



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI BİLİM DALI**

**PALYATİF BAKIM HASTALARINA UYGULANAN SIRT
MASAJININ UYKU KALİTESİ VE AĞRIYA ETKİSİ**

HİLAL DURMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

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

ESKİŞEHİR-2022



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI BİLİM DALI**

**PALYATİF BAKIM HASTALARINA UYGULANAN SIRT
MASAJININ UYKU KALİTESİ VE AĞRIYA ETKİSİ**

HİLAL DURMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

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

ESKİŞEHİR-2022

ÖZET

Başlık: Palyatif Bakım Hastalarına Uygulanan Sırt Masajının Uyku Kalitesi ve Ağrıya Etkisi

Amaç: Araştırma, palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının uyku kalitesi ve ağrıya etkisini incelemek amacı ile ön test- son test kontrol grup tasarımlı, randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak planlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma 01 Kasım 2021-30 Nisan 2022 tarihleri arasında Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Palyatif Bakım Servisinde tedavi gören örneklem seçim kriterlerine uyan 26 deney 26 kontrol olmak üzere toplam 52 gönüllü hasta ile gerçekleştirildi. Araştırma verilerinin toplanmasında Hasta Tanılama Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, McGill Ağrı Ölçeği-Kısa Formu kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler tanımlayıcı istatistiksel metodlar, Shapiro Wilk, Mix Anova, Mix Ancova testi ile analiz edildi.

Bulgular: Deney grubuna uygulanan sırt masajı sonrası uyku kalitesinde kontrol grubuna göre anlamlı bir yükselme olduğu bulgalandı ($p<0.05$). Bu durum uyku kalitesinde deney grubu lehine anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir. Deney grubuna uygulanan sırt masajı sonrası ağrı puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı bir düşme olduğu bulgalandı ($p<0.05$). Bu durum ağrı puanlarında deney grubu lehine anlamlı bir fark ortaya koymaktadır.

Sonuç: Bu araştırmada deney grubuna yedi gün boyunca uygulanan sırt masajı sonucunda, sırt masajı uygulanmayan kontrol grubuna göre uyku kalitesi ve ağrıda anlamlı bir etki olduğu belirlenmiştir. Buna göre palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının uyku kalitesini arttırdığı ve ağrıyı azalttığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, uyku kalitesi, ağrı, hemşirelik bakımı

Bu tez çalışması Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimince Desteklenmiştir (Proje Numarası: TYL-2022-2284).

ABSTRACT

Title: The Effect of Back Massage on Sleep Quality and Pain in Palliative Care Patients.

Objective: The study was planned as a randomized controlled experimental study with a pretest-posttest control group design to examine the effect of back massage applied to palliative care patients on sleep quality and pain.

Material and Methods: The study was carried out with a total of 52 volunteer patients, 26 experimental and 26 control, who were treated in the Palliative Care Service of Bilecik Education and Research Hospital between 01 November 2021 and 30 April 2022, who met the sample selection criteria. Patient Diagnosis Form, Pittsburgh Sleep Quality Index, McGill Pain Scale-Short Form were used to collect research data. The data obtained from the research were analyzed with descriptive statistical methods, Shapiro Wilk, Mix Anova, Mix Ancova test.

Findings: After the back massage applied to the experimental group, it was found that there was a significant increase in sleep quality compared to the control group ($p<0.05$). This shows that there is a significant difference in sleep quality in favor of the experimental group. After the back massage applied to the experimental group, there was a significant decrease in pain scores compared to the control group ($p<0.05$). This situation reveals a significant difference in pain scores in favor of the experimental group.

Conclusion: In this study, as a result of back massage applied to the experimental group for seven days, it was determined that there was a significant effect on sleep quality and pain compared to the control group that did not receive back massage. Accordingly, it was determined that back massage applied to palliative care patients increased sleep quality and reduced pain.

Keywords: Palliative care, sleep quality, pain, nursing care.

This thesis study was supported by Eskişehir Osmangazi University Scientific Research Projects Coordination Unit (Project Number: TYL-2022-2284).

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	Error! Bookmark not defined.
TEŞEKKÜR	Error! Bookmark not defined.
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLO DİZİNİ.....	xi
ŞEKİL DİZİNİ	xii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Palyatif Bakım	5
2.1.1. Palyatif bakım tarihçesi	5
2.1.2. Palyatif bakım hastalarında sık karşılaşılan sorunlar.....	6
2.2. Uyku.....	7
2.2.1. Uyku fizyolojisi ve evreleri	7
2.2.2. Uyku bozuklukları.....	11
2.2.3. Uykunun değerlendirilmesi.....	17
2.3. Ağrı	18
2.3.1. Ağrı tanımı ve tarihçesi	18
2.3.2. Ağrının fizyolojisi	19
2.3.3. Ağrının sınıflandırılması.....	20
2.3.4. Ağrı teorileri.....	23
2.3.5. Ağrının algılanması	24
2.3.6. Ağrının değerlendirilmesi	25
2.3.7. Ağrı yönetiminde kullanılan yöntemler	26
2.4. Masaj Terapi.....	28
2.4.1. Masaj terapinin kontrendikasyonları ve dikkat edilmesi gereken ilkeler	31
2.4.2. Sırt masajının uygulama basamakları.....	32
2.5. Yaşam Modeli	33
2.5.1. Palyatif bakım hastasında yaşam süresi.....	34
2.5.2. Palyatif bakım hastasında günlük yaşam aktiviteleri.....	34
2.5.3. Palyatif bakım hastasında günlük yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler	39
2.5.4. Bağımlılık/Bağımsızlık durumu	41
2.5.5. Palyatif bakım hastasında yaşam modeline göre bireysellik.....	41

2.6. Palyatif Bakım Hastasının Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı	42
2.6.1. Tanılama	42
2.6.2. Hemşirelik tanısı	42
2.6.3. Planlama	43
2.6.4. Uygulama.....	47
2.6.5. Değerlendirme.....	47
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	48
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	48
3.2. Araştırma Hipotezleri.....	48
3.3. Araştırma Değişkenleri	48
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	49
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	49
3.5.1. Araştırmanın örneklem seçiminde dâhil edilme kriterleri;	50
3.5.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri;.....	51
3.5.3. Randomizasyon yöntemi	51
3.6. Verilerin Toplanması	51
3.7. Araştırmanın Uygulanması	53
3.8. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri.....	58
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	58
3.10. Verilerin Analizi	58
3.11. Araştırmaya Sağlanan Destek.....	59
4. BULGULAR	60
4.1. Betimsel İstatistiklere İlişkin Bulgular	60
4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Palyatif Bakım Hastalarının Uyku Kalitesi ve Ağrı Puanına İlişkin Bulgular	62
4.3. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Uyku Kalitesi ve Ağrı Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	65
5. TARTIŞMA	69
5.1. Betimsel İstatistiklere İlişkin Bulguların Tartışılması	69
5.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Palyatif Bakım Hastalarının Uyku Kalitesine ve Ağrı Puanına İlişkin Bulguların Tartışılması	71
5.3. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Palyatif Bakım Hastalarının Uyku Kalitesi ve Ağrı Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
6.1. Sonuç.....	77
6.2. Öneriler	77
7. KAYNAKLAR DİZİNİ	79

8. EKLER.....Error! Bookmark not defined.

EK-1. Hasta Tanılama Formu

EK-2. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu

EK-3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ve Araştırmaya Katılma Onayı

EK-5. İstatistik Verilerine İlişkin Tablolar

EK-6. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik
Araştırmalar Etik Kurulu İzin Belgesi

EK-7. Bilecik İl Sağlık Kurulu Araştırma İzni

EK-8. Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ön İzin Belgesi

EK-9. Turnitin Formu

9. ÖZGEÇMİŞ..... 101

**10. YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI
BEYANI 103**

TABLO DİZİNİ

Tablo 3.1. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiki analizler	59
Tablo 4.1. Ölçeklerin betimsel istatistiklerine ilişkin bulgular	60
Tablo 4.2. Ölçeklerin betimsel istatistiklerine ilişkin bulgular	62
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Uyku Kalitesi ve Ağrı Puanı İzlem Sonuçları (Yedi Günlük)	64
Tablo 4.4. Uyku kalitesi 2*2 Mix Ancova analizi sonuçları	65
Tablo 4.5. Uyku kalitesi post hoc test sonuçları	65
Tablo 4.6. Ağrı puanı 2*3 Mix Anova analizi sonuçları	66
Tablo 4.7. Ağrı boyutu Post hoc Test sonuçları.....	67

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 2.1. Palyatif bakım süreci	6
Şekil 2.2. Uyku evreleri	10
Şekil 2.3. Ağrının algılanması	25
Şekil 2.4. Dünya Sağlık Örgütü, basamak ağrı tedavi sistemi	27
Şekil 3.1. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için yapılan G-Power	50
Şekil 3.2. Araştırma Tasarımı.....	57
Şekil 4.1. Deney ve kontrol grubu hastalarda uyku kalitesine ilişkin bulgular	63
Şekil 4.2. Deney ve kontrol grubu hastalarda ağrı puanına ilişkin bulgular	63
Şekil 4.3. Deney ve kontrol grubu hastalarda uyku kalitesinin 1.4.7. günlerdeki ölçüm sonucu	66
Şekil 4.4. Deney ve kontrol grubu hastalarda ağrı puanının 1.4.7.günlerdeki ölçüm sonucu	67
Şekil 5.8.1. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ölçüm sonuçları Q-Q Plots tablosu	Error! Bookmark not defined.
Şekil 5.8.2. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu ölçüm sonuçları Q-Q Plots tablosu	Error! Bookmark not defined.

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

DDM	: Derin Doku Masajı
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
AIDS	: Acquired İmmune Deficiency Syndrome
VLPO	: Ventrolateral Preoptik Çekirdek
REM	: Hızlı Göz Hareketleri-Rapid Eye Movement
NREM	: Hızlı Olmayan Göz Hareketleri-Non-Rapid Eye Movement
EEG	: Elektroensefalogram
EOG	: Elektro-Okulogram
EMG	: Elektromyografi
SKN	: Suprakiyazmatik Nükleus
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
UUBS-3	: Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması-3
OUA	: Obstrüktif Uyku Apnesi
KLS	: Kleine-Levin sendromu
PUKI	: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi
IASP	:Uluslararası Ağrı Araştırmaları Kurulu (International Association for the Study of Pain)
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
PCC4U	: Palliative Care Curriculum For Undergraduates
WHO	: World Health Organization
WPCA	: Dünya Palyatif Bakım Kurulu
GYA	: Günlük yaşam aktiviteleri
TDK	: Türk Dil Kurumu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hemşirelik uygulamaları, hemşirelik kuramlarına dayanmaktadır. Hemşirelikte kavram ve kuram gelişimi Florence Nightingale öncülüğünde farklı kuramcılarla süregelmiştir. Bu kuramlardan yola çıkarak Nancy Roper, Winifred Logan, Alison Tierney tarafından geliştirilen Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli 12 temel yaşam aktivitesini içermektedir. Bu 12 temel yaşam aktivitesi; nefes alıp verme, iletişim, kişisel bakım ve giyinme, vücut ısını kontrol etme, çalışma, uyuma, hareket etme, boş zamanları değerlendirme, çevreye ilişkin güvenliği sağlama ve sürdürme, beslenme alışkanlıkları, boşaltım alışkanlığı, cinselliğin ifade edilmesi ve ölümdür (Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Alligood, 2014; Birol, 2018). Palyatif bakım hastaları temel yaşam aktivitelerini kendileri gerçekleştirebilecek durumda olmadıklarından hemşirelik bakımına fazlasıyla ihtiyaç duymaktadır. Palyatif bakım hastaları genellikle yorgunluk, uyku bozukluğu, bulantı ve kusma, ağrı gibi şikâyetlerden; giyinme, kişisel temizlik, boş vakitlerini değerlendirme vb. fiziksel ve zihinsel aktivitelerini yerine getirememekten muzdariptir (Chapman & Gavrin, 1993).

Palyatif, Latince kökenli bir kelime olup; hafifletmek, yatıştırmak, geçici çözüm anlamlarına gelmektedir. Palyatif bakım; hastalığından dolayı hayatının son evresine gelmiş, iyileşmesi mümkün olmayan ölümcül hastaların yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefleyen, huzurlu bir ölümü sağlamaya çalışan bakım hizmetidir (Kabalak vd., 2013; Perry & Potter, 2011). Palyatif bakım, yaşam sonu bakım veya terminal bakımla eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (Mechelen vd., 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından palyatif bakıma ilişkin yapılan tanımda birey ve çevresinin karşılaştığı yaşamı tehdit eden durumlarda, hastalığa bağlı fiziksel (ağrı, hareket kısıtlılıkları, kilo sorunları vb.) ve psiko-sosyal (anksiyete, depresyon, ölüm kaygısı vb.) problemlerin erken teşhisi, tedavisi ve değerlendirilmesiyle yine birey ve çevresinin yaşam kalitesini artıran bir bakım şeklinde belirtilmektedir (Elçigil, 2012). Palyatif bakım son yirmi yılda kanser hastalarının tedavisi ile sınırlıyken günümüzde kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), bilişsel bozukluk vb. rahatsızlıkların tedavisini de içermektedir (Mechelen vd., 2012).

Palyatif bakım hastalarında en sık karşılaşılan şikâyet ağrıdır. Uysal ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada; hastaların %90'ının servise kabulü sırasında ağrı yaşadığı bildirilmiştir (Uysal vd., 2015). Palyatif bakımın kalitesinin temel göstergesi hastaların ağrı ve acı çekme durumlarını iyi bir şekilde yönetip hayat kalitesini artırmaktır (Yılbaş & Çelebi, 2014).

Hepsi olmasa bile vücuttaki pek çok rahatsızlık ağrıya neden olur. Ağrı, dokularda oluşan fizyolojik değişikliklerle ortaya çıkan harabiyete bağlı, hoşaga gitmeyen, duygusal ve emosyonel bir deneyimdir. Ancak fizyopatolojik değişiklik ve doku hasarı olmadan da birçok insan ağrı deneyimlediğini belirtmektedir. Ağrı durumu subjektif bir deneyimdir ve her zaman kişiye özeldir (Guyton & Hall, 2006). Yaşam sonundaki hastaların ağrı ve ıstıraplarının dindirilmesi, yaşam kalitesinin güçlendirilmesi sağlık profesyonellerinin etik sorumluluğudur (Carvalho vd., 2018). Kapsamlı bir ağrı değerlendirilmesi için, hasta ağrısı olduğunu ifade ettiğinde hastadan ayrıntılı bir hikâye alınarak ağrıyı ortaya çıkaran sebepler, ağrının ne zaman ve nasıl başladığı, yoğunluğu, ne kadar sürdüğü, sıklık durumu, çeşidi, konumu, artmasına neden olan etmenlerin tanımlanması gerekir (Görgülü, 2014). Ağrı tedavisi için farmakolojik ve nonfarmakolojik tedaviler uygulanmaktadır. Farmakolojik tedaviler; opioidler, nonopoidler, advujan analjeziklerdir. Nonfarmakolojikler ise; fizik tedavi, masaj, gevşeme teknikleri, hipnoz, akupres ve akupunktur etkili olduğu belirtilen yöntemlerdir (Kıvanç, 2017). Bu yöntemler her birinin tek başına kullanılması ağrı tedavisinde yeterli değildir. Everdingen ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada kanserli hastaların %42'sinde analjezik kullanımının yetersiz olduğu bildirilmiş olup bu durumu destekler niteliktedir. Bu yüzden ağrı tedavi ve bakımı farmakolojik ve nonfarmakolojik yaklaşımların birlikteliğini gerektirir (Ergan & Başkurt, 2019). Bu açıdan en yaygın kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden olan masaj ile kasılmış ve gergin durumdaki kaslar sebebiyle ortaya çıkan ağrı, kasların gevşemesi sonucu hafiflemekte ve azalmaktadır. Masaj kasları gevşetmenin yanında dokuların oksijenlenmesini ve vücudun endorfin salgılamasını kolaylaştırarak ağrıyı azaltmaktadır (Arslan & Yücel, 2017; Ovayolu & Ovayolu, 2017).

Palyatif bakım hastalarında sık karşılaşılan diğer bir şikâyet uykusuzluktur (Yıldırım vd., 2020). Uyku, yaşam kalitesini etkileyen; bireyin fiziksel ve ruhsal bakımdan sağlıklı olabilmesi için gerekli temel yaşam aktiviteleri arasında yer

almaktadır (Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Mercadante vd., 2017). Uyku bozukluğu; uykuya dalma güçlüğü, uykuda kalma güçlüğü, sabah erken uyanma veya buna karşılık gelen zayıf uyku verimliliğine sahip, onarıcı olmayan uyku şikâyeti içerir (Mercadante vd., 2015; Yavuzşen vd., 2014). Uykusuzluk nedeniyle bireyde yorgunluk, bezginlik, ağrı hassasiyeti, sinirli ruh hâli, iştahsızlık, boşaltımda zorluk vb. belirtiler meydana gelmektedir (Duruk & Mert, 2020). İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nün (2015) palyatif bakıma ilişkin hazırladığı kitapta Güloğlu; palyatif bakım hastalarının %45 ila %95'inde uyku problemi olduğunu belirtmiştir. Ayrıca palyatif hastalarının çoğunu oluşturan kanser hastalarında da uyku bozukluğu %24-95 arasında geniş ölçüde yaygınlık göstermektedir ve bu tür rahatsızlıkların tedavi bitiminde de devam ettiği belirtilmektedir (Mercadante vd., 2017). Uyku kalitesinin hastaların %50-75 arasında yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir (Mercadante vd., 2015). Uyku kalitesi aynı zamanda ağrıyla da bağlantılıdır. Uyku kalitesinin düşük olması ağrıya olan toleransın azalmasına ve ağrının giderilmesi için daha çok ilaç kullanılmasına ve bu da yine uyku kalitesini etkileyerek olumsuz bir döngünün oluşmasına neden olur. Farmakolojik uygulamalarla sağlanan uyku normal uykunun yerini tutmamakta ve uyku kalitesini düşürmektedir (Watson vd., 2012). Uyku, ciddi hastalık sırasında iyileşmenin önemli parçalarından biridir (Aksu & Erdoğan, 2017). Uyku bozukluklarının fiziksel tedavisinde masaj, gevşeme teknikleri gibi tamamlayıcı tedaviler kullanılmaktadır (İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, 2015). Palyatif bakımda tamamlayıcı tedaviler gevşemeyi sağlama, stres ve kaygıyı azaltma, ağrıyı ve semptomları azaltma ve uyku kalitesini artırmaktadır (Elbi, 2016).

Masaj, pek çok rahatsızlığın giderilmesinde kullanılan en eski tedavi yöntemlerinden biridir. Florence Nightingale 1859 yılında yayınlanan Hemşirelik Üzerine Notlar kitabında masajı anlatmış ve hemşirelik alanında kullanımını sağlamıştır (Gül & Aslan, 2012). Tedavi edici masaj türlerinden biri de Derin Doku Masajı (DDM)'dir. DDM özellikle kronik problem oluşturan boyun, bel, sırt ve omuz gibi gergin alanlara yoğunlaşır. Amaç dolaşımı arttırarak dokuların beslenmesini sağlamak ve iyileşmeyi hızlandırmaktır (Madenci, 2007; Bingölbalı, 2019).

Literatürde (Pubmed, Google akademik, Elsevier vd.) “Palyatif bakım” + “Sırt masajı”, “Palyatif bakım”+ “Ağrı”, “Palyatif bakım”+ “Uyku kalitesi”,

“Palyatif bakım”+ “Masaj” anahtar kelimeleri birlikte ve ayrı ayrı kullanılarak tarama yapılmıştır. Yapılan literatür taramasında palyatif bakım ve sırt masajı ile ilgili çalışmaların kısıtlı olduğu görülmektedir. Çalışmalarda sırt masajından çok genel olarak masaj çalışılmıştır.

Mitchinson ve arkadaşlarının (2013) palyatif bakım servisinde ileri seviye gazilere yaptıkları masaj terapi sonrasında 10 üzerinden değerlendirilen bir ölçekte ortalama 2.10 puan ağrıda azalış olduğu bildirilmiştir. Toth ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu “Metastatik Kanserli Hastalarda Masaj Terapisi: Bir Pilot Randomize Kontrollü Deneme” çalışmasında metastatik kanserli hastaların denek grubuna 1 hafta boyunca masaj terapi uygulanmış kontrol grubuna uygulanmamış ve uygulanan grubun yaşam kalitesinde önemli bir iyileşme olduğu kontrol grubunda ise değişiklik olmadığı belirtilmiştir. Ayrıca denek grubunda ağrı ve uyku kalitesinin iyileşme eğiliminde olduğu bildirilmiştir. Mok ve Woo’nun (2004) yaptığı çalışmada sırt masajı müdahalesi olan inmeli hastalarla, müdahalesi olmayan hastalar arasında önemli ölçüde daha düşük anksiyete düzeyleri, kan basıncı, kalp hızı ve ağrı skorlarına sahip olduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda hastaların sırt masajına olan algılarını belirlemek için açık uçlu sorular yönlendirilmiş ve bazı katılımcılar masajı hemşirelerin ilgisinin bir ifadesi olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Harris ve Richards (2012)’in huzurevinde 65 yaş ve üzeri uyku bozukluğu olan demanslı kişilerde 3 dakikalık yavaş vuruşlu sırt masajının etkilerini ölçtüğü çalışma sonucunda; masaj uygulanan müdahale grubunda (46.1 dakika) kontrol grubuna (10.32 dakika) kıyasla gece uykusunda 36 dakikalık bir artış gözlemlendiği bildirilmiştir. Bu bilgiler ışığında araştırma; palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının uyku kalitesi ve ağrıya etkisini incelemek amacıyla ön test - son test kontrol grup tasarımı, randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak planlandı. Çalışmamız ile, palyatif bakım servisinde yatan terminal dönemdeki hastaları destekleyerek daha etkin, nitelikli ağrı ve uyku kontrolü sağlamada hemşirelik bakımının katkısını tartışabilmeyi düşünmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

Latince “Palliate” kökünden gelen palyatif sözcüğü “rahatlatmak, dindirmek” anlamına gelmektedir (Arıkan, 2016). Türk Dil Kurumu ise palyatif kelimesini “tedavi edici olmamakla birlikte ağrı ve sızıları geçici bir şekilde hafifleten ve dindiren” olarak tanımlamaktadır (Kıvanç, 2017). Günümüze kadar palyatif bakım sadece yaşamın sonundaki hastalarla özdeşleşmişken güncel olarak palyatif bakımın, ızdırabın hafifletilmesini, bununla yaşam kalitesini iyileştirilmeyi esas alarak olabildiğince erken dönemde uygulanması gereken bir bakım olduğu görüşü benimsenmektedir (Atabek Aştı & Karadağ, 2014).

2.1.1. Palyatif bakım tarihçesi

19. Yüzyıl sonları ve 20. Yüzyıl başlarında palyatif bakım, gönüllülük esası ile sağlık profesyonelleri sağlamıştır. 1941 yılında St. Thomas Hastanesi’nde koğuş hemşiresi olarak çalışan Dame Cicely Saunder palyatif bakıma modern anlamda yenilik getirmiştir. Saunder 1944 yılında eğitimini tamamlayarak aynı hastanede sosyal çalışmacı olarak mesleğine devam etmiştir. 1948 yılında terminal dönem kanser hastalarına bakım vermek için haftada birkaç kez gönüllü hemşire olarak çalışmaya başlamıştır. 1957 yılında tıp eğitimini tamamlayarak St. Mary Hastanesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Bölümü’nde terminal dönemdeki hastaların ağrı ve ağrının iyileştirilmesi üzerine klinik çalışmalar yapmıştır. Bu çalışmalar sonucunda “total ağrı” kavramını geliştirmiştir (Dobson, 2017; Ong & Forbes, 2005; Richmond, 2005).

1990’da DSÖ palyatif bakımı küretif ve palyatif bakım olarak iki boyutta ele almıştır. Bu yaklaşımda küretif bakım bittiğinde palyatif bakım başlamaktadır. 2002’de tanımını güncellemiş ve palyatif bakımı “bireyin yaşamı olumsuz etkileyen bir sorunla karşılaşması durumunda, ağrı gibi fiziksel problemlerin yanında psikososyal ve manevi problemlerinin erken dönemde belirlenerek değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesinin önlenmesi; aynı zamanda birey ve ailesinin yaşam kalitesini geliştirmeyi amaçlayan tedavi” olarak tanımlamıştır (WHO, 1990; Radbruch vd., 2020, 2). Palyatif bakım sadece yaşamın sonuna yaklaşmış hastalar için değildir. Palyatif bakım yaşamın her döneminde her yaş grubunda gerekli olabilmektedir. Bu yüzden yaşamın son birkaç ayını

içermediğini anlamak önemlidir. Hastaya daha fazla seçenek sunar, rahatlama ve yaşam sonu ile ilgili konuşma fırsatı vermektedir. Palyatif bakım hasta ve ailesinin istekleriyle uyumlu, klinik, kültürel ve etik standartlar çerçevesinde hastaya ağrısız ve acısız “güzel bir ölüm” sağlayan bakım felsefesidir (Perry & Potter, 2011; Robinson & Holloway, 2017; Gott vd., 2008).



Şekil 2.1. Palyatif bakım süreci (Kaynak: Özçelik, 2020; 78.)

Bireyler palyatif bakımdan kanser, alzheimer, siroz, diyabet, demans, kardiyavasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, parkinson hastalığı, romatoid artrit, Acquired İmmune Deficiency Syndrome (AIDS), böbrek yetmezliği gibi hastalıklar görüldüğünde faydalanmaktadır (Batbaş vd., 2021). Ayrıca bu hasta grubunda sıklıkla ağrı, ajitasyon, anksiyete, iştahsızlık, kaşeksi, asit birikimi, konfüzyon, öksürük, deliryum, depresyon, dispne, halsizlik, zayıflama, hareket edememe, inkontinans, bulantı-kusma gibi semptomlar görülmektedir (Batbaş vd., 2021; Elçigil, 2012; Potter vd., 2003).

2.1.2. Palyatif bakım hastalarında sık karşılaşılan sorunlar

Palyatif bakım hastalarında sıkça karşılaşılan şikâyetlerden biri ağrıdır. Palyatif bakım kalitesinin temel göstergesi hastaların, ağrı ve acı çekme durumlarını iyi bir şekilde yönetip hayat kalitesini artırmaktır (Yılbaş & Çelebi, 2014). Uysal ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada; hastaların %90'ının servise kabulü sırasında ağrı yaşadığı bildirilmiştir (Uysal vd., 2015). Yaşam sonundaki hastaların ağrı ve ıstıraplarının dindirilmesi, yaşam kalitesinin güçlendirilmesi sağlık profesyonellerinin etik sorumluluğudur (Carvalho vd., 2018). Kapsamlı bir ağrı

değerlendirilmesi için, hasta ağrısı olduğunu ifade ettiğinde hastadan ayrıntılı bir hikâye alınarak ağrıya sebep olan etmenler, ağrının ne zaman başladığı, hissedilen şiddeti, süresi, sıklığı, tipi, bölgesi, ağrıyı artıran veya azaltan faktörlerin tanımlanması gerekir (Görgülü, 2014).

Uyku problemleri palyatif bakım hastalarında görülen bir diğer semptomdur (Bernatchez vd., 2018; Mckelvie vd., 2011; Mercadante vd., 2015). Uyku problemleri hastalığa bağlı görüldüğü gibi aynı zamanda yaşa bağlı daha fazla görülen demans, depresyon, akciğer rahatsızlıkları gibi hastalıklarla görülebilmekte; yine kullanılan ilaçlar ve yaşa bağlı melatonin hormonun azalması gibi durumlar uyku problemlerine neden olabilmektedir (Tufan & Bahat, 2017).

Uyku ve ağrı arasında çift yönlü bir ilişki mevcuttur. Örneğin bireyde ağrı meydana geldiğinde uykunun kalitesi düşer ve kısa uykular oluşur. Bu da ağrının eşiğini düşürür ve spontan ağrı artar (Monteiro vd., 2014). Kısa ve rahatsız edici uyku, hiperaljeziye (ağrılı uyarıma karşı artan hassasiyet) ve spontane ağrı semptomlarının (örn., kas ağrısı, baş ağrısı) gelişmesine veya şiddetlenmesine neden olabilmektedir. Zamanla çift yönlü bu döngü kısır bir hal almaktadır. Yetersiz uyku ve ağrı arasındaki bu çift yönlü ilişki hakkında nörokimyasal mekanizmalar hakkında çok fazla bilgiye günümüzde sahip değiliz (Guyton & Hall, 2006; Haack vd, 2019).

2.2. Uyku

Uyku, bireyin duyuşsal veya farklı uyaranlarla uyandırılabilceğı bilişsizlik durumu olarak tanımlanmaktadır ayrıca insanın hem ruşsal hem de fiziksel açıdan sağığının devamı için gerekli temel yaşam aktivitelerinden biridir (Atabek Aştı & Karadağ, 2014). Bu bilinşsizlik durumundan uyandırıldığı için koma ve ölümden ayırt edilir. Uykunun fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları vardır. Büyüme hormonun salgılanması, vitaminlerin kullanılması, adrenal hormanlarının salgılanması, yaraların iyileşmesi, vücudun ve derinin onarılması vb. aktiviteler gece uyku esnasında gerçekleşir (Guyton & Hall, 2006).

2.2.1. Uyku fizyolojisi ve evreleri

Yüzyıllar boyunca uyku, ölümlle ilişkilendirilmiş, uyku esnasında insanın beyin işlevlerinin azaldığına inanılmıştır. Fakat artık yapılan çalışmalar uyku sırasında beynin; biyokimyasal ve fizyolojik süreçleri gerçekleştirdiğı aynı

zamanda bilişsel, hafıza ve öğrenme süreçlerinin sinaptik esnekliğini, iyileşmenin devamını sağladığını göstermektedir (Bora & Bican, 2007). Uyku, sıralı gerçekleşen bir takım fizyolojik olaylarla gerçekleşir. Ön hipotalamustaki döngüler ve endojen ile ortaya çıkan kimyasal faktörlerin hipotalamusun ventrolateral preoptik çekirdeğinde (VLPO) uykuyu başlattığı bildirilmektedir (Şahin & Aşçıoğlu, 2013).

Uykunun düzenlenmesinde üç temel ritmin olduğu, bunların; ultradyan, sirkadiyen ve homostatik süreçlerden oluştuğu bilinmektedir.

Ultradyan ritim

Uyku sırasında REM (Hızlı Göz Hareketleri-Rapid Eye Movement) ve NREM (Hızlı Olmayan Göz Hareketleri-Non-Rapid Eye Movement) sıklısları şeklinde bir günden daha kısa sürede tekrarlayan ritme ultradyan ritim denmektedir.

NREM uykusu:

“Düşsüz Uyku” olarakta adlandırılmaktadır. Fakat burada da rüya görülmektedir. Buradaki rüyalar beyinde pekiştirilemediğinden dolayı hatırlanmamaktadır. NREM uykusu uyumaya başladığımız ilk zamanlarda görülür (Guyton & Hall, 2006). Bu uykuda solunum yavaş ve düzenli, kalp atım oranı az, vücut sıcaklığı düşük olur. REM ve NREM evreleri elektroensefalogram (EEG), elektro-okulogram (EOG) ve elektromyografi (EMG) gibi nörofizyolojik parametrelerle belirlenmektedir (Bora & Bican, 2007). NREM uykusunun da kendi içinde dört farklı (Evre I-II-III ve IV) evresi olduğu bildirilmektedir. Evrelere özgü kriterler Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi tarafından belirlenmiştir. Rechtschaffen ve arkadaşlarının (1968) hazırladıkları el kitapçığında uykunun terminolojisi açıklanmış ve uyku dönemleri günümüzde bu kitapçıktaki bilgiler esas alınarak değerlendirilmektedir.

EVRE I: Hafif uyku ya da uyuklama olarakta isimlendirilir. Uyanıklıktan uyku haline geçiş evresidir. 0.5-7 dakika sürer ve tüm gece uykusunun %1-5’ini oluşturur.. Bu evrede mental durum değişir, kısa düşünceler oluşur ve kısa rüyalar görülebilir. Çoğu kişi burada subjektir olarak kendini uyanık hisseder (Bora & Bican, 2007; Carskadon & Dement, 2011).

EVRE II: Bu evrede göz hareketleri kaybolur, kaslar gevşer, vücut hareketleri azalır. Gece uykusunun %40-50'sini oluşturur. EvreI ve evreII'nin işlevleri halen tam olarak bilinmemektedir (Bora & Bican, 2007; Carskadon & Dement, 2011).

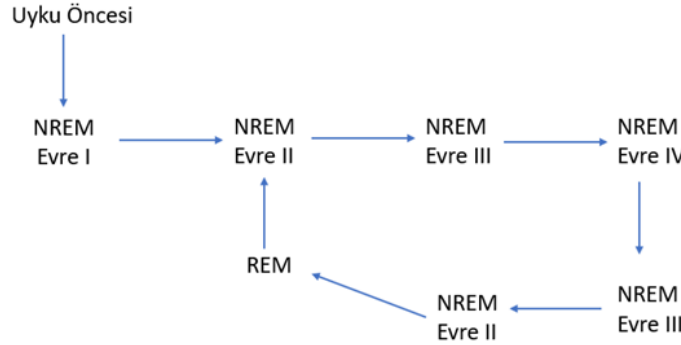
Evre III ve EvreIV: Derin uyku dönemidir ve fiziksel dinlenme burada olur. Çocuklarda büyüme hormonu yetişkinlerde ise hücre yenilenmesi ve onarılması bu evrede olduğu düşünülmektedir. Gece uykusunun %10-15'ini kapsar. Kişiyi uyandırmak bu evrede güçtür (Bora & Bican, 2007; Carskadon & Dement, 2011).

REM Uykusu:

REM uykusunun buluşu 1953 yılında Kleitman ve Aserinsky tarafından bebeklerin aktif uyku sırasında hızlı göz hareketleri ile olmuştur. Aradan geçen birkaç yıl sonra Kleitman ve Dement, yetişkinlerde hızlı göz hareketlerinin belirli beyin dalgaları arasında bir bağlantı olduğunu ve rüyaların bu hızlı göz hareketlerinin olduğu uykuda görüldüğünü ispatlamıştır. REM uykusuna “Paradoks Uyku”, “Desenkronize Uyku” ve “Aktif Uyku” da demektir (Peever & Fuller, 2017). Sağlıklı insanlarda normal bir gece uykusunda REM uykusu 5-30 dakikalık bir dilimi kapsamaktadır (Schenck vd., 1986). REM uykusunda; aktif rüya görme vücudun kas hareketleriyle birliktedir. NREM uykusuna göre REM uykusu duysal uyarılarla daha zor uyanır, aynı zamanda sabah uykudan birey kendiliğinden uyanıyorsa kişi REM uykusundan uyanıyordur. Bu uykuda kas tonusu son derece azalmıştır, kalp ve solunum hızı rüya için olabildiğinde düzensizleşir, REM uykusu aktiftir ve beyin metabolizma hızı %20 oranında artabilir (Guyton & Hall, 2006). REM uyku bozukluğu, uyku kası atonisinin kaybı ve rüya canlandırma ile karakterizedir. Çoğu hasta ilk önce bu durumu nörolojik işlev bozukluğu ile örneğin; parkinson hastalığı, lewy cisimli demans, multi sistem atrofi ile fark eder (Bugalho vd., 2021).

NREM ve REM uykularında dopaminerjik, noradrenerjik, histaminerjik, glutaminerjik, kolinerjiklerin karşılıklı dönüşümleri söz konusudur (Kaul vd., 2021). Gece boyunca NREM ve REM uykusunun birbirini takip eden döngüler şeklinde sürdüğü bu döngüsellüğün ‘resiprokal’ olarak tanımlanan birinin etkisi zayıflarken diğerinin güçlenerek uykuyu ele geçirmesi olarak açıklanmaktadır. Uykuya daldıktan sonra sırasıyla NREM uykusunun 1-2-3 ve 4. evrelerine geçildiği bildirilmektedir (Koo & Kim, 2013). Uykunun yaklaşık ilk 90 dakikasıdan sonra

da REM uyku dönemine geçildiği ve uyku sürecinin başlangıcından REM uyku süresinin bitimine kadarki süre, uyku siklusu olarak tanımlanmaktadır (Koo & Kim, 2013). Bu siklus ortalama 90-120 dk. sürer ve bu siklus bir gecede 4-6 kez gerçekleşir. Bu açıdan uykunun ilk dönemi NREM, ikinci dönemi REM uykusu gerçekleşmektedir (Algın vd., 2016).



Şekil 2.2. Uyku evreleri (Kaynak: Atabek Aştı & Karadağ, 2014: 1101.)

Homeostatik Uyku Düzenlenmesi

Uyku sırasında uykunun dağılmasına ve uyanma sırasında uyku eğiliminin yükselmesine aracılığını homeostatik denge sağlamaktadır (Borb & Achermann, 1999). Homeostatik denge hormonlar tarafından düzenlenmektedir. Başlıca bu hormonlar; kortizol, melatonin, katekolamindir. Bu hormonlardaki herhangi bir değişiklik uyku fizyolojisini etkiler. Ayrıca bu iç dengeyi kafein, stres, alkol kullanımı gibi alışkanlıklarımız da etkilemektedir (Foley vd., 1995). Homeostatik denge, uykuda kaldığımız süre uzadıkça uykuyu destekler ve uyku süresi uzadıkça uyanmaya yardımcı olur. Günün saatinden çok önceki uyku ve uyanmanın uzunluğu ve miktarı hakkında bilgi verir. Ayrıca bu durumdan dolayı ‘uyku-uyanıklık basıncı’ olarak da tanımlanmaktadır (Owens, 2014). Uykudaki homeostatik süreç henüz tam anlamıyla çözülememiştir (Özbay & Bilici, 2016).

Sirkadiyen Saat ve Ritim

Sirkadiyen ritim saat mekanizması temelli olup yaklaşık 24 saati tamamlayan döngü şeklinde tanımlanır. Sirkadiyen, circa (yaklaşık) ve dies (gün) kelimelerinin bir araya gelmesiyle, yaklaşık 1 gün anlamına gelen, latince kökenli ifadedir. Ritmin bir döngüsünü tamamlamak için geçen zaman aralığına periyod, ritmin

başlama ve bitme gibi özelliklerine faz denir. Sirkadiyen ritim ise canlının fizyolojik ve biyolojik yaklaşık bir günlük sürecini ifade eder. İnsandaki uyku-uyanıklık döngüsünün en önemli belirleyicisi sirkadiyen ritimdir. Sirkadiyen ritmin düzenlenmesi anterior hipotalamusta yer alan suprakiazmatik nükleus (SKN) sorumluluğundadır. Sirkadiyen ritmin en önemli düzenleyicisi ışık iken diğer düzenleyiciler sosyal ve fiziksel aktivitelerdir (Akıncı & Orhan, 2016).

Sirkadiyen ritmi düzenlemede melatonin hormonuna bağlı olarak ortamın aydınlık ve karanlık olmasından faydalanılır. Melatonin hormonun sentezlenmesi ve salgılanması gün ışığında baskılanırken gece karanlığında bu hormon uyarılmaktadır (Cagnacci vd., 1992; Pham vd., 2020). İmmün sistem içerisinde önemli bir yere sahip olan melatonin ve kortizol hormonları arasında ters yönlü bir ilişki vardır. Bu durum uykuya yakın saatlerde kendini gösterir. Uykuya yakın kortizol hormonu düşerken -bir iki saat içerisinde- melatonin hormonu pik seviyeye ulaşır. Sağlıklı olmak için bu hormonların dengede olması önemlidir. Bu denge immün sistem hakkında bilgi verirken aynı zamanda kalp hastalığı, depresyon, osteoporoz ve kilo alımı gibi durumların belirlenmesinde kullanılır (Şener, 2010).

Uyku ve dinlenme-aktivite ritimleri sirkadiyen sistem sayesinde idare edilir. Bu sistemdeki herhangi bir bozukluk kanserlere, metabolik bozukluklara, nörodejenaratif hastalıklar gibi pek çok sağlık sorunlarına neden olmaktadır (Park vd., 2021). Meme, over ve kolorektal kanserli bireylerin sirkadiyen saat sistemlerinin değiştiği saptanmış ve bu durumun tümörün artmasına, genel durumun kötüleşmesine yol açtığı bildirilmiştir (Özbayer & Değirmenci; 2011).

2.2.2. Uyku bozuklukları

Uyku bozuklukları çeşitli sınıflandırmalara tâbidir. Sınıflandırma klinik olarak prognoz, patogenezi, hastalığın seyri ve kalıtım gibi birçok konuda bilgi verir. Her bir bozukluğa özgü klinik özellikler sınıflandırma sistemleri sayesinde hastalığın patofizyoloji ve tedavi yanıtı hakkındaki bilgilerimizi geliştirmekte ve gelecekteki araştırmalara ışık tutmaktadır. Uyku ve uyarılma bozuklukları tanısal sınıflandırması ilk olarak 1979 yılında Amerikan Uyku Bozuklukları Derneği tarafından yapılmış olup günümüze değin değişimlere uğrayarak gelmiştir. Değişimler uyku ile ilgili bilgilerimiz arttıkça devam edecektir. Uyku bozukluklarının sınıflandırılmasında birkaç farklı sistem kullanılmıştır. Bu

sınıflandırma sistemlerinin ortak yönü ise patofizyolojiye dayanmasıdır. Bunlardan en bilineni Uluslararası Uyku Bozuklukları sınıflandırmasıdır (Sateia, 2014). Son baskısı 2014 yılında yapılan sınıflandırmanın birincisi 1990, ikincisi 2005 yılında yayınlanmıştır. Bu baskılarda çeşitli güncellemeler yapılmıştır. En belirgin güncelleme önceki baskılarda 8 ana başlıkta toplanan 85 uyku bozukluğunun son baskıda 7 ana başlığa ve 64 uyku bozukluğuna indirilmesidir (Sateia, 2014; Thorpy, 2012).

1. İnsomnia (Uykusuzluklar)
2. Uykuya İlişkin Solunum Bozuklukları
3. Santral Kökenli Hipersomnia (Beyinle Alakalı Aşırı Uyku Şekilleri)
4. Sirkadyen Ritim Bozuklukları
5. Parasomnialar
6. Uyku ile İlişkili Hareket Bozuklukları
7. Diğer Uyku Bozuklukları

Uykusuzluklar (İnsomnia)

Uykusuzluk uykuya dalmada güçlük ve/veya uykuyu sürdürmede yetersizlik olarak tanımlanmaktadır. Gece boyunca uzun süre uyanık kalmaktan ve yetersiz miktarda uykudan dolayı birey güne yorgun başlar. En yaygın uyku şikâyetidir ve belkide ağrıdan sonra en sık görülen sağlık şikâyetidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yetişkinlerin %30 geçici olarak uykusuzluk şikâyeti yaşamaktadır. Kronik uykusuzluğun görülme sıklığı ise %9-12 arasında değişmektedir (Wickwire & Collop, 2010). İnsomnia için kendine özgü kriterler geliştirilmiştir. Bu kriterler sadece uykuya dalmada güçlük, uykuyu sürdürmede güçlük, onarıcı olmayan ya da kalitesiz uyku ile ilgili primer şikâyet değil; aynı zamanda uyku için gerekli olan koşullara rağmen ortaya çıkması ve gündüz şikâyetlerin bir veya birkaçını içerir (Sateia, 2014). Uykusuzlukla ilişkili faktörler arasında kronik stres, kötü uyku hijyeni yer almaktadır. Ayrıca bireyde uykusuzluğun yanlış algısı söz konusudur. Hastalar uykusuzluktan şikâyetçidir fakat uyku bozukluğuna dair objektif bir kanıtı sahip değildirler (Passarella & Duong; 2008).

Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması-3 (UUBS-3) insomniayı şu şekilde sınıflandırmıştır (Sateia, 2014):

- Kronik insomnia bozukluğu
 - Psikofizyolojik insomnia
 - İdiyopatik insomnia
 - Paradoksal insomnia
 - Yetersiz uyku hijyeni
 - Çocukluk dönemi davranışsal insomnia
 - Ruhsal duruma bağlı insomnia
 - Tıbbi durum nedeniyle oluşan insomnia
 - İlaç ya da madde kullanımına bağlı insomnia
- Kısa süreli insomnia bozukluğu
- Diğer insomnia bozuklukları
- İzole semptomlar ve Normal varyantlar
 - Yatakta aşırı zaman geçirme
 - Kısa uykucular

Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları

Uykuya ilişkin solunum bozuklukları, uyku sırasında gözlenen ve şiddetli hâle gelebilen solunum hastalığıdır. Hastalığın patogeneğinde kraniyofasiyal yapılar (adenotonsillerde hipertrofi den kaynaklı üst hava yolu dengesinde bozulma gibi) ve davranışsal faktörler (obezite, yaş, alkol ve sigara tüketimi vb.) etkilidir (DeRosso & Ferri, 2021). Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları üst hava yolunun daralmasına, horlamaya, kısmi tıkanmaya (hipopne), tam tıkanmaya ve hava akışının açıkça kesilmesine (apne) neden olmaktadır (Wickwire & Collop, 2010). UUBS-3 uyku ile ilişkili solunum bozukluklarını şu şekilde sınıflandırmıştır (Sateia, 2014):

- Beyinle ilişkili uykuda solunum durması bozukluğu (Santral uyku apne sendromu)
- Uyku esnasında tıkaçıcı solunum durması bozukluğu (Obstrüktif uyku apne sendromu)
- Uykuyla ilişkili solunum azlığı/oksijen azlığı bozukluğu
- Uyku ile ilişkili diğer solunum bozuklukları

Uyku ile ilişkili solunum bozukluklarından en yaygını olan Obstrüktif Uyku Apnesi (OUA) aynı zamanda sıkça karşılaşılan ikinci uyku bozukluğudur. Yetişkinlerde % 3 ile %7'lik prevalanstır. Aynı zamanda erkeklerde kadınlara

oranla iki-üç kat daha fazla OUA tespit edilmiştir (Wickwire & Collop, 2010). Bu durum serebral palsili çocuklarla normal gelişim sürecindeki çocuklar kıyaslandığında serabral palsili çocuklarda % 15-18 oranında daha sık görülmektedir. Bu durum üst solunum yolu kas tonusundaki fonksiyonel anormallikler ve anormal nöromüsküler kontrole sahip olmalarındandır (DelRosso & Ferri, 2021).

Beyinle ilgili aşırı uyku şekilleri (Santral kökenli hipersomniler)

Santral kökenli hipersomnilerin gün boyu uykulu olma durumu tipik belirtisidir. UUBS-3 beyinle ilgili aşırı uyku şekillerini şu şekilde sınıflandırmıştır (Sateia, 2014):

- Narkolepsi-1,
- Narkolepsi-2,
- İdiyopatik hipersomnia,
- Kleine-Levin sendromu (KLS),
- Tıbbi durumun neden olduğu hipersomnia,
- İlaç ya da madde kullanımının neden olduğu hipersomnia,
- Psikiyatrik bozuklukla ilişkili hipersomnia,
- Yetersiz uykudan kaynaklı bozukluklar

Narkolepsi; santral kökenli hipersomnilerden en yaygın görülen hipokretini salgılayan nöronların kaybıyla ortaya çıkan uyku bozukluğudur. Narkolepsinin klinik bulguları; gündüz aşırı uykululuk, katapleksi (ani kas tonusu kaybı), uyku felci (karabasan), hipnagogik/hipnopompik halüsinasyonlardır (Özdemir vd., 2014). Aynı zamanda idiyopatik hipersomnide de uyanmada zorluklar, aşırı uyku ataleti ve bozulmuş nöropsikolojik fonksiyonlar görülmektedir (Akram, 2020).

Günlük düzen bozuklukları (Sirkadiyen ritim bozuklukları)

Uykusuzluk ve sirkadiyen ritim bozukluklarının birey üzerinde yaşam kalitesi, mesleki ve sosyal hayat, bilişsel işlevsizlik gibi olumsuz etkileri bulunmaktadır (Faulkner vd., 2019). Buna bağlı olarak sağlık hizmeti harcamalarının artmasına, iş gücü kaybına neden olmakla birlikte toplumda çok yüksek maliyetlere yol açmaktadır. ABD’de bu maliyetin yılda 60 milyar doları aştığı tahmin edilmektedir (Landolt vd., 2018). Özellikle hemşirelik gibi vardiyalı çalışan meslek gruplarında sirkadiyen ritim bozukluklarının yaygın görüldüğü

belirtilmektedir (Onur & Ayhan, 2020). UUBS-3 Günlük Düzen Bozukluklarını (Sirkadyen Ritim Bozuklukları) şu şekilde sınıflandırmıştır (Sateia, 2014):

- Gecikmiş uyku aşaması sendromu.
- Erken uyku aşaması sendromu.
- Düzensiz uyku/uyanıklık ritmi, sendromu.
- Serbest gidişli uyku aşaması sendromu.
- Vardiyalı çalışma tipi uyku aşaması sendromu.
- Jet lag tipi uyku aşaması sendromu.
- Başka türlü adlandırılamayan uyku aşaması sendromu.

Bu ritmin en önemli belirleyicisi ışık olduğundan tedavi olarak ışığa maruz bırakma veya karanlığın terapötik etkilerinden yararlanılmaktadır (Faulkner, vd., 2019). Ayrıca sirkadiyen ritmin düzenlenmesinde melatonin hormonu yer aldığından dolayı tedavi yöntemi olarak da kullanılmaktadır. Antihistaminikler, GABA-ergic hipnotikler ve bitkisel özler uzun süreli salınımlı melatonin hipnotik etkinliği artırmaktadır. Bunlara ek olarak benzodiazepinler ve benzodiazepin olmayan pozitif allosterik GABAA reseptör modülatörleri, uykusuzluğun kısa süreli tedavisinde uyku başlangıcını ve sürdürülmesinde kullanılmaktadır fakat hastalarda tolerans gelişimi ve bağımlılık önemli yan etkilerindendir (Landolt vd., 2018; Faulkner vd., 2019).

Parasomniler

Parasomniler uykuyla alakalı anormal davranışlardır. Sınıflandırılması uykunun REM veya NREM uykusunun aşamasında ortaya çıkmasına göre yapılmaktadır (Howell, 2012).

UUBS-3 Parasomnileri şu şekilde sınıflandırmıştır (Sateia, 2014):

- NREM ile ilişkili parasomniler
 - Konfüzyonel (Şuursuz) uyanmalar
 - Uyurgezerlik
 - Uyku terörü (Karabasan)
 - Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu
- REM ile ilişkili parasomniler
 - REM uyku davranış bozukluğu
 - Tekrarlayan izole uyku felci
 - Kâbus bozukluğu

-Diğer parasomniler

- Patlayan kafa sendromu
- Uyku ile ilgili halüsinasyonlar
- Uyku enürezis
- Tıbbi bir bozukluğa bağlı parasomni
- Bir ilaç veya maddeye bağlı parasomni
- Başka türlü tanımlanmamış parasomniler

Kortikol uyarılmaları tetikleyen veya uyku ataletini harekete geçiren koşulların sürekli tekrarlanmasıyla normal uyarılma mekanizmalarının bozulması sonucunda NREM parasomnileri ortaya çıkmaktadır. Uyurgezerlik NREM uykusunun eksik ayrışmasıyla ortaya çıkmaktadır. Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu uzun süre sedatif-hipnotik ilaçların kullanılmasıyla özellikle de benzodiazepinlerin kullanılmasıyla ilişkilidir ve uyku sırasında istem dışı ortaya çıkan yeme-içme nöbetleridir (Howell, 2012). NREM uyku bozukluğu REM uykusuna göre daha nadir görülmektedir. NREM parasomnileri genellikle aile geçişlidir ve 5-25 yaş gruplarında görülmektedir. (Hublin & Kaprio, 2003; John vd., 2014).

NREM ve REM parasomnilerini ayırt etmek, tedavisinin ve prognozunun farklı olmasından dolayı önemlidir. NREM parasomnileri daha çok adölesanlarda mevcut iken REM parasomnileri genç yetişkinlerde görülmektedir. Ayırt edici özellikleri arasında gece nöbetleri, sarhoşluk durumları, ilaç kaynaklı karmaşık davranışlar, panik ataklar ve disosiyatif bozukluklar yer alır (John vd., 2014).

Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları

Uyku ile ilgili hareket bozuklukları, birey uykuya dalmadan önce ya da uyku sırasında ortaya çıkmaktadır (Trotti, 2017). UUBS-3 uyku ile ilişkili hareket bozukluklarını şu şekilde sınıflandırmıştır (Sateia, 2014):

- Huzursuz bacak sendromu
- Periyodik uzuv hareket bozukluğu
- Uyku ile ilişkili bacak krampları
- Uyku ile ilişkili diş gıcırdatma
- Uyku ile ilişkili ritmik hareket bozukluğu
- Bebeklik döneminde iyi huylu uyku miyoklonusu
- Uyku başlangıcında propriospinal miyoklonus
- Tıbbi bozukluğa bağlı uyku ilişkili hareket bozukluğu

-İlaç veya madde kullanımına bağlı uyku ilişkili hareket bozukluğu

Bu bozukluklar uykusuzluğa, uyku kalitesi düşüklüğüne, yorgunluğa ve gündüz aşırı uykululuk haline neden olmaktadır (Merlino & Gigli, 2012). Bu şikâyetler ayrıca uyku ile ilişkili hareket bozukluğu tanısının konulmasında yardımcı olmaktadır (Benbir Şenel & Karadeniz, 2015). Yoğun olarak karşılaşılan huzursuz bacak sendromu ciddi uyku bozulmaları yaratabilirken aynı zamanda diğer kronik rahatsızlıklar kadar yaşam kalitesini düşürmektedir. Başarılı bir tedavi ile bu durum ortadan kalkar. Periyodik uzuv hareket bozukluğu ise orta yaşlı Avrupa nüfusunun dörtte birinden fazlasında görülmektedir (Trotti, 2017).

Diğer uyku bozuklukları

Bu sınıflandırma bölümünde diğer uyku bozukluklarına dâhil edilemeyen uyku bozuklukları yer almaktadır ve iki kategoriden oluşmaktadır. UUBS-3 uyku ile ilişkili hareket bozukluklarını şu şekilde sınıflandırmıştır (Sateia, 2014):

-Appendix A

- Uyku ile ilişkili medikal ve nörolojik hastalıklar
- Fatal familyal insomni
- Uyku ilişkili epilepsi
- Uyku ilişkili baş ağrısı
- Uyku ile ilişkili laringospazm
- Uyku ile ilişkili gastroözofagial reflü
- Uyku ile ilişkili miyokardiyal iskemi

-Appendix B

- ICD-10-CM ile kodlanan madde kullanımına bağlı uyku bozuklukları

2.2.3. Uykunun değerlendirilmesi

Günlük hayatta uyku problemleri çevresel koşullar, hastalık durumu, psikolojik etmenler gibi nedenlere bağlı ortaya çıkmaktadır. Hasta bireylerde ise uyku problemlerinin nedenleri hastalığın özellikleri, patofizyolojisi, cerrahi işlemlere bağlı ağrı ve hastane ortamı şeklinde sıralanabilir (Uzun & Yavşan, 2014). Hasta bireylerin yaşadığı uyku problemleri iyileşmelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Sezgin vd., 2015). Bu nedenle hasta bireylerin uykularının değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Uykunun değerlendirilmesinde standart yöntem polisomnografi'dir. Polisomnografi ile bireyin uyku durumunu değerlendirmek ve uykuda karşılaşılan olumsuz durumları belirlemek için gece boyunca EEG (elektroensefalografi), EKG (elektrokardiyografi), EMG (Elektromiyografi), oksijen satürasyonu, yatma pozisyonu ve vücut hareketleri gibi faktörler ölçülerek kayıt altına alınmaktadır (Rundo & Downey, 2019). Bu ölçüm metodu uykunun değerlendirilmesinde önemli bir standart olarak kabul edilmesine rağmen hastanelerde polisomnografi değerlendirme birimlerinin azlığı, değerlendirmenin uzun sürmesi ve maliyeti gibi nedenlerle kullanımı kısıtlıdır (Güleç & Bilici, 2013). Bu durum kolay uygulanabilmeleri nedeniyle ölçekleri ön plana çıkarmaktadır. Uykunun değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklere örnek; Uyku Hijyen İndeksi, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi(PUKİ), Epworth Uykululuk Ölçeği, Berlin Uyku Anketi, Richard-Campbell Uyku Ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve Stanford Uykululuk Ölçeği şeklinde sıralanabilir (Kurtis vd., 2018).

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Buyse ve arkadaşlarının geliştirdiği Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ölçeğinin Türkçe geçerlilik-güvenirliliğine ilişkin çalışma Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Buyse vd., 1989; Ağargün vd., 1996). PUKİ uyku kalitesini değerlendiren 19 maddelik bir ölçektir. Bu maddelerin her biri 0-3 arasında puan alır. Ölçek nesnel uyku kalitesi, uykunun gecikmesi, uykuda geçirilen süre, uyku alışkanlığı, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlevsellik kaybını değerlendiren yedi alt bölümden oluşmaktadır. Bu alt bölüm puanlarının toplanması ile 0- 21 arasında PUKİ puanı elde edilir. Elde edilen PUKİ puanının 5'den büyük olması %89,6 duyarlılık ve %86,5 özgünlük ile bireyin uyku kalitesinin yetersiz olduğuna işaret etmekte ve yedi alandan en az ikisinde ciddi veya üçünde orta derecede uyku bozukluğu olduğunu göstermektedir (Buyse vd., 1989; Ağargün vd., 1996).

2.3. Ağrı

2.3.1. Ağrı tanımı ve tarihçesi

Ağrı, evrensel olarak bir hastalığın varlığı biçiminde algılanmaktadır. Ağrının başlıca nedeni yaralanma olmakla birlikte herhangi bir nedenle de ortaya çıkmaktadır. Latince'de 'poena' ceza, acı anlamına gelmektedir. Platon, ağrıyı

insan bedeninin içinden kaynaklandığını ve duyuşsal bir deneyim olduğunu dile getirmiştir (Kumar & Elavarasi, 2016).

Eski insanlar hastalıkları ve ağrıyı gidermek için farklı inanç sistemlerine sahipti. Örneğin MÖ 8000’li yıllarda insanların kafasına diriyken delikler açılarak kötü ruhların gideceğı düşünölmekteydi. Yine Eski Çin Uygarlıklarında karşıt iki enerjiye inanılmaktaydı. Bunlar Yin (dişil, negatif, pasif) ve Yang (eril, pozitif, aktif)’dır. Bunların dengesizliğinde ağrı ve hastalıkların ortaya çıktığı düşünölmekteydi. Ağrı anlayışı geliştikçe, modern toplumlar altta yatan fiziksel problemi teşhis edip tedavisine yöneldiler (Silver, 2004). Bir filozof ve bilim adamı olan Descartes acıyı anlamaya yönelik ilk belgelenmiş kaynakla anılabilir. Ağrının ince liflerle beyne iletildiğini iddia etmiştir (DeLeo, 2006). 20. Yüzyılda ağrı mekanizmaları ile ilgili birçok teori ortaya atıldı. Bunlardan en kabul göröleni 1965’de yayınlanan ‘Kapı Kontrol Teorisi’dir. Bu teori Kanadalı psikolog Ronald Melzack ve İngiliz fizyolog Patrick D. Wall tarafından geliştirilmiştir. Aynı dönemlerde rahatsızlığı ilerlemiş olan hastalarda psikolojik, manevi ve bedensel boyutlar içeren “total ağrı” kavramını ileri süren hemşire Cicely Saunders palyatif bakım ve hospislerin temelini atmaya başlamıştır. (Witte & Stein, 2010). 1968 yılında ağrının en bilinen ve klinik olarak faydalı tanımını McCaffery yapmıştır; hastanın söylediğı her şey olarak kabul etmiş ve söylüyorsa vardır olarak tanımlamıştır (Herr vd., 2011). 1974 yılında yetmişden fazla ölk ve üç binden fazla bilim insanının katılımıyla kurulan Uluslararası Ağrı Araştırmaları Kurulu (International Association for the Study of Pain=IASP) ile birlikte ağrıya ilişkin çalışmalar artmıştır. Öyle ki “algoloji” yani “Ağrı Bilimi” ortaya çıkmıştır (Aslan, 2020).

2.3.2. Ağrının fizyolojisi

IASP ağrıyı; vücudun herhangi bir yerinde oluş an doku hasarı sonucu veya kişinin geçmişteki deneyimleriyle algıladığı, hoş olmayan duygu durumuna bağılı bir duyum ve davranış şeklinde tanımlar (Aydın, 2002). Ağrı, sadece fizyolojik olarak doku hasarının varlığında ortaya çıkmaz aynı zamanda psikolojik boyutu da vardır. Nesnel deneyimlerle gözlenmektedir. Ağrıyla ilgili mekanizmaları anlayabilmek için nosisepsiyon kavramı ön plana çıkmaktadır. Nosisepsiyon, özelleşmiş sinir uçlarının (nosiseptör) ağırlı uyar anı algılayarak sinyallere dönüştürmesi ve aksonlar aracılığıyla merkezi sinir sistemine iletmesi; buna karşı

biyokimyasal, fizyolojik, psikolojik önlemlerin harekete geçmesi şeklinde açıklanır (Lamont vd., 2000; Patel 2010; Steeds, 2009). Bu nosiseptörler miyelinli ve miyelinsiz uçlardan oluşmaktadır ve spinal ve trigeminal ganglionlarda bulunmaktadır (Patel, 2010). Bu sinir uçlarından miyelinli olanlar A delta ve beta liflerinden oluşmaktadır. Miyelinli olanlar soğuk veya iyi lokalize olmuş ağrıları duyumlarken; miyelinsiz olanlar ise C liflerini içermekle birlikte zayıf lokalize olan veya ısı ya da mekanik uyarıların neden olduğu ağrıya işaret eder. Ağrılı uyarılar üst merkezlere ilerleyerek kortekse ulaşır ve ağrı olarak algılanır (DeLeo, 2006). Nosisepsiyondan gelen tüm uyarılar ağrı olarak kabul edilirken tüm ağrılar nosisepsiyon kaynaklı değildir (Uyar & Köken, 2017). Ağrı farklı uyarıların ortaya çıkmaktadır. Bu uyarılar mekanik, termal ve kimyasal olarak sınıflandırılmaktadır. Genellikle akut ağrı mekanik ve termal uyarılar ile kronik ağrı ise mekanik, termal ve kimyasal uyarıların tamamıyla ortaya çıkmaktadır (Guyton & Hall, 2006).

2.3.3. Ağrının sınıflandırılması

Ağrı farklı kaynaklarda farklı şekillerde sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmalarda en eski olanı IASP'ın sınıflandırmasıdır. Bu sınıflandırma 5 temel üzerinde ele alınmıştır. Bunlar; ağrının yer aldığı vücut bölgesi, ağrının etkilediği sistemler, ağrının oluşum süresi, hastanın ifadesine göre ağrının şiddeti ve başladıktan sonra geçen süre ve ağrının etiyojisidir (Bouckoms, 1985; Boyd, 2002 Turk & Rudy, 1987).

Ağrının sıkça kullanılan diğer sınıflandırılmasında ise ağrı; başlangıç zamanına, çalışma mekanizmasına ve ortaya çıktığı vücut bölgesine göre üç başlıkta incelenmektedir (Aydın, 2002; Kerr, 1963; Öngel, 2017).

Başlama süresine göre ağrı sınıflaması:

Akut ağrı keskin, batıcı ve hızlı ağrı adlarıyla da bilinmektedir. Ağrılı uyarıdan 0,1 saniye sonra hissedilmeye başlar. En yaygın tanım olumsuz bir kimyasal, termal veya mekanik uyarıya karşı normal, öngörülen fizyolojik yanıt veya cerrahi, travma ve akut hastalıklarda ortaya çıkan ağrı olarak tanımlanmaktadır. Vücudun derin dokusunda akut ağrı görülmez (Carr & Goudas, 1999; Guyton & Hall, 2006). Akut ağrıyı bir hastalık veya yaralanma tetiklemekle birlikte biyolojik bir amaca hizmet etmektedir. İskelet kası spazmı ve sempatik sinir

sistemi aktivasyonu ile ilişkilidir (Grichnik & Ferrante, 1991). Doku hasarıyla başlar yara iyileşmesine giderek azalan ve kaybolan ağrı şeklindedir. Bu ağrı ile birlikte taşikardi, hipertansiyon, solukluk gibi belirtiler vardır. Renal kolik, postoperatif ağrı, myokard infarktüsü gibi akut ağrılar zamanla intermittan (devamı olmayan aralıklarla görülen) özellik kazanabilmektedir. Bu durum 3-6 ayı aşarak daha da devam ettiğinde kronik ağrı olarak kabul görülür (Atabek Aştı & Karadağ, 2014).

Kronik Ağrı diğer adlandırılmalarıyla bulantılı, yavaş, yavaş yanıcı ağrı şeklinde anılmaktadır. Kronik ağrı ağrılı uyaranla birlikte ilk bir saniyede veya daha sonra ortaya çıkmaya başlar ve zamanla artarak devam eder. Bu ağrı türü doku harabiyeti ile birlikte uzun süreli ve dayanılmaz bir hâl alabilir (Guyton & Hall, 2006). Üç ay veya daha fazla zamanda sürekli olan veya tekrarlayan ağrı olarak tanımlanmaktadır. Kronik ağrı aynı zamanda etiyolojisi bilinmeyen nörolojik sebeplerden de ortaya çıkabilmektedir. İdiyopatik nöropatiler bu duruma örnektir (Scholz vd., 2019). Kronik ağrı kendini spontan olarak gösterebildiği gibi çeşitli dış uyaranlarda tetikleyebilmektedir. IASP kronik ağrının çok faktörlü doğasından dolayı kanserle birlikte kronik ağrı sınıflandırmasına 200'den fazla klinik sendromu dâhil etmiştir (Lamont vd., 2000). Kronik ağrıda yaygın olarak kronik sırt ağrısı, fibromiyalji, baş ağrısı ve nöropatik ağrı görülmektedir. Kronik ağrı bireylerin %20'sini etkilemekle birlikte halk sağlığı sorunudur (Williams vd., 2020). Amerikan Ağrı Derneğinin 2010 verilerine göre ABD vatandaşlarının %35.5'i yani 105 milyon kişinin kronik ağrı yaşadığını ileri sürmüştür. Bu durum sağlık harcamalarına yılda doğrudan 100 milyar ABD doları ve ek olarak çalışan süresinde azalmaya neden olduğu tahmin edilmektedir (Melnikova, 2010). Aynı şekilde Birleşik Krallık üçte biri ile yarısı arasında nüfusun kronik ağrı yaşadığı bildirilmiştir (Eccles & Davies; 2021).

Mekanizmalarına göre ağrı sınıflaması:

Nosiseptif ağrı: Bir hasara bağlı olarak kemik, deri ve diğer dokularda görülen nosiseptörlerin uyarılmasıyla oluşan ağrı tipidir (Uyar & Köken 2017). Parlak ışığa, dokunmaya, gürültüye, böcek ilaçlarına, mekanik basınca, ilaçlara ve yüksek ve düşük sıcaklıklara aşırı duyarlıdır (Kumar & Saha, 2011). Tedavisinde opioidler ve non-opioidler kullanılmaktadır (McEntire vd., 2016).

Nöropatik ağrı: IASP nöropatik ağrının “sinir sistemiyle ilgili birincil bir doku bozukluğu veya fonksiyonda bozukluk sonucu oluşan ağrı” olarak bilinen tanımını “doğrudan somatosensoriyel sistemi (kompleks bir duyu sistemi) etkileyen bir doku bozukluğu veya hastalıktan kaynaklanan ağrı” olarak güncellemiştir (Kösehasanoğulları & Yılmaz, 2018; Truini vd., 2013). Nöropatik ağrıyı diğer ağrı türlerinden ayıran en belirgin özelliği nosiseptif uyarı veren mekanizmanın olmamasıdır (Yağcı & Saygın, 2019; Baron vd., 2010).

Diferentasyon ağrısı: Periferik veya merkezi somatosensoriyel sinir sistemine verilen hasar sonucu ortaya çıkan ağrı çeşidi olup şiddetli ağrı ve dirençli tedavi ile karakterizedir. Talamik ağrılar, fantom ağrısı diferentasyon ağrısına örnek olarak verilebilir (Davar & Maciewicz, 1989).

Reaktif ağrı: Motor ya da sempatik afferentlerin refleksi sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla meydana gelmektedir. Bu ağrıya miyofasial ağrılar örnek verilebilir (Atabek Aştı & Karadağ, 2014).

Psikosomatik ağrı: Anksiyete ve depresyon sürecinde olan bireylerin ağrı olarak ifade ettiği duyguların varlığıdır. Bu ağrıya somatizasyon, hipokondriazis örnek verilebilir (Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Aydın, 2002).

Kaynaklandığı bölgeye göre ağrı sınıflaması:

Somatik ağrı: Somatik sinir kaynaklı ağrı türüdür. Ani ve keskindir; tanısı ve yerini belirlemek oldukça kolaydır (Aygın & Var, 2012). Bu ağrı tipi zonklayıcı veya donuk olarak tanımlanabilir. Somatik ağrı genellikle artrit, kemik veya omurga metastazları, bel ağrısı ve ortopedik işlemlerde görülen ağrı tipidir. Tedavisinde steroid olmayan antienflamatuar ilaçlar kullanılmaktadır. Ek olarak kas gevşeticiler, metastron, pamidronatlar da kullanılmaktadır (Fink, 2000).

Visseral ağrı: İç organlardaki ağrı, organlardaki inflamasyonu, enfeksiyonu ve diğer hastalıkların tanısında kullanılan ölçütlerden biridir. Visseral ağrının lokalizasyonu güç olduğu kadar büyük bir ağrıya da neden olmaktadır. Başlaması yavaştır, kunt ve sızlayıcı tarzda bir ağrıdır. Visseral ağrıyı iskemi, organların ani gerilmesi, aşırı kasılmalar uyatabilmektedir. Başka bölgelerde yansıyan ağrı şeklinde de klinik olarak görülmektedir. Kardiyak ağrının sol kola yansıması buna bir örnektir (Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Guyton & Hall, 2006).

Sempatik ağrı: Genellikle damar ve damara bağlı sempatik sinir sisteminin aktivasyonu sonucu yanıcı tarzdaki ağrılardır. Opidler bu ağrı türüne analjezik etki oluşturmaktadır (McMahon, 1991; Schlereth & Birklein, 2008).

a)Derin ağrı: Eklem, tendon, kas ve fasıyada oluşan uyaranlar ciltteki ince liflerle taşınır, künt ve zonklayıcı tiptedir.

b)Yüzeysel ağrı: Kökenini deri ve mukazadan almaktadır (Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Aydın, 2002).

c)Yansıyan ağrı: Hastalar bazen ağrının olduğu bölgeden ziyada daha vücudun uzak bir bölümünde ağrı hissetmektedir. Bu ağrı tarzı genellikle iç organların klinik tanılarında belirti olarak görülmektedir (Guyton & Hall, 2006).

2.3.4. Ağrı teorileri

Primitif teori: Aristo, antik yunan döneminde duyu resöptörlerinin keşfedilmemiş olmasından dolayı acıyı daha çok his olarak görmüş ayrıca ağrı için haz duygusunun antitezi olarak tanımlamıştır (Moayedı & Davis, 2013).

Spesifite teorisi: Max Von Frey 1894-1896 tarihleri arasında ciltteki 4 temel somatosensoriyel (sıcak, soğuk, dokunma ve ağrı duyuları) reseptörlerin varlığını dile getirmiştir. At kıllarından oluşan ‘Von Frey kılları’ olarak tanımlanan şimdi ise esteziyometre olarak adlandırılan ölçüm aletini geliştirmiştir (Schmidt, vd., 1997). Yapmış oldu düzenekle bazı noktaların zararlı basınç bazı noktaların zararsız basınç olduğunu göstermiştir. Böylelikle ağrının bir modelini çıkarmıştır. Ayrıca “nocipient” terimini de kullanmıştır. Daha sonra nosiseptör olarak adlandırılan zararlı uyaranların merkezi sinir sisteminde özel bir alanda sonlandığını tanımlamıştır (Chen, 2011; Moayedı & Davis, 2013).

Pattern (Kalp, Model) teorisi: Goldscheider bu teoriyi, herhangi bir somaestetik duyumun, belirli ve özel bir sinirsel ateşleme modeli tarafından meydana geldiğini ve ağrı duyumunun başlaması için belli bir süre birikmesinin sonucunda hissedildiğini ileri sürmüştür (Chen, 2011; Moayedı & Davis, 2013).

Kapı Kontrol teorisi: Ronald Melzack ve Charles Patrick (1965) ağrı araştırmalarında devrim yaratacak bir teori öne sürmüşlerdir. Teorilerinde, Spesifite ve Pattern teorilerinin bariz farklılıkları olmasına rağmen bu iki teorinin aslında birbiriyle uyum içinde çalıştığını bildirmiş ve nosiseptörlerin (ağrı lifleri) ve

dokunma liflerinin varlığını kabul etmişlerdir. Kapı Kontrol teorisine göre, vücudun periferinden ağrı uyarıları A delta ve C polimodal lifleriyle taşınmakta ve bu lifler uyarıyı medulla spinalisin arkasında bulunan “Substantia Gelatinosa” getirmektedir. Substantia Gelatinosa hücreleri ağrı uyarılarının Trigeer hücrelerine (T hücreleri) iletimini onaylayabilir veya engelleyebilir. T hücrelerinin aktivitesi azaltıldığında kapı kapanır ve uyarıların beyine iletilme ihtimali azalır. Kapı açıldığında bu uyarılar beyine iletilir. Eğer birey daha önce ağrı deneyimleriyle başatmışse korteks sinyal gönderip kapıyı kapattırır. Bireyin deneyimleri olumsuz ise korteks bulunan Substantia Gelatinosa, kapıyı kapattırıcı sinyaller gönderemez ve ağırlı uyarı kapıdan geçerek üst merkezlere ilerleyerek kortekse ulaşır. Böylelikle uyarılar ağrı olarak algılanır (Chen, 2011; Moayedi & Davis, 2013).

2.3.5. Ağrının algılanması

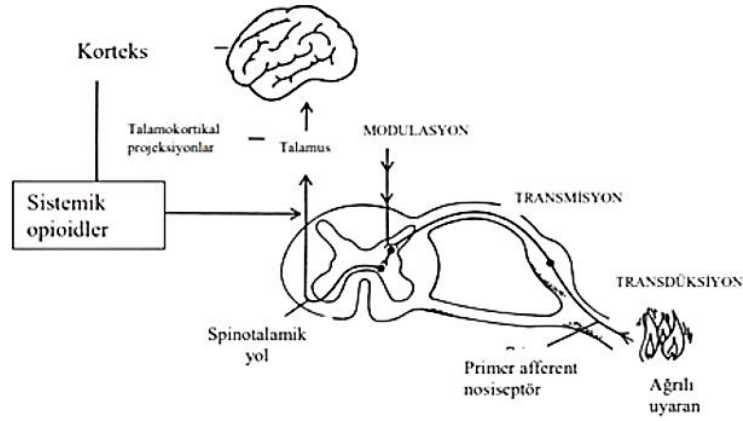
Ağrının algılanması 4 aşamada gerçekleşir;

1-Ağrının hissedilmesi(Transdüksiyon): termal, mekanik ve kimyasal uyarıların duyuşal sinirlerde elektriksel aktiviteye dönüştürüldüğü aşamadır (Fillingim vd., 2016; Fornasari, 2012).

2-Ağrının iletilmesi(Transmisyon): İletinin spinal kord ve beyin aracılığı ile santral sinir sistemine iletilmesi olayıdır (Baron vd., 2010; Cohen & Mao, 2014).

3- Ağrının düzenlenmesi(Modülasyon): Spinal kordda gerçekleşmektedir. Bu evre “Kapı Kontrol Teorisi” ile önem kazanmıştır. Kapının açılması ya da açılmaması burada gerçekleşir. Kapının açılması ile üst merkezlere ilerlemeye devam eder (Lamont vd., 2000; Moayedi & Davis, 2013).

4-Ağrının algılanması (Persepsiyon): Spinal korddan aktarılan uyarının merkeze doğru ilerleyip ağrının algılanması olayıdır. Burada bireyin subjektif emosyonel deneyimleri ve psikolojik durumu ile gelişen uyarının algılandığı son aşamadır (Fillingim vd., 2016; Perry & Potter, 2011).



Şekil 2.3. Ağrının algılanması (Kaynak: Atabek Aştı & Karadağ, 2014; 635)

2.3.6. Ağrının değerlendirilmesi

Ağrının varlığı kişiden kişiye göre değişebileceği için detaylı olarak anamnez almak, hastane yatış süreci boyunca sürekli gözlem yapmak, hasta için uygun ölçüm yöntemlerini kullanarak değerlendirilmesi var olan veya ilerleyen süreçlerde ağrının görülme durumuna karşı yol gösterici kaynak olacaktır (Çöçelli vd., 2008).

Ağrının varlığı hastaya ağrısının olup olmadığı sorularak değerlendirilebilir. Fakat ağrının yoğunluğu, türü, özelliği, bölgesi, zamanla ilgisi gibi durumları belirlemede yetersiz kalacağı için tek boyut ve çok boyut olmak üzere ölçekler geliştirilmiştir (Atabek Aştı & Karadağ, 2014).

Tek Boyutlu Ölçekler

- Sözel Kategori
- Sayısal Ölçekler
- Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)
- Yüz İfadesi Ölçeği
- Burford Ağrı Termometresi (BAT) (Yeşilyurt & Faydalı; 2020).

Çok Boyutlu Ölçekler

- Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu
- Dartmouth Ağrı Soru Formu
- West Haven-Ysle Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi
- Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı
- Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi

-Ağrı Algılama Profili

-Davranış Modelleri (Atabek Aştı & Karadağ,2014).

McGill Melzack Ağrı Soru Formu

Melzack (1987) tarafından geliştirilen McGill Ağrı Ölçeği kısa formunun Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması Yakut ve arkadaşları (2007) tarafından gerçekleştirilmiştir (Melzack, 1987; Yakut vd., 2007). McGill Ağrı Ölçeği kısa formu ağrının duyuşal boyutu, yoğunluğu ve hissedilen etkisini ortaya koymaktadır. Bu bakımdan ölçek üç boyutta ele alınmıştır. Birinci boyutta ağrının özelliklerini ifade eden 15 madde bulunmaktadır. Bu 15 maddeden 11'i ağrının duyuşal, 4'ü ise algısal boyutuna ilişkindir. Bu maddeler 0-3 arası bir yoğunluğu belirten ifadelerle (0= yok, 1= hafif, 2= orta, 3= fazla) derecelendirilmiştir Birinci bölümde duyuşal ağrı skoru 0-33, algısal ağrı skoru 0-12, ve toplam ağrı skoru ise 0-45 arasındadır. Toplam puanın artması ağrının da arttığını göstermektedir. İkinci bölümde hastanın hissettiği ağrı yoğunluğunu belirlemeye yönelik “hafif ağrı” ile “dayanılmaz ağrı” arasında değişen beş kelime grubu yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise hastanın anlık ağrı yoğunluğu görsel kıyaslama yoluyla değerlendirilmiştir (Melzack, 1987; Yakut vd., 2007).

2.3.7. Ağrı yönetiminde kullanılan yöntemler

Ağrı tedavisi için farmakolojik ve nonfarmakolojik tedaviler uygulanmaktadır. Farmakolojik tedaviler; opioidler, nonopoidler, advujan analjeziklerdir. Nonfarmakolojikler ise; fizik tedavi, masaj, gevşeme teknikleri, hipnoz, akupres ve akupunktur etkili olduğu belirtilen yöntemlerdir (Kıvanç, 2017).

Farmakolojik yöntemler

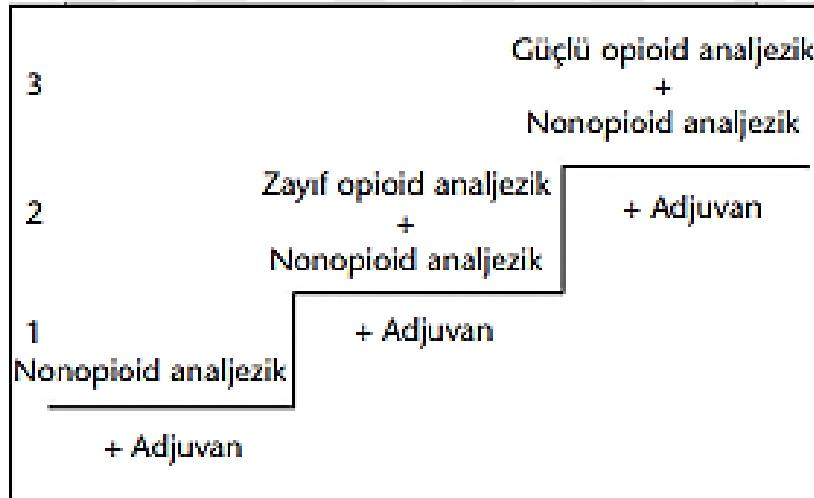
Ağrı tedavisi multidisipliner bir bakış açısıyla tedaviyi yürüten sağlık ekibinin ortak çalışması, bilgi, tutum ve karar verme yeteneklerinden etkilenen önemli bir faktördür. Bunun yanında ağrının tedavisinde en önemli görev hemşireye düşmektedir (Demir vd., 2012). DSÖ ağrı tedavisinde basamak sistemini önermektedir. Birinci basamakta nonopioid analjezikler yer almaktadır (Kabalak vd., 2013).

Nonopioid Analjezikler: Bu grupta en çok nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar yer almaktadır. Antiinflamatuvar etkisi olmayanlar ise parasetamol ve metamizoldur

(Aştı & Karadağ, 2014). Hafif ağrı tedavisinde kullanılabilir. Tromboemboli riski nedeniyle kullanımı sınırlandırılmıştır (Arslan vd., 2013).

Opioid Analjezikler (Narkotik Analjezikler): Genellikle nonopioidlerle ağrı geçmiyorsa ikinci basamak olarak zayıf opioidlere (kodein, tramadol) geçilir. Ağrı bu iki basamaktaki ilaçlarla azalmadığında güçlü opioidlere (morfin, hidromorfon, metadon, levorfanol, meperidin) geçilir (Kabalak vd., 2013). Olası ciddi yan etkileri (solunum depresyonu, dolaşım bozukluğu gibi) göz önüne alınarak başlangıçta yavaş yavaş titre ederek verilmelidir (Özgencil & Akkemik, 2020).

Adjuvan Analjezikler, analjezik olmayan fakat analjeziklerin etkisini artıran adjuvan ilaçlar (antidepresan, antikonvülzan, nöroleptik, kortikosteroid, oral lokal anestezi, anksiyolitik) her basamakta kullanılmaktadır (Arslan vd., 2016). Basamak değiştirirken en az bir tam geçmesi beklenmeli ve analjeziği belirlemede ağrının nedeni ve niteliği dikkate alınmalıdır. Öncelikli uygulama yolu olarak oral yol denenmelidir (Kabalak vd., 2013).



Şekil 2.4. Dünya Sağlık Örgütü, basamak ağrı tedavi sistemi (Kaynak: Kabalak vd., 2013)

Nonfarmakolojik yöntemler

Ağrı tedavisinde yukarıda belirtilen farmakolojik yöntemler tek başına yeterli değildir. Bu nedenle nonfarmakolojik yöntemlere ihtiyaç duyulmaktadır. Son yıllarda farmakolojik yöntemlerin yan etkilerinin belirlenmesi ve bazı hastalarda etkili olmaması nedeniyle nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı artmaktadır

(Erden & Çelik, 2013; Karabulut vd., 2016). Everdingen ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada kanserli hastaların %42'sinde analjezik kullanımının yetersiz olduğu bildirilmiş olup bu durumu destekler niteliktedir. Bu yüzden ağrı tedavisi farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavilerin bir arada olduğu bir yaklaşım gerektirir (Ergan & Başkurt, 2019).

Bu yöntem kolaylıkla uygulanabildiği gibi ekonomik yük getirmediği için tercih edilme nedenlerini artırmaktadır. Bu yöntemler bilişsel-davranışsal teknikler ve periferal teknikler şeklinde iki grupta sınıflandırılabilir (Özveren, 2011).

Bilişsel-Davranışsal Teknikler

- Gevşeme Teknikleri
- Dikkati Başka Yöne Çekme
- Hipnoz
- Bilişsel Stratejiler

Periferal Teknikler (Fiziksel Ajanlar/Deri Stimülasyon Yöntemleri)

- Transkütanöz Elektriksel Sinir Uyarısı (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation-TENS)
- Soğuk-Sıcak Uygulama
- Deriye Mentol Uygulama
- Egzersiz
- Pozisyon Verme
- Terapötik Dokunma
- Masaj

Diğer Nonfarmakolojik Uygulamalar

- Akupunktur
- Aromaterapi
- Meditasyon
- Refleksoloji
- Müzik Terapi (Atabek Aştı & Karadağ, 2014).

2.4. Masaj Terapi

M.Ö. 400'lerde Hipokrat çeşitli rahatsızlıklar için masajın kullanılması gerektiğini belirtmiştir. Bu şekilde pekçok medeniyet ve kültürde masaj terapi

sıklıkla kullanılmıştır. Modern masaj terapi ise İsveçli Henrik Ling (1776-1839) tarafından geliştirilerek günümüzdeki uygulama biçimine ulaşmıştır (Mitzel-Wilkinson, 2000). Ellerin kullanımıyla yerine getirilen masaj terapi “ovma sanatı” şeklinde Hipokrat tarafından isimlendirilmiştir (Doğan vd., 2012). Ovma sanatı olarak da tanımlanan masaj terapi, vücudun rahatlamasını ve iyileşmesini sağlamak için sırt, yüz, üst ekstremité, alt ekstremité ve karına uygulama yaparak yumuşak dokuları manipüle eden sistematik dokunma şeklidir (Jamali vd., 2016; Kang & Kim, 2008). Bu dokunmayla deriyle birlikte, deri altı dokusunu da içeren, kas, iç organ, metabolizma, sindirim, dolaşım ve lenfleri mekanik ve sinirsel boyutta aktive etmektedir (Arslan & Yücel, 2017).

Sırt masajı

Sırt masajının vücuttaki gerilimi azaltmak, gevşemeyi sağlamak, kas ve dokulardaki kan dolaşımını uyarmak ve hızlandırmak gibi amaçları vardır. Bu sayede sırt masajı sedatif etki yaratarak bireyin vücudundaki gerginliğin azalmasına, yorgunluğun giderilmesine yardımcı olur. Aynı zamanda kasılmış ve gergin kasları gevşetmesi nedeniyle ağrıyı azaltmaktadır. Etkin bir sırt masajı için masaj sıralaması öfloraj, petrisaj, firsasyon, perküsyon sırası ile yapılmalı yine öfloraj ile sonlandırılması önerilmektedir (Atabek Aştı & Karadağ, 2014). Ortalama 3-6 dk. uygulama yapılmalıdır. Ayrıca uygulama esnasında sürtünmeyi azaltmak için vücut losyonu veya kremler kullanılmalıdır (Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Çınar vd., 2009).

Masajın kalbe veya büyük lenf düğümleri yönüne uygulanması arteriyel ve venöz kan ile lenfatik dolaşımı hızlandırır. Bu hızlanma sonucunda dokulara giden oksijen ve besin miktarı ile atık maddelerin vücuttan atılması sağlanır. Bu bakımdan masaj kasların daha iyi beslenmesini, travmalarda daha dirençli olmasını, fiziksel gücün en üst seviyede kullanılmasını sağlar. Aktivite sonrası uygulanan gevşetici masaj kasların daha çok dinlenmesini sağlar. Ellerin bireyin vücuduna dokunmasıyla basınç ve germe uyarıları yanısıra ellerde meydana gelen ısı deride bulunan sinir uçları vasıtasıyla omurilik ve beyine iletilir. Masajın psikosedatif etkiside vardır. Kasların gerilmesi sonucu ortaya çıkan ağrılarda, yorgunluk, bitkinlik, gerginlik hisslerinin azaltılmasında masaj etkilidir (Atabek Aştı & Karadağ; 2020; Güney, 2020).

Henrik Ling klasik masaja ilişkin manipölasyonları; öfloraj (sıvazlama), friksiyon (dairese hareketler), petrisaj (yoğurma), tapotmen (vurma) ve vibrasyon (titreştirme) olarak beş temelde gruplandırmıştır (Kara & Ünver, 2019; Doğan vd., 2012). Sırt masajının uygulama basamakları aşağıda ifade edilmektedir.

Öfloraj (sıvazlama): Klasik masajın temel manevrasıdır. Cilt üzerine avuç içleri ile kalp yönüne doğru yapılan sıvazlama hareketidir. Masaja öfloraj ile başlayıp yine bu öfloraj ile bitirilir. Bu manevra cilt ve cilt atı dokuları etkileyerek uygulama yapılan bölgedeki sinirleri, kan ve lenf dolaşımını, ter ve yağ bezlerini uyarmaktadır.

Petrisaj (yoğurma): Kasların manipölasyonunu sağlayan bu manevra parmakların ritmik şekilde kaldırma, yuvarlama, sıkma ve burma hareketlerini barındırır. Çoğunlukla sırt yan kaslarına ve omuz kaslarına uygulanmaktadır. Kasların hamur yoğurur gibi içe ve dışa çekilerek S harfi biçiminde yapılmasıyla kas dokusunu ve venöz dolaşımı uyarılması hedeflenmektedir.

Friksiyon (Kaydırma ve bastırma): İşaret ve orta parmağın üst üste konarak omurlar üzerine yapılan ovma hareketidir. Hareketlendirilmesi amaçlanan bölgedeki deri, derialtı doku veya kaslar değişen kuvvetlerle uyarılmaktadır. Bu sayede cilt altı dokulardaki sıvıların lenf dolaşımıyla atılımını sağlar ve eklem çevresindeki doku sertliklerini yumuşatır.

Perküsyon (vurma): Bu manevra haşur ve tapotman olarak iki ayrılmaktadır.

Haşur: El ve parmakların ulnal kenarıyla kas liflerine transver bir yönde yapılan vurma hareketidir (Tuna, 2004; Perry & Potter, 2011).

Tapotman: Hızlı, kuvvetli ve ritmik vurma hareketleri ile avuç içini kubbeleştirerek yapılan titreşim hareketidir (Tuna, 2004; Perry & Potter, 2011; Yeun, 2017).

Vibrasyon (titreştirme): Vücudun hedeflenen bölgesinde titreşim oluşturarak hareketlendirme olayıdır (Tuna, 2004; Perry & Potter, 2011; Yeun, 2017).

Bu uygulamaların süreleri bireyin gereksinimlerine ve masaj bölgesine göre değişmektedir. Buna göre, sırt masajı genel olarak 15- 20 dk., yüz masajı 5-10 dk., üst ekstremitede 10-15 dk., alt ekstremitede ise 15-20 dk.'dır (Tuna, 2004; Yeun, 2017).

2.4.1. Masaj terapinin kontrendikasyonları ve dikkat edilmesi gereken ilkeler

Masaj terapinin kontrendikasyonları; deri infeksiyonların tromboz, flebit, kırıklar, ateroskleroz, tromboemboli, emboli, ciddi varikoz venler, sinovit gibi durumlardır ve bu durumlarda bireye masaj yapılmamalıdır (Arslan & Yücel, 2017).

Masaj sırasında hem uygulayıcının hem de uygulanan kişinin dikkat etmesi gereken ilkeler bulunmaktadır. Bunlar;

- Masaj uygulanacak yerde sterilizasyon ve sessizlik sağlanmalıdır. Aynı zamanda ortamın ısısı 23-26°C aralığında olmalıdır.
- Bireyin gevşemesini sağlamak için loş bir ışık kullanılmalıdır.
- Masaj uygulanan masanın boyut ve yüksekliği iyi ayarlanmalıdır. Masaj uygulanan bölgede takı vb. aksesuarların bulunmamasına dikkat edilmelidir.
- Masaj esnasında kişi mahremiyetine dikkat edilmeli ve masaj yapılmayan kısımlar örtülmelidir.
- Masajın uygulama yönüne dikkat edilmeli, manevralar kalbe doğru ve kas lifleri yönünde olmalıdır. Aynı zamanda uygulamaya üst kısımlardan başlanmalı ve alt kısımlara doğru ilerlenmelidir.
- Masaj basıncı, uygulanan yer dikkate alınarak kişide ağrı ve rahatsızlığa sebep olmayacak şekilde belirlenmelidir. Deride şişlik vb. durumlar olması hâlinde masaj uygulanmamalıdır.
- Masaj uygulanırken deride sürtünme ve irritasyonu önlemek için kayganlaştıran losyonların (gliserin, hindistan cevizi, vazelin, kakao yağı, ayurveda yağı, hardal yağı, zeytinyağı, susam yağı, badem yağı vb.) kullanımı önemlidir. Losyon bireyi irrite etmemek adına deri üzerine dökülmemeli, uygulayıcının eline dökülerek bölgede kullanılmalıdır. Kullanılan losyonun oda ısısında olmasına dikkat edilmelidir.
- Masaja ilişkin manevralar ritmik bir şekilde devam etmelidir.
- Masaja başladıktan sonra masaj uygulanan bölgeden eller ayrılmalıdır. Masaj uygulayan kişi bireye yalnızca elleriyle dokunmalı vücudunu masaj uygulanan kişiye temastan sakınmalıdır.
- Klasik masajda manevralar uygulanırken kas gruplarının özellikleri ayrı ayrı ele alınmalıdır.

- Masaj uygulaması sonrası kişi bir süre dinlendirilmelidir (Tuna, 2004).

2.4.2. Sırt masajının uygulama basamakları

- 1- Hastaya masaj uygulaması başlamadan önce uygulama hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
- 2- Masaj uygulamasında gerekli olan malzemeler hasta yanına getirilmelidir.
- 3- Hasta mahremiyetini korumak için yatak etrafına paravan çekilir.
- 4- Hastanın bulunduğu odanın pencere ve kapısı kapatılmalıdır.
- 5- El ve kollarda bulunan aksesuarlar (saat, yüzük vs.) çıkartılmalı ve eller yıkanmalıdır.
- 6- Sırt masajı üst ekstremiteye uygulanacağı için hastanın üst çamaşırları çıkarılır, yüzürtü yatış pozisyonuna getirilerek bacaklar ve kalça çarşaf ya da battaniye ile örtülmelidir.
- 7- Yatak yüksekliği, masaj uygulayıcısı olan hemşireyi yormayacak seviyede ayarlanmalıdır.
- 8- Masaj sırasında sürtünmeyi azaltmak aynı zamanda vücudu rahatlatmak için bir miktar sıvı vazelin avuç içine alınmalıdır. Hastayı irite etmemek için bir süre avuç içinde bekleterek ısıtılmalıdır.
- 9- Masaja ilk manipülasyon hareketi olan öfloraj (sıvazlama) manevrası ile başlanmalıdır.
- 10- Sırt masajına petrisaj, friksiyon, perküsyon ve vibrasyon manevraları ile sürdürülmelidir.
- 11- Her manevraya 3-5 dk. süre ayrılmalıdır.
- 12- Bir manevradan diğer manevraya geçerken ve masaj uygulaması sonlandırılırken öfloraj hareketi yapılmalıdır.
- 13- Hemşire, sırt masajı uygularken deri bütünlüğü veya kızarıklık yönünden gözlem yapmalıdır.
- 14- Uygulama sonrası fazla olan losyon havluyla alınmalıdır.
- 15- Hastanın kıyafetleri giydirilmelidir.
- 16- Hastaya masaj sonrası dinlenmesi için uygun pozisyon verilmelidir.
- 17- Enfeksiyonu önleme ve hijyeni sürdürmek için masaj bitiminde eller yıkanmalıdır.

18- Ortamın güvenliği ve düzeni için paravan ve kullanılan malzemeler kaldırılmalıdır.

19- Hastanın gözlem kâğıdına yapılan uygulama kayıt edilir (Büyükyılmaz, 2009; Atabek Aştı & Karadağ, 2014).

2.5. Yaşam Modeli

Hemşireliğin amacı sağlıklı/hasta bireyin gereksinimlerini karşılayamadığı durumlarda insan, çevre, toplum ve sağlık gibi konular temelinde kişinin gereksinimlerini sağlamak olup özünde bireyselleştirilmiş bakım vardır (Bırol, 2018; 23). Bu hemşirelik bakımı sağlıklı/hasta bireyin bütüncül bir bakış açısıyla bakım gereksinimlerini belirleme, bakıma karar verme, uygulama ve değerlendirmeye yönelik çalışmalar olup hedefinde bireyi kendi gereksinimlerini karşılamada bağımsız hale getirmek vardır (Göçmen Baykara, 2014). Gerek verilen hemşirelik bakımının kalitesini artırmak gerekse verilen bakımın bilimsel temelli olması adına hemşire teorisyenler tarafından birçok kuram ortaya koyulmuştur. Bunlardan biri de yaşam modelidir. Bu model Roper, Logan ve Tierney tarafından bireyin günlük yaşam aktivitelerini baz alarak hemşirelik bakımının temel felsefesini oluşturan holistik ve hümanistik bakımı esas alır (Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Bulucu-Böyüksoy vd., 2016).

Bu model özellikle hemşirelik sürecinin tanılama aşamasını kolaylaştırmaktadır. Bu modeli uygulayan hemşire kendine; ‘Hastanın hastalığı nedeniyle hangi yaşam aktivitesi etkileniyor?’, ‘‘Hasta hangi GYA yerine getiremiyor?’’ sorularını sormalıdır. Bu sorularla hemşire hastanın temel gereksinimini saptar. Ayrıca bu model sadece hasta bireyler için değil toplum sağlığı hemşireliğinde de uygulanabilmektedir (Bırol, 2018; Kaya, 2012; Köşgeroğlu & Boğa, 2011; Velioğlu, 2012).

Yaşam modeli birbiriyle ilişkili ve etkileşimli 5 bileşenden oluşmaktadır (William, 2017). Bunlar;

- Yaşam Süresi
- Günlük Yaşam Aktiviteleri
- Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler
- Bağımlılık/ Bağımsızlık Durumu
- Yaşamda Bireysellik

2.5.1. Palyatif bakım hastasında yaşam süresi

Yaşam süresi günlük yaşam aktivitelerine dayalı bakımda önemli bir yere sahiptir. Yaşam döllenme ile başlayıp ölümü de kapsayan bir süreçtir. İnsan yaşamı sürekli bir değişim halinde olduğu için yaşamın her döneminde fiziksel, psikolojik, sosyal-kültürel, çevresel ve ekonomik gelişmelerden etkilenir (Kaya, 2012).

Palyatif bakım yaşamı kısıtlanmış olan her yaş grubuna hizmet vermektedir (Palliative Care Curriculum For Undergraduates-PCC4U, 2018). Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakım hizmeti verilen hasta gruplarını birime yatış oranlarına göre aşağıdaki gibi sıralamaktadır (WHO-World Health Organization, 2019): Kardiyovasküler hastalıklar (%39), Kanser (%34), Kronik akciğer hastalıkları (%10), HIV/AIDS (%6), Diyabet (%5).

Dünya Palyatif Bakım Kurulu (WPCA) ise palyatif bakım verilen hasta gruplarını şu şekilde sıralamaktadır (Lavy vd., 2016, 1). Kanser, Muskulerdistrofi, Son evre demans, Multiple skleroz, Motor nöron hastalıkları, HIV/AIDS.

Bu hasta gruplarıyla birlikte solunum yolları hastalıkları, karaciğer hastalıkları, böbrek yetmezliği, alzheimer, kistik fibroz, kas distrofisi gibi hastalıklar da palyatif bakım gerektiren hastalıklar arasında yer almaktadır (Palliative Care Curriculum For Undergraduates-PCC4U, 2018).

2.5.2. Palyatif bakım hastasında günlük yaşam aktiviteleri

Günlük yaşam aktiviteleri (GYA) on iki aktiviteden oluşmaktadır. Bunların bir kısmı yaşamın devamlılığı için gereken biyo-fizyolojik aktiviteler (güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, solunum, beslenme, boşaltım, beden ısısının kontrolü, hareket, uyku) iken diğerleri ise yaşam kalitesini artıran aktivitelerden (kişisel temizlik ve giyinme, iletişim, çalışma ve eğlence, cinselliği ifade etme) oluşmaktadır (Roper vd., 1996; Velioğlu 2012; Pamuk Cebeci, 2017).

Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi:

Bireyin yaşamını devam ettirebilmesi için gereken güvenli çevre; fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan ele alınmaktadır (Açıkgöz & İbrahimoğlu, 2019). Günlük yaşamımızda yer alan -beslenme, boşaltım, solunum, iletişim gibi- eylemleri bireyin güvenli çevrede gerçekleştirmesi en doğal hakkıdır (Roper vd., 2006). Bu durum bireyin hastane ortamına girdiği andan itibaren de sağlık profesyonelleri

tarafından sağlanmalıdır (Bilgiç vd., 2017). Palyatif bakım merkezlerinde takip, tedavi ve bakım sürdürülürken; enfeksiyonlar, düşme riski, aktivite intoleransına bağlı doku bütünlüğünde bozulmalar, invaziv girişimlere bağlı enfeksiyonlar, uzun süre yatışlardan ve palyatif bakım hastalarının çoğunluğunu ileri yaş hastalar olmasından kaynaklı bası yaraları gibi sorunlar görülmektedir (Özdelikara & Babur, 2020; Terzi & Kaya, 2011). Bu gibi durumların oluşmaması için hemşire tarafından gerekli güvenlik önlemleri alınmalı; hasta korunmalı, desteklenmeli ve gözlem yapılmalıdır (Altun & Şahin, 2021; Bilgiç vd, 2017).

İletişim aktivitesi:

İletişim sayesinde insan kendini ifade ederek ihtiyaçlarını giderirken aynı zamanda diğer insanları anlamaktadır (Ay, 2007; Kaya, 2012; Roper vd., 1996). İletişimin kendini ifade etme boyutu birey hastaneye geldiğinde daha da önem kazanmaktadır. Bireyin rahatsızlığını iyi bir şekilde ifade etmesi uygun tedavi yöntemini bulunmasını kolaylaştıracaktır. Bu bakımdan Palyatif bakım hastasının bakım veren hemşireye kendini iyi bir şekilde ifade edebilmesi – ağrı, anksiyete, ölüm korkusu gibi- ortaya çıkacak problemlerin önüne geçilmesini sağlayacaktır (Okumuş vd., 2014; Terzi & Kaya, 2011; Yaşar vd., 2020).

Solunum aktivitesi:

Solunum aktivitesinin diğer günlük yaşam aktivitelerinden farkı insanların bu aktiviteyi bağımsız bir şekilde sürdürebilmesidir (Roper vd. 1996; Ay, 2007). Palyatif bakım hastaları genellikle solunum güçlüğü (dispne) çekmektedir. Dispnenin ortaya çıkmasına anksiyete, koyu solunum yolu sekresyonu, konjestif kalp yetmezliği, solunum yolu tıkanması hipoksi, plevral efüzyon, pnömoni, pulmoner ödem, pulmoner embolizm, anemi neden olmaktadır (Aydoğan & Uygun, 2011). Bu tip hastalar tedavi sürecinde özellikle solunum sayısı, derinliği, hızı, sekresyonların rengi, içeriği, miktarı, cilt rengi, vücut ısısı, hava yolu açıklığı ve gaz değişimindeki bozulmalar bakımından izlenmeli ve değerlendirilmelidir (Ay, 2007; Birol, 2018).

Yeme ve içme aktivitesi:

Beslenme sayesinde birey yaşamını idam ettirmek için gerekli enerjiyi besinlerden alırken aynı zamanda sağlığını korur ve yaşam kalitesini artırır. Ayrıca büyüme ve gelişme, hastalık sürecinde onarım ve bağışıklığın artmasında beslenme

en temel faktördür (Roper vd., 1996; Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Açıkgöz & İbrahimoglu, 2019). Dengeli beslenmenin yetersizliğinde hastalık riski artarken hastanede yatma süreci de uzatmaktadır (Atabek Aştı & Karadağ, 2014). Palyatif tedavinin en önemli unsurlarından biri de beslenmenin değerlendirilmesi ve desteklenmesidir (Çınar vd., 2016). Palyatif bakım hastalarında hastalığın süreci, uygulanan tedaviler ve bireysel değişkenliklerden kaynaklı yaşam kalitesinde azalma, oral beslenme durumunu etkileyen anoreksiya, mukozitler, kserestomi, gastrointestinal disfonksiyon ve terminal dehidratasyon gibi problemler oluşmaktadır ve bu durum malnütrisyonun çok sık görülmesine neden olmaktadır(Çınar vd., 2017).

Boşaltım aktivitesi:

Boşaltım günlük yaşamın sürdürülebilmesinde önemli bir yeri olan en temel aktivitelerdendir (Kaya, 2012). Vücutta oluşan atık ürünler boşaltım aktivitesi ile atılır. Boşaltımdaki değişim gastrointestinal sistem ya da diğer vücut sistemlerinde herhangi bir problemin habercisidir (Atabek Aştı & Karadağ, 2014). Palyatif bakım hastalarında sıklıkla konstipasyon görülürken aynı zamanda diyare de eşlik etmektedir. Konstipasyon görülme nedeni ağrı için yaygın olarak kullanılan opioidlerden dolayı bağırsak hareketlerinde azalış ve anal sfinkter tonüsünde artışın görülmesidir. Diyarede ise durum hastalığın (örn. kolon kanseri) bir sonucu ve kemoterapi ilaçlarının yan etkisi olarak ortaya çıkmaktadır (Perry & Potter, 2011).

Kişisel temizlik ve giyinme aktivitesi:

Bireyin temizlik ve giyim anlayışı sosyal çevresi, yaşam statüsü, kültürel faktörler ve ekonomik durumla ilintili olarak değişim göstermektedir. Temelde bireyin özgüvenini ve sosyal hayatını olumlu/olumsuz bir şekilde etkilemektedir (Roper vd., 2006; Jenkins vd., 2012).

Palyatif bakım hastalarında ise öz bakım eksikliği ve yaşam kalitesinin azalması nedeniyle kişisel temizlik ve bakım aktivitesinde başka bir bireye bağımlılık artmaktadır. Bu nedenle palyatif bakım hastaları bu durumdan olumsuz etkilenmektedir(Akçiçek vd., 2013).

Vücut sıcaklığının kontrolü:

Birey hayâti fonksiyonlarını devam ettirebilmesi için ısı enerjisine ihtiyaç duymaktadır (Roper vd., 1996; Kaya, 2012). Sağlıklı birey vücut sıcaklığını

dengede tutabilirken, hasta bireyde bu durumda bağımlılık söz konusudur. Hasta bireylerin çevrenin ısısının sağlanması, hava sirkülasyonunu sağlamak, vücut sıcaklığının değerlendirilmesi, bu konudaki ihtiyaçlarının tespit edilmesi ve giderilmesi hemşirenin sorumluluğundadır (Kaya, 2012).

Palyatif bakım hastalarındaki kronik rahatsızlıklar ve bu rahatsızlıkların komplikasyonlarının olması, kanserden kaynaklı bağışıklığın azalması, terminal dönem ve beden zayıflığı gibi nedenler enfeksiyona yatkınlığı arttırmaktadır. Hastaları enfeksiyondan koruyarak ve yaşam kalitesini artırarak mortalite hızlarını azaltmasına ve semptomların kontrolünde başarıyı sağlamaktadır (Kapucu, 2018; Kasar & Yıldırım, 2016).

Hareket aktivitesi:

Hareket, büyük ve küçük kas grupları sayesinde oturma, yürüme, mimikler, el hareketleri vb. aktiviteleri içerir. Bundan ötürü hareket aktivitesi, bireyin bağımlılık ve bağımsızlık durumu önemli derecede etkilidir. Yaş, hastalık, sakatlıklar gibi faktörler hareketi kısıtlamaktadır (Velioğlu, 2012; Roper vd., 1996).

Palyatif bakım hastalarında hastalığın ilerlemesiyle hareket aktivitesinde fonksiyon kayıpları ve bağımsızlığın azalması görülmektedir. Bağımsızlığın azalmasıyla birlikte hastalarda anksiyete, depresyon, yaşam kalitesinde azalış, bakan kişiye bağımlılığın artmasına ve sağlık kurumlarını kullanma ihtiyacının artmasına neden olmaktadır (Bayar, 2015; Çorum, 2021).

Çalışma ve eğlenme aktivitesi:

Çalışma ve eğlenme aktivitesi sosyokültürel yapı ve çevresel faktörlerden etkilenen buna bağlı bireyin sağlığını olumlu ya da olumsuz etkileyebilen günlük yaşam aktivitelerindendir. Bu aktivite bireyden bireye değişkenlik göstermektedir. Çalışma aktivitesi bireyde iyilik ve esenliğe ulaşmada önemli bir role sahipken eğlence aktivitesi sağlığı sürdürücü ve geliştirici sevdiği aktivitelerle yer vermektedir (Velioğlu, 2012; Köşgeroğlu & Boğa, 2011; Kaya, 2012; Roper vd., 1996).

Terminal dönemdeki hastalarda genellikle iş, serbest zaman ve sosyal aktiviteleri yerine getirmede problem yaşamaktadırlar. Bazı palyatif hastalarında taşıma, itme çekme gibi meslek işlerini yerine getirmede zorluk çekerler. Bazı palyatif hastaları ise spor aktiviteleri, tatil yapma gibi boş zaman aktivitelerini

yerine getiremeyebilirler (Huri, 2013). Sosyal aktivitelerinin azalması sadece palyatif hastalarında değil aynı zamanda palyatif hastalarının aile üyelerinde bakım verdikleri için azalış görülmektedir (Balta & Bekiroğlu, 2021; Erdoğan & Yavuz, 2014).

Cinselliği ifade etme aktivitesi:

Cinsellik, insanla bir bütün olan, cinsel kimliği ve yönelimi, erotizm ve sosyal iyilik halini tamamlayan bir kavramdır. Biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları temel alan ve insan neslinin devamını sağlayan önemli bir gereksinimdir (Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Roper vd., 1996; Velioğlu, 2012).

Cinsel davranış sadece cinsel birleşme ile sınırlı kalmayıp dokunma, okşama, öpüşme, sarılma yoluyla fiziksel temas kurmayla da gerçekleşmektedir. Palyatif bakım hastaları yaşamının son dönemlerinde partnerleri ile romantik ilişkilere girecek gücünün dahi olmayabileceğini düşünebilirler. Bu durumda emosyonel ve fiziksel temasla bu doyumunu gidermeye yönelmektedirler (Coşkun & Özerdoğan, 2018; Taylor, 2014; Ayvat & Atlı Özbaş, 2021).

Uyku aktivitesi:

Uyku, insanın hem ruhsal hem de fiziksel açıdan sağlığının devamı için gerekli temel yaşam aktivitelerinden biridir (Guyton & Hall, 2006). Büyüme, gelişme ve hücrelerin yenilenmesi bu aktivitenin uyanıklılık ve uyuma siklusunun devamı ile sağlanmaktadır (Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Roper vd., 1996).

Ölüm aktivitesi:

Ölüm yaşam sürecinin sona erdiği durumdur aynı zamanda günlük yaşam aktivitelerinin hepsini etkilemektedir. Ölüm, ölüm süreci yönünden günlük yaşam aktiviteleri içerisinde yer almaktadır (Roper vd., 1996; Atabek Aştı & Karadağ, 2014).

Palyatif bakım hastalarında ölümle ilgili korkuları genellikle kayıp, yalnızlık, izolasyon yaşaması ve ailenin güçsüzlük hissilerinin olmasıdır. Ölüm hasta ve ailelerinde fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yönden etkilemektedir. Ölüm sürecinin özelliği olan semptom distressi (hastalığın ilerlemesi ile rahatsızlık ve şiddetli acı çekme durumu) ölmekte olan hastalarda sıklıkla görülmektedir (Perry & Potter, 2011; İnci & Öz, 2012).

2.5.3. Palyatif bakım hastasında günlük yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler

Fiziksel faktörler: insan vücudunun anatomik ve fizyolojik özelliklerini barındıran fiziksel faktörler insanın performansını çeşitli nedenlere bağlı olarak etkilemektedir. Bunlar bireyin yaşı, cinsiyeti, vücut ağırlığı, harekette bağımlılık/bağımsızlık seviyesi, kronik ve terminal hastalıklar, ilaç kullanımı vb. durumlardır (Roper vd., 2006; Velioğlu, 2012).

Palyatif bakım hastalarında genellikle ağrı, bulantı kusma, kabızlık, iştahsızlığa bağlı vücut kitle indeksinde azalış görülmektedir (Polat & Atamer, 2020). Palyatif bakım hastalarında fiziksel yük hasta ve hastalık olarak ayrılabilir. Hastaya bağlı fiziksel yükü hastanın cinsiyeti, yaşı, eğitimi ve yan hastalıkları inanç ve gelenekleri oluştururken; hastalığa bağlı fiziksel yükü hastalığın esas odağı, evresi, histolojisi, tümörün tedavi edilebilirliği ve tedavi oluşturmaktadır (Sakin & Ölmez, 2017).

Psikolojik faktörler: Palyatif bakım hastalarında günlük yaşam aktivitelerini etkileyen bir diğer durum psikolojik faktörlerdir. Psikolojik faktörleri bireyin stres durumu, anksiyete düzeyi, duygusal durumu, inanç, değer, tutum ve tavırları oluşturmaktadır (Kaya, 2012).

Palyatif bakımın başarılı olması için hasta ve aileleri zor ve stresli yaşam deneyimlerine hazırlanmasında hemşire vazgeçilmez bir parçadır. Palyatif bakım hastalarında genellikle ölümle ilgili korkular hastanın daha çok kayıp, yalnızlık, izolasyon yaşaması ve ailenin güçsüzlük hissinin varlığıdır. Hastayı rahatlatmak için semptomların yöntemi ve psikolojik terapilere ihtiyaç duyulmaktadır (Perry & Potter, 2014).

Çevresel faktörler: İnsan yaşamını etkileyen faktörlerden bir diğeri çevresel faktörlerdir. Bu faktörleri yaşanan çevrenin özellikleri, sanayileşme ve diğer etmenlere bağlı çevre kirliliğine maruz kalma durumu, gürültü kirliliği ve coğrafi bir takım etkenler oluşturmaktadır (Roper vd., 2006).

Çevre kirliliği savaş, sıtma, AIDS ya da veremden daha çok ölüme neden olduğundan dolayı çevre sorunundan çok sağlık sorunudur. Çevre kirliliği daha çok düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir ve bu ülkelerde çevre kirliliğine gerekli önem verilmemektedir. Bu ülkelerde bulaşıcı özellik taşımayan kronik hastalıklar, öğrenme problemleri, kanser ve kronik akciğer hastalıkları çevre

kirliliğinin yol açtığı zararlardan dolayı daha çok görülmektedir. En az 12.6 milyon insan her yıl başta hava kirliliği olmak üzere önlenabilir çevresel sebeplerle ölmektedir.

- Hava kirliliği kaynaklı rahatsızlıklar: Kronik bronşit, astım, amfizem
- Su kirliliği kaynaklı rahatsızlıklar: Kolera, tifo, amipli dizanteri
- Gürültü kirliliği kaynaklı rahatsızlıklar: Başta işitme kaybı olmak üzere
- Radyoaktif kirliliği kaynaklı rahatsızlıklar: Ciltte oluşan tahriş, kanser, ishal, mide bulantısı, kusma, saç dökülmesi ve deri altı kanamasına bağlı olarak oluşan yaralar.

Çevresel etkenlere bağlı oluşan hastalıkların geneline bakıldığında sinir sistemi ve nöro davranışsal hastalıklar, deri hastalıkları, akciğer hastalıkları, kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, karaciğer hastalıkları, böbrek ve idrar yolu hastalıkları, tiroit hastalıkları, bağışıklık sistemi hastalıkları, kadın ve erkek üreme sistemi hastalıkları gibi örneklerle bir çok alanda karşımıza çıkmaktadır (İbadullayeva, vd., 2019; Şentürk & Sarioğlu Cebeci, 2019).

Sosyokültürel faktörler: Sosyokültürel faktörler içinde kültürel değişkenler, günlük konuşma dili, mesleki değişkenler, toplumsal yargılar gibi özellikler yer almaktadır (Roper vd., 2006; Kaya, 2012).

Her toplum farklı sosyo-kültürel özellikler taşımaktadır. Bundan dolayı hastaların kendini ifade etmesinde, konuşma ve duygularını dışa vurmasında farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Hasta bireylerin sağlık profesyonellerine yönelik davranışları kişilik yapıları ve hastalığına olan çeşitli yargıları nedeniyle değişebilir. Bireyin hastalığı ceza olarak düşünmesi, iyileşmeye dair inancı bulunmaması nedeniyle tedaviye dâhil olmayabilir ya da hastalığı bireylerle iletişim kurmanın farklı bir yolu olarak görüp sağlık profesyonellerine işbirlikçi olabilir (Kalender & Sütçü Çiçek, 2014).

Politik-Ekonomik Faktörler: Bireyin gelir durumu, işi, sağlık güvencesi, sosyal uğraşları, ekonomik bağımsızlık durumu politik ekonomik faktörleri oluşturmaktadır (Velioğlu, 2012). Palyatif bakım hizmeti daha çok gelişmiş ülkelerde verildiği düşünülmektedir. Düşük ekonomik gelirli ülkelerde palyatif bakım hizmeti mali olarak sorun oluşturmaktadır (Demir, 2016).

2.5.4. Bağımlılık/Bağımsızlık durumu

Bireyler yaşamlarının bazı dönemlerinde yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük çekmektedir. Bu durum bireylerin bağımlılık ve bağımsızlığını etkilemektedir. Bireylerin bağımlılık ve bağımsızlığı sürdürebilmesi yaşam aktivitelerinin her biri için önemlidir (Roper vd., 2006).

Palyatif bakım ihtiyacı olan hastalar günlük yaşam aktivitelerinde fonksiyon kaybı, bağımlılık ve harekette kısıtlılık yaşarlar. Bu durum bireyde uykusuzluk, ağrı, yorgunluk, depresyon, beslenme bozuklukları, nörolojik ve muskuloskeletal problemler, mesane ve bağırsak disfonksiyonu tedavilerden kaynaklı komplikasyonlar ve komorbiditeleri içeren çeşitli olumsuzluklara neden olmaktadır (Bayar, 2015).

Palyatif bakım hastalarının çoğu hastalıkları sırasında günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olabilmeyi istediklerini belirtmektedir. Hastaların fiziksel durumlarında yaşadıkları olumsuzluklar yaşamlarına etki ederek depresyon, yaşam kalitesinde azalma, bakıcıya bağımlılık ve sağlık kaynaklarına sıkça ihtiyaç duymaya neden olmaktadır. Hastaların fiziksel gücü, yatak süreleri ve bağımsızlıkları palyatif hastaları için yaşam kalitesinin durumunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada kanser hastalarının fiziksel yetersizlik ve bağımlılık hissetmelerinin kanser hastalarının intihar isteme sebebi olarak ortaya çıktığı bildirilmiştir

2.5.5. Palyatif bakım hastasında yaşam modeline göre bireysellik

Gelişen hemşirelik bakımında hastaların bireyselliği ve otonomisi önem arz etmektedir. Hemşire hastanın tekliğini dikkate alarak bireyselleştirilmiş bakım verir. Bireyselleştirilmiş bakım ise hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarını, değer inançlarını ve kültürel değerlerini önemseyerek, birey ile işbirlikçi tavırla sunulması olarak tanımlanmaktadır (Karayurt vd., 2018). Bireylerin yaşam evresi, bağımlılık/bağımsızlık durumu, tek ve eşsiz olmaları nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri farklılaşmaktadır (Kaya, 2012).

Palyatif bakım hastasında fiziksel ve sosyal aktivitelerde kısıtlılık, yetersizlik, bağımlı olma gibi durumlar nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede yardım ve desteğe ihtiyaç duymaktadır (Köşgeroğlu & Boğa, 2011). Bu yüzden palyatif bakım hastalarının bireyselleştirilmiş bakımında sorunlar tanımlanır,

planlama yapılır, doğru uygulamalar ve sonuçların değerlendirilmesiyle bakım süreci devam eder (Can, 2013).

2.6. Palyatif Bakım Hastasının Bireyselleştirilmiş Hemşirelik

Bakımı

Palyatif bakım hastasının hemşirelik bakımında; bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının belirli bir aşamalı süreçle verilmesinden dolayı hemşirelere kılavuz niteliği taşımaktadır. Hemşire, bu süreç için kendine belirlediği model (örn. Yaşam Modeli) doğrultusunda ortaya çıkardığı objektif ve subjektif verilerle hemşirelik tanılarının ortaya koyulmasıyla planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarını gerçekleştirebilir (Acaroğlu vd., 2012; Pamuk Cebeci, 2017).

2.6.1. Tanılama

Türk Dil Kurumu'nun tanımına göre hemşirelik "Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık hâlinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu, bilim ve sanattan oluşan sağlık disiplini"dir (TDK, 2021). TDK'nin hemşirelik tanımında da geçtiği gibi hemşirelik sürecinin önemli bir aşaması olan tanılama, uygun veri toplama, verilerin gruplandırılması ve verilerin analizi sonucunda planlama, planın uygulanması ve yapılan uygulamanın değerlendirmesi basamaklarından oluşmaktadır (Biol, 2018; Kaya vd., 2010). Tanılama için gerekli veriler objektif ve subjektif olarak gruplandırılır. Bu verilerden subjektif olanlar palyatif hastasının veya yakının ifadeleridir. Hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin değerlendirmeleri ise objektif verileri oluşturmaktadır. Palyatif hastasında tanılama kliniğe girdiği anda hemşirelik öyküsüyle başlar. Bireyin sağlık öyküsünde fiziksel, duygusal, sosyal, entelektüel ve içsel boyutlar ayrıntılı olarak ele alınır (Acaroğlu vd., 2012; Basit, 2020; Biol, 2018). Toplanan veriler Yaşam Modeli rehberliğinde sistemli ve kapsamlı bir şekilde gruplandırılır. Bu gruplandırmalar sonucunda hemşirelik tanıları konulan palyatif bakım hastası bir bütün olarak ele alınır (Erer vd., 2017; Biol, 2018).

2.6.2. Hemşirelik tanısı

Palyatif bakım hastasından elde edilen veriler doğrultusunda hastanın mevcut ve olası problemleri belirlenerek hemşirelik tanısı ortaya konur. NANDA International (NANDA-I) “Hemşirelik Tanısı”nı, bireyin mevcut veya olası sağlık sorunları ya da yaşam süreçlerine ilişkin yanıtlar çerçevesinde klinik bir karar olarak tanımlamıştır. Buna göre hemşirelik tanısı hasta için belirlenen hedefler doğrultusunda hemşirelik girişimlerine yol göstericidir. Burada hemşire tıbbi tanının yanında hastanın fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel, çevresel ve ekonomik boyutlarını dikkate alarak girişimlerde bulunur (Acaroğlu vd., 2012).

Palyatif bakım hastasında yaygın olarak karşılaşılan sorunlardan elde edilen hemşirelik tanıları; kronik ağrı, uykuda bozulma, enfeksiyon kapma riski, deri bütünlüğünde bozulma riski, konstipasyon, beden gereksiminden az beslenme, sosyal izolasyon, beden imajında bozulma, ölüm anksiyetesi, yas tutma tanıları sıralanabilir.

2.6.3. Planlama

Palyatif hastasında, belirlenen sorunlar önem sırasına göre sıralanarak, çözüm odaklı hemşirelik uygulamaları belirlenir. Bu evrede bakım hedefleri, bakımdan beklenen sonuçlar ve uygun hemşirelik girişimleri planlanır. Planlama yapılırken bireye özgü özellikler, hastalıktaki değişimler ve bu değişimlerin bakıma yansımaları dikkat alınmalıdır (Bırol, 2018; Basit, 2020).

Aşağıda, palyatif bakım hastasında sık karşılaşılan hemşirelik tanıları (kronik ağrı, uyku örüntüsünde ve deri bütünlüğünde bozulma, dengesiz beslenme), ilişkili faktörler, beklenen hasta sonuçları ve bakım girişimleri ele alınmıştır.

Kronik ağrı

Tanım: IASP’ın tanımına göre vücudun belli bölgesinde görülen doku hasarına bağlı, bireyin eski tecrübeleriyle ilişkili hoş gitmeyen durumlardır (Uyar & Köken, 2017).

Tanımlayıcı özellikler: Belli bir zaman diliminde her yere yayılmış bir ağrının belirtilmesi, sosyal ve aile ilişkilerinde bozulma, uyku sorunları, harekette kısıtlılık kendine odaklanma, anksiyete, depresyon, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürememe (Atabek Aştı & Karadağ, 2014).

İlişkili faktörler: Uyku düzeninde değişiklik, kronik kas-iskelet sistemi sorunları, kronik fiziksel ya da psikososyala yetersizlik(örn, metastatik kanser), emosyonel distres, yorgunluk, metabolik fonksiyonlarda bozulma, malnütrisyon, sosyal izolasyon, timör infiltrasyonu (Wilkinson & Barcus, 2018).

Amaç/beklenen hasta sonuçları: Tedavisürecinin ardından bireyin ağrısının geçtiğini belirtmesi ve günlük yaşam aktivitelerini rahat bir şekilde yerine getirmesi beklenmektedir (Atabek Aştı & Karadağ, 2014).

Hemşirelik girişimleri:

1. Ağrının yeri, şiddeti, vd. faktörleri belirlenir.
2. Ağrının fizyolojisi ile anksiyete, korku gibi belirtiler yönünden hastanın gözlemi yapılır.
3. Ağrıya ilişkin hastanın kendini ifade etmesi sağlanır.
4. Yapılacak tedavi uygulamalarına ilişkin hastaya açıklama yapılır.
5. Farmakolojik uygulamaların yanı sıra tamamlayıcı olarak nonfarmakolojik tedavilere yer verilir.
6. Kullanılan analjeziklerin etkisi değerlendirilmeli ve yan etkileri azaltmak adına uygulamalara yer verilmelidir.
7. Ortamdaki gereksiz ışık ve gürültüler en aza indirilmelidir.
8. Hastanın ağrıyla baş etmesini sağlamak için gerekli dinlenme süreleri planlanır.
9. Bireyin yaşadığı ağrıya ilişkin yanlış inançları belirlenmeli ve buna ilişkin gerekli eğitimler verilmelidir. (Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Bayındır & Ünsal, 2015; Uysal & Karataş, 2017).

Uyku örüntüsünde bozulma

Tanım: Dış nedenlerden dolayı uyku miktarında ve kalitesinde belirli bir süre sekteye uğraması (Carpenito-Moyet, 2012).

Tanımlayıcı özellikler: Günlük aktiviteleri gerçekleştirme zorlanma, uykuya geçmede zorluk, dinlenemediğini dile getirme, normal uyku örüntüsünde bozulma (Wilkinson & Barcus, 2018; Carpenito-Moyet, 2012).

İlişkili faktörler: Hastane ortamı, uzamış fizyolojik rahatsızlıklar, uygulanan tedaviler, uyku bölünmeleri (tedavi, takip, laboratuvar testleri vs.) (Wilkinson & Barcus, 2018).

Amaç/beklenen hasta sonuçları: Etkin uykunun sağlanması, hastanın yeterli uyku uyuduğunu ve dinlenmiş olduğunu belirtmesi (Dane vd., 2018).

Hemşirelik girişimleri:

1. Hastanın tedaviyle ilgili ve çevresel faktörler açısından değerlendirilir
2. Hastanın uyku alışkanlıkları saptanır.
3. Hastanın varsa korku ve endişelerini dile getirmesi için teşvik edilir.
4. Ağrısı mevcut ise bu durumu giderecek girişimler belirlenir. Analjezik ilaç kullanımı uyku düzenine belirlenir.
5. Ortamdaki gürültü ve seslerin azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılır.
6. Hemşirelik girişimleri uyku sürecine denk getirilmeyecek şekilde planlanır.
7. Akşam kafeinli içecek alınımının azaltılması yönünde eğitim verilir.
8. Gece uykunun bölünmemesi için gece sıvı alımı kısıtlaması yapılır ve yatmadan önce idrarını yapması sağlanır.
9. Uykuya hazırlık sürecinde gevşemesini sağlamak, mevcut olan ağrısını gidermek için masaj terapi önerilir (Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Eraydın & Uçar, 2020).

Deri bütünlüğünde bozulma riski

Tanım: Vücutta kuruluk, stres, rahatsızlıklar, ilaç kullanımı(glukokortikoidler vb.), beslenmede yetersizlik, çevresel faktör(uv ışınları, sıcak, soğuk vb.) enfeksiyonlara bağlı doku hasarı (Craven vd., 2015; Kılıçarslan Törüner vd., 2011).

Tanımlayıcı Özellikler: Epidermin (deri yüzeyinin) ve dermin (deri katmanları) hasar alarak bozulması (Wilkinson & Barcus, 2018).

İlişkili Faktörler: Yaşlılık, nemli ortam, ateş, ilaç kullanımı, yetersiz besin alımı, düşük bağışıklık, Duyularda bozukluk, dolaşım bozukluğu (Wilkinson & Barcus, 2018).

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları: Yataktan çıkamayan hastalarda rahatlığın ve güvenliğin artırılması ve komplikasyonları kontrol altına almak, bağırsak boşaltımında peri-anal deri bütünlüğünü sağlamak, kan dolaşımının artırılması, hastanın risk durumunu belirlemek için standart risk değerlendirme araçlarından olan Braden Ölçeği kullanmak, fekal ve üriner inkontinas açısından hasta

değerlendirilir, beslenme durumu takip edilir (Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Craven vd., 2015; Eraydın & Uçar, 2020; Wilkinson & Barcus, 2018).

Hemşirelik girişimleri:

1. Hastanın cildi Braden ölçeği ile değerlendirilir.
2. Hastanın cildi kuru ve temiz tutulur.
3. Terletmeyen kıyafetler seçilmelidir.
4. Yatak çarşafı kuru temiz olmalı ve kırışksız şekilde düzenlenmelidir.

Hastaya ve yakınlarına deri bütünlüğünün öneminden sağlığın devamındaki rolünden ve iyileşmedeki faktöründen bahsedilir ve bu konuda eğitim verilir (Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Craven vd., 2015; Eraydın & Uçar, 2020; Tavşanlı & Eş, 2019).

Dengesiz beslenme: Beden gereksiniminden az

Tanım: Beslenmenin metabolik faaliyetlerini karşılamada yetersiz kalması (Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Yağmur, 1994; Wilkinson & Barcus, 2018).

Tanımlayıcı Özellikler: Vücut kitle indeksinin %20'den az olması, günlük verilen gıda miktarından az gıda alımı, kötü kas tonüsü

İlişkili Faktörler: Kronik rahatsızlığının varlığı, çiğneme ve yutma zorluk, iştahsızlık, bulantı varlığı (Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Wilkinson & Barcus, 2018).

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları: Vücut kitle indeksi %20'nin üzerinde tutularak kilosunun korunması, günlük yaşam aktivitelerini karşılayacak enerjiye ve ayrıca bağışıklığını güçlendirecek derecede enerji gereksinimini sağlanması (Oğur, 2021; Yazıcı & Ünal, 2021).

Hemşirelik girişimleri:

1. Hastanın laboratuvar değerleri (hemogtokrit, glukoz, hemogram vb.) fiziksel değerleri (boy, kilo, BKİ, vücut deri kıvrımları vb.) değerlendirilir.
2. Hastanın yiyecek/içecek alım durumu değerlendirilir.
3. Hastanın önerilen diyeti öğrenebilme, uygulayabilme durumu takip edilir.
4. Hastanın motivasyonu artırılır.

5. Bulantısını azaltmaya yönelik az az sık yemesi önerilir.
6. İştahını arttırmak için sevdiği besinler tercih edilir.
7. Hastanın oral hijyenine dikkat edilir.
8. Hasta ve ailesine beslenmenin önemi hakkında bilgi verilir (Atabek Aştı & Karadağ, 2014; Craven vd., 2015; Dilek vd., 2018; Eraydın & Uçar, 2020; Serpici & Demirbağ, 2018; Wilkinson & Barcus, 2018).

2.6.4. Uygulama

Bu aşamada hemşire, oluşturduğu bakım planında belirlediği hemşirelik girişimlerini holistik bakış açısıyla uygular. Uygulayacağı girişimlerde çoklu disiplin ekip yaklaşımını göz önünde bulundurmayı ihmal etmemelidir. Uygulama aşamasında;

- Hasta/hastanın velisi (vasisi) planlanan tedaviler hakkında bilgilendirilerek izin alınmalı,
- Planlanan tedaviler gözden geçirilmeli, beklenen sonuçlar takip edilmeli,
- Hasta mahremiyetine dikkat edilmeli,
- Yapılan uygulamalar gözden geçirilmeli,
- Hasta/hasta yakını ve sağlık profesyoneli arasında güvenli ilişkiler geliştirilmeli,
- Hastanın uygulamaya verdiği yanıtlar kayıt edilmeli ve değerlendirilmelidir (Biro, 2018; Savcı, 2020).

2.6.5. Değerlendirme

Hemşire bütüncül bakımı sonrası, hastada değişmesi beklenen sonuçlar değerlendirir. Bu değerlendirme sürecinde:

- Hastada var olan ve olası problemlerin giderilmesi için tanılama yapılır,
- Objektif ve subjektif veriler toplanır, değerlendirilir ve karar verilir,
- Değerlendirme sonucunda problemler ortadan kalkmış ise sürece son verilir. Eğer problem giderilmediyse bakım planı gözden geçirilip gerekli düzenlemeler yapılır
- Gerekirse değişen ihtiyaçları belirlemek için tanılama evresine tekrar dönülerek süreç tekrarlanır (Acaroğlu vd., 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının uyku kalitesi ve ağrıya etkisini incelemek amacı ile ön test- son test kontrol grup tasarımlı, randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak planlandı.

3.2. Araştırma Hipotezleri

Araştırma hipotezleri;

H1₁ : Palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının uygulanmayanlara göre uyku kalitesine etkisi vardır.

H1₂ : Palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının uygulanmayanlara göre ağrı düzeyine etkisi vardır.

H1₃ : Palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının hastaların uyku kalitesinin zamana göre farklılaşmasına etkisi vardır.

H1₄ : Palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının ağrı düzeyinin zamana göre farklılaşmasına etkisi vardır.

H1₅ : Sırt masajı uygulanan palyatif bakım hastalarının ağrı düzeyi azaldıkça uyku kalitesi artmaktadır.

Literatürde (Pubmed, Google akademik, Elsevier) “Palyatif bakım” + “Sırt masajı”, “Palyatif bakım”+ “Ağrı”, “Palyatif bakım”+ “Uyku kalitesi”, “Palyatif bakım”+ “Masaj” anahtar kelimeleri birlikte ve ayrı ayrı kullanılarak tarama yapılmıştır. Yapılan literatür taramasında palyatif bakım ve sırt masajı ile ilgili çalışmaların kısıtlılığı olduğu, çalışmalarda sırt masajından çok genel bir ifadeyle masaj çalışıldığı görülmektedir.

3.3. Araştırma Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni sırt masajı uygulaması, bağımlı değişkenleri ise palyatif bakım hastalarının uyku kalitesi ve ağrı düzeyleri olarak belirlendi.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Palyatif Bakım Servisinde 01 Kasım 2021-30 Nisan 2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Palyatif bakım servisi 18 yatak kapasiteli olup, 14 palyatif bakım hemşire ve 5 anestezi uzmanı görev almaktadır. Kliniğin rutin bakım prosedüründe herhangi bir masaj uygulaması yapılmamaktadır. Hastalara order edilen tedavi uygulamaları arasında analjezi tedavisi yer almaktadır. Planladığımız araştırmada deney grubuna uygulanan sırt masajı hastaların analjezik ilaç uygulama saati baz alınarak öncesinde uygulanmış ve değerlendirilmiştir.

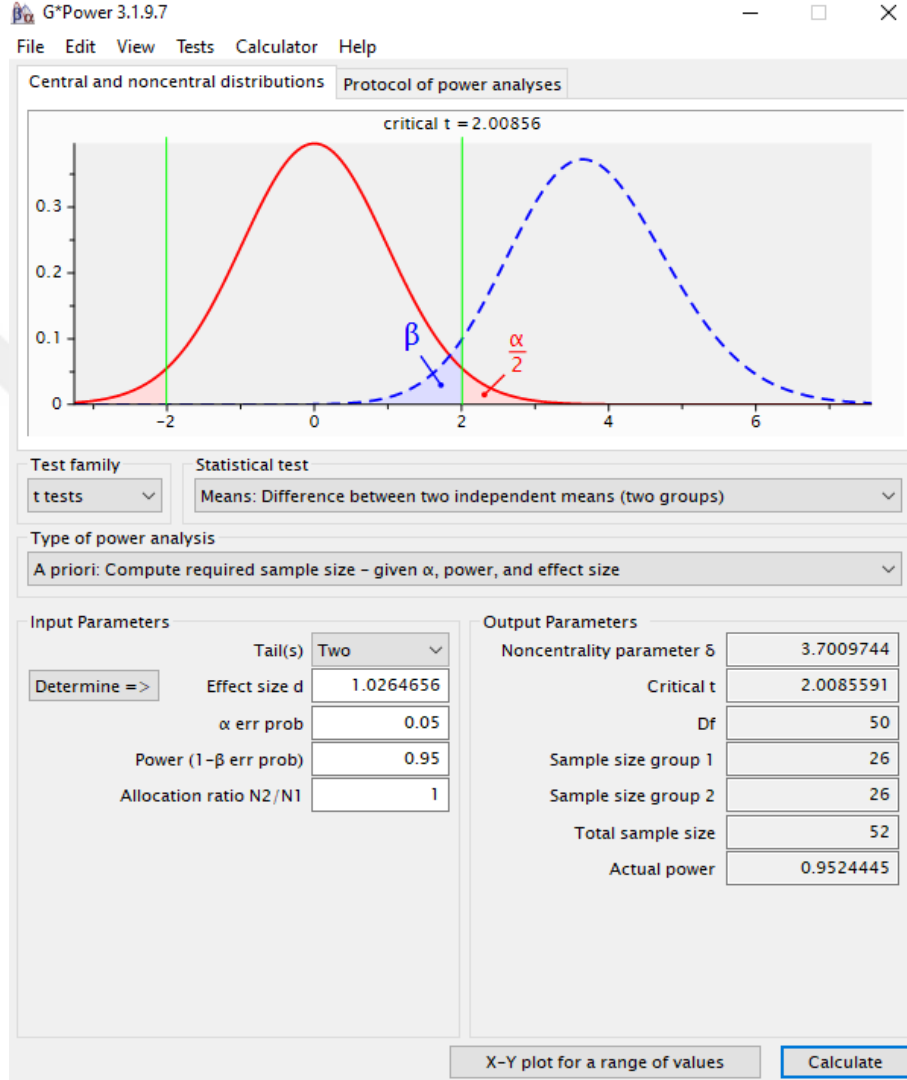
Palyatif Bakım Servisinde rutin çalışma düzeni şöyledir: Yatışı kabul edilen hastaların rutin olarak 10.00-12.00-14.00-18.00-22.00 saatlerinde vital bulguları takip edilmektedir. Hergün saat 10.00’da hekim ve hemşirenin birlikte katılımıyla hasta viziti gerçekleştirildikten sonra tedavi orderı düzenlenmektedir. Tedaviler 12:00’de hastalara uygulanmaktadır. Aneljezikler lüzüm hali olarak verilmekle birlikte hastanın durumuna göre ilk tedavi saati olan 12:00’de uygulanmaktadır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım servisine 01 Kasım 2021-30 Nisan 2022 tarihleri arasında yatan palyatif bakım hastaları oluşturdu. Örneklemi ise palyatif bakımı hastaları arasından araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, palyatif bakım gereksinimi olan ve araştırma kriterlerini karşılayan hastalar oluşturdu. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için GPOWER3.1 programı kullanılarak güç analizi yapıldı. Güç analizi “*Randomised controlled trial of the effectiveness of using back massage to improve sleep quality among Taiwanese insomnia postpartum women*” çalışma verileri dikkate alınarak hesaplandı. Yapılan hesap sonucunda örnekleme % 95 GA % 95 power ile her grupta 26 hasta olmak üzere toplamda 52 hasta olması gerektiği belirlenmiştir. Çalışma esnasında çıkabilecek aksaklıklar düşünülerek her iki gruba 28 hasta alınarak başlandı. Bir hasta deney grubundan masaj uygulamasını tolere edemediği için ayrılmak zorunda kaldı, diğer bir hastada müdahale aşamasında bilinç düzeyinde bozulmadan kaynaklı çalışmadan çıkarıldı. Bir hasta kontrol grubundan erken taburcu olmasından dolayı ayrıldı, çalışmaya katılan bir hasta başka bir

hastaneye naklinden dolayı çalışmaya katılamadı. 26 deney 26 kontrol olmak üzere 52 hasta ile çalışma tamamlandı.

Araştırmanın Clinical Trials.gov PRS (Protocol Registration and Results System) kaydı alındı (Protokol numarası: NCT05168514).



Şekil 3.1. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için yapılan G-Power

3.5.1. Araştırmanın örneklem seçiminde dâhil edilme kriterleri;

-Hastanın verilen bilgileri anlamasını, ağrı, uyku durumunu doğru ifade edebilmesini; bilişsel, duyuşsal ve sözel olarak iletişim kurmayı engelleyen herhangi bir sorununun bulunmaması,

-18 yaş üstünde olması,

-Palyatif serviste yatıyor olması,

-Hastanın masaj gibi dokunmaya yönelik herhangi bir girişime olumsuz tepki vermeyen bireyler olması,

-Masaj yapılacak bölgede doku bütünlüğünün bulunması hastanın tam ve sağlıklı olması tercih edildi.

3.5.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri;

-Verilen bilgilerin anlaşılmasını ve ağrı, uyku durumunu doğru olarak ifade edebilmesini engelleyecek bilişsel, duyuşsal ve sözel olarak iletişim kurmayı engelleyen herhangi bir sorunun varlığı,

-18 yaş altında,

-Kendini ifade edemeyecek şekilde fiziksel veya ruhsal hastalığı bulunan,

-Araştırma devam ederken araştırmaya alınma kriterlerine uygunluk durumu değişen,

-Başlangıçta araştırmaya katılmaya gönüllü olduğu halde sırt masajı uygulaması nedeniyle gönüllülükten vazgeçen bireyler araştırmadan çıkarılmıştır.

3.5.3. Randomizasyon yöntemi

Araştırma kriterlerine uyan tüm hastaların deney ve kontrol gruplarına ayrılmasında, random.org sitesinden Numbersalt başlığından Random Integer Generator yönteminden yararlanıldı. <https://www.random.org/> web sitesi üzerinden oluşturulan rastgele sayılar aracılığı ile “deney” ve “kontrol” gruplarına random olarak atandı. Her iki grubun seçiminde yaş, cinsiyet ve eğitim durumu gibi bireysel özelliklerin benzer olmasına dikkat edildi.

Toplam hasta sayısı = Deney grubu + Kontrol grubu

(N) 52 = (n) 26 + (n) 26

3.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında; Hasta Tanılama Formu (EK:1), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (EK:2), McGill Ağrı Ölçeği-Kısa Formu (EK:3), Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK:4) kullanılmıştır.

Hasta Tanılama Formu (EK:1)

Hasta tanılama formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için oluşturulan 9 soru ve analjezik kullanma durumu, ağrının yeri ve süresi, düzenli kullandığı ilaç ve kronik rahatsızlık durumu hakkında bilgi isteyen 4 sorudan oluşmaktadır. Formda toplam 13 soru bulunmaktadır.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (EK:2)

Buyse ve arkadaşlarının geliştirdiği Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ölçeğinin Türkçe geçerlilik-güvenirliliğine ilişkin çalışma Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Buyse vd., 1989; Ağargün vd., 1996). PUKİ uyku kalitesini değerlendiren 19 maddelik bir ölçektir. Bu maddelerin her biri 0-3 arasında puan alır. Ölçek nesnel uyku kalitesi, uykunun gecikmesi, uykuda geçirilen süre, uyku alışkanlığı, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlevsellik kaybını değerlendiren yedi alt bölümden oluşmaktadır. Bu alt bölüm puanlarının toplanması ile 0- 21 arasında PUKİ puanı elde edilir. Elde edilen PUKİ puanının 5'den büyük olması %89,6 duyarlılık ve %86,5 özgünlük ile bireyin uyku kalitesinin yetersiz olduğuna işaret etmekte ve yedi alandan en az ikisinde ciddi veya üçünde orta derecede uyku bozukluğu olduğunu göstermektedir (Buyse vd., 1989; Ağargün vd., 1996).

McGill Ağrı Ölçeği -Kısa Formu (EK:3)

Melzack tarafından geliştirilen McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formunun Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması Yakut ve arkadaşları (2007) tarafından gerçekleştirilmiştir (Melzack, 1987; Yakut vd., 2007). McGill Ağrı Ölçeği kısa formu ağrının duyusal boyutu, yoğunluğu ve hissedilen etkilerine ilişkin bilgi vermektedir. Bu bakımdan ölçek üç boyutta ele alınmıştır. Birinci bölüm ağrının özelliklerini ifade eden 15 tanımlayıcı maddeyi içermektedir. Bu 15 maddeden 11'i ağrının duyusal, 4'ü ise algısal boyutunu değerlendirir. Bu maddeler 0-3 arası bir yoğunluğu belirten ifadelerle (0= yok, 1= hafif, 2= orta, 3= fazla) derecelendirilmiştir. Birinci bölümde duyusal ağrı skoru 0-33, algısal ağrı skoru 0-12, ve toplam ağrı skoru ise 0-45 arasındadır. Toplam puanın artması ağrının da arttığını göstermektedir. İkinci bölümde hastanın hissettiği ağrı yoğunluğunu belirlemeye yönelik “hafif ağrı” ile “dayanılmaz ağrı” arasında değişen beş kelime

grubu yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise hastanın anlık ağrı yoğunluğu görsel kıyaslama yoluyla değerlendirilmiştir (Melzack, 1987; Yakut vd., 2007).

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK:4)

Araştırmaya katılan hastalar; çalışmanın amacı, planı, süresi ve kendilerinden ne beklenildiği, elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı araştırmacı tarafından hazırlanan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” aracılığıyla açıklanarak isteklilik ve gönüllülük ilkesi ışığında, araştırmaya katılımları için bilgilendirilerek yazılı izinler alınacaktır.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada, gerekli kurumsal ve etik izinler alındıktan sonra veri toplanmaya başlandı. Araştırmanın yürütüldüğü kuruma gelen ve araştırma kriterlerini karşılayan hastalara, hasta kabulü sırasında araştırmanın amacı, kapsamı, süresi ve uygulanacak yöntem açıklandı. Bilgilendirme sonrası, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalardan (ya da yasal vasilerinden) yazılı izin olan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek-4) alındı ve gönüllü hastalar randomizasyonla deney ve kontrol gruplarına atandı.

Araştırmada sırt masajı uygulayıcısı araştırmacının kendisi olup (Hemşire Hilal DURMAZ) 19 Nisan 2011 tarihinde Resmi 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 uygulamıştır. Hemşirelik bakım uygulamaları arasında yer alan masaj uygulamaları ve masaj teknikleri lisans eğitiminden itibaren Hemşirelik Esasları dersi kapsamında verilmektedir. Bu sayede meslek üyelerine beceri kazandırılmaktadır. Bu nedenle masaj uygulamaları hemşirenin yetkin olduğu bağımsız olarak gerçekleştirilen girişimler arasındadır. Haricinde ek bir eğitim/sertifika alınmamıştır.

Deney Grubu Protokolü

-Deney grubuna atanan hastalara yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri ile analjezik kullanma durumu, ağrının yeri ve süresi, düzenli kullandığı ilaç ve kronik rahatsızlık durumu hakkında bilgi içeren "Hasta

Tanımlama Formu" (Ek-1), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (EK:2), McGill Ağrı Ölçeği -Kısa Formu (EK:3) ilk gün dolduruldu.

-Deney grubuna 7 gün süreyle her gün 10 dk. boyunca sırt masajı uygulama sırası dikkate alınarak (öfloraj, petrisaj, frksiyon, perküsyon, vibrasyon ve öfloraf) uygulandı.

-Her bir masaj manevrası için 2-3 dk. ayrıldı.

-Masaj solüsyonu olarak sıvı vazelin kullanıldı.

-Klinikte rutin tedavi (bknz sayfa 49) ve bakım uygulamalarına devam edildi.

-Özellikle sırt masajı uygulaması ve ölçeklerin doldurulması klinikteki rutin tedavi uygulamaları, aneljezik ajan uygulama saati baz alınarak herhangi bir farmakolojik ajan verilmeden önce saat 10:00'dan önce uygulanmıştır.

-Deney grubuna her masajdan sonraki sabah saat 08:00-09:00 arası Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (EK:3) ve McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (EK:4) dolduruldu.

Sırt masajının uygulama basamakları

1- Hastaya masaj uygulaması başlamadan önce uygulama hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

2- Masaj uygulamasında gerekli olan malzemeler hasta yanına getirilmelidir.

3- Hasta mahremiyetini korumak için yatak etrafına paravan çekilir.

4- Hastanın bulunduğu odanın pencere ve kapısı kapatılmalıdır.

5- El ve kollarda bulunan aksesuarlar (saat, yüzük vs.) çıkartılmalı ve eller yıkanmalıdır.

6- Sırt masajı üst ekstremiteye uygulanacağı için hastanın üst çamaşırları çıkarılır, yüzürtü yatış pozisyonuna getirilerek bacaklar ve kalça çarşaf ya da battaniye ile örtülmelidir.

7- Yatak yüksekliği, masaj uygulayıcısı olan hemşireyi yormayacak seviyede ayarlanmalıdır.

8- Masaj sırasında sürtünmeyi azaltmak aynı zamanda vücudu rahatlatmak için bir miktar sıvı vazelin avuç içine alınmalıdır. Hastayı irite etmemek için bir süre avuç içinde bekleterek ısıtılmalıdır

- 9- Masaja ilk manipölasyon hareketi olan öfloraj (sıvazlama) manevrası ile başlanmalıdır.
- 10- Sırt masajına petrisaj, friksiyon, perküsyon ve vibrasyon manevraları ile sürdürülmelidir.
- 11- Her manevraya 3-5 dk. süre ayrılmalıdır.
- 12- Bir manevradan diğer manevraya geçerken ve masaj uygulaması sonlandırılırken öfloraj hareketi yapılmalıdır.
- 13- Hemşire, sırt masajı uygularken deri bütünlüğü veya kızarıklık yönünden gözlem yapmalıdır.
- 14- Uygulama sonrası fazla olan losyon havluyla alınmalıdır.
- 15- Hastanın kıyafetleri giydirilmelidir.
- 16- Hastaya masaj sonrası dinlenmesi için uygun pozisyon verilmelidir.
- 17- Enfeksiyonu önleme ve hijyeni sürdürmek için masaj bitiminde eller yıkanmalıdır.
- 18- Ortamın güvenliği ve düzeni için paravan ve kullanılan malzemeler kaldırılmalıdır.
- 19- Hastanın gözlem kâğıdına yapılan uygulama kayıt edilir (Büyükyılmaz, 2009; Atabek Aştı & Karadağ, 2014).

Öfloraj (sıvazlama): Klasik masajın temel manevrasıdır. Cilt üzerine avuç içleri ile kalp yönüne doğru yapılan sıvazlama hareketidir. Masaja öfloraj ile başlayıp yine bu öfloraj ile bitirilir. Bu manevra cilt ve cilt atı dokuları etkileyerek uygulama yapılan bölgedeki sinirleri, kan ve lenf dolaşımını, ter ve yağ bezlerini uyarmaktadır.

Petrisaj (yoğurma): Kasların manipölasyonunu sağlayan bu manevra parmakların ritmik şekilde kaldırma, yuvarlama, sıkma ve burma hareketlerini barındırır. Çoğunlukla sırt yan kaslarına ve omuz kaslarına uygulanmaktadır. Kasların hamur yoğurur gibi içe ve dışa çekilerek S harfi biçiminde yapılmasıyla kas dokusunu ve venöz dolaşımı uyarılması hedeflenmektedir.

Friksiyon (Kaydırma ve bastırma): işaret ve orta parmaklar üst üste konarak vertebralar üzerine ovma hareketidir. Hareketlendirilmesi amaçlanan bölgedeki deri, derialtı doku veya kaslar değişen kuvvetlerle uyarılmaktadır. Bu sayede cilt altı dokulardaki sıvıların lenf dolaşımıyla atılımını sağlar ve eklem çevresindeki doku sertliklerini yumuşatır.

Perküsyon (vurma): Bu manevra haşur ve tapotman olarak iki ayrılmaktadır.

Haşur: El ve parmakların ulnal kenarıyla kas liflerine transver bir yönde yapılan vurma hareketi.

Tapotman: Hızlı, kuvvetli ve ritmik vurma hareketleri ile avuç içini kubbeleştirerek yapılan titreşim hareketidir (Tuna, 2004; Perry & Potter, 2011; Yeun, 2017).

Vibrasyon (titreştirme): Vücudun hedeflenen bölgesinde titreşim oluşturarak hareketlendirme olayıdır (Tuna, 2004; Perry & Potter, 2011; Yeun, 2017).

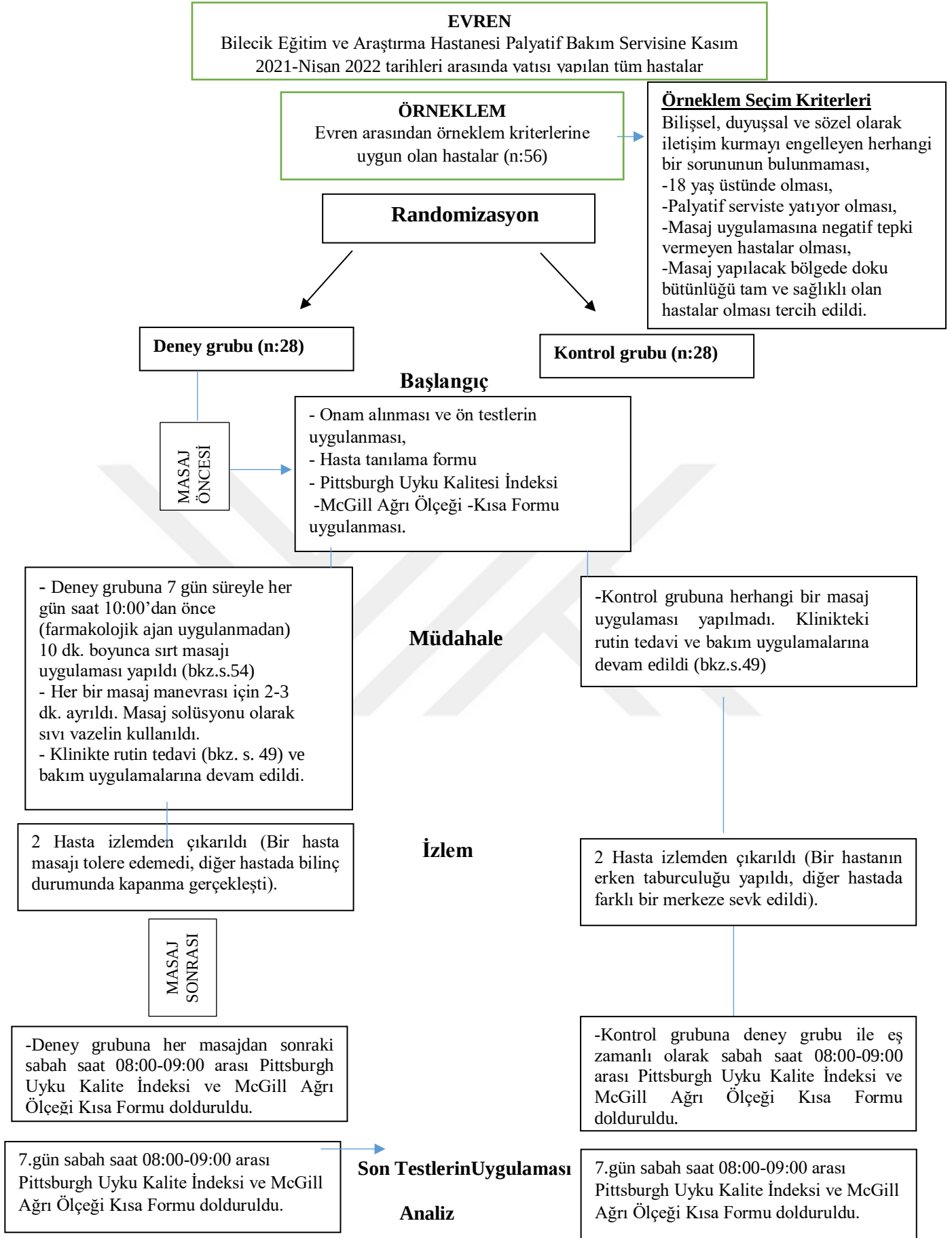
Kontrol Grubu Protokolü

- Kontrol grubuna atanan hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri ile analjezik kullanma durumu, ağrının yeri ve süresi, düzenli kullandığı ilaç ve kronik rahatsızlık durumu hakkında bilgi içeren "Hasta Tanılama Formu" (Ek-1), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (EK:2), McGill Ağrı Ölçeği -Kısa Formu (EK:3) ilk gün dolduruldu.

- Kontrol grubuna herhangi masaj uygulaması yapılmadı.

- Kontrol grubuna ölçeklerin doldurulması deney grubu ile eş zamanlı olarak klinikteki rutin tedavi uygulamaları, analjezik ajan uygulama saati baz alınarak herhangi bir farmakolojik ajan verilmeden önce saat 10:00'dan önce dolduruldu.

- Araştırmanın bitiminde masajın etkisini deneyimlemek isteyen, istekte bulunan kontrol grubu hastalarına sırt masajı uygulaması yapılmıştır.



Şekil 3.2. Araştırma Tasarımı

3.8. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

•Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’ndan 07.09.2020 tarihinde 04 nolu etik kurul onayı alındı (**Ek-5**).

•Araştırmanın yürütüleceği Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin bağlı bulunduğu Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma İzinleri Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından yazılı kurum izni alındı (**Ek-6**).

•Araştırmaya katılan hastalardan/velilerden; araştırmanın amacı, planı, süresi ve kendilerinden ne beklenildiği, elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı “Gönüllü Olur Formu” aracılığıyla açıklanarak **isteklilik** ve **gönüllülük ilkesi** ışığında, araştırma için **bilgilendirilmiş yazılı izinler** alındı (**Ek-4**).

•Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara/hasta velisine istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri bildirilerek “**otonomi**” ilkesine saygı gösterildi.

•Hastalara, kimliklerinin ve kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği kendilerine açıklanarak amaç dışında hiçbir şekilde kullanılmayacağı konusunda güvence verilerek “**sadakat-gizlilik**” ilkesine bağlı kalındı.

•Veriler, hastaların bakım ve tedavisini engellemeyecek zaman dilimlerinde toplandı ve “**Zarar vermeme-yarar sağlama**” ilkelerine özen gösterildi

•Araştırmanın yürütüleceği ünitenin sorumlu hemşiresi ve diğer hemşireleri araştırma hakkında bilgilendirildi ve destekleri sağlandı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi palyatif yoğun bakım merkezinde tek merkezli olarak yapılıyor olması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

3.10. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayarda bir paket programında analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiki analizler Tablo 3.1’de verildi. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Tablo 3.1. Verilerin değerdendirilmesinde kullanılan istatistiki analizler

Değerdendirilen Parametreler	Uygulanan Testler
Örneklemin normal dağılımını değerdendirmede	Shapiro-Wilk testi Mix Anova
Palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının uyku kalitesine etkisi ile ilgili bulgular	Mix Ancova,
Palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının ağrıya etkisi ile ilgili bulgular	Post hoc Tukey
Kontrol grubunun uyku kalitesi ve ağrı puanlarına ilişkin bulgular	Mix Anova
Deney ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	

3.11. Araştırmaya Sağlanan Destek

Bu tez çalışması Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projeleri Koordinasyon Birimince desteklenmiştir (Proje Numarası: TYL-2022-2284)

4. BULGULAR

Bu bölümde, palyatif hastalarında, farmakolojik olmayan hemşirelik girişimlerinden sırt masajının uykuya ve ağrıya etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak planlanan ve geliştirilen çalışmadan elde edilen bulgular istatistiksel analizleri yapılarak tablolar halinde sunuldu.

Çalışmanın bulguları:

- 4.1.Betimsel İstatistiklere ilişkin bulgular,
- 4.2. Deney ve kontrol grubundaki palyatif bakım hastalarının uyku kalitesine ve ağrı puanına ilişkin bulgular
- 4.3. Deney ve kontrol gruplarındaki hastaların uyku kalitesi ve ağrı puanı ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular başlıkları altında incelendi.

4.1. Betimsel İstatistiklere İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Ölçeklerin betimsel istatistiklerine ilişkin bulgular

Değişkenler	Deney Grubu (n=26)		Kontrol Grubu (n=26)	
Yaş	(48-		60.731±12.880	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Kadın	12	46.154	12	46.154
Erkek	14	53.846	14	53.846
Medeni Hâl				
Bekâr	15	57.692	10	38.461
Evli	11	42.308	16	61.538
Eğitim				
İlkokul	10	38.461	7	26.923
	5	19.231	11	42.308
Lise	9	34.615	4	15.385
	2	7.692	4	11.538
Meslek				
İşsiz	7	26.923	8	30.769
	3	11.538	2	7.692
İşçi	7	26.923	7	26.923
	9	34.615	9	34.615

Tablo 4.1. Ölçeklerin betimsel istatistiklerine ilişkin bulgular (Devam Ediyor)

Yaşanılan yer				
İl	13	50.000	12	46.154
İlçe	13	50.000	14	53.846
Kiminle Yaşıyor				
Ailesiyle	15	57.692	21	80.769
Yalnız	6	23.077	4	15.385
Bakım evinde	5	19.231	1	3.846
Kronik Hastalık Türü				
Kanser	18	69.231	23	88.462
Diğer	8	30.769	3	11.538
Toplam	26	100	26	100

Çalışma kapsamına alınan palyatif bakım hastalarının bireysel özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.'de görülmektedir. Gruplar arası bireysel özelliklerin dağılımı incelendiğinde, deney grubundaki hastaların yaş ortalamasının 63.7, %53.8'nin erkek, %42.3'nün evli, %38.4'nün ilköğretim mezunu, %34.6'sının emekli olduğu; %50'sinin il merkezinde ikamet ettiği, %50.6'sının ailesi ile yaşadığı ve %69.2'sinin kanser hastası olduğu görüldü.

Kontrol grubunun bireysel özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde, hastaların yaş ortalamasının 60.7, %53.8'nin erkek, %61.5'nin evli, %42.3'nün ortaokul mezunu, %34.6'sının emekli olduğu; %53.8'nin ilçede ikamet ettiği, %80.7'sinin ailesi ile yaşadığı, %88.4'nün kanser hastası olduğu görüldü. Bu bilgiler ışığında, gruplar sosyodemografik özellikler bakımından benzerdir. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.05$, Tablo 4.1).

Araştırmada yapılan deneyin hastaların Pittsburgh Uyku Kalitesi ve McGill Ağrı seviyeleri üzerindeki etkilerini test etmek için MİX ANOVA yapılmış ve normallik şartı test edilmiştir. Shapiro-Wilk testi ve Q-Q plot incelenmiş (EK-5) çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanmıştır. Yapılan analiz sonucunda normallik sağlandığından (2X3) MİX ANOVA uygulanmıştır.

Araştırmada parametrik testler kullanıldığından normallik şartları incelenmiş ayrıca uyku kalitesi ve ağrı seviyeleri değişkenlerine ilişkin betimsel istatistikler Tablo 4.2.'de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi araştırmanın bütün değişkenleri deney ve kontrol grubunda normal dağılmaktadır. Çarpıklık ve basıklık değerleri

normal aralıktadır. Ayrıca değişkenlere ilişkin Shapiro-Wilk testi sonuçları bunu teyit etmektedir. Histogramlar ve Q-Q plotlar (EK-5) incelenmiş ve normalliğin sağlandığı görülmüştür. Ayrıca uyku kalitesi ve ağrı seviyelerine ilişkin ortalamalar, standart sapmalar, en yüksek ve en düşük değerler verilmiştir (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Ölçeklerin betimsel istatistiklerine ilişkin bulgular

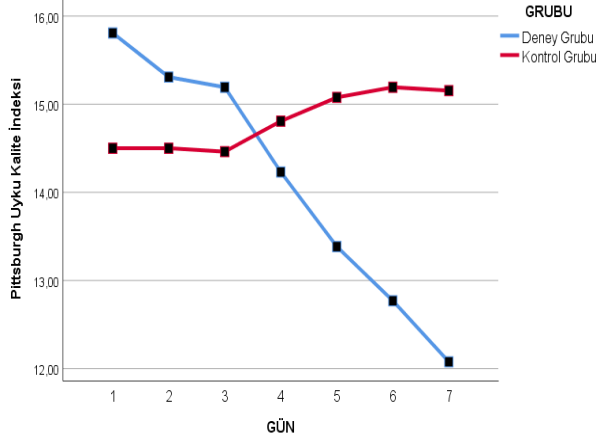
	Pittsburgh1		Pittsburgh4		Pittsburgh7		McGill1		McGill4		McGill7	
	Deney	Kontrol	Deney	Kontrol	Deney	Kontrol	Deney	Kontrol	Deney	Kontrol	Deney	Kontrol
Çarpıklık	-0.662	-0.309	-0.487	-0.270	-0.385	-0.040	-0.580	0.213	-0.534	0.464	-0.169	0.650
Basıklık	0.410	0.071	-0.173	0.168	-0.555	-0.233	-0.450	-0.068	-1.178	-0.540	-1.029	-0.266
Shapiro-Wilk	0.944	0.978	0.964	0.976	0.967	0.978	0.951	0.976	0.895	0.956	0.939	0.944
Shapiro-Wilk (p)	0.170	0.823	0.477	0.786	0.539	0.828	0.242	0.791	0.062	0.325	0.130	0.167
En düşük değer	7.000	6.000	5.000	7.000	1.000	9.000	13.000	14.000	8.000	25.000	5.000	25.000
En yüksek değer	21.000	21.000	21.000	21.000	21.000	21.000	54.000	52.000	49.000	53.000	50.000	57.000

4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Palyatif Bakım Hastalarının Uyku Kalitesi ve Ağrı Puanına İlişkin Bulgular

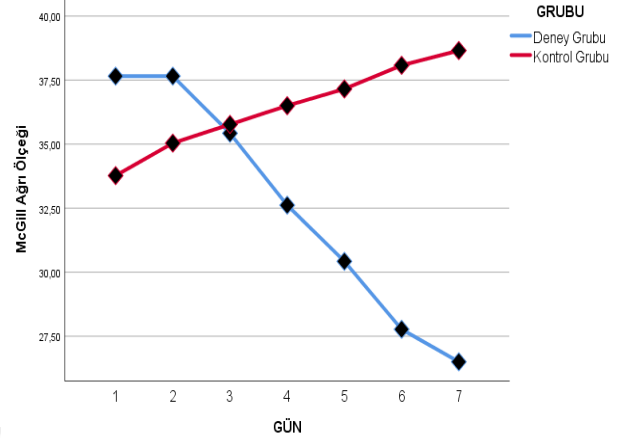
Deney ve kontrol grubu palyatif bakım hastalarında uykuya ilişkin 7 günlük izlem sonuçları incelendiğinde; 4. günden itibaren sırt masajı uygulamasının uyku kalitesine olumlu etkisi görülmeye başlanmış ve deney grubunun uyku kalitesi artmaya başlamıştır. PUKİ toplam puanının artması uyku kalitesinin yetersiz olduğuna işaret etmektedir, deney grubunun PUKİ puanı 4. günden sonra azalmaya başlamış yani uyku kalitesi artmaya başlamıştır. Sırt masajı uygulanmayan kontrol grubunda ise 4. günden itibaren PUKİ toplam puanı artmaya başlamış yani uyku kalitesinde hafif bir düşme gerçekleşmiştir. 5-6-7. günlerde ise her iki grup PUKİ puan farkı açılmış ve deney grubundaki hastaların **uyku kalitesinin** belirgin bir şekilde arttığı görülmüştür (Tablo 4.3., Şekil 4.1.).

Deney ve kontrol grubu palyatif bakım hastalarında ağrı puanına ilişkin 7 günlük izlem sonuçları incelendiğinde; 4. günden itibaren sırt masajı uygulamasının ağrıyı azaltan etkisi görülmeye başlanmış olup sırt masajı uygulanmayan kontrol grubunda ise ağrı puanlarında hafif bir yükseliş gerçekleşmiştir. McGill Ağrı

Ölçeği'nden alınan toplam puanın artması hastanın ağrısının da arttığına işaret etmektedir. 5-6-7. günlerde her iki grup ağrı puanları farkı açılmış olup, kontrol grubunun ağrı puanları artarken, deney grubundaki hastaların **ağrı puanları** belirgin bir şekilde azalmıştır (Tablo 4.3., Şekil 4.2.).



Şekil 4.1. Deney ve kontrol grubu hastalarda uyku kalitesine ilişkin bulgular



Şekil 4.2. Deney ve kontrol grubu hastalarda ağrı puanına ilişkin bulgular

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Uyku Kalitesi ve Ağrı Puanı İzlem Sonuçları (Yedi Günlük)

Değişken	Grup	n	Ortalama	Ss	Değişken	Grup	n	Ortalama	Ss
Pittsburgh1	Deney Grubu	26	15.808	3.371	McGill1	Deney Grubu	26	37.654	10.962
	Kontrol Grubu	26	14.500	3.479		Kontrol Grubu	26	33.769	9.096
Pittsburgh2	Deney Grubu	26	15.308	3.575	McGill2	Deney Grubu	26	37.654	12.086
	Kontrol Grubu	26	14.500	3.397		Kontrol Grubu	26	35.038	8.942
Pittsburgh3	Deney Grubu	26	15.192	3.940	McGill3	Deney Grubu	26	35.423	13.603
	Kontrol Grubu	26	14.462	3.349		Kontrol Grubu	26	35.769	8.076
Pittsburgh4	Deney Grubu	26	14.231	4.121	McGill4	Deney Grubu	26	32.615	13.112
	Kontrol Grubu	26	14.808	3.287		Kontrol Grubu	26	36.500	7.906
Pittsburgh5	Deney Grubu	26	13.385	4.973	McGill5	Deney Grubu	26	30.423	13.562
	Kontrol Grubu	26	15.077	3.019		Kontrol Grubu	26	37.154	8.023
Pittsburgh6	Deney Grubu	26	12.769	5.202	McGill6	Deney Grubu	26	27.769	13.319
	Kontrol Grubu	26	15.192	2.899		Kontrol Grubu	26	38.077	7.924
Pittsburgh7	Deney Grubu	26	12.077	5.336	McGill7	Deney Grubu	26	26.500	13.753
	Kontrol Grubu	26	15.154	2.935		Kontrol Grubu	26	38.654	8.667

4.3. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Uyku Kalitesi ve Ağrı Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

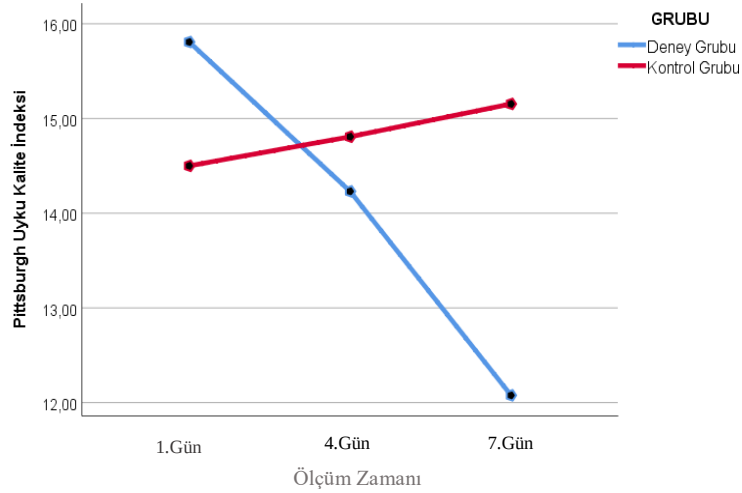
Tablo 4.4. Uyku kalitesi 2*2 Mix Ancova analizi sonuçları

Varyansın kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	η^2
Grup içi						
Ölçüm zamanı	0.062	1	0.062	0.026	0.872	0.000
Ölçüm zamanı * grup	37.329	1	37.329	15.899	.001	0.016
Ölçüm zamanı *	0.588	1	0.588	0.251	0.619	0.000
Residual	115.046	49	2.348			
Gruplar arası						
Grup	237.804	1	237.804	27.271	.001	0.102
Pittsburgh1	1.078.967	1	1.078.967	123.734	.001	0.464
Hata	427.283	49	8.720			

Palyatif bakım hastalarında deney ve kontrol gruplarındaki uyku kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması yapıldığında; 2*2 MIX ANCOVA test sonuçlarına göre hem etkileşimde ($F(1,50)= 15.899$, $p<.001$, $\eta^2=.016$) hem de gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($F(1,50)= 27.271$, $p<.001$, $\eta^2=.10$) (Tablo 4.4.). Uyku kalitesinde ortaya çıkan farkı bulmak için Post hoc Tukey Test yapılmış ve sonuçları Tablo 4.5. ve uyku kalitesi eğrisi Şekil 4.3.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Uyku kalitesi post hoc test sonuçları

Ölçüm zamanı	Grup	Ölçüm zamanı	Grup	Ortalama farkı	SE	df	t	p _{Tukey}
GÜN4	Deney Grubu	- GÜN7	Deney Grubu	2.125	0.429	49.000	4.953	.001
GÜN4	Kontrol Grubu	- GÜN7	Kontrol Grubu	-0.317	0.429	49.000	-0.739	.881
GÜN4	Deney Grubu	- GÜN4	Kontrol Grubu	-1.860	0.460	49.000	-4.047	.001
GÜN7	Deney Grubu	- GÜN7	Kontrol Grubu	-4.302	0.820	49.000	-5.246	.001



Şekil 4.1. Deney ve kontrol grubu hastalarda uyku kalitesinin 1.4.7. günlerdeki ölçüm sonucu

Buna göre öncelikle **grup içi sonuçlara** baktığımızda deney grubunda 4. günden 7. güne gelindiğinde uyku kalitesinde anlamlı bir yükselme olduğu görülmüştür ($p < .001$). Diğer yandan kontrol grubunda ise 4. gün ve 7. gün arasında uyku kalitesinde anlamlı bir değişim olmadığı görülmüştür ($p > .001$, Tablo 4.5.).

Gruplar arası sonuçlara baktığımızda ise deney ve kontrol grubunda 4. günde deney grubu lehine uyku kalitesinde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < .001$, Tablo 4.5.). Benzer şekilde 7. günde uyku kalitesinde deney grubu lehine bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < .001$, Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. Ağrı puanı 2*3 Mix Anova analizi sonuçları

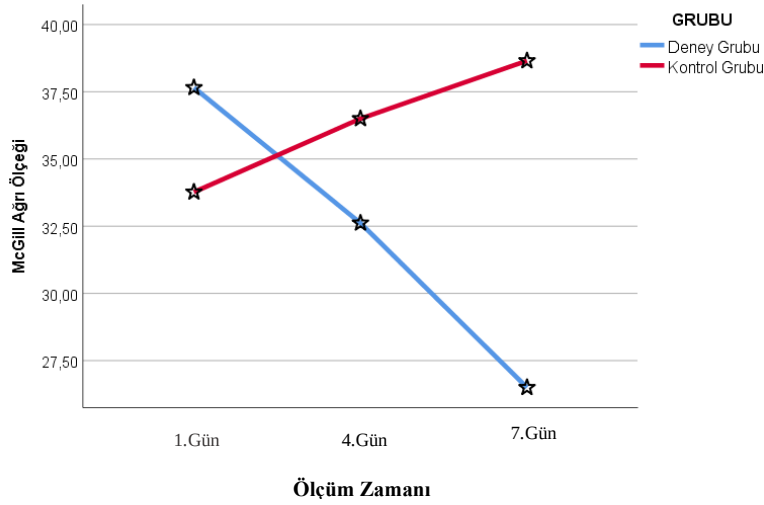
Varyansın kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	η^2
Grup içi						
Ölçüm zamanı	261.397	2	130.699	7.619	< .001	0.013
Ölçüm zamanı *	1.672.551	2	836.276	48.751	< .001	0.083
Hata	1.715.385	100	17.154			
Gruplar arası						
Grup	640.103	1	640.103	2.023	0.161	0.032
Hata	15.824.154	50	316.483			

Palyatif bakım hastalarında deney ve kontrol gruplarındaki ağrı puanı ortalamalarının karşılaştırılması yapıldığında; 2*3 MİX ANOVA sonuçlarına göre hem ölçüm zamanı bağlamında ($F(1,50) = 7.619$, $p < .001$, $\eta^2 = .013$) hem de etkileşimde

($F(1,50)= 48.751$, $p<.001$, $\eta^2=.083$) farklılık bulunmuştur (Tablo 4.6.). Ağrı puanı ortalamalarında ortaya çıkan farkı bulmak için Post hoc Tukey Test yapılmış ve sonuçları Tablo 4.7.'de ve ağrı puanı ortalamaları eğrisi Şekil 4.4.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Ağrı boyutu Post hoc Test sonuçları

Ölçüm	Grup		Ölçüm	Grup		Ortalama	SE	df	t	p _{Tukey}
GÜN1	Deney Grubu	-	GÜN4	Deney Grubu		5.038	0.908	50.000	5.548	.001
GÜN4	Deney Grubu	-	GÜN7	Deney Grubu		6.115	1.099	50.000	5.565	.001
GÜN1	Deney Grubu	-	GÜN7	Deney Grubu		11.154	1.388	50.000	8.037	.001
GÜN1	Kontrol Grubu	-	GÜN4	Kontrol Grubu		-2.731	0.908	50.000	-3.00	0.045
GÜN1	Deney Grubu	-	GÜN1	Kontrol Grubu		3.885	2.794	50.000	1.391	0.732
GÜN4	Deney Grubu	-	GÜN4	Kontrol Grubu		-3.885	3.003	50.000	-1.29	0.787
GÜN7	Deney Grubu	-	GÜN7	Kontrol Grubu		-12.154	3.188	50.000	-3.81	0.005



Şekil 4.2. Deney ve kontrol grubu hastalarda ağrı puanının 1.4.7.günlerdeki ölçüm sonucu

Buna göre öncelikle **grup içi sonuçlara** baktığımızda deney grubunda 1. günden 4. güne geldiğinde ağrı puanı ortalamalarında düşüş olduğu görülmüştür ($p=.001$, Tablo 4.7). Yine deney grubunda 4. günden 7. güne gelindiğinde ağrı puanı ortalamalarında düşüş olduğu görülmüştür ($p=.001$, Tablo 4.7). Son olarak deney grubunda 1. günden 7. güne gelindiğinde ağrı puanı ortalamalarında düşüş olduğu görülmüştür ($p=.001$, Tablo 4.7). Kontrol grubunda ise ağrı puanlarında bir değişim

yaşanmamış ancak 1. günden 4 güne gelindiğinde ağrı puanında artış gözlenmiştir ($p=.045$, Tablo 4.7.).

Gruplar arası sonuçlara baktığımızda ise deney grubuna uygulanan sırt masajının birinci günü, deney ve kontrol grupları arasında bir fark olmadığı görülmüştür ($p=.732$, Tablo 4.7.). 4. gün ağrı puanları incelendiğinde deney grubu lehine ağrının azalmasında fark oluşmaya başlamıştır (Şekil 4.4.). Son olarak 7. günde ağrı puanlarında deney grubu lehine bir farklılık olduğu görülmektedir ($p=.005$, Tablo 4.7.).



5. TARTIŞMA

Bu bölümde Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisindeki 52 palyatif bakım hastasına uygulanan sırt masajının uyku kalitesi ve ağrıya etkisini araştırmak amacıyla deneysel olarak gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular 3 alt başlık halinde tartışılmıştır.

Bu tartışma başlıkları:

- 5.1. Betimsel İstatistiklere ilişkin bulguların tartışılması
- 5.2. Deney ve kontrol grubundaki palyatif bakım hastalarının uyku kalitesine ve ağrı puanına ilişkin bulguların tartışılması
- 5.3. Deney ve kontrol gruplarındaki palyatif bakım hastalarının uyku kalitesi ve ağrı puanı ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılmasıdır.

5.1. Betimsel İstatistiklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, araştırmaya katılan palyatif bakım hastalarına ilişkin betimsel istatistikler tartışıldı (Tablo 4.1.). Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastalar; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek durumu, yaşanılan yer, kiminle yaşıyor ve kronik hastalık türü gibi bireysel özellikler açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$), her iki grubun bireysel özellikler açısından benzer niteliklere sahip olduğu saptandı (Tablo 4.1.). Bununla birlikte, çalışmada hastaların bireysel özelliklerine ilişkin elde edilen bulgular, yapılan benzer çalışmaların bulguları ile paralellik (Nipp vd., 2018; Delgado-Guay vd., 2011) gösterdi.

Palyatif bakım hastalarında yaş ve cinsiyete ilişkin çeşitli araştırmalar bulunmaktadır (Falk vd., 2016; Nipp vd., 2018). Buna rağmen palyatif bakım hastalarında yaş ve cinsiyetin hastalığa etkisine ilişkin araştırmalar kısıtlıdır. Aşağıda palyatif bakım hastalarına yönelik yapılan araştırmalarda karşımıza çıkan bazı demografik özelliklere yer verilmiştir. ABD’de bir hastanenin palyatif bakım biriminde yatan kanser hastalarının uyku bozukluklarına ilişkin araştırmada (Delgado-Guay, vd., 2011), araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 60 (min-max; 25-84) ve %52’sinin kadın olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde Uysal vd. (2015) tarafından yapılan palyatif bakım hastalarına yönelik araştırmada, araştırmaya katılan palyatif bakım hastalarının yaş ortalamasının 60 ± 13 , % 63’ünün kadın ve % 79’unun evli

olduğu belirtilmiştir. Mercadante vd.'nin (2015) yaptığı ileri kanserli palyatif bakım hastalarında uyku bozukluklarına ilişkin araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 69.7 ± 12.7 ve hastaların %52.31'inin erkek olduğu belirtilmiştir. Kanada'nın Yeni İskoçya eyaletinde 1998-2003 yılları arasında kayıt edilmiş 7511 palyatif bakım hastası üzerine yapılan araştırma (Burge, vd., 2008) palyatif bakıma erişimde yaş eşitsizliklerini ortaya koymayı amaçlamıştır. Araştırma için verileri kullanılan palyatif bakım görmüş hastaların yaş ortalaması 69.1 ± 13.0 ve %50.8'i erkek olarak belirtilmiştir. Can vd. (2016) tarafından İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi palyatif bakım biriminde yatan akciğer kanserli bireyler üzerine yapılan çalışmaya ait bulgularda ise hastaların yaş ortalamasının 61.2 ± 8.2 ve %77.8'nin erkek olduğu belirtilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün hazırladığı rapor (Connor & Sepulveda, 2014) palyatif bakıma ilişkin küresel boyutta veriler sunmaktadır. Rapora göre dünya genelinde palyatif bakıma ihtiyaç duyan bireylerin %69'u 60 ve üzeri yaştadır. Bu durum araştırmamıza katılan bireylerin yaş ortalamaları (62.23 ± 11.26 , Tablo 4.1.) ve yukarıda verilen diğer çalışmalara ait yaş ortalamalarıyla benzerlik göstermektedir. Yine aynı raporda palyatif bakım alan bireylerin cinsiyete göre dağılımlarına ilişkin oranlar verilmiştir. Buna göre dünya genelinde palyatif bakıma ihtiyaç duyan bireylerin %52'si erkeklerdir. Bu veri araştırmamıza katılan bireylerin cinsiyet dağılımıyla benzerlik göstermektedir. Yukarıda belirtilen bazı araştırmalar yine bu durumu desteklerken bazı araştırmalarda ise palyatif bakım hastalarının çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Bu durumun hastanenin bulunduğu bölgenin nüfus özellikleriyle ilişkili olduğunu düşünebiliriz.

Raporda (Connor & Sepulveda, 2014) ayrıca palyatif bakıma ihtiyaç duyan bireylerin hastalıklarına ilişkin veriler kanser, HIV/AIDS ve ilerleyici malign olmayan hastalıklar şeklinde üç kategoriye ayrılmış, bu bilgiler ayrıca Avrupa, Batı Pasifik, Güneydoğu Asya, Amerika Kıtası, Afrika ve Doğu Akdeniz olmak üzere altı bölge üzerinde incelenmiştir. Bu incelemede tüm bölgelerde palyatif bakım gören hastaların %60'ın üzerinde kanserli hastalardan oluştuğu görülmektedir. Araştırmamıza katılan hastaların %78.84'ünün kanser olması da nispeten bu bilgiyle örtüşmektedir. Ülkemizde Sivas'ta yapılan araştırmaya göre (Çelikkün & Nur, 2019) 2004'ten 2014'e kadar %56,9'u erkek ve %43.1'i kadın olmak üzere 13377 kişiye kanser tanısı konulduğu; kanser tanısı konulan bireylerin yaş ortalamasının 57.1 ± 16.6 olduğu

belirtilmiştir. Yukarıdaki bilgiler, araştırmada ortaya konulan betimsel istatistiklere ilişkin bulgularla kıyaslandığında bir takım benzerlikler olduğu görülmektedir.

5.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Palyatif Bakım Hastalarının

Uyku Kalitesine ve Ağrı Puanına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, deney ve kontrol grubundaki palyatif bakım hastalarında uyku kalitesine ve ağrı puanına ilişkin bulgular grup içi ve gruplar arası karşılaştırılarak tartışıldı (Tablo 4.3.).

Deney grubunda 4. gün ve 7. gün arasındaki Pittsburgh uyku kalitesi indeksi puan ortalamalarının düştüğü (Tablo 4.3.), uyku kalitesinde anlamlı bir yükselme olduğu görülmüştür. Deney grubundaki uyku kalitesi puanlarına ait düşüşü 1-4-7. günlerdeki ölçüm sonucuna ilişkin şekil benzer biçimde göstermektedir (Şekil 4.1.).

Kontrol grubuna ait uyku kalitesine ilişkin bulgulara bakıldığında Pittsburgh uyku kalitesi indeksi ölçümlerine ilişkin ortalamalar 1-2-3. günlerde birbirine yakın devam ederken 4. gün ve 7. gün arası ortalamaların bir miktar arttığı görülmektedir (Tablo 4.3., Şekil 4.1.).

Deney ve kontrol grubunun uyku kalitesine ilişkin 7 günlük izlem bulgularına bakıldığında 4. günden itibaren uygulanan sırt masajı etkisini göstermiş ve deney grubunun uyku kalitesi yükselmiştir. Kalan 3 günde de deney grubunun uyku kalitesi artmaya devam ederken kontrol grubunun uyku kalitesi düşmüştür (Tablo 4.3.). Araştırmanın bulgularına bakıldığında palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının uyku kalitesini artırmada anlamlı bir fark oluşturduğu görülmektedir. Bu durum palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının uyku kalitesine etkisini göstermektedir. Bunun sonucunda araştırma hipotezlerinden **H1₁** “Palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının uygulanmayanlara göre uyku kalitesine etkisi vardır.” hipotezi doğrulanmış olup, **H1₃**: “Palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının hastaların uyku kalitesinin zamana göre farklılaşmasına etkisi vardır”. hipotezi de kabul edilmiştir.

Dalkıran (2017) tarafından yapılan yüksek lisans tezinde preoperatif dönemdeki kanser hastalarına lavanta yağı ile yapılan sırt masajının uyku kalitesine etkisi incelenmiş, araştırma sonucunda lavanta yağı ile yapılan sırt masajının uyku kalitesini arttırdığı belirtilmiştir. Kashani ve Kashani (2014) tarafından meme kanserli hastalarda masaj terapinin uyku kalitesine etkisinin incelendiği araştırmaya meme

kanserli 57 kadın katılmıştır. Katılımcılar rastgele deney ve kontrol grubuna ayrılmış, deney grubuna masaj terapi uygulanmıştır. Araştırma sonucunda masaj terapi uygulamasıyla uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir.

Miladinia vd. (2017) tarafından akut lösemili erişkin hastalarda yavaş vuruşlu sırt masajının semptom kümesi üzerindeki etkilerini belirlemek için yapılan araştırmaya akut lösemili 60 hasta katılmıştır. Katılımcılar deney ve kontrol grubuna ayrılmış, deney grubundaki hastalara 4 hafta boyunca haftada 3 kez sırt masajı uygulanmıştır. Araştırma sırt masajının uyku bozukluğunu, ağrıyı, yorgunluğu önemli ölçüde azalttığını ve zaman içinde uyku kalitesini iyileştirdiğini belirlemiştir.

Field vd. (1999) tarafından hamile kadınlara uygulanan masaj terapisine ilişkin araştırmaya 26 hamile kadın katılmıştır. Katılımcılar masaj terapisi ve gevşeme terapisi gruplarına ayrılarak katılımcılara 5 hafta boyunca haftada 2 kez 20 dk'lık seanslar uygulanmıştır. Araştırma sonucunda her iki grupta yer alan katılımcıların daha az bacak ağrısı hissettikleri, bununla birlikte masaj terapisi grubundakilerde kaygının azaldığı, daha iyi uyudukları, daha az sırt ağrısı çektikleri, stres hormonu seviyelerinin (norepinefrin) azaldığı ve bebeklerinde daha az doğum sonrası komplikasyonu görüldüğü bildirilmektedir.

Ünal ve Akpınar (2016) tarafından hemodiyaliz hastalarına uygulanan ayak refleksolojisi ve sırt masajının yorgunluk ve uyku kalitesine etkisini inceleyen araştırmaya 105 hasta katılmıştır. Araştırmada 4 hafta boyunca haftada 2 kez ayak refleksolojisi ve sırt masajı uygulanmıştır. Araştırma sonucunda ayak refleksolojisi ve sırt masajının hemodiyaliz hastalarının uyku kalitesini iyileştirdiği, ayak refleksolojisinin uyku kalitesi ve yorgunluk için sırt masajından daha etkili olduğu belirtilmiştir.

Richards (1998) tarafından kritik durumdaki hastalara (critically ill patients) uygulanan sırt masajı ve gevşeme müdahalesinin uyku kalitesine etkisinin incelendiği araştırmada hastalar 3 gruba ayrılmıştır. 1. grupta 24 hastaya 6 dakikalık bir sırt masajı, 2. grupta 28 hastaya kas gevşemesi, zihinsel imgelem ve rahatlatıcı fon müziğinden oluşan 7,5 dakikalık bir ses kaydı; 3. grupta ise 17 hastaya olağan hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Araştırmada hastaların uyku kalitesini değerlendirmek için polisomnografi kullanılmış, araştırma sonucunda sırt masajı uygulanan grupta uyku kalitesinin arttığı belirtilmiştir.

Smith vd. (2002) tarafından hastanede yatan kanser hastalarında terapötik masajın ağrı algısı, subjektif uyku kalitesi, semptom sıkıntısı ve anksiyete üzerindeki etkileri incelenmiştir. Araştırmaya 41 hasta katılmış, katılımcılar deney (n=20) ve kontrol (n=21) grubuna ayrılmıştır. Araştırma sonucunda ağrı, semptom sıkıntısı ve uyku kalitesi için istatistiksel olarak anlamlı değişimler olduğu, masaj uygulanan bireylerde uyku kalitesinde biraz iyileşme olurken kontrol grubundakiler için uyku kalitesinin önemli derecede kötüleştiği bildirilmiştir.

Yapılan alanyazın taramasında palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının uyku kalitesine etkisine ilişkin araştırma bulunamamıştır. Bununla birlikte her ne kadar palyatif olmasa da farklı hastalıklara sahip olan bireylerle yapılan masaj ve uyku kalitesi arasındaki ilişkilerin incelendiği yukarıda belirtilen araştırma bulgularına bakıldığında hastalarda masaj uygulamasının uyku kalitelerine olumlu yönde etki ettiği görülmektedir. Diğer yandan hemodiyaliz hastaları üzerine yapılan çalışmada (Ünal & Akpınar, 2016) ayak refleksolojisi ve sırt masajının uyku kalitesine olumlu etkisi olduğu ancak ayak refleksolojisinin sırt masajına göre uyku kalitesini artırmada daha etkili olduğu belirtilmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada ele alınan palyatif hastalara uygulanan sırt masajının uyku kalitesini olumlu yönde etkilediği bulgusunun alanyazında yer alan benzer çalışmaların bulgularıyla örtüştüğü söylenebilir.

Deney ve kontrol grubundaki palyatif bakım hastalarında ağrı puanına ilişkin bulgulara bakıldığında (Tablo 4.3.) deney grubunda McGill Ağrı Ölçeği puan ortalamaları 1. gün ve 2. gün benzer devam ederken, 3. günden itibaren düşmektedir (Tablo 4.3.). Benzer şekilde 1. gün-4. gün, 4. gün-7. gün ve 1. gün-7. gün (Tablo 4.3.) arasında McGill Ağrı Ölçeği puanlarının düştüğü, ağrının anlamlı bir şekilde azaldığı görülmektedir. Deney grubunun ağrı puanlarındaki bu azalmayı 1-4-7. günlerdeki ölçüm sonucuna ilişkin şekil ayrıca göstermektedir (Şekil 4.2.).

Kontrol grubuna ait ağrı puanlarına ilişkin bulgulara bakıldığında McGill Ağrı Ölçeği puanlarının 1-7. gün arasında artışı görülmektedir (Tablo 4.3.) Bu artışa dair istatistiklere bakıldığında 1. günden 4. güne ($p=.045$) 1. günden 7. güne ($p=.011$) anlamlı bir artış yaşandığı görülmektedir (Tablo 4.7.).

Yukarıdaki bilgilerle birlikte deney ve kontrol grubunun ağrı puanı ortalamalarına ilişkin 7 günlük izlem bulgularına göre 4. günden itibaren uygulanan

sırt masajı etkisini göstermiş ve deney grubunun ağrı düzeyi azalmıştır (Tablo 4.3.). 5-6-7. günlerde ağrı puanları deney grubunda düşüşe devam ederken kontrol grubunda hafif bir yükseliş yaşanmıştır. Bu bulgular palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının ağrıyı azaltmada anlamlı bir fark oluşturduğunu göstermektedir. Benzer şekilde yukarıdaki veriler, deney ve kontrol grubunun ağrı puanı ortalamaları arasında fark olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırma hipotezlerinden **H1₂** “Palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının uygulanmayanlara göre ağrı düzeyine etkisi vardır” hipotezi ve **H1₄**: “Palyatif bakım hastalarına uygulanan sırt masajının ağrı düzeyinin zamana göre farklılaşmasına etkisi vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

Büyükyılmaz ve Aştı (2013) tarafından total kalça veya diz artroplastisi hastalarında gevşeme teknikleri ve sırt masajının ağrı ve anksiyete üzerine etkisinin incelendiği araştırmaya 33’ü deney, 30’u kontrol grubu olmak üzere toplam 63 hasta katılmıştır. Araştırma sonucunda 3 gün uygulanan gevşeme teknikleri ile sırt masajının; ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında etkili olduğu belirtilmiştir.

Han ve Lee (2012) tarafından postoperatif gastrektomili hastalarda sırt masajının ağrı derecesi, kaygı durumu ve uyku kalitesi üzerine etkisinin incelendiği araştırmaya 29’u deney, 25’i kontrol grubu olmak üzere toplam 54 hasta katılmıştır. Araştırmada 5 gün boyunca günde 10 dakika olmak üzere sırt masajı uygulanmıştır. Araştırma sonucunda ameliyat sonrası güne göre ağrı düzeyinin önemli derecede azaldığı, uyku kalitesinin önemli derecede arttığı ifade edilmiştir. Mok ve Woo’nun (2004) yaşlı inmeli hastalarda yavaş vuruşlu sırt masajının anksiyete ve omuz ağrısı üzerine etkilerini inceledikleri araştırmaya deney ve kontrol grubu olmak üzere 102 hasta katılmıştır. Araştırmada 7 gün boyunca günde 10 dakika olmak üzere yavaş vuruşlu sırt masajı uygulanmıştır. Araştırma sonucunda yavaş vuruşlu sırt masajının anksiyete ve omuz ağrısını azalttığı belirtilmiştir. Sonuç olarak bu araştırmada ele alınan palyatif hastalara uygulanan sırt masajının ağrı puanını olumlu yönde etkilediği bulgusunun alanyazında yer alan benzer çalışmaların bulgularıyla örtüştüğü söylenebilir.

5.3. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Palyatif Bakım Hastalarının Uyku Kalitesi ve Ağrı Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, deney ve kontrol grubundaki palyatif bakım hastalarının uyku kalitesi ve ağrı puanı ortalamaları karşılaştırılarak tartışıldı.

Deney ve kontrol grubundaki palyatif bakım hastalarının uyku kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında hem etkileşimde hem de gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=.001$, Tablo 4.4.). Bu farkı ortaya koymak için yapılan analiz sonucunda deney grubunda 4. ve 7. günler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p=.001$, Tablo 4.5.), kontrol grubunda ise 4. ve 7. günler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı ($p=.881$, Tablo 4.5.) sonucuna ulaşılmıştır. Gruplar arası uyku kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında deney grubu 4. gün ve kontrol grubu 4. gün ($p=.001$, Tablo 4.5.); deney grubu 7. gün ve kontrol grubu 7. gün ($p=.001$, Tablo 4.5.) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki palyatif bakım hastalarının ağrı puanı ortalamaları karşılaştırıldığında ölçüm zamanı ve etkileşimde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=.001$, Tablo 4.6.). Bu farkı ortaya koymak için yapılan analiz sonucunda deney grubunda 1. ve 4. günler, 4. ve 7. günler, 1. ve 7. günler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p=.001$, Tablo 4.7.); yine kontrol grubunda 1. ve 4. günler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p=.001$, Tablo 4.7.). Gruplar arası ağrı puanı ortalamaları karşılaştırıldığında deney grubu 7. gün ve kontrol grubu 7. gün ($p=.005$, Tablo 4.7.) arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Deney grubunda uyku kalitesi ve ağrı puanı sonuçları karşılaştırıldığında uyku kalitesi 1.gün ile ağrı puanı 1. gün uyku kalitesi 7. gün ile ağrı puanı 7. gün arasında pozitif ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.7.). Benzer şekilde uyku kalitesi 1. gün ile ağrı puanı 7. gün (Tablo 4.7.), uyku kalitesi 7. gün ile ağrı puanı 7. gün (Tablo 4.7.) arasında pozitif ilişki vardır. Bu veriler deney grubuna uygulanan sırt masajının 4. günden itibaren uyku kalitesi ve ağrı düzeyine olumlu yönde katkı sağladığını, uyku kalitesi puanları ve ağrı puanları arasında yüksek düzey istatistiksel anlamlılık olduğunu; ağrı düzeyi azaldıkça uyku kalitesinin arttığını göstermektedir.

Bu veriler deney grubuna uygulanan sırt masajının 4. günden itibaren uyku kalitesi ve ağrı düzeyine olumlu yönde katkı sağladığını, uyku kalitesi puanları ve ağrı

puanları arasında yüksek düzey istatistiksel anlamlılık olduğunu; ağrı düzeyi azaldıkça uyku kalitesinin arttığını göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırma hipotezlerinden **H1₅**: “Sırt masajı uygulanan palyatif bakım hastalarının ağrı düzeyi azaldıkça uyku kalitesi artmaktadır” hipotezi kabul edildi.

Kontrol grubunda uyku kalitesi indeksi ve ağrı puanlarına ilişkin bulgulara bakıldığında uyku kalitesi indeksi puan ortalamasının 1-2-3. günlerde birbirine yakın devam ederken 4. gün ve 7. gün arası ortalamaların bir miktar arttığı (Tablo 4.5., Şekil 4.3.); ağrı ölçeği puan ortalamalarının 1. günden 4.güne (Tablo 4.7., Şekil 4.4.), 1. günden 7. güne (Tablo 4.7., Şekil 4.4.) anlamlı bir artış yaşandığı görülmektedir.

Sela, Watanabe & Nekolaichuk (2005) tarafından palyatif bakım hastalarında uyku bozukluklarına ilişkin yapılan çalışmada uyku kalitesi ve ağrı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. İlerlemiş kanserli palyatif bakım hastalarının uyku bozukluğu ve diğer belirtileri arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmada (Delgado-Guay, vd., 2011) uyku kalitesi ve ağrı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmayı destekler nitelikte hemodiyaliz hastaları (Özçelik, 2011), ileri kanserli hastalar (Mystakidou, vd., 2007) ve akciğer kanseri hastaların (Nishiura, vd., 2015) uyku kalitesi ve ağrılarının incelendiği araştırmalarda uyku kalitesi ile ağrı puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Mercadante ve arkadaşlarının 2017’de yaptıkları benzer araştırma ağrı, asteni, anoreksi, anksiyete, depresyon, uyuşukluk gibi etmenlerin ileri seviye kanserli hastalarda görülen uyku problemleriyle pozitif ilişkilendirilmiştir.

Uyku kalitesi ve ağrı arasında anlamlı bir etkileşim mevcuttur. Yani ağrı nedeniyle bireyde uyku problemleri görülmekle birlikte uykusuzluk artıkça ağrının hissedilen şiddeti de artmaktadır (Monteiro vd., 2014). Araştırmamızda deney grubuna uygulanan sırt masajı palyatif hastalarının ağrılarını azaltmakta ve uyku kalitesini artırmaktadır. Özellikle sırt masajı uygulamasının 4. günü istatistiksel olarak anlamlı fark ortaya çıkmaya başlamış, artarak devam etmiş ve 7. güne gelindiğinde yine istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. Yukarıdaki veriler bu durumun birbiriyle yüksek düzeyde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

- Deney grubunda sırt masajı uygulaması sonucu 4. günden itibaren uyku kalitesinde anlamlı bir yükselme olduğu görülmüştür. 5-6-7. günlerde uyku kalitesi artarak devam etmiştir (Tablo 4.3., Şekil 4.1.).

- Benzer şekilde gruplar arasında 4. gün ve 7. günde uyku kalitesinde deney grubu lehine anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=.001$).

- Deney grubunda sırt masajı uygulaması sonucu 4. günden itibaren ağrı puanında azalma olduğu yani ağrının azaldığı görülmüştür. 5-6-7. günlerde ağrı puanı azalarak devam etmiştir (Tablo 4.3., Şekil 4.1.).

- Deney grubunda sırt masajı uygulaması sonucu 1. günden 4. güne ($p=.001$), 4. günden 7. güne ($p=.001$), 1. günden 7. güne ($p=.001$) gelindiğinde ağrı puanlarında düşüş olduğu görülmüştür. Bu verilerle birlikte 4. gün ve 7. günde ağrı puanlarında deney grubu lehine anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=.001$).

- Deney grubunda gerek uyku kalitesinin artmasında gerekse ağrı puanlarının azalmasında 4. gün sırt masajı uygulamasının etkisinin belirginleştiği gün olarak ifade edilebilir.

Sonuç olarak araştırmada, sırt masajı uygulaması sonucu hastalarda uyku kalitesinin artması ve ağrının azalması sağlanmıştır. Sırt masajının etkisinin anlamlı bir şekilde görüldüğü gün uygulamanın 4. günüdür.

6.2. Öneriler

Araştırma boyunca literatür detaylı bir şekilde incelenmiştir. Literatürde genellikle kanser hastaları ve masaj terapi konusu ele alındığı fakat palyatif bakım hastaları ve masaj terapi konusunda yeterince çalışma olmadığı fark edilmiştir. Uyguladığımız masaj terapi palyatif bakım hastaları üzerinde olumlu bir sonuç ortaya koymuştur. Bu sonucu güçlendirmek için palyatif bakım hastaları ve masaj terapi üzerine daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Literatürde masaj terapinin farklı türlerine ilişkin çeşitli hasta grupları üzerinde uygulamaları mevcuttur. Bu uygulamalar masaj terapi türlerinin kıyaslanmasına ilişkin çok az bilgi içermektedir. Bu açıdan sonraki araştırmacılara diğer bir önerimiz masaj

terapinin farklı uygulamalarını çeşitli hasta grupları üzerinde uygulayarak kıyaslamalarıdır.



7. KAYNAKLAR DİZİNİ

- Acaroğlu, R., Şendir M. & Kaya H. (2012) *Hemşirelik Süreci*. K Babadağ, T. Atabek Aştı (Ed.), *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi* içinde (s. 8-20). İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi.
- Açıkgöz, G., & İbrahimoglu, Ö. (2019). Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde komplike tip-a aort diseksiyonunda günlük yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik bakımı: Olgu Sunumu. *Turk J Cardiovasc Nurs*,10(22), 87–95.
- Ağargün, Y. M, Kara, H. & Anlar, Ö. (1996). Pittsburg uyku kalitesi indeksinin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 107- 111.
- Akçiçek, F., Akbulut, G., & Fadiloğlu, Ç. Z. (2013). *Palyatif bakım evde ve hastanede çalıştay raporu*. Ege Geriatri Derneği Yayınları. İzmir: Meta Basım.
- Akıncı, E., & Orhan, F. Ö. (2016). Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(2), 178-189.
- Akram, U. (2020). A patient's view on reclassifying idiopathic hypersomnia to narcolepsy type-3. *Sleep*, 43(10), 1-2.
- Aksu, N. T., & Erdoğan A. (2017). Akciğer rezeksiyonu yapılan hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *J Turk Sleep Med*, 4(2), 35-42.
- Algın, D. İ. Akdağ, G., & Erdinç, O. O. (2016). Kaliteli uyku ve uyku bozuklukları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38 (Özel Sayı 1), 29-34.
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work*. Elsevier Mosby (8th Ed.) St. Louis, Missouri
- Altun, E., & Şahin, S. (2021). Gebelik ve doğum sonu dönemde preeklampsi yaşayan hastanın Yaşam Aktiviteleri Modeli'ne göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 53-60.
- American Academy of Pediatrics. (2014). School start times for adolescents. *Pediatrics*, 134(3), 642-649.
- Arıkan, G. D. (2016). Palyatif bakım tanımı ve felsefesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(3), 1-5.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Arslan, D., Tatlı, A. M., & Üyetürk, Ü. (2013). Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. *Abant Tıp Dergisi*, 2(3), 256-260.
- Arslan, G. G. & Yücel, Ş. Ç. (2017). Hemşirelik bakımında el masajı uygulaması ve yapılan çalışmaların sistematik analizi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 15-20.
- Arslan, M., Albaş, S., Küçükerdem, H. S., Pamuk, G., & Can, H. (2016). Vizüel analog skala ile kanser hastalarında palyatif ağrı tedavisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Family Practice & Palliative Care*, 1(1), 5-8.
- Aslan, R. (2020). Ağrı duygusu ve tarihçesi. *Göller Bölgesi Aylık Ekonomi ve Kültür Dergisi*, 7(84), 57-64.
- Atabek Aştı T. & Akçakaya A. (2019). *Palyatif Bakım ve Tıp* (s. 93-96) İstanbul Tıp Kitabevi.
- Atabek Aştı, T., & Karadağ, A. (2014). *Hemşirelik Esasları*. Akademi Basım ve Yayıncılık, İstanbul.
- Ay, F. A. (2007). *Kuram Nedir? Hemşirelik ile İlgili Kuramlar ve Hemşire Teorisyenler. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. içinde (1. Baskı) (s. 19-30), Medikal Yayıncılık.
- Aydın O. N. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(2), 37-48.
- Aydoğan F. & Uygun K. (2011). Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim Dergisi*, 24, 4-9.
- Aygın D., & Var, G. (2012). Travmalı hastanın ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımları, *Sakaryamj*, 2(2), 61-70.
- Ayvat İ., & Atlı Özbaş A. (2021). Yaşlı kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri: gereksinimler de yaşılanıyor mu? *HUHEMFAD-JOHUFON* 2021,8(1), 93-100.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Balta, G., Bekiroğlu, S. (2021). Palyatif bakım merkezleri kapsamında verilen psikososyal destek hizmetleri: sosyal hizmet uzmanları ve psikologların gözünden nitel bir değerlendirme. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 130-154.
- Baron, R., Binder, A., & Wasner, G. (2010). Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. *The Lancet Neurology*, 9(8), 807-819.
- Basit, G. (2020). Bakımın rehberi: hemşirelik süreci. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 77-90.
- Batbaş, C. S., Yakar, B., & Pirinççi, E. (2021). Palyatif bakım ve hospis. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2), 136-143.
- Bayar B., (2015, 21-22 Mayıs). *Palyatif rehabilitasyon*. 1. Ulusal Sağlık Bilimleri Senpozyumu Bildiri Kitapçığı, s 20-25.
- Bayındır, S. K., & Ünsal, A. (2015). Kronik hastalıkları olan bireylerde en sık ele alınan hemşirelik tanıları ve girişimleri. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 31-39.
- Benbir Şenel, G. & Karadeniz, D. (2015). Excessive fragmentary myoclonus: case report. *Journal Of Turkish Sleep Medicine*, 2(2), 44-46.
- Bernatchez, M. S., Savard, J., Savard, M. H., Aubin, M., & Ivers, H. (2018). Sleep–wake difficulties in community-dwelling cancer patients receiving palliative care: subjective and objective assessment. *Palliative & supportive care*, 16(6), 756-766.
- Bilgiç, Ş., Çelikkalp, Ü., & Sarıkaya, N. (2017). Nekrotizan fasiitli bir olgunun yaşam modeli doğrultusunda tanılanması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 320-325.
- Bingölbali, Ö. (2019). Myofasyal ağrı sendromlu hastalarda derin doku masajının ağrı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 12-16.
- Birol, L. (2018). *Hemşirelik Süreci*. (11. Baskı). Akademisyen Kitabevi.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Bora, İ. H. & Bican, A. (2007). Uyku Fizyolojisi. *Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 3(23), 1-6.
- Borb, A. A., & Achermann, P. (1999). Sleep homeostasis and models of sleep regulation. *Journal of Biological Rhythms*, 14(6), 559–570.
- Bouckoms, A. J. (1985). Recent developments in the classification of pain. *Psychosomatics*, 26(8), 637–645.
- Boyd, D. B. (2002). *Practical Pain Management* C. D. Tollison, J. R. Satterthwaite, J. W. Tollison (ed.), *Taxonomy And Classification Of Pain* (p. 40-42). Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Bugalho, P., Ladeira, F., Barbosa, R., Marto, J. P., Borbinha, C., da Conceição, L., ... & Fernandes, M. (2021). Polysomnographic predictors of sleep, motor and cognitive dysfunction progression in Parkinson's disease: a longitudinal study. *Sleep Medicine*, 77, 205-208.
- Bulucu-Böyüksoy, G. D. , Demir, G., Durmuş, H. & Dazıroğlu, N. (2016). Tip II Diyabetli Hastaya Klinikte Bütüncül Yaklaşımla Sunulan Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3 (3) , 77-82.
- Burge, F. I., Lawson, B. J., Johnston, G. M., & Grunfeld, E. (2008). A population-based study of age inequalities in access to palliative care among cancer patients. *Medical care*, 46(12), 1203.
- Buyse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H., Berman S.R., & Kupfer D.J. (1989), The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 28, 193-213.
- Büyükyılmaz, F. E. (2009). *Total kalça veya diz protezi ameliyatı olan hastalara uygulanan gevşeme egzersizleri, sırt masajının ağrı ve anksiyete üzerine etkisi*. [Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/>
- Büyükyılmaz, F., & Atabek Aştı, T. (2013). The effect of relaxation techniques and back massage on pain and anxiety in Turkish total hip or knee arthroplasty patients. *Pain Management Nursing*, 14(3), 143-154.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Cagnacci, A., Elliott, J. A., & Yen, S. S. (1992). Melatonin: a major regulator of the circadian rhythm of core temperature in humans. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 75(2), 447-452.
- Can, H., Pamuk, G., Bilyay, H. İ., Koç, E. M., Kaplan, Y. C., Küçükzeybek, Y., & Alacacioğlu, A. (2016). Palyatif bakım servisinde yatan akciğer kanserli hastaların narkotik analjezik kullanımı. *Family Practice and Palliative Care*, 1(3), 61-64.
- Can, Ş. (2013). *Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi*. [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/>
- Carpenito-Moyet, L. J. (2012). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. (Çeviren; Erdemir F) Nobel Tıp Kitapevleri.
- Carr, D. B., & Goudas, L. C. (1999). Acute pain. *The Lancet*, 353(9169), 2051–2058.
- Carskadon, M.A., & Dement, W.C. (2011). *Monitoring and staging human sleep*. In M.H. Kryger, T. Roth, & W.C. Dement (Eds.), *Principles And Practice Of Sleep Medicine* (5th ed.) (p 16-26). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Carvalho, A. S. Martins Pereira, S. Jácomo, A. Magalhães, S. Araújo, J. Hernández-Marrero, P. ... Schatman, M. (2018). Ethical decision making in pain management: a conceptual framework. *Journal of Pain Research*, 11, 967-976.
- Chapman, C. R. & Gavrín, J. (1993). Suffering and its Relationship to Pain. *Journal of Palliative Care*; 9(2), 5-13.
- Chen, J. (2011). History of pain theories. *Neuroscience Bulletin*, 27(5), 343-350.
- Cohen, S. P., & Mao, J. (2014). Neuropathic pain: mechanisms and their clinical implications. *BMJ*, 348(feb05 6), 7656.
- Connor, S., Sepulveda B. M. C. (Ed). (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. London: Worldwide Palliative Care Alliance

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Coşkun A., Özerdoğan N., (2018). Palyatif bakımda cinsel sağlık, *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 371-377. <https://doi.org/10.31067/0.2018>

Craven R. F., Hirnle C. J. & Jensen S. (2015). *Hemşirelik Esasları, İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları*. Uysal N., Çakırcalı E. (Ed). (7. Baskı). Ankara Palme Yayıncılık

Çelikkün, S., & Nur, N. (2019). Cancer incidence rates by age and gender in Sivas province of Turkey, 2004–2014. *Oman Medical Journal*, 34(2), 126.

Çınar, H., Kaya, Y., Özyurt, N., Çakır, L., & Ongun, A. (2016). Palyatif bakım hastalarında nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(3), 15-18.

Çınar, H., Kaya, Y., & Enginyurt, Ö. (2017). Palyatif bakım hastalarında beslenme durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(4), 1-7.

Çınar, Ş., Eşer, İ. & Khorshid, L. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda sırt masajının yaşamsal bulgular ve anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(2), 14-21.

Çorum M., (2021). Palyatif bakımda egzersiz ve fizyoterapi uygulamaları. *J Health Pro Res.*, 3(2), 97-102.

Çöçelli, L. P., Bacaksız, B. D., & Ovayolu, N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14(2), 53-58.

Dalkıran, S. S. (2017). *Preoperatif dönemdeki kanser hastalarında lavanta yağı ile yapılan sırt masajının uykuya etkisi* [Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/>

Dane, E., Yalın, H., & Olgun, N. (2018). Erişkin still hastalığı ve hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Medical Journal of Bakirkoy*, 14(1), 120-128.

Davar G., Maciewicz R. J. (1989). Deafferentation pain syndromes, *Neurologic Clinics*, 7(2), 289-304, DOI: [https://doi.org/10.1016/S0733-8619\(18\)30814-4](https://doi.org/10.1016/S0733-8619(18)30814-4) .

DeLeo, J. A. (2006). Basic science of pain. *The Journal of Bone and Joint Surgery (American)*, 88(2), 58-62.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Delgado-Guay, M., Yennurajalingam, S., Parsons, H., Palmer, J. L., & Bruera, E. (2011). Association between self-reported sleep disturbance and other symptoms in patients with advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*, 41(5), 819-827.
- DelRosso, L. M., & Ferri, R. (Ed.). (2020). *Sleep Neurology: A Comprehensive Guide to Basic and Clinical Aspects*. Springer Nature.
- Demir M., (2016). Palyatif bakım etiği, *Yoğun Bakım Dergisi*, 7: 62-6
- Demir, Y., Usta, Y. Y., İnce, Y. Gel, K. T., & Akı, M. K. (2012). Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumlarının belirlenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(3), 162-172.
- Dilek, F., Bitek, D. E., & Erol, Ö. (2018). Tonsil kanseri tanısı alan hastanın hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*, 15(3), 186-191.
- Dobson, J. (2017). Dame Cicely Saunders-an inspirational nursing theorist. *Cancer Nursing Practice*, 16(7), 31–34.
- Doğan, B., Karabudak Abuaf, Ö., & Karabacak, E. (2012). Tamamlayıcı/Alternatif Tıp ve Dermatoloji. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm*, 46(2).
- Duruk, N., & Mert, K. U. (2020). Kardiyak Anjiyografi Yapılacak Hastaların Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi/Evaluation of Sleep Quality Among the Patients Undergoing Cardiac Angiography. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 7(1), 10-16.
- Eccles, J. A., & Davies, K. A. (2021). The challenges of chronic pain and fatigue. *Clinical Medicine*, 21(1), 19-27.
- Elbi, H. (2016). Palyatif bakım ve tamamlayıcı tedaviler. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8(2), 31-33.
- Elçigil, A.(2012). Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54, 329-334.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Eraydın, Ş., & Uçar, K. N. (2020). Palyatif bakımda fonksiyonel sağlık örüntülerine göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Turkish Journal of Science and Health*, 1(2), 94-107.
- Erden, S., & Çelik, S. Ş. (2013). Torakotomi sonrası ağrı ve analjezi yöntemlerinin kullanılmasında hemşirenin rolü. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 11-24.
- Erdoğan Z., & Yavuz E. (2014). Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(4), 726-736.
- Erer, M. T., Akbaş, M., & Yıldırım, G. (2017). Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 7(1), 1-5.
- Ergan, M., & Başkurt, Z. (2019). Physiotherapy of pain in patients with cancer receiving palliative care. *Acta Oncologica Turcica*, 52 (2), 348- 355.
- Everdingen, Van den Beuken-van, de Rijke, M. H. J., J. M., Kessels, A. G., Schouten, H. C., van Kleef, M., & Patijn, J. (2007). High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands. *Pain*, 132(3), 312–320.
- Falk, H., Henoç, I., Ozanne, A., Öhlen, J., Ung, E. J., Fridh, I., ... & Falk, K. (2016). Differences in symptom distress based on gender and palliative care designation among hospitalized patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(6), 569-576.
- Faulkner, S. M., Bee, P. E., Meyer, N., Dijk, D. J., & Drake, R. J. (2019). Light therapies to improve sleep in intrinsic circadian rhythm sleep disorders and neuro-psychiatric illness: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 46, 108-123.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Hart, S., Theakston, H., Schanberg, S., & Kuhn, C. (1999). Pregnant women benefit from massage therapy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 20(1), 31-38.
- Fillingim, R. B., Loeser, J. D., Baron, R., & Edwards, R. R. (2016). Assessment of chronic pain: domains, methods, and mechanisms. *The journal of pain*, 17(9), 10-20.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Fink, R. (2000). Pain Assessment: The Cornerstone to Optimal Pain Management. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 13(3), 236–239.
- Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simonsick, E. M., Wallace, R. B., & Blazer, D. G. (1995). Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep*, 18(6), 425-432.
- Fornasari, D. (2012). Pain mechanisms in patients with chronic pain, *Clin Drug Investig*, 32(1), 45-52.
- Gott, M., Small, N., Barnes, S., Payne, S., & Seamark, D. (2008). Older people's views of a good death in heart failure: Implications for palliative care provision. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1113–1121.
- Göçmen Baykara Z., (2014). Hemşirelik bakımı kavramı. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1(2): 92-99.
- Görgülü, R. S. (2014). *Hemşireler İçin Fiziksel Muayene Yöntemleri* (1. Baskı). İstanbul Tıp Kitabevi.
- Grichnik K. P., & Ferrante F. M., (1991). The difference between acute and chronic pain. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 58(3): 217-220.
- Guyton, A. C. & Hall, J. E. (2006). *Somatik Duyular: II. Ağrı, Baş ağrısı ve Termal Duyular*. Çavuşoğlu, H. Yeğen B. Ç. (Ed.), *Tıbbi Fizyoloji* (11.Baskı) içinde (s. 598- 609), Nobel Kitabevi.
- Gül, A., & Aslan, F. E. (2012). Ağrı kontrolüne kanıt temelli yaklaşım; masaj ve aromaterapi. *Türkiye Klinikleri J Nurs*, 4(1), 30-6.
- Güleç, H., & Bilici, M. (2013). Uyku tıbbında kullanılan ölçekler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 6(3), 77-81.
- Güney, E. (2020). *Sırt masajının sezaryen sonrası ağrı ve konfora etkisi* [Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/>

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Haack, M., Simpson, N., Sethna, N., Kaur, S., & Mullington, J. (2019). Sleep deficiency and chronic pain: potential underlying mechanisms and clinical implications. *Neuropsychopharmacology*, 45(1), 205-216.
- Han, M. S., & Lee, K. Y. (2012). The effect of back massage on degree of pain, state anxiety and quality of sleep of postoperative patients with gastrectomy. *Asian Oncology Nursing*, 12(1), 69-76.
- Harris, M., Richards, K. C., & Grando, V. T. (2012). The effects of slow-stroke back massage on minutes of nighttime sleep in persons with dementia and sleep disturbances in the nursing home. *Journal of Holistic Nursing*; 30(4), 255-263.
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011). T.C. Resmi Gazete (27910, 19 Nisan 2011).
- Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain management nursing*, 12(4), 230-250.
- Howell, M. J. (2012). Parasomnias: an updated review. *Neurotherapeutics*, 9(4), 753-775.
- Hublin, C., & Kaprio, J. (2003). Genetic aspects and genetic epidemiology of parasomnias. *Sleep medicine reviews*, 7(5), 413-421.
- Huri, M., 2013. Ergoterapi ve onkoloji: rehabilitasyon, aktivite performansı ve sosyal katılım, *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1(2), 85-87.
- İbadullayeva, J., Jumaniyazova, K., Azimzadeh, S., Canıgür, S., & Esen, F., (2019). Çevre kirliliğinin insan sağlığı üzerindeki etkileri. *Türk Tıp Öğrencileri Araştırma Dergisi*, 1(3), 52-58.
- İnci, F., & Öz, F. (2012). Palyatif bakım ve ölüm kaygısı, *Current Approaches in Psychiatry*, 4(2), 178-187.
- İzmir İl Sağlık Müdürlüğü (2015). *Palyatif Bakım Semptom Yönetiminde Klinik Yaklaşım*. İzmir. 133-139.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Jamali, S., Ramezanli, S., Jahromi, M. K., Zare, A., & Poorgholami, F. (2016). Effect of massage therapy on physiologic responses in patients with congestive heart failure. *Biosciences Biotechnology Research Asia*, 13(1), 383-388.
- Jenkins, J., Solomon, J., & Whittam, S. (2012). *Applying the Roper. Logan. Tierney Model In Practice*. Holland K (Ed.), (2th Ed.), (s. 46-453), Elsevier Limited.
- John, J., Kodama, T., & Siegel, J. M. (2014). Caffeine promotes glutamate and histamine release in the posterior hypothalamus. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 307(6), 704-710.
- Kabalak, A. A. Öztürk, H. & Çağıl, H. (2013).Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2), 56-70.
- Kalender, N., & Sütçü Çiçek, H. (2014). Kronik hastalıkların yönetimindeki engeller. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 6(1), 46-53.
- Kang, S. J., & Kim, N. Y. (2008). The effects of aroma hand massage on pruritus, fatigue and stress of hemodialysis patients. *Korean Journal of Adult Nursing*, 20(6), 883-894.
- Kapucu, S. (2018). Palyatif bakım alan kanser hastalarında enfeksiyon ve yönetimi, *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 366-370.
- Kara, E. & Ünver, G. (2019). Masaj ve toparlanmaya etkileri. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 4(1), 28-49.
- Karabulut, N., Gürçayır, D., & Aktaş, Y. Y. (2016). Non-pharmacological interventions for pain management used by nursing students in Turkey. *Kontakt*, 18(1), 22-29.
- Karayurt, Ö., Ursavaş, F. E., & İşeri, Ö. (2018). Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım verme durumlarının ve görüşlerinin incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 163-169.
- Kasar, K., & Yıldırım Y. (2016). İleri demans hastalarında palyatif bakım. *Türkiye Klinikleri J Nurs.*, 9(2), 164-170.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kashani, F., & Kashani, P. (2014). The effect of massage therapy on the quality of sleep in breast cancer patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(2), 113.
- Kaul, M., Zee, P. C., & Sahni, A. S. (2021). Effects of cannabinoids on sleep and their therapeutic potential for sleep disorders. *Neurotherapeutics*, 18(1), 217-227.
- Kaya, N. (2012). *Yaşam Modeli*. Babadağ K, Atabek Aştı T. (Ed.). *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi* (2. Baskı) içinde (s. 1-7). İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık.
- Kaya, N., Babadağ, K., Kaçar, G., & Uygur, E. (2010). Hemşirelerin hemşirelik model/kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 24-33.
- Kerr, F. W. (1963). Mechanisms, diagnosis, and management of some cranial and facial pain syndromes. *Surgical Clinics of North America*, 43(4), 951-961.
- Kılıçarslan Törüner, E., Büyükgönenç, L., & Altay, N. (2011). Çocuklarda basınç ülserleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4 (4), 182-188.
- Kıvanç, M. M. (2017). Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135.
- Koo, D. L., & Kim, J. (2013). The physiology of normal sleep. *Hanyang Medical Reviews*, 33(4), 190-196.
- Kösehasanoğulları, M., & Yılmaz, N. (2018). Fibromiyalji sendromu ve nöropatik ağrı. *Ege Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(1), 26-31.
- Köşgeroğlu, N., & Boğa, S. M. (2011). Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli (YADHM)’ne göre zihinsel engelli bireylerin sorunları ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4, 20-28.
- Kumar, K. H., & Elavarasi, P. (2016). Definition of pain and classification of pain disorders, *Journal of Advanced Clinical & Research Insights*, 3, 87–90.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kumar, S. P., & Saha, S. (2011). Mechanism-based classification of pain for physical therapy management in palliative care: A Clinical Commentary. *Indian journal of palliative care*, 17(1), 80.
- Kurtis, M. M., Balestrino, R., Rodriguez-Blazquez, C., Forjaz, M. J., & Martinez-Martin, P. (2018). A review of scales to evaluate sleep disturbances in movement disorders. *Frontiers in Neurology*, 9, 369.
- Lamont, L. A., Tranquilli, W. J., & Grimm, K. A. (2000). Physiology of pain. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, 30(4), 703–728. [https://doi.org/10.1016/S0195-5616\(08\)70003-2](https://doi.org/10.1016/S0195-5616(08)70003-2).
- Landolt, H. P., Holst, S. C., & Valomon, A. (2018). Clinical and experimental human sleep-wake pharmacogenetics. In *Sleep-Wake Neurobiology and Pharmacology*, 253, 207-224.
- Lavy, V., Bond, C. & Wooldridge, R. (2016). *Palliative Care Toolkit 2016*. Help the Hospices. Londra: Hospice UK, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, Palliative Care Works.
- Madenci, E. (2007). Klasik masaj. *Türk Fizik Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 53(2), 58-61.
- McEntire, D. M., Kirkpatrick, D. R., Dueck, N. P., Kerfeld, M. J., Smith, T. A., Nelson, T. J., ...& Agrawal, D. K. (2016). Pain transduction: a pharmacologic perspective. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 9(8), 1069–1080. <https://doi.org/10.1080/17512433.2016.1183481>
- McKelvie, R. S., Moe, G. W., Cheung, A., Costigan, J., Ducharme, A., Estrella-Holder, E., ... & Ross, H. J. (2011). The 2011 Canadian Cardiovascular Society heart failure management guidelines update: focus on sleep apnea, renal dysfunction, mechanical circulatory support, and palliative care. *Canadian journal of cardiology*, 27(3), 319-338.
- McMahon, S. B. (1991). Mechanisms of sympathetic pain. *British Medical Bulletin*, 47(3), 584–600. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a072494>
- Mechelen V., W., Aertgeerts, B., De Ceulaer, K., Thoosen, B., Vermandere, M., Warmenhoven, F., ... & De Lepeleire, J. (2012). Defining the palliative care patient: A systematic review. *Palliative Medicine*, 27(3), 197–208.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Melnikova, I. (2010). Pain market. *Nature Reviews Drug Discovery*, 9(8), 589–590.
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*, 30(2), 191–197.
- Mercadante, S., Adile, C., Ferrera, P., Masedu, F., Valenti, M., & Aielli, F. (2017). Sleep disturbances in advanced cancer patients admitted to a supportive/palliative care unit. *Supportive Care in Cancer*, 25(4), 1301-1306.
- Mercadante, S., Aielli, F., Adile, C., Ferrera, P., Valle, A., Cartoni, C., ... & Porzio, G. (2015). Sleep disturbances in patients with advanced cancer in different palliative care settings. *Journal of pain and symptom management*, 50(6), 786-792.
- Merlino, G., & Gigli, G. L. (2012). Sleep-related movement disorders. *Neurological Sciences*, 33(3), 491-513.
- Miladinia, M., Baraz, S., Shariati, A., & Malehi, A. S. (2017). Effects of slow-stroke back massage on symptom cluster in adult patients with acute leukemia: supportive care in cancer nursing. *Cancer nursing*, 40(1), 31-38.
- Mitchinson, A., Fletcher, C. E., Kim, H. M., Montagnini, M., & Hinshaw, D. B. (2013). Integrating massage therapy within the palliative care of veterans with advanced illnesses. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 31(1), 6–12.
- Mitzel-Wilkinson, A. (2000). Massage therapy as a nursing practice. *Holistic Nursing Practice*, 14(2), 48-56.
- Moayedi, M., & Davis, K. D. (2013). Theories of pain: from specificity to gate control. *Journal of neurophysiology*, 109(1), 5-12.
- Mok, E., & Pang Woo, C. (2004). The effects of slow-stroke back massage on anxiety and shoulder pain in elderly stroke patients. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10(4), 209–216.
- Monteiro, L., Ribeiro, A., & Xavier, S. (2014). Treatment of sleep disorders. *Psychopharmacology in Oncology and Palliative Care*, 239-266.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Pathiaki, M., Patiraki, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Sleep quality in advanced cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(5), 527-533.
- Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Traeger, L., Jacobs, J. M., Gallagher, E. R., Park, E. R., ... & Greer, J. A. (2018). Differential effects of early palliative care based on the age and sex of patients with advanced cancer from a randomized controlled trial. *Palliative Medicine*, 32(4), 757-766.
- Nishiura, M., Tamura, A., Nagai, H., & Matsushima, E. (2015). Assessment of sleep disturbance in lung cancer patients: relationship between sleep disturbance and pain, fatigue, quality of life, and psychological distress. *Palliative & Supportive Care*, 13(3), 575-581.
- Oğur, H. (2021). *Palyatif Bakım Ünitelerinde Beslenme Ve Besin Tüketimini Kısıtlayıcı Problemler. Palyatif Bakım ve Tıp içinde* (s. 93-96), İstanbul Tıp Kitabevi.
- Okumuş, H., Öztürk, C., & Yenal, K. (2014). *Bakımın Planlanması, Hemşire ve Hemşire Öğrenciler İçin*. (2. Baskı), Palme Yayıncılık.
- Ong, C. K., & Forbes, D. (2005). Embracing Cicely Saunders's concept of total pain. *BMJ*, 331(7516), 576.5-577. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7516.576-d>
- Onur, A., & Ayhan, N. Y. (2020). Vardiyalı çalışan bireylerde sirkadiyen ritmin obezite ile ilişkisi. *Third Sector Social Economic Review*, 55(1), 236-245.
- Ovayolu, Ö., & Ovayolu, N. (2017). Palyatif bakım alan kanser hastalarının ağrı yönetiminde integratif yaklaşımlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 4(3), 54-64.
- Owens J, Adolescent Sleep Working Group (ASWG). (2014). Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. *Pediatrics*, 134(3), 921-932.
- Öngel, K. (2017). Ağrı tanımı ve sınıflaması. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 9(1), 12-14.
- Özbay, S. Y. & Bilici, M. (2016). Uykunun nörobiyolojisi ve fizyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 89-95.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Özbayer, C., & Değirmenci, İ. (2011). Sirkadiyen saat, hücre döngüsü ve kanser. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(4), 514-518.

Özçelik, N. (2011). *Hemodiyaliz hastalarında ağrı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/>

Özçelik, S. (2020). Palyatif bakıma bakış ve hemşireliğin rolü. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 1(3), 76-82.

Özdelikara A, & Babur S. (2020). Özafagus kanseri tanılı hasta ve covid-19: olgu sunumu. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(3), 294-303.

Özdemir, P. G., Selvi, Y., Güleç, T. Ç., & Güleç, M. (2014). Narkolepsinin fizyopatolojisi, klinik görünümü ve tedavi yaklaşımları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(3), 271-283.

Özgencil, E., & Akkemik, Ü. (2020). Kemik metastazlarına bağlı ağrı tedavisinde algolojik yöntemler. *Nucl Med Semin*, 6, 5-10.

Özveren, Y. D. D. H. (2011). Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(1), 83-92.

Palliative Care Curriculum For Undergraduates-PCC4U. (2018). *Who Needs Palliative Care?* 20 Ocak 2021, tarihinde <http://www.pcc4u.org/learning-modules/coremodules/module-1-principles/2-caring/activity-8-who-needs-palliative-care/#print> adresinden alındı.

Pamuk Cebeci, S. (2017). *İkinci derece yanığı olan hastaların bakımında gümüş içeren hidrofiber pansumanın yara iyileşmesine etkisi* (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Park, J. S., Jeong, Y., Jung, J., Ryu, J. J., Lim, H. K., Jung, S. K., & Song, I. S. (2021). Shift work sleep disorder is closely associated with an increased risk for periodontal disease. *Journal of clinical periodontology*, 48(8), 1066-1075.

Passarella, S., & Duong, M.-T. (2008). Diagnosis and treatment of insomnia. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65(10), 927-934.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Patel, N.B. (2010). *Physiology of Pain*, A. Kopf and N. B. Patel (Ed.), *Guide Pain Management In Low-Resource Settings*, (p. 15-17). IASP, Seattle.
- Peever, J., & Fuller, P. M. (2017). The biology of REM sleep. *Current biology*, 27(22), 1237-1248.
- Perry, A. G. Potter P. A. (2011). *Kayıt Tutma ve Raporlama*. Aştı, A. T. ve Karadağ, A. (Ed.), *Klinik Uygulama ve Yöntemleri içinde* (s. 166-188). Adana: Nobel Kitabevi.
- Pham, L., Baiocchi, L., Kennedy, L., Sato, K., Meadows, V., Meng, F., ... & Francis, H. (2020). The interplay between mast cells, pineal gland, and circadian rhythm: Links between histamine, melatonin, and inflammatory mediators. *Journal of pineal research*, 70(2), e12699.
- Polat, Ü., & Atamer, B., (2020). Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım verenlerin bakım yükü ve karşılanmamış bakım gereksinimleri, *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 38-47.
- 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.
- Radbruch, L., De Lima, L., Knäul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., ... & Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *Journal of pain and symptom management*, 60(4), 754-764.
- Rechtschaffen, A., Dates, R., & Tobias, M. (1968). Effect of lights-off stimulation on the distribution of paradoxical sleep in the rat. *Psychophysiology*, 5(2), 233–234.
- Report of a World Health Organization (WHO) (1990). *Expert Committee, WHO Technical Report Series 804*, Cancer pain relief, Geneva: 11.
- Richards, K. C. (1998). Effect of a back massage and relaxation intervention on sleep in critically ill patients. *American Journal of Critical Care*, 7(4), 288.
- Richmond, C. (2005). Dame Cicely Saunders. *BMJ: British Medical Journal*, 331(7510), 238.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Robinson, M. T., & Holloway, R. G. (2017). Palliative care in neurology. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(10), 1592-1601.
- Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (2006). *The Elements of Nursing a Model for Nursing Based on a Model of Living*, (4th. Ed.), (p. 8-123), Tokyo: Churchill Livingstone.
- Roper, N., Logan, W., Tierney, A. J. (1996). *The Elements of Nursing: A Model for Nursing Based on a Model for Living*. (4th Ed.), Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Rundo, J. V., & Downey III, R. (2019). Polysomnography. *Handbook of Clinical Neurology*, 160, 381-392.
- Sakin, A., & Ölmez, Ö. F. (2017). Kanserde palyatif tedaviler: palyatif kemoterapi uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics*, 10(3), 261-267.
- Sateia, M. J. (2014). International classification of sleep disorders. *Chest*, 146(5), 1387-1394.
- Savcı, C. (2020). Disfaji gelişen akut inmeli hastalarda bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(3), 423-429.
- Schenck, C. H., Bundlie, S. R., Ettinger, M. G., & Mahowald, M. W. (1986). Chronic behavioral disorders of human REM sleep: a new category of parasomnia. *Sleep*, 9(2), 293-308.
- Schlereth, T., & Birklein, F. (2008). The sympathetic nervous system and pain. *Neuromolecular Medicine*, 10(3), 141-147.
- Schmidt, R., Schmelz, M., Ringkamp, M., Handwerker, H. O., & Torebjörk, H. E. (1997). Innervation territories of mechanically activated C nociceptor units in human skin. *Journal of neurophysiology*, 78(5), 2641-2648.
- Scholz, J., Finnerup, N. B., Attal, N., Aziz, Q., Baron, R., Bennett, M. I., ... & Treede, R.-D. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 160(1), 53-59.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Sela, R. A., Watanabe, S., & Nekolaichuk, C. L. (2005). Sleep disturbances in palliative cancer patients attending a pain and symptom control clinic. *Palliative & supportive care*, 3(1), 23-31.
- Serpici, A., & Demirbağ, B. C. (2018). Fitzpatrik'in ritim kuramına göre mide malign neoplazmı olan hastanın hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Balıkesir Medical Journal*, 2(1), 83-92.
- Sezgin, M., Çevikol, A., Karadağ, H., Şahin, G., Ankaralı, H. Ç., Akkoyunlu, S., ... & Çakıcı, A. (2015). Akut ve kronik inmeli hastalarda uyku kalitesi: yaşam kalitesi, klinik ve fonksiyonel durum ile ilişkisi. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 18(2), 87-95.
- Silver, J. K. (2004). *Chronic Pain and the Family*. (p. 2-4), Harvard University Press Cambridge, Massachusetts London, England,.
- Smith, M. C., Kemp, J., Hemphill, L., & Vojir, C. P. (2002). Outcomes of therapeutic massage for hospitalized cancer patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 257-262.
- Steeds, C. E. (2009). The anatomy and physiology of pain. *Surgery (Oxford)*, 27(12), 507-511.
- Şahin, L., & Aşçıoğlu, M. (2013). Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 93-98.
- Şener, G. (2010). Karanlığın hormonu: melatonin. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 14(3), 112-120.
- Şentürk, İ., & Sarioğlu Cebeci, M., (2019, 11-13 Aralık). Çevresel etkenlerin neden olduğu hastalıklar, VIII. *Umteb International Congress On Vocational & Technical Sciences*, s. 62-69.
- Tavşanlı, N. G., & Eş, B. (2019). İnmeli hastada palyatif bakım: olgu sunumu. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 35-39.
- Taylor, B. (2014). Experiences of sexuality and intimacy in terminal illness: a phenomenological study. *Palliative medicine*, 28(5), 438-447.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Terzi, B., & Kaya N. (2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 21-26.
- Thorpy, M. J. (2012). Classification of Sleep Disorders. *Neurotherapeutics*, 9(4), 687–701.
- Toth, M., Marcantonio, E. R., Davis, R. B., Walton, T., Kahn, J. R., & Phillips, R. S. (2013). Massage therapy for patients with metastatic cancer: a pilot randomized controlled trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(7), 650-656.
- Trotti, L. M. (2017). Restless legs syndrome and sleep-related movement disorders. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 23(4), 1005-1016.
- Truini, A., Barbanti, P., Pozzilli C. & Cruccu G. (2013). A mechanism-based classification of pain in multiple sclerosis, *Journal of Neurology* 260, 351–367.
- Tufan, A. & Bahat, G. (2017). Yaşlıda uyku bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics*, 3(1), 58-61.
- Tuna, N. (2004). *A'dan Z'ye Masaj*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1987). IASP taxonomy of chronic pain syndromes: preliminary assessment of reliability. *Pain*, 30(2), 177–189.
- Türk Dil Kurumu (2015). *Hemşirelik Terimleri Sözlüğü*. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 02.02.2021
- Unal, K. S., & Akpınar, R. B. (2016). The effect of foot reflexology and back massage on hemodialysis patients' fatigue and sleep quality. *Complementary therapies in clinical practice*, 24, 139-144.
- Uyar, M., & Köken, İ. (2017). Kronik ağrı nörofizyolojisi. *TOTBİD Dergisi*, 16, 70-76.
- Uysal, H., & Karataş, C. (2017). Kronik böbrek yetersizliğinde fonksiyonel sağlık örüntülerine göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 49-61.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- 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.
- Uzun, K., & Yavşan, D. M. (2014). Yoğun bakımda uyku. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2(2), 230-236.
- Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. Esen Ofset, İstanbul.
- Wang, D., & Teichtahl, H. (2007). Opioids, sleep architecture and sleep-disordered breathing. *Sleep Medicine Reviews*, 11(1), 35-46.
- Watson, P. L., Ceriana, P., & Fanfulla, F. (2012). Delirium: Is sleep important? *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 26(3), 355-366.
- WHO-World Health Organization. (2019). *Improving Access To Palliative Care*. 30 Ocak 2021 tarihinde https://www.who.int/ncds/management/palliativecare/Infographic_palliative_care_EN_final.pdf?ua=1 adresinden alındı.
- Wickwire, E. M., & Collop, N. A. (2010). Insomnia and sleep-related breathing disorders. *Chest*, 137(6), 1449-1463.
- Wilkinson, J. M., & Barcus, L. (2018). *Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. (11. Baskı.) Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F, (Ed.) Ankara: Pelikan Yayınevi.
- Williams, A. C. de C., Fisher, E., Hearn, L., & Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub4>
- Witte, W. & Stein C. (2010). *History Definitions and contemporary viewpoints*, A. Kopf A. & Patel N. B. (Ed.), *Guide Pain Management In Low-Resource Settings*. IASP, Seattle, 15-17.
- Yağcı, Ü, & Saygın M. (2019). Pain physiopathology. *Med J SDU* 2019, 26(2), 209-220.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Yağmur, C. (1994). Adana huzurevinde barınan yaşlıların sosyal, sağlık ve beslenme durumu. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 23(2), 211-229.
- Yakut, Y., Yakut, E., Bayar, K., & Uygur, F. (2007). Reliability and validity of the Turkish version short-form McGill pain questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 26(7), 1083–1087.
- Yaşar, H. A, Gürbüz, M, & Çay Şenler F. (2020). *Palyatif Bakımda İletişim*. Çay Şenler F, (Ed.). *Onkolojide Palyatif Bakım* (1. Baskı) içinde (s.27-32) Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Yavuzşen, T., Alacacıoğlu, A., Çeltik, A., & Yılmaz, U. (2014). Cancer and insomnia. *Turkish Journal of Oncology*, 29(3), 112–119.
- Yazıcı, Ö., & Ünal, D. (2021). Palyatif bakım hastalarında beslenmenin önemi. *Turkish Journal Of Oncology*, 35(1), 86-89.
- Yeşilyurt, M., & Faydalı, S. (2020). Ağrı değerlendirmesinde tek boyutlu ölçeklerin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(3), 444-451.
- Yeun, Y. R. (2017). Effectiveness of massage therapy for shoulder pain: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Physical Therapy Science*, 29(5), 936-940.
- Yılbaş, A. A. & Çelebi, N. (2014). Palyatif bakımda ağrı ve sorunlar. *Journal of Anesthesia*, 22 (3), 124-134.
- Yıldırım, D., Kocatepe, V., Can, G., Sulu, E., Akış, H., Şahin, G., & Aktay, E. (2020). The effect of lavender oil on sleep quality and vital signs in palliative care: a randomized clinical trial. *Complementary Medicine Research*, 27(5), 328-335.