



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YAŞLILARDA KONSTİPASYON YÖNETİMİNDE ABDOMİNAL
MASAJIN ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Ayşe BARAN

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Sebahat AKBAL ATEŞ

İSTANBUL-2015

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YAŞLILARDA KONSTİPASYON YÖNETİMİNDE ABDOMİNAL
MASAJIN ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Ayşe BARAN




Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Sebahat AKBAL ATEŞ

İSTANBUL-2015

T.C.
ÜSKÜDARÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından 26.11.2015 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans/~~Doktora Tezi~~ olarak oybirliği / ~~oyçokluğu~~ ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Besti ÜSTÜN Üsküdar Üniversitesi		İmza
Danışman:	Yrd. Doç. Dr. Sebahat ATEŞ Üsküdar Üniversitesi		İmza
Üye:	Prof. Dr. Nermin OLGUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi		İmza

ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Şule GÖK
Enstitü Müdürü

ÖZET

Yaşlılık; bireyde görülen biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik değişimlerin yaşandığı süreçtir. Ülkemizde yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Hem dünyadaki hem ülkemizdeki yaşlı nüfustaki artış beraberinde yaşlıların bakım sorununu gündeme getirmektedir.

Yaşlı nüfustaki artış, kronik hastalıkların ve bazı sağlık problemlerinin de artmasına neden olmuştur. Yaşlılarda sık görülen ve yaşam kalitesini düşüren sağlık sorunlarından biri de konstipasyondur. Konstipasyon neden olduğu klinik şikayetler dışında öldürücü bağırsak obstrüksiyonu ile de sonuçlanabilen ciddi bir problemdir. Konstipasyonu gidermede farklı yöntemler kullanılmıştır. Literatürde abdominal masajın etkinliğiyle ilgili birkaç çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada bireylerde ortaya çıkan konstipasyon şiddetinin azaltılması veya tamamen ortadan kaldırılmasında uygulanan abdominal masajın etkinliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Çalışmanın örneklemini oluşturan 60 yaşlının 30'u kontrol, 30'u uygulama grubunu oluşturdu. Her iki grup demografik özellikler açısından benzerdi. Uygulama grubuna dört hafta süreyle günde 15 dakika abdominal masaj uygulanırken, kontrol grubuna ise herhangi bir uygulama yapılmadı. Uygulama öncesi ve sonrası, konstipasyon değerlendirme ölçekleri kullanılarak elde edilen veriler istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Dört hafta boyunca abdominal masaj uygulaması sonucunda her iki grubun Roma III tanı kriterlerinde anlamlı değişiklik olmazken; haftada 3' ten az defekasyona çıkma durumunda iki grup arasında fark olduğu; Bristol Dışkılama Skalası'na göre uygulama grubundaki yaşlıların konstipasyon problemlerinde iyileşme olduğu ve işlem öncesi işlem sonrası Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı.

Sonuç olarak konstipasyon tedavisinde uygulanan abdominal masajın yaşlıların büyük bir kısmında etkili bir tedavi yöntemi olduğu, herhangi bir yan etkisinin olmadığı, yaşlıların yaşam kalitesini artırdığı ve hemşirelik bakım sürecinde önemli bir rol oynadığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, konstipasyon, abdominal masaj

ABSTRACT

Aging is a period in which morphological, physiological and pathological changes such as the emergence of various diseases, decreased physical and mental ability, increased loss of ability and the decline of independent function occur in the body. The ratio of elderly people is gradually increasing in our country and this increase brings up the problems about elderly care both in our country and the world.

This increase also leads to rising chronic diseases and some health problems. Constipation is one of the health problems which can be commonly seen in old population and can reduce quality of life. Constipation is a serious problem which may result in a fatal intestinal obstruction as well as clinical complaints. Several methods have been used to ease constipation. There are some studies which have been conducted to evaluate the effectiveness of abdominal massage in the literature. This study aims to evaluate the effectiveness of abdominal massage which is applied to reduce or extinguish constipation.

30 of sixty elders comprising the sample of the study were in control group and the other 30 people were located in the intervention group. Both groups were similar in terms of demographic characteristics. While the intervention group were applied fifteen-minute abdominal massage per a day for 4 weeks, control group didn't have any implementation. Constipation assessment scales were used before and after the study and the data were compared statistically.

At the end of abdominal massage applied for four weeks, there wasn't any significant change in Roma III criteria of two groups. But there was a difference between two groups with regards to defecation which was seen less than three in a week and according to Bristol Stool Scale there was recovery about constipation problems in the intervention group. It was identified that there was a significant change when the pre-processing scores were compared to post-processing scores which were determined according to CSI.

As a result, abdominal massage which is applied in treatment of constipation is an effective treatment for the majority of elders. It can be stated that abdominal massage has no side effects, improves the the quality of life of elders and plays an important role nursing care process.

Keywords: Aging, constipation, abdominal massage

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgi ve desteğini esirgemeyen hocam Yrd. Doç. Dr. Sebahat Akbal Ateş başta olmak üzere Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Selma Doğan ve tüm hocalarıma

Tez çalışmamda beni destekleyen Prof. Dr. Nur Tunalı hocama;

Tezin istatistik analizinde bana destek veren Uludağ Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. İlker Ercan hocama;

Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevi müdürü başta Hüseyin Toprak olmak üzere huzurevindeki tüm hemşirelere ve çalışanlarına;

Çalışmamda bana güvenen huzurevi sakinlerine;

Yaşamım boyunca verdikleri sonsuz destek ve fedakarlıklarıyla bu noktaya getiren annem Fatma Eken, babam Sabri Eken ve kardeşlerime;

Ve hayatın her aşamasında yanımda hissettiğim her konuda beni destekleyen ve yanımda olan hayat arkadaşım Prof. Dr. İbrahim Baran ve biricik çocuklarım Elif ve Murat'a;

Çevirilerimde bana her zaman destek veren yeğenim Gamze'ye;

Sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
BEYAN	xi
TABLOLAR DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xv
BÖLÜM	
1. GİRİŞ	1
1.1. Çalışmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşlılık.....	4
2.1.1. Yaşlılıkta Görülen Konstipasyon Nedenleri.....	5
2.1.2. Yaşlılık Döneminde Görülen Konstipasyonla İlgili Çalışmalar	5
2.2. Konstipasyon.....	7
2.2.1. Konstipasyon Epidemiyolojisi.....	8
2.2.2. Konstipasyon Risk Faktörleri.....	8
2.2.3. Konstipasyonun Değerlendirilmesi İçin Kullanılan Ölçekler...	9
2.4. Konstipasyon Patofizyolojisi.....	10
2.4.1. Kalın Bağırsak Anatomisi.....	10
2.4.2. Kalın Bağırsak Fizyolojisi.....	11
2.4.3. Defekasyon.....	13
2.4.4. Defekasyon Bozuklukları.....	13
2.5. Konstipasyon Çeşitleri.....	14

2.5.1. Normal Geçişli Konstipasyon.....	14
2.5.2. Yavaş Geçişli Konstipasyon.....	15
2.6. Kronik Konstipasyonun Komplikasyonları.....	16
2.6.1. Fekal İnkontinans.....	16
2.6.2. Hemoroidler.....	16
2.6.3. Anal Fissür.....	16
2.6.4. Organ Prolapsusları.....	16
2.6.5. Fekal Tıkaç ve Bağırsak Tıkanması.....	16
2.6.6. Barsak Delinmesi veya Sterkoral Peritonit.....	16
2.7. Kronik Konstipasyonun Tanısı.....	16
2.8. Konstipasyon Tedavisi.....	17
2.9. Masaj.....	17
2.9.1. Masaj Uygulama Süreleri.....	18
2.10. Abdominal Masaj.....	18
2.10.1. Abdominal Masajın Endikasyonları.....	19
2.10.2. Abdominal Masajın Kontrendikasyonları.....	19
2.10.3. Abdominal Masaj Uygulaması.....	20
2.10.4. Konstipasyonda Abdominal Masajla İlgili Yapılan Çalışmalar	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Tipi.....	27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	27
3.3. Araştırmanın Yeri ve Örneklemi.....	27
3.3.1. Randomizasyon.....	28

3.4. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri.....	28
3.4.1. Dahil Edilme Kriterleri.....	28
3.4.2. Dışlama Kriterleri.....	28
3.5. Abdominal Masaj İşlem Protokolü.....	28
3.5.1. Uygulama Grubu.....	28
3.5.2. Kontrol Grubu.....	29
3.6. Hipotezler.....	30
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	30
3.8. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	30
3.8.1.Sosyodemografik Veri Formu.....	30
3.8.2. Roma III Kriterleri.....	31
3.8.3. Bristol Dışkılama Skalası (BDS).....	31
3.8.4. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ).....	31
3.8.5. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ).....	32
3.9. İstatistiksel Analiz.....	32
3.10. Araştırmanın Etiği.....	32
3.11. Araştırmanın Kısıtlamaları.....	33
4.BULGULAR.....	35
5.TARTIŞMA.....	52
5.1. Uygulama ve Kontrol Grubundaki Yaşlıların Demografik Özelliklerin İncelenmesi.....	52
5.2. Uygulama ve Kontrol Grubundaki Yaşlıların Defekasyon Özelliklerinin İncelenmesi.....	55

5.3. Abdominal Masajın Konstipasyon Ciddiyeti Üzerine Etkisinin İncelenmesi.....	59
6. SONUÇ.....	64
KAYNAKLAR.....	66
ÖZGEÇMİŞ.....	71
EKLER.....	73
EK-1 Onam Formu (Uygulama Grubu).....	73
EK-2 Onam Formu (Kontrol Grubu).....	74
EK-3 Sosyodemografik Bilgi Formu.....	75
EK-4 Roma III Kriterleri.....	77
EK-5 Bristol Dışkılama Skalası.....	78
EK-6 Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği(FBÖ)	79
EK-7 Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)	80
EK-8 Etik Kurul Onayı.....	84
EK-9 Kurum İzin Belgesi.....	85
EK-10 Teşekkür Belgesi.....	86

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Tarih

Adı Soyadı

İmza



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Uygulama ve kontrol grubunun demografik özelliklerine göre dağılımı.....	35
Tablo 2: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların huzurevinde kalma sürelerine göre dağılımı.....	36
Tablo 3: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların kronik hastalık, hemoroid ve düzenli kullanılan ilaç durumlarına göre dağılımı.....	37
Tablo 4: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların beslenme alışkanlıkları ve sıvı tüketim miktarlarına göre dağılımı.....	38
Tablo 5: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların sigara kullanımı ve düzenli egzersiz yapma alışkanlıklarına göre dağılımı.....	39
Tablo 6: Roma-III konstipasyon kriterlerine göre defekasyonların en az % 25' inde zorlanma gösteren uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların haftalara göre dağılımı.....	40
Tablo 7: Roma-III konstipasyon kriterlerine göre defekasyonların en az % 25' inde topak topak ya da sert dışkı görülen uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların haftalara göre dağılımı.....	41
Tablo 8: Roma-III konstipasyon kriterlerine göre defekasyonların en az % 25' inde tam olmayan boşaltım hissi gösteren uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların haftalara göre dağılımı.....	42
Tablo 9: Roma-III konstipasyon kriterlerine göre defekasyonların en az % 25' inde anorektal obstrüksiyon/ blokaj hissi gösteren uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların haftalara göre dağılımı.....	43
Tablo 10: Roma-III konstipasyon kriterlerine göre defekasyonların en az % 25' ini kolaylaştırmak üzere elle müdahalenin uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların haftalara göre dağılımı.....	44
Tablo 11: Roma-III konstipasyon kriterlerine göre haftada 3' ten az defekasyon gösteren uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların haftalara göre dağılımı.....	45

Tablo 12: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların işlem öncesi dışkı tipinin BDS ile karşılaştırılması.....	46
Tablo 13: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların 1. haftadaki (işlem sonrası) dışkı tipinin BDS ile karşılaştırılması.....	47
Tablo 14: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların 2. haftadaki (işlem sonrası) dışkı tipinin BDS ile karşılaştırılması.....	47
Tablo 15: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların 3. haftadaki (işlem sonrası) dışkı tipinin BDS ile karşılaştırılması.....	48
Tablo 16: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların 4. haftadaki (işlem sonrası) dışkı tipinin BDS ile karşılaştırılması.....	49
Tablo 17: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların işlem öncesi DTAÖ, KTAÖ, AAÖ, KCÖ değerlerinin karşılaştırılması.....	50
Tablo 18: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların 4.hafta(işlem sonrası) DTAÖ, KTAÖ, AAÖ, KCÖ değerlerinin karşılaştırılması.....	51

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kalın Bağırsak Anatomisi.....	10
Şekil 2. A) Normal durum B) Defekasyon durumu C) Defekasyondan cayma.....	14
Şekil 3. Kronik fonksiyonel konstipasyonun türleri: A. Normal kolon geçiş zamanı, B. Yavaş kolon geçiş zamanı, C. İrritabl barsak sendromu, D. Fonksiyonel defekasyon bozukluğu.....	15
Şekil 4. Abdominal masajın anatomik olarak uygulanma yönü.....	20
Şekil 5. Abdominal masaj uygulanması.....	22
Şekil 6. Uygulama akış diyagramı.....	34

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAÖ: Ağrı alt ölçeği

AGF: Kronik kabızlık çalışma kolu

BDS: Bristol Dışkılama Skalası

DTAÖ: Dışkı tıkanıklığı alt ölçeği

FBÖ: Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği

KBTAÖ: Kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği

KCÖ: Konstipasyon ciddiyet ölçeği

KSS: Konstipasyon Skorlama Sistemi

lt: Litre

SVO: Serebro vasküler olay

cm: Santimetre

KSS: Konstipasyon Skorlama Sistemi

Hz: Hertz

ML: mililitre

1.GİRİŞ

Yaşlılık bireyin erişkin konuma ulaşmasından ölüme kadar olan değişim ve dönüşüm sürecini ifade etmektedir (Beğer ve Yavuzer 2012). Yaşlılık dönemi açısından kesin bir sınır bulunmamakla birlikte 65 yaş ve üzeri geriatric yaş olarak kabul edilmektedir (www.turkgeriatrivakfi.org.tr 10.01.2015). Ülkemizde 1950 yılında % 3.3 olan yaşlı nüfus oranı 2000 yılında % 5.3, 2010 yılında % 7.2 olarak tespit edilmiştir (tuikapp.tuik.gov.tr 10.01.2015). Ülkemizde yaşlı nüfusun önümüzdeki 20 yılda iki katına çıkacağı ve 2050 yılında ise yaklaşık 12 milyon olacağı öngörülmektedir (Bilir 2004).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı araştırmalar doğrultusunda yaşlılarda, hareketsiz yaşam biçimi, sağlıksız ve bilinçsiz beslenme, sigara gibi etkenlere bağlı olarak kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları ve diyabet gibi birçok hastalık görülmektedir. Bunun yanı sıra; osteoporoz, görme bozuklukları, işitme zorluğu, kronik ağrılar ve uyku bozuklukları, mental bozukluklar, idrar dışkı inkontinansı ve konstipasyon yaşlılarda sık karşılaşılan sağlık problemleridir (Tiftik ve ark. 2012).

Düşük lif alımı, yetersiz hidrasyon, genel fonksiyonel düşüş sebebiyle hareket kabiliyetinde azalma, susama hissinde azalma, elektrolit bozuklukları (hiperkalsemi, hipokalsemi, hipermagnezemi) endokrin ve metabolik bozukluklar (şeker hastalığı, hiperparatiroidizm, hipotiroidizm, kronik böbrek yetmezliği), nörolojik bozukluklar (demans, Parkinson hastalığı, nöropatiler, multipl skleroz, omurilik zedelenmeleri, kauda ekuina sendromu), psikolojik ek hastalıklar (depresyon, distres, kişilik bozuklukları) ve eş zamanlı olarak kullanılan ilaçlar (antikolinergikler, idrar sökücü ilaçlar, opiyatlar, demir takviyeleri, kalsiyum kanal blockerleri, antidepresanlar, parasetamol, aspirin ve steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar) ın hepsinin özellikle yaşlılıkta konstipasyonu tetiklediği söylenmektedir (Leung et al. 2011).

Konstipasyonun birincil nedenleri üç grupta sınıflandırılabilir: normal transit konstipasyon, yavaş transit konstipasyon ve anorektal disfonksiyon. Normal transit disfonksiyon fonksiyonel konstipasyon olarak da bilinir ve en yaygın olandır. Fonksiyonel konstipasyonlu hastalarda, kolondan dışkı geçişi normal orandadır. Yavaş transit konstipasyon, uzatılmış kolondan dışkı geçişinde uzatılmış gecikme tarafından karakterize edilir (Hsieh et al. 2005).

Konstipasyon hasta için genellikle utanç verici ve ağrılıdır ve bakım maliyeti yüksek olabilmektedir (Eberhardie 2003). Sağlık bakımı sistemi kadar kabızlığın maddi yükü de hastalar için önemlidir. Spesifik hiçbir veri bulunmasa da, yaşlı hastalar için reçeteli ve reçetesiz müshiller İngiltere’de 43 euro, Amerika’da 500 dolar gibi bir fiyata mal olmaktadır (Bosshard 2004).

Huzurevlerinde konstipasyon oranının yüksek olduğu öne sürülmektedir, fakat yine bunun sebebi yaşlanmanın bir etkisi olmaktan ziyade hastaların yaşadığı, konstipasyona neden olan ek hastalıklar olabilir (Tariq 2007). Endişe ve depresyon da sıklıkla konstipasyonla ilişkilendirilir (Cheng et al. 2003).

Konstipasyon etkin bir şekilde yönetilmediğinde yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan müdahaleler her zaman konstipasyon üzerinde etkili olamamaktadır (Harrington and Haskvitz 2014). Bundan dolayı yaşlılarda görülen konstipasyon riskinin erken dönemde değerlendirilmesi ve tanınması, uygun bağırsak yönetimi programlarının oluşturulması ve bağırsak eliminasyonu için kişiye özgü hemşirelik girişimlerinin planlanması önem arz etmektedir. Konstipasyon yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Farmakolojik uygulamalar içerisinde laksatifler ve enamalar yer almaktadır. Nonfarmakolojik yöntemde öncelikle bireyin beslenme alışkanlıklarını düzeltilmesi gerekmektedir (Lembo and Camilleri 2003). Özellikle bireyde görülen normal ya da yavaş geçişli konstipasyon için bireylerin günlük 20-25 gram kadar lifli gıda alması ve günlük olarak 1-1,5 lt sıvı tüketmesi sağlanmalıdır. Fiziksel aktivite azlığı bağırsak hareketlerini yavaşlattığı için yaşlıya bağırsak hareketlerini artıracak günlük egzersiz ve yürüyüş yapması sağlanır. Konstipasyon yönetimi için bireye tuvalet eğitimi verilmesi önem arz etmektedir. Her gün aynı saatte defekasyona çıkması ve defekasyon sırasında yarı çömelme pozisyonu sağlanır (Olgun 2013). Nonfarmakolojik yöntemlerden biri de abdominal masajdır (Kulakçı 2011). Abdominal masaj konstipasyon yönetimi ve hemşirelik bakımında etkili bir yöntemdir.

Literatürde abdominal masajın konstipasyon üzerine etkileriyle ilgili birçok çalışma yer almaktadır. Harrington ve Haskvitz’in yaptığı çalışmada şiddetli kronik konstipasyonu olan ve laksatif tedaviye yanıt vermeyen 85 yaşındaki kadın hastaya 13 hafta boyunca her gün 10 dakika abdominal masaj tedavisi uygulanmış, tedavinin sonunda ıkınma ya da parmakla yardım olmadan normal barsak sıklığı ve barsak fonksiyonunun kazanıldığı belirtilmiştir (Harrington and Haskvitz 2014).

Ülkemizden Ayas ve arkadaşlarının spinal kord yaralanması ve konstipasyon sorunu olan 24 hastada abdominal masajın barsak disfonksiyonun ve kolonik geçiş zamanı üzerine olan etkisini incelemek amacıyla yaptıkları araştırmada, 2 hafta boyunca günde 15 dakika uygulanan abdominal masaj tedavisinden sonra hastaların kolonik geçiş zamanının, fekal inkontinans ve abdominal gerginlik gibi semptomların azaldığını, defekasyon sıklığının arttığını belirtmişlerdir (Ayas ve ark. 2006).

Lamas ve arkadaşlarının abdominal masajla ilgili yaptığı çalışma sonucu abdominal masajın konstipasyon ve abdominal ağrı ile ilgili gastrointestinal semptomları büyük ölçüde azalttığı ve bağırsak hareketlerini arttırdığı görülmüştür. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin de büyük ölçüde arttığı belirlenmiştir. Aynı zamanda şişkinlik, baş ağrısı ve uyku bozuklukları ile ilgili problemlerin azaldığı saptanmış ve katılımcılar masaj sırasında bağırsak hareketlerinin zorluğu konusunda daha az kaygılandıklarını belirtmişlerdir (Lamas 2011).

Konstipasyonlu bireyde abdominal masajın uygulamasının amacı; konstipasyon ve abdominal ağrı ile ilgili gastrointestinal semptomları azaltmak, laksatif ve invaziv girişimlerden kaynaklanan kaygı hissini en aza indirmektir. Aynı zamanda maliyetinin olmaması ve hiçbir yan etkisinin bulunmaması abdominal masajın önemli avantajlarından biridir.

1.1. Çalışmanın Amacı

Hemşireler yaşlı bakımı ve sağlığı yönetiminde büyük role sahiptirler. Hemşireler tarafından yaşlı bireylerin hastalıktan nasıl etkilendikleri ve konstipasyondan ne anladıkları değerlendirilmelidir. Bu nedenle yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin artırılması sistematik, kapsamlı ve bütüncül hemşirelik bakımı ile mümkün olabilir. Yurt dışında bağımsız hemşirelik bakım uygulamalarından olan abdominal masaj; hemşire, hasta ve hasta ailesi ile iletişimi ve etkileşimi sağlamanın yanında bireyin yaşam kalitesini ve konforunu arttırmaktadır. Bu nedenle abdominal masaj uygulaması konstipasyonda hemşirelik bakım sürecinde yer almalıdır (Kulakçı 2011). Bu çalışma yaşlılarda konstipasyon yönetiminde abdominal masajın etkisinin değerlendirmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlılık sözlük anlamı bakımından yaşlı olma, artmış yaşın etkilerini gösterme halini ifade etmektedir. Tüm canlılar için yaşlılık biyolojik işlevleri yapacak duruma ulaştıktan sonra, yani üreme döneminin bitiminden ölüme kadar geçen zaman dilimindeki değişim ve dönüşümün yaşandığı süreçtir. Yaşlılık ve yaşlanma kavramları, tek bir tanımla yapılamadığından, genellikle yaşlanma; kronolojik, sosyal, fizyolojik ve psikolojik yaşlanma olarak tanımlanmaktadır (Beğer ve Yavuzer 2012). Yaşlılıkla birlikte bireylerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında gerileme, sağlığın, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, saygınlığın, rol ve statünün, bağımsızlığın, sosyal yaşantılarında sosyal desteklerin azalmasına bağlı olarak sorunların yaşandığı görülmektedir (Konak ve Çiğdem 2005)

Kronolojik Yaşlanma: Doğumdan itibaren, bireyin tüm yaşamını kapsayan yıllara bağlı yaşlanmadır (Soyuer ve Soyuer 2008). 65-74 arası genç-yaşlı, 75-84 yaş arası orta-yaşlı ve 85 yaş ve üstü ise yaşlı olarak kabul edilmektedir (Soyuer ve Soyuer 2008).

Sosyal Yaşlanma: Bireylerin toplum yapısı içindeki sosyal rollerinin yaşlanmaya bağlı değişim göstermesidir (Oğuz 2007).

Fizyolojik Yaşlanma: Fizyolojik yaşlanma, hareket kapasitesinin düşmesi, hafıza kaybı, vücut şeklinin değişmesi, derinin esnekliğini kaybetmesi, kırışıklıkların oluşması hücre kayıplarının artması gibi yapısal ve işlevsel değişiklikleri içermektedir (Soyuer ve Soyuer 2008).

Psikolojik Yaşlanma: Psikolojik yaşlılık, öğrenme, problem çözme, algı, psikomotor kapasite, kişilik özellikleri açısından uyum sağlama ve davranışlarında oluşan değişimleri göstermektedir (Beğer ve Yavuzer 2012).

Yaşlılıkla birlikte organizmasında ortaya çıkan değişikliklere bağlı olarak kronik hastalıkların görülme sıklığında artış görülmektedir (Denby 2006). Fadiloğlu ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada yaşlıların % 63.3' ünde görme, % 72.9' unda dış sorunları, % 48,4' ünde hipertansiyon ve % 39.2' sinde en az bir kronik hastalıklarının olduğunu belirlemişlerdir (Fadiloğlu ve ark. 2004). Yaşlılıkta en sık görülen sağlık

sorunlarından birinin konstipasyon, en sık ele alınan hemşirelik tanılarında birinde yine konstipasyon / konstipasyon riski (% 24. 2) olduğu saptanmıştır (Babacan ve ark. 2012).

2.1.1. Yaşlılıkta Görülen Konstipasyonun Nedenleri

- Yaşlıları bazılarında kısmında kolonik geçiş zamanı ciddi olarak uzar ve su absorpsiyonu artarak katı dışkı oluşumuna neden olur.
- Yaşlılıkla birlikte myenterik pleksustaki nöronların sayısı azalmakla birlikte myenterik disfonksiyona bağlı olarak direkt uyarılara cevabı bozulur.
- Sol kolonda artan kollajen birikimi; kolonik, rektal kompliyans bozukluğu ve dismotiliteye sebep olur.
- Yaşla birlikte rektal ve perianal hassasiyette azalma saptanmaktadır.
- Kolonun sirküler kas tabakasının inhibitör sinirlerinin amplitüdünde azalmayla beraber segmental motor koordinasyon bozulur.
- 60 yaş ve üstünde intestinal reseptörlere bağlanan plazma endorfinlerinde artış meydana gelmektedir.
- Yaşlı kadınlarda perineal yapının bozulması sonucu pudental sinir hasarına ve kas kitlesinin azalmasına bağlı olarak, anal sfinkter basıncı azalma ve duvar elastisitesinin kaybolduğu görülmektedir.
- Yaşlı kadınların defekografilerinde rektoanal açının yetersiz açılması ile birlikte perineal iniş derecesinin gençlere göre artması sonucu yaşlı kadınlarda rektal dışı çıkışta bir yetersizlik gözlenilmektedir.
- İnternal anal sfinkterin fibro yağlı dejenerasyonu ve kalınlığında artış yaşla birlikte olmaktadır (Bengi ve ark. 2014).

2.1.2. Yaşlılık Döneminde Görülen Konstipasyonla İlgili Çalışmalar

Konstipasyon ve defekasyon problemleri uzun dönemli bakım hizmetlerinde kalan yaşlılar arasında daha sık görülmektedir. Finlandiya’da yapılan bir çalışma, kadınların %57’si,erkeklerinse % 64’ünde kronik konstipasyon ya da rektal çıktıda gecikme görüldüğünü ortaya çıkarmıştır. Bu oran huzurevi ortamında yapılan bir çalışmada sırasıyla %79’ a %81 olarak artış göstermiştir (Orozco et al. 2012).

Kuzey Amerika’da konstipasyon epidemiyolojisi üzerine yapılan bir çalışmada prevalans oranlarının en düşük %1.9, en yüksek %27.2 olduğu belirtilmiştir (Peppas et al. 2008).

Kanada’ da Pare ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada üç aylık periyotta konstipasyon görülme oranının %27.2, 12 aylık sürede ise %38.6 olduğu görülmüştür. Aynı hastalarda dikkate alınan Roma I ve Roma II kriterleri doğrultusunda prevelans sırasıyla %16.7 ve % 14.9 olarak belirlenmiştir (Sanchez and Bercik 2011).

Collete ve arkadaşlarının Brezilya’ da yaptığı bir çalışmada Roma II kriterlerine göre konstipasyon prevelansı sırasıyla %25.6 ve %26.9 bulunmuştur. Prevelans oranı kadınlarda(%37) erkeklerden(%14), siyah ve melez ırklardan, düşük gelirli insanlardan daha fazladır (Schmidt and Santos 2014).

Kasap ve Bor tarafından yapılan bir çalışmada Türkiye genelinde fonksiyonel konstipasyon oranının %8.3 olduğu belirlenmiştir (Bengi ve ark. 2014).

Yaşlılığa bağlı ortaya çıkan hastalıklar, ilaçlar, aktivite azlığı, yetersiz kalori alımı, anorektal duyuşal değişiklikler gibi etkenler konstipasyonu tetiklemektedir (Rao and Go 2010). Konstipasyon prevelansı eğitim düzeyi düşük olanlarda daha fazladır (Mugie et al. 2011; Suares and Ford 2011).

Yapılan çoğu epidemiyolojik çalışmalar, konstipasyon ve laksatif kullanım sıklığının yaşlılıkta özellikle bakımevlerinde kalan yaşlılarda daha fazla olduğunu göstermiştir. Günlük olarak laksatif kullanan huzurevi sakinlerinde konstipasyon görülme yaygınlığı %50 ile %74 arasındadır (Bouras and Tangalos 2009).

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde konstipasyon tanısının değerlendirilmesiyle ilgili yapılan çalışmalar sonucunda yaşlıların, “konstipasyon” tanısına ait tanımlayıcı özelliklerinden en fazla; defekasyonda zorlanma (% 50.9), şiddetli gaz (% 45.7) gibi sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Araştırmada huzurevinde yaşayan yaşlılarda % 97.5 oranında konstipasyona ait risk faktörleri bulunmuştur (Yönt ve ark. 2011).

ABD’ de doktorlar tarafından yapılan ziyaretler sonucunda genel popülasyonda konstipasyona sıklıkla rastlandığı görülmüştür. Hasta başına toplam tedavi masrafı 2752 dolar olduğu belirtilmiştir (Peppas et al. 2008).

Sağlık bakımı sistemi kadar konstipasyonun maddi yükü de hastalar için önemlidir. Spesifik hiçbir veri bulunmasa da, yaşlı hastalar için reçeteli ve reçetesiz laksatifler İngiltere’de 43 euro, Amerika’da 500 dolar gibi yıllık fiyatlara mal olmaktadır (Bosshard et al. 2004).

Koch ve Hudson’un 2000 yılında yaptığı çalışmaya göre İngiltere ve Amerika’da yaşlı insanların yaklaşık % 20’si konstipasyon semptomları taşımaktadır ve laksatif kullanımının yıllık maliyeti yaklaşık 46 milyon euro’dur. Konstipasyon hasta için genellikle utanç verici ve ağrılıdır ve bakım maliyeti yüksek olabilmektedir.

Konstipasyon ve laksatif kullanımının biyopsikososyal sonuçları önemlidir ve hastalığa, sakatlığa ve sosyal izolasyona neden olabilecek bir kısır döngü oluşturabilir. Böylece görünüşte zararsız olan bir problem daha ciddi sonuçlara yol açabilecektir. Sağlık çalışanları özellikle hemşireler hastanın birincil bakıcısının yardımıyla birlikte konstipasyonun nedenini tanımlayabilir, gözlemleyebilir ve bu problemin çözümünde hastaya her yönden yardımcı olabilir (Koch and Hudson 2000). Konstipasyon yalnızca kısa süreli rahatlık sağlayan laksatiflere dayalı tedavi yerine, diğer semptomlar ve altında yatan sebepler açısından tedavi edilmelidir.

Cardin ve arkadaşları hastanede yatan yaşlı hastalarda konstipasyona neden olan faktörleri belirlemek ve koruyucu önlemler alarak hastalara katkı sunmak amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Hastanede yatan 192 hasta çalışmaya alınmıştır. Konstipasyon problemini ortadan kaldırmak amacıyla laksatif kullanım zamanları, hastanedeki günlük rutinler ve yaşlı hastanın bu durumu subjektif olarak nasıl yorumladığı gibi birçok parametre değerlendirilmiştir. 192 yaşlı hastanın üçte biri her 3 günde en az bir kez laksatif kullanmaya ihtiyaç duymuştur. Çoklu analizler laksatiflerin evde kullanımının hastanedekine göre tek risk faktörü olduğunu gösterdi. (risk oranı: 3.0). Bağırsak boşaltımından memnuniyetsiz olma riski çoğunlukla iki haftadan fazla yatalak olan (risk oranı: 2.0) ve serebrovasküler durumları bulunan hastalarda ortaya çıkmıştır (risk oranı: 3.1). Evde laksatif kullanımı ve farkındalıkla ilgili olarak şu sonuçlar ortaya çıkmıştır: Uzun süre yatakta kalma zorunluluğu olan ve serebrovasküler rahatsızlığı bulunanlarda bağırsak hareketlerinin düştüğü gözlenmiştir. Bununla ilgili olarak bağırsak hareketleri tedavisi üzerine kılavuzluk edebilecek bir program oluşturmak için zemin sağlanmalıdır (Cardin et al. 2010).

2.2. Konstipasyon

Konstipasyon izolasyon ya da altta yatan ikincil bir hastalık sebebiyle meydana gelen; dışkı geçişinde zorlanma, dışkı sayısının seyrekliği, dışkı sertliği, tam boşalamama hissi gibi bağırsak semptomları olarak tanımlanan bir sendromdur (Brarucha et al. 2013). Konstipasyon normal yaşlanmanın fizyolojik bir sonucu değildir. Düşük lif alımı, yetersiz hidrasyon, genel fonksiyonel kapasitede azalmaya bağlı olarak hareket bozuklukları sonucunda yaşlılarda konstipasyon görülebilmektedir (Norton and Chelvanayagam 2003).

2.2.1 Konstipasyon Epidemiyolojisi

Konstipasyon klinik pratikte en sık karşılaşılan gastrointestinal problemlerden biridir. Genel popülasyonun beşte birinin hayatları boyunca kronik konstipasyon problemiyle karşılaştığı görülmektedir. Konstipasyonun prevalansı kullanılan tanım, üzerinde çalışılan popülasyonun yaş oranı, hastanın kendisi mi yoksa bir sağlık uzmanı tarafından mı teşhis edildiği ve yapıldığı yere bağlı olarak çeşitlilik gösterir (halk, ayakta hasta ya da yatalak hasta olma durumu). Hasta tarafından beyan edilen konstipasyon üzerine yapılan çalışmalarda 65 yaş veya daha üzeri kadınların %26'sı, erkeklerinse %16'sı kendini konstipasyonlu olarak değerlendirmektedir. Bu oran 84 yaş ve üzeri kişilerde sırasıyla %34 ve %26'dır (Orozco et al. 2012).

2.2.2. Konstipasyon Risk Faktörleri

Cinsiyet: Konstipasyon kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Steroid hormonları, kolonik düz kas hücresi sayısındaki değişimler konstipasyona yol açan önemli faktörlerdendir. (Xiao et al. 2005).

Yaş: Yapılan çalışmalar kronik konstipasyonun yaşlılarda daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur. Buna bağlı olarak huzurevindeki yaşlılarda laksatif kullanımı oranı fazladır. 84 yaş ve üstü erkeklerin %28'inde de konstipasyon görülmektedir (Bailes and Reeve 2013).

Etnik Köken: Konstipasyona siyahi ırklarda daha sık görülür (Hsieh 2005).

Sosyoekonomik Düzey ve Gelir Seviyesi: Araştırmalar düşük gelir düzeyindeki bireylerde konstipasyonun daha yaygın olduğunu göstermiştir (Howell et al. 2006). Konstipasyon prevalansı eğitim düzeyi düşük olanlarda daha fazladır (Mugie et al. 2011; Soares and Ford 2011).

Beslenme ve Fiziksel Aktivite: Lifli gıda alımı konstipasyonlu hastalarda bağırsak hareketini belirgin şekilde artırabilir (Yang et al. 2012). Konstipasyon riskini artıran durumlardan biri günlük sıvı tüketiminin az olmasıdır. Leung ve ark dehidratasyon ve yavaşlamış kolon geçiş zamanı arasında ilişki olduğunu saptamıştır (Leung 2007). Hareketsiz yaşam stilinde konstipasyonu artırmaktadır. Yapılan randomize bir çalışmada, 12 hafta süren fiziksel aktivite programı sonucu kolonik geçiş zamanının kıaldığı ve Roma kriterleri sonucunda anlamlı bir değişim gözlenmiştir (De Schryver et al. 2005).

İlaçlar: Konstipasyon riski oluşturan belirli ilaçlar vardır (Talley et al. 2003).

Analjezikler: Asetaminofen, nonsteroid antiinflatuar ilaçlar, anti-kolinergikler, antihistaminikler, antispasmodikler, antidepresanlar, antipsikotikler

Kasyon içerikli ajanlar: Demir preparatları, alüminyum(Antasitler, Sukralfat)

Nöral Aktif Ajanlar: Opiyatlar, antihipertansifler, gangliyon blokerleri, vinka alkaloidleri, kalsiyum kanal blokerleri, beta blokerler, 5-Ht3 antagonistleri, diüretikler, aspirin

Anabolik steroidler: Bazı durumlarda konstipasyon nedeni olabilirler.

Bunun yanında kişilerde mevcut olan altta yatan hastalıklar da kronik konstipasyon nedeni olabilir.

Nörolojik Hastalıklar

Periferik: Diabetik mellitus, otonomik nöropati, hirschsprung hastalığı, chagas hastalığı intestinal psödoobstrüksiyon

Santral: Multipl sklerozis, demans, “Cauna Equina” sendromu, spinal kord yaralanması, parkinson hastalığı

İrritabl Barsak sendromu: İlaçlar (Bengi ve ark. 2014).

Nörolojik Olmayan Hastalıklar

Hipertiroidizm, hiperparatiroidizm, hipokalemi, hiperkalsemi, hipermağnezemi, hamilelik, hiperglisemi, panhipopituarizm, sistemik sklerozis, myotonik distrofi, kronik böbrek yetmezliği, pareneoplastik sendrom

İdiyopatik Konstipasyon: Normal kolonik geçişli, yavaş kolonik geçişli, dissinerjik dışkılama

Psikolojik Yandaş Hastalıklar: Depresyon- stres, anoreksiya nevroza, kişilik bozuklukları (Bengi ve ark. 2014).

2.2.3 Konstipasyonun Değerlendirilmesi İçin Kullanılan Ölçekler

Son yıllarda konstipasyon tanısı Roma III Tanı Kriterleri ve Bristol Gaita Skalası (BGS) ile yapılmaktadır (Longstreth et al. 2006).

2.2.3.1 Roma III Kriterleri

1. Kabızlığın tanısı için aşağıdakilerden 2 ya da daha fazlası mutlaka olmalıdır:
 - a) Defekasyonların en az % 25' inde zorlanma
 - b) Defekasyonların en az % 25' inde topak topak ya da sert dışkı
 - c) Defekasyonların en az % 25' inde tam olamayan boşaltım hissi
 - d) Defekasyonların en az % 25' inde anorektal obstrüksiyon / blokaj hissi
 - e) Defekasyonların en az % 25' ini kolaylaştırmak üzere elle müdahale

- f) (ör: parmakla boşaltım, pelvik zemine destek)
 - g) Haftada 3' ten az defekasyon
2. Laksatifler kullanılmadığı zaman gevşek dışkının nadir görülmesi
3. İrritabl bağırsak sendromu için yetersiz kriter bulunması (Korkmaz ve ark. 2011)

2.2.3.2 Bristol Gaita Skalası

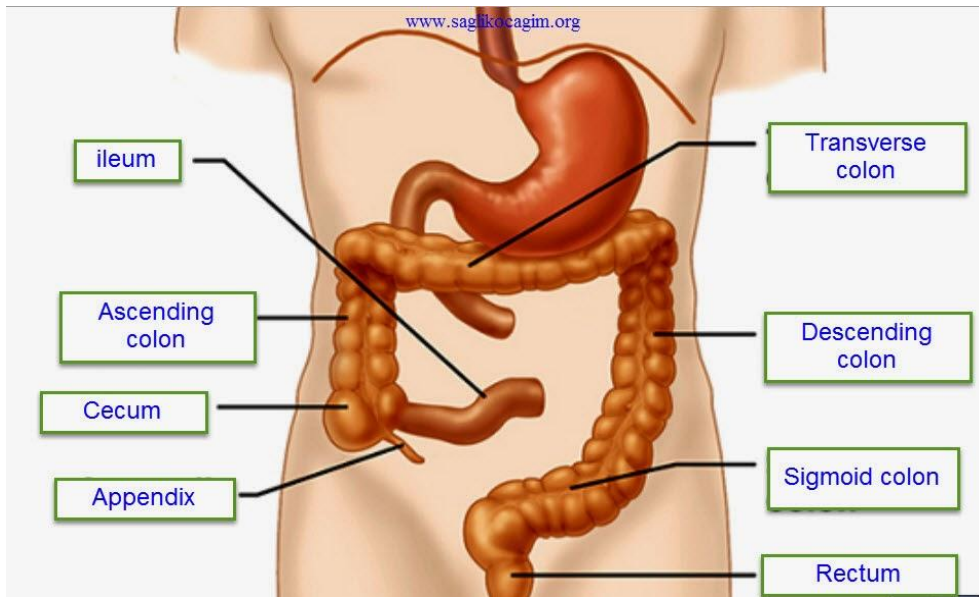
Dışkı görünüm ve katılığına göre 7 tipe ayrılır.

- Tip 1: Keçi pisliği tarzında, topak topak ve parça parça sert dışkı
- Tip 2: Daha büyük ve birleşik topaklanma
- Tip 3: Daha az kalın, daha yumuşak kıvamlı, yüzeyinde derin olmayan çatlakların olduğu dışkı
- Tip 4: Yılan veya sosis gibi pürüzsüz, kaygan yüzeyli ve yumuşak kıvamlı dışkı
- Tip 5: Kenar verecek kıvamda parça parça dışkı
- Tip 6: Yumuşak kıvamlı, su içeriği daha fazla, parça parça dışkı
- Tip 7: Sert ya da yumuşak, katı dışkı içeriği hiç olmayan sulu dışkı (Woodward 2012)

2.4. Konstipasyon Patofizyolojisi

2.4.1. Kalın Bağırsak Anatomisi

Kalın barsak sindirim sisteminin son bölümüdür. Valva ilioçekalis'ten başlayıp anüse kadar uzanır. Sırasıyla caecum, colon ascendens, colon transversum, colon descendens, kolon sigmoideum, rektum ve anal kanaldan oluşmaktadır. Kalın barsakların uzunluğu yaklaşık 1.5-2 metre, çapı 6-8 cm'dir. Anüse yaklaştıkça kalın barsağın genişliği azalmakta, rektuma doğru artmaktadır (Taner ve ark. 2001).



Şekil 1. Kalın Bağırsak Anatomisi (www. saglikocagim.org 07.09.2015)

2.4.2. Kalın Barsak Fizyolojisi

2.4.2.1. Kolon Hareketleri

Kolon emilim, bakteriyel aktivite ve feçes oluşumundan sorumludur. Sindirimi tamamlanmış besinlerin kalıntıları ince bağırsaktan geçtikten birkaç saat sonra kolona ulaşır. Buraya gelen barsak içeriği sıvı haldedir. Kolon içerisinde ilerledikçe sıvı emilimi nedeniyle bu içerik katılaşmaya başlar. Kolonlar günde 500-1500 ml arasında sıvı emilimi sağlarlar. Sıvı emilimi sırasında vücut için yararlı olabilecek bazı maddelerin de emilimi sağlanır. Kalın bağırsağın sıvı emilimi dışında farklı fonksiyonları vardır. Atık maddelerin atılma zamanı gelinceye kadar depo edilmesi ve kalın bağırsaktaki bazı simbiyotik bakteriler tarafından B ve K vitaminleri gibi bazı vitaminlerin sentezlenmesi gibi örnekler verilebilir.

Kolonda ince bağırsaklarda olduğu gibi bağırsak içeriğinin hareketini sağlayan çeşitli hareketler bulunur. Bu hareketlerin çalışma prensibi karıştırma ve ilerlemedir. Haustrasyonlar ve kitle hareketleri olmak üzere iki tiptir (Guyton 2011). Peristaltik hareketler sayesinde bağırsak içeriği haustra denilen bir boğumdan diğerine geçerek ileriye doğru itilir.

2.4.2.1.1. Karıştırıcı hareketler-Haustrasyonlar

Kolon ve rektum, son zamanlara kadar sadece dinamik bir rezervuar olarak düşünülmüştür. Kolonun birçok fizyolojik fonksiyonu vardır. Bu fonksiyonlardan biri de bağırsak içeriğinin (kimüs) ilerletilmesidir. İnce bağırsakta oluşan segmentasyon hareketlerine benzer şekilde geniş sirküler kontraksiyonlar kalın bağırsakta da oluşmaktadır. Bu kontraksiyon noktalarının her birinde yaklaşık 2,5 cm'lik sirküler kas bölümü kasılır ve bazen bu kasılma kolon lümenini büyük oranda kapatır. Aynı zamanda, kolonun longitudinal kasları tenya koli adı verilen üç longitudinal şerit içinde toplanarak kasılmaktadırlar.

Kronik konstipasyonda değişik mekanizmalarla kolon hareketleri inhibe olmuştur. Yapılan fizyoterapi uygulamaları hastada kombine kontraksiyonları uyarmak mümkündür. Bu dış uyarılar kalın barsağın uyarılmamış kısımlarının haustrasyon adı verilen kese şeklinde çıkıntılar yapmasına neden olur. Haustral kontraksiyonlar genelde bir kere başladıktan sonra genellikle 30 saniye içinde en yüksek düzeye ulaşır sonraki 60 saniye içinde yavaşlayarak kaybolurlar. Farklı hareket türleri bir araya gelerek itici olmayan (nonpropulsif) segmental kontraksiyonlar ve itici (propulsif) kontraksiyonlar oluştururlar. Bunlar kontraksiyon süresi boyunca özellikle çekum ve çıkan kolonda anal yönde yavaşça ilerlerler ve bu esnada kolon içeriğinin bir kısmını da ileriye doğru

sürüklerler. Birkaç dakika sonra yakındaki diğer bölgelerde yeni haustral kontraksiyonlar oluşur. Böylece, kalın barsaktaki fekal madde parçalanır ve karıştırılır. Fekal maddenin tümü kalın barsak yüzeyi ile temas eder ve sıvı ve çözülmüş maddeler büyük ölçüde emilir. Günlük kimusun sadece 80-220 ml'si feçesle kaybedilmektedir (Guyton 2011).

2.4.2.1.2. İlerletici Hareketler-Kitle Hareketleri

Çekum ve çıkan kolondaki ilerlemenin çoğu yavaş ama sürekli olan haustral kontraksiyonların sonucu gerçekleşmektedir. Tüm bu hareketler nöral, humoral ve musküler yapıların lokal ve sentral seviyelerdeki yakın koordinasyonu ile sağlanmaktadır. İleoçekal bileşke (valv), terminal ileumun özellikli bir segmenti olup, kimusun barsaktan kolona geçişini regüle eder. Kimusun ileoçekal valvülden transvers kolona ilerlemesi için 8-15 saatlik bir süreye gerek vardır. Bu süreçte, kimus hem fekal nitelik kazanmakta, hem de yarı sıvı halden çamur gibi yarı katı hale geçmektedir (Guyton 2011). Fekal maddenin transvers kolonun başlangıcından sigmoid kolona ilerletilmesinde başlıca kitle hareketleri rol oynamaktadır. Başlıca iki tip kontraksiyon izlenir ve bunların görevi feçesi karıştırmak ve çalkalamaktır. Bu hareketler itici olan ve olmayan karakterde olabilir. Kısa mesafeli itici kontraksiyonlar, itici olmayan kontraksiyonlarla birlikte ağırlıklı olarak sağ kolonda görülürler. Sağ kolonda ileri ve geri hareketler sayesinde lüminal içerikteki sıvının emilimi için daha çok zaman kazanılır, ayrıca içeriğin daha fazla mukozal yüzey ile teması sağlanır. Uzun mesafeli itici kontraksiyonlar genellikle transvers kolondan başlar ve kolonik içeriğin saniyede 1 cm yol almasına neden olurlar. Kütle hareketi günde üç ya da dört kez oluşur.

Kitle hareketi en fazla sabah kahvaltısını izleyen ilk saat içinde yaklaşık 15 dakikalık zaman diliminde olmak üzere günde sadece 1-3 kez ortaya çıkmaktadırlar. Kitle hareketi peristaltizmin modifiye olmuş bir tipidir. İlk önce, genellikle transvers kolonda olmak üzere gerilen ya da irrite olan noktada bir konstriktör halka oluşur. Daha sonra, kolonun bu kasılma noktasının 20 cm ya da daha uzağındaki distal bölümünde haustrasyon kasılmaları kaybolur ve bunun yerini ünite şeklinde kasılmalar alarak fekal materyali bu segment içinden kolonun aşağısına iter. Giderek güçlenen kontraksiyon yaklaşık 30 sn sürmekte ve bundan sonraki 2-3 dakika içinde, kolonun daha uzak bir yerinde yeni bir kitle hareketi oluşuncaya kadar gevşeme meydana gelmektedir (Guyton 2011). Yemeklerden sonra kitle hareketleri gastrokolik ve duodonokolik reflekslerle kolaylaştırılır. Bu refleksler mide ve duodenumun gerilmesinden kaynaklanır. Ekstremsinirler kesildiği zaman, bu refleksler hiç oluşmazlar ya da çok zor meydana

gelirler. Bu refleksler hemen hemen tamamen otonom sinir sistemi tarafından başlatılır (Guyton 2011).

2.4.3. Defekasyon

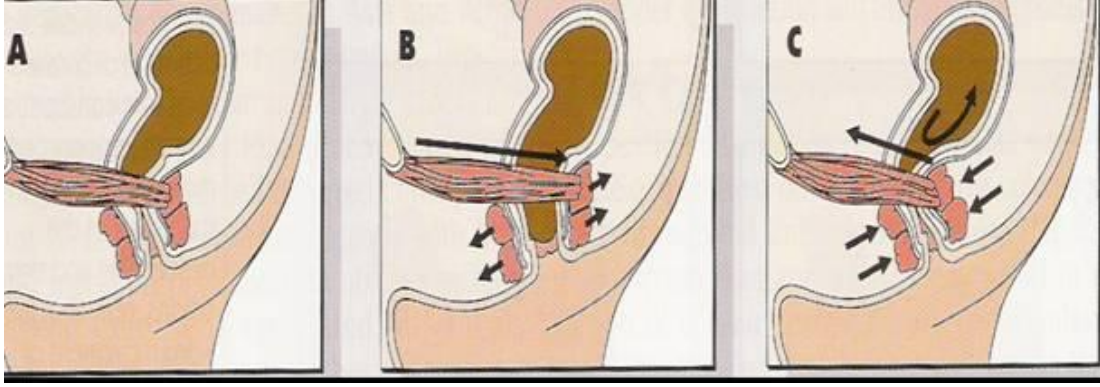
Normalde rektum içinde feçes bulunmaz. Sigmoid kolonla rektum arasındaki zayıf bir fonksiyonel sfinkterin bulunması; feçesin normal kolonun peristaltik hareketleri ile sigmoid kolona gelmesi ve burada birikmesini sağlar. Feçes belli bir miktara ulaştığında gastrokolik refleks ortaya çıkar ve feçes rektuma ulaşır. Rektum gerilmesi ile defekasyon hissi uyarılır (Guyton 2011). Defekasyonu başlatan esas uyarı rektumdaki distansiyondur. Fekal materyal sigmoid kolon ve inen kolonda bulunduğu sürece rektum boş kalacak ve hasta defekasyon için aciliyet hissi yaşamayacaktır. Hareketin zamanlaması çevresel faktörler arasındaki dengeye bağlıdır çünkü acil defekasyon hissi anorektumun basit reflekslerinin korteksin kompleks inhibisyonu ile baskılanır.

Fekal maddenin anüsten damla damla dışarı çıkması, anüsün hemen içinde uzanan düz kasların kalınlaşması ile oluşan internal anal sfinkter ve çizgili istemli kaslardan oluşan ve hem internal sfinkteri saran, hem de bu sfinkterin distalinde çıkıntı yapan eksternal anal sfinkterin kontraksiyonları ile önlenmektedir. Eksternal sfinkter somatik sinir sistemiyle kontrol edildiğinden, istemli ve bilinçli kontrol altındadır ve bilinçli sinyaller kasılmayı inhibe edinceye kadar eksternal sfinkter sürekli kasılmaktadır (Guyton 2011).

2.4.4. Defekasyon Bozuklukları

Normal defakasyonda kaslar gevşer, anorektal açığı ve anal sfinkterde rahatlama olur böylece defakasyon kolaylaşır. Bu unsurların herhangi birinde meydana gelen bir sorun defakasyon problemiyle sonuçlanabilir. Bu hasta fonksiyonel obstrüksiyon yaşar ve duyuşal hassasiyet gösterebilir (Steele and Mellgren 2007). Defekasyonu da içeren kaslardaki koordinasyon azlığı (dissinerji) bu durumun temel sebebi olarak düşünülür (Rao 2001). Yapısal anomaliler daha az yaygındır fakat rektal sarkma, rektosel ve aşırı perineal düşüş içerebilir. Birçok bireyde pelvik zemin disfonksiyonu gecikmiş geçişli ya da geçişsiz konstipasyona neden olabilir (Chiarioni et al. 2006).

Konstipasyonlu birçok birey yavaş rektal distansiyona karşı azalmış hassasiyet gösterir. Rektuma ve sigmoid kolona karşı duyuşal hassasiyet gösterebilir. Defekasyona karşı azaltılmış motor aktivitesine bağlı olarak bazı konstipasyonlu bireylerde sempatik ve parasempatik etkiler arasında dengesizlik olabilir (Tack et al. 2011).



Şekil 2. A) Normal durum B) Defekasyon durumu C) Defekasyondan cayma
(www.ibrahimyurdakul.com 07.09.2015)

2.5. Konstipasyon Çeşitleri

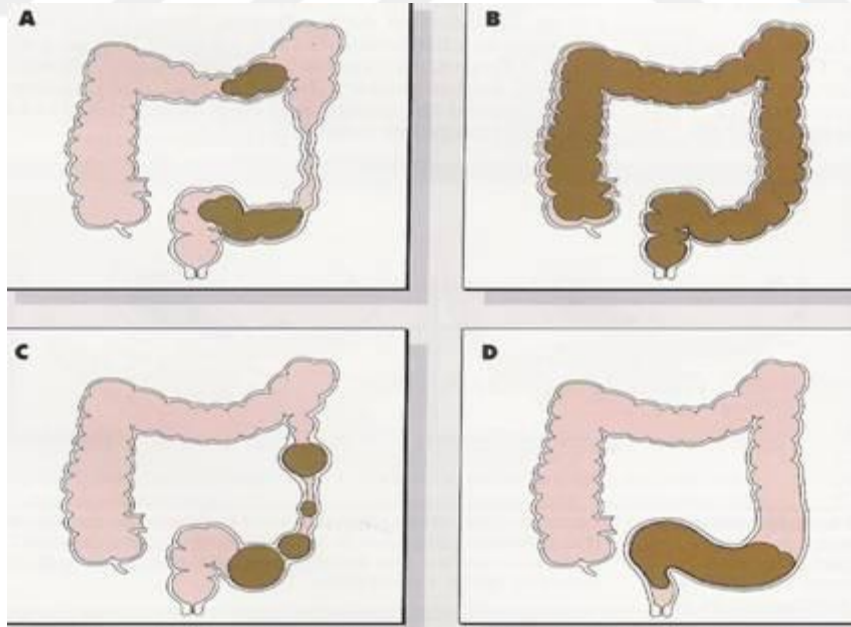
Konstipasyon birincil (idyopatik), ikincil ya da diğer faktörlerden dolayı olabilir (Eoff 2008). Birincil konstipasyonun birçok alt çeşidi tanımlanmıştır. Bireyler bu alt tiplerin herhangi birinde semptom gösterebilirler. Konstipasyon yavaş geçişli ya da normal geçişli olabilir. Yavaş ve normal geçiş zamanlarında pelvik zeminin disfonksiyon formunda fonksiyonel obstrüksiyon görülebilir ve anal sfinkter kasları anorektal disfonksiyona neden olabilir ya da normal geçişli konstipasyonda tanımlanmamış bir patoloji görülebilir.

2.5.1. Normal geçişli konstipasyon

Normal geçişli konstipasyon klinisyenler tarafından görülen konstipasyonun en yaygın formudur (Eoff 2008). Kolondan normal oranda dışkı geçişi ve dışkı sıklığı olabilir ama birey konstipasyon hissi yaşayabilir (Rao 2003). Bu grup bireyler dışkılama, şişkinlik, abdominal ağrı ya da diskomfort ve sert dışkı problemi yaşayabilirler. Ama kolonik geçişte azalma görülmeyebilir (Karaduman ve ark. 2013). Bireyin bağırsak hareketlerinin sıklığıyla ilgili verdiği bilgilere göre konstipasyon hiçbir dışkı günlüğü tutulmadan tahmin edilebilir (Rao 2003). Yapılan araştırmalarda bu gruptaki bazı bireylerde rektal uyumluluk, rektal hassasiyet artabilir, ya da her ikisinde de azalma görülebilir (Karaduman ve ark. 2013). Konstipasyonun bu alt grubu ve irritabl barsak sendromu arasında önemli bir benzerlik mevcuttur.

2.5.2. Yavaş geçişli konstipasyon

Ek gıda alan ve bu tedaviye cevap vermeyen hastaların yaklaşık yarısı uzun süren intestinal geçiş süresine sahiptir. Bu gruptaki hastalar kolonik motor aktivitede önemli bozulmalar yaşayabilirler (Karaduman ve ark. 2013). Bir yemek sonrası ve sabah uyanmalarda kolonik cevaplarda ciddi şekilde azalma görülebilir (Rao 2003). Ama günlük ritim genellikle aynıdır (Karaduman ve ark. 2013). Bazı hastalarda yavaş geçiş altında yatan kolon transit zamanları bir defekasyon sonucu da olabilir (Emmanuel and Kamm 2001). Altta yatan sebeplerden dolayı olan defekasyon problemleri yapılacak tedavilerle ortadan kaldırılabilir. Yavaş geçişli konstipasyonda bozulan hareketliliğin kaynağı birçok sebep olabilir. Kolonda peristaltik dalgalar kolonun çeşitli noktalarından başlayan güçlü kontraksiyonlardır ve rektuma doğru yayılır. Yapılan birçok çalışma bu dalgaların konstipasyonu büyük ölçüde azalttığını göstermiştir. Bu bozulmaların potansiyel sebebi aejirofil nöron ve aksonlardaki sayıların azalması ile gangliyon çekirdeklerinin artması ile karakterize edilmiş miyenterik pleksus anomalileridir (Karaduman ve ark. 2013). Kajaldaki arayer hücreleri yavaş geçişli konstipasyon hastalarında hacimleri azaldığı için öneme sahiptir (He et al. 2000).



Şekil 3. Kronik fonksiyonel konstipasyonun türleri: A. Normal kolon transit zamanı, B. Yavaş kolon transit zamanı, C. İrritabl barsak sendromu, D. Fonksiyonel defekasyon bozukluğu. (www.ibrahimyurdakul.com 07.09.2015)

2.6. Kronik Konstipasyonun Komplikasyonları

2.6.1. Fekal İnkontinans

Fekal inkontinans istemsiz dışkı geçişi veya dışkılamayı kontrol edememe olarak tanımlanır. 65 yaş ve üzeri hastalarda yaygın gastrointestinal şikayetlerden birisidir (Shah et al. 2012).

2.6.2. Hemoroidler

Normal anal kanaldaki toplardamar ağırlıklı mukoza altı damarların semptomatik genişlemesi, distale yer değiştirmesi ve dışarı sarkması olarak tanımlanmaktadır. Anormal genişleme ve vasküler kanalın bükülmesiyle birlikte anal kanal içerisindeki bağlayıcı dokudaki yıkıcı değişiklikler hemoroidin başlıca bulgularıdır (Lohsiriwat 2012)

2.6.3. Anal Fissür

Travma ve sert dışkının çıkışı sırasında oluşan mukozal yırtık olarak tanımlanmaktadır. İnternal anal sfinkterde spazm sonucu oluşan rölatif iskemi de anal fissür oluşmasına sebebiyet vermektedir (Chong and Bartolo 2008). Kronik konstipasyonu olan bireylerde anal fissürün beş kat daha sık görülmesi öngörülmektedir.

2.6.4. Organ Prolapsusları

Pelviste bulunan herhangi bir levatör kasın zarar görmesi sonucu pelvik zeminin zayıflaması yaygın olarak görülen organ prolapsus etkenidir (Costa et al. 2014)

2.6.5. Fekal Tıkaç ve Barsak Tıkanması

Dışkı materyalinin uzun süre beklemesi sonucu tıkaç oluşur ve tıkaçlar kalın barsak tıkanıklığına sebep olurlar. Bunun sonucu cerrahi işlem uygulanabilir (Narayanaswamy and Walsh 2007). Yapılan Retrospektif çalışmalarda kronik konstipasyonda fekal tıkaç oluşumu için risk artışının 5-6 kat olduğu saptanmıştır.

2.6.6. Barsak Delinmesi veya Sterkoral Peritonit

Sterkoral bağırsak delinmesi fekal kütlelerin nekroza yol açmasıyla oluşan delinme olarak tanımlanır. Bu durum nadirdir ancak yaşamı tehdit edebilmektedir (Costales et al. 2015).

2.7. Kronik Konstipasyonun Tanısı

Kronik konstipasyonu kısa süreli ve geçici konstipasyondan ayırmak için bireylerde görülen semptomların özellikleri ve süresinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Kısa süreli ve geçici konstipasyon yeme alışkanlıklarının, hareketlilik ve yaşam tarzının değiştiği zamanın başlangıcına bakılarak tanımlanabilir. Diğer

faktörlerin sonucu olan sekonder konstipasyon bu doğrultuda tanımlanmalı ve tedavi edilmelidir.

Kronik konstipasyonu olan bireye değerlendirme yapılırken öncelikle anemnezi alınmalı ve daha sonra fizik muayenesi yapılmalıdır. Bireyde hematokezya, kilo kaybı, ailesinde barsak kanseri ya da inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü varsa; anemisi, dışkıda gizli kan testi pozitif tespit edilenlere laboratuvar testleri, endoskopik değerlendirme, kan testleri ve radyolojik tetkikler yapılması gerekmektedir (Rao et al. 2005).

Son yıllarda konstipasyon tanısı Roma III Tanı Kriterleri ve Bristol Gaita Skalası (BGS) ile yapılmaktadır.

2.8. Konstipasyon Tedavisi

Konstipasyon tedavi sürecindeki uygulamalar bireyin yaşam biçimi ve bulgular göz önünde bulundurularak düzenlenmelidir. Kronik konstipasyonun tedavisinde, defekasyon eğitimi, klasik masaj, konnektif doku masajı, elektrik stimülasyonu, anorektal biyofeedback ve egzersiz eğitimi gibi yöntemler uygulanabilir. Farmakolojik ve cerrahi tedavi ise konstipasyon tedavisinin son basamağını oluşturur. Tedavide kullanılan ilaçlar yan etkileri sebebiyle tercih edilmemektedir. Cerrahi yaklaşımlar ise nadiren kullanılabilir. Konstipasyonun önüne geçmek, bireylerin yaşam kalitesini artırmak noninvaziv ve nonfarmakolojik işlemlere önem verilmesiyle mümkün olabilir (Akbaşrak ve ark. 2006).

Hemşireler hastaların belirtilerini, hastalıktan nasıl etkilendiklerini ve konstipasyondan ne anladıklarını değerlendirmelidir. Tıbbi geçmiş, yeme alışkanlıkları ve sıvı alımı, reçeteli ve reçetesiz ilaçlar öğrenilerek, spesifik bağırsak semptomları hakkında sorular sorularak hastanın değerlendirmesi tamamlanır. Toplum sağlığı hemşireleri, konstipasyonun önlenmesi, hastaların yaşam kalitesinin artırılmasına yardımcı olmak için eğitsel faaliyetler organize etme ve yayma göreviyle önemli bir rol oynamaktadır (Allah et al. 2013).

2.9. Masaj

Masaj, ağrının azaltılması ya da diğer tedavisel amaçlarla vücuttaki yumuşak dokuların sistematik olarak manipüle edilmesi olarak tanımlanabilir. Elle muayene aynı zamanda diagnostik amaçlar için kullanılabilir. Klasik (İsveç) masaj eflöraj, petrisaj ve tapotmanı içermektedir (Ernst 2003).

.Terapi yöntemi olarak masaj uzun ve eski bir geçmişe sahiptir ve masajın kullanımı, 19. yüzyılın sonları ile 20. yüzyılın ilk çeyreğinde zirveye ulaşmıştır. Konstipasyonu rahatlatmak amacıyla abdominal masaj kullanımı uzun yıllardan beri etkili bir terapi olarak görülmektedir. Geleneksel masaj yöntemi gibi bir süre etkinliğini kaybetse de popülaritesini yeniden kazanmıştır (Preece 2002).

Son yıllarda İsveç'te dokunuş, nazik bir masaj formu olarak gelişmiştir. Masaj sistematik bir düzen içinde boylamsal, çapraz ve dairesel dokunuşlardan oluşmaktadır. Masaj ile merkezi sinir sisteminin parasempatik bölümünün etkilenmesi ve kişilere rahatlık getirmesi amaçlanmaktadır (Lamas 2011). Masajın, bağırsaktaki peristaltik hareketleri arttırdığı, dışkıının kıvamını yumuşatarak bağırsaklardan kolay geçmesini sağladığı belirtilmiştir (Connor et al. 2014).

2.9.1. Masaj Uygulama Süreleri

Genel olarak bakıldığında klasik masajın bölgesel olarak ortalama uygulama süreleri aşağıdaki gibidir:

Tüm vücut masajı: 45- 60 dakika

Yüz bölgesi masajı: 5-10 dakika

Üst ekstremité bölge masajı: 10-15 dakika

Alt ekstremité bölge masajı: 15- 20 dakika (Mumford 2006)

2.10. Abdominal Masaj

Terapi yöntemi olarak masaj uzun ve eski bir geçmişe sahiptir ve masajın kullanımı, 19.yüzyılın sonları ile 20.yüzyılın ilk çeyreğinde zirveye ulaşmıştır (Preece 2002).

Konstipasyonu rahatlatmak amacıyla abdominal masaj kullanımı birkaç yüzyıldır etkili bir terapi olarak görülmektedir. Geleneksel masaj yöntemi gibi bir süre etkinliğini kaybetse de popülaritesini yeniden kazanmıştır (Preece 2002).

Konstipasyon için abdominal masajının etkileri ile ilgili pek çok çalışmada; katılımcıların çektikleri rahatsızlığın azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttığı ve bunun yanı sıra bilinen bir yan etkisinin olmadığı görülmüştür (Connor et al. 2014). Abdominal masajı tercih edilebilir yapan bir diğer özellik de fitil ve enemalar gibi invazif tedaviler içermemesidir. Bunun dışında abdominal masajın uygulanmasında

sakıncalı olan durumlar vardır. Bunlar ise; kötü huylu bağırsak tıkanıklığı veya abdominal tümör öyküsü, iltihaplı bağırsak hastalığı geçmişi, hassas bağırsak sendromu sonucu basınçlı kolon, değişken omurilik yaralanması, yeni karın yaralanması, cilt yaralarına sahip olan kişilerdir (Connor et al. 2014).

Karın ve sırt masajı tedavisi, tembel fekal hareketlerin tekrar canlandırarak kolondaki peristalsis dalgaları uyarmaya yardımcı olmak için konstipasyon tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. Karın bölgesine uygulandığında mesane ve bağırsak kaslarının rahatlamasına yardımcı olabilir ve bağırsak hareketlerini artırır. Diskomfort ve ağrıyı azaltırken, rahatlama hissi ve yaşam kalitesini artırır. Ayrıca vücutta bulunan toksinleri lenfatik sistem yoluyla dışarı çıkarır. Birçok kültür İsveç peristalsis masajı, Thai Hara masajı, Çin Chi Nei Tsang masajı ve Maya Latin Amerika masajı gibi spesifik abdominal masaj tekniklerine sahiptir (Allah et al. 2013).

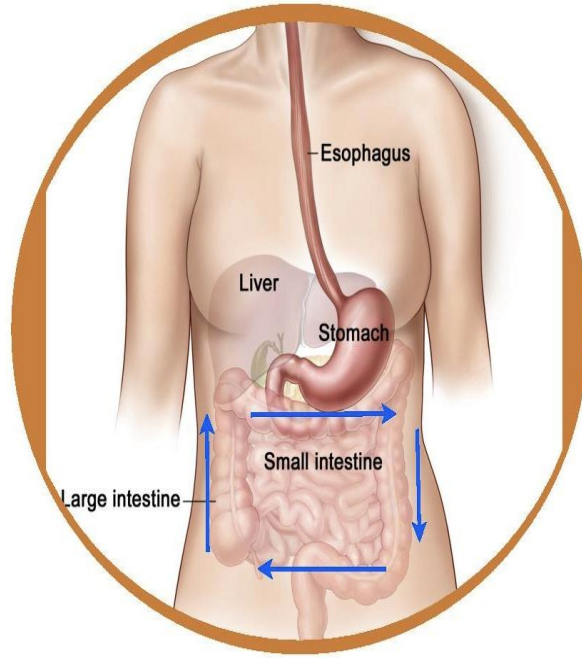
2.10.1. Abdominal Masajın Endikasyonları

Abdominal masaj; fekal inkontinansı olan, kramp ve ya barsaktaki gaza bağlı olarak abdominal ağrısı ve defekasyon problemi olan bireylerde faydalı olduğu görülmüştür (Emly 2007) abdominal masaj uygulanan konstipasyonu olan bireylerde laksatif kullanımında azalma görüldüğü ve yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir (Emly 2007). Prematüre doğan bebeklerde vagus aktivitesini ve gastrik hareketliliği artırarak kilo alımında artış olduğu saptanmıştır (Diego et al. 2007).

2.10.2. Abdominal Masajın Kontrendikasyonları

Malignan bağırsak tıkanıklığı ya da abdominal büyüme geçmişi olanlar, ince bağırsakta iltihaplı hastalık geçmişi olanlar, irritabl bağırsak sendromu sonucunda spastik kolon bulunanlarla birlikte, unstabil spinal hasar, yakın zamanda abdominal skarlaşma ve cilt lezyonları gösteren hastalarda uygulanmamalıdır. Abdominal, hiyatus, umbilikal ya da inguinal herniası bulunan kişiler için ekstra tedaviler izlenmelidir (Connor et al. 2014).

Bunun yanı sıra hamile ve kötü huylu bağırsak obstrüksiyon öyküsü bulunan bireylere abdominal masaj uygulaması sakıncalıdır (Emly 2007).



Şekil 4. Abdominal masajın anatomik olarak uygulanma yönü

2.10.3. Abdominal Masaj Uygulaması

Abdominal masaj, abdominal duvarı rahatlatmak adına kalın bağırsağa saat yönünde uygulanan bir yöntemdir. Abdominal masaj bireye 15 dakika yapılır (Emly 2007). Bireye öncelikle supine pozisyonu verilir. Uygulayıcı bireyin sol tarafında bulunur. Bu durum uygulayıcının vücut mekaniğine uygun hareket etmesini sağlar (Fritz 2009). Manipülasyonlar, sigmoid kolonun sol alt kadransından başlanılır (Fritz 2009). Konstipasyon için abdominal masajda üç temel masaj işlemi bulunmaktadır: eflöraj, petrisaj ve vibrasyondur. Eflöraj (3kez), petrisaj (3kez), ve vibrasyon (3kez) abdominal masaj işlemi sırasında her biri üç kez uygulanır. İşlem öncesinden karın; gaz, ağrı ve dışkı açısından değerlendirilmelidir. İşlem yemeklerden hemen sonrasında uygulanmamalıdır. Bireyin işlem öncesi idrar kesesinin boş olması sağlanmalıdır (Fritz 2009). Özellikle sabahları veya yemeklerden 30 dakika sonra bağırsakların en aktif olduğu zaman gastrokolik refleksten yararlanmaya yardımcı olabilir. Birçok insan sabahları kahvaltıdan sonra defekasyona çıkar ve eğer bu hastanın normal rutini ise bu rutin devam ettirilmelidir (Woodward 2012). McClurg ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada KSS 'na göre abdominal masaj uygulanmaya başlanmasından 4 hafta sonra bağırsak hareketlerinde artış ve konstipasyon ciddiyetinde azalma saptanmıştır (McClurg et al. 2010).

Abdominal masaj uygulaması sırasında supine pozisyonu verilen bireyde, riskli durumlar mevcut ise yatak başı 30-45° yükseltilir. Sakıncalı durum mevcut değilse dizleri hafif bükülerek, dizlerinin altına yastık konulabilir (Tuna 2011).

Abdominal masaja, eflöraj ile başlanarak abdominal duvarın gevşemesi sağlanır. İlk kez bireye abdominal masaj uygulanıyorsa ilk dokunulduğunda bireyin kaslarını kasmaından dolayı masaj sırasında derin dokulara ulaşılammaktadır. Eflöraj ile bu gerginlik kaldırıldıktan sonra esas manevralara geçilir (Diego et al. 2007). Bu işlemlerle sigmoid kolona ulaşarak en sonunda tüm kolonu kapsayacak şekilde uygulama tamamlanması gerekir (Fritz 2009).

2.10.3.1. Eflöraj (Sıvazlama)

Vücut yüzeyi üzerinde elin hafif veya derin basınçla kaydırılması işlemidir. Eflöraj, yüzeysel veya derin olmak üzere iki şekilde uygulanır. Abdominal masaj, eflörajla başlanarak ve eflörajla bitirilir (Turan ve Aştı 2015).

2.10.3.2. Yüzeysel Eflöraj

Tüm avuç içiyle refleks etki oluşturma amacıyla yavaş ve sabit hızla basınç uygulanması gerekmektedir (Yüksel ve Baltacıoğlu 2010). İşlem esnasında parmaklar bitişik olması gerekir. Uygulanan alana tüm avuç içi deriye değmeli eğimlerine göre iletilen basınç eşit şekilde olmalıdır.. İşlemin başlangıç ve bitimine kadar hareketin hızı sabit olmalıdır. Elin deriye teması bireyin hissedebileceği yumuşaklıkta olacak şekilde ayarlanmalıdır gerekmektedir. İşlem karın duvarının tüm yüzeyine olacak şekilde, iliak çıkıntıların üzerinden ve pelvisin her iki yanından, aşağıya kasıklara doğru yapılmalıdır. Yüzeysel eflörajda kalp yönünün tersine doğru uygulanması gerekmektedir (Fritz 2009).

2.10.3.3. Derin Eflöraj

Uygulamada ki amaç; kan ve lenf dolaşımının mekanik olarak desteklenmesinin yanı sıra refleks hareketlerini de sağlamaktır. Derin eflöraj işlemi; avuç içi, parmaklar, başparmak ve el sırtıyla tek ya da iki elle uygulanır (Tuna 2011). Ellerin hareket süresince vücut yüzeyi ile teması kesilmemelidir. Bu işlemin sürekliliğinin amacı, basıncın kesilip tekrar verilmesi durumunda derideki sinir uçlarında refleks uyarılarını önleyerek bireyin rahatsız olmasını sağlamaktır (Yüksel ve Baltacıoğlu 2010). Hareket kolon, yatay kolon ve inen kolon yönünde uygulanır. Uygulanan basınç, kalın bağırsaktaki kontraksiyonları arttırmaktadır. Eflöraj uygulanmasında; parmak uçları symphysis pubis üzerine yerleştirilerek, M.rectus abdominis boyunca yukarı doğru derin eflöraj ile ilerlenir, alt kostalar hizasında eller yanlara doğru açılarak, transvers abdominal kasların hizası boyunca orta alana kadar ilerletilip aşağı inilir ve ikinci eflöraj dönüşünde oblik olarak başlangıç noktasına geldikten sonra sağ el altta, sol el üstte olacak şekilde çekum üzerinde eflörajla

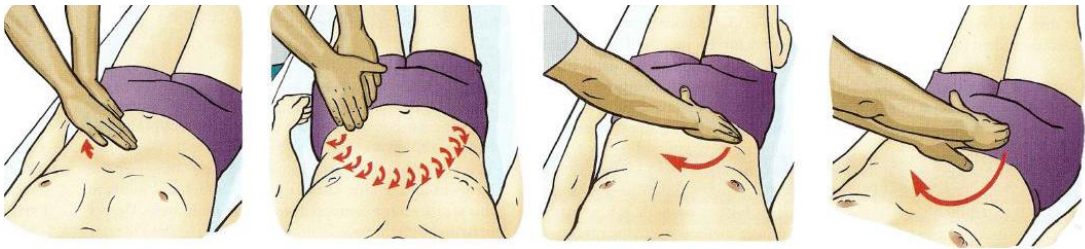
başlanılmaktadır. Çıkan kolon üzerinde yukarıya doğru ilerlenir, orta hatta ilerlerken alttaki elin yönü değiştirilir, inen kolon üzerinde aşağı doğru ilerlenir, pubise doğru oblik olarak inilir ve mesane üzerinden yüzeysel eflöraj ile geçilmektedir (Fritz 2009).

2.10.3.4. Petrisaj (Yoğurma)

İşlemden önce doku kaldırılır ve sonrasında doku sıkıştırılır. Petrisaj yüzeysel fasya ve altındaki kas kitlesini kaldırmaya, yuvarlamaya ve hafifçe sıkıştırmaya yarayan yoğurma hareketidir (Yüksel ve Baltacıoğlu 2010). Kasın büyüklüğüne ve biçimine göre tek ve çift elle, tüm elle ve parmakla uygulanan kasların en etkili olduğu işlemdir (Tuna 2011). İşlem avuç içi ve parmaklarla, çıkan kolonda yukarı doğru, inen kolonda aşağıya doğru uygulanmaktadır. Uygulamada sırasında basınç arka arkaya artırılıp azaltılır. Abdominal masajda eflöraj uygulanmasında; inen kolonun distalinde friksiyon hareketine başlanılır ve her defasında 5 cm. aşağıya doğru friksiyon uygulanarak başlangıç noktasına ilerletilir. Aralarda derin eflöraj kullanılır. (Fritz 2009).

2.10.3.5. Vibrasyon (Titreşim)

El ve parmakların vücuda sıkıca temas ettirilmesiyle yapılan titreşim hareketini kapsamaktadır. Titreşimlerin sayısı saniyede 10-15 Hz. kadardır. Vibrasyonda el hiç bir yönde ilerlemez, hareket üzerinde bulunduğu kasa sınırlı kalmaktadır. Vibrasyon uzun süre ve yeterli şiddette uygulanması sırasında refleks fizyolojik etkiler oluşturmaktadır. Etki sinir sistemini uyararak ve kasların gevşemesini sağlar. Bağırsakta oluşan spazmı azaltır. Aynı zaman da bağırsaklarda biriken gazın vücuttan atılmasına sağlamaktadır (Yüksel ve Baltacıoğlu 2010).



Şekil 5. Abdominal masaj uygulanması (Fritz 2009)

2.10.4. Konstipasyonda Abdominal Masajla İlgili Yapılan Çalışmalar

Preece tarafından yapılan olgu çalışmalarında, Richards'ın kullandığı karın masajı tekniğinin hastalıklarının tedavisi mümkün olmayan hastalarda etkili olduğu görülmüştür. Bu hastalar karın şişliğinde ve mide gazında azalma olduğunu ve 4 ila 6 hafta arasında normal bağırsak fonksiyonlarına döndüklerini bildirmişlerdir.

Preece ve Richards'ın kullandıkları masaj tekniklerinin temel farkı, Preece karına losyon sürerek nazik manüel teknikler kullanırken Richards'ın tenis topu

kullanmasıdır. Önceden de belirtildiği üzere, karın masajında bilinen hiç ciddi bir kötü etki görülmemiştir. Karın masajının uygun olmadığı durumlar bilinen ya da şüpheli karın tıkanıklığı, karında kitle, karın ameliyatı ya da 6 haftalık süreçte radyasyon tedavisi almaktır. Masajın zamanla terapatik olarak kullanımını azalsa da son dönemde kronik konstipasyonun tedavisinde yan etkileri olmayan etkili bir yaklaşımı olduğu düşünülmektedir (Preece 2002).

Diğer bir randomize kontrollü çalışmada, mekanik abdominal masajın (abdomen bölgesine aralıklı olarak baskı uygulayan bir makine) bir gün önce kolon cerrahisi uygulanan hastaların üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Kalınbağırsak hareketleri (Peristalsis) normalde kolon cerrahisinden hemen sonra yavaşlar ya da durur. Bu çalışmada masaj uygulanan 25 hastada ilk gaz çıkış süresinin masaj yapılmayan diğer 25 hastaya oranla ciddi derecede azaldığı gözlenmiştir (Le Blanc-Louvry et al. 2002).

Abdominal masajın her gün ve uzun süre boyunca uygulanması gerekmektedir. Klauser ve ark. kronik konstipasyonu olan hastalara haftada 3 gün, 3 hafta boyunca abdominal masaj uygulamasının ardından yavaş geçiş zamanlı konstipasyonun iyileşmediğini ve abdominal masajın ilaç tedavisine alternatif olamayacağını belirtmişlerdir (Harrington 2014). Buna karşılık yapılan diğer araştırmalarda abdominal masajın konstipasyon tedavisinde etkili bir tedavi yöntemi olabildiği öne sürülmüştür.

Abdominal masajın avantajlarından bazıları da bilinen bir yan etki içermemesi ve kontraendikasyona sahip olmamasıdır (Emly et al. 2001; Lamas et al. 2011; Harrington and Haskvitz 2014). Abdominal masajı tercih edilebilir yapan bir diğer özelliği de fitil ve enemalar gibi invazif tedaviler içermemesidir (Preece 2002; Moss et al. 2008). Daha invazif tedaviler, özellikle öğrenme güçlüğü olan kişilerde bunun gerekliliğini çok iyi kavrayamadıklarından ızdırap verici bir duruma neden olabilir (Moss et al. 2008). Ayrıca, abdominal masaj diyet ve laksatiflerin işe yaramadığı bazı hastalarda konstipasyonu gidermek için daha etkili bir çözüm olarak görülmektedir (Emly et al. 2001; Harrington and Haskvitz 2014).

Kim ve ark. 2005'de Kore'de yaptıkları çalışmada yaşlı hastalarda aromaterapi masajın etkinliğini araştırmıştır. Hasta grubu limon, nane ve biberiye içeren uçucu yağlarla abdominal masaj uygulanırken kontrol grubuna plasebo etkili masaj uygulanmış, 10 günlük tedavi sonrası konstipasyonda anlamlı azalma gözlenmiştir (Kim et al. 2005). Yine Kore'de yapılan bir başka çalışmada 31 serebrovasküler olay (SVO) geçirmiş bakım hastasına aromaterapi eşliğinde abdominal masaj uygulanmıştır. Tedavi

grubunda defekasyon sıklığında anlamlı artış olurken konstipasyon ölçeklerine göre konstipasyonda anlamlı iyileşme olduğu görülmüştür (Jeon and Jung 2005).

2006 yılında Almanya’da Albers ve ark. spinal kord travmalı paraplejik hastalarda abdominal masajın konstipasyon üzerine etkisini belirlemek için 4 haftalık bir pilot çalışma yapmışlar ve bu tedavinin barsak hareketleri üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermişlerdir (Albers et al. 2006).

Kronik konstipasyonu olan hastalarda abdominal masajın gastrointestinal fonksiyonlar ve laksatif alımına olan etkisini incelemek amacıyla Lamas ve arkadaşları tarafından yapılan bu çalışma 2005-2007 yılları arasında İsveç’de gerçekleştirilmiştir (Lamas et al. 2009). Çalışmada konstipasyonlu 60 katılımcı yer almış ve kontrol grubu ile deney grubu rastgele seçilmiştir. Her iki grup da önceden kullandıkları laksatiflere devam etmiştir. Ek olarak, deney grubuna sekiz hafta boyunca haftanın beş günü günde 15 dakika abdominal masaj uygulanmıştır. Katılımcıların masajı evde, işte ya da klinikte almaları kendi tercihlerine bırakılmıştır. Masaj sırasında her katılımcı kapalı bir odada yatakta sırt üstü şekilde uzanmıştır. Rahatlatıcı bir atmosfer sağlamak için hafif bir müzik çalınmıştır. Masaj, ellerde ve karında hafif baskı yaparak sistematik dairesel hareketler çizerek basit dokunuşlar içermektedir. Deney grubuna bağırsak hareketleri artmaya başladığında laksatif kullanımını azaltmaları söylenmiştir. Aynı zamanda kendi kendine masaj uygulama eğitimi sunulmuştur.

Çalışma ile ilgili olarak katılımcılar başlangıçta bir güvensizlik hissi duyduklarını belirtmiş, abdominal bölgeye masaj uygulamanın yararı konusunda şüphe duyduklarını söylemişlerdir. Bazıları masajı memnun edici bulsa da masaja bağımlı olmaktan ve çalışma bitiminde bunu devam ettirememekten korktuklarını belirtmiştir. Yine katılımcılar masaj sırasındaki atmosferin dinlendirici ve iyileştirici olduğunu belirtmiş, terapistin yaklaşımı ve cinsiyetinin de deneyim üzerinde etkili olduğunu söylemişlerdir.

Katılımcılar masajdan sonra daha enerjik hissettiklerini belirtmiş, günlük hayatlarını büyük ölçüde etkileyen konstipasyon sorunları azalmaya başladığında rahatlama hissi duyduklarını ifade etmişlerdir. Tedavi grubundaki olgulara 8 hafta süreyle, haftada 5 gün abdominal masaj uygulamasından sonra gastrointestinal semptomların şiddeti istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmıştır. Tedavi grubundaki olguların defekasyon sıklığı anlamlı olarak artmış fakat laksatif alımında anlamlı azalma olmamıştır (Lamas et al. 2009).

Abdominal masajla ilgili en son yapılan randomize kontrollü çalışma ise McClurg ve ark tarafından 2011'de yürütülmüştür. Bu pilot çalışma konstipasyonu olan 30 multipl sklerozlu hastayı içermektedir. Yarisına standard tedavi ve abdominal masaj uygulanırken diğerk yarisına sadece standart tedavi verilmiştir. Masaj katılımcılara da bakıcılarına öğretilmiş ve dört hafta boyunca günlük olarak uygulamaları istenmiştir. Her iki grup da masaj tekniklerini güçlendirmek için bir klinisyen tarafından ziyaret edilmiş ve bağırsak yönetimi konusunda danışmanlık yapılmıştır. Birincil sonuç ölçümü Konstipasyon Skorlama Sistemi (KSS) ile yapılmıştır. İstatistikler masaj grubunun önemli ölçüde yarar sağladığını göstermiştir. KSS 8 değişken içermektedir: sıklık, konfor hissi, defekasyonda ağrı, stimülasyon kullanımı, harcanan süre, tam boşaltım hissi, öykü ve boşaltımda başarısızlık. Bu değişkenler 0 ile 4 arasında ciddiyete göre puanlanarak kişisel, madde skorları toplanarak global bir skor elde edilir. 15 puan ya da fazlası konstipasyon olarak tanımlanır. Çalışmada katılımcılar defekasyon sıklığının ve kolaylığının arttığını belirtmişlerdir ve bağırsak hareketlerinin olumlu yönde değiştiğini söylemişlerdir.

Ülkemizde yapılan abdominal masajla ilgili son çalışma Olgun tarafından yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, araştırmaya dahil olma ölçütlerine uyan 60 yaşlı oluşturmuştur. Yaşlılar basit randomizasyon ile 30'u masaj ve 30'u kontrol grubuna ayrılmıştır. Kurum hekimi tarafından konstipasyon tanısı konmuş yaşlılara Yaşlı Tanıtım Formu, Roma-III Konstipasyon Tanı Ölçütleri Formu ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Her iki gruptaki yaşlılara birinci hafta hiçbir uygulama yapılmamış, yaşlıların defekasyon özellikleri Defekasyon Günlüğü, Bristol Dışkı Kıvam Ölçeği ve Görsel Kıyaslama Ölçeği kullanılarak izlenmiştir. Masaj grubundaki yaşlılara dört hafta boyunca, haftada 5 gün, öğle yemeklerinden en az 2 saat sonra, 10 dakika 108 abdominal masaj uygulanmıştır. Masaj uygulamasının 3. ve 5. haftalarında her iki gruptaki yaşlıların defekasyon özellikleri Defekasyon Günlüğü, Bristol Dışkı Kıvam Ölçeği ve Görsel Kıyaslama Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Her iki gruptaki yaşlılara 5. haftada Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma bulgularına göre; 4 hafta uygulanan masaj yaşlıların dışkılama miktarını arttırmış, dışkı kıvamını ve distansiyonunu azaltmış, fakat defekasyon sırasındaki ıkınmayı, defekasyon sonrası tam boşalamama hissini, defekasyon sayısını ve laksatif kullanma sıklığını etkilememiştir. Konstipasyon semptomları dikkate alındığında, masaj grubundaki yaşlıların konstipasyon şiddeti ve gaz şiddetinin azaldığı saptanmıştır. Masaj uygulamasının yaşlıların konstipasyon yaşam kalitesini yükselttiği saptanmıştır (Olgun 2013).

Konstipasyon yönetimindeki amaç konstipasyonun meydana gelmesini önleyici tedbirleri almak, konstipasyon semptomları geliştiğinde ise bunları en aza indirerek bireyin kaliteli yaşamasını sağlamaktır. Konstipasyonun önlenmesi ve yönetimi ancak multidisipliner ekiple yapılabilir. Bu ekibin en önemli üyesini oluşturan meslek grubu hemşirelerdir. Hemşireler birey ve ailesini en iyi şekilde analiz ederek tüm boyutları ile tanımalıdır. Konstipasyonla ilgili tedavi yaklaşımlarında bireylerin farklılıkları göz önüne alınarak bakım planı uygulanmalıdır. Bu bakımdan hemşireler konstipasyon yönetiminde önemli işlevleri ve rolü olan kişilerdir. Konstipasyon tedavileri farmakolojik ve nonfarmakolojik olarak uygulanmaktadır. Nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinden biri olan abdominal masaj hemşirelik bakım alanlarında bağımsız olarak uygulanabilecek olan yöntemlerdendir (Turan ve Aştı 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma yaşlılarda konstipasyon yönetiminde abdominal masajın etkisinin değerlendirilmesi amacıyla randomize kontrollü (gerçek deneme modeli) bir çalışma olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevinde 13 Nisan 2015 ile 15 Mayıs 2015 tarihleri arasında yürütüldü.

Huzurevi 120 yatak kapasiteli olup, bünyesinde 1 doktor, 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı ve 7 hemşire görev yapmaktadır. 50- 90 yaş arası yaşlılar ikamet etmektedir.

Çalışmanın huzurevinde yapılmasının nedeni, çalışma grubunun birçok açıdan homojen olması idi. Yaşlılar huzurevinde aynı şartlarda yaşamakta, benzer yemekleri yemekte, diyet uygulamaları kontrol altında ve benzer olmaktadır. Sağlık şartları açısından yakın ve düzenli takip altında olmaları huzurevi yaşlılarını bu tür çalışmalar için ideal hale getirmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemi için 65-75 yaş grubundaki Roma III kriterlerinden en az iki özelliğin görüldüğü, bununla birlikte Bristol dışkı karakteri konstipasyona uygun olan ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği skor toplamı 73 puan ve üstü olan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve uzman hekim tarafından konstipasyon tanısı konulan 60 gönüllü yaşlı çalışmaya alındı. Toplam 250 yaşlıdan %4.8' i (12 kişi) yaş kriterine uymadığı, %10.8' i (27 kişi) Roma III kriterleri ve BDS' ye uymadığı, %12.8' i (32 kişi) fonksiyonel kapasitesi 73 puanın altında olduğu, % 32.8' i (82 kişi) ilaç (laksatif) kullandığı, % 8' i (20 kişi) konstipasyon diyeti uyguladığı, % 6.8' i (17 kişi) alternatif tedavi uyguladığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışma için uygun kriterlere sahip olan 60 yaşlıdan 30 gönüllü uygulama grubuna ve 30 gönüllü kontrol grubu randomize olarak seçildi. Örneklemi oluşturan yaşlılarda çalışma süresince herhangi bir kayıp yaşanmamıştır. Çalışma sonuna kadar işlem uygulanmıştır.

3.3.1. Randomizasyon

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan erkek ve kadın yaşlıların isimleri ayrı torbalara konularak önce uygulama grubu için 30 yaşlı rastgele seçildi, daha sonrada kontrol grubu için aynı seçim işlemi yapıldı.

3.4. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri

3.4.1. Dahil edilme kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Konstipasyon tanısı (Roma III ve Bristol Dışkılama Skalası) ile konulmuş olması
- Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) skor toplamı 73 puan ve üzerinde olmak

3.4.2. Dışlama kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak
- Abdominal masaj uygulanması açısından sakıncalı olanlar
- Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) skor toplamı 73' ün altında olmak
- Laksatif ilaç kullanıyor olmak
- İletişimi engelleyecek algılama bozukluğuna sahip olmak

Çalışma öncesinde araştırmanın uygulama ve kontrol grubunu oluşturan yaşlılarla yüz yüze görüşme yöntemi ile bilgi verilerek onam alındı. Ardından veri formu ve Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği dolduruldu. Uygulama grubuna dört hafta boyunca her gün araştırmacı tarafından 15'er dakikalık abdominal masaj uygulandı. Kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmadı.

3.5. Abdominal Masaj İşlem Protokolü

Araştırmacı; çalışma öncesinde üniversite hastanesi sorumlu fizyoterapisti ve fizyoterapi profesörü tarafından abdominal masaj eğitimi almıştır ve çalışmaya başlanılmıştır.

3.5.1. Uygulama Grubu

Uygulama grubu abdominal masaj işlem protokolü doğrultusunda yapılan uygulamayı içermektedir. Dört hafta boyunca her hafta uygulama grubuna Roma III ve Bristol Dışkılama Skalaları konstipasyon durumunu belirlemek için tekrarlandı.

Her gün kahvaltıdan bir saat sonra 15 erkek yaşlı, öğle yemeğinden bir saat sonra 15 kadın yaşlı sıra ile işleme alındı. Öncelikle yaşlılara işlem hakkında bilgi verildi. Daha sonra yaşlıların abdominal bölgelerinde ağrı, hassasiyet, gerginlik, kızarıklık, deri bütünlüğünde bozulma ve mesanenin boş olup olmadığı değerlendirildi.

Yaşlılara supine pozisyonu verildi. Bacakları bükülürerek arasına yastık konuldu. Bireyin mahremiyetine dikkat ederek abdominal bölge açıldı. Derinin nemli olmamasına dikkat edildi. Bölgede tahriş yapmama ve uygulamayı kolaylaştırmak için bebek yağı uygulama alanına sürüldü. Yaşlı bireyin karnı üst epigastrik bölgeden başlanarak aşağıya doğru, iliak kemiklerin üzerinden, pelvisin her iki yanından kasıklara doğru hafif basınç uygulanarak yüzeysel eflöraj yapıldı. Bu eflöraj ile ilk dokunmaya bağlı tepkisel karın duvarı gerginliği önlenmiş oldu. Yaşlı bireyin karın duvarı gevşedikten sonra tüm hareketler saat yönünde olacak şekilde, sağ anterior superior iliak çıkıntından başlayarak kostaların hizasından sol anterior superior iliak çıkıntıya kadar olan anatomik alan dikkate alınarak, öncelikle çıkan kolonun yer aldığı sağ alt kadrana ve sağ üst kadrana, transvers kolon için kaburgaların hizasından sol üst kadrana doğru ve inen kolon için sol üst ve sol alt kadrana masaj uygulandı. Her bir kadrana uygulanan masajda en az 1 dakika süreli ve orta derecede basınç uygulandı. Eflöraj hareketinden sonra yine aynı sıra takip edilerek avuç içi ile petrisaj hareketi yapıldı. Eflöraj ve petrisaj hareketleri birbirini takip edecek şekilde sırasıyla 15 dakika uygulandı.

Son olarak 1 dakika boyunca sadece parmak uçları kullanılarak vibrasyon uygulandı ve işlem eflöraj ile sonlandırıldı. Yaşlı bireyin üstü örtülerek rahat bir pozisyon verildi (Turan ve Aştı 2015).

Dört haftanın sonunda uygulama grubunda Roma III, BDS, KCÖ tekrar sorgulandı ve elde edilen veriler istatistiksel analiz sonucunda değerlendirildi.

3.5.2. Kontrol Grubu

Kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmadı. Dört hafta boyunca her hafta kontrol grubuna Roma III ve Bristol Dışkılama Skalaları konstipasyon durumunu belirlemek için tekrarlandı.

Dört haftanın sonunda kontrol grubunda Roma III, BDS, KCÖ tekrar sorgulandı ve elde edilen veriler istatistiksel analiz sonucunda değerlendirildi.

3.6 Hipotezler

H1. Konstipasyonlu yaşlı bireylere uygulanan abdominal masajın Roma III kriterlerinde yer alan konstipasyon belirtilerini azaltıcı etkisi vardır.

H2. Konstipasyonlu yaşlı bireylere uygulanan abdominal masajın BDS' ye göre dışkı karakterini olumlu yönde değiştirmede etkisi vardır.

H3. Konstipasyonlu yaşlı bireylere uygulanan abdominal masajın konstipasyon şiddetini azaltıcı etkisi vardır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenleri: Konstipasyon belirtileri, dışkı karakteri, konstipasyon şiddeti

Bağımsız Değişkenleri: Abdominal masaj uygulaması

3.8. Veri Toplama Araçları: Veriler, 2015' te nisan ve mayıs ayları arasında aşağıdaki veri toplama araçları kullanılarak elde edilmiştir.

1. Onam Formu (Uygulama grubu) (EK-1)
2. Onam Formu (Kontrol grubu) (EK-2)
3. Sosyodemografik Bilgi Formu (EK-3)
4. Roma III Kriteri (EK-4)
5. Bristol Dışkılama Skalası (EK-5)
6. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (EK-6)
7. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) (EK-7)

3.8.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmada kullanılacak Bilgilendirme Formu güncel literatür bilgilerinden yararlanarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Lamas et al. 2009). Bu form huzurevinde yaşayan yaşlıların, yaş cinsiyet, medeni durum, mesleği, gelir durumu, sağlık güvencesi, en uzun yaşadığı yer, ne kadar süredir huzurevinde yaşadığı, kronik hastalığı, alışkanlıkları, yardımcı araç, yeme alışkanlıklarını, fiziksel aktivesini, konstipasyonla ilgili kullandığı ilaçlar ve alternatif tedavileri içeren 19 sorudan oluşmaktadır.

3.8.2. Roma III Kriterleri

Hastanın son üç ayda ayın en az 3 günü karın ağrısı yaşıyor olması, defekasyon ile ağrının geçmesi, şikayetlerin başlaması ile gaita sıklığı ve şeklinin değişmesi özelliklerinden en az 2'sinin var olması konstipasyon durumunu tespit etmek amacıyla kullanılmaktadır (Çetinkaya ve Aydın 2007).

1. Kabızlığın tanısı için aşağıdakilerden 2 ya da daha fazlası mutlaka olmalıdır:
 - a) Defekasyonların en az % 25' inde zorlanma
 - b) Defekasyonların en az % 25' inde topak topak ya da sert dışkı
 - c) Defekasyonların en az % 25' inde tam olamayan boşaltım hissi
 - d) Defekasyonların en az % 25' inde anorektal obstrüksiyon / blokaj hissi
 - e) Defekasyonların en az % 25' ini kolaylaştırmak üzere elle müdahale
 - f) (ör: parmakla boşaltım, pelvik zemine destek)
 - g) Haftada 3' ten az defekasyon
2. Laksatifler kullanılmadığı zaman gevşek dışkının nadir görülmesi
3. İrritabl bağırsak sendromu için yetersiz kriter bulunması (Korkmaz ve ark. 2011).

3.8.3. Bristol Dışkılama Skalası (BDS)

İnsan dışkısını 7 grupta sınıflandırmaktadır. Dışkının şekli kolonda kalma süresi, geçiş süresini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Bu nedenle BDS, dışkının kolondan geçiş süresinin hızlı ve güvenilir bir göstergesidir. Skala dışkının formu ve kıvamına göre 1'den 7' ye kadar gruplandırılır. Dışkının tipiyle toplam bağırsak hareketi süresi orantılıdır. Tip 1, Tip 2, Tip 3 dışkı yavaş geçişi, Tip 6, Tip 7 hızlı dışkı geçişini gösterir (Perez and Martinez 2009).

3.8.4. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ)

Kendine bakım (42 puan), sfinkter kontrolü (14 puan), transfer (21 puan), hareket (14 puan), iletişim (14 puan) ve sosyal algı (21 puan) olmak üzere 6 kategori ve toplam 18 aktivite değerlendirilmektedir. Skorlama 18-126 arasında değişmektedir. Her aktivite için 7 puanlı ölçek kullanılmaktadır. FBÖ iki ölçüme ayrılmıştır. Motor FBÖ 13 fonksiyonel aktiviteden, bilişsel FBÖ 5 bilişsel aktiviten oluşur. Toplam FBÖ skoru 36 puan ve altındaysa yüksek, 37-72 puan arasındaysa orta, 73 puan ve üzerindeyse düşük

özürlülük olarak tanımlanmaktadır. (Bu form 1. Tıbbi Rehabilitasyon Sempozyumu, Kurs düzenleme kurulu tarafından hazırlanmıştır. Ankara 2006)

3.8.5. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)

Bireylerin dışkılama sıklığı, yoğunluğunu ve dışkılama sırasında zorluğu / güçlüğü belirlemeye yönelik ölçektir. Bu ölçek aracılığı ile konstipasyonların semptomlarını ölçmek amaçlanmıştır. Ölçekte 16 soru yer almaktadır. KCÖ, dışkı tıkanıklığı, kalın bağırsak tembelliği ve ağrı olmak üzere üç boyutta sahiptir. Dışkı tıkanıklığı alt boyutta alınacak puan 0-28, kalın bağırsak alt boyutundan alınabilecek puan 0-29, ağrı alt boyutundan alınacak puan 0-16 arasındadır. KCÖ' den alınabilecek toplam puan en düşük 0, en yüksek ise 73' tür. Ölçekten alınan puan arttıkça belirtilerin ciddiyeti de artmaktadır (Turan ve ark. 2011).

191 hasta ve 103 gönüllüden oluşan bir çalışmada KCÖ' nün geçerliliği ve güvenilirliği araştırılmıştır. Bunun sonucunda irritabl bağırsak sendromu ya da pelvik zemin dissinerjisi skorları dışkı tıkanıklığı alt ölçeği ve kalın bağırsak tembelliği alt ölçeğinde fonksiyonel konstipasyonla ilgili diğer alt ölçeklerden daha yüksek çıkmıştır ($p=0.001-0.058$). Fonksiyonel konstipasyonla ilgili değerler ise ağrı alt ölçeğinde daha düşük çıkmıştır ($p<0.009$) (Varma et al. 2008).

3.9. İstatistiksel Analiz

Normal dağılıma uygunluk gösteren sürekli değişkenler için betimleyici istatistikler ortalama \pm standart sapma, normal dağılıma uygun olmayan sürekli değişkenler için medyan (min-maks) olarak verildi. Kategorik değişkenler için betimleyici istatistikler frekans ve yüzde olarak verildi. Normal dağılıma uygunluk gösteren değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında Mann- Whitney U ve Wilcoxon testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki- Kare testi, Yates süreklilik düzeltmesi, Fisher'in Freeman Halton testi, Mc- Nemar testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlendi.

3.10. Araştırmanın Etiği

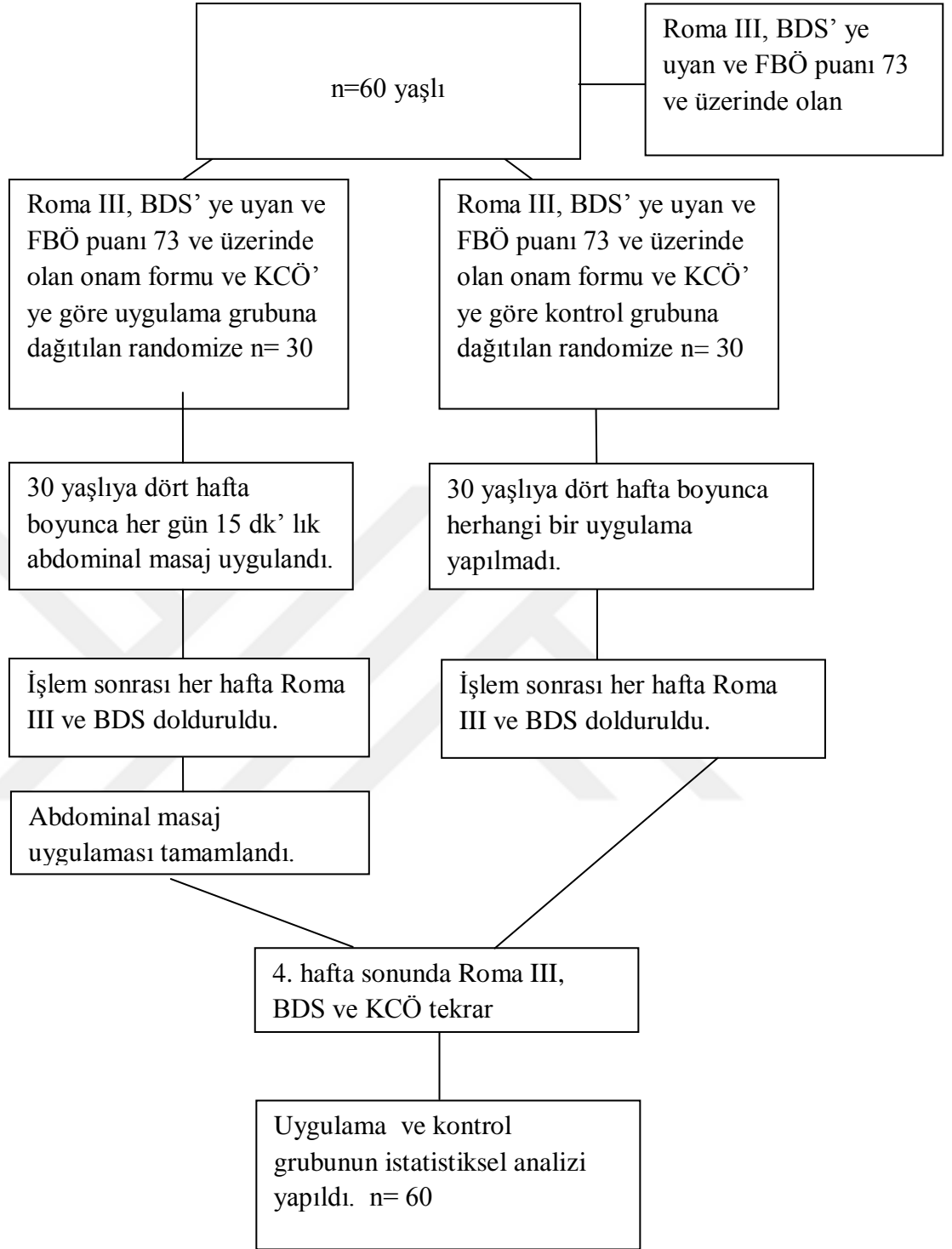
Araştırmanın yapılabilmesi için; Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Etik Kurulu' nun 16.03.2015 tarihli, 2015/59 karar numaralı onayı (EK-8) ve

Bursa Büyükşehir Belediyesi Sosyal Hizmetler Başkanlığı'nın 07.04.2015 tarihli, 56072810-020.99.99.99- sayılı onayı (EK-9) ile yazılı izin alındı.

Yaşlı bireylere araştırmanın amacı anlatılarak araştırma hakkında gerekli bilgi verildikten sonra Onam Formu (EK-1 ve EK-2) ve Sosyodemografik Veri Formu (EK-3) kullanılarak yazılı izinleri alındı. Uygulama grubuna uygulanan abdominal masajın konstipasyon üzerinde etkisi istatistiksel analiz sonucunda olumlu bulunursa, aynı işlem kontrol grubuna da uygulanmasına karar verildi.

3.11. Araştırmanın Kısıtlamaları

Toplam 250 yaşlıdan % 4.8' i (12 kişi) yaş kriterine uymadığı, %10.8' i (27 kişi) Roma III kriterleri ve BDS' ye uymadığı, %12.8' i (32 kişi) fonksiyonel kapasitesi 73 puanın altında olduğu, %32.8' i (82 kişi) ilaç (laksatif) kullandığı, % 8' i (20 kişi) konstipasyon diyeti uyguladığı, % 6.8' i (17 kişi) alternatif tedavi uyguladığı için çalışma örneklemini 60 yaşlıdan oluşmakta, 30' u uygulama grubunda, 30' u kontrol grubunda yer almaktadır.



Şekil 6. Uygulama akış diyagramı

4. BULGULAR

Tablo 1: Uygulama ve kontrol grubunu sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Öğrenim Durumu	GRUPLAR					
	Uygulama Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Okuryazar değil	10	33.3	14	46.7	24	40
Okuryazar	12	40	9	30	21	35
İlkokul	6	20	6	20	12	20
Orta öğrenim	2	6.7	0	0	2	3.3
Üniversite	0	0	1	3.3	1	1.7
Diğer	0	0	0	0	0	0
		$\chi^2 = 3.693$			$p=0.438$	
Gelir Durumu						
İyi	2	6.7	2	6.7	4	6.7
Orta	16	53.3	16	53.3	32	53.3
Kötü	12	40	12	40	24	40
		$\chi^2=0.152$			$p=1.000$	
Güvence						
Var	9	30	9	30	18	30
Yok	21	70	21	70	42	70
		$\chi^2=0.000$			$p=1.000$	

Uygulama grubundaki yaşlıların yaş ortalaması 67.56 ± 1.77 , kontrol grubundaki yaşlıların ise 71.26 ± 1.92 ' dir.

Uygulama ve kontrol grubunu oluşturan yaşlıların cinsiyetleri yarı yarıya eşitlenmiştir (% 50 kadın ve % 50erkek).

Uygulama grubundaki yaşlıların % 40'ı, kontrol grubundakilerin % 30' u okuryazardır. Çaişmeye alınan yaşlıların ilkökul sonrası eğitime devam edenlerin oranı % 5 olarak saptanmıştır. Öğrenim durumu için yapılan analizler sonucunda her iki grup için istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.438$).

Uygulama ve kontrol grubunun gelir ve sahip oldukları güvence durumuna göre dağılımlarında uygulama ve kontrol grubunun % 53.3 ' ünün geliri orta düzeydedir. Her iki grup arasında istatistiksel fark saptanmamıştır (p=1.000).

Çalışmaya dahil edilenlerin % 70' inin sosyal güvencelerinin olmadığı saptanmıştır. Gruplara arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p=1.000).

Tablo 2: Uygulamave kontrol grubundaki yaşlıların huzurevinde kalma sürelerine göre dağılımı

Huzurevinde kalma süresi	GRUPLAR						
	Uygulama Grubu (n=30)		Kontrol Grubu(n=30)		TOPLAM		
	n	%	n	%	n	%	
1 yıl ve altı	2	6.7	5	16.7	7	11.7	
2-7 yıl	11	36.7	10	33.3	21	35	
8-13 yıl	7	23.3	9	30	16	26.7	
14 yıl ve üzeri	10	33.3	6	20	16	26.7	
		$\chi^2=2.525$				$p=0.478$	

Tablo 2' de uygulama ve kontrol grubunun huzurevinde kalma sürelerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre uygulama grubundaki yaşlıların % 33.3' ü, kontrol grubundaki yaşlıların % 20' si 14 yıldan daha fazla süredir huzurevinde kaldığını belirtmiştir. Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların % 11.7' sinin 1 yıldan daha az süredir huzurevinde kaldığı saptanmıştır. Yapılan analizler sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p= 0.478).

Tablo 3: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların kronik hastalık, hemoroid ve düzenli kullanılan ilaç durumlarına göre dağılımı

Kronik hastalık	GRUPLAR					
	Uygulama Grubu (n=30)		Kontrol Grubu(n=30)		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Evet	30	100	30	100	60	100
Hayır	0	0	0	0	0	0
p= --						
Hemoroid						
Evet	4	13.3	8	26.7	12	20
Hayır	26	86.7	22	73.3	48	80
$\chi^2=0.938$ p=0.333						
Düzenli kullanılan ilaç						
Antihipertansifler	13	43.3	12	40	25	83.3
Kalsiyum kanal blokerleri	5	16.6	6	20	11	36.6
Beta blokerler	3	10	4	13.3	7	23.3
Diüretikler	3	10	4	13.3	7	23.3
Aspirin	2	6.6	3	10	5	16.6
Analjezikler	2	6.6	0	0	2	6.6
Antipsikotikler	1	3.3	1	3.3	2	6.6
Demir preparatları	1	3.3	0	0	1	3.3
$\chi^2=3.617$ p=0.823						

Tablo 3' teki uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların kronik hastalık dağılımına göre; hem uygulama hem de kontrol grubunun hepsinde kronik hastalığa rastlanmaktadır. Bu sebeple her iki grup arasında istatistiksel karşılaştırma yapılamamaktadır.

Yaşlılarda hemoroid görülme oranı incelendiğinde ise, uygulama grubundaki yaşlıların %13.3' ünde, kontrol grubundaki yaşlıların % 26.7' sinde hemoroid görüldüğü saptanmıştır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.333).

Uygulama grubunda 13 kişi, kontrol grubunda ise 12 kişi antihipertansif kullanmaktadır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.823).

Tablo 4: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların beslenme alışkanlıkları ve sıvı tüketim miktarlarına göre dağılımı

Ağırlıklı tüketilen besin grubu	GRUPLAR					
	Uygulama Grubu(n=30)		Kontrol Grubu(n=30)		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Tahıl grubu	8	26.7	7	23.3	15	25
Et ve süt ürünleri	8	26.7	9	30	17	28.3
Meyve ve sebze	9	30	11	36.7	20	33.3
Diğer	5	16.7	3	10	8	13.3
		$\chi^2 = 0.897$		$p=0.907$		
Öğün atlama						
Evet	6	20	11	36.7	17	28.3
Hayır	24	80	19	63.3	43	71.7
		$\chi^2=1.313$		$p=0.252$		
Günlük sıvı tüketimi						
1 litreden az	6	20	9	30	15	25
1- 2 litre	21	70	16	53.33	37	61.66
2- 3 litre	3	10	5	16.66	8	13.33
		$\chi^2=1.776$		$p=0.412$		

Tablo 4' te uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların ki kare analizi sonucu beslenme alışkanlıklarıyla ilgili veriler elde edilmiştir. Bu analize göre uygulama grubundaki yaşlıların % 30'u, kontrol grubundakilerin % 36.7' si meyve ve sebze tükettiklerini belirtmiştir. Uygulama grubundaki yaşlıların % 26.7' si, kontrol grubundakilerin % 30' unun et ve süt ürünleri ağırlıklı beslendiği saptanmıştır.

Uygulama grubundaki yaşlıların % 80' i, kontrol grubundaki yaşlıların % 63.3' ü öğün atlamamaktadır. Her iki grubun beslenme alışkanlıklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.907, p=0.252).

Uygulama grubundaki yaşlıların % 70' i, kontrol grubundaki yaşlıların % 53.33' ü günde 1- 2 litre sıvı tüketmektedir. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.412).

Tablo 5: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların sigara kullanımı ve düzenli egzersiz yapma alışkanlıklarına göre dağılımı

Sigara kullanımı	GRUPLAR					
	Uygulama Grubu(n=30)		Kontrol Grubu(n=30)		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Evet	10	33.3	12	40	22	36.7
Hayır	20	66.7	18	60	38	63.3
$\chi^2=0.072$			$p=0.789$			
Düzenli egzersiz yapma						
Evet	11	36.7	15	50	26	43.3
Hayır	19	63.3	15	50	34	56.7
$\chi^2= 0.611$			$p=0.434$			

Tablo 5' te Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların sigara kullanımı ve egzersiz yapma alışkanlıklarına göre dağılımı verilmiştir. Buna göre uygulama grubu (% 66.7) ve kontrol grubundaki yaşlıların çoğu (% 60) sigara kullanmamaktadır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.789).

Uygulama grubunda düzenli egzersiz yapan yaşlıların oranı % 36.7, kontrol grubundaki yaşlıların oranı ise % 50' dir. İki grup arasında istatistiksel farklılık bulunamamıştır (p=0.434).

Tablo 6: Roma-III konstipasyon kriterlerine göre defekasyonların en az % 25' inde zorlanma gösteren uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların haftalara göre dağılımı

İşlem öncesi	GRUPLAR					
	Uygulama Grubu(n=30)		Kontrol Grubu(n=30)		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Var	21	70	25	83.3	46	76.7
Yok	9	30	5	16.7	14	23.3
		$\chi^2 = 0.839$		$p=0.360$		
1.hafta						
Var	9	30	15	50	24	40
Yok	21	70	15	50	36	60
		$\chi^2 = 1.736$		$p=0.188$		
2.hafta						
Var	7	23.3	14	46.7	21	35
Yok	23	76.7	16	53.3	39	65
		$\chi^2 = 2.637$		$p=0.104$		
3.hafta						
Var	1	3.3	8	26.7	9	15
Yok	29	96.7	22	73.3	51	85
		$\chi^2 = 6.405$		$p=0.026$		
4.hafta						
Var	0	0	9	30	9	15
Yok	30	100	21	70	51	85
		$\chi^2 = 10.588$		$p=0.02$		

Tablo 6' da Roma-III konstipasyon kriterlerine göre defekasyonların en az % 25' inde zorlanma gösteren uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların haftalara göre dağılımı verilmiştir. Buna göre masaj uygulamasından önce uygulama grubunun % 70'i, kontrol grubunun % 83.3' ünde defekasyonların en az % 25' inde zorlanma görülmüştür. Bu değerler arasında istatistiksel fark saptanmamıştır ($p=0.360$).

Uygulamanın birinci haftasında bu oran uygulama grubunda % 30, kontrol grubunda % 50 olarak saptanmıştır. Bu değerler arasında istatistiksel fark saptanmamıştır (p=0.188). Uygulamanın dördüncü haftasında defekasyonda zorlanma görülme oranı uygulama grubunda % 0, kontrol grubunda % 30 olarak saptanmıştır. İki grup arasında anlamlı bir istatistiksel artış görülmüştür (p=0.02).

Tablo 7: Roma-III konstipasyon kriterlerine göre defekasyonların en az % 25' inde topak topak ya da sert dışkı görülen uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların haftalara göre dağılımı

İşlem öncesi	GRUPLAR						
	Uygulama Grubu(n=30)		Kontrol Grubu(n=30)		TOPLAM		
	n	%	n	%	n	%	
Var	28	93.3	18	60	46	76.7	
Yok	2	6.7	12	40	14	23.3	
		$x^2=7.547$				$p=0.006$	
1.hafta							
Var	30	100	20	66.7	50	83.3	
Yok	0	0	10	33.3	10	16.7	
		$x^2 = 9.720$				$p=0.002$	
2.hafta							
Var	27	90	19	63.3	46	76.7	
Yok	3	10	11	36.7	14	23.3	
		$x^2 = 4.565$				$p=0.033$	
3.hafta							
Var	11	36.7	14	46.7	25	41.7	
Yok	19	63.3	16	53.3	35	58.3	
		$x^2= 0.274$				$p=0.600$	
4.hafta							
Var	13	43.3	17	56.7	30	50	
Yok	17	56.7	13	43.3	30	50	
		$x^2 = 0.600$				$p=0.439$	

Tablo 7’ de Roma-III konstipasyon kriterlerine göre defekasyonların en az % 25’ inde topak topak ya da sert dışkı görülen uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların haftalara göre dağılımı verilmiştir. Buna göre masaj uygulamasından önce uygulama grubunun % 93.3’ ü, kontrol grubunun % 60’ ında topak topak veya sert dışkı görülmüştür. Bu değerler arasında istatistiksel bir fark saptanmıştır (p=0.006).

Uygulamanın ikinci haftasında bu oran uygulama grubunda % 90, kontrol grubunda % 63.3 olarak saptanmıştır. Bu değerler arasında istatistiksel fark görülmüştür (p=0.033).

Tablo 8: Roma-III konstipasyon kriterlerine göre defekasyonların en az % 25’ inde tam olmayan boşaltım hissi gösteren uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların haftalara göre dağılımı

İşlem öncesi	GRUPLAR					
	Uygulama Grubu(n=30)		Kontrol Grubu(n=30)		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Var	22	73.3	22	73.3	44	73.3
Yok	8	26.7	8	26.7	16	26.7
$\chi^2 = 0.000$			$p = 1.000$			
1.hafta						
Var	18	60	15	50	33	55
Yok	12	40	15	50	27	45
$\chi^2 = 0.269$			$p = 0.604$			
2.hafta						
Var	18	60	14	46.7	32	53.3
Yok	12	40	16	53.3	28	46.7
$\chi^2 = 0.603$			$p = 0.438$			
3.hafta						
Var	6	20	7	23.3	13	21.7
Yok	24	80	23	76.7	47	78.3
$\chi^2 = 0.000$			$p = 1.000$			
4.hafta						
Var	5	16.7	15	50	20	33.3
Yok	25	83.3	15	50	40	66.7
$\chi^2 = 6.075$			$p = 0.014$			

Tablo 8’ de Roma-III konstipasyon kriterlerine göre defekasyonların en az % 25’ inde tam olmayan boşaltım hissi gösteren uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların haftalara göre dağılımı verilmiştir. Buna göre masaj uygulamasından önce hem uygulama grubunun hem kontrol grubunun % 73.3’ ünde olmayan boşaltım hissi görülmüştür. Bu değerler arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır (p=1.000).

Uygulamanın dördüncü haftasında bu oran uygulama grubunda % 16.7, kontrol grubunda % 50 olarak saptanmıştır. Bu değerler arasında istatistiksel fark görülmüştür (p<0.001).

Tablo 9: Roma-III konstipasyon kriterlerine göre defekasyonların en az % 25’ inde anorektal obstrüksiyon/ blokaj hissi gösteren uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların haftalara göre dağılımı

İşlem öncesi	GRUPLAR						
	Uygulama Grubu(n=30)		Kontrol Grubu(n=30)		TOPLAM		
	n	%	n	%	n	%	
Var	17	56.7	20	66.7	37	61.7	
Yok	13	43.3	10	33.3	23	38.3	
		$\chi^2 = 0.282$				$p=0.595$	
1.hafta							
Var	7	23.3	13	43.3	20	33.3	
Yok	23	76.7	17	56.7	40	66.7	
		$\chi^2 = 1.875$				$p=0.171$	
2.hafta							
Var	2	6.7	12	40	14	23.3	
Yok	28	93.3	18	60	46	76.7	
		$\chi^2 = 7.547$				$p=0.006$	
3.hafta							
Var	1	3.3	13	43.3	14	23.3	
Yok	29	96.7	17	56.7	46	76.7	
		$\chi^2 = 11.273$				$p=0.001$	
4.hafta							
Var	1	3.3	9	30	10	16.7	
Yok	29	96.7	21	70	50	83.3	
		$\chi^2 = 5.880$				$p=0.015$	

Yaşlıların anorektal obstrüksiyon/blokaj hissi değerlendirildiğinde; uygulamanın dördüncü haftasında uygulama grubundaki yaşlıların % 3.3'ünde, kontrol grubundaki yaşlıların % 30'unda bu hissin olduğu görülmüştür. İki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir artış izlenmiştir ($p<0.001$).

Tablo 10: Roma-III konstipasyon kriterlerine göre defekasyonların en az % 25'ini kolaylaştırmak üzere elle müdahalenin uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların haftalara göre dağılımı

İşlem öncesi	GRUPLAR					
	Uygulama Grubu(n=30)		Kontrol Grubu(n=30)		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Var	19	63.3	16	53.3	35	58.3
Yok	11	36.7	14	46.7	25	41.7
		$\chi^2 = 0.274$		$p=0.600$		
1.hafta						
Var	24	80	22	73.3	46	76.7
Yok	6	20	8	26.7	14	23.3
		$\chi^2 = 0.093$		$p=0.760$		
2.hafta						
Var	13	43.3	19	63.3	32	53.3
Yok	17	56.7	11	36.7	28	46.7
		$\chi^2 = 1.674$		$p=0.196$		
3.hafta						
Var	6	20	17	56.7	23	38.3
Yok	24	80	13	43.3	37	61.7
		$\chi^2 = 7.051$		$p=0.008$		
4.hafta						
Var	7	24.1	13	43.3	20	33.9
Yok	22	75.9	17	56.7	39	66.1
		$\chi^2 = 1.644$		$p=0.200$		

Tablo 10' da Roma-III konstipasyon kriterlerine göre defekasyonların en az % 25'ini kolaylaştırmak üzere elle müdahalenin uygulama ve kontrol grubundaki

yaşlıların haftalara göre dağılımı verilmiştir. Buna göre masaj uygulamasından önce uygulama grubunun % 63.3'ü, kontrol grubunun % 53.3'ünde defekasyonu kolaylaştırmak üzere elle müdahale görülmüştür. Bu değerler arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır (p=0.600).

Uygulamanın üçüncü haftasında bu oran uygulama grubunda % 20, kontrol grubunda % 56.7 olarak saptanmıştır. Bu değerler arasında istatistiksel fark görülmüştür (p<0.001).

Tablo 11: Roma-III konstipasyon kriterlerine göre haftada 3' ten az defekasyon gösteren uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların haftalara göre dağılımı

İşlem öncesi	GRUPLAR					
	Uygulama Grubu(n=30)		Kontrol Grubu(n=30)		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Var	19	63.3	17	56.7	36	60
Yok	11	36.7	13	43.3	24	40
$\chi^2 = 0.069$			$p=0.792$			
1.hafta						
Var	14	46.7	4	13.3	18	30
Yok	16	53.3	26	86.7	42	70
$\chi^2 = 6.429$			$p=0.011$			
2.hafta						
Var	3	10	3	10	6	10
Yok	27	90	27	90	54	90
$\chi^2 = 0.000$			$p=1.000$			
3.hafta						
Var	0	0	1	3.3	1	1.7
Yok	30	100	29	96.7	59	98.3
4.hafta						
Var	0	0	0	0	0	0
Yok	30	100	30	100	60	100

Tablo 11' e göre yaşlılarda haftada 3' ten az defekasyona çıkma oranı masaj öncesi uygulama grubunda % 63.3 iken, kontrol grubunda % 56.7' dir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p=0.792).

Abdominal masaj uygulamasının dördüncü haftasında her iki grupta haftada 3' ten az defekasyona çıkma görülmediğinden istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo 12: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların işlem öncesi dışkı tipinin BDS ile karşılaştırılması

İşlem öncesi	GRUPLAR						
	Uygulama Grubu(n=30)		Kontrol Grubu(n=30)		TOPLAM		
	n	%	n	%	n	%	
Tip 1 (topak topak ve parça parça sert dışkı)	23	76.7	17	56.7	40	66.7	
$\chi^2 = 1.875$		$p=0.171$					
Tip 2 (Daha büyük ve birleşik topaklanma)	7	23.3	13	43.3	20	33.3	
$\chi^2=1.875$		$p=0.171$					

Tablo 12' ye göre yaşlılarda BDS' ye göre işlem öncesi tip 1 dışkı görülme oranı uygulama grubunda % 76.7 iken, kontrol grubunda % 56.7' dir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p=0.171).

Tablo 13: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların 1. haftadaki (işlem sonrası) dışkı tipinin BDS ile karşılaştırılması

1.hafta	GRUPLAR						
	Uygulama Grubu(n=30)		Kontrol Grubu(n=30)		TOPLAM		
	n	%	n	%	n	%	
Tip 1 (topak topak ve parça parça sert dışkı)	14	46.7	10	33.3	24	40	
$\chi^2= 0.625$		$p=0.429$					
Tip 2 (Daha büyük ve birleşik topaklanma)	14	46.7	20	66.7	34	56.7	
$\chi^2= 1.697$		$p=0.193$					
Tip 3 (Daha az kalın, daha yumuşak kıvamlı)	2	6.7	0	0	2	3.3	
$\chi^2= 2.069$		$p=0.492$					

Tablo 14: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların 2. haftadaki (işlem sonrası) dışkı tipinin BDS ile karşılaştırılması

2.hafta	GRUPLAR						
	Uygulama Grubu(n=30)		Kontrol Grubu(n=30)		TOPLAM		
	n	%	n	%	n	%	
Tip 1(topak topak ve parça parça sert dışkı)	0	0	14	46.7	14	23.3	
$\chi^2 = 15.745$		$p=0.000$					
Tip 2 (Daha büyük ve birleşik topaklanma)	9	30	16	53.3	25	41.7	
$\chi^2= 2.469$		$p=0.116$					
Tip 3 (Daha az kalın, daha yumuşak kıvamlı)	15	50	0	0	15	25	
$\chi^2 = 17.422$		$p=0.000$					
Tip 4 (Kaygan yüzeyli ve yumuşak kıvamlı dışkı)	6	20	0	0	6	10	
$\chi^2= 6.667$		$p=0.024$					

Tablo 14' e göre yaşlılarda BDS' ye göre işlem sonrası 2. haftada tip 1 dışkı görülme oranı uygulama grubunda % 0 iken, kontrol grubunda % 46.7' dir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.001$).

Tip 4 dışkı görülme oranı uygulama grubunda % 20, kontrol grubunda ise % 0 olarak saptanmıştır. Konstipasyon tedavisiyle ilgili uygulama grubunda anlamlı bir artış izlenmiştir ($p=0.024$).

Tablo 15: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların 3. haftadaki (işlem sonrası) dışkı tipinin BDS ile karşılaştırılması

3.hafta	GRUPLAR					
	Uygulama Grubu(n=30)		Kontrol Grubu(n=30)		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Tip 1(topak topak ve parça parça sert dışkı)	0	0	8	26.7	8	13.3
$x^2 = 9.231$ $p=0.005$						
Tip 2 (Daha büyük ve birleşik topaklanma)	0	0	22	73.3	22	36.7
$x^2 = 31.651$ $p=0.000$						
Tip 3 (Daha az kalın, daha yumuşak kıvamlı)	2	6.7	0	0	2	3.3
$x^2 = 2.069$ $p=0.492$						
Tip 4 (Kaygan yüzeyli ve yumuşak kıvamlı dışkı)	12	40	0	0	12	20
$x^2 = 12.604$ $p=0.000$						
Tip 5 (Kenar verecek kıvamda parça parça dışkı)	13	43.3	0	0	13	21.7
$x^2 = 14.141$ $p=0.000$						
Tip 6 (Su içeriği daha fazla, parça parça dışkı)	3	10	0	0	3	5
$x^2 = 3.158$ $p=0.237$						

Tablo 15' te yaşlılarda BDS' ye göre işlem sonrası 3. haftada dışkı tipinin karşılaştırılması verilmiştir. Tip 1 dışkı uygulama grubundaki yaşlılarda görülmezken

kontrol grubunda % 26.7 oranındadır. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.005).

Uygulama grubundaki yaşlılarda 3. haftadan itibaren % 43.3 oranında Tip 5 dışkıya rastlanmıştır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bir artış olarak izlenmiştir (p<0.001).

Tablo 16: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların 4. haftadaki (işlem sonrası) dışkı tipinin BDS ile karşılaştırılması

4.hafta	GRUPLAR					
	Uygulama Grubu(n=30)		Kontrol Grubu(n=30)		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Tip 1 (topak topak ve parça parça sert dışkı)	0	0	10	33.3	10	16.7
$\chi^2 = 9.720$ p=0.002						
Tip 2 (Daha büyük ve birleşik topaklanma)	0	0	20	66.7	20	33.3
$\chi^2 = 27.075$ p=0.000						
Tip 3 (Daha az kalın, daha yumuşak kıvamlı)	0	0	0	0	0	0
Tip 4 (Kaygan yüzeyli ve yumuşak kıvamlı dışkı)	0	0	0	0	0	0
Tip 5 (Kenar verecek kıvamda parça parça dışkı)	10	33.3	0	0	10	16.7
$\chi^2 = 9.720$ p=0.002						
Tip 6 (Su içeriği daha fazla, parça parça dışkı)	10	33.3	0	0	10	16.7
$\chi^2 = 9.720$ p=0.002						
Tip 7 (Katı dışkı içeriği hiç olmayan sulu dışkı)	10	33.3	0	0	10	16.7
$\chi^2 = 9.720$ p=0.002						

Tablo 16’ da yaşlılarda BDS’ ye göre işlem sonrası 4. haftada dışkı tipinin karşılaştırılması verilmiştir. Tip 1 dışkı uygulama grubundaki yaşlılarda görülmezken kontrol grubunda % 33.3 oranındadır. İki grup arasında istatistiksel olarak fark vardır (p=0.002).

Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlılarda işlem sonrası 4. haftada Tip 3 ve Tip 4 dışkı görülmediğinden istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo 17: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların işlem öncesi DTAÖ, KTAÖ, AAÖ, KCÖ değerlerinin karşılaştırılması

İşlem öncesi	GRUPLAR	
	Uygulama Grubu(n=30)	Kontrol Grubu(n=30)
Dışkı tıkanıklığı alt ölçeği (0-28)	23.9±2.7	23.33±2.41
	F= 0.412	p=0.392
Kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği (0-29)	23.5(21-27)	23(20-27)
	Z=-1.626	p=0.104
Ağrı alt ölçeği (0-16)	12(9-16)	12(9-16)
	Z=-0.945	p=0.345
KCÖ toplam (0-73)	59.66±6.61	56.96±5.61
	F= 0.965	p=0.094

*Mann-Whitney U testi

**Ölçekten alınan puan arttıkça belirtilerin ciddiyeti de artmaktadır.

Tablo 17’ de uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların işlem öncesi DTAÖ, KTAÖ, AAÖ, KCÖ değerlerinin karşılaştırılması verilmiştir. Bu tabloya göre uygulama grubunun DTAÖ toplamı 23.9±2.7, kontrol grubunun 23.33±2.41 bulunmuş ve grupların puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.392). KTAÖ ortanca değeri uygulama grubunda 23.5(21-27), kontrol grubunda 23(20-27)’ dir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.104). Uygulama ve kontrol grubunun AAÖ ortancası 12(9-16) olarak bulunmuş, iki grubun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.345). Uygulama grubunun KCÖ toplamı 59.66±6.61, kontrol grubunun 56.96±5.61 olup, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.094).

Tablo 18: Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların 4.hafta(işlem sonrası) DTAÖ, KTAÖ, AAÖ, KCÖ değerlerinin karşılaştırılması

4.hafta	GRUPLAR	
	Uygulama Grubu(n=30)	Kontrol Grubu(n=30)
Dışkı tıkanıklığı alt ölçeği (0-28)	14(10-24)	24(13-28)
Z= -6.221		p=0.000
Kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği (0-29)	13(10-25)	25(15-28)
Z=-6.392		p=0.000
Ağrı alt ölçeği (0-16)	6(3-12)	13(5-16)
Z=-6.148		p=0.000
KCÖ toplam (0-73)	32(24-61)	62(52-70)
Z=-6.506		p=0.000

*Mann-Whitney U testi

**Ölçekten alınan puan arttıkça belirtilerin ciddiyeti de artmaktadır.

Tablo 18’ de uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların işlem sonrası 4. hafta DTAÖ, KTAÖ, AAÖ, KCÖ değerlerinin karşılaştırılması verilmiştir. Bu tabloya göre uygulama grubunun DTAÖ toplamı 14 (10-24), kontrol grubundan 24 (13-28) yüksek olup grupların puan değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). KTAÖ ortanca değeri uygulama grubunda 13 (10-25), kontrol grubunda 25 (15-28)’dir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Uygulama grubunun AAÖ ortancası 6 (3-12), kontrol grubunun 13 (5-16) olarak bulunmuş, iki grubun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). Uygulama grubunun KCÖ toplamı 32 (24-61), kontrol grubunun 62 (52-70) olup, grupların puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.001$).

5. TARTIŞMA

5.1. UYGULAMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ YAŞLILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Bu çalışmada uygulama ve kontrol grubundaki yaşlılar 65-75 yaş grubundadır. Yapılan analizler sonucunda her iki grup için istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=1.000$).Yapılan çalışmalar kronik konstipasyonun yaşlılarda daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur. Finlandiya’da yapılan bir çalışmada 65 ve 84 yaş aralığındaki kadınların %57’sinde, erkeklerin %64’ünde kronik konstipasyon görüldüğü ortaya çıkmış ve huzur evinde yaşayan yaşlılarda bu oranın sırasıyla %79 ve %81’e yükseldiği belirlenmiştir. (Orozco ve ark, 2012).

Bu çalışmada uygulama ve kontrol grubundaki cinsiyet oranı yarı yarıya eşitlenmiştir (% 50 kadın ve % 50 erkek).Yapılan analizler sonucunda her iki grup için istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=1.000$).

Uygulama grubundaki yaşlıların % 40’ı, kontrol grubundakilerin % 30’ u okuryazardır. Çalışmaya alınan yaşlıların ilkökul sonrası eğitime devam edenlerin oranı % 5 olarak saptanmıştır. Üniversite eğitimi alanların oranı kontrol grubunda %3.3 iken, uygulama grubunda ise üniversiteye giden kişi yoktur. Öğrenim durumu için yapılan analizler sonucunda uygulama ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.438$) (Tablo 1). Yapılan araştırmalarda konstipasyon prevalansı eğitim düzeyi düşük olanlarda daha fazla olduğu görülmüştür (Mugie et al. 2011; Suares and Ford 2011).

Uygulama ve kontrol grubunun gelir ve sahip oldukları güvence durumuna göre dağılımlarında uygulama ve kontrol grubunun % 53.3 ‘ ünün geliri orta düzeydedir. Her iki grup arasında istatistiksel fark saptanmamıştır ($p=1.000$) (Tablo 1). Araştırmalar düşük gelir düzeyindeki bireylerde konstipasyonun daha yaygın olduğunu göstermiştir (Howell et al. 2006).

Çalışmaya dahil edilenlerin % 70’ inin sosyal güvencelerinin olmadığı saptanmıştır. Gruplara arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=1.000$) (Tablo 1).

Uygulama grubundaki yaşlıların % 33.3’ ü, kontrol grubundaki yaşlıların % 20’ si 14 yıldan daha fazla süredir huzurevinde kaldığını belirtmiştir. Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların % 11.7’ sinin 1 yıldan daha az süredir huzurevinde kaldığı saptanmıştır. Yapılan analizler sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p= 0.478$) (Tablo 2). Bu çalışmayı huzurevinde yaşayan yaşlılarda

yaptık. Huzurevi sakinleri aynı ortamı paylaşımları nedeniyle gerek yaşam tarzı, gerek beslenme alışkanlıkları açısından göreceli olarak homojen bir gruptur. Hemşire bakımı nedeniyle hastaların takip ve gözlemi daha sağlıklı yapılabilmektedir. Çok sayıda yaşlının aynı ortamda bulunması çalışmanın sürdürülmesi için gerekli uygulama ve kontrol gruplarının kısa sürede oluşturulmasını kolaylaştırır. Yapılan araştırmalar neticesinde huzurevlerinde konstipasyon yaygınlığının yüksek olduğu öne sürülmektedir (Tariq 2007).

Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlıların kronik hastalık dağılımına göre; hem uygulama hem de kontrol grubunun hepsinde kronik hastalığa rastlanmaktadır. Bu sebeple her iki grup arasında istatistiksel karşılaştırma yapılamamaktadır (Tablo 3). Genel olarak, toplumda yaşayan yaşlı nüfusunun beşte birinin konstipasyon yaşadığını düşünülebilir. Kronik konstipasyonla ilgili yapılan son incelemeler, vakaların çoğunun ilerleyen yaştaki ve nörolojik hastalıkları bulunan kişilerde meydana geldiğini göstermiştir (Addison et al. 2003).

Yaşlılarda hemoroid görülme oranı incelendiğinde ise, uygulama grubundaki yaşlıların %13.3'ünde, kontrol grubundaki yaşlıların % 26.7'inde hemoroid görüldüğü saptanmıştır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.333$) (Tablo 3).

Uygulama grubunda 13 kişi, kontrol grubunda ise 12 kişi antihipertansif kullanmaktadır (Tablo 3). Konstipasyon riski oluşturan belirli ilaçlar vardır (Talley et al. 2003). Hareketsizlik, kötü hidrasyon, çeşitli hastalık ve ilaçların hastaları konstipasyon riskine soktuğu görülmüştür (Eberhardie 2003).

Uygulama ve Kontrol Grubundaki Yaşlılarda Konstipasyon Gelişimini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Bu çalışmada uygulama grubundaki yaşlıların % 30'u, kontrol grubundakilerin % 36.7' si meyve ve sebze tükettiklerini belirtmiştir. Uygulama grubundaki yaşlıların % 26.7' si, kontrol grubundakilerin % 30' unun et ve süt ürünleri ağırlıklı beslendiği saptanmıştır (Tablo 4). Günlük tavsiye edilen lif alımı 20 ile 35 g arasındadır. Eğer lif alımı bundan az olursa hastaların lif açısından zengin kepek, meyve, sebze ve kuruyemiş tüketimini artırmaları sağlanmalıdır (Hsieh 2005).

Bu çalışmada uygulama grubundaki yaşlıların % 80' i, kontrol grubundaki yaşlıların % 63.3' ü öğün atlamamaktadır. Her iki grubun beslenme alışkanlıklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.907$, $p=0.252$) (Tablo 4).

Bu çalışmada uygulama grubundaki yaşlıların % 70' i, kontrol grubundaki yaşlıların % 53.33' ü günde 1- 2 litre sıvı tüketmektedir (Tablo 4). Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.412). Bilimsel araştırmalara göre konstipasyon riskini artıran durumlardan biri günlük sıvı tüketiminin az olmasıdır. Leung ve ark dehidratasyon ve yavaşlamış kolon geçiş zamanı arasında ilişki olduğunu saptamıştır (Leung 2007).

Bu çalışmada uygulama grubu (% 66.7) ve kontrol grubundaki yaşlıların çoğu (% 60) sigara kullanmamaktadır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.789) (Tablo 5).

Bu çalışmada uygulama grubunda düzenli egzersiz yapan yaşlıların oranı % 36.7, kontrol grubundaki yaşlıların oranı ise % 50' dir. İki grup arasında istatistiksel farklılık bulunmamıştır (p=0.434) (Tablo 5). Hareketsiz yaşam stilinde konstipasyonu artırmaktadır. Yapılan randomize bir çalışmada, 12 hafta süren fiziksel aktivite programı sonucu kolonik geçiş zamanının kısaldığı ve Roma kriterleri sonucunda anlamlı bir değişim gözlenmiştir (De Schryver et al. 2005).

Annels ve ark. 2002 yılında konstipasyon sorunu yaşayan 90 yaşlı üzerinde bir araştırma yapmışlardır (Annells and Koch 2002). Bu çalışma için, Avusturalya'nın Adelaide şehri ve çevresinde yaşayan 65 yaş üstü 90 hasta uygun örneklem olarak kullanılmıştır. 29 katılımcı bölgesel hemşirelik servisinin topladığı bilgilerle, diğer 61 katılımcı eczane ve çeşitli medya reklamlarıyla yapılan duyurular sonucunda seçilmiştir. Katılımcılara önce koruyucu amaçlı olarak diyet, egzersiz ve sıvı alımına dair sorular sorulmuştur. Katılımcıların çoğu bu konuyla ilgili daha önce bilgilendirildiklerini söylemektedir. Fakat çeşitli kısıtlamalar bu üçlü tedavinin uygulanmasını engelleyebilmekte ve bazıları diyetle uyum sağlarken, çoğunluğu bu konuda başarısız olmaktadır.

Çalışmanın amacı: konstipasyondan yakınan yaşlı insanların kendi deneyimleri belirlemek; konstipasyon için kullanılan tedavi stratejilerini görmek, laksatif seçimi, satın alma, kullanım ve etkilerinin tanımlanması ve varsa diğer yöntemlerin belirlenmesi idi. Yine kullanılan eşzamanlı ilaçların belirlenmesi, katılımcılarla bulguları paylaşım, konstipasyon tedavileri ve laksatif kullanımında hastaları bilinçlendirmek çalışmanın amaçları arasında idi. Son olarak sağlık profesyonelleri arasındaki (örneğin hemşireler gibi) yaşlılar tarafından kullanımın da araştırılması amaçlanmıştır.

Katılımcıların değerlendirilmesi için 6 kriter esas alınmıştır: Çalışmaya alınma kriterleri: “1-Düzenli /sık sık kabız olmak (kişinin kendi tanımına göre), bir laksatif kullanıyor ya da kullanmış olmak 2- 65 veya üstü olmak, 3-0 çevrede yaşıyor olmak” olarak belirlendi. Dışlama kriterleri ise: “1-Ciddi hafıza kaybı, demans, zihinsel sakatlık gibi bilişsel eksiklik durumları, 2-Ciddi duyma kaybı, 3-Akut tedavi evresindeki ciddi hastalık ya da palyatif bakım almak” olarak belirlendi. Veriler karşılaştırılmalı olarak analiz edildi.

Bölge sakinleri tarafından beyan edilen konstipasyon sonuçlarını kullanan önceki anketler sonuçları % 30 olarak gösterirken bu çalışma yaygınlığın % 15 ila % 20 arasında olduğunu göstermiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 77.4 iken % 36 erkek, % 64 kadın idi. Çalışmaların hepsi bütün yaş gruplarında kadınlarda konstipasyonun erkeklere göre 2 ya da 3 kat daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bunun aksine, konstipasyonun yaşla artış oranı çelişkili bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların % 20’si konstipasyonun nedenini bilmezken % 15 kullandığı ilaçları, % 14’ü daha yapılan abdominal girişimleri, % 12’si hareketsizliği sorumlu tutmuştur. Tedavide hastaların % 25’i parmakla anüs çevresine bası uygularken, % 8’i parmakla anüsten dışkı çıkarttığını, 5 hasta ise karın bölgesine masaj uyguladığını beyan etmiştir. Hastalar arasında laksatif kullanım oranı % 70’e ulaşmaktaydı.

Nehra ve ark. larının 2000 yılında yapmış olduğu çalışmada 60 hastanın 39’unda psikolojik rahatsızlıklar tanımlanmış, aynı zamanda yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon, ağrı bozukluklarına bağlı depresyon, yeme bozukluklarına bağlı anksiyete kaydedilmiştir. 2 haftalık tedavi sürecinde psikolojik durum ve boşaltım sorunlarının iyileşmesi arasında ilişki olduğu gözlenmiştir (Nehra et al. 2000). Bizim çalışmamızda hastalara depresyon ve anksiyete düzeyini ölçen bir değerlendirme yapılmadığı konstipasyon depresyon ilişkisi konusunda yorum yapılamamıştır.

5.2. UYGULAMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ YAŞLILARIN DEFEKASYON ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Uygulama ve Kontrol Grubundaki Yaşlıların Roma-III Tanı Ölçütlerine Göre Defekasyona İlişkin Yakınmalarının İncelenmesi

Olgun’un yapmış olduğu çalışmada masaj ve kontrol grubundaki yaşlılardan defekasyon özelliklerine göre masaj grubunun %46.7’ sinin, kontrol grubunun %56.7’sinin haftada 1-2 defa defekasyon yaptığı saptanmıştır. Masaj grubundaki yaşlıların %70’i, kontrol grubundakilerin %76.7’ si defekasyon hissini

ertelememektedir. Masaj grubundaki yaşlıların %56.7' si, kontrol grubundakilerin ise %40'ı sabah kalktıklarında defekasyon hissini oluşturduğunu belirtmiştir. Defekasyon özelliklerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.57$, $p=0.77$, $p=0.16$).

Masaj grubundaki yaşlıların %53.3' ü, kontrol grubundakilerin %33.3'ü defekasyon sırasında sürekli ıkındıklarını belirtmiştir. Masaj grubunda sürekli sert dışkı yapan yaşlıların oranı (%60), kontrol grubundakilerden (%30) yüksektir. Masaj grubundaki yaşlıların %30'u, kontrol grubundakilerin %20'si defekasyon sonrası sürekli tam boşalmama hissi olduğunu belirtmiştir. Masaj grubunun %23.3' ü, kontrol grubunun %16.7'si defekasyon sonrası makatta sürekli tıkanıklık hissi yaşadığını ifade etmiştir. Defekasyonu kolaylaştırmak için masaj grubunun %16.7' si kontrol grubunun %6.7'si sürekli elle müdahale yapmaktadır. Masaj ve kontrol grubundaki yaşlıların Roma-III Konstipasyon Tanı Ölçütleri'nden sert dışkı dışkılama ve defekasyonu kolaylaştırmak için elle müdahale yakınmaları iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p=0.05$, $p=0.02$), diğer semptomlar ise anlamlı bulunmamıştır ($p=0.19$, $p=0.39$, $p=0.64$).

1. haftada masaj grubunun ıkınma puan ortancası 8.0, kontrol grubunun ise 7.0'dır. Üçüncü haftada masaj grubunun ıkınma puan ortancası 7.0, kontrol grubunun 6.0'dır. Beşinci haftada ise masaj grubunun puan ortancası 8.0, kontrol grubunun 7.0'dır. Yapılan analizde 1. hafta, 3. hafta ve 5. haftada masaj grubu ile kontrol grubunun ıkınma puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.08$, $p=0.15$, $p=0.06$).

1. ve 3. haftalarda her iki grubun tam boşalamama puan ortancası 2.0, 5. haftada ise masaj grubunun 2.0, kontrol grubunun 1.0 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda her iki gruptaki yaşlıların 1. hafta, 3. hafta ve 5. haftalardaki dışkılama sonrası tam boşalamama puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.49$, $p=0.87$, $p=0.39$).

Değerlendirmenin yapıldığı her üç haftada da hem masaj, hem de kontrol grubunun defekasyon sayısı puan ortancaları değişmemiştir (3.0). Yapılan istatistiksel analizde iki grubun 1. haftadaki defekasyon sayısı puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p=0.01$), 3. ve 5. haftalarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.17$, $p=0.23$) (Olgun2013).

Bu çalışmada masaj uygulamasından önce uygulama grubunun % 70'i, kontrol grubunun % 83.3' ünde defekasyonların en az % 25' inde zorlanma görülmüştür. Bu değerler arasında istatistiksel fark saptanmamıştır ($p=0.360$) (Tablo 6).

Uygulamanın birinci haftasında bu oran uygulama grubunda % 30, kontrol grubunda % 50 olarak saptanmıştır. Bu değerler arasında istatistiksel fark saptanmamıştır ($p=0.188$) (Tablo 6).

Uygulamanın dördüncü haftasında defekasyonda zorlanma görülme oranı uygulama grubunda % 0, kontrol grubunda % 30 olarak saptanmıştır. İki grup arasında anlamlı bir istatistiksel artış görülmüştür ($p=0.02$) (Tablo 6).

Masaj uygulamasından önce uygulama grubunun % 93.3' ü, kontrol grubunun % 60' ında topak topak veya sert dışkı görülmüştür. Bu değerler arasında istatistiksel bir fark saptanmıştır ($p=0.006$) (Tablo 7).

Uygulamanın ikinci haftasında bu oran uygulama grubunda % 90, kontrol grubunda % 63.3 olarak saptanmıştır. Bu değerler arasında istatistiksel fark görülmüştür ($p=0.033$) (Tablo 7).

Masaj uygulamasından önce hem uygulama grubunun hem kontrol grubunun % 73.3' ünde tam olmayan boşaltım hissi görülmüştür. Bu değerler arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır ($p=1.000$) (Tablo 8) .

Uygulamanın dördüncü haftasında bu oran uygulama grubunda % 16.7, kontrol grubunda % 50 olarak saptanmıştır. Bu değerler arasında istatistiksel fark görülmüştür ($p<0.001$) (Tablo 8).

Yaşlıların anorektal obstrüksiyon/ blokaj hissi değerlendirildiğinde; uygulamanın dördüncü haftasında uygulama grubundaki yaşlıların % 3.3' ünde, kontrol grubundaki yaşlıların % 30' unda bu hissin olduğu görülmüştür. İki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir artış izlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 9).

Masaj uygulamasından önce uygulama grubunun % 63.3'ü, kontrol grubunun % 53.3' ünde defekasyonu kolaylaştırmak üzere elle müdahale görülmüştür. Bu değerler arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır ($p=0.600$) (Tablo 10).

Uygulamanın üçüncü haftasında bu oran uygulama grubunda % 20, kontrol grubunda % 56.7 olarak saptanmıştır. Bu değerler arasında istatistiksel fark görülmüştür ($p<0.001$) (Tablo 10).

Yaşlılarda haftada 3' ten az defekasyona çıkma oranı masaj öncesi uygulama grubunda % 63.3 iken, kontrol grubunda % 56.7' dir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=0.792$) (Tablo 11).

Abdominal masaj uygulamasının dördüncü haftasında her iki grupta haftada 3' ten az defekasyona çıkma görülmediğinden istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır (Tablo 11).

Uygulama ve Kontrol Grubundaki Yaşlıların BDS' ye Göre Defekasyona İlişkin Yakınmalarının İncelenmesi

Olgun'un yaptığı çalışmada 1. haftada masaj grubunun puan ortancası 3.0, kontrol grubunun ise 4.0'dır. Grupların puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.00$).

Üçüncü haftada hem masaj hem de kontrol grubunun puan ortancası 4.0 olarak bulunmuş, grupların puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.26$).

Beşinci haftada ise masaj grubunun puan ortancası 5.0, kontrol grubunun puan ortancası 4.0 olup, grupların puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.03$).

1. haftada masaj grubunun dışkı kıvamı puan ortancası 4.0, kontrol grubunun ise 5.0'dır. Grupların puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.00$).

Üçüncü haftada masaj grubunun puan ortancasının 5.0, kontrol grubunun puan ortancasının 4.0 olduğu görülmektedir. Yapılan analizde grupların puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.26$). Beşinci haftada ise masaj grubunun puan ortancası 6.0, kontrol grubunun puan ortancası 5.0 olarak bulunmuş, grupların puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.03$) (Olgun2013).

Bu çalışmada yaşlılarda BDS' ye göre işlem öncesi tip 1 dışkı(topak topak ve parça parça sert dışkı) görülme oranı uygulama grubunda % 76.7 iken, kontrol grubunda % 56.7' dir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=0.171$) (Tablo 12).

Yaşlılarda BDS' ye göre işlem sonrası 2. haftada tip 1(topak topak ve parça parça dışkı) görülme oranı uygulama grubunda % 0 iken, kontrol grubunda % 46.7' dir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 13).

2. haftada tip 4 dışkı(kaygan yüzeyli ve yumuşak kıvamlı dışkı) görülme oranı uygulama grubunda % 20, kontrol grubunda ise % 0 olarak saptanmıştır. Konstipasyon tedavisiyle ilgili uygulama grubunda anlamlı bir artış izlenmiştir (p=0.024) (Tablo 14).

3. haftada tip 1 dışkı (topak topak ve parça parça sert dışkı) uygulama grubundaki yaşlılarda görülmezken kontrol grubunda % 26.7 oranındadır. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.005) (Tablo 15).

Uygulama grubundaki yaşlılarda 3. haftadan itibaren % 43.3 oranında tip 5 dışkıya(kenar verecek kıvamda parça parça dışkı) rastlanmıştır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bir artış olarak izlenmiştir (p<0.001) (Tablo 15).

4. haftada tip 1 dışkı (topak topak ve parça parça sert dışkı) uygulama grubundaki yaşlılarda görülmezken kontrol grubunda % 33.3 oranındadır. İki grup arasında istatistiksel olarak fark vardır (p=0.002) (Tablo 16).

Uygulama ve kontrol grubundaki yaşlılarda işlem sonrası 4. haftada tip 3 (yumuşak kıvamlı dışkı) ve Tip 4 dışkı(kaygan yüzeyli ve yumuşak kıvamlı dışkı) görülmediğinden istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır (Tablo 16).

5.3. ABDOMİNAL MASAJIN KONSTİPASYON CİDDİYETİ ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışmada, işlem öncesinde, uygulama ve kontrol grubu KCÖ'ye göre değerlendirildiğinde; uygulama grubunun DTAÖ toplamı 23.9±2.7, kontrol grubunun 23.33±2.41 bulunmuş ve grupların puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.392). KTAÖ ortanca değeri uygulama grubunda 23.5(21-27), kontrol grubunda 23(20-27)' dir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.104). Uygulama ve kontrol grubunun AAÖ ortancası 12(9-16) olarak bulunmuş, iki grubun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.345). Uygulama grubunun KCÖ toplamı 59.66±6.61, kontrol grubunun 56.96±5.61 olup, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.094) (Tablo 17).

İşlem sonrası 4. hafta sonunda KCÖ' ye göre değerlendirildiğinde; uygulama grubunun DTAÖ toplamı 14 (10-24), kontrol grubundan 24 (13-28) yüksek olup grupların puan değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.001). KTAÖ ortanca değeri uygulama grubunda 13 (10-25), kontrol grubunda 25 (15-28)'dir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.001). Uygulama grubunun AAÖ ortancası 6 (3-12), kontrol grubunun 13 (5-16) olarak bulunmuş, iki grubun puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). Uygulama grubunun KCÖ toplamı 32 (24-61), kontrol grubunun 62 (52-70) olup, grupların puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 18). Sonuç olarak hemen hemen tüm konstipasyon parametrelerinde abdominal masajın olumlu etkileri olduğu dikkati çekmektedir.

Preece tarafından yapılan olgu serilerinde, Richards'ın kullandığı karın masajı tekniğinin hastalıklarının tedavisi mümkün olmayan hastalarda etkili olduğu görülmüştür. Bu hastalar karın şişliğinde ve mide gazında azalma olduğunu ve 4 ila 6 hafta arasında normal bağırsak fonksiyonlarına döndüklerini bildirmişlerdir.

Preece ve Richards'ın kullandıkları masaj tekniklerinin temel farkı, Preece karına losyon sürerek nazik manüel teknikler kullanırken Richards'ın tenis topu kullanmasıdır. Önceden de belirtildiği üzere, karın masajında bilinen hiç ciddi bir kötü etki görülmemiştir. Karın masajının uygun olmadığı durumlar bilinen ya da şüpheli karın tıkanıklığı, karında kitle, karın ameliyatı ya da 6 haftalık süreçte radyasyon tedavisi almaktır. Masajın zamanla terapatik olarak kullanımı azalsa da son dönemde kronik konstipasyonun tedavisinde yan etkileri olmayan etkili bir yaklaşımı olduğu düşünülmektedir (Preece 2002).

Diğer bir randomize kontrollü çalışmada, mekanik abdominal masajın (abdomen bölgesine aralıklı olarak baskı uygulayan bir makine) bir gün önce kolon cerrahisi uygulanan hastaların üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Kalınbağırsak hareketleri (Peristalsis) normalde kolon cerrahisinden hemen sonra yavaşlar ya da durur. Bu çalışmada masaj uygulanan 25 hastada ilk gaz çıkış süresinin masaj yapılmayan diğer 25 hastaya oranla ciddi derecede azaldığı gözlenmiştir (Le Blanc-Louvry et al. 2002).

Abdominal masajın her gün ve uzun süre boyunca uygulanması gerekmektedir. Klauser ve ark. kronik konstipasyonu olan hastalara haftada 3 gün, 3 hafta boyunca abdominal masaj uygulamasının ardından yavaş geçiş zamanlı konstipasyonun iyileşmediğini ve abdominal masajın ilaç tedavisine alternatif olamayacağını belirtmişlerdir. Buna karşılık yapılan diğer araştırmalarda abdominal masajın konstipasyon tedavisinde etkili bir tedavi yöntemi olabildiği öne sürülmüştür (Harrington 2014).

Literatürdeki çalışma sonuçlarının farklı olması ve araştırma sayısının yetersiz olması bizi bu konuda çalışmaya sevk etmiştir. Çalışmamız sonuç olarak kronik konstipasyonu olan yaşlılarda düzenli uygulanan abdominal masajın olumlu etkileri olduğunu göstermiştir.

Abdominal masajın avantajlarından bazıları da bilinen bir yan etki içermemesi ve kontraendikasyona sahip olmamasıdır (Emly et al. 2001; Lamas et al. 2011; Harrington and Haskvitz 2014). Abdominal masajı tercih edilebilir yapan bir diğer özelliği de fitil ve enemalar gibi invazif tedaviler içermemesidir (Preece 2002; Moss et al. 2008). Daha invazif tedaviler, özellikle öğrenme güçlüğü olan kişilerde bunun gerekliliğini çok iyi kavrayamadıklarından ızdırap verici bir duruma neden olabilir (Moss et al. 2008). Ayrıca, abdominal masaj diyet ve laksatiflerin işe yaramadığı bazı hastalarda konstipasyonu gidermek için daha etkili bir çözüm olarak görülmektedir (Emly et al. 2001; Harrington and Haskvitz 2014).

Kim ve arkadaşlarının 2005'de Kore'de yaptıkları çalışmada yaşlı hastalarda aromaterapi masajın etkinliğini araştırmıştır. Hasta gruba limon, nane ve biberiye içeren uçucu yağlarla abdominal masaj uygulanırken kontrol grubuna plasebo etkili masaj uygulanmış, 10 günlük tedavi sonrası konstipasyonda anlamlı azalma gözlenmiştir (Kim et al. 2005). Yine Kore'de yapılan bir başka çalışmada 31 serebrovasküler olay (SVO) geçirmiş bakım hastasına aromaterapi eşliğinde abdominal masaj uygulanmıştır. Tedavi grubunda defekasyon sıklığında anlamlı artış olurken konstipasyon ölçeklerine göre konstipasyonda anlamlı iyileşme olduğu görülmüştür (Jeon and Jung 2005). Her çalışmada bu çalışmadan farklı olarak plasebo masaj uygulanmıştır. Ancak plasebo bile olsa masajın mekanik etkisi olabilmesi eleştiri konusu olmuştur.

2006 yılında Almanya'da Albers ve ark. spinal kord travmalı paraplejik hastalarda abdominal masajın konstipasyon üzerine etkisini belirlemek için 4 haftalık bir pilot çalışma yapmışlar ve bu tedavinin barsak hareketleri üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermişlerdir. Ancak çalışmanın sadece 7 hasta üzerinde yapılması nedeniyle istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır. İyileşme bulguları subjektif olarak değerlendirilmiştir (Albers et al. 2006). Hem Kore çalışmaları hem de bu çalışma olgu sayısı olarak bu çalışmadan daha küçük çalışmalardır.

Literatürde bu çalışmaya benzeyen en önemli çalışma Lamas ve arkadaşlarının çalışmasıdır. Kronik konstipasyonu olan hastalarda abdominal masajın gastrointestinal fonksiyonlar ve laksatif alımına olan etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışma 2005-2007 yılları arasında İsveç'te gerçekleştirilmiştir (Lamas et al. 2009). Çalışmada konstipasyonlu 60 katılımcı yer almış ve kontrol grubu ile deney grubu rastgele seçilmiştir. Her iki grup da önceden kullandıkları laksatiflere devam etmiştir. Ek olarak, deney grubuna sekiz hafta boyunca haftanın beş günü günde 15 dakika abdominal masaj uygulanmıştır. Katılımcıların masajı evde, işte ya da klinikte almaları kendi tercihlerine

birakılmıştır. Masaj sırasında her katılımcı kapalı bir odada yatakta sırt üstü şekilde uzanmıştır. Rahatlatıcı bir atmosfer sağlamak için hafif bir müzik çalınmıştır. Masaj, ellerde ve karında hafif baskı yaparak sistematik dairesel hareketler çizerek basit dokunuşlar içermektedir. Deney grubuna bağırsak hareketleri artmaya başladığında laksatif kullanımını azaltmaları söylenmiştir. Aynı zamanda kendi kendine masaj uygulama eğitimi sunulmuştur.

Çalışma ile ilgili olarak katılımcılar başlangıçta bir güvensizlik hissi duyduklarını belirtmişler, abdominal bölgeye masaj uygulamanın yararı konusunda şüphe duyduklarını söylemişlerdir. Bazıları masajı memnun edici bulsa da masaja bağımlı olmaktan ve çalışma bitiminde bunu devam ettirememekten korktuklarını belirtmiştir. Yine katılımcılar masaj sırasındaki atmosferin dinlendirici ve iyileştirici olduğunu belirtmiş, terapistin yaklaşımı ve cinsiyetinin de deneyim üzerinde etkili olduğunu söylenmiştir.

Katılımcılar masajdan sonra daha enerjik hissettiklerini belirtmiş, günlük hayatlarını büyük ölçüde etkileyen konstipasyon sorunları azalmaya başladığında rahatlama hissi duyduklarını ifade etmişlerdir. Tedavi grubundaki olgulara 8 hafta süreyle, haftada 5 gün abdominal masaj uygulamasından sonra gastrointestinal semptomların şiddeti istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmıştır. Tedavi grubundaki olguların defekasyon sıklığı anlamlı olarak artmış fakat laksatif alımında anlamlı azalma olmamıştır (Lamas et al. 2009).

Bu çalışmada ise çalışma süresi daha kısa (4 hafta) idi. Ayrıca bu çalışmada hiçbir hasta laksatif kullanmamış, sadece masajın etkisi değerlendirilmiş ve istatistiksel olarak konstipasyonda anlamlı azalma saptanmıştır. Yine bu çalışmada masajın psikolojik olumlu etkileri herhangi bir ölçekte değerlendirilmemiştir. Buna rağmen genel olarak hastaların hemen tümü abdominal masajı olumlu bulmuşlardır.

Abdominal masajla ilgili en son yapılan randomize kontrollü çalışma ise McClurg ve ark tarafından 2011'de yürütülmüştür. Bu pilot çalışma konstipasyonu olan 30 multipl sklerozlu hastayı içermektedir. Yarisına standard tedavi ve abdominal masaj uygulanırken diğer yarisına sadece standard tedavi verilmiştir. Masaj katılımcılara ya da bakıcılarına öğretilmiş ve dört hafta boyunca günlük olarak uygulamaları istenmiştir. Her iki grup da masaj tekniklerini güçlendirmek için bir klinisyen tarafından ziyaret edilmiş ve bağırsak yönetimi konusunda danışmanlık yapılmıştır. Birincil sonuç ölçümü Konstipasyon Skorlama Sistemi (KSS) ile yapılmıştır. İstatistikler masaj grubunun önemli ölçüde yarar sağladığını göstermiştir.

KSS 8 değişken içermektedir: sıklık, konfor hissi, defekasyonda ağrı, stimölasyon kullanımı, harcanan süre, tam boşaltım hissi, öykü ve boşaltımda başarısızlık. Bu değişkenler 0 ile 4 arasında ciddiyete göre puanlanarak kişisel, madde skorları toplanarak global bir skor elde edilir. 15 puan ya da fazlası konstipasyon olarak tanımlanır. Çalışmada katılımcılar defekasyon sıklığının ve kolaylığının arttığını belirtmişlerdir ve bağırsak hareketlerinin olumlu yönde değiştğini söylemişlerdir.

Ülkemizde yapılan abdominal masajla ilgili son çalışma Olgun tarafından yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, araştırmaya dahil olma ölçütlerine uyan 60 yaşlı oluşturmuştur. Yaşlılar basit randomizasyon ile 30'u masaj ve 30'u kontrol grubuna ayrılmıştır. Kurum hekimi tarafından konstipasyon tanısı konmuş yaşlılara Yaşlı Tanıtım Formu, Roma-III Konstipasyon Tanı Ölçütleri Formu ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Her iki gruptaki yaşlılara birinci hafta hiçbir uygulama yapılmamış, yaşlıların defekasyon özellikleri Defekasyon Günlüğü, Bristol Dışkı Kıvam Ölçeği ve Görsel Kıyaslama Ölçeği kullanılarak izlenmiştir. Masaj grubundaki yaşlılara 4 hafta boyunca, haftada 5 gün, öğle yemeklerinden en az 2 saat sonra, 10 dakika 108 abdominal masaj uygulanmıştır. Masaj uygulamasının 3. ve 5. haftalarında her iki gruptaki yaşlıların defekasyon özellikleri Defekasyon Günlüğü, Bristol Dışkı Kıvam Ölçeği ve Görsel Kıyaslama Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Her iki gruptaki yaşlılara 5. haftada Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma bulgularına göre; 4 hafta uygulanan masaj yaşlıların dışkılama miktarını arttırmış, dışkı kıvamını ve distansiyonunu azaltmış, fakat defekasyon sırasındaki ıkınmayı, defekasyon sonrası tam boşalamama hissini, defekasyon sayısını ve laksatif kullanma sıklığını etkilememiştir. Konstipasyon semptomları dikkate alındığında, masaj grubundaki yaşlıların konstipasyon şiddeti ve gaz şiddetinin azaldığı saptanmıştır. Masaj uygulamasının yaşlıların konstipasyon yaşam kalitesini yükselttiği saptanmıştır (Olgun 2013).

Bu çalışmada hem uygulama hem kontrol grubundaki yaşlılara laksatif verilmemiştir. Uygulama grubundaki yaşlılara dört hafta boyunca her gün 15 dakikalık abdominal masaj uygulanmıştır.

Sağlık problemleri yaşıyan yaşlı insanlar, genellikle yaşam kalitesini kötü etkileyen bir hastalık olan konstipasyonu deneyimlemektedirler. Yaşlı insanlarda konstipasyonun yönetiminde adım adım ilerlenmelidir. Yaşam tarzının değiştirilmesi ve laksatifler konstipasyon yönetiminin temelidir. Yaşlıların bakımında yeni müdahaleler geliştirilmiş ve uygulanmaya başlanmıştır. Hemşireler bilgi ve yeteneklerini birleştirerek hastaya etkili bir bakım sağlayabilmelidirler (Woodward 2012).

6. SONUÇ

Bu çalışma sonucunda, Roma III kriterlerinden; uygulamanın dördüncü haftasında defekasyonda zorlanma görülme oranı uygulama grubunda % 0, kontrol grubunda % 30 olarak saptanmıştır. İki grup arasında anlamlı bir istatistiksel artış görülmüştür ($p=0.02$).

Uygulamanın dördüncü haftasında tam olmayan boşaltım hissi uygulama grubunda % 16.7, kontrol grubunda % 50 olarak saptanmıştır. Bu değerler arasında istatistiksel fark görülmüştür ($p<0.001$).

Yaşlıların anorektal obstrüksiyon/ blokaj hissi değerlendirildiğinde; uygulamanın dördüncü haftasında uygulama grubundaki yaşlıların % 3.3'ünde, kontrol grubundaki yaşlıların % 30'unda bu hissin olduğu görülmüştür. İki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir artış izlenmiştir ($p<0.001$).

Abdominal masaj uygulamasının dördüncü haftasında her iki grupta haftada 3' ten az defekasyona çıkma görülmediğinden istatistiksel karşılaştırmaya yapılamamıştır.

BDS' ye göre Tip 4 dışkı görülme oranı uygulama grubunda % 20, kontrol grubunda ise % 0 olarak saptanmıştır. Konstipasyon tedavisiyle ilgili uygulama grubunda anlamlı bir artış izlenmiştir ($p=0.024$).

Tip 1 dışkı uygulama grubundaki yaşlılarda görülmezken kontrol grubunda % 26.7 oranındadır. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.005$).

İşlem sonrası dördüncü hafta sonunda KCÖ' ye göre değerlendirildiğinde; uygulama grubunun DTAÖ toplamı 14 (10-24), kontrol grubundan 24 (13-28) yüksek olup grupların puan değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). KTAÖ ortanca değeri uygulama grubunda 13 (10-25), kontrol grubunda 25 (15-28)'dir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Uygulama grubunun AAÖ ortancası 6 (3-12), kontrol grubunun 13 (5-16) olarak bulunmuş, iki grubun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). Uygulama grubunun KCÖ toplamı 32 (24-61), kontrol grubunun 62 (52-70) olup, grupların puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.001$).

Bu çalışmada; yaşlı bireylerin konstipasyonunun yönetilmesinde uygulanan abdominal masajın etkili bir yöntem olduğu belirlenmiştir. Bunun sonucunda abdominal masaj uygulamasının çalışmayı yaptığımız kurum tarafından bakım protokolüne alınması kararlaştırılmıştır. Abdominal masajın herhangi bir yan etkisinin olmadığı,

yaşlıların yaşam kalitesini artırdığı ve hemşirelik bakımı sürecinde önemli bir rol oynadığı söylenebilir. Konstipasyonlu hastaların yönetimindeki amaç sadece konstipe bölgeyi rahatlatmak değil aynı zamanda hastaların daha sağlıklı dışkılama alışkanlıkları benimsemelerine yardımcı olarak konstipasyonun yeniden ortaya çıkmasını engellemektir. Bu nedenle uygulanacak tedaviler arasında abdominal masajın önemli bir yeri olduğunu düşünmekteyiz. Bu çalışma abdominal masaj uygulamasının olumlu etkilerini ortaya koyan öncü bir çalışmadır. Abdominal masajın etkinliğini daha kesin göstermek için daha geniş katılımlı ve daha uzun süre takipli randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

ÖNERİLER

- Abdominal masajın bireye özellikle sabah yemeklerden 30 dakika sonra uygulanması
- Dört hafta abdominal masaj uygulama sürecinde konstipasyon şiddetinde olumlu bir değişiklik gözlenmezse abdominal masajın etkililiğini artırmak için uygulama süresinin artırılması
- Abdominal masaj konstipasyonu olan bireylere hemşireler tarafından uygulanabilmesi
- Hemşirenin uygulama süresinde yetersiz kalabileceği durumlar için konstipasyon sorunu olan birey ve yakınına da abdominal masaj uygulamasının öğretilmesi
- Huzurevlerinde, evde bakım hizmetleri alanında çalışanlara konstipasyon ve abdominal masajla ilgili bilgi verilmesi
- Abdominal masajın hemşirelik bakımında yurtdışında olduğu gibi ülkemizde de bağımsız hemşirelik girişimi olarak yer alması
- Abdominal masajın etkinliğinin gösterilmesi adına bu konuyla ilgili randomize çalışmaların yaygınlaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Addison R, Davies C, Haslam D, Powell M, Stowers L. (2003) A national audit of chronic constipation in the community. *Nurs Times*. 24;99(11):34-5.
- Akbayrak T, D.F., Karakaya İ, Ekici G, Kaya S. (2006) Huzursuz Barsak Tedavisinde Farklı Bir Yaklaşım-Olgu Sunumu. *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*, 17 (3).
- Albers B, Cramer H, Fischer A, Meissner A, Schürenberg A, Bartholomeyczik S. (2006) Abdominal massage as intervention for patients with paraplegia caused by spinal cord injury--a pilot study. *Pflege Z*. 59(3):2-8.
- Allah E, Ibrahim H, Fahmy H. (2013) Effect of nursing intervention on constipation among elderly in Zagazig city Sharkia governorate. *Journal of American Science*, 9(3s),32-44.
- Annells M, Koch T. (2002) Older people seeking solutions to constipation: the laxative mire. *J Clin Nurs*. 11(5):603-12.
- Ayas S, Leblebici B, Sozay S, Bayramoğlu M, Niron EA. (2006) The effect of abdominal massage on bowel function in patients with spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehabil*, 85 (12), 951-955.
- Babacan A, Şipkin S, Keskin G. (2012) Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 3(1):13-21.
- Bailes BK, Reeve K. (2013) Constipation in older adults. *The Nurse Practitioner*. 38(8):21-5.
- Beğer T, Yavuzer H. (2012) Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*. 25: 1-3.
- Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. (2014) Kronik Konstipasyona Güncel Yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*. 18/1, 72-88.
- Bilir N. (2004) Yaşlılık ve Halk Sağlığı. In: Gokce-Kutsal Y (Ed): *Yaşlılık Gerçeği*. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, pp 11-29.
- Bosshard W, Dreher R, Schnegg JF, Büla CJ. (2004) The Treatment of Chronic Constipation in Elderly People. *Drugs & Aging*. 21(14): 911-930.
- Bouras EP, Tangalos EG. (2009) Chronic constipation in the elderly. *Gastroenterol Clinics of North America*. 38,463-480.
- Brarucha AE, Pemberton JH, Locke GR. (2013) American Gastroenterological Association Technical Review on Constipation. *Gastroenterology*. 144(1): 218–238.
- Cardin F, Minicuci N, Droghi AT, Inelmen EM, Sergi G, Terranova O. (2010) Constipation in the acutely hospitalized older patients. *Arch Gerontol Geriatr*. 50(3):277-81.
- Cheng C, Chan AO, Hui WM, Lam SK. (2008) Coping strategies, illness perception, anxiety and depression of patients with idiopathic constipation: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther*. 18(3):319-26.
- Chiarioni G, Whitehead WE, Pezza V, Morelli A, Bassotti G. (2006) Biofeedback is superior to laxatives for normal transit constipation due to pelvic floor dyssynergia. *Gastroenterology*. 130: 657–64.
- Chong PS, Bartolo DC.(2008) Hemorrhoids and fissure in ano. *Gastroenterol Clin North Am*. 37:627-44, ix.
- Choung RS, Locke GR 3rd, Zinsmeister AR, Schleck CD, Talley NJ. (2007) Epidemiology of slow and fast colonic transit using a scale of stool form in a community. *Aliment Pharmacol Ther*. 26: 1043-50.
- Connor M et al (2014) Using abdominal massage in bowel management. *Nursing Standard*, 28, 45, 37-42.

- Costa J, Towobola B, McDowel C, Ashe R. (2014) Recurrent pelvic organ prolapse (POP) following traditional vaginal hysterectomy with or without colporrhaphy in an Irish population. *Ulster Med J.* 83(1): 16–21.
- Costales A, Agarwal A, Chauhan S, Refuerzo J, Taub E. (2015) Stercoral Perforation of the Colon during Pregnancy: A Case Report and Review of the Literature. *AJP Rep.* 5(1): e25–e29.
- Çetinkaya ve Aydın. (2007) İrritabl Barsak Sendromuyla İnflamatuvar Barsak Hastalığı Arasındaki İlişki. *Güncel Gastroenteroloji.* 11/4 ,190-198.
- De Schryver, A.M., Keulemans, Y.C., Peters, H.P., Akkermans, L.M., Smout, A.J., De Vries, W.R. ve diğerleri. (2005) Effects of regular physical activity on defecation pattern in middle-aged patients complaining of chronic constipation. *Scand J Gastroenterol,* 40 (4), 422-429.
- Denby N. (2006). The role of diet and lifestyle changes in the management of constipation. *Journal of Community Nursing,* 20(9): 20-24.
- Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Deeds O, Ascencio A, Begert G. (2007) Preterm infant massage elicits consistent increases in vagal activity and gastric motility that are associated with greater weight gain. *Acta Paediatr.* 96(11):1588-91.
- Eberhardie C. (2003) Constipation: identifying the problem. *Nurs Older People.* 15(9):22-6.
- Emly M, Wilson L, Darby J. (2001) Abdominal massage for adults with learning disabilities. *Nursing Times ,* 97(30):61-62.
- Emly MC. (2007) Abdominal massage for constipation. In: Halsam J, Laycock J. eds. *Therapeutic Management of Intcontinance and Pelvic Pain.* 2 nd ed. London; p.223-5.
- Emmanuel AV, Kamm MA. (2001) Response to a behavioral treatment, biofeedback, in constipated patients is associated with improved gut transit and autonomic innervation. *Gut.* 49: 214–9.
- Eoff JC. (2008) Optimal treatment of chronic constipation in managed care: review and roundtable discussion. *J Manag Care Pharm .*14: 1–15.
- Ernst E. (2003) The safety of massage therapy. *Rheumatology.* 42:1101–1106.
- Fadıoğlu Ç, Yıldırım Y, Tokem Y. Yaşlı Bireylerde Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi, 1. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, 7-10 Nisan 2004 Antalya (Poster Bildiri).
- Fritz S.(2009) *Mosby's Fundamentals of The Therapeutic Massage.* 4th ed. China: Mosby Elsevier Company, p.332-3.
- Guyton A, H.C. (2011). *Tıbbi Fizyoloji (c. 10): Nobel Kitapevi.*
- Harrington, K.L., Haskvitz, E.M. (2014) Managing a patient's constipation with physical therapy. *Phys Ther,* 86 (11), 1511-1519.
- He CL, Burgart L, Wang L et al. (2000) Decreased interstitial cell of cajal volume in patients with slow-transit constipation. *Gastroenterology.* 118: 14–21.
- Howell SC, Quine S, Talley NJ (2006) Low social class is linked to upper gastrointestinal symptoms in an Australian sample of urban adults. *Scand J Gastroenterol,* 41 (6), 657-666.
- Hsieh C. (2005) Treatment of Constipation in Older Adults. *American Family Physician.* 72(11), 2277-2284.
- Jeon SY, Jung HM. (2005) The effects of abdominal meridian massage on constipation among CVA patients. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* 35 (1):135-42.

- Karaduman A, Ülger Ö, Kılınç M, Yağlı N. (2013) Fizyoterapi Seminerleri. Hacettepe Üniversitesi. Pelikan Kitapevi.
- Kim MA, Sakong JK, Kim EJ, Kim EH, Kim EH. (2005) Effect of aromatherapy massage for the relief of constipation in the elderly. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 35(1):56-64.
- Koch T, Hudson S. (2000) Older people and laxative use: literature review and pilot study report. *J Clin Nurs*. 9(4):516-25.
- Konak A, Çiğdem Y. (2005) Yaşlılık Olgusu: Sivas Huzurevi Örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*.29(1):23-63.
- Korkmaz M, Yüksel F, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. (2011) Kabızlık Yakınması Olan Hastanın Birinci Basamakta Yönetimi. *Konuralp Tıp Dergisi*. 3(3) :35-41.
- Kulakçı H, Emiroğlu O. (2011) Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakımında Omaha Sistemi'nin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 4(1), 25-33.
- Lamas K (2011) Using massage to ease constipation. *Nursing Times*; 107: 4, 26-27.
- Lamas K, Lindholm L, Stenlund H, Engstrom B, Jacobsson C. (2009) Effects of abdominal massage in management of constipation--a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 46 (6), 759-767.
- Lembo A,Camilleri M (2003) Chronic Constipation. *N Engl J Med*. 349:1360-8.
- Leung, F.W. (2007) Etiologic factors of chronic constipation: review of the scientific evidence. *Dig Dis Sci*, 52 (2), 313-316.
- Lohsiriwat V. (2012) Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management. *World J Gastroenterol*. 18(17): 2009-2017
- Longstreth G, Thompson W, Chey W, Houghton L, Mearin F, Spiller R. (2006) Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 130, 5, 1480-1491.
- Mason HJ, Serrano-Ikkos E, Kamm MA. (2002) Psychological state and quality of life in patients having behavioral treatment (biofeedback) for intractable constipation. *Am J Gastroenterol*. 97(12):3154-9.
- McClurg D, Hagen S, Hawkins S, Strong AL. (2010) Abdominal massage for the alleviation of constipation symptoms in people with multiple sclerosis: a randomized controlled feasibility study. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*. 108, 14–15.
- Moss L, Smith M, Wharton S, Hames A. (2008) Abdominal massage for the treatment of idiopathic constipation in children with profound learning disabilities: a single case study design. *British Journal of Learning Disabilities*. 36(2),102–108.
- Mugie, S.M., Benninga, M.A.,Di Lorenzo, C. (2011) Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 25 (1), 3-18.
- Mumford S.(2006) *The New Complete Guide to Massage*; Hamilyn.
- Narayanaswamy S, Walsh M. (2007) Calcified fecolith--a rare cause of large bowel obstruction. *Emerg Radiol*. 13:199-200.
- Nehra V, Bruce B, Rath-Harvey D, Pemberton J, Camilleri M. (2000) Psychological disorders in patients with evacuation disorders and constipation in a tertiary practice. *The American Journal of Gastroenterology*. 95, 1755–1758.
- Norton C, Chelvanayagam S, Wilson-Barnett J, Redfern S, Kamm MA. (2003) Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. *Gastroenterology*. 125(5):1320-9.

- Olgun S. (2013) Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Abdominal Masajın Kronik Konstipasyona Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi.
- Oğuz M. (2007) Yaşlılarda Görülen Biyolojik ve Sosyal Değişiklikler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Orozco J., Orenstein A, Sterler S., Stoa J. (2012) Chronic Constipation İn The Elderly, The American Journal Of Gastroenterology, 107:18–25.
- Peppas G, Alexiou V, Mourtzoukou E, Falagas M. (2008) Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a systematic review. BMC Gastroenterology. 8:5, 1-7.
- Perez M, Martinez A. (2009) The Bristol scale — a useful system to assess stool form. Rev Esp Enferm Dig. 101(5), 305-311.
- Preece J. (2002) Introducing abdominal massage in palliative care for the relief of constipation. Complement Ther Nurs Midwifery, 8 (2), 101-105.
- Rao SS, Ozturk R, Laine L. (2005) Clinical utility of diagnostic tests for constipation in adults: a systematic review. Am J Gastroenterol, 100: 1605-15.
- Rao SSC. (2001) Dyssynergic defecation. Gastroenterol Clin North Am. 31: 97–114.
- Rao SSC. (2003) Constipation: evaluation and treatment. Gastroenterol Clin North Am. 32: 659–83.
- Rao SSC, Go J. (2010). Update on the management of constipation in the elderly: new treatment options. Clin Interv Aging. 5: 163–171.
- Sanchez M, Bercik P. (2011) Epidemiology and burden of chronic constipation. Can J Gastroenterol. 25:11-15.
- Schmidt F, Santos V. (2014) Prevalence of Constipation in the General Adult Population: An Integrative Review. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. 41(1), 70-76.
- Shah B, Chokhavatia S, Rose S. (2012) Fecal Incontinence İn The Elderly: FAQ. The American Journal of Gastroenterology. Doi: 10.1038/Ajg.2012.284.
- Soyuer F, Soyuer A. (2008) Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 15(3)219-224.
- Steele SR, Mellgren A. (2007) Constipation and obstructed defecation. Clin Colon Rectal Surg. 20:110–117.
- Suares, N.C., Ford, A.C. (2011) Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. Am J.
- Tack J, Lissner S, Stanghellin V, Boeckxstaens G, Kamm M, Simren M, Galimiche JP, Fried M. (2011) Diagnosis and treatment of chronic constipation – a European perspective. Neurogastroenterol Motil. 23, 697–710.
- Talley, N.J., Jones, M., Nuyts, G., Dubois, D. (2003) Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. Am J Gastroenterol, 98 (5), 1107-1111.
- Taner D, S.B., Akşit D, Cumhuriyet M. (2001). Temel Anatomi (1 bs.). Ankara: ODTÜ Yayınları.
- Tariq SH. (2007) Constipation in long-term care. J Am Med Dir Assoc. 8(4): 209-18.
- Tiftik S, Kayış A, İnandır İ. (2012) Yaşlı Bireylerde Sistemsel Değişiklikler, Hastalıklar ve Hemşirenin Rolü, Akad Geriatri, 4:1-11.

Tuna N. (2011) A'dan Z'ye masaj. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, p.17-39.

Turan N, Kaya N, Kaya H, Öztürk A, Eskimez Z, Yalçın N. (2011) Hemşirelik Öğrencilerinin Bazı Değişkenler Açısından Konstipasyon Sorunları. İ.U.F.N. Hem. Derg. Cilt 19 - Sayı 3: 168-178

Turan N, Aştı T. (2015) Konstipasyon Yönetiminde Abdominal Masajın Önemi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.18: 2.

Varma MG, Wang JY, Berian JR, Patterson TR, McCrea GL, Hart SL. (2008) The constipation severity instrument: a validated measure. Dis Colon Rectum. Feb;51(2):162-72.

Woodward S.(2012) Assessment and management of constipation in older people. Nurs Older People. 24(5):21-6.

Xiao, Z.L., Pricolo, V., Biancani, P.,Behar, J. (2005) Role of progesterone signaling in the regulation of G-protein levels in female chronic constipation. Gastroenterology, 128 (3), 667-675.

Xin HW, Fang XC, Zhu LM, Xu T, Fei GJ, Wang ZF, Chang M, Wang LY, Sun XH, Kei MY. (2014) Diagnosis of functional constipation: Agreement between Rome III and Rome II criteria and evaluation for the practicality. J Dig Dis. 15(6): 314–320.

Yang J, Wang HP, Zhou L, Xu CF. (2012) Effect of dietary fiber on constipation: A meta analysis. World J Gastroenterol. 18(48): 7378–7383.

Yönt G, Türk G, Khorshid L, Eşer İ. (2011) Huzurevinde Kalan Yaşlı Bireylerde Konstipasyon Tanısının Değerlendirilmesi. İ.U.F.N. Hem. Derg. Cilt 19 - Sayı 2: 83-88.

Yüksel İ, Baltacıoğlu S. (2010) Klasik Masaj Teknikleri. Yüksel İ, editör. Masaj Teknikleri. Ankara: Öz Baran Ofset, .p.82-155.

<http://www.tuikapp.tuik.gov.tr> (Ulaşım: 10 Ocak 2015)

<http://www.turkgeriatrivakfi.org.tr> (Ulaşım: 10 Ocak 2015)

<http://www.saglikocağim.org.tr> (Ulaşım: 7 Eylül 2015)

<http://www.ibrahimyurdakul.com> (Ulaşım: 7 Eylül 2015)

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Ayşe Baran

Doğum Yeri ve Tarihi: 04/02/1966 Sivas

Yabancı Dili: İngilizce

İletişim (Telefon/e-posta): 05325567580-aysebaran1966@gmail.com

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)

Lise: Uludağ Üniversitesi Hemşirelik meslek lisesi 1980-1984

Lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 2011-2013

Yüksek Lisans: Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri İç Hastalıkları Hemşireliği 2013-2014

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

- 1984-2007 Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

Başhemşireliği

- 2007-2009 Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölüm

Başhemşiresi (Hastane Başhemşire Yardımcısı)

- 2013-2014 Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği

Sözleşmeli Öğretim Elemanı

- 2015 Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon programına halen devam etmekteyim.

Anadolu Üniversitesi Adalet Yüksekokulu 2. sınıf öğrencisiyim.

Düzenleme kurulunda yer aldığı kongreler-sempozyumlar

1) Kardiyoloji Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitim Programı:26-29 Nisan 2001-Bursa

2) 3.Uludağ İç Hastalıkları Hemşireliği Sempozyumu 09-12 Nisan 2009-Bursa

3) 1.Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 27-28 Eylül 2002-İstanbul

Konuşmacı olarak katıldığı kongre- sempozyumlar

1) Kardiyoloji Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitim Programı (Pacemaker Hemşirelik

İşlevleri-Konuşmacı) 2001-Bursa

2) 1. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi (Temel Yaşam Desteği-Workshop)

2002- İstanbul

3) 3.Uludağ İç Hastalıkları Hemşireliği Sempozyumu (Konferans: Teknolojinin Yoğun

Bakım Üniteleri Üzerindeki Yeri -Oturum Başkanı) 2009 Bursa

4) 24.Ulusal Kardiyoloji Kongresi (Elektriksel Kardiyoversiyon Yapılacak Hastaların

Hazırlanması, Uygulanması ve Sonrası Takibi-Konuşmacı) 2008-İstanbul

Poster Sunumları

1) European Oncology Nursing Congress (onkoloji alanında çalışan hemşirelerin empati ve iş doyumunun hasta bakımına etkisi) 2014 İstanbul

2) 3. Temel Hemşirelik Bakım Kongresi (Ebola Virüsü ve Sağlık Çalışanları)-2014 Antalya

Sözlü Bildiriler

1) Patient Safety and Nursing Care: Uludag University Healthcare Institutions “Experiance”

2) International Conference on Quality in Health Care Accreditation and Patient Safety, 2009-Antalya

Makale-klavuz kitap

1) Türk Kardiyoloji Derneği Perkutan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Klavuzu 2004

2) Türk Hemşireler Derneği Dergisi Makale (Aman Sigaraya Dikkat)

Verdiği Eğitimler

1) Sağlık Bakanlığının Düzenlemiş Olduğu Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitim Sertifika Programı (EKG çekimi ve EKG Monitarizasyonu) Uludağ Üniversitesi 2003 ve 2004-Bursa

2) Monitorizasyon ve Non İnvazif Kardiyak Tanı Yöntemleri. Özel Kalp ve Aritmi Hastanesi 2008-Bursa

EKLER

EK-1

ONAM FORMU (UYGULAMA GRUBU)

Sizi Ayşe Baran tarafından yürütülen *“Yaşlılarda Konstipasyon Yönetiminde Abdominal Masajın Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma”* başlıklı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışma, abdominal masajın yaşlılardaki konstipasyon yönetimindeki etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Abdominal masaj uygulaması, dört hafta boyunca her gün 15 dakika uygulanacaktır. Bütün bu uygulamalar sırasında herhangi bir rahatsızlık hissedilmeyecektir. Abdominal masaj uygulamasının sağlığa zararlı herhangi bir yan etkisi yoktur. Bu araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için sorulara samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır.

Katılımcı İmzası

Araştırma
Sorumlusu

(Adı, Soyadı Ünvanı-
İmzası)

EK-2

ONAM FORMU (KONTRROL GRUBU)

Sizi Ayşe Baran tarafından yürütülen *“Yaşlılarda Konstipasyon Yönetiminde Abdominal Masajın Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma”* başlıklı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu çalışma, abdominal masajın yaşlılardaki konstipasyon yönetimindeki etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için sorulara samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır.

Katılımcı İmzası

Araştırma
Sorumlusu

(Adı, Soyadı Ünvanı-
İmzası)

EK-3 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1.Yaşınız

2. Cinsiyetiniz.....

- 1.Erkek 2.Kadın

3.Öğrenim Durumunuz

- 1.Okuryazar değil 2.Okur Yazar 3. İlkokul
 4. Orta öğrenim 5. Üniversite 6.Diğer.....

4. Mesleğiniz

5. Medeni Durumunuz

1. Evli 2. Bekar

6. Gelir durumunuz;

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

7.Sağlık güvenceniz nedir?

- Var Yok

8.Ne kadar süredir huzurevinde kalıyorsunuz ?

- 1 yıl ve altı 2-7 yıl 8-13 yıl 14 yıl ve üzeri

9. Mevcut kronik hastalığınız var mı?

- 1.Evet 2.Hayır

10. Hemoroidiniz var mı?

- 1.Evet 2.Hayır

11. Alışkanlığınız varsa lütfen belirtiniz.

Sigara.....süre.....adet...

Alkol.....süre.....adet..

Madde kullanımı.....

Diğer.....

12.Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?

Evet Hayır

Var ise nedir ?.....

13.En çok tükettiğiniz besin grubu nedir?

Tahıl grubu Et ve süt ürünleri Meyve ve sebze Diğer

14.Öğün atlıyor musunuz?

Evet Hayır

15. Günde ne kadar sıvı tüketiyorsunuz?

1litreden az 1- 2 litre 2- 3 litre

16.Düzenli yaptığınız egzersiz var mı?

Evet Hayır

17.Kabız olduğunuzda ilaç desteği alıyor musunuz ?

Evet Hayır Bazen

18.Kabızlık için alternatif tedaviler uyguluyor musunuz ?

Evet Hayır Bazen

19.Kabızlığınız için herhangi bir diyet uyguluyor musunuz ?

Evet Hayır

EK-4 (ROMA III KRİTERLERİ)

1. Kabızlığın tanısı için aşağıdakilerden 2 ya da daha fazlası mutlaka olmalıdır:

a. Defekasyonların en az % 25' inde zorlanma

Var Yok

b. Defekasyonların en az % 25' inde topak topak ya da sert dışkı

Var Yok

c. Defekasyonların en az % 25' inde tam olmayan boşaltım hissi

Var Yok

d. Defekasyonların en az % 25' inde anorektal obstrüksiyon/ blokaj hissi

Var Yok

e. Defekasyonların en az % 25' ini kolaylaştırmak üzere elle müdahale (ör: parmakla boşaltım, pelvik zemine destek)

Var Yok

f. Haftada 3' ten az defekasyon

Var Yok

2. Laksatifler kullanılmadığı zaman gevşek dışkının nadir görülmesi

Var Yok

3. İrritabl bağırsak sendromu için yetersiz kriter bulunması

Var Yok

EK-5 (BRİSTOL DIŞKILAMA SKALASI)

Tip 1: Keçi pisliği tarzında, topak topak ve parça parça sert dışkı

Var Yok

Tip 2: Daha büyük ve birleşik topaklanma

Var Yok

Tip 3: Daha az kalın, daha yumuşak kıvamlı, yüzeyinde derin olmayan çatlakların olduğu dışkı

Var Yok

Tip 4: Yılan veya sosis gibi pürüzsüz, kaygan yüzeyli ve yumuşak kıvamlı dışkı

Var Yok

Tip 5: Kenar verecek kıvamda parça parça dışkı

Var Yok

Tip 6: Yumuşak kıvamlı, su içeriği daha fazla, parça parça dışkı

Var Yok

Tip 7: Sert ya da yumuşak, katı dışkı içeriği hiç olmayan sulu dışkı

Var Yok

DÜZEYLER			
DÜZEYLER	7 <u>Tam Bağımsız-</u> Hiçbir yardıma gerek duymadan, belirli bir aktiviteyi gereken zamanda cihazsız olarak ve emniyetli bir şekilde yapar.		YARDIMCI YOK
	6 <u>Modifiye Bağımsız-</u> Bir aktiviteyi yardımcı cihaz ya da uzun süre modifikasyona gerek duyarak emniyetsiz bir şekilde yapar.		
	Modifiye Bağımlılık		YARDIMCI VAR
	5 <u>Gözetim-</u> Fiziksel yardım almadan sözel yardım ile aktiviteyi tamamlar. (% 100)		
	4 <u>Minimal yardım-</u> Hafif bir fiziksel temas dışında yardıma ihtiyacı yoktur. Aktivite için gereken eforun en az % 75' ini harcar.		
	3 <u>Orta derecede yardım-</u> Aktivite için gerekli eforun % 50- 75' ini harcar.		
	Tam Bağımlılık		
2 <u>Maksimal yardım-</u> Gereken eforun % 25- 50' sini harcar.			
1 <u>Tam yardım-</u> Gereken eforun % 0- 25' ini harcar.			
			İZLEM(.../.../...)
Kendine Bakma	A Beslenme		
	B Kendine çeki düzen verme		
	C Banyo yapma		
	D Giyinme- vücut üst kısmı		
	E Giyinme- vücut alt kısmı		
	F Tuvalet kullanımı		
Ssfink ter	G Mesane kontrolü		
	H Barsak kontrolü		
Transferler	I Yatak, sandalye, tekerlekli sandalye		
	J Tuvalet		
	K Küvet, duş		
Hareket	L Yürüme/ Tekerlekli sandalye		<input type="checkbox"/>
	W: Yürüme C: Tekerlekli sandalye B: Her ikisi		
	M Merdiven		
İletişim	N Anlama A.İşitsel V.Görsel B.Her ikisi		<input type="checkbox"/>
	O İfade etme V. Sesli C. Sessiz B.Her ikisi		
Sosyal Algı	P Sosyal etkileşim		
	Q Problem çözme		
	R Bellek		
	KOGNİTİF SKOR ALT TOPLAMI		
	TOTAL FİM SKORU		

EK-7 KONSTİPASYON CİDDİYET ÖLÇEĞİ (KCÖ)

Dışkı Tıkanıklığı Alt Ölçeği

1. Yetersiz Dışkılama (Bağırsakları tam boşaltamama):

A) Bağırsakları tam boşaltamama sorununu ne sıklıkta yaşarsınız.

(0) Asla	(1) Nadiren	(2) Bazen	(3) Genellikle	(4) Her zaman
bu sorunu yaşamam	bu sorunu yaşarım	bu sorunu yaşarım	bu sorunu yaşarım	bu sorunu yaşarım

(2.soruya geçiniz)

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

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

C) Bu durum, sizi ne kadar rahatsız eder?

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

2. Dışkılamada zorluk/güçlük:

A) Dışkılama sırasında zorluğu/güçlüğü hangi sıklıkla hissedersiniz?

(0) Asla hissetmem (3. soruya geçiniz)
(1) Nadiren Hissederim
(2) Bazen İssederim
(3) Genellikle Hissederim
(4) Her zaman Hissederim

B) Bu durum sizin için ne kadar ciddidir?

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

C) Bu durum sizi ne kadar rahatsız eder?

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

Kalın Bağırsak Tembelliği Alt Ölçeği

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

0 () Bağırsak alışkanlıklarında asla sıkıntı yaşamam.

1 () Her gün büyük abdeste çıkarım

2 () Haftada birkaç kez büyük abdeste çıkarım

3 () Haftada bir kez büyük abdeste çıkarım

4 () İki haftada bir kez büyük abdeste çıkarım

5 () Ayda bir kez büyük abdeste çıkarım

4. 3 günde bir kereden daha az dışkılama:

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

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

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

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

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

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

5. Boşaltım Gereksinimi Hissinde Yetersizlik:

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

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

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

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

Ağrı Alt Ölçeği:

Bağırsak Sorunlarına Bağlı Makat Ağrısı:

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

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

7. Şu an, makatınızdaki ağrı düzeyini belirtiniz.

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

8. Makatınızdaki ağrıdan dolayı ne kadar rahatsızsınız?

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

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

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



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
(İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN)ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 / 59

16 Mart 15

Yrd. Doç. Dr. Sebahat Akbal Ateş (Ayşe Baran)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13 Mart 2015 tarihinde, 03 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Yaşlı Bireylerde Görülen Konstipasyon Üzerine Abdominal Masajın Etkisinin Değerlendirilmesi " adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK- 9 KURUM İZİN BELGESİ



T.C.

BURSA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYE BAŞKANLIĞI



Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı

Sayı : 56072810-020.99.99.99-

.../04/2015

Konu : Etkinlik Talebi

BAŞKANLIK MAKAMINA

İlgi: 02.04.2015 tarih ve 999-57708 dilekçe.

İlgi dilekçe ile Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik tezli yüksek lisans öğrencisi Ayşe BARAN; 'Yaşlı Bireylerde Görülen Konstipasyon Üzerine Abdominal Masajın Etkisinin Değerlendirilmesi' konulu tez çalışmasını kurumumuzda gerçekleştirmek istemektedir.

Söz konusu etkinliğin kurumumuzda gerçekleştirilmesi hususunu Olur'larınıza arz ederim.

Hüseyin TOPRAK
Huzurevi Şube Müdürü

OLUR

02/04/2015

Ahmet Sedat OKUMUŞ
Sosyal Hizmetler Dairesi Başkan V.

DEĞİRMENLİKİZİK MAH. Huzurevi Cad. No: 54/1 A 16320
YILDIRIM / BURSA

Telefon : (224) 364 1976 Faks : (224) 363 1955

e-posta:huzurevi.sbsd@bursa.bel.tr Elektronik
Ağ:www.bursa.bel.tr



Bilgi için: Seval AYDIN
Telefon:

Ref.No:8139397

EK- 10 TEŞEKKÜR BELGESİ

**BURSA
BÜYÜKŞEHİR
HUZUREVİ**

T.C.
BURSA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ
HUZUREVİ MÜDÜRLÜĞÜ

**BURSA
BÜYÜKŞEHİR
BELEDİYESİ**

Sayın...**AYŞE BARAN**.....

Ömürlerinin büyük kısmını topluma ve ülkeye hizmetle geçirmiş insanların, yaşlandıkları ve bakıma muhtaç oldukları dönemde, ömürlerinin sonuna kadar, insan onuruna yakışır bir şekilde bakım hizmeti almaları gerekmektedir.

Yaşlarımızın sosyal hayatına katkılarınız dolayısıyla minnet ve teşekkürlerimi sunarım.


RECEP ALTEPE
BÜYÜKŞEHİR BELEDİYE BAŞKANI