T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

PALYATİF BAKIM HASTALARINDA KONSTİPASYONUN YÖNETİMİNDE AURİKÜLER AKUPRESÜR UYGULAMASININ ETKİSİ

DERYA BIÇAK AYIK

DANIŞMAN
PROF.DR. GÜLBEYAZ CAN

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2020

Bu çalışma 08.07.2020 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Derya BIÇAK AYIK

(İmza)

İTHAF

Bu çalışmayı başta annem Naciye BIÇAK olmak üzere hayatımın her döneminde yanımda olan ve benden desteğini esirgemeyen aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince ve tez çalışmam boyunca beni motive eden, desteği ile beni cesaretlendiren ve bu çalışmada çok emeği olan çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Gülbeyaz CAN'a,

Ders dönemindeki emekleri ve tez sürecindeki destek ve değerli katkılarından dolayı Prof. Dr. Nuray ENÇ'e,

Tez izleme komitesinde yer alarak çalışmaya son derece değerli katkılar sunan Prof. Dr. İkbal ÇAVDAR'a

Çalışmama katılmayı kabul eden hastalara ve bu çalışmanın gerçekleşmesinde destek veren değerli hasta yakınlarına ve palyatif bakım ünitesinde çalışan hekim ve hemşirelere,

Tanıdığım günden beri hayatımın her alanında yanımda olan ve doktora eğitimimin her aşamasında yaşadığım zorlukların üstesinden gelmemde bana güç veren sevgili arkadaşım Derya AKÇA'ya,

Tez süreci boyunca büyük bir sabır, anlayış ve sevgi ile yanımda olan desteğini daima hissettiren eşim Yusuf AYIK'a,

Bugünlere gelmemi sağlayan, her zaman yanımda olan canımdan öte annem Naciye BIÇAK'a, babam Harun BIÇAK'a, amcam Mehmet BIÇAK'a, sevgili ablalarıma ve kardeşlerime tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİ
ÖZET ..... Xİİ
ABSTRACT ..... Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Palyatif Bakım 3
2.1.1. Tanımı 3
2.1.2. Tarihçesi 4
2.1.3. Amacı ve Özellikleri 5
2.2. Palyatif Bakım Hemşireliği 7
2.2.1. Tarihsel Gelişimi 7
2.2.2. Rol ve Sorumlulukları 8
2.3. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi 9
2.3.1. Konstipasyon 10
2.3.1.1. Prevalans 10
2.3.1.2. Tanılama 11
2.3.1.3. Klinik Özellikler 13
2.3.1.4. Komplikasyonlar 14
2.3.1.5. Sınıflandırma 15
2.3.1.6. Yönetimi 17
2.4. Auriküler Akupresür Uygulamasının Tarihsel Süreci 23
2.5. Auriküler Akupresür Uygulamasının Konstipasyona Etki Mekanizması 24
2.6. Konstipasyon Tedavisinde Auriküler Akupresür Noktaları 25
2.7. Konstipasyonun Yönetiminde Auriküler Akupresürün Etkisi 25

3. GEREÇ VE YÖNTEM 27
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü 27
3.2. Araştırmanın Hipotezleri 27
3.3. Araştırmanın Değişkenleri 27
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 27
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 27
3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 28
3.5.2. Araştırmadan Dışlanma kriterleri 28
3.6. Araştırmanın Tasarımı 30
3.6.1. Auriküler Akupresür Uygulaması 31
3.7. Veri Toplama Araçları 35
3.7.1. Hasta Tanıtıcı Anket Formu 35
3.7.2. Konstipasyon Değerlendirme Ölçeği (KDÖ) 35
3.7.3. Bristol Dışkı Skalası (BDS) 35
3.7.4. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) 35
3.8. Araştırmanın Etik Yönü 36
3.9. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi 36
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri 37
4. BULGULAR 38
4.1. Bireysel Özelliklerin Dağılımı 38
4.2. Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı 39
4.3. Bağırsak Boşaltımına İlişkin Özelliklerin Dağılımı 40
4.4. Fiziksel Aktivite, Gıda ve Sıvı Tüketimine İlişkin Özellikler 41
4.4.1. Çalışma Sürecinde Günlük Sıvı Tüketimi 42
4.5. Auriküler Akupresür Uygulamasının Günlük Dışkılama Sayısına Etkisi 43
4.6. Auriküler Akupresür Uygulamasının Bristol Dışkı Skoruna Etkisi 45
4.7. Auriküler Akupresür Uygulamasının Konstipasyon Şikayetlerine Etkisi 47
4.8. Auriküler Akupresür Uygulamasının Laksatif Kullanımına Etkisi 49
4.9. Auriküler Akupresür Uygulamasının Yaşam Kalitesine Etkisi 51
4.9.1. Auriküler Akupresür Uygulamasının Fiziksel Şikayetlere Etkisi 52
4.9.2. Auriküler Akupresür Uygulamasının Psikososyal Semptomlara Etkisi 53
4.9.3. Auriküler Akupresür Uygulamasının Endişe/Kaygıya Etkisi 54
4.9.4. Auriküler Akupresür Uygulamasının Hasta Memnuniyetine Etkisi 55

4.9.5. Auriküler Akupresür Uygulamasının Genel Yaşam Kalitesine Etkisi..56
5. TARTIŞMA 57
KAYNAKLAR 65
HAM VERİLER 778
FORMLAR 79
ETİK KURUL KARARI 85
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....93
ÖZGEÇMİŞ 94

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1. Dışkılama Bozukluğu Olan Hastalarda Tanı Bulguları 11

Tablo 2-2. Opioid Kaynaklı Konstipasyonun Nedenleri 16

Tablo 2-3. Palyatif Bakım Hastalarında Konstipasyona Neden Olan Faktörler..... 16

Tablo 2-4. Konstipasyon Tedavisinde Kullanılan İlaçlar 18

Tablo 3-1. Araştırma Deseni..... 34

Tablo 4-1. Kişisel Özelliklerin Dağılımı 38

Tablo 4-2. Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı 39

Tablo 4-3. Bağırsak Boşaltımına İlişkin Özelliklerin Dağılımı..... 40

Tablo 4-4. Fiziksel Aktivite, Gıda ve Sıvı Alımına İlişkin Özelliklerin Dağılımı 41

Tablo 4-5. Auriküler Akupresür Uygulamasının Günlük Dışkılama Sayısına Etkisi..... 44

Tablo 4-6. Auriküler Akupresür Uygulamasının Bristol Dışkı Skoruna Etkisi..... 45

Tablo 4-7. Auriküler Akupresür Uygulamasının Konstipasyon Varlığına Etkisi 46

Tablo 4-8. Konstipasyon Şikayetlerinin Dağılımı 47

Tablo 4-9. Auriküler Akupresür Uygulamasının Konstipasyon Şikayetlerine Etkisi 48

Tablo 4-10. Auriküler Akupresür Uygulamasının Laksatif Kullanımına Etkisi 50

Tablo 4-11. Auriküler Akupresür Uygulamasının Fiziksel Şikayetlere Etkisi..... 52

Tablo 4-12. Auriküler Akupresür Uygulamasının Psikososyal Semptomlara Etkisi 53

Tablo 4-13. Auriküler Akupresür Uygulamasının Endişe/Kaygıya Etkisi..... 54

Tablo 4-14. Auriküler Akupresür Uygulamasının Dışkılama Memnuniyetine Etkisi.... 55

Tablo 4-15. Auriküler Akupresür Uygulamasının Yaşam Kalitesine Etkisi 56

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1. Konstipasyonu Tanılama ve Yönetme Algoritması 14

Şekil 3-1. Çalışma Akış Şeması..... 29

Şekil 3-2. Sol Kulak Akupresür Noktaları..... 32

Şekil 3-3. Sol Kulak Motor Kolon Noktası 32

Şekil 3-4. Sağ Kulak Akupresür Noktaları 32

Şekil 4-1. Çalışma Sürecinde Günlük Sıvı Tüketimi..... 42

Şekil 4-2. Auriküler Akupresür Uygulamasının Günlük Dışkılama Sayısına Etkisi..... 43

Şekil 4-3. Auriküler Akupresür Uygulamasının Bristol Dışkı Skoruna Etkisi..... 45

Şekil 4-4. Auriküler Akupresür Uygulamasının Konstipasyon Varlığına Etkisi..... 46

Şekil 4-5. Auriküler Akupresür Uygulamasının Konstipasyon Şikayetine Etkisi..... 48

Şekil 4-6. Auriküler Akupresür Uygulamasının Laksatif Kullanımına Etkisi..... 49

Şekil 4-7. Auriküler Akupresür Uygulamasının Yaşam Kalitesine Etkisi 51

Şekil 4-8. Auriküler Akupresür Uygulamasının Fiziksel Semptomlara Etkisi..... 52

Şekil 4-9. Auriküler Akupresür Uygulamasının Psikososyal Semptomlara Etkisi 53

Şekil 4-10. Auriküler Akupresür Uygulamasının Yaşam Kalitesine Etkisi 54

Şekil 4-11. Auriküler Akupresür Uygulamasının Dışkılama Memnuniyetine Etkisi..... 55

Şekil 4-12. Auriküler Akupresür Uygulamasının Genel Yaşam Kalitesine Etkisi..... 56

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AA : Auriküler Akupresür

BDS : Bristol Dışkı Skalası

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

KDÖ : Konstipasyon Değerlendirme Ölçeği

KYKÖ : Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği

SB : Sağlık Bakanlığı

VAS : Vasküler Otonomik Sinyal

ÖZET

Bıçak Ayık, D. (2020). Palyatif Bakım Hastalarında Konstipasyonun Yönetiminde Auriküler Akupresür Uygulamasının Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpasa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Deneysel nitelikte olan bu çalışmanın amacı, palyatif bakım hastalarında konstipasyonun yönetiminde auriküler akupresür uygulamasının etkisini değerlendirmektir. Çalışma kapsamına, Şubat 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında, Diyarbakır Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde yatan ve konstipasyon şikayeti olan 90 hasta dahil edildi. Çalışmaya Konstipasyon Değerlendirme Ölçeğinden 4 puan ve üzerinde alan hastalar kabul edildi. Önceden hazırlanan randomizasyon listesine göre 44 hasta deney, 46 hasta kontrol grubuna alındı. Her iki gruptaki hastalarda, kliniğin rutin tedavi ve bakım uygulamalarına devam edildi. Deney grubunda yer alan hastalara ek olarak 4 hafta boyunca auriküler akupresür uygulaması yapıldı. Çalışma boyunca, hastaların konstipasyona yönelik şikayetlerini belirlemek için, her hasta/hasta yakını ile en 5 kez klinikte ve/veya telefonda görüşülerek günlük takip çizelgesindeki bilgiler sorgulandı ve sonuçlar hasta takip formuna kaydedildi. Çalışma ile ilgili verilerin elde edilmesinde; Hasta Tanıtıcı Anket Formu, Konstipasyon Değerlendirme Ölçeği, Bristol Dışkı Skalası ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Verilerin istatiksel değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, parametrik ve non-parametrik testler kullanıldı. Yaş ortalaması 71,38±11,96 olan hastaların çoğu okur yazar değildi (%52,2), gelir durumu orta derecede iyiydi (%77,8) ve erkekti (%52,2). Çalışma başlangıcında deney ve kontrol grubunun özellikleri benzerdi. Kontrol grubu ile kıyaslandığında; auriküler akupresür uygulamasının hastaların dışkılama sıklığını arttırdığı, dışkı yapısını normale döndürdüğü ve laksatif kullanımını azalttığı saptandı ($p<0,05$). Sonuç olarak, auriküler akupresür uygulamasının konstipasyonu olan hastalarda etkili bir yaklaşım olduğu ve yaşam kalitesini artırdığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Auriküler akupresür, konstipasyon, palyatif bakım, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Bıçak Ayık, D. (2020). Effect of Auricular Acupressure on Constipation in Palliative Care Patients. Istanbul University-Cerrahpaşa Institute of Graduate Studies, Department of Medical Nursing. PhD Thesis. Istanbul.

The purpose of this experimental study was to evaluate the effect of auricular acupressure application in the management of constipation in palliative care patients. 90 patients who were hospitalized with constipation complaints in the Palliative Care Unit of Gazi Yaşargil Training and Research Hospital of Diyarbakır Health Sciences University between February 2019 and January 2020 were included in the study. Patients who scored 4 points and above on the Constipation Evaluation Scale participated in the study. According to the randomization list prepared previously, 44 patients were included in the experiment, and 46 patients were included in the control group. Routine treatment and care practices of the clinic were continued for the patients in both groups. The patients in the experimental group were additionally given auricular acupressure treatment for 4 weeks. Throughout the study, in order to determine the complaints of patients regarding constipation, each patient/patient's relative was interviewed 5 times in the clinic and/or on the phone and the information regarding the daily follow-up schedule was obtained, and the results were recorded in the patient follow-up form. The data for the study were obtained through Patient Identifying Information Questionnaire Form, Constipation Evaluation Scale, Bristol Stool Scale and Constipation Quality of Life Scale. In the statistical evaluation of the data, descriptive statistics, parametric and non-parametric tests were used. Most of the patients, whose mean age was 71.38 ± 11.96, were illiterate (52.2%), their income level was moderately good (77.8%) and the majority were male (52.2%). At the beginning of the study, the characteristics of the experimental and control groups were similar. When compared with the control group, it was found that auricular acupressure application increased the frequency of defecation, normalized the stool structure and reduced the use of laxatives ($p < 0.05$). As a result, it was determined that auricular acupressure application is an effective approach and improves quality of life in patients suffering from constipation.

Keywords: Auricular acupressure, constipation, palliative care, quality of life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Konstipasyon, palyatif bakım hastalarının yaşadığı en yaygın semptomlardan biridir ve prevalansının yaklaşık %30–90 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Clark & Currow, 2013; Erichsén vd., 2016; Zhe, 2016). Palyatif bakım sürecindeki hastalarda konstipasyon, ağrı ve anoreksiden sonra en sık görülen üçüncü semptomdur (Larkin vd., 2008; Zhe, 2016). Bu hastalarda, konstipasyon gelişme riski yüksektir ve gelişimini önlemeye yönelik önlemler alınsa bile, genellikle farmakolojik tedavi kullanımını gerektiren konstipasyon gelişmektedir (Davies vd., 2020; Shin & Park, 2018; Zhe, 2016).

İleri evre hastalığı olan bireylerde konstipasyon gelişimine katkıda bulunan, opioid ilaç kullanımı, metabolik sorunlar, nörolojik bozukluklar, tüketilen gıda türü ve miktarı gibi pek çok risk faktörü vardır (Zhe, 2016). Ayrıca hastaneye yatış da hastada konstipasyonun oluşmasını tetikleyebilir (Larkin vd., 2008; Muldrew vd., 2018).

Sağlık uzmanları tarafından genellikle göz ardı edilen (Muldrew vd., 2018) konstipasyonun varlığının değerlendirilmesi ve nedenlerinin tanımlanması önemlidir (Zhe, 2016). Palyatif bakım hastasında, konstipasyonun tanımlanmasında iki temel husus göz önünde bulundurulmalıdır: dışkılama sıklığı ve dışkının özelliği (McIlfatrick vd., 2019; Zhe, 2016).

Günümüzde, palyatif bakım hastasında gelişen konstipasyonun yönetiminde kullanılabilecek uluslararası tanımlanmış standart bir yaklaşım yoktur (Muldrew vd., 2018). Bu sorunun yönetiminde, farmakolojik tedaviler, gıda alımının düzenlenmesi, egzersiz ve abdominal masaj gibi farklı yaklaşımlar tek başına ya da birbiri ile kombine edilerek kullanılmaktadır (Lee, 2010). Sıklıkla tercih edilen baş etme stratejisi farmakolojik yaklaşımlardır (Olgun, 2016). Ancak farmakolojik tedaviler bağırsak hareketini uyarsa da, şişkinlik, gaz artışı, karın dolgunluğu gibi birçok yan etkiye neden olduğundan bazı hastalarda kullanımı etkisiz olabilir (Hanai vd., 2016). Bir çalışmada, laksatiflerin uzun süre kullanımının metabolik rahatsızlıklar ve hepatotoksisite gibi daha ağır yan etkilere neden olabileceği de bildirilmiştir (Wong vd., 2015). Bu nedenle, eşzamanlı pek çok sağlık sorunu da olabilen palyatif bakım hastalarında gelişen konstipasyonun yönetiminde farmakolojik yaklaşımların kullanımı mümkün olmayabilir ve bu sorunun yönetiminde non-farmakolojik yaklaşımların kullanılması gerekebilir.

Son yıllarda, farklı sağlık sorunlarının yönetiminde tamamlayıcı yaklaşımların kullanımı da artmıştır (Lee, 2010; Muldrew vd., 2018; Shin & Park, 2018). Bu tamamlayıcı yaklaşımlardan biri auriküler akupresürdür. 1990 yılında bireyin sağlığının sürdürülmesinde faydalı etkileri olabileceği bildirilen auriküler akupresür, kulakta yer alan auriküler refleks noktalarına yapılan bir çeşit mikroakupunktur uygulamasıdır (Jing vd., 2018). Kulakta belirli organ ya da sistemlere denk gelen akupunktur noktalarına yapılan uygulama ile otonomik ve merkezi sinir sistemini uyararak uygulamanın terapötik etkisini elde etmemizi sağlar (Jing vd., 2018; Kaniusas vd., 2019).

1998'de Choy ve Eidenschenk, kulağın tragus bölgesine takılan kulak klipslerinin gastrointestinal hareketlerin sıklığını değiştirdiğini ve klipsler çıkarıldığında gastrointestinal hareketlerin tekrar normale döndüğünü bildirilmiştir (Choy & Eidenschenk, 1998). Bu nedenle gastrointestinal sistem ile ilişkili auriküler refleks noktalarına akupresür uygulanması, konstipasyon ile baş etmede kullanılabilir (Muldrew vd., 2018; Shin & Park, 2018). Bu noktalarının uyarılması, duyusal talamusta, vagus sinirinin auriküler dallarını uyararak mide duvarındaki düz kas tonusunu artırarak konstipasyonun azalmasını sağlar (Jing vd., 2018).

Farklı çalışmalarda, konstipasyonun yönetiminde etkili olabileceği bildiren AA uygulamasının (Jing vd., 2018) etkinliği meme kanserli (Shin & Park, 2018), ve yaşlı hastaların katılımı ile gerçekleştirilen iki çalışmada da gösterilmiştir (Li vd., 2014). Ancak palyatif bakım hastalarında gelişen konstipasyonun yönetiminde AA uygulamasının etkinliğini inceleyen çalışmalara ulaşılamamıştır. Deneysel nitelikte olan bu randomize-kontrollü çalışma, palyatif bakım hastalarında gelişen konstipasyonun yönetiminde auriküler akupresür uygulamasının etkinliğini tanımlamak amacıyla gerçekleştirildi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

2.1.1. Tanımı

Palyatif kelimesi ‘koruyucu, rahatlatıcı, sakinleştirici, hafifleştirici ve geçici çare” gibi farklı anlamları içeren bir terimdir (Dirimen Arıkan, 2016; Elçigil, 2012). 1986 yılında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakım kavramını, "Tedaviye cevap vermeyen hastalığa sahip bireylerin kapsamlı bakımı" şeklinde tanımlanmıştır (*WHO Definition of Palliative Care*, 2019). Yapılan bu ilk tanımda palyatif bakım ve küratif bakım iki ayrı kategori olarak incelenmekteydi ve biri bittiği zaman diğeri başlamaktaydı (Danış & Özhan, 2019). Ancak tanımda belirsizliklerin yer aldığı ve daha çok tedavisi mümkün olmayan son dönemdeki hastaları kapsadığı fark edilmiştir (Elçigil, 2012). Bu belirsizliklerden dolayı 2002 yılında DSÖ, palyatif bakımı; hayatı tehdit eden ciddi bir hastalıkla karşılaşan, hasta ve ailesinin, başta ağrı olmak üzere diğer fiziksel, psikososyal ve manevi sorunların erken dönemde tespit edilmesi, değerlendirilmesi ve tedavi edilmesini sağlayarak yaşam kalitesini arttıran bir yaklaşım olarak yeniden tanımlamıştır. Bu tanım, yaşam kalitesini niteliksel olarak vurgulamakta ve ölümü yaşam döngüsünün normal bir parçası olarak görmektedir (*WHO Definition of Palliative Care*, 2019).

Avrupa Palyatif Bakım Derneği (EAPC; European Association for Palliative Care), palyatif bakımı, küratif tedaviye cevap vermeyen hastaların bütüncül bakımı olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre palyatif bakım yaklaşımı interdisipliner olup, tedavi sürecinin merkezine hasta, aile ve toplumu alarak, ağrı ve diğer semptomların yanında psikolojik ve manevi bakıma da odaklanmaktadır (Çolak, 2017; Şenel, 2017).

Palyatif bakım sadece kanser veya son dönemdeki hastalarla sınırlı değildir. Palyatif bakım ayrıca uzun yıllar süren hastalıkları ve diğer hayati tehlike oluşturan koşulları da içermektedir (Sujatha & Jayagowri, 2017). Palyatif bakım yaşamı desteklemekle birlikte ölümü hızlandırmaz veya ertelemez (Şimşek Utku vd., 2017). Palyatif bakım ölümü doğal bir süreç olarak algılar ve ölüm anına kadar hasta ve ailesi için mümkün olan en iyi yaşam kalitesinin sağlanmasını amaçlar (Çınar vd., 2017; Çolak, 2017).

Sonuç olarak palyatif bakım; bireyin yaşamını tehdit eden hastalıkların teşhisinden itibaren hastada ortaya çıkan semptomların giderilmesini veya hafifletilmesini sağlayan, hastanın

rahat ve onurlu bir ölüm gerçekleştirmesini hedefleyen ve hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini geliştirmeyi destekleyen bir bakım felsefesidir.

2.1.2. Tarihçesi

İlk palyatif bakım hizmetinin temelini modern hospisler oluşturmaktadır. 1842 yılında Fransa'da kurulan ilk palyatif bakım merkezi palyatif bakımdan çok hospis anlamında hizmetler vermiştir (Öngel, 2017). 1967 yılında İngiltere'de ilk modern hospisi (St. Christopher's Hospis), sosyal hizmet uzmanı ve aynı zamanda hemşire olan Cicely Saunders kurmuştur. Takiben kurulan hospis sayısı hızla artmıştır (Coyle, 2014). Cicely Saunders ölmek üzere olan hasta ve yakınlarının gereksinimlerinin nasıl gidereceği ile ilgili eksikliği belirlemiş ve yanıt vermiştir. Böylece Cicely Saunders bütüncül hasta bakımı anlayışına katkı sağlayarak palyatif bakımın temellerinin atılmasını sağlamıştır (Danış & Özhan, 2019).

Palyatif bakım kavramı 1970'li yıllara kadar hospis ile özdeşleştirilmiştir. 'Palyatif Bakım' terimi 1975 yılında Balfour Mount tarafından kullanılmıştır (Akpınar & Alvur, 2017). Modern anlamda ilk palyatif bakım ünitesi ise 1975 yılında Kanada Montreal'de Royal Victoria Hastanesi'nde açılmıştır (Öngel, 2017). 1983 yılından itibaren özellikle Almanya'da palyatif bakım ile ilgili hızlı gelişmeler yaşanmış ve merkezlerinin sayısı artmaya başlamıştır (İnan, 2017). Daha sonra 1985 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde, Wayne State Üniversitesi bünyesinde hastane tabanlı ilk palyatif bakım ünitesi açılmıştır. 1990'lı yıllarda ise Japonya, Avustralya, Yeni Zelanda'da kurulan modern kuruluşlarla palyatif bakım anlayışı Dünya geneline yayılmıştır (Danış & Özhan, 2019; Öngel, 2017).

Amerika'da 1990'lı yıllarının başlarında 'palyatif bakım' kavramı kanserden dolayı ölmekte olan hastaların bakımı için kullanılmış olup palyatif bakım programları genellikle kanser hastalarına yönelik olarak başlatılmıştır. Daha sonraları kalp yetersizliği ve akciğer rahatsızlıkları gibi diğer kronik hastalıklara sahip olan hastalar da palyatif bakımdan faydalanmaya başlamıştır (Elçigil, 2012; Öngel, 2017). 1990'lı yılların ortalarında ise özel bir alan olarak gelişmeye başlayan palyatif bakım, günümüzde kronik hastalığa sahip olan hastaların bakımını kapsamaktadır (Elçigil, 2012).

Türkiye'de 1993-1997 yıllarında Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul'da kurulan "Kanser Bakımevi" hospis kavramına yakın olup hastalara palyatif bakım verebilecek ilk kuruluştur (Öngel, 2017). Türkiye'de palyatif bakımın kurumsallaşmasına ilişkin çalışmalar ilk

kez Ankara'da 2008-2009 yılları arasında Sağlık Bakanlığı (SB) Kanser Savaş Daire Başkanlığı tarafında gerçekleştirilen çalıştayda başlamıştır ve palyatif bakım hizmetine ilişkin standartlar, 2009 yılında yayınlanan 5 yıllık Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında açıklanmıştır (İnan, 2017; Şimşek Utku vd., 2017). Program kayıt, erken tanı, tarama, önleme, tedavi ve palyatif bakım olmak üzere beş ana başlıktan oluşmaktadır. Türkiye'de kanser kontrol faaliyetlerindeki en zayıf kısmı palyatif bakım başlığı oluşturmaktadır (Öngel, 2017). Bunun yanında yine 2009 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen girişimlerle Kanser Daire Başkanlığı ve Türk Onkoloji Grubu önderliğinde farklı organizasyon, dernek, kurum ve kuruluşların işbirliği ile Ulusal Palyatif Bakım Programı oluşturulmuştur (Ozgul vd., 2012).

T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı ülkemizdeki palyatif bakım faaliyetlerini yaygınlaştırmak amacıyla 2010 yılında Bakanlığın ilgili birimleri ve birçok uluslararası kuruluşların desteği ile Palya-Türk Projesini başlatmıştır (Ozgul vd., 2012). Projenin temel amacı opioidlerin kullanılabilirliğini arttırmak ve toplum temelli palyatif bakım hizmetini uygulamaya geçirebilmektir (Öngel, 2017; Şimşek Utku vd., 2017).

Palyatif bakımın hastane ayağına yönelik ilk kapsamlı birim, Ankara'daki Ulus Devlet Hastanesi'nde açılan palyatif bakım merkezidir (Kabalak vd., 2012). Bu merkez yoğun bakım ünitesinden taburcu olan ancak palyatif bakım ihtiyacı süren hastaları kabul etmiştir (Danış & Özhan, 2019).

2013 yılında İzmir İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Palyat-İzmir Projesi hayata geçirilerek, İzmir'de bulunan ve palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların semptomlarını yönetmek ve yaşam kalitelerini arttırmak amaçlanmıştır (Öngel, 2017).

2014 yılında ise Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konan "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" ile uygulamaya ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir (*Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge*, 2014). Bu yönerge ile Türkiye'de palyatif bakımın amaç ve uygulama esasları tanımlanmış ve palyatif bakım merkezleri hızla açılmaya başlanmıştır (Şimşek Utku vd., 2017; Yeniçeri, 2017).

2.1.3. Amacı ve Özellikleri

Palyatif bakım, hastaların yaşam kalitesini arttıran, hastaların ve ailelerinin karşılaştığı yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilgili sorunları çözen bir yaklaşımdır (Sujatha & Jayagowri,

2017). Palyatif bakım modeli ile ilgili çalışmalar, ağrı ve diğer semptomların yönetimi, kaliteli yaşam ve ölüm üzerine yoğunlaşmaktadır (İnan, 2017; Salins vd., 2018). Palyatif bakımda temel amaç hastayı tedavi etmek değildir. Öncelikli amaç hastaya rahatsızlık veren semptomların nedenini araştırmak, semptomları hafifletmek veya gidermektir (Salins vd., 2018; Yeniçeri, 2017).

Palyatif bakımın temel özellikleri ve amacı şöyledir;

- Hastalığın erken dönemlerinden itibaren ağrı ve diğer acı veren semptomların giderilmesini ya da hafifletilmesini sağlamak,
- Yaşamı olumlama ve ölümü doğal bir süreç olarak kabul etmeyi sağlamak,
- Ölümü hızlandırma ya da geciktirme amacı taşımamak,
- Bakımın psikolojik ve tinsel yönlerini fiziksel bakım ile bütünleştirmek,
- Hastaların ölüm anına kadar aktif bir hayat sürmelerine destek sağlamak,
- Hastanın hastalığı boyunca ve yas dönemlerinde ailenin durumla baş etmesine yardım edecek destek sistemi sağlamak,
- Hastanın ve ailenin gereksinimlerinin belirlenmesinde ve karşılanmasında ekip yaklaşımı sunmak,
- Ölümden sonraki dönemde de aileye danışmanlık hizmeti sağlamak,
- Hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini artırmak,
- Hastalığın erken döneminde yaşamı uzatmayı amaçlayan kemoterapi veya radyasyon tedavisi gibi tedavileri birlikte uygulayarak acı verici klinik komplikasyonların daha iyi yönetilmesini hedeflemek (Aydoğan & Uygun, 2011; Çınar vd., 2017; Dirimen Arıkan, 2016; Salins vd., 2018; Şimşek Utku vd., 2017; Topal, 2017).

Palyatif bakım; hasta ve ailelerinin yaşadığı fiziksel, psikososyal, kognitif, manevi ve ekonomik sorunları ele alarak koordineli ve sürekli bir bakımı içermelidir (Şenel, 2017). Bu bağlamda palyatif bakımda erişilmek istenen hedefler; hastalık veya alınan tedavilere bağlı olarak görülen ağrı ve diğer semptomların yeterli kontrolü, hastalık süreciyle ilgili olarak aile üyelerinin bilgilendirilmesi, yükünün azaltılması ve ilişkilerinin güçlendirilmesi, ölümden sonra aileye danışmanlık yapılması, hastalık seyrini anlamada gerçekçi yaklaşım, hastanın istekleri ve değerleri dikkate alınarak tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin yarar ve zararlarının değerlendirilmesi, yaşam sonu kararlar için destek ve karar verme yetisi kaybolduğunda karar

vericinin belirlenmesi olmalıdır (Coyle, 2014; Çınar vd., 2017; Mathew-Geevarughese vd., 2019; Şenel, 2017).

2.2. Palyatif Bakım Hemşireliği

2.2.1. Tarihsel Gelişimi

Palyatif bakım hemşireliğinin gelişimi, palyatif bakımın gelişimi ile paralellik göstermektedir. Hemşirelerin, palyatif bakım ünitelerinin oluşmasında ve palyatif bakım alanındaki uygulamaların gelişmesinde önemli derecede destek ve katkıları olmuştur (Yıldırım, 2015, 2017). Hemşire ve aynı zamanda sosyal hizmet uzmanı olan Dame Cicely Saunders, 1967 yılında, Londra'da St. Christopher's Hospis'ini kurmuştur ve bu olay modern hospis bakım kavramının başlangıcı sayılmaktadır (Coyle, 2014; Derin, 2017). Cicely Saunders ölmek üzere olan hasta ve yakınlarının bakım gereksinimlerinin nasıl karşılanacağına yönelik katkılar sağlayarak bütüncül hasta bakımı anlayışı ve palyatif bakımın temellerinin atılmasını sağlamıştır (Danış & Özhan, 2019).

Bunun yanında Amerika'nın ilk hospisi olan Connecticut Hospis'i 1970'lerin sonunda Yale Hemşire Okulu Dekanı Florence Wald tarafından kurulmuştur. Bu kurum, hospis bakımına yönelik olarak özel dizayn edilen ilk hospistir. Dr. Wald'ın öncü girişimlerinden bu yana hemşireler, hospis ve palyatif bakım programlarını sağlamak ve geliştirmek için oldukça çaba sarf etmişlerdir (Chow & Dahlin, 2018). 1984 yılında ise Anne Rooney hospis bakım programlarına yönelik ilk standartları geliştirerek hospis akreditasyon standartlarını tanımlayan kişi olarak bilinmektedir. Madolon Q'Rawe Amenta, Pensilvanya Hospis Ağı'nı kurarak hospis bakımın gelişmesinde katkısı olan bir diğer hemşiredir. Amenta, ayrıca Nancy Bohnet ile beraber yaşam sonu bakım ile ilgili ilk kitap olan "Terminal Dönemde Hemşirelik Bakımı" kitabını çıkarmıştır (Yıldırım, 2017).

Ülkemizde de özellikle son yıllarda palyatif bakım hemşireliği ile ilgili önemli gelişmeler olmaktadır (Elçigil, 2012). Sağlık Bakanlığını ülkemizdeki palyatif bakım faaliyetlerini yaygınlaştırmak amacıyla 2010 yılında ulusal ve uluslararası birçok kuruluşun desteği ile Palya-Türk Projesini başlatmıştır (Ozgul vd., 2012). Bu proje, hemşire temelli toplum tabanlı bir proje olarak ülkemizde hayata geçirilmiştir (Şahan Uslu & Terzioğlu, 2015).

2012 yılında ilk "Palyatif Bakım Hemşireliği Kursu" Onkoloji Hemşireliği Derneği tarafından gerçekleşmiştir. Yine bu derneğin alt çalışma grubu olan "Palyatif Bakım Hemşireliği" grubu farklı kurum ve kuruluşlar ile birlikte ülkemizde çeşitli illerde palyatif bakım hemşireliğine yönelik kurslar vermeye devam etmektedir (Yıldırım, 2017).

2.2.2. Rol ve Sorumlulukları

Palyatif bakıma ihtiyacı olan hasta ve ailelerinin gereksinimlerinin karşılanması, semptomların hafifletilmesi, bakımın planlanması ve sağlanması için disiplinlerarası bir yaklaşıma ihtiyaç vardır (Kav vd., 2018). Bu yaklaşımın en önemli üyelerinden biri olan hemşireler, hasta ve diğer sağlık ekibi üyeleri arasında bir bağlantı görevi görürler. Bu nedenle hemşireler çeşitli ortamlarda (yatarak, ayaktan, uzun süreli bakım ve evde bakım) hastalar için palyatif bakımı sunmak için iyi konumdadırlar (Dobrina vd., 2014; Head vd., 2018; Kav vd., 2018). Hemşireler, hastalığının olumsuz etkilerini yönetmede hastaya yardımcı olmakta, hasta için neyin önemli olduğu ve ne yapılarak hedefe varılabileceği gibi konularda bilgi toplamaktadırlar (Şahan Uslu & Terzioğlu, 2015). Böylece hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını tespit ederek yaşam kalitesini artırabilirler (Elçigil, 2012; Şahan Uslu & Terzioğlu, 2015).

Nitelikli bir palyatif bakım sürecinde, hastanın değerleri, tercihleri, tedavi seçenekleri ve bakımın planlaması için uzman bir iletişime gereksinim vardır (Head vd., 2018). Hemşire bulunduğu konum nedeniyle hasta, ailesi, çevresi ve hastanın bakımında görev alan diğer sağlık personeli ile mümkün olduğunca olumlu ve güçlü ilişkiler kurmasına yardımcı olmaktadır. Ayrıca hemşireler hasta ve ailesi ile dürüst ve saygıya dayalı bir iletişim kurarak güven duymalarını sağlamaktadır (Elçigil, 2012). Hemşireler bu nedenle kaygı ve korku yaratan durumların konuşulmasını kolaylaştırılmakta ve hastanın gereksinimlerini belirlemede, hastaya sunulan tedavi seçeneklerin aydınlatılmasında, değerlerinin ve tercihlerinin araştırılmasında ve ileri bakımın planlamasında önemli bir rol oynamaktadır (Head vd., 2018). Bunun yanında palyatif bakım hemşirelerin başta ağrı olmak üzere diğer semptomların kontrolünü sağlama ve yönetme, hastanın içinde bulunduğu ortamda kontrol kaybını azaltma, fiziksel bakım ve duygusal destek sağlama, hasta ve ailesine sağlık bakım hizmetlerini sunma, eğitim verme ve diğer disiplinlerle iş birliği yapma gibi önemli rol ve sorumlulukları vardır (Dobrina vd., 2014; Şahan Uslu & Terzioğlu, 2015).

Palyatif bakım hemşireliğinin temel amacı, hastanın hastalığı boyunca ve ölüm sürecinde acılarını dindirmek, ölümden sonraki yas sürecinde aileye destek sağlayarak hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini arttırmaktır (Sujatha & Jayagowri, 2017). Palyatif bakım hemşireleri, bütüncül bakım doğrultusunda hasta ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal bütün alanlarının sorgulamalı, gereksinim ve tercihlerini belirlemeli ve bunları diğer ekip üyeleri ile tartışmalıdır (Yıldırım, 2017). Palyatif bakım hemşireleri bakım verme, bakımı koordine etme, eğitim ve danışmanlık hizmeti sağlamanın yanı sıra, palyatif bakım alanındaki gelişmeleri takip etme, hemşirelik bakım standartlarını ve yeterliliklerini tanımlama, uygulama ve palyatif bakım ile ilgili araştırmalarda yürütücü rolünü de ortaya koyması gerekmektedir (Özçelik vd., 2014; Yıldırım, 2017). Özetle palyatif bakım hemşirelerinin rol ve sorumlulukları doğrultusunda palyatif bakım hemşireliğinin kapsamı şöyledir;

- Ağrı ve diğer semptomların yönetimi
- Kayıp ve yas süreci bakımı
- Hasta ve aile eğitimi ve danışmanlık hizmetleri
- Hasta ve ailesinin psikososyal, kültürel ve spiritüel bakımı
- Etkili iletişim teknikleri
- İnterdisipliner ve multidispliner iş birliği uygulamaları
- Hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirleme
- Hastanın bağımlılık düzeyi ve istekleri dikkate alınarak bakımı planlama ve organize etme (Dobrina vd., 2014; Madenoğlu Kıvanç, 2017; Şahan Uslu & Terzioğlu, 2015; Yıldırım, 2017).

2.3. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi

Palyatif bakım hastalarının çoğu gerek altta yatan hastalığa bağlı olarak gerekse yapılan tedavi ve girişimlere bağlı olarak birçok fiziksel ve psikososyal semptoma maruz kalmaktadırlar (Altıner, 2017). Ciddi hastalıklar ilerleyici fonksiyonel bağımlılıklara neden olarak palyatif bakım hastalarında semptom riskini artırmaktadır (Alexander vd., 2016).

Palyatif bakım hastalarında en sık görülen semptomlar; ağrı, dispne, bulantı-kusma, konstipasyon, diyare, halsizlik-yorgunluk, iştah kaybı, kaygı, depresyon, deliryum, ağız kuruluğu, erken tokluk hissi, uyku problemleri, tat almada değişik/bozukluk ve kilo kaybı gibi sorunlar yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumlardır (Altıner, 2017; Yates, 2017).

Palyatif bakım, hastaların tedavi görürken yaşam kalitelerini en üst düzeye çıkarmayı ve yaşamın son dönemlerinde acıyı önlemeyi amaçladığı için odağında semptom yönetimi yer almaktadır (Rabow vd., 2017). Teorik modeller ve deneysel araştırmalar, palyatif bakım ünitesinde özellikle kansere bağlı olarak görülen semptomların çok boyutlu doğasını, bu semptomların sürekli değişen modellerini ve semptomlar arasındaki çok faktörlü etiyolojik mekanizmaları ve etkileşimleri vurgulamaktadır (Smith vd., 2012; Yates, 2017). Semptomları belirlemek için hemşirelerin düzenli olarak tarama yapması gerekmektedir. Semptomlar ortaya çıktığında, semptomlara katkıda bulunan faktörlerin yanı sıra semptomların etkisi ve düzeyi için de kapsamlı bir değerlendirme gereklidir. Semptom deneyimleri zaman içinde değiştiği için sürekli değerlendirme önemlidir (Yates, 2017). Bu bağlamda palyatif bakımda semptomların çok boyutlu doğası, semptom yönetiminde hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan yaklaşımların kullanılmasını gerekli kılmaktadır (Yates, 2017). Bunun yanında semptom yönetimine odaklanmak, hasta ve ailelerini en büyük stres kaynaklarından birinden kurtarır (Alexander vd., 2016).

2.3.1. Konstipasyon

2.3.1.1. Prevalans

Konstipasyon, dışkılamada zorlanma ya da manuel manevraların uygulanmasını gerektiren sert, topaklı dışkı yapma olarak tanımlanmaktadır (McIlfatrick vd., 2019; Wang vd., 2019). Birçok palyatif bakım hastasında konstipasyon önemli bir sağlık sorunudur (Clark vd., 2012; Muldrew vd., 2018) ve hastalarının yaklaşık %40'ını etkilemektedir (McIlfatrick vd., 2019; Wang vd., 2019).

Prevalansı %30–90 arasında olan konstipasyonun başlıca sebebi, hastalık sürecine bağlı ya da kullanılan ilaç nedeniyle bağırsak hareketlerinin azalmasıdır (Clark vd., 2012; McIlfatrick vd., 2019; Wang vd., 2019). Bunun yanında; üzerinde anlaşmaya varılmış bir konstipasyon tanımın olmaması, klinik uygulamalarda sağlık uzmanları arasında değerlendirme aracı ve paylaşılan tanı kriterlerinin (Roma III kriterleri gibi) sınırlı kullanımı, hastalardan alınan subjektif rapor, hastaların konstipasyonu tanımlamadaki eksikliği ve utanç duygusu da konstipasyonun belirlemesindeki diğer engeller arasındadır (Muldrew vd., 2018).

Konstipasyon önemli ölçüde rahatsızlığa ve hastanın acı çekmesine neden olmaktadır (Hagmann vd., 2018). Konstipasyon, sadece hastayı değil ailelerini de fiziksel ve psikolojik

açıdan oldukça olumsuz etkilemektedir (Andrews & Morgan, 2012). Palyatif bakım hastalarının ilk değerlendirilmesinde konstipasyonun önlenmesinde veya tedavisinde yetersizlik olması durumunda hastaların durumları daha da kötüleşebilmektedir. Ayrıca düşük bağırsak fonksiyonu olan hastalarda diğer semptomlarının da kötüleştiği görülmüştür (McIlfatrick vd., 2019).

2.3.1.2. Tanılama

Kuzey Amerika, Avrupa ve Asya'da konstipasyona yönelik yirmi iki genel klinik kılavuz tanımlanmıştır (Tian vd., 2016). Bu kılavuzlardaki öneriler araştırma literatürü tarafından desteklendiğinden, kanıta dayalı uygulama için faydalı bir başlangıç noktası sağlamaktadır (McIlfatrick vd., 2019). Bu öneriler; konstipasyon değerlendirme aracı ile kapsamlı bir değerlendirme, eksiksiz bir tıbbi geçmiş dokümantasyonu ve fizik muayenenin kullanımını içermektedir (Larkin vd., 2008; Librach vd., 2010; Lindberg vd., 2011). Bu bağlamda bristol dışkı formu ölçeği ve bağırsak günlüklerine dayanan dışkı formunun resimsel gösterimleri bağırsak alışkanlıklarını tanımlamak için güvenilir bir teknik olarak gösterilmiştir (Forootan vd., 2018).

Konstipasyonun değerlendirilmesi sırasında dikkatli bir öykü ve fizik muayene ile tanı bulguları tespit edilmelidir (Tablo 2-1) (Jani & Marsicano, 2018; Vazquez Roque & Bouras, 2015).

Tablo 2-1. Dışkılama Bozukluğu Olan Hastalarda Tanı Bulguları

ÖYKÜ
• Dışkılama esnasında aşırı zorlanma
• Eksik boşaltım hissi
• Dışkı atılımını kolaylaştırmak için tuvalette olağandışı duruş/manipülasyon ihtiyacı
• Rektal boşalmayı kolaylaştırmak için perine desteği veya posterior vajinal basınç
• Fekal inkontinans
• Dışkıda kan veya mukus
• Lavman sıvısını dışarı çıkaramama
REKTAL MUAYENE (hasta sol lateral pozisyonda iken)
İnspeksiyon
• Anüsün ileri doğru çekilmesi
• Anal kenarın 1,0 cm'den daha az veya 3,5 cm'den daha fazla çökmesi
• Rektal mukozanın kısmen anal kanaldan sarkması

Palpasyon • Dinlenme sırasında yüksek anal sfinkter tonu • İsteyerek kasılma sırasındaki anal sfinkter basıncının, dinlenme sırasındaki tondan çok az yüksek olması • Hasta dışkılama sırasında gerildiğinde perine ve muayene parmağı 1.0 cm'den daha az veya 3.5 cm'den daha fazla çökmesi • Rektal duvarın posterior palpasyonunda puborektalis kası hassasiyeti veya palpasyon ile ağrının artması • Zorlanma sırasında ele gelen mukozal prolapsus • Rektum ön duvarında defekt
Anorektal manometri ve balon atımı (hasta sol lateral pozisyonda iken) • İstirahat esnasındaki ortalama anal sfinkter tonunun 80 cm sudan fazla olması (veya >60 mm Hg) • Kasılma sırasındaki ortalama anal sfinkter basıncının 240 cm sudan fazla olması (veya >180 mm Hg) • Balonun dışarı atılmaması

Kaynak: (Jani & Marsicano, 2018; Vazquez Roque & Bouras, 2015)

Klinik değerlendirmede dışkılama sıklığı ve kıvamı, dışkı büyüklüğü, semptomların süresi, aşırı tıkanma, dışkılama çağrısını görmezden gelme geçmişi ve eksik boşaltım hissi veya dışkılama sırasında elle müdahale dahil olmak üzere bir dizi kriter araştırılmalıdır. Bunun yanında konstipasyon başlangıcı ile ilgili sorular, diyet, ilaç ve psikolojik problemler gibi etiyolojik faktörler de sorgulanmalıdır (Forootan vd., 2018). Fizik muayene bulgularına göre endokrin, metabolik, nörolojik veya kollajen vasküler bozukluklar için özel testler gerekli olabilmektedir (Şekil 2-1) (Forootan vd., 2018). Laboratuvar testleri, radyolojik çalışmalar ve endoskopik değerlendirme ancak hipotiroidzm veya kolon kanseri gibi belirli vakalarda uygulanmalıdır (Bengi vd., 2014; Jani & Marsicano, 2018). Güçlü kanıtlar olmadan konstipasyon için metabolik testler önerilmemektedir (Forootan vd., 2018).

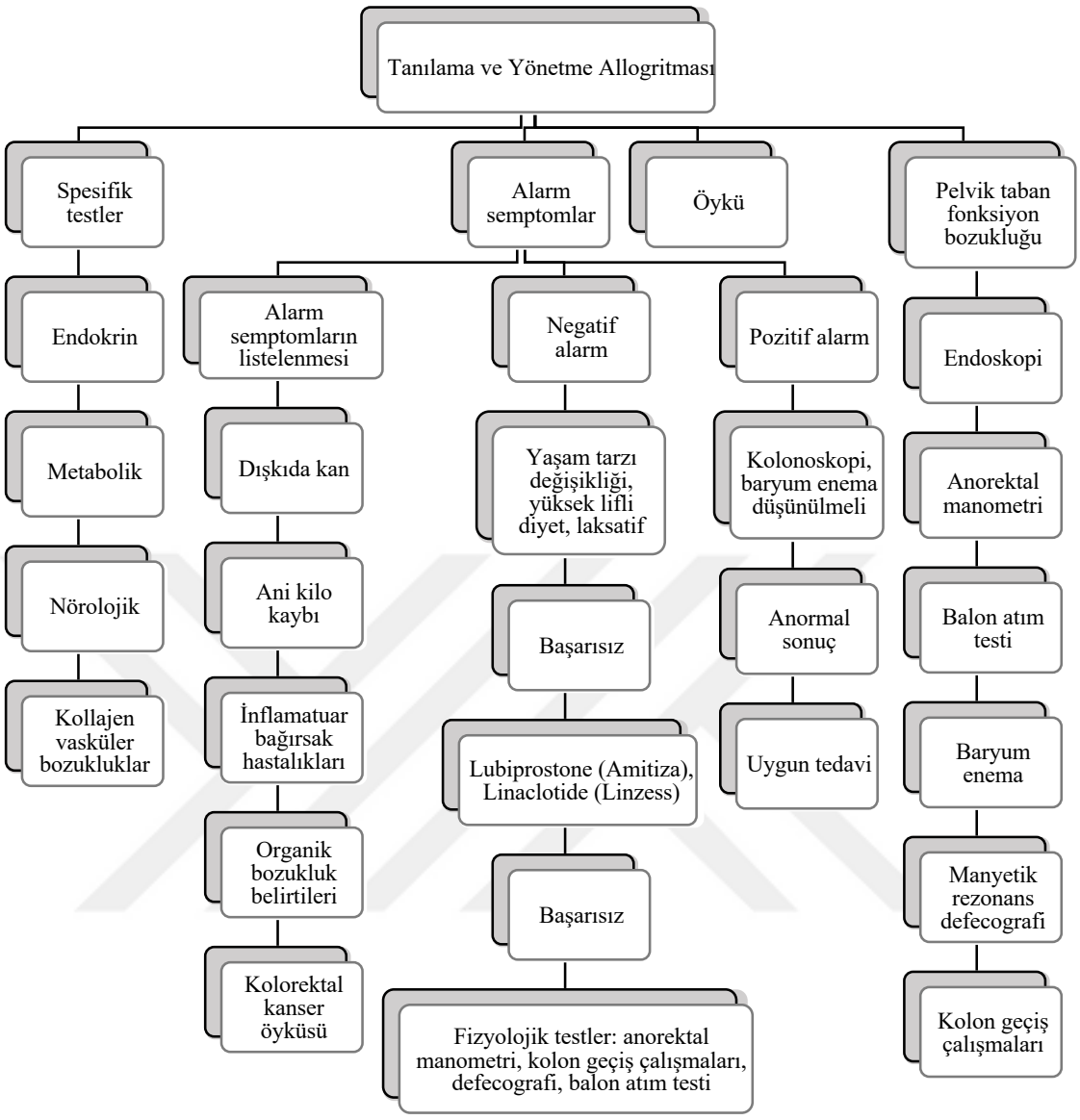
Hastalarda, anal ağrının nedenini belirlemek (örn., çatlaklar veya tromboze hemoroidler), sfinkter tonu sorgulamak, istrahat veya ıkınma sırasında anal tonu değerlendirilmek ve konstipasyonun nedenlerini tespit etmek için rektal muayene yapılmalıdır (Forootan vd., 2018).

Özellikle hastanın alarm semptomları (kilo kaybı, karın ağrısı ve hematokezi) varsa, ani konstipasyon başlangıcı varsa veya kolonoskopi için önerilen tarama yaşından daha büyükse ve kolorektal kanser için daha önce tarama yapılmamışsa, kolonun yapısal değerlendirmesi faydalı olabilmektedir. Bu değerlendirmede konstipasyon için ikincil bir neden ortaya çıkarsa, uygun tedavi önerilmektedir. Laksatiflerle ilk tedaviye cevap vermeyen hastalar, olası çıkış

disfonksiyonunun değerlendirilmesi için anorektal testlere tabi tutulmalıdır (Jani & Marsicano, 2018).

2.3.1.3. Klinik Özellikler

Klinik özellikler hastadan hastaya değişiklik gösterir ve konstipasyon ile ilgili semptomları ve/veya konstipasyonun komplikasyonlarından kaynaklanan semptomları içermektedir. Konstipasyonu olan bireylerde konstipasyon ile ilgili farklı semptomların sıklığı; zorlanma (% 79), gaz (% 74), sert dışkı (% 71), karın rahatsızlığı (% 62), dışkılama sayısında azalma (% 57), şişkinlik (% 57), eksik dışkılama hissi (% 54), karın ağrısı (% 48), rektal ağrı (% 41) ve ani dışkılama dürtüsü (% 35) şeklinde bildirilmiştir (Davies vd., 2020).



Şekil 2-1. Konstipasyonu Tanılama ve Yönetme Algoritması

2.3.1.4. Komplikasyonlar

Konstipasyon tedavi edilmediği takdirde, karın ağrısı, bulantı, kusma, psikolojik rahatsızlıklar, bağırsak tıkanması ve perforasyonu gibi rahatsız edici semptomlara veya yaşamı tehdit edici komplikasyonlara yol açabilmektedir (Dhingra vd., 2013). Konstipasyonun lokal komplikasyonları arasında dışkı kaçırma, gastrointestinal obstrüksiyon, gastrointestinal perforasyon, rektal prolapsus, hemoroid, fekal impaksiyon, rektal kanama, idrar yolu enfeksiyonu ve idrar retansiyonu bulunmaktadır (Davies vd., 2020; Larkin vd., 2008). Konstipasyonun sistemik komplikasyonları arasında genel halsizlik, konfüzyon/deliryum ve baş ağrısı bulunur (Larkin vd., 2008). Hastalar ayrıca ağız kokusu, anoreksi, erken tokluk, bulantı ve

kusma ve gastroözofageal reflü gibi üst gastrointestinal problemler yaşayabilirler. Konstipasyon nadiren de olsa, dolaylı olarak (gastrointestinal perforasyon, zorlanma/gerilme nedeniyle pulmoner emboli) bir bireyin ölümüne neden olabilmektedir (Davies vd., 2020).

Konstipasyon, anksiyete, depresyon ve hatta "katastrofik düşünme" gibi çeşitli psikolojik problemlerle de ilişkilidir (Dhingra vd., 2013). Ayrıca, konstipasyon, hastanede yatan hastalarda olumsuz ilaç reaksiyonlarının ilk nedeni olarak kabul edilmektedir. Rahatsızlığa neden olmanın yanı sıra, konstipasyon günlük yaşamı, beslenmeyi ve sosyalleşmeyi de etkileyerek yaşam kalitesini tehlikeye atmaktadır. Dahası, konstipasyonun asit veya tümör gibi diğer abdominal süreçlerle sinerjisi ağrıyı artırabilir ve dispneyi kötüleştirebilir. Tedavi edilmeyen konstipasyon, potansiyel olarak bağırsak tıkanıklığı ile ilişkili ve yaşamı tehdit eden komplikasyon olan obstipasyona yol açabilir (Davies vd., 2020; Mercadante vd., 2018).

2.3.1.5. Sınıflandırma

Konstipasyon genellikle fonksiyonel ve ikincil konstipasyon olarak sınıflandırılmaktadır. Fonksiyonel konstipasyonun risk faktörleri arasında aile öyküsünde konstipasyon olması, lif seviyesi düşük besinler ile beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite bulunur. İkincil konstipasyonun risk faktörleri ise; gastrointestinal hastalıklar, nörolojik/psikiyatrik hastalıklar, diğer sistemik hastalıklar (örn. Diyabet, hipotiroidizm) ve/veya ilaçlar gibi çeşitli farklı nedenler olabilmektedir (Davies vd., 2020).

Palyatif bakım hastalarında konstipasyon birden fazla faktöre bağlı olarak gelişebilmektedir (Miller & Nevadunsky, 2018). Bunlar arasında opioid analjezikler ile diğer ilaçlar, yetersiz sıvı alımı, iştahın azalması, hareketsizlik ve tümör yüküne bağlı bağırsak dismotilitesi bulunmaktadır (Miller & Nevadunsky, 2018; Wang vd., 2019).

Opioid kaynaklı konstipasyon, periferik ve mu-opioid reseptör etkisi olan farklı bir patofizyolojiye (Tablo 2-2) sahip ikincil konstipasyonun bir alt tipidir. Opioide bağlı konstipasyon, kanser ağrısı olan hastalarda daha yaygın gibi görünmekte ve genetik faktörlerden ve kullanılan opioid tipinden etkilenebilmektedir. Bununla birlikte, opioid kaynaklı konstipasyonun kullanılan opioid dozundan özellikle etkilenmediği görülmektedir (Farmer vd., 2019).

Tablo 2-2. Opioid Kaynaklı Konstipasyonun Nedenleri

- Azalmış ince bağırsak motilitesi
- İnce bağırsakta elektrolit ve su salgısında azalma
- İleoçekal valfteki ton artışı
- Kalın bağırsak hareketliliğinde azalma
- Kalın bağırsakta elektrolit ve su emiliminde artış
- Anal sfinkterde ton artışı
- Anorektal duyarlılıkta azalma (distansiyon)

Opioidler yaygın bir konstipasyon nedeni olmasına rağmen, kapsamlı bir değerlendirmede diğer olası nedenler de göz ardı edilmemelidir. Bunlar arasında; değişen diyet (dehidrasyon, azalmış oral alım), azalmış fiziksel aktivite, ilaçlar (5-HT3 reseptör antagonistleri, kalsiyum veya alüminyum içeren antiasitler, kalsiyum kanal blokerleri, antikolinerjikler, demir), mekanik obstrüksiyon, motilite/nörolojik bozukluklar (otonomik bozukluklar, omurilik lezyonları, tümör-sinir tutulumu) ve endokrin/metabolik bozukluklar (hiperkalsemi, hipokalemi, diyabet, hipotiroidizm) gibi faktörler yer almaktadır (Tablo 2-3) (Hagmann vd., 2018; Larkin vd., 2018).

Tablo 2-3. Palyatif Bakım Hastalarında Konstipasyona Neden Olan Faktörler

Organik Faktörler	
İlaçlar	Opioid analjezikler, antasitler, antitussifler, antikolinerjikler, antidepresanlar, 5-HT3 reseptör antagonistleri, antiemetikler, nöroleptikler, demir, diüretikler, kemoterapötik ajanlar vb.
Metabolik problemler	Dehidrasyon, hiperkalsemi, hipokalemi, üremi, diabetes mellitus, hipotiroidizm
Nöromüsküler hastalıklar	Miyopati
Nörolojik hastalıklar	Omurga veya serebral tümörler, otonom disfonksiyonu, omurilik tutulumu
Yapısal Problemler	Abdominal veya pelvik kitle, radyasyon fibrozu, peritoneal karsinomatozis, mekanik obstrüksiyon
Ağrı	Kanser ağrısı, kemik ağrısı, anorektal ağrı
Fonksiyonel Faktörler	

Diyet	Düşük lif alımı, iştahsızlık, yetersiz yiyecek ve sıvı alımı
Ortam	Mahremiyet eksikliği, tuvalet sırasında yardım ihtiyacı, kültürel konular
Diğer faktörler	Hareketsizlik, yaş, depresyon, sedasyon

2.3.1.6. Yönetimi

Tedavide, konstipasyonun nedeninin ilaçlara, metabolik koşullara, kolon lümen tıkanıklığına veya kolonun primer nöromüsküler fonksiyon bozukluğuna bağlı olup olmadığına bakılarak karar verilmelidir (Rao vd., 2016).

Konstipasyonun etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamak için, farmakolojik yönetimin yanı sıra hastanın tuvalet ihtiyacını karşılaması için uygun koşulların sağlanması, yaşam tarzı değişiklikleri ve aktivite seviyelerinin düzenlenmesine önem gösterilmesi gerekmektedir (*Management of Constipation in Adult Patients Receiving Palliative Care National Clinical Guideline No. 10*, 2015; McIlfatrick vd., 2019). Konstipasyon için yaygın farmakolojik müdahalelerin kullanımı kısa süreli semptomların hafifletilmesinde etkili olsa da uzun süreli kullanımları ishal ve metabolik bozukluklar gibi olumsuz etkilerle ilişkilendirilmektedir (Ford vd., 2013; Wang vd., 2019).

Farmakolojik Yaklaşımlar

Konstipasyonun tedavisinde birinci basamaktaki farmakolojik olmayan müdahaleler başarısız olduğunda tedaviye laksatiflerin de dahil edilmesi önerilmektedir (Tablo 2-4) (Davies vd., 2020; Hayat vd., 2017). Laksatifler, yaşam tarzına veya diyet değişikliğine cevap vermeyen hastalarda potansiyel uzun süreli tedavi için farmakolojik tedavinin temelini oluştururlar (Sharma & Rao, 2017). Güncel kanıtlar kronik konstipasyonu olan çoğu hastada ilk tedavi stratejileri olarak ozmotik ve uyarıcı laksatiflerin kullanılmasını önermektedir (Basilisco & Coletta, 2013; Jani & Marsicano, 2018). Ozmotik ajanlar arasında polietilen glikol bazlı çözeltiler, magnezyum sitrat bazlı ürünler, sodyum fosfat bazlı ürünler (örn. Fleets) ve emilemeyen karbonhidratlar (örn. Sorbitol) bulunmaktadır. Bu hipertonik ürünler, kolondaki suyu tutarak ozmotik etki yaratmaktadırlar (Bharucha vd., 2013). Uyarıcı laksatifler arasında gliserin, bisakodil, sinameki ve sodyum pikosülfat bulunur. Sodyum pikosülfat ve bisakodilin kronik konstipasyon tedavisi

için kullanımı, 4 haftaya kadar onaylanmıştır. Fizyolojik gastrokolik refleksi arttırmak için uyarıcı laksatiflerin yemeklerden 30 dakika sonra kullanılması önerilmektedir (Hayat vd., 2017). Ancak sinameki ve bisakodil (Dulcolax) gibi uyarıcı laksatiflerin aşırı kullanımı kramplara neden olabilir, bu yüzden az kullanılmalıdır (Bharucha vd., 2013).

Bunun yanında docusate (Colace) gibi dışkı yumuşatıcıları, kısa süreli proflaksi için (ameliyat sonrası dönemde) kullanımları uygundur. Docusate sodyum ve docusate kalsiyum sulu ve yağlı maddelerin karışmasını kolaylaştırdığı için dışkıyı yumuşatarak boşaltımı kolaylaştırır (Hayat vd., 2017).

Uzun süreli kullanım için, hacim artıcı laksatifler ve polietilen glikol 3350 (Miralax) en iyi tolere edilmektedir (Jani & Marsicano, 2018).

Hacim artıcı laksatiflerin kronik konstipasyonun tedavisinde güvenilir ve etkili olduğu bilinmektedir (Hayat vd., 2017). Hacim artıcı laksatifler çözünemeyen ve çözülebilir (Pisilyum ve metilselüloz (Citrucel), inulin ve kalsiyum polikarbofil) lifler içermektedirler (Jani & Marsicano, 2018). Çözünmeyen lifler, sıklıkla kullanılmasına rağmen, 1 aylık kullanımdan sonra kronik konstipasyon belirtileri üzerinde çok az etkiye sahip olduğu ve hastaların yaklaşık % 60'ında yan etkilere neden olduğu bilinmektedir (Hayat vd., 2017). Öte yandan klinik çalışmalar, psyllium gibi çözünür liflerin dışkılamayı kolaylaştırdığını ve normal transit konstipasyonu olan hastalarda fonksiyonel bağırsak semptomlarını iyileştirdiğini göstermiştir (Hayat vd., 2017; Suares & Ford, 2011).

Tablo 2-4. Konstipasyon Tedavisinde Kullanılan İlaçlar

Kategori **Laksatifler**	**Örnek**
Hacim arttırıcı laksatifler	• Pisilyum (Ispaghula) kabuğu (oral) • Metilselüloz (oral) • Sterculia (oral) • Frangula ve Sterculia (oral)
Ozmotik laksatifler	• Laktuloz (oral) • Potasyum klorür, sodyum bikarbonat ve sodyum klorür içeren makrogol 3350 (oral) • Magnezyum hidroksit (oral) • Sodyum fosfatlı sodyum asit fosfat (oral, lavman)
Yumuşatıcı laksatifler	• Aracus yağı (lavman) • Docusate sodyum (oral, lavman)

	• Sıvı parafin (oral) • Magnezyum hidroksitli sıvı parafin (oral)
Uyarıcı laksatifler	• Bisakodil (oral, lavman, supozituvar) • Co-danthramer (oral) • Co-danthrusate (oral) • Gliserol (supozituvar) • Senna (sinameki) (oral) • Ispaghula kabuğu ile sinameki (oral) • Sodyum pikosülfat (oral)
Diğer ilaçlar	
Klorür-kanal agonistleri	• Lubiproston (oral)
Selektif 5-HT4 reseptör agonistleri	• Prucalopride (oral)
Opioid reseptör antagonistleri	• Methylnaltrexone (subcutaneous) • Naloxegol (oral)
Bağırsak temizleyici preparatlar	• Magnezyum karbonatlı sitrik asit (oral) • Susuz sodyum sülfat, askorbik asit, potasyum klorür, sodyum askorbat ve sodyum klorür içeren makrogol 3350 (oral) • Susuz sodyum sülfat, potasyum klorür, sodyum bikarbonat ve sodyum klorür içeren makrogol 3350 (oral) • Sodyum pikosülfatlı magnezyum sitrat (oral) • Bisakodil (oral ve supozituvar) • Docusate sodyum (oral, lavman) • Magnezyum sülfat (oral)

Non-Farmakolojik yaklaşımlar

Diyet ve Sıvı Alımı

Etiyolojiden bağımsız olarak konstipasyonun yönetiminde ilk terapötik yaklaşım, yeterli sıvı ve lif alımını teşvik etmek, düzenli egzersiz ve diyet değişikliği gibi yaşam tarzı değişikliklerinden oluşmaktadır (Sharma & Rao, 2017). Sıvı ve lif alımının arttırılmasının (günde 25 g'a kadar) konstipasyonu olan kişilere fayda sağlayabileceğine yönelik yaklaşımlar yer almaktadır (Rao vd., 2016). Yavaş geçişli konstipasyonu olan hastalarda lifli diyet alımının daha az etkin olduğu ya da hastaların lif alımına cevap vermeme eğiliminde olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Forootan vd., 2018). Öte yandan, çeşitli çalışmalar, lif takviyelerinin konstipasyonu olan hastalarda bağırsak semptomlarını iyileştirebileceğini bildirmiştir (Suares &

Ford, 2011). Konstipasyonu tedavi etmek için tek başına su takviyesinin yararını değerlendiren randomize kontrollü çalışma sayısı yetersizdir, ancak yüksek lifli bir diyet ile birlikte günlük toplam 1.5 - 2 L su alımı, orta yaşlı yetişkinlerde dışkı sıklığını artırmaktadır (Mounsey vd., 2015).

Özetle, diyet ve sıvı alımı gibi yaşam tarzı değişikliklerin konstipasyona etkisi olumlu olmakla birlikte tek başına kullanımları sınırlı bir etkiye sahiptir ve konstipasyonun yönetiminde tek odak noktası olmamalıdır (Larkin vd., 2018).

Hasta Eğitimi, Egzersiz ve Davranışsal Uygulamalar

Konstipasyonu önlemek veya hafifletmek için hasta eğitimi oldukça önemli bir yöntemdir. Palyatif bakım süreci boyunca önleyici tedbirlerin devam etmesi gerekmektedir (Nour-Eldein vd., 2014; Vazquez Roque & Bouras, 2015; Zhe, 2016). Bu doğrultuda; opioidler gibi farmakolojik ajanların konstipasyona etkileri öngörülmeli, hastalar bilgilendirilmeli ve profilaktik olarak laksatifler sağlanmalıdır (Zhe, 2016). Hastanın sınırları dahilinde sıvı ve lif alımı artırılmalı, fiziksel aktive için hasta cesaretlendirilmeli ve hastanın sınırları dahilinde aktiviteler artırılmalıdır (Larkin vd., 2008). Literatürde, yatağa bağımlı ve yaşlı erişkinlerde fiziksel aktivite ile konstipasyon arasındaki ilişki belirsizdir ve yararı tartışılmaktadır (Mounsey vd., 2015; Vazquez Roque & Bouras, 2015). Bununla birlikte, yapılan bir çalışmada egzersizi de içeren sıvı ve lif alımını arttırmaya yönelik yaşam tarzı eğitiminin konstipasyon belirtilerini azalttığı bildirilmiştir (Nour-Eldein vd., 2014).

Gastrokolik refleksten yararlanmak için, hastalar yemeklerden sonra tuvalete gitmeleri konusunda teşvik edilmeli ve planlamalıdır. Dışkılama esnasında anorektal açıklığı düzleştirmek için hastalar, ayaklarını yere koymak yerine küçük basamaklı tabureye koymalıdırlar (Gallagher & O'Mahony, 2009). Kliniklerde uzun süreli yatan hastalara bağırsak hareketleri için yeterli zaman verilmeli, hastanın konforu ve mahremiyeti sağlanmalı, ayrıca dışkılama için yatak sürgülerinden kaçınılmalıdır (Gallegos-Orozco vd., 2012; Mounsey vd., 2015).

Biofeedback

Biofeedback, özellikle tıkanıklık ve dissinerjik dışkılama nedeniyle konstipasyonu olan hastalar için etkili bir tedavi seçeneğidir (Hayat vd., 2017). Biofeedback tedavisi, hastaların karın, rektal, puborektalis ve anal sfinkter kaslarını koordine etmelerine ve tam boşaltımı

sağlamak için abdominal kasları kullanarak itici bir kuvvet üretmelerine yardımcı olan işitsel veya görsel bir araç (elektromiyografik sensörler veya anorektal manometri kullanarak) kullanımını ile gerçekleştirilmektedir (Collins & O'Brien, 2015). Anorektal biofeedback sırasında, boşaltımı kolaylaştıran itici bir kuvvet üretmek için pelvik taban kaslarının gevşemesi ve nefes alma tekniklerini kullanmaya yönelik hastalara eğitim verilmelidir (Costilla & Foxx-Orenstein, 2014). Anorektal biofeedback programı genellikle her biri 45 ila 60 dakikalık olan 6 haftalık girişimlerden oluşmaktadır. Bu terapinin sınırlığı, eğitimli terapist sayısının yetersiz olması ve bunama veya öğrenme güçlüğü olan bazı hasta gruplarında uygulanamamasıdır (Hayat vd., 2017).

Probiyotikler

Konstipasyon için alternatif bir tedavi olarak kapsül şeklindeki veya yoğurtlu içecek formundaki probiyotikler de önerilmiştir. Probiyotiklerin, patojenik bakterilerin büyümesini baskıladığı, mukozal fonksiyonu ve bağışıklık sistemini güçlendirdiği düşünülmektedir (Collins & O'Brien, 2015). Ancak probiyotiklerin kullanımını destekleyen kanıt sayısı yetersizdir çünkü probiyotikler ilaç olarak değil, gıda olarak düzenlenmekte ve gerekli titiz testlere ve onaylara tabi tutulmamaktadırlar (Collins & O'Brien, 2015).

Hipnoz

Zihin-beden terapilerinde yer alan hipnoz, dikkatin belirli bir noktaya yoğunlaştırarak çevresel farkındalığın göreceli olarak azaltılması olarak ifade edilmektedir (P. Chen vd., 2017). Değişmiş bu bilinç durumu, farkındalık veya algı durumu üretmektedir. Bu tekniğin başarılı olması için hasta rahat bir çevrede ve dikkat dağıtıcılardan arındırılmış olmalı ve uygulamaya istekli olmalıdır (Mendoza vd., 2017). Refrakter irritabl bağırsak sendromu olan kişilerde konstipasyonun yönetiminde hipnoz kullanımı önerilmektedir (Collins & O'Brien, 2015). Houghton ve ark. (2002) hipnoz alan 20 hastada duyguların visseral duyarlılık üzerine etkisini incelemiş ve duyguların visseral hipersensitivite ve semptom algılarıyla ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır (Houghton vd., 2002). Bundan çıkan sonuç, hastanın zihinsel durumunun bağırsak fonksiyonu üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Bağırsak fonksiyonunu kontrol altına almayı sağlamak için hastalara kendi kendine hipnozu öğretmek gerekir (Collins & O'Brien, 2015).

Karın Masajı

Özellikle eşlik eden nörojenik problemleri olan hastalarda karın masajının gastrointestinal semptomları azaltmada ve bağırsak verimliliğini artırmada etkili olabileceğine dair bazı kanıtlar mevcuttur (Larkin vd., 2018; McClurg vd., 2011, 2016). Masaj, gastrointestinal sistemi uyaran bir yanıt olan parasempatik aktiviteyi uyarabilmektedir. Parasempatik bölgenin uyarılması ile kasların hareketliliği ve sindirim salgıları artarak gastrointestinal kanaldaki sfinkterler rahatlamaktadır (Lamas vd., 2009).

Birkaç çalışma, karın masajının peristalsisi uyararak, kolon geçiş süresini azalttığı ve böylece dışkılama sıklığını artırarak konstipasyonu etkili bir şekilde azalttığını göstermiştir (Pedrosa Carrasco vd., 2018; Sinclair, 2011). Ancak karın masajının etkinliği, küçük çalışma grupları veya vaka çalışmalarını içeren az sayıda klinik çalışmada değerlendirilmiştir (Lamas vd., 2009; Pedrosa Carrasco vd., 2018; Sinclair, 2011).

Auriküler Akupresür

Auriküler akupresür (AA) geleneksel Çin tıbbı ilkelerine göre geliştirilen bir tekniktir (Wu vd., 2018). Geleneksel Çin tıbbına göre, semptom bozuklukları, organ sistemleri arasındaki bir işlev bozukluğundan, Yin ve Yang arasındaki bir dengesizlikten ve "Qi" ve kan akışındaki bir uyumsuzluktan kaynaklanmaktadır (Tsao & Creedy, 2019). Geleneksel Çin tıbbında akupresürün etki mekanizması "Qi" kavramına dayanmaktadır. Qi canlıların yaşamını sürdürebilmesi için ihtiyaç duyulan biyoenerji olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel ve zihinsel patolojiler, vücut organlarında, meridyenlerde veya sistemlerdeki Qi düzensizlikleri ile açıklanmaktadır (You vd., 2019). AA patolojik bir durumu sona erdirmek ve vücudun doğal iyileşme yeteneklerini kullanarak sağlığı yeniden düzenlemek için vücutta veya belirli bir organdaki Qi akışını düzenlemeyi amaçlamaktadır (Waits vd., 2018). Basınç ile uyarı verilmesi akupunktur noktalarını aktive ederek Qi 'nin dinamik uyumunu düzenleyebilmektedir (Enblom & Johnsson, 2017).

AA uygulaması, dış kulaklarda bulunan akupunktur noktalarına pirinç, yeşil fasulye ve vaccaria gibi organik tohumların veya manyetik topların bantlanması ve daha sonra bantlanan akupunktur noktalarına yanma, ağrı, uyuşma veya ısı hissedilene kadar hafif bir kuvvetle yapılan bası işlemidir (Huang vd., 2019; You vd., 2019). Basınç ile uyarı verilmesi akupunktur

noktalarını aktive ederek Qi 'nin dinamik uyumunu düzenleyebilmektedir (Enblom & Johnsson, 2017).

Vücut akupunktur noktalarıyla karşılaştırıldığında, auriküler akupunktur noktalarının kullanımı hastaların kıyafetlerini çıkarmasını gerektirmediğinden hasta konforu, mahremiyeti ve uygulanabilirlik açısından kullanımı daha uygundur (Enblom & Johnsson, 2017; You vd., 2019). Ayrıca akupresür uygulamasında akupunktur noktalarının uyarılması non invazif yöntemle yapıldığı için iğne kullanımı ile ilişkili kanama, hematom veya enfeksiyon gibi risklerin görülmesi azalmaktadır (Cha & Park, 2019; Enblom & Johnsson, 2017; Kim vd., 2018).

AA uygulamasının kendi kendine uygulama kolaylığı sayesinde hastalar günlük yaşam aktivitelerinde daha az kesinti yaşamakta ve hastaneye başvuru ve ilaç tüketimi azalarak tıbbi maliyetler de azalmaktadır (You vd., 2019). Ayrıca, bu yöntem farklı ülkelerdeki en favori terapötik yöntemlerden biridir ve hem hekim hem de hemşireler tarafından önleyici-terapötik bir önlem olarak yaygın olarak uygulanmaktadır (Jing vd., 2018; Kim vd., 2018). Etik-hukuki açıdan da Federal Hemşirelik Konseyi tarafından alınan karar ile akupresür kullanımı hemşirelerin profesyonel becerileri içinde kabul edilmiştir. Bu açıdan terapötik ekibin ana üyeleri olarak hemşireler, hastaları tedavi etmek için AA kullanabilirler. Böylece hastalarının bakım kalitesini arttırabilir, semptomlarını hafifletebilir ve tedavi memnuniyetini arttırabilirler (Eghbali vd., 2016).

2.4. Auriküler Akupresür Uygulamasının Tarihsel Süreci

Kulaktaki belirli noktaları uyararak çeşitli bozuklukların tedavisinde terapötik bir yaklaşım olan AA Çin tıbbında sık kullanılan tamamlayıcı tedavidir (Wu vd., 2018). Tarihsel olarak kulak kepçesinin hastalıklarının tedavisinde kullanımı eski Pers, Mısır ve Çin İmparatorluğuna dayanmaktadır (Kuzulugil, 2014). 20. yüzyılda ise Dr. Paul Nogier 1956 yılında Marsilya'da gerçekleştirilen bir kongrede kulak ile fötal imaj arasındaki ilişkiyi açıklayarak tersine çevrilmiş fetüs haritasını sunmuştur (Hou vd., 2015). Dr. Nogier 1966'da radyal arterdeki nabız değişikliklerin kulak kepçesinin uyarılması ile ilişkili olduğunu keşfederek bu olayı "Vasküler Otonomik Sinyal" (VAS) ile ilişkilendirmiştir. VAS'ın keşfedilmesiyle patoloji ifade eden noktaların bulunması kolaylaşmıştır (Hou vd., 2015; Kuzulugil, 2014). Nogier'in kulak mikrosistemini keşfetmesinden bu yana AA sistematik olarak uygulanmıştır. 1990'da AA, bütünsel insan sistemi üzerinde yararlı etkileri olabilecek bir tür mikro akupunktur olarak kabul

edilmiştir. Böylece, terapötik etkiler, vücudun belirli organlarına veya sistemlerine bağlanan kulaktaki spesifik akupunktur noktalarının uyarılmasıyla elde edilmiştir (Jing vd., 2018). Bu açıdan kulağın vücudun bir mikro kozmosu olduğu ve iç organlara ait hastalıklarının kulaktaki noktalara karşılık geldiği fikrine dayanarak DSÖ, 1990 yılında AA'nın hastalıkların tedavisinde kullanılabilir bir yöntem olarak kabul etmiştir (Cha & Park, 2019). Auriküler akupunktur noktalarının isim ve yerlerini gösteren son belge ise 1993 yılında yayınlanarak 2008'de onaylanmıştır (Hou vd., 2015). Ayrıca kulak bölgesi haritası fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme ile de kanıtlanmıştır (You vd., 2019).

2.5. Auriküler Akupresür Uygulamasının Konstipasyona Etki Mekanizması

Fizyolojik açıdan, AA'nın beynin belirli bölgelerine bağlanan dış kulaktaki sinirlerin uyarılmasıyla çalıştığı düşünülmektedir. Basit ve etkili olan bu teknik, kulak kepçesinin zengin ve karmaşık olan sinir kaynağının refleksif özelliklerine dayanmaktadır (Nogier, 2011). Auriküler refleks noktaları ile otonomik ve merkezi sinir sistemi arasında çeşitli nörofizyolojik bağlantılar mevcut olup (Jing vd., 2018) kulaktaki sinirler de vücudun belirli bölümlerine bağlıdır (Nogier, 2011). Bu ölçüde, kulakta belirli organlara ya da sistemlere denk gelen belirli akupunktur noktalarının uyarılmasıyla terapötik etkiler elde edilmiştir (Jing vd., 2018). Bu işlem opioid peptitleri (endorfinler, enkefalinler, morfin ve dinorfin) ve nörotransmitterleri (serotonin, norepinefrin ve g-aminobütirik asit) serbest bırakmaktadır (You vd., 2019).

AA uygulamasının konstipasyon üzerindeki etki mekanizmalarını açıklamak için çoklu teoriler önerilmiştir, en çok çalışılan teori, akupuntur noktalarının uyarılması ile endorfin gibi nörotransmitterlerin salınımının gerçekleştiği endorfin teorisidir (Lau vd., 2016; You vd., 2019). Bu teori, akupunktur noktalarının anatomik olarak gevşek bağ dokusu ile olası ilişkisi olduğunu öne sürmektedir (Lau vd., 2016).

Distal kolonda kontraktilitenin ve kolonik motilitenin arttırılmasının vagal ve parasempatik sistem yoluyla olabileceği öne sürülmektedir (Wang vd., 2019; Yang vd., 2016; Zhang vd., 2013). AA noktalarının uyarılması sonucu sempatik aktivite azalmakta ve parasempatik aktivite artmaktadır. Bu açıdan çalışmalar AA'nın semptom kontrolü üzerindeki etkisini doğrulamıştır (Cha & Park, 2019; Ko vd., 2016). 1998'de ABD'li akademisyen Choy, tragusa kulak klipslerinin uygulanmasının gastrointestinal peristaltizmde önemli değişiklikler meydana getirdiğini keşfetmiştir. Choy peristaltizm sıklığının kulaktaki klipslerle değiştiğini ve

klipsler çıkarıldığında normale geri döndüğünü bildirilmiştir (Choy & Eidenschenk, 1998). Akupunktur noktalarının uyarılması, duyusal talamusta vagus sinirinin auriküler dallarını inerve edebilir, böylece nörotransmitterlerin seviyeleri yükselerek mide duvarındaki düz kas tonusu artmakta ve konstipasyon azalmaktadır (Jing vd., 2018). Bu nedenle, gastrointestinal fonksiyonla ilişkili auriküler refleks noktalarına akupresür uygulanması ile konstipasyon ile ilgili semptomlar hafiflemektedir (Jing vd., 2018; You vd., 2019). Ancak, AA uygulamasının konstipasyon üzerindeki etkisine ilişkin kesin mekanizmalar hala belirsizdir (Wang vd., 2019).

2.6. Konstipasyon Tedavisinde Auriküler Akupresür Noktaları

Doğru akupunktur noktalarının seçimi, tedavi sonucunu etkileyebilmektedir (Wang vd., 2019). Konstipasyon tedavisinde sıklıkla kullanılan AA noktaları; rektum (HX2), mide (CO4), böbrek (CO10), sanjiao (CO17), dalak (CO13), subcortex (AT4), sempatik (AH6a), akciğer (CO14) ve kalın bağırsak (CO7) noktasıdır (Yang vd., 2016). Wang ve arkadaşlarına göre, akupunktur noktalarının seçimi, geleneksel Çin tıbbı meridyeni, Çin'deki kanal teorisine ve Batı Avrupa'daki Nogier teorisine dayanmalıdır (Wang vd., 2019). Akupunktur noktaları arasında, rektum ve kalın bağırsak noktaları bağırsak peristaltizmini arttırarak ve bağırsakların azalan etkisini düzenleyerek dışkının hızlı geçişine neden olmaktadırlar. Akciğer, subcortex, sempatik ve sanjiao noktaları özellikle Qi ve vücut sıvılarının akışını iyileştirirler ve vücut sıvılarının dağıtımını sağlayarak bağırsakları yumuşatırlar. Dalak, mide ve böbrek noktaları dalağı ve böbreği güçlendirir, Qi'yi yenileyebilir ve bağırsak hareketini destekler. Bağırsak hareketini düzenlemek ve Fu organlarını (ince bağırsak, mide, kalınbağırsak, safra kesesi, idrar kesesi) desteklemek için tüm bu noktalar kombine edilerek kullanılmalıdır. Bu nedenle, yukarıda belirtilen akupunktur noktalarının uyarılması, konstipasyon semptomlarında iyileşme ile sonuçlanabilir (Wang vd., 2019; Yang vd., 2016).

2.7. Konstipasyonun Yönetiminde Auriküler Akupresürün Etkisi

Auriküler akupresür uygulamasının, çalışmalarda farklı hasta gruplarında ortaya çıkan konstipasyonun üzerine etkisi incelenmiş ve konstipasyon semptomlarını iyileştirdiği görülmüştür (C. Chen vd., 2018; Jing vd., 2018; Li vd., 2014; Shin & Park, 2018). Son yıllarda yapılan bir çalışmada meme kanserli hastalarda AA'nın konstipasyon üzerine etkisi araştırılmış ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir (Shin & Park, 2018). Yaşlı hastalarla yapılan randomize-

plasebo kontrollü bir çalışmada da AA uygulamasının konstipasyona etkisinin anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur. Çalışmada; 10 gün boyunca AA uygulaması deney grubuna (n=29) manyetik toplar ile, plasebo grubuna (n=25) vaccaria tohumu ile yapılmış, kontrol grubuna (n=27) ise rutin hemşirelik bakımı verilmiştir. Çalışmada plasebo ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, deney grubundaki hastaların konstipasyon ile ilgi semptomlarının hafiflediği saptanmıştır (Li vd., 2014). Chen ve ark (2018) kemoterapi alan lösemi hastalarında gelişen konstipasyonun giderilmesinde AA, uygulamasının etkisini 3 randomize kontrollü çalışmanın sonucunu inceleyen bir meta analiz yaparak test etmiştir. Yapılan incelemede, AA alan çalışma grubunda konstipasyon şikayetlerinin, sadece rutin hemşirelik bakımı alan kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azaldığı bildirilmiştir (C. Chen vd., 2018).

AA ucuz, invaziv olmayan, ağrısız, güvenli, hızlı ve aynı zamanda herhangi bir yan etkisi olmayan bir yöntem olduğu için (Cha & Park, 2019; Eghbali vd., 2016; Shin & Park, 2018) palyatif bakım hastalarında konstipasyonu yönetmek için iyi bir seçim olabilmektedir. Ancak literatürde konstipasyonun yönetiminde AA uygulamasının etkinliğini inceleyen çalışma sayısı sınırlı olup palyatif bakım alan hasta grubu ile yapılan çalışmalara rastlanmamıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Deneysel nitelikte olan bu randomize-kontrollü çalışma, palyatif bakım hastalarında gelişen konstipasyonun yönetiminde auriküler akupresür uygulamasının etkinliğini tanımlamak amacı ile gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1 (H1): Auriküler akupresür uygulanması, palyatif bakım hastalarında gelişen konstipasyonun yönetiminde etkilidir.

Hipotez 2 (H2): Auriküler akupresür uygulaması, konstipasyonu olan palyatif bakım hastalarının yaşam kalitesini arttırmada etkilidir.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni auriküler akupresür uygulaması, bağımlı değişkenleri ise konstipasyon ve yaşam kalitesidir.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Diyarbakır Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde, Şubat 2019 – Ocak 2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırma kapsamına alınan palyatif bakım ünitesi 21 yataklıdır. Bu ünitede 11 hemşire ve 4 hekim görev yapmaktadır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Diyarbakır Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde, Şubat 2019 – 3Ocak 2020 tarihleri arasında yatarak palyatif bakım hizmeti alan ve konstipasyon şikayeti olan 168 hasta oluşturdu.

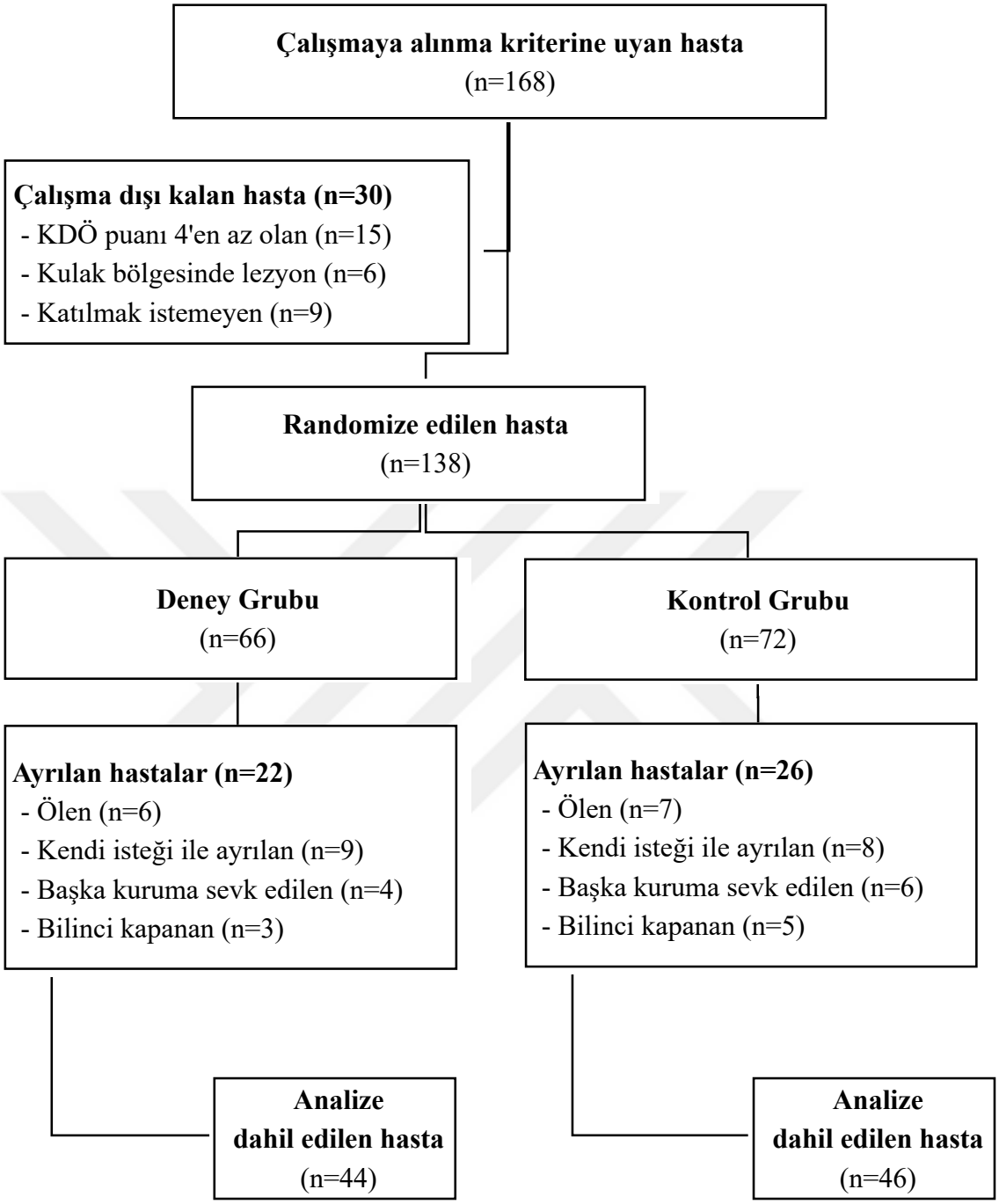
Araştırmanın örneklemini, Diyarbakır Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde, Şubat 2019 – Ocak 2020 tarihleri arasında yatarak palyatif bakım hizmeti alan, Konstipasyon Değerlendirme Ölçeğinden (KDÖ) 4 puan ve üzerinde alan (Demir Doğan & Aktuğ, 2017), kulak bölgesinde auriküler akupresür uygulamasının yapılmasını engelleyen cilt reaksiyonu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 138 hasta oluşturdu. KDÖ puanı 4 puan ve altında olan 15 hasta, kulak bölgesinde lezyonu olan 6 hasta ve çalışmaya katılmak istemeyen 9 hasta çalışmaya dahil edilmedi (Şekil 3-1).

3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 18 yaş ve üzerinde olan hasta
- Konstipasyon Değerlendirme Ölçeği (KDÖ) puanı 4 puan ve üzerinde olan hasta
- Çalışmaya katılımı sözlü ve yazılı onaylamış olan hasta

3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- Psikiyatrik hastalık tanısı almış olan hasta
- Konuşamama, anlatanı anlamama ve algılamama gibi iletişim kurmayı zorlaştıracak sorunu olan hasta
- Kulak bölgesinde herhangi bir lezyon, yara ya da kızarıklık, hassasiyet gibi enfeksiyon varlığını gösteren belirti ve bulgusu olan hasta
- İşitme cihazı kullanan hasta



Şekil 3-1. Çalışma Akış Şeması

Çalışmaya alınacak örneklemin gücü, meme kanseri hastalarında gelişen kemoterapi ile ilişkili konstipasyonun yönetiminde AA uygulamasının etkinliğini inceleyen bir çalışmasının sonucu temel alınarak (Shin & Park, 2018), G*Power v3.1.9.2 programı kullanılarak hesaplandı. Bu çalışmada, AA uygulanan ve uygulanmayan hastalarda son test konstipasyon puanın deney grubunda 3,50 kontrol grubunda ise 8,46 olduğu saptanmıştır. 21 günlük auriküler akupresür uygulaması sonucunda deney grubunda yer alan hastaların son test konstipasyon puanındaki azalmanın %34 olduğu bildirilmiştir ve elde edilen sonucun istatiksel açıdan anlamlı olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmada elde edilen sonuç dikkate alındığında, auriküler akupresür uygulamasının konstipasyonu %41 oranında azaltabileceği öngörülerek %95 güven aralığında, α=0.05, β=0.20 için her bir gruptaki denek sayısının en az 21 olması gerektiği hesaplandı.

Çalışma sırasında, 10 hasta başka bir sağlık kurumuna sevk edildiğinden, 8 hastanın bilinci kapandığından, 17 hasta çalışmaya devam etmek istemediğinden ve 13 hasta öldüğünden dolayı, çalışma 44'ü deney ve 46'sı kontrol grubuna alınan 90 hastanın katılımı ile tamamlandı. Çalışmanın sonuçları, 90 hastadan elde edilen veriler kullanılarak sunuldu.

3.6. Araştırmanın Tasarımı

Araştırma kapsamına alınan tüm hastalar çalışma protokolü konusunda bilgilendirildi. Çalışmaya katılmayı yazılı olarak onaylayan hastalar, excel programında rastgele sayılar yöntemini kullanılarak hazırlanan randomizasyon listesi doğrultusunda deney (n=44) ya da kontrol (n=46) grubuna atandı.

İlk görüşmede, Hasta Tanıtıcı Anket Formu, Konstipasyon Değerlendirme Ölçeği (KDÖ), Bristol Dışkı Skalası (BDS) ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) kullanılarak hastaların temel bilgileri elde edildi. Hasta/hasta yakını ile görüşülerek hastalanın gün içinde tükettiği sıvı miktarı, laksatif kullanımı ve dışkılama durumu günlük takip çizelgesi kullanılarak değerlendirildi ve formun kullanımı açıklandı.

Her iki grupta, kliniğin rutin farmakolojik tedavi ve bakım uygulamalarına devam edildi. Deney grubunda yer alan hastalara 4 hafta boyunca AA uygulaması yapıldı. Kontrol grubunda yer alan hastalara rutin tedavi dışında herhangi bir girişim uygulanmadı.

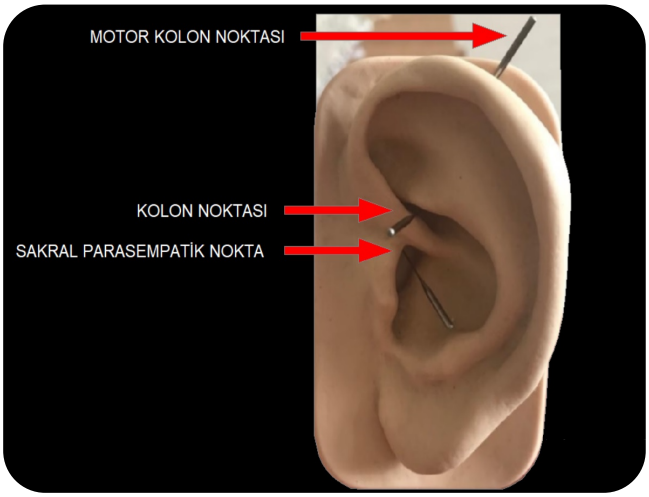
Tüm hastalar 4 hafta boyunca takip edildi. Çalışma boyunca, her hasta/hasta yakını ile en az 5 kez klinikte ve/veya telefonda görüşülerek günlük takip çizelgesindeki bilgiler sorgulanarak, hasta/hasta yakınının bildirdiği sonuçlar hasta takip formuna kaydedildi.

İkinci ve dördüncü haftanın sonunda, her iki hasta grubundan Konstipasyon Değerlendirme Ölçeği (KDÖ), Bristol Dışkı Skalası (BDS) ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğini (KYKÖ) tekrar doldurması istendi.

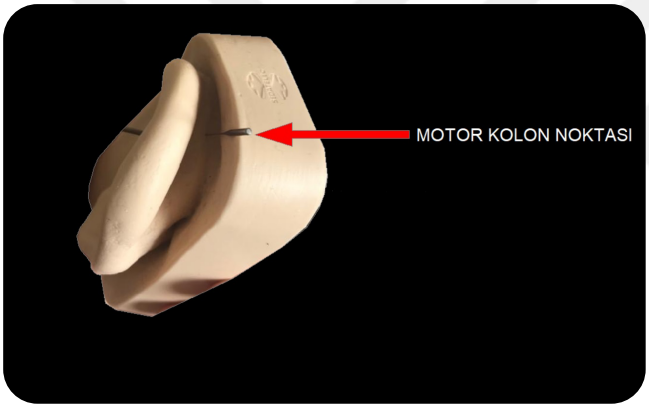
3.6.1. Auriküler Akupresür Uygulaması

Auriküler akupresür uygulama noktaları (sol kulakta; kolon noktası, motor kolon noktası ve sakral parasempatik nokta, sağ kulakta; faz3 anterior hipotalamus noktası ve interferon nokta), konstipasyonun yönetiminde auriküler akupresür uygulamasının etkili olduğunu bildiren araştırmalarda kullanılan noktalara dayanarak belirlendi (Jing vd., 2018; Nogier, 2011; Shin & Park, 2018).

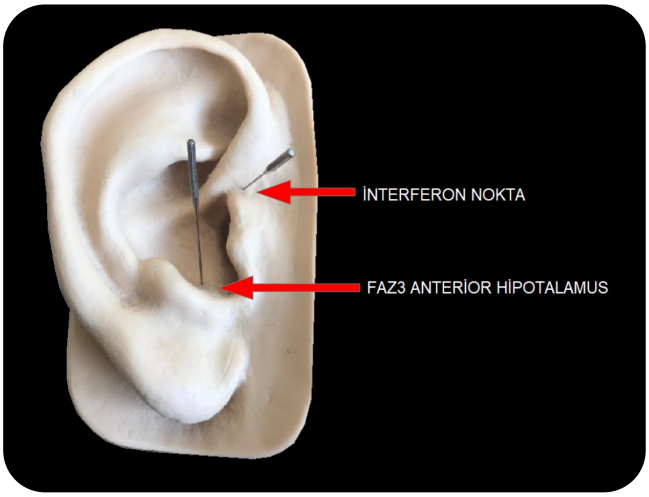
Araştırmacı çalışmaya başlamadan önce akupresür uygulamasına yönelik eğitim aldı. Belirlenen AA uygulama noktaları, ilk manyetik top uygulaması araştırmacı tarafından yapıldı ve uygulama hasta ve hasta yakınına da öğretildi. Hasta yakının öğrenip öğrenmediğini kontrol etmek için araştırmacı yaptığı işlemi hasta yakınının da tekrarlamasını istedi. Eğitilen hasta yakınına günde 3-4 kez 5 gün boyunca manyetik toplar yerleştirilen noktalara işlemin tekrarlanması gerektiği söylendi. 5 günün sonunda hasta yakını ile klinikte veya telefonda görüşülerek manyetik topları çıkarması istenildi ve hastalara 2 gün dinlenme fırsatı verildi. İki günlük dinlenme arasından sonunda hasta ziyaret edilerek manyetik toplar araştırmacı tarafından yeniden takıldı. Bu döngü, haftanın 5 günü auriküler akupresür uygulaması ve 2 günü dinlenme arası olacak şekilde 4 hafta boyunca tekrar edildi.



Şekil 3-2. Sol Kulak Akupresür Noktaları



Şekil 3-3. Sol Kulak Motor Kolon Noktası



Şekil 3-4. Sağ Kulak Akupresür Noktaları

Auriküler Akupresür Uygulama Basamakları;

- Uygulamaya başlamadan önce eller yıkandı.
- Hasta ve hasta yakınına işlem hakkında bilgi verildi.
- Uygulama için hastaya rahat bir pozisyon verilerek hastanın kulakları herhangi bir lezyon, yara, kızarıklık, hassasiyet gibi enfeksiyon belirtileri açısından kontrol edildi.
- Manyetik toplar dış kulağa yerleştirmeden önce lokal mikrobiyotayı azaltmak için deri %70 alkol ile dezenfekte edildi.
- Araştırmacı tarafından 5 auriküler akupunktur noktasına manyetik toplar yerleştirildi.
- Daha sonra manyetik toplar yerleştirilen noktalar parmak ile bastırıp her bir noktaya 30 saniye boyunca saat yönünde dairesel bir şekilde ovma işlemi uygulandı.
- Kişilerin tepkileri birbirinden farklı olacağı için ve doku hasarlarına sebebiyet vermemek için uygulanan basıncın şiddeti hastanın duyarlılığına (ağrı eşiği) göre hastaları rahatsız etmeyen ve sakinleştirici etkisi olan bir frekansta olacak şekilde ayarlandı.
- Auriküler akupresür işlemi hasta ve hasta yakınına da öğretildi.
- Eğitilen hasta yakınına günde 3-4 kez 5 gün boyunca manyetik toplar yerleştirilen noktalara işlemin tekrarlanması gerektiği söylendi.
- 5 gün sonra manyetik toplar çıkarıldı ve hastalara 2 gün dinlenme fırsatı verildi.
- İki günün sonunda manyetik toplar araştırmacı tarafından yeniden takıldı.
- Bu döngü, haftanın 5 günü auriküler akupresür uygulaması ve 2 günü dinlenme arası olacak şekilde 4 hafta boyunca tekrar edildi.

Tablo 3-1. Araştırma Deseni

<table>
<tr><td colspan="4">Araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan hastaların randomizasyon listesine göre deney ve kontrol gruplarına atanması</td></tr>
<tr><td colspan="4">Hasta Tanıtıcı Anket Formu KDÖ, BDS ve KYKÖ’ nün doldurulması</td></tr>
<tr><td colspan="3">Deney Grubu</td><td>Kontrol Grubu</td></tr>
<tr><td colspan="3">Her gün sıvı alımı, laksatif kullanımı ve bağırsak boşaltımının izlenmesi</td><td>Her gün sıvı alımı, laksatif kullanımı ve bağırsak boşaltımının izlenmesi</td></tr>
<tr><td rowspan="3">1. Hafta</td><td>1. gün</td><td>Manyetik topların takılması</td><td rowspan="3">Auriküler akupresür uygulaması yok</td></tr>
<tr><td>1-5. gün</td><td>Günde 3 kez manyetik top ile bantlanan noktalara basınç uygulaması</td></tr>
<tr><td>6-7. gün</td><td>Dinlenme (manyetik top bantları yok)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">2. Hafta</td><td>8. gün</td><td>Manyetik topların yeniden takılması</td><td rowspan="4">Auriküler akupresür uygulaması yok
2. Haftanın sonunda KDÖ, BDS ve KYKÖ değerlendirilmesi</td></tr>
<tr><td>8-12. gün</td><td>Günde 3 kez manyetik top bantlanan noktalara basınç uygulaması</td></tr>
<tr><td>13-14. gün</td><td>Dinlenme (manyetik top bantları yok)</td></tr>
<tr><td>14. gün</td><td>KDÖ, BDS ve KYKÖ değerlendirilmesi</td></tr>
<tr><td rowspan="3">3. Hafta</td><td>15. gün</td><td>Manyetik topların yeniden takılması</td><td rowspan="3">Auriküler akupresür uygulaması yok</td></tr>
<tr><td>15.-19. gün</td><td>Günde 3 kez manyetik top ile bantlanan noktalara basınç uygulaması</td></tr>
<tr><td>20.-21. gün</td><td>Dinlenme (manyetik top bantları yok)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">4. Hafta</td><td>22.Gün</td><td>Manyetik topların yeniden takılması</td><td rowspan="4">Auriküler akupresür uygulaması yok
4. Haftanın sonunda KDÖ, BDS ve KYKÖ değerlendirilmesi</td></tr>
<tr><td>22.-26. gün</td><td>Günde 3 kez manyetik top ile bantlanan noktalara basınç uygulaması</td></tr>
<tr><td>27.-28. gün</td><td>Dinlenme (manyetik top bantları yok)</td></tr>
<tr><td>29. gün</td><td>KDÖ, BDS ve KYKÖ değerlendirilmesi</td></tr>
</table>

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya ilişkin veriler Hasta Tanıtıcı Anket Formu, Konstipasyon Değerlendirme Ölçeği (KDÖ), Bristol Dışkı Skalası (BDS) ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ) kullanılarak toplandı.

3.7.1. Hasta Tanıtıcı Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen bu form; hastanın tanımlayıcı özelliklerini, mevcut hastalığını, konstipasyonun başlama zamanını, kullandığı ilaçları ve sıklığını, dışkılama sıklığını, günlük sıvı alımını, aktivite egzersiz durumunu ve en çok tüketilen besin grubunu sorgulayan 14 soru içermektedir (Ek 1).

3.7.2. Konstipasyon Değerlendirme Ölçeği (KDÖ)

McMillan ve Williams (1989) tarafından geliştirilen, Konstipasyon Değerlendirme Ölçeğinin (KDÖ), Türkçe geçerlik ve güvenirliği Demir-Doğan ve Aktuğ (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam sekiz maddeden oluşmakta ve 0 ile 16 arasında puanlanmaktadır. Yüksek puanlar şiddetli konstipasyonu işaret etmektedir (Demir Doğan & Aktuğ, 2017; McMillan & Williams, 1989). (Ek 2).

3.7.3. Bristol Dışkı Skalası (BDS)

Bristol Dışkı Skalası (BDS), dışkının kolonda kaldığı süre içinde değişen fiziksel özellikleri ve zamanı açısından bilgi vermektedir. Skala dışkı şeklini 1 ile 7 puan arasında sınıflandırmaktadır. Yüksek bir BDS puanı yumuşak dışkıyı gösterirken düşük puan konstipasyonu gösterir; özellikle, 1 ile 2 puan konstipasyonu, 3 ile 4 puan normal dışkıyı ve 5 ile 7 puan diyareyi göstermektedir (Ek 3).

3.7.4. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ)

Marquis ve ark. (2005) tarafından geliştirilen Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ), konstipasyon ile ilgili “fiziksel rahatsızlık” (dört madde), “psikososyal rahatsızlık” (8

madde), “kaygı/endişe” (11 madde), “memnuniyet” (beş madde) alt ölçeklerinin içeren toplam 28 maddelik bir değerlenme aracıdır. Hastaları 4 boyutta değerlendirme özelliğine sahip KYKÖ beşli likert tipindedir ve madde puanları 1-5 arasında değişmektedir. Ölçeğin sadece 18, 25, 26, 27 ve 28. soruları ters çevirilerek hesaplanır. Ölçekten alınabilecek en az puan 28 iken, en yüksek puan 140’dır. KYKÖ’den alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin düşüklüğünü göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Dedeli ve ark. (2007) tarafından yapılan bu ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0.91 olduğu ve konstipasyonu olan bireylerin yaşam kalitesini değerlenmede kullanımı oldukça kolay, geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bildirilmiştir (Dedeli Çaydam vd., 2007; Marquis vd., 2005). (Ek 4).

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi, Diyarbakır Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 08.02.2019 tarihli ve 222 protokol numarası ile etik izin alındı. Ayrıca araştırmanın yapıldığı hastanenin İç Hastalıkları Klinik Eğitim ve İdari Sorumlusundan ve araştırmanının yürütüldüğü palyatif bakım kliniği sorumlu hekiminden uygulama izni alındı. Araştırmanın örneklemini oluşturan hastalara araştırma hakkında gerekli açıklamalar yapılarak sözlü ve yazılı onamları alındı (Ek 6). Çalışmada kullanılan Konstipasyon Değerlendirme Ölçeği ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin kullanım izinleri alındı (Ek 7, Ek 8).

3.9. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi

Verilerin analizi için SPSS 25 programı kullanılarak %95 güven düzeyi ile çalışıldı. Kategorik (nitel) değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%), sayısal (nicel) değişkenler için ortalama (X), standart sapma (ss), minimum ve maksimum istatistikleri kullanıldı. Çalışmada test tekniklerinden bağımsız gruplar t/Mann Whitney testi, Tekrarlı ANOVA/Friedman testi, Ki-kare testi kullanıldı. Ölçümlerin normal dağılım göstermediği durumlarda parametrik olmayan yöntemler, normal dağılım gösterdiği durumlarda parametrik yöntemler kullanıldı. Demografik özelliklerin grup ile ilişkisinde Ki-kare testi, ölçümlerin gruba göre fark göstermesi bağımsız gruplar t/Mann Whitney testi, ölçümlerin grup ayrımında zamana göre fark göstermesi Tekrarlı ANOVA/Friedman testi ile analiz edildi. Ayrıca 1. ve son ölçüm arasındaki farkın testi için ise Bonferroni/Wilcoxon testi kullanıldı.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Deneysel tasarım tipinde olan araştırmada örneklem seçimi randomizasyonla yapıldı. Araştırmada Türkçe geçerlik ve güvenirliği daha önce yapılmış ölçekler kullanıldı. Çalışmamız nispeten küçük bir örneklem grubuyla ve tek merkezde yürütüldüğü için araştırma sonucumuz bütün hastalara genellenemez.

4. BULGULAR

4.1. Bireysel Özelliklerin Dağılımı

Çalışma kapsamına alınan hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde, deney ve kontrol grubundaki hastaların cinsiyet, öğrenim durumu, gelir durumu ve yaş ortalaması açısından benzer özellikler taşıdığı bulundu. Her iki hasta grubunun çoğu erkek, okur yazar olmayan ve gelir düzeyi orta seviyede olan hastaların oluşturduğu saptandı (Tablo 4-1).

Tablo 4-1. Kişisel Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	**Deney Grubu (n=44)**		**Kontrol Grubu (n=46)**		**t**	**p**
	$\bar{x}$	**±sd**	$\bar{x}$	**±sd**		
Yaş	72,66	11,66	70,15	12,26	0,993	0,323
Cinsiyet	**n**	**%**	**n**	**%**	χ^2	**p**
Erkek	23	52,3	24	52,2	0,001	0,999
Kadın	21	47,7	22	47,8		
Öğrenim durumu						
Okuryazar değil	23	52,3	24	52,2	0,020	0,990
İlköğretim	11	25	12	26,1		
Ortaöğretim ve üstü	10	22,7	10	21,7		
Gelir durumu						
İyi	-	-	-	-	2,794	0,096
Orta	38	86,4	32	69,6		
Kötü	6	13,6	14	30,4		

χ^2: Pearson Chi-Square, **t:** Student t Test

4.2. Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Çalışma kapsamına alınan hastaların tıbbi tanılarını incelediğimizde, deney ve kontrol grubundaki hastaların tıbbi tanılarının bezer olduğu ve her iki grupta yer alan hastaların büyük bir kısmının kanser ya da nörolojik hastalık tanısı ile tedavi aldığı saptandı (Tablo 4-2).

Tablo 4-2. Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Hastalık türü	Deney Grubu (n=44)		Kontrol Grubu (n=46)	
	n	%	n	%
Kanser	12	27,3	14	30,4
Sinir sistemi hastalığı	9	20,5	11	23,9
Solunum sistemi hastalığı	7	15,9	7	15,2
Endokrin sistem hastalığı	7	15,9	5	10,9
Kardiyovasküler sistem hastalığı	5	11,4	5	10,9
Üriner sistemi hastalığı	4	9,1	4	8,7

4.3. Bağırsak Boşaltımına İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Çalışma kapsamına alınan hastaların bağırsak boşaltımına ilişkin özelliklerini incelediğimizde; günlük dışkılama sayısı dışında, deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların bağırsak boşaltımına ilişkin özelliklerinin benzer olduğu saptandı. Kontrol grubundaki hastaların dışkılama sıklığı çoğunlukla "haftada birkaç kez", deney grubundaki hastaların ise "haftada bir" ya da "birkaç kez"idi (Tablo 4-3).

Çoğu hasta laksatif ihtiyacının nadir olduğunu ve deney grubunda yer alan hasların %50'si kontrol grubunda yer alan hastaların %60,9'u son 1 hafta içinde laksatif kullandığını bildirdi (Tablo 4-3).

Tablo 4-3. Bağırsak Boşaltımına İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	**Deney Grubu (n=44)**		**Kontrol Grubu (n=46)**		χ^2	**p**
	n	**%**	**n**	**%**		
Dışkılama sıklığı						
Her gün	-	-	-	-	6,058	**0,048**
Haftada birkaç kez	20	45,5	29	63		
Haftada bir kez	18	40,9	8	17,4		
Ayda birkaç kez	6	13,6	9	19,6		
Laksatif gereksinimi						
Evet	3	6,8	7	15,2	2,760	0,252
Hayır	9	20,5	5	10,9		
Bazen	32	72,7	34	73,9		
Son 1 haftada laksatif kullanımı						
Kullandı	22	50	28	60,9	1,076	0,300
Kullanmadı	22	50	18	39,1		
	$\bar{x}$	**±sd**	$\bar{x}$	**±sd**	**U**	**p**
Yakınmaların başlama zamanı (hafta)	46,84	63,41	60,57	100,67	884,5	0,302
Haftalık ilaç kullanma sıklığı	2,85	3,39	2,59	2,6	373	0,943

χ^2: Pearson Chi-Square, **U:** Mann Whitney U

4.4. Fiziksel Aktivite, Gıda ve Sıvı Tüketimine İlişkin Özellikler

Çalışma kapsamına alınan hastaların fiziksel aktivite, gıda ve sıvı alımına ilişkin özelliklerini incelediğimizde; gıda tüketimi dışında, hastaların fiziksel aktivite ve sıvı tüketimine ilişkin alışkanlıklarının benzer olduğu saptandı.

Çoğu hasta fiziksel aktivite yapmadığını ve yardım alarak hareket ettiğini ifade etti. Son 1 hafta içinde kontrol grubunda tahıl, deney grubunda ise meyve tüketimi fazla idi ($p<0,05$). Her iki grupta günlük sıvı tüketimi 1100 ml civarındaydı (Tablo 4-4).

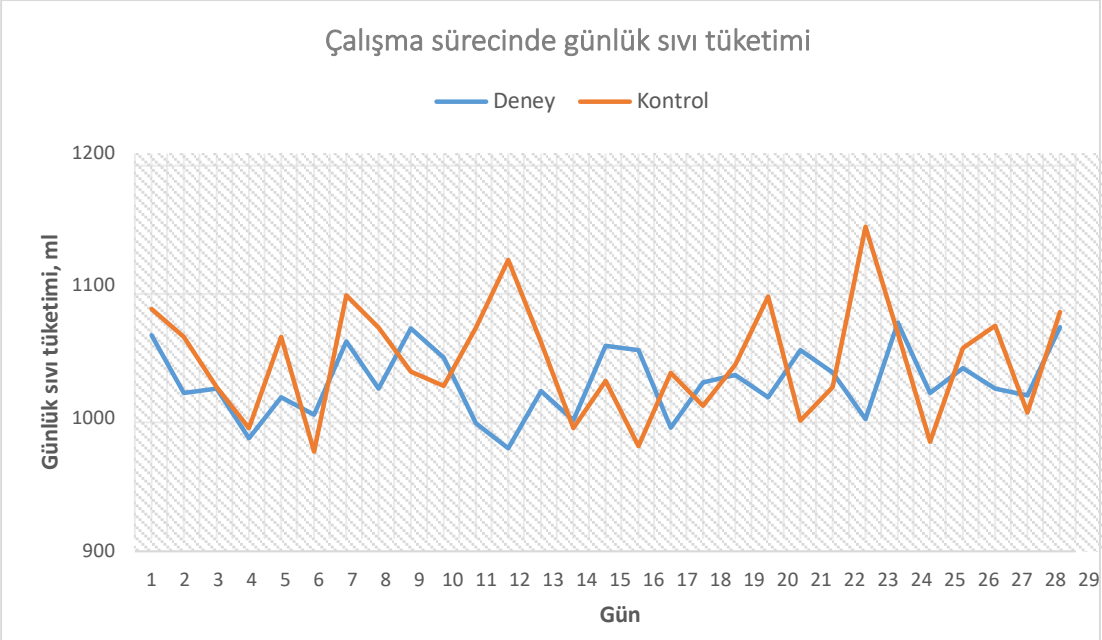
Tablo 4-4. Fiziksel Aktivite, Gıda ve Sıvı Alımına İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	Deney Grubu (n=44)		Kontrol Grubu (n=46)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Fiziksel egzersiz sıklığı						
Hiçbir zaman	27	61,4	30	65,2	0,026	0,873
Bazen	17	38,6	16	34,8		
Aktivite Düzeyi						
Yarı bağımlı	21	47,7	21	45,7	0,039	0,844
Bağımlı	23	52,3	25	54,3		
Bir haftalık gıda tüketimi						
Tahıl	9	20,5	17	37	10,065	**0,018**
Et-süt ürünleri	9	20,5	9	19,6		
Meyve-sebze	12	27,3	2	4,3		
Diğer	14	31,8	18	39,1		
	$\bar{x}$	±sd	$\bar{x}$	±sd	t	p
Günlük sıvı alımı (ml)	1115	557	1106	617	0,070	0,944

χ^2: Pearson Chi-Square, **t:** Student t Test

4.4.1. Çalışma Sürecinde Günlük Sıvı Tüketimi

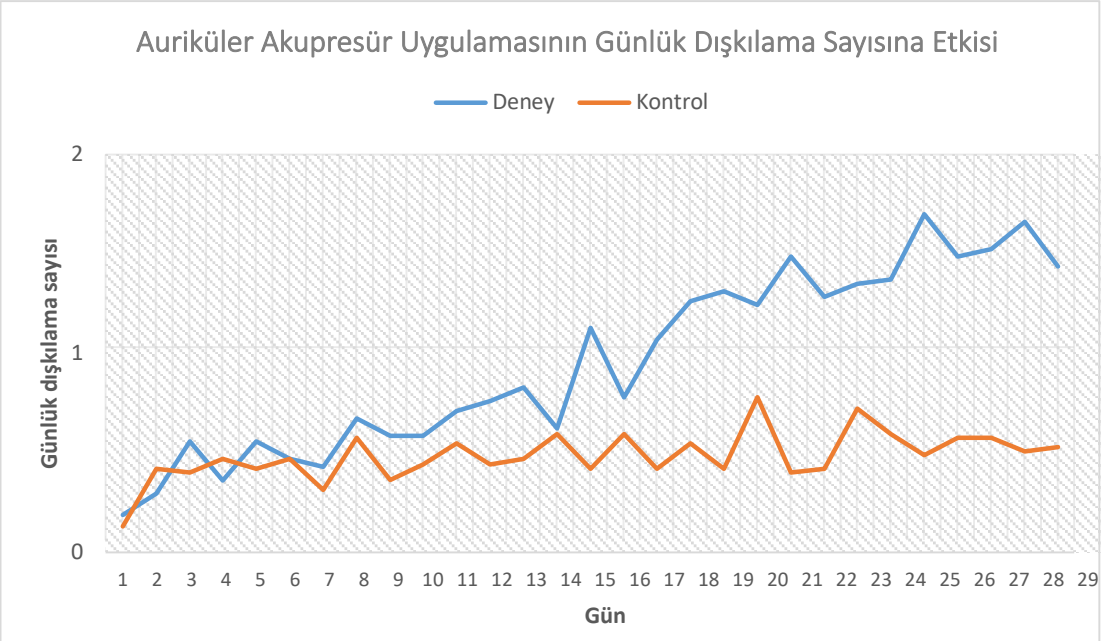
Çalışma kapsamına alınan hastaların günlük sıvı tüketimini incelediğimizde, dört hafta boyunca her iki grubun da günlük sıvı tüketiminin benzer olduğu ve gruplar arasında içilen sıvı miktarı açısından istatistiksel açısından anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0,05) (Şekil 4-1).



Şekil 4-1. Çalışma Sürecinde Günlük Sıvı Tüketimi

4.5. Auriküler Akupresür Uygulamasının Günlük Dışkılama Sayısına Etkisi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların günlük dışkılama sayısı incelendiğinde, ilk 11 gün iki grubun günlük dışkılama sayısı ortalamaları arasında istatistiksel açısından anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), 12. günden sonra ise, kontrol grubu ile kıyaslandığında deney grubunun gün içindeki ortalama dışkılama sayısının daha yüksek olduğu ve iki grup arasında elde edilen bu farkın istatiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$) (Şekil 4-2 ve Tablo 4-5).



Şekil 4-2. Auriküler Akupresür Uygulamasının Günlük Dışkılama Sayısına Etkisi

Tablo 4-5. Auriküler Akupresür Uygulamasının Günlük Dışkılama Sayısına Etkisi

	Deney Grubu (n=44)		Kontrol Grubu (n=46)		t/U	p
	$\bar{x}$	±sd	$\bar{x}$	±sd		
1.gün	0,14	0,35	0,11	0,31	984^{U}	0,690
2.gün	0,25	0,44	0,41	0,88	968^{U}	0,644
3.gün	0,52	0,51	0,39	0,71	814^{U}	0,063
4.gün	0,32	0,47	0,46	0,78	976^{U}	0,722
5.gün	0,52	0,51	0,41	0,58	$0,955^{t}$	0,342
6.gün	0,43	0,50	0,46	0,72	968^{U}	0,678
7.gün	0,39	0,49	0,3	0,70	858^{U}	0,119
8.gün	0,64	0,57	0,57	0,72	904^{U}	0,324
9.gün	0,55	0,59	0,35	0,57	$1,623^{t}$	0,108
10.gün	0,55	0,70	0,43	0,75	901^{U}	0,296
11.gün	0,68	0,56	0,54	0,59	$1,144^{t}$	0,256
12.gün	0,73	0,50	0,43	0,58	$2,550^{t}$	**0,012***
13.gün	0,80	0,70	0,46	0,78	$708,5^{U}$	**0,007***
14.gün	0,59	0,62	0,59	0,62	$0,030^{t}$	**0,976**
15.gün	1,11	0,78	0,41	0,69	$520,5^{U}$	**0,001***
16.gün	0,75	0,58	0,59	0,75	818^{U}	**0,074**
17.gün	1,05	0,71	0,41	0,65	$4,390^{t}$	**0,001***
18.gün	1,25	0,69	0,54	0,62	$5,121^{t}$	**0,001***
19.gün	1,30	0,82	0,41	0,65	$5,648^{t}$	**0,001***
20.gün	1,23	0,60	0,78	0,76	$3,069^{t}$	**0,003***
21.gün	1,48	0,90	0,39	0,58	$6,772^{t}$	**0,001***
22.gün	1,27	0,90	0,41	0,58	$5,365^{t}$	**0,001***
23.gün	1,34	0,78	0,72	0,81	$3,733^{t}$	**0,001***
24.gün	1,36	0,61	0,59	0,65	$5,813^{t}$	**0,001***
25.gün	1,7	0,90	0,48	0,78	$6,893^{t}$	**0,001***
26.gün	1,48	0,73	0,57	0,81	$5,611^{t}$	**0,001***
27.gün	1,52	0,73	0,57	0,78	$6,007^{t}$	**0,001***
28.gün	1,66	0,61	0,50	0,66	$8,668^{t}$	**0,001***
29.gün	1,43	0,66	0,52	0,69	$6,380^{t}$	**0,001***
^{*1}p		**0,001***		**0,001***		
1. gün ve 29. gün ^{*2}p		**0,001***		**0,001***		

t: Student t Test, **U:** Mann Whitney U ***[1]p:** Friedman Test ***[2]p:** Wilcoxon Signed Ranks Test

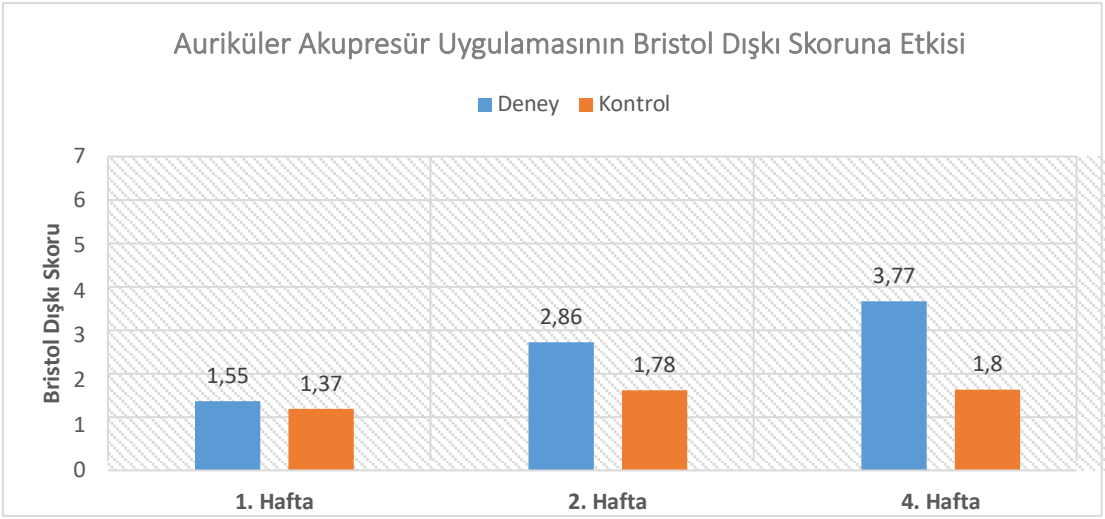
4.6. Auriküler Akupresür Uygulamasının Bristol Dışkı Skoruna Etkisi

Auriküler akupresür uygulamasının dışkı yapısına etkisini incelediğimizde, çalışmanın başlangıcında kontrol ve deney grubunda dışkı yapısı benzer (p>0,05), ikinci ve dördüncü haftada deney grubu ile kıyaslandığında, kontrol grubunda dışkı yapısının daha katı yapıda olduğu saptandı ve iki grup arasındaki bu farkın istatiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi. Ayrıca tekrarlı izlemler grup içinde kıyaslandığında, 4 hafta sonra auriküler akupresür uygulaması yapılan hasta grubunda dışkı yapısının normale döndüğü ($\bar{x}$ =3,77±0,57); kontrol grubunda ise değişmediği ($\bar{x}$ =1,80±0,93) saptandı (Şekil 4-3 ve Tablo 4-6).

Tablo 4-6. Auriküler Akupresür Uygulamasının Bristol Dışkı Skoruna Etkisi

	Deney Grubu (n=44)		**Kontrol Grubu (n=46)**		**t/U**	**p**
	$\bar{x}$	**±sd**	$\bar{x}$	**±sd**		
1. hafta	1,55	0,59	1,37	0,64	0,970^{U}	0,433
2. hafta	2,86	1,17	1,78	0,87	4,986^{t}	**0,001***
4. hafta	3,77	0,57	1,80	0,93	0,205^{U}	**0,001***
^{*1}p	**0,001***		0,105			
1. hafta ve 4. hafta ^{*2}p	**0,001***		0,058			

t: Student t Test **U:** Mann Whitney U ***[1]p:** Friedman Test ***[2]p:** Wilcoxon Signed Ranks Test/Bonferroni



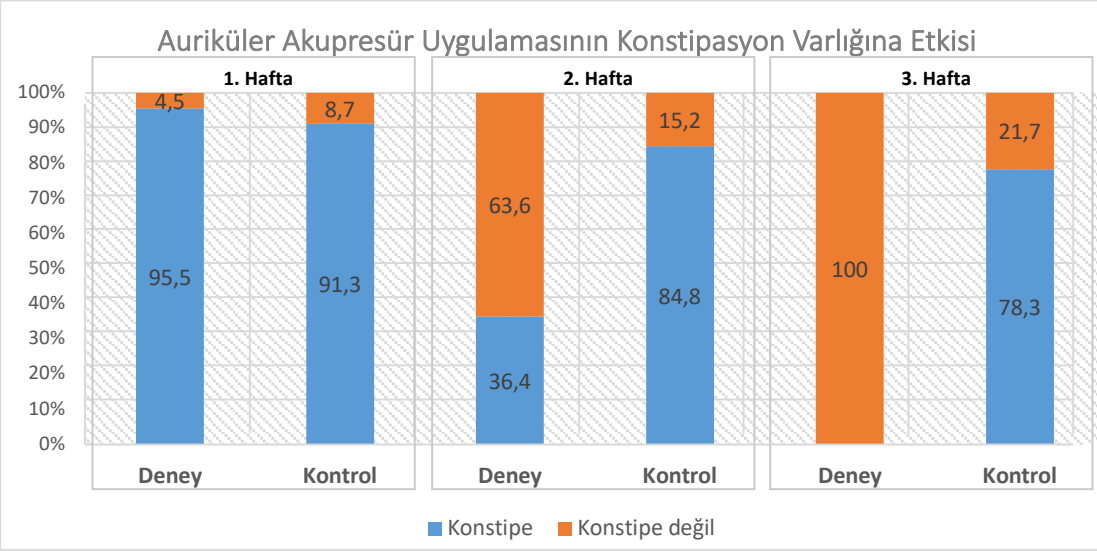
Şekil 4-3. Auriküler Akupresür Uygulamasının Bristol Dışkı Skoruna Etkisi

Çalışmanın başlangıcında, kontrol ve deney grubunda benzer olan konstipasyon insidansının ($p>0,05$), ikinci ve dördüncü haftada farklı olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-7). İkinci haftanın sonunda, konstipasyon insidansı kontrol grubunda %84,8, deney grubunda %36,4; dördüncü haftanın sonunda kontrol grubunda %78,3, deney grubunda ise %0'idi. İki grup arasında elde edilen bu farklılıkların istatiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Şekil 4-4, Tablo 4-7).

Tablo 4-7. Auriküler Akupresür Uygulamasının Konstipasyon Varlığına Etkisi

Konstipe olma durumu	**Deney Grubu (n=44)**		**Kontrol Grubu (n=46)**		**χ^2**	**p**
	n	**%**	**n**	**%**		
1. hafta						
Konstipe	42	95,5	42	91,3		0,677
Konstipe değil	2	4,5	4	8,7		
2. hafta						
Konstipe	16	36,4	39	84,8	20,194	**0,001***
Konstipe değil	28	63,6	7	15,2		
4. hafta						
Konstipe	0	0	36	78,3	54,177	**0,001***
Konstipe değil	44	100	10	21,7		

χ^2: Pearson Chi-Square



Şekil 4-4. Auriküler Akupresür Uygulamasının Konstipasyon Varlığına Etkisi

4.7. Auriküler Akupresür Uygulamasının Konstipasyon Şikayetlerine Etkisi

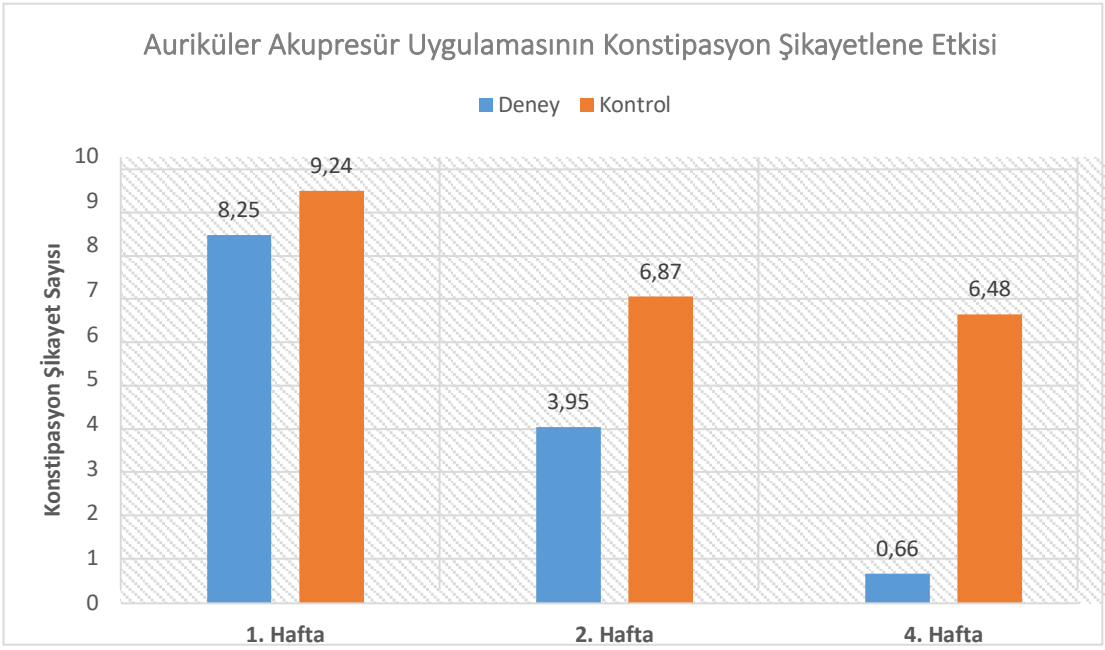
Çalışmanın başlangıcında kontrol ve deney grubunda konstipasyon ile ilişkili sık bildirilen şikayetler incelendiğinde; hastaların tamamında "bağırsak seslerinde/hareketlerinde azalma", deney grubundaki hastaların tamamında "keçi pisliği tarzında top top küçük dışkı" şikayetleri ve kontrol grubundaki hastaların %97,8'inde "dışkılama sırasında ağrı" şikayetlerinin yaşandığı saptandı. Dördüncü haftada konstipasyon ile ilişkili şikayetlerin deney grubunda geçtiği, kontrol grubunda devam ettiği saptandı (Tablo 4-8).

Tablo 4-8. Konstipasyon Şikayetlerinin Dağılımı

		Deney Grubu (n=44)				Kontrol Grubu (n=46)			
		1. Hafta		4. Hafta		1. Hafta		4. Hafta	
		Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var
1. Karında şişkinlik	n	4	40	40	4	3	43	4	42
	%	9,1	90,9	90,9	9,1	6,5	93,5	8,7	91,3
2. Gaz çıkışında artma ya da azalma	n	6	38	35	9	6	40	18	28
	%	13,6	86,4	79,5	20,5	13	87	39,1	60,9
3. Bağırsak seslerinde/ hareketlerinde azalma	n	0	44	36	8	0	46	2	44
	%	0	100	81,8	18,2	0	100	4,3	95,7
4. Dışkı kaçırma	n	40	4	44	0	43	3	43	3
	%	90,9	9,1	100	0	93,5	6,5	93,5	6,5
5. Makatta dolgunluk ya da basınç	n	23	21	44	0	13	33	21	25
	%	52,3	47,7	100	0	28,3	71,7	45,7	54,3
6. Dışkılama sırasında ağrı	n	6	38	41	3	1	45	13	33
	%	13,6	86,4	93,2	6,8	2,2	97,8	28,3	71,7
7. Keçi pisliği tarzında top top küçük dışkı	n	0	44	40	4	2	44	8	38
	%	0	100	90,9	9,1	4,3	95,7	17,4	82,6
8. Acil dışkılama ihtiyacı olduğu halde dışkılayamama	n	16	28	43	1	15	31	19	27
	%	36,4	63,6	97,7	2,3	32,6	67,4	41,3	58,7

Auriküler akupresür uygulamasının konstipasyon ile ilişkili şikayetlere etkisi incelendiğinde, kontrol ve deney grubunda konstipasyon ile ilişkili şikayet sayısının çalışmanın başlangıcında benzer ($p>0,05$), ikinci ve dördüncü haftada farklı olduğu saptandı (Şekil 4-5, Tablo 4-9).

Kontrol grubu ile kıyaslandığında deney grubunda ikinci (deney $\bar{x}$ =3,95±1,63, kontrol $\bar{x}$ =6,87±3,13) ve dördüncü (deney $\bar{x}$=0,66±0,89, kontrol $\bar{x}$=6,48±3,22) haftanın sonunda konstipasyon ile ilişkili şikayet sayısının bariz şekilde azaldığı ($p<0,05$) ve iki grup arasındaki bu farkın istatiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı.



Şekil 4-5. Auriküler Akupresür Uygulamasının Konstipasyon Şikayetine Etkisi

Tablo 4-9. Auriküler Akupresür Uygulamasının Konstipasyon Şikayetlerine Etkisi

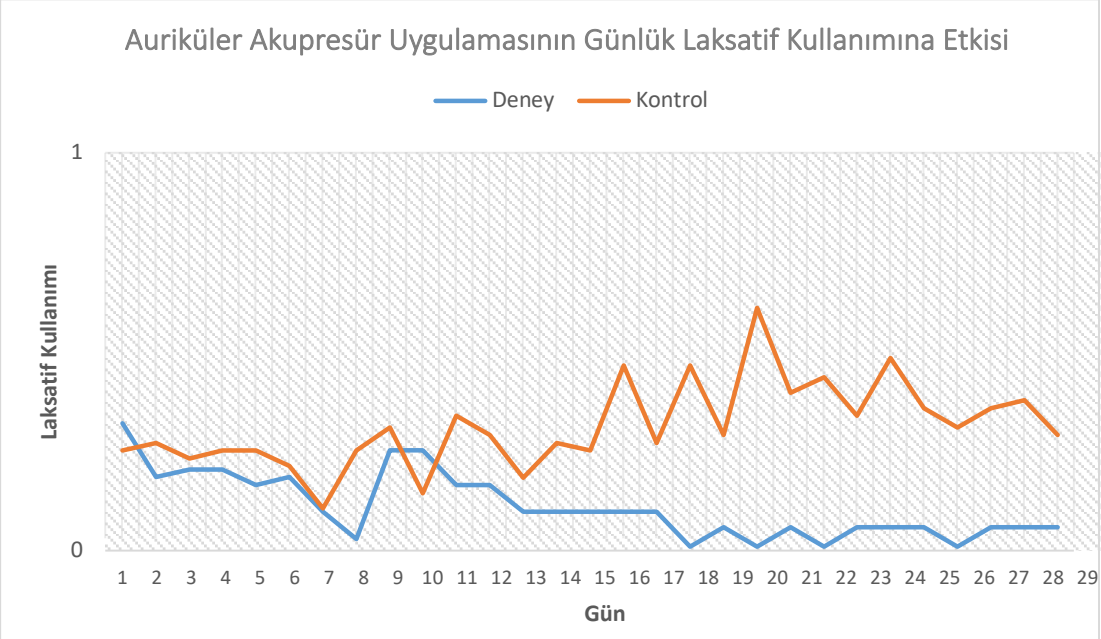
	Deney Grubu (n=44)		**Kontrol Grubu (n=46)**		**t/U**	**p**
	$\bar{x}$	**±sd**	**$\bar{x}$**	**±sd**		
1. hafta	8,25	2,09	9,24	2,69	-1,950^{t}	0,054
2. hafta	3,95	1,63	6,87	3,13	476,5^{U}	**0,001***
4. hafta	0,66	0,89	6,48	3,22	-11,81^{t}	**0,001***
^{*1}p	**0,001***		**0,001***			
1.Hafta ve 4.Hafta ^{*2}p	**0,001***		**0,001***			

t: Student t Test **U:** Mann Whitney U ***[1]p:** ANOVA *** [2]p:** Paired Sample t Test

Tekrarlı izlemler grup içinde kıyaslandığında, konstipasyon ile ilişkili şikayet sayısının azalması her iki grupta istatiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı (Tablo 4-9).

4.8. Auriküler Akupresür Uygulamasının Laksatif Kullanımına Etkisi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların günlük laksatif kullanımı incelendiğinde, ilk 7 gün içinde iki grubun günlük laksatif kullanımı arasında istatistiksel açısından anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), 8. günden sonra, kontrol grubu ile kıyaslandığında deney grubunun günlük laksatif kullanımının daha az olduğu ve iki grup arasında elde edilen bu farkın 8., 11.,14. günde ve 17. günden sonra istatiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$) (Şekil 4-6 ve Tablo 4-10).



Şekil 4-6. Auriküler Akupresür Uygulamasının Laksatif Kullanımına Etkisi

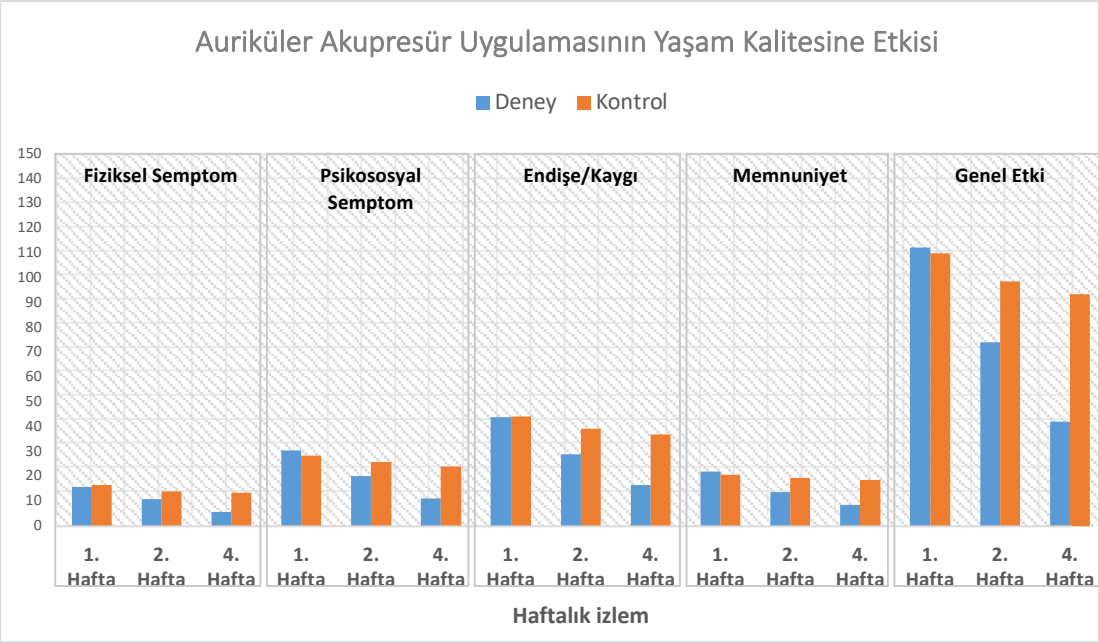
Tablo 4-10. Auriküler Akupresür Uygulamasının Laksatif Kullanımına Etkisi

	Deney Grubu (n=44)		Kontrol Grubu (n=46)		t/U	p
	$\bar{x}$	±sd	$\bar{x}$	±sd		
1.gün	0,32	0,47	0,24	0,48	$0,788^{t}$	0,433
2.gün	0,18	0,39	0,26	0,44	$-0,895^{t}$	0,373
3.gün	0,2	0,41	0,22	0,47	$1007,5^{U}$	0,956
4.gün	0,2	0,41	0,24	0,48	$-0,367^{t}$	0,714
5.gün	0,16	0,37	0,24	0,43	$-0,943^{t}$	0,348
6.gün	0,18	0,39	0,2	0,40	$-0,165^{t}$	0,869
7.gün	0,09	0,29	0,09	0,28	1008^{U}	0,948
8.gün	0,02	0,15	0,24	0,43	793^{U}	**0,003**
9.gün	0,25	0,61	0,3	0,55	926^{U}	0,329
10.gün	0,25	0,61	0,13	0,45	938^{U}	0,293
11.gün	0,16	0,48	0,33	0,47	812^{U}	**0,025**
12.gün	0,16	0,48	0,28	0,46	854^{U}	0,066
13.gün	0,09	0,42	0,17	0,53	950^{U}	0,281
14.gün	0,09	0,42	0,26	0,44	806^{U}	**0,008**
15.gün	0,09	0,29	0,24	0,48	882^{U}	0,095
16.gün	0,09	0,29	0,46	0,59	682^{U}	**0,00**
17.gün	0,09	0,29	0,26	0,44	840^{U}	**0,036**
18.gün	0	0,00	0,46	0,59	594^{U}	**0,001**
19.gün	0,05	0,21	0,28	0,58	835^{U}	**0,015**
20.gün	0	0,00	0,61	0,68	506^{U}	**0,001**
21.gün	0,05	0,21	0,39	0,61	725^{U}	**0,001**
22.gün	0	0,00	0,43	0,65	660^{U}	**0,001**
23.gün	0,05	0,21	0,33	0,52	749^{U}	**0,001**
24.gün	0,05	0,21	0,48	0,62	637^{U}	**0,001**
25.gün	0,05	0,21	0,35	0,60	769^{U}	**0,002**
26.gün	0	0,00	0,3	0,51	726^{U}	**0,001**
27.gün	0,05	0,21	0,35	0,60	769^{U}	**0,002**
28.gün	0,05	0,21	0,37	0,53	705^{U}	**0,001**
29.gün	0,05	0,21	0,28	0,50	793^{U}	**0,005**
^{*1}p	**0,001**		**0,001**			
1.Gün ve 29.Gün ^{*2}p	**0,001**		0,685			

t: Student t Test **U:** Mann Whitney U ***[1]p:** Friedman Test ***[2]p:** Wilcoxon Signed Ranks Test

4.9. Auriküler Akupresür Uygulamasının Yaşam Kalitesine Etkisi

Auriküler akupresür uygulamasının yaşam kalitesine etkisini incelediğimizde, auriküler akupresür uygulamasının hastaların fiziksel, psikososyal semptomlarını, endişe ve kaygılarını azaltmada etkili, dışkılama memnuniyetini ve yaşam kalitesini iyileştirmede etkili bir yaklaşım olduğu saptandı (Şekil 4-7).



Şekil 4-7. Auriküler Akupresür Uygulamasının Yaşam Kalitesine Etkisi

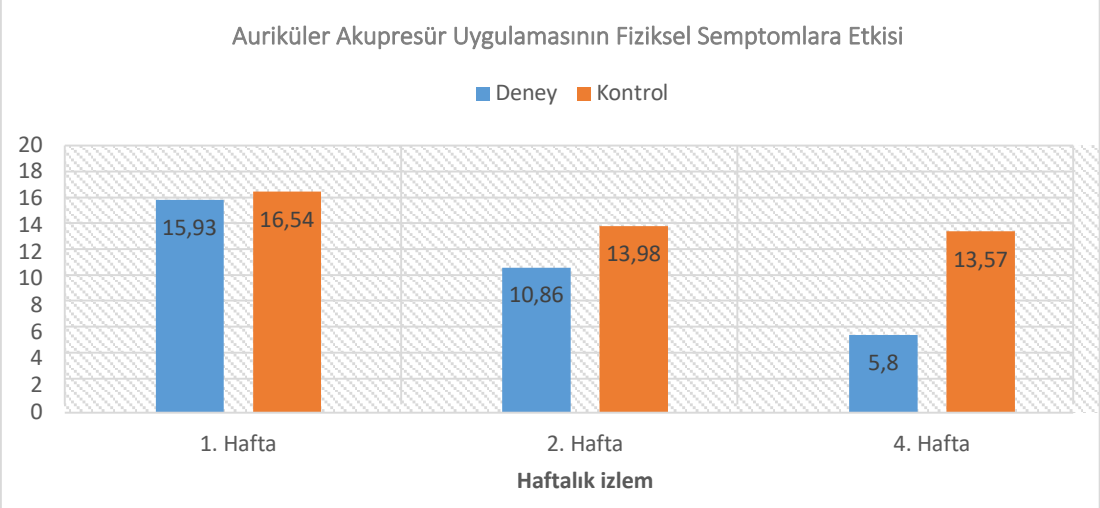
4.9.1. Auriküler Akupresür Uygulamasının Fiziksel Şikayetlere Etkisi

Auriküler akupresür uygulamasının konstipasyon ile ilişkili fiziksel şikayetlere etkisi incelendiğinde, çalışmanın başlangıcında kontrol ve deney grubunda benzer olan fiziksel şikayetlerin (p>0,05), ikinci ve dördüncü haftada kontrol grubuna kıyasla deney grubunda bariz şekilde azaldığı ve elde edilen bu farkın istatiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı. Ayrıca her iki grubun tekrarlı ölçümleri kendi içinde incelendiğinde, 4. haftanın sonunda her iki grubun fiziksel şikayetlerinde istatiksel açıdan anlamlı azalma olduğu gözlendi (Şekil 4-8 ve Tablo 4-11).

Tablo 4-11. Auriküler Akupresür Uygulamasının Fiziksel Şikayetlere Etkisi

	Deney Grubu (n=44)		**Kontrol Grubu (n=46)**		**t/U**	**p**
	$\bar{x}$	**±sd**	**$\bar{x}$**	**±sd**		
1. hafta	15,93	2,27	16,54	2,63	-1,179[t]	0,241
2. hafta	10,86	2,15	13,98	3,4	375,5[U]	**0,001***
4. hafta	5,80	1,66	13,57	3,56	-13,36[t]	**0,001***
	*[1]p	**0,001***		**0,001***		
1.Hafta ve 4.Hafta	*[2]p	**0,001***		**0,001***		

t: Student t Test **U:** Mann Whitney U ***[1]p:** ANOVA ***[2]p:** Paired Sample t Test



Şekil 4-8. Auriküler Akupresür Uygulamasının Fiziksel Semptomlara Etkisi

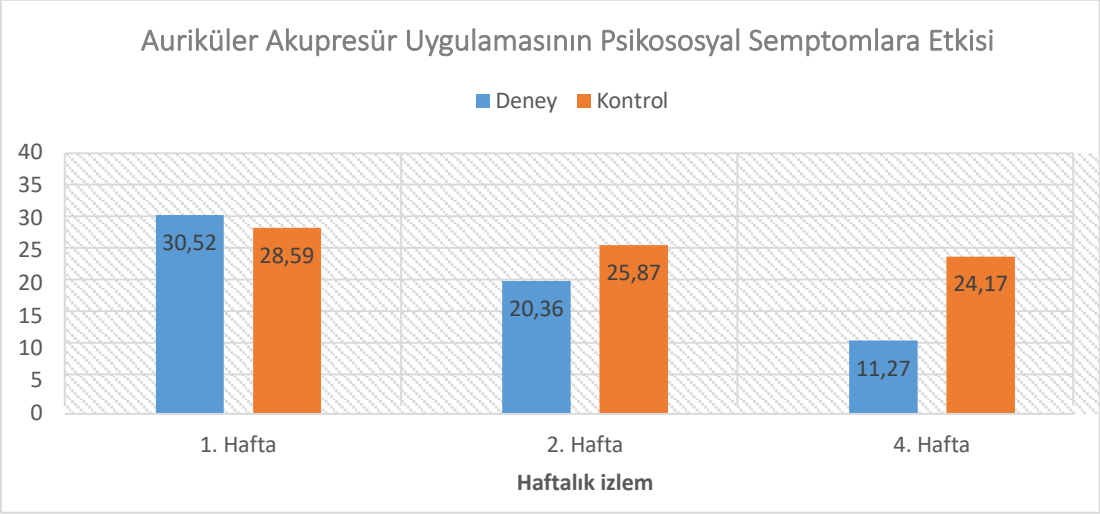
4.9.2. Auriküler Akupresür Uygulamasının Psikososyal Semptomlara Etkisi

Auriküler akupresür uygulamasının konstipasyon kaynaklı psikososyal şikayetlere etkisi incelendiğinde, çalışmanın başlangıcında kontrol ve deney grubunda benzer olan psikososyal şikayetlerin (p>0,05), ikinci ve dördüncü haftada kontrol grubuna kıyasla deney grubunda bariz şekilde azaldığı ve elde edilen bu farkın istatiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı. Ayrıca her iki grubun tekrarlı ölçümleri kendi içinde incelendiğinde, 4. haftanın sonunda her iki grubun psikososyal şikayetlerinde istatiksel açıdan anlamlı azalma olduğu gözlendi (Şekil 4-9 ve Tablo 4-12).

Tablo 4-12. Auriküler Akupresür Uygulamasının Psikososyal Semptomlara Etkisi

	Deney Grubu (n=44)		**Kontrol Grubu (n=46)**		**t**	**p**
	$\bar{x}$	**±sd**	**$\bar{x}$**	**±sd**		
1. hafta	30,52	6,33	28,59	5,58	1,540	0,127
2. hafta	20,36	5,86	25,87	6,67	-4,150	**0,001***
4. hafta	11,27	3,73	24,17	7,65	-10,23	**0,001***
^{*1}p	**0,001***		**0,001***			
1.Hafta ve 4.Hafta ^{*2}p	**0,001***		**0,001***			

t: Student t Test ***[1]p:** ANOVA ***[2]p:** Bonferroni



Şekil 4-9. Auriküler Akupresür Uygulamasının Psikososyal Semptomlara Etkisi

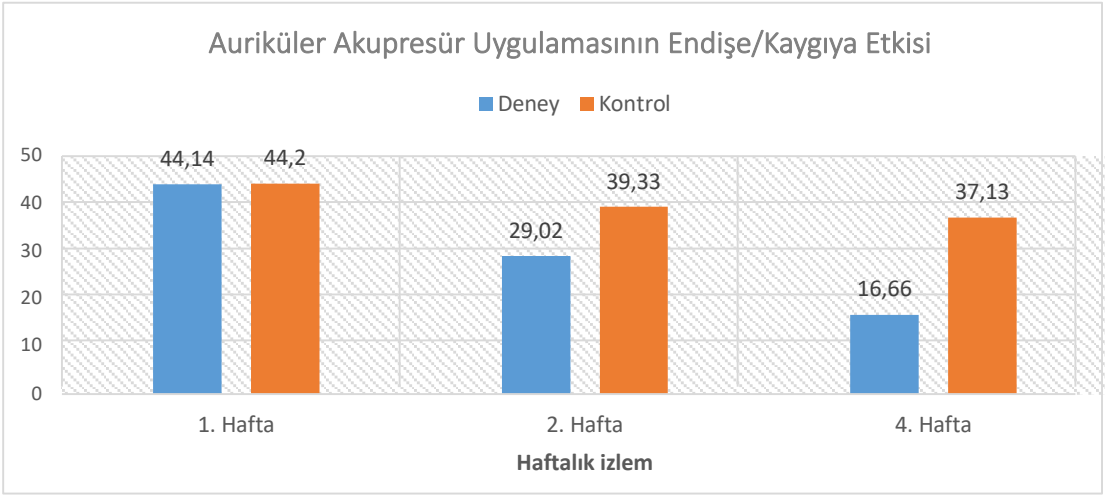
4.9.3. Auriküler Akupresür Uygulamasının Endişe/Kaygıya Etkisi

Auriküler akupresür uygulamasının konstipasyon kaynaklı kaygı/endişeye etkisi incelendiğinde, çalışmanın başlangıcında kontrol ve deney grubunda benzer olan kaygı/endişenin (p>0,05), ikinci ve dördüncü haftada kontrol grubuna kıyasla deney grubunda bariz şekilde azaldığı ve elde edilen bu farkın istatiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı. Ayrıca her iki grubun tekrarlı ölçümleri kendi içinde incelendiğinde, 4. haftanın sonunda her iki grubun endişe/kaygısında istatiksel açıdan anlamlı azalma olduğu gözlendi (Şekil 4-10 ve Tablo 4-13).

Tablo 4-13. Auriküler Akupresür Uygulamasının Endişe/Kaygıya Etkisi

	Deney Grubu (n=44)		**Kontrol Grubu (n=46)**		**t**	**p**
	$\bar{x}$	**±sd**	**$\bar{x}$**	**±sd**		
1. hafta	44,14	4,82	44,20	5,76	-0,052	0,958
2. hafta	29,02	6,96	39,33	7,26	-6,868	**0,001***
4. hafta	16,66	4,69	37,13	8,45	-14,28	**0,001***
^{*1}p	**0,001***		**0,001***			
1.Hafta ve 4.Hafta ^{*2}p	**0,001***		**0,001***			

t: Student t Test ***[1]p:** ANOVA ***[2]p:** Bonferroni



Şekil 4-10. Auriküler Akupresür Uygulamasının Yaşam Kalitesine Etkisi

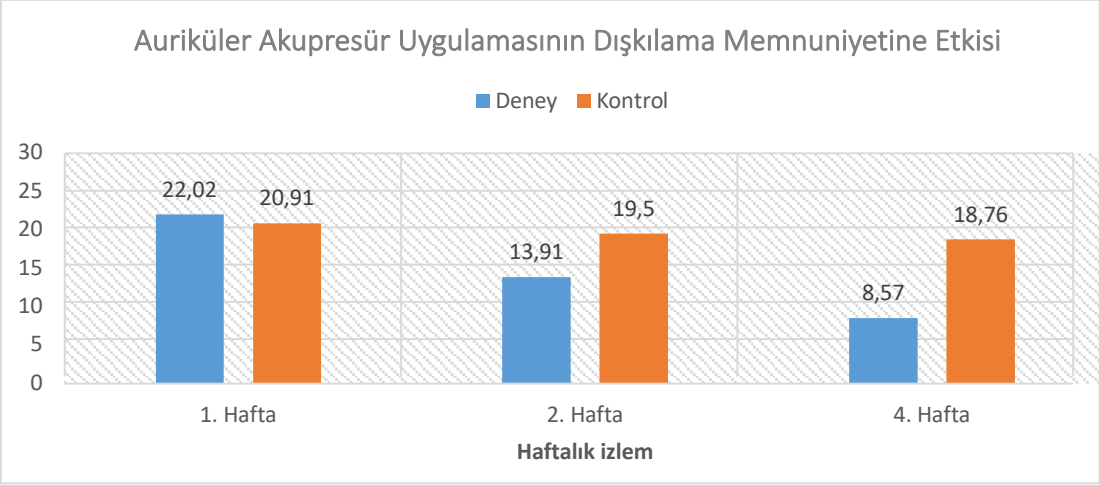
4.9.4. Auriküler Akupresür Uygulamasının Hasta Memnuniyetine Etkisi

Auriküler akupresür uygulamasının dışkılama memnuniyetine etkisi incelendiğinde, çalışmanın başlangıcında kontrol ve deney grubunda benzer olan dışkılama memnuniyetinin (p>0,05), ikinci ve dördüncü haftada kontrol grubuna kıyasla deney grubunda bariz şekilde arttığı ve elde edilen bu farkın istatiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı. Ayrıca her iki grubun tekrarlı ölçümleri kendi içinde incelendiğinde, 4. haftanın sonunda her iki grubun dışkılama ile ilişkili memnuniyetinde istatiksel açıdan anlamlı bir iyileşme olduğu gözlendi (Şekil 4-11 ve Tablo 4-14).

Tablo 4-14. Auriküler Akupresür Uygulamasının Dışkılama Memnuniyetine Etkisi

	Deney Grubu (n=44)		**Kontrol Grubu (n=46)**		**t**	**p**
	$\bar{x}$	**±sd**	**$\bar{x}$**	**±sd**		
1. hafta	22,02	2,10	20,91	3,52	1,826	0,072
2. hafta	13,91	2,77	19,50	4,25	-7,423	**0,001***
4. hafta	8,57	1,93	18,76	4,49	-14,09	**0,001***
Memnuniyet *1p	**0,001***		**0,001***			
1. hafta ve 4. hafta *2p	**0,001***		**0,001***			

t: Student t Test ***1p:** ANOVA ***2p:** Bonferroni



Şekil 4-11. Auriküler Akupresür Uygulamasının Dışkılama Memnuniyetine Etkisi

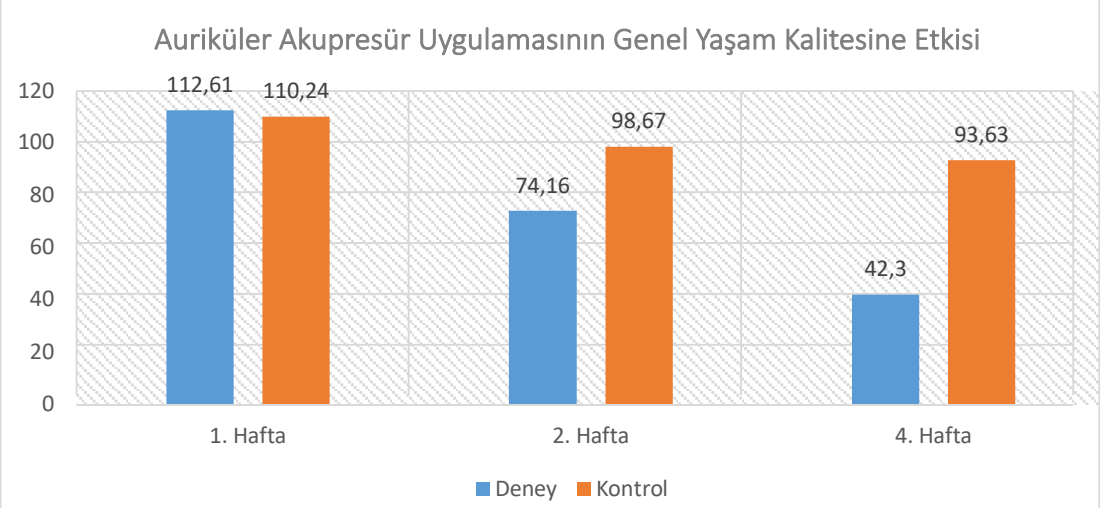
4.9.5. Auriküler Akupresür Uygulamasının Genel Yaşam Kalitesine Etkisi

Auriküler akupresür uygulamasının genel yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde, çalışmanın başlangıcında kontrol ve deney grubunda benzer olan genel yaşam kalitesinin ($p>0,05$), ikinci ve dördüncü haftada kontrol grubuna kıyasla deney grubunda bariz şekilde arttığı ve elde edilen bu farkın istatiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı. Ayrıca her iki grubun tekrarlı ölçümleri kendi içinde incelendiğinde, 4. haftanın sonunda her iki grubun yaşam kalitesinde istatiksel açıdan anlamlı bir iyileşme olduğu gözlendi (Şekil 4-12 ve Tablo 4-15).

Tablo 4-15. Auriküler Akupresür Uygulamasının Yaşam Kalitesine Etkisi

	Deney Grubu (n=44)		**Kontrol Grubu (n=46)**		**t**	**p**
	$\bar{x}$	**±sd**	**$\bar{x}$**	**±sd**		
1. hafta	112,61	12,3	110,24	13,56	0,869	**0,387**
2. hafta	74,16	15,74	98,67	18,54	-6,748	**0,001***
4. hafta	42,30	10,21	93,63	21,97	-14,10	**0,001***
Yaşam Kalitesi ^{*1}p	**0,001***		**0,001***			
1. hafta ve 4. hafta ^{*2}p	**0,001***		**0,001***			

t: Student t Test**, *[1]p:** ANOVA ***[2]p:** Bonferroni



Şekil 4-12. Auriküler Akupresür Uygulamasının Genel Yaşam Kalitesine Etkisi

5. TARTIŞMA

Konstipasyon, palyatif bakım hastalarının yaşadığı en yaygın semptomlardan biridir (Clark & Currow, 2013; Erichsén vd., 2016; Muldrew vd., 2018; Zhe, 2016). Konstipasyon bu hastaların acı çekmesine ve diğer semptomlarının da kötüleşmesine neden olarak hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Andrews & Morgan, 2012; Hagmann vd., 2018; McIlfatrick vd., 2019).

Araştırma Şubat 2019 - Ocak 2020 tarihlerinde Diyarbakır Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesinde yatan, Konstipasyon Değerlendirme Ölçeğinden 4 puan ve üzeri alan ve araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan 90 hasta ile gerçekleştirildi.

Çalışma kapsamına alına hastalarının çoğu okur yazar değildi, gelir durumu orta derecede iyi ve erkekti. Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların yaşı, cinsiyet dağılımı, eğitim düzeyi ve gelir durumu benzerdi (Tablo 4-1).

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 70 yaş üzerindeydi. Konstipasyon sıklığı yaş ile birlikte artmakta (Chokhavatia vd., 2016) ve 70 yaş üzeri olan kişilerin üçte biri konstipasyon şikayetleri yaşamaktadır. 75 yaş ve üzerinde olan bireylerde ise, konstipasyon sıklığının 2 kat daha artığı bildirilmektedir (Dzierżanowski & Ciałkowska-Rysz, 2018). Yurtdaş ve ark. (2020) da yapmış oldukları çalışmada 60-65 yaş arası grupta konstipasyon sıklığının yüksek olduğunu saptamışlardır (Yurtdaş vd., 2020). Palyatif bakım hastalarında konstipasyon risk faktörlerini araştıran bir çalışma, ileri yaştaki hastaların büyük çoğunluğunda (%80) konstipasyon görüldüğünü saptamıştır (Dzierżanowski & Ciałkowska-Rysz, 2018). Ülkemizde palyatif bakım hastalarının klinik özelliklerini inceleyen bir araştırmada da, benzer şekilde hastaların yaş ortalamasının 71±15,8 olduğu tespit edilmiştir (Yürüyen vd., 2018). Yaşın ileri olması, konstipasyon riski ile ilişkilendirilmektedir. Konstipasyonun ileri yaşlarda görülmesinin başlıca nedenleri; yaşın ilerlemesi ile bireylerde ilaç kullanımın artması, yetersiz beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, pelvik ve karın kaslarda zayıflama ve metabolizmanın yavaşlamasıdır (Bengi vd., 2014). Çalışmamıza dahil edilen ve konstipasyonu olan hastaların yaş ortalaması deney grubunda 72,66±11,66, kontrol grubunda 70,15±12,26 idi ve literatür ile benzerlik göstermekteydi.

Çalışmamıza katılan hastalarda erkek oranı %52,3 ile yüksekti. Benzer şekilde, palyatif bakım hastalarında konstipasyon prevalansını araştıran bir çalışmada hastaların %52,6'sının

erkek olduğu saptanmıştır (Mercadante vd., 2018). Ülkemizde palyatif bakım hastalarının klinik özelliklerini inceleyen bir araştırmada da, benzer şekilde hastaların %55'nin cinsiyetinin erkek olduğu tespit edilmiştir (Yürüyen vd., 2018). Çalışma sonucumuzdan farklı olarak, bazı çalışmalarda, konstipasyon prevalansının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Moezi vd., 2018; Yurtdaş vd., 2020). Palyatif bakım alan ileri evre kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada da kadın hastalarda konstipasyon prevalansının (%56,7) daha yüksek olduğu saptanmıştır (McIlfatrick vd., 2019). Çalışmalarda, kadın cinsel hormonlarındaki dalgalanmalarla ilişkili olarak premenopozal dönemdeki kadınların konstipasyondan daha fazla muzdarip olduğu bildirilmiştir (Forootan vd., 2018; McIlfatrick vd., 2019; Yurtdaş vd., 2020). Çalışmamızda kadın sayısının az olması ve sonucumuzun literatür ile farklılık göstermesinin nedeni, çalışmamız kapsamına alınan kadınların yaş ortalamasının 70 yaş üzeri ve postmenopozal dönemde olması olabileceği düşünülmektedir.

Sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyinin de konstipasyon prevalansını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir (Forootan vd., 2018). Dzierżanowski ve Ciałkowska-Rysz (2018) özellikle düşük gelirli ve eğitim seviyesi düşük olan bireylerin konstipasyondan muzdarip olma olasılığının iki kat daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Dzierżanowski & Ciałkowska-Rysz, 2018). Benzer şekilde, Irajı ve ark. (2012) yaptıkları sistematik bir çalışmada eğitim ile konstipasyon sıklığı arasında ters bir ilişki olduğunu saptamışlardır (Iraji vd., 2012). Bir başka çalışmada da konstipasyonu olan hastaların %48,57'sinin okur yazar olmadığı bulunmuştur (Abbasi vd., 2019). Çalışmamızda da konstipasyonu olan hastalarının çoğunluğunun okur yazar olmadığı ve gelir durumunun orta seviyede olduğu saptanarak çalışmamız bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir, ancak çalışmamızda yer alan çoğu hastanın okur yazar olmaması çalışmanın gerçekleştirdiği bölge özelliklerini de yansıtıyor olabilir (Arca & Ceylan, 2020; Polat vd., 2017).

Çalışma kapsamına alınan hastaların tıbbi tanılarına baktığımızda, çoğu hastanın kanser tanısı ile tedavi aldığı ve her iki grubun tıbbi tanılarına ilişkin bulgularının benzer olduğu görüldü. Kanser hastalarının tedavisinde kemoterapi ve opioid tedavisinin yaygın olması hastalarda konstipasyon insidansının %32-87 arasında olduğu bildirilmiştir (Davies vd., 2020; Shin & Park, 2018). Kanser hastalarında konstipasyon prevalansı; altta yatan hastalığın kendisi, evresi, tedavi yöntemlerine bağlı olarak ve hastanın yaşının artması ile birlikte artmaktadır (Mercadante vd., 2018). Tokoro ve ark. (2019) tedaviye başladıktan 2 hafta sonra, kanser hastaların yaklaşık %50'sinde konstipasyon geliştiğini bildirmiştir (Tokoro vd., 2019). Yine

yapılan güncel bir çalışmada da 297 kanserli hastaların %57.8'inde konstipasyon görüldüğü bildirilmiştir (Roeland vd., 2020). Çalışmamız kapsamında palyatif bakım ünitesinde yatan ve konstipasyonu olan 90 hastanın 26'sının (deney=12, kontrol=14) kanser hastası olduğu tespit edildi ve çalışma grubumuzun verilerinin literatür ile benzerlik gösterdiği saptandı.

Çalışmamızda, çoğu hasta konstipasyon ile baş etmede "bazen" ilaç kullandığını bildirdi, ancak yapılan değerlendirmede çoğu hasta son 1 hafta içinde BT Enema kullandığını ifade etti. Shin ve Park (2018) kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştirdiği bir çalışmada, konstipasyonu olan çoğu hastanın laksatif kullandığını bildirmiştir (Shin & Park, 2018). Başka bir çalışmada, palyatif bakım alan ileri evre kanser hastalarının konstipasyonun yönetiminde kullandığı yaklaşımlar retrospektif incelenmiş ve bu çalışmada çoğu hastanın laksatif kullanıldığı saptanmıştır (McIlfatrick vd., 2019).

Çalışmamızda ilk 7 günde çalışma ve kontrol grubunun laksatif kullanımının benzer olduğu ancak 8. günden sonra deney grubunun laksatif kullanımında azalma olduğu ve çalışmanın sonlarına doğru çalışma grubundaki hastaların neredeyse hiç laksatif kullanmadığı saptandı. AA uygulamasının etkinliğinin incelendiği randomize kontrollü bir çalışmada Li ve ark. (2014) girişim öncesi katılımcıların neredeyse dörtte birinin (%23,3) düzenli olarak ve üçte birinden fazlasının da (%36,7) ihtiyaç halinde laksatif kullandığını bildirmişlerdir. Çalışma sonucunda 10 gün boyunca auriküler akupresür uygulanan grupta laksatif kullanımında azalma olduğu saptanmıştır (Li vd., 2014). Son zamanlarda yapılan güncel bir sistematik derlemede de AA uygulamasının laksatif ilaç tüketimini azalttığı bildirilmiştir (You vd., 2019). İleri evre kanser hastalarında gelişen konstipasyonun yönetiminde vücut akupresür uygulamasının etkisini değerlendiren farklı bir çalışmada, Wang ve ark (2019) deney grubunda yer alan hastaların abdominal alandaki akupresür noktalarına, 3 gün boyunca, günde 1 kez akupresür uygulaması yapmışlar. Çalışma sonucunda deney grubundaki hastaların laksatif kullanımında anlamlı azalma olduğu saptanmıştır (Wang vd., 2019). AA uygulamasının laksatif kullanımını azaltmada etkili olduğunu gösteren çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bizim çalışmamızda, AA uygulamasının laksatif kullanımını azalttığı gösterilmiştir. Bu sonucun, doğruluğunu onaylamak için, daha fazla sayıda çalışmanın yapılmasına gereksinim vardır.

Fiziksel aktivitenin, kalın bağırsaklardaki hareketi arttırdığı ve egzersiz sırasında hormonal değişikliklerin gastrointestinal motiliteyi etkileyebileceği öne sürülmüştür (Yurtdaş vd., 2020). Ancak literatürde, yatağa bağımlı ve yaşlı erişkinlerde fiziksel aktivite ile konstipasyon arasındaki ilişki belirsiz olup yararı tartışılmaktadır (Mounsey vd., 2015; Vazquez

Roque & Bouras, 2015). Bunula birlikte Yurtdaş ve ark. (2020)'nın yapmış olduğu çalışmada fiziksel egzersiz açısından aktif olmayan grupta konstipasyon sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yurtdaş et al., 2020). Çalışmamızda da deney ve kontrol grubunun fiziksel egzersiz ve hareketlilik durumunun benzer olduğu, çoğu hastanın fiziksel egzersiz yapmadığı ve yardım alarak hareket ettiği saptandı (Tablo 4-3). Çalışmamızın bu verilerle literatür ile benzerlik göstermektedir.

Yetersiz miktarda sıvı alımının konstipasyonun gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiş olsa da, sıvı alımının arttırılması ile konstipasyonun iyileştiğini gösteren bir araştırma sonucuna ulaşılamamıştır (McIlfatrick vd., 2019). Ülkemizde fonksiyonel konstipasyonu olan yetişkinlerin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada hastaların günlük sıvı alımının 1312.9±791.74 mL olduğu saptanmıştır (Özcan & Saka, 2018). Bir başka çalışmada, konstipasyonu olan hastaların günlük sıvı alımının 1531±755.94 mL olduğu ve günlük sıvı alımı düşük olan grupta konstipasyon prevalansının daha yüksek olduğu ancak total sıvı alımı ile konstipasyon arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (Yurtdaş vd., 2020). Çalışmamızda deney grubunun günlük sıvı alımı ortalama 1115,22±557,20 mL, kontrol grubunun ise 1106,52±616,49 mL olduğu ve her iki grubun günlük sıvı alımının benzer olduğu bulundu. Literatürde konstipasyonu olan hastaların günlük sıvı miktarının en az 1500-2000 mL olması önerilmektedir (Mounsey vd., 2015; Özcan & Saka, 2018). Çalışmada deney ve kontrol grubunun günlük sıvı tüketiminin benzer olduğu ve hastaların günlük önerilen miktardan daha az sıvı aldıkları saptandı.

Çalışma başlangıcında kontrol grubunda yer alan hastaların dışkılama sıklığının deney grubundan daha yüksek olduğu belirlendi. Çalışma grubunda, AA uygulanması ile dışkılama sayısının 11. günden sonra anlamlı düzeyde arttığı, kontrol grubunda ise dışkılama sayısında artış olmadığı görüldü. Benzer şekilde Abbasi ve ark. (2019) hemodiyaliz alan hastalarda, akupresür öncesi deney ve kontrol grubunun dışkılama sıklığının benzer olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada haftada 3 kez yapılan 4 haftalık akupresür uygulaması ile dışkılama sıklığının anlamlı derecede arttığı saptanmıştır (Abbasi vd., 2019). Chang ve Lin (2001), akupresür uygulamasının karın şişkinliğini azaltmada etkili bir yaklaşım olduğunu ve dışkılama dürtüsünü artırdığını bildirmişlerdir (Chang & Lin, 2011). Mide ve kalın bağırsak aktivitelerinin düzenlemesinde etkili olan AA, enerji (Qi) akışını ve kan dolaşımını sağlayarak, bağırsak peristalsizmini arttırmakta ve sonuç olarak dışkılama arzusunu oluşturmaktadır (Li vd., 2014). Çalışmamızda da AA uygulamasının konstipasyonu olan hastalarda dışkılama sıklığını arttırdığı saptandı. Çalışma sonucumuz bu yönüyle mevcut literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda 4 hafta boyunca, konstipasyon varlığı bristol dışkı skalası ile değerlendirildi. Çalışma başlangıcında hastalarımızın hepsi konstipe idi. AA uygulanması yapılan hastaların %63,6'sı 2. haftanın sonunda konstipasyon şikayetinin geçtiğini bildirdi. 4. haftanın sonunda hastaların tamamında konstipasyon yoktu, kontrol grubunda ise hastaların %78,3'ünde konstipasyon vardı (Tablo 4-7).

Çalışmada deney grubunda yer alan hastalar dışkı kıvamının normale döndüğünü bildirdi, kontrol grubunda yer alan hastalar ise dışkısının hala katı olduğunu bildirdi (Tablo 4-6). Çalışma sonuçlarımıza benzer Shin ve Park (2018) AA uygulamasının hastalarının bristol dışkı skalasından aldığı puan ortalamalarını arttırdığını bildirmiştir (Shin & Park, 2018). Li ve ark. (2012) da yaşlı hastaların katılımı ile gerçekleştirdiği farklı bir çalışmada AA uygulanan grupta bristol dışkı skalası puan ortalamasının arttığını bildirmişlerdir (Li vd., 2012). Randomize olmayan bir çalışmada, ileri evre kanser hastalarında, vücut akupresürünün konstipasyona etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, deney grubunda yer alan hastalara 3 gün boyunca, 8 dakikalık akupresür uygulaması yapılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular, akupresür uygulanan grubun bristol dışkı skalası puan ortalamasının belirgin olarak yükseldiğini göstermiştir (Wang vd., 2019). Ayrıca 5 randomize kontrollü çalışmaların incelendiği bir meta-analizde (n=388), AA uygulanan grup ile rutin tedavi alan hastaların sonuçları karşılaştırılmıştır. Bu meta-analiz çalışmasından elde edilen sonuç, AAuygulamasının bristol dışkı skalasından alınan puanları olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (Jing vd., 2018). Çalışma sonucumuz bu yönü ile literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların Konstipasyon Değerlendirme Ölçeğine (KDÖ) göre dört haftalık puan ortalamalarını incelediğimizde, uygulama öncesi deney ve kontrol grubundaki hastaların KDÖ puan ortalamalarının benzer olduğu saptandı (Tablo 4-8). Çalışmamız ile benzer olarak AA uygulamasının konstipasyona etkisini inceleyen başka bir randomize kontrollü çalışmada da, grupların girişimden önceki KDÖ puan ortalamaların benzer olduğu görülmüştür (Shin & Park, 2018). Benzer şekilde Wong ve ark. (2015) konstipasyonu olan yetişkin psikiyatri hastaları ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada girişim öncesi, grupların KDÖ puan ortalamaların benzer olduğunu saptamışlardır (Wong vd., 2015). Çalışma grubumuza 2. ve 4. haftanın sonunda uygulanan son testlerde hastaların KDÖ puan ortalamalarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde düştüğü saptandı (Tablo 4-9).

Li ve ark. (2014)'nın gerçekleştirdikleri bir çalışmada; 10 gün boyunca AA uygulaması deney grubuna (n=29) manyetik toplar ile, plasebo grubuna (n=25) vaccaia tohumu ile yapılmış,

kontrol grubu (n=27) ise rutin hemşirelik bakımı verilmiştir. Çalışmada plasebo ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, deney grubundaki hastaların konstipasyon ile ilgili semptomlarının hafiflediği ve KDÖ puan ortalamaların anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır (Li vd., 2014). Shin ve Park (2018) da kemoterapi alan kanser hastalarında KDÖ puan ortalamasının girişim sonrası 3. ve 6. haftada anlamlı düzeyde azaldığını bulmuşlardır (Shin & Park, 2018). Konstipasyonu olan yetişkin psikiyatri hastalarında, Wong ve ark. (2015) kendi kendine akupresür uygulamasının konstipasyona etkisini incelemiştir. Bu çalışmada, 2 hafta boyunca, deney grubunda yer alan hastalara gerçek 5 akupunktur noktasına akupresür uygulaması, plasebo grubunda yer alan hastalara 5 yalancı noktaya hafif abdominal masajı uygulanmıştır. 2 hafta sonra yapılan değerlendirmede, deney grubunun KDÖ puan ortalamasının plasebo grubuna göre anlamlı derecede düştüğü saptanmıştır (Wong vd., 2015). Chen ve ark. (2018) kemoterapi alan lösemi hastalarında gelişen konstipasyonun giderilmesinde AA uygulamasının etkisini 3 randomize kontrollü çalışmanın sonucunu inceleyen bir meta analiz yaparak test etmiştir. Yapılan incelemede, AA alan çalışma grubunda KDÖ puan ortalamasının, sadece rutin hemşirelik bakımı alan kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azaldığı bildirilmiştir (C. Chen vd., 2018). Çalışmamızda da AA uygulamasının KDÖ puan ortalamasını anlamlı derecede düşürdüğü konstipasyon ile ilgili şikayetleri gidermede etkili bir yaklaşım olduğu saptandı. Çalışma sonucumuz bu verilerle literatür ile benzerlik göstermektedir.

Auriküler akupresür uygulaması, duyusal talamusta vagus sinirinin auriküler dallarını inerve ederek nörotransmitterlerin seviyesini arttırmakta ve bu da mide duvarındaki düz kasların tonüsünü artırarak konstipasyonu azalmaktadır (Jing vd., 2018). Bu nedenle, gastrointestinal fonksiyonla ilişkili olan auriküler refleks noktalarına akupresür uygulanması, hastaların konstipasyon ile ilgili semptomların hafifletmede ve yaşam kalitelerini arttırmada etkilidir (Jing vd., 2018; You vd., 2019).

Literatürde, konstipasyonun yönetiminde AA uygulamasının etkisini değerlendiren çalışma sayısı sınırlıdır. Bu nedenle, çalışmadan elde ettiğimiz bulguları farklı hasta grupları ile gerçekleştirilen çalışmalar ile de karşılaştırdık.

Çalışmamızda, AA uygulamasının yaşam kalitesine etkisini de inceledik. Yapılan değerlendirmede, uygulamanın 2. ve 4. haftasının sonunda hastaların fiziksel ve psikososyal şikayetlerinin, kaygı ve endişenin azaldığı, dışkılama memnuniyet düzeyinin ve yaşam kalitesinin iyileştiği saptandı. Çalışmamız ile benzer olarak 200 hastanın dahil edildiği randomize kontrollü bir çalışmada da deney grubundaki hastaların konstipasyon ile ilişkili yaşam kalitesi

puan ortalamalarında iyileşme olduğu saptanmıştır (Zhou vd., 2012). Farklı bir çalışmada da AA uygulamasının yaşlı hastalarda konstipasyon ilişkili yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu bildirilmiştir. Çalışmada genel hemşirelik hizmetleri alan kontrol grubundaki hastaların konstipasyon ile ilgili semptomlarında iyileşme oranı düşük bulundu ya da hiç iyileşme olmamıştır (Lee & Frazier, 2011). Yedi çalışmanın dahil edildiği bir sistematik derlemede de akupresürün dışkılama dürtüsünü artırdığı ve karın şişkinliğini azaltmada etkili bir yaklaşım olduğu sonucuna varılmıştır (Chang & Lin, 2011). Wong ve ark. (2015) da psikiyatri hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen çalışmada, kendi kendine akupresür uygulamasının deney grubundaki hastaların konstipasyon ile ilgili yaşam kalitelerinde anlamlı düzeyde artırdığını göstermiştir (Wong vd., 2015). Abbott ve ark. (2015) 4 haftalık, perineal akupresür uygulamasının da hastaların bağırsak fonksiyonlarını ve yaşam kalitesini arttırdığını, fiziksel, psikososyal şikayetlerini, kaygı ve endişesini azalttığını ve dışkılama memnuniyetini anlamlı düzeyde iyileştirdiği saptanmıştır (Abbott vd., 2015). Li ve ark. (2014) bakım evinde kalan yaşlı hastaların katılımı gerçekleştirilen çalışmada, manyetik toplar ve vaccaia tohumu ile gerçekleştirilen AA uygulamasının hastaların semptomlarını hafiflediği ve yaşam kalitesini arttığı gösterilmiştir (Li vd., 2014). Ayrıca, kontrol grubuna kıyasla AA uygulaması deney grubundaki hastaların abdominal rahatsızlığını, ağrı ve gerginliğini anlamlı düzeyde azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (Go & Park, 2019). Vallim ve ark. (2019) AA uygulamasının kemoterapiye bağlı semptomları da azalttığı ve yaşam kalitesinin tüm alanlarını iyileştirdiğini bulunmuşlardır (Vallim vd., 2019). Son zamanlarda yapılan bir meta analizde de, kemoterapi alan lösemi hastalarında AA uygulamasının konstipasyon ile ilişkili yaşam kalitesini anlamlı düzeyde arttırdığı saptanmıştır (C. Chen vd., 2018). Araştırma sonucumuz bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda da AA uygulamasının hastalarda konstipasyon ile ilgili semptomları azalttığı, konstipasyonu gidermede etkili bir yaklaşım olduğu ve hastaların yaşam kalitesini arttırdığı saptandı.

SONUÇLAR

Palyatif bakım hastalarında konstipasyonun yönetiminde auriküler akupresürün etkisini belirlemek amacı ile gerçekleştirilen bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Auriküler akupresür uygulamasının konstipasyonun yönetiminde etkili yaklaşım olduğu saptanarak Hipotez 1 doğrulandı.
- Auriküler akupresür uygulamasının yaşam kalitesini arttırmada etkili bir yaklaşım olduğu belirlenerek Hipotez 2 doğrulandı.
- Auriküler akupresür uygulamasının laksatif kullanımını azaltmada etkili olduğu,
- Auriküler akupresür uygulamasının hastaların dışkılama sıklığını arttırdığı,
- Auriküler akupresür uygulamasının fiziksel ve psikososyal semptomları, kaygı ve endişeyi azalttığı,
- Auriküler akupresür uygulamasının dışkılama memnuniyetini iyileştirdiği belirlendi.

ÖNERİLER

Bu çalışmada, konstipasyonun yönetiminde auriküler akupresür uygulamasının kullanımının güvenli ve etkili bir yaklaşım olduğu gösterildi. Bu çalışma sonucunda;

- Auriküler akupresür uygulamasının etkinliğini değerlendiren güçlü metodolojiye sahip araştırmaların planlanması ve yürütülmesi,
- Auriküler akupresür uygulamasına yönelik olarak başta hemşireler olmak üzere sağlık hizmeti sağlayıcılarına eğitimlerin verilmesi,
- Auriküler akupresür uygulamasının günlük hayatta kullanımı değerlendirilerek hasta ve hasta yakınlarının eğitilmesi,
- Konstipasyonun yönetiminde auriküler akupresür uygulamasının etkinliğini kesinleştirmek için araştırmanın, farklı merkezlerde ve büyük örneklem grubu ile yeniden tekrarlanması önerilir.

KAYNAKLAR

Abbasi, P., Mojalli, M., Kianmehr, M., & Zamani, S. (2019). Effect of Acupressure on Constipation in Patients Undergoing Hemodialysis: A Randomized Double-Blind Controlled Clinical Trial. *Avicenna Journal of Phytomedicine*, *9*(1), 84-91.

Abbott, R., Ayres, I., Hui, E., & Hui, K.-K. (2015). Effect of Perineal Self-Acupressure on Constipation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine*, *30*(4), 434-439. https://doi.org/10.1007/s11606-014-3084-6

Akpınar, A., & Alvur, M. (2017). Palyatif Bakımda Etik ve Medikolegal Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri*, *8*(4), 292-298.

Alexander, K., Goldberg, J., & Korc-Grodzicki, B. (2016). Palliative Care and Symptom Management in Older Patients with Cancer. *Clinics in Geriatric Medicine*, *32*(1), 45-62. https://doi.org/10.1016/j.cger.2015.08.004

Altıner, N. N. (2017). Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi. *Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, *8*(4), 246-151.

Andrews, A., & Morgan, G. (2012). Constipation Management in Palliative Care: Treatments and The Potential of Independent Nurse Prescribing. *International Journal of Palliative Nursing*, *18*(1), 17–22.

Arca, M., & Ceylan, A. (2020). İnme Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Hastalara Bakım Verenlerin Depresyon Durumu ve Yaşam Kalitesi Algıları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *13*(1), 45-54. https://doi.org/10.26559/mersinsbd.615447

Aydoğan, F., & Uygun, K. (2011). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim*, *24*, 4-9.

Basilisco, G., & Coletta, M. (2013). Chronic Constipation: A Critical Review. *Digestive and Liver Disease*, *45*(11), 886–893.

Bengi, G., Yalçin, M., & Akpinar, H. (2014). Kronik Konstipasyona Güncel Yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, *18*(2), 181-197.

Bharucha, A. E., Dorn, S. D., Lembo, A., & Pressman, A. (2013). American Gastroenterological Association Medical Position Statement on Constipation. *Gastroenterology*, *144*(1), 211-217. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2012.10.029

Cha, H. S., & Park, H. (2019). Effects of Auricular Acupressure on Obesity in Adolescents. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *35*, 316-322. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.03.014

Chang, C. M., & Lin, H. F. (2011). A systematic Review of Acupressure in Constipation. *Chang Gung Nursing*, *22*, 311-320.

Chen, C., Lin, X. X., & Wang, X. (2018). Efficacy of Non-Invasive Auricular Acupressure for Treating Constipation in Leukemia Patients Undergoing Chemotherapy: A Systematic Review. *Complementary Medicine Research*, *25*(6), 406-412. https://doi.org/10.1159/000491693

Chen, P., Liu, Y. M., & Chen, M. L. (2017). The Effect of Hypnosis on Anxiety in Patients with Cancer: A Meta-analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *14*(3), 223–236.

Chokhavatia, S., John, E. S., Bridgeman, M. B., & Dixit, D. (2016). Constipation in Elderly Patients with Noncancer Pain: Focus on Opioid-Induced Constipation. *Drugs & Aging*, *33*(8), 557-574. https://doi.org/10.1007/s40266-016-0381-2

Chow, K., & Dahlin, C. (2018). Integration of Palliative Care and Oncology Nursing. *Seminars in Oncology Nursing*, *34*(3), 192-201. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.001

Choy, D. S., & Eidenschenk, E. (1998). Effect of Tragus Clips on Gastric Peristalsis: A Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *4*(4), 399–403.

Clark, K., & Currow, D. C. (2013). Constipation in Palliative Care: What Do We Use as Definitions and Outcome Measures? *Journal of Pain and Symptom Management*, *45*(4), 753–762.

Clark, K., Smith, J. M., & Currow, D. C. (2012). The Prevalence of Bowel Problems Reported in a Palliative Care Population. *Journal of Pain and Symptom Management*, *43*(6), 993–1000.

Collins, B. R., & O'Brien, L. (2015). Prevention and Management of Constipation in Adults. *Nursing Standard*, *29*(32), 49-58. https://doi.org/10.7748/ns.29.32.49.e9571

Costilla, V. C., & Foxx-Orenstein, A. E. (2014). Constipation: Understanding Mechanisms and Management. *Clinics in Geriatric Medicine*, *30*(1), 107-115. https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.10.001

Coyle, N. (2014). Introduction to Palliative Nursing Care. Içinde *Oxford Textbook of*

Palliative Nursing (4. bs, ss. 3-10). Oxford University Press.

Çınar, H., Kaya, Y., & Enginyurt, Ö. (2017). Palyatif Bakım Hastalarında Yaşam Kalitesi. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, *8*(4), 282-286.

Çolak, D. (2017). Palliative Care Models Around the World. *J Anest Reanim-Special Topics*, *10*(1), 13-19.

Danış, M. Z., & Özhan, E. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Palyatif Bakım, Kanser ve Sosyal Destek: Bir Vaka Örneğinde Güçlendirme Yaklaşımının Uygulanması. *Kesit Akademi Dergisi*, *5*(18), 305-320.

Davies, A., Leach, C., Caponero, R., Dickman, A., Fuchs, D., & Paice, J. (2020). MASCC Recommendations on the Management of Constipation in Patients with Advanced Cancer. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *28*(1), 23-33. https://doi.org/10.1007/s00520-019-05016-4

Dedeli Çaydam, Ö., Turan, İ., Fadıloğlu, Ç., & Bor, S. (2007). Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *MN Dahili Tıp Bilimleri*, *2*, 36-43.

Demir Doğan, M., & Aktuğ, C. (2017). Validity And Reliability Of The Turkish Version Of Constipation Assessment Scale in Nursing Students. *Euras J Fam Med*, *6*(2), 73-77.

Derin, İ. M. (2017). Palyatif Bakım Tanımı, Kapsamı, Ekibi ve Tarihçesi. *Turkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics*, *10*(3), 231-135.

Dhingra, L., Shuk, E., Grossman, B., Strada, A., Wald, E., Portenoy, A., Knotkova, H., & Portenoy, R. (2013). A Qualitative Study to Explore Psychological Distress and Illness Burden Associated with Opioid-Induced Constipation in Cancer Patients with Advanced Disease. *Palliative Medicine*, *27*(5), 447–456.

Dirimen Arıkan, G. (2016). Palyatif Bakım Tanımı ve Felsefesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, *8*(3), 1-5.

Dobrina, R., Tenze, M., & Palese, A. (2014). An Overview of Hospice and Palliative Care Nursing Models and Theories. *International Journal of Palliative Nursing*, *20*(2), 75-81. https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.2.75

Dzierżanowski, T., & Ciałkowska-Rysz, A. (2018). The Occurrence and Risk Factors of Constipation in Inpatient Palliative Care Unit Patients vs. Nursing Home Residents. *Przegląd Gastroenterologiczny*, *13*(4), 299-304. https://doi.org/10.5114/pg.2018.79809

Eghbali, M., Yekaninejad, M. S., Varaei, S., Jalalinia, S. F., Samimi, M. A., & Sa'atchi, K. (2016). The Effect of Auricular Acupressure on Nausea and Vomiting Caused by Chemotherapy Among Breast Cancer Patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *24*, 189-194. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.06.006

Elçigil, A. (2012). Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Derg*, *54*(4), 329-334. https://doi.org/10.5455/gulhane.30582

Enblom, A., & Johnsson, A. (2017). Type and Frequency of Side Effects During PC6 Acupuncture: Observations from Therapists and Patients Participating in Clinical Efficacy Trials of Acupuncture. *Acupuncture in Medicine*, *35*(6), 421–429.

Erichsén, E., Milberg, A., Jaarsma, T., & Friedrichsen, M. (2016). Constipation in Specialized Palliative Care: Factors Related to Constipation When Applying Different Definitions. *Supportive Care in Cancer*, *24*(2), 691–698.

Farmer, A. D., Drewes, A. M., Chiarioni, G., De Giorgio, R., O'Brien, T., Morlion, B., & Tack, J. (2019). Pathophysiology and management of opioid-induced constipation: European expert consensus statement. *United European Gastroenterology Journal*, *7*(1), 7-20. https://doi.org/10.1177/2050640618818305

Ford, A. C., Brenner, D. M., & Schoenfeld, P. S. (2013). Efficacy of Pharmacological Therapies for The Treatment of Opioid-Induced Constipation: Systematic Review and Meta-analysis. *American Journal of Gastroenterology*, *108*(10), 1566-1574.

Forootan, M., Bagheri, N., & Darvishi, M. (2018). Chronic constipation: A review of literature. *Medicine*, *97*(20), e10631. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000010631

Gallagher, P., & O'Mahony, D. (2009). Constipation in Old Age. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, *23*(6), 875–887.

Gallegos-Orozco, J. F., Foxx-Orenstein, A. E., Sterler, S. M., & Stoa, J. M. (2012). Chronic Constipation in The Elderly. *The American Journal of Gastroenterology*, *107*(1), 18.

Go, G. Y., & Park, H. (2019). Effects of Auricular Acupressure on Women With Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology Nursing: The Official Journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*. https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000332

Hagmann, C., Cramer, A., Kestenbaum, A., Durazo, C., Downey, A., Russell, M., Geluz, J., Ma, J. D., & Roeland, E. J. (2018). Evidence-based Palliative Care Approaches to Non-pain

Physical Symptom Management in Cancer Patients. *Seminars in Oncology Nursing*, *34*(3), 227-240. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.004

Hanai, A., Ishiguro, H., Sozu, T., Tsuda, M., Arai, H., Mitani, A., & Tsuboyama, T. (2016). Effects of a Self-Management Program on Antiemetic-Induced Constipation During Chemotherapy Among Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Breast Cancer Research and Treatment*, *155*(1), 99–107.

Hayat, U., Dugum, M., & Garg, S. (2017). Chronic Constipation: Update on Management. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, *84*(5), 397-408. https://doi.org/10.3949/ccjm.84a.15141

Head, B. A., Song, M.-K., Wiencek, C., Nevidjon, B., Fraser, D., & Mazanec, P. (2018). Palliative Nursing Summit: Nurses Leading Change and Transforming Care: The Nurse's Role in Communication and Advance Care Planning. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, *20*(1), 23-29. https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000406

Hou, P.-W., Hsu, H.-C., Lin, Y.-W., Tang, N.-Y., Cheng, C.-Y., & Hsieh, C.-L. (2015). The History, Mechanism, and Clinical Application of Auricular Therapy in Traditional Chinese Medicine. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: ECAM*, *2015*, 495684. https://doi.org/10.1155/2015/495684

Houghton, L. A., Calvert, E. L., Jackson, N. A., Cooper, P., & Whorwell, P. J. (2002). Visceral Sensation and Amotion: A Study Using Hypnosis. *Gut*, *51*(5), 701–704.

Huang, C.-F., Guo, S.-E., & Chou, F.-H. (2019). Auricular acupressure for Overweight and Obese Individuals: A systematic Review and Meta-analysis. *Medicine*, *98*(26), e16144. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000016144

İnan, N. (2017). Palyatif Bakım Organizasyonu Nasıl Olmalı? *Turkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics*, *10*(1), 20-24.

Iraji, N., Keshteli, A. H., Sadeghpour, S., Daneshpajouhnejad, P., Fazel, M., & Adibi, P. (2012). Constipation in Iran: Sepahan Systematic Review No.5. *International Journal of Preventive Medicine*, *3*(Suppl 1), S34-41.

Jani, B., & Marsicano, E. (2018). Constipation: Evaluation and Management. *Missouri Medicine*, *115*(3), 236.

Jing, X., Liu, J., Wang, C., Ji, M., Chen, X., Mei, Y., & Zhu, Q. rong. (2018). Auricular

Acupressure is An Alternative in Treating Constipation in Leukemia Patients Undergoing Chemotherapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *31*, 282-289. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.03.005

Kabalak, A., Öztürk, H., Erdem, A. T., & Akın, S. (2012). SB Ulus Devlet Hastanesinde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi*, *2*(2), 122–126.

Kaniusas, E., Kampusch, S., Tittgemeyer, M., Panetsos, F., Gines, R. F., Papa, M., Kiss, A., Podesser, B., Cassara, A. M., Tanghe, E., Samoudi, A. M., Tarnaud, T., Joseph, W., Marozas, V., Lukosevicius, A., Ištuk, N., Šarolić, A., Lechner, S., Klonowski, W., … Széles, J. C. (2019). Current Directions in the Auricular Vagus Nerve Stimulation I - A Physiological Perspective. *Frontiers in Neuroscience*, *13*, 854. https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00854

Kav, S., Brant, J. M., & Mushani, T. (2018). Perspectives in International Palliative Care. *Seminars in Oncology Nursing*, *34*(3), 284-293. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.009

Kim, Y.-J., Kim, S.-H., Lee, H. J., & Kim, W. Y. (2018). Infectious Adverse Events Following Acupuncture: Clinical Progress and Microbiological Etiology. *Journal of Korean Medical Science*, *33*(24).

Ko, Y.-L., Lin, S.-C., & Lin, P.-C. (2016). Effect of Auricular Acupressure for Postpartum Insomnia: An Uncontrolled Clinical Trial. *Journal of Clinical Nursing*, *25*(3-4), 332-339. https://doi.org/10.1111/jocn.13053

Kuzulugil, A. (2014). Aurikülоterapi ve Aurikülomedisin. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, *2*(1), 10-11.

Lamas, K., Lindholm, L., Stenlund, H., Engström, B., & Jacobsson, C. (2009). Effects of Abdominal Massage in Management of Constipation. A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Nursing Studies*, *46*(6), 759–767.

Larkin, P., Cherny, N. I., La Carpia, D., Guglielmo, M., Ostgathe, C., Scotte, F., & Ripamonti, C. I. (2018). Diagnosis, Assessment and Management of Constipation in Advanced Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, *29*(Supplement_4), iv111–iv125.

Larkin, P., Sykes, N. P., Centeno, C., Ellershaw, J., Elsner, F., Eugene, B., Gootjes, J. R. G., Nabal, M., Noguera, A., Ripamonti, C., Zucco, F., & Zuurmond, W. W. A. (2008). The Management of Constipation in Palliative Care: Clinical Practice Recommendations. *Palliative*

Medicine, *22*(7), 796-807. https://doi.org/10.1177/0269216308096908

Lau, C. H. Y., Wu, X., Chung, V. C. H., Liu, X., Hui, E. P., Cramer, H., Lauche, R., Wong, S. Y. S., Lau, A. Y. L., Sit, R. W. S., Ziea, E. T. C., Ng, B. F. L., & Wu, J. C. Y. (2016). Acupuncture and Related Therapies for Symptom Management in Palliative Cancer Care: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine*, *95*(9), e2901. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002901

Lee, E. J. (2010). *The Effect of Acupressure on Constipation, Quality of Life, and Depressive Symptoms in Cancer Patients with Constipation* [Doctoral Dissertations, University of Kentucky]. https://uknowledge.uky.edu/gradschool_diss/14/

Lee, E. J., & Frazier, S. K. (2011). The Efficacy of Acupressure for Symptom Management: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, *42*(4), 589-603. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.01.007

Li, M. K., Lee, T. F. D., & Suen, K. P. L. (2014). Complementary Effects of Auricular Acupressure in Relieving Constipation Symptoms and Promoting Disease-Specific Health-Related Quality of Life: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Complementary Therapies in Medicine*, *22*(2), 266-277. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2014.01.010

Li, M. K., Lee, T. F., & Suen, K. P. (2012). Auriculotherapy in Relieving Symptoms of Constipation and Improving Quality of Life for The Elderly: A Pilot Project. *Hong Kong medical journal= Xianggang yi xue za zhi*, *18*, 30–33.

Librach, S. L., Bouvette, M., Angelis, C. D., Farley, J., Oneschuk, D., Pereira, J. L., & Syme, A. (2010). Consensus Recommendations for the Management of Constipation in Patients with Advanced, Progressive Illness. *Journal of Pain and Symptom Management*, *40*(5), 761-773. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.03.026

Lindberg, G., Hamid, S. S., Thomsen, O. O., Thomson, A., Goh, K.-L., Tandon, R., Wong, B. C. Y., & LeMair, A. (2011). World Gastroenterology Organisation Global Guideline. *J Clin Gastroenterol*, *45*(6), 5.

Madenoğlu Kıvanç, M. (2017). Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *4*(2), 132–135.

Management of Constipation in Adult Patients Receiving Palliative Care National Clinical Guideline No. 10. (2015). National Clinical Effectiveness Committee.

https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2015/11/Mgmt-of-Constipation-Guideline.pdf

Marquis, P., De La Loge, C., Dubois, D., McDermott, A., & Chassany, O. (2005). Development and Validation of the Patient Assessment of Constipation Quality of Life Questionnaire. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, *40*(5), 540–551.

Mathew-Geevarughese, S. E., Corzo, O., & Figuracion, E. (2019). Cultural, Religious, and Spiritual Issues in Palliative Care. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, *46*(3), 399-413. https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.05.006

McClurg, D., Hagen, S., Hawkins, S., & Lowe-Strong, A. (2011). Abdominal Massage for the Alleviation of Constipation Symptoms in People with Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Feasibility Study. *Multiple Sclerosis Journal*, *17*(2), 223-233. https://doi.org/10.1177/1352458510384899

McClurg, D., Hagen, S., Jamieson, K., Dickinson, L., Paul, L., & Cunnington, A. L. (2016). Abdominal Massage for the Alleviation of Symptoms of Constipation in People with Parkinson's: A Randomised Controlled Pilot Study. *Age and Ageing*, *45*(2), 299-303. https://doi.org/10.1093/ageing/afw005

McIlfatrick, S., Muldrew, D. H. L., Beck, E., Carduff, E., Clarke, M., Finucane, A., Graham-Wisener, L., Larkin, P., McCorry, N. K., Slater, P., & Hasson, F. (2019). Examining Constipation Assessment and Management of Patients with Advanced Cancer Receiving Specialist Palliative Care: A Multi-Site Retrospective Case Note Review of Clinical Practice. *BMC Palliative Care*, *18*(1), 57. https://doi.org/10.1186/s12904-019-0436-3

McMillan, S. C., & Williams, F. A. (1989). Validity and Reliability of the Constipation Assessment Scale. *Cancer Nursing*, *12*(3), 183–188.

Mendoza, M. E., Capafons, A., Gralow, J. R., Syrjala, K. L., Suárez-Rodríguez, J. M., Fann, J. R., & Jensen, M. P. (2017). Randomized Controlled Trial of the Valencia Model of Waking Hypnosis Plus CBT for Pain, Fatigue, and Sleep Management in Patients with Cancer and Cancer Survivors. *Psycho-oncology*, *26*(11), 1832–1838.

Mercadante, S., Masedu, F., Maltoni, M., Giovanni, D. D., Montanari, L., Pittureri, C., Bertè, R., Ursini, L., Marinangeli, F., & Aielli, F. (2018). The Prevalence of Constipation at Admission and After 1 Week of Palliative Care: A Multi-Center Study. *Current Medical Research and Opinion*, *34*(7), 1187-1192. https://doi.org/10.1080/03007995.2017.1358702

Miller, D., & Nevadunsky, N. (2018). Palliative Care and Symptom Management for Women with Advanced Ovarian Cancer. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, *32*(6), 1087-1102. https://doi.org/10.1016/j.hoc.2018.07.012

Moezi, P., Salehi, A., Molavi, H., Poustchi, H., Gandomkar, A., Imanieh, M. H., & Malekzadeh, R. (2018). Prevalence of Chronic Constipation and Its Associated Factors in Pars Cohort Study: A Study of 9000 Adults in Southern Iran. *Middle East Journal of Digestive Diseases*, *10*(2), 75-83. https://doi.org/10.15171/mejdd.2018.94

Mounsey, A., Raleigh, M., & Wilson, A. (2015). Management of Constipation in Older Adults. *American Family Physician*, *92*(6), 500-504.

Muldrew, D. H., Hasson, F., Carduff, E., Clarke, M., Coast, J., Finucane, A., Graham, L., Larkin, P., McCorry, N. K., Slater, P., Watson, M., Wright, E., & McIlfatrick, S. (2018). Assessment and Management of Constipation for Patients Receiving Palliative Care in Specialist Palliative Care Settings: A Systematic Review of the Literature. *Palliative Medicine*, *32*(5), 930-938. https://doi.org/10.1177/0269216317752515

Nogier, R. (2011). *Auriculotherapy* (1. bs). Thieme Publishing Group.

Nour-Eldein, H., Salama, H. M., Abdulmajeed, A. A., & Heissam, K. S. (2014). The Effect of Lifestyle Modification on Severity of Constipation and Quality of Life of Elders in Nursing Homes at Ismailia City, Egypt. *Journal of Family & Community Medicine*, *21*(2), 100.

Olgun, S. (2016). Konstipasyon Yönetiminde Abdominal Masaj Uygulaması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *32*(3), 118-126.

Ozgul, N., Gultekin, M., Koc, O., Goksel, F., Bayraktar, G., Ekinci, H., Sencan, I., Tuncer, A. M., Aksoy, M., & Tosun, N. (2012). Turkish Community-Based Palliative Care Model: A Unique Design. *Annals of Oncology*, *23*(3), 76–78.

Öngel, K. (2017). Palyatif Bakım Tarihçesi Gelişimi. *Türkiye Klinikleri*, *8*(4), 236-240.

Özcan, B. A., & Saka, M. (2018). Fonksiyonel Konstipasyonu Olan Yetişkin Bireylerin Posa, Sıvı ve Vitamin Mineral Alımlarının Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, *46*(3), 220-229. https://doi.org/10.33076/2018.BDD.314

Özçelik, H., Fadıloğlu, Ç., Karabulut, B., Uyar, M., Elbi, H., Eyigör, S., Sertöz, Ö. Ö., Eyigör, C., Hophancı Bıçaklı, D., & Çalışkan, Z. (2014). Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimine Dayalı Multidispliner Bakım Protokolü. *Ağrı Dergisi*, *26*(2), 47–56.

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html

Pedrosa Carrasco, A. J., Timmermann, L., & Pedrosa, D. J. (2018). Management of Constipation in Patients with Parkinson's Disease. *NPJ Parkinson's Disease*, *4*(1), 1-10. https://doi.org/10.1038/s41531-018-0042-8

Polat, B., Özcanarslan, F., & Bucak, F. K. (2017). İnsülin Tedavisi Görmekte Olan Diyabetik Hastaların Tedavilerine İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, *4*(3), 221-235. https://doi.org/10.5455/sad.13-1504942600

Rabow, M. W., Petzel, M. Q. B., & Adkins, S. H. (2017). Symptom Management and Palliative Care in Pancreatic Cancer. *Cancer Journal*, *23*(6), 362-373. https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000293

Rao, S. S. C., Rattanakovit, K., & Patcharatrakul, T. (2016). Diagnosis and Management of Chronic Constipation in Adults. *Nature Reviews. Gastroenterology & Hepatology*, *13*(5), 295-305. https://doi.org/10.1038/nrgastro.2016.53

Roeland, E. J., Sera, C. J., & Ma, J. D. (2020). More Opioids, More constipation? Evaluation of Longitudinal Total Oral Opioid Consumption and Self-reported Constipation in Patients with Cancer. *Supportive Care in Cancer*, *28*(4), 1793-1797. https://doi.org/10.1007/s00520-019-04996-7

Salins, N., Gursahani, R., Mathur, R., Iyer, S., Macaden, S., Simha, N., Mani, R. K., & Rajagopal, M. R. (2018). Definition of Terms Used in Limitation of Treatment and Providing Palliative Care at the End of Life: The Indian Council of Medical Research Commission Report. *Indian Journal of Critical Care Medicine : Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, *22*(4), 249-262. https://doi.org/10.4103/ijccm.IJCCM_165_18

Sharma, A., & Rao, S. (2017). Constipation: Pathophysiology and Current Therapeutic Approaches. *Handbook of Experimental Pharmacology*, *239*, 59-74. https://doi.org/10.1007/164_2016_111

Shin, J., & Park, H. (2018). Effects of Auricular Acupressure on Constipation in Patients With Breast Cancer Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial. *Western Journal of Nursing Research*, *40*(1), 67-83. https://doi.org/10.1177/0193945916680362

Sinclair, M. (2011). The Use of Abdominal Massage to Treat Chronic Constipation. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, *15*(4), 436–445.

Smith, T. J., Temin, S., Alesi, E. R., Abernethy, A. P., Balboni, T. A., Basch, E. M., Ferrell, B. R., Loscalzo, M., Meier, D. E., Paice, J. A., Peppercorn, J. M., Somerfield, M., Stovall, E., & Von Roenn, J. H. (2012). American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(8), 880-887. Scopus. https://doi.org/10.1200/JCO.2011.38.5161

Suares, N. C., & Ford, A. C. (2011). Systematic Review: The Effects of Fibre in the Management of Chronic Idiopathic Constipation. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, *33*(8), 895–901.

Sujatha, R., & Jayagowri, K. (2017). Assessment of Palliative Care Awareness among Undergraduate Healthcare Students. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, *11*(9), JC06-JC10. https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/29070.10684

Şahan Uslu, F., & Terzioğlu, F. (2015). Dünya'da ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, *4*(2), 81-90.

Şenel, G. (2017). Palyatif Bakım Kavramı ve Palyatif Bakıma Kabul Kriterleri. *Turkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics*, *10*(1), 1-6.

Şimşek Utku, E., Hacıkamiloğlu, E., Boztaş, G., Keklik, K., & Gültekin, M. (2017). Türkiye'de Palyatif Tedavi ve Bakım Organizasyonu ve Uygulamaları. *Turkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics*, *10*(2), 240-244.

Tian, H., Ding, C., Gong, J., Ge, X., McFarland, L. V., Gu, L., Chen, Q., Ma, C., Zhu, W., Li, J., & Li, N. (2016). An Appraisal of Clinical Practice Guidelines for Constipation: A Right Attitude Towards to Guidelines. *BMC Gastroenterology*, *16*(1), 52. https://doi.org/10.1186/s12876-016-0466-8

Tokoro, A., Imai, H., Fumita, S., Harada, T., Noriyuki, T., Gamoh, M., Akashi, Y., Sato, H., & Kizawa, Y. (2019). Incidence of Opioid-induced Constipation in Japanese Patients with Cancer Pain: A Prospective Observational Cohort Study. *Cancer Medicine*, *8*(10), 4883-4891. https://doi.org/10.1002/cam4.2341

Topal, K. (2017). Palyatif Bakım Tanımı ve Felsefesi. *Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, *8*(4), 231–235.

Tsao, Y., & Creedy, D. K. (2019). Auricular Acupressure: Reducing Side Effects of Chemotherapy in Women with Ovarian Cancer. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *27*(11), 4155-4163. https://doi.org/10.1007/s00520-019-04682-8

Vallim, E. T. A., Marques, A. da C. B., Coelho, R. de C. F. P., Guimarães, P. R. B., Felix, J. V. C., & Kalinke, L. P. (2019). Auricular Acupressure in the Quality of Life of Women with Breast Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, *53*, e03525. https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018043603525

Vazquez Roque, M., & Bouras, E. P. (2015). Epidemiology and Management of Chronic Constipation in Elderly Patients. *Clinical Interventions in Aging*, *10*, 919-930. https://doi.org/10.2147/CIA.S54304

Waits, A., Tang, Y.-R., Cheng, H.-M., Tai, C.-J., & Chien, L.-Y. (2018). Acupressure Effect on Sleep Quality: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, *37*, 24-34. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2016.12.004

Wang, P.-M., Hsu, C.-W., Liu, C.-T., Lai, T.-Y., Tzeng, F.-L., & Huang, C.-F. (2019). Effect of Acupressure on Constipation in Patients with Advanced Cancer. *Supportive Care in Cancer*, *27*(9), 3473-3478. https://doi.org/10.1007/s00520-019-4655-1

WHO Definition of Palliative Care. (2019). World Health Organization. https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

Wong, W. K., Chien, W. T., & Lee, W. M. (2015). Self-Administered Acupressure for Treating Adult Psychiatric Patients with Constipation: A Randomized Controlled Trial. *Chinese Medicine*, *10*(1), 32. https://doi.org/10.1186/s13020-015-0064-7

Wu, Y., Yang, L., Li, L., Wu, X., Zhong, Z., He, Z., Ma, H., Wang, L., Lu, Z., Cai, C., Zhao, D., Meng, X., Qi, A., Yang, A., Su, G., Guo, X., Liu, X., Zou, C., & Lin, Q. (2018). Auricular Acupressure for Insomnia in Hemodialysis Patients: Study Protocol for A Randomized Controlled Trial. *Trials*, *19*(1), 171. https://doi.org/10.1186/s13063-018-2546-2

Yang, Y., Huang, Q., Jia, Y., Liu, J., & Ma, X. (2016). Current Situation and Analysis of Clinical Application of Auricular Acupoint Sticking Therapy. *Journal of Acupuncture and Tuina Science*, *14*(2), 141-148. https://doi.org/10.1007/s11726-016-0915-5

Yates, P. (2017). Symptom Management and Palliative Care for Patients with Cancer.

Nursing Clinics of North America, *52*(1), 179-191. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.10.006

Yeniçeri, E. N. (2017). Home Care and Palliative Care. *J Fam Med-Special Topics.*, *8*(4), 277–281.

Yıldırım, Y. (2015). Palyatif Bakım Çalışmaları ve Hemşireliğe Yansımaları. *Turkiye Klinikleri J Intem Med Nurs-Special Topics*, *1*(2), 31-39.

Yıldırım, Y. (2017). Palyatif Bakımda Hemşirelik Çalışmaları. *Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, *10*(1), 49-56.

You, E., Kim, D., Harris, R., & D'Alonzo, K. (2019). Effects of Auricular Acupressure on Pain Management: A Systematic Review. *Pain Management Nursing*, *20*(1), 17-24. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.07.010

Yurtdaş, G., Acar-Tek, N., Akbulut, G., Cemali, Ö., Arslan, N., Beyaz Coşkun, A., & Zengin, F. H. (2020). Risk Factors for Constipation in Adults: A Cross-Sectional Study. *Journal of the American College of Nutrition*, 1-7. https://doi.org/10.1080/07315724.2020.1727380

Yürüyen, M., Özbaş Tevetoğlu, I., Tekmen, Y., Polat, Ö., Arslan, İ., & Okuturlar, Y. (2018). Prognostic Factors and Clinical Features in Palliative Care Patients. *Konuralp Tıp Dergisi*, 74-80. https://doi.org/10.18521/ktd.368570

Zhang, T., Chon, T. Y., Liu, B., Do, A., Li, G., Bauer, B., Wang, L., & Liu, Z. (2013). Efficacy of Acupuncture for Chronic Constipation: A Systematic Review. *The American journal of Chinese medicine*, *41*(04), 717–742.

Zhe, H. (2016). The Assessment and Management of Constipation Among Patients with Advanced Cancer in a Palliative Care Ward in China: A Best Practice Implementation Project. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *14*(5), 295-309. https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-002631

Zhou, X. X., Zhong, Y., & Teng, J. (2012). Senile Habitual Constipation Treated with Auricular Therapy Based on the Pattern/Syndrome Differentiation: A Randomized Controlled Trial. *Zhongguo zhen jiu= Chinese acupuncture & moxibustion*, *32*(12), 1090–1092.

HAM VERİLER

FORMLAR

Ek 1: Hasta Tanıtıcı Anket Formu

Ek 2: Konstipasyon Değerlendirme Ölçeği (KDÖ)

Ek 3: Bristol Dışkı Skalası (BDS)

Ek 4: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ)

Ek 5: Günlük Sıvı Alımı, Laksatif Kullanımı ve Bağırsak Boşaltımı Takip Çizelgesi

Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Ek 7: Konstipasyon Değerlendirme Ölçeği'nin kullanım izni

Ek 8: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin kullanım izni

EK 1

HASTA TANITICI ANKET FORMU

Örneklem No: …. **Grup: ( ) Deney ( ) Kontrol** **Tarih:…../…../….20..**

1. Yaşı:
2. Cinsiyeti: ☐ Erkek ☐ Kadın
3. Öğrenim durumu: ☐ Okur yazar değil ☐ İlköğretim ☐ Ortaöğrenim ☐ Lisans ve üstü
4. Gelir durumu: ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü
5. Hastalık türü: ☐ Kanser ☐ Solunum sistemi hastalığı ☐ Kardiyovasküler sistem hastalığı ☐ Sinir sistemi hastalığı ☐ Üriner sistemi hastalığı ☐ Endokrin sistemi hastalığı
6. Kabızlık ile ilgili yakınmalarınız ne zaman başladı?.....**hafta önce**
7. Kabız olduğunuzda ilaç desteği alıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bazen
8. Son bir haftada kabızlık için ilaç kullandınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
9. Cevabınız **"Evet"** ise haftada kaç kez kullanıyorsunuz?.....
10. Büyük abdeste ne sıklıkta çıkıyorsunuz? ☐ Her gün ☐ Haftada birkaç ☐ Haftada bir ☐ Ayda birkaç ☐ Ayda bir ☐ Diğer: ……
11. Ne kadar sıklıkla fiziksel egzersiz yaparsınız? ☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen
12. Hareketlilik durumunuz nasıldır? ☐ Yarı bağımlı ☐ Bağımlı
13. Son bir haftada günde ortalama ne kadar sıvı tükettiniz?.....mL
14. Geçtiğimiz son 1hafta içerisinde en çok tükettiğiniz besin grubu nedir? ☐ Tahıl grubu ☐ Meyve ve sebze ☐ Et ve süt ürünleri ☐ Diğer:

EK 2

KONSTİPASYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Son üç gün boyunca yaşadığınız durumu belirtmek için aşağıda her bir maddede verilen **Sorun Yok**, **Biraz Sorun Var** ya da **Çok Sorun Var** ifadelerinden en uygun olan numarayı daire içine alınız.

Madde	Sorun yok	Biraz Sorun var	Çok Sorun Var
1. Karında şişkinlik	0	1	2
2. Gaz çıkışında artma ya da azalma	0	1	2
3. Bağırsak seslerinde/hareketlerinde azalma	0	1	2
4. Dışkı kaçırma	0	1	2
5. Makatta dolgunluk ya da basınç	0	1	2
6. Dışkılama sırasında ağrı	0	1	2
7. Keçi pisliği tarzında top top küçük dışkı	0	1	2
8. Acil dışkılama ihtiyacı olduğu halde dışkılayamama	0	1	2

EK 3

BRİSTOL DIŞKI SKALASI

Genelde dışkı şekliniz aşağıdaki dışkı formlarından hangisine benzemekte? (Lütfen cevabınızı yuvarlak içine alınız)

	**TİP 1**	Keçi pisliği tarzında, topak topak ve parça parça sert dışkı
	**TİP 2**	Sucuk şeklinde, birbiriyle birleşik parçalar halinde, orta veya hafif sert kıvamda
	**TİP 3**	Yüzeyinde çatlaklar ve kırıklar olan kalın bir sucuk şeklinde, orta kıvamda
	**TİP 4**	Sucuk veya yılan şeklinde bir bütün halinde, düzgün ve yumuşak kıvamda
	**TİP 5**	Kolayca çıkarılan yumuşak kıvamlı parçalar halinde
	**TİP 6**	Yumuşak püre kıvamında
	**TİP 7**	Sulu kıvamda, katı dışkı parçası yok

EK 4

KONSTİPASYON YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular son 2 hafta boyunca kabızlığın günlük hayatınızdaki etkilerini ölçmek için düzenlenmiştir. Lütfen her soru için yalnızca bir kutuya işaret koyunuz.

Aşağıdaki **sorular kabızlığa bağlı şikayetlerinizi sorgulamaktadır.**

Geçen 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da yoğunlukta;

	Hiç	Oldukça Az	Biraz	Oldukça Fazla	Çok fazla
1)Patlama derecesinde şişkinlik hissettiniz mi?					
2)Kabız olduğunuz için ağırlık hissettiniz mi?					

Bundan sonraki birkaç soru kabızlık şikayetinizin günlük yaşamınızı nasıl etkilediği hakkında sorulmaktadır

Son 2 hafta boyunca ne sıklıkta;

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
3)Herhangi bir fiziksel rahatsızlık hissettiniz mi?					
4)Büyük abdest yapmaya ihtiyaç duyduğunuz halde yapamadığınız oldu mu?					
5)Diğer insanlarla birlikte olmaktan utandınız mı?					
6)Büyük abdestinizi yapamadığınız için yemek miktarınızı azalttınız mı?					
7)Yediklerinize dikkat etmek zorunda hissettiniz mi?					
8) İştahınız azaldı mı?					
9)Ne yemeniz gerektiğini seçmek konusunda endişelendiniz mi? (Örneğin bir arkadaşınızın evinde)					

10) Ev dışında herhangi bir yerde çok uzun süre tuvalette kalmanızdan dolayı utandınız mı?					
11) Ev dışında bir yerde tuvalete çok sık gitmekten utandınız mı?					
12)Günlük rutin yaşantınızı değiştirmeniz gerektiği konusunda kaygılarınız oldu mu? (Örneğin; seyahat etmek, evden dışarı çıkmak gibi)					

Bundan sonraki birkaç soru kabızlığın günlük yaşamınızı nasıl etkilediği hakkında sorulmaktadır.

Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
13) Durumunuzdan dolayı huzursuz hissetiniz mi?					
14) Durumunuzdan dolayı üzgün hissettiniz mi?					
15) Durumunuz kafanıza takıldı mı?					
16) Durumunuzdan dolayı stresli hissettiniz mi?					
17) Durumunuzdan dolayı kendinize güveninizin azaldığını hissettiniz mı?					
18) Durumunuzun kontrolünüz altında olduğunu hissettiniz mi?					

Bundan sonraki birkaç soru kabızlıkla ilgili hissettikleriniz hakkında sorulmaktadır. Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;					
	Hiç	Oldukça Az	Biraz	Oldukça Fazla	Çok fazla
19. Büyük abdest yapmaya gideceğinizi bilememekten endişelendiniz mi?					
20. Büyük abdestinizi yapamayacağınızdan endişelendiniz mi?					
21. Büyük abdestinizi yapamamaktan dolayı rahatsızlığınız arttı mı?					

Bundan sonraki birkaç soru kabızlıkla ilgili hissettikleriniz hakkında sorulmaktadır. Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
22. Durumunuzun kötüye gideceğini düşünerek kaygılandınız mı?					
23. Vücudunuzun gerektiği gibi çalışmadığını hissettiniz mi?					
24. İstediğinizden daha az büyük abdest yaptınız mı?					

Bundan sonraki birkaç soru kabızlık sorununuzla ilgili memnuniyet derecenizi sorgulamaktadır. Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
25. Büyük abdest yaptığınızda rahatlamış hissettiniz mi?					
26. Büyük abdest düzeninizden memnun oldunuz mu?					
27. Yiyeceklerin bağırsaklarınızdan geçiş süresinden (sindirim sürenizden) memnun oldunuz mu?					
28. Tedavinizden memnun kaldınız mı?					

EK 5

GÜNLÜK SIVI ALIMI, LAKSATİF KULLANIMI VE BAĞIRSAK BOŞALTIMI TAKİP ÇİZELGESİ

Adı Soyadı:			Oda ve Yatak Numarası:	
Tarih	Dışkılama Sayısı	Laksatif kullanma sayısı	Kullanılan laksatifin adı	İçilen sıvı miktarı (mL)
1. Gün				
2. Gün				
3. Gün				
4. Gün				
5. Gün				
6. Gün				
7. Gün				
8. Gün				
9. Gün				
10. Gün				
11. Gün				
12. Gün				
13. Gün				
14. Gün				
15. Gün				
16. Gün				
17. Gün				
18. Gün				
19. Gün				
20. Gün				
21. Gün				
22. Gün				
23. Gün				
24. Gün				
25. Gün				
26. Gün				
27. Gün				
28. Gün				
29. Gün				
30. Gün				

EK 6

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

UYGULAMA GRUBU

Bu çalışma palyatif bakım hastalarında gelişen konstipasyonun önlenmesinde auriküler akupresürün etkisini incelemek amacıyla yapılacaktır. Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde size bazı formlar doldurtulacak ve dış kulak bölgenizde belirlenen 5 noktaya manyetik toplar bantlanacaktır. Bu bantlar için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Ayrıca sizden 4 hafta boyunca haftanın 5 günü size öğretildiği şekilde günde 3-4 kez manyetik toplar ile bantlanan noktalara auriküler akupresür uygulanmanız istenecektir. 5 günün sonunda manyetik topları çıkarılacak ve 2 gün dinlenme fırsatı verilecektir. İki günlük dinlenme arasından sonunda araştırmacı sizi ziyaret edecek manyetik toplar araştırmacı tarafından yeniden takılacaktır. Bu döngü, her haftanın 5 günü auriküler akupresür uygulaması ve 2 günü dinlenme arası olacak şekilde 4 hafta boyunca tekrar edecektir.

Auriküler akupresür uygulamasının sağlığa zararlı herhangi bir yan etkisi yoktur ve uygulamalar sırasında herhangi bir rahatsızlık hissetmeyeceksiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir sizden ücret istenmeyecektir. Çalışmada size ait veriler herhangi bir yayın veya raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya deryaabck@gmail.com e-posta adresi ve 05535925168 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Çalışmaya Katılacak Bireyin;
Adı Soyadı: ……..
Tarih: …… …/……..…./……
İmza: ……..

Araştırmacının;
Adı Soyadı: Derya BIÇAK AYIK
Telefon: 05535925168
e-mail: deryaabck@gmail.com

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

KONTROL GRUBU

Bu çalışma palyatif bakım hastalarında gelişen konstipasyonun önlenmesinde auriküler akupresürün etkisini incelemek amacıyla yapılacaktır. Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde size bazı formlar doldurtulacaktır. Çalışmanın süresi 4 hafta olup bu süre boyunca araştırmacı belirli aralıklarla sizi ziyaret edecek ve araştırma başında doldurulan formlar yeniden doldurulacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir sizden ücret istenmeyecektir. Çalışmada size ait veriler herhangi bir yayın veya raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya deryaabck@gmail.com e-posta adresi ve 05535925168 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmacının;

Çalışmaya Katılacak Bireyin;

Adı Soyadı: Derya BIÇAK AYIK

Adı Soyadı: ……..

Telefon: 05535925168

Tarih: ……/……..…./……

e-mail: deryaabck@gmail.com

İmza: ……..

EK 7

Dr. Öğr.Üyesi Melike DEMİR DOĞAN
Gümüşhane Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD

Tarih: 13.09.2018

Sayın Derya BICAK,

Konstipasyon Değerlendirme Ölçeğini tez çalışmanızda kullanma talebiniz değerlendirilmiş olup ölçeği kullanmanıza bir sakınca yoktur.

Dr. Öğr. Üyesi Melike DEMİR DOĞAN



EK 8

Ölçek izni hk.; Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ)



DERYA BIÇAK <deryaabck@gmail.com>
Alıcı: ozdendedeli

Merhaba Hocam,
Ben İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nde doktora öğrencisiyim. 'Palyatif Bakım Hastalarında Gelişen Konstipasyonun Önlenmesinde Auriküler Akupresürün Etkisi' adlı doktora tezimde sizin için de uygunsa Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeğini (KYKÖ) kullanmak istiyorum. Ölçeğiniz kesinlikle kaynak olarak kullanılacaktır. Bu konuda bana yardımcı olursanız çok sevinirim.
Teşekkür ederim, Saygılarımla...

--
Arş.Gör. Derya BIÇAK AYIK
Siirt Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu

özden dedeli <ozdendedeli@yahoo.co.uk>
Alıcı: ben

Sayin Bicak,
Oncelikle gecikme icin cok ozur diliyorum. Ekte size olcegi, makalesi ve degerlendirmesini gonderiyorum. Calismanizda kolayliklar dilerim.
Sevgiler.

Ozden Dedeli Caydam, Dr Ogr Uyesi
Hemsirelik Bolumu, Ic Hastaliklari Hemsireligi AbD
Manisa Celal Bayar Universitesi Saglik Bilimleri Fakultesi

ETİK KURUL KARARI

T.C
DİYARBAKIR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı: 222 **Tarih:** 08.02.2019

Konu: Onay yazısı

Sayın: Prof.Dr.Gülbeyaz CAN

"Palyatif Bakım Hastalarında Gelişen Konstipasyonun Önlenmesinde Auriküler Akupresürün Etkisi" adlı çalışmanızın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç.Dr. Mehmet Nuri ÖZBEK
Etik Kurul Başkanı

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

PALYATİF BAKIM HASTALARINDA KONSTİPASYONUN YÖNETİMİNDE AURİKÜLER AKUPRESÜR UYGULAMASININ ETKİSİ

ORIJINALLIK RAPORU

%9	%4	%2	%8
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
2	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
4	palyatif.org İnternet Kaynağı	<%1
5	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
6	Submitted to Gazi University Öğrenci Ödevi	<%1
7	Submitted to Marmara University Öğrenci Ödevi	<%1
8	Submitted to Bülent Ecevit Üniversitesi	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Derya	**Soyadı**	BIÇAK AYIK
Doğ.Yeri	Ergani	**Doğ.Tar.**	01.01.1989
Uyruğu	T.C.	**TC Kim No**	36445250830
Email	deryaabck@gmail.com	**Tel**	0 (553) 592 51 68

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı	2016
Lisans	Siirt Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2011
Lise	Ergani Bekir Aral Lisesi	2006

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Araştırma Görevlisi	Siirt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2018-devam ediyor
2.	Araştırma Görevlisi	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2016-2018
3.	Araştırma Görevlisi	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2014-2016
4.	Araştırma Görevlisi	Siirt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2013-2014
5.	Yoğun Bakım Hemşiresi	Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi	2011-2013

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**YDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	Çok İyi	İyi	İyi	73,75	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	78,481		

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office (word, exel, power point)	Çok iyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

1. Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

Bıçak Ayık, D., Can, G. (2020). Palyatif Bakım Hastalarında Konstipasyonun Yönetimi ve Akupresürün Etkinliği. *Health Care Academician Journal, 7(2), 141-148.*

Bıçak Ayık, D., Şentürk, S. (2020). The Effects of Care Giving Upon Family Members of Individuals Who Are Treated in The Palliative Care Unıt: A Phenomenological Approach. *Int. J. of Health Serv. Res. and Policy*, 5(2)

Büyükbayram, Z., Bıçak Ayık, D. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelik Eğitimi ile İlgili Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4 (2), 90-99. doi.org/10.46237/amusbfd.562097

Senturk, S., Bicak, D., & Akca, D. (2018). The problems of the cancer patient's relatives and nursing approach. *Health Care Academician Journal*, *5*(1), 35-39 doi: 10.5455/sad.13-1517408238

2. Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

Bıçak Ayık, D., Enç, N. (2019). Yoğun Bakım Hastalarında Enteral Beslenme. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 23 (2), 114-122.

Şentürk, S., Bıçak, D., Akça, D. (2018). Diyabet ve Seyahat. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 27 (4), 426-439. DOI: 10.5455/sad.13-1517408238.

3. Türkçe kitap bölümü

Bıçak Ayık D. Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarında Semptom Yönetimi. In: Şentürk S, editor. İç Hastalıkları Hemşireliğinde Yeni Ufuklar. Ankara: Gece Akademi; 2019.s.71-84.

Şentürk S, **Bıçak Ayık D**, Akça D. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Semptom Yönetiminde Zencefilli Böbrek Kompres Uygulaması. In: Şentürk S, editor. İç Hastalıkları Hemşireliğinde Yeni Ufuklar. Ankara: Gece Akademi; 2019.s.99-110.

Bıçak Ayık D, Büyükbayram Z. Kanser Hastalarında Ağrı Yönetiminde Tamamlayıcı Yöntemlerin Kullanımı ve Etkinliği. In: Şentürk S, editor. İç Hastalıkları Hemşireliğinde Yeni Ufuklar. Ankara: Gece Akademi; 2019.s.111-.

Şentürk S, **Bıçak D**, Eker Y. Epilepsi ve Müzik. In: Eti Aslan F, editor. Güncel Hemşirelik Çalışmaları I. Ankara: Akademisyen Kitapevi; 2019.

Saygılı Ü, **Bıçak D**, Can G, Başıbüyük M, Ghrayeb I, Meron T, Özcan K, Bingöl H, Karabacak Ü, Al-Zadjali M, Çakır FB. Konstipasyon. In: Can G, editor. Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018.s. 87-102.

Şentürk S, **Bıçak D.** Mekanik Ventilatöre Bağlı Hastaların Semptom Kontrolünde Tamamlayıcı ve Bütünleşik Tedavilerin Kullanımı. In: Kuş MA, editor. Sağlık Bilimlerinde Akademik Araştırmalar. Ankara: Gece Kitaplığı; 2018.s.171-189.

4. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

Bıçak Ayık, D., Akça, D., Cengiz, Z. (2019). Palyatif Bakımda Aile Desteği. I. Uluslararası Palyatif Bakım Kongresi-İPCC. Sözel bildiri **(Tam metin olarak yayınlandı)** Malatya.

Akça, D., **Bıçak Ayık, D**., Cengiz, Z. (2019). Palyatif Bakımda Psikososyal Destek. I. Uluslararası Palyatif Bakım Kongresi-İPCC. Sözel bildiri **(Tam metin olarak yayınlandı)** Malatya.

Büyükbayram, Z., **Bıçak Ayık, D.** (sorumlu yazar) (2019, Kasım). Hemşirelerin Yaşadıkları Mesleki Riskler ile Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. International Health Sciences Conference, Dicle University, Sözel bildiri **(Tam metin olarak yayınlandı),** Diyarbakır.

Büyükbayram, Z., **Bıçak Ayık, D.** (sorumlu yazar) (2019, Kasım). Hemşirelik Öğrencilerin Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. International Health Sciences Conference, Dicle University, Sözel bildiri (**Tam metin olarak yayınlandı),** Diyarbakır.

Bıçak, D., Akça, D. (2018, Mart). Palyatif bakımda iletişim. Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi, Poster bildiri, İstanbul.

Bıçak, D., Akça, D. (2018, Mart). Palyatif bakımda eğitim. Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi, Sözel bildiri, İstanbul.

Bıçak D., Çıtlık Sarıtaş S. (2017). Determining the relationship between perceived social support and quality of life of cancer patients and their caregivers. 23 rd world nursing and healthcare conference, Doi: 10.4172/2167-1168-C1-049 (Sözlü Sunum) (Yayın No:3579197)

Akça, D., **Bıçak, D**. (2017, Temmuz). What should diabetics pay attention when traveling. 23. World Nursing and Healthcare Conference, Poster bildiri, Berlin.

Şentürk, S., **Bıçak, D**., Akça, D. (2017, Haziran). Diyabet ve seyahat. 1.Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Sözel bildiri, Aydın.

5. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

Tanrıverdi, S., Cengiz, Z., **Bıçak, D**., Akça, D., Söylemez, N. (2016, Mayıs). Hemşire hasta

iletişiminin hastaların yoğun bakım deneyimi üzerine etkisi. 2. Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Poster bildiri, İzmir.

Söylemez, N., Akça, D., Tanrıverdi, S., **Bıçak, D**., Özkan, M. (2016, Mayıs). Yoğun bakım deneyimi olan ve olmayan hastaların sağlık algıları ve yaşam doyumları. 2. Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Sözel bildiri, İzmir.

Cengiz, Z., Tanrıverdi, S., **Bıçak D**. (2016, Mayıs). Yoğun Bakım Hastaların Fiziksel Tespit Kullanımı. 2. Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Kongresi, 19-22 Mayıs 2016, Poster bildiri, İzmir.

Bıçak, D., Akça, D. (2015, Kasım). Hemşirelikte mesleki örgütlenme. III. Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumu, Poster Bildiri, Bursa.

Akça, D., **Bıçak, D**. (2015, Kasım). Hemşirelikte cinsiyet ayrımını aşabildik mi?. III. Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumu, Poster Bildiri, Bursa.

Akça, D., Yıldız, H., **Bıçak, D**. (2015, Kasım). Hemşirelerin mesleki değerlerinin hemşire yardımcılığı uygulamasına ilişkin görüşlerine etkisi. III. Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumu, Poster Bildiri, Bursa.

Çıtlık Sarıtaş, S., **Bıçak, D**., Akça, D., Cengiz, DU. (2015, Ekim). Onkoloji hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. 17.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Poster Bildiri, Antalya.

Katıldığı Kurslar ve Aldığı Sertifikalar

Akupresür, Akupresür temel seviye, Antalya Academicana Sağlık ve Doğal Terapiler Derneği, Sertifika, 27.07.2015 -29.07.2015

Palyatif Bakım Temel Eğitim Kursu, Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi, İstanbul 9-11 Mart 2018.

Glisemi Kontrolü ve Diyabet Yönetimi Kursu, 2. Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Ilıca/ İzmir 19-22 Mayıs 2016.

Onkoloji Hemşireliğinde Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar Kursu, Türk İç Hastalıkları Uzmanları Derneği , Onkoloji Hemşireliğinde Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar Kursu, Belek/ Antalya, Kurs, 14.10.2015 -14.10.2015 (Ulusal)

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Kitap okumak, tiyatroya gitmek, müzik dinlemek



ACADEMICANA

Health & Natural Therapies Association

CERTIFICATION

This is to certify that

Derya Bıçak

has succesfully completed the requirements of

" *Acupressure* "

(Basic Level)

training, thereby awarded this certificate on the 29th of July 2015

" *Akupresur* "

(Temel Seviye)

eğitiminin başarı koşullarını yerine getirerek bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

29 Temmuz 2015

ACADEMICANA
Health.Spa.Wellness.Sport.Recreation
Training-Certification-Consultancy-Application
www.academicana.com
info@academicana.com
0242 230 47 07

INTERNATIONAL CERTIFICATION
★ Accredited-Approved ★

Nihat AYÇEMAN, M.Sc.
Başkan / Eğitmen
Chairmen / Lecturer

ACADEMICANA ITEC CTbA ITM