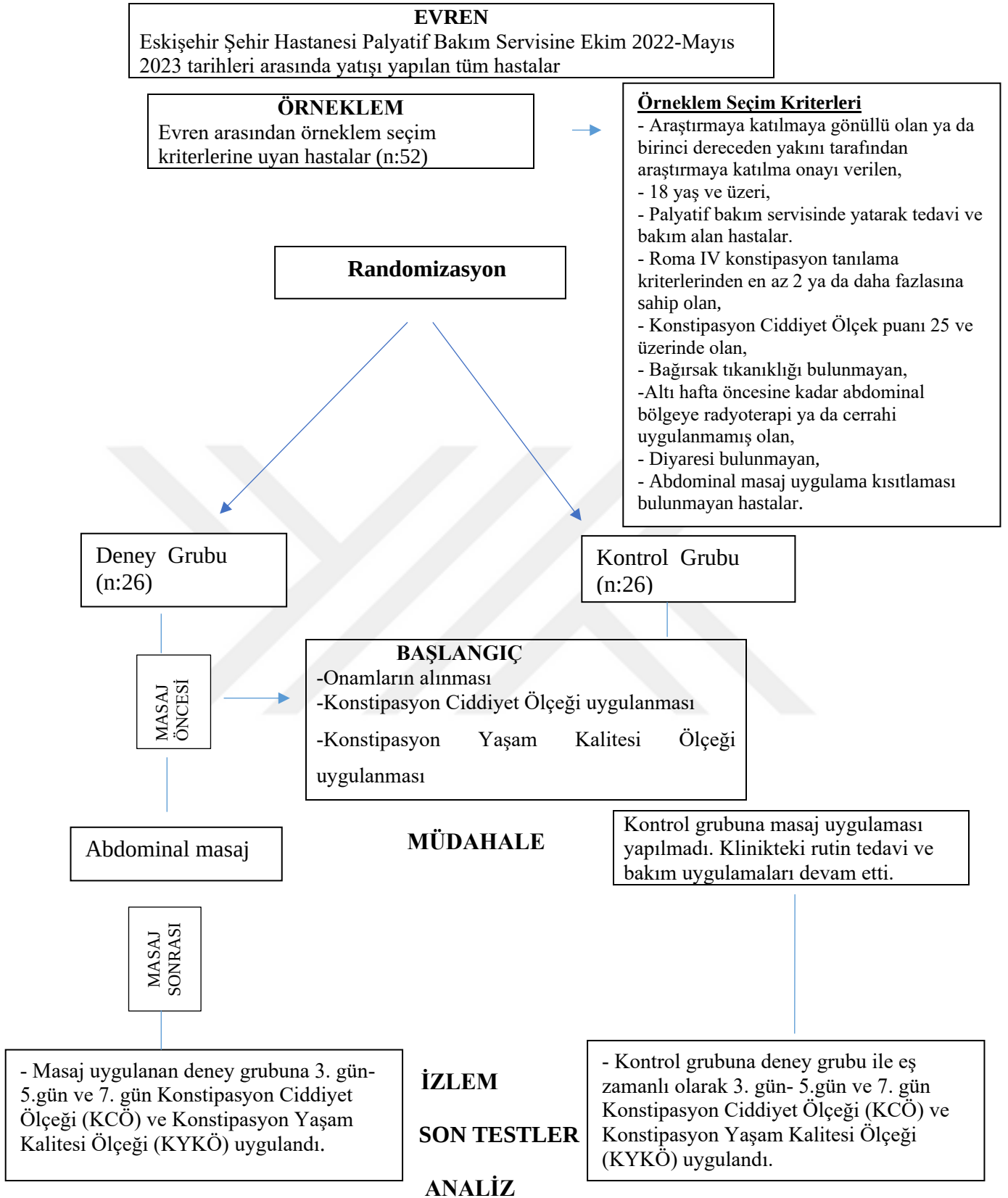


Şekil 2. Abdominal masaj uygulanması (Fritz 2009).

Masaj Uygulayıcısı: Masaj uygulayıcısı araştırmacının kendisi olup 19 Nisan 2011 tarihinde Resmî Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nde değişiklik yapılmasına dair yönetmeliğe ait Ek-3’te belirtilen hemşire kararıyla uygulanabilecek hemşirelik girişimleri kapsamında araştırmacı hemşirelik yetkinliğini kullanarak masaj tekniğini uygulayacaktır. Hemşirelik bakım uygulamaları arasında yer alan masaj uygulamaları ve masaj teknikleri lisans eğitiminden itibaren Hemşirelik Esasları dersi kapsamında verilmektedir, meslek üyelerine beceri kazandırılmaktadır. Masaj uygulamaları hemşirenin yetkin olduğu bağımsız olarak gerçekleştirilen girişimler arasındadır. Haricinde ek bir eğitim/sertifika alınmamıştır (Resmî Gazete, 2011).

Kontrol Grubu Protokolü

- Kontrol grubu katılımcılarına bilgi verilerek, çalışmaya katılmayı kabul edenlere çalışmanın amacı, süresi, protokolü açıklanarak yazılı izin alındı (Ek:6).
- Bireysel tanıtıcı özellikler formu dolduruldu (Ek:1).
- Araştırmanın ön test uygulama formları olan Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. (Ek:3 ve Ek:4)
- Kontrol grubuna uygulanan klinikteki rutin tedavi ve bakım uygulamaları devam etti. Kontrol grubuna herhangi bir masaj uygulaması yapılmadı.
- Kontrol grubuna da deney grubu ile eş zamanlı olarak Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) uygulandı ve skorlar kaydedildi.
- Çalışma tamamlandığında isteyen kontrol grubu hastalarına masaj uygulaması yapıldı ve masajı deneyimlemeleri sağlandı.



Şekil 3. Araştırma Tasarımı

3.9. Etik ve Yasal Yönler

Araştırma için gerekli izinler Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (28 Nisan 2022 tarihli 39 nolu karar) etik onay, Eskişehir Şehir Hastanesi ve Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'nün kurum izni (31.08.2022 tarihli karar ve 11.10.2022 tarihli protokol) alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların yazılı onamı alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı yoktur.

3.11. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler free trial version of SPSS Statistics (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, minimum, maksimum, median, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Tanıtıcı özelliklerin deney ve kontrol gruplarında farklılıklar ve ilişkiler Kikare analizi ile tespit edilmiştir. Kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 arasında olmasına bağlıdır (George, D., & Mallery, M. , 2010). Konstipasyon ciddiyeti ölçeğinin normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Kullanılan ölçeğin çarpıklık ve basıklık değeri ± 2 aralığında olup normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Değişkenler için parametrik ve nonparametrik testler kullanılmıştır.

Nicel değişkenlerimizin iki ilişkisiz örneklemden elde edilen puanların birbirinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmek için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Bağımlı ikiden çok grubun farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için Friedman testi ve farkın hangi gruptan kaynaklandığını görebilmek için çoklu karşılaştırma testi Bonferroni Dunn uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenilirlik Analizi” yapılmıştır. Araştırmada p değerleri 0,05'in altında olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 3.1'de verilmiştir. Ölçeklerin güvenilirlik değerleri 0,739-0,929 aralığında bulunmuş ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Cronbach Alfa değerlerinin 0.6'dan büyük olması, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu da çalışmada kullanılan

ölçeğin içsel tutarlılıklarının iyi olduğunu göstermektedir. Güvenilirlik analizinde, 0-1 arasında değişen Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri; 0,00-0,40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0,40 -0,60 arasında ise düşük güvenilirlikte, 0,60-0,80 arasında ise oldukça güvenilir ve 0,80-1,00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2005: 19).

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları

Ölçekler	İfade sayısı	Cronbach's Alpha
Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği 0.Gün	16	0,926
Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği 3.Gün	16	0,819
Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği 5.Gün	16	0,850
Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği 7.Gün	16	0,929
Konstipasyon Yaşam Kalitesi 3.Gün	28	0,870
Konstipasyon Yaşam Kalitesi 5.Gün	28	0,877
Konstipasyon Yaşam Kalitesi 7.Gün	28	0,893

4. BULGULAR

Araştırma palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın konstipasyon ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile ön test-son test kontrol grup tasarımlı randomize deneysel bir çalışma olarak planlandı.

Araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklar halinde verilmiştir.

4.1. Palyatif bakım hastalarında gruplara göre tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

4.2. Palyatif bakım hastalarının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlılık bağımsızlık durumu

4.3. Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın konstipasyona etkisi

4.4. Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın yaşam kalitesine etkisi

4.1. Palyatif Bakım Hastalarında Gruplara Göre Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Araştırmada deney ve kontrol grubuna atanan katılımcıların tanıtıcı bilgilerinin dağılımı Tablo 4.1’de görülmektedir. Deney grubundaki katılımcıların yaş ortalamasının 77,15 olduğu, %57,7’sinin kadın, %38,5’inin kilolu, %57,4’ünün ilköğretim mezunu, %57,7’sinin bekar, %65,4’ünün palyatif bakımda yatış süresi 0-7 gün, %96,2’inin kronik hastalığının olduğu, %30,8’inin hemoroidinin olduğu bulgulanmıştır. Deney grubu katılımcılarının %57,7’sinin defekasyona çıkma sıklığı haftada 1-2 kez, %53,8’inin defekasyon için tuvalette kaldığı zaman 5-10 dk, %76,9’unun defekasyon yaparken makat ya da karın bölgesine baskı uyguladığı veya ıkınma ihtiyacı duyduğu, %88,5’inin defekasyon yaparken rahatsızlık veya ağrı hissi yaşadığı, %38,5’inin defekasyon yapmak için dışkı yumuşatıcı (laksatif) veya lavman kullandığı, %19,2’sinin defekasyon yapmak için geleneksel yöntem kullandığı tespit edilmiştir.

Kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalamasının 70,65 olduğu, %61,5’inin kadın, %38,5’inin normal, %73,0’ının ilköğretim mezunu, %57,7’sinin evli, %42,3’ünün palyatif bakımda yatış süresinin 0-7 gün olduğu, %84,6’sının kronik hastalığının olduğu, %38,5’inin hemoroidinin olduğu bulgulanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların %50,0’ının defekasyona çıkma sıklığının haftada 1-2kez,

%46,2'sinin defekasyon için tuvalette kaldığı sürenin 5-10 dk olduğu, %84,6'sının defekasyon yaparken makat ya da karın bölgesine baskı uyguladığı veya ıkınma ihtiyacı duyduğu, %88,5'inin defekasyon yaparken rahatsızlık veya ağrı hissi yaşadığı, %30,8'inin defekasyon yapmak için dışkı yumuşatıcı (laksatif) veya lavman kullandığı, %23,1'inin defekasyon yapmak için geleneksel yöntem kullandığı tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; her iki grubun benzer özellik gösterdiği ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulgulanmıştır. ($p>0,05$).

Tablo 4.1. Katılımcıların gruplara göre tanıtıcı özelliklere ait bulguların dağılımı

(n=52)							
		Deney (n=26)		Kontrol (n=26)		X ² ve p Değerleri	
		Sayı	%	Sayı	%		
Yaş	Medyan (min-max) 78,00 (50-93)	$\bar{X}$ 77,15	SS 10,00	Medyan (min-max) 73,00 (44-88)	$\bar{X}$ 70,65	SS 13,00	Z ve p Değerleri Z=-1,685 p=0,092
Cinsiyet	Kadın	15	57,7	16	61,5	X ² =0,080 p=1,000	
	Erkek	11	42,3	10	38,5		
Beden Kitle İndeksi	Zayıf	2	7,7	2	7,7	X ² =0,633 p=0,974	
	Normal	8	30,8	10	38,5		
	Kilolu	10	38,5	8	30,8		
	Obez	6	23,1	6	23,1		
Eğitim durumu	Okur yazar değil	9	34,6	2	7,7	X ² =6,096 p=0,052	
	İlköğretim	15	57,4	19	73,0		
	Lise ve ↑	2	8,0	5	19,3		
Medeni durum	Evli	11	42,3	15	57,7	X ² =1,231 p=0,406	
	Bekar	15	57,7	11	42,3		
Palyatif bakım servisinde tedavi süresi	0-7 gün	17	65,4	11	42,3	X ² =2,886 p=0,273	
	8-14 gün	6	23,1	9	34,6		
	15 gün ve ↑	3	11,5	6	23,1		
Kronik hastalık durumu	Evet	25	96,2	22	84,6	X ² =1,991 p=0,350	
	Hayır	1	3,8	4	15,4		
Hemoroidi varlığı	Evet	8	30,8	10	38,5	X ² =0,340 p=0,771	
	Hayır	18	69,2	16	61,5		

Tablo 4.1. Katılımcıların gruplara göre tanıtıcı özelliklere ait bulguların dağılımı
(n=52) (devam ediyor)

Defekasyona çıkma sıklığı	Her gün	2	7,7	4	15,4	$X^2=0,832$ $p=0,789$
	Haftada 1-2 kez	15	57,7	13	50,0	
	8- 10 günde 1	9	34,6	9	34,6	
Defekasyon için tuvalette kaldığı süre	1-4 dakika	3	11,5	6	23,1	$X^2=1,209$ $p=0,657$
	5-10 dakika	14	53,8	12	46,2	
	11 dakika ve ↑	9	34,6	8	30,8	
Defekasyon yaparken makat ya da karın bölgenize baskı uygulama veya ıkınma ihtiyacı	Evet	20	76,9	22	84,6	$X^2=0,495$ $p=0,726$
	Hayır	6	23,1	4	15,4	
Defekasyon yaparken rahatsızlık veya ağrı hissi yaşama	Evet	23	88,5	23	88,5	$X^2=0,000$ $p=1,000$
	Hayır	3	11,5	3	11,5	
Defekasyon için dışkı yumuşatıcı (laksatif) veya lavman kullanma	Evet	10	38,5	8	30,8	$X^2=0,340$ $p=0,771$
	Hayır	16	61,5	18	69,2	
Defekasyon için geleneksel bir yöntem kullanma	Evet	5	19,2	6	23,1	$X^2=0,115$ $p=1,000$
	Hayır	21	80,8	20	76,9	

*p<0,05; Z:Mann-Whitney U

4.2. Palyatif Bakım Hastalarının Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirmede Bağımlılık-Bağımsızlık Durumu

Deney grubundaki katılımcıların %57,7'sinin güvenli çevre sağlamakta bağımlı, %46,2'sinin iletişimde bağımsız, %69,2'sinin solunumda yarı bağımlı, %46,2'sinin yeme-içmede bağımlı, %73,1'inin boşaltımda bağımlı, %65,4'ünün kişisel temizlik ve hijyen konusunda bağımlı, %53,8'inin vücut sıcaklığının kontrolünü sağlamakta yarı bağımlı, %76,9'unun harekette yarı bağımlı, %50,0'ının çalışma ve eğlence konusunda bağımlı, %61,5'inin cinselliği ifade etmede yarı bağımlı, %96,2'sinin uyku konusunda bağımsız, %100,0'ının ölüm konusunda bağımsız, olduğu tespit edilmiştir.

Kontrol grubundaki katılımcıların %53,8'inin güvenli çevre sağlamakta bağımlı, %53,8'inin iletişimde bağımsız, %50,0'ının solunumda bağımsız, %38,5'inin yeme-içmede bağımsız, %57,7'sinin boşaltımda bağımlı, %53,8'inin kişisel temizlik ve hijyen konusunda bağımlı, %34,6'sının vücut sıcaklığının kontrolünü sağlamakta bağımlı, %34,6'sının bağımsız, %46,2'sinin hareket etmede yarı bağımlı, %50,0'ının çalışma ve eğlence konusunda bağımlı, %57,7'sinin cinselliği ifade etmekte yarı bağımlı, %80,8'inin uyku konusunda bağımsız, %88,5'inin ölüm konusunda bağımsız, olduğu tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar gruplar arası karşılaştırmasına bakıldığında; güvenli çevre ve sağlama ve hareket bağımlılığı hariç diğer özellikler bakımından grupların benzer olduğu görülmektedir. ($p>0,05$). Deney grubunda güvenli çevre sağlama ve sürdürme ile hareket bağımlılığının daha fazla olduğu söylenebilir.

Tablo 4.2. Katılımcıların gruplara göre bağımlılık/bağımsızlık durumlarına ait bulguların dağılımı (n=52)

		Deney (n=26)		Kontrol (n=26)		X ² ve p Değerleri
		Sayı	%	Sayı	%	
Güvenli çevre ve sağlama	Bağımlı	15	57,7	14	53,8	X ² =9,540 p=0,007*
	Yarı bağımlı	11	42,3	5	19,2	
	Bağımsız	0	0,0	7	26,9	
İletişim	Bağımlı	8	30,8	9	34,6	X ² =1,209 p=0,657
	Yarı bağımlı	6	23,1	3	11,5	
	Bağımsız	12	46,2	14	53,8	
Solunum	Bağımlı	0	0,0	2	7,7	X ² =4,453 p=0,085
	Yarı bağımlı	18	69,2	11	42,3	
	Bağımsız	8	30,8	13	50,0	
Yeme-içme	Bağımlı	12	46,2	8	30,8	X ² =3,520 p=0,185
	Yarı bağımlı	10	38,5	8	30,8	
	Bağımsız	4	15,4	10	38,5	
Boşaltım	Bağımlı	19	73,1	15	57,7	X ² =6,887 p=0,054
	Yarı bağımlı	7	26,9	9	24,2	
	Bağımsız	0	0,0	2	18,1	
Kişisel temizlik ve hijyen	Bağımlı	17	65,4	14	53,8	X ² =1,992 p=0,502
	Yarı bağımlı	9	34,6	10	38,5	
	Bağımsız	0	0,0	2	7,7	

Tablo 4.2. Katılımcıların gruplara göre bağımlılık/bağımsızlık durumlarına ait bulguların dağılımı (n=52) (devam ediyor)

Vücut sıcaklığının kontrolü	Bağımlı	6	23,1	9	34,6	$X^2=2,836$ $p=0,250$
	Yarı bağımlı	14	53,8	8	30,8	
	Bağımsız	6	23,1	9	34,6	
Hareket	Bağımlı	6	23,1	10	38,5	$X^2=6,652$ $p=0,023^*$
	Yarı bağımlı	20	76,9	12	46,2	
	Bağımsız	0	0,0	4	15,4	
Çalışma ve eğlence	Bağımlı	13	50,0	13	50,0	$X^2=0,884$ $p=0,684$
	Yarı bağımlı	11	42,3	9	34,6	
	Bağımsız	2	7,7	4	15,4	
Cinselliği ifade etme	Bağımlı	7	26,9	5	19,2	$X^2=1,354$ $p=0,548$
	Yarı bağımlı	16	61,5	15	57,7	
	Bağımsız	3	11,5	6	23,1	
Uyku	Bağımlı	0	0,0	1	3,8	$X^2=2,928$ $p=0,191$
	Yarı bağımlı	1	3,8	4	15,4	
	Bağımsız	25	96,2	21	80,8	
Ölüm	Bağımlı	0	0,0	3	11,5	$X^2=3,184$ $p=0,235$
	Bağımsız	26	100,0	23	88,5	

* $p<0,05$; Z:Mann-Whitney

4.3. Palyatif Bakım Hastalarına Uygulanan Abdominal Masajın Konstipasyona Etkisi

Araştırmada katılımcıların gruplara ve ölçümlere göre konstipasyon ciddiyet ölçeği sonuçları ve ölçek alt boyutlarının dağılımı Tablo 4.3'te ayrıntılı bir şekilde yer almıştır. Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar 5. ve 7.gün dışkı tıkanıklığı boyutu puanının gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubu 5. ve 7. gün dışkı tıkanıklığı puanının deney grubundan yüksek olduğu görülmektedir.

Kalın bağırsak tembelliği alt boyutu incelendiğinde, katılımcıların 7.gün puanlarının gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubunun 7.gün kalın bağırsak tembelliği puanının deney grubundan daha yüksek olduğu bulgulanmıştır.

Katılımcılar 7.gün ağrı boyutu puanının gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubu 7.gün ağrı puanının deney grubundan yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcılar 5. ve 7.gün konstipasyon ciddiyet ölçeği puanının gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubu 5. ve 7.gün konstipasyon ciddiyeti/ şiddeti puanının deney grubundan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar dışkı tıkanıklığı boyutu puanının ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre deney grubu öntest dışkı tıkanıklığı puanının diğer ölçümlerden büyük olduğu görülmüştür. Kontrol grubu 7.gün dışkı tıkanıklığı puanının diğer ölçümlerden büyük olduğu görülmüştür. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda öntest ve 3.gün dışkı tıkanıklığı puanı 5. ve 7.gün ölçümlerinden büyük, 5.gün dışkı tıkanıklığı puanı 7.gün ölçümünden büyük olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda 7.gün dışkı tıkanıklığı puanı öntest, 3.gün ve 5.gün ölçümlerinden büyük, 5.gün dışkı tıkanıklığı puanı öntest ölçümünden büyük olduğu tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar kalın bağırsak tembelliği boyutu puanının ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre deney grubu öntest kalın bağırsak tembelliği puanının diğer ölçümlerden büyük olduğu görülmüştür. Kontrol grubu 7.gün kalın bağırsak tembelliği puanının diğer ölçümlerden büyük olduğu görülmüştür. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda öntest ve 3.gün kalın bağırsak tembelliği puanı 5. ve 7.gün ölçümlerinden büyük, 5.gün kalın bağırsak tembelliği puanı 7.gün ölçümünden büyük olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda 7.gün kalın bağırsak tembelliği puanı öntest ve 3.gün ölçümlerinden büyük, 5.gün kalın bağırsak tembelliği puanı öntest ölçümünden büyük olduğu tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar ağrı boyutu puanının ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre deney grubu 3.gün kalın bağırsak tembelliği puanının diğer ölçümlerden büyük olduğu görülmüştür. Kontrol grubu 7.gün ağrı puanının diğer ölçümlerden büyük olduğu görülmüştür. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda öntest, 3. ve 5.gün ağrı puanı 7.gün ölçümünden büyük olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda 7.gün ağrı puanı öntest, 3. ve 5.gün ölçümlerinden büyük olduğu tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar konstipasyon ciddiyeti/şiddeti puanının ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit

edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre deney grubu öntest konstipasyon ciddiyeti/şiddeti puanının diğer ölçümlerden büyük olduğu görülmüştür. Kontrol grubu 7.gün konstipasyon ciddiyeti/şiddeti puanının diğer ölçümlerden büyük olduğu görülmüştür. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda öntest ve 3.gün konstipasyon ciddiyeti/şiddeti puanı 5. ve 7.gün ölçümlerinden büyük, 5.gün konstipasyon ciddiyeti/şiddeti puanı 7.gün ölçümünden büyük olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda 7.gün konstipasyon ciddiyeti/şiddeti puanı öntest ve 3.gün ölçümlerinden büyük, 5.gün konstipasyon ciddiyeti/şiddeti puanı öntest ölçümünden büyük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların gruplara göre konstipasyon ciddiyet ölçeği puanlarının dağılımı

Değişkenler		Deney (n=26)			Kontrol (n=26)			Test** ve p Değerleri
		Medyan (min-max)	$\bar{X}$	SS	Medyan (min-max)	$\bar{X}$	SS	
Dışkı Tıkanıklığı	Öntest (1)	19,50 (11-28)	19,19	5,32	17,00 (10-26)	17,35	4,53	Z=-1,211 p=0,226
	3.gün (2)	18,50 (10-28)	18,35	5,19	17,50 (11-26)	17,96	4,53	Z=-0,083 p=0,934
	5.gün (3)	14,50 (7-26)	15,04	4,74	19,50 (12-26)	19,04	3,90	Z=-3,063 p=0,002*
	7.gün (4)	10,50 (0-21)	10,38	5,10	20,50 (13-28)	20,38	3,71	Z=-5,408 p=0,000*
	Test Değerleri***	$X^2=70,860$			$X^2=54,082$			
	P	0,000*			0,000*			
	Bonferroni	4<1,2,3; 2<1; 3<1,2			1<2,3,4; 2<3,4; 3<4			
Kalın Bağırsak Tembelliği	Öntest (1)	17,50 (8-24)	16,94	3,82	16,50 (7-22)	16,49	3,67	Z=-1,344 p=0,212
	3.gün (2)	16,00 (10-23)	16,73	3,78	15,00 (5-21)	15,46	4,03	Z=-1,131 p=0,258
	5.gün (3)	15,50 (7-21)	14,62	4,03	16,00 (5-22)	16,27	3,85	Z=-1,554 p=0,120
	7.gün (4)	10,00 (1-19)	10,08	5,17	17,00 (1-24)	16,81	4,74	Z=-4,365 p=0,000*
	Test Değerleri***	$X^2=69,598$			$X^2=40,561$			
	P	0,000*			0,000*			
	Bonferroni	4<1,2,3; 2<1; 3<1,2			1<4; 2<1,3,4; 3<1,4			

Tablo 4.3. Katılımcıların gruplara göre konstipasyon ciddiyet ölçeği puanlarının dağılımı (devam ediyor)

Ağrı	Öntest (1)	4,50 (0-14)	5,42	4,67	5,00 (0-11)	5,00	3,36	Z=-0,037 p=0,971
	3.gün (2)	6,00 (0-13)	5,88	3,80	5,50 (0-11)	5,04	3,12	Z=-0,754 p=0,451
	5.gün (3)	4,00 (0-11)	4,42	2,96	6,50 (0-11)	5,65	3,10	Z=-1,705 p=0,088
	7.gün (4)	2,00 (0-11)	2,65	2,68	8,00 (0-12)	6,96	3,08	Z=-4,306 p=0,000*
	Test Değerleri***	X ² =37,631			X ² =26,574			
	P	0,000*			0,000*			
	Bonferroni	4<1,2,3; 1<2; 3<1,2;			1<2,3,4; 2<3,4; 3<4			
KCÖ toplam puanı	Öntest (1)	41,00 (25-63)	42,27	11,52	37,00 (25-54)	37,08	6,61	Z=-1,686 p=0,092
	3.gün (2)	40,00 (22-61)	40,96	10,65	38,50 (26-54)	38,46	6,66	Z=-0,871 p=0,384
	5.gün (3)	35,00 (18-53)	34,08	10,08	39,50 (29-54)	40,96	6,61	Z=-2,460 p=0,014*
	7.gün (4)	23,50 (3-44)	23,12	11,41	43,50 (33-59)	44,15	7,24	Z=-5,348 p=0,000*
	Test Değerleri***	X ² =68,776			X ² =51,924			
	P	0,000*			0,000*			
	Bonferroni	4<1,2,3; 3<1,2; 2<1			1<2,3,4; 2<3,4; 3<4			

*p<0,05; **Z:Mann-Whitney; *** X²:Friedman

4.4. Palyatif Bakım Hastalarına Uygulanan Abdominal Masajın Yaşam Kalitesine Etkisi

Araştırmaya katılanların gruplara ve ölçümlere göre konstipasyon yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının dağılımı Tablo 4.4'te ayrıntılı bir şekilde yer almıştır. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların fiziksel rahatsızlık boyutu puanlarının gruplara göre 3., 5. ve 7.gün istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (p<0,05). Buna göre kontrol grubu 3., 5. ve 7. gün fiziksel rahatsızlık puanının deney grubundan yüksek olduğu görülmüştür.

Psikososyal rahatsızlık alt boyutu puanları incelendiğinde gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre kontrol grubunun psikososyal rahatsızlık puanları 3. gün ve 7. gün deney grubundan daha yüksek olarak bulunmuştur (p<0,05).

Endişe alt boyutu puanları incelendiğinde 3., 5. ve 7.gün gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (p<0,05). Buna göre

kontrol grubu 3., 5. ve 7. gün endişe puanının deney grubundan yüksek olduğu görülmüştür.

Memnuniyet alt boyutu incelendiğinde 5. ve 7. gün memnuniyet boyutu puanının gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre deney grubu 5. ve 7.gün memnuniyet puanının kontrol grubundan yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların konstipasyon yaşam kalitesi ölçeği toplam puanları incelendiğinde 3. ve 7. gün gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubunun 3. ve 7. gün toplam puanının deney grubundan yüksek olduğu görülmüştür. Ölçekten alınan puanlar arttıkça katılımcıların yaşadığı fiziksel, psikososyal, endişe de artmaktadır. Buna paralel olarak katılımcıların yaşam kalitesi de azalmaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar fiziksel rahatsızlık boyutu puanının ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubu 7.gün fiziksel rahatsızlık puanının diğer ölçümlerden büyük olduğu görülmüştür. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda 3.gün fiziksel rahatsızlık puanı 5. ve 7.gün ölçümlerinden büyük, 5.gün fiziksel rahatsızlık puanı 7.gün ölçümünden büyük olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda 7.gün fiziksel rahatsızlık puanı 3. gün ve 5.gün ölçümlerinden büyük olduğu tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar psikososyal rahatsızlık boyutu puanının ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubu 3.gün psikososyal rahatsızlık puanının diğer ölçümlerden büyük olduğu görülmüştür. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda 3.gün psikososyal rahatsızlık puanı 5. ve 7.gün ölçümlerinden büyük, 5.gün psikososyal rahatsızlık puanı 7.gün ölçümünden büyük olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda 7.gün psikososyal rahatsızlık puanının 5. günden büyük olduğu görülmüştür.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar endişe boyutu puanının ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubu öntest endişe puanının diğer ölçümlerden büyük olduğu görülmüştür. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda 3.gün endişe puanı 5.

ve 7.gün ölçümlerinden büyük, 5.gün endişe puanı 7.gün ölçümünden büyük olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda 7.gün endişe puanının 5.gün ölçümünden büyük olduğu tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar memnuniyet boyutu puanının ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre deney grubu 7.gün memnuniyet puanının diğer ölçümlerden büyük olduğu görülmüştür. Kontrol grubu 3.gün memnuniyet puanının diğer günlerdeki ölçümlerden büyük olduğu görülmüştür. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda 7.gün memnuniyet puanı 3. ve 5.gün ölçümlerinden büyük, 5.gün memnuniyet puanı 3.gün ölçümünden büyük olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda 3.gün memnuniyet puanı 5.gün ölçümünden büyük olduğu tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar konstipasyon yaşam kalitesi ölçeği puanının ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubu öntest konstipasyon yaşam kalitesi puanının diğer ölçümlerden büyük olduğu görülmüştür. Kontrol grubu 7. gün konstipasyon yaşam kalitesi puanının diğer ölçümlerden büyük olduğu görülmüştür. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda 3.gün konstipasyon yaşam kalitesi puanı 5. ve 7.gün ölçümlerinden büyük, 5.gün konstipasyon yaşam kalitesi puanı 7.gün ölçümünden büyük olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda 3.gün konstipasyon yaşam kalitesi puanı 5. ve 7.gün ölçümünden büyük, 7.gün konstipasyon yaşam kalitesi puanı 5.gün ölçümünden büyük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların gruplara göre KYKÖ puanlarının dağılımı

		Deney (n=26)			Kontrol (n=26)			Test** ve P Değerleri
Değişkenler		Medyan (min- max)	$\bar{X}$	SS	Medyan (min- max)	$\bar{X}$	SS	
Fiziksel rahatsızlık	Öntest (1)	17,00 (10-21)	18,36	4,19	16,50 (9-22)	17,50	4,01	Z=-0,073 p=0,834
	3.gün (2)	14,00 (9-20)	16,65	3,10	17,00 (8-19)	14,50	2,50	Z=-2,700 p=0,007*
	5.gün (3)	13,50 (7-17)	12,88	2,92	15,50 (10-20)	15,62	2,26	Z=-3,226 p=0,001*
	7.gün (4)	8,00 (4-15)	8,50	2,93	17,50 (10-19)	16,88	2,25	Z=-5,962 p=0,000*
	Test Değerleri***	X ² =51,515			X ² =28,528			
	P	0,000*			0,000*			
	Bonferroni	2,3,4<1; 3<2; 4<2; 4<3			1<4; 2<4; 3<4; 3<1;			
Psikososyal rahatsızlık	Öntest (1)	21,40 (11-37)	21,47	8,24	23,00 (9-40)	24,11	8,93	Z=-1,132 p=0,107
	3.gün (2)	21,50 (14-40)	26,88	7,45	26,50 (8-38)	21,65	7,22	Z=-2,328 p=0,020*
	5.gün (3)	20,50 (12-36)	21,38	6,29	22,00 (8-39)	23,31	7,81	Z=-1,146 p=0,252
	7.gün (4)	14,50 (10-27)	15,54	4,43	26,00 (9-39)	24,92	7,58	Z=-4,366 p=0,000*
	Test Değerleri***	X ² =50,000			X ² =37,696			
	P	0,000*			0,000*			
	Bonferroni	3<1; 4<1; 3<2; 4<2; 4<3			1<2; 1<4; 2<3; 2<4			
Endişe	Öntest (1)	44,20 (21-49)	38,47	7,67	45,12 (24-51)	43,22	7,99	Z=1,743 p=0,257
	3.gün (2)	39,50 (25-50)	42,27	6,87	45,00 (21-51)	37,69	7,39	Z=-2,651 p=0,008*
	5.gün (3)	34,00 (21-44)	33,58	6,77	41,00 (20-51)	40,00	7,67	Z=-3,171 p=0,002*
	7.gün (4)	22,00 (14-39)	22,62	5,91	44,50 (20-52)	42,73	7,39	Z=-5,707 p=0,000*
	Test Değerleri***	X ² =52,000			X ² =36,729			
	P	0,000*			0,000*			
	Bonferroni	2,3,4<1; 3<2; 4<2; 4<3			2<3; 2<4; 3<4; 1<4			

Tablo 4.4. Katılımcıların gruplara göre KYKÖ puanlarının dağılımı (devam ediyor)

Memnuniyet	Öntest (1)	12,00 (8-24)	13,52	2,90	12,00 (9-22)	13,26	2,89	Z=-1,161 p=0,231
	3.gün (2)	12,00 (8-18)	12,42	2,70	13,00 (9-22)	13,31	2,85	Z=-1,163 p=0,245
	5.gün (3)	16,00 (12-20)	16,12	2,41	12,00 (9-18)	12,38	2,25	Z=-4,636 p=0,000*
	7.gün (4)	19,00 (14-22)	19,04	2,07	12,00 (6-18)	11,46	2,58	Z=-6,066 p=0,000*
	Test Değerleri***	X ² =49,078			X ² =15,365			
	P	0,000*			0,000*			
	Bonferroni	1<3; 2<3; 1<4; 2<4; 3<4			1<2; 4<2			
Konstipasyon yaşam kalitesi toplam puanı	Öntest (1)	96,50 (62-102)	94,93	12,88	99,98 (65-128)	98,41	15,76	Z=-1,736 p=0,294
	3.gün (2)	87,00 (68-20)	98,23	12,75	99,00 (60-114)	87,15	14,86	Z=-2,774 p=0,006*
	5.gün (3)	84,50 (62-10)	83,96	12,72	92,00 (59-125)	91,31	15,61	Z=-1,950 p=0,051
	7.gün (4)	64,50 (50-95)	65,69	10,42	96,50 (59-123)	96,00	15,05	Z=-5,292 p=0,000*
	Test Değerleri***	X ² =52,000			X ² =34,367			
	P	0,000*			0,000*			
	Bonferroni	2,3,4<1; 3<2; 4<2; 4<3			2,3,4<1; 2<3; 2<4; 3<4			

*p<0,05; **Z:Mann-Whitney; *** X²:Friedman

5. TARTIŞMA

Bu bölümde Eskişehir Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Kliniğindeki 52 palyatif bakım hastasına uygulanan abdominal masajın konstipasyon ve yaşam kalitesine etkisini araştırmak amacıyla deneysel olarak gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular 4 alt başlık halinde tartışılmıştır:

5.1.Palyatif bakım hastalarında deney ve kontrol grubu tanıtıcı özelliklerinin tartışılması

5.2.Palyatif bakım hastalarının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlılık/bağımsızlık durumunun tartışılması

5.3. Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın konstipasyona etkisinin tartışılması

5.4. Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın yaşam kalitesine etkisinin tartışılması

5.1. Palyatif Bakım Hastalarında Deney ve Kontrol Grubu Tanıtıcı

Özelliklerinin Tartışılması

Bu bölümde katılımcıların deney ve kontrol gruplarının sahip oldukları tanıtıcı özellikleri tartışılacaktır. Araştırmanın ikinci aşamasında deney ve kontrol grubuna atanan katılımcıların tanıtıcı bilgilerinin dağılımı Tablo 4.1’de görülmektedir. Deney grubundaki katılımcıların yaş ortalamasının 77,15 olduğu, %57,7’sinin kadın, %38,5’inin kilolu, %57,4’ünün ilköğretim mezunu, %57,7’sinin bekar, %65,4’ünün palyatif bakımda yatış süresi 0-7 gün, %96,2’inin kronik hastalığının olduğu, %30,8’inin hemoroidinin olduğu bulgulanmıştır. Deney grubu katılımcılarının %57,7’sinin defekasyona çıkma sıklığı haftada 1-2 kez, %53,8’inin defekasyon için tuvalette kaldığı zaman 5-10 dk, %76,9’unun defekasyon yaparken makat ya da karın bölgesine baskı uyguladığı veya ıkınma ihtiyacı duyduğu, %88,5’inin defekasyon yaparken rahatsızlık veya ağrı hissi yaşadığı, %38,5’inin defekasyon yapmak için dışkı yumuşatıcı (laksatif) veya lavman kullandığı, %19,2’sinin defekasyon yapmak için geleneksel yöntem kullandığı tespit edilmiştir.

Kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalamasının 70,65 olduğu, % 61,5’inin kadın, %38,5’inin normal kiloda, %73,0’ının ilköğretim mezunu, %57,7’sinin evli, %42,3’ünün palyatif bakımda yatış süresinin 0-7 gün olduğu, %84,6’sının kronik

hastalığının olduğu, %38,5'inin hemoroidinin olduğu bulgulanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların %50,0'ının defekasyona çıkma sıklığının haftada 1-2kez, %46,2'sinin defekasyon için tuvalette kaldığı sürenin 5-10 dk olduğu, %84,6'sının defekasyon yaparken makat ya da karın bölgesine baskı uyguladığı veya ıkınma ihtiyacı duyduğu, %88,5'inin defekasyon yaparken rahatsızlık veya ağrı hissi yaşadığı, %30,8'inin defekasyon yapmak için dışkı yumuşatıcı (laksatif) veya lavman kullandığı, %23,1'inin defekasyon yapmak için geleneksel yöntem kullandığı tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; her iki grubun benzer özellik gösterdiği ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık olmadığı bulgulanmıştır. ($p>0,05$).

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada katılımcılara ait yaş ortalaması kadın cinsiyette 80.6 ± 6.8 , erkek cinsiyette ise 78.2 ± 6.3 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte katılımcıların büyük çoğunluğunu 75 yaş ve üzeri bireylerin oluşturduğu, okuma-yazma bilmeyenlerin oranlarının ise müdahale grubunda %64.8, kontrol grubunda ise %38.9 olduğu bildirilmiştir (Okuyan ve Bilgili, 2019). McIlfatrick ve arkadaşlarının 2019'da palyatif bakım alan hastalarda konstipasyon semptomunun değerlendirildiği bir başka çalışmada ise hastaların ortalama yaşı 69 ve yarısından fazlasının kadın olduğu ($n = 85$; %56,7) ve hastanede kalış süresinin 18.83 gün olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (McIlfatrick ve ark. 2019). Çevik ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir diğer araştırmada katılımcıların yaş ortalaması 75.63 ± 8.98 , %54.8'i kadın olduğu sonuçları saptanmıştır (Çevik ve ark. 2018). Okuyan ve Bilgili tarafından gerçekleştirilmiş yaşlı bireylerle çalışılan bir başka çalışmada ise ve katılımcılara ait yaş ortalaması kadın cinsiyette 80.6 ± 6.8 , erkek cinsiyette ise 78.2 ± 6.3 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte katılımcıların büyük çoğunluğunu 75 yaş ve üzeri bireylerin oluşturduğu bildirilmiştir (Okuyan ve Bilgili, 2019). Yaptığımız çalışmada deney grubunda yaş ortalaması 77,15, kontrol grubunda 70,65 olarak belirlenmiştir. Elde edilen bu veri literatürle paralellik göstermektedir.

Literatürdeki diğer çalışmalarda konstipasyonu bulunan yaşlı bireylerde kadın ve erkek cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmadığı ancak genç popülasyonda kadınlarda erkeklere oranla daha fazla konstipasyon görüldüğü, eğitim durumlarının çoğunlukla ilköğretim ya da okuryazar olmadığı şeklinde olduğu, yaş aralığı bakımından anlamlı fark bulunmadığı, ileri yaş bireylerin medeni durumlarının

genellikle bekar olduğu bildirilmektedir (Wang ve ark. 2022; Durmuş-İskender ve Çalışan, 2022; Okuyan ve Bilgili, 2019; Çevik ve ark. 2018; Yabunaka ve ark. 2018; Meinds ve ark. 2017, Turan ve ark. 2017). Okuyan ve Bilgili tarafından yaşlı bireylerle yapılan abdominal masajın konstipasyona etkisini inceleyen çalışmada BKİ oranının müdahale grubunda 27.80 ± 5.16 , kontrol grubunda ise 25.41 ± 3.70 olduğu bulgulanmıştır. Literatür incelendiğinde abdominal masajın konstipasyon semptomu üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda beden kitle indeksinin obezite derecesine yakın ya da üstünde olduğu belirtilmektedir (Dehghan ve ark. 2021; Fekri, 2020). Yaptığımız çalışmada deney grubunda %38,5, kontrol grubunda ise %30,8 katılımcının kilolu olduğu belirlenmiştir.

Okuyan ve Bilgili tarafından yapılan yukarıda anılan aynı çalışmada deney yapılan grubun %94.1'inde kronik hastalık olduğu da raporlanmıştır (Okuyan ve Bilgili, 2019). Dehghan ve arkadaşları tarafından yapılan benzer bir çalışmada ise müdahale grubunda %60, kontrol grubunda ise %71.4 oranında katılımcılarda kronik hastalık varlığı söz konusudur (Dehghan ve ark. 2018). Yaptığımız çalışmada ise deney grubunda %96,2, kontrol grubunda %84,6 oranında kronik hastalığın mevcut olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulguları literatürle paralellik göstermiştir ve literatür çalışmayı destekler niteliktedir.

5.2. Palyatif Bakım Hastalarının Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirmede Bağımlılık/Bağımsızlık Durumunun Tartışılması

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlılık bağımsızlık durumu incelendiğinde; her iki grubun benzer özellik gösterdiği görülmektedir. Güvenli çevre sağlama sürdürme ve hareket aktivitesindeki bağımlılık hariç diğer aktivitelerde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulgulanmıştır. ($p > 0,05$). Deney grubunda güvenli çevre sağlama sürdürme ve hareket aktivitesindeki bağımlılığın daha fazla olduğu söylenebilir.

Deney grubundaki katılımcıların %57,7'sinin güvenli çevre sağlamakta bağımlı, %46,2'sinin iletişimde bağımsız, %69,2'sinin solunumda yarı bağımlı, %46,2'sinin yeme-içmede bağımlı, %73,1'inin boşaltımda bağımlı, %65,4'ünün kişisel temizlik ve hijyen konusunda bağımlı, %53,8'inin vücut sıcaklığının kontrolünü sağlamakta yarı

bağımlı, %76,9'unun harekette yarı bağımlı, %50,0'ının çalışma ve eğlence konusunda bağımlı, %61,5'inin cinselliği ifade etmede yarı bağımlı, %96,2'sinin uyku konusunda bağımsız, %100,0'ının ölüm konusunda bağımsız olduğu tespit edilmiştir.

Kontrol grubundaki katılımcıların %53,8'inin güvenli çevre sağlamakta bağımlı, %53,8'inin iletişimde bağımsız, %50,0'ının solunumda bağımsız, %38,5'inin yeme-içmede bağımsız, %57,7'sinin boşaltımda bağımlı, %53,8'inin kişisel temizlik ve hijyen konusunda bağımlı, %34,6'sının vücut sıcaklığının kontrolünü sağlamakta bağımlı, %34,6'sının bağımsız, %46,2'sinin hareket etmede yarı bağımlı, %50,0'ının çalışma ve eğlence konusunda bağımlı, %57,7'sinin cinselliği ifade etmekte yarı bağımlı, %80,8'inin uyku konusunda bağımsız, %88,5'inin ölüm konusunda bağımsız olduğu tespit edilmiştir.

Yazıcı ve Kalaycı tarafından 2015 yılında yapılan çalışmaya göre katılımcıların banyo yapma gereksiniminde %26,5, boşaltım ihtiyaçlarının karşılanmasında %28,4 oranında tam bağımlı oldukları, yarı bağımlılık oranları ise banyo gereksiniminde %36,3, kişisel temizlik ihtiyaçlarını karşılama konusunda %28,4 olarak saptanmıştır. Cinsiyet durumuna göre yapılan değerlendirmede ise boşaltım ihtiyacının giderilmesinde kadınların %33,3'ünün, erkeklerin ise %25,4'ünün tam bağımlı olduğu gözlenmiştir. Elde edilen bu veriler hastaların banyo yapma ve boşaltım ihtiyaçları konusunda tam ya da yarı bağımlılık yaşadığını göstermektedir. Bağımlılık düzeyinin cinsiyetler arası farklılık göstermesi kadın ve erkek bedeni arasındaki anatomik farklılığa dayanmaktadır. Akça ve ark. tarafından 2014 yılında gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme konusunda %6,4'ünün tam bağımlı olduğu, %15,7'sinin ise yarı bağımlı olduğu sonucu bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada elde edilen veriler literatür tarafından desteklenir niteliktedir. Aynı zamanda palyatif bakım hasta grubunda bağımlılık oranlarının yüksek olduğu gözlenmiştir.

5.3. Palyatif Bakım Hastalarına Uygulanan Abdominal Masajın Konstipasyona Etkisinin Tartışılması

Konstipasyon, palyatif tedavi gören hastalarda sıkça görülen semptomlardan biridir ve prevalans oranı yaklaşık olarak %30–90 arasında olduğu düşünülmektedir (Zhe, 2016; Clark ve Currow, 2013). Konstipasyonun önlenmesine yönelik genel ilkelere uyulsa bile palyatif bakım hastaları yüksek konstipasyon riskine sahip

olduklarından, bu hasta gruplarında sıklıkla konstipasyon gelişmektedir (Zhe, 2016; Larkin ve ark. 2008).

Araştırmada katılımcıların gruplara ve ölçümlere göre konstipasyon ciddiye ölçeği sonuçları ve ölçek alt boyutlarının dağılımı Tablo 4.3'te ayrıntılı bir şekilde yer almıştır. Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar dışkı tıkanıklığı alt boyutunda 5. ve 7. gün puanının gruplara göre istatistiksel olarak deney grubu lehine anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubu 5. ve 7. gün dışkı tıkanıklığı puanının deney grubundan yüksek olduğu görülmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça dışkı tıkanıklık probleminin de daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar dışkı tıkanıklığı boyutu puanının ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre deney grubu öntest dışkı tıkanıklığı puanının diğer günlerdeki ölçümlerden yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubu 7.gün dışkı tıkanıklığı puanının diğer ölçümlerden yüksek olduğu görülmüştür. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda öntest ve 3.gün dışkı tıkanıklığı puanı 5. ve 7. gün ölçümlerinden yüksek, 5.gün dışkı tıkanıklığı puanı 7.gün ölçümünden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda 7.gün dışkı tıkanıklığı puanının öntest, 3.gün ve 5.gün ölçümlerinden yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlara göre dışkı tıkanıklığı zamana göre deney grubu lehine anlamlı farklılık göstermiştir.

Kalın bağırsak tembelliği alt boyutu incelendiğinde, katılımcıların öntest ve 7.gün puanlarının gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre kontrol grubunun 7.gün kalın bağırsak tembelliği puanının deney grubundan daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda öntest ve 3.gün kalın bağırsak tembelliği puanı 5. ve 7.gün ölçümlerinden yüksek, 5.gün kalın bağırsak tembelliği puanı 7.gün ölçümünden yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda 7.gün kalın bağırsak tembelliği puanlarının öntest ve 3.gün ölçümlerinden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık deney grubu lehinedir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe rahatsızlık durumu da artmaktadır. Kontrol grubunun kalın bağırsak tembelliği daha fazladır.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların ağrı boyutu puanının ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre

deney grubu 3. gün ağrı puanının diğer ölçümlerden yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubu 7.gün ağrı puanının diğer ölçümlerden yüksek olduğu görülmüştür. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda öntest, 3. ve 5.gün ağrı puanı 7.gün ölçümünden yüksek olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunda 7.gün ağrı puanı öntest, 3. ve 5.gün ölçümlerinden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgular araştırma hipotezlerinden ‘‘H1: Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın konstipasyon üzerinde etkisi vardır.’’ hipotezini doğrulamaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların konstipasyon ciddiyeti/şiddeti puanının ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre deney grubu öntest konstipasyon ciddiyeti/şiddeti puanının diğer günlerdeki ölçümlerden yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubu 7.gün konstipasyon ciddiyeti/şiddeti puanının ise diğer gün ölçümlerinden yüksek olduğu bulgulanmıştır. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda öntest ve 3.gün konstipasyon ciddiyeti/şiddeti puanı 5. ve 7.gün ölçümlerinden büyük, 5.gün konstipasyon ciddiyeti/şiddeti puanı 7.gün ölçümünden büyük olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda 7.gün konstipasyon ciddiyeti/şiddeti puanının öntest, 3. ve 5. gün ölçümlerinden yüksek, 5. gün konstipasyon ciddiyeti/şiddeti puanının 3. gün ölçümünden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu veriler araştırma hipotezlerinden ‘‘H3: Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın konstipasyon üzerine etkisinde zamana göre farklılaşma vardır.’’ hipotezini doğrulamaktadır.

Literatür incelendiğinde; Aydınli tarafından yaşlı bireyler üzerinde yapılan randomize kontrollü deneysel çalışmada 40 hastaya 4 hafta süresince hafta içi 5 gün lavanta ve zencefil yağı kullanarak abdominal masaj uygulaması yapılmış ve bireylerin 2. ve 4. haftalarda Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği puanlarında azalma olduğu istatistiksel olarak bulgulanmıştır (Aydınli, 2020). Baran ve Ateş tarafından gerçekleştirilen yaşlılarda abdominal masaj uygulamasının konstipasyon yönetimine etkilerinin değerlendirildiği çalışmada masaj uygulaması günde 1 kez olmak üzere 28 gün boyunca devam etmiştir. KCÖ’nün alt alanları olan dışkı tıkanıklığı, kalın bağırsak tembelliği ve ağrı alt alanlarından elde edilen puanların, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar doğurduğu saptanmıştır. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği toplam puanlarının ise araştırma öncesi ve sonrasında müdahale ve kontrol

gruplarında sırayla 59.66 ± 6.61 ve 56.96 ± 5.61 , 28. günün sonunda sırayla 32 (24-61) ve 62 (52-70) şeklinde bulgulanmıştır ($p < 0.05$). (Baran ve Ateş, 2019).

Literatürde çalışma grubumuzla farklılık göstermekte olan ancak çalışma bulgularımızı destekler nitelikte çalışmalara da rastlanmıştır. Yıldırım ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen randomize kontrollü çalışmada ise opioid kullanımından kaynaklanan konstipasyon problemi yaşayan 204 hastaya araştırmacı tarafından 15 dakikalık video eğitimiyle abdominal masaj uygulaması öğretilmiş ve katılımcılardan her gün sabah ve akşam öğünlerinden 30 dakika sonra olacak biçimde kendilerine 4 hafta süresince masaj uygulamaları istenmiştir. Uygulama sonrası hastaların konstipasyon ciddiyetine ilişkin bulgularında istatistiksel açıdan anlamlı azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yıldırım ve ark. 2019). Baran tarafından 30 hasta üzerinde gerçekleştirilmiş başka bir randomize kontrollü çalışmada ise hastalara 4 hafta süresince günde 15 dakika olacak biçimde abdominal masaj uygulaması yapılmıştır. Çalışmanın sonunda hastalara ait KCÖ ölçek toplam puanları ve alt alan puanlarında azalma olduğu gözlenmiştir (Baran, 2015). Özişler ve ark. (2015), omurilik yaralanması olan 55 kişilik bir grupta bir bağırsak programı uygulamasının (dijital stimülasyon, oral laksatif ilaçlar, supozituarlar, abdominal masaj, Valsalva manevrası ve manuel boşaltma) gastrointestinal sorunlar ve Nörojenik bağırsak disfonksiyonu üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Deney grubuna abdominal masajı da içeren bağırsak programı uygulanmış ve çalışmada NBD (Nörojenik Bağırsak Disfonksiyonu) skoru, dışkılama sıklığı, süresi, dışkılama sırasında hissedilen ağrı, yetersiz boşaltım hissi, fekal inkontinans, lif yönünden zengin diyet, laksatif ilaç kullanımı gibi kriterleri program öncesi ve sonrasında değerlendirilmiştir. Uygulanan programın kabızlığı, boşaltım konusunda yaşanan güçlüğü, oral ya da rektal laksatif ilaçların kullanımını, manuel boşaltma müdahalelerini ve şişkinliği/ağrıyı önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir. Hanai ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, kendi kendine yönetim programının (günde 10 dakika orta derecede karın masajı, abdominal aktivite/egzersizleri ve doğru bağırsak pozisyonu eğitimi) deney ve kontrol gruplarında etkileri gözlemlenmiştir. Meme kanseri hastalarında antiemetiklerin neden olduğu konstipasyon ve konstipasyon şiddetinin önemli ölçüde azaldığı, defekasyon kıvamında iyileşme olduğu ve artan memnuniyet bildirilmiştir (Hanai ve ark. 2016). Araştırmadan elde edilen verilerin literatürle paralellik gösterdiği gözlenmiştir. Literatür çalışmayı destekler niteliktedir.

5.4. Palyatif Bakım Hastalarına Uygulanan Abdominal Masajın Yaşam Kalitesine Etkisinin Tartışılması

Araştırmaya katılanların gruplara ve ölçümlere göre konstipasyon yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının dağılımı Tablo 4.4’te ayrıntılı bir şekilde yer almıştır.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar konstipasyon yaşam kalitesi ölçeği puanının ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre konstipasyon yaşam kalitesinin fiziksel rahatsızlık alt boyutunda deney grubunun puan durumu öntest 17,00, 3. gün 14,00, 5. gün 13,50, 7. gün 8,00 olarak bulgulanmış ve puanların giderek azaldığı görülmüştür. Kontrol grubunda ise öntest 16,50, 3. gün 17,00, 5. gün 15,50, 7. gün 17,50 olarak bulgulanmış ve puanların giderek arttığı görülmüştür. Buna göre kontrol grubu 3. gün fiziksel rahatsızlık puanının deney grubundan yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubu 5. ve 7. gün fiziksel rahatsızlık puanının ise deney grubundan yüksek olduğu görülmüştür. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda 3.gün fiziksel rahatsızlık puanı 5. ve 7.gün ölçümlerinden yüksek, 5.gün fiziksel rahatsızlık puanı 7.gün ölçümünden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda 7.gün fiziksel rahatsızlık puanı öntest, 3.gün ve 5.gün ölçümlerinden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar 3., 5. ve 7. gün fiziksel rahatsızlık boyutunda deney grubu puanının gruplara göre istatistiksel olarak deney grubu lehine anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ölçekten alınan puanlar arttıkça katılımcıların yaşadığı fiziksel rahatsızlık da artmaktadır.

Psikososyal rahatsızlık ölçek alt boyutunda deney grubunun puan durumu öntest 21,40, 3. gün 21,50, 5. gün 20,50, 7. gün 14,50 olarak bulgulanmış ve puanların giderek azaldığı görülmüştür. Kontrol grubunda ise öntest 23,00, 3. gün 26,50, 5. gün 22,00, 7. gün 26,00 olarak bulgulanmış ve puanların giderek arttığı görülmüştür. Buna göre kontrol grubu 3.gün psikososyal rahatsızlık puanının deney grubundan yüksek olduğu bulgulanmıştır. Kontrol grubu 5. ve 7. gün psikososyal rahatsızlık puanının ise deney grubundan yüksek olduğu görülmüştür. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda 3.gün psikososyal rahatsızlık puanı 5. ve 7.gün ölçümlerinden yüksek, 5.gün psikososyal rahatsızlık puanı 7.gün ölçümünden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar 3. ve 7. gün psikososyal rahatsızlık boyutunda deney grubu puanının gruplara göre istatistiksel olarak deney grubu lehine

anlamli bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ölçekten alınan puanlar arttıkça katılımcıların yaşadığı psikososyal rahatsızlık da artmaktadır.

Endişe ölçek alt boyutunda deney grubunun puan durumu öntest 44,20, 3. gün 39,50, 5. gün 34,00, 7. gün 22,00 olarak bulgulanmış ve puanların giderek azaldığı görülmüştür. Kontrol grubunda ise öntest 45,12, 3. gün 45,00, 5. gün 41,00, 7. gün 44,50 olarak bulgulanmıştır. Buna göre kontrol grubu 3.gün endişe puanının deney grubundan yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubu 5. ve 7. gün endişe puanının ise deney grubundan yüksek olduğu görülmüştür. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda 3.gün endişe puanı 5. ve 7.gün ölçümlerinden yüksek, 5.gün endişe puanı 7.gün ölçümünden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar 3., 5. ve 7. gün endişe boyutunda deney grubu puanının gruplara göre istatistiksel olarak deney grubu lehine anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ölçekten alınan puanlar arttıkça katılımcıların yaşadığı endişe de artmaktadır.

Memnuniyet ölçek alt boyutunda deney grubunun puan durumu öntest 12,00, 3. gün 12,00, 5. gün 16,00, 7. gün 19,00 olarak bulgulanmış ve puanların giderek arttığı görülmüştür. Kontrol grubunda ise öntest 12,00, 3. gün 13,00, 5. gün 12,00, 7. gün 12,00 olarak bulgulanmıştır. Buna göre kontrol grubu 3.gün memnuniyet puanının deney grubundan yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubu 5. ve 7. gün memnuniyet puanının aynı kaldığı fakat deney grubundan düşük olduğu görülmüştür. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda 7.gün memnuniyet puanı öntest, 3. ve 5.gün ölçümlerinden yüksek, 5.gün memnuniyet puanı 3.gün ölçümünden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda 3. gün memnuniyet puanının 5. gün ve 7. gün ölçümünden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar 5. ve 7. gün memnuniyet boyutunda deney grubu puanının gruplara göre istatistiksel olarak deney grubu lehine anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ölçeğin diğer alt boyutlarının aksine memnuniyet alt boyutundan alınan puanlar arttıkça katılımcıların yaşadığı memnuniyet artmaktadır.

Katılımcıların konstipasyon yaşam kalitesi toplam puanları incelendiğinde; 3. ve 7.gün konstipasyon yaşam kalitesi ölçeği puanının gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Konstipasyon yaşam kalitesi toplam puanı deney grubunda öntest 96,50, 3. gün 87,00, 5. gün 84,50, 7. gün 64,50 olarak bulgulanmış ve puanların giderek azaldığı görülmüştür. Kontrol grubunda ise

öntest 99,98, 3. gün 99,00, 5. gün 92,00, 7. gün 96,50 olarak bulgulanmış ve puanların giderek azaldığı görülmüştür. Buna göre kontrol grubu 3. gün KYKÖ toplam puanının deney grubundan yüksek olduğu görülmüştür. Deney grubu 5. ve 7. gün toplam puanının ise kontrol grubundan düşük olduğu görülmüştür. Ölçekten alınan puanlar arttıkça katılımcıların yaşam kalitesi azalmaktadır. Kontrol grubu 7.gün konstipasyon yaşam kalitesi puanının deney grubundan yüksek olduğu verisi kontrol grubunun yaşam kalitesinin deney grubuna oranla daha düşük olduğu anlamına gelmektedir. Çoklu karşılaştırma testine göre deney grubunda 3.gün konstipasyon yaşam kalitesi toplam puanı 5. ve 7. gün ölçümlerinden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubu 7. gün konstipasyon yaşam kalitesi puanının 5. gün ölçümünden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar 5. ve 7. gün KYKÖ toplam puanlarında gruplara göre istatistiksel olarak deney grubu lehine anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ölçekten alınan puanlar arttıkça katılımcıların yaşadığı fiziksel, psikososyal, endişe de artmaktadır buna paralel olarak katılımcıların yaşam kalitesi de azalacaktır. Bulgulanan bu verilerle birlikte ‘‘H2: Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın yaşam kalitesine olumlu etkisi vardır.’’ ve ‘‘H4: Palyatif bakım hastalarına uygulanan abdominal masajın hastaların yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisinde zamana göre farklılaşma vardır.’’ hipotezleri doğrulanmıştır.

Literatür incelendiğinde Doğan ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bir çalışmada 4 hafta süreyle katılımcılara abdominal masajı uygulanmış ve sonrasında müdahale ve plasebo gruplarının yaşam kalitesi %56 ve %38 oranında artış göstermiştir (Doğan ve ark. 2022). Okuyan ve bilgili tarafından yapılan başka bir çalışmada katılımcılara 8 hafta boyunca haftada 5 gün olacak şekilde abdominal masaj uygulanmış ve uygulama öncesinde gruplar arasında konstipasyon yaşam kalitesi ölçeğine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmazken uygulama sonrasında müdahale grubunun ölçek puanlarının azaldığı gözlenmiş ve iki grup arasında anlamlı fark bulunduğu rapor edilmiştir (Okuyan ve Bilgili, 2019). Olgun tarafından 60 katılımcı ile yapılan bir diğer çalışmada ise müdahale grubuna 4 hafta süresince, haftada 5 gün, öğle öğününde 2 saat sonra toplamda 108 adet abdominal masaj uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre abdominal masaj uygulaması sonrası hastaların yaşam kalitesinde artış olduğu gözlenmiştir (Olgun, 2013). Literatür araştırmadan elde edilen verileri destekler ve doğrular niteliktedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

-Deney grubunda abdominal masaj uygulaması sonucunda Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Dışkı Tıkanıklığı alt boyutunda Kontrol grubuna göre 5. Günden itibaren anlamlı bir azalma görülmüştür. Deney grubunda 7. günde dışkı tıkanıklığındaki rahatlama artarak devam etmiştir.

-Deney grubunda abdominal masaj uygulaması sonucunda Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Kalın Bağırsak Tembelliği alt boyutunda deney grubu lehine 7. gün anlamlı bir rahatlama görülmüştür.

- Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği Ağrı alt boyutunda ise 7. gün deney grubu lehine anlamlı bir azalma görülmüştür.

-Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında abdominal masaj uygulaması gruplar arasında deney grubu lehine 5. ve 7. gün anlamlı farklılık göstermiştir. Deney grubunda bulunan hastalarda 5. günden itibaren anlamlı bir rahatlama gözlenmiş ve bu durum artarak devam etmiştir. Kontrol grubunda ise ölçek puanları ve katılımcıların yaşadıkları rahatsızlık artış göstermiştir.

-Konstipasyon Yaşam Kalitesi Fiziksel Rahatsızlık alt boyutunda 3. günden itibaren yaşam kalitesi deney grubu lehine anlamlı farklılık göstermiştir. Deney grubunda 5. ve 7. günlerde de yaşam kalitesi artarak devam etmiştir.

- Konstipasyon Yaşam Kalitesi Psikososyal Rahatsızlık alt boyutunda 3. günden itibaren yaşam kalitesi deney grubu lehine anlamlı farklılık göstermiştir. Deney grubunda 7. günde yaşam kalitesi artarak devam etmiştir.

- Konstipasyon Yaşam Kalitesi Endişe alt boyutunda 3. günden itibaren deney grubu lehine anlamlı farklılık göstermiştir. Deney grubunda endişenin azalması 5. ve 7. günde devam etmiştir.

- Konstipasyon Yaşam Kalitesi Memnuniyet alt boyutunda 5. günden itibaren deney grubu lehine anlamlı farklılık göstermiştir. Deney grubunda memnuniyet 5. ve 7. günde artarak devam etmiştir.

- Konstipasyon Yaşam Kalitesi toplam puanı 3. ve 7. günde deney grubu lehine anlamlı bulunmuştur.

Sonuç olarak bu araştırmada deney grubuna yedi gün boyunca uygulanan abdominal masaj sonucunda, abdominal masajın konstipasyonu azaltmada ve yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir.

Literatür incelendiğinde palyatif bakım hastalarında abdominal masaj uygulamasının hastaların konstipasyon düzeylerine ve yaşam kalitelerine etkisini inceleyen yeterince çalışma olmadığı fark edilmiştir. Çalışma sonucunda abdominal masajın olumlu etkileri grlmştir. Bu sonucu güçlendirmek için bahsedilen konu hakkında daha fazla çalışmanın yapılması önerilir.



7. KAYNAKLAR DİZİNİ

- Ahmedzai S. H., Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, et.al. (2004). *A New International Framework for Palliative Care*. European Journal of Cancer; 40: 2192-2200).
- Akbayrak T, D.F., Karakaya İ, Ekici G, Kaya S. (2006) *Huzursuz Barsak Tedavisinde Farklı Bir Yaklaşım-Olgı Sunumu*. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, 17 (3).
- Akça S. D., Saraçlı Ö., Emre U., Atasay N., GÜDÜL S., Barut B. Ö., Atasoy H. T. (2014). Hastanede Yatan Yaşlılarda Bilişsel İşlevlerin Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon, Anksiyete ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi. *Noropsikiyatri Arşivi*, 51:267-274.
- Akyar, I., Dionne-Odom, J. N., Yang, G. M., Bakitas, M. A. (2018). “*Translating a US early palliative care model for Turkey and Singapore*”, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 33-39,.
- Akyol, A. (2013). *Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastada Palyatif Bakım*. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2(1), 32-41.
- Alakan Ş. & Ünal E. (2017). *Yoğun bakım hemşireliğinde ağrı değerlendirmesi ve ağrı yönetimi*. HÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(2): 12-29.
- Arslan, G.G. (2010). *Konstipasyon*. 1.Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Özet Kitabı, İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası: 23.
- Aslan, Y., (2020). “*Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış*”, *Anadolu Güncel Tıp Derg*, 2(1), 19-27.
- Aydoğan F. & Uygun K. (2011). *Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler*. Klinik Gelişim, 24(3):4-9.
- Ayık D. B. & Gülbeyaz C. (2020). Palyatif bakım hastalarında konstipasyonun yönetimi ve akupresürün etkinliği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*; 7(2): 141-148).
- Bag B. (2012). *Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları*. *Türk Onkoloji Dergisi* 27(3):142-149.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Bengi G., Yalçın M., Akpınar H. (2014). *Kronik konstipasyona güncel yaklaşım*. Güncel Gastroenteroloji, 18(1): 72-88.
- Berman A., Snyder SJ., Kozier B., Erb G. Kozier., Erb's. (2008). *Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice*. 8 th ed. New Jersey: Prentice Hall;. p.1323-53).
- Bilgiç Ş., Dilek F., Arslan HSA., Ünal A. (2016). *Bir huzurevinde yaşayan yaşlıların konstipasyon durumları ve etkileyen faktörler*. Int J Basic Clin Med, 4(1): 9-16.
- Birol L. (2013). *Hemşirelik Süreci*. 10. Baskı, İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık: 86-321.
- Black J. M. & Hawks J. H. (2009). *Medical Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes*. 8th ed. USA: Sauders Elsevier Company, p.653-726.
- Black M. R., Raker J. M., Whelan K. (2016). *Validity and reliability of the Bristol Stool Form Scale in healthy adults and patients with diarrhoea- predominant irritable bowel syndrome*. Alimentary Pharmacology and Therapeutics, 44 (7): 693-703.
- Bolat E, (2006). *Konstipasyonlu Hastaya Yaklaşım*. Güncel Gastroenteroloji, 10(1): 116-119).
- Borasio G. D. (2011). *Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice*. Palliat Support Care, 9:1-2.
- Bozkurt, N. (2003). *Kaliteli yaşamın felsefesi*.
- Clark D. (2007). *From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer*. Lancet Oncol, 5:430-8.
- Clark, K., & Currow, D. C. (2013). *Constipation in palliative care: What do we use as definitions and outcome measures?* Journal of Pain and Symptom Management, 45(4), 753–762.
- Corner, J. (2003). *Nursing Management in Palliative Care*. European. Journal of Oncology Nursing, 7:83-90.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Craven R.F., & Hirnle C.J. (2009). *Fundamentals of Nursing Human Health and Function*. 6th ed. China: Lippincott Williams & Wilkins; p.1072-80.
- Çevik K., Çakmakçı-Çetinkaya A., Yiğit-Gökbel K., Menekşe B., Saza S., Tıkız C. (2018). *The effect of abdominal massage on constipation in the elderly residing in rest homes*. Gastroenterology Nursing; 41(5): 396-402.
- Çolakoğlu S., Özdemir F., Hafta A. (2001). *Toplumumuzda kabızlık oranı ve değişik faktörlerle ilişkisi*. Turk J Gastroenterol, 12(1): 1499.
- Davies A., Leach C., Caponero R., Dichman A., Fucks D., Paice J., Emmanuel A. (2020). *MASCC recommendations on the management of constipation in patients with advanced cancer*. Supportive Care in Cancer, 28(1): 23-33. 55.
- Dedeli, Ö., Turan, İ., Fadiloğlu, Ç. ve Bor, S. (2007). *Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması*. MN Dahili Tıp Bilimleri, 2(1-2), 36-43.
- Dehghan M., Malakoutikhah A., Ghaedi-Heidari F., Zakeri M. A. (2020). *The Effect of Abdominal Massage on Gastrointestinal Functions: A Systematic Review*. Complement Ther Med, 54(1): 102553.
- Dehghan M., Mehdipoor R., Ahmadinejad M. (2018). *Does abdominal massage improve gastrointestinal functions of intensive care patients with an endotracheal tube?: A 70 randomized clinical trial*. Complementary Therapies In Clinical Practice, 30(1): 122-128.
- Diego, M. A., Field, T., & Hernandez-Reif, M. (2005). *Vagal activity, gastric motility, and weight gain in massaged preterm neonates*. The Journal of pediatrics, 147(1), 50-55).
- Yıldırım D., Can G., Köknel-Talu G. (2019). *The efficacy of abdominal massage in managing opioid-induced constipation*. European Journal of Oncology Nursing, ISSN: 1462-3889, Vol: 41, Page: 110-119.
- Dionne-Odom, J. N., Hull, J. G., Martin, M. Y., Lyons, K. D., Prescott, A. T., Tosteson, T., Li, Z., Akyar, I., Raju, D., & Bakitas, M. A. (2016). *Associations between advanced cancer patients' survival and family caregiver presence and burden*. Cancer Medicine, 5(5), 853–862.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Doğan İ. G., Gürşen C., Akbayrak T., Balaban Y. H., Vahabov C., Üzelpaşacı E., Özgül S. (2022). *Abdominal massage in functional chronic constipation: A randomized placebocontrolled trial*. Phys Ther; 102(5):?

Durmuş-İskender M. & Çalışkan N. (2022). *Effect of acupressure and abdominal massage on constipation in patients with total knee arthroplasty: A randomized controlled study*. Clinical Nursing Research,; 31(3): 453-462.

Elçigil, A. (2012). *Palyatif bakım hemşireliği*. Gulhane Medical Journal, 54(4).

Emly M. C. (2007). *Abdominal Massage for Constipation*. In: Halsam J. and Laycock J. (Eds): Therapeutic Management of Intcontinance and Pelvic Pain. 2 nd Edition, London: 223-225.

Ergin K. (1992). *Yaşlanma ile İlgili Fizyolojik Değişiklikler*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 8(2): 75-82.

Fekri Z., Aghebati N., Sadeghi T., Farzadfard M. T. (2021). *The effects of abdominal massage along with lifestyle training on constipation and distension in the elderly with stroke*. Complementary Therapies in Medicine, 57: 1-9.

Fox E., Landrum-McNiff K., Zhong Z., et al. (1999). *Evaluation of prognostic criteria for determining hospice eligibility in patients with advanced lung, heart, or liver disease*. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. JAMA, 282: 1638.

George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.

Graham F., Clark D. (2007). *The changing model of palliative care*. Medicine; 36: 64-66.

Gülhan M. (n.d). *Palyatif Bakım*. (<http://file.lookus.net/tghyk/tgyhk.39.pdf>) Erişim tarihi: 09.06.2023.

Hagmann, C., Cramer, A., Kestenbaum, A., Durazo, C., Downey, A., Russell, M., Geluz, J., Ma, J. D., & Roeland, E. J. (2018). *Evidence-based Palliative Care Approaches to Nonpain Physical Symptom Management in Cancer Patients*. Seminars in Oncology Nursing, 34(3), 227–240.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Harrington K. L., & Haskvitz E. M. (2006). *Managing a Patient's Constipation with Physical Therapy*, Journal of the American Therapy Associatio, 86:1511-1519.
- Higginson I. J., & Edmonds P. (1999). *Services, costs and appropriate outcomes in end of life care*. Ann Oncol;10:135.
- Hui, D., & Bruera, E. (2017). *The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present and Future Developments*. Journal of Pain and Symptom Management, 53(3), 630–643.
- İnan N. (2017). *Palyatif Bakım Organizasyonu Nasıl Olmalı?*. Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon Özel Dergisi “Palyatif Bakım Kavramına Çok Yönlü Bakış Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics, 10(1).
- Kabalak A. (2014). “*Türkiye’de Palyatif Bakım; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler*”, Anestezi Dergisi, 22(3), 121–123.
- Kabalak A. A., Öztürk H., Çağıl, H. (2013). *Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım*. Yoğun Bakım Dergisi, 11(2), 56-70.
- Karatay G., & Baş N. G. (2018). *Kız öğrencilerde konstipasyon prevalansı ve yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilişkisi*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 5(1), 29-38.
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, (2018, Temmuz 16). *Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge*. T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Kavşur Z., & Sevimli E., (2020). “*Türkiye’deki palyatif bakım hizmetlerinin bazı gelişmiş ülkeler ile karşılaştırılması*”, USBAD Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi 2(4), 715-7304.
- Kaya M., & Kaçmaz H. (2016). *Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel barsak hastalıklarının yeniden değerlendirilmesi* Güncel Gastroenteroloji; 20(4): 393-407.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kaya, H. (2012). *Bağırsak Boşaltımı*. İçinde Aştı, T.A., Karadağ, A., (Ed.). Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 941-969.
- Kaymak S. U., Apaydın Z. K., Çayköylü A. (2014). *Kanser hastalarında palyatif bakım*. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 7(4):85- 8.
- Kıvanç M. M., (2017). “*Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri*”, Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 4(2), 132-135.
- Kissane D. W. (2012). *The relief of existential suffering*. Arch Intern Med;172:1501.
- Korkmaz Ö. Y. (2009). Yaşlılarda konstipasyon yönetimi. HEAD, 6(2): 10-15.
- Korkmaz, M. (2011). *Kabızlık yakınması olan hastanın birinci basamakta yönetimi*. Konuralp Medical Journal, 3(3), 35-41.
- Korkmaz, M., Yüksel, F., Ünlüalacak, M. ve Ünlüoğlu, İ. (2011). *Kabızlık yakınması olan hastanın birinci basamakta yönetimi*. Konuralp Tıp Dergisi, 3(1), 35- 41.
- Kyle, G. (2008). *A proactive approach to the treatment of constipation*. Continence, 2(4), 36-44.
- Kyle, G. (2011). *Managing constipation in adult patients*. Nurse Prescribing, 9(10), 482-490.
- Larkin P J, Cherny N. I., La Carpia D., Guglielmo M., Ostgathe C., Scotté F., Ripamonti C. I., & ESMO Guidelines Committee. (2018). *Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines*. Annals of Oncology, 29(Supplement_4), iv111–iv125. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy148> Erişim tarihi:25.05.2023
- Larkin P., Sykes N., Centeno C., Ellershaw J., Elsner F., Eugene B., Gootjes J., Nabal M., Noguera A., Ripamonti C., Zucco F., & Zuurmond W. (2008). *The management of constipation in palliative care: Clinical practice recommendations*. Palliative Medicine, 22(7), 796–807. <https://doi.org/10.1177/0269216308096908> Erişim tarihi:05.06.2023.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Lewis S. J, Heaton K. W. (1997). *Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time*. Scandinavian Journal of Gastroenterology; 32(9): 920-924.
- Lewis J. M., Di Giacomo M., Currow D. C., And Davidson P. M. (2014). *Social Capital in A Lower Socioeconomic Palliative Care Population: A Qualitative Investigation of Individual, Community And Civic Networks And Relations*. BMC Palliative Care,13-16.
- Li B., Mah K., Swami N., Pope A., Hannon B., Lo C., Rodin G., Le L. W., & Zimmermann C. (2019). *Symptom Assessment in Patients with Advanced Cancer: Are the Most Severe Symptoms the Most Bothersome?* Journal of Palliative Medicine, 22(10), 1252-1259. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0622> Erişim tarihi:05.06.2023.
- Longstreth G, Thompson G, Chey W. (2006). *Functionale bowel disorders*. Gastroenterology; 130(5): 1480-1491.
- Lorenz K. A., Lynn J., Dy S. M., Shugarman L.R., Wilkinson A., Mularski R.A., et al. (2008). *Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review*. Ann Intern Med. 148:147-59.
- Lutz S. T. (2011). *The History of Hospice and Palliative Care Cure Problem Canser*, 35:304-309.
- Marples, G. (2011). *Diagnosis and management of slow transit constipation in adults*. Nursing Standard, 26 (8), 41-48.
- McClurg D., Hagen S., Hawkins S. & Lowe-Strong A. (2011). *Abdominal massage for the alleviation of constipation symptoms in people with multiple sclerosis: a randomized controlled feasibility study*. Multiple Sclerosis Journal, 17(2), 223–233.
- McIlfatrick S., Muldrew D. H., Beck E., Carduff E., Clarke M., Finucane A., ... & Hasson F. (2019). *Examining constipation assessment and management of patients with advanced cancer receiving specialist palliative care: a multi-site retrospective case note review of clinical practice*. BMC palliative care, 18(1), 1-10.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Okuyan C.B., Bilgili N. (2019). *Effect of abdominal massage on constipation and quality of life in older adults: A randomized controlled trial*. Complementary Therapies In Medicine; 47: 1-6.
- Öngel K. (2017). *Palyatif bakım tarihçesi ve gelişimi*. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics, 8(4):236-240.
- Özçelik H., Fadıloğlu C., Karabulut B., Uyar M., Elbi H., Eyigor S., Sertöz O. O., Eyigor C., Hophancı Bıçaklı D., Çalışkan Z., Özaydemir G., Güzel Y., & Kuzeyli Yıldırım Y. (2014). *Case Management Based Multidisciplinary Care Protocol In The Palliative Care Of Cancer Patients*. Ağrı – The Journal of The Turkish Society of Algology, 26(2), 47–56. <https://doi.org/10.5505/agri.2014.93585> Erişim tarihi:18.04.2023.
- Özkan S. (2011). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda (KOAH) palyatif ve yaşam sonu bakımı*. Selçuk Tıp Derg 28(1): 69-74.
- Öztürk N., Çelik-Kocabıyık D., Arıkan F., Coşkun H. Ş. (2020). *Kanser hastalarında konstipasyon sıklığı ve gelişme riskinin incelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi; 13(3): 178-184.
- Papatheodoridis G. V., Vlachogiannakos J., Karaitianos I., Karamanolis D. G. (2010). *A Greek survey of community prevalence and characteristics of constipation*. European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 22(3): 354-360.
- Peel N. M., Bartlett H. P., Marshall A. L. (2007). *Reliability and validity of WHOQOL-OLD*. Australasian Journal on Ageing, 26(4), p.162–167.
- Potter J., Hami F., Bryan T., & Quigley C. (2003). *Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns*. Palliative Medicine, 17(4), 310-314.
- Potter P. ve Perry A. G. (2009). *Fundamentals Of Nursing*. Inc., St.Louis: .Mosby Year Book, 1174-1218.
- Preece J. (2002). *Introducing Abdominal Massage in Palliative Care for The Relief of Constipation*. Complementary Therapies in Nursing & Mdwifery; 8: 101-105.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Prem V., Karvannan H., Kumar S. P., Karthikbabu S., Syed N., Sisodia V., & Jaykumar S. (2012). *Study of nurses knowledge about palliative care: a quantitative cross-sectional survey*. Indian journal of palliative care, 18(2), 122.
- Rakel R. E., Strauch E. M. (2011). Care of the dying patient. In RE Rakel, DP Rakel, eds., Textbook of Family Medicine; 8th ed., pp. 53–72. Philadelphia: Saunders.
- Resedence T.L., Brocklehurst J.C. ve O’Neil P.A. (1993). *A pilot study on the effect of exercise and abdominal massage on bowel habit in continuing care patients*. Clinical Rehabilitation, 7, 204-209.
- Resmi Gazete, (2011, Nisan 19). *Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. (27910).
- Satish S.C. (2009). *Constipation: evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders*. Gastrointest Endoscopy Clin N Am, 19, 117-139.
- Saunders, C. (2002). *A personel Therapeutic Journey*. BJM, 313(7072):1599- 1601.
(<https://nursing-theory.org/famous-nurses/Cicely-Saunders.php>) Erişim tarihi: 21/04/2023.
- Sepúlveda C., Marlin A., Yoshida T., & Ullrich A. (2002). *Palliative care: the World Health Organization's global perspective*. Journal of pain and symptom management, 24(2), 91-96.
- Shirreffs M. C. (2001). *Aromatherapy massage for joint pain and constipation in patient with guillian barre*. Complement Ther Nurs Midwifery; 7(2): 78-83).
- Shoemaker L. K., Estfan B., Induru R., Walsh T. D. (2011). *Symptom management: an important part of cancer care*. Cleve Clin J Med.; 78(1):25-34.
- Sinclair M. (2010). *The Use of Abdominal Massage to Treat Chronic Constipation*. Journal of Bodywork & Movement Therapies;15(4):436-46.
- Songur H., Saygın T. (2014). *Şifahaneden hastaneye: Sağlık kuruluşlarının değişimine genel bir bakış*, SDÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(19):199-212.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Soyuer F., Erdoğan F., Şenol V., & Arman F. (2006). *The relationship between fatigue and depression, and event-related potentials in epileptics*. *Epilepsy & Behavior*, 8(3), 581-587.
- Spinzi G., Amato A., Imperiali G., Lenoci N., Mandelli G., Paggi S., ... & Terruzzi V. (2009). *Constipation in the elderly: management strategies*. *Drugs & aging*, 26, 469-474.
- Suares N. C., & Ford A. C. (2011). *Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis*. *Official journal of the American College of Gastroenterology|ACG*, 106(9), 1582-1591.
- Sucaklı M. A. H. *Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi*. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2014;5(3):109-13.
- Sucaklı M. H. & Koşar Y. (2016). *Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi*. Klinik Tıp Aile Hekimliği, 8 (3), 34-3. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktah/issue/45394/487615>. Erişim tarihi: 06.04.2023
- Sürmeli D., Akçiçek F. (2016). *Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi*. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 9(1):8-11.
- Tavşancıl E. (2005). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Teno & Connor S. R. (2009). *Referring a patient and family to high-quality palliative care at the close of life: "We met a new personality... with this level of compassion and empathy"*. *JAMA*; 301:651.
- Tian H, Ding C, Gong J, Ge X, McFarland LV, Gu L, Chen Q, Ma C, Zhu W, Li J, Li N. (2016). An appraisal of clinical practice guidelines for constipation: A right attitude towards to guidelines. *Bmc Gastroenterology*; 16(1): 1-11).
- Tufan A., Akın S. (2015). *Yaşlıda konstipasyon ve fonksiyonel dispepsi*. Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics, (1): 95-99.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Tuna H. İ., Ünver G., & Molu B. (2018). *Palyatif Bakım Alan Son Dönem Kanser Hastalarında Semptom Kümeleme ve Hemşirelik*. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 64-69.
- Tuna, N. (2011). *A'dan Z'ye Masaj*. (6.Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 17-39.
- Turan N, Aşti T. A., Kaya N. (2017). *Nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda konstipasyon ve hemşirelik bakımı*. Hemarge, 14(1): 73-78.
- Turgut A. Ş., Soylu G. (2020). “*Palyatif bakım hasta yakınları ile nitel bir çalışma*”. Toplum ve Sosyal Hizmet, 31(2), 460-476.
- Türk Dil Kurumu Sözlükleri, (n.d.) *Palyatif*. Türk Dil Kurumu. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim tarihi: 03.03.2022.
- Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. (2015). *Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi*. Ağrı.;27(2):104- 110.
- Uysal, N. (2010). *Aralıklı enteral beslenen hastalarda abdominal masajın gastrik rezidüel volüm ve komplikasyonlarına etkisi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir.
- Ünal, N., Turan, İ., Özkütük, N. ve Bor, S. (2008). *Konstipasyon: Mitler ve doğmalar sanatı*. Sendrom Özel Ek, 6, 93-102).
- Wang C.P., (2012). Tsai P.Y. *Efficacy of spinal magnetic stimulation in elderly persons with chronic constipation*. J Chin Med Assoc;75(3):127-31.
- Wang G, Zhang Z, Sun J, Li X, Chu Y, Zhao D, Ju H, Wu X, Cong D. (2022). *Abdominal massage: A review of clinical and experimental studies from 1990 to 2021*. Complement Ther Med; 70(1): 102861.
- Werth B. L., Williams K. A, Fisher M. J., Pont L.G. (2019). *Defining constipation to estimate its prevalence in the community: Results from a national survey*. BMC Gastroenterol.; 19(1): 1-7).

7. KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Werth B. L, Williams K.A., Pont L.G. (2015). *A longitudinal study of constipation and laxative use in a communitydwelling elderly population*. Arch Gerontol Geriatr.;60(3):418-24.
- Wong, W. K., Chien, W. T., & Lee, W. M. (2015). *Selfadministered acupressure for treating adult psychiatric patients with constipation: A randomized controlled trial*. Chinese Medicine, 10(1), 32.
- World Health Organization (2020, August 5). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> Erişim tarihi:22.06.2023.
- Yabunaka K, Nakagami G, Tabata K, Sugama J, Matsumoto M, Kido Y, Iuchi T, Sanada H. (2018). *Constipation in the elderly in a Japanese long-term medical facility: An ultrasonographic investigation*. Drug Discoveries & Therapeutics; 12(4): 233- 238.
- Yazıcı S., Kalaycı I. (2015). Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi, 3(3):385-390.
- Yönt G.H., Türk G., Khorshid L. ve Eşer İ. (2011). *Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde konstipasyon tanısının değerlendirilmesi*. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 19 (2), 83-88.
- Yurdakul, İ. (2001a). *Konstipasyon*. İçinde Göksoy, E., Uzun, İ.H. (Ed.). Gastrointestinal Sistem Hastalıkları. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, 71-82.
- Yurdakul, İ. (2004). *Konstipasyon*. Yurdakul, İ., Şentürk, H., Tuncer, M., Göksoy, E. (Eds.). Gastroenterolojide Klinik Yaklaşım. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, 121- 132).
- Yurdakul, İ. (2007). *Kronik Kabızlık. Türkiye’de Sık karşılaşılan Hastalıklar*. II. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, 43-58).
- Zhe, H. (2016). *The assessment and management of constipation among patients with advanced cancer in a palliative care ward in China: A best practice implementation project*. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 14(5), 295–309. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-002631> Erişim tarihi:05.06.2023.

