

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AMELİYAT ÖNCESİ STOMA YERİ İŞARETLEMENİN ERKEN DÖNEM
STOMA KOMPLİKASYONLARINA ve YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Doktora Tezi

Arş. Gör. Selda KARAVELİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR

İZMİR – 2014

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AMELİYAT ÖNCESİ STOMA YERİ İŞARETLEMENİN ERKEN DÖNEM
STOMA KOMPLİKASYONLARINA ve YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Doktora Tezi

Arş. Gör. Selda KARAVELİ

DANIŞMAN

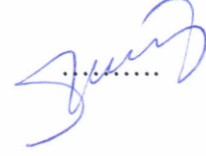
Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR

İZMİR – 2014

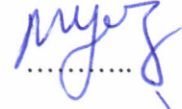
DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan: Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR

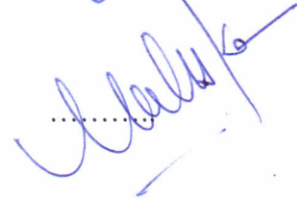
(Danışman)



Üye: Prof. Dr. Meryem YAVUZ



Üye: Doç. Dr. Cemil ÇALIŞKAN



Üye: Doç. Dr. Emel YILMAZ



Üye: Yard. Doç. Dr. Fatma VURAL



Doktora Tezinin Kabul Edildiği Tarih: 22.10.2014

ÖNSÖZ

Araştırmamın gerçekleşmesinde; desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, tüm eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Türkan Özbayır'a,

Araştırmamın her aşamasında bilgi ve desteğini aldığım, değerli katkılarıyla bana rehberlik eden Sayın Prof. Dr. Meryem YAVUZ ve Sayın Yard. Doç. Dr. Fatma VURAL'a,

Bilgi ve deneyimleri ile yolumu aydınlatan ve yaşamımda daima özel bir yere sahip olacak Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki bütün hocalarıma,

Tez jürisinde bulunan Sayın Doç Dr. Cemil ÇALIŞKAN'a' ve Sayın Doç. Dr. Emel YILMAZ'a,

Araştırmamın uygulanmasına olanak sağlayan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Mustafa YILMAZ'a, Başhemşiresi Gülşen BİLDİK'e ve tüm Genel Cerrahi çalışanlarına,

Tezimin yürütülmesinde ve özellikle veri toplama sürecinde, yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Z. Erhan AKGÜN'e, Prof. Dr. Mustafa Ali KORKUT'a, Op. Dr. Tayfun YOLDAŞ'a, Hemşire Aysel KAHRAMAN ve Hemşire Hülya ECEMİŞ'e,

Doktora eğitimim sırasında bana destek veren tüm çalışma arkadaşlarıma,

Tezimin istatistik analizinde bana yardımcı olan Sayın Ahmet GÜL'e,

Çalışmaya gönüllü olarak katılarak araştırmamı gerçekleştirme fırsatı veren tüm hastalara,

Tüm eğitim yaşamım boyunca ve tez çalışmalarım sırasında her zaman maddi ve manevi desteğini esirgemeyen sevgili aileme ve KEREM'e ...

TEŞEKKÜR EDERİM.

ÖZET

AMELİYAT ÖNCESİ STOMA YERİ İŞARETLEMENİN ERKEN DÖNEM STOMA KOMPLİKASYONLARINA ve YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Araştırma ameliyat öncesi stoma yeri işaretlemenin erken dönem stoma komplikasyonlarına ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

Araştırmanın evrenini, 9 Haziran 2013- 15 Ağustos 2014 tarihleri arasında; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda planlı kolorektal cerrahi ameliyatı sonrası stoma açılan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; araştırmanın sınırlılıklarına uyan ve randomize kontrollü örneklem seçim yöntemi ile belirlenen, 30'u deney, 30'u kontrol grubunda yer alan hastalar oluşturmuştur. Örneklem %80 güçte yapılan güç analizinde deney ve kontrol gruplarının her birinde 30 hasta olarak belirlendi.

Araştırma verileri; "Hasta Tanıtım Formu", "Komplikasyon Değerlendirme Formu" ve "Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği (UM-OYKÖ)", "Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri", "Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi" ile yüz yüze görüşme tekniği ve telefonla izlem yoluyla elde edilmiştir.

Verilerin değerlendirmesinde; Sayı, Yüzde, Ortalama, Minimum, Maksimum, Standart Sapma, FisherExact test, ki-kare, Mann Whitney U, Kruskal Wallis H, WilcoxonSign ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Araştırma verilerine göre; deney ve kontrol grubu hastalarının tanıtıcı özellikleri, alkol ve sigara kullanma durumu, daha önce ameliyat olma durumu, stoma türü, stoma tipi, ameliyat öncesi kemoterapi alma durumu, hastanede yatış süresi, vücut kitle indeksleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kontrol grubu hastalarında, ameliyat öncesi durumluk kaygı ve ameliyattan 6 ay sonraki durumluk-sürekli kaygı puanları, deney grubu hastalarının puanından yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyattan 6 ay sonraki Katz günlük yaşam aktiviteleri indeks puanı, stoma bakımını başkası tarafından yapılan hastalarda düşük saptanmıştır ($p< 0.05$). Deney ve kontrol grubu hastalarının 6. ay UM-OYKÖ toplam puanı yüksek bulunmuştur. Gruplar arası yapılan

karşılaştırmada; deney grubu hastalarının UM-OYKÖ 6. ay toplam puanı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubu hastalarının, stoma bakımını yapabilme durumu ile UM-OYKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubu hastalarının, kronik hastalığa sahip olma durumu, stoma tipi, stoma bakımını yapabilme durumu ile UM-OYKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırma kapsamına alınan hastaların %71.7'sinde peristomal iritan dermatit, %16.7'sinde retraksiyon, %18.3'ünde kanama %6.7'sinde ağrı ve %1.7'sinde hiperplazi görülmüştür. Yaş, cinsiyet ve stoma türü ile erken dönem stoma komplikasyonu (ilk 30 gün) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların VKİ ile erken dönem stoma komplikasyonu görülme sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırma kapsamına alınan hastalarda ağrı komplikasyonu ile VKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar; stomanın yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir. Ameliyat öncesi başlayan ve sonrasında devam eden eğitim ve ameliyat öncesi stoma yeri işaretlenmesi yaşam kalitesini artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: stoma yeri işaretleme, yaşam kalitesi, stoma komplikasyonu

ABSTRACT
EFFECT OF PREOPERATIVE STOMA SITE MARKING ON QUALITY OF
LIFE AND EARLY STOMA COMPLICATIONS

This research was planned as an experimental study with the purpose of determining the effect of preoperative stoma site marking on the quality of life and early stoma complications.

The study consisted of patients for whom a stoma was opened following planned colorectal surgery between 9 June 2013 and 15 August 2014 in the General Surgery Department of Ege University Medical Faculty Hospital. The sample consisted of patients who fitted the requirements of the study and who were chosen by a randomized controlled sampling method. There were 30 patients in the control group and 30 in the experimental group.

Data collection was performed using a Patient Identification Form and a Complication Evaluation Form together with the City of Hope Quality of Life Ostomy Scale, the State-Continuous Anxiety Inventory and the Katz Index of Daily Life Activities, by face-to-face interview or by telephone. Experimental and control groups were determined by power analysis to provide 80% proper.

In data evaluation, use was made of numbers, percentages, averages, minima, maxima, standard deviation, the Fisher Exact test, and chi-square, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis H, Wilcoxon Sign and Pearson Correlation Analysis.

According to the study data, there was no statistically significant difference between the experimental and control groups in terms of patient identification characteristics, use of alcohol and tobacco, previous operations, type of stoma, pre-operative chemotherapy, length of stay in hospital, or body mass index. The scores of patients in the control group on pre-operative state anxiety and six months post-operative state-continuous anxiety were found to be higher than the scores of the experimental group ($p < 0.05$). The scores of control group patients on the Katz quality of daily life activities index pre-operatively and six months post-operatively were found to be lower in patients whose stoma care was performed by another person

($p < 0.05$). Total scores on the City of Hope Quality of Life Ostomy Scale of patients in the experimental and control groups in the sixth month were found to be high. Comparing the groups, it was found that the sixth-month total score of experimental group patients on the City of Hope Quality of Life Ostomy Scale was higher than that of the control group ($p < 0.05$). A statistically significant difference was found in patients of the experimental group between their ability to take care of their stoma and the City of Hope Quality of Life Ostomy Scale ($p < 0.05$). A significant difference was found in patients in the control group between the City of Hope Quality of Life Ostomy Scale and chronic illness, type of stoma, and ability to take care of their stoma ($p < 0.05$). Peristomal irritant dermatitis was observed in 71.7% of the patients in the study, retraction in 16.7%, bleeding in 18.3%, pain in 6.7% and hyperplasia in 1.7%. No statistically significant difference was found between early stoma complications (first 30 days) in terms of age, gender or stoma type ($p > 0.05$). In patients in the control group, a statistically significant difference was found between BMI and the occurrence of early stoma complications ($p < 0.05$). In the patients included in the study, a significant difference was found between pain complications and BMI ($p < 0.05$).

The results of the study showed that the stoma affects the quality of life. Education starting before the operation and continuing after it as well as stoma site marking increase the quality of life.

Key words: stoma site marking, quality of life, stoma complication

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
ABSTRACT.....	III
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar DİZİNİ	VIII
GRAFİKLER DİZİNİ.....	XI
KISALTMALAR LİSTESİ.....	XI
BÖLÜM I.....	1
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu.....	1
1.2. Araştırmanın Önemi	3
1. 3. Varsayımlar.....	5
1.4. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler	6
1.5.Tanımlar.....	6
1.6.Araştırmanın Hipotezleri	6
1.7.Araştırmanın Amacı.....	6
BÖLÜM II.....	7
2. GENEL BİLGİLER	7
2. 1.Stomanın Tanımı ve Stoma Tipleri.....	7
2. 2.Kolostomi.....	8
2.3. İleostomi	8
2.4. Stoma Süresi Bakımından Stoma Tipleri.....	9

2.5. Stomanın Tarihçesi ve Stoma Bakım Hemşireliği.....	9
2.6. Stoma Bölgesinin İşaretlenmesi.....	12
2.7. Stomalı Bireyin Eğitimi	22
2.8. Stoma Komplikasyonları	14
2.9. Yaşam Kalitesi.....	19
2.10. Günlük Yaşam Aktiviteleri.....	21
BÖLÜM III	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3. 1. Araştırmanın Tipi.....	24
3. 2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	24
3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24
3. 4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	26
3. 5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi	26
3. 6. Araştırmada Kullanılan Gereçler	30
3. 7. Araştırma Verilerinin ve Bulguların Analizi ve Değerlendirme Teknikleri.....	34
3. 8. Süre ve Olanaklar.....	34
3. 9. Etik Açıklamalar	35
BÖLÜM IV	36
4. BULGULAR	36
BÖLÜM V	65
5. TARTIŞMA	65
BÖLÜM VI.....	80
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	80

6. 1. Sonuç	80
6.2. Öneriler	82
BÖLÜM VII.....	83
7. KAYNAKLAR	83

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1. Stoma Komplikasyonları	16
Tablo 2. Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	36
Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Alkol ve Sigara Kullanmalarına Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sağlık Öyküsüne Göre Dağılımı..	39
Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Stoma Türlerinin Karşılaştırılması	40
Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi Kemoterapi ve Radyoterapi Alma Durumunun Karşılaştırılması.....	41
Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastanede Yatış Günlerinin Karşılaştırılması	42
Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların VKİ'lerinin Karşılaştırılması.....	42
Tablo 9. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Zamana Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 10. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Zamana Göre KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 11. Kontrol Grubundaki Hastaların Stoma Bakımını Yapma Durumuna Göre Ameliyat Öncesi ve Ameliyattan 6 Ay sonraki KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puanlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 12. Deney Grubundaki Hastaların Zamana Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği (UM-OYKÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 13. Kontrol Grubundaki Hastaların Zamana Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği (UM-OYKÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 14. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Zamana Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği (UM-OYKÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	48
Tablo 15. Deney Grubundaki Hastaların Cinsiyete Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 16. Deney Grubundaki Hastaların Medeni Duruma Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması	51

Tablo 17. Deney Grubundaki Hastaların Stoma Tipine Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması	52
Tablo 18. Deney Grubundaki Hastaların Stoma Türüne Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 19. Deney Grubundaki Hastaların Stoma Bakımını Yapma Durumuna Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 20. Kontrol Grubundaki Hastaların Cinsiyete Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 21. Kontrol Grubundaki Hastaların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması	56
Tablo 22. Kontrol Grubundaki Hastaların Stoma Tipine Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 23. Kontrol Grubundaki Hastaların Stoma Türüne Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 24. Kontrol Grubundaki Hastaların Stoma Bakımını Yapma Durumuna Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 25. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastalarda Erken Dönem Stoma Komplikasyonu Görülme Durumu	60
Tablo 26. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Yaş İle Erken Dönem Komplikasyon Görülme Durumları	61
Tablo 27. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Erken Dönem Komplikasyon Görülme Durumları	61
Tablo 28. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Stoma Tipi İle Erken Dönem Komplikasyon Görülme Durumları	62
Tablo 29. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların VKİ İle Erken Dönem Komplikasyon Görülme Durumları	63
Tablo 30. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların VKİ ile Erken Dönem Stoma Komplikasyonu Görülme Durumunun Karşılaştırılması	63
Tablo 31. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Komplikasyon Değerlendirme Formundan Aldıkları Puanlar ile Yaşam Kalitesi Toplam Puanı Arasındaki İlişki	64

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların 3. ve 6. aydaki Yaşam Kalitesi Puanları.....	49
--	----

KISALTMALAR LİSTESİ

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

UM-OYKÖ: Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği

LAR: Low Anterior Rezeksiyon

APR: Abdomino Perineal Rezeksiyon

VAS: Visual Anolog Skala

EKLER

EK I. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	97
EK II. Hasta Tanıtım Formu	101
EK III. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri	103
EK IV. Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği (City of Hope Quality of Life- Ostomy COHQOL-O).....	105
EK V. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi.....	107
EK VI. Komplikasyon Değerlendirme Formu	108
EK VII. Hasta Eğitim Kitapçığı	109
EK VIII.Video Eğitim DVD'si	124
IX. Ege Üniversitesi Devlet Planlama Teşkilatı Proje Belgesi	125
EK X. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tez Kabul Belgesi.....	127
EK XI.Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul İzin Belgesi	128
EK XII. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Belgesi	130
EK XIII. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği Eğitim DVD İzinBelgesi	131
EKXIV.Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçek Kullanım İzin Belgesi....	132
EK XV. IX. Temel Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği Kurs Sertifikası.....	133
EK XVI. Cleveland Clinic (The Digestive Disease Institute, Department of Colorectal Surgery)	134
EK XVII. XIV. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi Katılım Belgesi ..	135
EK.XVIII.12. European Council of Enterostomal Therapy Congress.....	136

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu

İnsan, fiziksel, duygusal, sosyal ve entelektüel gereksinimleri olan bir varlıktır. İnsanın yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan temel ihtiyaçlarından biri de fiziksel gereksinimleridir. Bunların karşılanması ise normal fizyolojik fonksiyonlarını sürdüren bir organizmayı gerektirir (1).

Boşaltım, temel insan ihtiyaçları içinde ilk basamakta yer almakta olup, sağlıklı yaşam sürdürmede önemli bir yer tutmaktadır. Boşaltım, bireylerde istemli olarak kontrol edilebilen, bağımsız olarak gerçekleştirilebilen ve bireyin mahremiyet duygularını en fazla yaşadığı durumdur (2, 3). Sağlıklı bireylerde boşaltım ihtiyacının karşılanması ve denetimi bireyin kontrolünde gerçekleşir. Ancak bazı durumlarda ortaya çıkan sağlık sorunları nedeniyle bu durum farklı yollarla ve koşullarda karşılanması söz konusu olmaktadır (4).

Vücut fonksiyonlarında gelişebilecek sorunlar, bireyin gereksinimlerini karşılamasını engelleyerek yaşam biçimini değiştirmesini etkileyebilir. İnsan vücudunun fonksiyonu bozulduğunda, fonksiyon bozukluğunu düzeltmeye yönelik girişimlerden biri de stoma açılmasıdır (1, 5). Stoma Yunanca “açıklık”, “ağız” anlamına gelmekte olup lümenli bir sistemin doğrudan ya da bir tüp aracılığı ile, cerrahi olarak deriye ağızlaştırılmasıdır. Dolayısıyla bağırsak stoması, bağırsağın karın duvarına ağızlaştırıldığı yapay bir açıklıktır (2-3, 6).

Stoma açılmasını gerektiren en yaygın neden kolorektal kanserlerdir. Ayrıca bağırsak stoması crohn hastalığı, divertikülit, travma, ileus, ülseratif kolon ve familial adenomatoz kolit gibi hastalıklar nedeniyle de açılmaktadır. Kolorektal kanserlerin dünyada en yaygın kanser olduğu tahmin edilmektedir (6-10). Kolorektal kanser tanısı konulduktan sonra ameliyat sonrası geçici ya da kalıcı olarak stoma açılma oranı yüksektir. Avrupa' da 2006 yılında toplam 412.900 stoma açıldığı bildirilmiştir (11). Amerika Birleşik Devletlerin'de 2014 yılında 136.830 kolorektal kanser vakası olduğu tahmin edilmektedir. Tarama tetkiklerine verilen önemin artması, cerrahi tekniklerin ve adjuvan tedavideki gelişmelerin devam etmesi ile, tanı konulduktan sonra, 5 yıl

içerisinde ölen hasta sayısında azalma olduğu bildirilmiştir (12-14). Türkiye’ de kanser kayıtları çok sağlıklı olmamasına rağmen 2011 yılında kolorektal kanser görülme sıklığı kadınlarda % 15.3, erkeklerde %26.3’dür (15).

Temelde altta yatan patolojiyi ortadan kaldırmak ya da bireyin daha kaliteli bir yaşam sürdürmesini sağlamak amacı ile açılan stomalar, aynı zamanda bireyin tüm yaşantısını da etkilemektedir (1, 16-21). Stoma açılması hayat kurtarıcı olmasına rağmen, fiziksel ve psikolojik boyutta tehdit oluşturmaktadır (13, 21-23). Stomalı birey, beden görünümünde değişiklik ve çocukluğundan itibaren kazanmış olduğu boşaltım fonksiyonu üzerindeki kontrol gücünü kaybetme sorunu ile karşı karşıya gelmektedir. 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 (7, 24).

Stomalı bireylerin yaşadıkları önemli sorunlardan bir diğeri ise, ameliyat sonrası erken ya da geç dönemde ortaya çıkan komplikasyonlardır. Bunlar arasında en yaygın olanı peristomal cilt komplikasyonlarıdır. Bu sorunlar hastanın bakım, bilgi, becerisi ve stoma yerinin işaretlenmesi ile doğrudan ilişkilidir (1, 25, 26). Peristomal cilt komplikasyonları literatürde, %10 - %70 arasında değişen oranlarda görülmektedir (27, 28). Bu oran ileostomili ve ürostomili hastalarda sıvı içeriğinin fazla ve yakıcı nitelikte olması nedeniyle, kolostomili hastalara göre daha yüksektir. Stoma ile ilişkili komplikasyonlar hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir (17).

Cerrahi tekniklerdeki ve stoma bakım ürünlerindeki gelişmelere rağmen stomalarda komplikasyon oranının hala yüksek olması, komplikasyonların gelişmesinin en temel nedenleri, stoma bölgesinin iyi seçilmemesi, stoma adaptör-torba sisteminin stomaya uygun olmaması, stomalı bireylerin stoma bakımına yönelik bilgi ve beceri eksikliği olduğu bildirilmektedir (29).

Stoması olan bireylerde komplikasyonların önlenmesi, yaşanan sorunların azaltılması/ortadan kaldırılması, fizyolojik ve psikososyal boyutlarda yaşam kalitesinin yükseltilmesinde hemşirelik bakımı son derece önemlidir. Stoma bakımında hemşirenin rolü, hastanın en kısa zamanda kendi gereksinimini karşılayabilecek duruma getirmek ve normal olarak yaşantısını sürdürmesine yardım etmektir. Bu nedenle hemşirenin yerine getirmesi gereken hemşirelik işlevleri arasında, ameliyat öncesi ve ameliyat

sonrası dönemde hastaların ve hasta yakınlarının anksiyete düzeylerini azaltma, ameliyat öncesinde stoma yerini belirleme ve işaretleme yapma, hastaya ve hasta yakınlarına stoma bakımı (cilt temizliği, torbanın değiştirilmesi gibi) yapabilme becerisi kazandırma yer almaktadır (30).

Stoma bakımının amacı; stomalı hastalar için kaliteli bir hayat sağlamaktır. Stoma ile birlikte iyi bir yaşam sürdürmek, hastanın uygun bir şekilde hazırlanması, eğitilmesi ve etkili bir rehabilitasyonu ile sağlanabilmektedir. Stomalı bir hastanın yeni yaşam biçimine uyumu, beden imajındaki değişikliği kabullenebilmesi ve sonraki yaşamını olabildiğince bağımsız sürdürebilmesi, aldığı eğitim ve öğrendiklerini uygulayabilmeleri ile yakından ilgilidir (29).

Stoma açılması ile vücutta oluşan görünüş ve fonksiyon değişikliği bireyin beden bütünlüğünü bozar ve beden imajı, cinsel yaşam ve özgüven konusunda sorunlara yol açar. Stomalı hastalar ameliyattan sonra yeni dışkılama yönetimine uyum sağlamaları dışında başka seçenekleri olmadığı için, bu sorunlar ile mücadele ederler. Bu nedenle stoma hastalarının hastaneden taburcu olduktan sonra da fiziksel ve psikolojik yönden desteklenmeleri, yaşam kalitelerinin ve onu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi önem taşımaktadır (31).

1.2. Araştırmanın Önemi

Tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler, erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerle hastalıklara bağlı ölümler azalmakta ve beklenen yaşam süresi uzamaktadır (7, 32). Gelişen teknolojilerin ışığında günümüzde cerrahlar ve sağlık çalışanları için teknik açıdan basit bir işlem haline gelmesine karşın, stoma açılması bireyin kendi bakış açısına olduğu kadar, aile içi yaşamına ve sosyal yaşamına önemli boyutlarda farklılıklar getirmektedir (7, 32).

Stomalı hastaların yaşadıkları sorunları azaltmada, stoma bakımında uzman hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir. Bu sorumlulukların başında hasta ve ailesine danışmanlık yapma stoma ve bakımı konusunda bilgilendirme gelmektedir (22, 33).

Elektif olarak stoma açılacak olan hastaların ameliyat sonrası adaptasyon sağlanması ve hastaların korkularını hafifletebilmek için hastalara ameliyat öncesi danışmanlık verilmesi önerilmektedir. Ameliyat öncesi stoma alanının işaretlenmesi,

stoma için en uygun yeri belirlemek için karın bölgesi, yatarken, otururken ve ayakta durur pozisyonda değerlendirilir. Stoma alanının belirlenmesi ameliyat sonrası sızıntı, yapıştırma problemi, pahalı özel torba ihtiyacı, cilt iritasyonu, ağrı ve giyim ile ilgili sorunların azalmasına yardım etmektedir. Uygun olmayan yere açılmış olan stoma gereksiz komplikasyonlara, fiziksel ve duygusal olarak olumsuz etkilere sebep olabilmektedir. Uygun yere açılmış olan stoma günlük aktivitelere yeniden dönmeyi ve stoma bakımında hastanın bağımsız olma olasılığını artırmaktadır. Birçok çalışma, ameliyat öncesi stoma yeri işaretlenen ve stoma ile ilgili eğitim alan hastaların ameliyat sonrası stoma ile ilişkili komplikasyonlarının azaldığını bildirmektedir (18, 34-36).

Ostomi Bakımı ve Yönetimi Rehberi 2009 Ontario Hemşireler Derneği (Registered Nurses' Association of Ontario- RNAO) tarafından yayınlanan rehberde; stoma cerrahisi uygulanan bütün hastalara stoma alanı işaretlemesi yapılmalıdır kanıt düzeyi IIa (IIa: Kanıtlar en az bir randomize olmayan iyi tasarlanmış kontrollü çalışma ile elde edilmiştir) olarak yer almaktadır. Fekal Ostomili Hastanın Yönetimi: Klinisyenler İçin İyi Uygulamalar Rehberi 2010' da stoma yerinin ameliyat öncesi işaretlenmesi komplikasyon gelişme insidansını azaltır ve öz bakımı geliştirir kanıt seviyesi B (En az 10 ostomili bireyi kapsayan kontrollü çalışma ya da iki veya daha fazla randomize olmayan ve en az 10 ostomili bireyi kapsayan çalışma) olarak yer almıştır. Amerikan Kolon ve Rektum Cerrahları Derneği ve Yara, Ostomi ve Kontinans Hemşireleri Derneği tarafından da ameliyat öncesi stoma yeri işaretleme önerilmektedir. Uzmanlar erken ve geç komplikasyonların izlenmesi, uygun bakımlarının yapılması ve altta yatan nedenin çözümlendiği durumlarda stomalı bireyin yaşam kalitesinin düzeldiğini belirtmektedir (35-37).

Araştırmalar stomaterapistler tarafından yapılan stoma yeri işaretlemenin stoma ve peristomal cilt komplikasyonlarını azalttığını göstermektedir. Stomaterapist tarafından ameliyat öncesi stoma bakımına yönelik verilen eğitim, stomalı yaşama uyumu pozitif yönde artırmaktadır. Bu bulgular ameliyat öncesi eğitimin stoma yönetiminde kısa dönemde beceri sağlamayı artırmaktadır (36, 37)

Stomanın bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğine ilişkin ortak bir görüş vardır. Ancak yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde ağırlıklı olarak genel veya kanser hastalarına yönelik yaşam kalitesi değerlendirme ölçekleri kullanıldığı için

stomaya ilişkin, hangi spesifik faktörlerin yaşam kalitesini etkilediğini ortaya koymak güçleşmektedir (38). Hastalıkların veya tıbbi/cerrahi girişimlerin sonuçlarının genellikle kişinin yaşamını bir bütün olarak etkileme olasılığı nedeniyle genel amaçlı ölçekler, yapılan tıbbi girişime bağlı değişimi daha duyarlı olarak ölçebilmeleri nedeniyle de hastalığa ve duruma özel ölçekler kullanılmalıdır (39).

Çalışmaların çoğunda stomalı bireylerin yaşam kaliteleri SF-36 (The MOS 36 Item Short Form Health Survey-SF 36) gibi genel yaşam kalitesi ölçeği veya kolorektal kanserlere ilişkin yaşam kalitesi ölçekleri ile değerlendirilmiştir. Bu durum, stoma ile ilişkili yaşam kalitesinin ayrıntılarını ortaya koyamamakta ve çalışma sonuçlarının bu hasta grubuna genellenebilirliğini sınırlamaktadır (40, 41). Stomalı bireylerde yaşam kalitesi, genel yaşam kalitesi ölçekleri ile değerlendirildiğinde, diğer hastalarla bireysel farklılıklar ortaya çıkabilmektedir. Aynı zamanda stomanın bireylerin yaşam kalitesine etkilerini değerlendirmede genel yaşam kalitesi ölçeklerinin yetersiz kalabileceği belirtilmektedir. Bunun yanı sıra genel yaşam kalitesi ölçeklerinin stomalı bireylere yönelik olarak içeriksel anlamda sınırlılıkları bulunmaktadır (40, 41).

Stomalı bireyler arasındaki farklılıkların ve değişikliklerin belirlenmesi, bu bireylere özel yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılmasını gerektirmektedir. (42, 43, 44). Stomaya özgü yaşam kalitesi değerlendirme ölçeklerinin en önemli avantajı, bireyin sağlık durumundaki değişime ilişkin algısının diğer faktörler dışında doğrudan stoma ile ilişkisini ölçebilmeye odaklanmalarıdır (41). Ülkemizde stomalı hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacı ile genel yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmıştır (20, 32). Bu nedenle planlanan bu çalışmada, stomaya özgü, stomalı hastaların yaşam kalitesini değerlendiren Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği (UM-OYKÖ) kullanılmıştır (44).

1. 3. Varsayımlar

Araştırma kapsamına alınan stoma açılan hastaların anket formlarını doğru olarak doldurduğu kabul edilmiştir. Örneklem, veri toplama teknikleri, kullanılan araç ve gereçler, araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

1.4. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler

Bu çalışma kolorektal cerrahi ameliyatı sonrası stoma açılan hastalar ile sınırlıdır. Araştırma, tek merkezde yapılmıştır. Planlı kolorektal cerrahi ameliyatı sırasında stoma açılabilmesi söylenen ve açılmayan hastalar araştırmanın veri toplama aşamasının uzamasına neden olmuştur (Ameliyat öncesi 34 hastaya stoma yeri işaretlemesi yapılmış olup, ameliyat sırasında stoma açılmamıştır).

1.5.Tanımlar

Stoma: Bağırsağın geçici ya da sürekli olarak karın duvarına ağızlaştırılmasıdır (6).

Yaşam Kalitesi: Bireysel iyilik halinin bir anlatımı ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir doyum ifadesidir (45).

Komplikasyon: Bir hastalığın gidişi sırasında, hastalığa eklenen ve hastalığı ağırlaştıran tablodur (46, 47).

Stoma Yeri İşaretleme: Stomanın anatomik olarak uygun bölgede açılması için ameliyat öncesi dönemde stoma yerinin belirlenmesidir (36, 48, 49).

Günlük Yaşam Aktivitesi: Bireyin günlük yaşamını sürdürmek için düzenli olarak yerine getirdiği; hareket etme, yemek yeme, giyinme, banyo yapma, boşaltım gibi işlevleridir (5, 46).

1.6.Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Ameliyat öncesi stoma yeri işaretlenmenin, yaşam kalitesini artırmada etkisi vardır/yoktur.

H₂: Ameliyat öncesi stoma yeri işaretlenmenin, erken dönem komplikasyonları azaltmada etkisi vardır/yoktur.

H₃: Stoma cerrahisi sonrası zamana göre yaşam kalitesi arasında fark vardır/yoktur.

1.7.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, ameliyat öncesi stoma yeri işaretlenmenin erken dönem stoma komplikasyonlarına ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir.

BÖLÜM II

2. GENEL BİLGİLER

Stoma açılmasını gerektiren en yaygın neden kolorektal kanserlerdir. Ayrıca bağırsak stoması crohn hastalığı, divertikülit, travma, ileus, ülseratif kolon ve familial adenomatoz polip gibi hastalıklar nedeniyle de açılmaktadır (36). 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 (7, 32). Türkiye’de ise çok sağlıklı kanser kayıtlarının olmamasına rağmen kolorektal kanseri görülme sıklığı kadınlarda % 15.3, erkeklerde %26.3’dür (15). Bu hastaların büyük bir kısmında bağırsak stoması açıldığı düşünülürse kanser ve stoma, hastaların hayatını etkileyen iki durumun birlikteliği olarak önem kazanmaktadır (7). Marquis ve arkadaşları (2003) 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 (38).

2. 1.Stomanın Tanımı ve Stoma Tipleri

Gastrointestinal sistemde bağırsak devamlılığının sağlanamadığı durumlarda bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılarak stoma oluşturulması, cerrahi uygulamada sıkça başvurulanan 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 (4). Stomalar açıldıkları bağırsak bölümüne göre isimlendirilmekte, kolona açılan stomalara kolostomi, ileuma açılan stomalara ileostomi adı verilmektedir. Üreterlerin abdomene ağızlaştırılmasına da ürostomi adı verilmektedir. Her yaş grubunda uygulanabilen stomalardan kalıcı stomalar, yaşam boyu görevini yaparken, geçici stomalar, stoma açılmasını gerektiren durum ortadan kalktıktan sonra kapatılmaktadır (1, 4, 31).

Stoma endikasyonları başlıca beş grupta toplanır:

1. Distalde varolan patolojik bölgeden dışkının geçmesini önlemek amacıyla (rektum yaralanmaları, ülseratif kolit, crohn hastalığı, rektovezikal gibi).
2. Distalde tümör gibi yer kaplayan bir patolojiye bağlı oluşan tıkanıklık nedeniyle kolonu boşaltmak amacıyla.
3. Anorektal kanserler nedeniyle çıkarılan anüsün görevini yapmak amacıyla.
4. Kolorektal yaralanmalarda geniş defektler oluştuğunda.
5. Sigmoid kolon volvulusu, anal inkontinans, perinenin geniş yanıkları gibi nadir durumlarda uygulanır (2, 4, 50, 51).

2.2.Kolostomi

Kolonun karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Kalıcı kolostomi gerektiren en yaygın sorun kolorektal kanserlerdir. Kolostomilerde anüste olduğu gibi sfinkter bulunmadığı için stomalı birey boşaltımını kontrol edemez (4, 31, 50). Kolostomiler genellikle karının sol tarafında yer almaktadır. Kolostominin başlıca fonksiyonu, bağırsak içeriğinin stoma aracılığı ile dışarı atılmasını sağlamaktır. Kolostomiler bağırsaktaki açılma yerlerine göre;

- Çıkan (assenden) kolostomi
- Transvers kolostomi
- İnen (dessenden) kolostomi
- Sigmoid kolostomi

Açılış tekniklerine göre;

- Loop kolostomi
- Uç (single barrel) kolostomi
- Double-barreled (Çifte namlusu) kolostomi
- Devine kolostomi olarak tanımlanmaktadır (1, 4, 52).

2.3. İleostomi

İnce bağırsağın son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Kalın bağırsak ve rektumun ameliyatla tamamen alındığı ya da devre dışı bırakıldığı durumlarda açılır. İleostomi sağ iliak fossaya açılır, dışkı çıkışı kontrol edilemez. İleostomide dışkı sıvı halde, yakıcı nitelikte ve fazla miktarda olduğundan, stoma çevresindeki dokuyu ve deriyi tahriş ederek deri problemlerine ve beslenme sorunlarına yol açar (4, 31, 38,

50). Cerrahi sonrası stomadan gelen içerik günlük 1500 ml.'iken daha sonraki günlerde 600-800 ml.'ye düşmektedir (31).

İleostomi tipleri ise şöyledir:

- Loop ileostomi
- Uç ileostomi (4, 31).

2.4. Stoma Süresi Bakımından Stoma Tipleri

Stoma süresi bakımından iki tür stoma vardır (4). Bunlar;

2.4.1. Kalıcı Stomalar

Rektal anastomozun mümkün olmadığı aşağı rektum tümörleri gibi durumlarda uygulanır. Ayrıca ülseratif kolit, familial adenomatöz poliposis (FAP) gibi hastalıklarda da bazen gerekebilir. Anüsün çıkartılması gereken hastalıklarda, kolonun son kısmı ve anüsün birlikte çıkarılması gereken hastalıklarda, anüs ve kas yapısının görevini yapamadığı durumlarda kalıcı kolostomi endikasyonu konulmaktadır (4).

2.4.2. Geçici Stomalar

Geçici stomalar başka bir bağırsak ameliyatına yardımcı olmak veya dışkının belli bir süre yön değiştirmesi gereken durumlarda oluşturulur. Birkaç ay süresince kullanılıp daha sonra tekrar ameliyatla kapatılır. Kapatıldıktan sonra hastaların bağırsak fonksiyonları normale dönmektedir.

Anüs hastalıkları ve yaralanmaları, bağırsak delinmesi ve yaralanmaları, bağırsakda yapılan ameliyatın iyileşmesini sağlama, kolon tıkanmaları, konjenital bağırsak anomalileri durumunda geçici stoma açılmaktadır (4).

2.5. Stomanın Tarihçesi ve Stoma Bakım Hemşireliği

İlk stomaların İncilin yazıldığı dönemlere rastladığı, ancak bilimsel anlamda ilk stomanın 1706 yılında İngilizler ve Fransızlar arasında yapılan Ramillies savaşında yaralanan bir askere uygulandığı belirtilmektedir. Stomaların tedavi amaçlı kullanımı 1756 yılında William Cheselden'in strangüle herni ya da konjenital malformasyon nedeniyle kolostomi uygulamasıyla başlamıştır. Modern anlamda ilk stoma uygulaması 1944'de kanser tedavisi için abdomino perineal rezeksiyon (APR) ve ekstra-peritonial kolostomi açılmasıdır. İleostomiler için başlangıcın 20. yüzyıl olduğu belirtilmektedir. 1913'de John Young bir ülseratif kolit hastasına ileostomiye, 1943'de

Miller proktokolektomi, 1952'de Bryan Brooke ileostominin ağzını tersine çevirerek abdominal duvara suture edildiği tekniği uygulamıştır (53).

İlk stomaterapi hizmeti ileostomili bir hasta olan Norma Gill ve Dr.Turnbull tarafından, 1958 yılında ABD'deki Cleveland Clinic'de vermeye başlanmış, daha sonra 1960'da İngiltere'de hemşire Barbara Saunders tarafından St Bartholomew Hastanesinde ve Josephine Plant tarafından St Thomas Hastanesinde stoma bakım hemşireliği kursu başlatılmıştır. 1949'da Amerika'da Amerikan Ostomi Derneği adında stoma hastaları tarafından ilk yardım grubu kurulmuştur. 1956'da İngiltere ve İrlanda'da da ileostomi derneği, 1966'da kolostomi ve 1971'de ürostomi dernekleri kurulmuştur. 1947'de İngiliz patalog Dukes 100 ostomi hastasıyla evlerinde görüşerek, hastalarının sosyal, psikolojik ve seksüel problemlerinin ilk kez gündeme getirilmesini sağlamıştır (53).

1962 yılında Amerika Ulusal Ostomi Derneği (IOA) ve Uluslararası Ostomi Birliği (IOA) kurulmuştur. 1950'li yılların ortalarından itibaren ostomi torbalarının fabrikasyon olarak kullanıma sunulması, deri bariyerinin keşfedilmesi, kolorektal ameliyat teknikleri geliştirilmesi, hastanelerin stomalı hastaların kendi kendilerine bakım yapabilmelerini öğretmek için zaman, kaynak ve para ayırmaya başlamıştır. Stomaterapi hemşiresi de stoma rehabilitasyon takımında yerini almaya başlamıştır (53).

2.5.1. Stomaterapi Hemşiresinin Rolü

Günümüzde World Council of Enterostomal Therapist (WCET) tarafından kabul edilen okullardan birinde eğitim almış, enterostomalterapist veya enterostomalterapi hemşiresi olarak adlandırılan uzmanlaşmış klinik hemşireleri, stomalı hastalara bakım vermektedir. Amerika Birleşik Devleti'nde enterostomalterapist, Ülkemizde ve İngiltere'de ise stomaterapi hemşiresi terimleri kullanılmaktadır. Stomaterapi hemşireliği ile bireylerin en kısa zamanda normal yaşantılarına dönmelerine yardımcı olunacağı ve yaşam kalitelerinin artmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir (7, 31, 53). Stomaterapi hemşiresi stoma açılan hasta ve hasta ailesine ameliyat öncesi dönemden başlayarak eğitim, danışmanlık ve bakım hizmeti vermektedir (30, 54).

Geliştirilen standartlar doğrultusunda stoma hemşirelerinin rolleri belirlenmiştir. Bunlar:

1. Bakım verme: Stoma cerrahisi planlandığı zaman birey, kadın ya da erkek olsun anksiyete, korku, beden imajı kaybı ve depresyon gibi çeşitli duygu durumu içerisine girmektedir. Ameliyat öncesi eğitim bu duyguların azalmasına ve hastaların iyileşmesine ve yaşam kalitelerinin artırılmasına olumlu katkıda bulunabilmektedir. Ameliyat öncesi danışma; hastalık, iş durumu, fiziksel aktiviteler, finansal kaygı, stoma malzemelerinin değerlendirilmesi için fırsat sağlar (18, 55). Ameliyat öncesi klinik faktörler (stoma alanının işaretlenmesi, stoma hakkında bilgi verilmesi) ile stoma komplikasyonları arasında önemli bir ilişki bulunmuştur. Stomaterapi hemşiresi, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hastaların ve hasta yakınlarının anksiyetesini azaltma, emosyonel destek sağlama, hastayı ve hasta yakınlarını stoma bakım ürünleri ve uygun ürünü seçme konusunda bilgilendirme, olası psikiyatrik problemlerin erken tanısı ve psikiyatri konsültasyonunun sağlanmasına yönelik girişimleri ile stomalı bireylerin yaşam kalitelerini arttırabilmektedir (44).

2. Eğitim ve Danışmanlık: Stomaterapi hemşiresinin, bireyin kişisel gelişimini sağlama, hemşirelik mesleğini geliştirme ve ekipdeki diğer sağlık personelinin eğitimine yönelik uygulamaları içine alan rolüdür. Eğitim rolü ile stomaterapi hemşireleri; periyodik takipler ile stomalı bireylerin karşılaştıkları sorunların çözümüne ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yönelik eğitimlerini planlayabilmektedirler. Stoma bakımı ile ilgili çeşitli kurs ve toplantılara katılarak ve stoma ile ilgili derneklere üye olarak kişisel gelişimlerini sağlayabilir ve bilgilerini güncelleyebilmektedirler. Ayrıca çalıştıkları kurumlarda çalışan hemşirelerin stoma bakımı, komplikasyonlar ve eğitimi ile ilgili çalışmaları planlamaktadırlar. Yaptıkları bu girişimler ile stomalı bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmektedirler (44).

3. Araştırma: Araştırma yapma ve araştırma temelli uygulamaları geliştirerek hemşirelik bakımının kalitesini arttırmak olarak tanımlanmaktadır (54). Stomaterapi ünitesine başvuran bireylere ilişkin kayıtların tutulması, klinik araştırmaların yapılması ve sonuçların ilgili kişi ve kurumlara gönderilmesini kapsayan uygulamaları içermektedir. Böylece stomalı bireylerin yaşadıkları sorunlar açıklanabilir ve bireylerin yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik eğitim öncelikleri ve eğitime ihtiyaç olan konular belirlenebilmektedir.

Stomaterapi hemşiresi üç rolünü birlikte kullanarak stomalı bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmelerine katkıda bulunmaktadır. Ma ve arkadaşlarının (2007) yapmış oldukları çalışmada özelleşmiş stomaterapi hemşirelerinin hastaların yaşam kalitelerini arttırmaya yardımcı olduğu bulunmuştur. Stoma alanı işaretlenen hastaların cinsel tatmin, fiziksel fonksiyon ve rol fonksiyon puanları ve yaşam kalitelerinin, stoma alanı işaretlenmeyenlere göre oldukça yüksek olduğu bulunmuştur (18, 23).

Ülkemizde ise, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile Gazi Üniversitesi arasında 31.12.2000 tarihinde “Temel Stoma Bakım Hemşireliği Kurs Protokolü” gerçekleştirilmiştir. Bu protokole göre 1 haftalık (56 saat) stoma bakımına ilişkin hemşirelik eğitimi verilmektedir. Kurs programına katılan hemşirelere Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı “Temel Stoma Bakım Hemşireliği Sertifikası” verilmektedir (56).

Stomalı bireyin iyi bir yaşam sürmesinde aile en önemli destek, hemşire ise bilgi kaynağıdır (1, 7, 38). Stomaterapi hemşiresi tarafından bakım, eğitim ve danışmanlık hizmeti alan bireylerde komplikasyon oranı azalmakta, stomaya uyum ve yaşam kaliteleri artmaktadır. Stomalı bireyin beden imgesindeki değişikliği kabullenmesinde, fiziksel sorunlarla nasıl baş edebileceğini öğrenmesinde ve kendi bakımını bağımsızca sürdürebilmesinde hemşirenin rolü çok büyüktür (13).

2.6. Stoma Bölgesinin İşaretlenmesi

Ameliyat öncesi dönemde üzerinde durulması gereken en önemli noktalardan biri stoma bölgesinin seçilmesidir. Stomanın yeri ameliyat öncesi dönemde stoma bakım hemşiresi ve cerrah tarafından belirlenmelidir (1, 4, 30).

Stomanın anatomik olarak uygun bölgede açılması, ameliyat sonrası komplikasyonların azaltılmasında, stoma bakımı ve hastanın yaşam kalitesi açısından önem taşımaktadır (18, 34-36, 57).

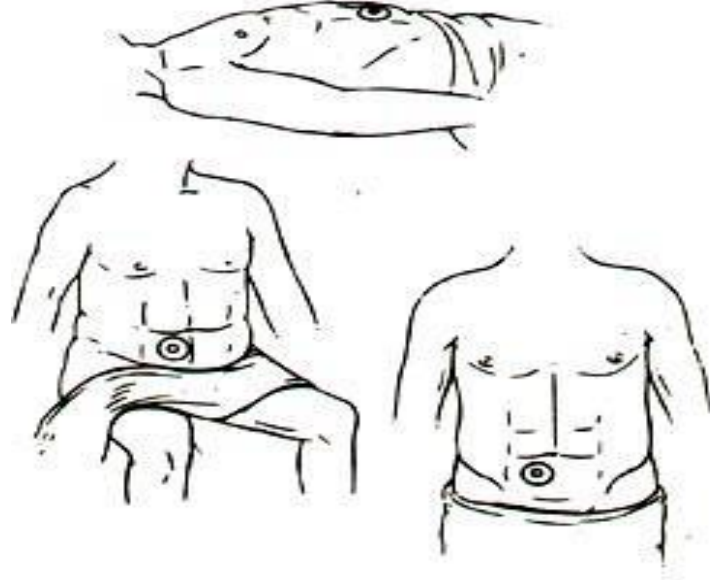
Bir stomanın rahatlığı ve fonksiyonel durumu, bölgesine ve çevresindeki derinin kalitesine bağlıdır. Stoma bölgesi seçiminde ana kural bağırsağın gerilme olmakdan yeterli kan akımıyla dışarı alınması olmalıdır (48, 49). Stoma yeri seçiminde hastalığın tipi kadar hastanın vücut yapısı da etkilidir. Stoma karın bölgesinde göbeğin altında, sağ ya da sol alt kadrana açılır. İleostomide sağ alt kadrana, transvers kolostomide üst orta kadrana, desandan 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 kıvrımları, skarlar, göbek, bel çizgisi, sarkık göğüs altları, kemik çıkıntılarından kaçınma önemlidir (4, 29).

Stoma bölgesi seçilirken şu noktaların göz önünde bulundurulması gerekir (4, 28, 48, 49, 58-63):

- Stoma, rektus abdominus kası içinden hastanın rahatça görebileceği ve bakımını bağımsız olarak yapabileceği bölgede bir alanda açılmalıdır.
- Stoma rektus kası üzerinde, stoma torbasının yapıştırılacağı yeterli, düz yüzey olmalıdır.
- Stoma, krusta iliaka, göbek, karındaki deri kıvrımları, skar alanları, göbek, bel çizgisi, kemik çıkıntılardan ve kemer çizgisinden uzak olmalıdır.
- Stoma bölgesi belirlenirken hastanın yaşı, mesleği, aktivite durumu, kültürü, yaşam tarzı, nörolojik fonksiyonları ve tercihleri göz önünde bulundurulmalıdır.
- Karın hatları bireyin pozisyonlarına bağlı olarak değiştiğinden birey sırtüstü yatış, oturma ve ayakta duruş pozisyonlarında iken stoma bölgesi skar, kıvrımlar, boşluklar açısından değerlendirilmelidir.
- Stoma hastanın görebileceği alan içerisinde olmalıdır. Geniş karınlı hastalar, aşırı obez hastalarda karın bölgesinin üst kadranı stoma bölgesi olarak seçilebilir.
- Cerrahi kalem ile işaretleme yapıldıktan sonra işaretlenen bölgenin üst kısmı transparan pansuman materyali ile kapatılmalıdır.

Bu değerlendirme deneme stoma torbası takılarak da yapılabilir Stoma torbası boş iken, daha sonra içine su doldurularak belirlenen bölgeye yerleştirilerek, stoma bölgesi değerlendirilebilir.



Şekil 1: Oturarak, yatarak ve ayakta stoma yeri belirleme (32).

2.7. Stoma Komplikasyonları

Stoma açılan birey ameliyat ve bedensel fonksiyonun kaybıyla baş etmek zorundadır (7, 24). Karadağ (2008), 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 (29).

Stomanın hastanın yaşam kalitesine negatif etkisi olduğu gibi, oluşabilecek metabolik ya da anatomik komplikasyonlar cerrahi prensiplere uyularak önlenebilmektedir. 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 dönemde saptamadır (4, 62, 71).

Stoma komplikasyonlarını sınıflandırma yöntemlerinden biri; ameliyatı takip eden 30 gün içinde görülen komplikasyonlar erken dönem stoma komplikasyonu, 30 gün sonrasında görülen komplikasyonlar ise geç dönem stoma komplikasyonları olarak ele alınmaktadır (4, 37, 72-74). Erken dönem komplikasyonlar sızıntı,

peristomal iritan dermatit, stoma/peristomal ağrı, kanama, stoma nekrozu, stenoz, retraksiyon, mukokütanöz ayrılma ve hiperplazi'dir (73-76).

Literatürde stoma komplikasyonları stoma ve peristomal komplikasyonlar olarak da kategorize edilmiştir (77). Stoma komplikasyonları; parastomal herni, stoma prolapsusu, stomal nekroz, mukokutanöz ayrılma, stoma retraksiyonu, stomal stenoz, stomal fistül, ve stoma travması olarak tanımlanmıştır. Peristomal komplikasyonlar; peristomal varis, peristomal kandida, kıl köklerinde iltihap, mukozal ayrılma, peristomal pyoderma gangrenosum, peristomal sutur granülasyonu, peristomal dermatit, kontakt dermatit, allerjik kontakt dermatit, ve peristomal travma olarak tanımlanmıştır. Fiziksel stoma komplikasyonları stoma ve peristomal ciltte değişikliğe neden olabilir (77). Fiziksel stoma komplikasyonları peristomal iritan dermatit, sızıntı, ağrı, kanama, stomal nekroz, stomal stenoz, retraksiyon, mukokütanöz ayrılma, hiperplazi, prolapsus, herniyi içermektedir. Fiziksel komplikasyonlar kişinin iyilik halini etkileyebilmektedir (78).

Stomaya bağlı komplikasyonları arttıran faktörler; boy kilo indeksinin fazla olması, ileri yaş, acil cerrahi uygulanması, inflamatuvar bağırsak hastalığının olması, daha önceki cerrahi girişimler gibi bireye ait faktörlerin yanı sıra, cerrahın deneyimi ve stomaterapi hemşiresinin olmaması gibi nedenlerle stoma komplikasyonları gelişebilmektedir (77). Yapılan çalışmalar da hastaların %71 oranında ileostomi komplikasyonu, %43 oranında kolostomi komplikasyonu deneyimledikleri saptanmıştır. Bu komplikasyon oranları incelendiğinde; peristomal deri iritasyonu %6-%70, peristomal herni %20-%45, stomal prolapsus %2-%25, stoma stenozu %2-%18, stoma retraksiyonu %2-%24, stoma nekrozu %5, peristomal ağrı %7 oranında gelişmektedir (79). Ratliff (2005) makalesinde, Bass ve ark.'nın planlı 593 stoma cerrahisi geçiren hastalardan 292'si ameliyat öncesi stomaterapi hemşiresi tarafından değerlendirildiğini ve hastaların sadece %32.5' inde ameliyat sonrası komplikasyon görüldüğünü, stomaterapi hemşiresi tarafından ameliyat öncesi değerlendirilmeyen 301 hastada ise; %43.5'inde komplikasyon geliştiğini bildirmiştir (27, 28). Komplikasyon gelişimini önlemek için stoma, ameliyat sonrası dönemde düzenli olarak kontrol edilmelidir. Stoma; renk, stomadan gelen dışkı, derinin durumu, stomanın çapı, ağzı, dikişler ve cilt ısısı yönünden ameliyat sonrası erken dönemde hemşire tarafından düzenli olarak değerlendirilmelidir (80).

Stomal ve parastomal komplikasyonlar hastanın ağrı ve stres yaşamasına, hastaneye sık başvurma, sağlık kaynaklarının gereksiz kullanımına ve maliyetin artmasına yol açmaktadır (4).

Tablo 1. Stoma Komplikasyonları (4, 18, 44, 81, 82, 84).

Erken Komplikasyonlar	Geç Komplikasyonlar
Peristomal iritan dermatit	Parastomal herni
Sızıntı	Prolapsus
Ağrı	Barsak tıkanması
Kanama	Stoma stenozu
Stomal nekroz	Stomal fistül
Stomal stenoz	
Retraksiyon	
Mükokütanoz ayrılma	
Hiperplazi	

2.7.1. Erken Komplikasyonlar

Stoma açılması sonrası meydana gelen komplikasyonlar hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Cerrahi teknikteki ilerlemeler, geliştirilen stoma bakım malzemeleri ve stoma bakımının ve eğitiminin profesyoneller tarafından yapılmasının sonucu stoma komplikasyonları önemli ölçüde azalmıştır. Erken dönem stoma komplikasyonlarının tedavisi oldukça kolaydır. Komplikasyonlardan herhangi biri ile karşılaşılması durumunda sağlık profesyonellerine başvurulması olayın başlangıcında müdahale edilmesi açısından önemlidir (44).

2.7.1.1. Peristomal İritan Dermatit

Stomada gelen içerik ya da kimyasal nedenlerle stoma etrafındaki ciltte tahriş ya da enflamatuvar değişiklik olarak tanımlanmaktadır (75). Peristomal cilt komplikasyonları; topikal maddeler ya da adaptör ve torbanın uygun

yerleştirilmemesi, nedeniyle ciltte meydana gelen kimyasal zedelenmedir. Genellikle sızıntı nedeniyle meydana gelir. Proteolitik sindirim enzimleri, dışkı içindeki çeşitli maddeler, sabunlar ve çözücüler gibi kimyasalların yol açtığı cilt bütünlüğünde bozulmadır (4, 24, 32). Peristomal cilt komplikasyonlarının görülme oranı %18-55 arasında değişmektedir, ancak bulgulara göre; hastaların çoğunun peristomal cilt komplikasyonu yaşadığı ve tedavi görmek zorunda kaldığı belirtilmektedir. Uzun süreli cilt irritasyonu mukokütanoz ayrılmaya neden olabileceği için cerrahi yenileme gerektirebilmektedir. Obezite ve ameliyatta stoma yerinin uygun seçilmemesi nedeniyle deride kıvrımlar oluşması etkenler arasında yer almaktadır. Cilt kırmızı, nemlidir, yüzeysel doku kaybı vardır ve ağrılıdır. Cildin irritasyonunu önlemek için stoma yerinin iyi seçilmesi, stoma tekniğinin uygun olması, doğru torba sisteminin seçilmesi (stoma tipi, ölçüsü ve şekline uygun), cilt bariyerlerinin kullanılması ve stomadan sızıntısının önlenmesi önerilmektedir (83, 84).

2.7.1.2. Sızıntı

Sızıntı; cilde yapıştırılan cilt bariyerindeki yapışkanın gelen içerikle etkileşimi sonucu yapışkanın etkinliğini kaybetmesi sonucu oluşmaktadır (84).

2.7.1.3. Ağrı

Hasta tarafından stoma bölgesinde algılanan fiziksel ya da hoş olmayan duygusal deneyim olarak tanımlanmaktadır (18, 77).

2.7.1.4. Kanama

Stoma veya stoma etrafındaki cilt yüzeyinde meydana gelen kan kaybı olarak tanımlanmaktadır. Ameliyat sonrası erken ve geç dönemde kanama görülebilir. Erken dönemde, ameliyatı takiben 48 saat içinde stoma kanaması oldukça ciddi bir komplikasyondur. 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, portal hipertansiyon nedeniyle barsak mukozasının kanaması, enterostomal varislerden kaynaklanan kanamalar, antikoagülan tedavi, torbanın çapının dar olması, stomaya ilişkin diğer komplikasyonlar ve granüloma oluşumudur. Stomanın temizlenmesi

sırasında bir miktar kanama normaldir. Çünkü stoma kan damarları açısından zengindir. Ancak aşırı kanama kontrol altına alınması gereken bir durumdur. Yüzeyel kanamalar sızıntı şeklindedir ve bakımla düzelebilecek kanamalardır, düzelmezse koterizasyon yapılabilir, hemostatik maddeler kullanılır ve sütür konulur. Özellikle hastanın erken dönem kanama yönünden gözlenmesi, kanamanın miktarının değerlendirilmesi, hastanın aldığı ilaçların sorgulanması ve travma etkenlerinin ortadan kaldırılması ameliyat sonrası dönemde önem taşımaktadır (75, 84).

2.7.1.5. Stomal Nekroz

Kan akımının bozulması sonucu iskemiye bağlı stomadaki dokunun nekroze olma durumu olarak tanımlanmaktadır (77). Stomanın renginin pembeden siyaha doğru ilerleyici renk değiştirmesidir. Stomanın açıldığı barsak bölgesindeki kan dolaşımının engellenmesine bağlı iskemi ve nekroz görülebilmektedir. Ameliyat sonrası erken dönemde hastalar nekroz yönünden risk altındadır. Nekroz uç stomalarda ve obez hastalarda daha sık görülmektedir. Stoma nekrozu nedenleri; ödemli stoma çevresine sıkı torba takılması, stoma yerinin iyi seçilmemesi, gergin dikişler, inferior mezenterik arterin bağlanması sonrası yeterli kan akımının olması ve bağırsağın dar bir açıklıktan dışarıya alınmasıdır (4, 24, 84).

Yapılan çalışmalarda stoma basınç iskemisinin ve nekrozun en sık görülen stoma komplikasyonu olduğu gözlenmektedir. Stoma nekrozu %2.3-17 oranında görülmektedir. Ameliyat sonrası ilk 24-72 saat, stomanın rengindeki değişim yakından izlenmelidir. Nekroz, acil cerrahi girişim yapılmazsa peritonit ve perforasyon riski taşımaktadır (75, 85).

2.7.1.6. Stomal Stenoz

Cilt ya da cilt altı dokunun daralması ya da büzülmesi nedeni ile drenajın bozulması olarak tanımlanmaktadır. Görülme sıklığı %6-7 oranındadır. Stoma kenarlarının yetersiz beslenmesi ve enfeksiyon sonucu gelişen bağ dokusunda artış, stoma açıklığının çok küçük oluşu, radyasyon irritasyonu başlıca stenoz nedenleridir. Aşırı daralma stomanın normal fonksiyonunu, dışkı çıkışını önleyebilir. Darlık hafifse az posalı diyet, gaita yumuşatıcıları ya da bujilerle genişletme ve dışkının boşaltılması ile tedavi edilebilmektedir. Darlık fazlaysa, lokal anestezi ile plastik onarım, nadiren de stomanın yerinin değiştirilmesi gerekebilmektedir (84).

2.7.1.7. Retraksiyon

Stoma dokusunun cilt yüzeyine ya da cilt seviyesinin altına inmesi olarak tanımlanmaktadır. Retrakte stomaların çoğu, stoma çevresindeki iç bükey hatlar ya da kırışıklıklar nedeniyle oluşmaktadır. Kolostomide %1-6, ileostomide %3-17 oranında görülmektedir. Her tür stomadan sonra oluşabilir. En sık görüldüğü vakalar transvers kolona yapılan stomalar ve terminal sigmoid stomalardır. Retraksiyon nedenleri stoma yapılandırılması aşamasında stomanın gerilmesi, yetersiz uzunluk, bağırsağın yüzeye yetersiz tutturulması, karınla ilgili ödem, distansiyon, obezite, loop kolostomilerde barsağı tutan silikon çubuğun erken alınması ve ameliyat öncesi yapılan radyoterapinin mezenteri kısaltmasıdır (4, 31, 50, 75, 84-86).

2.7.1.8. Mükokütanoz ayrılma

Peristomal cildin etrafından stoma dokusunun ciltten ayrılması olarak tanımlanmaktadır. Genellikle yara iyileşmesinin geciktiği durumlarda meydana gelmektedir. Ayrılma stomanın tamamında ya da birleşme yerinin bir kısmında gelişebilmektedir. Mukokütanoz ayrılma riskini arttıracak nedene göre önlemlerin alınması gereklidir (61, 84).

2.7.1.9. Hiperplazi

Stoma etrafında ciltte görülen anormal doku artışı olarak tanımlanmaktadır. İntestinal mukoza dokusu, sutur hattı ya da peristomal alandaki siğil benzeri lezyonlardır. Genellikle gri/beyaz ya da kırmızımsı kahverengidir ağrılıdır ve kolayca kanayabilir. Peristomal alanın sürekli neme ve iritasyona maruz kalması ile ilişkilidir (77).

2.8. Yaşam Kalitesi

Tıbbi tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak yaşam kalitesi kavramı kronik hastalıklarda ve kanser yönetiminde giderek önem kazanmıştır. Bu kavram, günlük yaşamda kullanıldığında, yaşamın günlük gereksinimlerinden ekonomik, sosyal, psikolojik ve fiziksel boyutlara kadar uzanmaktadır (45).

Yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumu ve mutluluk durumu algıları ile ilişkilidir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kişinin hastalığını ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (38).

Yaşam kalitesine ilişkin farklı disiplinlerde yapılan çalışmalarda kavram farklı perspektiflerden ele alınmış, bu farklı yaklaşımlar kavramın bir dereceye kadar çakışan, ancak eş anlamlı olmayan şekillerde tanımlanmasına neden olmuştur. Günümüzde de birçok tanım bulunmasına rağmen, yaşam kalitesinin evrensel olarak kabul görmüş bir tanımı yoktur. Mevcut tanımlarında mutluluk, memnuniyet, yaşam doyumu, pozitif etki, negatif etki, bilişsel değerlendirme, sağlık, öznel ve psikolojik iyilik hali, sosyal yararlılık, duygusal ve ekonomik statü gibi birçok faktörden kaynağını aldığı görülmektedir (38).

Cerrahi girişimler her ne kadar yaşamın sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesini amaçlıyorsa da, yeni sorunlar da oluşturabilmektedir. Bireylerde yaşam tarzı değişikliklerine neden olabilen ve yaşam kalitesini etkileyen girişimlerden biri de bağırsak stoması açılmasıdır. Stoma açılması bireyin tüm yaşantısını derinden etkileyerek o güne kadar alıştığı ve sürdürdüğünden farklı bir yaşam biçimine uyum sağlamasını gerektirmektedir. Çünkü sağlıklı bireyde boşaltım istemli olarak kontrol edilebilen bağımsızca gerçekleştirilebilen fizyolojik bir durum iken, stoma boşaltım biçimini değiştirerek bireyi bağımsız durumdan bağımlı duruma getirmekte, beden bütünlüğünü bozmakta birçok fiziksel ve psikososyal sorunu da beraberinde getirebilmektedir (7, 16, 17, 32, 44, 87-89).

Dış görünüşünden memnun olan birey genellikle özgüveni yerinde bir bireydir ve işinde, sosyal ve cinsel yaşamında daha başarılı bir kişilik sergilemektedir. Birey dış görünümünden memnun olmadığı zaman ise fiziksel, sosyal ve ruhsal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Kolorektal cerrahi sonrasında açılan stoma, cerrahi nedeni ile oluşan şekil ve fonksiyonel bozukluk, kişinin beden algısında önemli rol oynayarak yaşam kalitesini etkilemektedir (45, 90). Literatürde (45), fiziksel görünümünün ve doku bütünlüğünün hastalık/travma nedeniyle değişmesinin beden algısını ve benlik saygısını negatif yönde etkilediği, bu nedenle de bireyde ruhsal sorunların ortaya çıkabildiği belirtilmektedir. Bu nedenle fiziksel görünümdeki değişiklikler ya da fonksiyon kaybına bağlı bireyde oluşan şekil bozuklukları olumsuz duygulara ve sosyal kısıtlamalara neden olmaktadır (45).

Stoma ameliyatı nedeniyle bireyler fizyolojik olarak; boşaltım alışkanlığında değişme, boşaltım kontrolünün kaybı, istemsiz gaz çıkışı ve koku gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Fiziksel görünümdeki değişiklik ve fizyolojik sorunlar; bireyin beden

imajı algısını olumsuz yönde etkilemekte, kendini diğerlerinden farklı görmesine, kendinden utanmasına, aile ve arkadaşları tarafından reddedilme korkusu hissetmesine ve sosyal aktivitelerini sınırlamasına neden olabilmektedir (82). Stomalı bireyler, hastalık, tedavi süreci ve beden görünümündeki değişimin toplumsal yaşamda güçlükler getireceği düşüncesi gibi nedenlerle kendilerini sosyal ilişkilerde ve aktivitelerde kısıtlama eğilimindedirler (7, 22). Stomalı bireylerde, ameliyattan sonra işi bırakma veya iş değiştirme, yakın arkadaş ve akrabalar ile daha az görüşme, evlilik problemlerinde artma, sosyal aktivitelerinde azalma ve sosyal izolasyon sık vurgulanan sorunlar arasındadır (87, 91, 92).

Stoma gibi insan yaşamını çok yönlü etkileyen uygulamalardan sonra yaşam kalitesi etkilenmektedir. Stoma cerrahisi ve yaşam kalitesine etkisi cerrahi hemşireliğinde gerek beden imajını ve sosyal yaşamı etkilemesi, gerekse hastanın özbakım gereksinimleri çerçevesinde değerlendirilmesi gerektiğinden, önemsenmesi gereken alanlardan birisidir (16, 20, 88, 89, 93).

Stomalı bireylerin yaşadıkları sorunlar ve ortaya çıkan komplikasyonların stoma fonksiyonlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (94). Goozsen ve arkadaşlarının (2000) yapmış oldukları çalışmada sızıntı, peristomal deri iritasyonu, retraksiyon ve prolapsus gibi komplikasyonların stomalı hastaların yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur (42). Pittman ve arkadaşlarının (2008) yapmış oldukları çalışmada özellikle deri iritasyonları ve sızıntının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen komplikasyonlar olduğu bulunmuştur (28). Stoma açılan hastalar sadece hastalıklarını kabullenmek zorunda kalmamakta, aynı zamanda hayatlarını da stomaya göre düzenlemek zorunda kalmaktadırlar (20, 44).

Stoma bakımını kendi yapabilen bireylerin stomaya ve stomalı yaşama uyumları daha kolay olmakta ve yaşam kaliteleri yükselmektedir (7).

2.9. Günlük Yaşam Aktiviteleri

Günlük yaşam aktiviteleri genel olarak temel günlük yaşam aktiviteleri (TGYA) ve yardımcı (enstrumantal) günlük yaşam aktiviteleri (EGYA) olarak değerlendirilmektedir. Temel günlük yaşam aktiviteleri bireyin her gün yerine getirmesi gereken kendine bakım davranışlarını, yardımcı günlük yaşam aktiviteleri

ise bireyin toplumda bağımsız yaşaması için gereken etkinlikleri içermektedir. Günlük yaşam aktiviteleri; bireyin günlük yaşamda banyo, giyinme, tuvalet ihtiyacı, hareket ve beslenme kişinin kendi başına normal olarak getirebildiği fonksiyonlar olarak tanımlanmaktadır (95).

Birey tüm yaşamı boyunca çeşitli bağımlılık ve bağımsızlık seviyelerinde bulunur. Özellikle kronik hastalıklarda bağımsızlık durumu, bağımlılığa doğru değişmektedir. Bireyin günlük yaşam aktiviteleri azalmakta, birey başkasına bağımlı hale geldiğinde, günlük gereksinimleri aile, arkadaş veya komşular tarafından kısmen karşılanarak sağlanmaktadır (92).

Günlük yaşam aktivite puanı düşük olan stomalı hastalar, kendi stoma bakımını yapamayacaklar ve stoma bakımı konusunda başkasından destek alacaklardır (92). Bu durum hastaların başkalarına bağımlı olmasına neden olacağı için, yaşam kalitesini etkileyecektir.

2.10. Stomalı Bireyin Eğitimi

Stoma bakımının amacı; stomalı hastalar için kaliteli bir hayat sağlamaktır. Stomalı bir hastanın yeni yaşam biçimine uyumu, beden imajındaki değişikliği kabullenebilmesi ve sonraki yaşamını olabildiğince bağımsız sürdürebilmesi hemşirelik bakımı ve aldığı eğitim ve öğrendiklerini uygulayabilmeleri ile yakından ilgilidir (62). Birey ve ailesinin taburculuk eğitiminden sağlık ekibinin bütün üyeleri sorumlu olmakla birlikte, taburculuk planlaması hemşirenin sorumluluğundadır. Taburculuk eğitiminde bireyin öğrenmeye hazır oluşu önemlidir (64). Connor (2003), taburculuk planının hasta hastaneye kabul edilir edilmez başlaması gerektiğini belirtmektedir (65). Taburculuk eğitimi için uzun zaman ayrılmalı, birey iyice öğrenene kadar tekrarlanmalıdır. Hasta kendi bakımını yapmayı öğrenmeden ve en az iki kez bakımını yapmadan taburcu edilmemelidir (66). Hemşirenin stomalı bireyde yapacağı taburculuk planlaması, dengeli beslenme, stomanın günlük takibi, stoma bakımı, stomanın ölçülmesi, stoma torbasının seçimi, stomaya uygun kesilmesi, bakımı ve değiştirilmesi, peristomal alanın bakımı, stoma bakım ürünlerinin uygulanması, gaz ve koku oluşumunun önlenmesi, dışkı sızıntısı ve deri tahrişi gibi görülmeleri muhtemel problemler ve çözümleri, stomaya ilişkin görülebilecek komplikasyonlar ve önlenmesine yönelik uygulamalar, sosyal izolasyona neden olan

sorunlar ve önlenmesine yönelik uygulamalar, psikolojik sorunların nedenleri ve önlenmesine yönelik uygulamalar ve düzenli kontrolünü kapsamalıdır. Hemşire, bireye hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği konusunda eğitim vermelidir. Birey taburcu olurken, ihtiyaç duyacağı her tür bilgiyi içeren bir rehber hastaya verilmelidir. Bu rehberde bireyin kullandığı torba sistemi, ürün pazarlayan firmaların listesi, referans telefon numaraları ve taburculuk direktifleri adım adım yazılı olmalıdır (3, 67, 68).

Stoma bakımı konusunda uzman kişilerden eğitim alan hastaların ameliyat sonrası hastanede daha kısa kaldığı ve stomaya daha kolay uyum sağladığı belirtmiştir. Stomalı bireye eğitim planlanırken yetişkin eğitimi prensipleri uygulanır. Eğitim tamamlandıktan sonra, eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi için hastaya sorular sorulmalı ve uzun süreli değerlendirme için de; hastanın bakımını nasıl yaptığı takip edilerek eksiklikleri giderilmelidir (33, 69, 70).

BÖLÜM III

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Tipi

Araştırma ameliyat öncesi stoma yeri işaretlemenin erken dönem stoma komplikasyonlarına ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla planlanmış randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

3. 2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 9 Haziran 2013- 15 Ağustos 2014 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda yürütülmüştür.

3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 9 Haziran 2013- 15 Ağustos 2014 tarihleri arasında; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda planlı kolorektal cerrahi ameliyatı sonrası stoma açılan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme ise; araştırmanın sınırlılıklarına uyan ve randomize kontrollü örneklem seçim yöntemi ile belirlenen 30'u deney (stoma yeri işaretleme yapılan grup), 30'u kontrol grubunda yer alan hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın sınırlılıkları;

- Planlı kolorektal cerrahi ameliyatı sonrası stoma açılan hastalar
- Türkçe anlayabilen ve iletişim kurabilen
- Çalışmaya katılma konusunda gönüllü olma ve kendilerinden bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınan
- 18 yaşından büyük olan
- Tanılanmış herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan
- Görme ve işitme sorunu olmayan
- Okuma yazma bilen
- Haftada en az bir kez telefonla iletişime geçmeye istekli olan
- 6 ay izlem sürecini kabul eden hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

Çalışma gruplarının oluşturulmasında basit randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından 9 Haziran 2013-15 Şubat 2014 tarihleri arasında her gün saat 15:30'da proktoloji polikliniği telefonla aranmıştır. Ertesi günün ameliyat listesinde planlı kolorektal cerrahi ameliyatı olacak ve stoma açılması planlanan hastalar izleme alınmıştır. Hastaların deney ya da kontrol grubunda yer alma durumunun belirlenmesi için deney ve kontrol grubu yazan iki kapalı zarf hazırlanmış servis hemşiresine kura yöntemi ile seçim yaptırılmıştır. Kura sonucu çıkan hasta deney ya da kontrol grubuna dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan hastalar hangi grupta olduğunu bilmemektedir.

Basit randomize bir düzende oluşturulan deney ve kontrol grupları aşağıdaki şemadaki gibidir:



Deney ve kontrol gruplarını oluşturacak örnekleme belirlemek amacıyla; her gruptan 10'ar kişilik toplamda 20 hasta ile önce pilot çalışma yapılmıştır (96). Pilot çalışmadan elde edilen bulgular eşliğinde I. Tip hata miktarı 0.05 testin gücü %80 iken gruplar arasında anlamlı fark bulabilmemiz için her iki grupta gerekli olan minimum örnek genişliği 30 olarak belirlenmiştir.

3. 4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Ameliyat öncesi stoma yeri işaretlemenin erken dönem stoma komplikasyonlarına ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yürütülen araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri şunlardır:

Bağımlı Değişkenler: Yaşam kalitesi ve stoma komplikasyonları

Bağımsız Değişkenler: Stoma yeri işaretleme, hastaya ait sosyodemografik veriler (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, sigara, alkol kullanma durumu, stoma tipi/türü, kronik hastalık, VKİ, daha önce ameliyat olma durumu) bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir.

3. 5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Deney grubunda yer alan hastalar ile ameliyattan 1 gün önce tanışılmış, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek I), Hasta Tanıtım Formu, Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından hastaya stoma yeri işaretlenmesinin önemi hakkında bilgi verilmiştir. Stoma yeri işaretlenmeden önce işlem için gerekli olan işaretleme diski, stoma bölgesinin işaretlenmesinde kullanılacak etiket, cerrahi alan işaretleme kalem (XodusMedicalCorrect Site Marker Recorder Number 10402), şeffaf koruyucu bant (3M™ Tegaderm™ Transparent film dressing), bireyin üzerini kapatmak için örtü hazırlanmıştır. Tüm malzemeler kolay ulaşılabilecek alana yerleştirilmiştir. Hastanın mahremiyetini korumak için odanın kapısı kapatılmış, işleme başlanmadan önce eller yıkanmıştır. Hastanın kıyafetleri gevşetilerek sırtüstü yatar pozisyon verilmiş ve karın bölgesi açılarak hastanın üzerine örtülmüştür. Stoma anatomik olarak rektus kasının içinde, genellikle sağ ya da sol alt abdominal kadranda, kostal hattın, insizyon hattından kemik çıkıntısından kemer çizgisinden ve skar dokusundan uzak hastanın görebileceği ve kolayca ulaşabileceği yerde açılmalıdır. İleostomide sağ alt abdominal kadranda, transver yatay kolostomide üst orta kadranda, desenden ve sigmoid kolostomide sol alt kadranda kullanılmaktadır. Stoma bölgesini işaretlemek için hastanın rektus kası belirlenmiştir. Rektus kası 3 farklı yöntemle belirlenmektedir. Bu yöntemlerden biri; hastanın ellerinden destek almadan başını kaldırarak karnına doğru bakması sağlanırken, her iki elle kasılmış olan rektus kasının sınırları belirlenir. İkinci yöntem; hastanın bacaklarını sırayla yukarı kaldırması istenir ve rektus kasının sınırları belirlenir. Üçüncü yöntem hastanın başını yan tarafa çevirerek öksürmesi sağlanarak rektus kasının sınırları belirlenir. Stoma bölgesi umblikus ile krista iliaka anterior

arasına çizilen hayali çizginin tam orta noktası olarak belirlenmiştir. Belirlenen stoma bölgesinin üzerine geçici olarak etiket yerleştirilmiştir. Hastaya uygun olan işaretleme diski, etiketin üzerine konularak stomanın umblikusa ve insizyon hattına uzaklığı değerlendirilmiştir. Hastanın oturması sağlanmış, oturur pozisyondayken stomanın uygun bölgede ve bireyin görme alanı içinde olup olmadığı değerlendirilmiştir. Hasta oturur pozisyondayken stoma bölgesinin kıvrım bölgesinde ya da bireyin göremeyeceği bir yerde olduğu belirlenmiş ise etiketin yeri değiştirilmiş uygun yere yerleştirilmiştir. Daha sonra hasta ayağa kaldırılarak stomanın uygun bölgede ve hastanın görme alanı içinde olup olmadığı değerlendirilmiştir. Hastanın hafif öne doğru eğilerek yürümesi sağlanarak stoma bölgesi cilt kıvrımları yönünden değerlendirilmiştir. Stoma bölgesinin kıvrım bölgesinde ya da bireyin göremeyeceği bir yerde olduğu belirlenmiş ise etiketin yeri değiştirilmiştir. Hastanın tekrar sırtüstü pozisyonda yatması sağlanmıştır. Belirlenen stoma bölgesi etiketin üzerinden işaretleme kalemi ile daire içine alınmış, etiket kaldırılmış ve dairenin içine çarpaz işareti konularak işaretleme işlemi sonlandırılmıştır. Hastaya işaretlenen bölgenin silinmemesi konusunda bilgi verilmiş ve işaretlenen bölgenin üzerine şeffaf bir bant yapıştırılmıştır. Hastaya rahat pozisyon verilip, işlemi kaydedilmiştir. Hastalara klinikte verilen rutin eğitimin yanı sıra ameliyat öncesi dönemde stoma bakımına yönelik eğitim kitapçığı yazılı materyal olarak verilmiştir (Ek VII). Ameliyat sonrası 3. günde Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği tarafından hazırlanmış olan eğitim DVD'si (Digital Versatile Disc: Çok Amaçlı Sayısal Disk) izletilmiştir (97, 98). Hastanın stoması ileostomi ise çift parçalı sistem ileostomi torba değiştirilmesi ile ilgili 15 dakika süren eğitim DVD' si, kolostomi ise çift parçalı sistem kolostomi torbasının değiştirilmesi ile ilgili 12 dakika süren süren eğitim DVD' si (Ek VIII) izletilmiştir. Eğitim DVD' si izletilmesi sonrasında 05-DPT-003/40 proje desteği ile alınmış olan Ostomi Bakım Modeli (Ostomy Care Model ürün kodu: SB23501U) (Resim 1) 33x46 cm lik maket ile hastanın stoma bakımını maket üzerinde uygulaması sağlanmıştır. Hastalar hastaneden taburcu olmadan önce stoma bakımını araştırmacı ve stomaterapi hemşiresinin gözetiminde kendisine bir kez yapması sağlanmıştır.

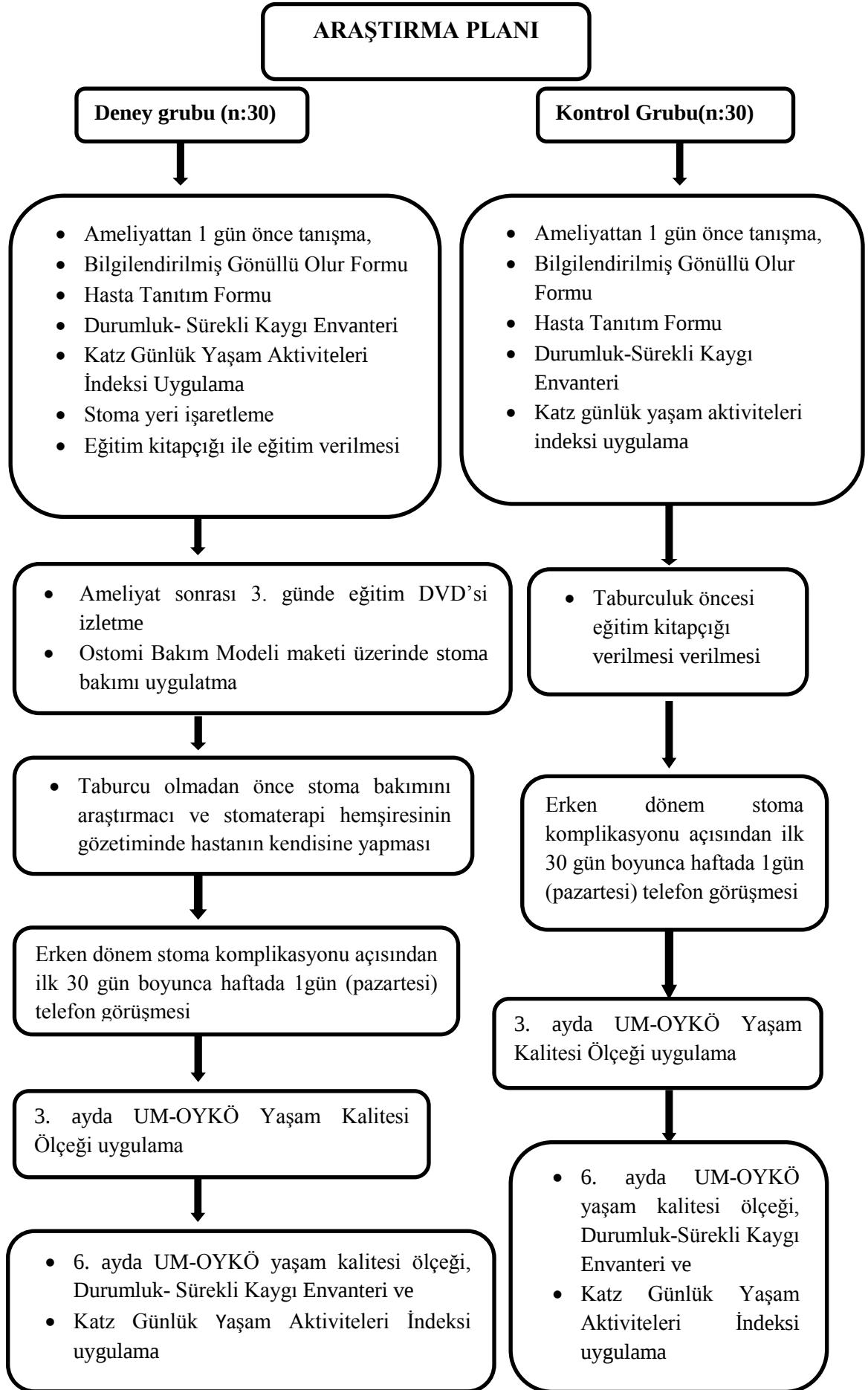


Resim 1:Ostomi Bakım Maketi

Deney grubundaki hastalara ameliyat sonrası 3. ayda UM-OYKÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği, 6. ayda UM-OYKÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği, Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi uygulanmıştır. Ameliyat sonrası bir hafta hastanede yatarak takip edilen hastaların ameliyat sonrası erken dönem stoma komplikasyonu açısından ilk değerlendirmeleri klinikte yapılmıştır. Hasta erken dönem stoma komplikasyonu açısından ilk 30 gün boyunca haftada 1gün (pazartesi) telefonla aranarak değerlendirilmiştir. Komplikasyon oluştuğunda hasta hastaneye çağırılmış ve stomaterapi ünitesinde değerlendirilmiştir.

Kontrol grubunda yer alan hastalar ile ameliyattan 1 gün önce tanışılmış bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek I), Hasta Tanıtım Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi uygulanmıştır. Bu grupta yer alan hastalara klinikte verilen rutin hasta bakımı uygulanmıştır. Etik yönden uygun olması açısından kontrol grubundaki hastalara da hasta eğitim kitapçığı verilmiştir (Ek VII).

Kontrol grubundaki hastalara ameliyat sonrası 3. ayda UM-OYKÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği, 6. Ayda UM-OYKÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği, Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi uygulanmıştır. Ameliyat sonrası bir hafta hastanede yatarak takip edilen hastaların ameliyat sonrası erken dönem stoma komplikasyonu açısından ilk değerlendirmeleri klinikte yapılmıştır. Hasta erken dönem stoma komplikasyonu açısından ilk 30 gün boyunca haftada 1gün her pazartesi telefonla aranarak değerlendirilmiştir. Komplikasyon oluştuğunda hasta hastaneye çağırılmış ve stomaterapi ünitesinde değerlendirilmiştir.



3. 6. Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırma verilerinin toplanmasında;

- Hasta Tanıtım Formu (Ek II)
- Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri (Ek III)
- Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği (City of Hope Quality of Life-Ostomy COHQOL-O) (Ek IV)
- Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (Ek V)
- Komplikasyon Değerlendirme Formu (Ek VI)
- Hasta Eğitim Kitapçığı (Ek VII)
- Video Eğitim DVD (Ek VIII)

3. 6. 1.Hasta Tanıtım Formu

Hasta tanıtım formu bireyin sosyo-demografik özelliklerini, geçmişteki ve mevcut sağlık durumuna ilişkin risk faktörlerini tanılamaya yönelik olup, literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Ek II). Bu formda hastanın; cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, medeni durumu, çalışma durumu gibi özelliklerini belirlemeye yönelik 18 soru bulunmaktadır. Formda hastaların boyu, kilosu ve Vücut Kitle İndeksi (VKİ) bilgileri de yer almaktadır (17, 18, 23, 26, 34, 38, 42).

3. 6. 2. Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri

Araştırmada hastaların durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilen, Öner ve Le Compte (1983) tarafından dilimize uyarlanan Türk toplumunda güvenilirliği ve geçerliliği test edilmiş Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır. Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Yirmi soru hastanın durumluk kaygı, diğer yirmi soruda sürekli anksiyete düzeyini ölçmektedir. Cronbach Alpha korelasyonları ile saptanan güvenilirlik katsayısı 83 ile 87 arasındadır. “Durumluk Kaygı Envanteri”, kişinin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini gösteren, güvenilirlik katsayısı 94 ile 96 arasında değişen bir ölçektir. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinde “doğrudan (ters)” ve “tersine çevrilmiş” ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık değerinde olanlar 1’e dönüştürülür. Olumsuz duyguları

dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek anksiyeteyi gösterir. Durumluk Kaygı Envanteri'nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), Sürekli Kaygı Envanteri'nde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer Durumluk Kaygı Envanteri için 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35'dir. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterindeki sınır değerlere göre hastanın kaygı durumu 0–19 arası puanda kaygı yok, 20–39 puanda kaygı hafif, 40–59 puanda kaygı orta, 60–79 puanda kaygı ağır, 80 ve üzeri için panik, şiddetli kriz olarak yorumlanmıştır (Ek III) (99).

3. 6. 3. Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği (UM-OYKÖ) (City of Hope Quality of Life- Ostomy COHQOL-O)

Kanserli hastalarda yaşam kalitesi adı altında ilk olarak 1995 yılında yaşam kalitesini yükseltmek için 41 maddeli olarak geliştirilmiştir. Grant ve arkadaşları tarafından 2003 yılında ostomili bireyler için düzenlenerek 43 maddeli olarak oluşturulmuştur. Ölçeğin madde sayısının fazla olması, ileostomi, kolostomi ve ürostomiye kapsamı ve Avrupa'da birçok araştırmada geniş örneklemelerde kullanılması bu ölçeğin tercih edilmesini sağlamıştır. Ayrıca ostomili bireylerin yaşam kalitesini dört boyutta değerlendirmesi (fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi) bütüncül bakımın verilmesine katkı sağlamaktadır. Grant ve arkadaşları tarafından 2003 yılında ostomili bireyler için yeniden düzenlenerek 43 maddeli olarak oluşturulmuştur, kanser ya da kanser olmayan ostomili hastalarda yaşam kalitesini çok boyutlu ölçen, iç tutarlılığı .95 olan, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu kanıtlanmıştır.

Ostomili bireyler için yeniden düzenlendikten sonra bu ölçekte yaşam kalitesi maddeleri fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi olmak üzere dört alt boyutta gruplandırılmıştır. Buna göre ölçekteki maddelerin boyutları şöyle tanımlanmaktadır.

- Fiziksel iyilik hali 1- 11 maddelerde
- Psikolojik iyilik hali 12- 24 maddelerde
- Sosyal kaygı 25- 36 maddelerde

- Manevi iyilik hali 37- 43 maddelerde ölçülmektedir.

Puanlanmasında 1. maddeden 12. maddeye kadar; 15, 18, 19, 22- 30, 32- 34, 37 maddelerin puanları ters çevrilerek yorumlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı hesaplanırken tüm maddelerden alınan puanlar toplanıp, ölçekteki madde sayısına bölünerek hesaplanmaktadır. Ölçek alt boyutlarının puanlaması; alt boyuttaki maddelerin aldığı puanın madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Erol ve Vural tarafından yapılmıştır (44). Erol ve Vural 153 deneklik bir örneklem üzerinde geçerlik/güvenirlik çalışmalarını yapmış ve Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. Ölçek, likert tipi 0-10 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçeği kullanmak için mail yolu ile yazılı izin alınmıştır (Ek IV).

3. 6. 4. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) indeksi, Katz ve ark tarafından temel günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek amacıyla 1963 yılında geliştirilmiştir. Bu indeks banyo yapabilme, giyinme, tuvalet ihtiyacı, hareket durumu, boşaltım ve beslenme olmak üzere 6 başlıktan oluşmaktadır. GYA her bir başlık altında 'bağımlı, kısmen bağımlı, bağımsız olarak cevap şıkları bulunmaktadır. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, kısmen yardım alıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. GYA indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan kısmen bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (95) (Ek V).

3. 6. 5. Komplikasyon Değerlendirme Formu

Komplikasyon değerlendirme formu; peristomal alan ve stomaya ilişkin komplikasyonları belirlemek amacıyla literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (25, 84, 85) (Ek VI). Değerlendirme formu için hastalar haftada 1gün her pazartesi aranmış, elde edilen veriler 30 gün olarak değerlendirilmiştir.

Sızıntı değerlendirmesi; hastaya son 30 günde adaptör altından sızıntı olup, olmadığı soruldu. Eğer oldu ise ne sıklıkta olduğu değerlendirildi. Sızıntı yok ise; 1, son 1 bir ayda yaklaşık 1-2 kez oldu ise; 2, her hafta yaklaşık 1-2 kez oldu ise; 3, her gün yaklaşık 1-2 kez oldu ise; 4 olarak değerlendirildi. Peristomal iritan dermatit

değerlendirmesi; iritasyon yok:1, %25 kızarıklık var cilt sağlam:2, %50'den az peristomada cilt kaybıyla birlikte kızarıklık:3, peristomal alanda ciddi, %50'den fazla cilt kaybı: 4 olarak değerlendirildi. Ağrı değerlendirme; hastaya stoma ve peristomal ağrısı VAS (Visual Analog Skala) ile sayısal olarak ifade etmesi sağlandı. Stoma ağrısı yok; 1, stoma ağrısı (VAS:1-2-3); 2 stoma ağrısı (VAS 4-5-6-7); 3, stoma ağrısı (VAS: 8-9-10); 4 olarak değerlendirildi. Kanama değerlendirme; hastaya son 30 gün içinde stoma ya da çevresinde kanama olup olmadığı soruldu. Stoma veya peristomal alanda kanama yok: 1, stoma ve peristomal alanda kanama yüzeysel ve kolayca duruyor: 2, stoma ve peristomal alanda kanama orta derece (10 dakika bastırma ile duruyor ise): 3, stoma ve peristomal alanda kanama tıbbi tedavi gerektiriyor: 4 olarak değerlendirildi. Stoma nekrozu değerlendirme; stoma nekrozu yok: 1, koyu renkli stoma: 2, stomada %50 den fazla siyahlık var: 3, stoma kuru ve tamamı siyah renk: 4 olarak değerlendirildi. Stomal stenozu değerlendirme; stomal stenoz yok:1, ağrılı olmayan, rahatsızlık veren ve normal gaita çıkışı olan: 2, şerit gibi gaita çıkışı olan, ara sıra karın ağrısı yapan: 3, karın ağrısı ve distansiyonu ile ve 6 saat veya daha uzun süredir gaita çıkışı olmayan: 4 olarak değerlendirildi. Retraksiyon değerlendirme; stoma cilt yüzeyinden yukarıda: 1, stoma cilt ile aynı düzeyde: 2, stoma cilt seviyesinin altında: 3, stoma cilt seviyesinin 2 cm altında: 4 olarak değerlendirildi. Mukokütanöz ayrılma değerlendirme; mukokütanöz ayrılma yok: 1, % 25-49 ayrılma: 2, %50-74 ayrılma: 3, %75-100 ayrılma:4 olarak değerlendirildi. Hiperplazi değerlendirme; hiperplazi yok: 1, %25-%49: 2, %50-74: 3, %75-100: 4 olarak değerlendirildi.

3. 6. 6. Hasta Eğitim Kitapçığı

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen hasta eğitim kitapçığında sindirim sistemi anatomisi, stoma tipleri, stomanın özellikleri, stoma bakım ürünleri, stoma bakımının aşama aşama nasıl yapılacağı ve stoma ile günlük yaşamla ilgili bilgiler yer almaktadır (Ek VII). Hazırlanan eğitim kitapçığı için uzman görüşü alınmıştır (2, 3, 6, 37, 51, 55, 56, 100, 101).

3. 6. 7. Video Destekli Eğitim

Araştırmanın planlama aşamasında BİTAM desteği ile video hazırlanması planlanmıştır. Video hazırlanması maliyet etkin olmadığından Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği tarafından hazırlanmış olan eğitim videoları

araştırmanın amacına uygun olduğu için kullanılmasına karar verilmiştir. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği tarafından hazırlanmış olan Eğitim DVD'sinin içerisinde; sindirim sistemi anatomisi, stoma açılma nedenleri, stoma ürünleri, stoma bakımı ve torba değişimi yer almaktadır. Çift parçalı sistem ileostomi torba değiştirilmesi ile ilgili eğitim DVD' si 15 dakika (98), çift parçalı sistem kolostomi torbasının değiştirilmesi ile ilgili eğitim DVD' si (Ek VIII) 12 dakika sürmektedir (97). DVD'lerin kullanımı için Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği'nden yazılı izin alınmıştır (Ek VIII).

3. 7. Araştırma Verilerinin ve Bulguların Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Araştırmadan elde edilecek verilerin analizi SPSS 20.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Deney ve kontrol grubu arasında demografik değişkenler ve diğer niteliksel ve niceliksel verilerin karşılaştırılmasında tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Minimum, Maksimum), normallik testleri sonucunda iki grupta karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, 3 ve daha fazla grupta karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis H testi, zamana göre değişimleri değerlendirmek için ise bağımlı grupta Wilcoxon Sign testi, ölçme düzeyine göre değişkenler arasındaki ilişkilere pearson korelasyon ve ki-kare testleri kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup $p < 0,05$ olması durumunda gruplar arası anlamlı farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

3. 8. Süre ve Olanaklar

Araştırma, Aralık 2011- Ekim 2012 tarihleri arasında oluşturulmuş, 26 Aralık 2012 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Tez önerisi sunulmadan önce araştırmacı 08-14 Ekim 2012 tarihleri arasında Ankara'da düzenlenen IX. Temel Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği Kursu'na katılmıştır (Ek XV). Araştırmacı, doktora tez çalışması ile ilgili olarak 18 Mart-19 Nisan tarihleri arasında Amerika Birleşik Devletleri'nin Ohio eyaletinin Cleveland şehrinde Cleveland Clinic (The Digestive Disease Institute, Department of Colorectal Surgery) gözlem amaçlı gitmiştir (XVI). Araştırmacı ayrıca; XIV. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi, 15-19 Mayıs 2013, Antalya (XVII) ve 12. European Council of Enterostomal Therapy Congress'' 23-26 June, 2013 Paris-Fransa'da düzenlenmiş olan kongrelere bildiri ile katılmıştır (XVIII).

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli birimlerden izin alındıktan sonra veri toplanmasına 9 Haziran 2013 tarihinde başlanmıştır. Araştırma süresi içindeki gelişmeler 6 ayda bir olmak üzere iki kez tez izleme komitesi tarafından değerlendirilmiştir.

Bu araştırma, Ege Üniversitesi Devlet Planlama Teşkilatı tarafından proje olarak desteklenmiştir (Ek IX).

3. 9. Etik Açıklamalar

Araştırmanın tez konusu olarak Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Ek X) tarafından kabul edilmesi sonrası, araştırmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek XI), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'nden (Ek XII), Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği'nden eğitim DVD' lerini kullanmak için gerekli izinler alınmıştır (Ek XIII). Araştırmada veri toplama formunda kullanılan Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin UM-OYKÖ (City of Hope Quality of Life- Ostomy COHQOL-O) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğini yapan Erol ve Vural' dan (2012) ölçeği kullanmak için mail yoluyla izin alınmıştır (Ek XIV). Araştırma kapsamına alınan hastalardan çalışmanın amacı araştırmacı tarafından açıklanıp katılımları için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu kullanılarak (Ek I) izin alınmıştır.

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde ameliyat öncesi stoma yeri işaretlemenin erken dönem stoma komplikasyonlarına ve yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bulgular yer almaktadır.

4.1. Tanıtıcı Özellikler ile İlgili Bulgular

Tablo 2. Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

		Grup						İstatistiksel	
		Deney		Kontrol		Toplam		Analiz	
		n	%	n	%	n	%	Ki-kare	p
Yaş	20-40 yaş	6	20.00	4	13.33	10	16.67	1.333 ^a	0.513
	40-60 yaş	16	53.33	14	46.67	30	50.00		
	60 ve üzeri	8	26.67	12	40.00	20	33.33		
Cinsiyet	Kadın	13	43.33	13	43.33	26	43.33	0.000 ^a	1.000
	Erkek	17	56.67	17	56.67	34	56.67		
Medeni durum	Evli	23	76.67	24	80.00	47	78.33	0.000 ^a	1.000
	Bekar	7	23.33	6	20.00	13	21.67		
Öğrenim durumu	İlköğretim	14	46.67	15	50.00	29	48.33	-	-
	Ortaöğretim	4	13.33	3	10.00	7	11.67		
	Lise	3	10.00	3	10.00	6	10.00		
	Yüksekokul/Fakülte	9	30.00	9	30.00	18	30.00		
Çalışma durumu	Çalışıyor	5	16.67	5	16.67	10	16.67	0.000 ^a	1.000
	Çalışmıyor	25	83.33	25	83.33	50	83.33		
Meslek	Memur	4	13.33	0	0.00	4	6.67	-	-
	İşçi	0	0.00	1	3.33	1	1.67		
	Emekli	15	50.00	14	46.67	29	48.33		
	Ev hanımı	8	26.67	10	33.33	18	30.00		
	Diğer	3	10.00	5	16.67	8	13.33		
Kiminle yaşıyor	Eşi	12	40.00	11	36.67	23	38.33	-	-
	Eş ve çocukları	9	30.00	11	36.67	20	33.33		
	Çocukları	2	6.67	5	16.67	7	11.67		
	Yalnız	2	6.67	2	6.67	4	6.67		
	Anne baba kardeş	3	10.00	1	3.33	4	6.67		
	Kardeş	2	6.67	0	0.00	2	3.33		
Nerede yaşıyorsunuz	Köy	2	6.67	1	3.33	3	5.00	-	-
	İlçe	25	83.33	17	56.67	42	70.00		
	Şehir	3	10.00	12	40.00	15	25.00		
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	25	83.33	27	90.00	52	86.67	Fisher Exact	0.706
	Hayır	5	16.67	3	10.00	8	13.33		
	Var	30	100.00	30	100.00	60	100.00		
Sağlık güvencesi	Yok	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-	-

^aKi-kare Testi

Deney grubundaki hastaların yaş ortalaması 53.5 ± 12.83 yıldır. Hastaların %20'si 20-40 yaş, %53.33'ü 40-60 yaş, %26.67'si 60 yaş üzeri iken; kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 58.00 ± 14.22 yıldır. Hastaların %13.3'ü 20-40 yaş, %46.67'si 40-60 yaş, %40'ı 60 yaş üzeri olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu arasında yaş grubu açısından istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2=1.333$, $p>0.05$) fark olmadığı tespit edilmiştir. Gruplar arasında cinsiyet dağılımlarına bakıldığında hastaların %56.67'sinin erkek olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Deney grubundaki hastaların %76.67'sinin evli, %23.33'ünün bekar olduğu; kontrol grubundaki hastaların %80'inin evli, %20'sinin bekar olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Deney ve kontrol grubundaki hastaların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.000$, $p>0.005$).

Deney grubundaki hastaların %46.67'sinin ilköğretim, %13.33'ünün ortaöğretim, %10'unun lise, %30'unun yüksekokul /fakülte mezunu olduğu; kontrol grubundaki hastaların ise %50'sinin ilköğretim, %10'unun ortaöğretim, %10'unun lise, %30'unun yüksekokul/fakülte mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Deney grubundaki hastaların %16.67'sinin çalıştığı, %83.33'ünün çalışmadığı; kontrol grubundaki hastaların %16.67'sinin çalıştığı, %83.33'ünün çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 2). Deney ve kontrol grubundaki hastaların çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($\chi^2=0.000$, $p>0.005$).

Deney grubundaki hastaların %13.33'ünün memur, %50'sinin emekli, %26.67'sinin ev hanımı, %10'unun diğer meslek grubuna ait olduğu; kontrol grubundaki hastaların %3.33'ünün işçi, %46.67'sinin emekli, %33.33'ünün ev hanımı, %16.67'sinin ise diğer meslek grubuna ait olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Deney grubundaki hastaların %40'ının eşi ile, %30'unun eş ve çocukları ile, %6.7'sinin çocukları, %6.67'sinin yalnız, %10'unun anne-baba ve kardeşi ile, %6.67'sinin kardeşi ile; kontrol grubundaki hastaların da %36.67'sinin eşi, %36.67'sinin eş ve çocukları ile, %16.67'sinin çocukları, %6.67'sinin yalnız, %3.33'ünün de anne-baba ve kardeşi ile yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 2).

Deney grubunu oluşturan hastaların %6.67'sinin köyde, %83.33'ünün ilçede, %10'unun şehirde yaşadığı saptanırken; kontrol grubundaki hastaların %3.33'ünün köyde, %56.67'sinin ilçede, %40'ının ise şehirde yaşadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Deney grubundaki hastaların %83.33'ünün çocuk sahibi olduğu, %16.67'sinin çocuk sahibi olmadığı; kontrol grubundaki hastaların % 90'ının çocuk sahibi olduğu, %10'unun ise çocuk sahibi olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 2). Deney ve kontrol grubundaki hastaların çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher'sExact $p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların tamamının sağlık güvencesine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Grupların homojenliğini incelemek amacı ile yapılan ki-kare analizi sonucunda deney ve kontrol grubu hastaları arasında tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Alkol ve Sigara Kullanmalarına Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler		Grup							p
		Deney		Kontrol		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Alkol Alışkanlığı	Evet	2	6.67	3	10.00	5	8.33	Fisher's	1.000
	Hayır	28	93.33	27	90.00	55	91.67	Exact	
Sigara kullanma durumu	Evet	4	13.33	2	6.67	6	10.00	Fisher's	0.671
	Hayır	26	86.67	28	93.33	54	90.00	Exact	

Tablo 3'deki dağılımlar incelendiğinde deney grubundaki hastaların %6.67'sinin alkol kullandığı, %93.33'ünün alkol kullanmadığı; kontrol grubundaki hastaların %10'unun alkol kullandığı, %90'unun ise alkol kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 3). Deney ve kontrol grubundaki hastaların alkol kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Fisher'sExact $p>0.05$).

Deney grubundaki hastaların %13.33'ünün sigara kullandığı, %86.67'sinin sigara kullanmadığı; kontrol grubundaki hastaların %6.67'sinin sigara kullandığı, %93.33'ünün de sigara kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 3). Deney ve kontrol

grubundaki hastaların sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher'sExact $p>0.05$).

Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sağlık Öyküsüne Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler		Grup					
		Deney		Kontrol		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Kronik Hastalık	Var	28	93.33	24	80.00	52	86.67
	Yok	2	6.67	6	20.00	8	13.33
	Toplam	30	100.00	30	100.00	60	100.00
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	19	63.33	15	50.00	34	56.67
	Hayır	11	36.67	15	50.00	26	43.33
	Toplam	30	100.00	30	100.00	60	100.00
İstatistiksel Anlamlılık		$\chi^2=0.611$ $p=0.434$					
Stoma açılmasının altta yatan nedeni	Rektum Kanseri	10	33.33	21	70.00	31	51.67
	Kolon Kanseri	9	30.00	1	3.33	10	16.67
	Ülseratif kolit	3	10.00	2	6.67	5	8.33
	Sigmoid Kanseri	2	6.67	3	10.00	5	8.33
	Anastomoz kaçağı	2	6.67	0	0.00	2	3.33
	Anal kanal Kanseri	1	3.33	1	3.33	2	3.33
	Basınç Yarası	1	3.33	1	3.33	2	3.33
	Hırsburg	1	3.33	1	3.33	2	3.33
	Polipoziskoli	1	3.33	0	0.00	1	1.67
	Toplam	30	100.00	30	100.00	60	100.00
Yapılan ameliyat türü	APR	12	40.00	8	26.67	20	33.33
	LAR + koruyucu ileostomi	7	23.33	2	6.67	9	15.00
	Hartman	5	16.67	4	13.33	9	15.00
	Total Kolektomi	4	13.33	3	10.00	7	11.67
	Mikulicz	2	6.67	13	43.33	15	25.00
	Toplam	30	100.00	30	100.00	60	100.00

Deney grubundaki hastaların %6.67'sinin kronik hastalığının olmadığı, %93.33'ünün kronik bir hastalığa sahip olduğu tespit edilirken; kontrol grubundaki hastaların %20'sinin kronik bir hastalığının olmadığı, %80'inin kronik bir hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Deney grubundaki hastaların %63.33'ünün daha önce ameliyat deneyimi yaşadığı, %36.67'sinin ise daha önce ameliyat olmadığı; kontrol grubundaki hastaların ise %50'sinin daha önce ameliyat deneyimi yaşadığı, fakat %50'sinin daha önce herhangi bir ameliyat deneyimi yaşamadığı saptanmıştır (Tablo 4). Deney ve kontrol

grubundaki hastaların daha önce ameliyat olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.611$ $p>0.05$).

Deney grubundaki hastaların %33.33'üne rektum kanseri, %30'una kolon kanseri, %10'una ülseratif kolit, %6.67'sine sigmoid kanser, %6.67'sine anastomoz kaçağı, %3.33'üne anal kanal kanseri, %3.33'üne basınç yarası, %3.33'üne hirsburg, %3.33'üne polipozis koli nedeni ile tanı konulduğu; kontrol grubundaki hastaların %70'ine rektum kanseri, %3.33'üne kolon kanseri, %6.67'sine ülseratif kolit, %10'una sigmoid kanser, %3.33'üne basınç yarası, %3.33'üne hirsburg nedeni ile stoma açıldığı saptanmıştır (Tablo 4).

Deney grubundaki hastaların %40'ının APR, %23.33'ünün LAR +koruyucu ileostomi, %16.67'sinin hartman, %13.33'ünün total kolektomi, %6.67'sinin mikulicz ameliyatı geçirdiği; kontrol grubundaki hastaların ise %26.67'sinin uç kolostomi, %6.67'sinin LAR ileostomi, %13.33'ünün hartman %10'unun total kolektomi, %43.33'ünün mikulicz ameliyatı geçirdiği saptanmıştır (Tablo 4).

4.2. Erken Dönem Komplikasyonları Etkileyebilecek Faktörler ile İlgili Bulgular

Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Stoma Türlerinin Karşılaştırılması

		Grup						χ^2	p
		Deney		Kontrol		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Stoma tipi	Kolostomi	18	60.00	19	63.33	37	61.67	0.000 ^a	1.000
	İleostomi	12	40.00	11	36.67	23	38.33		
	Toplam	30	100.00	30	100.00	60	100.00		
Stoma türü	Geçici	15	50.00	13	43.33	28	46.67	0.067 ^a	0.796
	Kalıcı	15	50.00	17	56.67	32	53.33		
	Toplam	30	100.00	30	100.00	60	100.00		

^aKi-kare Testi

Deney grubundaki hastaların %60'ının kolostomisi, %40'ının ise ileostomisi mevcutken; kontrol grubundaki hastaların da %63.33'ünün kolostomisi, %36.67'sinin ileostomisi olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların stoma tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.000$ $p>0.05$) (Tablo 5).

Deney grubundaki hastaların %50'sinin geçici stomasının, %50'sinin kalıcı stomasının olduğu; kontrol grubundaki hastaların ise %46.67'sinin geçici stomasının, %56.67'sinin kalıcı stomasının olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların stoma türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.067$ $p>0.05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Öncesi Kemoterapi ve Radyoterapi Alma Durumunun Karşılaştırılması

		Grup						χ^2	p
		Deney		Kontrol		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Kemoterapi alma durumu	Evet	9	30.00	6	20.00	15	25.00	1.571 ^a	0.210
	Hayır	21	70.00	24	80.00	45	75.00		
	Toplam	30	100.00	30	100.00	60	100.00		
Radyoterapi alma durumu	Evet	1	3.30	0.00	0.00	1	1.65	-	-
	Hayır	29	96.70	30	100.00	59	98.35		
	Toplam	30	100.00	30	100.00	60	100		

^aKi-kare Testi

Deney grubundaki hastaların %30'unun ameliyat öncesi kemoterapi aldığı, %70'inin ameliyat öncesi kemoterapi almadığı, %3.3'ünün ameliyat öncesi radyoterapi aldığı, %96.70'inin radyoterapi almadığı tespit edilirken; kontrol grubundaki hastaların %20'sinin ameliyat öncesi kemoterapi aldığı, %80'inin ameliyat öncesi kemoterapi almadığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi radyoterapi almadığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların kemoterapi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=1.571$ $p>0.05$) (Tablo 6). Araştırmada deney grubu hastalarından sadece bir tanesine radyoterapi uygulandığı, kontrol grubundaki hastaların hiçbirine radyoterapi tedavisi uygulanmadığı için araştırma verileri istatistiksel değerlendirme yapabilmek için yeterli bulunmamıştır.

Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastanede Yatış Günlerinin Karşılaştırılması

		Grup				U	p
		n	Ort	SS	Min-Max		
Hastanede yatış süresi (gün)	Deney	30	16.00	8.36	6.00-45.00	-0,571 ^a	0,567
	Kontrol	30	14.27	4.59	8.00-32.00		
	Toplam	60	15.13	6.74	6.00-45.00		
Ameliyat sonrası yatış süresi (gün)	Deney	30	10.67	5.87	5.00-30.00	-1,78 ^a	0,074
	Kontrol	30	8.93	3.50	7.00-24.00		
	Toplam	60	9.80	4.87	5.00-30.00		

^aMann Whitney U Testi

Deney grubundaki hastaların ameliyat dönemi süresince hastanede yatış süresi 16.00 ± 8.36 (min:6, max:45), ameliyat sonrası hastanede yatış süresi 10.67 ± 5.87 (min:5.00, max:30.00) gün olduğu saptanırken; kontrol grubundaki hastaların ameliyat dönemi süresince hastanede yatış süresi 14.27 ± 4.59 (min:8, max:32), ameliyat sonrası hastanede yatış süresi 8.93 ± 3.50 (min:7.00, max:24.00) gün olarak saptanmıştır (Tablo 7). Deney ve kontrol grubundaki hastaların hastanede yatış süresi ve ameliyat sonrası yatış durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların VKİ'lerinin Karşılaştırılması

		n	Ort	SS	U	p
VKİ	Deney	30	25.46	4.25	446 ^a	0.953
	Kontrol	30	25.28	5.00		
	Toplam	60	25.37	4.61		

^aMann Whitney U Testi

Deney grubundaki hastaların VKİ'lerinin 25.46 ± 4.25 (min:16.67, max:37.24) olduğu saptanırken; kontrol grubundaki hastaların VKİ'lerinin 25.28 ± 5.00 (min:17.15, max:37.35) olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların VKİ'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 8).

4.3. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Durumluk -Sürekli Kaygı Düzeyi ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ile İlişkili Bulguları

Tablo 9. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Zamana Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi Puanlarının Karşılaştırılması

		Grup				
		n	Ort	SS	U	p
Ameliyat Öncesi Durumluk Kaygı Düzeyi	Deney	30	37.10	3.57	^a 48	0.000*
	Kontrol	30	42.70	2.02		
	Toplam	60	39.90	4.03		
Ameliyat Öncesi Sürekli Kaygı Düzeyi	Deney	30	37.00	2.00	^a 6	0.000*
	Kontrol	30	47.83	3.37		
	Toplam	60	42.42	6.12		
Ameliyattan 6 ay Sonra Durumluk Kaygı Düzeyi	Deney	30	37.17	5.38	^a 204.5	0.000*
	Kontrol	30	41.93	3.02		
	Toplam	60	39.55	4.95		
Ameliyattan 6 ay Sonra Sürekli Kaygı Düzeyi	Deney	30	39.73	5.02	^a 99	0.000*
	Kontrol	30	48.00	2.33		
	Toplam	60	43.87	5.70		

^aMann Whitney U Testi* $p < 0.05$

Deney grubundaki hastaların ameliyat öncesi durumluk kaygı puan ortalaması 37.10 ± 3.57 (min:34.00, max:53.00), ameliyat öncesi sürekli kaygı puan ortalaması 37.00 ± 2.00 (min:34.00, max:43.00), ameliyattan 6 ay sonra durumluk kaygı puan ortalaması 37.17 ± 5.38 (min:31.00, max:48), 6 ay sonraki sürekli kaygı puan ortalaması 39.73 ± 5.02 (min:34.00, max:50.00) olduğu saptanırken; kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi durumluk kaygı puan ortalaması 42.70 ± 2.02 (min:39.00, max:46.00), ameliyat öncesi sürekli kaygı puan ortalaması 47.83 ± 3.37 (min:40.00, max:51.00), ameliyattan 6 ay sonraki durumluk kaygı puan ortalaması 41.93 ± 3.02 (min:37.00, max:46.00), ameliyattan 6 ay sonraki sürekli kaygı puan ortalaması 48.00 ± 2.33 (min:48.00, max:52.00) olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Deney ve kontrol grubundaki hastalar arasında ameliyat öncesi durumluk-sürekli kaygı ve ameliyattan 6 ay sonraki durumluk-sürekli kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ($p < 0.05$). Ameliyat öncesi durumluk kaygı ve ameliyattan 6 ay sonraki durumluk-sürekli kaygı puanları kontrol grubundaki hastalarda deney grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p < 0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Zamana Göre KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Grup				
		n	Ort	SS	U	p
Ameliyat öncesi KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puanı	Deney	30	17.10	2.86	^a 425.5	0.540
	Kontrol	30	17.10	2.11		
	Toplam	60	17.10	2.49		
Ameliyattan 6 Ay Sonra KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puanı	Deney	30	17.10	2.86	^a 425.5	0.540
	Kontrol	30	17.10	2.11		
	Toplam	60	17.10	2.49		

^aMann Whitney U Testi

Deney grubundaki hastalarda ameliyat öncesi KATZ günlük yaşam aktiviteleri indeksi puan ortalaması 17.10 ± 2.86 (min:6.00, max:18.00), ameliyattan 6 ay sonra KATZ günlük yaşam aktiviteleri indeksi puanı 17.10 ± 2.86 (min:6.00, max:18.00) olduğu, kontrol grubu hastalarında ameliyat öncesi KATZ günlük yaşam aktiviteleri indeksi puan ortalaması 17.10 ± 2.11 (min:12.00, max:18.00), ameliyattan 6 ay sonra KATZ günlük yaşam aktiviteleri indeksi puanı 17.10 ± 2.11 (min:12.00, max:18.00) olarak saptanmıştır (Tablo 10).

Deney ve kontrol grubundaki hastalar arasında ameliyat öncesi KATZ günlük yaşam aktiviteleri indeksi puanı ve ameliyattan 6 ay sonraki KATZ günlük yaşam aktiviteleri indeksi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ($p > 0.05$) (Tablo 10). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ameliyat öncesi KATZ günlük yaşam aktiviteleri indeksi puanı ve ameliyattan 6 ay sonraki KATZ günlük yaşam aktiviteleri indeksi puanları deney grubu hastalarında kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksektir (Tablo 10).

Tablo 11. Kontrol Grubundaki Hastaların Stoma Bakımını Yapma Durumuna Göre Ameliyat Öncesi ve Ameliyattan 6 Ay sonraki KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puanlarının Karşılaştırılması

		Kontrol				
		Stoma bakımı yapma durumu				
		n	Ort	SS	H	p
Ameliyat Öncesi KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puanı	Kendisi yapıyor	8	18.0	0.0	10.285 ^a	0.006*
	Yardım alıyor	15	17.6	1.5		
	Başkası yapıyor	7	15.0	3.0		
	Total	30	17.1	2.1		
Ameliyattan 6 ay sonra KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi Puanı	Kendisi yapıyor	8	18.0	0.0	10.285a	0.006*
	Yardım alıyor	15	17.6	1.5		
	Başkası yapıyor	7	15.0	3.0		
	Total	30	17.1	2.1		

^aKruskal-Wallis H testi * $p < 0.05$

Kontrol grubundaki hastaların stoma bakımını yapabilme durumu ile KATZ günlük yaşam aktiviteleri indeksi (ameliyat öncesi ve 6. ay) puanlarının karşılaştırılması tablo 11’de verilmiştir. Hastaların stoma bakımını yapabilme durumu ile KATZ günlük yaşam aktiviteleri indeksi (ameliyat öncesi ve 6. ay) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ($p > 0.05$). Ameliyat öncesi ve ameliyattan 6 ay sonraki KATZ günlük yaşam aktiviteleri indeksi puanı, stoma bakımını başkası tarafından yapılan hastalarda; istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük görülmektedir ($p < 0.05$) (Tablo 11).

4.4. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği (UM-OYKÖ) ile İlişkili Bulguları

Tablo 12. Deney Grubundaki Hastaların Zamana Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği (UM-OYKÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Deney				
	n	Ort	SS	z	p
Fiziksel İyilik Hali 3.ay	30	6.51	0.56	-4.784 ^a	0.000*
Fiziksel İyilik Hali 6.ay	30	7.81	0.41		
Psikolojik İyilik Hali 3.ay	30	4.86	0.59	-1.005 ^a	0.315
Psikolojik İyilik Hali 6.ay	30	4.94	0.48	-4.576 ^a	0.000*
Sosyal Kaygı 3.ay	30	4.03	0.82		
Sosyal Kaygı 6.ay	30	4.47	0.74		
Manevi İyilik Hali 3.ay	30	3.80	0.83	-0.080 ^a	0.936
Manevi İyilik Hali 6.ay	30	3.90	0.79		
Toplam 3.ay	30	4.88	0.36	-4.784 ^a	0.000*
Toplam 6.ay	30	5.38	0.28		

^aWilcoxonSign Test * $p<0.05$

Deney grubundaki hastaların; ameliyat sonrası 3. ay ve 6. aydaki UM-OYKÖ puan ortalamaları tablo 12’de görülmektedir. Ameliyat sonrası 3. ve 6. ay ölçek fiziksel iyilik hali alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ($p<0.05$). 6. aydaki fiziksel iyilik hali puanı anlamlı derecede daha yüksektir. Ameliyat sonrası 3. ve 6. ay ölçek psikolojik iyilik hali alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 6. aydaki psikolojik iyilik hali puanı daha yüksektir. Ameliyat sonrası 3. ve 6. ay ölçek sosyal kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ($p<0.05$). 6. aydaki sosyal kaygı puanı anlamlı derecede daha yüksektir. Ameliyat sonrası 3. ve 6. ay ölçek manevi iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 6. aydaki manevi iyilik hali puanı daha yüksektir. Ameliyat sonrası 3. ve 6. ay ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ($p<0.05$). 6. aydaki ölçek toplam puanı anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 12).

Tablo 13. Kontrol Grubundaki Hastaların Zamana Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği (UM-OYKÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kontrol				
	n	Ort	SS	z	p
Fiziksel İyilik Hali 3.ay	30	6.47	0.64	-3.624 ^a	0.000*
Fiziksel İyilik Hali 6.ay	30	6.80	0.84		
Psikolojik İyilik Hali 3.ay	30	4.74	0.34	-4.136 ^a	0.000*
Psikolojik İyilik Hali 6.ay	30	5.17	0.32		
Sosyal Kaygı 3.ay	30	4.49	0.69	-1.527 ^a	0.127
Sosyal Kaygı 6.ay	30	4.62	0.93		
Manevi İyilik Hali 3.ay	30	3.09	0.66	-4.190 ^a	0.000*
Manevi İyilik Hali 6.ay	30	3.61	0.79		
Toplam 3.ay	30	4.84	0.28	-4.784 ^a	0.000*
Toplam 6.ay	30	5.18	0.39		

^aWilcoxonSign Test * $p<0.05$

Kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası 3. ay ve 6. aydaki UM-OYKÖ puan ortalamaları tablo 13’de görülmektedir. Ameliyat sonrası 3. ve 6. ay ölçek fiziksel iyilik hali alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ($p<0.05$). 6 aydaki fiziksel iyilik hali puanı anlamlı derecede daha yüksektir. Ameliyat sonrası 3. ve 6. ay ölçek psikolojik iyilik hali alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ($p<0.05$). 6. aydaki psikolojik iyilik hali puanı anlamlı derecede daha yüksektir. Ameliyat sonrası 3. ve 6. ay ölçek sosyal iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 6. aydaki sosyal kaygı puanı daha yüksektir. Ameliyat sonrası 3. ve 6. ay ölçek manevi iyilik hali alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ($p<0.05$). 6. aydaki manevi iyilik hali puanı anlamlı derecede daha yüksektir. Ameliyat sonrası 3. ve 6. ay ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ($p<0.05$). 6. aydaki ölçek toplam puanı anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 13).

Tablo 14. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Zamana Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği (UM-OYKÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

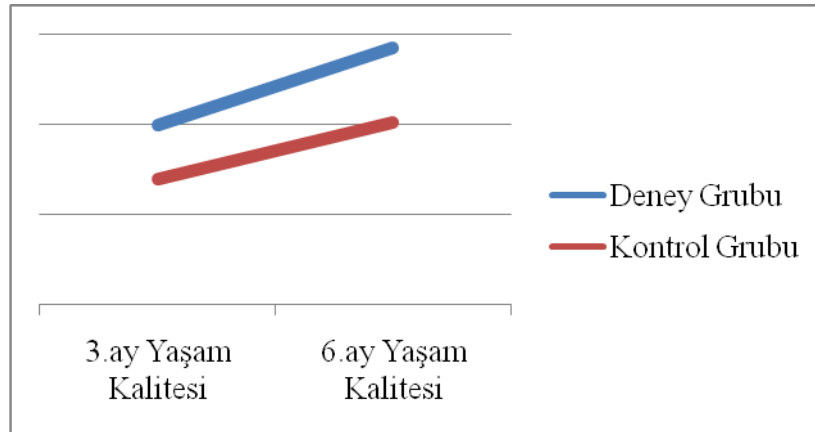
		Grup				
		n	Ort	SS	U	p
Fiziksel İyilik Hali 3. ay	Deney	9	6.94	0.72	404 ^a	0.495
	Kontrol	8	6.31	0.67		
Psikolojik İyilik Hali 3. ay	Deney	9	4.92	0.50	383.5 ^a	0.324
	Kontrol	8	4.82	0.33		
Sosyal Kaygı 3. ay	Deney	9	3.93	0.77	276 ^a	0.010*
	Kontrol	8	4.15	0.62		
Manevi İyilik Hali 3. ay	Deney	9	3.95	0.72	197 ^a	0.000*
	Kontrol	8	2.93	0.57		
Toplam 3. ay	Deney	9	5.00	0.45	409.5 ^a	0.549
	Kontrol	8	4.70	0.25		
Fiziksel İyilik Hali 6. ay	Deney	9	8.12	0.40	134 ^a	0.000*
	Kontrol	8	6.65	0.96		
Psikolojik İyilik Hali 6. ay	Deney	9	4.98	0.53	281.5 ^a	0.013*
	Kontrol	8	5.29	0.30		
Sosyal Kaygı 6. ay	Deney	9	4.36	0.71	409.5 ^a	0.549
	Kontrol	8	4.16	1.00		
Manevi İyilik Hali 6. ay	Deney	9	3.87	0.63	362 ^a	0.192
	Kontrol	8	3.40	0.43		
Toplam 6. ay	Deney	9	5.43	0.31	304 ^a	0.031*
	Kontrol	8	5.01	0.45		

^aMann Whitney U Testi* $p<0.05$

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası 3. ay ve 6 aydaki UM-OYKÖ puan ortalamaları tablo 14’de görülmektedir. Deney ve kontrol grupları arasında 3. aydaki UM-OYKÖ fiziksel iyilik hali, psikolojik iyilik hali alt boyutu ve ölçek toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 3. aydaki UM-OYKÖ fiziksel iyilik hali, psikolojik iyilik hali alt boyutu ve ölçek toplam puanı deney grubundaki hastalarda kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksektir. Deney ve kontrol grupları arasında 3. aydaki UM-OYKÖ sosyal kaygı ve manevi iyilik hali altboyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ($p<0.05$). 3. aydaki UM-OYKÖ sosyal kaygı puanı deney grubundaki hastalarda, kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha düşük görülürken, 3. aydaki UM-OYKÖ manevi iyilik hali alt boyut puanı kontrol

grubundaki hastalarda, deney grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha düşük görülmektedir (Tablo 14).

Deney ve kontrol grupları arasında 6. aydaki UM-OYKÖ sosyal kaygı ve manevi iyilik hali alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 6. aydaki UM-OYKÖ sosyal kaygı alt boyut puanı kontrol grubundaki hastalarda manevi iyilik hali alt boyutu puanı ise deney grubundaki hastalarda daha yüksektir. Deney ve kontrol grupları arasında 6. aydaki UM-OYKÖ fiziksel iyilik hali, psikolojik iyilik hali alt boyutu ve ölçek toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ($p<0.05$). 6. aydaki UM-OYKÖ fiziksel iyilik hali alt boyutu ve ölçek toplam puanları deney grubundaki hastalarda kontrol grubundaki hastalara göre, psikolojik iyilik hali alt boyutu puanı ise kontrol grubundaki hastalarda, deney grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 14).



Grafik 1: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların 3. ve 6. aydaki Yaşam Kalitesi Puanları

Tablo 15. Deney Grubundaki Hastaların Cinsiyete Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması

		Deney				
		Cinsiyet				
		n	Ort	SS	U	p
Fiziksel İyilik Hali (3 ay)	Kadın	13	6.61	0.68	105.50 ^a	0.834
	Erkek	17	6.44	0.46		
Psikolojik İyilik Hali (3 ay)	Kadın	13	4.75	0.49	91.00 ^a	0.413
	Erkek	17	4.95	0.66		
Sosyal Kaygı (3 ay)	Kadın	13	3.93	0.73	101.00 ^a	0.691
	Erkek	17	4.10	0.90		
Manevi İyilik Hali (3 ay)	Kadın	13	3.63	0.47	77.50 ^a	0.163
	Erkek	17	3.93	1.02		
Toplam (3 ay)	Kadın	13	4.81	0.42	75.00 ^a	0.137
	Erkek	17	4.93	0.31		
	Toplam	30	4.88	0.36		
Fiziksel İyilik Hali (6 ay)	Kadın	13	7.94	0.43	78.00 ^a	0.171
	Erkek	17	7.71	0.38		
Psikolojik İyilik Hali (6 ay)	Kadın	13	4.91	0.52	104.00 ^a	0.785
	Erkek	17	4.97	0.45		
Sosyal Kaygı (6 ay)	Kadın	13	4.36	0.53	90.50 ^a	0.402
	Erkek	17	4.55	0.88		
Manevi İyilik Hali (6 ay)	Kadın	13	3.77	0.60	101.50 ^a	0.705
	Erkek	17	4.01	0.92		
Toplam (6 ay)	Kadın	13	5.35	0.26	95.50 ^a	0.530
	Erkek	17	5.40	0.29		
	Toplam	30	5.38	0.28		

^aMann Whitney U Testi

Deney grubundaki hastaların cinsiyet özelliklerine göre UM-OYKÖ (3. ay ve 6. ay) puanlarının karşılaştırılması tablo 15’de verilmiştir. Hastaların cinsiyet özellikleri ile UM-OYKÖ’nin (3. ay ve 6. ay) puan değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Deney Grubundaki Hastaların Medeni Duruma Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması

		Deney				
		Medeni Durum				
		n	Ort	SS	U	p
Fiziksel İyilik Hali (3 ay)	Evli	23	6.46	0.43	78.50 ^a	0.922
	Bekar	7	6.67	0.91		
Psikolojik İyilik Hali (3 ay)	Evli	23	4.81	0.60	48.50 ^a	0.116
	Bekar	7	5.03	0.53		
Sosyal Kaygı (3 ay)	Evli	23	4.08	0.76	64.00 ^a	0.418
	Bekar	7	3.83	1.05		
Manevi İyilik Hali (3 ay)	Evli	23	3.77	0.93	57.00 ^a	0.244
	Bekar	7	3.92	0.33		
Toplam (3 ay)	Evli	23	4.86	0.28	72.50 ^a	0.694
	Bekar	7	4.94	0.58		
	Toplam	30	4.88	0.36		
Fiziksel İyilik Hali (6 ay)	Evli	23	7.74	0.38	54.50 ^a	0.199
	Bekar	7	8.03	0.47		
Psikolojik İyilik Hali (6 ay)	Evli	23	4.92	0.51	65.00 ^a	0.446
	Bekar	7	5.01	0.35		
Sosyal Kaygı (6 ay)	Evli	23	4.50	0.74	76.50 ^a	0.844
	Bekar	7	4.36	0.80		
Manevi İyilik Hali (6 ay)	Evli	23	3.81	0.61	68.50 ^a	0.554
	Bekar	7	4.22	1.24		
Toplam (6 ay)	Evli	23	5.35	0.28	52.00 ^a	0.162
	Bekar	7	5.47	0.27		
	Toplam	30	5.38	0.28		

^aMann Whitney U Testi

Deney grubundaki hastaların medeni duruma göre UM-OYKÖ (3. ay ve 6. ay) puanlarının karşılaştırılması tablo 16’da verilmiştir. Hastaların medeni durumu ile UM-OYKÖ’nin (3. ay ve 6. ay) puan değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tablo 17. Deney Grubundaki Hastaların Stoma Tipine Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması

		Deney				
		Stoma Tipi				
		n	Ort	SS	H	p
Fiziksel İyilik Hali (3 ay)	İleostomi	12	6.47	0.50	106.5 ^a	0.949
	Kolostomi	18	6.54	0.62		
Psikolojik İyilik Hali (3 ay)	İleostomi	12	4.78	0.76	74.5 ^a	0.155
	Kolostomi	18	4.92	0.45		
Sosyal Kaygı (3 ay)	İleostomi	12	3.95	0.87	100.0 ^a	0.735
	Kolostomi	18	4.07	0.81		
Manevi İyilik Hali (3 ay)	İleostomi	12	3.56	0.95	72.5 ^a	0.129
	Kolostomi	18	3.96	0.72		
Toplam (3 ay)	İleostomi	12	4.78	0.36	79.5 ^a	0.227
	Kolostomi	18	4.94	0.36		
	Toplam	30	4.88	0.36		
Fiziksel İyilik Hali (6 ay)	İleostomi	12	7.77	0.47	96.0 ^a	0.609
	Kolostomi	18	7.84	0.39		
Psikolojik İyilik Hali (6 ay)	İleostomi	12	4.91	0.60	79.0 ^a	0.218
	Kolostomi	18	4.97	0.39		
Sosyal Kaygı (6 ay)	İleostomi	12	4.40	0.87	86.5 ^a	0.362
	Kolostomi	18	4.51	0.67		
Manevi İyilik Hali (6 ay)	İleostomi	12	3.90	1.11	88.0 ^a	0.394
	Kolostomi	18	3.90	0.53		
Toplam (6 ay)	İleostomi	12	5.34	0.33	78.5 ^a	0.211
	Kolostomi	18	5.40	0.24		
	Toplam	30	5.38	0.28		

^aKruskal Wallis H Testi

Deney grubundaki hastaların stoma tipine göre UM-OYKÖ (3. ay ve 6. ay) puanlarının karşılaştırılması tablo 17’de verilmiştir. Deney grubundaki hastaların stoma tipi ile UM-OYKÖ’nin (3. ay ve 6. ay) puan değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 17).

Tablo 18. Deney Grubundaki Hastaların Stoma Türüne Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması

		Deney				
		Stoma Türü				
		n	Ort	SS	U	p
Fiziksel İyilik Hali (3 ay)	Gecici	15	6.67	0.63	82.0 ^a	0.205
	Kalıcı	15	6.35	0.45		
Psikolojik İyilik Hali (3 ay)	Gecici	15	4.78	0.71	80.0 ^a	0.177
	Kalıcı	15	4.94	0.44		
Sosyal Kaygı (3 ay)	Gecici	15	4.24	0.92	85.0 ^a	0.253
	Kalıcı	15	3.81	0.68		
Manevi İyilik Hali (3 ay)	Gecici	15	3.57	0.85	73.5 ^a	0.102
	Kalıcı	15	4.03	0.77		
Toplam (3 ay)	Gecici	15	4.92	0.42	110.5 ^a	0.934
	Kalıcı	15	4.84	0.30		
Fiziksel İyilik Hali (6 ay)	Gecici	15	7.90	0.43	90.0 ^a	0.348
	Kalıcı	15	7.72	0.40		
Psikolojik İyilik Hali (6 ay)	Gecici	15	4.91	0.59	87.5 ^a	0.298
	Kalıcı	15	4.98	0.34		
Sosyal Kaygı (6 ay)	Gecici	15	4.65	0.86	100.5 ^a	0.618
	Kalıcı	15	4.28	0.58		
Manevi İyilik Hali (6 ay)	Gecici	15	3.83	0.58	108.5 ^a	0.867
	Kalıcı	15	3.98	0.98		
Toplam (6 ay)	Gecici	15	5.43	0.34	101.5 ^a	0.648
	Kalıcı	15	5.32	0.20		

^aMann Whitney U Testi

Deney grubundaki hastaların stoma türüne göre UM-OYKÖ (3. ay ve 6. ay) puanlarının karşılaştırılması tablo 18’de verilmiştir. Deney grubundaki hastaların stoma türü ile UM-OYKÖ’nin (3. ay ve 6. ay) puan değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 19. Deney Grubundaki Hastaların Stoma Bakımını Yapma Durumuna Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması

		Deney				
		Stoma bakımı yapma durumu				
		n	Ort	SS	H	p
Fiziksel İyilik Hali (3 ay)	Kendisi yapıyor	9	6.9	0.7	13.4 ^a	0.001*
	Yardım alıyor	14	6.5	0.3		
	Başkası yapıyor	7	6.0	0.2		
Psikolojik İyilik Hali (3 ay)	Kendisi yapıyor	9	4.9	0.5	3.1 ^a	0.217
	Yardım alıyor	14	4.7	0.4		
	Başkası yapıyor	7	5.1	1.0		
Sosyal Kaygı (3 ay)	Kendisi yapıyor	9	3.9	0.8	0.815 ^a	0.665
	Yardım alıyor	14	4.0	0.7		
	Başkası yapıyor	7	4.2	1.2		
Manevi İyilik Hali (3 ay)	Kendisi yapıyor	9	4.0	0.7	0.901 ^a	0.637
	Yardım alıyor	14	3.7	0.5		
	Başkası yapıyor	7	3.8	1.4		
Toplam (3 ay)	Kendisi yapıyor	9	5.0	0.4	1.869 ^a	0.393
	Yardım alıyor	14	4.8	0.3		
	Başkası yapıyor	7	4.9	0.4		
Fiziksel İyilik Hali (6 ay)	Kendisi yapıyor	9	8.1	0.4	13.611 ^a	0.001*
	Yardım alıyor	14	7.8	0.3		
	Başkası yapıyor	7	7.4	0.3		
Psikolojik İyilik Hali (6 ay)	Kendisi yapıyor	9	5.0	0.5	1.234 ^a	0.541
	Yardım alıyor	14	4.9	0.3		
	Başkası yapıyor	7	5.0	0.7		
Sosyal Kaygı (6 ay)	Kendisi yapıyor	9	4.4	0.7	0.145 ^a	0.931
	Yardım alıyor	14	4.5	0.5		
	Başkası yapıyor	7	4.5	1.2		
Manevi İyilik Hali (6 ay)	Kendisi yapıyor	9	3.9	0.6	1.004 ^a	0.605
	Yardım alıyor	14	3.7	0.4		
	Başkası yapıyor	7	4.3	1.4		
Toplam (6 ay)	Kendisi yapıyor	9	5.4	0.3	0.395 ^a	0.821
	Yardım alıyor	14	5.3	0.2		
	Başkası yapıyor	7	5.4	0.4		

^aKruskal-Wallis H testi * $p < 0.05$

Deney grubundaki hastaların stoma bakımını yapma durumuna göre UM-OYKÖ (3. ay ve 6. ay) puanlarının karşılaştırılması tablo 19’da verilmiştir. Deney grubundaki hastaların stoma bakımını başkası yapma durumuna göre 3. aydaki ve 6. aydaki ölçek fiziksel alt boyutu puanı; stoma bakımını kendi yapan ve stoma bakımı için yardım alan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 19).

Tablo 20. Kontrol Grubundaki Hastaların Cinsiyete Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması

		Kontrol				
		Cinsiyet				
		n	Ort	SS	U	p
Fiziksel İyilik Hali (3 ay)	Kadın	13	6.43	0.66	99.50 ^a	0.643
	Erkek	17	6.50	0.65		
	Toplam	30	6.47	0.64		
Psikolojik İyilik Hali (3 ay)	Kadın	13	4.80	0.36	89.50 ^a	0.376
	Erkek	17	4.70	0.33		
	Toplam	30	4.74	0.34		
Sosyal Kaygı (3 ay)	Kadın	13	4.33	0.54	86.50 ^a	0.315
	Erkek	17	4.61	0.77		
	Toplam	30	4.49	0.69		
Manevi İyilik Hali (3 ay)	Kadın	13	3.00	0.41	89.50 ^a	0.378
	Erkek	17	3.15	0.81		
	Toplam	30	3.09	0.66		
Toplam (3 ay)	Kadın	13	4.79	0.21	93.50 ^a	0.475
	Erkek	17	4.88	0.32		
	Toplam	30	4.84	0.28		
Fiziksel İyilik Hali (6 ay)	Kadın	13	6.68	0.84	98.00 ^a	0.601
	Erkek	17	6.89	0.85		
	Toplam	30	6.80	0.84		
Psikolojik İyilik Hali (6 ay)	Kadın	13	5.18	0.27	110.00 ^a	0.983
	Erkek	17	5.15	0.36		
	Toplam	30	5.17	0.32		
Sosyal Kaygı (6 ay)	Kadın	13	4.43	0.88	90.50 ^a	0.402
	Erkek	17	4.76	0.96		
	Toplam	30	4.62	0.93		
Manevi İyilik Hali (6 ay)	Kadın	13	3.43	0.62	89.00 ^a	0.367
	Erkek	17	3.75	0.89		
	Toplam	30	3.61	0.79		
Toplam (6 ay)	Kadın	13	5.07	0.36	78.00 ^a	0.173
	Erkek	17	5.26	0.41		
	Toplam	30	5.18	0.39		

^aMann Whitney U Testi

Kontrol grubundaki hastaların cinsiyet özelliklerine göre UM-OYKÖ (3. ay ve 6. ay) puanlarının karşılaştırılması tablo 20’de verilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların cinsiyet özellikleri ile; UM-OYKÖ’nin (3. ay ve 6. ay) puan değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 20).

Tablo 21. Kontrol Grubundaki Hastaların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması

		Kontrol				
		Kronik Hastalık				p
		n	Ort	ss	U	
Fiziksel İyilik Hali (3.ay)	Yok	6	6.32	0.78	-0.835 ^a	0.404
	Var	24	6.51	0.62		
Psikolojik İyilik Hali (3.ay)	Yok	6	4.72	0.23	-0.731 ^a	0.465
	Var	24	4.75	0.37		
Sosyal Kaygı (3.ay)	Yok	6	4.53	0.63	-0.104 ^a	0.917
	Var	24	4.48	0.71		
Manevi İyilik Hali (3.ay)	Yok	6	3.74	0.36	-2.913 ^a	0.004*
	Var	24	2.92	0.62		
Toplam (3.ay)	Yok	6	4.92	0.32	-0.495 ^a	0.621
	Var	24	4.82	0.27		
Fiziksel İyilik Hali (6.ay)	Yok	6	6.70	1.12	-0.545 ^a	0.586
	Var	24	6.82	0.78		
Psikolojik İyilik Hali (6.ay)	Yok	6	5.17	0.30	-0.235 ^a	0.814
	Var	24	5.17	0.33		
Sosyal Kaygı (6.ay)	Yok	6	4.50	0.66	-0.571 ^a	0.568
	Var	24	4.65	0.99		
Manevi İyilik Hali (6.ay)	Yok	6	4.05	0.74	-1.507 ^a	0.132
	Var	24	3.50	0.78		
Toplam (6.ay)	Yok	6	5.19	0.42	-0.337 ^a	0.736
	Var	24	5.17	0.39		

^aMann Whitney U Testi * $p < 0.05$

Kontrol grubundaki hastaların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre UM-OYKÖ (3. ay ve 6. ay) puanlarının karşılaştırılması tablo 21’de verilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların kronik hastalığa sahip olma durumu ile 3.aydaki UM-OYKÖ’nin manevi iyilik hali alt boyutu puanı kronik hastalığa sahip olan hastalarda anlamlı derecede düşük görülmektedir ($p < 0.05$). UM-OYKÖ’nin 3. ve 6. ayda yapılan ölçümlerinde diğer alt boyut puan değerleri açısından istatistiksel farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 21).

Tablo 22. Kontrol Grubundaki Hastaların Stoma Tipine Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması

		Kontrol				
		Stoma Tipi				
		n	Ort	SS	H	p
Fiziksel İyilik Hali (3 ay)	İleostomi	11	6.36	0.66	75.5 ^a	0.209
	Kolostomi	19	6.53	0.65		
Psikolojik İyilik Hali (3 ay)	İleostomi	11	4.65	0.32	76.0 ^a	0.217
	Kolostomi	19	4.79	0.35		
Sosyal Kaygı (3 ay)	İleostomi	11	4.35	0.59	81.5 ^a	0.322
	Kolostomi	19	4.57	0.74		
Manevi İyilik Hali (3 ay)	İleostomi	11	3.13	0.64	103.0 ^a	0.948
	Kolostomi	19	3.06	0.69		
Toplam (3 ay)	İleostomi	11	4.76	0.24	80.5 ^a	0.300
	Kolostomi	19	4.89	0.29		
Fiziksel İyilik Hali (6 ay)	İleostomi	11	6.47	0.67	65.0 ^a	0.089
	Kolostomi	19	6.99	0.88		
Psikolojik İyilik Hali (6 ay)	İleostomi	11	5.02	0.28	58.0 ^a	0.044*
	Kolostomi	19	5.25	0.32		
Sosyal Kaygı (6 ay)	İleostomi	11	4.48	0.91	90.5 ^a	0.546
	Kolostomi	19	4.70	0.95		
Manevi İyilik Hali (6 ay)	İleostomi	11	3.84	0.81	81.0 ^a	0.311
	Kolostomi	19	3.47	0.76		
Toplam (6 ay)	İleostomi	11	5.05	0.31	76.5 ^a	0.228
	Kolostomi	19	5.25	0.42		

^aKruskal Wallis H Testi *p<0.05

Kontrol grubundaki hastaların stoma tipine göre UM-OYKÖ (3. ay ve 6. ay) puanlarının karşılaştırılması tablo 22’de verilmiştir. 3. aydaki UM-OYKÖ’nin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05) Kontrol grubunda ileostomisi ve kolostomisi olan hastaların 6 aydaki UM-OYKÖ’nin psikolojik iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir (p<0.05). 6 aydaki UM-OYKÖ’ nin psikolojik iyilik hali puanı kolostomiye sahip olan hastalarda anlamlı derecede daha yüksektir. 6. aydaki UM-OYKÖ’nin diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05) (Tablo 22).

Tablo 23. Kontrol Grubundaki Hastaların Stoma Türüne Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması

		Kontrol				
		Stoma Türü				
		n	Ort	SS	U	p
Fiziksel İyilik Hali (3 ay)	Gecici	13	6.34	0.47	89.0 ^a	0.365
	Kalıcı	17	6.57	0.75		
Psikolojik İyilik Hali (3 ay)	Gecici	13	4.62	0.31	72.0 ^a	0.105
	Kalıcı	17	4.83	0.34		
Sosyal Kaygı (3 ay)	Gecici	13	4.43	0.74	95.5 ^a	0.530
	Kalıcı	17	4.53	0.66		
Manevi İyilik Hali (3 ay)	Gecici	13	2.97	0.68	88.5 ^a	0.356
	Kalıcı	17	3.18	0.65		
Toplam (3 ay)	Gecici	13	4.74	0.21	76.5 ^a	0.153
	Kalıcı	17	4.92	0.30		
Fiziksel İyilik Hali (6 ay)	Gecici	13	6.58	0.66	80.0 ^a	0.201
	Kalıcı	17	6.96	0.93		
Psikolojik İyilik Hali (6 ay)	Gecici	13	5.14	0.36	94.5 ^a	0.500
	Kalıcı	17	5.19	0.30		
Sosyal Kaygı (6 ay)	Gecici	13	4.51	1.03	98.0 ^a	0.600
	Kalıcı	17	4.70	0.86		
Manevi İyilik Hali (6 ay)	Gecici	13	3.67	0.84	99.0 ^a	0.630
	Kalıcı	17	3.56	0.77		
Toplam (6 ay)	Gecici	13	5.09	0.37	86.0 ^a	0.305
	Kalıcı	17	5.24	0.40		

^aMann Whitney U Testi

Kontrol grubundaki hastaların stoma türüne göre UM-OYKÖ (3. ay ve 6. ay) puanlarının karşılaştırılması tablo 23’de verilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların stomalarının geçici ya da kalıcı olma durumu ile UM-OYKÖ’nin (3. ay ve 6. ay) puan değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 23).

Tablo 24. Kontrol Grubundaki Hastaların Stoma Bakımını Yapma Durumuna Göre Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği UM-OYKÖ (3. Ay ve 6. Ay) Puanlarının Karşılaştırılması

		Kontrol									
		Stoma bakımı yapma durumu									
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	H	p	
Fiziksel İyilik Hali (3 ay)	Kendisi yapıyor	8	6.3	6.2	5.4	7.6	0.7	13.0	2.202 ^a	0.333	
	Yardım alıyor	15	6.6	6.3	5.7	7.7	0.7	17.9			
	Başkası yapıyor	7	6.3	6.2	5.6	7.0	0.5	13.3			
	Total	30	6.5	6.3	5.4	7.7	0.6				
Psikolojik İyilik Hali (3 ay)	Kendisi yapıyor	8	4.8	4.8	4.3	5.3	0.3	17.6	0.924 ^a	0.631	
	Yardım alıyor	15	4.7	4.8	4.2	5.3	0.4	15.4			
	Başkası yapıyor	7	4.7	4.7	4.2	5.2	0.3	13.3			
	Total	30	4.7	4.7	4.2	5.3	0.3				
Sosyal Kaygı (3 ay)	Kendisi yapıyor	8	4.1	4.1	3.3	4.9	0.6	11.5	4.75 ^a	0.093	
	Yardım alıyor	15	4.4	4.3	3.5	5.8	0.7	14.9			
	Başkası yapıyor	7	5.0	4.8	4.2	5.6	0.6	21.3			
	Total	30	4.5	4.4	3.3	5.8	0.7				
Manevi İyilik Hali (3 ay)	Kendisi yapıyor	8	2.9	3.0	1.9	3.7	0.6	13.4	2.94 ^a	0.231	
	Yardım alıyor	15	3.0	3.1	1.6	4.3	0.7	14.3			
	Başkası yapıyor	7	3.5	3.6	2.9	4.3	0.5	20.4			
	Total	30	3.1	3.1	1.6	4.3	0.7				
Toplam (3 ay)	Kendisi yapıyor	8	4.7	4.6	4.5	5.2	0.3	10.2	5.2 ^a	0.074	
	Yardım alıyor	15	4.9	4.8	4.3	5.5	0.3	16.0			
	Başkası yapıyor	7	5.0	4.9	4.8	5.5	0.3	20.4			
	Total	30	4.8	4.8	4.3	5.5	0.3				
Fiziksel İyilik Hali (6 ay)	Kendisi yapıyor	8	6.6	6.5	5.2	8.1	1.0	14.3	0.474 ^a	0.789	
	Yardım alıyor	15	6.9	6.8	5.6	8.5	0.8	16.6			
	Başkası yapıyor	7	6.7	7.1	5.6	7.5	0.8	14.6			
	Total	30	6.8	6.8	5.2	8.5	0.8				
Psikolojik İyilik Hali (6 ay)	Kendisi yapıyor	8	5.3	5.3	5.0	5.9	0.3	18.1	4.114 ^a	0.128	
	Yardım alıyor	15	5.2	5.2	4.7	5.7	0.3	16.8			
	Başkası yapıyor	7	5.0	5.0	4.5	5.2	0.3	9.7			
	Total	30	5.2	5.2	4.5	5.9	0.3				
Sosyal Kaygı (6 ay)	Kendisi yapıyor	8	4.2	4.2	2.8	5.7	1.0	11.8	5.452 ^a	0.065	
	Yardım alıyor	15	4.5	4.3	3.3	5.8	0.8	14.4			
	Başkası yapıyor	7	5.3	5.6	4.0	5.9	0.7	22.0			
	Total	30	4.6	4.5	2.8	5.9	0.9				
Manevi İyilik Hali (6 ay)	Kendisi yapıyor	8	3.4	3.4	2.9	4.3	0.4	12.9	8.407 ^a	0.015 [*]	
	Yardım alıyor	15	3.4	3.1	2.0	5.1	0.9	13.0			
	Başkası yapıyor	7	4.3	4.3	3.7	5.3	0.5	23.9			
	Total	30	3.6	3.5	2.0	5.3	0.8				
Toplam (6 ay)	Kendisi yapıyor	8	5.0	4.8	4.7	5.7	0.4	11.1	4.43 ^a	0.109	
	Yardım alıyor	15	5.2	5.1	4.7	5.9	0.4	15.5			
	Başkası yapıyor	7	5.4	5.6	4.9	5.7	0.3	20.6			
	Total	30	5.2	5.1	4.7	5.9	0.4				

^aKruskal Wallis H Testi * $p<0.05$

Kontrol grubundaki hastaların stoma bakımını yapma durumuna göre UM-OYKÖ'nin (3. ay ve 6. ay) puanlarının karşılaştırılması tablo 24'de verilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların stoma bakımını başkası yapma durumuna göre; 6. aydaki ölçek manevi iyilik hali alt boyutu puanı; stoma bakımını kendi yapan ve stoma bakımı için yardım alan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 24).

4.5. Erken Dönem Stoma Komplikasyonu ile İlgili Bulgular

Tablo 25. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastalarda Erken Dönem Stoma Komplikasyonu Görülme Durumu

		Gruplar							
		Deney		Kontrol		Total			
		n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Peristomal iritan dermatit	Evet	18	60.0	25	83.3	43	71.7	2.9 ^a	0.086
	Hayır	12	40.0	5	16.7	17	28.3		
	Total	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
Ağrı	Evet	0	0.0	4	13.3	4	6.7	Fisher's Exact	0.112
	Hayır	30	100.0	26	86.7	56	93.3		
	Total	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
Kanama	Evet	8	26.7	3	10.0	11	18.3	1.7 ^a	0.182
	Hayır	22	73.3	27	90.0	49	81.7		
	Total	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
Retraksiyon	Evet	3	10.0	7	23.3	10	16.7	1.01 ^a	0.299
	Hayır	27	90.0	23	76.7	50	83.3		
	Total	30	100.0	30	100.0	60	100.0		
Hiperplazi	Evet	1	3.3	0	0.0	1	1.7	Fisher's Exact	1
	Hayır	29	96.7	30	100.0	59	98.3		
	Total	30	100.0	30	100.0	60	100.0		

^aKi-kare Testi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası erken dönem stoma komplikasyonu görülme durumu tablo 25’de görülmektedir. Deney grubundaki hastaların %60’ında peristomal iritan dermatit, %26.7’si kanama, %10’u retraksiyon, %3.3’ünde hiperplazi görülmüştür. Kontrol grubundaki hastalarda ise; %83.3’ünde peristomal iritan dermatit, %13.3’ünde ağrı, %23.3’ünde retraksiyon görülmüştür. Araştırma kapsamına alınan hastalarda stoma nekrozu, stoma stenozu ve mukokütanöz ayrılma saptanmamıştır. Sızıntı deney ve kontrol grubundaki hastaların hepsinde saptanmıştır. Deney ve kontrol grubu hastalarının erken dönem stoma komplikasyonu görülme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %71.7’sinde peristomal iritan dermatit, %6.7’sinde ağrı, %18.3’ünde kanama, %16.7’sinde retraksiyon, %1.7’sinde hiperplazi görülmüştür (Tablo 25).

Tablo 26. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Yaş İle Erken Dönem Komplikasyon Görülme Durumları

		Yaş				
		n	Ort	ss	z	p
Peristomal iritan dermatit	Evet	43	56.4	13.9	-0.27 ^a	0.786
	Hayır	17	54.3	13.2		
Ağrı	Evet	4	58.0	15.5	-0.563 ^a	0.573
	Hayır	56	55.6	13.6		
Kanama	Evet	11	51.0	12.3	-1.4 ^a	0.138
	Hayır	49	56.9	13.8		
Retraksiyon	Evet	10	54.5	17.0	-0.05 ^a	0.961
	Hayır	50	56.0	13.0		

^aMann-Whitney U testi^bSpearman's Korelasyon Katsayısı

Araştırmaya dahil edilen hastaların yaş ile erken dönem komplikasyon görülme durumlarının karşılaştırması tablo 26'da görülmektedir. Yaş ile erken dönem stoma komplikasyon görülme durumu arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 27. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Cinsiyet ve Erken Dönem Komplikasyon Görülme Durumları

		Cinsiyet							
		Kadın		Erkek		Total		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Peristomal İritan dermatit	Evet	19	73.1	24	70.6	43	71.7	0 ^a	1
	Hayır	7	26.9	10	29.4	17	28.3		
	Total	26	100.0	34	100.0	60	100.0		
Ağrı	Evet	0	0.0	4	11.8	4	6.7	Fisher's Exact	0.126
	Hayır	26	100.0	30	88.2	56	93.3		
	Total	26	100.0	34	100.0	60	100.0		
Kanama	Evet	5	19.2	6	17.6	11	18.3	Fisher's Exact	1
	Hayır	21	80.8	28	82.4	49	81.7		
	Total	26	100.0	34	100.0	60	100.0		
Retraksiyon	Evet	2	7.7	8	23.5	10	16.7	Fisher's Exact	0.163
	Hayır	24	92.3	26	76.5	50	83.3		
	Total	26	100.0	34	100.0	60	100.0		
Hiperplazi	Evet	1	3.8	0	0.0	1	1.7	Fisher's Exact	0.433
	Hayır	25	96.2	34	100.0	59	98.3		
	Total	26	100.0	34	100.0	60	100.0		

^aKi-kare Testi

Araştırmaya dahil edilen hastaların cinsiyetleri ile erken dönem komplikasyon görülme durumlarının karşılaştırması tablo 27'de görülmektedir. Cinsiyet ile erken

dönem stoma komplikasyonu görülmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 28. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Stoma Tipi İle Erken Dönem Komplikasyon Görülme Durumları

	Stomatipi								χ^2	p
	İleostomi		Kolostomi		Total					
	n	%	n	%	n	%				
Peristomal İritan dermatit	Evet	19	82.6	24	64.9	43	71.7	1.4 ^a	0.235	
	Hayır	4	17.4	13	35.1	17	28.3			
	Total	23	100.0	37	100.0	60	100.0			
Ağrı	Evet	1	4.3	3	8.1	4	6.7	Fisher's Exact	1	
	Hayır	22	95.7	34	91.9	56	93.3			
	Total	23	100.0	37	100.0	60	100.0			
Kanama	Evet	3	13.0	8	21.6	11	18.3	Fisher's Exact	0.506	
	Hayır	20	87.0	29	78.4	49	81.7			
	Total	23	100.0	37	100.0	60	100.0			
Retraksiyon	Evet	4	10.8	6	26.1	10	16.7	Fisher's Exact	0.161	
	Hayır	17	89.2	33	73.9	50	83.3			
	Total	23	100.0	37	100.0	60	100.0			
Hiperplazi	Evet	1	4.3	0	0.0	1	1.7	Fisher's Exact	0.383	
	Hayır	22	95.7	37	100.0	59	98.3			
	Total	23	100.0	37	100.0	60	100.0			

^aKi-kare Testi * Hastalarda birden fazla komplikasyon görülmüştür.

Araştırmaya dahil edilen hastaların stoma tipi ile erken dönem komplikasyon görülme durumlarının karşılaştırması tablo 28’de görülmektedir. İleostomisi olanların %82,6’sında peristomal iritan dermatit, %4,3’ünde, ağrı, %13’ünde kanama, %10.8’inde retraksiyon, %4.3’ünde hiperplazi, kolostomisi olanların ise; %64,9’unda peristomal iritan dermatit, %8,1’inde ağrı, %21,6’sında kanama olduğu, %26.1’inde retraksiyon olduğu saptanmıştır. Kolostomili hastalarda hiperplazi görülmemiştir. Stoma tipi ile erken dönem stoma komplikasyonu görülmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 29. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların VKİ İle Erken Dönem Komplikasyon Görülme Durumları

		n	Ort	ss	z	p
Peristomal İritan dermatit	Evet	43	4.8	26.1	-1.8 ^a	0.066
	Hayır	17	3.7	23.7		
Ağrı	Evet	4	4.8	31.0	-2.4 ^a	0.018*
	Hayır	56	4.4	25.0		
Kanama	Evet	11	4.5	25.2	-0.105 ^a	0.916
	Hayır	49	4.7	25.4		
Retraksiyon	Evet	10	4.8	27.9	-1.6 ^a	0.101
	Hayır	50	4.4	24.9		

^a Mann-Whitney U testi * $p<0.05$

Araştırmaya dahil edilen hastaların VKİ'leri ile erken dönem komplikasyon görülme durumlarının karşılaştırması tablo 29'da görülmektedir. Peristomal iritan dermatit, kanama ve retraksiyon ile VKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte peristomal iritan dermatit görülen hastaların VKİ değeri daha yüksek görülmektedir. Ağrı komplikasyonu görülen hastaların VKİ değeri, anlamlı derecede daha yüksek görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 30. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların VKİ ile Erken Dönem Stoma Komplikasyonu Görülme Durumunun Karşılaştırılması

Correlations			
Grup			VKİ
Deney	Toplam Erken Dönem Stoma Komplikasyon Sayısı	r	0.081
		p	0.669
		N	30
Kontrol	Toplam Erken Dönem Stoma Komplikasyon Sayısı	r	0.495
		p	0.005 ^{a*}
		N	30

^a Pearson korelasyon * $p<0.05$

Deney ve kontrol grubundaki hastaların VKİ'leri ile erken dönem stoma komplikasyonu görülme durumu arasındaki ilişki tablo 30'da verilmiştir. Yapılan analiz sonucunda; deney grubundaki hastaların toplam komplikasyon sayısı ile VKİ arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir ($p>0.05$). Kontrol grubundaki hastaların VKİ'leri arttıkça komplikasyon sayısı artmaktadır ($p<0.05$)(Tablo 30).

Tablo 31. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Komplikasyon Değerlendirme Formundan Aldıkları Puanlar ile Yaşam Kalitesi Toplam Puanı Arasındaki İlişki

Correlations			
Komplikasyon Değerlendirme Formundan Aldıkları Puanlar		3. ay Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	6. ay Yaşam Kalitesi Toplam Puanı
	r	-0.128	-0.050
	p	0.330 ^a	0.706 ^a
	N	60	60

^aPearson korelasyon

Araştırmaya dahil edilen hastaların komplikasyon değerlendirme formundan aldıkları puanlar ile yaşam kalitesi toplam puanı arasındaki ilişki tablo 31’de görülmektedir. 3. ve 6. ayda UM-OYKÖ toplam puanı ile hastaların komplikasyon değerlendirme formunda aldığı puanlar açısından anlamlı bir korelasyon bulunmamaktadır ($p>0.05$).

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA

Bu araştırma ameliyat öncesi stoma yeri işaretlemenin erken dönem stoma komplikasyonlarına ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Stoma açılması ile oluşan beden görüntüsü, fonksiyon değişikliği, bireyin beden bütünlüğünü bozmakta; beden imajı, cinsel yaşam ve özgüven konusunda sorunlara yol açmaktadır. Stomalı hastalar, ameliyattan sonra başka seçenekleri olmadığı için yeni dışkılama yönetimine uyum sağlama sorunları ile baş etmek zorunda kalırlar. Bu nedenle stomalı hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra da fiziksel ve psikolojik yönden desteklenmeleri, erken dönem stoma komplikasyonlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır (36).

5.1. Tanıtıcı Özellikler ile İlgili Bulguların Tartışması

Palyatif ya da tedavi amaçlı birçok hastalık için stoma cerrahisi yapılmaktadır. En yaygın olarak, kolorektal kanser sonrasında açılmaktadır (102, 103).

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların yaş ortalaması 53.5 ± 12.83 (n:30), kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 58.00 ± 14.22 (n:30), %56.77'sinin erkek olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Deney ve kontrol grubundaki hastalarda, yaş ve cinsiyet dağılımına ilişkin bulgular yapılan çalışmalar ve literatür bilgisi ile uyumludur (28, 34, 103-105). Sağlık Bakanlığının yayınladığı istatistiklere göre kolorektal kanserler, ülkemizde kadınlarda ikinci, erkeklerde üçüncü sıklıkta rastlanan kanser tipidir. Bağırsak kanseri batılı ülkelerde, erkek ve kadınlarda ölüm nedenleri arasında ikinci sırayı almakta, erkeklerde biraz daha fazla görülmesine karşın cinsiyet açısından önemli farklılıklar bulunmamaktadır (12, 14, 15).

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların %76.67'sinin, kontrol grubundaki hastaların ise %80'inin evli olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Stoma açılması 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 yapılan çalışmalar ve literatür bilgisi ile birbirini destekler niteliktedir (34, 104-106).

Araştırma kapsamındaki hastaların çalışma durumlarına bakıldığında; deney ve kontrol grubundaki hastaların %16.67'sinin çalıştığı, %83.33'ünün çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Çalışmayan hasta oranının yüksek olmasının nedeni, kadın hastaların çoğunun ev kadını olması ve büyük oranda emeklilik yaşında olmasıdır. Literatürde araştırmamızla benzer sonuçları içeren çalışmalar yer almaktadır (28, 32, 102, 107).

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların %13.33'ünün, kontrol grubundaki hastaların %6.67'sinin sigara kullandığı saptanmıştır (Tablo 3).

Danielsen ve Rosenberg (106) yapmış olduğu çalışmada; deney grubu hastalarının %8'inin, kontrol grubu hastalarının %12'sinin sigara kullandığını saptamışlardır. Arumugam ve arkadaşlarının (108) yapmış oldukları çalışmada stomalı hastaların %24.72'sinin sigara içmediğini saptamışlardır. Çalışmamızda sigara kullanma oranı literatüre göre daha az orandadır.

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların %93.33'ünün kronik bir hastalığı olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise %80'inin kronik bir hastalığı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Skeps ve arkadaşları (103) yapmış oldukları çalışmada stomalı hastaların %100'ünün kronik bir hastalığı olduğunu saptamışlardır. Danielsen ve Rosenberg (106) yapmış oldukları çalışmada deney grubundaki hastaların %32'sinin, kontrol grubundaki hastaların %56'sının kronik bir hastalığı olduğunu saptamışlardır. Jain ve arkadaşları (109) yapmış olduğu çalışmada ise; deney grubundaki hastaların %25.9'unun, kontrol grubundaki hastaların %31.5 kronik hastalığa sahip olduğunu, her iki grupta da en sık görülen kronik hastalığı demans, diyabetes mellitus ve tümör olduğunu bildirmişlerdir. Stoma açılan hastalar genellikle yaşlı bireyler oldukları için stoma dışında da kronik hastalıkları bulunmaktadır. Araştırmamızda her iki grupta da en sık görülen kronik hastalık hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabetes mellitus olarak saptanmıştır.

Deney grubundaki hastaların %63.33'ünün kontrol grubundaki hastaların ise %50'sinin daha önce ameliyat deneyimi yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4).

Mahjoubi ve arkadaşları (110) yapmış oldukları çalışmada hastaların %10'unun daha önce ameliyat olduğunu bulmuşlardır. Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların daha önce ameliyat olma durumu daha yüksek oranda bulunmuştur.

Deney grubundaki hastaların %33.33'üne rektum kanseri, %30'una kolon kanseri, %10'una ülseratif kolit, %6.67'sine sigmoid kanser, %6.67'sine anastomoz kaçağı, %3.33'üne anal kanal kanseri, %3.33'üne fekal inkontinans, %3.33'üne hirschsprung, %3.33'üne polipoziskoli nedeni ile tanısı konulduğu; kontrol grubundaki hastaların %70'ine rektum kanseri, %3.33'üne kolon kanseri, %6.67'sine ülseratif kolit, %10'una sigmoid kanser, %3.33'üne basınç yarası, %3.33'üne hirschsprung nedeni ile stoma açıldığı saptanmıştır (Tablo 4).

Danielsen ve Rosenberg (106) yapmış oldukları çalışmada deney grubundaki hastaların %72'sinin kanser, %12'sinin inflamatuvar bağırsak hastalığı ve %12'sine diğer nedenler ile, kontrol grubundaki hastaların %64'üne kanser, %24'üne inflamatuvar bağırsak hastalığı ve %12'sine diğer nedenler ile stoma açıldığını saptamışlardır. Anaraki ve arkadaşları (111) yapmış oldukları çalışmada %77.5 kanser, %8.8 ülseratif kolit, %2, Crohn hastalığı, %2 polip %2 nekroz, %6 diğer nedenlerle stoma açıldığını saptamışlardır. Nastro ve arkadaşları (112) yapmış oldukları çalışmada %47.7 kanser, %28.2 inflamatuvar bağırsak hastalığı, %12.7 divertikül, %6.7 fekal inkontinans, %5.6 travma ve %2.1 familial adenomatoz polipozis koli nedeni ile stoma açıldığını saptamışlardır. Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastalara kanser nedeni ile stoma açılması, literatürdeki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (106, 110-112).

5.2. Erken Dönem Stoma Komplikasyonları Etkileyebilecek Faktörler İle İlgili Bulguların Tartışması

Stoma cerrahisini takiben birçok komplikasyon görülebilmektedir. Stoma komplikasyonlarını sınıflandırma yöntemlerinden birinde; ameliyatı takip eden 30 gün içinde görülen komplikasyonlar erken dönem stoma komplikasyonu, 30 gün sonrasında görülen komplikasyonlar ise geç dönem stoma komplikasyonları olarak ele

alınmaktadır (4, 72-74). Erken dönem komplikasyonlar sızıntı, peristomal iritan dermatit, stoma/peristomal ağrı, kanama, stoma nekrozu, stenoz, retraksiyon, mukokütanöz ayrılma ve hiperplazidir (73, 76, 77).

Stomaya bağlı komplikasyonları arttıran faktörler; stomanın tipi, vücut kitle indeksinin fazla olması, ileri yaş, acil cerrahi uygulanması, inflamatuvar bağırsak hastalığının olması, geçirilmiş ameliyatlara, uygulanan tedaviler gibi bireye ait faktörlerin yanı sıra, cerrahın deneyimi ve stomaterapi hemşiresinin olmaması gibi nedenlerle stoma komplikasyonları gelişebilmektedir (77).

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların %60'ında kolostomi, %40'ının ise ileostomi, kontrol grubundaki hastaların ise %63.33'ünde kolostomi, %36.67'sinde ileostomi olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Persson ve arkadaşlarının (34) yapmış olduğu çalışmada hastaların %68'ine kolostomi, %32'sine ileostomi açıldığını saptamışlardır. Nastro ve arkadaşlarının (112) yapmış oldukları çalışmada hastaların %53.2'sine kolostomi, %46.8'ine ileostomi açıldığını saptamışlardır. Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastalara açılan kolostomi ve ileostomi oranı çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (34, 112).

Stoma tipi ile komplikasyon görülme durumu arasında ilişki saptayan çalışmalar bulunmaktadır (28, 72, 77, 113, 114).

Parmar ve arkadaşlarının (113) yapmış oldukları çalışmada; kolostomili hastalarda görülen komplikasyon oranı daha fazla olduğu ve stoma türü ile stoma komplikasyonu görülme durumu arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Pittman ve arkadaşlarının (28) ileostomili bireylerin daha yüksek oranda cilt problemi ve sızıntı yaşadıklarını bildirmişlerdir. Nybaek ve arkadaşları (114) yapmış olduğu çalışmada ileostomili hastalarda daha fazla cilt iritasyonu görüldüğünü belirtmişlerdir. Cottam ve arkadaşlarının (77) yapmış olduğu çalışmada ileostomili hastalarda daha fazla komplikasyon görüldüğünü saptamıştır. Duchesne ve arkadaşlarının (72) yapmış oldukları çalışmada stoma tipi ile stoma komplikasyonu arasında ilişki saptamamıştır.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre; deney grubundaki hastalarda %50'sinde geçici stomanın, %50'sinin kalıcı stomanın olduğu; kontrol grubundaki hastalarda ise;

%46.67'sinin geçici stomanın, %56.67'sinin kalıcı stomanın olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Danielsen ve Rosenberg (106) yapmış oldukları çalışmada deney grubundaki hastaların %76'sında kalıcı, %24'üne geçici ve kontrol grubu hastalarda ise; %68'inin kalıcı, %32'sine geçici stoma açıldığını saptamışlardır. Anaraki ve arkadaşları (111) çalışmalarında hastaların %80.4'üne kalıcı, %19.6'sına geçici stoma açıldığını bildirmişlerdir. Formijne ve arkadaşları (115) yapmış oldukları çalışmada hastaların %51'ine geçici, %49'una kalıcı stoma açıldığını saptamışlardır. Yapılan çalışmalarda kalıcı stoma açılma oranı daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların stoma türü Formijne ve arkadaşlarının (115) yapmış olduğu çalışma ile benzer sonuçlar göstermektedir. Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların %30'unun ameliyat öncesi kemoterapi aldığı, %3.3'ünün ameliyat öncesi radyoterapi aldığı, kontrol grubundaki hastaların %20'sinin yalnız ameliyat öncesi kemoterapi aldığı, saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi radyoterapi almadığı saptanmıştır (Tablo 6).

Bulkley ve arkadaşları (116) hastaların ameliyat öncesi %43.7'sinin kemoterapi, %42'sinin radyoterapi aldığını saptamışlardır. Krouse ve arkadaşları (117) yaptıkları çalışmada ameliyat öncesi deney grubundaki hastaların %11.8'inin, kontrol grubundaki hastaların %4.9'unun kemoterapi aldığını, deney grubu hastalarının %13'ünün, kontrol grubu hastalarının %4.5'inin ameliyat öncesi radyoterapi aldığını bildirmişlerdir. Sideris ve arkadaşları (118) yaptıkları çalışmada hastaların %12.87'sinin ameliyat öncesi kemoterapi aldığı, %74.24'ünün ameliyat öncesi ve sonrası radyoterapi aldığını saptamışlardır. Skeps ve arkadaşları (103) çalışmalarında hastaların %60'ının kemoterapi aldığını, %49.70'inin radyoterapi aldığını bildirmişlerdir. Liu ve arkadaşları (119) yaptıkları çalışmalarında hastaların %35.2'sinin ameliyat öncesi kemoterapi, %35.6'sının radyoterapi tedavisi aldığını bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi kemoterapi ve radyoterapi tedavisi uygulanması değişik oranda görülmektedir. Ameliyat öncesi uygulanan tedavi tümörün boyu, yeri ile ilişkili olduğu için değişiklik göstermektedir. Araştırmada deney grubu hastalarından sadece bir tanesine radyoterapi uygulandığı, kontrol grubundaki hastaların hiçbirine radyoterapi tedavisi uygulanmadığı için araştırma verileri istatistiksel değerlendirme yapabilmek için yeterli bulunmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönem süresinde hastanede yatış süresi 16.00 ± 8.36 (min:6, max:45), ameliyat sonrası hastanede yatış süresi 10.67 ± 5.87 (min:5.00, max:30.00) gün olduğu saptanırken; kontrol grubundaki hastaların öncesi ve sonrası dönem süresinde hastanede yatış süresi 14.27 ± 4.59 (min:8, max:32), ameliyat sonrası hastanede yatış süresi 8.93 ± 3.50 (min:7.00, max:24.00) gün olarak saptanmıştır (Tablo 7).

Younis ve arkadaşları (120) yapmış oldukları çalışmada ameliyat öncesi ortalama 14 gün (min:7, max:25), ameliyat sonrası ortalama 8 gün (min:3, max:17) olarak bulmuşlardır. Formijne ve arkadaşları (115) yapmış oldukları çalışmada hastanede kalma süresini 12 gün (min:3, max:97) olarak bildirmişlerdir. OLeary ve arkadaşları (121) yapmış oldukları çalışmada LAR+Total mezenterik rezeksiyon yapılan hastalarda hastanede yatış süresini 19 ± 7 gün, rezeksiyon sonrası hastanede yatış süresini 12 ± 6 gün, HAR yapılan hastalarda hastanede yatış süresini 12 ± 5 gün, rezeksiyon sonrası hastanede yatış süresini 12 ± 5 gün olarak saptamışlardır. Araştırmada behçet tanısı olan, derin ven trombozu gelişmesi nedeni ile tedavisi uygulanan, fekal inkontinans nedeni ile stoma açılan ve basınç yarası nedeni ile tedavisine devam edilen ve yaşlılığa bağlı kronik hastalıkların tedavisi için hastanede kalan hastalar nedeni ile; hastanede toplam yatış günü fazla bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan hastaların hastanede yatış sürelerinin uzun olması, hastaların stoma bakımı konusunda daha fazla eğitim ve uygulama yapma avantajı sağlamıştır. Araştırma kapsamındaki kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası yatış günü Younis ve arkadaşlarının (120) yaptığı çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların VKİ'lerinin 25.46 ± 4.25 (min:16.67, max:37.24) olduğu saptanırken; kontrol grubundaki hastaların VKİ'lerinin 25.28 ± 5.00 (min:17.15, max:37.35) olarak saptanmıştır. Hastaların %46.7'sinin zayıf, %50'sinin normal kiloda olduğu ve %3.3'ünün kilolu olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Maneesin ve arkadaşlarının (105) yapmış olduğu çalışmada hastaların %9.5'ini zayıf, %64.8'ini normal, %25.7'sini kilolu olarak bulmuşlardır. Pittman (2011) yapmış olduğu çalışmada hastaların %9'u zayıf, %46'sı normal kiloda, %23'ü hafif obez, %10'u obez olarak saptamıştır. Maneesin ve arkadaşlarının (105) ve Pittman (85)

yapmış oldukları çalışmada kilolu hasta sayısı araştırmadaki hasta sayısından daha fazladır.

Literatürde VKİ ile stoma komplikasyonu gelişmesi arasında ilişki saptayan çalışmalar bulunmaktadır (77, 103, 108, 110, 113, 114, 122). Yapılan bu çalışmalarda VKİ yüksek hasta sayısı daha fazla bulunmakla birlikte acil stoma cerrahisi geçiren hastalarda araştırma kapsamına dahil edildiği için VKİ ile stoma komplikasyonu arasında ilişki saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların VKİ'lerinin düşük olması ve acil stoma cerrahisi ameliyatı geçiren hastalar dahil edilmediği için VKİ ile komplikasyon arasında ilişki saptanmamıştır.

4.3. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Durumluk -Sürekli Kaygı Düzeyi ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ile İlişkili Bulguları

Pek çok hastada, ameliyat öncesi farklı düzeyde kaygı ve korku görülmektedir. Ameliyat olacak hastaların %60-80'inde ameliyat öncesi kaygı bildirilmiştir (123). Kaygı ve korku anestezi tipine bağlı olabildiği gibi, hastanın önceki deneyimlerine, kişilik özelliklerine, cerrahi girişime bağlı endişelere ve ameliyat sonrası dönemdeki beklenen ağrıya da bağlı olabilir (124). Hastaların anksiyete düzeyleri ise; daha önceki deneyimleri, hastaneye geliş şekilleri, cinsiyetleri, yaşları ve geçireceği ameliyatın tipi gibi çok çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir.

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların ameliyat öncesi durumluk kaygı puan ortalaması 37.10 ± 3.57 (min:34.00, max:53.00), ameliyat öncesi sürekli kaygı puan ortalaması 37.00 ± 2.00 (min:34.00,max:43.00), ameliyattan 6 ay sonra durumluk kaygı puan ortalaması 37.17 ± 5.38 (min:31.00, max:48), 6 ay sonraki sürekli kaygı puan ortalaması 39.73 ± 5.02 (min:34.00, max:50.00) olduğu saptanırken; kontrol grubundaki hastaların ameliyat öncesi durumluk kaygı puan ortalaması 42.70 ± 2.02 (min:39.00, max:46.00), ameliyat öncesi sürekli kaygı puan ortalaması 47.83 ± 3.37 (min:40.00, max:51.00), ameliyattan 6 ay sonraki durumluk kaygı puan ortalaması 41.93 ± 3.02 (min:37.00, max:46.00), ameliyattan 6 ay sonraki sürekli kaygı puan ortalaması 48.00 ± 2.33 (min:48.00, max:52.00) olduğu saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen hastalarının ameliyat öncesi durumluk kaygı ve ameliyattan 6 ay sonraki durumluk-sürekli kaygı puanları kontrol grubundaki hastalarda, deney grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 9).

Cheung ve arkadaşlarının (125) yapmış oldukları çalışmada deney ve kontrol grubu hastalarına girişim uygulamadan önce durumluk anksiyete puanlarını; deney grubunda, ameliyat sonrası 54.65 ± 2.57 , ameliyattan 10 hafta sonra 31.27 ± 3.11 , kontrol grubu hastalarında ameliyat sonrası 51.03 ± 10.96 , ameliyattan 10 hafta sonra 42.83 ± 4.24 olduğunu bulmuşlardır. Beaver ve arkadaşları (126) yapmış oldukları çalışmada hastanede takip ettikleri hastaların durumluk kaygı puanını 29 ± 8.9 , sürekli kaygı düzeyini 35.9 ± 13.2 , telefonla takip ettikleri hastaların durumluk kaygı puanını 28.5 ± 8.1 , sürekli kaygı puanını 31.3 ± 10.8 olarak bulmuşlardır. Her iki grubun durumluk kaygı puanlarının izlem sırasında azaldığı belirlenmiştir. Sideris ve arkadaşlarının (118) yapmış oldukları çalışmada stomalı hastaların durumluk anksiyete puanlarını 36 (min:23, max:62) olarak bulmuşlardır. Araştırmadaki deney grubu hastalarının durumluk kaygı düzeyleri puanı Sideris ve arkadaşlarının (118) çalışması ile benzerlik göstermektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanlarında azalma saptanmamıştır. Kontrol grubundaki hastalarda ameliyat öncesi durumluk kaygı ve ameliyattan 6 ay sonraki durumluk-sürekli kaygı puanları, deney grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastalarda ameliyat öncesi ve ameliyattan 6 ay sonra KATZ günlük yaşam aktiviteleri indeksi puan ortalaması 17.10 ± 2.86 (min:6.00, max:18.00); kontrol grubu hastalarında 17.10 ± 2.11 (min:12.00, max:18.00) olarak saptanmıştır. Stoma açılması öncesi ve 6 ay sonrasında hastaların KATZ günlük yaşam aktiviteleri indeksi puanları deney ve kontrol grubundaki hastalarda aynı kalmıştır (Tablo 10).

Pittman (85) yapmış olduğu çalışmada hastaların %60'ının KATZ günlük yaşam aktivitesi indeksindeki tüm fonksiyonları bağımsız olarak gerçekleştirdiğini, %40'ının KATZ günlük yaşam aktivitesi indeksindeki bir fonksiyon ya da daha fazlasını gerçekleştirmede bağımlı olduğunu saptamıştır. Araştırmamızda deney grubu hastalarının %90'ının KATZ günlük yaşam aktivitesi indeksindeki tüm fonksiyonları bağımsız, %10'unun KATZ günlük yaşam aktivitesi indeksindeki bir fonksiyon ya da daha fazlasını gerçekleştirmede bağımlı olduğu, kontrol grubu hastalarının %83.3'ünün KATZ günlük yaşam aktivitesi indeksindeki tüm fonksiyonları bağımsız, %16.7'sinin KATZ günlük yaşam aktivitesi indeksindeki bir fonksiyon ya da daha fazlasını gerçekleştirmede bağımlı olduğu saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen

hastaların, Pittman (85) yapmış olduğu çalışmadaki hastalara göre, KATZ günlük yaşam aktivitesi indeksi puanı daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan kontrol grubundaki hastalarda, ameliyat öncesi ve ameliyattan 6 ay sonraki KATZ günlük yaşam aktiviteleri indeksi puanı, stoma bakımı başkası tarafından yapılan hastalarda; istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük görülmektedir ($p < 0.05$) (Tablo 11). Bu durum günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan hastaların, stoma bakımı konusunda da bağımlılık yaşamaları olarak açıklanabilir.

5.4. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği (UM-OYKÖ) ile İlişkili Bulguların Tartışması

Kolorektal ameliyat geçiren hastalarda stoma açılması, kişinin beden algısında önemli rol oynar ve yaşam kalitesini etkiler (127). Literatürde stomalı bireylerin yaşadıkları sorunlar ve ortaya çıkan komplikasyonların stoma fonksiyonlarını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (16, 20, 88, 89, 93, 94).

Araştırmadaki deney grubu ve kontrol grubu hastalarının 6 aydaki UM-OYKÖ toplam puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p < 0.05$) (Tablo 12-Tablo 13).

Literatürde yaşam kalitesi puanının zaman içerisinde arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (106, 128, 129, 107, 130, 131, 132). Araştırma sonuçlarımız literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Araştırmamızda her iki gruptaki hastalarda 3 ve 6 ayda UM-OYKÖ’nde en yüksek puanı fiziksel iyilik hali alt boyutunun, en düşük puanı manevi iyilik hali alt boyutunun aldığı saptanmıştır (Tablo 12-Tablo 13).

Literatürde yaşam kalitesi ölçeğinde fiziksel alt boyut puanını yüksek bulan çalışmalarda yer almaktadır (18, 78, 117, 130). Araştırmada 3 ve 6 ayda UM-OYKÖ’nde en düşük puanı manevi iyilik hali alt boyutunun alması Mohler ve arkadaşlarının (78) bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Ameliyat öncesi stoma yeri işaretlemesi yapmak düşük riskli bir uygulamadır. Stoma yeri işaretlemesi hasta hemşire arasında yakın ilişki kurulmasını ve ameliyat sonrası eğitimi daha başarılı olmasını sağlar. Literatürde stoma yeri işaretlemenin yaşam kalitesini artırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (18, 67).

Araştırmada deney grubu hastalarının ameliyat öncesi stoma yeri işaretlemesi yapılmış ve stoma ile ilgili eğitime ameliyat öncesi dönemde başlanmış ve ameliyat sonrası dönemde devam edilmiştir. Deney grubu hastalarının yaşam kalitesi toplam puanı; gruplar arası ikili karşılaştırmada 6 ayda yüksek saptanmıştır (Tablo 14). Bulgularımız literatür bilgilerini desteklemektedir. Literatürde ameliyat öncesi stoma yeri işaretlemesi yapılan hastaların yaşam kalitelerinin değişmediğini gösteren çalışmalarda yer almaktadır (133, 134).

Literatürde yaş ile yaşam kalitesi arasında pozitif anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (23, 105 109, 117, 135). Bunun yanı sıra literatürde yaş ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmayan çalışmalar da yer almaktadır (133, 136). Araştırmadaki deney ve kontrol grubu hastalarının yaş ile UM-OYKÖ arasında hücrelerdeki sayı dağılımı yetersiz olduğu için istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 15-Tablo 20). Literatürde araştırma sonuçlarımızı destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (27, 111, 118, 131, 136). Ayrıca literatürde cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptayan çalışmalarda yer almaktadır (42, 105, 117).

Araştırmada deney grubu hastalarının medeni durumu ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 16). Literatürde medeni durum ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptayan çalışmalar bulunmaktadır (105, 135). Baldwin ve arkadaşları (136) çalışmasında evli bireylerin yaşam kalitesinde manevi alt boyutunun boyutun daha yüksek olduğunu saptanmıştır. Lucas Sideris ve arkadaşlarının (118) yapmış oldukları çalışmada medeni durum ile yaşam kalitesi arasında fark saptanmamıştır. Araştırma bulgusu, Sideris ve arkadaşlarının (118) yaptığı çalışma bulgusunu birbirini destekler niteliktedir.

Araştırmada kontrol grubu hastalarında var olan kronik hastalık ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 21). Bu gruptaki hastaların kronik hastalığa sahip olma ile 3.aydaki UM-OYKÖ'nin manevi iyilik hali alt boyutu puanı kronik hastalığa sahip olan hastalarda anlamlı derecede düşük görülmektedir ($p<0.05$). Jain ve arkadaşlarının (109) yapmış oldukları çalışmada kronik hastalığı olan hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğunu saptamışlardır. Krouse ve

arkadaşlarının (117) yapmış oldukları çalışmada kronik hastalık ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Stomaya eşlik eden ek hastalık arttıkça, yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Araştırma bulgusu, Jain ve arkadaşlarının (109) ve Krouse ve arkadaşlarının (117) yapmış oldukları çalışma bulgusunu destekler niteliktedir.

Araştırmada kontrol grubu hastalarının stoma tipi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 22). Bu gruptaki hastaların 6 aydaki UM-OYKÖ' nin psikolojik iyilik hali puanı kolostomili hastalarda anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Deney grubundaki hastalarda stoma tipi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 17). Gooszen ve arkadaşlarının (42), Baldwin ve arkadaşlarının (136) yapmış oldukları çalışmada stoma tipi ile yaşam kalitesi arasında fark saptamamışlardır. Deney grubundaki hastalardan elde edilen bulgular, Gooszen ve arkadaşlarının (42), Baldwin ve arkadaşlarının (136) yaptığı araştırma bulgularını destekler niteliktedir. Ma arkadaşlarının (23) yapmış olduğu çalışmada stoma tipi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastalardan elde edilen bulgular, Ma arkadaşlarının (23) yaptığı çalışma bulgusunu destekler niteliktedir.

Araştırmada deney ve kontrol grubu hastalarının stoma türü ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 18-Tablo 23). Smith ve arkadaşlarının (137) kalıcı stoması olan hastaların yaşam kalitelerinin, geçici stoması olanlara göre yüksek olduğunu saptamıştır. Çalışmada kalıcı stomalı hastaların, duruma alışmasının daha hızlı ve kolay olduğunu bildirilmiştir. Thomas Yau ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarında stomanın geçici ya da kalıcı olma durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Araştırmadaki kontrol ve deney grubu hastalarından elde edilen bulgular, Yau ve arkadaşlarının (138) yaptığı çalışma bulgusunu destekler niteliktedir.

Araştırmada deney (Tablo 19) ve kontrol (Tablo 24) grubu hastalarının stoma bakımını yapabilme durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların stoma bakımını; başkası yapma durumuna göre 3. aydaki ve 6. aydaki ölçek fiziksel alt boyutu puanı; stoma bakımını kendi yapan ve stoma bakımı için yardım alan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların stoma bakımını başkası yapma durumuna göre; 6. aydaki ölçek manevi iyilik hali alt boyutu puanı; stoma bakımını

kendi yapan ve stoma bakımı için yardım alan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmadaki deney grubu hastalarının stoma bakımını kendi başına gerçekleştiremeyen bireylerde fiziksel alt boyut puanının yüksek olması bu alt boyutta yer alan ağrı, yorgunluk, fiziksel ishal sızıntı durumu ile ilişkili olması ile açıklanabilir. Hayatlarını değiştiren olaylar sırasında insanlar genellikle rahatlık, umut ve stresten kurtulma için maneviyata yönelirler. Maneviyat, hastalık zamanlarında bireyin “kendini” tanımlamasına yardımcı olabilir. Bir kişinin yüksek olarak algıladığı birisiyle ya da tanrıyla kişisel ilişkisi destek sağlayabilir ve pozitif sonuç için bir umut kaynağı olabilir (139).

4.5. Erken Dönem Stoma Komplikasyonu ile İlgili Bulguların Tartışması

Stoma cerrahisi sonrasında oluşan komplikasyonlar birçok kişi için önemli bir problem oluşturmaktadır. Literatürde stoma komplikasyonu ile ilişkili birçok çalışma bulunmaktadır. Çalışmaların çoğunun retrospektif ve izlem süresinin farklı olması, stoma ile ilişkili komplikasyonların tanımlanmasındaki farklılıklar nedeni ile; stoma komplikasyon oranları farklılık göstermektedir (34, 77, 108, 110, 112, 113). Stoma komplikasyonları stomal, peristomal, erken, geç, fiziksel yada psikolojik olarak sınıflandırılmasına rağmen, komplikasyon görülmesi birçok kişi için önemli bir problemdir. Fiziksel stoma komplikasyonları stoma ve peristomal ciltte değişikliğe neden olabilir (77). Fiziksel stoma komplikasyonları sızıntı, peristomal iritan dermatit, ağrı, kanama, stomal nekroz, stomal stenoz, retraksiyon, mukokütanöz ayrılma ve hiperplaziyi içermektedir. Fiziksel komplikasyonlar kişinin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (78). Tartışmanın bu kısmında erken dönem stoma komplikasyonlarından dokuz tanesinin görülme durumu üzerinde durulmuştur.

Yara Ostomi İnkontinans Hemşireler Derneği stoma yeri işaretlemenin komplikasyon oranını azalttığı ve kişisel bakımı artırdığını iyi uygulamalar rehberinde yayınlamıştır (140). Amerikan Cerrahlar Birliği ve Yara Ostomi İnkontinans Hemşireler Derneği stoma cerrahisi geçirecek olan hastaların ameliyat öncesi stoma hemşiresi ya da kolorektal cerrah tarafından stoma yerinin işaretlenmesini önermektedir. Kanıt düzeyi II a olarak yer almaktadır (48).

Literatürde stoma yeri işaretleme ve stoma komplikasyonu arasında anlamlı ilişki tanımlayan çalışmalar bulunmaktadır (28, 67, 73, 74, 34, 112). Arumugam ve arkadaşları (108) ameliyat öncesi stoma yeri işaretleme ve stoma komplikasyonu gelişme arasında ilişki saptamamıştır.

Araştırmada deney grubu hastalarına ameliyat öncesi stoma yeri işaretlemesi yapılmıştır. Elde edilen bulgular, Arumugam ve arkadaşlarının (108) yaptıkları çalışma bulgusunu destekler niteliktedir (Tablo 25).

Literatürde yaş ile stoma komplikasyonu gelişme arasında ilişki bulan çalışmalar bulunmaktadır. Yedi çalışma yaş arttıkça stoma komplikasyonu riskinin arttığını bildirmektedir (28, 73,77, 110, 122, 141, 142). Mahjoubi ve arkadaşları (110) yaptıkları çalışmada genç hastalarda yaşlılara göre kanama, peristomal iritan dermatit, psikososyal problemlerin daha fazla olduğunu saptamışlardır. Pittman ve arkadaşları (28) çalışmalarında genç hastaların cilt iritasyonu, sızıntı ve adaptasyon problemini daha fazla yaşadığını bildirmiştir. Cottam ve arkadaşlarının (77) yaptıkları çalışmada genç hastalarda erken dönem komplikasyonların daha az görüldüğünü bildirmişlerdir. Literatürde yaş ile erken dönem stoma komplikasyonu görülmesi arasında ilişki saptamayan çalışmalarda yer almaktadır (108, 114, 119).

Araştırmadan elde edilen bulgular, Liu ve arkadaşlarının (119) Nybaek ve arkadaşlarının (114) ve Arumugam ve arkadaşlarının (108) yaptıkları çalışma bulgusunu destekler niteliktedir (Tablo 26).

Literatürde cinsiyet ile stoma komplikasyonu arasında ilişki saptayan çalışmalar bulunmaktadır (77, 113, 122). Bu çalışmaların yanı sıra literatürde cinsiyet ile stoma komplikasyonu arasında ilişki saptamayan çalışmalarda yer almaktadır (28, 72, 114).

Araştırmadan elde edilen bulgular, Pittman ve arkadaşlarının (28), Duchesne ve arkadaşlarının (72) ve Nybaek ve arkadaşlarının (114) yaptıkları çalışma bulgusunu destekler niteliktedir (Tablo 27).

İleostomiden gelen içerik daha sıvı, daha fazla sindirim enzimi içerdiği için cildi daha fazla tahriş etmekte ve kolostomiye oranla daha fazla cilt problemi görülmektedir. Sızıntıyı önlemek ve adaptör sistemini yerinde tutmada stomadan gelen içeriğin miktarı önemli bir faktördür (74). İleostominin kolostomiye göre daha yüksek

oranda komplikasyona sahip olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (28, 73, 77, 141, 109, 143, 144). Literatürde stoma tipi ile stoma komplikasyonu arasında ilişki saptamayan çalışmalar da yer almaktadır (60, 72, 108).

Araştırmadan elde edilen bulgular, (60, 72, 108) yaptıkları çalışma bulgusunu destekler niteliktedir (Tablo 28).

Literatürde VKİ ile stoma ile ilişkili komplikasyon arasında anlamlı ilişki saptayan çalışmalar bulunmaktadır (28, 72, 77, 103, 108, 110, 113, 114, 122, 145, 146).

Salvadale (147) çalışmasında VKİ ile erken dönem stoma komplikasyonları arasında ilişki saptamamıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular Salvadale (147) çalışması ile benzerlik göstermektedir (Tablo 29).

Araştırmada ağrı komplikasyonu %6.7 saptanmıştır. Mahjoubi ve arkadaşlarının (110) çalışmalarında stomal ağrıyı %6.36 olarak saptamıştır. Araştırma bulgusu Mahjoubi ve arkadaşlarının (110) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgularda ağrı komplikasyonu görülen hastaların VKİ değeri, anlamlı derecede daha yüksek görülmektedir ($p<0.05$). VKİ ile ağrı komplikasyonu arasında ilişki saptayan çalışma bulunamamıştır.

Mahjoubi ve arkadaşlarının (110) yaptıkları çalışmada VKİ 30-40 kg/m² ve > 25 kg/m² olan hastalarda peristomal herni ve erken cilt iritasyonunu 3 kat daha fazla bulmuşlardır. Parmar ve arkadaşlarının (113) yaptıkları çalışmada; VKİ yüksek olan hastalarda komplikasyon oranı fazla bulunmuştur.

Araştırmada kontrol grubundaki hastaların VKİ'leri arttıkça komplikasyon sayısının arttığı saptanmıştır (Tablo 30). Araştırmadan elde edilen bulgular Mahjoubi ve arkadaşlarının (110) ve Parmar ve arkadaşlarının (113) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Erken dönem stoma komplikasyonları stoma ile yaşayan kişinin yaşam kalitesini etkilemektedir (81). Nybaek ve arkadaşlarının (114), Pitman ve arkadaşlarının (28) çalışmalarında peristomal cilt komplikasyonu sadece sık görülen bir komplikasyon olarak değil; aynı zamanda yaşam kalitesini etkileyen bir stres kaynağı olduğunu bildirmişlerdir. Younberg (134) çalışmasında stoma

komplkasyonlarının yaşam kalitesini azalttığını saptamıştır. Maneesin ve arkadaşlarının (105) alışmalarında peristomal cilt problemleri ile yaşam kalitesi arasında fark saptamamıştır.

Araştırmaya dahil edilen hastaların erken dönem stoma komplkasyonu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 31). Araştırmadan elde edilen bulgular Maneesin ve arkadaşlarının (105) alışması ile benzer özellik göstermektedir.

BÖLÜM VI

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6. 1. Sonuç

Ameliyat öncesi stoma yeri işaretlemenin erken dönem stoma komplikasyonlarına ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla planlanmış deneysel çalışmanın sonucunda elde edilen veriler incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı;

Araştırma kapsamına alınan gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu, alkol ve sigara kullanma durumu, ameliyat olma durumu stoma türü, stoma tipi, ameliyat öncesi kemoterapi alma durumu ve vücut kitle indeksleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hastaları arasında ameliyat öncesi durumluk-sürekli kaygı ve ameliyattan 6 ay sonraki durumluk-sürekli kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Deney ve kontrol grubu hastaları arasında ameliyat öncesi Katz günlük yaşam aktiviteleri indeks puanı ve ameliyattan 6 ay sonraki Katz günlük yaşam aktiviteleri indeks puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemektedir ($p>0.05$).

Kontrol grubu hastalarının ameliyat öncesi ve ameliyattan 6. ay sonraki Katz günlük yaşam aktiviteleri indeks puanı, stoma bakımı başkası tarafından yapılan hastalarda; istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p< 0.05$).

Deney grubu hastalarının ameliyat sonrası 3. ve 6. ay UM-OYKÖ fiziksel iyilik hali, sosyal kaygı alt boyutu ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmektedir ($p<0.05$).

Kontrol grubu hastalarının ameliyat sonrası 3. ve 6. ay UM-OYKÖ fiziksel iyilik hali, psikolojik iyilik hali, manevi iyilik hali alt boyut puanları ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmektedir ($p<0.05$).

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hastaları arasında 3. ayda UM-OYKÖ fiziksel iyilik hali, psikolojik iyilik hali alt boyutu ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemektedir ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubu hastaları arasında 6. ayda UM-OYKÖ fiziksel iyilik hali, psikolojik iyilik hali alt boyut ve ölçek toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmektedir ($p<0.05$).

Deney grubu hastalarının cinsiyet, medeni durum, stoma tipi, stoma türü ile 3. ay ve 6. ay UM-OYKÖ puanı arasında fark görülmemektedir ($p>0.05$).

Deney grubu hastalarının stoma bakımını yapabilme durumu ile 3. ay ve 6. ay UM-OYKÖ fiziksel alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmektedir ($p<0.05$).

Kontrol grubu hastalarının cinsiyet, stoma türü ile 3. ay ve 6. ay UM-OYKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemektedir ($p>0.05$).

Kontrol grubu hastalarının kronik hastalığa sahip olma durumu, stoma tipi ve stoma bakımını yapabilme durumu ile 3. ay ve 6. ay UM-OYKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmektedir ($p<0.05$).

Deney ve kontrol grubu hastalarının, erken dönem stoma komplikasyonu görülme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya dahil edilen hastaların yaş ile erken dönem stoma komplikasyonu arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya dahil edilen hastaların cinsiyetleri, stoma tipi ile erken dönem stoma komplikasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya dahil hastaların VKİ ile edilen ve erken dönem stoma komplikasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Deney ve kontrol grubu hastaların VKİ'leri ile erken dönem stoma komplikasyonu görülme durumu arasındaki anlamlı bir ilişki görülmemektedir. Kontrol grubundaki hastaların VKİ'leri arttıkça komplikasyon sayısının arttığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmaya dahil edilen hastaların komplikasyon değerlendirme formundan aldıkları puan ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Ameliyat öncesi stoma yeri işaretlemesi, hasta ve stomaterapi hemşiresi arasında yakın ilişki kurulmasını ve ameliyat sonrası eğitimin daha başarılı olmasını sağladığı için stomaterapi hemşiresi tarafından ameliyat öncesi stoma yerinin işaretlenmesi
- Stomalı hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra erken ve geç dönem komplikasyonlar açısından değerlendirilmesi
- Stoma, peristomal komplikasyonlar, yaşam kalitesini olumsuz etkilediği için stomalı hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi
- Stomalı hastaların taburcu olduktan sonra ilk ay ev ziyaretleri ile değerlendirilmesi
- Ameliyat öncesi stoma yeri işaretlemenin yaşam kalitesi ve stoma komplikasyonları üzerine etkisini değerlendirecek daha büyük örneklem ve çok merkezli çalışmaların yapılması önerilmektedir.

BÖLÜM VII

7. KAYNAKLAR

1. Karadağ A. Barsak Stoması Açılan Hastalarda Hemşirelik Bakımı, Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi 2004; 14: 26-31.
2. Hanson KA Quallich S Assessment of Elimination. Ed: Black JM, Hawks JH in: Medical Surgical Nursing Eighth Saunders Elsevier, 2009;653-660.
3. Potter AP, Perry GA. Bowel Diversions, Fundamentals of Nursing. Canada: Elsevier Mosby,6. Edition, 2005;1373-1419.
4. Kapan M, Girgin S, Keleş C, Önder A, Gümüş M. Kolorektal Cerrahide Ostomi Uygulamaları, Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol 2010; 17 (2) :94-106.
5. Birol L.Hemşirelik Süreci, İzmir; Etki Matbaacılık,2005; 10- 23.
6. Demir F. Gastrointestinal Stomalar, Eds: Karadakovan A Eti Aslan F, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, I. Basım Nobel Kitabevi, Ankara 2010;751-771.
7. Ayaz S. Stomalı Bireylerde Hemşirenin Rolü, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27:86- 90.
8. Zhang JE, Wong FKY, You LM, Zheng MC. A Qualitative Study Exploring The Nurse Telephone Follow-Up of Patients Returning Home with a Colostomy, Journal of Clinical Nursing 2011; 21:1407–1415.
9. Ohlsson-Nevo E, Andershed B, Nilsson U, Anderze'n-Carlsson A. (2012). Life is Back to Normal and Yet Not – Partners' and Patient's Experiences of Life of the First Year After Colorectal Cancer Surgery, Journal of Clinical Nursing 2012;21(3-4):555-63.
10. GLOBACAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevelence Worldwide 2012 (Internet). 2014 (updated 2014 August 10). Available from: <http://globocan.iarc.fr/>.

11. Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the Cancer Incidence and Mortality in Europe in 2006, *Annals of Oncology* 2007; 18: 581–592.
12. Colorectal Cancer Facts & Figures is a publication of the American Cancer Society, Atlanta, Georgia (Internet). 2014 (updated 2014 August 10) Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/documents/document/acspc-042280.pdf>.
13. Kingsley L, Simmons JA, Smith KA, Bobb L, Liles LM. Adjustment to Colostomy: Stoma Acceptance, Stoma Care Self-Efficacy and Interpersonal Relationships, *Journals of Advance Nursing* 2007; 627-635.
14. United States Cancer Statistics: 1999–2011 Incidence and Mortality Web-Based Report. Atlanta (GA): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, and National Cancer Institute; 2014. (Internet). 2014 (updated 2014 August 10). Available from: <http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/statistics/index.htm/>.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (İnternet) 2012 (Erişim tarihi 10 Şubat 2013) Erişim: <http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglikistatistikleri/>.
16. Yaşan A, Ünal S, Gedik E, Girgin S. Kalıcı ve Geçici Ostomi Yapılmış Kişilerde Yaşam Kalitesinde Değişim Depresyon ve Anksiyete, *Anatolian Journal of Psychiatry* 2008; 9:162-8.
17. De la Quintana Jiménez P, Pastor Juan C, Prados Herrero I, Pérez López C, González Fuentes M, de Mena Casaseca C, et al. A Prospective, Longitudinal, Multicenter, Cohort Quality-of-Life Evaluation of an Intensive Follow-Up Program for Patients with a Stoma, *Ostomy Wound Manage* 2010; 56(5):44-52.
18. Mahjoubi B, Goodarzi KK, Mohammad-Sadeghi H. Quality of Life in Stoma Patients: Appropriate and Inappropriate Stoma Sites. *World J Surg* 2010; 34:147–152.
19. Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ. Quality of Life in Ostomy Patients: A Qualitative Study, Patient Preference and Adherence 2011; 5: 1–5.

20. Altuntas YE, Kement M, Gezen C, Eker HH, Aydin H, Sahin F et al. The Role of Group Education on Quality of Life in Patients with a Stoma, *European Journal of Cancer Care* 2012; 1-6.
21. Li CC, Rew L, Hwang SL. The Relationship Between Spiritual Well-Being and Psychosocial Adjustment in Taiwanese Patients with Colorectal Cancer and a Colostomy, *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2012; 39(2):161-169.
22. Brown H, Randle J. Living with a Stoma: A Review of the Literature, *J Clin Nurs* 2005; 14:74-81.
23. Ma N, Harvey J, Stewart J, Andrews L, Hill AG. The Effect of Age on The Quality of Life of Patients Living with Stomas: A Pilot Study. *ANZ J. Surg* 2007;77: 883–885.
24. Karadağ A. Stomalı Bireylerde Gelişebilecek Komplikasyonlar, XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Dergisi 2009;2: 148-149.
25. Rolstad BS, Erwin-Toth P. Peristomal Skin Complications: Prevention and Management, *Ostomy/Wound Manage* 2004; 50(9):68–77.
26. Toth PE, Thompson SJ, Davis JS. Factors Impacting the Quality of Life of People with an Ostomy in North America, *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2012; 39 (4) 1-6.
27. Ratliff C, Scarano K, Donovan A. Descriptive Study of Peristomal Complications, *Journal Wound Ostomy Continence Nursing* 2005; 32(1): 33-37.
28. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C et al. Demographic and Clinical Factors Related to Ostomy Complications and Quality of Life in Veterans with and Ostomy, *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2008;35(5): 493- 503.
29. Karadağ A, Baykara Z, Cihan R. Kompleks Bir Stomanın Bakımı, *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi* 2008; 138- 141.
30. Türk Hemşireler Derneği Web Sitesi (İnternet). (Erişim Tarihi 10 Şubat 2012) Erişim: <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/hemsirelik-yonetmeligi.aspx/>.
31. Black P. Practical Stoma Care, *Nursing Standard* 2000; 14(41): 47-53.

32. Tarı Ö. Abdominal Stomalı Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2011; İstanbul.
33. Black P. Psychological, Sexual and Cultural Issues for Patients With a Stoma, British Journal of Nursing 2004;13(12): 692-697.
34. Person B, Ifargan R, Lachter J, Duek SD, Kluger Y, Assalia A. The Impact of Preoperative Stoma Site Marking on the Incidence of Complications, Quality of Life, and Patient's Independence. Dis Colon Rectum 2012;55:783-7.
35. Colwell JC, Gray M. Does Preoperative Teaching and Stoma Site Marking Affect Surgical Outcomes in Patients Undergoing Ostomy Surgery?, J Wound Ostomy Continence Nurs 2007;34(5):492-496.
36. Registered Nurses' Association of Ontario. Ostomy Care and Management. Toronto, Canada, 2009; 1-115.
37. Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). Management of the Patient with a Fecal Ostomy: Best Practice Guideline for Clinicians. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN) 2010; 596-598.
38. Marguis P, Marrel A, Jambon B. Quality of Life in Patients with Stomas: The Montreux Study, Ostomy Wound Manage 2003;49: 48-55.
39. Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu 2012; 2-4.
40. Nordin K, Pahlman L, Larsson K, Sundberg-Hjelm M, Loof L. Health-Related Quality of Life and Psychological Distress in A Population-Based Sample of Swedish Patients with Inflammatory Bowel Disease, Scand J Gastroenterol 2002;37: 450-7.
41. Karadağ A, Öztürk D, Çelik B. Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması, Kolon Rektum Hast Derg 2011;21: 173-181.
42. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, Lagaay MB, Gooszen HG. Quality of Life with a Temporary Stoma: Ileostomy vs. Colostomy. Disease of the Colon& Rectum 2000; 43(5):650- 655.

43. Pittman J, Kozell K, Gray M. Should WOC Nurses Measure Health-Related Quality of Life in Patients Undergoing Intestinal Ostomy Surgery?, J Wound Ostomy Continence Nurses 2009;36(3): 254- 265.
44. Erol F, Vural F. Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliği. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2012;3: 1-14.
45. Argüden Y. Yaşam Kalitesi, Önce Kalite Dergisi 2008;12-14.
46. Sözlük Dergisi Cerrahi Hemşireliği Terimleri Ed: Yakıncı C. Cilt 2 Sayı 1; 32.sayfa 2010.
47. Tıp Terimleri Sözlüğü (İnternet). 2012 (Erişim tarihi 10 Ağustos 2012) Erişim: <http://www.tipterimlerisozlugu.com/>
48. American Society of Colon and Rectal Surgeons Committee Members & Wound Ostomy and Continence Nurses Society Committee Members. ASCRS and WOCN Joint Position Statement on The Value of Preoperative Stoma Marking for Patients Undergoing Fecal Ostomy Surgery. American Society of Colon and Rectal Surgeons Committee Members; Wound Ostomy Continence Nurses Society Committee Members J Wound Ostomy Continence Nurs 2007;34(6):627-8.
49. AUA and WOCN Society Joint Position Statement on the Value of Preoperative Stoma Marking for Patients Undergoing Creation of an Incontinent Urostomy J Wound Ostomy Continence Nurs 2009;36(3):267-8.
50. Erkoç EU, Alabaz Ö, Karadağ A. Stoma. Eds; Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D, Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, 1.Baskı, İstanbul, 2003;309-329
51. Smith C E, Gastrointestinal Surgery. In: Alexander's. Surgery Rothrock J C editör. USA: Elsevier Mosby, 2011; 295-356.
52. Kadner IJ, Fleshman J, Read T. Colon, Rektum and Anus, Schwartz's Principles of Surgery 2004;7(2): 1265-1290.
53. Baykara ZG. Stoma Bakım Hemşireliğinin Gelişimi, Ostomi Dergisi 2008; 1 (2): 5-10.
54. Karadağ A. Stoma Bakım Hemşiresi, Ulusal Cerrahi Dergisi 2010; 26: 52-53.

55. Oshea H. Teaching the Adult Ostomy Patient, *Journal Wound Ostomy and Continence Nursing* 2001; 28(1): 47-54.
56. İleostomi ve Kolostomi ile Yaşam Erişim: <http://www.yoihd.org.tr/sayfa.aspx?id=80> Erişim Tarihi: 10.11.2012.
57. Millan M, Tegido M, Biondo S, Garcí'a-Granero E. Preoperative Stoma Siting and Education by Stomatherapists of Colorectal Cancer Patients: A Descriptive Study in Twelve Spanish Colorectal Surgical Units, *The Association of Coloproctology of Great Britain And Ireland Colorectal Disease* 2009; 12: 88–92.
58. Rutledge M, Thompson MJ, Boyd C. Effective Stoma Siting Nursing Standard 2003;18 (12): 43-44.
59. Banks BN, Razor B. Preoperative Stoma Site Assessment and Marking, *AJN* 2003; 103:3: 64-68.
60. Robertson I, Leung E, Hughes D, Spiers M, Donnelly L, Mackenzie I. et al. Prospective Analysis of Stoma Related Complications. *Colorectal Disease* 2005; 7: 279-285.
61. Taylan S. Stoma Yerinin Tayini, 2. Çukurova Kolo-Proktoloji ve Stoma -Terapi Sempozyumu Özet Kitabı Adana 2005; 136-137.
62. Lewis VP. Basics of Ostomy Care, *Medsurg Nursing* 2008;15(4): 199-202.
63. Cataldo PA. Technical Tips for Stoma Creation in the Challenging Patient, *Clin Colon Rectal Surg* 2008;21: 17–22.
64. Özbayır T, Tuna Malak A, Bektaş M, Özcan İlce A, Oyur Çelik G. Information Needs of Patients with Meningiomas, *Asian Pacific J Cancer Prev* 2011; 12: 1-3.
65. Connor G. Discharge Planning in Rehabilitation Following Surgery for a Stoma, *British Journal of Nursing* 2003; 12(13): 800-807.
66. Taylan S. Postoperatif Stoma Bakımı, 3.Çukurova Kolo-Proktoloji ve Stoma -Terapi Sempozyumu Özet Kitabı Adana 2007;73.
67. Gulbinienė J, Markelis R, Tamelis A, Saladzinskis Z. The Impact of Stoma Siting and Stoma Care Education on Patient's Quality of Life, *Medicina (Kaunas)* 2004; 40 (11) :1045-53.
68. Crawford D, Texter T, Hurt K, Vanaelst R, Glaza L, Laan Vander KJ. Traditional Nurse Instruction Versus 2 Session Nurse Instruction Plus

- DVD for Teaching Ostomy Care. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2012; 39(5): 29-537.
69. Chaudhri S, Brown L, Hassan I, Horgan AF. Preoperative Intensive, Community-Based vs. Traditional Stoma Education: A Randomized, Controlled Trial, *Dis Colon Rectum* 2005;48(3):504-509.
 70. Haugen V, Bliss DZ, Savik K. Perioperative Factors That Affect Long-Term Adjustment to an Incontinent Ostomy, *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2006; 33(5):525-535.
 71. Deitz BD, Gates J. Basic Ostomy Management 2010;2: 62-63.
 72. Duchesne, JC, Wang, YZ, Weintraub SL, Boyle M, Hunt JP. Stoma Complications a Multivariate Analysis. *American Surgeon* 2002; 68: 961-66.
 73. Park JJ, Del Pino A, Orsay CP, Nelson RL, Pearl RK, Cintron JR et al. Stoma Complications: The Cook County Hospital Experience. *Dis Colon Rectum* 1999;42: 1575-80.
 74. Bass EM, Del Pino A, Tan A, Pearl RK, Orsay CP, Abcarian H. Does Preoperative Stoma Marking and Education by the Enterostomal Therapist Affect Outcome, *Disease of the Colon & Rectum* 1997;40: 440-442.
 75. Colwell JC. Stomal and Peristomal Complications, Eds: Cowell JC, Goldberg MR, Carmel JE., *Fecal & Urinary Diversions: Management Principles*. St. Louis, Mo.: Mosby, 2004;308–325,
 76. Ratliff C, Scarano K, Donovan A. Descriptive Study of Peristomal Complications, *Journal Wound Ostomy Continence Nursing* 2005; 32: 33-37.
 77. Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of a Nationwide Prospective Audit of Stoma Complications within 3 Weeks of Surgery, *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland Colorectal Disease* 2007; 9: 834-838.
 78. Mohler MJ, Coons SJ, Hornbrook MC, Herrinton LJ, Wendel CS, Grant M et. al. The Health-Related Quality of Life in Long-Term Colorectal Cancer Survivors Study: Objectives, Methods and Patient Sample. *Curr Med Res Opin* 2008;24: 2059-70.

79. Richbourg L, Thorpe JM, Rapp CG. Difficulties Experienced by the Ostomate After Hospital Discharge, J Wound Ostomy Continence Nurs 2007;34(1):70-79.
80. Vujnovich A. Pre and Post-operative Assessment of Patients with a Stoma, Nursing Standard 2008;22 (19): 50-56.
81. Butler DL. Early Postoperative Complications Following Ostomy Surgery, A Review J Wound Ostomy Continence Nurs 2009; 36(5):513-519.
82. Vural F. Stomalı Hastalarda Yaşam Kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu 2012;33-8.
83. Doughty D. Principles of Ostomy Management in the Oncology Patient, Journal of Supportive Oncology 2005; 3(1): 59-69.
84. Jordan RS, Burns JL Understanding Stoma Complications. Wound Care Advisor 2013; 2: 20-24.
85. Pittman J. Characteristics of the Patient With an Ostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs 2011;38: 271-79.
86. Doughty D. Kompleks Ostomi Bakımı, Çevirmen AyiŖe Karadağ Cerrahi Ostomi Dergisi 2008;1(1): 5-11.
87. Kılıç E, Taycan O, Belli KA, Özmen M. Kalıcı Ostomi Ameliyatının Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş Uyumu ve Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi, Türk Psikiyatri Dergisi 2007;18: 302-10.
88. Zajac O, Spychala A, Murawa D, Wasiewicz J, Foltyn P, Polom K. Quality of Life Assessment in Patients with a Stoma Due to Rectal Cancer, Rep Pract Oncol Radiother 2008; 13(3): 130–134.
89. Popek S, Grant M, Gemmill R, Wendel CS, Mohler MJ, Rawl SM et al. Overcoming Challenges: Life with an Ostomy. The American Journal of Surgery 2010; 200: 640–645.
90. Temel M. Beden İmajını Etkileyen Faktörler ve Beden İmajı Doyumu, Sendrom Aktüel Dergisi 2007;9: 7.
91. Karadağ A, Menteş BB, Ayaz S. Colostomy Irrigation: Results of 25 Cases with Particular Reference to Quality of Life, J Clin Nurs 2005;14: 479-85.

92. Ito N, Kazuma K. Factors Associated with the Feeling of Stability in the Daily Life Among Colostomy Patients, Japan Journal of Nursing Science 2005;2,25–31.
93. Koca Kutlu A. Cerrahi Hemşireliği ve Yaşam Kalitesi ile İlgili Yapılan Çalışmalar- Uluslar Arası Boyut. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu 2012; 19-22.
94. Cotrim H, Pereira G. Impact of Colorectal Cancer on Patient And Family: Implications for Care, European Journal of Oncology Nursing 2008; 12: 217–226.
95. Katz S, Ford A, Moskowitz R, Jackson B, Jaffe M, Cleveland MA. Studies of the illness of the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. Journal of the American Medical Association 1963; 185: 914-919.
96. Özdamar K. SPSS ile Biyoistatistik, Güncelleştirilmiş 4. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir, 2001.
97. Karadağ A, Harputlu D, Göçmen Baykara Z, Karabulut H, Öztürk D, Ören Hin A. Tek Parçalı Sistem Kolostomi Torbasının Değiştirilmesi. Yara Ostomi İnkontinans Derneği, 2013;Ankara.
98. Şenol Çelik S, Karadağ A, Göçmen Baykara Z, Karabulut H, Öztürk D, Ören Hin A. Çift Parçalı Sistem İleostomi Torbasının Değiştirilmesi. Yara Ostomi İnkontinans Derneği, 2013, Ankara.
99. Öner N, Le Compte A. Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 2. Baskı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları No: 333. İstanbul,1985; 1-26.
100. Soru-Cevap Erişim: https://kurul.diyanet.gov.tr/SoruSor/AnaSayfa.aspx?ReturnUrl=%2f#.VCnpr2d_vIU
101. A Guide to Living with a Colostomy and Ileostomy. Available from <http://www.caet.com>
102. Krouse R, Grant M, Ferrell B, Dean G, Nelson R, Chu D. Quality of life outcomes in 599 cancer and noncancer patients with colostomies.J Surg Res 2007; 138: 79-87.

103. Skeps R, McMullen CK, Wendel CS, Bulkley J, Grant M, Mohler J et. al. Changes in Body Mass Index and Stoma Related Problems in the Elderly. *J Geriatr Oncol* 2013;4: 84-9.
104. Mitchell KA, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Baldwin CM, Wendel C, Krouse RS, Demographic, Clinical, and Quality of Life Variables Related to Embarrassment in Veterans Living With an Intestinal Stoma *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007;34(5):524-532.
105. Maneesin S, Sampatanukul P, Lertmaharit S, Nagara CN, Prasopsanti K. Health-related quality of life of patients living with ostomy in Thailand and cost implications. *Asian Biomedicine* 2102; 6:235-43.
106. Danielsen AK, Rosenberg J. Health Related Quality of Life may Increase When Patients with a Stoma Attend Patient Education- a Case-Control Study. *PLoS One*. 2014 Mar 7;9(3):e90354.
107. Krouse RS, Grant M, Wendel CS, Mohler MJ, Rawl SM, Baldwin CM et. al. A Mixed-Methods Evaluation of Health-Related Quality of Life for Male Veterans with and without Intestinal Stomas. *Dis Colon Rectum* 2007^a ; 50:2054-66.
108. Arumugam P.J, Bevan L, Macdonald L, Watkins AJ, Morgan AR, Beynon J, Carr ND. A Prospective Audit of Stomas-Analysis of Risk Factors and Complications and Their Management *Colorectal Disease* 2003; 5: 49–52.
109. Jain S, McGory ML, Ko CY, Sverdlik A, Tomlinson JS, Wendel CS, Coons SJ, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, McCorkle R, Mohler MJ, Baldwin CM, Krouse RS. Comorbidities Play a Larger Role in Predicting Health-Related Quality of Life Compared to Having an Ostomy. *Am J Surg* 2007;194:774-9.
110. Mahjoubi B, Moghimi A, Mirzaei R, Bijari A. Evaluation of the End Colostomy Complications and the Risk Factors Influencing Them in Iranian Patients. *Colorectal Dis* 2005;7: 582-87.
111. Anaraki F, Vafaie M, Behboo R, Magsoodi N, Esmaeilpour S, Safaee A. Quality of Life Outcomes in Patients Living with Stoma *Indian J Palliat Care* 2012;18: 176-180.

112. Nastro P, Knowles CH, McGrath A, Heyman B, Porrett TRC, Lunniss PJ. Complications of Intestinal Stomas. *British Journal of Surgery* 2010; 97: 1885–89.
113. Parmar KL, Zammit M, Smith A, Kenyon D, Lees NP. A Prospective Audit of Early Stoma Complications in Colorectal Cancer Treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire Colorectal Cancer Network. *Colorectal Dis.* 2011 Aug;13(8):935-8.
114. Nybaek H, Knudsen DB, Laursen TN, Karsmark T, Jemec GBE. Skin Problems in Ostomy Patients: A Case-Control Study of Risk Factors. *Acta Dermato-Venereologica* 2009; 89: 64-67.
115. Formijne Jonkers HA, Draaisma WA, Roskott AM, Van Overbeeke AJ, Broeders IA, Consten EC. Early Complications After Stoma Formation: A Prospective Cohort Study in 100 Patients with 1 -year follow-up. *Int J Colorectal Dis* 2012; 27: 1095-9.
116. Bulkley J, McMullen CK, Hornbrook MC, Grant M, Altschuler A, Wendel CS et. al. Spiritual Well-Being in Long- Term Colorectal Cancer Survivors with Ostomies. *Psycho-Oncology* 2013;22: 2513-21.
117. Krouse RS, Herrinton LJ, Grant M, Wendel CS, Green SB, Mohler MJ, Baldwin CM, McMullen CK, Rawl SM, Matayoshi E, Coons SJ, and Hornbrook MC Health-Related Quality of Life Among Long-Term Rectal Cancer Survivors With an Ostomy: Manifestations by Sex *Journal Of Clinical Oncology* 2009; 27: 4464-4670.
118. Sideris L, Zenasni F, Vernerey D, Dauchy S, Lasser P, Pignon JP et. al. Quality of Life of Patients Operated on for Low Rectal Cancer: Impact of the Type of Surgery and Patients' Characteristics. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 2180-91.
119. Liu L, Herrinton L, Hornbrook M, Wendel C, Grant M, Coons J. Et al. Early and Late Complications among Long-Term Colorectal Cancer Survivors with Ostomy or Anastomosis. *Diseases of the Colon & Rectum* 2010; 53: 200-12.
120. Younis J, Salerno G, Fanto D, Hadjipavlou M, Chellar D, Trickett JP. Focused Preoperative Patient Stoma Education, Prior to Ileostomy Formation after Anterior Resection, Contributes to A Reduction in

- Delayed Discharge within the Enhanced Recovery Programme. *Int J Colorectal Dis* 2012; 27: 43-7.
121. O'Leary DP, Fide CJ, Foy C, Lucarotti ME. Quality of Life after Low Anterior Resection with Total Mesorectal Excision and Temporary Loop Ileostomy for Rectal Carcinoma. *Br J Surg* 2001;88: 1216-20.
122. Sung Y, Kwon I, Park S. Factors Affecting Ostomy-Related Complications in Korea. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing* 2010; 37: 166-72.
123. Jala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedford NM. Effect of Preoperative Multimedia Information on Perioperative Anxiety in Patients Undergoing Procedures under Regional Anaesthesiology. *Br J Anaesth* 2010; 104: 369-74.
124. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Ertuğ A. Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim* 2013; 41: 44-9.
125. Cheung YL, Molassiotis A, Chang AM. The Effect of Progressive Muscle Relaxation Training on Anxiety and Quality of Life After Stoma Surgery in Colorectal Cancer Patients. *Psychooncology* 2003;12: 254-66.
126. Beaver K, Campbell M, Williamson S, Procter D, Sheridan J, Heath J et. al. An Exploratory Randomized Controlled Trial Comparing Telephone and Hospital Follow-up after Treatment for Colorectal Cancer. *Colorectal Dis* 2012; 14: 1201-9.
127. Yıldız T. Yüz Bölgesinde Uygulanan Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul 2009.
128. Camilleri-Brennan J, Steele RJ. Prospective Analysis of Quality of Life after Reversal of a Defunctioning Loop Ileostomy. *Colorectal Dis* 2002;4: 167-171.

129. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of Life in Patients with Stomas: the Montreux Study. *Ostomy Wound Management* 2003; 49: 48-55.
130. Symms MR, Rawl SM, Grant M, Wendel CS, Coons SJ, Hickey S et. al. Sexual Health and Quality of Life Among Male Veterans With Intestinal Ostomies. *Clin Nurse Spec* 2008; 22: 30-40.
131. Carlsson E, Berndtsson I, Hallén AM, Lindholm E, Persson E. Concerns and Quality of Life Before Surgery and During the Recovery Period in Patients With Rectal Cancer and an Ostomy, *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2010;37(6):654-661.
132. Erwin-Toth P, Thompson SJ, Davis JS. Factors Impacting the Quality of Life of People with an Ostomy in North America: Results from the Dialogue Study. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2012; 39: 417-22.
133. Cantara SL The Effect of Preoperative Stoma site Marking on Quality of Life in Patients Undergoing Ostomy Surgery. Submitted to the University of New Hampshire in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in Nursing September 2008.
134. Younberg DRM Individuals with a Permanent Ostomy: Quality Of Life, Preoperative Stoma Site Marking By An Ostomy Nurse, Six Peristomal Complications, And Out-Of-Pocket Financial Costs For Ostomy Management Submitted in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of Education in Teachers College, Columbia University 2010.
135. Hornbrook MC, Baldwin CM, Grant M, Ramirez M, McMullen C, Herrinton L et al. Spiritual Quality of Life Long Term Colorectal Cancer Survivors with Permanent Intestinal Stomas *Clinical Medicine & Research* 2008;122-123.
136. Baldwin CM, Grant M, Wendel C, Rawl S, Schnidt CM, Ko C et. al. Influence of Intestinal Stoma on Spiritual Quality of Life of U.S. Veterans *Journal of Holistic Nursing* 2008; 26: 185-194.
137. Smith DM, Loewenstein G, Jankovic A, Ubel PA. Happily Hopeless: Adaptation to Permanent, but not to a Temporary, Disability. *Health Psychol* 2009; 28: 787-91.

138. Yau T, Watkins D, Cunningham D, Barbachano Y, Chau I, Chong G. Longitudinal Assessment of Quality of Life in Rectal Cancer Patients with or without Stomas Following Primary Resection. *Dis Colon Rectum* 2009;52: 669-77.
139. Uğurlu ES, Başbakkal Z Yoğun Bakımda Yatan Çocuk Hastaların Annelerinin Manevi Bakım (Spritüel Bakım) Gereksinimleri. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2013; 11: 17-24.
140. Goldberg M, Aukett L, Carmel J, Fellows J, Folkedahl B, Pittman J. Management of the Patient with a Fecal Ostomy: Best Practice Guideline for Clinicians. Mount Laurel, NJ: Wound, Ostomy and Continence Society. 2010; 1-44.
141. Caricato M, Ausania F, Ripetti V, Bartolozzi F, Compoli G, Coppola R. Restrospective Analysis of Long-Term Defunctioning Stoma Complications and Colorectal Surgery. *Colorectal Disease* 2006; 9: 559-61.
142. Harris D, Egbeare D, Jones S, Benjamin H, Woodward A, Foster M. Complications and Mortality Following Stoma Formation. *Annals of The Royal College of Surgeons of England* 2005;87: 427-31.
143. Courtney E, Callaghan C, Ilett H, Schrader D, Brown K. The Double-Spouted Loop Ileostomy. *Colorectal Disease* 2009; 11: 215-18.
144. Del Pino A, Cintron JR, Orsay CP, Pearl RK, Tan A, Abcarian H. Enterostomal Complications: are Emergently Created Enterostomas at Greater Risk? *Americal Surgeon* 1997; 63: 653-56.
145. Ratliff C, Donovan A. Frequency of peristomal complications. *Ostomy/Wound Management* 2001; 47: 26-29.
146. Colwell J, Fichera A. Care of the Obese Patient with an Ostomy. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing* 2005; 32: 378-85.
147. Salvadelana The Incidence of Stoma and Peristomal Complications During the First Three Months After Stoma Creation Submitted as partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Nursing in the Graduate College of the University of Illinois at Chicago, 2010.

EKLER

EK I. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

AMELİYAT ÖNCESİ STOMA YERİ İŞARETLEMENİN ERKEN DÖNEM STOMA KOMPLİKASYONLARINA ve YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 17)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Araştırma ameliyat öncesi dönemde bağırsağınızın karın duvarınıza açılacak olan yeri (stoma yeri) işaretlemenin erken dönemde bağırsağınızın karın duvarınıza açılacak olan yerde önceden beklenmeyen bir duruma ve kişisel olarak iyilik halinize (yaşam kalitenize) etkisi olup olmadığının araştırılması amacıyla planlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için;

- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde planlı bağırsak ameliyat sonrası bağırsağınızın karın duvarınıza açılacak olması
- Türkçe anlayabilmeniz ve iletişim kurabilmeniz
- 18 yaşından büyük olmanız,
- Tanılanmış herhangi bir psikiyatrik hastalığınızın olmaması,
- Görme ve işitme sorununuzun olmaması,
- Okuma yazma bilmeniz
- Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmanız yeterlidir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

1. Yukarıda size açıklanan amaç doğrultusunda yürütülecek olan bu çalışmaya iki grup hasta alınacaktır. Araştırmacı bir grup hastaya ameliyattan 1 gün önce bağırsağınızın karın duvarınıza açılacak olan yere işaretleme yapacaktır. Ameliyat öncesi dönemde bağırsağınızın karın duvarınıza açılacak olan yerin işaretlenmesi stomaterapi hemşiresi ve cerrahla birlikte yapılacaktır.
2. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız durumunda size bazı formlar doldurulacaktır. Bu formlarda siz ve hastalığınızla ilgili bazı bilgilerin toplanmasına yönelik sorular yer almaktadır. Bu formları doldurduktan sonra hemşire araştırmacı size ameliyat sonrası dönemde bağırsağınızın karın duvarınıza açılacak olan yerin bakımına yönelik video destekli eğitim (45 dakika) ve eğitim kitapçığı verecektir. Araştırmacı bağırsağınızın karın duvarınıza ağızlaştırılması ile günlük yaşamınızda nelere dikkat etmeniz gerektiği, olası yan etki yaşama durumunda neler yapacağınızı yönelik eğitim verecektir. Araştırmacı ameliyat sonrası 5. günde bağırsağın karın duvarına açıldığı yerin maketi üzerinde size bu alana yönelik bakım uygulatacaktır. Hastaneden taburcu olmadan önce bağırsağınızın karın duvarınıza açıldığı yerin bakımını kendi başınıza yaparak taburcu olacaksınız. Erken dönem bağırsağınızın karın duvarınıza açıldığı yer ile ilgili sorun açısından ilk 30 gün boyunca haftada 1gün araştırmacı tarafından telefonla aranarak herhangi bir sorunuz olup olmadığı, bağırsağınızın karın duvarınıza açıldığı yerin bakımını yaparken zorluk yaşayıp yaşamadığınızı sizinle birlikte değerlendirecektir. Araştırmacı hemşire ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve altıncı ayda poliklinik muayenesinde sizinle görüşme yapacaktır (yaklaşık 30 dk) bağırsağınızın karın duvarınıza açıldığı yer ile ilgili sorunuz olduğunda hastaneye çağrılacak ve poliklinikte değerlendirileceksiniz. Bağırsağınızın karın duvarınıza açıldığı yer ile ilgili sorun yaşadığınızda telefonla arama sıklığı artırılabilecektir.

Tarih/ Versiyon:03.01.2013

İlaç Dışı Çalışmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu Form 17	Rev. Tarihi / No.su: 03.11.2010/EÜTF00	Sayfa 1/4
---	-----------------------	---	--------------

AMELİYAT ÖNCESİ STOMA YERİ İŞARETLEMENİN ERKEN DÖNEM STOMA KOMPLİKASYONLARINA ve YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

3. Araştırmacı hemşire toplamda sizinle dört kez hastanede görüşme (tanışma, eğitim, stoma bakımı uygulama ve taburcu olacağınız gün), üç kez poliklinikte görüşme ve dört telefon görüşmesi yapacaktır. Araştırmacı tarafından hazırlanacak olan hatırlatıcılar (telefon, takvim) sizin tedavinizde kullanılacaktır.
4. Diğer bir grup hasta ise klinikte verilen rutin eğitimi alacaklardır. Bu gruptaki hastaya da eğitim kitapçığı verilecektir. Bu gruptaki hastanın bağırsağınızın karın duvarınıza açılacağı yer ameliyathane ortamında cerrah tarafından işaretlenecektir. Erken dönem bağırsağınızın karın duvarınıza açıldığı yer ile ilgili sorun açısından ilk 30 gün boyunca haftada 1 gün araştırmacı tarafından telefonla aranarak herhangi bir sorunuz olup olmadığı, bağırsağınızın karın duvarınıza açıldığı yerin bakımını yaparken zorluk yaşayıp yaşamadığınız sizinle birlikte değerlendirilecektir. Araştırmacı hemşire ameliyat sonrası birinci, üçüncü ve altıncı ayda poliklinik muayenesinde sizinle görüşme yapacaktır (yaklaşık 30 dk) Bağırsağınızın karın duvarınıza açıldığı yer ile ilgili sorunuz olduğunda hastaneye çağrılacak ve poliklinikte değerlendirileceksiniz. Araştırmacı hemşire toplamda sizinle iki kez hastanede görüşme (tanışma ve taburcu olacağınız gün), üç kez poliklinikte görüşme ve dört telefon görüşmesi yapacaktır. Araştırmanın amacı doğrultusunda her iki grup hastanın klinik sonuçları, memnuniyeti karşılaştırılacaktır.
5. Araştırmaya gönüllü katılımlarınız durumunda hangi grupta yer alacağınız araştırmacının tarafsız ataması ile belirlenecektir. Hasta hangi grupta olursa olsun hastaneden alacağı bakım etkilenecektir. Bu araştırmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz araştırmaya katılmanız durumunda da istediğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda da hastane bakımından olumsuz etkilenmeyeceksiniz.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak sorulan sorulara doğru yanıtlar vermeniz sizin sorumluluklarıdır. Çalışma süresince 3. ve 6. aydaki poliklinik muayenesine gelme, herhangi bir durumda yan etki görüldüğünde bizi aramanız, bekiminize başvurunuz ve araştırmacının önerilerine uymanız sizin sorumluluklarıdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 60 'tır.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 6 ay'dır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar bağırsağı karın duvarına açılmış olan hastaların bu açıklık ile ilişkili yaşadıkları sorunlar üzerinde, bağırsağın karın duvarına açılacak olan yeri işaretlemenin etkisi olup olmadığını belirlemek ve bu durumun bu açıklığa sahip hastaların yaşam kalitesine ve günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu belirlenerek sonuçların tüm hastaların yararına kullanılabilecek olmasıdır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çalışmaya katılma ile beklenen bir risk bulunmamaktadır.

Tarih/ Versiyon:03.01.2013

İlaç Dışı Çalışmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 17	03.11.2010/EÜTF00	2/4

**AMELİYAT ÖNCESİ STOMA YERİ İŞARETLEMENİN ERKEN DÖNEM STOMA
KOMPLİKASYONLARINA ve YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

**ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU
BİLİNE İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?**

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besin bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Çalışma süresince telefonla ulaşamama, 3. ve 6. aydaki poliklinik muayenesine gelmeme gibi nedenlerle araştırmacılar sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0232 3115606 no.lu telefondan Arş.Gör. Selda KARAVELİ' ye yaşadığınız herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için klinik hekim ya da hemşirenize başvurulabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Hastaneden almış olduğunuz hizmetler kendi sağlık sigortanız tarafından şu ana kadarki yürütüldüğü şekilde karşılanacaktır. Araştırmacının size vereceği eğitim ve izlem programı size hiçbir şekilde mali yükümlülük getirmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum ÖYP tez projesi kapsamında Devlet Planlama Teşkilatıdır.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

**ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM
DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDIR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma

Tarih/ Versiyon:03.01.2013

İlaç Dış Çalışmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu Form 17	Rev. Tarihi / No.su: 03.11.2010/EÜTF00	Sayfa 3/4
--	-----------------------	---	--------------

**AMELİYAT ÖNCESİ STOMA YERİ İŞARETLEMENİN ERKEN DÖNEM STOMA
KOMPLİKASYONLARINA ve YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Selda KARAVELİ	
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI	Türkan ÖZBAYIR	
GÖREVİ	Danışman	
TARİH		

Tarih/ Versiyon:03.01.2013

İlaç Dış Çalışmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu Form 17	Rev. Tarihi / No.su: 03.11.2010/EUTF00	Sayfa 4/4
--	-----------------------	---	--------------

EK II. Hasta Tanıtım Formu

İletişim Numarası:

Tarih

Hasta No:

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz
 - a. () Kadın
 - b. () Erkek
3. Medeni Durumunuz
 - a. () Evli
 - b. () Bekar
4. Kiminle yaşıyorsunuz
 - a. () Eşi
 - b. () Eşi ve çocukları
 - c. () Çocukları
 - d. () Yalnız
 - e. () Diğer
5. Çocuğunuz var mı?
 - a. () Evet (ise sayısı.....)
 - b. () Hayır
6. Nerede yaşıyorsunuz
 - a. () Köy
 - b. () İlçe
 - c. () Şehir
7. Öğrenim Durumu
 - a. () İlköğretim
 - b. () Ortaöğretim
 - c. () Lise Mezunu
 - d. () Yüksekokul/ Fakülte Mezunu
8. Çalışma Durumunuz
 - a. () Çalışıyor
 - b. () Çalışmıyor
9. Mesleğiniz :
 - a. () Memur
 - b. () İşçi
 - c. () Emekli

- d. () Ev Hanımı
e. () Diğer.....
10. Sağlık Güvenceniz var mı?
a. () Evet b. () Hayır
11. Alkol alışkanlığınız var mı?
a. () Evet (ne kadar.....) b. () Hayır
12. Sigara alışkanlığınız var mı?
a. () Evet (ne kadar.....) b. () Hayır
13. Stomanın tipi/ yeri (.....)
a. Geçici b. Kalıcı
c. İleostomi d. Kolostomi
14. Kronik bir hastalığınız var mı?
a. () Evet (.....) b. () Hayır
15. Boy Kilo.....
Beden Kitle İndeksi.....
16. Tanı.....
17. Ameliyat tipi
18. Daha önce cerrahi girişim geçirdiniz mi?
a. () Evet (.....) b. () Hayır

EK III. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri

Durumluk Kaygı Envanteri(STAI FORM 1)

AÇIKLAMA: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada **şu anda** kendinizi nasıl hissettiğinizi gösteren ifadelerden uygun olanı işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman kaybetmeden **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakınım.	()	()	()	()
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	()	()	()	()
3. Şu anda sinirlerim gergin.	()	()	()	()
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	()	()	()	()
5. Şu anda huzur içindeyim.	()	()	()	()
6. Şu anda hiç keyfim yok.	()	()	()	()
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	()	()	()	()
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	()	()	()	()
9. Şu anda kaygılıyım.	()	()	()	()
10. Kendimi rahat hissediyorum.	()	()	()	()
11. Kendime güvenim var.	()	()	()	()
12. Şu anda asabım bozuk.	()	()	()	()
13. Çok sinirliyim.	()	()	()	()
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	()	()	()	()
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	()	()	()	()
16. Şu anda halimden memnunum.	()	()	()	()
17. Şu anda endişeliyim.	()	()	()	()
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	()	()	()	()
19. Şu anda sevinçliyim.	()	()	()	()
20. Şu anda keyfim yerinde.	()	()	()	()

Sürekli Anksiyete Envanteri(STAI FORM 2)

AÇIKLAMA: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genel olarak** nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ taraftaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında **genel olarak** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
21-Genellikle keyfim yerindedir.	()	()	()	()
22-Genellikle çabuk yoruluyorum.	()	()	()	()
23-Genellikle kolay ağlarım.	()	()	()	()
24-Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	()	()	()	()
25-Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	()	()	()	()
26-Kendimi dinlenmiş hissederim.	()	()	()	()
27-Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	()	()	()	()
28-Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	()	()	()	()
29-Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	()	()	()	()
30-Genellikle mutluyum.	()	()	()	()
31-Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim.	()	()	()	()
32-Genellikle kendime güvenim yoktur.	()	()	()	()
33-Genellikle kendimi güvende hissederim.	()	()	()	()
34-Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçırım.	()	()	()	()
35-Genellikle kendimi hüznü hissederim.	()	()	()	()
36-Genellikle hayatımdan memnunum.	()	()	()	()
37-Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	()	()	()	()
38-Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	()	()	()	()
39-Aklı başında ve kararlı bir insanım.	()	()	()	()
40-Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	()	()	()	()

EK IV. Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği (City of Hope Quality of Life- Ostomy COHQOL-O)

AÇIKLAMA: Ostomili hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek için bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ taraftaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin sizin için uygun olan cevabı işaretleyin.

1. Fiziksel güç	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
2. Yorgunluk	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
3. Ostomi etrafındaki deri	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
4. Uyku bozukluğu	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
5. Ağrı ya da acı	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
6. Gaz	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
7. Koku	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
8. Kabızlık	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
9. İshal	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
10. Torba ya da adaptör çevresinden sızıntı	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
11. Genel fiziksel sağlık	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
12. Ostominize alışmak sizin için ne kadar zor oldu?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
13. Kendinizi ne kadar yararlı hissediyorsunuz?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
14. Yaşamınızdan ne kadar memnunsunuz ya da ne kadar zevk alıyorsunuz?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
15. Ostominizden ne kadar utanıyorsunuz?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
16. Yaşam kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
17. Hatırlayabilme beceriniz nasıl dır?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
18. Ostominize bakabilmek sizin için ne kadar zor?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
19. Ostominize bakım yapabilmek sizin için ne kadar zor?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
20. Yaşamınızı her yönüyle ne kadar kontrol edebildiğinizi düşünüyorsunuz?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
21. Dış görünüşünüzden ne kadar memnunsunuz?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
22. Ne kadar endişelisiniz?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
23. Ne kadar içinize kapanıksınız?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
24. Hastalığınızın tekrarlayacağından korkuyor musunuz?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
25. Yeni insanlarla tanışmakta zorluk çekiyor musunuz?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun

26. Hastalığınız ya da tedavisi size ne kadar ekonomik yük getirdi?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
27. Hastalığınızın ailenizi ne kadar üzdüğünü düşünüyorsunuz?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
28. Ostominiz yolculuk yapmanızı ne kadar etkiliyor?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
29. Ostominiz kişisel ilişkilerinizi ne kadar etkiliyor?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
30. Ostominiz sizi insanlardan ne kadar uzaklaştırıyor?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
31. Aileniz ve arkadaşlarınızın desteği ihtiyaçlarınızı ne kadar karşılıyor?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
32. Ostominiz eğlence ve spor aktivitelerinizi ne kadar etkiliyor?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
33. Ostominiz sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiliyor?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
34. Ostominiz yakın dostluklar kurmanızı ne kadar etkiliyor?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
35. Ostomi bakımınızı yaparken ev ortamımahremiyetinizi korumak için yeterli mi?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
36. Yolculuk sırasında ostomi bakımınızı yaptığınız ortam mahremiyetinizikorumak için yeterli mi?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
37. Geleceğiniz hakkında ne kadar belirsizlik yaşıyorsunuz?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
38. Yaşamak için bir nedeniniz var mı?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
39. İç huzurunuz var mı?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
40. Kendinizi umutlu hissediyor musunuz?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
41. Dua etmek ya da meditasyon gibi ruhsal etkinlikler ihtiyaçlarınızı karşılamada size ne kadar destek sağlıyor?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
42. İnandığınız dine yönelik uygulamalar yapmak (namaz kılmak gibi) ihtiyaçlarınızı karşılamada size ne kadar destek sağlıyor?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
43. Ostomili olmak hayatınızda ne kadar olumlu değişikliğe neden oldu?	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun

EK V. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

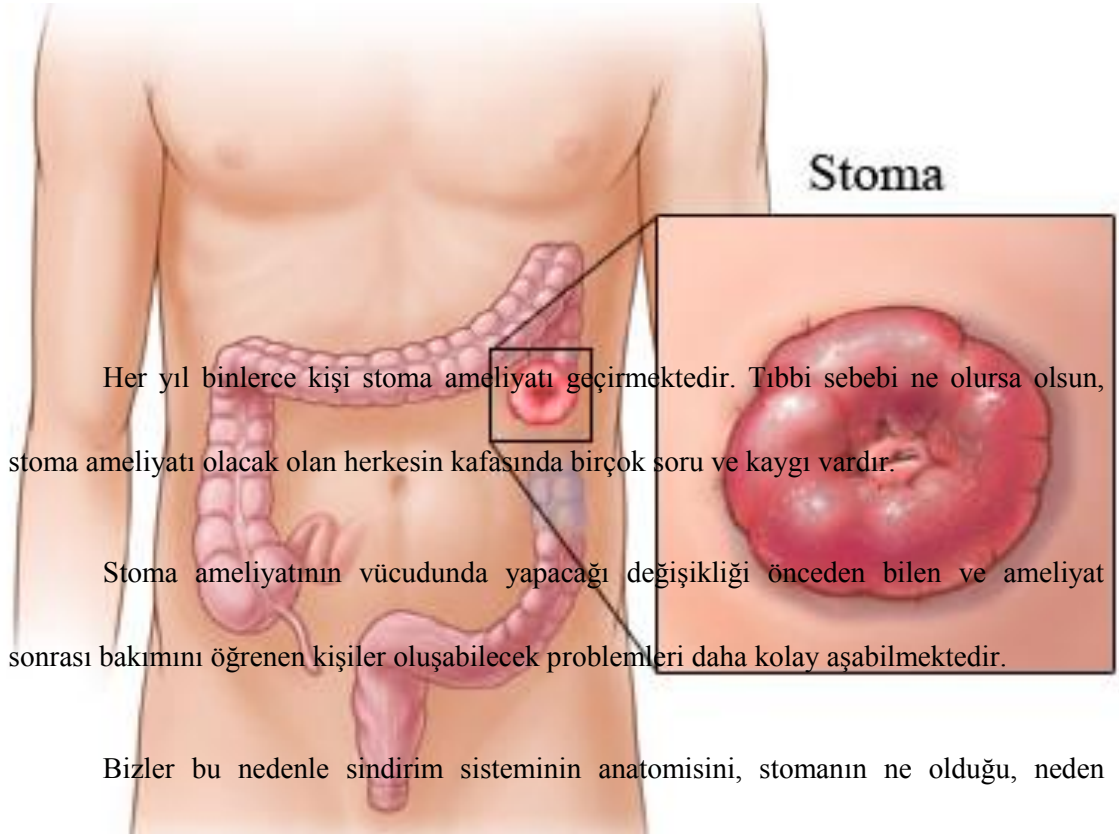
Banyo Yapabilme →Kendi başıma yıkanamıyorum →Yıkanırken yardım alıyorum →Kendi başıma yıkanabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Giyinme →Kendi başıma giyinemiyorum →Giyinirken yardım alıyorum →Kendi başıma giyinebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Tuvalet ihtiyacı →Tuvalet ihtiyacımı karşılayamıyorum → Tuvalet ihtiyacımı karşılariken yardım alıyorum → Tuvalet ihtiyacımı karşılayabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Hareket Durumu →Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapamıyorum → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yaparken yardım alıyorum → Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Kontinans →Mesane boşaltımımı kontrol edemiyorum →Mesane boşaltımımı kontrol edebilmek için araç v.b yardım alıyorum →Mesane boşaltımımı kontrol edebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Beslenme →Yemeğimi kendi başıma yiyemiyorum →Yemeğimi yerken yardım alıyorum →Yemeğimi kendi başıma yiyebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()

EK VI. Komplikasyon Değerlendirme Formu

STOMA KOMPLİKASYONU DEĞERLENDİRME FORMU					
Komplikasyon	1	2	3	4	Toplam
Sızıntı	Hiç	Ayda 1-2 kez	Haftada 1-2 kez	Günde 2-3 kez	
Peristomal iritan dermatit	Hiç	Kızarıklık %25 Cilt bütünlüğü sağlam	%50'den az peristomada cilt kaybıyla birlikte kızarıklık	Peristomal alanda ciddi, %50'den fazla cilt kaybı	
Ağrı	Hiç (VAS göre)	1,2,3 (VAS göre)	4,5,6,7 (VAS göre)	8,9,10 (VAS göre)	
Kanama	Hiç	Yüzeysel ve kolayca duran	Orta derece (10 dakika bastırma ile duran)	Ciddi	
Stomal stenoz	Hiç	Koyu renkli stoma	%50 den fazla siyahlık	Stoma kuru ve tamamı siyah renk	
Stomal nekroz	Hiç	Ağrılı olmayan, rahatsızlık veren ve normal gaita çıkışı olan	Şerit benzeri gaita çıkışı olan, ara sıra karın ağrısı yapan	Karın ağrısı ve distansiyonu ile ve 6 saat veya daha uzun süredir gaita çıkışı olmayan	
Retraksiyon	Stoma cilt yüzeyinden yukarıda	Stoma cilt ile aynı düzeyde	Stoma cilt seviyesinin altında	Stoma cilt seviyesinin 2 cm altında	
Mukokütanöz ayrılma	Hiç	% 25-49	%50-74	%75-100	
Hiperplazi	Hiç	% 25-49	%50-74	%75-100	
Toplam					

HASTA EğİTİM KİTAPçIğI

STOMA İLE KALİTELİ YAğAM



Bizler bu nedenle sindirim sisteminin anatomisini, stomanın ne olduğu, neden oluşturulduğu ve günlük yaşamda karşılaşılan sorunların nasıl üstesinden gelinebileceği konusunda bilgi vermek istedik. Bu kitapçık stoma ile birlikteliğinizin ilk zamanlarında size rehberlik sağlamak amacı ile hazırlanmıştır.

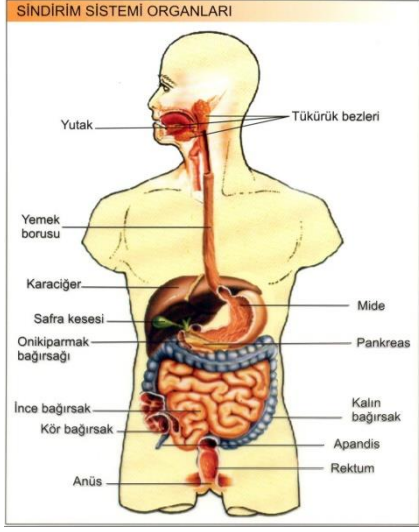
Hazırlayan: Arş. Gör. Selda KARAVELİ

seldakaraveli@gmail.com

0232 311 5606

SİNDİRİM SİSTEMİMİZ

Yiyeceği çiğneyip yuttuğumuzda yiyecek yemek borusundan geçerek midemize iner.



Şekil 1

aya kadar depolanır. Kolon 4 bölüme ayrılır; çıkan kolon, yatay kolon, inen kolon ve sigmoid kolon. Dışkı kolonda ilerlerken aşağı kısımlara doğru indikçe içindeki su emilir ve bağırsak hareketi olduğunda kolondan rektuma iner ve anüs aracılığı ile vücuttan atılır (Bkz. Şekil 1).

STOMA NEDİR?

Stoma Yunanca'dan gelen bir kelime olup açıklık veya ağız anlamındadır. Sindirim sisteminde herhangi bir bölümün dışarı ağızlaştırılmasına stoma denir. Kolostomi kalın barsağın (kolon) ameliyatla karın duvarına ağızlaştırılmasıdır (Bkz. Şekil 2). Kolostomi, dışkının vücuttan atılmasını sağlar. Kolostomisi olan birey, bağırsak hareketlerini ve dışkının boşaltımını kontrol edemez. Dışkılama kolostomi torbasına kendiliğinden olur. Her yaş grubunda açılabilen stomalar, geçici veya kalıcı olabilir. Geçici stomalaradından da anlaşılacağı gibi stoma açılmasını gerektiren durum ortadan kalktıktan sonra kapatılır. Kalıcı stomalar ise yaşam boyu kalır.



Şekil 2

STOMANIN ÖZELLİKLERİ

- Stoma, ağız içinin görünümüne benzer şekilde kırmızı, nemli, yumuşak ve dışı doğru çıkıktır.
- Stomada sinir ucu olmadığı için dokunulduğunda ağrıya neden olmaz. Bazen stomaya dokunulduğunda kanayabilir. Bu normaldir, çünkü stomada kan damarları fazladır.

- Ameliyat sonrası erken dönemde stoma şiştir. Birkaç ay sonra şişkinlik azalır ve stoma küçülür.
- Stomanın çevresindeki deri peristomal bölge olarak adlandırılır. Bu bölgenin mümkün olduğunca bağırsak içeriği ile temas ettirilmemesi gerekir. Bağırsak içeriği bu bölgedeki cildi tahriş eder.

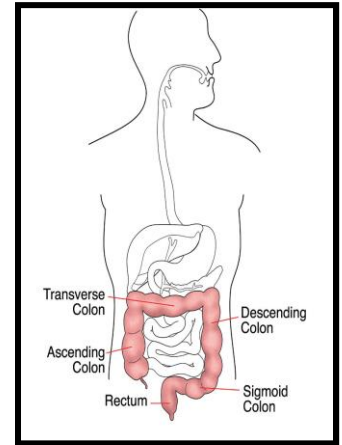
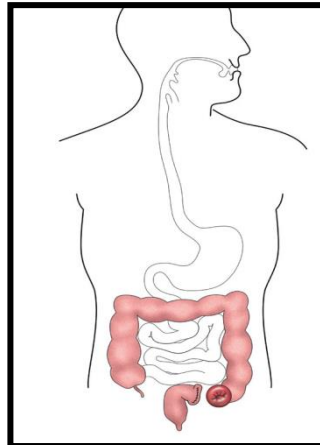
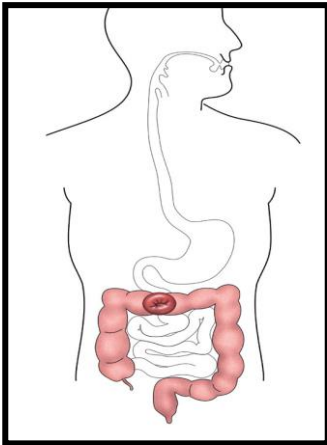
KOLOSTOMİ

Kolostomi; kolonun (kalın bağırsağın) hastalıklı kısmının alınıp geriye kalan kısmının ameliyatla karın ön duvarına dikilerek dışarıya ağızlaştırılmasıdır. Kolostominin görevi dışkının bu yapay çıkış yoluyla stoma denilen ağız kısmından dışarı atılmasını sağlamaktır. Kolostomide anüsdeki gibi sfinkter kası bulunmaz, bu yüzden kolostomisi olan bir kişi bağırsak hareketlerini kontrol edemez. Dışkı devamlı çıkar. Bunun için kolostomili kişiler dışkıyı toplamak amacıyla, kullanılıp atılabilen bir torba (kolostomi torbası) kullanırlar. Stomanın açıldığı yere göre dışkının kıvamı değişmektedir. Stoma anüsden ne kadar uzakta ise dışkı o derece suludur. Buna göre, kolostomi çıkan bağırsakta ve yatay bağırsakta ise dışkı daha sıvı halde, inen bağırsakta ve sigmoid kolonda ise dışkı katı halde olur.

Yatay kolostomi

Sigmoid kolostomi

İnen kolostomi



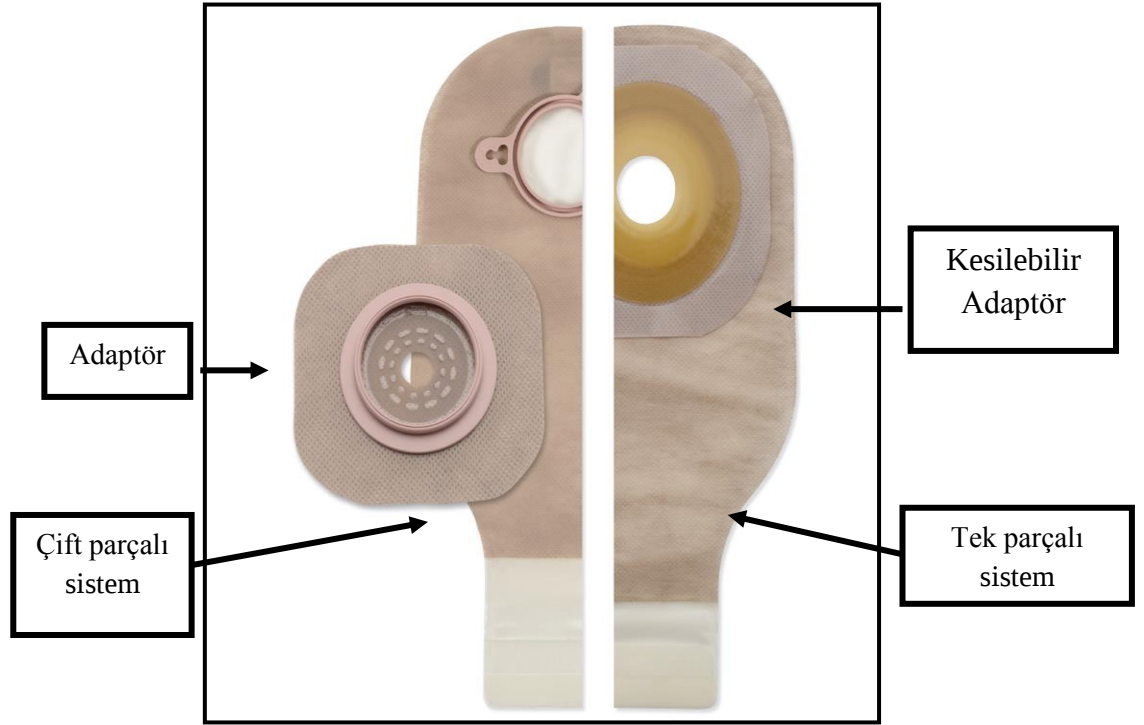
İLEOSTOMİ

İleostomi, ince bağırsağın son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Değişik nedenlerle ileostomi açılabilir. İleostomide dışkı sıvı halde, fazla miktarda ve yakıcı niteliktedir. Uygun bakım yapılmazsa yakıcı olan dışkının stoma çevresindeki deriyi tahriş etme olasılığı yüksektir.

STOMA ÜRÜNLERİ NELERDİR?

Stoma açıldıktan sonra gelen bağırsak içeriğinin toplanması amacıyla stomanın etrafına torba yerleştirilir. Torbayı deride tutan kısma adaptör denilir adaptör kısmındaki yapışkan bölge yardımı ile torba stomanın etrafına yapıştırılır. Torbalar tek parçalı ya da iki parçalı şeklinde olabilir.

Tek parçalı sistem: adaptör torbaya bitişiktir, ayrılmaz. Esnektir ve kullanımı kolaydır (Bkz. Şekil 1).



Şekil 1

İki parçalı sistem: Adaptör torbadan ayrıdır. Torba ve adaptör birbirine plastik bir halka ile tutturulur. İki parçalı sistemde, adaptörü değiştirmeden torbayı değiştirebilir, ayrıca torbayı çıkartarak boşaltım ve temizleme işlemi yapabilirsiniz. İki parçalı sistemde herhangi bir sorun gelişmezse (Örneğin: sızıntı gibi) adaptör kısmı 3-5 gün kalabilir. Adaptör çapının stomaya uygunluğu önemlidir. Tek ya da iki parçalı sistemlerde torbalar alttan boşaltılabilir veya kapalı tipte olabilir.

- a) Alttan boşaltılabilir torbaların alt ucu açıktır ve bir kısıkaç yardımıyla kapalı tutulur. Torbanın 2/3'ü dolduğunda kısıkaç çıkartılır, bağırsak içeriği boşaltılır ve kısıkaç ile torbanın altı kapatılır. Torba çok dolarsa aşağıya doğru ağırlık yapar ve torbanın deriden ayrılmasına ve sızıntıya neden olur. Alttan boşaltmalı torbalar boşaltılarak iki gün kullanılabilir.
- b) Kapalı torbalarda bağırsak içeriğini boşaltılabilecek bir açıklık bulunmaz, bu nedenle tek kullanımlıdır. Bu tip torbalar bağırsak içeriğinin az geldiği ya da kısa süreli kullanımlarda (yüzme gibi) tercih edilir. Adaptör açıklığının stoma büyüklüğü ile aynı olması gerekir.
- c) Kesilerek ayarlanabilen adaptörler derinin daha iyi korunmasını ve kaplanmasını sağlayabilir.



Tek parça alttan
boşaltmalı torba



Çift parça alttan
boşaltmalı torba



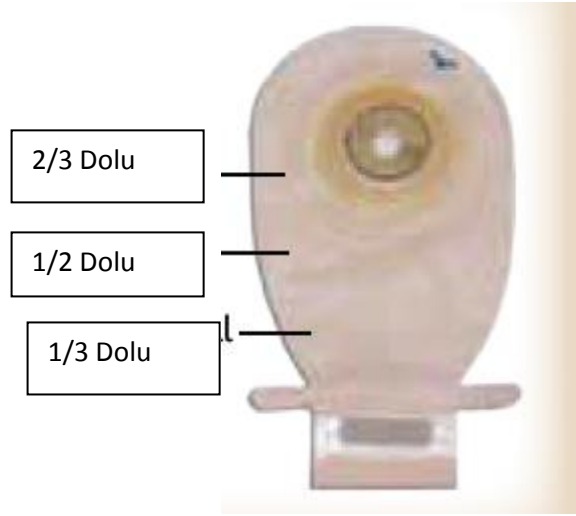
Tek parça kapalı
sistem torba

Torba ne zaman değiştirilmeli?

!! Torba sızdırıyor ya da gevşedi ise değiştirme zamanı gelmiştir.

!!Torbanızın 2/3 doldu ise torbanızı değiştirin.

!! Herhangi bir sorun gelişmezse (Örneğin:sızıntı gibi) adaptör kısmı 3-5 gün kalabilir.



STOMA BAKIMI ve TORBA DEĞİŞİMİ



1. Malzemelerinizi hazırlayın:

- ✓ Kolostomi torbası
- ✓ Kolostomi adaptörü
- ✓ Makas
- ✓ Gerekirse kolostomi pastası
- ✓ Temizleme mendilleri
- ✓ Tuvalet kağıdı/pamuk/bez parçası
- ✓ Ilık su
- ✓ Atıkların atılacağı uygun poşet
- ✓ Böbrek küvet



2. İşlem

- ✓ Öncelikle size uygun rahat edebileceğiniz bir ortam hazırlayıp malzemelerinizi kolay ulaşabileceğiniz yere koyun.
- ✓ Adaptörü yukarıdan aşağıya doğru deriden ayırın. Eğer adaptörü deriden ayırmakta zorlanıyorsanız adaptörün çevresini ılık su ile ıslatarak daha kolay ayrılmasını sağlayabilirsiniz.



- ✓ Kirli torbayı çöp poşetine atınız.

- ✓ Stoma çevresini ılık su ile ıslattığınız bez parçası ile siliniz. Stoma çevresini iyice kurulayınız. Stoma çevresinin kuru olması adaptörün cilde kolay yapışmasını sağlar.



- ✓ Stoma, stoma çevresi ve stoma etrafındaki deriyi komplikasyonlar açısından gözlemleyin.
- ✓ Ciltte fazla tüy varsa, tüylerin çıkış yönüne göre jilette traşını yapın.

- ✓ Stomanızın çapının kaç mm olduğunu stoma cetveli yardımı ile ölçün. Stomanız 6-8 hafta sonra normal boyutlarına dönecek. Uygun ölçü torbanın kenarı ile stoma arasında 2 mm boşluk olmalıdır. Bu mesafe önemlidir çünkü çok dar olursa stoma adaptörü bası yaparak stomayı tahriş eder, geniş olursa stoma etrafındaki deri açıkta kalır ve dışkı deriye bulaşarak tahrişe neden olur.



- ✓ Torba değişimi esnasında stomanın etrafının kuru kalmasını sağlamak için, üzerini küçük kuru bir peçete koyabilirsiniz.

- ✓ Hazır kesilmiş adaptör varsa uygun ölçüde olanı kullanın. Eğer kesilebilir adaptör kullanıyorsanız stomanızın ölçtüğünüz ölçü çapına göre eğri uçlu bir makas yardımı ile kesin.



- ✓ Kestiğiniz adaptörün yapışkan kısmındaki kağıdı çıkartın ve iç kısmına pastayı sürün. Pasta stoma ile adaptör arasında engel oluşturup sızıntıyı önler. Pastanın görevi stoma etrafındaki deriyi dışkıdan korumaktır.



- ✓ Ortadaki delik stomayı içerisine alacak şekilde adaptörü cilde yerleştirin. Elinizin ısısı ile adaptörün daha iyi yapışmasını sağlayacağından, parmağınızı yarım dakika adaptörün üzerinde gezdirin. Adaptör vücut ısısın ulaştıkça yumuşayacak ve daha kolay şekil alacaktır.



- ✓ Adaptörün orta kısmını yerleştirdikten sonra kenarlarındaki yapışkan kağıtları kaldırarak adaptörü, tam olarak cilde yapıştırın.

- ✓ Torbayı yerleştirmeden önce torbanın klembini takınız.



- ✓ Adaptörünüze uygun stoma torbasını aşağıdan yukarıya doğru bir noktadan başlayarak dairevi hareketle adaptöre yerleştiriniz.



- ✓ Torbayı hafifçe kendinize doğru çekerek adaptöre iyice yerleşip yerleşmediğini kontrol ediniz.



- ✓ Adaptör ve torba değişimlerini sabah kahvaltı yapmadan önce açken yapınız. Böylece adaptör torba değişimi sırasında dışkı gelmesini engellersiniz.
- ✓ Malzemelerinizi toplayınız, bir sonraki kullanım için temizleyiniz ve hazır bulundurunuz. Stomanız sabit bir ölçüye ulaştığında torbayı önceden kesip hazırlamanız işlem sırasında size kolaylık sağlar.
- ✓ Kirli malzemeleri çöp poşeti ile çöpe atınız.
- ✓ Ellerinizi sabunla yıkayınız.

GÜNLÜK YAŞAM

DERİ BAKIMI

Stoma bakımının en önemli unsuru stoma etrafındaki deriyi korumaktır. Stoma çevresindeki cildinizin rengi, karın cildinizle aynı olmalıdır. Stoma çevresinde kızarıklık tahriş olmamalıdır. Sabun ve su stomaya zarar vermez. Ancak kalıntı bırakmayan bir sabun kullanmak ve iyice durulamak gerekir. Deri tahrişine adaptör veya torbadan gelen sızıntı veya torba sisteminin yanlış yerleştirilmesi neden olabilir. Deri tahrişinin oluşmaması için her adaptör değişiminde stoma etrafındaki cilt su ile güzelce temizlenmeli ve kurulanmalı ardından adaptör torbaya uygun olarak kesilmeli ve torba yerleştirilmelidir. Uygun cilt bakımı yapılmaz ise tıpkı poposu pişik olan bebekler gibi dışkıya alışık olmayan karın derisinin dışkıyla teması sonucu stoma etrafındaki cilt tahriş olabilir. Islak mendillerin içinde nemlendirici madde olduğu için stoma adaptörünün deri yüzeyine yapışması güçleşebilir. Bu

nedenle ıslak mendil kullanımı önerilmemektedir. Deride kızarıklık soyulma ve sulanma varsa stomaterapi ünitesine başvurunuz. İki parçalı torbaların kullanılması cilt problemlerini azaltabilir. Çünkü vücuda yapıştırılan adaptör, tek parçalı torbalarda olduğu gibi her torba değişiminde ciltten çıkarılmayacağı için cildin tahrişini ve cildin dışkı ile temasını önler.

BANYO

Stomanızda torba takılı iken ya da çıkartarak banyo yapabilirsiniz. Bağırsak içerisine bir miktar sabun ve su kaçması bir soruna yol açmaz. Torba takılı iken banyo yapabilirsiniz çünkü adaptör ve torbalar suya dayanıklıdır. Banyo sonrası stomanın 1 saat açıkta bırakılarak havalandırılması deri problemlerinin daha az oluşmasına katkıda bulunur. Banyo sonrası stoma çevresine yağlı krem, losyon gibi ürünler sürülmemelidir, aksi takdirde adaptörün yapışmasını zorlaştırır.



BESLENME

Doktorunuz tarafından özel bir diyet uygulamanız önerilmedi ise, istediğiniz her şeyi yiyebilirsiniz.

- Yemekler her gün düzenli yenmeli,
- Dengeli beslenin
- Aşırı yağlı ve şekerli besinlerden kaçının
- Yavaş yiyin, iyi çiğneyin
- Öğünlerinizin aynı zamanlarda ve uygun aralıklarla olmasına dikkat edin
- Günde en az 2-3 litre sıvı alın
- Diyet ile ilgili kısıtlamalar deneme yanılma yoluyla bulunmalıdır.
- Bir besin ilk kez yenecekse az miktarda ve yanında bir şey olmadan yenmelidir.
- İdeal vücut ağırlığı korunmalıdır, kilo alıp vermekten kaçınılmalıdır.



KABIZLIK VE İSHAL

Ameliyattan önce olduğu gibi ameliyat sonrası dönemde de kabızlık ve ishal ile karşılaşabilirsiniz. Yetersiz sıvı alımı, lifli ve posalı gıdaların az alınması, hareketsizlik ve bazı ilaçlar kabızlığa neden olabilir. Kabızlığa neden olduğu bilinen yiyecekler

- Beyaz ekmek ve buğday ekmeği

- Beyaz pirinç
- Elma püresi
- Yer fıstığı
- Muz gibi besinlerden uzak durulmalıdır. Bununla birlikte günlük sıvı alımını artırmak, taze sebze ve meyve tüketmek ve kepek ekmeği yemek kabızlığın önlenmesini sağlar.

İshalin birçok sebebi olabilir. (virüsler, antibiyotikler, iyi yıkanmamış sebzeler...) ishali azaltmak için yağlı yiyeceklerin azaltılması, pirinç lapası, muz, yoğurt, makarna ve ekmek gibi katı gıdalar yenmeli. Devam eden ishal vücuttaki sıvı miktarının azalmasına yol açabilir, bu nedenle sıvı alımı artırılmalıdır. İshal süresince kuru üzüm, ham meyve, çay, kahve, kola ve çok yağlı yiyeceklerden uzak durulmalıdır.

GAZ ve KOKU

Kolostomisi olan kişilerin en büyük korkusu gaz ve kokudur. Üretilen torbaların artık daha kaliteli olması ve torbanın doğru şekilde kullanılması sonucu koku başkası tarafından hissedilmez. Yediğiniz ve içtiğiniz besinlerin hangisinin sizde gaz yaptığını ve hangisinin kokuyu artırdığını kendiniz tespit etmeli ve bu besinleri diyetinizden çıkartmalı veya azaltmalısınız.

Gaz Oluşumunu Artıran Yiyecekler	Koku Oluşturduğu Bilinen Yiyecekler
Kuru Fasulye	Balık
Nohut	Yumurta
Lahana	Soğan ve sarımsak
Salatalık	Yeşil sebzeler
Süt ürünleri	Salatalık
Mantar	Peynir
	Lahana
	Kurubaklagil

FİZİKSEL AKTİVİTE

Stoma sizin egzersiz yapmanıza engel değildir. Ameliyat sonrasında kendinizi iyi hissetmeye başladığınız anda doktorunuzun izni ile eskiden yaptığınız sporları (koşu tenis

yüzme gibi) tekrar yapabilirsiniz. Ancak ağır kaldırma, güreş, boks, futbol gibi stomaya doğrudan zarar verebilecek sporlardan kaçınmalısınız.

- Spora başlamadan önce torbanızın boş olmasına da dikkat etmelisiniz.
- Yüzerken stomanızın belli olmaması için şekilli mayo giyebilirsiniz
- Erkekler atletik korseler kullanabilir.
- Sauna veya buharlı havuz gibi sıcak suda torba yapışkanı gevşeyebilir, buna dikkat edin ve torbanızı değiştirin.

SEYAHAT

Seyahat etme konusunda herhangi bir kısıtlama yoktur. İyileştığınız ve stoma bakımını yapabildiğiniz sürece istediğiniz yere istediğiniz araçla gidebilirsiniz.

- Yolculuğa çıkmadan önce torbanızı boşaltın.
- Yolculuğa çıkmadan önce mutlaka yanınıza yedek torba ve stoma malzemelerinizin bulunduğu bir çanta taşıyın.
- Emniyet kemerini stomanızın alt kısmından ya da üst kısmından geçirin.



KİŞİSEL İLİŞKİLER

Pek çok insana hatta hergün gördüklerinize bile siz onlara söylemeyi tercih etmediğiniz sürece stoma ameliyatı geçirdiğinizi bilmeyecektir. Yakınlarınız ve akrabalarınız bir sağlık sorunu yaşadığınızı ve bunun sonucu bir ameliyat geçirdiğinizi bilmektedirler. Fakat stoma konusunda onların olumsuz tepki verebileceklerini düşünerek onlara açıklamaktan çekinebilirsiniz. Eğer bu insanlar sizin için önemli ise onları ameliyat ve stoma konusunda kısaca bilgilendirmeyi deneyebilirsiniz. Unutmamanız gerekir ki iletişim ve güven iyileşme sürecinin en önemli unsurlarıdır.

CİNSEL YAŞAM

Stoma ameliyatı bedende şekil değişimine neden olduğundan pek çok kişi seks ve cinsel yakınlık konusunun kabul edilebilirliği açısından endişelenir. Vücudunuzdaki değişikliklerle ilgili hassas olmanız, endişelerinizin olması son derece doğaldır.

- Eşiniz ile duygularınızı paylaşmak ve onun endişelerine de cevap vermeniz önemlidir.
- Eşiniz cinsel ilişkinin stomanıza zarar vermeyeceğini bilmelidir.
- Cinsel ilişki öncesinde torbanızı boşaltın.



- Mümkünse zel anlarınızda torba kılıfı, küçük torba, stoma kep gibi ürünler kullanabilirsiniz.
- Zamanla anlayış ve olumlu tutum ile iyi bir cinsel yaşamınız olacaktır.
- Ancak bazı ameliyatlar sonucunda cinsel işlevlerle ilgili sınırlarda hasar oluşmuşsa, çeşitli problemlerle karşılaşabilirsiniz. Bunlar kadınlarda cinsel ilişki esnasında ağrı, cinsel organda daralma, kuruluk, erkeklerde ise; sertleşmede zorluk, boşalmada problem gibi durumlardır. Böyle bir durumla karşılaştığınızda doktorunuza başvurmalısınız.



GIYİNME

Modern stoma torbaları vücudu tam olarak sardıkları için hemen hemen bütün kıyafetlerinizi giyinebilirsiniz. Kıyafetlerinizin altından torbanız belli olmaz. Özel bir giyim gerekli değildir. Yalnızca stomanız bel hizasında ise kemer ve beli sıkı pantolonlardan kaçınmalısınız. Kemerinizin stomanın altında ya da üstünde olmasına dikkat etmelisiniz.

İBADET

Türkiye Diyanet Kurumu stomalı olmanın abdest almak ve namaz kılmak için bir engel oluşturmadığını belirtmektedir. Bu konuda stoma ameliyatı öncesinde yaptığınızı değiştiren bir duruma gerek olmadığı, ibadetiniz esnasında torbanıza gaz ya da dışkı çıkışı olmasının ibadetinizi olumsuz etkilemeyeceği belirtilmektedir.

HAMİLELİK

Tıbbi bir sakıncası olmadığı takdirde stomalı bireyler doktor kontrolünde hamile kalabilirler. Doğum yapıp çocuklarını emzirebilirler.

İşE DöNüş VE SOSYAL YAşAM

Ameliyattan 6-8 hafta sonra doktorunuzun tavsiyesi ile çalışma hayatınıza başlayabilirsiniz. İşyerinizde stoma bakımı ile ilgili malzemelerinizi bulundurmanız size kolaylık sağlar. Sağlığınıza kavuşur kavuşmaz daha önceki sosyal hayatınıza dönebilir, arkadaş-akraba ziyareti, sinema gibi yerlere gidebilirsiniz. Sevdığiniz insanlarla bir arada olmak sizi sadece sosyal yönden değil ruhsal yönden de kendinizi iyi hissetmenizi sağlayacaktır. Çoğu insan sizi gördüğünde eğer siz sylemezseniz stoma ameliyatı geçirdiğinizi anlamayacaktır. Etrafınızdaki kişilerin stoma hakkında negatif düşüncelerinin

olmasından korkuyorsanız ya onlara stoma hakkında bilgi verin veya stomanızdan hiç bahsetmeyin

ACİL DURUMLAR

- Geçmeyen ishal
- Karnınızda şişlik, ağrı, bulantı ve stomadan dışkı gelmediği durumlar
- Stoma çevresindeki deride kızarıklık, nemlilik, deri yüzeyinin sıyrılması ve renk değişikliği oluştuğunda
- Bağırsağın stoma ile birlikte dışarı çıkmasında
- Stomadan fazla miktarda kan gelmesi durumunda

MUTLAKA STOMA TERAPİ ÜNİTESİNE BAŞVURUNUZ !

KAYNAKÇA

1. A Guide to Living with a Colostomy and Ileostomy. <http://www.caet.com>
Erişim tarihi: 2013
2. Demir, F., (2010). Gastrointestinal Stomalar, Eds: Karadakovan A Eti Aslan F, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, I. Basım Nobel Kitabevi, 751-771.
3. Soru-Cevap (2006) <http://www.diyenet.gov.tr>
4. Kolostomi ve İleostomi İle Yaşam Türk Ostomi Cerrahi Derneği Yayını No:2
<http://www.yoihd.org.tr/> Erişim Tarihi: 10.11.2012
5. Oshea, H.,(2001). Teaching the Adult Ostomy Patient, Journal Wound Ostomy and Continence Nursing, 28(1), 47-54.
6. Smith, C E., (2011). Gastrointestinal Surgery, Editör: Rothrock J C Alexander's. Surgery Elsevier Mosby 295-356. Fourteenth Edition
7. Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). (2010). Management of the Patient with a Fecal Ostomy: Best Practice Guideline for Clinicians. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN) 596-598.
8. Schmelzer, M (2007). Lower Gastrointestinal Problems, Ed: Lewis, S. L Heitkemper, Dirksen, O'Brien, Burcher. Medical Surgical Nursing Vol:2 Seventh Edition Mossby Elsevier
9. Potter, A.P., Perry, G. A (2005). Bowel Diversions, Fundamentals of Nursing. Elsevier Mosby, 6. Edition, 1373-1419.

EK VIII.Video Eğitim DVD'si

<http://www.yoihd.org.tr/sayfa.aspx?id=118>

IX. Ege Üniversitesi Devlet Planlama Teşkilatı Proje Belgesi



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI: 78641814 -1213
KONU: Arş.Görv.Selda KARAVELİ

06.06/2013

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız doktora programı öğrencisi Selda KARAVELİ'nin "Ameliyat Öncesi Stoma Yeri İşaretlemenin Erken Dönem Stoma Komplikasyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli ÖYP projesinin kabul edilmesi ile ilgili BAP Komisyonun 16.05.2013 tarih ve 2/90 sayılı kararı yazımız ekinde sunulmuştur.
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.


Doç.Dr.H.İbrahim DURAK
Müdür V.

EK: BAP Komisyonun 16.05.2013 tarih ve 2/90sayılı kararı

Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova /İZMİR
Tel: 342 17 45 İç Hat:2514 Fax: 342 17 45
E-mail: sagbilens@mail.ege.edu.tr

**EGE ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROJELERİ
KOMİSYON KARAR ÖRNEĞİ**

TOPLANTI SAYISI : 2

TOPLANTI TARİHİ: 16.05.2013

KARAR 90- Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 14.05.2013 tarih ve 1002 sayılı yazısı ekinde gelen Ar.Gör.Selda KARAVELİ'ye ait 9.675TL maliyetli "Ameliyat Öncesi Stoma Yeri İşaretlemenin Erken Dönem Stoma Komplikasyonlarına Ve Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli ÖYP projesinin kabulüne oybirliği ile karar verildi.

KOMİSYON ÜYELERİ

ASLI GİBİDİR



EK X. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tez Kabul Belgesi



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

SAYI:B.30.EGE.0.42.05.00/869916372679
KONU : Selda KARAVELİ

02.11.2013

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim dalınız doktora öğrencisi Selda KARAVELİ'nin tez konusunun "Stoma Yeri İşaretlemenin Erken Dönem Stoma Komplikasyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi" olarak belirlenmesi Yönetim Kurulumuzun 26.12.2012 tarih ve 34/2 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Varol PABUÇÇUOĞLU
Müdür

27/12/2012 S.Bil.Enst.Memur :H.E.GÖKTEPE (HA.)
/12/2012 S.Bil.Enst.Sek. :M.ÖRK

Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova /İZMİR
Tel: 342 17 45 İç Hat:2517 Fax: 342 17 45
E-mail: sagbilens@mail.ege.edu.tr

EK XI.Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul İzin Belgesi



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ameliyat Öncesi Stoma Yeri İşaretlemenin Erken Dönem Stoma Komplikasyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.				
	DESTEKLEYİCİ	-				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-				
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1 ☐	FAZ 2 ☐	FAZ 3 ☐	FAZ 4 ☐	
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon ☐		Yüksek Doz Araştırması ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	-	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	03.01.2013	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 13-2/8	Tarih: 11.03.2013				
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasında etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.					
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Kaan KAVAKLI				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Kabılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kaan KAVAKLI Başkan	Çocuk Sağlığı Hst. ve Çocuk Kan Hst	E.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hst. AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Raportör	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	TOPLANTIYA KATILMADI

Araştırma Başvurusu Onay Belgesi

ASLI GEDİR
2013 TİPİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
11.03.2013

Belge Kodu: 22 Tarih: 28.09.2011/05 Sayfa: 1/2



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 13-2/8				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Zeliha KERRY Üye	Farmakoloji	E.Ü. Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>Zeliha Kerry</i>
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Zeki KARASU Üye	İç Hastalıklar ve Gastroenteroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıklar AD.	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Doç. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>Murat Pehlivan</i>
Doç. Dr. Hasan PETEK Üye	Hukuk	Gediz Üniversitesi Hukuk Fakültesi	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>Hasan Petek</i>
Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>Çağatay Üstün</i>
Doç. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>Şafak Taner</i>
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıklar	Serbest	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	<i>Fatma Büyükkakkuş</i>

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma



Araştırma Başvurusu Onay Belgesi

Belge No: 22 Rev. Tarihi / No: 26.09.2013/005 Sayfa: 2/2

EK XII. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Belgesi



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi



SAYI : 69631334 - 1860 - 14122
KONU: Tez Çalışması Hk.

31.07/2013

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İLGİ: 1407 sayılı ve 15.07.2013 tarihli yazınız.

Fakülteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Türkan ÖZBAYIR sorumluluğunda Doktora öğrencisi Selda KARAVELİ'nin "Ameliyat Öncesi Stoma Yeri İşaretlemenin Erken Dönem Stoma Komplikasyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu doktora tezini 15.07.2013-15.10.2014 tarihleri arasında Genel Cerrahi Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

Prof.Dr.Mehmet ÖZKAHYA
Başhekim

EK XIII. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği Eğitim DVD İzinBelgesi



YARA OSTOMİ İNKONTİNANS HEMŞİRELERİ DERNEĞİ

Sayı: 1

Tarih: 10.2.2014

T.C Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Selda KARAVELİ'nin "Stoma Yeri İşaretlemenin Erken Dönem Stoma Komplikasyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez çalışmasında, Derneğimiz tarafından geliştirilen eğitim DVD'lerini kullanması tezin ilgili bölümünde aşağıda belirtildiği gibi kaynak gösterilmesi koşuluyla uygun bulunmuştur.

Kaynak Gösterimi

Karadağ A., Harputlu D., Göçmen Baykara Z., Karabulut H., Öztürk D., Ören Hin A.
"Tek Parçalı Sistem Kolostomi Torbasının Değiştirilmesi". Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği, 2013, Ankara

Şenol Çelik S., Karadağ A., Göçmen Baykara Z., Karabulut H., Öztürk D., Ören Hin A.
"Çift Parçalı Sistem İleostomi Torbasının Değiştirilmesi". Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği, 2013, Ankara

Prof. Dr. Ayişe Karadağ

Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği
Yönetim Kurulu Başkanı

Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği
İletişim adresi: GMK Bulvarı 64/26 Maltepe 06580 Çankaya - Ankara / Türkiye
Tel. 0312 216 26 10-53 / 03122473451 Fax. 0312 216 26 36 / 03122473452
Web adresi: <http://www.voihd.org.tr> E-mail: voihtder@yahoo.com

EK XIV. Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçek Kullanım İzin Belgesi

Sayın Selda KARAVELİ

Yard. Doç. Dr. Fatma Vural ile geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni "Ameliyat Öncesi Stoma Yeri İşaretlemenin Erken Dönem Stoma Komplikasyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı doktora tez çalışmanızda kullanmanız uygundur. Çalışmanız bittikten sonra sonuçları tarafımıza bildirmenizi rica ediyorum.

Saygılarımla

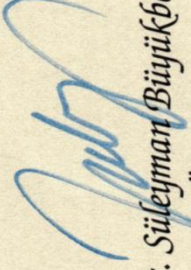


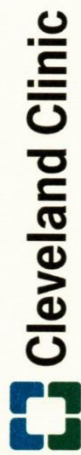
Figen EROL

Çankırı Karatekin Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu

figeneroll@hotmail.com

	
IX. TEMEL STOMA VE YARA BAKIM HEMŞİRELİĞİ	
SERTİFİKASI	
SELDA KARAVELİ	
08-14 Ekim 2012 tarihleri arasında düzenlenen IX. Temel Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği Kursu'nu başarı ile bitirmiş ve bu sertifikayı almaya hak kazanmıştır.	
Sertifika No:237.....	
 Prof. Dr. Ayişe Karadağ Kurs Başkanı	 Prof. Dr. Nevin Şanlıer Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı
 Prof. Dr. Süleyman Büyükkberber Gazi Üniversitesi Rektörü	



CERTIFICATE OF ATTENDANCE

The Center for International Medical Education awards this certificate to

Selda Karaveli

In recognition of attendance in the International Observership Program
in the Digestive Disease Institute; Department of Colorectal Surgery

March 18 – April 19, 2013

A handwritten signature in black ink, appearing to read "F. Remzi", written over a horizontal line.

Feza H. Remzi, M.D.
Director, Center for International Medical Education



**XIV. Ulusal
Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi**
VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi
15-19 Mayıs 2013 Gloria Kongre Merkezi ANTALYA

*“Hiçreden
Cerrahî”*

Katılım Belgesi

Sn. Selda KARAVELİ

15-19 Mayıs 2013 tarihleri arasında Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği tarafından Antalya' da düzenlenen “XIV. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi” ne katılmıştır.



Prof. Dr. Türker BULUT
Kongre Sekreteri



Prof. Dr. Abdullah ZORLUOĞLU
Kongre Başkanı



Prof. Dr. Dursun BUĞRA
Dernek Başkanı

EK XVIII. 12. European Council of Enterostomal Therapy Congress



Certificate of Attendance

The European Council of Enterostomal Therapy confirms that,

☐ Miss ☐ Mrs ☐ Mr ☐ Dr ☐ Prof.

Surname: KARAVELI

First name: Selda

Professional address: Ege University Faculty of Nursing

35100 Bornova Izmir TURKEY

attended the 12th European Council of Enterostomal Therapy Congress which took place on 23-26 June 2013, at the Palais des Congrès, Paris, France.

Cachet

Congrès MF
8, rue Tronchet
75008 Paris
France

Issued for all legal purposes

Rosine van den Bulck
President of the ECET

ÖZGEÇMİŞ

Selda KARAVELİ, 30 Eylül 1979 tarihinde Giresun/Görece'de doğdu. İlk, orta, lise eğitimini Giresun/Görece'de tamamladı.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan 1997-2003 yılları arasında lisans eğitimini tamamladı. 2007-2009 yılları arasında Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisansını tamamladı.

2001-2010 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Acil Hemşiresi olarak görev yaptı.

Mart 2010 yılında Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı kapsamında Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu'na araştırma görevlisi olarak atandı.

Aralık 2010 tarihinde doktora eğitimini yapmak üzere Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'na araştırma görevlisi olarak görevlendirildi.

2010 yılından bu yana Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.