

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

(YÜKSEK LİSANS)

**ABDOMİNAL STOMALİ HASTALARDA YAŞAM
KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

ÖZGE TARI

**DANIŞMAN
YARD. DOÇ. DR. İKBAL ÇAVDAR**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2011

TEZ ONAYI

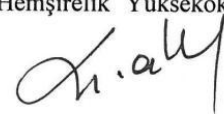
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Özge Tarı tarafından hazırlanan “Abdominal Stomalı Hastalarla Yaşam Kalitesinin İncelenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

24 / 02 / 2011

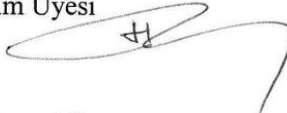
Tez Sınav Jürisi

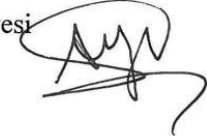
Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası

1.Prof.Dr.Nevin Kanan İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

2. Prof.Dr.Neriman Akyolcu İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

3.Yard.Doç.Dr.İkbal Çavdar (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

4.Yard.Doç.Dr.Hülya Toruk Bilgi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu / Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi 

5.Yard.Doç.Dr.Ayfer Özbaş İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

BEYAN

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

ÖZGE TARI

İTHAF

Canım annem ve babama ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli bilgileri ile beni aydınlatan ve desteğini esirgemeyen hocam Yard. Doç. Dr. İkbâl Çavdar’a,

Bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak yüksek lisans eğitimimde büyük payları olan hocalarım Prof. Dr. Güler Aksoy, Prof. Dr. Nevin Kanan, Prof. Dr. Neriman Akyolcu olmak üzere Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’ nın tüm öğretim üyesi ve araştırma görevlilerine,

İstatistik çalışmalarının yapımında danışmanlık eden Sayın Atilla Bozdoğan’ a,

Tezin yazım aşamasında destek ve yardımlarını esirgemeyen Sayın Volkan Yüzlü’ ye,

Yaşamımın her döneminde bana her türlü eğitim ve öğrenim olanağı sunan anneme, babama, abilerime ve çalışmamda katkısı olan ismini sayamadığım diğer tüm meslektaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİ
ÖZET	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Stoma Bölgesi	8
2.2. Bağırsak stoma türleri	9
2.2.1. Kolostomi.....	9
2.2.1.1. Uç sigmoid kolostomi	9
2.2.1.2. Loop (Halka) kolostomi	9
2.2.1.3. Çekostomi	10
2.2.2. İleostomi.....	10
2.2.2.1. Uç ileostomi	10
2.2.2.2. Halka (loop) ileostomi.....	10
2.2.3. Stoma Süresi Bakımından Stoma Türleri.....	10
2.2.3.1. Kalıcı Stomalar.....	11
2.2.3.2. Geçici Stomalar	11
2.3. Stoma Özellikleri	11
2.4. Cinsiyet, Cinselliğin Korunması ve Sürdürülmesi.....	12
2.5. Yaş	12
2.6. Diyare.....	13
2.7. Konstipasyon.....	13
2.8. Koku ve Gaz	13

2.9. Dinsel İnançlar	15
2.10. Banyo	15
2.11. Seyahat	16
2.12. İşe geri dönüş	16
2.13. Depresyon	16
2.14. Uyum sorunları	20
2.15. Stoma komplikasyonları	20
2.15.1. Stomal komplikasyonlar	21
2.15.1.1. Kanama	21
2.15.1.2. Nekroz ve iskemi.....	22
2.15.1.3. Mukokütanöz ayrılma	22
2.15.1.4. Prolapsus	22
2.15.1.5. Retraksiyon	22
2.15.1.6. Stenoz.....	23
2.15.2. Peristomal komplikasyonlar.....	23
2.15.2.1. Parastomal herni.....	23
2.15.2.2. Kaput medusa.....	23
2.15.2.3. Allerjik dermatit	23
2.15.2.4. İrritan dermatit	23
2.15.2.5. Folikülit	23
2.15.2.6. Kandida enfeksiyonları	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4. Araştırmanın Etik Yönü	25
3.5. Veri Toplama Araçları	26
3.6. Yaşam Kalitesi Ölçekleri	26
3.6.1. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği	26
3.6.2. EORTC QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Ölçeği	27
3.7. Verilerin Toplanması	28
3.8. Verilerin Analizi	28
3.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları	28

4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA	50
KAYNAKLAR	58
FORMLAR	65
ETİK KURUL KARARI	74
ÖLÇEK KULLANIM İZNİ.....	75
ÖZGEÇMİŞ	76

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	30
Tablo 4-2: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 4-3: Hastaların Yaş Durumlarına Göre QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	33
Tablo 4-4: Hastaların Yaş Durumlarına Göre QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	34
Tablo 4-5: Hastaların Cinsiyet Durumlarına Göre QLQ C- 30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	35
Tablo 4-6: Hastaların Cinsiyet Durumlarına Göre QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	36
Tablo 4-7: Hastaların Medeni Durumlarına Göre QLQ C- 30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	37
Tablo 4-8: Hastaların Medeni Durumlarına Göre QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	38
Tablo 4-9: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre QLQ C- 30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	39
Tablo 4-10: Hastaların Çocuk Varlığına Göre QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	40
Tablo 4-11: Hastaların Hastalık Tanısına Göre QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	41
Tablo 4-12: Hastaların Kolostomi Tipine Göre QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	42
Tablo 4-13: Hastaların Kolostomi Tipine Göre QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	42
Tablo 4-14: Hastaların Ameliyat Öncesi Ameliyat Tipi Hakkında Bilgilendirilme Durumuna Göre QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	43
Tablo 4-15: Hastaların Stomanın Başka Bir Yerde Olmasını Tercih Etme Durumuna Göre QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı.....	44
Tablo 4-16: Hastaların Namaz Kılma Durumuna Göre QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	45

Tablo 4-17: Hastaların Namaz Kılma Durumuna Göre QLQ CR-38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	46
Tablo 4-18: Hastaların Oruç Tutma Durumuna Göre QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	47
Tablo 4-19: Hastaların Denize Girebilme Durumuna Göre QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	48
Tablo 4-20 : Hastaların Denize Girebilme Durumuna Göre QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı	49

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Oturarak, yatarak ve ayakta stoma yeri belirleme.	8
Şekil 2: Kolostomi ve kolostomi torbasının görünümü	10
Şekil 3: Stoma ameliyatından önce ve 3 ay sonrasında bireyin kendi kendini resmedişi	18
Şekil 4: Stoma ameliyatından önce ve 3 ay sonrasında bireyin kendi kendini resmedişi	19

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

EORTC: European Organization for the Research and Treatment of Cancer

AP: Familial Adenomatöz Poliposis

FAS: Semptom ölçeğinde yorgunluk skoru

FS: Fonksiyonel Skor

Gİ: Gastrointestinal

GSS: Genel Sağlık Skoru

HS: Ham Skor

KT: Kemoterapi

RT: Radyoterapi

SFS: Sosyal Fonksiyon Skoru

SK: Semptom Skoru

SS: Semptom Ölçeği

ÖZET

Tarı, Ö. (2011). Abdominal Stomalı Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma abdominal stomalı hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini ne ölçüde etkilediğini belirlemek ve literatüre katkı sağlamak amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı. Örneklemi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Klinikleri, Acil Servis ve Stomaterapi Ünitesi' nde araştırmaya gönüllü olarak katılan 69 hasta oluşturdu.

Çalışmada veri toplama aracı olarak anket formu ve Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Teşkilatı tarafından geliştirilmiş "EORTC QLQ C-30" ve "EORTC CR- 38" Türkçe yaşam kalitesi formları kullanıldı.

Hastaların % 52,2' sinin kadın, %46,4' ünün kolon kanseri ve %29' unun rektum kanseri olduğu, %79,4' ünün kalıcı kolostomiye sahip olduğu, %76,4' ünün ameliyat öncesi dönemde ameliyat hakkında bilgilendirildiği, %90,9' una hekim tarafından bilgi verildiği, %80,87' sinin stoma yeri ile ilgili rahatsızlığı olmadığı, %51,47' sine hemşire tarafından stoma bakım eğitimi verildiği, %13' ünde ellerinde titreme olduğu, %46,4' ünün namaz kıldığı ve %71' inin oruç tutamadığı belirlendi. Araştırmada abdominal stomalı hastalarda kadınların stomaya bağlı sorunları erkeklere oranla daha fazla yaşadığı, erkek hastaların vücut imajının kadın hastalardan daha iyi olduğu, oruç tutan hastalarda ishal, bulantı- kusma, halsizlik, ağrı, dispne, uykusuzluk, iştah kaybı gibi semptomların daha çok görüldüğü ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulundu.

Anahtar kelimeler: Stoma ve Yaşam Kalitesi, EORTC QLQ C-30, EORTC QLQ CR-38

ABSTRACT

Tarı, Ö. (2011). Analyzing Life Quality of Abdominal Stoma of the Patients. İstanbul University Health Sciences Institution, Surgical Diseases Nursing ABD. Master Degree Thesis. İstanbul.

This study was planned as a descriptive in order to determine the impacts of the activities of daily living and quality of life of patients with abdominal stoma and also to contribute to the literature. The sampling was created with the 69 patients who participated in the study voluntarily in İstanbul University, Faculty of Medicine, General Surgery Clinics, Emergency Service Unit and Stomaterapy Unit.

Questionnaire form which is as data collector tool in the study and "EORTC QLQ C-30" and "EORTC CR-38" Turkish quality of life forms which are developed by European Organization for Research and Treatment of Cancer were used.

It is informed that %52,2 of the patients are women, %44,6 of them are colon cancer and %29 of them are rectum cancer, %79,4 of them have permanent colostomy, 76,4% of them were informed about the surgery before the operation, 90,9% of them were informed by the physician, %80,87 of them have no disorders related to stoma site stoma care training is given to %51,47 of them by nurse, %13 of them have trembling in their hands, %46,4 of them were making prayer and %71 of them were not kept fasting. It is found in this research that women had problems relating stoma more than men who are patients with abdominal stoma, male patients have better body image than female patients, in patients with fasting symptoms such as diarrhea, nausea and vomiting, fatigue, pain, dyspnea, insomnia, loss of appetite were seen more and they have lower quality of life.

Key words: Stoma and Quality of Life, EORTC QLQ C-30, EORTC QLQ CR-38

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya sağlık örgütü tarafından, “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlanan yaşam kalitesi başka bir ifadeyle; kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Bireysel iyilik durumunun bir anlatımıdır ve yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin öznel doyum ifadelerini kapsamaktadır (Akıl 2009; Özyılkan 2004).

Tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler, erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerle hastalıklara bağlı ölümler azalmakta ve beklenen yaşam süresi uzamaktadır (Ayaz 2007; Şelimen 1997). Günümüzde eskiye oranla daha uzun bir ömür sürme şansına sahip olmanın kaliteli bir yaşam olmadan bir anlamı olmayacağı ve sağlık beklentisinin yaşam beklentisinden çok daha önemli olduğu vurgulanmaktadır (Kutsal 2002).

Biyo-psiko-sosyal ve kültürel bir varlık olan insanın yaşamını sürdürebilmesi için temel gereksinimlerinden biri olan eliminasyon, fizyolojik ihtiyaçlar içinde yer almakta ve sağlıklı bir yaşam sürdürmede önemli bir yer tutmaktadır (Birol 1997; Roper ve Alison 1990; Şelimen 1997).

Hastalar açısından büyük bir girişim olarak kabul edilen ve yaşam sürecini yoğun bir biçimde etkileyen stoma uygulamalarında, bireyin o güne kadar alıştığı ve sürdürdüğünden farklı bir yaşam biçimine adaptasyonu söz konusu olmaktadır (Aksoy 1990). Çoğu zaman stoma sonrası yaşam kalitesi korunmakla beraber, stoma açılması sonucu hastalarda bazı fiziksel ve psiko-sosyal sınırlamalar ortaya çıkmaktadır. Literatürde stomalı bireylerde sıklıkla stoma ve fonksiyonu hakkında olumsuz duygular yaşandığı ve bireylerin yaşam kalitelerinin etkilendiği, yanı sıra fizyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere birçok sorunla karşılaşabildiği belirtilmektedir. Aynı zamanda bireylerin aile ilişkilerinin ve sosyal yaşantılarının olumsuz yönde etkilendiği ve kendilerini toplumdan soyutlama eğilimi gösterdiği gözlenmektedir (Üstündağ ve ark.2007).

Tıp alanındaki son gelişmeler, hastaların yaşam sürelerinin uzatılmasının yanında, yaşam kalitelerinin artırılması ve yaşadıkları psiko-sosyal sorunların

özümlemesi gibi gereksinimleri gündeme getirmiştir. Bireyin yaşam kalitesini ve aldığı sosyal desteği, hastalıklar, karşılaştığı olumsuz durumlar ve bireysel özellikleri etkilemektedir. Bireylerin sağlıkla ilgili bir problemi oluştuğunda, yaşamdan doyum alma düzeyleri ve sosyal ilişkileri bozulabilmekte, bu durumda bireyin bundan etkilenme olasılığı çok daha fazla olmaktadır. Stoma ile birlikte iyi bir yaşam sürdürmek, hastanın uygun bir şekilde hazırlanması, eğitilmesi ve etkili bir rehabilitasyonu ile sağlanabilmektedir. Literatüre göre bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde stoma bakım hemşirelerinin ve stomaterapi ünitelerinin önemli bir role sahip olduğu belirtilmektedir (Karadağ ve ark. 2008a; Taş 2008).

Son yıllardaki güncel yaklaşım, yaşam kalitesinin çok boyutlu olarak irdelenmesi yönündedir. Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma, abdominal stomalı hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini ne ölçüde etkilediğini belirlemek ve literatüre katkı sağlamak amacıyla yapıldı (Ünsal ve ark. 2006).

2. GENEL BİLGİLER

Yaşam kalitesinin, sağlık durumu ve tedavi etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümü olduğu ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşeni olduğu belirtilmektedir (Başaran ve ark. 2005).

Kapsamlı bir kavram olarak kabul edilen yaşam kalitesi; bireyin fiziksel ve psikolojik iyilik hali, sosyal ilişkileri, bağımsızlık seviyesi ve çevresi ile olan ilişkilerinden etkilenebilmektedir. Bireylerde yaşam tarzı değişikliğine neden olabilen ve yaşam kalitesini etkileyen girişimlerden biri de bağırsak stomasıdır. Stoma açılması bireyin tüm yaşam sürecini derinden etkileyerek o güne kadar alıştığı ve sürdürdüğünden farklı bir yaşam biçimine uyum sağlamasını gerektirmektedir. Gelişen teknolojilerin ışığında günümüzde cerrahlar ve sağlık çalışanları için teknik açıdan basit bir işlem haline gelmesine karşın, stoma uygulaması bireyin kendi bakış açısına olduğu kadar, aile içi yaşamına ve sosyal yaşamına önemli boyutlarda farklılıklar getirmektedir. Hastanın bilinçaltında benliğini, kendine olan saygısını, mahremiyetini, bağımsızlık ve verimlilik duygularını, cinsel yaşantısını, beden imajını etkileyen bir durumdur (Ayaz 2007; Şelimen 2009; Yaşar 2002).

Stoma açılmasını gerektiren en yaygın neden bağırsak kanserleridir. Ayrıca bağırsak stoması crohn hastalığı, divertikülit, travma, ileus, ülseratif kolon ve familial adenomatoz koli gibi hastalıklar nedeniyle de açılmaktadır. Dünyada her yıl 782 bin bireyde görülen bağırsak kanseri, Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa’ da kadınlarda ikinci ve erkeklerde üçüncü sık görülen kanser tipidir. Kaynaklara göre; ABD’ de her yıl 150,000’ den fazla kişinin bağırsak kanseri olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye’ de ise çok sağlıklı kanser kayıtlarının olmamasına rağmen kolon kanseri görülme sıklığı kadınlarda % 4,26, erkeklerde %3,69; rektum kanseri ise kadınlarda %3,10, erkeklerde ise %3,30’ dır (Ayaz 2007; Hamzaoglu ve Özcan 2006).

Bu hastaların büyük bir kısmında bağırsak stoması açıldığı düşünülürse kanser ve stoma, hastaların hayatını etkileyen iki durumun birlikteliği olarak önem kazanmaktadır (Aşkaroğlu 2006; Ayaz 2007).

Marquis ve ark. (2010) tarafından yapılan bir çalışmada stomanın % 70' inin kanser, %4' ünün crohn hastalığı, % 7,9' unun ülseratif kolit ve %13,5 'inin de diğer hastalıklara bağlı olarak açıldığı saptanmıştır.

Gastrointestinal sistemde bağırsak devamlılığının sağlanamadığı durumlarda bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılarak stoma oluşturulması, cerrahi uygulamada sıkça başvurulmuş bir yöntemdir. Stoma Yunanca' dan gelen bir kelime olup "açıklık" veya "ağız" anlamına gelmektedir. Bağırsak sistemine yönelik sorunlar içinde ve özellikle de kanser hastalarında boşaltımı sağlamak için bağırsağın geçici ya da sürekli olarak karın duvarına ağızlaştırılması olarak tanımlanmakta ve yaşam için gerekli olduğu belirlenen durumlarda yaygın bir biçimde uygulanmaktadır (Dalkılıç ve ark. 2005; [http:// www.tkcrd.org.tr/files/file/ileostomi.pdf](http://www.tkcrd.org.tr/files/file/ileostomi.pdf) 12.03.2010).

İlk stomanın 1706 yılında İngilizler ile Fransızlar arasındaki Ramilles savaşında George Deppe isimli askerin yaralanması sonucu olduğu bilinmektedir. Literatürde stomanın hekim tarafından tedavi amacıyla ilk kullanıma girmesinin ise William Cheselden (1688- 1752) ile başladığı ve kalıcı kolostominin yirminci yüzyılın erken dönemlerinde rektum kanserlerinin başarılı olarak tedavi edilmesinde Miles tarafından geliştirildiği ve ilk olarak 1908'de Lancet'te yayınlandığı belirtilmektedir (Aşkaroğlu 2006; Kumcağız ve ark. 2000).

Cerrahi girişimler her ne kadar yaşamın sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesini amaçlıyorsa da, yeni sorunlar da yaratabilmektedirler. Çünkü sağlıklı bireyde eliminasyon istemli olarak kontrol edilebilen, bağımsızca gerçekleştirilebilen fizyolojik bir durum iken, abdominal stomalar eliminasyon biçimini değiştirerek bireyi bağımsız durumdan bağımlı duruma getirmekte, beden bütünlüğünü bozmakta ve bir dizi fiziksel ve psiko-sosyal sorunu da beraberinde getirebilmektedir (Sucu ve Aslan 1998).

Çalışmalarda, stomalı hastaların bağırsak boşaltım kontrolünün olmaması, gaz kontrolündeki yetersizlik ve iş yaşamındaki ayarlama ve zorluklar, cinsel aktivitenin azalması, gezi ve boş zamanla ilgili zorluklar hakkında sorun ve endişelerinin olduğu bildirilmiştir (Yaşan ve ark. 2008).

Nugent (1999) tarafından 542 bireyle yapılan bir çalışmada stoma uygulamalarından sonra bireylerin %80' inin yaşam kalitesinin etkilendiği, bunların %40 'ından fazlasında da cinsel yaşamlarının etkilendiği saptanmıştır. Sprangers ve

ark.'nın (1999) yaptığı bir çalışmada da stomalı bireylerde cinsel ve psikolojik sorunların daha fazla olduğu bulunmuştur.

Pieper ve ark. (1996), travma ya da hastalık sonrası kalıcı veya geçici kolostomisi olan, tedavi ve takibi yapılan iki grup hastanın yaşam kalitelerini incelemiş; travma grubundaki hastaların biraz daha fazla sorun yaşadıklarını ve başa çıkma mekanizmalarının diğer gruba göre daha farklı olduğunu bulmuştur.

Literatürde birçok bireyin ameliyat öncesi yaptıkları sosyal aktiviteleri, ameliyat sonrası dönemde yapmaktan vazgeçtiği ve ayrıca bireylerin aile ilişkileri ve iş yaşantılarında olumsuz etkilendiği belirtilmektedir. Ameliyat sonrası işi bırakma, çalışma saatlerini azaltma, iş veriminde azalma ve iş değiştirmenin görüldüğü bildirilmektedir (Yaşan ve ark. 2008).

Başka bir çalışmada, hastaların %50' sinin vücutları üzerindeki kontrolünü kaybettiği, % 45' inin stomanın yaşamlarını kontrolü altına aldığını hissettiği, % 47' sinin kendine güvenini kaybettiği, % 37' sinin sızıntısı olacağı konusunda endişelendiği belirlenmiştir (Yaşan ve ark. 2008).

Literatürde stomalı hastalarda ortaya çıkan tepkilerin beden bütünlüğünün bozulduğu amputasyon gibi durumlarda gelişebilecek tepkilerle benzerlik gösterdiği ileri sürülmektedir (Blumenfield ve Tiamson 2003).

Stomalı hastalarda fizyolojik ve sosyal sorunların yanı sıra psikolojik sorunlar da görülmektedir. Bunların arasında beden imgesinde değişme, depresyon, cinsel sorunlar vb. yer almaktadır (Yaşan ve ark. 2008).

Stomalı hastaların, başkalarının kendileri hakkında olumlu izlenimler edinmesi için durumlarını açığa çıkarmak istemediklerinden, yalan söylemek ya da durumlarını gizlemek için çaba göstermek zorunda kaldıkları belirtilmektedir. Stoması olduğunu kime açıklayıp, kime açıklamayacağı ile ilgili sorular ya da normal görünüp, öyle olmama durumu ile ilgili çatışmadan doğan gerginlik, hastada hem benlik saygısında zedelenmeye, hem de psikolojik rahatsızlık gelişimine yol açabilmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda stoma ameliyatından üç ay sonra erkek hastaların % 17' sinde, kadın hastaların % 19' unda orta- ileri düzeyde psikiyatrik bozukluk bildirilmektedir (Kılıç ve ark. 2007).

Ayrıca literatürde kullanılan ürünlerin de stomalı bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini ve yaşam kalitesini doğrudan etkilediği belirtilmektedir. Stoma bakım ürünleri pek çok komplikasyonun önlenmesinde ve tedavisinde etkili olabildiği gibi doğru kullanılmadıklarında komplikasyonlara da yol açabilmektedir. Örneğin yüzeysel konveks adaptör gerektiren bir stomada, derin konveks adaptör ve kemer kullanılması mekanik travmaya yol açarak peristomal basınç ülseri oluşturabilir. Komplikasyonlar hastanın ağrı ve stres yaşamasına, hastaneye sık başvurma ve sağlık kaynaklarının gereksiz kullanımına, tedavi ve bakımın maliyetinin artmasına yol açmaktadır (<http://www.e-hemsire.com/stoma-bakim-hemsireligi.html>. 20.03.2010).

Stoma ameliyatı bireyin dış görünümünü değiştirerek ve bireyi inkontinant durumuna sokarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle stomanın ve parastomal alanın bireye özgü ve kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir (Karadağ 2009; Ağlamış ve ark. 2001).

Literatüre göre stoma bakımında bireylere uygulama becerilerini öğretmek zor bir süreçtir. Stomaya uyum sırasında günlük yaşamı sürdürme ve normal yaşam stiline ulaşma zaman almaktadır. Fiziksel bağımsızlık ve öz bakımın yeniden kazanılması öncelikli olsa da bireylerin psikolojik gereksinimleri göz ardı edilmemelidir (Şelimen 2009).

Stomaterapiyi başlatan kişi olarak tanınan Dr. Rubert Beach Turnbull hastaların birçok sorun yaşadıklarını ve bu sorunlarla baş etmede yetersiz kaldıklarını gözlemlemiştir. Gözlem ve deneyimlerini hastaları ve meslektaşları ile paylaşan Dr. Turnbull, stomalı hastaların yaşantılarının etkilendiğini ve bu hastalara yönelik rehabilitasyon programlarının başlatılması gerektiğini belirtmiştir. Bu düşünce özellikle hastalar tarafından desteklenmiştir (<http://www.tkcrd.org.tr/files/file/ileostomi.pdf> 12.03.2010).

Hastaların gerek kişisel gerekse dinsel inançlarını, hastalık ve ağrılarıyla ilgili beklentilerini, davranışlarını, tutumlarını içeren kültürel geçmişleri, mevcut fiziksel değişiklikler ve ortaya çıkabilecek sorunlarla baş edebilmelerinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle stomalı yaşam hakkındaki açıklamalar hastaların yaşına ve kültürüne uygun yapılmalıdır (Şelimen 2009).

Hastanın tutumu kadar ailenin tutumu da iyileşme sürecini yakından etkileyen önemli bir etkidir. Hastanın dolayısıyla ailenin sağlık sorunlarıyla başa çıkabilecek

davranış değişikliğini gerçekleştirebilmesi için eğitime, rehberliğe ve desteğe gereksinimleri vardır. Bu nedenle hasta, ailesi ile birlikte ele alınmalı, aile eğitim sürecinin her aşamasına katılmalıdır (Çavdar 2009).

Persson ve ark.'nın (2002) rektal kanser tanısı konulan, stoma cerrahisi uygulanan hastaların eşleri ile yaptıkları bir çalışmada; eşlerin belirsizlik duygusu, yeni bir yaşam şeklini öğrenme ve ona uyum sağlama ve değişen beden ile ilgili zorluklar yaşadıklarını, stomaya bağımlı yaşamının ailevi ve sosyal yaşantıyı etkilediğini ve kısıtladığını göstermişlerdir. Bir başka çalışmada stoma ameliyatı geçiren hastaların eşlerinde, anksiyetenin, eve gidişin 10. gününde en düşük düzeye indiği, fakat daha sonra, 90. ve 180. günlerde depresyona dönüşme riskinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Kılıç ve ark. 2007).

Çalışmalarda da görüldüğü gibi hasta ve ailenin, stresle başa çıkabilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi en önemli gereksinimleridir. Tüm hastalara kültürleri ile uyumlu bir yaklaşımda bulunulması gerekmektedir. Stomanın vücudunda ve yaşam tarzında oluşturacağı değişikliği bilen, ameliyat sonrası stoma bakımını öğrenen ve uygun şekilde yapabilen bireylerin bu sorunları daha kolay çözdükleri gerçektir (Şelimen 2009).

Literatürde hastalarda optimal yaşam kalitesini yakalamak için anahtar faktörler; hastanın fonksiyonel bağımsızlıklarını en az düzeyde etkileyecek yeterli tedavi ve destek ölçülerinin olduğu belirtilmiştir. Birçok araştırmacı ve yazar stomanın yaşamın her gününü negatif etkilediğini belirterek, bu hastaların hislerini, duygularını ve davranışlarını inceleyerek bunları iyileştirmeye yönelik girişim aradığı belirtilmiştir (Zajac ve ark. 2008).

Literatürde hastaya uygulanacak olan tedavilerin amacının sadece hastayı yaşatmak değil, aynı zamanda iyi bir yaşam için hastanın yaşam kalitesinin sürdürülmesi olduğuna dikkat çekilmektedir (Ağlamış ve ark.2001).

Konu ile ilgili literatürlerden anlaşıldığı gibi yaşam kalitesi birçok bireysel özellikle ilişkilidir. Stoma gibi insan yaşamını çok yönlü etkileyen uygulamalardan sonra yaşam kalitesinin nasıl etkileneceği sorusu akla gelmektedir. Bu nedenle stoma bölgesi, stoma türü, stoma deneyimleyen bireylerin cinsiyeti, öğrenim durumu, stoma bakımı, seyahat durumu, medeni durumu, cinsel fonksiyonlar üzerine etkisi, çocuk

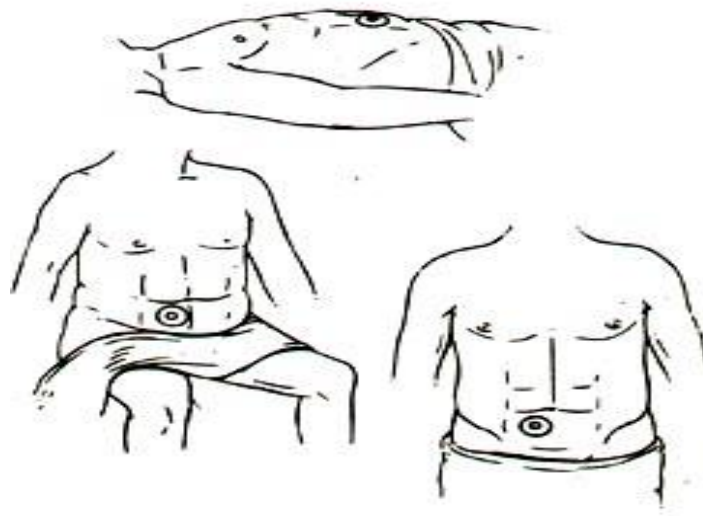
sahibi olup olmaması ve stomanın dinsel inançlara etkisi ve stoma komplikasyonlarının önemle üzerinde durmak gerekmektedir.

2.1. Stoma Bölgesi:

Bir stomanın rahatlığı ve fonksiyonel durumu, bölgesine ve çevresindeki derinin kalitesine bağlıdır. Stoma bölgesi seçiminde ana kural bağırsağın gerilme olmaksızın yeterli kan akımıyla dışarı alınması olmalıdır. Ayrıca stoma hastanın kolayca göreceği ve torbasını boşaltıp değiştirebileceği bir yere açılmalıdır (Alican 2009; Kumcağız 2000).

Stoma yeri seçiminde hastalığın tipi kadar hastanın vücut yapısı da etkilidir. Stoma karın bölgesinde göbeğin altında, sağ ya da sol alt kadrana açılır. İleostomide sağ alt kadrana, transvers kolostomide üst orta kadrana, descendan ve sigmoid kolostomide ise sol alt kadrana kullanılmaktadır. Hastanın tekerlekli sandalyeye bağımlı olduğu ya da stomayı göremeyecek derecede şişman olduğu durumlarda üst kadrandan da stoma açılabilir. Ayrıca rektus kasının lokalizasyonu, hastanın görüş alanı, yapışacak yüzeyin yeterliliği ve deri, kat yeri, skarlar, göbek, bel çizgisi, sarkık göğüs altları, kemik çıkıntılarından kaçınma önemlidir (Karadağ 2008b).

Ameliyattan önce stomanın yeri işaretlendikten sonra, hastaya çeşitli pozisyonlar verilerek stomanın alacağı duruma bakılabilir. Bu deneme stoma torbası takılarak da yapılabilir (Alican 2009).



Şekil 1: Oturarak, yatarak ve ayakta stoma yeri belirleme.

2.2. Bağırsak stoma türleri

Son yıllarda restoratif rektum cerrahisindeki teknik gelişmeler ve sfinkter koruyucu cerrahi girişimler sonucu kalıcı stoma gereksinimi azalmasına karşın, abdominal stomalar halen benign ve malign gastrointestinal sorunların tedavisinde kritik önem taşımaktadır. Rastgele yapılan 25 ileostomili ve 25 kolostomili hastanın katıldığı prospektif bir çalışmada ileostomili hastaların %17' sinin, kolostomili hastaların %14' ünün kanser olduğu saptanmıştır (O' Brien 2005).

Cerrahide en sık uygulanan stoma çeşitleri kolostomi ve ileostomi olup geçici ve kalıcı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Silva ve ark. 2003).

2.2.1. Kolostomi

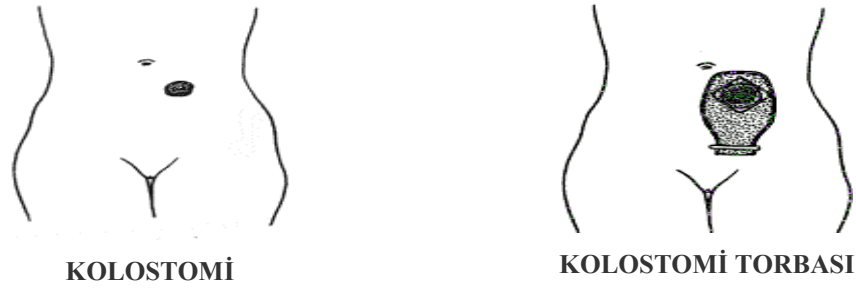
Kolostomi, ameliyatla kolon lümeninin karın duvarına ağızlaştırılması işlemidir. Başlıca fonksiyonu, bağırsak içeriğinin dışarı atılmasını sağlamaktır. Kolostomiler kalın bağırsak üzerindeki yerlerine göre isimlendirilmektedirler. Bunlar;

2.2.1.1. Uç sigmoid kolostomi:

Kalın bağırsağın tam olarak kesilip karın duvarına tüm lümenin ağızlaştırılmasıdır. Geçici veya kalıcı olabilir. Rektumdaki malign hastalıklar veya perianal onarım için uygun olmayan ciddi fekal inkontinans için yapılan abdomino-perineal rezeksiyonlar sonrası yapılan uç kolostomiler kalıcıdır. Hartman prosedürü sonrası oluşturulan uç kolostomiler fekal saptırma amaçlıdır ve çoğunlukla geçicidir (Erkek 2009; [http:// www.tkcrd.org.tr/files/file/ileostomi.pdf](http://www.tkcrd.org.tr/files/file/ileostomi.pdf) 12.03.2010).

2.2.1.2. Loop (Halka) kolostomi:

Kalın bağırsak lümenin bir kısmı kesilir ve karın duvarına bu açıklık ağızlaştırılır. Böylece oluşan halka kolostomide getirici ve götürücü iki adet uç olur. Genellikle distalde yer alan sorun nedeniyle geçici bir süre pasajın engellenmek istenmesi nedeniyle yapılır. Aşağı kolorektal anastomozlar veya obstrüksiyon, inflamasyon, travma ve perineal yaralanma sonrası geçici olarak fekal saptırma amaçlı kullanılır (Erkek 2009; Eroğlu 2010; [http:// www.tkcrd.org.tr/files/file/ileostomi.pdf](http://www.tkcrd.org.tr/files/file/ileostomi.pdf) 12.03.2010).



Şekil 2: Kolostomi ve kolostomi torbasının görünümü (Eroğlu 2010).

2.2.1.3. Çekostomi:

Kolon dekompresyonu amacıyla veya çekal volvulusda kullanılır. Bakımı tüpün çıkması veya tıkanması nedeniyle oldukça zordur. Bu yüzden oldukça nadir uygulanmaktadır (Erkek 2009).

2.2.2. İleostomi

İnce bağırsağın son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. İleostomisi olan birey gaz ve dışkı çıkışını kontrol edemez. Dışkılama ileostomi torbasına kendiliğinden olur. İleostomide dışkı sıvı halde, fazla miktarda ve yakıcı niteliktedir. Uygun bakım yapılmaz ise yakıcı olan dışkının stoma çevresindeki deriyi tahriş etme olasılığı yüksektir (Erkek 2009).

2.2.2.1. Uç ileostomi:

İnce bağırsağın tam olarak kesilip karın duvarına tüm lümenin ağızlaştırılmasıdır. Çoğunlukla terminal ileum ucundan hazırlanmaktadır (Erkek 2009).

2.2.2.2. Halka (loop) ileostomi:

İnce bağırsak lümeninin bir kısmı kesilir ve karın duvarına bu açıklık ağızlaştırılır. İleal poş anal anastomoz veya aşağı kolo- rektal anastomozları korumak ya da perineal crohn hastalığı, tıkaçıcı anorektal kanser, ciddi perineal travma veya fekal inkontinans vakalarında geçici olarak kullanılır (Erkek 2009).

2.2.3. Stoma Süresi Bakımından Stoma Türleri

Stoma süresi bakımından iki tür stoma vardır. Bunlar;

2.2.3.1. Kalıcı Stomalar:

Rektal anastomozun mümkün olmadığı aşağı rektum tümörleri gibi durumlarda uygulanır. Ayrıca ülseratif kolit, familial adenomatöz poliposis (FAP) gibi hastalıklarda da bazen gerekebilir. Hastaların yaklaşık %15'i kadarı için kalıcı kolostomi gerekir. Cerrahi olarak rektum ve anüs çıkarılarak kolonun ucu sigmoid kolostomi olarak karın duvarına aşılatılır (Kumcağız ve ark. 2000; Polat 2009).

Anüsün çıkartılması gereken hastalıklarda, kolonun son kısmı ve anüsün birlikte çıkarılması gereken hastalıklarda, anüs ve kas yapısının görevini yapamadığı durumlarda kalıcı kolostomi endikasyonu konulmaktadır (Polat 2009).

2.2.3.2. Geçici Stomalar:

Geçici stomalar başka bir bağırsak ameliyatına yardımcı olmak veya dışkının belli bir süre yön değiştirmesi gereken durumlarda oluşturulur. Geçici stomanın temel amacı fekal akımın total diversiyonudur. Birkaç ay süresince kullanılıp daha sonra tekrar ameliyatla kapatılır. Kapatıldıktan sonra hastaların bağırsak fonksiyonları normale dönmektedir (Kumcağız ve ark. 2000).

Anüs hastalıkları ve yaralanmaları, bağırsak delinmesi ve yaralanmaları, bağırsaklarda yapılan ameliyatın iyileşmesini sağlama, kolon tıkanmaları, konjenital bağırsak anomalileri durumunda geçici kolostomi endikasyonu konulmaktadır (Polat 2009).

2.3. Stoma Özellikleri

Stoma parlak kırmızı görünümündedir. Stoma yapısında sinir yoktur. Bu nedenle bu kısımda ağrı hissedilmemektedir. Ancak bu kısım damarlar açısından zengindir ve silinme esnasında bile hafif sızıntı şeklinde kanama görülebilmektedir ve bu normal olarak kabul edilmektedir ([http:// www.tkcrd.org.tr/files/file/ileostomi.pdf](http://www.tkcrd.org.tr/files/file/ileostomi.pdf) 12.03.2010).

Ameliyat sonrası erken dönemde stoma ödemlidir. Birkaç ay sonra ödem azalır ve stoma küçülür. Stoma çevresindeki deri peristomal bölge olarak adlandırılmaktadır. Bu bölgenin mümkün olduğunca bağırsak içeriğiyle temas ettirilmemesi gerekmektedir. Çünkü ince bağırsaktan gelen içerik asidik yapıdadır ve stoma çevresindeki cildi kolaylıkla tahriş etmektedir (Akıl ve ark. 2009).

2.4. Cinsiyet, Cinselliğin Korunması ve Sürdürülmesi

Stoma açılması ile meydana gelen fiziksel görünümdeki değişiklikler bireylerin cinsel yaşamlarını etkileyebilmektedir. Beden imajının değişmesi ile stomalı hastalar çekiciliklerinin azaldığını düşünmekte, stoma bakım ürünlerinin vücutlarını çirkin ve biçimsiz gösterdiğini düşünmektedirler. Beden bütünlüğü bozulan bireyler cinsel yönden yetersizlik duygusu yaşayabilmektedirler. Bununla birlikte cinsel ilişki sırasında torbanın açılması, dışkı sızıntısı ve koku yayılma korkusu ve sinir zedelenmesi gibi fiziksel nedenlerden dolayı cinsel sorunlar görülebilmektedir. Kılıç ve ark.'nın çalışmasında cinsel sorunların bayanlarda daha fazla olduğu saptanmışken diğer literatürlerde özellikle cinsel sorunların bayanlara oranla erkeklerde daha fazla görüldüğü ileri sürülmektedir (Zajac ve ark. 2008; Burch 2005; Manderson 2005; Weerakoon 2001; Persson ve ark. 2002; Sprangers ve ark. 1995; Kılıç ve ark. 2007).

Ameliyatlar sonucu cinsel işlevlerle ilgili sinirlerde hasar oluşmuşsa, çeşitli sorunlarla karşılaşılabilir. Bunlar, kadınlarda cinsel ilişki esnasında ağrı, cinsel organın iç yüzeyinde sertleşme, daralma ve kuruluk, erkeklerde ise, sertleşmede zorluk ya da boşalma sorunları gibi durumlardır. Bu gibi durumlarda hekimden ya da stomaterapi hemşiresinden gerekli destek alınmalıdır (Karadağ 2007).

Stomalı bireylerde bilgi eksikliği nedeniyle oluşabilecek endişelerin olabileceği belirtilmektedir. Stoma normal cinsel hayatın sürdürülmesine engel değildir. Ancak her iki partnerin de bu duruma alışmaları zaman alabilmektedir. Cinsel ilişki öncesi torba boşaltılmalı, torbanın görüntüsü rahatsızlık veriyorsa torba kılıfları veya iç çamaşırları ile torba örtülmeli ya da ilişki sırasında stoma kep tercih edilmelidir (Richard 2010).

2.5. Yaş

Yaşamın değişik dönemlerinde bireylerin hastalıklara ve beden değişikliklerine tepkileri farklı olabilmektedir. Literatürde genç erişkin dönemlerde bireyin fizyolojik, psikolojik, cinsel ve sosyal sorunların tümünü yaşayabildiğini, cinsel ilişki sırasında stomanın görüntüsü ve beden algısının ön plana çıktığı belirtilmektedir. Ayrıca kısırlık, hamilelik, anne- baba olmada sorunların neler olacağı konusunda endişeli olabildikleri bildirilmektedir. Bunun yanında orta yaş döneminde eşleri tarafından atılma, dışlanma, evlilik ilişkisinde bozulma korkusu ve cinsel sorunların ortaya çıktığı belirtilmektedir. Yaşlılık döneminde ise, stomayla ilgili sorunların daha fazla görüldüğü belirtilmekte olup; günlük yaşamla ilgili zorluklar kadar stomayla baş etmeye yönelik sorunların

yaşandığı, fiziki kapasitede azalma, mental açıdan gerilemenin olduğu, ölümün stoma açılmasından daha iyi olduğu gibi düşüncelerin var olduğu belirtilmektedir (Şelimen 2009).

2.6. Diyare

Bakteri ya da virüs enfeksiyonu, antibiyotik tedavisi, iyi yıkanmamış sebze ve meyveler, kemoterapi ve radyoterapi tedavisi stomalı bireylerde diyare nedeni olabilir. Diyareyi azaltabilmek için lifli gıdaların alımı azaltılabilir (<http://www.tkcrd.org.tr/files/file/ileostomi.pdf> 12.03.2010).

2.7. Konstipasyon

Stomalı bireylerde kabızlık gelişmesi rahatsızlık ve ağrıya neden olabilir. Stoma açılmadan önceki bağırsak alışkanlıkları göz önüne alınarak kabızlık gelişiminin diyet ile çözümlenmesi tavsiye edilmelidir. Ayrıca diyete tahıl, baklagiller, sebze dahil, yüksek lif gıdaların çok ve tam tahıllı ekmeklerin eklenmesi de unutulmamalıdır (Çavdar 1999).

2.8. Koku ve Gaz

Torba değişimi ve boşaltımı sırasında bireylerin koku duyulacağı ve çevresini rahatsız edeceği endişelerini yaşamaları, gaz çıkışının gürültülü olabileceği düşüncesi ve koku önlemek için öncelikle gaz ve koku oluşumuna neden olacak nohut, fasulye, bezelye, ıspanak, lahana gibi yiyeceklerden uzak durulması veya bu yiyeceklerin sosyal aktivitelerle çakışmayacak zamanlarda tüketilmesi, yiyeceklerin iyi çiğnenmesi, gazlı içeceklerin tüketilmemesi önerilmektedir. İlave olarak yoğurt gibi kokuyu azaltan besinler tüketilebilir veya stoma deodorantları gibi koku giderici maddeler kullanılabilir. Gaz oluşumunu arttıran yiyecek ve içeceklerin tüketimi azaltılmalıdır (Yaşar 2002).

Besinlerin sindirimi esnasında gaz oluşur. Fazla gaz oluşumunu önlemek için;

- Yemekler düzenli olarak yenmeli,
- Yemek yerken hava yutmamak için konuşulmamalı,
- Yemekler yavaş yenmeli ve iyice çiğnenmeli,

- Sakız çiğnemek ve sigara içmekten kaçınılmalıdır (Yaşar 2002).

Tablo 2-1:Yiyeceklerin Stoma Çıkışı Üzerine Etkisi (Çavdar 2009; Yaşar 2002)

Gaz oluşumunu arttırdığı bilinen besinler	Koku oluşumunu arttırabilecek besinler	Koku baskılayabilecek besinler	Dışkıyı katılaştırabilecek besinler	Dışkıyı sıvılaştırabilecek besinler
Bira ve asitli içecekler	Balık	Nane şekeri	Elma	Bira ve alkollü içecekler
Fasulye, nohut gibi kuru baklagiller	Lahana	Yayık ayranı	Muz	Taze meyveler(muz, elma, şeftali dışında)
Lahana ve Karnabahar	Peynir	Yoğurt	Şeftali	Üzüm
Mantar	Salatalık		Peynir	Yeşil fasulye
Salatalık	Soğan ve sarımsak		Pirinç lapası	Erik
Sütlü yiyecekler	Yeşil sebzeler		Yoğurt	Kızartmalar
Bezelye	Yumurta		Şehriye	Ispanak
Turp	Kuşkonmaz		Patates püresi	Tatlandırıcılar
Bira ve Kola			Kaynamış süt	Çiğ sebzeler
Soda			Makarna	Çikolata

2.9. Dinsel İnançlar

Bireylerin sağlıklarındaki bozulmaları düzeltmek amacıyla gerçekleştirilen bazı cerrahi girişimler, bireylerin tüm yaşam tarzını değiştirmesini zorunlu kılabilir. Stoma uygulaması buna en iyi örneklerden birisidir. Nüfusunun çoğunluğunun dini inancı İslam olan ülkemizde, stoma uygulaması, bireylerin dini ibadetlerini yerine getirirken bir takım sorunlarla karşılaşmalarına neden olmaktadır (Herek ve ark. 2003).

Stomalı bireyler, temizliğin devam ettirilmesi ve ibadet şartlarının yerine getirilmesi gibi konularda sorun yaşamaktadır. İslam dinine uygun ibadet şartlarını sağlama konusunda içlerinde şüphe oluşmaktadır. Bu nedenle stomalı bireyler, istemeden de olsa ibadet etmeyi bırakabilmekte ve manevi huzursuzluk yaşamaktadırlar (Herek ve ark. 2003). Diyanet kurumu, stomalı olmanın abdest almak ve namaz kılmak için bir engel oluşturmadığını belirtmektedir. Bu nedenle ameliyat öncesinde yapılanları değiştiren bir durum yoktur. İbadet esnasında torbadan gaz ya da dışkı çıkışının olumsuz bir etkisi olmamaktadır (Akıl ve ark. 2009).

Stomanın olması oruç tutmaya engel değildir. Fakat oruç tutmak; yetersiz sıvı alımına, bağırsaktaki sıvının azalmasına, kabızlık ve bulantıya neden olabilmektedir. İftarda aşırı yemek yemekte 24- 48 saat devam edebilen ishale neden olabilmektedir (Akıl ve ark. 2009; Şentürk ve Yazıcı 2001).

Herek ve ark.'nın çalışmasında stoma sonrası hastaların dini ibadetlerden uzaklaştığı, yeterli bilgi sahibi olmama sıkıntısını yaşadıkları bulunmuştur. İbadeti bırakma sebebi olarak ise kontrolsüz gaz çıkarma, torbanın olması, torbanın koku yapması bulunmuştur (Herek ve ark. 2003).

Müslüman toplumlardaki bazı inanışlar stomalı bireylerin dini inançlarını yerine getirmede bazı zorluklarla karşılaşmalarına neden olabilmektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde bireylerin dikkatli tanımlamasının yapılması ve bağlı olduğu dinsel kurallar konusunda çelişmesinin değerlendirilmesi yapılmalıdır (Çavdar 1999).

2.10. Banyo

Bireylerin kendilerini rahat ve huzur içinde hissetmelerinde genel temizliklerinin çok önemli olduğu açıktır. Stoma torbası takılı veya torba çıkartılarak banyo yapılabilir. Stoma torbaları suya dayanıklı olduğu için suda yapışık kalabilirler, ancak torba yapışkanı gevşeyebileceği için yedek torba bulundurulması tercihen banyo

sonrası adaptörün ve torbanın değiştirilmesi önerilmektedir (Çavdar 1999; Menteş 2001).

2.11. Seyahat

Bireylerin kendilerini toplumun bir üyesi olarak görmelerinde seyahat özgürlüğünün engellenmediğine inanmalarının etkisi açıktır. Stomalı hastalara seyahat etme konusunda herhangi bir kısıtlama yoktur. İyileştiği ve stoma bakımını yapabildiği sürece istenilen yere istediği araçla gidebilir. Önemli olan nokta, bagajlarını kaybetme olasılığına karşı bakım için gerekli olan malzemenin bir kısmının bireyin yanında bulunmasıdır (Çavdar 1999; <http://www.tkcrd.org.tr/files/file/ileostomi.pdf> 12.03.2010).

Literatürde Büyük Britanya ve İrlanda' nın stomalı hastalar için seyahat sigortası kurduğu, birliğe üye stomalı hastalara kolaylık sağlaması açısından seyahat sertifikası verildiği ve bu sertifikada stomanın ne olduğunun, niçin seyahat çantasında yedek torbalar taşındığının çeşitli dillerde yazılı olduğundan söz edilmektedir (Çavdar 1999; <http://www.tkcrd.org.tr/files/file/ileostomi.pdf> 12.03.2010).

2.12. İşe geri dönüş

Stomalı hasta ameliyattan 6-8 hafta sonra hekimin tavsiyesi ile ağır fiziksel güç gerektiren (yük taşıma gibi) işler dışında herhangi bir sorun olmadan iş hayatına dönebilmektedir (Şengül 2010).

2.13. Depresyon

Oldukça ikincil (tali) bir konu gibi algılanmasına karşın, kendilerini sakat ve/veya ciddi bir hastalığın sahibi olarak düşünen bu hasta grubu genellikle depresyona yönelmekte ve çok ciddi sorunlar için dahi hekime başvurmamaktadır. Örneğin, bir çalışmada stomadan 4 ay sonra hastaların %25' inde önemli ruhsal sorunlar saptandığı ve bir yıl sonraki değerlendirmede de bunun sürdüğü bildirilmiştir. Wade (1989) stomalı hastaların %25' inde operasyondan 10 hafta sonra depresyon ve anksiyete olduğunu bulmuştur (Menteş 2001; Yaşan ve ark. 2008).

Depresyon sıklıkla stoma açılmasını takiben görülebilmekte ve zamanla artabilmektedir. Stomanın geçici veya kalıcı olması da depresyon gelişimini etkileyebilmektedir (Wade 1989).

Literatürde hastaların 1/3' ünün depresyon yaşadığını, kolostomili hastaların %35' inin, ileostomili hastaların ise %45' inin anksiyete yaşadıkları belirtilmektedir. Ayrıca batıda yapılan çalışmalarda, stomalı hastalarda anksiyetenin yaygın olduğu bildirilmiştir (Burch 2005).

Literatürde depresyonun uygun şekilde tedavi edildiğinde hastalığın süregenleşmesi ya da intihar gibi korkulan kötü sonuçların önlenmesinin mümkün olduğu, yaşam kalitesinin büyük oranda düzeldiği bildirilmiştir (Özer 2002).

Zipperstein ve ark. (2005) tarafından yapılan bir çalışmada hastalardan stoma ameliyatı öncesi ve ameliyattan 3 ay sonrasında kendi resimlerini yapmaları istenilmiş ve bireylerin sosyal yaşamlarında ve psikolojilerinde stomanın negatif etkilerinin olduğu saptanmıştır.



Şekil 3: N, 57 yaşında, üniversite mezunu ve 3 çocuk annesi. Stoma ameliyatından önce ve 3 ay sonrasında bireyin kendi kendini resmedişi (Zipperstein ve ark. 2005).



Şekil 4: Y, 64 yaşında, üniversite mezunu ve 3 çocuk babası. Stoma ameliyatından önce ve 3 ay sonrasında bireyin kendi kendini resmedişi (Zipperstein ve ark. 2005).

2.14. Uyum sorunları

Stomaya bağılı yaşanan sorunlar, beden imajı ve yaşam tarzının değişmesi, benlik saygısının azalması, yaşam kalitesindeki değişiklikler; bireyin stomaya ve stomalı yaşamaya uyumunu gerektirmektedir. Çavdar (1999), stomalı bireylerin stomaya psiko-sosyal uyumunu incelemiş, bireylerin ilk görüşmede stomaya uyum puan ortalaması 42,46 iken, 1 yıl sonra yapılan görüşmede uyum puan ortalamasının 65,10'a yükseldiğini belirlemiştir. İlk görüşmede orta derecede uyum puanı saptanması, görüşmenin taburculuk döneminde yapılması, stomanın anlamının tam olarak kavranmamasına bağlanmıştır.

Stoma açılmasını takiben uyum sürecini; bireyin kendine yetebilme duygusu, sosyal destek faktörleri ve sosyodemografik özellikleri gibi pek çok faktör etkileyebilmektedir. Stoma açıldıktan sonra yaşanan fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlar uyum sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Uyum sürecinin zorlaşması ve uzaması ise yaşam kalitesini bozmaktadır. Karadağ ve ark.'nın (2003) çalışmasında; stomalı hastaların yaşadıkları fiziksel sorunların hastane şartları içinde verilen bakım, eğitim ve danışmanlıkla çoğunlukla ortadan kaldırıldığı ya da en aza indirildiği belirtilirken, sosyal ve cinsel sorunların devam ettiği belirlenmiştir. Bu nedenle bu hastalara verilecek bakımın, eğitim ve danışmanlık hizmetleri fiziksel, sosyal ve psikolojik yönler ile cinsel yaşamı da içeren bir bütünlük içinde olması gerektiği belirtilmektedir (Mitchel 1998; Pringle 2001).

2.15. Stoma komplikasyonları

Stoma açılan birey hem majör bir ameliyatla hemde önemli bir bedensel fonksiyonun kaybıyla baş etmek zorundadır. Stomalı birey, beden görünümünde değişiklik ve çocukluğundan itibaren kazanmış olduğu boşaltım fonksiyonu üzerindeki kontrol gücünü kaybetme sorunu ile karşı karşıyadır. Özellikle beden imajında oluşan ani değişimi kabullenmesi gerekmektedir. Bireyin kendini nasıl gördüğü veya başkalarının bizim hakkımızda düşündükleri olarak tanımlanan beden imajı; bireyin yaşam kalitesini, davranışlarını ve diğer insanlarla olan ilişkilerini etkilemektedir (Karadağ 2009; Ayaz 2007).

Karadağ (2008a), cerrahi tekniklerdeki ve stoma bakım ürünlerindeki gelişmelere rağmen stomalarda komplikasyon oranının hala yüksek olduğunu, komplikasyonların gelişmesinin en temel nedenlerinin, stoma bölgesinin iyi

seçilmemesi, stoma adaptör- torba sisteminin stomaya uygun olmaması, stomalı bireylerin stoma bakımına yönelik bilgi ve beceri eksikliği olduğunu bildirmektedir.

Cilt komplikasyonları gibi bazı komplikasyonlar bireyin yaşamını tehdit etmemekle beraber torbanın yerleştirilmesini zorlaştırarak sızıntıya, koku oluşumuna, torbanın herhangi bir yerde ciltten ayrılarak düşeceği korkusuna, kişinin istediği kıyafetleri giyememesine ve sosyal izolasyona yol açabilir. Öte yandan strangüstasyonla sonuçlanan bir herni oluşumunun bireyin yaşamını tehdit edebileceği belirtilmektedir (Karadağ 2009).

Zajac ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada ameliyat sonrası stomalı hastalarda beden imajı, stoma ile ilgili sorunlar ve cinsel sorunların daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Stomaların hastaların yaşam kalitesine negatif etkisi olduğu gibi, oluşabilecek metabolik ya da anatomik komplikasyonlar cerrahi prensiplere uyularak önlenabilmektedir. Komplikasyonların tedavisi cilt bakımı, torba sisteminin değiştirilmesi gibi basit önlemlerden stoma bölgesinin değiştirilmesine kadar uzanan bir yelpaze oluşturur. Komplikasyonların tedavisindeki temel ilke; önleme ve erken saptamadır (Kumcağız ve ark. 2000).

Stomal ve parastomal komplikasyonlar hastanın ağrı ve stres yaşamasına, hastaneye sık başvurma ve sağlık kaynaklarının gereksiz kullanımına ve maliyetin artmasına yol açmaktadır (Steel 2002).

2.15.1. Stomal komplikasyonlar

2.15.1.1. Kanama

Ameliyat sonrası erken ve geç dönemde kanama görülebilir. Erken ameliyat sonrası dönemde kanama, cerrahi sırasında kanama kontrolünün iyi yapılmamasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle hastanın özellikle erken ameliyat sonrası dönemde kanama yönünden izlenmesi son derece önemlidir. Kanamanın diğer nedenleri ise; travma; stomayı sert bir şekilde temizleme, torbanın çapının dar olması, stomaya ilişkin diğer komplikasyonlar ve granüloma oluşumudur (Karadağ ve ark. 2003; Hampton 1992).

2.15.1.2. Nekroz ve iskemi

İskemi ve nekrozun nedeni stomanın açıldığı bağırsak bölgesinin kan dolaşımının engellenmesidir. Yapılan çalışmalarda stoma bası iskemisinin ve nekrozun en sık görülen stoma komplikasyonu olduğu gözlenmektedir. Stoma renk ve çapı açısından hasta ve sağlık çalışanları tarafından sürekli izlenmelidir (Karadağ 2009; Hampton 1992).

2.15.1.3. Mukokütanöz ayrılma

Stomanın ciltten ayrılmasıdır. Genellikle yara iyileşmesinin geciktiği durumlarda meydana gelmektedir. Ayrılma stomanın tamamında ya da birleşme yerinin bir kısmında gelişebilmektedir. Mukokütanöz ayrılma riskini arttıracak nedene göre önlemlerin alınması gereklidir (Hampton 1992; Taylan 2005).

2.15.1.4. Prolapsus

Bağırsağın stomadan dışarıya doğru çıkmasıdır. Sıklıkla geç dönem stoma komplikasyonu olarak ortaya çıkan prolapsusun, görülme sıklığı; genel olarak %0- 25 arasında değiştiği ve özellikle loop kolostomili vakalarda görüldüğü bildirilmektedir. Cerrahi girişim gerektirebilir ya da konservatif olarak tedavi edilebilir (Hampton 1992; Korkmaz ve ark. 2008).

2.15.1.5. Retraksiyon

Stomanın geriye doğru kaçmasıdır. Retrakte stomaların çoğu, stoma çevresindeki iç bükey hatlar ya da kırışıklıklar nedeniyle oluşmaktadır. Özellikle kolostominin erken dönemindeki komplikasyonların en önemlileri arasında % 1-6 oranında görülmektedir. Her tür stomadan sonra oluşabilir. Ancak en sık görüldüğü vakalar transvers kolona yapılan stomalar ve terminal sigmoidostomilerdir. Kolonun yetersiz mobilizasyonu sonucu stoma üzerindeki sürekli gerilme retraksiyonun ana nedenidir (Kumcağız ve ark. 2000; Sökücü 1999).

2.15.1.6. Stenoz

Geç bir komplikasyon olup stoma lümeninin daralmasıdır. Gaita yumuşatıcılar, parmakla ve bujilerle dilatasyon gaita akışını sağlar. Gerekğinde lokal anesteziyle plastik onarım yapılmaktadır (Hampton 1992).

2.15.2. Peristomal komplikasyonlar

2.15.2.1. Parastomal herni

Aponevrotik fasya ile bağırsak arasında kısmi ya da tam bir açılma sonucu oluşmaktadır. Literatürde insidans %1' den %20' ye kadar değişmektedir. Önemli bir geç komplikasyondur (Kumcağız ve ark. 2000).

2.15.2.2. Kaput medusa

Stoma etrafındaki kütanöz venlerin dilatasyonu sonucu meydana gelen ve cildin mavi- mor renk değişimiyle kendini gösteren peristomal varislerdir. Normal portal kan akımının engellendiği karaciğer hastalıklarının eşlik ettiği stomalı bireyler, varislerin gelişimi için daha risklidir (Hampton 1992).

2.15.2.3. Allerjik dermatit

Hastalarda torba sistemine, cilt bariyeri ya da takılan kemere karşı allerjik reaksiyon gelişebilir. Hasar görmüş ciltte bu duyarlılık daha da artmaktadır (Hampton 1992).

2.15.2.4. İrritan dermatit

Peristomal komplikasyonların en yaygın şeklidir ve genellikle sızıntı nedeniyle meydana gelir. Proteolitik sindirim enzimleri, dışkı içindeki çeşitli maddeler, sabunlar ve çözücüler gibi kimyasalların yol açtığı deri bütünlüğünde bozulmadır. İki parçalı torba kullanımı deri sorunlarını azaltabilmektedir (Hampton 1992; Karadağ 2009).

2.15.2.5. Folikülit

Kıl foliküllerinin inflamasyonudur. Eritamatöz bazende püstüler lezyon olarak görüldüğünden, mantar enfeksiyonu ile karıştırılabilir (Hampton 1992).

2.15.2.6. Kandida enfeksiyonları

Sızıntı, ter ve korumasız cilt, kandyazisin gelişimi için uygun bir ortamdır. Sınırları belli plaka şeklinde ve plakanın dışında püstüllerle karakterize lezyondur (Hampton 1992).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Klinikleri, Acil Servis ve Stomaterapi Ünitesi' ndeki 1 Haziran 2009- 1 Şubat 2010 tarihleri arasındaki abdominal stomalı hastalarda yaşam kalitesini belirlemek, araştırma sonuçlarının klinik uygulamalara yansıtılmasına ışık tutmak amacıyla tanımlayıcı tipte planlandı ve gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- Abdominal stoma hastaların yaşam kalitesini düşürüyor mu?
- Stomaya bağlı olarak hastaların günlük yaşam aktiviteleri etkileniyor mu?
- Abdominal stomalı hastalar yaşam kalitelerini kendileri nasıl değerlendiriyor?
- Geçici ve kalıcı kolostomi uygulanan hastaların yaşam kalitesi arasında fark var mı?

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Klinikleri, Acil Servis ve Stomaterapi Ünitesi' ndeki abdominal stoma uygulanan erişkin hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini ise; en az altı aydır abdominal stomaya sahip olan, araştırmaya gönüllü olarak katılan, sözlü izinleri alınan, veri toplama formlarını anlayabilecek düzeyde olan abdominal stomalı hastalar arasından basit, rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş 70 hasta oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın uygulanabilmesi için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı ve Etik Kurulu' ndan yazılı izin alındı. Bunun dışında araştırma öncesi hastanenin hemşirelik hizmetleri müdürlüğü ve başhemşireliğinden de yazılı izinler alındı. Araştırmaya katılan hastaların sözlü ve yazılı izinleri alınarak, elde edilen verilerin bilimsel amaçlar için, isim kullanılmaksızın yayınlanacağı açıklandı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen anket formu kullanıldı. Anket formu iki bölümden oluşturuldu. Birinci bölümde; hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki durumu, çocuk sayısı, denize girme durumu, ellerde titreme, namaz kılma, oruç tutma gibi demografik özellikleri içeren 24 soru yer almıştır. İkinci bölümde, Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Teşkilatı (European Organization for the Research and Treatment of Cancer-EORTC) tarafından geliştirilmiş “EORTC QLQ C- 30” ve “EORTC CR- 38” (Quality of Life-QOL) Türkçe yaşam kalitesi formları kullanılmıştır.

3.6. Yaşam Kalitesi Ölçekleri

3.6.1. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

EORTC QLQ C-30 Version 3.0 (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire) yaşam kalitesi ölçeği rektum kanseri için spesifik bir anket olmayıp kanserli hastalarda tüm dünyada yaygın kullanılan bir yaşam kalitesi anketidir (Aaronson ve ark. 1993; Akduman 2007; Sprangers ve ark. 1999).

Bu ölçek Genel Sağlık Durumu Ölçeği (GSS), Fonksiyonel Ölçek (FS), Semptom Ölçeği (SS) olmak üzere üç bölüm ve toplam 30 sorudan oluşmaktadır.

15 sorudan oluşan fonksiyonel durum; fiziksel fonksiyon (1–5), rol fonksiyonu (6 ve 7), duygusal fonksiyon (21–24), kavrama fonksiyonu (20 ve 25), sosyal fonksiyon (26 ve 27) soruları ile temsil edilmekte olup günlük yaşamı sürdürme fonksiyonları sorgulanmaktadır.

13 sorudan oluşan semptom kontrolünde; yorgunluk (10,12,18), bulantı ve kusma (14,15), ağrı (9,19), nefes darlığı (8), uykusuzluk (11), iştah kaybı (13), konstipasyon (16), diyare (17), mali zorluklar (28) araştırılmakta olup hastanın yaşam kalitesini etkileyen spesifik semptomlar ortaya konulabilmektedir.

Son iki soru (29,30) genel sağlık durum ölçeğini temsil etmekte olup hastanın bir bütün olarak kendi yaşam kalitesini değerlendirmesini gösterir.

Fonksiyonel durum ve semptom kontrolünü gösteren 28 soruda, her soru için hiç (1 puan), biraz (2 puan), oldukça (3 puan), çok (4 puan) şeklinde dört seçenek

vardır. Genel sağlık ölçeğinde ise çok kötü ve mükemmel arası 1'den 7 puana kadar olan seçenekler vardır (Aaronson ve ark.1993; Akduman 2007; Sprangers ve ark. 1999).

Fonksiyonel skor, semptom skoru ve genel sağlık durumu skoru aşağıdaki formüllerle hesaplanmaktadır:

Fonksiyonel skor (FS) hesaplanırken hastanın 15 sorudan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına (15) bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler kullanılarak;

FS={1-(HS-1)/aralık}x100 formülü ile hesaplanır.

Fonksiyonel ölçekte sosyal fonksiyon skoru (SFS) hesaplanırken hastanın 26. ve 27. sorulardan aldığı toplam puan, toplam soru sayısı olan 2'ye bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler ile;

SFS = {1-(HS-1)/aralık}x100 formülü ile saptanır.

Semptom skoru (SK) hesaplanırken 13 sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına (13) bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler ile;

SK={1-(HS-1)/aralık}x100 formülü ile hesaplanır.

Semptom ölçeğinde yorgunluk skoru (FAS) hesaplanırken hastanın 10,12 ve 18. sorulardan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler ile;

FAS ={1-(HS-1)/aralık}x100 formülü ile hesaplanır.

Genel Sağlık Skoru (GSS) hesaplanırken son iki sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına (2) bölünerek ham skor (HS) hesaplanır, bu iki sorudaki en yüksek puan (7) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (6) aralık değerini verir. Bu değerler ile;

GSS={1-(HS-1)/aralık}x100 formülü ile hesaplanır (Aaronson ve ark.1993; Akduman 2007; Sprangers ve ark. 1999).

3.6.2. EORTC QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Ölçeği

EORTC QLQ CR- 38 kolorektal kansere özel hazırlanmış bir yaşam kalitesi anketidir. Hastalık semptomları, tedavi yan etkileri, vücut imajı, cinsel (seksüel) durum

ve gelecek beklentisini değerlendiren 38 sorudan oluşmaktadır. İlk 18 soruyu tüm hastalar cevaplamakta, ondan sonraki sorular cinsiyet, seksüel fonksiyon ve kolostomi durumuna göre bölümlere ayrılmakta her hasta kendi durumuna uygun kısımları doldurmaktadır (Ünsal ve ark. 2006).

3.7. Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı 1 Haziran 2009- 1 Şubat 2010 tarihleri arasında araştırma kapsamına alınan hastanede, en az altı aydır abdominal stomaya sahip olan hastalara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra uygulandı.

Araştırmacı veri toplamadan önce, hastalara kendini tanıtarak araştırmanın amacını açıkladı. Sözlü onay vererek çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara anketler yüzyüze görüşülerek uygulandı.

3.8. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for windows 15.0 programı kullanıldı. Hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalık ile ilgili özellikleri; sayı, yüzde ve ortalama olarak verilmiştir. Yaşam Kalitesi EORTC QLQ C-30 ve EORTC CR- 38' deki tüm ölçekler ve tek madde ölçümleri 0 -100 arasında puanlandırılabilir. Yüksek puan, yüksek yanıt düzeyini ifade etmektedir. Fonksiyonel skaladaki yüksek skor iyi sağlık durumunu gösterirken semptom skalasındaki yüksek skor semptomun fazlalığını göstermektedir. EORTC QLQ C-30 ve EORTC QLQ CR- 38 ölçeklerinin hastalığa ilişkin özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği Ki- Kare (Kruskal Wallis ve Man Whitney U) analizi ile değerlendirilirken; yaş ile EORTC QLQ C-30 ve EORTC QLQ CR- 38 ölçekleri arasındaki ilişki spearman korelasyon testi ile değerlendirildi. Sonuçlar % 95' lik güven aralığında anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Araştırmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş olup, 1 hasta anket sorularını tam yanıtlamadığından çalışma kapsamı dışında bırakılarak toplam 69 hasta ile çalışma gerçekleştirildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Klinikleri, Acil Servis ve Stomaterapi Ünitesi' nde abdominal stomalı hastalarda yaşam kalitesini belirlemek, araştırma sonuçlarının klinik uygulamalara yansıtılmasına ışık tutmak amacıyla 69 abdominal stomalı hastada gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular ve istatistiksel analizler tablolar halinde sunuldu.

Araştırmada;

- Abdominal stomalı hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgulara,
- Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile ilgili bulgulara,
- Demografik özelliklerin yaşam kalitesi skorları ile ilgili karşılaştırma bulgularına tablolar halinde yer verildi.

Tablo 4-1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Yaş	N=69	Yüzde (%)
30-40	12	17,4
41-50	18	26,1
51-60	10	14,5
61-70	11	15,9
71-80	14	20,3
81-85	4	5,8
Cinsiyet		
Kadın	36	52,2
Erkek	33	47,8
Medeni durum		
Evli	49	71,0
Bekâr	11	15,9
Dul	9	13,1
Yaşadığı Merkez		
İl	55	79,8
İlçe	7	10,1
Köy	7	10,1
Eğitim		
Okur-yazar değil	11	15,9
Okur-yazar	7	10,1
İlkokul	24	34,9
Ortaöğretim	20	29,0
Yüksekokul	7	10,1
Meslek		
Memur	3	4,3
İşçi	9	13,2
Emekli	25	36,2
Ev hanımı	27	39,1
Diğer	5	7,2
Çocuk Sayısı		
1-3	37	66,1
4-6	14	25,0
7 ve üstü	5	8,9

****Yüzdelik dilimlerin hesaplanmasında boş veriler eklenmedi.**

Hastaların sosyodemografik özelliklerine incelendiğinde yaş ortalamaları $56,68 \pm 16,5$, %52,2'sinin (n=36) kadın, %71'inin (n=49) evli, %34,9'unun (n=24) ilkokul mezunu, %39,1'inin (n=16) ev hanımı ve %66,1'inin (n=37) 1 ila 3 çocuk sahibi olduğu bulundu.

Tablo 4-2: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Hastalık Tanısı	N=69	%
Bağırsak yırtılması	5	7,3
Crohn hastalığı	7	10,1
Kolon kanseri	32	46,4
Rektum kanseri	20	29
Diğer	5	7,2
Kolostomi tipi		
Geçici kolostomi	15	20,6
Kalıcı kolostomi	54	79,4
Ailede Bağırsak Hastalığı Hikayesi		
Var	11	15,9
Yok	58	84,1
Yakınlık Derecesi		
1.derece	10	90,9
Diğer	1	9,1
Ameliyat Öncesi Ameliyat Tipi Hakkında Bilgilendirilme Durumu		
Evet	52	76,4
Hayır	14	19,2
Biraz	3	4,4
Bilgi Veren Kişi		
Hekim	50	90,9
Hemşire	5	9,1
Cevapsız	14	0,0
Stoma Yeri Hakkında Rahatsızlık Durumu		
Var	14	19,13
Yok	55	80,87
Stomanın Başka Bir Yerde Olmasını Tercih Etme Durumu		
Evet	13	19,06
Hayır	56	80,94
Stoma Bakım Eğitimini Veren Kişi		
Firma yetkilisi	30	44,1
Hekim	4	4,43
Hemşire	35	51,47
Malzeme Temininde Sorun Yaşama Durumu		
Evet	11	14,88
Hayır	58	85,12
Ellerin Titreme Durumu		
Var	9	13
Yok	60	87
Namaz Kılma Durumu		
Evet	32	46,4
Hayır	37	53,6
Oruç Tutma Durumu		
Evet	20	29,0
Hayır	49	71,0
Denize Girebilme Durumu		
Evet	12	17,4
Hayır	57	82,6

****Yüzdelik dilimlerin hesaplanmasında boş veriler eklenmedi.**

Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri incelendiğinde %79,4' ünün (n=54) kalıcı kolostomiye sahip olduğu, %76,4' ünün (n=52) ameliyat öncesi dönemde ameliyat hakkında bilgilendirildiği, %19,2' sinin (n=14) bilgilendirilmediği, %90,9' una (n=50) hekim tarafından bilgi verildiği, %46,4' ünün (n=32) namaz kıldığı, %71' inin (n=49) oruç tutamadığı, %82,6' sının (n=57) denize girmediği, %15,9' unda (n=11) ailede bağırsak hastalığı öyküsünün olduğu, %13' ünde (n=9) ellerinde titreme olduğu ve %46,4' üne (n=32) kolon kanseri tanısı ile kolostomi açıldığı, % 85,12' sinin (n= 58) malzeme temininde hiçbir sorun yaşamadığı, %80,87' sinin (n=55) stoma yeri ile ilgili rahatsızlığı olmadığı, sadece % 19,06' sının (n=13) stomasının başka yerde olmasını tercih ettikleri, hastaların yarısının stoma bakım eğitimini hemşireden aldığı belirlendi.

Tablo 4-3: Hastaların Yaş Durumlarına Göre QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	30-40		41-50		51-60		61-70		71-80		80- 85		S. korelasyon	
	n:12		n:18		n:10		n:11		n:14		n:4			
Fonksiyonel														
Durum	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	r	p
Fiziksel	-													
fonksiyon	89,44	16,69	87,41	18,84	71,33	33,56	81,82	15,23	73,81	16,63	43,33	24,64	0,476	<0,001*
Emosyonel	-													
fonksiyon	51,39	24,32	52,31	28,98	45,00	31,48	56,67	25,09	42,86	26,32	27,08	35,60	0,125	0,315
Bilişsel	-													
fonksiyon	72,22	33,59	76,85	21,50	55,00	36,89	68,33	24,15	60,71	30,39	41,67	28,87	0,316	0,009*
Sosyal														
fonksiyon	11,11	14,79	16,67	20,61	11,67	19,32	18,33	31,87	14,29	15,82	12,50	15,96	0,050	0,688
Rol	-													
fonksiyonu	84,72	18,06	86,11	17,39	63,33	34,96	81,82	24,10	73,81	19,30	50,00	19,25	0,297	0,014**
Global														
Sağlık	-													
Durumu	45,14	25,98	43,06	17,68	50,83	9,17	39,39	12,96	41,07	17,44	33,33	13,61	0,151	0,220
Semptom														
Kontrolü														
Halsizlik	29,63	19,15	20,37	15,36	23,33	15,22	16,67	15,93	36,51	18,20	61,11	33,34	0,270	0,027**
Bulantı-														
kusma	2,78	6,49	1,85	7,86	0,00	0,00	0,00	0,00	13,10	27,09	0,00	0,00	0,191	0,118
Ağrı	16,67	20,10	10,19	11,63	10,00	14,05	11,67	13,72	16,67	27,73	54,17	45,90	0,081	0,513
Dispne	8,33	20,72	3,70	10,78	3,33	10,54	0,00	0,00	23,81	37,96	33,33	47,14	0,251	0,039**
Uykusuzluk	16,67	22,47	14,81	28,52	16,67	32,39	3,03	10,05	38,09	38,91	50,00	43,03	0,272	0,025**
İştah kaybı	11,11	21,71	3,70	10,78	10,00	31,62	9,09	30,15	16,67	36,40	33,34	38,49	0,111	0,366
Kabızlık	5,56	12,97	5,56	12,78	10,00	16,10	6,06	13,48	23,81	37,96	8,33	16,67	0,187	0,127
İshal	5,56	12,97	14,81	28,52	3,33	10,54	15,15	17,41	11,90	28,06	8,33	16,67	0,031	0,800
Maddi	-													
zorluk	88,89	16,41	87,04	20,26	83,33	32,39	70,70	44,19	88,10	16,57	83,34	19,24	0,105	0,393

*p<0,01, **p<0,05

Hastaların yaş durumlarına göre yaşam kalitesi skorları incelendiğinde QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeği ile hastaların yaş durumu arasında “Fiziksel fonksiyon”,

“Bilişsel fonksiyon” ve “Rol fonksiyonu” alt ölçekleri arasında negatif yönlü; yani yaş yükseldikçe fiziksel, bilişsel ve rol fonksiyonunda azalma olduğu, yine yaş yükseldikçe halsizlik, uykusuzluk ve dispne alt ölçekleri arasında artış olduğu; yani pozitif yönlü bir ilişki bulundu ($p<0,01$) ($p<0,05$).

Tablo 4-4: Hastaların Yaş Durumlarına Göre QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	30-40 n:12		41-50 n:18		51-60 n:10		61-70 n:11		71-80 n:14		80-85 n:4			
Fonksiyonel skala	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	r	p
Vücut imajı	29,63	30,83	42,59	27,81	31,11	30,00	40,40	21,24	31,75	19,90	36,11	27,78	-0,004	0,972
Gelecek beklentisi	22,22	29,59	16,67	30,78	3,33	10,54	9,09	15,57	9,52	15,63	16,67	33,33	-0,127	0,302
Seksüel fonksiyon	13,89	17,16	15,74	20,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,482	<0,001*
Semptom skalası														
İdrar problemleri	10,19	15,32	10,49	19,98	11,11	18,14	15,56	19,03	19,05	22,82	0,00	0,00	0,073	0,559
KT yan etkileri	25,93	18,55	21,60	22,38	20,00	22,10	16,16	16,00	23,81	24,98	33,33	18,14	0,021	0,866
Gİ semptomlar	17,78	20,37	16,30	18,89	24,67	22,23	19,33	17,05	32,38	17,71	31,67	17,53	0,335	0,006**
Defekasyon problemleri	22,22	9,91	19,05	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,500	0,667
Stomaya bağlı problemler	72,49	17,94	60,78	23,48	65,71	23,74	67,10	30,45	67,01	24,10	75,00	17,98	0,063	0,621
Kilo kaybı	28,22	26,09	29,88	23,06	27,04	25,17	23,22	32,13	22,44	23,19	25,07	34,23	-0,064	0,602

* $p<0,01$ ** $p<0,05$

Tablo 4-4’ deki veriler incelendiğinde QLQ CR- 38 yaşam kalitesi ölçeği ile hastaların yaş durumu arasında “Seksüel fonksiyon” alt ölçeği arasında negatif yönlü ($p<0,01$); yani yaş ilerledikçe seksüel fonksiyonda azalma olduğu “Gİ semptomlar” ‘da artış olduğu yani pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tablo 4-5: Hastaların Cinsiyet Durumlarına Göre QLQ C- 30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	Kadın n=36			Erkek n=33			Mann Whitney U	
Fonksiyonel Durum	ORT	±	SS	ORT	±	SS	z	P*
Fiziksel fonksiyon	75,00	±	24,86	83,84	±	19,93	-1,656	0,098
Emosyonel fonksiyon	47,69	±	27,21	48,96	±	28,77	-0,044	0,965
Bilişsel fonksiyon	66,20	±	30,98	66,15	±	28,55	-0,094	0,925
Sosyal fonksiyon	11,11	±	15,94	18,23	±	23,32	-1,234	0,217
Rol fonksiyonu	71,30	±	26,91	83,84	±	18,39	-1,957	0,050
Global Sağlık Durumu	40,74	±	16,28	45,45	±	18,76	-1,012	0,311
Semptom Kontrolü								
Halsizlik	27,47	±	18,87	27,78	±	22,40	-0,280	0,780
Bulantı-kusma	1,39	±	4,67	6,06	±	19,01	-0,973	0,331
Ağrı	13,89	±	21,64	17,19	±	23,37	-0,662	0,508
Dispne	6,48	±	19,22	13,13	±	28,79	-0,892	0,372
Uykusuzluk	23,15	±	35,47	17,17	±	26,51	-0,418	0,676
İştah kaybı	13,89	±	31,24	17,17	±	22,10	-0,573	0,566
Kabızlık	12,04	±	22,75	8,08	±	20,46	-0,940	0,347
İshal	12,96	±	26,76	8,08	±	14,51	-0,264	0,792
Maddi zorluk	84,40	±	25,34	84,02	±	27,24	-0,136	0,892

*p>0,05

Tablo 4-5’ te hastaların cinsiyet durumlarına göre QLQ C- 30 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının dağılımlarına yer verildi. Tablodaki veriler incelendiğinde cinsiyet durumu ile yaşam kalitesi alt ölçekleri toplam puanları arasında istatistiksel olarak herhangi anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4-6: Hastaların Cinsiyet Durumlarına Göre QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	Kadın			Erkek			Mann Whitney U	
	n:36			n:33				
Fonksiyonel skala	ORT	±	SS	ORT	±	SS	z	p
Vücut imajı	25,31	±	22,48	47,14	±	24,85	-3,418	0,001*
Gelecek beklentisi	12,04	±	19,76	14,14	±	27,68	-0,151	0,880
Seksüel fonksiyon	2,78	±	9,34	10,61	±	18,07	-2,303	0,021**
Semptom skalası								
İdrar problemleri	12,35	±	20,19	12,50	±	17,57	-0,346	0,729
KT yan etkileri	25,31	±	20,85	19,19	±	20,65	-1,280	0,200
Gİ semptomlar	24,81	±	20,57	19,79	±	18,20	-0,957	0,339
Defekasyon problemleri	22,22	±	9,91	19,05	±	0,00	0,000	1,000
Stomaya bağlı problemler	72,01	±	22,17	60,71	±	23,86	-2,008	0,045**
Kilo kaybı	28,70	±	35,77	27,27	±	36,76	-0,265	0,791

*p<0,01 p<0,05

Tablo 4-6’ daki veriler incelendiğinde QLQ CR- 38 yaşam kalitesi ölçeği ile hastaların cinsiyet durumu arasında “Vücut imajı”, “Seksüel fonksiyon” ve “Stomaya bağlı problemler” alt ölçek puanlarına bakıldığında istatistiksel olarak kadınların erkeklerden daha kötü puanlara sahip olduğu bulundu ($p>0,01$) ($p<0,05$).

Tablo 4-7: Hastaların Medeni Durumlarına Göre QLQ C- 30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	Evli n:49			Bekar n:11			Dul n:9			Kruskal Wallis	
Fonksiyonel Durum	ORT	±	SS	ORT	±	SS	ORT	±	SS	KW-χ^2	p
Fiziksel fonksiyon	82,99	±	17,69	87,27	±	17,50	48,89	±	31,45	11,039	0,004*
Emosyonel fonksiyon	45,66	±	26,69	63,64	±	28,93	43,52	±	28,80	3,649	0,161
Bilişsel fonksiyon	67,36	±	30,16	75,76	±	25,13	48,15	±	26,93	5,553	0,062
Sosyal fonksiyon	14,58	±	21,09	18,18	±	18,94	9,26	±	14,70	1,279	0,528
Rol fonksiyonu	79,59	±	22,38	83,33	±	18,26	57,41	±	30,18	5,566	0,062
Global Sağlık Durumu	46,26	±	17,02	37,12	±	18,77	32,41	±	14,10	5,454	0,065
Semptom Kontrolü											
Halsizlik	26,39	±	18,99	20,20	±	11,98	43,21	±	29,11	5,285	0,071
Bulantı-kusma	4,76	±	15,96	1,52	±	5,03	0,00	±	0,00	1,610	0,447
Ağrı	13,19	±	19,74	13,64	±	14,56	29,63	±	37,06	2,083	0,353
Dispne	8,84	±	24,32	3,03	±	10,05	22,22	±	33,33	5,019	0,081
Uykusuzluk	17,69	±	31,26	21,21	±	30,81	33,33	±	33,33	3,537	0,171
İştah kaybı	12,24	±	29,42	3,03	±	10,05	14,82	±	29,40	0,839	0,657
Kabızlık	12,92	±	24,36	3,03	±	10,05	3,70	±	11,11	2,871	0,238
İshal	10,20	±	22,77	15,15	±	22,92	7,41	±	14,7	1,015	0,602
Maddi zorluk	85,84	±	24,11	73,18	±	38,01	88,89	±	16,67	1,102	0,576

*p<0,05

Hastaların medeni durumlarına göre QLQ C-30 yaşam kalitesi skorları incelendiğinde QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeği ile hastaların medeni durumu arasında “Fiziksel fonksiyon” alt ölçek puanı arasında dul olan bireylerin, evli ve bekarlara göre daha kötü durumda olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 4-8: Hastaların Medeni Durumlarına Göre QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	Evli n:49			Bekar n:11			Dul n:9			Kruskal Wallis	
Fonksiyonel skala	ORT	±	SS	ORT	±	SS	ORT	±	SS	KW- χ^2	p
Vücut imajı	38,10	±	25,36	30,30	±	29,85	29,63	±	24,85	1,634	0,442
Gelecek beklentisi	14,97	±	25,51	6,06	±	13,48	11,11	±	23,57	1,202	0,548
Seksüel fonksiyon	8,16	±	16,36	4,55	±	10,78	0,00	±	0,00	2,554	0,279
Semptom skalası											
İdrar problemleri	14,81	±	18,67	8,08	±	23,35	4,94	±	11,26	5,844	0,054
KT yan etkileri	20,41	±	19,56	22,22	±	22,77	33,33	±	24,22	2,848	0,241
Gİ semptomlar	24,44	±	19,80	10,30	±	19,41	26,67	±	12,91	7,133	0,028*
Defekasyon problemleri	23,81	±	8,25	14,29	±	0,00	-	±	-	2,000	0,157
Stomaya bağlı problemler	63,15	±	23,81	73,33	±	24,30	75,66	±	18,96	3,678	0,159
Kilo kaybı	25,17	±	33,01	39,39	±	46,71	29,63	±	38,89	0,582	0,747

*p<0,05

Tablo 4-8’ deki veriler incelendiğinde QLQ CR- 38 yaşam kalitesi ölçeği ile hastaların medeni durumu arasında bekar ve dul olan bireylerin “Gİ semptomları” daha yoğun yaşadığı ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 4-9: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre QLQ C- 30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	Okuryazar değil n=11			Okuryazar n=7			İlkokul n=24			Lise n=20			Yüksek öğrenim n=7			Kruskal Wallis	
Fonksiyonel Durum	ORT	±	SS	ORT	±	SS	ORT	±	SS	ORT	±	SS	ORT	±	SS	KW- χ^2	P
Fiziksel fonksiyon	80,00	±	18,86	68,57	±	21,33	71,67	±	28,64	90,00	±	13,07	83,81	±	21,03	8,577	0,073
Emosyonel fonksiyon	47,73	±	24,18	48,81	±	24,74	40,22	±	29,37	58,75	±	23,80	45,24	±	37,84	5,127	0,275
Bilişsel fonksiyon	63,64	±	30,57	52,38	±	31,07	58,70	±	34,03	81,67	±	16,13	64,28	±	31,07	7,893	0,096
Sosyal fonksiyon	10,61	±	15,41	28,57	±	35,63	12,32	±	16,83	15,00	±	16,13	11,91	±	24,94	2,429	0,657
Rol fonksiyonu	68,18	±	25,23	80,95	±	14,99	68,06	±	28,20	89,17	±	15,55	85,72	±	17,82	10,503	0,033*
Global Sağlık Durumu	39,39	±	15,85	44,05	±	25,33	40,97	±	11,50	44,17	±	21,98	51,19	±	16,27	2,434	0,657
Semptom Kontrolü																	
Halsizlik	17,17	±	11,51	41,27	±	28,48	35,26	±	22,39	20,00	±	13,29	26,98	±	20,14	11,740	0,019*
Bulantı- kusma	0,00	±	0,00	16,67	±	37,27	2,78	±	8,03	2,50	±	8,16	2,38	±	6,30	3,629	0,458
Ağrı	9,09	±	11,46	28,57	±	32,93	16,67	±	29,30	11,67	±	13,35	19,05	±	14,99	3,745	0,442
Dispne	3,03	±	10,05	28,57	±	29,99	15,28	±	34,02	1,67	±	7,45	4,76	±	12,60	10,578	0,032*
Uykusuzluk	12,12	±	30,81	38,09	±	35,64	29,17	±	38,46	8,33	±	14,81	19,05	±	26,23	7,936	0,094
İştah kaybı	9,09	±	30,15	4,76	±	12,60	22,22	±	37,64	3,33	±	10,26	4,76	±	12,60	4,294	0,368
Kabızlık	6,06	±	13,48	19,05	±	37,80	11,11	±	18,82	6,67	±	13,68	14,29	±	37,80	1,151	0,886
İshal	15,15	±	31,14	0,00	±	0,00	11,11	±	25,38	11,67	±	16,31	9,52	±	16,26	3,253	0,516
Maddi zorluk	93,94	±	13,48	76,191	±	37,09	79,63	±	32,68	86,67	±	16,75	85,71	±	26,23	2,109	0,716

*p<0,05

Tablo 4-9’ daki veriler incelendiğinde QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeği ile hastaların eğitim düzeyleri arasında “Rol fonksiyonu”, “Halsizlik” ve “Dispne” alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık saptandı (p<0,05). Ancak hastaların eğitim durumlarına göre QLQ CR-38 yaşam kalitesi skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0,05).

Tablo 4-10: Hastaların Çocuk Varlığına Göre QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	1-3 n:37	4-6 n:14	7 ve üstü n:5	Kruskal Wallis	
				KW-	
Fonksiyonel skala	ORT ± SS	ORT ± SS	ORT ± SS	χ²	p
Vücut imajı	36,64 ± 25,78	37,30 ± 24,50	28,89 ± 25,58	0,430	0,806
Gelecek beklentisi	10,81 ± 23,64	23,81 ± 27,51	0,00 ± 0,00	7,339	0,025*
Seksüel fonksiyon	8,11 ± 16,95	4,76 ± 12,10	0,00 ± 0,00	1,561	0,458
Semptom skalası					
İdrar problemleri	12,01 ± 15,36	19,66 ± 24,49	11,11 ± 19,25	1,016	0,602
KT yan etkileri	20,72 ± 19,10	23,02 ± 26,32	31,11 ± 16,48	1,455	0,483
Gİ semptomlar	20,18 ± 16,89	34,87 ± 21,28	36,00 ± 16,06	7,156	0,028*
Defekasyon problemleri	26,19 ± 10,10	19,05 ± 0,0	- ± -	0,500	0,480
Stomaya bağlı problemler	63,95 ± 26,55	65,57 ± 17,62	71,43 ± 18,13	0,469	0,791
Kilo kaybı	25,23	34,61	23,81 ± 30,46	33,33 ± 40,82	0,346
	0,841				

*p<0,05

Hastaların çocuk sayısına göre QLQ C-30 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde ve hastaların çocuk varlığı ile yaşam kalitesi alt ölçekleri toplam puanları arasında istatistiksel olarak herhangi anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Ancak Tablo 4-10’ da QLQ CR- 38 yaşam kalitesi ölçeği ile hastaların çocuk sayısı toplam puanları arasında “Gelecek beklentisi” ve “Gİ semptomlar” alt ölçek puanları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık saptandı ($p<0,05$).

Tablo 4-11: Hastaların Hastalık Tanısına Göre QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	Kolorektal ca n=52			Diğer n=17			Mann Whitney U	
Fonksiyonel Durum	ORT	±	SS	ORT	±	SS	Z	p
Fiziksel fonksiyon	79,36	±	23,96	78,82	±	20,03	-0,390	0,697
Emosyonel fonksiyon	49,51	±	29,41	44,61	±	22,43	-0,746	0,456
Bilişsel fonksiyon	67,97	±	30,70	60,78	±	26,31	-1,244	0,213
Sosyal fonksiyon	12,09	±	19,46	21,57	±	20,21	-2,030	0,042*
Rol fonksiyonu	76,92	±	25,17	78,43	±	20,21	-0,066	0,948
Global Sağlık Durumu	43,43	±	16,94	41,67	±	19,77	-0,049	0,961
Semptom Kontrolü								
Halsizlik	26,36	±	21,08	31,37	±	18,53	-1,143	0,253
Bulantı-kusma	4,17	±	15,44	1,96	±	5,54	-0,050	0,960
Ağrı	15,36	±	23,77	15,69	±	18,13	-0,648	0,517
Dispne	10,26	±	26,02	7,84	±	18,74	-0,032	0,975
Uykusuzluk	19,87	±	33,83	21,57	±	23,40	-1,041	0,298
İştah kaybı	10,26	±	26,84	13,73	±	29,01	-0,707	0,480
Kabızlık	10,90	±	23,54	7,84	±	14,57	-0,076	0,940
İshal	12,82	±	23,94	3,92	±	11,07	-1,456	0,145
Maddi zorluk	87,30	±	22,58	74,80	±	33,76	-1,454	0,146

*p>0,05

Tablo 4-11’ de hastaların hastalık tanısına göre QLQ C-30 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının dağılımlarına yer verildi. Tablodaki veriler incelendiğinde, hastaların hastalık tanısı ile yaşam kalitesi “Sosyal fonksiyon” alt ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Hastaların hastalık tanısına göre CR- 38 yaşam kalitesi alt ölçekleri toplam puanları arasında ise istatistiksel olarak herhangi anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p> 0,05$).

Tablo 4-12: Hastaların Kolostomi Tipine Göre QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	Geçici kolostomi n=15			Kalıcı kolostomi n=54			Mann Whitney U	
	ORT	±	SS	ORT	±	SS	Z	P*
Fonksiyonel Durum								
Fiziksel fonksiyon	86,19	±	18,39	77,78	±	23,84	-1,151	0,250
Emosyonel fonksiyon	48,22	±	24,93	48,58	±	28,86	-0,195	0,845
Bilişsel fonksiyon	72,62	±	28,20	65,09	±	30,00	-0,898	0,369
Sosyal fonksiyon	26,19	±	30,46	11,01	±	14,96	-1,825	0,068
Rol fonksiyonu	82,14	±	16,62	76,23	±	25,62	-0,469	0,639
Global Sağlık Durumu	47,03	±	15,19	41,51	±	17,92	-1,309	0,190
Semptom Kontrolü								
Halsizlik	29,36	±	18,29	26,41	±	20,58	-0,783	0,434
Bulantı-kusma	1,19	±	4,46	4,01	±	15,16	-0,475	0,635
Ağrı	11,91	±	13,76	15,41	±	23,31	0,000	1,000
Dispne	2,38	±	8,91	10,49	±	25,76	-1,066	0,286
Uykusuzluk	14,29	±	21,54	20,99	±	33,20	-0,319	0,750
İştah kaybı	7,14	±	19,30	11,73	±	29,07	-0,296	0,767
Kabızlık	7,14	±	14,19	10,49	±	23,19	-0,158	0,875
İshal	7,14	±	14,19	11,73	±	23,49	-0,432	0,666
Maddi zorluk	73,81	±	37,39	87,24	±	22,04	-1,158	0,247

*p>0,05

Tablo 4-13: Hastaların Kolostomi Tipine Göre QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	Geçici kolostomi n:15			Kalıcı kolostomi n:54			Mann Whitney U	
	ORT	±	SS	ORT	±	SS	Z	P*
Fonksiyonel skala								
Vücut imajı	38,10	±	22,10	34,98	±	27,17	-0,408	0,683
Gelecek beklentisi	16,67	±	31,35	11,73	±	21,63	-0,241	0,809
Seksüel fonksiyon	5,95	±	12,42	6,79	±	15,36	-0,122	0,903
Semptom skalası								
İdrar problemleri	15,87	±	16,14	11,53	±	19,73	-1,797	0,072
KT yan etkileri	23,02	±	16,57	21,81	±	21,90	-0,404	0,686
Gİ semptomlar	14,29	±	14,29	24,03	±	20,01	-1,553	0,121
Defekasyon problemleri	22,22	±	9,91	-	±	-	-	-
Stomaya bağlı problemler	71,86	±	24,32	65,34	±	23,45	-0,904	0,366
Kilo kaybı	28,57	±	36,65	27,78	±	36,49	-0,227	0,821

p>0,05

Hastaların kolostomi tiplerine (kalıcı kolostomi, geçici kolostomi) göre QLQ C-30 ve QLQ CR- 38 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının dağılımlarına bakılmış ve hastaların kolostomi tipleri ile yaşam kalitesi alt ölçekleri toplam puanları arasında istatistiksel olarak herhangi anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4-14: Hastaların Ameliyat Öncesi Ameliyat Tipi Hakkında Bilgilendirilme Durumuna Göre QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	Evet			Hayır			Mann Whitney U	
	ORT	±	SS	ORT	±	SS	Z	P
Fonksiyonel Durum								
Fiziksel fonksiyon	79,74	±	22,07	75,71	±	27,62	-0,405	0,685
Emosyonel fonksiyon	49,17	±	27,63	50,60	±	28,95	-0,222	0,824
Bilişsel fonksiyon	67,00	±	29,64	67,86	±	30,29	-0,141	0,888
Sosyal fonksiyon	13,33	±	17,50	20,24	±	27,87	-0,692	0,489
Rol fonksiyonu	77,78	±	22,03	71,43	±	30,96	-0,491	0,623
Global Sağlık Durumu	42,97	±	16,53	37,50	±	19,82	-1,070	0,285
Semptom Kontrolü								
Halsizlik	28,67	±	21,66	23,01	±	14,10	-0,554	0,580
Bulantı-kusma	4,25	±	15,58	0,00	±	0,00	-1,335	0,182
Ağrı	16,67	±	23,57	7,14	±	12,60	-1,497	0,134
Dispne	9,80	±	26,07	7,14	±	14,19	-0,355	0,723
Uykusuzluk	22,88	±	34,31	9,52	±	15,63	-1,042	0,298
İştah kaybı	14,38	±	30,74	0,00	±	0,00	-1,882	0,060
Kabızlık	11,11	±	20,73	0,00	±	0,00	-2,188	0,029*
İshal	13,07	±	24,11	4,76	±	12,10	-1,187	0,235
Maddi zorluk	83,88	±	26,31	83,33	±	28,49	-0,038	0,970

*p<0,05

Tablo 4-14’ de hastaların ameliyat öncesi ameliyat tipi hakkında bilgilendirilme durumuna göre QLQ C-30 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının dağılımlarına yer verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde hastaların bilgilendirme durumları ile yaşam kalitesi “Kabızlık” alt ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulundu ($p<0,05$) ancak CR- 38 yaşam kalitesi ölçeği ile ameliyat öncesi ameliyat tipi hakkında bilgilendirilme durumu arasında istatistiksel olarak bir anlamlılığa rastlanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4-15: Hastaların Stomanın Başka Bir Yerde Olmasını Tercih Etme Durumuna Göre QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	Evet n:13			Hayır n:56			Mann Whitney U	
Fonksiyonel skala	ORT	±	SS	ORT	±	SS	Z	p
Vücut imajı	23,15	±	20,90	38,29	±	26,46	-1,763	0,078
Gelecek beklentisi	0,00	±	0,00	15,48	±	25,40	-2,335	0,020*
Seksüel fonksiyon	2,78	±	9,62	7,44	±	15,54	-1,034	0,301
Semptom skalası								
İdrar problemleri	16,67	±	25,29	11,52	±	17,50	-0,581	0,561
KT yan etkileri	24,07	±	17,62	21,63	±	21,55	-0,627	0,531
Gİ semptomlar	26,67	±	22,56	20,97	±	18,57	-0,786	0,432
Defekasyon problemleri	33,33	±	0,0	16,67	±	3,37	-1,225	0,221
Stomaya bağlı problemler	78,79	±	16,27	63,93	±	24,10	-2,001	0,045*
Kilo kaybı	33,33	±	40,20	26,79	±	35,63	-0,534	0,593

*p<0,05

Tablo 4-15’ de hastaların stomanın başka bir yerde olmasını tercih etme durumuna göre QLQ C-30 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının dağılımlarına yer verildi. Tablodaki veriler incelendiğinde hastaların stomanın başka bir yerde olmasını tercih etme durumları ile yaşam kalitesi alt ölçekleri toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Ancak QLQ CR- 38 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında stomanın başka bir yerde olmasını tercih edenlerde gelecek beklentisi düzeylerinin, stomanın yerinden memnun olanlardan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı ve stoma yerinden rahatsız olup başka yerde olmasını tercih edenlerde diğer gruba göre daha fazla stomaya bağlı sorun yaşandığı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 4-16: Hastaların Namaz Kılma Durumuna Göre QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	Evet n:32			Hayır n:37			Mann Whitney U	
Fonksiyonel Durum	ORT	±	SS	ORT	±	SS	Z	p
Fiziksel fonksiyon	82,29	±	24,16	76,58	±	21,75	-1,463	0,143
Emosyonel fonksiyon	52,15	±	25,00	45,04	±	29,82	-1,147	0,251
Bilişsel fonksiyon	73,66	±	27,14	59,91	±	30,55	-1,975	0,048*
Sosyal fonksiyon	14,52	±	15,95	14,41	±	22,96	-0,611	0,541
Rol fonksiyonu	79,69	±	23,85	75,23	±	24,10	-0,851	0,395
Global Sağlık Durumu	41,67	±	16,93	44,14	±	18,20	-0,550	0,583
Semptom Kontrolü								
Halsizlik	27,96	±	20,06	27,33	±	21,05	-0,389	0,698
Bulantı-kusma	2,08	±	7,02	4,96	±	17,51	-0,552	0,581
Ağrı	15,05	±	22,09	15,77	±	22,89	-0,067	0,947
Dispne	7,29	±	20,27	11,71	±	27,46	-0,456	0,648
Uykusuzluk	19,79	±	31,52	20,72	±	31,77	-0,098	0,922
İştah kaybı	6,25	±	17,84	15,32	±	32,96	-1,094	0,274
Kabızlık	10,42	±	23,09	9,91	±	20,58	-0,156	0,876
İshal	7,29	±	20,27	13,51	±	22,85	-1,571	0,116
Maddi zorluk	85,61	±	21,57	83,02	±	29,67	-0,158	0,874

*p<0,05

Tablo 4-16’ da hastaların namaz kılma durumuna göre QLQ C-30 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının dağılımlarına yer verildi. Tablodaki veriler incelendiğinde, hastaların namaz kılma durumu ile yaşam kalitesi “Bilişsel fonksiyon” alt ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak sınırda bir anlamlılık olduğu, namaz kılanların “Bilişsel fonksiyon” ortalamalarının kılmayanlara göre daha iyi olduğu bulundu ($p<0,05$).

Tablo 4-17: Hastaların Namaz Kılma Durumuna Göre QLQ CR-38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	Evet n:32			Hayır n:37			Mann Whitney U	
Fonksiyonel skala	ORT	±	SS	ORT	±	SS	Z	p
Vücut imajı	39,58	±	27,64	32,43	±	24,20	-1,068	0,285
Gelecek beklentisi	18,75	±	29,25	8,11	±	16,49	-1,590	0,112
Seksüel fonksiyon	8,85	±	17,95	4,50	±	10,86	-0,787	0,431
Semptom skalası								
İdrar problemleri	9,68	±	16,42	14,71	±	20,63	-0,803	0,422
KT yan etkileri	18,40	±	19,27	25,83	±	21,76	-1,511	0,131
Gİ semptomlar	24,30	±	18,02	20,90	±	20,80	-0,959	0,338
Defekasyon problemleri	26,19	±	10,10	16,67	±	3,37	-1,225	0,221
Stomaya bağlı problemler	69,21	±	17,81	64,08	±	27,56	-0,271	0,787
Kilo kaybı	14,58	±	23,85	39,64	±	40,70	-2,501	0,012*

*p<0, 05

Tablo 4-17’ de hastaların namaz kılma durumuna göre QLQ CR- 38 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının dağılımlarına yer verildi ve namaz kılma durumu ile “Kilo kaybı” alt ölçeği toplam puanlarına bakıldığında namaz kılmayanlarda kilo kaybı alt ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu ve kilo kayıpları olduğu bulundu (p<0,05).

Tablo 4-18: Hastaların Oruç Tutma Durumuna Göre QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	Evet			Hayır			Mann Whitney U	
	n:20			n:49				
Fonksiyonel skala	ORT	±	SS	ORT	±	SS	Z	P*
Vücut imajı	35,56	±	25,64	35,83	±	26,28	-0,114	0,909
Gelecek beklentisi	8,33	±	18,34	14,97	±	25,51	-1,048	0,294
Seksüel fonksiyon	10,83	±	20,43	4,76	±	11,28	-1,040	0,299
Semptom skalası								
İdrar problemleri	11,67	±	19,90	12,73	±	18,62	-0,654	0,513
KT yan etkileri	18,33	±	20,16	24,04	±	21,08	-1,064	0,287
Gİ semptomlar	24,67	±	18,74	21,53	±	19,94	-0,749	0,454
Defekasyon problemleri	19,05	±	0,000	22,22	±	9,91	0,000	1,000
Stomaya bağlı problemler	67,17	±	15,62	66,15	±	26,26	-0,434	0,664
Kilo kaybı	13,33	±	27,36	34,01	±	37,57	-2,224	0,026*

*p<0, 05

Tablo 4-18’ de hastaların oruç tutma durumuna göre QLQ C-30 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının dağılımlarına yer verildi. Tablodaki veriler incelendiğinde hastaların oruç tutma durumu ile yaşam kalitesi alt ölçekleri toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Ancak QLQ CR- 38 skorunda “kilo kaybı” alt ölçekleri toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık olduğu, oruç tutmayanların puanlarının daha yüksek olduğu ve kilo kaybı olduğu bulundu ($p<0,05$).

Tablo 4-19: Hastaların Denize Girebilme Durumuna Göre QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	Evet n:12			Hayır n:57			Mann Whitney U	
Fonksiyonel Durum	ORT	±	SS	ORT	±	SS	Z	p
Fiziksel fonksiyon	93,33	±	10,64	76,26	±	23,74	-2,634	0,008*
Emosyonel fonksiyon	54,86	±	24,99	46,88	±	28,32	-1,051	0,293
Bilişsel fonksiyon	88,89	±	8,21	61,31	±	30,34	-3,155	0,002*
Sosyal fonksiyon	16,67	±	15,89	13,99	±	20,79	-0,880	0,379
Rol fonksiyonu	95,83	±	7,54	73,39	±	24,37	-3,234	0,001*
Global Sağlık Durumu	55,56	±	18,23	40,35	±	16,35	-2,539	0,011**
Semptom Kontrolü								
Halsizlik	16,67	±	12,08	29,96	±	21,18	-2,172	0,030**
Bulantı-kusma	4,17	±	10,36	3,51	±	14,34	-0,613	0,540
Ağrı	9,72	±	13,22	16,67	±	23,78	-0,700	0,484
Dispne	0,00	±	0,00	11,70	±	26,35	-1,728	0,084
Uykusuzluk	8,33	±	15,07	22,81	±	33,43	-1,238	0,216
İştah kaybı	2,78	±	9,62	12,87	±	29,38	-0,983	0,325
Kabızlık	11,11	±	29,59	9,94	±	19,88	-0,463	0,643
İshal	2,78	±	9,62	12,28	±	23,26	-1,455	0,146
Maddi zorluk	86,11	±	17,16	83,82	±	27,69	-0,302	0,762

*p<0,01, **p<0,05

Tablo 4-19’ da hastaların denize girebilme durumuna göre QLQ C-30 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının dağılımlarına yer verildi. Tablodaki veriler incelendiğinde, denize giren hastaların “Fiziksel fonksiyon”, “Bilişsel fonksiyon”, “Rol fonksiyonu”, “Global Sağlık Durumu” alt ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu, “Halsizlik” alt ölçeği toplam puanının daha düşük olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,01$) ($p<0,05$).

Tablo 4-20 : Hastaların Denize Girebilme Durumuna Göre QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Skorlarının Dağılımı

	Evet			Hayır			Mann Whitney U	
	n:12			n:57				
Fonksiyonel skala	ORT	±	SS	ORT	±	SS	Z	p
Vücut imajı	55,56	±	19,53	31,58	±	25,27	-2,923	0,003*
Gelecek beklentisi	25,00	±	32,18	10,53	±	21,04	-1,843	0,065
Seksüel fonksiyon	20,83	±	23,70	3,51	±	9,83	-3,256	0,001*
Semptom skalası								
İdrar problemleri	12,96	±	16,30	12,30	±	19,50	-0,436	0,663
KT yan etkileri	9,26	±	14,08	25,15	±	21,05	-2,531	0,011**
Gİ semptomlar	18,89	±	16,53	23,21	±	20,14	-0,586	0,558
Defekasyon problemleri	-	±	-	21,43	±	8,25	-	-
Stomaya bağlı problemler	57,54	±	24,82	68,46	±	22,99	-1,425	0,154
Kilo kaybı	5,56	±	12,97	32,75	±	37,53	-2,374	0,018**

*p<0,01, p<0,05

Tablo 4-20’ de hastaların denize girebilme durumuna göre QLQ CR- 38 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının dağılımlarına yer verildi. Tablodaki veriler incelendiğinde denize giren hastaların “Vücut imajı”, “Seksüel fonksiyon” alt ölçeği toplam puanlarının daha yüksek olduğu, “KT yan etkileri” ve “Kilo kaybı” alt ölçekleri toplam puanlarının daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p<0,01) (p<0,05).

5. TARTIŞMA

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Klinikleri, Acil Servis ve Stomaterapi Ünitesi' nde abdominal stomalı hastalarda yaşam kalitesini belirlemek, araştırma sonuçlarının klinik uygulamalara yansıtılmasına ışık tutmak amacıyla tanımlayıcı tipte planlandı ve gerçekleştirildi.

Elde edilen bulgular ile hastaların;

- Sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguları,
- Hastalığa ilişkin özellikleri ile ilgili bulguları,
- Demografik özelliklerin yaşam kalitesi skorları ile ilgili karşılaştırma bulguları bölümler halinde tartışıldı.

Yaşam kalitesi bireysel iyilik halinin bir anlatımıdır ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir doyum ifadesidir. Kişinin fiziksel, mental, sosyal fonksiyonları yanı sıra ilgili semptomları kendisinin nasıl algıladığı konusunu gündeme getirmektedir. Stoma ameliyatı sonrası hastaliksız uzun süreli sağkalım gösteren hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi bazı nedenlerle çok önemlidir. Birincisi, cerrahi sonrası uzun sağkalım gösteren hastalara ait yaşam kalitesi değerlendirmesinin kontrol grup hastalarıyla kıyaslanması tedavi başarısının bir belirleyicisi olabilir. İkinci olarak stoma ameliyatı sonrası gelişen belirli fonksiyonel bozulmaların belirlenmesi hasta takibi sırasında özel dikkat gerektirecek geç yan etkilere odaklanma konusunda klinisyenlere yardımcı olabilir. Üçüncü olarak, yaşam kalitesiyle bağlantılı değişkenler hakkındaki bilgi; fiziksel rehabilitasyon, sosyal ve psikolojik destek gibi özel bakım gerektiren hastaların belirlenmesi konusunda bakımın planlanmasına yardımcı olabilir. Aynı zamanda yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyo-ekonomik koşulları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir. Grant ve Rivera yaşam kalitesinin çok yönlü olduğunu vurgulamışlar ve yaşam kalitesinin boyutlarını fiziksel ve sosyal iyilik, psiko-sosyal uyum, inanç ve değerler olarak gruplamışlardır (Baser ve Öz 2003; Fang FM ve ark. 2002; Slevin 1988).

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamaları $56,68 \pm 16,5$, hastaların %52,2'sinin (n=36) kadın, %47,8'inin (n=33) erkek, %71'inin (n=49) evli, %34,9'unun (n=24) ilkokul mezunu, %39,1'inin (n=16) ev hanımı ve %66,1'inin (n=37) 1 ila 3 çocuk sahibi olduğu bulundu (Tablo 4-1).

Stoma uygulamalarının genelde ileri yaşlarda ortaya çıkan kanser vakalarında uygulanması, kadınlarda erkeklere oranla daha az görülmesi ve toplumumuzun yapısına bağlı olarak hastaların büyük bölümünün bu yaşlarda evli olması literatür ile doğru orantılıdır. Bulgularımız Candan (1993) ve Çavdar'ın (1999) yaptığı çalışma ve literatür bilgisi ile birbirini destekler niteliktedir. Ancak bu iki çalışmadan farklı olarak kadınların sayısı daha fazla bulundu.

Örneklem grubunda, kalıcı kolostomi (%79,4) uygulanan hasta oranının geçici kolostomi (%20,6) uygulanan hasta oranından fazla olduğu belirlendi (Tablo 4-2). Herek ve ark. (2003) ve Çarabatır ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmalarda da kalıcı kolostomi oranının geçici kolostomi oranından fazla olduğu saptandı. Sonuç, örneklem grubundaki kolorektal kanser insidansının yüksek olması ile ilişkilendirildiğinde literatür bilgisiyle uyumluluk göstermektedir.

Tablo 4-2' de ameliyat öncesi hastaların %76,4'ünün bilgilendirildiği, %19,2'sinin uygulanacak girişim konusunda kendilerine açıklama yapılmadığı, %4,4'ünün çok az bilgilendirildiğini ifade ettikleri gözlemlendi. Hastaların %76,4'ünün abdominal stoma ve hastalıkları konusunda bilgilendirildiklerini söylemeleri memnuniyet vericidir. Yanı sıra % 19,2 oranında hastanın hiç, % 4,4 oranında hastanın da çok az bilgilendirilmesi, özellikle yaşam biçimi ve beden imajı ile gizlilik duygusunu önemli ölçüde etkileyebilecek böyle bir girişimden haberdar olmamaları dikkat çekici bulundu. Çoğunluğun bilgilendirildiğine ilişkin çalışma bulgusu Çavdar (1999), Candan (1993), Sucu ve Aslan'ın (1998) bulgularıyla benzerlik göstermekte olup, literatürde de belirtildiği gibi hastaya uygulanacak işlemler konusunda bilgilendirmenin, olayı kabullenme, kendi açısından geleceğe umutla bakma ve kendisi hakkında karar vermede söz sahibi olmada etkin olacağı düşünüldüğünde olumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Çalışmada hastaların %15,9'unun aile üyelerinin birinde kalın bağırsak hastalığı öyküsünün olduğu, %84,1'inde ise böyle bir öykü olmadığı belirlendi (Tablo 4-2). Literatürde kalın bağırsak kanserlerinin %5-10'unun ailesel eğilimi olan bireylerde

görüldüğü, kalın bağırsak kanseri olan bireylerin yaklaşık 1/3' nun birinci derece akrabalarında da kanser olduğu belirtilmektedir. Az bir oranda da olsa ailede kalın bağırsak hastalığının varlığı ailesel yatkınlığın üzerinde duran literatür bilgisiyle birbirini destekler niteliktedir (Çavdar 1999; Büyükdoğan 2009).

Hastaların %19,13' ünün stoma yerinden rahatsızlığı olduğu ve %19,06' sının stomalarının başka bir yerde olmasını tercih ettiği sonucu, stoma açılmadan önce stoma yerinin belirlenmesinde stomaterapi hemşiresi ile birlikte hastanın yatarken, otururken, yürürken stoma bölgesinin en rahat ettiği bölgeye stoma açılmasının onun stomaya uyumunu etkileyebileceği, bu nedenle hastanın görüşünün alınmasının bir gereklilik olduğunu ortaya çıkarmaktadır (Tablo 4-2). Ayrıca stoma bölgesine hasta ve stomaterapi hemşiresinin karar vermesi komplikasyonları azaltmakta ve stoma bakımının klinik ve mali sonuçlarını olumlu etkilediği belirtilmektedir. Retrospektif bir çalışmada ameliyat öncesi stoma bölgesinin işaretlenmesini kabul eden % 32,5 hastaya karşın ameliyat öncesi stoma bölgesinin işaretlenmesini kabul etmeyen % 43,5 hastada komplikasyon geliştiği bulunmuştur (Geng ve ark. 2009). Bu hastaların %51,47' sine stoma bakım eğitiminin hemşireler tarafından verilmesi, stomaterapi hemşiresinin istenilen düzeyde olmadığı ülkemizde olumlu bir bulgu olarak değerlendirildi.

Hastaların psiko-sosyal uyumlarını ve stoma bakımını etkileyen faktörler arasında özellikle üzerinde durulan ellerin titremesi durumunun, örneklem grubu tüm hastalarımızda etkin olmadığının gözlemlenmesi memnuniyet vericidir. Araştırma bulgusu Çavdar (1999)' ın yaptığı çalışma bulguları ile birbirini destekler niteliktedir (Tablo 4-2).

Hastaların yaş durumlarına göre yaşam kalitesi skorları incelendiğinde QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeği ile hastaların yaş durumu arasında “Fiziksel fonksiyon”, “Bilişsel fonksiyon” ve “Rol fonksiyonu” alt ölçekleri arasında negatif yönlü; yani yaş yükseldikçe fiziksel, bilişsel ve rol fonksiyonlarında azalma olduğu, yine yaş yükseldikçe halsizlik, uykusuzluk ve dispne alt ölçekleri arasında artış olduğu saptandı (Tablo 4-3).

Kızılcı' nın (1997) kemoterapi alan kanser hastalarının yaşam kalitesini belirlemek üzere yaptığı çalışmasında, yaştan yaşam kalitesinin fonksiyonel alan ve semptomlar üzerinde etkili olmadığı, ancak 65 yaş ve üzerindeki hastaların iştah kaybı ve uyuma güçlüğü yaşadıkları saptanmıştır. Bu çalışmada da 71 yaş ve üstü hastalarda

halsizlik, dispne ve uykusuzluk gibi sorunlar 71 yaş ve altındaki hastalara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 4-3). Bu durumun yaşlılığa bağlı ortaya çıkan başka rahatsızlıklar nedeniyle olabileceği düşünülebilirse de bireylerin içlerinde bulunduğu olumsuz durumlara bağlı olarak uykusuzluk sorunu yaşaması da kaçınılmazdır.

Çalışmada cinsiyet durumlarına göre fonksiyonel durum ve semptom kontrolü incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı (Tablo 4-5). Avrupa ülkelerinde gerçekleştirilen çalışmalarda, kadınlarda fiziksel fonksiyon düşüklüğü ve halsizliğin anlamlı farkla cerrahi sonrası 2. yılda dahi devam ettiği bildirilmiştir (Sprangers ve ark.1996; Schmidt 2005).

Çalışmada QLQ CR- 38 yaşam kalitesi skorlarına bakıldığında kadınlardaki cinsel yetersizliğin anlamlı ölçüde fazla olmasının nedenlerinden birinin vajinal darlık, over ablasyonu, vajinal kuruluk olabileceğini düşündürmektedir (Tablo 4-6). Erkeklerde cinsel sorunların daha düşük olmasının nedeni karşı cinsten birine sorunu ifade etmede güçlük çektikleri ya da gerçeği yansıtmadıklarını düşündürmektedir. Çalışmadan farklı olarak Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalarda ise erkeklerde cinsel fonksiyonlarda bozulmanın en önemli sorun olduğu belirtilmektedir. Kadınların duygularını ve sorunlarını ifade etmeleri sosyal olarak hoş karşılanırken erkeklerin sorunlarını özellikle de cinsellikle ilgili sorunlarını ifade etmekten çekindikleri bildirilmektedir (Sprangers ve ark. 1996). Ne yazık ki halen cinsellik ve ilgili sorunlar dolayısıyla bu konuda konuşulması toplumumuzda bir tabu olmaya devam etmektedir.

Yine EORTC CR- 38 yaşam kalitesi ölçeğinde vücut imajı ve stomaya bağlı sorunlar alt ölçeklerinde kadın hastaların, erkek hastalardan daha fazla sorun yaşadığı saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-6). Kalıcı bir stoma ile yaşama zorunluluğunun fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden olmak üzere yaşam stilini belirgin etkileyeceği açıktır. Sonuç olarak hastalar yeni vücutlarına uyum sağlama, sürekli stoma bakımı yapma ve cerrahi öncesindeki aynı sosyokültürel çevrede yaşamı devam ettirme gibi birçok sorunla baş başa kalmaktadır. Vücut imajındaki değişiklikler ve kendini algılama biçimindeki etkilenmelerin yanı sıra hastalar her stoma bakımında kanserin nüks etmesi tehdidini de hatırlamaktadır. Aynı zamanda sürekli stoma bakımı yapma veya bakım yardımı alma zorunluluğu da tabloya eklenince “hasta insan” psikolojisine bürünmektedirler. İlave olarak stoma torbasının sızdırması, çıkan sesleri diğer kişilerin duyması ve koku endişesi birçok hastayı sadece toplumdan değil hatta bazen ailesinden

bile uzaklaştırmaktadır. Çalışmada erkeklerin vücut imajının kadınlardan daha iyi olduğu sonucu bayanların dış görünüşlerine erkeklerden daha çok önem verdiğini ve ameliyat sonrası stoma oluşumunun kadınları erkeklerden daha fazla etkilediğini düşündürmektedir. Aynı zamanda Ünsal ve ark.'nın (2006) da belirttiği gibi kadınların stomaya bağlı sorunları erkeklerden daha çok yaşamaları kadınların daha hassas ve duyarlı olması ile açıklanabilir.

Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınların uyumda çok daha fazla zorluklar yaşadığı, tüm yaş grupları içinde daha fazla kendilerini kısıtladıkları; kadınların erkeklere göre daha zor uyum gösterdikleri ve daha çok psikolojik olarak zorluk yaşadıkları belirtilmektedir (Çavdar 1999; Sprangers ve ark. 1996).

Çalışmada kolorektal kanser tanısı sonrası açılan hastaların sosyal fonksiyon alt ölçeği açısından yaşam kaliteleri incelendiğinde başka hastalıklar sonrası stomaya sahip olan hastalara oranla yaşam kalitelerinde anlamlı bir düşüş olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4-11). Bu sonuç, kanser hastalarının tedavi seyirlerinin daha ağır olması, kemoterapi (KT), Radyoterapi (RT) yan etkileri ile kanser tanısına bağlı olarak biyo-psiko-sosyal açıdan yaşadıkları sorunlar nedeniyle daha fazla zorlandıklarını akla getirmektedir.

Çalışmada EORTC QLQ C- 30 fiziksel fonksiyon alt ölçeğinde dul olan bireylerin evli ve bekar olan bireylere göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-7). Ertem ve ark.'nın (2009) yaptığı çalışmada da evli olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu durum dul bireylerin yalnızlık duygusu içerisinde olmaları ve psikolojik olarak tam destek alamamalarına bağlanabilir.

Hastaların eğitim durumları ile rol fonksiyon alt ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde okuryazar olmayan hastalarla ilköğretim mezunu olan hastaların rol fonksiyonlarının anlamlı derece düşük olduğu, yükseköğrenim ve lise mezunlarının puanlarının daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4-9). Öğrenim durumları ile stomaya uyum sorunları arasında anlamlı bir ilişki bulunmayan Çavdar'ın çalışma bulgusundan farklı olan bu sonuç eğitim durumu düşük olan hastaların doğal olarak hastalık ve tedavisi sonuçları konusunda yeterince bilgili olmamaları, içinde bulundukları durumu çok ürkütücü bulmaları ve bilinmezliğe bağlı korku yaşamaları nedeniyle günlük işlerini yerine getirmede zorlandıklarını düşündürmektedir.

Hastaların çocuk varlığına göre EORTC C-30 ölçeğinde yaşam kalitesi incelendiğinde, “Fonksiyonel Durum” ve “Semptom Kontrolü” alt ölçeklerinde anlamlı bir ilişki bulunamazken ($p>0,05$) EORTC CR- 38 yaşam kalitesi ölçeğine göre 4 ila 6 arasında çocuğa sahip olan hastaların daha fazla gelecek beklentisinin olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-10). Çocuk sayısının fazla olmasının gelecek konusunda hastayı daha fazla endişelendirdiği ve bunu hem kendi hem de çocuklarının geleceğini daha fazla düşünmeleri ile açıklanabilir.

Rektum kanserli ve kolostomili hastaya verilen eğitimde önemli amaç bu hastaların sonraki yaşamlarını olabildiğince bağımsız sürdürebilmeleri olduğu tartışılmaz. Literatürde ameliyat tipi konusunda hastalara bilgi verilmesinin hastalarca çok önemli olduğu belirtilmektedir. Hastalara stoma komplikasyonları açıklanarak hastaların böyle bir durumla karşılaşmaları halinde endişelenip, paniğe kapılmalarının önlenmesi için bilgilendirilmelerinin çok önemli olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca ameliyatı takiben komplikasyon gelişmeyen hastaların stomalarına daha kolay uyum sağladıkları, komplikasyon gelişen hastaların ise çok daha zor bir uyum dönemi yaşadıklarından bahsedilmektedir. Ameliyat öncesi bilgi verilen hastalarda kabızlık gelişimi daha az beklenirken bu çalışmada ise bu sonuç literatür bilgisi ile uyumluluk göstermemektedir ve hastalara yeterince bilgi verilmediğini düşündürmektedir.

Literatürde bireyin kanser ve tedavisinin olumsuzluklarında dolayı anksiyete yaşaması ve depresyona girmesi sonucunda bireyin anlama ve kavrama düzeyinin bozulduğu; duygularını paylaşma ve baş etme yöntemlerini kullanma becerilerinin azaldığı; sosyal etkileşimde bulunma ve sosyal destek almanın zorlaştığı; hastalıklar ile savaşıma gücünün azaldığı ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir (Beser ve Öz 2003).Örneklem grubunda eğitim durumu düşük olan hastaların daha fazla halsizlik ve dispne yaşamaları, literatür bilgisi ile uyumlu olarak hastalık kaynaklı algı durumu ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmada stomanın, hastaların dini ibadetleri üzerine etkisi incelendiğinde %46,4’ ünün namaz kıldığı, %53,6’ sının namaz kılmadığı, % 29’ unun oruç tuttuğu, % 71’ inin oruç tutmadığı belirlendi (Tablo 4-2). Namaz kılma durumlarına göre yaşam kalitesi incelendiğinde namaz kılan bireylerin bilişsel fonksiyonlarının ($73,66 \pm 27,14$), namaz kılmayan bireylere ($59,91 \pm 30,55$) göre daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 4-16). Araştırmacı tarafından hastalar ile veri toplama sürecinde ibadetlerini bırakma sebebi olarak kontrolsüz gaz çıkarma, torbanın koku yapması gibi nedenlerin

olduğu bilgisi edinildi. Ancak oruç tutan hastalarda istatistiksel olarak anlamlılık olmasa da ishal, bulantı- kusma, halsizlik, ağrı, dispne, uykusuzluk, iştah kaybı gibi semptomların daha çok görüldüğü ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlendi. Literatürde stomalı bireylerde oruç tutmanın yetersiz sıvı alımına, kabızlık ve bulantıya ayrıca iftarda aşırı yemek yemenin, diyareye neden olabileceği belirtilmektedir. Çalışma sonuçları literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Çalışmada hastaların %17,4' ünün denize girdiği, %82,6' sının denize girmediği saptandı (Tablo 4-2). Denize giren hastalar ile denize girmeyen hastaların EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeğine göre fonksiyonel durum skalaları incelendiğinde deniz giren hastaların lehine “Fiziksel fonksiyon”, “Bilişsel fonksiyon”, “Rol fonksiyonu” ve “Global sağlık durumu” skalalarında istatistiksel anlamlı farklılık belirlendi ($p<0,05$). “Emosyonel fonksiyon” ve “Sosyal fonksiyon” skalalarında da istatistiksel anlamlılık bulunmamasına karşın yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4-19).

Wade (1989) çalışmasında eğitim alan hastaların birçoğunun denize girme konusunda konuşmak istemediği, sadece % 4,7 gibi az bir oranda hastaların denize girdiklerini saptamıştır. Bu çalışmada denize giren hasta sayısı Wade' in (1989) çalışmasından daha fazla olsa da yine de istenilen düzeyde değildir. Ancak yaşam kalitesi ölçeğinde denize giren hastaların lehine gözlenen farklılık bireyin kendini özgür hissetmesinin yanı sıra özellikle abdominal stomalı bireylerin en rahat yapabileceği sporlardan biri olarak bilinen ve sağlıklı yaşam için önemli olduğu vurgulayan literatür bilgisini doğrulamaktadır.

Sonuç olarak;

Abdominal stomalı hastalarda yaşam kalitesini belirlemek amacıyla İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinikler' inde gerçekleştirilen araştırma bulguları sonucunda;

Araştırma kapsamına alınan 69 hastanın bireysel özellikleri incelendiğinde % 26,1' inin 41- 50 yaş aralığında olduğu, %52,2 'sinin bayan, % 47,8' inin erkek olduğu, % 71' inin evli, %34,9' unun ilkokul mezunu olduğu, % 66,1' inin 1 ila 3 çocuk sahibi olduğu (Tablo 4-1), hastaların % 79, 4' ünün kalıcı stomaya, % 20,6' sının geçici stomaya sahip olduğu (Tablo 4-2), geçici stomaya sahip hastaların istatistiksel olarak anlamlılık olmasada kalıcı stomaya sahip olanlara kıyasla daha iyi puanları olduğu bulundu (Tablo 4-12).

Hastaların bireysel özellikleri ile yaşam kalitesi ölçeğinde aldığı puanlar karşılaştırıldığında; stomalı kadınların erkeklere oranla anlamlı ölçüde fazla sorun yaşadıkları; kolorektal kanser tanısı sonrası stomaya sahip olan hastaların diğer hastalara oranla yaşam kalitesinde anlamlı düşüş olduğu; denize giren ve girmeyen hastaların EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeğine göre “Fiziksel fonksiyon”, “Bilişsel fonksiyon”, “Rol fonksiyonu” ve “Global sağlık durumu” skalalarında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu; “Emosyonel fonksiyon” ve “Sosyal fonksiyon” skalalarında da istatistiksel anlamlılık bulunmamasına karşın yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu; kadınlarda cinsel sorunların erkeklere oranla daha yüksek olduğu ancak farkın anlamlı olmadığı ($p>0,05$); geçici kolostomisi olan bireylerin yaşam kalitesi ölçeğinden daha yüksek puan aldığı aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda,

- Stomalı hastalara ameliyat sonrası dönemde günlük yaşam aktivitelerini daha iyi yerine getirebilmelerini sağlamak için gerekli eğitimin verilmesi,
- Stomalı hastaları ve toplumu bilgilendirmek amacıyla yazılı ve görsel iletişim araçlarının geliştirilmesi,
- Stoma yerinin belirlenmesinde hastaların görüşünün alınması,
- Stomalı hastanın stresle başa çıkması ve yaşamını daha etkin sürdürebilmesi için ailenin ve toplumun stoma konusunda bilgilendirilmesi,
- Stomalı hastalara cinsellik konusunda rehberlik edilmesi,
- Stomalı hastaların denize girme konusunda cesaretlendirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Aaronson, N., Ahmedzai, S., Cull, A., Kaasa, S., Schraub, S., Klee, M. ve ark. (1993). *The european organisation for research and treatment of cancer QLQ- C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in Oncology*. J Natl cancer Inst, 85, 265- 376.

Ağlamış, E., Kulaksızoğlu, H., Ünlüer, E., Gürbüz, C. ve Toktaş, G.(2001). *İleal poş ve ileal yeni idrar kesesi yapılan hastalarda vücut imaj ölçeği*. Türk Üroloji Dergisi, 27, 428- 432.

Akduman, D. (2007). *Larenks knaserlerinin cerrahi sonuçları; evrelendirmelerinin preoperatif, intraoperatif ve postoperatif karşılaştırılması; sağkalım ve tedavi sonrası hayat kalitelerinin değerlendirilmesi*. İstanbul. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Kulak Burun Boğaz Kliniği,Uzmanlık Tezi.

Akıl, Y., Alabaz, Ö., Baykara, Z., Harputlu, D., Karadağ, A. ve Korkat, H. (2009). *Kolostomi ile yaşam*. Erişim. 03.03.2010, www.yoihd.org.tr/userfiles/formlar/kolostomi_ile_yasam.pdf.

Akıl, Y. (2009). *Stoma terapi üniteleri ve yaşam kalitesi*. Antalya. XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi; 2, 147.

Aksoy, G. (1990). *Ostomili hastanın eğitimi*. Hemşirelik Bülteni, 18, 37-45.

Alican, F. (2009). *Stomalar*. Genel Cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1424- 1430.

Aşkaroğlu, B. (2006). Lokal ileri evre rektum kanseri tanılı olgularda tedavi sonuçları. Erişim 06.05.2010, http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/radyasyon_onkolojisi/dr_bulnet_askarlioglu.pdf.

Ayaz, S. (2007). *Stomalı bireylerde hemşirenin rolü*. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 27, 86- 90.

Başaran, S., Güzel, R. ve Sarpel, T. (2005). *Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri*. Romatizma; 20,55- 56.

Beser, N. ve Öz, F. (2003). *Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi*. Ankara. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 7-1.

Birol, L. (1997). *Hemşirelik süreci*. İzmir; Etki Matbaacılık; 10- 23.

Blumenfield, M. Tiamson, MLA. (2003). *Consultation liasion psychiatry*; 69-71.

Burch, J. (2005). *Psychological problems and stomas: A rough guide for community nurses*. Br J Community Nurs; **10**, 224-7.

Büyükdoğan, M. (2009).*Kolorektal kanserde genetik ve etyolojik faktörler*. Konya. Selçuk Tıp Dergisi; **25**, 171-180.

Candan, D. (1993). *Kolostomi ve ileostomi deneyimleyen hastaların hasta-hemşire etkileşiminin belirlenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

Çarabatır, N., Durukan, G., Özcan, NG. ve Özomay, G. (2009). *Kolostomili hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesi*. İstanbul. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; **2**-22.

Çavdar, İ. (1999). *Kolostomili hastaların kolostomilerine uyumlarında hemşirelik eğitiminin etkinliği*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi.

Çavdar, İ. (2009). *Stomada aile eğitimi*. XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi.

Dalkılıç, G., Menteş, C., Çalıkapan, M., Onuray F., Acar, H. Arslan., Vural, S. (2005). *On yıllık stoma komplikasyonları deneyimimiz*. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi; 132- 135.

Erkek, A. (2009). *Stoma endikasyonları ve yapılış şekilleri*. Antalya. XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi; **2**, 140-143.

Eroğlu, E. *Cerrahi stoma uygulamaları*. Erişim 12.06.2010, http://tip.sdu.edu.tr/akademikyapi/dersnotlar/GenelCerrahi/Erol_Eroglu/Cerrahide_Stoma_Uygulamalari.pdf.

Ertem, G., Kalkım, A., Bulut, S., Sevil Ü. (2009). *Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri*. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi; 2-2.

Fang, FM., Chiu, HC. ve Kuo WR. (2002). *Health-related quality of life for nasopharyngeal carcinoma patients with cancer-free survival after treatment*. Int J Radiat Oncol Biol Phys 53, 959-968.

Geng, V., Vahr, S., Holroyd, S., Filingham, S., Cobussen, H. ve Kiesbye, B. (2009). *Good practice in health care incontinent urostomy*. European Association of Urology Nurses.

Hampton, B. ve Bryant, R. (1992). *Ostomies and continent diversions; nursing management*. Mosby Year Book, St Louis 1-123.

Hamzaoglu, O., Özcan, U. (2006). Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006. Türk Tabipleri Birliği Yayınları (Cited 4 Feb 2011). Available from URL <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/istatistik2006.pdf>

Herek, Y., Akbaş, M., Taylan, S., Alabaz Ö. (2003). *Stomanın İbadet Üzerine Etkisi*. Ostomi Dergisi, 1; 22- 24.

Karadağ, A., Menteş, B., Ayaz, S., İrkörücü, O. ve Alabaz Ö. (2003). *Kolostomili ve İleostomili Hastaların Bakımına Yönelik Rehber Kitap*, Ankara, Ayhun Ofset.

Karadağ, A. (2007). *Stomaterapi ünitelerinin ve stoma bakım hemşiresinin kolorektal cerrahideki yeri ve önemi*. Kolon Rektum Hast. Derg. 17; 46- 52.

Karadağ, A., Baykara, Z. ve Cihan, R.. (2008a). *Kompleks bir stomanın bakımı*. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi, 138- 141.

Karadağ, A. (2008b). *Stoma ve parastomal alanın değerlendirilmesi*. Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi, 2, 63- 70. Erişim 21.02.2010, <http://uvf.ulakbim.gov.tr/uvf/index.php?cwid>.

Karadağ, A. (2009). *Stomalı bireylerde gelişebilecek komplikasyonlar*. Antalya. XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Dergisi;2, 148-149.

Kılıç, E., Taycan, O., Belli, A. ve Özmen, M. (2007). *Kalıcı ostomi ameliyatının beden algısı, benlik saygısı, eş uyumu ve cinsel işlevler üzerine etkisi*. Türk Psikiyatri Dergisi; **18**, 302- 310.

Kızılcı, S. (1997). *Kemoterapi alan hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.

Korkmaz, Ö., Yılmaz, G., Taçyıldız, İ. ve Akgün, Y. (2008). Stoma prolapsusu. Dicle Tıp Dergisi, **35**,1-4.

Kumcağız, H. ve Malazgirt, Z. (2000). *Stoma tipleri ve sorunları*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dergisi, 284- 292.

Kutsal, Y. (2002). *Yaşlılıkta dönemde sık görülen sağlık problemleri*. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi. Hacettepe Üniversitesi. Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi.

Manderson, L. (2005). *Boundary breaches: The body, sex and sexuality after stoma surgery*. Soc Sci Med; **61**, 405-15.

Marquis, P., Alexia, M., ve Bernard Jambon, MS. *Quality of life in patients with stomas: The montreux study*. Erişim 10.09.2010, <http://www.o-wm.com/article/1264>.

Menteş, B. (2001). *Kolostomili ve ileostomili hastaların bakımına yönelik rehber kitap*.

Mitchel, JV. (1998). *A clinical pathway for ostomy care in the home: process and development*. J Wound Ostomy Continence Nurse; 25, 200-5.

Nugent, Karen P., Daniels, Phyll, Stewart, Beverly, Patankar, Roy and Johnson, Collin D. (1999) Quality of life in stoma patients. *Diseases of the Colon and Rectum*; 42, **12**, 1569-1574.

O' Brien, B., Baddi, L., Benson, L.(2005). *Ostomy care: The added considerations for cancer patients*. J Support Oncol, **3**, 71-72.

Özer, S. (2002). *Sık rastlanan psikiyatrik sorunlar*. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi.

Özyılkan, Ö. (2004). *Kanser hastalarında yaşam kalitesinin önemi*. I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu.

Persson, E. ve Hellström, AL. (2002). *Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery*. J Wound Ostomy Continence Nurs; **29**:103-8.

Pieper B, Mikols C, Grant TRD (1996). Comparing adjustment to an ostomy for three groups. *J WOCN*; **23**:197–204.

Polat, M. Barsak hastalıkları tanı ve tedavi yöntemleri. Erişim 25.05.2009, <http://www.akademikcerrahi.com/barsak.html>

Pringle, W. (2001). *Continuing care after discharge from hospital for stoma patients*. Br J Nurs; **10**, 1275-88.

Richard, M. (2010). *What is ostomy?* Erişim 15.04.2010, <http://ostomy.org/ostomyinfo/whatis.shtml>.

Roper, N. ve Alison, J.(1990). *The elements of nursing*. 3.ed Churchill Livingstone. Edinburgh; 177- 201.

Schmidt CE, Bestmann B, Küchler T, et al (2005). *Gender differences in quality of life of patients with rectal cancer. A five-year prospective study*. World J Surg **29**: 1630-1641.

Silva, MA., Ratnayake, G. ve Deen, KI. (2003). *Quality of life of stoma patients: temporary ileostomy vs colostomy*. World J Surg, **27**: 421-424.

Slevin, ML., Plant, H. ve Lynch, D. (1988). *Who should measure quality of life, the doctor or the patient?* Br J Cancer **57**, 109-112.

Sprangers, MA., Te Velde, A. ve Aaronson, NK. Sprangers ve ark. (1999). *The construction and testing of the EORTC colorectal cancer-specific questionnaire module (QLQCR38)*. EORTC group on quality of life. Eur J Cancer, **35**, 238- 247.

Sprangers, MA., Taal, BG., Aaronson, NK. ve Te Velde, A. (1995). *Quality of life in colorectal cancer: Stoma vs. nonstoma patients*. Dis Colon Rectum; **38**, 361- 9.

Sprangers MAG, Groenvold M, Arraras J, et al (1996). *On behalf of the EORTC study group on quality of life. The EORTC breast cancer specific quality of life*

questionnaire (QLQ-BR23): the first results from a three-country field study. J Clin Oncol **14**, 2756-2768.

Sökücü, N. (1999). *Stomal sorunlar*. Hemşirelik Forumu; **2**, 217-220.

Sucu, N. ve Aslan, F. (1998). *Abdominal stomalı hastaların bireysel özellikleri ile benlik saygısı arasında ilişki*. Antalya. VIII. Ulusal Kolon Rektum Kongresi Özet Kitabı; 177.

Steel, MCA (2002). *Late stomal complications*. Clinics in Colon and Rectal Surgery; **15**, 199- 207.

Stoma Bakım Hemşireliği (2010). Erişim 20.03.2010, <http://www.e-hemsire.com/stoma-bakim-hemsireligi.html>.

Şelimen, D. (1997). *Stomal hastaların problemleri üzerinde etkili bir faktör: Yaş*. Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi, **7**, 51- 55.

Şelimen, D. (2009). *Stomal hastaların yaşadığı sorunlar*. Antalya. XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahi Kongresi Özet Kitabı; 150- 151.

Şengül, R. *Kolostomi ileostomi*. Erişim 10.11.2010, <http://www.hekimonline.com/yenisite/moduller/ansiklopedi/index.php?tid=1932>.

Şentürk, L. ve Yazıcı, S. (2001). Diyanet İslam İlmihali; 997-998.

Taş, F. (2008). *Pediyatrik onkoloji hastalarında yaşam kalitesi kavramı*. Türk Onkoloji Dergisi, **23**, 104- 107.

Taylan, S. (2005). *Stoma komplikasyonları*. Ostomi Dergisi; **2**, 3-7.

Türk Kolon Rektum Cerrahi Derneği. *Sindirim sistemi*. Erişim 12.03.2010, <http://www.tkcrd.org.tr/files/file/ileostomi.pdf>.

Ünsal, D., Tunç E., ve Pak Y. (2006). *Rektal kanser tanılı olgularda adjuvant tedavinin uzun dönem yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Uluslararası Hematoloji- Onkoloji Dergisi; 3- 16.

Üstündağ, H., Demir, N., Zengin N., ve Gül A. (2007). *Stomal hastalarda beden imajı ve benlik saygısı*. Türkiye Klinikleri J Med Sci, **27**, 522- 527.

Wade, B.(1989). *A stoma is for life; A study of stoma care nurses and their patients*, Oxford.

Weerakoon, P. (2001). *Sexuality and the patient with a stoma*. *Sexuality and Disability*; **19**,121-9.

Yaşan, A., Ünal S., Gedik, E. ve Girgin,S. (2008). *Kalıcı ve geçici ostomi yapılmış kişilerde yaşam kalitesinde değişim, depresyon ve anksiyete*. *Anatolian Journal of Psychiatry*.

Yaşar, P. (2002). *Stomalı hastalarda hemşirelik yaklaşımları*. *Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği*, Erişim 04.05.2010, http://trsgo.org/pdf/2002/VIII.../VIII%20JOK%20PPT's/P_YASAR.ppt

Zajac, O., Spycha, A., Murawa, D., Wasiewicz, J., Foltyn, P. ve Polom, K. (2008). *Quality of life assessment in patients with stoma due to rectal cancer*. *Rep Pract Oncol Radiother*; 130- 134.

Ziperstein, R., Rachel, W., ve Rabau, M.(2005).*Using figure drawings to assess psychological well- being among colorectal cancer patients before and after creation of intestinal stomas. A brief report*. *Journal of Loss and Trauma*; **10**, 359- 367.

FORMLAR

EK-1: Hasta bilgilendirme formu

SAYIN KATILIMCI;

Karın stomalarına sahip bireylerin yaşam kalitelerine ilişkin bir çalışma yapmaktayım. **Size yaşam kalitenizi nasıl hissettiğiniz ile ilgili bazı sorular soracağım.** Sorulara içtenlikle cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Bilgileriniz gizli tutulacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Özge Tarı

1. Adı- Soyadı:
2. Yaşınız:
3. Cinsiyetiniz: 1. () Kadın 2. () Erkek
4. Tanı.....
5. Kolostomi Tipi: 1. () Geçici kolostomi 2.() Kalıcı Kolostomi
6. Medeni Durumunuz: 1. () Evli 2. () Bekar 3. () Dul 4. () Boşanmış
7. Yaşadığınız Yer: 1. () İl 2. () İlçe 3. () Köy
8. Öğrenim Durumunuz:
 1. () Okur- yazar değil
 2. () Okur- yazar
 3. () İlkokul
 4. () Ortaöğretim
 5. () Yüksekokul
9. Mesleğiniz:
 1. () Memur 2. () İşçi 3. () Emekli
 4. () Ev Hanımı 5. () Diğer
10. Çocuk sayısı.....
11. Eşinizin öğrenim durumu:
 1. () Okur- yazar değil
 2. () Okur- yazar
 3. () İlkokul
 4. () Ortaöğretim
 5. () Yüksekokul

12. Eşinizin mesleği: 1. () Memur 2. () İşçi
3. () Emekli 4. () Diğer
13. Stoma açılma tarihi:
14. Ameliyatınızdan önce ameliyatın tipi konusunda size bilgi verildi mi?
1. () Evet 2. () Hayır 3. () Biraz
15. Cevabınız evet ise size bu bilgiyi kim verdi?
1. () Hekim 2. () Hemşire 3. () Diğer
16. Malzemelerinizi temin ederken zorluk çekiyor musunuz?
1. () Evet 2. () Hayır
17. Stomanızın yeri konusunda rahatsızlığınız var mı?
1.()Evet 2.()Hayır
18. Stomanızın başka bir yerde olmasını tercih edermiydiniz?
1.()Evet 2.()Hayır
19. Stomanızın bakımını kimden öğrendiniz?
1.()Firma yetkilisi 2.()Hekim 3.()Hemşire 4.()Diğer
20. Namaz kılıyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır
21. Oruç tutuyor musunuz? 1. () Evet 2.() Hayır
22. Denize giriyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır
23. Ailenizde kalın bağırsakları ile ilgili problemi olan var mı?
1. () Evet 2. () Hayır

24. Cevabınız “ evet” ise yakınlık derecesi

25. Ellerin titreme durumu

1. () Evet

2. () Hayır

Ek-2: EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Siz ve sağlığınız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Doğum gününüz (Gün, Ay, Yıl):

Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl):

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Bavul ya da ağır alış veriş çantası taşımak gibi yorucu aktiviteleri yerine getirmede bir sorunuz oluyor mu?	1	2	3	4
2. Uzun yürüyüşlerde zorlanıyor musunuz?	1	2	3	4
3. Evin dışında kısa yürüyüşler yaparken bir sorunuz oluyor mu?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını sandalye ya da yatakta geçirmek zorunda kalıyor musunuz?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ya da tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız olu-yor mu?	1	2	3	4
6. Kendi işinizi ya da ev işleriyle ilgili görevinizi yaparken herhangi bir şekilde zorlanıyor musunuz?	1	2	3	4
7. Bir görevde ya da ev işlerini yapmada kendinizi tamamen yetersiz hissediyor musunuz?	1	2	3	4
Geçen hafta boyunca				
8. Nefes darlığınız oldu mu?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme gereksinimi duyduunuz mu?	1	2	3	4

11. Uyumada güçlük çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahsızlık oldu mu?	1	2	3	4
14. Bulantı hissettiniz mi?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
Geçen hafta boyunca				
18. Yorgun muydunuz?	1	2	3	4
19. Ağrı günlük işlerinize engel oldu mu?	1	2	3	4
20. Gazete okuma ya da televizyon izleme gibi şeyler üzerinde dikkatinizi toplamada zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Bir şeye sinirlendiniz mi?	1	2	3	4
24. Canınız sıkıldı mı?	1	2	3	4
25. Hatırlama güçlüğünüz oldu mu?	1	2	3	4
26. Fiziki durumunuz ya da tedaviniz aile hayatınızı engelledi mi?	1	2	3	4
27. Fiziki durumunuz ya da tıbbi tedavi, sosyal hayatınızı engelledi mi?	1	2	3	4

28.Fiziki durumunuz ya da tıbbi tedavi maddi sıkıntılar 1 2 3 4
oluşturdu mu?

**Aşağıdaki sorularda, lütfen size en uygun gelen 1 ve 7 arasındaki sayılardan birini
daire içine alınız.**

29. Geçen hafta boyunca olan genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐

Çok kötü

Fevkalade

30.Geçen hafta içerisindeki yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐

Çok kötü

Fevkalade

Ek-3: EORTC QLQ CR- 38 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Hastalar bazen aşağıdaki semptomların ya da problemlerin olduğunu bildirirler. Lütfen geçtiğimiz hafta zarfında bu semptom ya da problemleri ne ölçüde yaşadığınızı belirtin. Size uyan en iyi cevabın numarasını daire içine alarak cevaplayınız.

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
30. Gün boyunca sık idrara çıktınız mı?	1	2	3	4
31. Gece boyunca sık idrara çıktınız mı?	1	2	3	4
32. İdrar yaparken ağrı ya da yanma hissi oldu mu?	1	2	3	4
33. Karnınızda şişme hissi oldu mu?	1	2	3	4
34. Karın ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
35. Kalçalarınızda ağrı oldu mu?	1	2	3	4
36. Gaz nedeniyle rahatsız oldunuz mu?	1	2	3	4
37. Geğirme şikayetiniz oldu mu?	1	2	3	4
38. Kilo verdiniz mi?	1	2	3	4
39. Ağızınızda kuruma oldu mu?	1	2	3	4
40. Hastalığınız veya tedaviniz sonucunda saçlarınızda incelme veya cansızlaşma oldu mu?	1	2	3	4
41. Yiyecek veya içeceklerin tadı size alıştığınızdan daha farklı geldi mi?	1	2	3	4
42. Hastalığınız veya tedaviniz nedeniyle kendinizi fiziksel açıdan daha az çekici hissettiniz mi?	1	2	3	4
43. Hastalığınız veya tedaviniz sonucunda kendinizi daha az kadınsı/ erkeksi hissettiniz mi?	1	2	3	4
44. Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duyduunuz mu?	1	2	3	4

45. Gelecekteki sağlığınıza alakalı endişe duydunuz mu? 1 2 3 4

Geçen dört hafta zarfında:

46. Seks ile ne ölçüde ilgilendiniz? 1 2 3 4

47. Cinsel olarak ne derece faaldiniz? (birleşme olarak veya birleşme olmadan)? 1 2 3 4

49. Bu soruyu sadece cinsel açıdan aktif iseniz cevaplayınız:

Seks sizin için ne ölçüde zevkliydi? 1 2 3 4

Geçen dört hafta zarfında:

Hiç Biraz Oldukça Çok

Sadece erkekler için:

50. Sertleşme olurken yada ereksiyonun sürdürülmesinde sıkıntı çektiniz mi? 1 2 3 4

51. Boşalmada sorunlarınız oldu mu (örneğin kuru boşalma gibi)? 1 2 3 4

Sadece ilişkiye giren kadınlar için:

52. Cinsel ilişki sırasında vajinanızda kuruluk oldu mu? 1 2 3 4

53. Cinsel ilişki sırasında ağrınız oldu mu? 1 2 3 4

54. Kolostomi torbanız var mı? **Hayır**

Lütfen 55-61 arasındaki soruları cevaplayınız

(Lütfen Hayır veya Evet'i daire icine alınız)

Evet

Lütfen 55-61 arasındaki soruları atlayın ve 62-68 arasındaki soruları cevaplayınız

Geçen dört hafta zarfında;

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
<u>Sadece kolostomi torbası OLMAYAN hastalar için:</u>				
55. Gün boyunca sık dışkılamanız oldu mu?	1	2	3	4
56. Gece boyunca sık dışkılamanız oldu mu?	1	2	3	4
57. Hiç dışkı çıkarmadan dışkılama hissiniz oldu mu?	1	2	3	4
58. Hiç istem dışı dışkı kaçırmamız oldu mu?	1	2	3	4
59. Dışkıınızda kan gördünüz mü?	1	2	3	4
60. Dışkılamada zorlanma oldu mu?	1	2	3	4
61. Dışkılama sırasında ağrı oldu mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:

<u>Sadece kolostomi torbası OLAN hastalar için:</u>	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
62. Kolostominizden çıkan sesleri diğer insanlar duyacak diye korktunuz mu?	1	2	3	4
63. Diğer insanlar dışkıınızın kokusunu duyacak diye korktunuz mu?	1	2	3	4
64. Kolostomi torbanızın sızdıracağından endişe duydunuz mu?	1	2	3	4
65. Kolostominizin bakımı ile ilgili sorunlarınız oldu mu?	1	2	3	4
66. Kolostominizin etrafındaki deride tahriş oldu mu?	1	2	3	4
67. Kolostominizden dolayı utandınız mı?	1	2	3	4
68. Kolostominizden dolayı kendinizi eksik hissettiniz mi?	1	2	3	4

ETİK KURUL KARARI



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



Sayı : 13743
Konu :

İstanbul / /

I.Ü. Florence Nightingale
Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğüne

11 Mayıs 2009

İLGİ: 14.04.2009 tarihli, 894 sayılı yazınıza:

Yüksekokulunuz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi
Yard.Doç.Dr.İKBAL ÇAVDAR'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi ÖZGE TARI'nın
yürütücülüğünde "Abdominal Stomal Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" başlıklı Yüksek Lisans
Tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri 05 Mayıs 2009 tarihinde toplanan Fakültemiz Etik Kurulunca müzakere
edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini saygılarımla rica
ederim.

EKİ:
1 dosya

*İşlendi
22.6.09
SA*

Mehmet YILDIRIM
Prof.Dr. Mehmet YILDIRIM
Dekan Yardımcısı ve Etik
Kurul Başkanı

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Gelen Kayıt No: 1480
Gelen Tarih: 22.6.2009

Not: Yanıtlarda yazınızın gün sayısının belirtilmesi rica olunur.Tel(0212)4143000

ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

User's agreement for the EORTC QLQ-CR38

I have read and accept the above conditions for use of the EORTC phase III colorectal cancer module.

Name of user

Özge TARI

Signature of user



Date: 16/04/2009

Title of the study

"Abdominal Examination Of Quality Of Life Of Patients Stomas" (ileostomy and colostomy)

Address for correspondence

Atatürk Street Şair Nedim Street İrfan Apartment Number:3 Flat:8 Maltepe/ İstanbul

Tel: +90-0537 502 68 34

Fax:+90- 0216 571 56 57

+90- 0216 571 56 58

e-mail: o_tr@hotmail.com

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Özge	Soyadı	TARI
Doğ.Yeri	Malatya	Doğ.Tar.	15/06/1986
Uyruğu	TC	TC Kim No	33841986158
Email	o_tr@hotmail.com	Tel	0537 502 6834

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Yük.Lis.	İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Cerrahi hastalıkları Hemşireliği A.D.	2008-
Lisans	Dumlupınar Üniversitesi	2007
Lise	Halit Armay YDAL	2004

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Sağlık Sigortası Provizyon Uzmanı	Acıbadem Sigorta	2009-
2.	Acil Servis Hemşiresi	Ataşehir Memorial Hastanesi	2008-2009
3.	Servis Hemşiresi	Okmeydanı Memorial Hastanesi	2007- 2008

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	iyi	orta	iyi	51,25	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı	69.390	67.196	63.452

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İyi
Spss	Orta

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Çalık, E., **Tarı, Ö.** ve Taş, T. (2007). *Varis hastalığının oluşumunda etkili olan davranış ve tutumların incelenmesi*. İstanbul. 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongre Kitabı.

Çalık, E., Arslan, P. ve **Tarı, Ö.** (2007). *Kadınlarda üriner inkontinans risk faktörlerinin incelenmesi*. İstanbul. 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongre Kitabı.

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yara Bakım Sempozyumu, 2009.

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Kitap okumak ve seyahat etmek.