

T. C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**PERİSTOMAL CİLT LEZYONLARINI DEĞERLENDİRME ARACI'NIN
TÜRKÇE'YE UYARLANMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ali AY

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Hülya BULUT

ANKARA
Temmuz 2013

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 13/08/2013


İmza

Doç. Dr. Mevlüde KARADAĞ
Gazi Üniversitesi
Jüri Başkanı


İmza

Doç. Dr. Azize KARAHAN
Başkent Üniversitesi


İmza

Doç. Dr. Hülya BULUT
Gazi Üniversitesi

İÇİNDEKİLER	Sayfa
	No
Kabul ve Onay	I
İçindekiler	II
Tablolar	V
Semboller ve Kısaltmalar	VI
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Sindirim Sisteminin Anatomi ve Fizyolojisi	6
2.2. Stomanın Tanımı ve Abdominal Stoma Çeşitleri	7
2.2.1. Kolostomi	8
2.2.2. İleostomi	9
2.2.3. Ürostomi	10
2.3. Stoma Ameliyatları Ve Stoma Bakım Hemşireliğinin Tarihçesi	10
2.3.1. Stoma Ameliyatları	10
2.3.2. Stoma Bakım Hemşireliği	11
2.3.3. Türkiyede Stoma Bakım Hemşireliğinin Durumu	13
2.3.4. Stoma Bakım Hemşiresinin Roller	14
2.4. İntestinal Stomalarda Hemşirelik Bakımı	15
2.4.1. Ameliyat Öncesi Bakım	15
2.4.1.1. Stoma Bölgesinin İşaretlenmesi	17
2.4.2. Ameliyat Sonrası Bakım	20
2.4.2.1. Bireyin ve Ailenin Stomaya Uyumunun Sağlanması	22
2.4.2.2. Stoma Bakımı ve Peristomal Alanın Değerlendirilmesi	23
2.4.2.3. Stoma Bakımında Kullanılan Ürünler	25
2.4.3. Taburculuk Eğitimi	29

2.5. Stomalı Hastaların Yaşadığı Sorunlar	30
2.5.1. Stoma Komplikasyonları	30
2.5.1.1. Peristomal Cilt Problemleri	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Şekli	39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.4. Verilerin Toplanması	41
3.4.1. Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı	41
3.4.1.1. SACS Aracı'nın Dil Geçerliliği	42
3.4.1.2. SACS Aracı'nın Kapsam Geçerliliği	43
3.4.1.3. SACS Aracı'nın Güvenilirlik Çalışması	46
3.4.2. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu	49
3.4.3. SACS Aracı Kayıt Formu	49
3.4.4. Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu	49
3.4.5. Hemşirelerin SACS Aracı'na İlişkin Görüşlerini Belirleme Formu	50
3.5. Araştırmanın Uygulanması	50
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	52
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	52
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	52
4. BULGULAR	54
5. TARTIŞMA	70
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	84
7. ÖZET	90
8. SUMMARY	92
9. KAYNAKLAR	94
10. EKLER	105
EK-1 SACS Aracı: Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı	105
EK-2 SACS Aracı Kullanım Yönergesi	105

EK-3 SACS Instrument	106
EK-4 Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu	107
EK-5 SACS Aracı Kayıt Formu	109
EK-6 Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu	111
EK-7 Hemşirelerin SACS Aracı'na İlişkin Görüşlerini Belirleme Formu	112
EK-8 SACS Aracı İçerik Geçerliği İçin Uzman Görüşü Dereceleme Ölçütü	114
EK-9 Hastalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	122
EK-10 Araştırmanın Etik Kurul İzni	124
EK-11 Araştırmada Kullanılan Aracın Yazılı İzni	125
EK-12 Araştırmanın Yapıldığı Kurumlardan Alınan Yazılı İzinler	126
11. TEŞEKKÜR	130
12. ÖZGEÇMİŞ	131

TABLolar

Tablo No		Sayfa No
Tablo 3.1.	$\alpha=0.05$ Anlamlılık Düzeyinde KGO'lar İçin Minimum Değerler	46
Tablo 3.2.	Kappa Yorumu	48
Tablo 4.1.	Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	55
Tablo 4.2.	Hastaların Sağlık Durumları İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı	56
Tablo 4.3.	Hastaların Stomalarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	58
Tablo 4.4.	Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	60
Tablo 4.5a.	Hemşirelerin SACS Aracı'nı Kullanarak Belirledikleri Lezyonların Dağılımı	62
Tablo 4.5b.	SACS Aracı'nın Lezyon Tipleri İçin Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum Yüzdesi	63
Tablo 4.6a.	Hemşirelerin SACS Aracı'nı Kullanarak Belirledikleri Lezyon Bölgelerinin Dağılımı	65
Tablo 4.6b.	SACS Aracı'nın Lezyon Bölgeleri İçin Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum Yüzdesi	66
Tablo 4.7.	Hemşirelerin SACS Aracı'na İlişkin Görüşleri	68
Ek Tablo 1.	Hemşirelerin SACS Aracı'nı Kullanarak Belirledikleri Lezyon ve Bölgelerin Dağılımı	119

SEMBOLLER VE KISALTMALAR

SACS:	Studio Altorizane Cutane Stomali (Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı)
N:	Olgu Sayısı
P:	Anlamlılık Düzeyi
%:	Yüzde işareti
SS:	Standart Sapma
α:	Güvenirlilik Katsayısı
$\bar{X}$:	Ortalama
χ^2:	Ki-kare
KGO:	Kapsam Geçerlilik Oranları
K:	Kappa Değeri
Min.:	Minimum Değer
Max.:	Maximum Değer
WCET:	World Council of Enterostomal Therapists
IOA:	International Ostomy Association
WOCN:	Wound Ostomy Continence Nurses

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde cerrahi alanındaki gelişmelere rağmen halen bazı hastalıkların cerrahi tedavisinde, bağırsağın ya da idrar yolunun karın duvarına ağızlaştırıldığı yapay bir açıklık (stoma; kolostomi, ileostomi, ürostomi vb.) oluşturulmaktadır^{1,2}. Hastaların yaşam şanslarını arttıran bir uygulama olarak stoma, birçok nedene bağlı olarak açılabilir. Stoma açılması, üriner sisteme ilişkin kanserler, kolorektal kanserler, ülseratif kolit, crohn hastalığı, divertiküler hastalıklar, imperfore anüs, travmalar, bağırsak tıkanıklıkları, ailesel polipozis ve konjenital anomaliler gibi hastalıkların ve travmaların cerrahi girişimidir^{2,3}. Stoma Yunanca'dan gelen bir kelime olup 'aıklık' veya 'ağız' anlamındadır. Bağırsak stoması, barsağın karın duvarına ağızlaştırıldığı yapay bir açıklıktır. Her yaş grubunda açılabilen stomalar, geçici veya kalıcı olabilir. Geçici stomalar adından da anlaşılacağı gibi stoma açılmasını gerektiren durum ortadan kalktıktan sonra kapatılır. Kalıcı stomalar ise yaşam boyu kalır⁴.

Stoma açılması sık başvuru olan bir yöntem olmakla birlikte, cerrahi tekniklerdeki gelişmeye ve alınan önlemlere rağmen komplikasyon oranı oldukça yüksektir^{2,5}. Tıbbi sebep ne olursa olsun insanın temel gereksinimlerinden biri olan bağırsak boşaltımı işlevini gerçekleştirmek amacıyla stoma açılması, bireylerin yaşantılarında bazı sorunlara yol açmaktadır. Stomalı bireyler fizyolojik, sosyal ve psikolojik olmak üzere pek çok problemle karşılaşabilmektedirler. Fizyolojik sorunlar arasında gaz ve koku oluşumu, dışkı sızıntısı, cilt problemleri, yorgunluk, iştahsızlık, hazımsızlık, bulantı, ishal, kabızlık ve ağrı yer almaktadır^{4,79}. Bunların içinde hastalar en fazla koku ve dışkı sızıntısından rahatsızlık duymaktadır^{3,4}. Cerrahi teknik ve deneyim, stomanın planlı ya da acil açılması, hastanın yaşı, obezite, diyabet gibi sağlık sorunları ve bireyin

kendi bakımını yapabilme yeteneği gibi durumlar komplikasyonların tipini ve görölme sıklığını etkilemektedir⁶.

Stomalı bireylerde, cerrahi işleme, altta yatan patolojiye, yetersiz ameliyat öncesi hazırlığa ya da ameliyat sonrası bakımdaki eksikliğe bağlı olarak birçok komplikasyon gelişebilmektedir⁷. Stoma komplikasyonları; hemen/ani erken dönemde ve geç dönemde gelişebilmektedir. Literatürde ameliyattan sonra 12 saat içinde gelişen komplikasyonlar, hemen/ani gelişen komplikasyonlar başlığı altında yer alıp kanama ve iskemi olarak isimlendirilmektedir^{2,5}. Erken dönem komplikasyonları ise; ameliyattan sonra bir aydan daha kısa sürede gelişen komplikasyonlardır. Kanama, iskemi, fazla çıktı, obstrüksiyon, retraksiyon, peristomal cilt irritasyonu, peristomal enfeksiyon/abse/fistül, akut peristomal herniasyon ve erken postoperatif bağırsak perforasyonu bu başlık altında yer alır^{2,5}. Geç gelişen komplikasyonlar ise ameliyattan aylar sonra gelişen komplikasyonlardır. Geç dönem komplikasyonları; peristomal cilt problemleri, stenoz, retraksiyon, fıtık, prolapsus, fistül, perforasyon, sıvı-elektrolit kaybı, böbrek taşı ve safra taşıdır^{2,7}. Hem erken dönem hem de geç dönem komplikasyonları arasında peristomal cilt problemlerinin yer aldığı görölmektedir.

Literatürde stoma komplikasyonlarının görölme sıklığına ilişkin sonuçlar büyük farklılıklar göstermektedir⁸. Bu konudaki en geniş çalışma Park ve arkadaşlarına (1999) ait olup 20 yılın üzerinde bir sürede izlenen, 1616 ileostomi ve kolostomi hastasına ilişkin sonuçları içermektedir. Bu çalışmada, komplikasyonların %28'i erken dönemde, %6'sı ise geç dönemde gelişmiş, en yüksek komplikasyon oranı loop ileostomide (%75), en düşük oran ise transvers kolostomide (%6) saptanmıştır. Aynı çalışmada en çok görölen erken dönem komplikasyonunun peristomal cilt irritasyonu (%12) olduğu belirlenmiştir^{2,9}. Ülkemizde stoma komplikasyonlarına ilişkin kapsamlı prevelans

alışmaları bulunmamakla beraber, kurumların kendi durumlarına ilişkin sonuçları mevcuttur. Karadağ'ın (2004) stomaterapi ünitesinde düzenli olarak takip edilen 128 birey üzerinde yaptığı retrospektif bir çalışmada; Hastaların %32.8'inde stoma komplikasyonu belirlenirken, en yaygın komplikasyonun peristomal cilt irritasyonu (17.9%) olduğu saptanmıřtır¹⁰. Akam ve arkadaşlarının (2005) 120 stomalı hastanın kayıtlarından elde ettikleri verilerde ise hastaların %24.1'inde komplikasyon görüldüğü, en sık gelişen komplikasyonun yine dermatit (%5.8) olduğu belirlenmiştir^{2,18}. Yakın geçmişte, Karadağ ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada ise araştırmaya alınan bireylerin sadece %18.2'sinde stomal veya peristomal komplikasyonlar gelişmişken, gelişen bu komplikasyonların büyük çoğunluğunu (%10.5) peristomal cilt irritasyonu oluřturmuřtur¹³.

Peristomal cilt komplikasyonları, hem ostomili bireylerin hem de sağlık profesyonellerinin sıklıkla mücadele etmeleri gereken bir durumdur. Peristomal cilt komplikasyonları bireyin yaşamını tehdit etmese de torbanın yerleştirilmesini zorlaştırarak sızıntıya, koku oluşumuna, torbanın herhangi bir ortamda ciltten ayrılarak düşeceği korkusuna, kişinin istediği kıyafetleri giyememesine ve sonuçta sosyal izolasyona, anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir^{2,4,6,20,38}. Peristomal cilt komplikasyonları ve eşlik eden semptomlar ayrıca, tedavinin uzamasına, bakımın maliyetinin artmasına ve iç gücü kaybına neden olmaktadır^{15,17,20}. Bütün bu sonuçlar, bireyin günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilenmesine ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açabilmektedir. Peristomal cilt komplikasyonlarının önlenmesi tedavisinden daha kolay ve ucuzdur. Cilt komplikasyonları gelişimi ameliyattan önce stoma bölgesinin stoma bakım hemşiresi ve/veya cerrah tarafından işaretlenmesi, hastaların/hasta yakınlarının ameliyat öncesi dönemde bilgilendirilmeleri, ameliyat sonrası dönemde doğru cilt bakımı ve uygun ostomi ürünlerinin kullanımı ile yakından ilişkilidir^{2,16,17}.

Ostomili hastaların yeni yaşamlarına adaptasyonunun ne kadar iyi olduğu, büyük ölçüde peristomal cilt bütünlüğünün korunmasına bağlıdır⁶. Stomanın ve peristomal alanın bireye özgü ve kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır. Ameliyat sonrası dönemde yapılan değerlendirme ve bakım stomanın fonksiyonunun ve peristomal cilt bütünlüğünün bozulmasını önlemeye yardımcı olmaktadır^{11,20}. Literatürde belirtilen peristomal cilt komplikasyonu %10 ile %70 arasında değişmektedir^{12,14,77}. Terminolojideki tutarsızlıkların yanı sıra standart bir izleme (veri toplama, değerlendirme) aracının olmayışı bu farklılığın nedeni olarak açıklanabilmektedir^{12,19}. Peristomal alanın değerlendirilmesi hem tanı konulmasında hem de tedavi kararının alınmasında çok önemlidir^{11,17,20}.

Salvadelana (2008) tarafından stomal ve peristomal komplikasyonların insidansını belirlemek amacıyla yapılan sistematik bir literatür taraması sonucunda 21 çalışma incelenmiştir. Çalışmalardan elde edilen verilerden bir veri havuzu oluşturularak ortak bir sonuca varılmaya çalışılmış, ancak bu çalışmalardaki yöntem farklılıkları ve tanımlamaların ortak olmaması nedeniyle bir sonuca ulaşılamamıştır¹⁴. Stoma ve cilt komplikasyonları uygun bir şekilde belirlenip yönetilmediğinde rehabilitasyon ertelenir, hastanın yaşam kalitesi azalır, ve sağlık bakımı maliyeti artar^{15,20}. Bu nedenle, geçerliği kanıtlanmış bir değerlendirme aracı kullanmanın, hastanın konfor ve yaşam kalitesini artırırken denemeyanıyla birçok ürün kullanımının maliyet ve sıklığını azaltacağı ve klinisyenlerin stomal ve peristomal komplikasyonların prevalans ve insidansını tam olarak ölçmelerini sağlayacağı belirtilmektedir^{6,15}.

Bu çalışmada, peristomal cilt lezyonlarını değerlendirmek için geliştirilen Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı'nın (SACS-Aracı) Türkçe'ye geçerlik güvenirliğinin yapılması amaçlanmıştır. Araştırmanın planlanması aşamasında Türkiye'de bu konuda geçerlik ve

güvenirliği yapılmış başka bir araca rastlanmamıştır. Bu aracın ölkemizde kullanılması ostomi bakımında ortak bir dil oluşmasına, peristomal cilt komplikasyonlarının erken dönemde belirlenmesine, doğru bir şekilde değerlendirilip insidans ve prevelansının tam olarak ölçölebilmesine ve hasta konforunun arttırılmasına katkı sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, peristomal cilt lezyonlarını değerlendirmek için geliştirilen Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı'nın (SACS-Aracı) Türkçe'ye uyarlanması amacıyla yapılmıştır. Ayrıca araştırmanın temel amacı olmamakla birlikte hemşirelerin araca ilişkin görüşleri ve hastaların stomaya ilişkin özelliklerine de yer verilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sindirim Sisteminin Anatomi ve Fizyolojisi

Sindirim sistemi; ağız, farinks, özefagus, mide, duodenum, jejunum, kalın bağırsak ile ince bağırsak, rektum ve anüsten oluşan kas yapıda boru şeklinde bir sistemdir²¹. Sindirim sisteminin başlıca altı görevi vardır: besinlerin alınması, sindirilmesi, emilimi, gıda ve besinlerin depolanması, artıkların vücuttan uzaklaştırılması ve vücuttaki sıvı elektrolit dengesinin düzenlenmesidir²².

Sindirim sisteminin görevini yerine getirmede rol oynayan önemli organlardan biri bağırsaktır. Bağırsak ince ve kalın bağırsak olmak üzere ikiye ayrılır. Temel besin öğelerinin emilimi büyük ölçüde ince bağırsaklarda gerçekleşir. Kalın bağırsaklarda az miktarda su ve elektrolit emilimi gerçekleşir²³. İnce bağırsak yetişkin bir bireyde yaklaşık 6-6,5 metre uzunluğunda ve 2,5 santim genişliğindedir. İnce bağırsak, duodenum, jejunum ve ileum olmak üzere üç bölümden oluşur. İnce bağırsak besin maddelerinin sindirim ve emiliminden sorumludur. İnce bağırsağın son bölümü olan ileumda ileoçekal valv bulunmaktadır. İleoçekal valv tek yönlü bir mekanizmaya sahiptir, bu mekanizma sayesinde besinlerin ince bağırsaktan kalın bağırsağa geçişini düzenler ve kalın bağırsaktaki içeriğin ince bağırsağa geri kaçmasını engeller²².

Kalın bağırsak yaklaşık 1,5 metre uzunluğunda, 5 santim genişliğindedir. Kalın bağırsağın sindirim fonksiyonu yoktur. Kalın bağırsak, ince bağırsaktan gelen içeriğin içindeki su, sodyum ve klorün büyük kısmının geri emilimini sağlar, mukus salgılar ve defekasyon aşamasına kadar dışkıyı depolar. Kalın bağırsak çekum, kolon, rektum ve anal kanalı kapsamaktadır. Kolon; çıkan bağırsak (assendan kolon), yatay

bağırsak (transvers kolon), inen bağırsak (dessendan kolon) ve sigmoid bağırsak (sigmoid kolon) olmak üzere dört bölümden oluşur. Sindirim sistemi rektum ve anüs ile sonlanır. Anüs defekasyonun kontrolünde görev alır²².

Belirli hastalıklarda ve durumlarda fekal veya üriner drenajı sağlamak amacıyla abdominal duvardan bir açıklık oluşturmak gerekebilir. Örneğin kolon kanseri, mesane kanseri veya travma durumunda boşaltım amacı ile kalıcı bir ostomi açılırken, divertikülit veya kolonun silahla yaralanması gibi travmalarda bölgenin iyileşmesi için boşaltımı sağlamak amacı ile geçici bir ostomi oluşturulabilir. Enterostomi, bağırsağın bir bölümüne abdominal duvar üzerinden yapay bir açıklık (stoma) oluşturulması işlemidir. Stomadan gelen drenaj sıklıkla çıktı olarak adlandırılır²⁴.

2.2. Stomanın Tanımı ve Abdominal Stoma Çeşitleri

Stoma Yunanca'dan gelen bir kelime olup 'açıklık' veya 'ağız' anlamındadır. Bağırsak stoması, barsağın karın duvarına ağızlaştırıldığı yapay bir açıklıktır. Ostomi; ise idrar yolları, gastrointestinal kanal veya trakeanın yapay olarak dışa doğru ağızlaştırılması, bir başka deyişle solunum, sindirim ya da üriner sistemde geçici veya sürekli oluşturulan açıklıktır. *Stoma* ve *ostomi* terimleri birbirlerinin yerine kullanılabilse de aslında farklı anlamları vardır. Ostomi; vücutta cerrahi olarak oluşturulan açıklığı ifade ederken, stoma; iç organlardan birinin vücut dışında görülebilen ucunu ifade eder. Her yaş grubunda açılabilen stomalar, temelde geçici veya kalıcı olabilir. Geçici stomalar adından da anlaşılacağı gibi stoma açılmasını gerektiren durum ortadan kalktıktan sonra kapatılır. Kalıcı stomalar ise yaşam boyu kalır. Abdominal stomalar açıldıkları bölgeye göre; kolostomi, ileostomi ve ürostomi olarak adlandırılırlar^{4,25,26}.

En yaygın bağırsak stomaları olan, kolostomiler; kolonun(kalın bağırsak) karın duvarına ağızlaştırılmasıdır, ileostomiler; ileumun(ince bağırsak) karın duvarına ağızlaştırılmasıdır ve ürostomiler veya ileal konduitler; bir parça bağırsak kullanılarak idrar yolunun karın duvarına ağızlaştırılmasıdır²⁶.

2.2.1. Kolostomi:

Kolostomi kolonun(kalın bağırsak) karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Kalın bağırsak travma veya hastalık gibi bir nedenle normal fonksiyonunu yerine getiremediği zaman vücudun dışkıyı atabilmesi için başka bir yola ihtiyaç vardır. Kolostomi, dışkının vücuttan atılmasını sağlar. Kolostomi; inflamatuvar bağırsak hastalıkları, kanser, obstrüksiyon, divertiküler hastalık, iskemi veya travmatik yaralanma gibi çeşitli hastalıkları tedavi etmek amacıyla oluşturulur²⁷. Kolostomilerde stoma genellikle karının sol alt tarafına açılır. Kolostomide anüsteği gibi sfinkter kası bulunmadığı için kolostomisi olan birey bağırsak hareketlerini ve dışkı boşaltımını kontrol edemez⁴.

Kolostomiler bağırsaktaki açılma yerlerine göre;

- Çıkan (assenden) kolostomi
- Transvers kolostomi
- İnen (dessendan) kolostomi
- Sigmoid kolostomi ve
- Çekumda ise çekostomi olarak tanımlanmaktadır⁴.

Açılış tekniklerine göre;

- Loop kolostomi
- Uç kolostomi
- Double-barreled (Çifte namlusu) kolostomi
- Divine kolostomi olarak tanımlanmaktadır²⁹.

2.2.2. İleostomi:

İleostomi ince bağırsağın son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılmasıdır^{4,27}. İleostomi genellikle ülseratif kolit, chron hastalığı gibi inflamatuvar bağırsak hastalıklarında uygulanır²⁸. Diğer endikasyonları; familial polipozis, radyasyon enteriti, multipl kolon kanserleri veya polipleri, travma ve konjenital anomalilerdir. Ayrıca distaldeki bir anastomozu korumak için de ileostomi uygulanabilir³⁰.

İleostomi genellikle karnın sağ alt tarafına açılır. İleostomiler geçici ve kalıcı olabilir. Kolostomide olduğu gibi ileostomide de dışkı çıkışı kontrol edilemez. İleostomide dışkı sıvı halde, yakıcı nitelikte ve fazla miktardadır. İleostomide uygun bakım yapılmazsa, sindirim enzimleri içerdiğinden yakıcı olan dışkının stoma çevresindeki deriyi tahriş etme riski yüksektir⁴.

Açılış tekniklerine göre ileostomiler;

- Uç ileostomi (Brooke)
- Loop ileostomi (Turnbull)

- Çifte namlusu ileostomi (Mikulicz ileostomi)
- Çifte namlusu ilekolostomi (Lahey-Mikulicz ileokolostomi)
- Kontinent ileostomi (Kock poşu) olarak tanımlanmaktadır^{29,30}.

2.2.3. Ürostomi:

Ürostomi, üriner diversiyonların genel adıdır. Genellikle mesanesinde hastalık ya da defekt olan hastalarda uygulanır. Ürostomiler, genellikle ileumdan yaklaşık 20 cm alınarak oluşturulur. Üriner stomalar ileal konduit, jejunum veya kolondan mesane yapılarak üreterlerle anastomoz sonucu karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Ürostomi açılma nedenleri; mesane kanseri, fistül, piyelonefrit, konjenital anomaliler, radyasyon sistiti, nöropatik mesane ve üriner inkontinans olarak sayılmaktadır^{27,31}. Ürostomi bakımı uygun bir şekilde yapılmadığında, idrar cilt altına ve peristomal alana sızabilir, bu durum idrarın asit özellikte olmasından dolayı peristomal alanda cilt tahrişine neden olabilir⁴².

2.3. Stoma Ameliyatları ve Stoma Bakım Hemşireliğinin Tarihçesi

2.3.1. Stoma Ameliyatları

Savaşlarda ve cerrahinin gelişimi sırasında bağırsak yaralanmalarının fazla olması nedeniyle bağırsak ameliyatları ilk cerrahi girişimlerden biri olmuştur. Baykara'nın (2008) belirttiğine göre; Praxagoras, 350 yılında bağırsak yaralanmalarında ostomi açılmasını önermiştir. Soliceto ise, 13. yüzyılda bağırsağa ilk sutur uygulayan kişi olarak tarihe geçmiştir. Paracelsus da 16. yüzyılda laserasyonu olan bir bağırsağa sutur uygulamakta başarılı olmuştur³². Ancak stoma açılmasının

bir yöntem olarak benimsenmesi 18. yüzyıla rastlamaktadır. 1700'lü yıllardan itibaren başlayan ve birinci ve ikinci dünya savaşları sırasında yaşamı kurtarıcı bir cerrahi işlem olarak önerilen stoma açılması işlemi her geçen gün yaygınlaşmıştır³.

Colwell ve arkadaşlarının (2001) bildirdiğine göre Fransız bir cerrah olan Pilon 1700'lü yıllarda bir çekostomi ile stoma açma ameliyatlarına öncülük etmiştir³³. 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. 18. yüzyıl sonlarında (1793) yenilikçi bir cerrah, imperfore anüslü 3 yaşındaki bir bebeğe ameliyata hazırlamak amacıyla kolostomi açmıştır. Bu ameliyat başarılı olmuştur ve hasta 45 yıl yaşamıştır. Modern anlamda ilk stoma uygulaması 1944'de kanser tedavisi için abdominoperineal rezeksiyon (APR) ve ekstra-peritonal kolostomi açılmasıdır. İleostomiler için başlangıcın 20. yüzyıl olduğu belirtilmektedir. 1913'de John Young bir ülseratif kolit hastasına ileostomi, 1943'de Miller proktokolektomi, 1952'de Bryan Brooke ise, ileostominin ağzını tersine çevirerek abdominal duvara sütüre edildiği tekniği uygulamıştır^{33,34,35}.

2.3.2. Stoma Bakım Hemşireliği

Stoma Bakım Hemşiresi; temel lisans eğitimini tamamlamış, uluslararası ve/veya kendi ulusal meslek örgütleri tarafından tanınmış eğitim programından mezun olarak yara, ostomi ve inkontinans sorunu olan bireye bakım verebilecek yeterliliğe sahip ve sertifikası olan hemşiredir³⁶. Stoma bakım hemşireleri, enterostomal terapist, stoma

bakım hemşiresi, yara ostomi inkontinans hemşiresi gibi farklı biçimlerde adlandırılmaktadır³².

Stomaterapi; ileostomi, kolostomi ve üriner diversiyon açılan hastalara yönelik uzmanlaşmış bakım olarak tanımlanmaktadır. İlk enterostomal terapistler hastaların kendileriydi, ilk zamanlarda uygun malzeme yoktu ve hastalar sorun yaşadığında danışabilecekleri kimse yoktu. Bu durum 20. yüzyılın ortalarında Dr. Turnbull ile değişmeye başladı. Tarihsel gelişim süreci incelendiğinde, stomaterapinin 1958 yılında Dr. Rubert Beach Turnbull tarafından Cleveland Klinik'te başlatıldığı görülür. Dr. Turnbull stoma açtığı hastaların birçok problem yaşadıklarını ve bu problemlerle baş etmede yetersiz kaldıklarını gözlemlemiştir. Gözlem ve deneyimlerini hastaları ve meslektaşları ile paylaşan Dr. Turnbull, stomalı hastaların yaşantılarının etkilendiğini ve bu hastalara yönelik rehabilitasyon programlarının başlatılması gerektiğini belirtmiştir. Bu düşünce özellikle hastalar tarafından desteklenmiştir. Dr. Turnbull'un hastalarından biri olan Norma N. Gill rehabilitasyon programında kendisine yardımcı olacağını belirtmiştir. Böylece dünyada enterostomal terapist yetiştirme programı (1961) Dr. Turnbull ve bir ileostomi hastası olan Norma N. Gill tarafından başlatılmıştır^{34,37}.

Norma N. Gill'in ilk enterostomal terapist olmasından günümüze stoma bakım hemşireliği alanında pek çok gelişme gerçekleşmiş, stomaterapi hemşirelikte bir uzmanlık alanı olmuştur. Başlangıçta sadece stoma açılan klinikler tarafından verilen stomaterapi hizmeti günümüzde çeşitli kuruluşlar tarafından farklı modellerde yürütülmektedir. Hangi modelde yürütülürse yürütülsün stomaterapinin temel amacı; yara, ostomi ve inkontinans problemi olan bireyin problemlerini çözmek, bireyi sorunları ile baş edebilecek yeterliliğe getirmek ve sınırları ölçüsünde üretken, kaliteli bir yaşam sürdürmesini sağlamaktır³⁷.

2.3.3. Türkiye'de Stoma Bakım Hemşireliğinin Durumu

Türkiye'de 1995 yılından itibaren Stoma Bakım Hemşireliğine ilişkin bilimsel faaliyetler düzenlenmektedir. İlk uygulamalı stomaterapi kursu Gazi Üniversitesi tarafından 26-30 Kasım 2001 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Gazi Üniversitesi ile Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü arasında "Temel Stoma Bakım Hemşireliği Kursu" protokolü yapılmıştır³⁶. Bu protokol çerçevesinde 2012 yılına kadar yılda en az bir kez yapılan ve 7 gün (56 saat) süren kurs programı yürütülmektedir. Bugüne kadar dokuz kurs düzenlenmiş olup bu kurslara katılan 290 hemşire sertifika almıştır.

Ülkemizde stoma bakım hemşireliği için sertifika programları başlatılmasına rağmen, bu programdan geçen hemşire sayısı yetersiz olup, uygun şekilde istihdam edilememektedir. Bu nedenle stomalı bireyin bakımı ve eğitimi, ameliyat edildiği hastanenin şartları içinde yapılmaktadır³⁸.

Türkiye'de ilk stomaterapi ünitesi 2000 yılında Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde kurulmuş olup ülkemizde stomaterapi ünitesi sayısı 16'ya çıkmıştır ve bunlardan 13'ü aktif olarak hizmet vermektedir. Kapsamlı bir eğitimden geçerek sertifika alan stoma bakım hemşireleri, yataklı tedavi kurumlarının ilgili kliniklerinde, polikliniklerde, stomaterapi ünitelerinde, endüstride, eğitim ve araştırma merkezlerinde ve evde bakım hizmetlerinde çalışmaktadır. Stoma bakım hemşireleri eğitim-danışmanlık, kanıta dayalı bakım, yönetim ve araştırma rollerini yerine getirmektedir³⁹.

2.3.4. Stoma Bakım Hemşiresinin Roller

Eğitim ve Danışmanlık; kişisel gelişimini sağlama, bireye danışmanlık yapma, hemşirelik mesleğini geliştirme ve ekipteki diğer sağlık personelinin eğitimi,

Hemşirelik Bakımı; veri toplama, bireyi bilgilendirme, stoma yerinin belirlenmesi, cilt bakımı, koplikasyonların erken tanınması ve önlenmesi,

Yönetim; bakım ve eğitimin sürekliliğinin sağlanması,

Araştırma; araştırma yapma ve araştırma temelli uygulamaları geliştirerek hemşirelik bakımının kalitesini arttırmadır³⁶.

Stomaterapi hemşiresi; ileostomi, kolostomi, ürostomi açılan hasta ve ailesine ameliyat öncesi dönemden başlayarak eğitim, danışmanlık ve bakım hizmeti verir. Bu hizmetin amacı; hasta ve hasta yakınlarını durumları hakkında bilinçlendirmek, hastanede kalış süresini kısaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır⁴⁰. Eğitim, stomalı hastaların rehabilitasyonunda vazgeçilmez bir unsurdur. Yetkin bir rehabilitasyonun, ameliyatın fonksiyonel sonucuna ve bu hastaların yaşam kalitesine sağladığı katkı çok fazla olabilmektedir. Ostomi (stoma açma) ameliyatının vücudunda ve yaşam tarzında oluşturacağı değişikliği bilen, ameliyat sonrası stoma bakımını öğrenen ve uygun şekilde yapabilen bireylerin bu sorunları daha kolay çözdükleri bir gerçektir⁴.

Hemşirenin, birey ve ailesi ile güven verici, saygıyı içeren; bireyin değerlerini mahremiyetini ve kişiliğini koruyan bir iletişimi gerçekleştirmesi, stomalı bireyin yakınlarını bakımın ve öğretimin bir

parçası olarak görmesi, sosyal desteğe önem vermesi, bireyin sağlık inançlarına ve aile yapısına duyarlı olması ve bireye tercihler sunarak karar verme sürecine katılmasına yardım etmesiyle bakım sürecinde başarıya ulaşabilir⁴¹.

Stoma bakım hemşireleri bu rolleri yerine getirirken Dünya Enterostomal Terapistler Konseyi (World Council of Enterostomal Therapists-WCET) tarafından geliştirilen uygulama kodlarına ve Uluslararası Ostomi Birliği(İnternational Ostomy Association-IOA) tarafından geliştirilen “Ostomili Bireylerin Hakları”na uygun davranması beklenir. Stoma bakım hemşirelerinin bu roller kapsamında yerine getirdiği işlevler ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve taburculuk sonrası uzun dönem bakımı olmak üzere üç başlık halinde ele alınabilir³⁹.

2.4. İntestinal Stomalarda Hemşirelik Bakımı

2.4.1. Ameliyat Öncesi Bakım

Psikolojik, fizyolojik, yasal hazırlıkları ve eğitimi içeren ameliyat öncesi bakım, hastada komplikasyon gelişmesini önler ya da azaltır, hastanın kendi bakımına katılmasını, stresle daha iyi baş etmesini, kısa sürede iyileşmesini ve erken taburcu olmasını sağlar. Bireyin beslenme durumu, sıvı-elektrolit dengesi, enfeksiyon, kas-iskelet, kardiyovasküler, endokrin, nörolojik, hematolojik ve pulmoner durumu değerlendirilmelidir. Ameliyat öncesi değerlendirmede; bireyin ameliyattan sonraki dönemde kendi bakımını özellikle torbayı değiştirme ya da boşaltmada gerekli olan beceriyi kazanmasını etkileyebileceği için, mental durumu, koordinasyonu ve ellerini kullanma becerisinin değerlendirilmesi önemlidir. Gastrointestinal sistem hazırlığı yapılmalıdır. Bu hazırlık ameliyattan birkaç gün önce posa bırakmayan yiyeceklerin alınmasını,

ameliyattan sekiz saat önce yiyecek ve sıvının alınmamasını ve lavman sıvısı temiz gelinceye kadar boşaltıcı lavman uygulanmasını kapsar. Ameliyat öncesi fiziksel hazırlığın yanı sıra psikolojik hazırlık da çok önemlidir. Bireyin beden imajı, yaşam biçimi, cinsellik, arkadaş ve ailenin tepkileri, bir başkasına bağımlı olma ve ameliyat gibi konularda endişeleri olabilir. Bireyler cinsellikle ilgili konuşmak isteyebilir. Bu konuya daha özenli yaklaşılmalı ve güvene dayalı bir hasta/hemşire ilişkisi kurulmalıdır. Cinsellik konusu mümkünse bireyin hayat arkadaşıyla birlikte ve yaşadığı ortamda konuşulmalıdır. Ayrıca stoması olan birey utanma ve yetersizliği olduğunu düşünmesi nedeniyle, aile ve arkadaşlarından uzaklaşabilir ya da onlar tarafından reddedilme duygusu yaşayabilir. Bu nedenle bireyler stomayı sosyalleşmede bir engel olarak belirtebilirler. Bireyler sıklıkla stoma konusunda konuşmak istemezler ve durumlarını çok özel olarak düşünebilirler. Birey stoması bulunan bireylerle tanıştırılmalı ve uygun ortam sağlanarak endişelerini ifade etmelerine fırsat verilmelidir⁴².

Stoma açılacak hastanın ameliyata hazırlığı ve ameliyat öncesi dönemdeki bakımından ilgili sağlık disiplinlerinin tümü sorumludur. Ancak tanısı ve yapılacak ameliyata ilişkin hekimi ile ilk görüşmesini yaptıktan sonra stomaterapi ünitesine gelen birçok hasta ve hasta yakını ilk anda akıllarına gelmeyen pek çok soruyu stoma bakım hemşiresine sormaktadır. Hastayı ve aileyi bilgilendirme ve sorularını cevaplama stoma bakım hemşiresinin etik sorumluluğu olup, kendisinden beklenen işlevlerden biridir. Stoma açılacak bireyin ameliyat öncesi hazırlığı abdominal ameliyat geçiren diğer bireylerin hazırlığı ile aynıdır³⁹. Ameliyat öncesi hazırlık aşamasında hasta eğer immünsüpresif ilaç alıyorsa 3-4 gün öncesinden kesilmelidir, bağırsak temizliği yapılmalıdır ve profilaktik amaçlı antibiyotik verilmelidir. Ameliyattan 7-10 gün öncesinden aspirin veya aspirin gibi ilaçları kesilmelidir²⁸ Eğer hasta ameliyattan önce 6 ay süresince steroid kullanmışsa stres dozunda steroid başlanmalı ve devam edilmelidir⁴³.

Stoma bakım hemşiresi; ameliyattan önce hastaya sindirim sisteminin anatomisini ve fizyolojisini, ameliyatın oluşturacağı fizyolojik değişiklikleri, stomanın ne olduğunu, görünümünü ve fonksiyonunu açıklar ve stoma bakım ürünlerini tanıtır. Hastaların en önemli endişe kaynakları olan; koku kontrolü, yara bakımı, kıyafet seçimi, ameliyatın psikoseksüel etkileri ve komplikasyonlar konusundaki bilgi gereksinimlerini karşılar. Stoma bakım hemşiresi, hastaya ameliyattan sonra kendi bakımını üstlenmesi konusunda destek olacağını, ostomi torbasını boşaltma, stomanın çapını ölçme, peristomal cilt temizliği, adaptörü/torbayı değiştirme, yardımcı bakım ürünlerini kullanma ve kolostomi irrigasyonu gibi ihtiyaç duyulabilecek teknik becerileri kazandırmada yardımcı olacağını belirterek rahatlamasını sağlar³⁹.

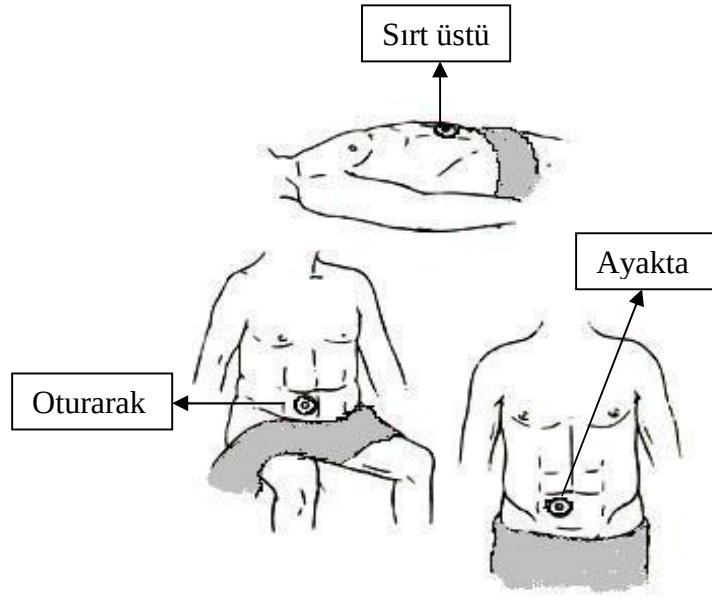
Bu hasta grubunda üzerinde önemle durulması gereken birkaç hemşirelik uygulaması vardır. Bu uygulamalardan biri stomadan gelebilecek aşırı dışkı miktarına bağlı *sıvı elektrolit dengesizliğinin önlenmesidir*. Bunun için ameliyattan önce bireye yeterli miktarda sıvı ve düşük posalı diyet verilmesi gerekir⁴⁴. Ameliyattan önceki 24-48 saat içinde açık-sıvı diyet verilmelidir. Ameliyattan önceki gün öğlenden itibaren bağırsak temizliğine başlanmalıdır. Stoma bakım hemşiresinin ameliyat öncesi dönemdeki en önemli işlevlerinden biri de *stoma bölgesinin işaretlenmesidir*. Uygun olmayan bir bölgede açılan stoma, stomanın kalıcı ya da geçici olmasına bakılmaksızın, torbanın/adaptörün cilde yerleştirilmesini zorlaştırmakta, stoma bakımını engellemekte ve cilt komplikasyonlarının gelişme riskini arttırmaktadır⁴⁴.

2.4.1.1. Stoma Bölgesinin İşaretlenmesi

Ameliyat öncesi dönemde üzerinde durulması gereken en önemli noktalardan biri stoma bölgesinin seçilmesidir. Stoma için en iyi

bölge sağ ya da sol alt abdominal kadrandır. Stoma bakım hemşiresinin ameliyattan önce, hastayı kapsamlı bir şekilde değerlendirerek stoma bölgesinin işaretlendiği vakalarda, stomaya ve peristomal alana ilişkin komplikasyonların daha az görüldüğü, hasta uyumunun daha yüksek ve yaşam kalitesinin daha iyi olduğu tartışma götürmez bir doğrudur. Stoma bakım hemşiresinin olmadığı durumlarda stoma bölgesinin işaretlenmesi işlemi ameliyatı gerçekleştirecek cerrah tarafından yapılmalıdır³⁹. Stoma bölgesi seçilirken şu noktaların göz önünde bulundurulması gerekir;

- Abdominal hatlar hastanın pozisyonuna göre değişmektedir. Bu nedenle stoma bölgesinin belirlenmesi sırasında, hasta sırtüstü yatarken, otururken ve ayakta dururken, stomanın uygun lokasyonda ve hastanın görme alanı içinde olup olmadığı değerlendirilmelidir.
- Stoma, rektus abdominus kası içinden hastanın rahatça görebileceği bir alanda açılmalıdır.
- Stoma bölgesi belirlenirken göbek deliği, eski stoma bölgesi, skar dokusu, cilt kıvrımları, kemik çıkıntıları, insizyon hattı ve dren alanlarından kaçınılmalıdır.
- Stoma bölgesi belirlenirken “uygun anatomik bölge ilkesi” korunmak koşuluyla bireyin kıyafet tercihi, mesleği, yaptığı sportif faaliyetler ve tercihleri gibi özel durumları da mümkün olduğunca dikkate alınmalıdır^{39,44,45}.



Yapılan birçok çalışmada stoma bölgesinin stomaterapi hemşiresi/doktor tarafından ameliyattan önce işaretlenmesi, hastalarda peristomal cilt komplikasyonları görülme oranlarını önemli ölçüde azalttığı ve stoma bölgesi uygun bir biçimde belirlenen hastaların yaşam kalitesinin işaretlenmeyenlere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir^{46,47,48}. Bass ve arkadaşlarının (1997) planlı ve acil olarak stoma açılan 1790 hastayı retrospektif olarak değerlendirdikleri bir çalışmada 593 hastanın ameliyatının planlı olduğu ve bu hastaların bir kısmına (I.Grup: 292 hasta) ameliyattan önce stomaterapi hemşireleri eğitim verip uygun bir şekilde stoma bölgesini işaretlemişlerdir. Diğer hastalara (II.Grup: 301 hasta) ise eğitim verilmemiş olup stoma bölgesi de işaretlenmemiştir. I.Grupta komplikasyon görülme oranı % 32,5 iken II.Grupta bu oran %43,5 olarak saptanmıştır ve toplamda bu komplikasyonların %60'ını cilt komplikasyonlarının oluşturduğu belirlenmiştir⁴⁶. Person ve arkadaşlarının (2012) 105 hastayı değerlendirdikleri çalışmasında ise 52 hastada ameliyat öncesi stoma bölgesi işaretlenmiş olup 53 hastada stoma bölgesi işaretlenmemiştir. Bu çalışmada da stoma bölgesi işaretlenen hastaların yaşam kalitesi ve bağımsızlık düzeyleri işaretlenmeyen hastalara oranla oldukça yüksek olduğu ve komplikasyon görülme oranlarının ise oldukça düşük olduğu belirlenmiştir⁴⁷. Yapılan başka bir çalışmada da Rajput ve

arkadaşları (2007) stoma bölgesinin uygun işaretlenmediği geçici loop ileostomili hastalarda erken komplikasyon görülme oranlarını arttırdığını ve en çok görülen komplikasyonun eksorasyon olduğunu belirlemişlerdir⁴⁸.

2.4.2. Ameliyat Sonrası Bakım

Hemşirenin hastayı kiliniğe kabul etmesi ile birlikte stomalı bireyin bakımı başlar. Hasta hastanede yattığı sürece stoması fonksiyonel açıdan cerrah ve stoma bakım hemşiresi tarafından günlük olarak, kilink hemşireleri tarafından ise her vardiyada değerlendirilmelidir. Stoma açılan bireyin ameliyat sonrası bakımı, majör karın ameliyatı geçiren diğer bireylerin bakımına ilaveten özel bir izlem ve gözlem gerektirmektedir³⁹. Hastanın postoperatif değerlendirmesi yapılmalıdır.

Postoperatif değerlendirme;

- Nörolojik değerlendirme
- Psikolojik değerlendirme
- Ağrı yönetimi
- Solunum değerlendirmesi
- Gastrointestinal sistem değerlendirmesi
- Üriner sistem değerlendirmesi
- Hastanın genel olarak değerlendirilmesi şeklindedir⁴⁹.

Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde en çok karşılaşılan sorunlar; ameliyat yerinde ağrı, öksürük, bulantı, yutma güçlüğü, konstipasyon ve bağırsaklarda gaz birikmesidir. Sorunlara yönelik hemşirelik girişimleri arasında en fazla hekim istemi ile ilaç uygulanması, hastaya uygun pozisyon verilmesi, hastanın erken ayağa kalkmasının sağlanması, aktif-pasif egzersiz uygulanması ve yaşam bulgularının takibinin yapılması yer almaktadır⁵⁰.

Stomalı bireylerde ameliyat sonrası stomaya uyum uzun zaman alabilmektedir. Stomalı hasta kendini normal bir kişi olarak kabul etmemekte ve işe yaramadığını, artık normal bir yaşam sürdüremeyeceğini düşünebilmektedir. Stomalı bireylerin karşılaştıkları bu sorunlar uygun bakım ile önemli ölçüde azaltılabilmektedir. Bu nedenle ameliyat sonrası bakımın ana ilkelerinden biri; temel ostomi bakım becerilerinin hastaya kazandırılmasıdır⁵¹. Büyük bir operasyon geçiren hasta, beden imajındaki değişiklik ve kendini algılama şekline ek olarak kontinansın kaybı(inkontinans) sonucu stres yaşamakta ve baş etme düzeyi azalmaktadır. Bu yüzden hasta multidisipliner bir yaklaşımla ele alınarak yeni yaşamına ve bedenine uyumu için rehabilitasyonu sağlanmalıdır. Hasta ve ailesi de ekibe dahil edilerek eğitilmeli, uyum sürecinde hastaya destek olmaları sağlanmalı, hasta teşvik edilerek daha önceki yaşantısındaki fonksiyonelliğini kazanması için rehabilite edilmelidir. Bu ekip içinde en büyük sorumluluk stoma bakım hemşiresine düşmektedir. Stoma bakım hemşiresi her ne kadar hastanın bütün bakım gereksinimlerini karşılayamasa da bu hastaların bakım hedefleri doğrultusunda olumsuz sonuçlar doğurabilecek durumları bilmesi açısından bakımda yer alması oldukça önemlidir⁵².

2.4.2.1. Bireyin ve Ailenin Stomaya Uyumunun Sağlanması

Hastanın ameliyat öncesi dönemdeki psikolojik hazırlığı ameliyattan sonra stomaya uyumunu etkilemektedir. Ameliyattan önce hekiminden ve stoma bakım hemşiresinden bilgi ve danışmanlık alarak stomanın ne olduğunu, nasıl görüldüğünü, nasıl fonksiyon gördüğünü ve ostomi torbasının işlevini bilerek ameliyatı kabul eden bir hastanın ameliyattan sonraki tepkileri genellikle daha olumludur ve hasta daha kısa sürede kendi bakımını üstlenmeye hazır hale gelebilmektedir. Ancak acil ameliyat edilen, stoma açılma ihtimali olacağı söylenmeden ameliyat edilen ya da stoma açılacağını iyice anlamadan ameliyat olan hastalar ameliyattan sonra ilk anda şok, inanamama, daha sonra ise öfke gibi tepkiler yaşamaktadır. Bedenin bir parçasını ve fiziksel fonksiyonları üzerindeki kontrolünü kaybetme; hastada korku, anksiyete, öfke, güçsüzlük, suçluluk, yalnızlık ve yetersizlik gibi tepkilere neden olabilmektedir. Hastaların tepkilerine benzer tepkiler aile üyeleri tarafından da gösterilebilir. Bu nedenle ameliyattan sonra sağlık personeli, bir yandan hastanın fizyolojik gereksinimlerini karşılarken diğer taraftan da hastanın ve ailenin tepkilerini, duygu ve düşüncelerini değerlendirmelidir^{39,42,78}.

Hastanın kendini diğer insanlar tarafından kabul edilebilir olarak algılanmasında hemşire ayna görevi görür. Kabul edici ve destekleyici yaklaşım hastalıkla baş etmede ve uyum sağlamada hastayı, önemli ölçüde rahatlatır. Bireyin yaşadığı duygunun “doğru” ya da “yanlış” olduğu tartışılmadan duygusu kabul edilmelidir. Hemşirenin hastanın güçlüklerinin, sınırlılıklarının farkında olması ve bunlara odaklanması hastaya kendisine ilgi gösterildiği mesajını verir. Hemşirenin hastaya saygı ve ilgi göstermesi, tutarlı olması, açıklama yapması, soru sormaya fırsat vermesi hastanın güven duymasını sağlar. Güven ilişkisi geliştiğinde hasta kendini daha rahat ve açık ortaya koyabilir³⁹.

2.4.2.2.Stoma Bakımı ve Peristomal Alanın Değerlendirilmesi

Stoma bakım hemşiresinin ameliyat sonrası erken dönemdeki hedefleri; erken dönem komplikasyonlarını belirlemek, hastanın ve ailenin stomaya uyumunu kolaylaştırmak ve stoma bakımına ilişkin temel bilgileri, teknik becerileri kazanmalarını sağlamaktır^{39,51}.

Sağlıklı ideal bir stoma tomurcuk şeklinde, pembe/kırmızı renkte ve nemli olmalıdır. Stomanın gözlenmesini kolaylaştırmak amacıyla stoma ilk açıldığında şeffaf torba takılmalıdır. Bu sayede stomadan gelen içeriği gözlemlemek; nekroz, iskemi ve kanama gibi erken komplikasyonlar açısından stomayı değerlendirmek daha rahat olmaktadır. Hemşire stoma ve peristomal alanı, torba değiştirme sırasında, kızarıklık ve tahriş yönünden dikkatli bir şekilde değerlendirmelidir. Bireyin eğitiminde de bir ayna yardımıyla aynı değerlendirmeyi yapması sağlanmalıdır. Hemşire, stoma ve peristomal alanı her torba değişiminde değerlendirmeli ve bunu bireye öğretmelidir³⁹.

Stomalı bireylerde stoma ve peristoma bakımı önemlidir. Özellikle ileostomide gelen dışkıda sindirim enzimlerinin fazla olması, deri tahrişi görülme oranını arttırmaktadır. Stoma çevresindeki cildin rengi karın cildiyle aynı olmalıdır. Stoma çevresinde kızarıklık ve tahriş olmamalıdır. Uygun cilt bakımı ile cilt problemleri önlenabilir. Cilt problemlerini önlemek için dikkat edilmesi gereken noktalar şöyle sıralanmaktadır⁵³.

- Alttan boşaltmalı ve ikili sistem kullanılması,
- Adaptörün stoma çapına uygun kesilmesi,
- Cilt iyice kurulandıktan sonra adaptörün yapıştırılması,

- Cildi tahriş edeceğinden kurularken sürme hareketinden kaçınılması,
- Peristomal alanda istenmeyen tüyler varsa traş edilmesi, (Peristomal alandaki kıllar yapıştırılan torbanın çıkartılması esnasında rahatsızlık vereceği, torbanın yapışmasını engelleyeceği ve kıl foliküllerinin enfeksiyonuna neden olacağı için traş edilmelidir.)
- İritasyon varsa temizlenip kurulan peristomal alana cilt koruyucuların uygulanması, (Cilt koruyucu ürünlerin kullanılması, peristomayı dışkı temasından ve torba değişimi esnasındaki tahrişlerden korur.)
- Torbanın 1/3 – 1/2'si dolduğunda boşaltılması,
- Torba ve adaptörün önerilen sürelerde boşaltılması,
- Dışkı sızıntısı durumunda adaptörün derhal değiştirilmesi,
- Stoma çevresindeki cilt bakımının ılık su ve yumuşak bez ya da gazlı bez ile yapılması,
- Torba çıkarıldıktan sonra stoma ve çevresinin silinmesi ve
- Stoma ve çevresi silindikten sonra iyice kurulanmasıdır^{4,53,54}.

2.4.2.3. Stoma Bakımında Kullanılan Ürünler

Stoma bakımında birçok bakım ürünü kullanılmaktadır. Bu ürünlerden sık kullanılanları şunlardır:

- *Tek parçalı altı kapalı torba:* Adaptör ve torbanın bir arada olduğu tek kullanımlık sistemdir. Kolostomi için kullanımı uygundur.



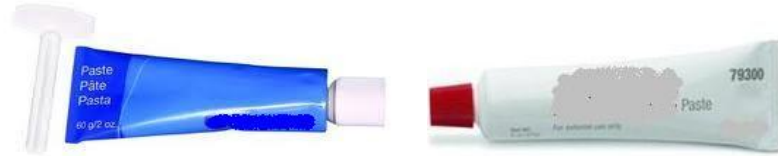
- *Tek parçalı boşaltılabilir torba:* Adaptör ve torbanın bir arada olduğu sistemdir. Dışkının yarı katı olduğu kolostomide ve iki parçalı sistemi uygulamakta zorlanan ileostomi vakalarında kullanımı uygundur.



- *İki parçalı sistem:* Torba ve adaptör ayrı birimler halindedir. İleostomi için en uygun sistemdir. İleotomi vakalarında torba olarak alttan boşaltmalı olanlar tercih edilebilir.



- *Pasta:* Adaptör ile stoma arasındaki boşlukları, peristomal alandaki deri kıvrımlarını ve çatlaklarını doldurarak torbanın iyi yapışabilmesi için düzgün bir yüzey sağlar.



- *Pudra:* Ameliyat sonrası erken dönemde mukokütanöz birleşme hattına uygulanan stoma pudrası, iyileşmeye yardımcı olur. Pudra hassas ya da nemli deride koruyucu ve emici bir tabaka oluşturur.



- *Cilt bariyeri:* Stoma çevresindeki cildi bağırsak içeriğinden korur ve torbanın yapıştırılabileceği uygun bir yüzey sağlar. Bariyer aynı zamanda peristomal cilt tahrişlerini tedavi etmek için de kullanılabilir.



- *Koku gidericiler:* Ostomi torbası içindeki dışkının kötü kokmasını engellemek için kullanılan kimyasallardır.
- *Kemer:* Torbanın ya da adaptörün üzerinde yer alan özel bölümlere takılarak kullanılır. Adaptör/torba için destek oluşturarak hastanın kendini güvende hissetmesini sağlar.



- *Torba kılıfı:* Ostomi torbasının hastanın cildine temas ederek oluşturduğu nemi emer. Böylece terleme ve neme bağlı cilt tahrişini ve mantar enfeksiyonunu önler. Torbanın görünmesini engelleyerek beden imajını güçlendirebilir.



- *Kimyasal çözücüler:* Torbanın/adaptörün daha kolay çıkartılmasına yardımcı olur. Torba/adaptör ciltten çıkartıldığı zaman kalan yapıştırıcıların temizlenmesini sağlar.



Stoma bakım ürünlerinin gerektiğinde kullanılması ekonomik açıdan önemlidir. Ayrıca kullanılan stoma bakım ürünlerinin alkol içerikli olmamasına dikkat edilmelidir. Alkol ciltte kuruma, yanma ve tahrişe neden olacağı için kullanılacak ürünün içeriği iyi bilinmelidir³⁹.

2.4.3. Taburculuk Eğitimi

Taburculuk planlaması ve hastanın kendi bakımını yapması için eğitimi, stomalı hastaların rehabilitasyonunun bir parçasıdır. Hastaların taburculuk planlaması hastaneye kabul edildiği andan itibaren başlamalıdır. Stoma açılan hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal destek ihtiyaçları taburcu olduklarında da devam etmektedir. Bu yüzden her hasta için kapsamlı ve bireye özgü bir taburculuk planlaması yapılmalıdır⁵⁵.

Stomalı birey hastaneden ayrılmadan önce stoma bakımına ilişkin temel bilgileri ve teknik becerileri edinmiş olmalıdır. Özellikle evde bakım hizmetlerinin olmadığı ülkelerde taburculuk eğitimi daha da önem kazanmaktadır. Hastanın fiziksel, mental ya da psikolojik kısıtlılıklar nedeni ile kendi bakımını üstlenemediği durumlarda taburculuk eğitimi, evde hastanın bakımını üstlenecek diğer kişilere verilmelidir. Hasta eğitimine başlanmadan önce hastanın duygularını ifade etmesi sağlanmalı kaygıları giderilmelidir. Eğitim planı yapılırken bireyin genel sağlık durumu, yaşı, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel özellikleri, öğrenme yöntemi ve stomaya ilişkin önyargıları ile yanlış bilgileri dikkate alınmalıdır³⁹.

Hastanın taburculuk planlaması ve rehabilitasyonunda stoma bakım hemşiresinin çeşitli rolleri vardır ve bunlar;

- Bireye özgü ve bütüncül bir bakım vermek,
- Bakımı hastanın kendi bakımını yapabileceği şekilde planlamak,
- Hastaya bakım vermek, bilgilendirmek ve yeni becerileri öğretmek,

- Stoma ameliyatının fiziksel, psikolojik ve duygusal etkileri hakkında bilgi vermek,
- Multidispliner bir ekip içinde bakımı koordine etmek,
- Yapılan girişimlerin sonuçlarını değerlendirmek,
- Taburculuktan sonra telefon görüşmesi ve ev ziyaretleri yaparak bakımın devamlılığını sağlamak olarak sıralanmaktadır⁵⁵.

2.5. Stomalı Hastaların Yaşadığı Sorunlar

2.5.1. Stoma Komplikasyonları

Stoma ameliyatları sık başvurulanan bir cerrahi yöntem olmasından dolayı komplikasyon görülme oranı yüksektir⁵⁶. Stomalı bireylerde, cerrahi işleme, altta yatan patolojiye, yetersiz ameliyat öncesi hazırlığa ya da ameliyat sonrası bakımdaki eksikliğe bağlı olarak birçok komplikasyon gelişebilmektedir^{7,57}. Stomalı hastaların yaşadığı sorunlar hastaların eğitimi ve stoma bakımlarında değişiklik yapılarak uygun bakım ürünlerinin kullanılmasıyla önlenabilir⁵⁸. Bununla birlikte stoma komplikasyonlarının insidansını belirlemek güçtür. Colwell'in (2004) yapmış olduğu bir literatür taramasında belirlenen stoma komplikasyonlarının %6 ile %66.8 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu da stomalı hastaların büyük bir çoğunluğunun stomayla yaşarken bazı komplikasyonlara maruz kalacağını göstermektedir⁵⁹. Aşağıda sık görülen stoma komplikasyonları açıklanmıştır^{58,59,61}.

Parastomal Herni: Ameliyat nedeniyle fasyanın defekte uğraması sonucu zayıflayarak bağırsakların dışa doğru çıkıntı yapmasıyla

parastomal alanda meydana gelen şişkinlik olarak tanımlanmaktadır. Bu durum adaptörün/torbanın yapışmasını zorlaştırarak sızıntıya ve dolayısıyla peristomal cildin tahriş olmasına neden olur.

Stoma Prolapsusu: Bağırsağın stomal açıklıktan teleskop şeklinde dışarı doğru çıkması olarak tanımlanmaktadır. Daha çok kolostomilerde ve en sık olarak transvers kolostomilerde görüldüğü belirtilmektedir. Prolabe olan bağırsak stoma çapının ölçülmesini zorlaştırarak adaptörün uygun çapta kesilememesine neden olmaktadır.

Stoma Nekrozu: Stomanın açıldığı bağırsak bölgesinin kan dolaşımının engellenmesi sonucu, bağırsak dokusu ölümünün gerçekleştiği bir durum olarak tanımlanmaktadır. Nekroz, bağırsağın iyi mobilize edilmeyişinden doğan basınç nedeniyle ya da bağırsağın dar bir açıklıktan dışarı alınması nedeniyle iskemi sonucu gelişmektedir.

Mukokütanöz Ayrılma: Stomanın ciltten ayrılması olarak tanımlanmaktadır. Fistül oluşumu açısından bu ayrılma alanından dışkı gelip gelmediği kontrol edilmelidir. Ayrılma alanında idrar ve dışkı birikmemesi için adaptör ayrılma alanını kapatacak şekilde kesilmelidir. Adaptör uygun kesilmediğinde alta sızan idrar ve dışkı adaptörün ciltten ayrılmasına ve cilt sorunlarına neden olmaktadır.

Stoma Retraksiyonu: Normal stoma çıkıntısının cilt seviyesine veya cilt seviyesinin altına kaçması olarak tanımlanmaktadır. Retrakte stomalarda sızıntıyı önlemek ve peristomal cildi korumak için konveks adaptör ile kemer kullanılmalıdır.

Stoma Stenozu: Stomanın dışarıya ağızlaştırıldığı cilt ya da fasyada meydana gelen daralma olarak tanımlanmaktadır. Bu daralma

stomadan dışkı drenajını zorlaştırmaktadır. Yapılacak girişimler darlık derecesine göre değişmekle birlikte şiddetli darlık durumunda stoma yerinin değiştirilmesi gerekebilmektedir.

Stoma Fistülü: Stoma ile stoma çevresindeki alan arasında oluşan anormal bağlantılar olarak tanımlanmaktadır. Bağırsak lümeninden peristomal cilde olan bir açıklık şeklinde ortaya çıkar. Bazen bu açıklıktan dışkının tamamı dışarıya akabildiği gibi, bazı stomalarda da kısmen drenaj olabilmektedir. Bağırsak lümeninden peristomal cilde olan bir fistül peristomal ciltte tahriş, yanma ve ağrıya neden olabilmektedir.

Kanama: Ameliyat sonrası kanama olağan bir komplikasyon değildir. Aşırı kanama kontrol altına alınması gereken önemli bir durumdur. Erken ameliyat sonrası dönemde kanama, cerrahi sırasında kanama kontrolünün iyi yapılmamasından kaynaklanır. Bu nedenle hastanın ameliyat sonrası erken dönemde kanama yönünden izlenmesi son derece önemlidir³⁰.

Parastomal Enfeksiyon ve Delinme: Stoma çevresindeki iltihap, enfeksiyon stomanın ayrışmasına yol açar. Bu sorun sıklıkla inflamatuvar bağırsak hastalığı sonrası sık gelişir. Bu komplikasyon cilt altı dokusunun dışkı ile bulaşması sonucu stomanın geri kaçması nedeniyle de oluşabilir. Uygun olmayan irrigasyon tekniği, delinme ve apseleşmeye yol açabilir. Stomadan sokulan irrigasyon cihazı ya da sıvısı da bağırsağı delebilir³⁰.

2.5.1.1. Peristomal Cilt Problemleri

Şüphesiz ki peristomal cilt komplikasyonları, stoma ile yaşamının en zor yönlerinden biridir. Çünkü peristomal cilt komplikasyonları ve bu komplikasyonlarla ilişkili semptomlar(ağrı, irritasyon ve koku gibi), bireylerin günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde kısıtlayabilir ve bireylerde sosyal izolasyona, anksiyeteye, depresyona ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir¹⁷. Stomalı hastalarda peristomal cilt bütünlüğünün korunması oldukça önemlidir. Peristomal cilt bütünlüğünün bozulduğu durumlarda stoma torbasının/adaptörün yapışması zorlaşmakta ve sızıntı olmaktadır. Bu durumun sürekliliği daha ileri düzeyde cilt hasarına neden olmakta ve ciddi müdahaleler gerektirebilecek kadar ilerleyebilmektedir. Peristomal cilt lezyonları bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen çok rahatsız edici bir durumdur. Şimdiye kadar sadece birkaç çalışmada stomalı hastalar, peristomal cilt lezyonlarının görülme sıklığı yönünden değerlendirilmiştir ve bu çalışmaların sonuçlarının birbiriyle tutarsız olduğu belirlenmiştir. Örneğin kolostomili hastalarda cilt sorunlarının %1 ile %13 arasında, ileostomili hastalarda %9 ile %21 arasında ve ürostomili hastalarda %15 ile %65 arasında olduğu belirtilmiştir⁶⁰.

Peristomal cilt lezyonlarının asıl nedeni başta dışkı sızıntısı olmakla beraber kimyasal iritanlardır. Kimyasal iritanlara ek olarak cilt bütünlüğünün bozulmasında rol oynayan diğer önemli faktörler;

1. Torbanın/adaptörün değiştirilmesi sırasında cildin soyulması gibi mekanik travmalar,
2. Folikülit gibi enfeksiyonlar,

3. Sedef ve egzama gibi cilt hastalıkları,
4. Stoma bakımında kullanılan bir ürüne karşı gelişen alerjik kontakt dermatit gibi immünolojik sorunlardır. Bunların yanı sıra, peristomal cilt sorunları malignensi veya Chron hastalığı gibi bir durumdan da kaynaklanabilmektedir⁶⁰.

Herlufsen ve arkadaşları (2006) yaptıkları bir çalışmada kalıcı stoması olan 202 hastayı cilt sorunları yönünden değerlendirmişlerdir. Bu çalışmalarında, her hastayı ayda iki defa, 3 stoma bakım hemşiresi ve 2 dermatologdan oluşan bir ekip değerlendirmiştir. Yaptıkları bu çalışma sonucunda %49.5'i kolostomili, %41'i ileostomili ve %9.5'i ürostomili olan bu hastaların toplamda %45'inin peristomal cilt sorununun olduğunu saptamışlardır. Bu sorunların %57'sinin hafif, %33'ünün orta ve %10'unun çok şiddetli lezyonlar olduğunu belirlemişlerdir. En çok görülen cilt sorunlarının dışkı sızıntısına bağlı erozyon(%33), maserasyon(%20), eritem(%16) ve kontakt dermatit(%8.5) olduğunu bulmuşlardır. Bu dört sorunun hepsi dışkı sızıntısıyla ilişkili olup cilt sorunlarının %77'sini oluşturmaktadır. Ayrıca hastaların %76'sında bu sorunların üç aydan fazla bir süre devam ettiğini belirlemişlerdir. Aynı zamanda cilt sorunlarının en çok ileostomili hastalarda(%57), ondan sonra ürostomili hastalarda(%47) ve en az kolostomili hastalarda(%35) görüldüğünü belirlemişlerdir⁶⁰.

Lokal cilt hasarı genellikle, dışkı sızıntısı sonucunda cildin sık sık sindirim enzimlerine maruz kalması, cildin nemli kalması, sürtünme, kandida, folikülit, müközal akıntı, psödo-varikoz lezyonlar, pyoderma gangrenozum, granülomlar, irritant/alerjik kontakt dermatit ve varisler gibi komplikasyonlardan kaynaklanan travmayla ilişkilidir. Cottam ve ark. 3970 stomayı ameliyattan sonraki ilk üç hafta içinde değerlendirdikleri çalışmalarında cilt problemleriyle ilgili 1329(%34) komplikasyon

belirlemişlerdir. Ratliff ve arkadaşlarının (2009) yeni açılan 220 stomayı ameliyattan sonra iki aydan uzun bir süre değerlendirdikleri çalışmalarında %16(35 hasta) oranında peristomal komplikasyon belirlemişlerdir. Bu komplikasyonların %69'u iritan dermatit, %20'si mekanik travmalardan kaynaklanan cilt sorunları ve %9'u kandida enfeksiyonları olarak belirlenmiştir. 34 hastanın değerlendirildiği başka bir çalışmada da hastaların %88'i taburcu olduktan uzun bir süre sonra, en az bir sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların en çok yakındığı komplikasyonların %76'sının cilt irritasyonu ile stoma etrafında döküntü olduğu, bu komplikasyonların da %62'sinin dışkı sızıntısından kaynaklandığı belirlenmiştir¹⁷.

Hastaların en çok yaşadığı peristomal cilt sorunları şöyle sıralanmaktadır;

Mantar Enfeksiyonu: Candida albicans gibi normal vücut florasında bulunan maya mantarlarının neden olduğu cilt enfeksiyonlarıdır. Bu organizmalar sıcak, nemli ve kapalı ortamlarda yaşarlar. İmmünsüpresif tedavi alanlarda, diyabetik hastalarda ve antibiyotik alanlarda daha çok görülürler. Adaptör/torba uygun kesilmediği durumlar veya banyodan sonra cildin nemli kalması sonucu organizmaların çoğalmasına uygun ortam hazırlar^{59,61}.

Eksorasyon/Erozyon: Eksorasyonun teknik tanımı epidermis tabakasının hafif/yüzeyel aşınmasıdır. Bu yüzeyel cilt irritasyonu dışkının adaptörün/torbanın altına sızması, adaptörün/torbanın uzun süre kalması sonucu iyice yapışarak değiştirme sırasında cildin soyulmasına neden olması gibi durumlardan kaynaklanabilir. Basınç, friksiyon ve sürtme gibi mekanik travmlarda peristomal ciltte erozyona neden olabilir^{59,61}.

Allerjik Dermatit: Bireylerde herhangi bir stoma bakım ürününe karşı alerjik reaksiyon gelişebilir. Bu durumda ciltte kızarıklık, kaşıntı, pullanma ve inflamasyon gelişir. Ciltte kabarıklıklar ve ağrı da görülebilir^{58,59,61}.

İrritan Dermatit: İrritan dermatit, peristomal cilt uzun süre üriner veya fekal çıktı gibi toksik maddelere maruz kaldığında, Ph değişikliklerinde, ileostomi çıktısındaki sindirim enzimlerine maruz kaldığında ve yardımcı ürünlerin(yapıştırıcılar, çözücüler, deodorantlar vb.) kullanıldığı durumlarda gelişir^{58,59,61}.

Folikülit: Kıl foliküllerinin inflamasyonudur. Lezyonlar inflamasyon görünümü, eritematöz ve irin içerikli olabilir. Folikülit torbanın/adaptörün dikkatsizce kaldırılması veya kılların sık traş edilmesinden kaynaklanan kıl foliküllerine olan travmalardan dolayı gelişir. Genelde folikülite koagülaz-pozitif stafilokoklar neden olmaktadır. Folikülitler yüzeysel olma eğilimindedir ancak bazen kıl kökünün içine kadar uzanabilir^{59,61}.

Kaput Medusa: Peristomal venlerin dilatasyonudur. Peristomal varis olarak da adlandırılır. Peristomal cilt mavimsi mor renkte, ince ve hassastır. Bu hastalarda torba/adaptör sık değiştirilmemelidir, bakım nazıkçe yapılmalıdır ve yumuşak malzeme kullanılmalıdır^{59,61}.

Peristomal Hiperplazi: Peristomal cildin sürekli dışkıya maruz kalarak irritasyon gelişmesine cevabı olarak meydana gelir. Gümüş renginde, siğile benzer ciltten yüksek nodül ve papüller olarak ortaya çıkar. 2-10 cm yüksekliğinde ve ağırlı olabilirler. Çok kolay kanayabilirler^{58,59,61}.

Mekanik Travma: Peristomal cilde olan travmaların nedeni genellikle adaptör/torban değiştirme tekniği ve sürterek cildi temizlemektir. Adaptörün/torbanın travmatik bir şekilde çıkarılması cildin soyulmasına neden olabilmektedir. Aşırı kilo alma ya da verme, herniler ve prolapsus da mekanik travmaya neden olabilir^{58,59,61}.

Peristomal cilt lezyonlarının insidansını belirlemek zordur, çünkü hastalar peristomal cilt komplikasyonlarının erken belirtilerini sorun olarak algılamamaktadır ve bu sorunlar için profesyonel destek alma gereği duymamaktadır. Ancak peristomal cilt komplikasyonlarının prevalansı peristomal cilt komplikasyonlarının erken dönemde belirlenip hızlı bir şekilde tedavi edilebilmesi için peristomal cildin rutin olarak değerlendirilmesinin önemini gözler önüne sermektedir. Bunun yanında halen standart bir değerlendirme metodunun olmaması veya yetersiz olması da peristomal cilt lezyonlarının insidansının belirlenmesini zorlařtırmaktadır¹⁷.

Gözlemlerimiz sonucunda tedavi edilmeyen peristomal cilt lezyonları peristomal alanda yara oluşumu, enfeksiyon, cilt kaybı, fazla ürün kullanımı ve koku oluşumu gibi sorunlara neden olmaktadır. Bu durumlar da tedavinin uzamasına ve hastanın yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir. Bunun önlenebilmesi için eğitimli sağlık personeli ya da stomaterapi hemşireleri tarafından peristomal alanın standart bir değerlendirme aracı kullanılarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Literatürde peristomal cilt lezyonlarının değerlendirilmesinde kullanılan birçok yöntemden bahsedilmektedir^{14,80}. Ancak kullanılan bu yöntemlerin sınırlı sayıda geçerlik güvenilirliği yapılp, kliniklerde kullanıma sunulduğu görölmektedir. Salvadalena (2008) stomal ve peristomal

komplikasyonların insidansını belirlemek amacıyla yapmış olduğu meta-analiz çalışmasında, stomal veya peristomal komplikasyonların değerlendirildiği 21 çalışmayı incelemiştir. Salvadalena yaptığı bu çalışma sonucunda; çalışma dizaynlarının farklılığı, standart tanımlamaların olmayışı ve değerlendirme zamanlarının farklılığı nedeniyle veri havuzu oluşturularak stomal veya peristomal komplikasyon insidansının belirlenmesinin mümkün olmadığı sonucuna ulařmıřtır¹⁴.

Literatürde stomal komplikasyonlar ve peristomal cilt komplikasyonlarının değerlendirilmesinde kullanılmak üzere geçerlik güvenirliği yapılmış,  araç/lğe rastlanılmaktadır. Bunlar; “Ostomy Skin Tool”, “Ostomy Algorithm” ve “SACS-Instrument” olarak sıralanabilir. Günümüzde halen bu üç aracın etkinliğini belirlemeye yönelik çalışmalara rastlanmaktadır. Bu çalışmada araçlardan biri olan SACS Aracı’nın geçerlik ve güvenirliğinin yapılması amaçlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Peristomal Cilt Lezyonları Değerlendirme Aracı'nın (SACS) Türkçe'ye uyarlanması amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Gazi Üniversitesi Hastanesi Stomaterapi Ünitesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Stomaterapi Ünitesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Stomaterapi Ünitesi ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Stomaterapi Ünitesi'nde yapılmıştır. Bu ünitelerde, ünitelerin bulundukları il ve çevresinden gelen bütün hastalara bakım verilmektedir. Bu ünitelerde çalışan hemşirelerin hepsi sertifikalı stoma ve yara bakım hemşiresi olup, her üniteye en az iki stoma ve yara bakım hemşiresi bulunmaktadır. Bu ünitelerde çalışan hemşireler randevu sistemiyle çalışmakta olup, çalıştıkları hastanenin kliniklerinde yatan ve dış merkezlerden gelen stoma, yara ve fistül bakımı konusunda gereksinimi olan tüm hastalara poliklinik hizmeti vermektedirler.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın amacı SACS Aracının geçerlik ve güvenilirliğinin yapılmasıdır. Geçerlik-güvenirlik çalışmaları dikkate alındığında, bu araştırmanın örneklemini belirlerken gözlemciler arası uyum sağlanacak şekilde bir hesaplama yapılmıştır.

Araştırmada gözlemciler arası uyumun gereği gibi yargılanması için gözlemci ya da kaydedicilerin en az on olay ya da özneyi gözleyip kayıt tutmuş olmaları ve ayrıca her bir olayın bağımsız en az iki gözlemci tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir⁶². Bu nedenle araştırmanın en az iki stomaterapi hemşiresinin görev aldığı 7 stomaterapi ünitesinde (14 hemşire ile) yapılması planlanmıştır. Buna göre araştırmanın örneklemini en az 140 (14 hemşire x 10 gözlem) hasta olacak şekilde belirlenmiştir. Ancak bu ünitelerden 2'sinde çalışan hemşire sayısının 1'e düşmüş olması ve bir ünitenin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle, çalışma, stomaterapi ünitesinde iki hemşire bulunduran; Gazi Üniversitesi Hastanesi Stomaterapi Ünitesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Stomaterapi Ünitesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Stomaterapi Ünitesi ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Stomaterapi Ünitesi'nde yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini temsil etmesi açısından 4 ünitenin herbirinden en az 25 hastanın araştırmaya dahil edilmesi planlanmış, ancak 1 ünite istenen hasta sayısının yeterli olmaması nedeniyle diğer ünitelerden alınan hasta sayısı artmıştır. (Gazi Üniversitesi Hastanesi 33 hasta, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi 32 hasta, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 24 hasta, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi 11 hasta). Gözlem yapılan hasta sayısı 100'e ulaştınca çalışma sonlandırılmıştır. Peristomal cilt lezyonu olan her hasta, ünite çalışan iki bağımsız gözlemci tarafından aynı anda değerlendirilmiştir. 15.12.2012-20.06.2013 tarihleri arasında takip edilen ve peristomal cilt lezyonu olan 100 hasta ve bu ünitelerde çalışan 8 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, “Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı”, “SACS Aracı Kayıt Formu”, literatür incelenerek hazırlanan “Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu” ve “Hemşirelerin Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı’na İlişkin Görüşlerini Belirleme Formu” kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı

SACS Aracı’nın Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapabilmek için aracın ticari ürün olarak kullanım hakkını elinde bulunduran ConvaTec firmasından (EK-11) ve araştırmanın verilerinin toplandığı kurumlardan yazılı izin alınmıştır (EK-12). Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı; SACS (Studio Alterazioni Cutanee Stomali), İtalya’da bir çalışma grubu tarafından 2003-2006 yılları arasında geliştirilen ve geçerliliği yapılan bir araçtır⁶. Bu araç Bosio ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir çalışma sonucunda geliştirilip, geçerlik-güvenirliği yapılmıştır. Bu çalışmanın orijinal adı “Studio Alterazioni Cutanee Stomali” dir. Çalışma ConvaTec firması tarafından desteklenmiş olup, "A Proposal for Classifying Peristomal Skin Lesions" adıyla yayınlanmıştır⁶. Beitz ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise gerçek hastalar üzerinde geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmıştır¹⁵. Bu çalışmada, cilt lezyonları ve lokalizasyonuna dayanarak bir sınıflandırma şeması oluşturulmuştur.

Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı’nda en sık gözlenen beş lezyon(L) aşağıdaki şekilde yer almaktadır:

- L1: Hiperemik lezyon (doku kaybı olmaksızın peristomal cilt kızarıklığı),
- L2: Dermise kadar uzanmayan doku kaybıyla beraber eroziv lezyon,
- L3: Dermise kadar uzanan ülseratif lezyon,
- L4: Ülseratif fibrinöz/nekrotik lezyon ve
- L5: Proliferatif lezyonlar (granülomalar, okzalat depozitleri/çökeltileri ve neoplazm).

Cilt lezyonu şiddeti 1'den 5'e kadar olan bir skala üzerinden değerlendirilmektedir. Örneğin, L1 az şiddetli ve L5-LX çok şiddetli cilt komplikasyonları için kullanılmaktadır. Peristomal lezyon lokasyonunu kaydetmek için beş topografik(T) lokasyon kadranı kullanılmaktadır(EK-1). Aşağıda beş topografik(T) lokasyon kadranı verilmiştir.

- TI: Sol üst peristomal kadrان (saat 12-3 arası),
- TII: Sol alt peristomal kadrان (saat 3-6 arası),
- TIII: Sağ alt peristomal kadrان (saat 6-9 arası),
- TIV: Sağ üst peristomal kadrان (saat 9-12 arası),
- TV: Tüm peristomal kadrانları ifade eder.

3.4.1.1. SACS Aracı'nın Dil Geçerliliği

Aracın Türkçe'ye uyarlanması iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada dil uyarlaması yapılmıştır. SACS

Aracı, ticari kullanım hakkını elinde bulunduran ConvaTec tarafından literatüre İngilizce olarak sunulmuştur. Dil uyarlaması için SACS Aracı önce İngiliz diline hakim tıp fakültesinden bir öğretim üyesi ve hemşirelik bölümünden iki öğretim üyesi tarafından birbirinden bağımsız olarak İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. SACS Aracı'nın Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi hemşirelik bölümünden İngiliz diline hakim bir öğretim üyesi tarafından yapılmıştır. İngilizce'den Türkçe'ye çevrilen ve geri çevirisi yapılan araç araştırmacı tarafından karşılaştırılarak gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Düzenlenen araç bir Türk Dili uzmanı tarafından değerlendirilmiş ve son şekli verilmiştir(EK-1).

3.4.1.2. SACS Aracı'nın Kapsam Geçerliği

Geçerlik; bir veri toplama aracının, incelemeyi amaçladığımız kuram, kavram ya da değişkenle ilgili bileşenleri ne derecede kapsadığını ya da yansıttığını yargıladığımız önemli bir niteliktir. Geçerliğin yüksek olabilmesi, ölçülmek istenen kavramın gizlenebilir nitelikte değişkenlerle açıklanabilmesine bağlıdır. Bu nedenle doğrudan ya da olgusal değişkenlerin ölçümünde kullanılan araçların geçerliği daha yüksektir⁶².

Geçerliğin sınanması için geliştirilmiş birden fazla yöntem vardır ve bunlar araç geçerliği gibi karmaşık bir olgunun değişik yönlerinin kanıtlanmasında kullanılırlar. Geçerlik kanıtlama yöntemleri aşağıdaki başlıklarda incelenebilir⁶².

1. Kapsam Geçerliği (Content Validity)
2. Ölçüte Bağlı Geçerlik (Criterion-Related Validity)
3. Yapı Geçerliği (Construct Validity)

Kapsam Geçerliği: Kapsam geçerliği ölçüm aracının, ölçölmek istenen yapının temel elementlerini ne ölçöde kapsadığını incelemekle ilgilenir. Araştırmacı ölçölen kavrama; tanımını, sınırlarını, boyutlarını bütünleyen tüm kavramları içerecek şekilde ayrıntıya dökerek, bunun geçerliğini inceler. Kapsam geçerliğini sağlamada, öncelikle incelenecek değişkenin özgül boyutlarını kapsayan bir ayrıntılı taslak hazırlanıp, bunun maddelerle doldurulmadan önce en az üç kişiden oluşan bir uzmanlar grubunun görüşüne sunulması ve bu uzmanların bağımsız olarak değerlendirme yapıp görüş belirtmeleri önerilmektedir⁶².

Kapsam geçerliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması için, araştırmacı tarafından geliştirilecek bir dereceleme ölçütünün uzmanlara verilmesi sağlanabilir. Bunun için Waltz ve Bausel (1981) tarafından geliştirilmiş Content Validity Index (CVI) örnek verilmektedir. Bu aracı kullanarak uzmanlar her maddenin ölçüm değeri ile ilgili olarak: 1=Uygun değil; 2=Maddenin uygun şekle getirilmesi gerek; 3=Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor; 4=Çok uygun; değerlendirmesini yapmak için bunlardan birini işaretlemelidir⁶². Daha sonra her bir maddenin kapsam geçerlik indeksini hesaplamak için maddelere sadece 3 ve 4 puan veren uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünür⁸¹.

Ölçöte Bağlı Geçerlikler: Geçerliği bir ölçöte göre belirleme yaklaşımı oldukça kullanışlı bir yöntemdir. Burada araştırmacı herhangi bir kuramsal özelliğin ne kadar başarılı olarak yansıtıldığını saptamak çabasında değildir; yapmak istediği; ölçüm aracı ile başka bir ölçüt arasında ilişki kurmaktır⁶².

Yapı Geçerliği: yapı geçerliği sevgi, merak, toplumsal uyum, ruh sağlığı gibi içeriğinin ve evreninin açıkça bilinmediği, ölçölecek niteliğin açıkça tanımlanamadığı durumlarda önem kazanmaktadır⁶².

Bu çalışmada, araştırmının planlanması aşamasında Türkiye'de bu konuda geçerlik ve güvenirliği yapılmış başka bir araç bulunmadığı için sadece kapsam geçerlik çalışması yapılmıştır.

SACS Aracı'nın geçerliği; hemşirelik bölümünden 4 öğretim üyesi ve 2 stomaterapi hemşiresi ve tıp fakültesinden bir öğretim üyesi olmak üzere toplam 7 uzmanın görüşüne başvurularak gerçekleştirilmiştir. Uzmanlar, stoma bakımı alanında eğitimi ya da deneyimi olan hemşireler, hemşirelikte öğretim elemanları ve stoma bakımı alanında eğitimi ya da deneyimi olan uzman hekimler arasından seçilmiştir. Uzmanlara araçla birlikte aracın bütün maddelerini içeren bir puanlama formu verilmiştir (EK-8). Bu formda her madde için Waltz ve Baussel tarafından geliştirilen Kapsam Geçerlik İndeksi (Content Validity Index [CVI]) kullanılarak 1'den 4'e (1=Uygun değil, 2=Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekiyor, 3=Uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4=Çok uygun) kadar bir değer verilmesi istenmiştir ve her madde için yorum yapılmasına imkan vermek için bir alan ayrılmıştır⁶². Sonra her bir madde için kapsam geçerlik indeksi maddeye 3 ve 4 puan veren uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek elde edilmiştir. Bütün uzmanlar her bir madde için sadece 3 veya 4 puan vermişlerdir. Bu nedenle kapsam geçerlik indeksi 1 olarak bulunmuştur.

Kapsam Geçerlik İndeksi kullanılarak yapılan kapsam geçerliği analizine göre maddelerin anlaşılabilirlik düzeyleri belirlenmiştir. Veneziano ve Hooper tarafından oluşturulan, $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde kapsam geçerlik oranları için minimum değerler tablosundan, bakılarak minimum değer 0.99 olarak belirlenmiştir (Tablo 3.1)⁶³. Bu çalışmada yapılan analizler sonucunda aracın kapsam geçerlik indeksi 1 olup, belirlenen minimum değer üzerinde bulunmuştur (Güven katsayısı: $1-\alpha=1-0.05=0.95$). Uzmanların önerileri doğrultusunda yapılan düzenlemeler sonucunda SACS Aracı'na son şekli verilmiştir.

Tablo 3.1. $\alpha=0.05$ Anlamlılık Düzeyinde KGO'lar İçin Minimum Değerler.

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0.99	13	0.54
6	0.99	14	0.51
7	0.99	15	0.49
8	0.78	20	0.42
9	0.75	25	0.37
10	0.62	30	0.33
11	0.59	35	0.31
12	0.56	40+	0.29

SACS Aracı'nın güvenirlik çalışması Gazi Üniversitesi Hastanesi Stomaterapi Ünitesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Stomaterapi Ünitesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Stomaterapi Ünitesi ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Stomaterapi Ünitesi'nde çalışan Stomaterapi Hemşireleri tarafından bu ünitelerde bakım verilen ve peristomal cilt lezyonu olan hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada Stomaterapi Hemşirelerine aracı nasıl kullanacakları ve nasıl değerlendirme yapacakları konusunda 10-11 Eylül 2012 tarihleri arasında Ankara'da düzenlenen "IV. Stoma ve Yara Bakım Hemşireleri Toplantısı"nda eğitim verilmiştir. Ayrıca aracın kullanımı ve değerlendirme yöntemi ile ilgili bir kullanım yönergesi (EK-2) de hazırlanmıştır. Peristomal cilt lezyonlarını değerlendirme aracında üç aşamalı bir değerlendirme yöntemi bulunmaktadır. Birinci aşamada lezyonun derecesi(L1-LX) belirlenecektir. İkinci aşamada lezyonun kapsadığı alan(TI-TV) belirlenecektir. Son aşamada lezyonun derecesi ile kapsadığı alan birlikte kaydedilecektir(L3, TII&TIII gibi).

3.4.1.3. SACS Aracı'nın Güvenirlik Çalışması

Güvenirlik; bir ölçme aracının hatasız, duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilme gücüdür. Güvenirlik her ölçme

aracının taşınması gereken temel özelliktir. Aracın verileri doğru topladığını ve yinelenabilir olduğunu bu özelliği gösterir. Güvenirliği saptamanın değişik yolları vardır ve bunların her biri araç başarımının (performans) ayrı bir yönü ile ilgili bilgiler sağlar. Güvenirlik sınamaları güvenilirliğin üç boyutuna odaklanır⁶².

Bunlar:

1. Zamana göre değişmezlik (stability)
2. Bağımsız gözlemciler arası uyum (equivalence)
3. İç tutarlılık (internal consistancy) boyutlarıdır.

Zamana Göre Değişmezlik: Bu güvenirlik, aracın değişik zamanlardaki yinelenmeli ölçümlerde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliği ile ilgilenir. Bu güvenirlik sınaması genellikle fiziksel ve teknoloji ile ilgili ölçümler, yazılı ölçekler (skala) ve gözlemlerde kullanılır.

Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum: Bu güvenirlik ölçütü, araştırmacının bağımsız ölçümler arasında eşitlik aradığı durumlar için uygulanan bir güvenilirliktir. İki koşulda uygulanabilir:

- a. Değişik gözlemciler tarafından aynı aracın aynı anda aynı olguyu ölçmesi durumu,
- b. Birbirine koşut iki aracın aynı zamanda deneklere uygulanması durumu

İç Tutarlılık: Ölçme araçlarının iç tutarlılığı aracın belli bir amaçla, bağımsız birimlerden (örneğin sınav maddeleri, anket soruları) oluştuğu ve bunların,

bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıkları olduğu varsayımına dayanan bir kavramdır⁶².

İki ya da daha fazla gözlemcinin gözlem sonuçları arasındaki uyuşmanın güvenilirliğinin ölçülmesinde kullanılan istatistiğe Kappa(Cohen's Kappa) istatistiği denilmektedir. Kappa istatistiği okuyucuya gözlemciler arasındaki uyumun büyüklüğü hakkında sayısal bir değer vermek için tasarlanmıştır (Tablo 3.2)⁶⁴.

SACS Aracı' nın güvenilirlik çalışması bağımsız gözlemciler arası uyum ile gerçekleştirilmiştir. SACS Aracı' nın güvenilirliği Kappa istatistiği kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda bu çalışmada gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (*K değeri* =0.90) olarak belirlenmiştir. Aracın güven aralığı ise 0.80(alt sınır)- 0.99(üst sınır) arası olarak belirlenmiştir.

Tablo 3.2. Kappa Yorumu

<i>K değeri</i>	Yorum
< 0	Hiç uyuşma olmaması
0.0 — 0.20	Önemsiz uyuşma olması
0.21 — 0.40	Orta derecede uyuşma olması
0.41 — 0.60	Ekseriyetle uyuşma olması
0.61 — 0.80	Önemli derecede uyuşma olması
0.81 — 1.00	Neredeyse mükemmel uyuşma olması

Araştırmacı tarafından çalışmaya katılan hemşirelere çalışmanın nasıl gerçekleşeceği hakkında bilgi verilmiştir. Hemşireler aynı hasta üzerinde aynı anda birbirlerinden bağımsız olacak şekilde SACS Aracı' nı kullanarak hastaları değerlendirmişlerdir. Hemşireler “SACS Aracı Kayıt Formu’nu” kullanarak elde ettikleri değerlendirme sonuçlarını kaydetmişlerdir. Ayrıca “Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu’nu” kullanılarak hastaların demografik özellikleri ve sağlık durumları

belirlenmiştir. Çalışma, yeterli hasta sayısına ulaşıldığında hemşirelerin “Hemşirelere ilişkin Tanıtıcı Özellikler Formu” ve “Hemşirelerin SACS Aracı’na İlişkin Görüşlerini Belirleme Formu’ nu” doldurmasıyla sonlandırılmıştır.

3.4.2. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu formda hastaların sosyo demografik özellikleri (yaş, cinsiyet vb.) ve sağlık durumlarını özellikle peristomal cilt lezyonu gelişimi ile ilişkili risk faktörlerini sorgulayan [(tıbbi tanı, stoma tipi, beslenme şekli, malzeme alerjisi, kıvrım varlığı, stoma seviyesi, çıktı miktarı, çıktı şekli (katı, sıvı vb.)), 26 soru yer almaktadır(EK-4).

3.4.3. SACS Aracı Kayıt Formu

Bu form hemşirelerin SACS Aracı’nı kullanarak elde ettikleri hasta değerlendirme sonuçlarını kayıt etmeleri için düzenlenmiştir. Bu form hemşirelerin her bir hasta için lezyon tipini(L1-L5) ve lezyon bölgesini(TI-TV) üzerinde işaretleyebilecekleri ve elde ettikleri değerlendirme sonucunu kaydedecekleri 3 sütundan oluşmaktadır. Her bir hemşireye (I.Hemşire, II.Hemşire) kendi değerlendirme sonuçlarını kaydetmeleri için ayrı form verilmiştir(EK-5).

3.4.4. Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu

Hemşirelere ilişkin tanıtıcı özellikleri belirlemek amacıyla hazırlanan form; hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini sorgulayan (yaşı, en son tamamladığı hemşirelik programı, stoma hemşiresi olarak çalışma süresi, vb.) 9 soru ve hemşirelerin peristomal cilt lezyonlarını önlemeye ilişkin

aldıkları eğitimi (kurs, konferans, panel, kongre vb.) sorgulayan 2 sorudan oluşmaktadır(EK-6).

3.4.5. Hemşirelerin SACS Aracı'na İlişkin Görüşlerini Belirleme Formu

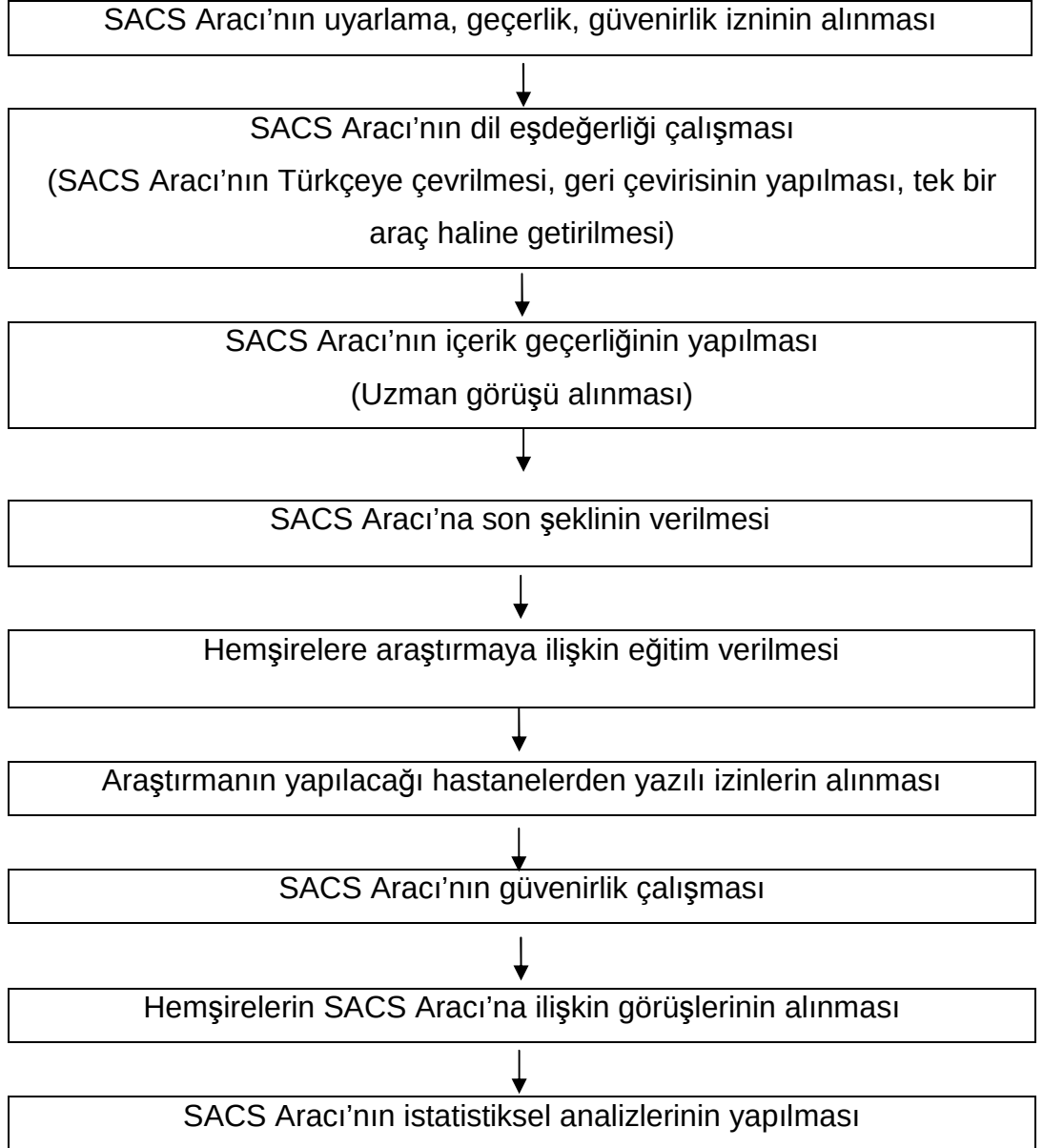
Bu form hemşirelerin araca ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik aracın kullanım özelliklerini (zaman, pratiklik, kolay anlaşılabilirlik, tüm peristomal cilt lezyonlarını içermesi, peristomal cilt lezyonlarını doğru belirleyebilme, kullanılan tanımların ve resimlerin uygunluğu vb.) sorgulayan 20 sorudan oluşmaktadır(EK-7).

Ayrıca hemşirelerden SACS Aracının peristomal cilt lezyonlarını doğru belirlemesine ilişkin 10'luk skala üzerinden puan vermeleri istenmiştir.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanması aşamasında stomaterapi ünitelerinde çalışan hemşirelerden, “Peristomal Cilt Lezyonları Değerlendirme Aracı”nı kullanarak, belirlemiş oldukları peristomal cilt lezyonlarını aynı anda birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirip sınıflandırmaları ve kayıt etmeleri istenmiştir. Aracın uygulanmasından sonra “Hemşirelerin SACS Aracı'na İlişkin Görüşlerini Belirleme Formu” kullanılarak hemşirelerin aracın kullanılabilirliği ve yeterliği konusunda görüşleri alınmıştır.

Araştırmanın akış şeması özetle aşağıdaki gibidir:



3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi tanımlayıcı analizler (yüzde, frekans), hipotez testleri ve güvenilirlik analizleri ile yapılmıştır. Araştırma kapsamında toplanan verilerin analizi SPSS 15 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Aracın kapsam geçerliliği için Waltz ve Beussel (1981) tarafından geliştirilen Kapsam Geçerlik İndeksi kullanılmıştır⁶². Aracın kapsam geçerlik indeksi 1 bulunmuştur.

SACS Aracı'nın güvenilirliği Kappa istatistiği kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda gözlemciler arası uyum yüzdesi "çok iyi" (*K değeri* =0.90) olarak belirlenmiştir. Aracın güven aralığı ise 0.80(alt sınır)- 0.99(üst sınır) arası olarak belirlenmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Peristomal cilt lezyonu değerlendirmesini yapan birinci hemşire ve ikinci hemşirenin aynı stomaterapi ünitesinde çalışıyor olması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır. Hemşirelere değerlendirmeyi birbirinden bağımsız yapmaları gerektiği belirtilmiştir. Ancak hemşirelerin değerlendirmeyi yaparken birbirinden etkilenip etkilenmedikleri gözlemlenememiştir. Değerlendirmenin bağımsız yapıldığı hemşirelerin sözel ifadelerine dayandırılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı'nın Türkçe'ye uyarlanması çalışmasının yapılması için aracın ticari ürün olarak kullanım hakkını elinde bulunduran ConvaTec firmasından yazılı izin alınmıştır(EK-11). Veri toplama formlarının uygulanması için Etik

Kurulu'ndan yazılı onay alınmıştır(EK-10). Araştırmanın yapıldığı hastanelerden yazılı izin alınmıştır(EK-12). Araştırmaya alınan hastalardan yazılı onay alınmıştır(EK-9). Formların uygulamasını yapan hemşirelerde gönüllülük esas alınmıştır. Peristomal cilt lezyonu bulunan veya gözlem esnasında peristomal cilt lezyonu oluşan hastalara hastanelerin peristomal cilt lezyonu bakım prosedürü doğrultusunda bakım verilmiş, peristomal cilt lezyonlarının ayrıca takip ve kaydı yapılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular 3 başlık altında verilmiştir;

- I. Hasta ve Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,**
- II. SACS Aracı'nın geçerlik-güvenirlik çalışmasına ilişkin bulgular,**
- III. Hemşirelerin SACS Aracı'na ilişkin görüşleri ile ilgili bulgular.**

I. Hasta ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N:100)

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	Sayı	%
Stomaterapi Üniteleri		
Gazi Üniversitesi Hastanesi Stomaterapi Ünitesi	33	33.0
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Stomaterapi Ünitesi	32	32.0
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	24	24.0
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Stomaterapi Ünitesi	11	11.0
Hastanın Takip Edildiği Klinik		
Poliklinik	67	67.0
Genel Cerrahi	26	26.0
Üroloji	4	4.0
Diğer *	3	3.0
Yaş		
20-39	16	16.0
40-64	52	52.0
65↑	32	32.0
$\bar{X} = 56.74 \pm 14.03$ (min=20 ve max=78)		
Cinsiyet		
Kadın	45	45.0
Erkek	55	55.0
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	5	5.0
İlköğretim	50	50.0
Lise	25	25.0
Üniversite	20	20.0
Toplam	100	100.0

* Onkoloji, Kadın doğum, Fizik tedavi ve rehabilitasyon Klinikleri

Tablo 4.1’de hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Hastaların %33’ü Gazi Üniversitesi, %32’si Çukurova Üniversitesi %24’ü İstanbul Üniversitesi ve %11’i Uludağ Üniversitesi Stomaterapi Ünitelerinde izlenmektedir. Hastaların %52’si 40-64 yaş aralığında olup, yaş ortalaması 56.74±14.03’tür. Araştırmaya katılan hastaların %55’i erkek olup, %55’inin eğitim durumu ilköğretim ve altındadır.

Tablo 4.2. Hastaların Sağlık Durumları İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı(N:100)

Özellikler	Sayı	%
Tıbbi Tanı		
Rektum Kanseri	32	32.0
Kolon Kanseri	27	27.0
Mesane Kanseri	11	11.0
Ülseratif Kolit	9	9.0
Paralitik İleus	9	9.0
Chron Hastalığı	7	7.0
Diğer*	5	5.0
Kronik Hastalık Durumu		
Var	26	26.0
Yok	74	74.0
Mevcut Kronik Hastalık (n:26)		
Hipertansiyon	10	38.46
Diyabet	7	26.93
Obezite	5	19.23
Diğer**	4	15.38
Alerji Durumu		
Var	6	6.0
Yok	94	94.0
Kemoterapi/Radyoterapi Tedavisi Alma Durumu		
Var	39	39.0
Yok	61	61.0
Beslenme Şekli		
Oral	96	96.0
Parenteral	3	3.0
Enteral	1	1.0
Kendi Bakımını Yapmaya Engel Bir Durum		
Var	14	14.0
Yok	86	86.0
Toplam	100	100.0

* Travma(3), Jinekolojik kanserler(2)

** Romatoid artrit(3), Hepatit C(1)

Tablo 4.2’de çalışmaya katılan hastaların sağlık durumlarına ilişkin özellikleri verilmiştir. Hastaların %32’sinde rektum, %27’sinde kolon kanseri tanısı bulunmaktadır. Hastaların %26’sının kronik bir hastalığının olduğu ve hastalığa sahip olanların %38.46’sında hipertansiyon; %26.93’ünde diyabet; %19.23’ünde obezite olduğu görülmektedir.

Hastaların %6'sının allerjisi olduğu ancak bu allerjinin özellikle peristomal cilt lezyonu gelişmesinde etkili olan hidrokolloid allerjisi olmadığı belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğu (%96) oral yoldan normal beslenmektedir. Ayrıca araştırmaya katılan hastaların %86'sının kendi bakımını yürütmeye yönelik bir engeli bulunmamaktadır. Tabloda belirtilmemekle beraber hastaların tamamı çift parçalı torba/adaptör sistemi kullanmaktadır.

Tablo 4.3. Hastaların Stomalarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı(N:100)

Özellikler	Sayı	%
Ameliyatın Şekli		
Planlı	79	79.0
Acil	21	21.0
Stoma Bölgesinin İşaretlenme Durumu		
Var	28	28.0
Yok	72	72.0
Stoma Özellikleri		
Stoma Tipi		
Kolostomi	25	25.0
İleostomi	67	67.0
Ürostomi	8	8.0
Stoma Süresi		
Kalıcı	25	25.0
Geçici	75	75.0
Stoma İle Yaşam Süresi		
12 saat ve daha az	3	3.0
1 gün-29 gün arası	22	22.0
1 ay ve ↑	75	75.0
$\bar{X} = 8.12$ ay (min: 12 saatten daha az, max: 12 yıl)		
Stoma İle Yaşam Süresine Göre Peristomal Cilt Komplikasyonu Gelişme Durumu		
Hemen Gelişen(12 saat ve daha az)	3	3.0
Erken Gelişen(1aydan daha az)	22	22.0
Geç Gelişen(1 aydan daha fazla)	75	75.0
Stoma Yüksekliği		
Tomurcuk	51	51.0
Ciltle aynı seviyede	34	34.0
Retrakte	15	15.0
Stoma Şekli		
Yuvarlak	33	33.0
Oval	44	44.0
Şekilsiz	23	23.0
Peristomal Cildin Durumu		
Sert	6	6.0
Yumuşak	93	93.0
Çok yumuşak	1	1.0
Baget Varlığı		
Var	8	8.0
Yok	92	92.0

Tablo 4.3. Hastaların Stomalarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı(N:100)
(Devam)

Özellikler	Sayı	%
Çıktı Şekli		
Sıvı	50	50.0
Yarı katı	41	41.0
Katı	9	9.0
Çıktı Miktarı		
Çok fazla	15	15.0
Normal	85	85.0
Mukokütanöz Ayrılma		
Yok	86	86.0
Yüzeyel	8	8.0
Derin	6	6.0
Peristomal Herni Varlığı		
Var	2	2.0
Yok	98	98.0
Peristomal Alanda Kıvrım Varlığı		
Var	35	35.0
Yok	65	65.0
Toplam	100	100.0

Tablo 4.3'te hastaların stomaya ilişkin özellikleri belirtilmiştir. Hastaların %79'unun ameliyatı planlı olup, %28'inin stoma bölgesinin stomaterapi hemşireleri tarafından işaretlendiği belirlenmiştir. Hastaların %67'si ileostomili olup, %75'inin stoması geçici olarak açılmıştır. Hastaların stoma ile yaşam süreleri ortalama 8.12±19.07 ay olup, stomalı yaşam süresinin 1 gün ile 12 yıl arasında değişmekte olduğu belirlenmiştir. Stoma ile yaşam sürelerine göre komplikasyonların %75'inin geç dönemde geliştiği görülmektedir. Hastaların %34'ünün stomasının ciltle aynı seviyede, %15'inin stomasının retrakte, %44'ünün stomasının oval şekilli ve %23'ünün ise stomasının şekilsiz olduğu saptanmıştır. Hastaların %93'ünde peristomal cildin yumuşak olduğu, %8'inde baget bulunduğu, %50'sinde gelen dışkının sıvı ve %15'inde çıktı miktarının çok fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca hastaların %14'ünde mukokütanöz ayrılma, %2'sinde peristomal herni ve %35'inde ise peristomal alanda kıvrım mevcuttur.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N:8)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	8	100.0
En Son Tamamladığı Hemşirelik Programı		
Hemşirelikte Lisans	6	75.0
Hemşirelikte Yüksek Lisans	2	25.0
Hemşire Olarak Toplam Çalışma Süresi(Yıl)		
5-10 yıl	2	25.0
10-15 yıl	2	25.0
15-20 yıl	2	25.0
20-25 yıl	2	25.0
$\bar{X} = 15.25 \pm 6.49$ yıl, (min=5 ve max=24)		
Stomaterapi Hemşiresi Olarak Toplam Çalışma Süresi		
1-3 yıl*	3	37.5
4-6 yıl	2	25.0
7-10 yıl	3	37.5
$\bar{X} = 5.5 \pm 3.17$ yıl, (min=1 ve max=10)		
Bir Hafta İçinde Bakım Verdiği Ortalama Stomalı Hasta Sayısı		
10 hasta	5	62.5
20 hasta ve ↑	3	37.5
Daha Önce Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirmeye Yönelik Herhangi Bir Araç Kullanma Durumu		
Hayır	8	100.0
Mezuniyetten Sonra Peristomal Cilt Lezyonlarının Önlenmesi/Tedavisi İle İlgili Herhangi Bir Programa Katılma Durumu		
Evet	7	87.5
Hayır	1	12.5
Peristomal Cilt Lezyonlarının Önlenmesi/Tedavisi İle İlgili Katıldığı Program		
Temel Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği Kursu	7	87.5
Peristomal Cilt Lezyonlarının Önlenmesi/Tedavisine Yönelik Kaynak Takip Etme Durumu		
Evet	6	75.0
Hayır	2	25.0

* Hemşirelerden 1 tanesi 1 yıldan daha az bir süredir stomaterapi hemşiresi olarak çalışmakta olup bu gruba dahil edilmıştır.

Tablo 4.4'te araştırmaya katılan hemşirelere ilişkin tanıtıcı özellikler yer almaktadır. Çalışmada yer alan bütün hemşireler(n:8) kadındır ve 6 tanesi lisans mezunu iken, diğer 2'si hemşirelikte yüksek lisans mezunudur. Hemşirelerin hepsi sertifikalı stomaterapi hemşiresi olup, ortalama 5.5 yıldır stomaterapi hemşiresi olarak

alıştıklarını ve %62.5'si bir hafta içinde 10 ostomili bireye bakım verdiklerini belirtmişlerdir. Hemşireler daha önce peristomal cilt lezyonlarını değerlendirme aracı kullanmadıklarını, sadece bir hemşire bu araçlara ilişkin 2 günlük bir eğitim aldığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %87.5'i peristomal cilt lezyonlarının önlenmesi/tedavisi ile ilgili bir programa katıldıklarını ve katılmış oldukları bu programın temel stoma ve yara bakım hemşireliği kursları olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin %75'i peristomal cilt lezyonlarının önlenmesi ve tedavisine yönelik kaynak takip ettiklerini ve tabloda yer almamakla birlikte %50'si persitomal cilt lezyonlarının önlenmesi ve tedavisi ile ilgili bilimsel bir dergi takip ettiklerini ifade etmişlerdir.

II. SACS Aracı'nın Geçerlik-Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.5a. Hemşirelerin SACS Aracı'nı Kullanarak Belirledikleri Lezyonların Dağılımı (N:100)

	I. Hemşire		II. Hemşire	
	Sayı	%	Sayı	%
L1: Hiperemik Lezyon	40	34.5	41	35.0
L2: Eroziv Lezyon	41	35.3	44	37.6
L3: Ülseratif Lezyon	21	18.1	18	15.4
L4: Ülseratif Lezyon	7	6.0	7	6.0
L5: Proliferatif Lezyon	7	6.0	7	6.0
Toplam	116	100.0	117	100.0

* Yüzdelere belirtilen lezyon sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.5a'da hemşirelerin SACS Aracı'nı kullanarak belirledikleri lezyonların dağılımı verilmiştir. Tabloya göre; hemşirelerin en çok belirlediği lezyonlar hiperemik(%34.5, %35) ve eroziv lezyonlardır(%35.3, %37.6).

Tablo 4.5b. SACS Aracı'nın Lezyon Tipleri İçin Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum Yüzdesi (N:100)

L1: Hiperemik Lezyon			II. Hemşire			K-değeri*
			Evet	Hayır	Toplam	
	I. Hemşire	Evet	38(%95.0)	2(%5.0)	40(%100.0)	0.89
		Hayır	3(%5.0)	57(%95.0%)	60(%100.0%)	
		Toplam	41(%41.0)	59(%59.0)	100(%100.0)	
L2: Eroziv Lezyon			II. Hemşire			
			Evet	Hayır	Toplam	
	I. Hemşire	Evet	39(%95.1)	2(%4.9)	41(%100.0)	0.85
		Hayır	5(%8.5)	54(%91.5)	59(%100.0)	
		Toplam	44(%44.0)	56(%56.0)	100(%100.0)	
L3: Ülseratif Lezyon			II. Hemşire			
			Evet	Hayır	Toplam	
	I. Hemşire	Evet	17(%81.0)	4(%19.0)	21(%100.0)	0.84
		Hayır	1(%1.3)	78(%98.7)	79(%100.0)	
		Toplam	18(%18.0)	82(%82.0)	100(%100.0)	
L4: Ülseratif Lezyon			II. Hemşire			
			Evet	Hayır	Toplam	
	I. Hemşire	Evet	6(%85.7)	1(%14.3)	7(%100.0)	0.84
		Hayır	1(%1.1)	92(%98.9)	93(%100.0)	
		Toplam	7(%7.0)	93(%93.0)	100(%100.0)	
L5: Proliferatif Lezyon			II. Hemşire			
			Evet	Hayır	Toplam	
	I. Hemşire	Evet	7(%100.0)	0(%0.0)	7(%100.0)	1
		Hayır	0(%0.0)	93(%100.0)	93(%100.0)	
		Toplam	7(%7.0)	93(%93.0)	100(%100.0)	

*Kappa istatistiği kullanılmıştır.

Tablo 4.5b'de SACS Aracı'nın lezyon tipi için bağımsız gözlemciler arası uyum yüzdesi verilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda hemşirelerin belirlediği hiperemik lezyonlar(L1) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.89), güven aralığı 0.80–0.98

arası olarak, eroziv lezyonlar(L2) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.85), güven aralığı 0.75–0.95 arası olarak, ülseratif lezyonlar(L3) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.84), güven aralığı 0.70–0.97 arası olarak, ülseratif lezyonlar(L4) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.84), güven aralığı 0.63–1 arası olarak ve proliferatif lezyonlar(L5) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=1), güven aralığı ise 1 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.6a. Hemşirelerin SACS Aracı'nı Kullanarak Belirledikleri Lezyon Bölgelerinin Dağılımı (N:100)

	I. Hemşire		II. Hemşire	
	sayı	%	Sayı	%
TI: Bölge 1	26	15.5	27	15.4
TII: Bölge 2	30	17.9	31	17.7
TIII: Bölge 3	34	20.2	37	21.1
TIV: Bölge 4	31	18.5	32	18.3
TV: Bölge 5	47	28.0	48	27.4
Toplam	168	100.0	175	100.0

* Yüzdeleler belirtilen bölge sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.6a'da hemşirelerin SACS Aracı'nı kullanarak belirledikleri lezyon bölgelerinin dağılımı verilmiştir. Tabloya göre; hemşirelerin belirlediği lezyonların daha çok bütün peristomal alanı(TV) kapsadığı görülmektedir(%28, %27.4).

Tablo 4.6b. SACS Aracı'nın Lezyon Bölgeleri İçin Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum Yüzdesi (N:100)

Tİ: Bölge 1			II. Hemşire			K-değeri*
			Evet	Hayır	Toplam	
	I. Hemşire	Evet	25(%96,2)	1(%3,8)	26(%100,0)	0.92
		Hayır	2(%2,7)	72(%97,3%)	74(%100,0%)	
		Toplam	27(%27,0)	73(%73,0)	100(%100,0)	
TII: Bölge 2			II. Hemşire			
			Evet	Hayır	Toplam	
	I. Hemşire	Evet	28(%93,3)	2(%6,7)	30(%100,0)	0.88
		Hayır	3(%4,3)	67(%95,7)	70(%100,0)	
		Toplam	31(%31,0)	69(%69,0)	100(%100,0)	
TIII: Bölge 3			II. Hemşire			
			Evet	Hayır	Toplam	
	I. Hemşire	Evet	33(%97,1)	1(%2,9)	34(%100,0)	0.89
		Hayır	4(%6,1)	62(%93,9)	66(%100,0)	
		Toplam	37(%37,0)	63(%63,0)	100(%100,0)	
TIV: Bölge 4			II. Hemşire			
			Evet	Hayır	Toplam	
	I. Hemşire	Evet	30(%96,8)	1(%3,2)	31(%100,0)	0.93
		Hayır	2(%2,9)	67(%97,1)	69(%100,0)	
		Toplam	32(%32,0)	68(%68,0)	100(%100,0)	
TV: Bölge 5			II. Hemşire			
			Evet	Hayır	Toplam	
	I. Hemşire	Evet	46(%97,9)	1(%2,1)	47(%100,0)	0.94
		Hayır	2(%3,8)	51(%96,2)	53(%100,0)	
		Toplam	48(%48,0)	52(%52,0)	100(%100,0)	

*Kappa istatistiği kullanılmıştır.

Tablo 4.6b'de SACS Aracı'nın lezyon bölgeleri için bağımsız gözlemciler arası uyum yüzdesi verilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda hemşirelerin belirlediği lezyon bölgelerinden 1.bölge(TI) için

gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.92), güven aralığı 0.83–1 arası olarak, 2.bölge(TII) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.88), güven aralığı 0.78–0.98 arası olarak, 3.bölge(TII) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.89), güven aralığı 0.79–0.98 arası olarak, 4.bölge(TIV) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.93), güven aralığı 0.85–1 arası olarak ve 5.bölge(TV) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.94) güven aralığı ise 0.87–1 arası olarak belirlenmiştir.

Hemşirelerin birbirinden bağımsız olarak belirleyip kayıt ettikleri lezyonlar ve bölgeleri ek tabloda verilmiştir(Ek Tablo 1).

III. Hemşirelerin SACS Aracı'na İlişkin Görüşleri İle İlgili Bulgular

Tablo 4.7. Hemşirelerin SACS Aracına İlişkin Görüşleri(N:8)

GÖRÜŞLER	Katılıyorum		Kısmen katılıyorum		Katılmıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Peristomal cilt lezyonlarının belirlenmesinde geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir değerlendirme aracı kullanılmalıdır.	8	100.0	-	-	-	-
SACS sınıflandırması bütün peristomal cilt lezyonlarını kapsamaktadır.	4	50.0	4	50.0	-	-
SACS sınıflandırmasında lezyonları belirlemede kullanılan tanımlar yeterli ve uygundur.	5	62.5	3	37.5	-	-
SACS sınıflandırmasında lezyonları belirlemede kullanılan resimler yeterli ve uygundur.	5	62.5	3	37.5	-	-
SACS Aracı peristomal cilt lezyonlarını doğru olarak belirlemektedir.	5	62.5	3	37.5	-	-
SACS Aracı'nın kullanımı pratiktir.	7	87.5	1	12.5	-	-
SACS Aracı'nı kullanarak peristomal cilt lezyonlarını ostomi bakım uzmanı olmayan bireyler/klinisyenler de doğru olarak belirleyebilir.	3	37.5	5	62.5	-	-
SACS Aracı'nın zaman açısından kullanımı uygundur.	7	87.5	1	12.5	-	-
SACS Aracı'nı kullanarak peristomal cilt lezyonlarını belirlemek benim için gereklidir.	6	75.0	2	25.0	-	-
SACS Aracı'nı kullanarak peristomal cilt lezyonlarını belirlemek mesleğim için gereklidir.	8	100.0	-	-	-	-
SACS Aracı peristomal cilt lezyonlarının anlatımında evrensel bir dil oluşumuna katkıda bulunacaktır.	8	100.0	-	-	-	-
SACS Aracı'nın maddeleri çalıştığım klinikteki hastaların peristomal cilt lezyonlarının belirlenmesi açısından yeterlidir.	5	62.5	3	37.5	-	-
SACS Aracı'nı kullanırken seçenekler arasında karar vermekte zorlanıyorum.	-	-	1	12.5	7	87.5
SACS Aracı'nı kullanmak peristomal cilt lezyonu olan hastaya bakım vermeme kolaylaştırır.	7	87.5	1	12.5	-	-
SACS Aracı'nı kullanarak peristomal cilt lezyonlarını belirlemek, yazılı dokümantasyon açısından önemlidir.	7	87.5	1	12.5	-	-
SACS Aracı'nın nasıl uygulanacağı kolay anlaşılır.	7	87.5	1	12.5	-	-
SACS Aracı'nı kullanmak peristomal cilt lezyonlarının prevelelans ve insidansının tam olarak ölçülmesine katkıda bulunacaktır.	7	87.5	1	12.5	-	-
SACS Aracı'nı kullanmak klinik karar vermede yardımcı olacaktır.	7	87.5	1	12.5	-	-
SACS Aracı'nı kullanmak doğru bakım yöntemini belirlemeye yardımcı olarak fazla ürün kullanımını azaltacak ve böylece maliyeti de azaltacaktır.	6	75.0	1	12.5	1	12.5

Tablo 4.7’de hemşirelerin SACS Aracı’na ilişkin görüşlerinin dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin hepsi peristomal cilt lezyonlarının değerdendirilmesinde geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmış araçların kullanılması görüşüne katılmakla birlikte hemşirelerin %50’si SACS sınıflamasının bütün lezyonları kapsadığı görüşüne katılmamaktadır. Hemşirelerin %62.5’i SACS sınıflamasında kullanılan tanımları ve resimleri yeterli ve uygun bulduğunu ve SACS Aracı’nın lezyonları doğru olarak belirlediğini, ancak ostomi bakım uzmanı olmayan bireylerin/klinisyenlerin de SACS Aracı’nı kullanarak peristomal cilt lezyonlarını doğru olarak belirleyebileceğini düşünmediklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin %87.5’i aracı kullanırken seçenekler arasında karar vermekte zorlanmadıklarını, aracın kullanımının pratik olduğu ve aracı kullanmanın peristomal cilt lezyonu olan hastaya bakım vermelerini kolaylaştırdığını ifade etmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin %87.5’i SACS Aracı’nı kullanırken zorlanmadıklarını, SACS Aracı’nı kullanmanın cilt lezyonlarının belirlenmesi ve dökümantasyonu açısından önemli olduğunu, cilt lezyonlarının prevalans ve insidansının tam olarak ölçülmesine katkı sağlayacağını ve klinik karar vermede yardımcı olacağını düşünmektedir. Bunun yanısıra hemşirelerin %75’i SACS Aracı’nı kullanmanın doğru bakım yöntemini belirlemelerine yardımcı olduğu ve fazla ürün kullanımını azaltarak böylece maliyeti azalttığını belirtmişlerdir.

Ayrıca tabloda belirtilmemekle birlikte hemşirelerin SACS Aracı’nın peristomal cilt lezyonlarını doğru belirleme düzeyini 10’luk skala üzerinden değerdendirmeleri istenmiştir. Hemşirelere göre Görsel Analog Skala (0-10 arası puanlama) üzerinden SACS Aracı’nın peristomal cilt lezyonlarını doğru belirleme puan ortalaması 9 ± 0.7 ’dir(min:8, max: 10).

5. TARTIŞMA

Stoma açılması, bireylerde diğer komplikasyonların yanı sıra peristomal cilt komplikasyonlarının da görülmesine ve bu durum da hastaların fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir^{3,4,79}. Özellikle peristomal cilt komplikasyonları hem erken hem de geç dönem stoma komplikasyonları arasında en yaygın şekilde görülen komplikasyonlardır. Literatürde peristomal cilt komplikasyonları görülme oranları %10-%70 arasında belirtilmektedir^{12,14,77}. Stoma komplikasyonları arasında sık görülmesine rağmen, standart bir değerlendirme aracının kullanılmaması nedeniyle çoğunlukla erken dönemde tespit edilememektedir.

Literatürde de peristomal cilt lezyonlarının değerlendirilmesine ilişkin çalışmalara oldukça az rastlanılmaktadır. Araştırmanın planlanması aşamasında yapılan literatür taramasında konuyla ilgili olarak Türkçe'ye uyarlanıp geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmış olan başka bir ölçek ya da aracın bulunmadığı tespit edilmiştir.

Peristomal cilt lezyonlarını değerlendirmek için geliştirilen “Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı'nın (SACS-Aracı)” ülkemizde kullanılması ile; ostomi bakımında ortak bir dil oluşmasına, peristomal cilt komplikasyonlarının erken dönemde belirlenmesine, doğru bir şekilde değerlendirilip insidans ve prevelansının tam olarak ölçülebilmesine ve hasta konforunun arttırılmasına katkı sağlaması amaçlanmıştır.

“Peristomal Cilt Lezyonları Değerlendirme Aracı’nın (SACS) Türkçe’ye uyarlanması amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılmıştır.

1. Hasta ve Stomanın Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması:

Araştırmaya alınan bireylerin cinsiyete göre dağılımı benzer olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.1). Bununla birlikte hastaların yarıya yakınını (%45) kadın hastalar oluşturmaktadır. Ratliff’in (2010) yara ostomi inkontinans hemşirelerinin (WOCN) standart bir veri toplama aracı kullanarak 1 yıl süre zarfı içinde görülen peristomal cilt komplikasyonlarını belirledikleri çalışmasında, peristomal cilt komplikasyonu görülen hastaların %51.8’ini bayan hastalar oluşturmuştur¹². Ratliff ve arkadaşlarının (2005) yeni stoma açılan hastaları peristomal cilt komplikasyonu gelişmesi açısından değerlendirdikleri başka bir çalışmada ise, peristomal cilt komplikasyonu gelişen hastaların %60’ının bayan hasta olduğu belirlenmiştir⁶⁵.

Bu çalışmada araştırmaya alınan hastaların yarısına rektum (%32) ve kolon (%27) kanseri nedeniyle de stoma açıldığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Çalışma bulgularına benzer şekilde, Karabulut ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında hastalara en çok rektosigmoid kanser (%52) nedeniyle stoma açılmıştır⁶⁶. Aynı şekilde Persson ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında da hastaların %55’ine kolorektal kanserler nedeniyle stoma açıldığı görülmektedir.⁶⁷

Araştırmaya alınan hastaların %79’unun ameliyatının planlı olduğu ve hastaların %72’sinin ameliyattan önce stoma bölgesinin işaretlenmediği belirlenmiştir. Yapılan birçok çalışmada stoma bölgesinin stomaterapi hemşiresi/doktor tarafından ameliyattan önce işaretlenmesi,

hastalarda peristomal cilt komplikasyonları görülme oranlarını önemli ölçüde azalttığı ve stoma bölgesi uygun bir biçimde belirlenen hastaların yaşam kalitesinin işaretlenmeyenlere oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir^{46,47,48}. Bass ve arkadaşlarının (1997) planlı ve acil olarak stoma açılan 1790 hastayı retrospektif olarak değerlendirdikleri çalışmada, 593 hastanın ameliyatının planlı olduğu ve bu hastaların bir kısmına (I.Grup: 292 hasta) ameliyattan önce stomaterapi hemşireleri tarafından eğitim verilip, uygun bir şekilde stoma bölgesinin işaretlendiği, diğer hastalara (II.Grup: 301 hasta) ise eğitim verilmediği ve stoma bölgesinin de işaretlenmediği belirtilmektedir. Bu çalışmada I.Grupta komplikasyon görülme oranı %32,5 iken, II.Grupta bu oran %43,5 olarak saptanmıştır ve toplamda bu komplikasyonların %60'ını cilt komplikasyonlarının oluşturduğu belirlenmiştir⁴⁶. Person ve arkadaşlarının (2012) 105 hastayı değerlendirdikleri çalışmalarında ise 52 hastada ameliyat öncesi stoma bölgesi işaretlenmiş olup, 53 hastada stoma bölgesi işaretlenmemiştir. Bu çalışmada da stoma bölgesi işaretlenen hastaların yaşam kalitesi ve bağımsızlık düzeyleri işaretlenmeyen hastalara oranla oldukça yüksek olduğu ve komplikasyon görülme oranlarının ise oldukça düşük olduğu belirlenmiştir⁴⁷. Yapılan başka bir çalışmada da, Rajput ve arkadaşları (2007) stoma bölgesinin uygun işaretlenmediği geçici loop ileostomili hastalarda erken komplikasyon görülme oranlarını arttırdığını ve en çok görülen komplikasyonun ülseratif lezyon olduğunu belirlemişlerdir⁴⁸.

Çalışmamızda hastaların %67'sine ileostomi açıldığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Literatürde ileostomisi olan hastalarda daha sıklıkla cilt komplikasyonu görüldüğü belirtilmektedir Herlufsen ve arkadaşları (2006) yaptıkları bir çalışmada kalıcı stoması olan 202 hastayı cilt sorunları yönünden değerlendirmişlerdir. Yaptıkları bu çalışma sonucunda %49.5'i kolostomili, %41'i ileostomili ve %9.5'i ürostomili olan bu hastaların toplamda %45'inin peristomal cilt sorununun olduğunu ve cilt sorunlarının en çok ileostomili hastalarda (%57) olduğunu saptamışlardır.

Bu sorunların %57'sinin hafif, %33'ünün orta ve %10'unun çok şiddetli lezyonlar olduğunu belirlemişlerdir⁶⁰.

Örneklem kapsamına alınan hastaların %75'inin stomalarının geçici olduğu, stoma ile yaşam sürelerinin ortalama 8.12 ay (max.=12 yıl, min.=12 saatten daha az) olduğu ve en çok (%87) cilt komplikasyonlarının geç dönemde geliştiği (stoma açıldıktan 1 ay sonra) belirlenmiştir (Tablo 4.3). Literatürde stoma komplikasyonlarının görülme sıklığına ilişkin oranlar büyük farklılıklar göstermektedir^{2,8,9,10,18}. Bu konudaki en geniş çalışma Park ve arkadaşlarına (1999) ait olup, 20 yılın üzerinde bir sürede izlenen, 1616 ileostomi ve kolostomi hastasına ilişkin sonuçları içermektedir. Bu çalışmada, komplikasyonların %28'i erken dönemde, %6'sı ise geç dönemde gelişmiş, en yüksek komplikasyon oranı loop ileostomide (%75), en düşük oran ise transvers kolostomide (%6) saptanmıştır. Aynı çalışmada en çok görülen erken dönem komplikasyonunun peristomal cilt irritasyonu (%12) olduğu belirlenmiştir⁹. Karadağ'ın (2004) stomaterapi ünitesinde düzenli olarak takip edilen 128 birey üzerinde yaptığı retrospektif bir çalışmada ise, stoma komplikasyon oranının %32.8 olduğu ve en yaygın komplikasyonun peristomal cilt irritasyonu (17.9%) olduğu saptanmıştır¹⁰. Akçam ve arkadaşlarının (2005) 120 stomalı hastanın kayıtlarından elde ettikleri verilerde ise komplikasyon oranının %24.1 ve en sık gelişen komplikasyonun yine dermatit (%5.8) olduğu belirlenmiştir¹⁸.

Sağlıklı ideal bir stoma tomurcuk şeklinde, pembe/kırmızı renkte ve nemli olmalıdır. Yapılan çalışmalarda stomanın ciltle aynı seviyede olmasının peristomal cilt komplikasyonlarına neden olduğunu belirtilmektedir. Ratliff ve arkadaşlarının (2005) yeni stoma açılan 220 hastayı peristomal cilt komplikasyonu gelişmesi açısından değerlendirdikleri çalışmada; stoma açıldıktan 2 ay sonra kontrole gelen hastalardan 35'inde peristomal cilt komplikasyonu geliştiği ve sadece 9

hastada stomanın ciltle aynı seviyede olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada hemşireler, cilt komplikasyonlarını stomaların ciltle aynı seviyede olmasına veya retrakte olmasına bağlamışlardır⁶⁵. Sung ve arkadaşlarının (2010) 1170 hastayı retrospektif olarak değerlendirdikleri çalışmalarında da en çok görülen stomal komplikasyonun (%8.5) stomanın ciltle aynı seviyede olması nedeniyle peristomal cilt komplikasyonu (%15.5) ve özellikle iritan kontakt dermatit olduğu belirtilmiştir⁶⁸. Çalışmamızda, hastaların %51'inin stomasının tomurcuk şeklinde olduğu, %34'ünün stomasının ciltle aynı seviyede olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Araştırmaya katılan hastaların %44'ünün stomasının oval , %33'ünün stomasının yuvarlak ve %23'ünün stomasının şekilsiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Literatürde stoma şeklinin düzgün olmamasının adaptörün/torbanın düzgün kesilememesine dolayısıyla dışkı ve idrar sızıntısına neden olarak peristomal cilt komplikasyonu gelişmesine neden olacağı belirtilmektedir^{69,70}. Ayrıca Hastaların %93'ünde peristomal cildin yumuşak olduğu ve %8'inde bağıet bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Çalışmamızda hastaların %50'sinde gelen dışkının sıvı olduğu ve %15'inde çıktı miktarının çok fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Saghir ve arkadaşlarının (2001) stoma komplikasyonlarını ve nedenlerini retrospektif olarak 126 hastada değerlendirdikleri çalışmalarında, hastaların %45'inde peristomal cilt irritasyonu geliştiğini, %42'sinde sızıntı olduğunu ve bu hastaların %12'sinde çıktı miktarının çok fazla olduğunu belirlemişlerdir⁷¹. Smith ve arkadaşlarının (2002) 400 hastayı peristomal cilt komplikasyonları gelişme durumu açısından değerlendirdikleri başka bir çalışmada hastaların %61'inde peristomal cilt lezyonu geliştiği ve lezyonların büyük bir çoğunluğunun dışkı sızıntısı nedeniyle geliştiğini belirlemişlerdir⁷². Richbourg ve arkadaşlarının (2007) stomalı hastaların taburcu olduktan sonra yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla 34 hastayı değerlendirdikleri çalışmalarında ise hastaların en çok

yaşadıkları sorunların dışkı sızıntısı (%62) nedeniyle gelişen cilt problemleri (%72) olduğunu belirlemişlerdir⁷³.

Çalışmada yer alan hastaların %14'ünde mukokütanöz ayrılma olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Kann (2008), mukokütanöz ayrılmanın adaptörün/torbanın cilde iyi yapışmasını engelleyerek adaptörün/torbanın ve cildin arasına dışkı sızıntısı sonucu cilt irritasyonu gelişmesine neden olduğunu belirtmektedir⁵. Saghir ve arkadaşlarının (2001) stoma komplikasyonlarını ve nedenlerini retrospektif olarak 126 hastada değerlendirdikleri çalışmalarında hastaların %45'inde peristomal cilt irritasyonu geliştiğini ve bu hastaların %21'inde mukokütanöz ayrılma olduğunu belirlemişlerdir⁷¹.

Araştırmaya katılan hastaların %2'sinde peristomal herni ve %35'inde peristomal alanda kıvrım olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Arumugam ve arkadaşları (2003) gelişen komplikasyonlar ve risk faktörleri açısından 97 hastayı retrospektif olarak değerlendirdikleri çalışmalarında hastaların %50.5'inde en az bir komplikasyon gelişmiştir. Bu hastalardan 23'ünde retraksiyon, 18'inin stoması kıvrım içinde, 12'sinde mukokütanöz ayrılma, 12'sinde peristomal herni geliştiği belirlenmiş ve bu hastaların 16'sında erken, 12'sinde de geç cilt lezyonu geliştiği belirlenmiştir⁷⁴.

2. SACS Aracı'nın Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması:

Literatürde peristomal cilt lezyonlarının değerlendirilmesinde kullanılan birçok yöntemden bahsedilmektedir^{14,80}. Ancak kullanılan bu yöntemlerin sınırlı sayıda geçerlik güvenirliği yapıp, kliniklerde kullanıma sunulduğu görülmektedir. Salvadalena (2008) stomal ve peristomal komplikasyonların insidansını belirlemek amacıyla yapmış olduğu meta-analiz çalışmasında, stomal veya peristomal komplikasyonların değerlendirildiği 21 çalışmayı incelemiştir. Salvadalena yaptığı bu çalışma sonucunda; çalışma dizaynlarının farklılığı, standart tanımlamaların olmayışı ve değerlendirme zamanlarının farklılığı nedeniyle veri havuzu oluşturularak stomal veya peristomal komplikasyon insidansının belirlenmesinin mümkün olmadığı sonucuna ulaşmıştır¹⁴.

Literatürde stomal komplikasyonlar ve peristomal cilt komplikasyonlarının değerlendirilmesinde kullanılmak üzere geçerlik güvenirliği yapılmış, üç araç/ölçeğe rastlanılmıştır^{6,14,15,20,80}. Bunlar; "Ostomy Skin Tool", "Ostomy Algorithm" ve "SACS-Instrument" olarak sıralanabilir. Günümüzde halen bu üç aracın etkinliğini belirlemeye yönelik çalışmalara rastlanmaktadır. Bu çalışmada araçlardan biri olan SACS Aracı'nın geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır.

2a. SACS Aracı'nın Dil ve Kapsam Geçerliliği

SACS Aracı'nın kapsam geçerliliğini yapmadan önce aracın dil geçerlik çalışması yapılmıştır. Dil uyarlaması için SACS Aracı önce İngiliz diline hakim tıp fakültesinden bir öğretim üyesi ve hemşirelik bölümünden iki öğretim üyesi tarafından birbirinden bağımsız olarak İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. SACS Aracı'nın Türkçe'den İngilizce'ye

geri çevirisi hemşirelik bölümünden İngiliz diline hakim bir öğretim üyesi tarafından yapılmıştır. İngilizce'den Türkçe'ye çevrilen ve geri çevirisi yapılan araç araştırmacı tarafından karşılaştırılarak gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Düzenlenen araç bir Türk Dili uzmanı tarafından değerlendirilmiş ve son şekli verilmiştir.

Hasta güvenliğini ve hastaya verilen temel bakımın kalitesini etkileyen her aracın kapsam geçerliğinin yapılması gerekli ve zorunlu bir durumdur¹⁵. Kapsam Geçerlik İndeksi kullanılarak yapılan kapsam geçerliliği analizine göre maddelerin anlaşılabilirlik düzeyleri belirlenmiştir. Bu çalışma için Veneziano ve Hooper tarafından oluşturulan, $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde kapsam geçerlik oranları için minimum değerler tablosundan, bakılarak minimum değer 0.99 olarak belirlenmiştir⁶³.

Çalışmamızda yapılan analizler sonucunda SACS Aracı'nın kapsam geçerlik indeksi 1 olup, belirlenen minimum değerın üzerinde bulunmuştur (Güven katsayısı: $1-\alpha=1-0.05=0.95$). Beitz ve arkadaşlarının (2010) SACS Aracı'nı da kapsayan Ostomi Algoritması'nın (ConvaTec's Ostomy Algoritm) geçerlik çalışmasında, SACS Aracı'nın kapsam geçerlik indeksi 0.94 olarak belirtilmiştir¹⁵. Bunun sonucunda SACS Aracı'nın Türkçe'ye kapsam geçerliğinin uygun olduğu söylenebilir.

2b. SACS Aracı'nın Güvenirliği

Güvenirlik; bir ölçme aracının hatasız, duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilme gücüdür. Güvenirlik her ölçme aracının taşıması gereken temel özelliktir. Aracın verileri doğru topladığını ve yinelenabilir olduğunu bu özelliği gösterir⁶¹.

SACS aracının ilk güvenilirlik çalışması Bosio ve ark. Tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada araştırmacılar tarafından öncelikle gözlemlerine ve peristomal cilt lezyonlarının mekanizmasına dayanan lezyon tanımlarının yapıldığı bir araç geliştirilmiştir. Daha sonra SACS Aracı'nın geçerliliğini belirlemek için araştırmacılar tarafından 20 tane lezyon fotoğrafı seçilmiş ve bu fotoğraflar klinisyenlere gönderilip SACS aracını kullanarak değerlendirmeleri istenmiştir. Veriler gözlemciler arası uyum istatistiği ile değerlendirilmiştir. Yapılan bu değerlendirme sonucunda gözlemciler arası uyum yüzdesi ($K=0.91$) olarak belirlenmiştir⁶.

Bu çalışmada da SACS Aracı'nın güvenilirlik çalışması bağımsız gözlemciler arası uyum ile gerçekleştirilmiştir. SACS Aracı' nın güvenilirliği Kappa istatistiği kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” ($K \text{ değeri}=0.90$) olarak belirlenmiştir. Aracın güven aralığı ise 0.80 (alt sınır) – 0.99 (üst sınır) arası olarak belirlenmiştir.

SACS Aracı'nın lezyon bölümü değerlendirildiğinde; hemşirelerin belirlediği hiperemik lezyonlar (L1) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” ($K \text{ değeri}=0.89$), güven aralığı 0.80–0.98 arası olarak belirlenmiştir. Eroziv lezyonlar(L2) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” ($K \text{ değeri}=0.85$), güven aralığı 0.75–0.95 arası olarak belirlenmiştir. Ülseratif lezyonlar(L3) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” ($K \text{ değeri}=0.84$), güven aralığı 0.70–0.97 arası olarak belirlenmiştir. Ülseratif lezyonlar(L4) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” ($K \text{ değeri}=0.84$), güven aralığı 0.63–1 arası olarak belirlenmiştir. Proliferative lezyonlar(L5) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” ($K \text{ değeri}=1$), güven aralığı ise 1 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5b).

SACS Aracı'nın lezyon bölgesi bölümü değerlendirildiğinde ise, hemşirelerin belirlediği lezyon bölgelerinden 1.bölge(TI) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.92), güven aralığı 0.83–1arası olarak belirlenmiştir. 2.bölge(TII) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.88), güven aralığı 0.78–0.98 arası olarak belirlenmiştir. 3.bölge(TII) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.89), güven aralığı 0.79–0.98 arası olarak belirlenmiştir. 4.bölge(TIV) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.93), güven aralığı 0.85–1arası olarak belirlenmiştir. 5.bölge (TV) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.94) güven aralığı ise 0.87–1 arası olarak belirlenmiştir (Tablo 4.6b).Bu çalışmada SACS Aracı'nın güven aralığının oldukça yüksek olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak Türkiye’de dil geçerliği ve güvenirlik çalışması yapılan SACS Aracı, peristomal cilt lezyonlarının değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araçtır.

3. Hemşirelerin SACS Aracı'na İlişkin Görüşleri'ne Ait Bulguların Tartışılması:

Ülkemizde sınırlı sayıda olmakla birlikte stoması olan hastaların bakım ve izlemi stomaterapi ünitelerinde çalışan hemşireler tarafından yürütülmektedir. Stoma açıldıktan sonra hastaların en fazla yaşadığı komplikasyonlar içinde yer alan peristomal cilt lezyonlarının hemşireler tarafından erken dönemde belirlenmesi ve değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Peristomal cilt lezyonlarının değerlendirilmesi için geliştirilen SACS Aracı'na ilişkin hemşirelerin görüşlerinin alınması gerekmektedir. Bu amaçla çalışmaya stomaterapi ünitelerinde çalışan hemşireler alınmıştır.

Çalışmada yer alan bütün hemşireler (n:8) bayan olup, 6 tanesi lisans mezunudur. Hemşirelerin tamamı sertifikalı stomaterapi hemşiresi olup ortalama 5.5 yıldır stomaterapi hemşiresi olarak çalışmakta ve hemşirelerin %62.5'si bir hafta içinde ortalama 10 ostomili bireye bakım vermektedirler. Beitz ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) çalışmaya katılan hemşirelerin %97'si stoma ve yara bakım hemşiresi (WOCN) olup, zamanlarının en az %30'unu ostomili bireylere bakım vermekle geçirdiklerini belirtmektedir¹⁵.

Araştırmaya katılan hemşireler daha önce herhangi bir peristomal cilt lezyonlarını değerlendirme aracı kullanmamış, ancak tamamına yakını (%87.5) peristomal cilt lezyonlarının önlenmesi/tedavisi ile ilgili bir programa katıldığını belirtmiştir. Hemşirelerin yarısından fazlası (%75) peristomal cilt lezyonlarının önlenmesi ve tedavisine yönelik en az bir kaynak takip etmektedir (Tablo 4.4). Ostomili hastalarda başta dışkı sızıntısı olmak üzere birçok etkene bağlı olarak peristomal cilt lezyonları gelişebilmektedir. Dolayısıyla stomaterapi hemşirelerinin peristomal cilt

lezyonlarının belirlenmesi, önlenmesi ve tedavisine yönelik gelişmeleri takip etmeleri önemli ve gereklidir. Bu yüzden stomaterapi hemşireleri mesleki yetkinlik ve yeterliliklerini geliştirmek amacıyla mezuniyet sonrası eğitim programlarına ve bilimsel faaliyetlere katılmalı ve mesleki yayınları takip etmelidirler. Hemşireler genişleyen rol ve fonksiyonları ile öncesine göre daha karmaşık kararlar verme ve bu kararların sorumluluğunu üstlenmek durumundadır⁷⁵.

Hemşirelerin mesleki yaşantıları boyunca herhangi bir peristomal cilt lezyonu değerlendirme aracı kullanmamış olması ve aynı zamanda tamamına yakınının (%87,5) mezun olduktan sonra peristomal cilt lezyonu değerlendirme araçlarına yönelik herhangi bir eğitim almamış olması (Tablo 4.4), SACS Aracı'na ilişkin görüşlerinin alınmasında objektifliğin sağlanması açısından anlamlı bulunmuştur.

Çalışmada yer alan hemşirelerin tamamı(%100) peristomal cilt lezyonlarının değerlendirilmesinde geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmış araçların kullanılması gerektiğini düşünmektedirler (Tablo 4.7). Literatürde geçerliği kanıtlanmış bir değerlendirme aracı kullanmanın, hastanın konfor ve yaşam kalitesini artırırken deneme-yanılmayla birçok ürün kullanımının maliyet ve sıklığını azaltacağı ve klinisyenlerin stomal ve peristomal komplikasyonların prevalans ve insidansını tam olarak ölçmelerini sağlayacağı belirtilmektedir^{6,15,20}.

Hemşirelerin yarısı SACS sınıflamasının bütün lezyonları kapsadığı görüşüne katılırken, diğer yarısı kısmen katıldıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %62,5'i SACS sınıflamasında kullanılan tanımların ve resimlerin yeterli ve uygun olduğunu ve SACS Aracı'nın lezyonları doğru olarak belirlediği görüşüne katıldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.7). Literatürde de bu araçta kullanılan tanımların ve resimlerin

yeterli ve uygun olduğu bulgusunu destekler nitelikte bilgiler yer almaktadır^{6,15}.

Hemşirelerin %62.5'i ostomi bakım uzmanı olmayan bireylerin/klinisyenlerin de SACS Aracı'nı kullanarak peristomal cilt lezyonlarını doğru olarak belirleyebileceği görüşüne kısmen katıldıklarını belirtmekle birlikte (Tablo 4.7), literatürde peristomal cilt lezyonları değerlendirme araçlarının ostomi bakım uzmanı olmayan hemşireler tarafından da rahatlıkla kullanılarak stomaterapi hemşiresinin olmadığı durumlarda ostomili bireylere bakım vermelerini kolaylařtıracakđı belirtilmektedir^{15,76}. Bu durum özellikle stomaterapi hemşiresi sınırlı sayıda bulunan ülkeler için önemlidir.

Peristomal cilt değerlendirme araçları peristomal ciltteki değişikliklerin boyutunu ve şiddetini belirlemede kullanılan standart araçlardır⁷⁶. Hemşirelerin %87.5'i aracı kullanırken seçenekler arasında karar vermekte zorlanmadıklarını, aracın kullanımının pratik olduğu ve aracı kullanmanın peristomal cilt lezyonu olan hastaya bakım vermelerini kolaylaştırdığı görüşüne katıldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.7). Ayrıca hemşirelerin %87.5'i SACS Aracı'nı kullanırken zorlanmadıklarını, SACS Aracı'nı kullanmanın cilt lezyonlarının belirlenmesi ve dökümantasyonu açısından önemli olduğu, cilt lezyonlarının prevelans ve insidansının tam olarak ölçülmesine katkı sađlayacakđı ve klinik karar vermede yardımcı olacakđı görüşüne katıldıklarını belirtmişlerdir.

Literatürde geçerliği kanıtlanmış bir değerlendirme aracı kullanmanın, maliyeti azaltacakđı ve klinisyenlerin stomal ve peristomal komplikasyonların prevelans ve insidansını tam olarak ölçmelerini sađlayacakđı belirtilmektedir^{6,20}. Hemşirelerin %75'i SACS Aracı'nı kullanmanın doğru bakım yöntemini belirlemelerine yardımcı olacakđı ve

fazla ürün kullanımını azaltarak böylece maliyeti azaltacağı görüşüne katıldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.7). Ayrıca çalışmada Görsel Analog Skala (0-10 arası puanlama) üzerinde hemşirelerin, SACS Aracı'nın peristomal cilt lezyonlarını doğru tahmin etme puan ortalaması 9 ± 0.7 (min:8, max: 10) olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmanın sonucunda; hemşirelerin çoğunluğunun peristomal lezyon değerlendirme aracı'nın kullanımını gerekli ve kullanım açısından da uygun ve pratik buldukları, ancak bazı lezyonları belirlemede sınırlı olduğu görüşünde oldukları saptanmıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. Sonuçlar

- **Hastalara ilişkin;**
 - Çalışmaya alınan hastaların %52'si 40-64 yaş aralığında olup, yaş ortalaması 56.74 ± 14.03 'tür (Tablo 4.1).
 - Araştırmaya katılan hastaların %55'i erkek olup, %55'inin eğitim durumu ilköğretim ve altındadır (Tablo 4.1).
 - Hastaların %32'sinde rektum, %27'sinde kolon kanseri tanısı bulunmaktadır (Tablo 4.2).
 - Hastaların %26'sının kronik bir hastalığının olduğu ve hastalığa sahip olanların %38.46'sında hipertansiyon; %26.93'ünde diyabet; %19.23'ünde obezite olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).
 - Hastaların çoğunluğu (%96) oral yoldan normal beslenmektedir. Ayrıca araştırmaya katılan hastaların %86'sının kendi bakımını yürütmeye yönelik bir engeli bulunmamaktadır (Tablo 4.2).
 - Hastaların %79'unun ameliyatı planlı olup, %28'inin stoma bölgesinin işaretlendiği ve işaretlemeninin stomaterapi hemşireleri tarafından gerçekleştirildiği (Tablo 4.3).
 - Hastaların %67'si ileostomili olup, %75'inin stoması geçici olarak açılmıştır. Hastaların stoma ile yaşam süreleri ortalama 8.12 ± 19.07

ay olup, stomalı yaşam süresinin 1 gün ile 12 yıl arasında değişmekte olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

- Araştırma kapsamına alınan hastalarda en çok (%75) geç dönemde gelişen peristomal cilt lezyonları belirlenmiştir (Tablo 4.3).

- Hastaların %34'ünün stomasının ciltle aynı seviyede, %15'inin stomasının retrakte, %44'ünün stomasının oval şekilli ve %23'ünün ise stomasının şekilsiz olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

- Hastaların %93'ünde peristomal cildin yumuşak olduğu, %8'inde bağıet bulunduğı, %50'sinde gelen dışkının sıvı ve %15'inde çıktı miktarının çok fazla olduğu görölmektedir. Ayrıca hastaların %14'ünde mükökütanöz ayrılma, %2'sinde peristomal herni ve %35'inde ise peristomal alanda kıvrım mevcuttur (Tablo 4.3).

- **Hemşirelere ilişkin;**

- Araştırmaya katılan hemşirelerin %75'i hemşirelikte lisans mezunudur. Hemşirelerin tamamı sertifikalı stomaterapi hemşiresi olup %62.5'i haftada ortalama 10 stomalı olan hastaya bakım vermektedir (Tablo 4.4).

- Hemşirelerin %87.5'i mezuniyetten sonra peristomal cilt lezyonlarının önlenmesi/tedavisi ile ilgili bilimsel bir programa (Temel Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği Kursu) katılmıştır (Tablo 4.4).

- Hemşirelerin %75'i peristomal cilt lezyonlarının önlemesine/tedavisine yönelik gelişmeleri takip etmektedir (Tablo 4.4).

- Araştırmaya katılan hemşireler mesleki yaşamları boyunca peristomal cilt lezyonlarının değerlendirilmesine yönelik herhangi bir araç/ölçek kullanmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.4).

- Hemşirelerin çoğunluğunun (%87.5) mezuniyetlerinden sonra peristomal cilt lezyonlarını değerlendirme araçlarına ilişkin eğitim almadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

- **SACS Aracına ilişkin;**

- Aracın kapsam geçerlik indeksi 1 olup, belirlenen minimum değerin üzerinde bulunmuştur (Güven katsayısı: $1-\alpha=1-0.05=0.95$).

- SACS Aracı'nın güvenilirliği Kappa istatistiği kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.90) olarak belirlenmiştir. Aracın güven aralığı ise 0.80(alt sınır) – 0.99(üst sınır) arası olarak belirlenmiştir.

- Yapılan değerlendirme sonucunda hemşirelerin belirlediği hiperemik lezyonlar (L1) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.89), güven aralığı 0.80–0.98 arası olarak, eroziv lezyonlar (L2) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.85), güven aralığı 0.75–0.95 arası olarak, ülseratif lezyonlar (L3) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.84), güven aralığı 0.70–0.97 arası olarak, ülseratif lezyonlar (L4) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.84), güven aralığı 0.63–1 arası olarak ve proliferatif lezyonlar (L5) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=1), güven aralığı ise 1 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5b).

- Yapılan değerlendirme sonucunda hemşirelerin belirlediği lezyon bölgelerinden 1.bölge (TI) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.92), güven aralığı 0.83–1 arası olarak, 2.bölge (TII) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.88), güven aralığı 0.78–0.98 arası olarak, 3.bölge (TII) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.89), güven aralığı 0.79–0.98 arası olarak, 4.bölge (TIV) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.93), güven aralığı 0.85–1 arası olarak ve 5.bölge (TV) için gözlemciler arası uyum yüzdesi “çok iyi” (K değeri=0.94) güven aralığı ise 0.87–1 arası olarak belirlenmiştir (Tablo 4.6b).

- **Hemşirelerin görüşlerine ilişkin;**

- Hemşirelerin tamamı peristomal cilt lezyonlarının belirlenmesinde geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir değerlendirme aracı kullanılması gerektiğini (Tablo 4.7),

- Hemşirelerin %50’si SACS sınıflandırmasının bütün peristomal cilt lezyonlarını kapsadığı düşüncesine kısmen katıldığını (Tablo 4.7),

- Hemşirelerin %62.5’i SACS sınıflandırmasında lezyonları belirlemede kullanılan tanımların ve resimlerin yeterli ve uygun olduğunu (Tablo 4.7),

- Hemşirelerin %87.5’i SACS Aracı’nın kullanımının pratik olduğu (Tablo 4.7),

- Hemşirelerin %62.5'i SACS Aracı'nı kullanarak peristomal cilt lezyonlarını ostomi bakım uzmanı olmayan bireylerin/klinisyenlerin de doğru olarak belirleyebileceği görüşüne kısmen katıldıklarını (Tablo 4.7),

- Hemşirelerin %87.5'i SACS Aracı'nın kullanımının zaman açısından uygun olduğunu (Tablo 4.7),

- Hemşirelerin %75'i SACS Aracı'nı kullanarak peristomal cilt lezyonlarını belirlemenin kendileri için gerekli olduğunu (Tablo 4.7),

- Hemşirelerin tamamı SACS Aracı'nı kullanarak peristomal cilt lezyonlarını belirlemenin meslekleri için gerekli olduğunu ve peristomal cilt lezyonlarının anlatımında evrensel bir dil oluşumuna katkıda bulunacağına katıldıklarını (Tablo 4.7),

- Hemşirelerin %87.5'i SACS Aracı'nı kullanırken seçenekler arasında karar vermekte zorlanmadıklarını, SACS Aracı'nı kullanmanın peristomal cilt lezyonu olan bireye bakım vermelerini kolaylaştıracağını ve SACS Aracı'nı kullanarak peristomal cilt lezyonlarını belirlemenin yazılı dökümantasyon açısından önemli olduğunu (Tablo 4.7),

- Hemşirelerin %87.5'i SACS Aracı'nın nasıl uygulanacağını kolay anlaşılır olduğu, SACS Aracı'nı kullanmanın peristomal cilt lezyonlarının prevelans ve insidansının tam olarak ölçülmesine katkı sağlayacağı ve SACS Aracı'nı kullanmanın klinik karar vermelerini kolaylaştıracağını (Tablo 4.7),

- Hemşirelerin %75'i SACS Aracı'nı kullanmanın doğru bakım yöntemini belirlemeye yardımcı olarak fazla ürün kullanımını

azaltacağı ve böylece maliyeti de azaltacağı görüşüne katıldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.7).

- Hemşirelerin SACS Aracı'nın peristomal cilt lezyonlarını ne kadar doğru tahmin ettiğine ilişkin 10'luk skala üzerinden verdikleri puan ortalaması 9 puan olarak hesaplanmıştır.

2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- SACS Aracı'nın peristomal cilt lezyonları değerlendirme aracı olarak kliniklerde kullanılması ve kullanımının yaygınlaştırılması
- SACS Aracı'nın geçerlik ve güvenirlik çalışmasının daha büyük örneklem gruplarıyla tekrarlanması,
- SACS Aracı'nın maliyet, prevelans ve insidans gibi çalışmalarda kullanılması.

7. ÖZET

Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracının Türkçeye Uyarlanması

Araştırma peristomal cilt lezyonlarını değerlendirmek için geliştirilen Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı'nın (SACS-Aracı) Türkçe'ye uyarlanması amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Gazi Üniversitesi Hastanesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Stomaterapi Ünitesi'nde yapılmıştır. Araştırmaya bu ünitelerde çalışan stomaterapi hemşireleri (8 hemşire) ve bu ünitelerde takip edilen ve peristomal cilt lezyonu olan hastalar (100 hasta) dahil edilmiştir.

Araştırmada veriler, "Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı", "SACS Aracı Kayıt Formu", "Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu", "Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu" ve "Hemşirelerin Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı'na İlişkin Görüşlerini Belirleme Formu" kullanılarak toplanmıştır.

Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi ve tabloların oluşturulması amacıyla SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 15 kullanılmıştır.

Çalışmada, hastaların %55'i erkek, %52'si 40-64 yaş aralığında olup, %50'sinin eğitimi ilköğretim ve altıdır. Hastaların %79'unun ameliyatı planlı olup, %59'una kolorektal kanserler nedeniyle

stoma açılmıştır. Hastaların %28'inin stoma bölgesinin işaretlenmiş olup, işaretlemenin stomaterapi hemşireleri tarafından yapıldığı belirlenmiştir. Hastaların %67'si ileostomili olup, %75'inin stoması geçici olarak açılmıştır. Hastaların stoma ile yaşam süreleri ortalama 8.12 ay olup, 1gün ile 12 yıl arasında değişmekte olduğu belirlenmiştir.

SACS Aracı'nın kapsam geçerlik indeksi 1 olup, güvenirlik çalışması bağımsız gözlemciler arası uyum ile gerçekleştirilmiştir. SACS Aracı'nın güven aralığı 0.80- 0.99 arası olarak bulunmuştur.

Araştırma sonucunda SACS Aracı'nın ülkemiz için geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olduğu, hemşirelerin kliniklerinde kullanmayı tercih ettikleri belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Peristomal Cilt Lezyonları, Geçerlik-Güvenirlik, Değerlendirme Aracı.

8. SUMMARY

Turkish Version of The Peristomal Skin Lesions Assessment Tool

The aim of this methodologic and descriptive study was to adapt The Peristomal Skin Lesions Assessment Tool's (SACS Instrument) Turkish version.

The study was conducted in Gazi University Hospital, Çukurova University Faculty of Medicine, İstanbul University Cerrahpaşa Faculty of Medicine and Uludağ University Faculty of Medicine Stomatherapy Units. The nurses who are working in these units (8 nurses) and the patients with peristomal skin lesions who are taking care in these units (100 patients) attended the study.

The datas of the study were collected with, "Peristomal Skin Lesions Assessment Tool", SACS Instrument's Registration Form", "Descriptive Characteristics of Patients Form", "Descriptive Characteristics of Nurses Form" and "The Viewes of Nurses on The Peristomal Skin Lesions Assessment Tool Recording Form".

In the study, fifty five percent of the patient were male, 52% were between the ages of 40-64 and 50% were primary school graduates and below. In %79 of the patient surgery was planned and in 59% stoma created due to colorectal cancers. In 28% of the patients stoma site was marked and the marking is done by a stomal therapy nurse. Sixty seven percent of the patient has ileostomy and the stomas were temporarily created. The average length of life of patients with a stoma was 12.8 months and ranged between 1 day to 12 years.

SACS Instrument's content validity indeks is 1 and reliability study was carried out by an independent interobserver study. The determined SACS Instrument's confidence interval was between 0.80-0.99.

The results of the study shows; SACS Instrument's Turkish version is a valid and a reliable tool, the nurses prefer to use the SACS Instrument in their clinics.

Key Words: Peristomal Skin Lesions, Validity And Reliability, Assessment Tool.

9. KAYNAKLAR

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi. Stoma Bakımı El Kitabı. Ankara: 2010.
2. Korkut H, Karadağ A. Peristomal Cilt Komplikasyonları: Önleme Tedavi Ve Bakım. Ulusal Cer Derg 2010; 26(3): 175-179.
3. Baykara ZG, Leventoğlu S, Menteş B. Stoması Kapatılan Bireylerin İlk Bağırsak Boşaltımına İlişkin Duygu ve Düşünceleri Bir Pilot Çalışma. Kolon Rektum Hast Derg 2007;17(2): 76-81.
4. Karadağ A, Menteş B, Ayaz S, İrkörücü O, Alabaz Ö. Kolostomili ve İleostomili Hastaların Bakımına Yönelik Rehber Kitap. 1.Baskı. Ankara: Ayhun Ofset; 2003.
5. Kann BR. Early Stomal Complications. Clin Colon Rectal Surg 2008; 21: 23-30.
6. Bosio G, Pisani F, Lucibello L et al. A Proposal for Classifying Peristomal Skin Disorders: Results of a Multicenter Observational Study. Ostomy Wound Manage 2007; 53(9): 38-43.
7. Husain SG, Cataldo TE. Late Stomal Complications. Clin Colon Rectal Surg 2008; 21: 31-40.
8. Colwell JC, Beitz J. Survey Of Wound, Ostomy And Continence (WOC) Nurse Clinicians On Stomal And Peristomal Complications: A Content Validation Study. J WOCN 2007; 34: 57-69.

9. Park JJ, Del Pino A, Orsay CP et al. Stoma complications: The Cook County Hospital Experience. Dis Colon Rectum 1999; 42: 1575–1580.
10. Karadağ A. Frequency Of Stomal Complications. WCET Journal 2004; 24: 41-43.
11. Karadağ A. Stoma ve Parastomal Alanın Değerlendirilmesi. Kolon Rektum Hast Derg 2008;18(2):63-70.
12. Ratliff CR. Early Peristomal Skin Complications Reported By WOC Nurses. J WOCN 2010; 37(5): 505-510.
13. Karadağ A, Baykara ZG, Ay A, Leventoğlu S, Menteş B. Stomaterapi Ünitesinde İzlenen Hastaların Uzun Dönem Sonuçları: 10 Yıllık İzlem Sonuçları. 13. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi ve 6. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi Program ve Özet Kitabı. 2010.
14. Salvadalena G. Incidence Of Complications of The Stoma And Peristomal Skin Among Individuals With Colostomy, İleostomy, And Urostomy: A Systematic Review. J WOCN 2008;35(6):596–607.
15. Beitz J, Gerlach M, Ginsburg P, et al. Content Validation of a Standardized Algorithm for Ostomy Care. Ostomy Wound Manage 2010; 56(10): 22–38.
16. Loehner D, Casey K, Schoetz DJ. Peristomal Dermatology. Clin Colon Rectal Surg 2002; 15: 209-214.

- 17.Woo KY, Sibbald RG, Ayello EA, et al. Peristomal skin complications and management. Adv Skin Wound Care 2009; 22: 522-532.
- 18.Akçam AT, Alabaz Ö, Parsak CK, ve ark. Stoma Komplikasyonları (Ostomy complications). Ostomi Dergisi 2005; 1: 7-9.
- 19.Kalashnikova İ, Achkasov S, Fadeva S, Vorobiev G. The Development and Use of Algorithms For Diagnosing and Choosing Treatment of Ostomy Complications: Results of A Prospective Evaluation. Ostomy Wound Manage 2011; 57(1): 20-27.
- 20.Jemec GB, Martins L, Claessens I, et al. Assessing Peristomal Skin Changes İn Ostomy Patients: Validation Of The Ostomy Skin Tool. British J Dermatology 2011; 164: 330-335.
- 21.McGrath A. Anatomy and Physiology of the Bowel and Urinary Systems. In: Porret T, McGrath A. Stoma Care. 1st ed. London: Blackwell Publishing; 2005.p.1-16.
- 22.Navage AD. Anatomy and Physiology of The Gastrointestinal Tract. In: Milne CT, Cornett LQ, Dubuc DL. Wound Ostomy and Continence Nursing Secrets. 1 st ed. Philadelphia: Hanley & Belfus Inc; 2003.p.273-284.
- 23.Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2.Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2005.

- 24.Perry AG, Potter PA. Klinik Uygulama Becerileri Ve Yöntemleri Atabek Aştı T, Karadağ A (Çev), 1.Baskı, Adana Nobel Kitabevi 2011.
- 25.White GM, Gray EH. Stoma Care In The School Setting. J School Nurs 2006; 22(2): 74-80.
- 26.Collett K. Practical Aspects Of Stoma Management. Nurs Stand 2002;17 (8): 45-52.
- 27.McGrath A, Porret T. Faecal and Urinary Stomas and the Restorative Surgical Procedures Developed to Avoid Stoma Formation. In: Porret T, McGrath A, editors. Stoma Care. London: Blackwell Publishing. 2005.p.17-31.
- 28.Colwell JC. Ostomy Surgical Procedures. In: Milne CT, Cornett LQ, Dubuc DL. Wound Ostomy and Continence Nursing Secrets. 1 st ed. Philadelphia: Hanley & Belfus Inc; 2003.p.291-295.
- 29.Brunicardi F.C, Anderson D.K, Billiar T.R, Dunn D.L. Colon, Rektum And Anus. In: Brunicardi FC, Anderson DK, editors. Schwartz's Principles Of Surgery. 9th ed. New York: The McGraw-Hill Companies Inc.; 2010.p.1958-2042.
- 30.Alabaz Ö, Akçam T. İntestinal Stomalar. içinde: Baykan A, Zorluoğlu A, editörler. Kolon ve Rektum Kanseri.1. Baskı. İstanbul: Seçil Ofset Matbaacılık ve Ambalaj Sanayi Ltd. Şti; 2010.s.671-692.

- 31.Karadağ A, Baykara ZG. Ostomili Bireyin Bakımı. İçinde: Aştı T, Karadağ A, editörler. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. 1. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012.s.1013-1055.
- 32.Baykara ZG. Stoma Bakım Hemşireliğinin Gelişimi. Ostomi Dergisi 2008; 1(2): 5-10.
- 33.Colwell JC, Goldberg M, Carmel J. The State of The Standard Diversion. J WOCN 2001; 28(1): 6-17.
- 34.Doughty DB. History of Ostomy Surgery. J WOCN 2008; 35(1): 34-38.
- 35.Mutlu S. Kalıcı Abdominal Stomalı Hastalarda Beden İmaji Değişiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2006.
- 36.Karadağ A. Stoma Bakım Hemşiresi. Ulusal Cer Derg 2010; 26(1): 52-53.
- 37.Karadağ A. Stomaterapi Ünitelerinin ve Stoma Bakım Hemşiresinin Kolorektal Cerrahideki Yeri ve Önemi. Kolon Rektum Hast Derg 2007; 17: 46-52.
- 38.Ayaz S. Stomalı Bireylerde Hemşirenin Rolü. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007; 27(1): 86-90.
- 39.Karadağ A. Stomaterapi ve Stoma Bakım Hemşireliği. içinde: Baykan A, Zorluoğlu A, editörler. Kolon ve Rektum Kanseri.1.

Baskı. İstanbul: Seçil Ofset Matbaacılık ve Ambalaj Sanayi Ltd. Şti; 2010.s.693-712.

40.Karadağ A. Gazi Hastanesi Stomaterapi Ünitesi. Ostomi Dergisi 2008; 1(1): 50-52.

41.Karahan A. Stoma Bakım Hemşireliği ve Evde Bakım. Ostomi Dergisi 2008; 1(2): 11-16.

42.Çelik SŞ. Yaşlı Bireylerin Ürostomi Öncesi ve Sonrası Bakımı. Hacettepe Üniversitesi SBF Hemşirelik Dergisi 2009; 16(1): 59–68.

43.Bulut T. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Medikal ve Cerrahi Tedavi Prensipleri. ANKEM Dergisi 2003;17(4): 365-370.

44.Karadağ, A. Bağırsak Stoması Açılan Hastalarda Hemşirelik Bakımı. Kolon Rektum Hast Derg 2004; 14(1): 26-31.

45.Karadağ A. Stomalı Bireyin Ameliyat Öncesi Bakımı. III. Çukurova Kolo-Proktoloji ve Stoma Terapi Sempozyumu Özet Kitabı. 2007.

46.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? Dis Colon Rectum 1997; 40(4): 440-442.

47.Person B, İfargan 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: 783–787.

- 48.Rajput A, Samad A, Khanzada TW. Temporary loop ileostomy: prospective study of indications and complications. JPak Medl Assoc 2007; 32(2): 159–62.
- 49.Taylan S. Postoperatif Stoma Bakımı. III.Çukurova Kolo-Proktoloji ve Stoma Terapi Sempozyumu Özet Kitabı. 2007.
- 50.İzveren AÖ, Dal Ü. Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi SBF Hemşirelik Dergisi 2011;18(1): 36-46.
- 51.Yıldız T. Stomalı Hastalarda Hemşirelik Bakımı. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi 2008; 67: 31-35.
- 52.Carmel JE, Goldberg MT. Preoperative and Postoperative Management. In: Colwell JC, Goldberg MT, Carmel JE, editors. Fecal and Urinary Diversions Management Principles. 1 st ed. China: Mosby Inc; 2004.p.207-235.
- 53.Türk Ostomi Cerrahi Derneği Yayını. İleostomi İle Yaşam. Ankara: 2006.
- 54.Cataldo P, Hyman N. Ostomy Management. Colon, Rectum and Anus. In: Yeo CJ, Matthews JB, McFadden DW, Pemberton JH, Peters JH, editors. Shackelford's Surgery of The Alimentary Tract. 7th ed. USA: Elsevier Inc; 2013.p.2248-2261.

55. Johnson A, Porret T. Discharge Planning and Supporting Patient Self-Care. İn: Porret T, McGrath A, editors. Stoma Care. 1 st ed. USA: Blackwell Publishing; 2005. p.104-113.
56. Mahjoubi B, Moghimi A, Mirzaei R, Bijari A. Evaluation of The End Colostomy Complications And The Risk Factors İnfluencing Them İn Iranian Patients. Colorectal Dis 2005; 7: 582–587.
57. Özaydın İ, Taşkın AK, İskender A. Stoma ile İlgili Komplikasyonların Retrospektif Analizi. JCEİ 2013; 4(1): 63-66.
58. McGrath A, Johnson A. Accesories Used in Stoma Care. İn: Porret T, McGrath A, editors. Stoma Care. 1 st ed. USA: Blackwell Publishing; 2005. p.87-94.
59. Colwell JC. Stomal and Peristomal Complications. İn: Colwell JC, Goldberg MT, Carmel JE, editors. Fecal and Urinary Diversions Management Principles. 1 st ed. China: Mosby Inc; 2004.p. 308-325.
60. Herlufsen P, Olsen AG, Carlsen B, Nybaek H, Karlsmark T, Laursen TN, Jemec GBE. Study of Peristomal Skin Disorders İn Patients With Permanent Stomas. British J Nurs 2006; 15(16): 854-862.
61. McCann E.M: Common Ostomy Problems. İn: Milne C.T., Cornett L.Q., Dubuc D.L.: Wound Ostomy and Continence Nursing Secrets. Hanley & Belfus Inc. USA. 2003.p.319-325.

- 62.Erefe İ, Veri Toplama Araçlarının Niteliği. içinde: Erefe İ, editörler. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. 4. Baskı. Ankara: Odak Ofset Matbaacılık; 2012.s.169-188.
- 63.Yurdugül H. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi. 2005: 1-6.
- 64.Viera AJ, Garrett JM. Understanding Interobserver Agreement: The Kappa Statistic. Fam Med 2005; 37(5): 360-363.
- 65.Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM. Descriptive Study of Peristomal Skin Complications. J WOCN 2005; 32(1): 33-37.
- 66.Karabulut M, Gönenç M, Kalaycı MU, ve ark. Alt Gastrointestinal Cerrahide Stoma Tercihi Ne Olmalı? J Kartal TR 2012; 23(1): 6-10.
- 67.Persson E, Gustavsson B, Hellström AL, et al. Ostomy Patients Perception Of Quality Of Life. J Adv Nurs 2005; 49(1): 51-58.
- 68.Sung YH, Kwon I, Jo S, Park S. Factors affecting ostomy-related complications in Korea. J WOCN 2010; 37(2): 166-72.
- 69.Vujnovich A. The Management of Stoma-related Skin Complications. Wounds UK 2006; 2(3): 36-47.
- 70.Persson E, Berndtsson I, Carlsson E, Hallen AM, Lindholm E. Stoma-related Complications And Stoma Size -a 2- Year Follow Up. Colorectal Dis 2010; 12: 971-976.

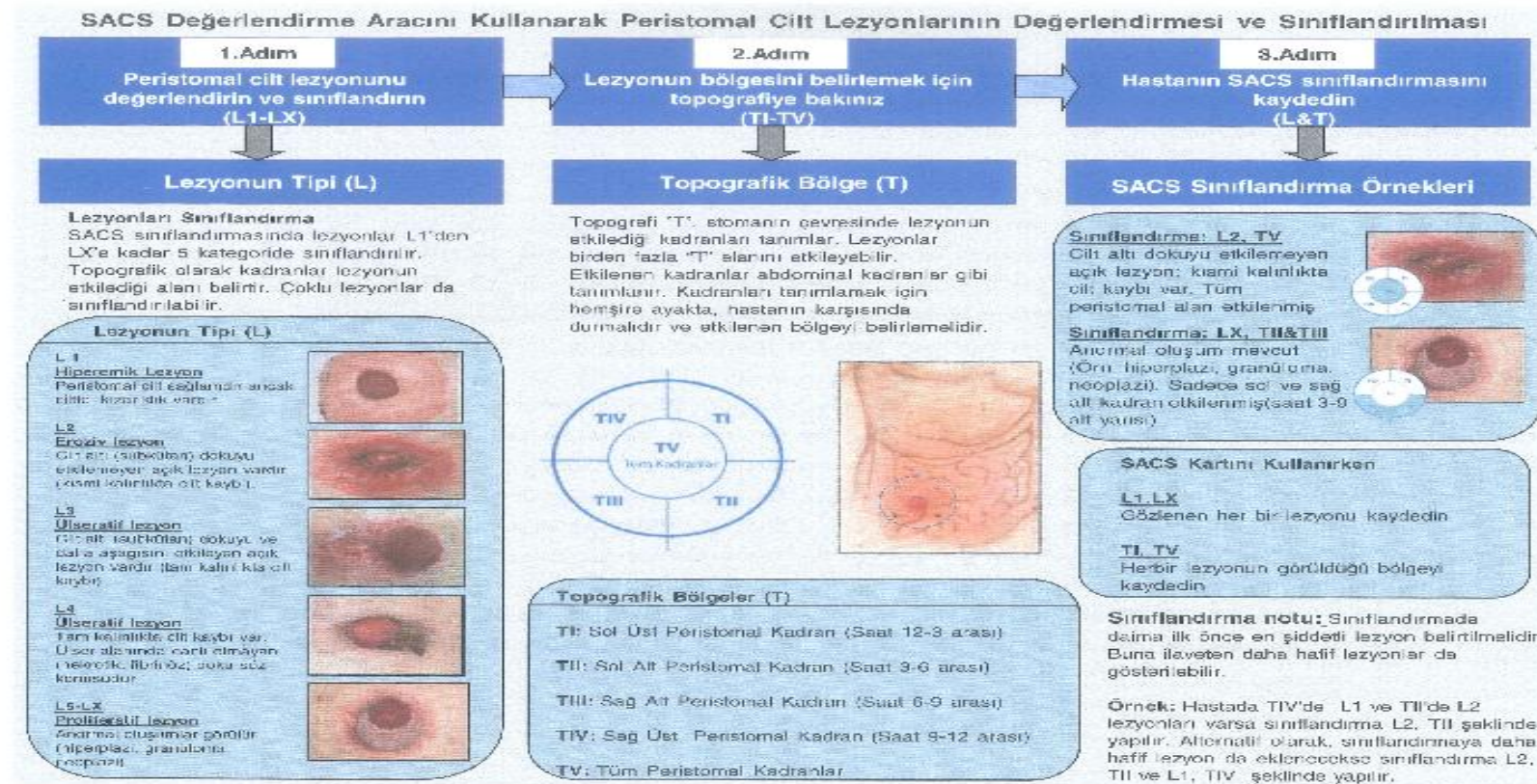
71. Saghir JH, McKenzie FD, Leckie DM, et al. Factors that Predict Complications After Construction of a Stoma: A Retrospective Study. *Eur J Surg* 2001; 167: 531–534.
72. Smith AJ, Lyon CC, Hart CA. Multidisciplinary Care of Skin Problems in Stoma Patients. *British J Nurs* 2002; 11(5): 324-330.
73. Richbourg L, Thorpe JM, Rapp CG. Difficulties Experienced by the Ostomate After Hospital Discharge. *J WOCN* 2007;34(1):70-79.
74. Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, et al. A Prospective Audit of Stomas-Analysis of Risk Factors and Complications and Their Management. *Colorectal Dis* 2003;5:49-52.
75. Karaöz S. Cerrahi Hemşireliği ve Etik. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4 (1): 8-15.
76. Martins L, Ayello EA, Claessens I, et al. The Ostomy Skin Tool: Tracking Peristomal Skin Changes. *British J Nurs* 2010; 19(15): 960-964.
77. Robertson I, Leung E, Hughes D, et al. Prospective Analysis of Stoma-Related Complications. *Colorectal Dis* 2005; 7: 279-285.
78. Ayaz S. Stomalı Bireylerde Beden İmajı ve Benlik Saygısı. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28(2): 154-159
79. Karadağ A, Baykara ZG, Korkut H, Çelik B. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeğini Türkçeye Uyarlanması. *Ulusal Cer Derg* 2011; 27(4): 206-211.

80.Haugen V, Ratliff CR. Tools for Assessing Peristomal Skin Complications. J WOCN 2013; 40(2):131-134.

81.Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. Research in Nursing and Health 2007; 30: 459–467.

10. EKLER

EK-1: SACS ARACI: PERİSTOMAL CİLT LEZYONLARINI DEĞERLENDİRME ARACI



EK-3: SACS INSTRUMENT

Introduction



Why was the SACS™ Instrument created?

- A systematic literature review revealed that no universal system existed to objectively classify peristomal lesions by²:
 - Lesion type (level of depth of skin involvement)
 - Location in relation to the stoma
- Absence of operational definitions of peristomal lesion types posed particular problems for healthcare professionals³
- The SACS™ Instrument was developed to help establish a standard language for the assessment and classification of peristomal lesions

What does SACS™ stand for?

- SACS™ stands for Studio Alterazioni Cutanee Stomiali (or Study on Peristomal Skin Lesions)
- SACS™ was developed in Italy by ET nurses and surgeons

Is SACS™ evidence based?

- The SACS™ Instrument was developed and accepted by a consensus of healthcare professionals in Italy
- SACS™ was subsequently content validated in both Italy and the U.S.^{1,2}
- SACS™ received a content validity index of 0.94 out of 1.0 in the U.S.¹

What clinical benefits does the SACS™ Instrument provide?

- Operational definitions for consistent interpretation of peristomal skin lesions
- A content-validated measurement instrument to classify lesion type and location (CVI=0.94 out of 1.0)¹
- An objective classification system to document incidence of peristomal skin complications

How was the SACS™ Instrument adapted to the U.S. healthcare professional practice?

- Based upon expert ostomy nurse feedback, the lesion location (topographical location) assessment has been adapted to a clock-face orientation, shifting the numbering of quadrants one position to the right.¹

Assessing and Classifying a Peristomal Skin Lesion using the SACS™ Instrument

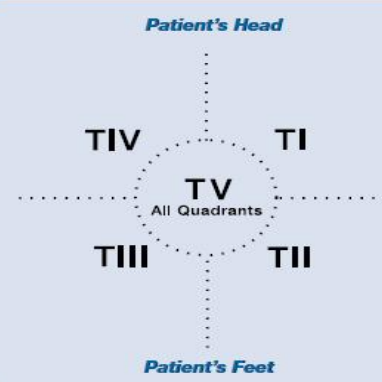
Step 1
 Assess and classify the peristomal skin lesion (L1-LX)

→

Step 2
 Observe the topography to identify lesion location (TI-TV)

→

Step 3
 Document the patient's SACS™ classification (L & T)

Type of Lesion (L)	Topographical Location (T)	SACS™ Classification Examples
L1 Hyperemic Lesion Peristomal redness with intact skin		
L2 Erosive Lesion Open lesion not extending into subcutaneous tissue; partial-thickness skin loss		
L3 Ulcerative Lesion Open lesion extending into subcutaneous tissue and below; full-thickness skin loss		
L4 Ulcerative Lesion Full-thickness skin loss with non-viable, dead tissue (necrotic, fibrinous)		
LX Proliferative Lesion Abnormal growths present (ie, hyperplasia, granulomas, neoplasms)		

TI
Left Upper Peristomal Quadrant (12 to 3 o'clock)

TII
Left Lower Peristomal Quadrant (3 to 6 o'clock)

TIII
Right Lower Peristomal Quadrant (6 to 9 o'clock)

TIV
Right Upper Peristomal Quadrant (9 to 12 o'clock)

TV
All Peristomal Quadrants

SACS™ Classification: L2, TV

SACS™ Classification: LX, TII & TIII

When Using the SACS™ Instrument

L1-LX
Document each lesion observed.

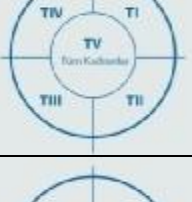
TI-TV
Document the topographical location(s) for each lesion observed.

EK-4: HASTALARA İLİŞKİN TANITICI ÖZELLİKLERİ FORMU

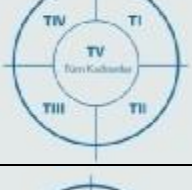
- 1.Yatış tarihi:/...../..... Yattığı klinik: Protokol No:
- 2.Cinsiyeti:
 ☐ 1. Bayan ☐ 2. Erkek
- 3.Yaşı:.....
- 4.Öğrenim durumu:
 ☐ 1. Okur – yazar değil
 ☐ 2. İlkokul
 ☐ 3. Ortaokul
 ☐ 4. Lise
 ☐ 5. Üniversite
- 5.Tıbbi tanısı:
 ☐ 1. Kolon CA
 ☐ 2. Rektum CA
 ☐ 3. Paralitik İleus
 ☐ 4. Chron hastalığı
 ☐ 5. Diğer:
- 6.Beslenme şekli:
 ☐ 1. Oral ☐ 2. Enteral ☐ 3. Parenteral
- 7.Hastanın stoma bakımını yapmasına engel olan durum:
 ☐ 1. Var ☐ 2. Yok
- 8.Kemoterapi/radyoterapi alma durumu:
 ☐ 1. Var ☐ 2. Yok
- 9.Ameliyat şekli
 ☐ 1. Planlı ☐ 2. Acil
10. Stoma bölgesinin işaretlenmesi
 ☐ 1. Var ☐ 2. Yok
11. Stoma bölgesinin kim tarafından işaretlendiği:
 ☐ 1. Stomaterapi hemşiresi ☐ 2. Doktor
12. Stoma Tipi:
 ☐ 1. İleostomi ☐ 2. Kolostomi ☐ 3. Ürostomi ☐ 4. Diğer
13. Stoma süresi:
 ☐ 1. Kalıcı ☐ 2. Geçici

14. Stomayla yaşam süresi
..... ay..... yıl
15. Stomanın yüksekliği:
☐ 1. Tomurcuk ☐ 2. Ciltle aynı seviyede ☐ 3. Retrakte ☐ 4. Prolapsus
16. Stomanın şekli:
☐ 1. Yuvarlak ☐ 2. Oval ☐ 3. Şekilsiz
17. Peristomal cilt:
☐ 1. Sert ☐ 2. Yumuşak ☐ 3. Çok yumuşak
18. Bagetin varlığı:
☐ 1. Var ☐ 2. Yok
19. Çıktı şekli:
☐ 1. Sıvı ☐ 2. Katı ☐ 3. Yarı katı (jöle kıvamında)
20. Çıktı miktarı:
☐ 1. Çok fazla ☐ 2. Normal ☐ 3. Çok az
21. Mukokütanöz ayrılma:
☐ 1. Yüzeysel ☐ 2. Derin ☐ 3. Yok
22. Peristomal alanda kıvrım varlığı:
☐ 1. Var ☐ 2. Yok
23. Peristomal herni durumu:
☐ 1. Var ☐ 2. Yok
24. Kronik hastalık durumu:
☐ 1. Var (Cevabınız “Var” ise aşağıdaki 3 seçenekten birini işaretleyiniz) ☐ 2. Yok
☐ 1. Obezite
☐ 2. Diyabet
☐ 3. Diğer
25. Allerji durumu:
☐ 1. Var (Cevabınız “Var” ise aşağıdaki 2 seçenekten birini işaretleyiniz) ☐ 2. Yok
☐ 1. Hidrokolloid
☐ 2. Diğer
26. Kullandığı torba adaptör sistemi:
☐ 1. Tek parçalı düz adaptör
☐ 2. Tek parçalı konveks adaptör
☐ 3. Çift parçalı düz adaptör
☐ 4. Çift parçalı konveks adaptör

EK-5:SACS ARACI KAYIT FORMU

I. HEMŞİRE			
Hasta No	Lezyon Bölgesi	Lezyon Tipi	Kayıt
1.Hasta		L1: Hiperemik Lezyon L2: Eroziv lezyon L3: Ülseratif lezyon L4: Ülseratif lezyon L5-LX: Proliferatif lezyon	<u>Örnek kayıt:</u> T1-L5, TV-L2 Kayıt: Diğer gözlemleriniz:
2. Hasta		L1: Hiperemik Lezyon L2: Eroziv lezyon L3: Ülseratif lezyon L4: Ülseratif lezyon L5-LX: Proliferatif lezyon	Kayıt: Diğer gözlemleriniz:
3. Hasta		L1: Hiperemik Lezyon L2: Eroziv lezyon L3: Ülseratif lezyon L4: Ülseratif lezyon L5-LX: Proliferatif lezyon	Kayıt: Diğer gözlemleriniz:
4. Hasta		L1: Hiperemik Lezyon L2: Eroziv lezyon L3: Ülseratif lezyon L4: Ülseratif lezyon L5-LX: Proliferatif lezyon	Kayıt: Diğer gözlemleriniz:
5. Hasta		L1: Hiperemik Lezyon L2: Eroziv lezyon L3: Ülseratif lezyon L4: Ülseratif lezyon L5-LX: Proliferatif lezyon	Kayıt: Diğer gözlemleriniz:
6. Hasta		L1: Hiperemik Lezyon L2: Eroziv lezyon L3: Ülseratif lezyon L4: Ülseratif lezyon L5-LX: Proliferatif lezyon	Kayıt: Diğer gözlemleriniz:
7. Hasta		L1: Hiperemik Lezyon L2: Eroziv lezyon L3: Ülseratif lezyon L4: Ülseratif lezyon L5-LX: Proliferatif lezyon	Kayıt: Diğer gözlemleriniz:

SACS ARACI KAYIT FORMU

II. HEMŞİRE			
Hasta No	Lezyon Bölgesi	Lezyon Tipi	Kayıt
1.Hasta		L1: Hiperemik Lezyon L2: Eroziv lezyon L3: Ülseratif lezyon L4: Ülseratif lezyon L5-LX: Proliferatif lezyon	Örnek kayıt: T1-L5, TV-L2 Kayıt: Diğer gözlemleriniz:
2. Hasta		L1: Hiperemik Lezyon L2: Eroziv lezyon L3: Ülseratif lezyon L4: Ülseratif lezyon L5-LX: Proliferatif lezyon	Kayıt: Diğer gözlemleriniz:
3. Hasta		L1: Hiperemik Lezyon L2: Eroziv lezyon L3: Ülseratif lezyon L4: Ülseratif lezyon L5-LX: Proliferatif lezyon	Kayıt: Diğer gözlemleriniz:
4. Hasta		L1: Hiperemik Lezyon L2: Eroziv lezyon L3: Ülseratif lezyon L4: Ülseratif lezyon L5-LX: Proliferatif lezyon	Kayıt: Diğer gözlemleriniz:
5. Hasta		L1: Hiperemik Lezyon L2: Eroziv lezyon L3: Ülseratif lezyon L4: Ülseratif lezyon L5-LX: Proliferatif lezyon	Kayıt: Diğer gözlemleriniz:
6. Hasta		L1: Hiperemik Lezyon L2: Eroziv lezyon L3: Ülseratif lezyon L4: Ülseratif lezyon L5-LX: Proliferatif lezyon	Kayıt: Diğer gözlemleriniz:
7. Hasta		L1: Hiperemik Lezyon L2: Eroziv lezyon L3: Ülseratif lezyon L4: Ülseratif lezyon L5-LX: Proliferatif lezyon	Kayıt: Diğer gözlemleriniz:

EK-6: HEMŞİRELERE İLİŞKİN TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
☐ 1. Kadın
☐ 2. Erkek
3. En son tamamladığınız eğitim programı:
☐ 1. Sağlık Meslek Lisesi
☐ 2. Hemşirelikte Ön Lisans
☐ 3. Hemşirelikte Lisans
☐ 4. Hemşirelikte Yüksek Lisans
☐ 5. Hemşirelikte Doktora
☐ 6. Diğer (Açıklayınız.....)
4. Hemşirelikte toplam çalışma süreniz : (yıl).
5. Çalıştığınız klinik:
6. Stoma hemşiresi olarak çalışma süreniz:
7. Daha önce peristomal cilt lezyonlarını değerlendirmeye yönelik bir araç kullandınız mı?
☐ 2. Evet (Belirtiniz:.....)
☐ 1. Hayır
8. Bir haftada ortalama olarak ostomili kaç hastaya bakım veriyorsunuz?
☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ve üzeri
9. Mezuniyetinizden sonra peristomal cilt lezyonlarının önlenmesi/tedavisi ile ilgili bilimsel bir programa kurs, konferans, kongre, sempozyum vb.) katıldınız mı?
☐ 1. Evet (Programının **adını** ve **süresini** belirtiniz.....)
☐ 2. Hayır
10. Peristomal cilt lezyonlarını önlemeye/tedaviye yönelik gelişmeleri takip ettiğiniz herhangi bir kaynak (kitap, dergi, CD vb.) var mı?
☐ Evet (Belirtiniz.....)
☐ Hayır
11. Mezuniyetinizden sonra peristomal cilt lezyonu değerlendirme araçlarına ilişkin herhangi bir eğitim aldınız mı?
☐ Evet (Eğitimin süresini belirtiniz.....)
☐ Hayır

EK-7: HEMŞİRELERİN SACS ARACI'NA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİ BELİRLEME FORMU

Değerli meslektaşım,

Aşağıdaki tabloda 2. sütunda SACS Aracı'na ilişkin görüş ifadeleri, 3-5. sütunlarda ise bu ifadelere katılma düzeyinizi gösteren seçenekler verilmiştir. Önce ilgili düşünce ifadesini okuduktan sonra size uygun olan seçeneğin altındaki sütuna (X) işareti koyunuz. “Kısmen katılıyorum” ya da “katılmıyorum” seçeneğini işaretlediğiniz görüşlerde “açıklama” sütununa katılmama nedeninizi yazınız.

	Görüşler	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum	Açıklama
1	Peristomal cilt lezyonlarının belirlenmesinde geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir değerlendirme aracı kullanılmalıdır.				
2	SACS sınıflandırması bütün peristomal cilt lezyonlarını kapsamaktadır.				
3	SACS sınıflandırmasında lezyonları belirlemede kullanılan tanımlar yeterli ve uygundur.				
4	SACS sınıflandırmasında lezyonları belirlemede kullanılan resimler yeterli ve uygundur.				
5	SACS Aracı peristomal cilt lezyonlarını doğru olarak belirlemektedir.				
6	SACS Aracı'nın kullanımı pratiktir.				
7	SACS Aracı'nı kullanarak peristomal cilt lezyonlarını ostomi bakım uzmanı olmayan bireyler/klinisyenler de doğru olarak belirleyebilir.				
8	SACS Aracı'nın zaman açısından kullanımı uygundur.				
9	SACS Aracı'nı kullanarak peristomal cilt lezyonlarını belirlemek benim için gereklidir.				
10	SACS Aracı'nı kullanarak peristomal cilt lezyonlarını belirlemek mesleğim için gereklidir.				

11	SACS Aracı peristomal cilt lezyonlarının anlatımında evrensel bir dil oluşumuna katkıda bulunacaktır.				
12	SACS Aracı'nın maddeleri çalıştığım klinikteki hastaların peristomal cilt lezyonlarının belirlenmesi açısından yeterlidir.				
13	SACS Aracı'nı kullanırken seçenekler arasında karar vermekte zorlanıyorum.				
14	SACS Aracı'nı kullanmak peristomal cilt lezyonu olan hastaya bakım vermeme kolaylaştırır.				
15	SACS Aracı'nı kullanarak peristomal cilt lezyonlarını belirlemek, yazılı dokümantasyon açısından önemlidir.				
16	SACS Aracı'nın nasıl uygulanacağı kolay anlaşılır.				
17	SACS Aracı'nı kullanmak peristomal cilt lezyonlarının prevelelans ve insidansının tam olarak ölçülmesine katkıda bulunacaktır.				
18	SACS Aracı'nı kullanmak klinik karar vermede yardımcı olacaktır.				
19	SACS Aracı'nı kullanmak doğru bakım yöntemini belirlemeye yardımcı olarak fazla ürün kullanımını azaltacak ve böylece maliyeti de azaltacaktır.				

20. SACS Aracı'nın peristomal cilt lezyonlarını ne kadar tahmin ettiğine ilişkin olarak aşağıdaverilen doğru üzerinde 0–10 arasında bir puan veriniz.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

Yanlış tahmin

Doğru tahmin

EK-8: SACS ARACI İÇERİK GEÇERLİĞİ İÇİN UZMAN GÖRÜŞÜ DERECELEME ÖLÇÜTÜ

	Uygun Değil*	Maddenin Uygun Şekle Getirilmesi Gerek*	Uygun Ancak Ufak Değişiklik Gerekliyor*	Çok Uygun	Açıklama
Adım 1	1	2	3	4	
Peristomal deri lezyonunu değerlendirin ve sınıflandırın (L1-LX)	1	2	3	4	
Lezyonun Tipi (L)	1	2	3	4	
<u>Lezyonları Sınıflandırma</u>	1	2	3	4	
SACS™ sınıflandırmasının lezyon L1'den LX'e kadar 5 kategorisi ve kadranı vardır. Topografinin kadranları lezyonun etkilediği alanı belirtir. Çoklu lezyonlar da sınıflandırılabilir.	1	2	3	4	
L 1	1	2	3	4	
<u>Hiperemik Lezyon</u>	1	2	3	4	
Peristomal deri sağlam, kızarıklık var	1	2	3	4	
<u>L2</u>	1	2	3	4	
<u>Eroziv lezyon</u>	1	2	3	4	
Deri altı dokuyu etkilemeyen açık lezyon; var	1	2	3	4	

<u>L3</u>	1	2	3	4	
<u>Ülseratif lezyon</u>	1	2	3	4	
Deri altı ve daha aşağısını etkileyen açık lezyon; tam kalınlıkta deri kaybı var	1	2	3	4	
<u>L4</u>	1	2	3	4	
<u>Ülseratif lezyon</u>	1	2	3	4	
Canlı olmayan (nekrotik, fibrinöz) tam tabaka deri kaybı var	1	2	3	4	
<u>L5</u>	1	2	3	4	
<u>Proliferatif lezyon</u>	1	2	3	4	
Anormal oluşumlar görülür (hiperplazi, granüloma, neoplazi)	1	2	3	4	

	Uygun Değil*	Maddenin Uygun Şekle Getirilmesi Gerek*	Uygun Ancak Ufak Değişiklik Gerektiriyor*	Çok Uygun	Açıklama
Adım 2	1	2	3	4	
Lezyonun bölgesini belirlemek için topografiye bakınız (TI-TV)	1	2	3	4	

Topografik Bölge (T)	1	2	3	4	
Topografi "T", lezyon ile etkilenen stoma çevresindeki kadranları tanımlar. Lezyonlarla birden fazla "T" alanı etkilenebilir. Etkilenen kadranlar abdominal kadranlar gibi tanımlanır. Bunu tanımlamak için hemşire veya sağlık personeli ayakta, hastanın karşısında durmalıdır ve etkilenen bölgeyi belirlemelidir.	1	2	3	4	
Topografik Bölge (T)	1	2	3	4	
TI:	1	2	3	4	
Sol Üst Peristomal Kadran (Saat 12-3 arası)	1	2	3	4	
TII:	1	2	3	4	
Sol Alt Peristomal Kadran (Saat 3-6 arası)	1	2	3	4	
TIII:	1	2	3	4	
Sağ Alt Peristomal Kadran (Saat 6-9 arası)	1	2	3	4	
TIV:	1	2	3	4	
Sağ Üst Peristomal Kadran (Saat 9-12 arası)	1	2	3	4	
TV:	1	2	3	4	
Tüm Peristomal Kadranlar	1	2	3	4	

	Uygun Değil*	Maddenin Uygun Şekle Getirilmesi Gerek*	Uygun Ancak Ufak Değişiklik Gerektiriyor*	Çok Uygun	Açıklama
Adım 3	1	2	3	4	
Hastanın SACS™ sınıflandırmasını kaydedin (L&T)	1	2	3	4	
SACS™ Sınıflandırma Örnekleri:	1	2	3	4	
<u>Sınıflandırma: L2, TV</u>	1	2	3	4	
Deri altı dokuyu etkilemeyen açık lezyon; kısmi kalınlıkta deri kaybı var. Tüm peristomal alan etkilenmiş	1	2	3	4	
<u>Sınıflandırma: LX, TII&TIII</u>	1	2	3	4	
Anormal oluşum mevcut (hiperplazi, granüloma, neoplazi). Sadece sol ve sağ alt kadranda etkilenmiş (saat 3-9 alt yarısı)	1	2	3	4	
SACS™ Kartını Kullanırken	1	2	3	4	
<u>L1,LX</u>	1	2	3	4	
Gözlenen her bir lezyonu kaydedin	1	2	3	4	
<u>TI, TV</u>	1	2	3	4	
Gözlenen her bir lezyonun topografik bölgesini kaydedin	1	2	3	4	
<u>Sınıflandırma notu:</u>	1	2	3	4	

Sınıflandırma daima ilk olarak en şiddetli lezyonu göstermelidir. Buna ilaveten lokal uygulama için bir seçenek olarak daha hafif lezyonlar da sınıflandırılabilir.	1	2	3	4	
Örnek:	1	2	3	4	
Hastada TIV'de L1 ve TII'de L2 lezyonları varsa sınıflandırma L2, TII olacaktır. Alternatif olarak, sınıflandırmaya daha hafif lezyon da eklenecekse sınıflandırma L2, TII ve L1, TIV olacaktır.	1	2	3	4	

“ * “ seçeneklerinden birini işaretlediğinizde lütfen açıklama sütununa uygun önerilerinizi yazınız.

Dereceleme ölçütü olarak Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilmiş Content Validity Index (CVI) kullanılmıştır

Ek Tablo 1. Hemşirelerin SACS Aracı'nı Kullanarak Belirledikleri Lezyon ve Bölgelerin Dağılımı (N=100)

Hasta No	I. Hemşire										II. Hemşire									
	L1	L2	L3	L4	L5	TI	TII	TIII	TIV	TV	L1	L2	L3	L4	L5	TI	TII	TIII	TIV	TV
1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1
2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2
4	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2
5	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2
6	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2
7	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
8	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
9	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2
10	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
11	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
12	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
13	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2
14	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
15	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
16	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
17	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2
18	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2
19	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1
20	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1
21	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2
22	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
23	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2
24	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2
25	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2
26	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2
27	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2
28	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2
29	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1
30	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2
31	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
32	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2
33	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
34	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
35	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2
36	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2

Ek Tablo 1. Hemşirelerin SACS Aracı'nı Kullanarak Belirledikleri Lezyon ve Bölgelerin Dağılımı (N:100) (Devam)

Hasta No	I. Hemşire										II. Hemşire									
	L1	L2	L3	L4	L5	TI	TII	TIII	TIV	TV	L1	L2	L3	L4	L5	TI	TII	TIII	TIV	TV
37	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2
38	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
39	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2
40	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2
41	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2
42	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
43	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
44	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2
45	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2
46	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2
47	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
48	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
49	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2
50	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
51	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
52	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
53	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
54	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
55	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1
56	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2
57	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
58	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2
59	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
60	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
61	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2
62	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2
63	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
64	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2
65	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
66	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2
67	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2
68	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2
69	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2
70	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2
71	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1

Ek Tablo 1. Hemşirelerin SACS Aracı'nı Kullanarak Belirledikleri Lezyon ve Bölgelerin Dağılımı (N:100) (Devam)

Hasta No	I. Hemşire										II. Hemşire									
	L1	L2	L3	L4	L5	TI	TII	TIII	TIV	TV	L1	L2	L3	L4	L5	TI	TII	TIII	TIV	TV
72	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
73	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
74	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1
75	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1
76	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2
77	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2
78	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2
79	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1
80	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2
81	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1
82	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2
83	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
84	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1
85	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
86	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
87	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2
88	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1
89	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2
90	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
91	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1
92	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1
93	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2
94	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2
95	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2
96	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1
97	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
98	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
99	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1
100	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2

1:Evet, 2:Hayır, L1: Hiperemik lezyon, L2: Eroziv lezyon, L3: Ülseratif lezyon, L4:Ülseratif lezyon , L5: Proliferatif lezyon, TI: Bölge1, TII: Bölge2, TIII: Bölge3, TIV: Bölge4, TV: Bölge5

EK-9: HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Peristomal Cilt Lezyonları Değerlendirme Aracı’nın Türkçe’ye Uyarlanması” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde stoma çevresinde cilt lezyonu görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. **Bu araştırma kapsamında size herhangi bir girişim yapılmayacaktır** ancak; size ait bazı bilgileri elde etmek istediğimiz için izninizi almak amacı ile bu form hazırlanmıştır. Size ait bu bilgilerin, kimliğiniz açıklanmamak kaydı ile bilimsel amaçla kullanımını onaylar iseniz bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Hemşirelik Anabilim Dalında, Doç. Dr. Hülya BULUT sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışma, stoma çevresinde gelişen cilt lezyonlarını değerlendirmek için geliştirilen “Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı’nın” Türkçe’ye uyarlanması amacıyla planlanmıştır. Bu aracın ülkemizde kullanılması stoma (karın duvarına ağızlaştırılmış bağırsak) bakımında ortak bir dil oluşmasına, stoma çevresinde gelişen cilt sorunlarının erken dönemde belirlenmesine, doğru bir şekilde değerlendirilip, görülme sıklığının ve yaygınlığının tam olarak ölçülebilmesine ve hasta konforunun artırılmasına katkı sağlayacaktır.

Bu çalışma Gazi Üniversitesi Hastanesi Stomaterapi Ünitesi, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Stomaterapi Ünitesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Stomaterapi Ünitesi, Dokuz Eylül Hastanesi Stomaterapi Ünitesi, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Stomaterapi Ünitesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Stomaterapi Ünitesi’inde takip edilen ve peristomal cilt lezyonu olan hastalar oluşturacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve stoma çevresinde cilt lezyonu olan 100 hasta alınacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı kabul edersem ne yapmam gerekiyor?

Hastalığınız nedeniyle size rutin olarak verilen bakım sırasında stomaterapi hemşireleri tarafından stoma çevresinde gelişen sorunlar yönünden değerlendirilecek ve tespit edilen lezyonun ne tür bir lezyon olduğu ve stoma çevresinde hangi alanları kapsadığı belirlenerek kaydedilecektir.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Size rutin takip ve tedaviniz dışında herhangi başka bir girişim yapılmayacağı için bir risk oluşmayacağını düşünüyoruz ancak; araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Peristomal Cilt Lezyonları Değerlendirme Aracı’nın Türkçe’ye uyarlanması ve bu aracın ülkemizde kullanılması stoma bakımında ortak bir dil oluşmasına, stoma çevresinde gelişen cilt sorunlarının erken dönemde belirlenmesine, doğru bir şekilde değerlendirilip görülme sıklığının ve yaygınlığının tam olarak ölçülebilmesine ve hasta konforunun artırılmasına katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI: Ali AY
03122162651

GÖREVİ: Araştırma Görevlisi

TELEFON:

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Gazi Üniversitesi Hastanesi Stomaterapi Ünitesi'nde, Doç. Dr. Hülya BULUT tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilinceyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim). Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Doç. Dr. Hülya BULUT'u Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 03122162624'ten arayabileceğimi biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Ali AY (Araştırma Görevlisi)
Adres: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Tel: 03122162651
İmza:
Tarih:

EK-10: ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL İZİNİ



GAZİ ÜNİVERSİTESİ (GİRİŞİMSSEL OLMAYAN) KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DEĞERLENDİRME FORMU

DEĞERLENDİRME KURULU/NİN ADI	Gazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara
TELEFON	0312 202 69 58
FAKS	0312 202 46 74
E-POSTA	tipetikkurulu@gazi.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Peritonomal Cilt Lezyonları Değerlendirme Aracının Türkiye'ye Uyarlanması		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI İN VANTAGE/ SOYADI	Doç.Dr.Hülya BULUT		
	UZMANLIK TEZİ/ AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐	
	DİĞER	☐	Yüksek Lisans Tezi ☐	
	İLACI DİŞİ ARAŞTIRMA	☒	İLACI DİŞİ GİRİŞİMSSEL ☐ İLACI DİŞİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ☒ (7-Herhangi bir tedaviden önce yapılan işlemlerinde yapılacak araştırmalar)	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Version No	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ BİL. GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐ Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		☒	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ SİGORTA		☐	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 368	Toplantı tarihi: 14.11.2012
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesinde Doç.Dr.Hülya Bulut'un sorumluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıdaki kısımlarda kayıtlı başvuru bilgileri verilen, Yüksek Lisans Tezi olan Klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygulanabilir, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına G.Ü.T.F. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI	ETİK KURUL BİLGİLERİ
	Patrona Tıp Birliği Belirli Bildirgesi'nin son versiyonu, Etilik Klinik Uygulamaları (Uluslararası ICH-GCP) kılavuzu ve kuruma ilgili 2001/2031/CE ve 2005/28/CE sayılı Avrupa Birliği direktifleri, Brölaj ve Tabanı uygulanması bakımından İsviçre Hükümeti ve İnsan haklarının korunması sözleşmesi ve İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin uygulanmasını düzenleyen belgelerden dahi kanun (9.12.2005 tarihli 25311 sayılı Resmî Gazete), 2567 sayılı Yükseköğretim Kanunu (G.Ü.11.1981 tarihli 17506 sayılı Resmî Gazete), Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu

ETİK KURUL BAŞKANI İN VANTAGE/ SOYADI: Prof.Dr.Cemal ULUOĞLU						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlgili *	Katılım **	İmza
Prof.Dr.Cemal ULUOĞLU BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji	G.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr.Azra BAKIRTAŞ BAŞKAN YRD.	Çocuk Sağ. ve Hast. Çocuk Allerji	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>

EK-11: ARAŞTIRMADA KULLANILAN ARACIN YAZILI İZNİ



ConvaTec Sağlık Ürünleri Limited Şirketi

Şen: İkinci Keleş Sk. Hüseyin Bağdallıoğlu Plaza No: 5/3 Koryatagi 34742 Kadıköy - İSTANBUL
Tel: 0216 416 52 00 - Faks: 0216 416 98 30

19.11.2012

GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ BAŞKANLIĞI'NA

Fakülteniz Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Hülya BULUT'un danışmanlığında, Ali AY'ın yürüttüğü "Peristomal Cilt Lezyonları Değerlendirme Aracı'nın Türkçe'ye Uyarlanması" başlıklı bilim uzmanlığı tezinde "SACS Enstrument" aracının kullanılması tarafımızca uygun bulunmuştur.

Gereğini arz ederim.

Kurum Yetkilisi

İmza

ConvaTec Sağlık Ürünleri Limited Şirketi
Koryatagi No: 5/3 İkinci Keleş Sk.
No: 5/3 Kadıköy - İSTANBUL
Etilim: 0216 416 52 00

**EK-12: ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI KURUMLARDAN ALINAN
YAZILI İZİNLER**

	T.C. GAZİ ÜNİVERSİTESİ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliği	
Sayı : B.30.2.GÜN.0.111.02.00 Kısm : 1275		23.02. / 2012
 T.C. GAZİ ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,		
İLGİ: 14.03.2012 tarih ve 875 sayılı yazınız. Enstitünüz Hemşirelik Programı yüksek lisans öğrencisi Ali AY'ın ilgi sayılı yazınız ile konusu bildirilen tez çalışmasını Hastanemiz Stomatoloji Ünitesinde yapma talebi Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur. Gereğini rica ederim.		
Prof.Dr.Sacit TURANLI Başhekim 		
Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi 06510 Beşevler / ANKARA Gazi.Forma.016.00	Tel : 0.312 202 50 90 Fax : 0.312 223 95 28	1409/00



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
BALCALI HASTANESİ

BÜRO : Personel İşleri
SAYI : B.30.2.ÇKO.0.H1.00.00.145/638
KONU :

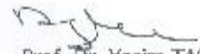
28 Ocak 2013
Adana, ...

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İLGİ:19/12/2012 tarih ve 00/3310 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Ali AY'ın, "Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı'nın Türkçe'ye Uyarlanması" konulu tez çalışmasını, Hastanemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalı/Stoma Terapi Ünitesinde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Yeşim TAŞOVA
Başhekim



İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ



18.06.2013

Sayı: 19274766-2673

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığına
İlgi: 05 Nisan 2013 tarih ve 8103 sayılı yazınız hk.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı
Yüksek Lisans Öğrencisi Ali AY'ın, ilgi yazınız ile bildirilen "Peristomal Cilt Lezyonlarının
Değerlendirme Aracının Türkçeye Uyarlanması" başlıklı tez çalışmasının uygulanmasını Fakültemiz
Stomatoloji Ünitesinde yapmasında sakınca olmadığını bilgilerinize ve gereğini saygılarımla arz
ederim.

Dr.Hem.Leman KUTLU
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

Adres: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, 34092/İSTANBUL
Tel: 0212/414 0000 / 0122/666 0212/414 1114
E-posta: c.hem@istanbuluniv.edu.tr

Açıklama: İlgi yazınızla 19274766-2673 sayılı yazınızla



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı: B.30.2.U.LU.0.H1.00.00-819/1579
Konu: Tez Çalışması Uygulanması

18/01/2013

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İlgi : 18.01.2013 tarihli ve 3309 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza konu olan, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Ali AYIN Doç.Dr.Hülya BULUT danışmanlığında yürütmekte olduğu "Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracının Türkçeye Uyarlanması" konulu tez çalışması uygulanması Merkez Müdürlüğümüz tarafından uygun bulunmuştur.
Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Neziye Funda COŞKUN
Başhekim Yardımcısı

Gözetimlik olarak adı kararlaştırıldığı birimde uygulanacaktır.

Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Görüşle Kağıt No: 16059 Nİ.Ü.İTİBİTİRS.A
Tel : 02242950142-41 Faks: 02242950099
e-posta : susm@uludag.edu.tr Elektronik Adı: www.uludag.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi

11. TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde tez danışmanım olarak çalışmanın her aşamasında katkı ve desteklerinden dolayı Doç. Dr. Hülya BULUT'a,

Bilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Prof. Dr. Ayişe KARADAĞ'a,

Çalışmanın yürütölmesinde bilimsel katkılarından dolayı Prof. Dr. Sezai LEVENTOĞLU, Prof. Dr. Sevilay şENOL çELİK, Doç. Dr. Mevlüde KARADAĞ, Doç. Dr. Azize Karahan, Doç. Dr. Ayfer ÖZBAş, Doç. Dr. İkbāl şAVDAR, Yard. Doç. Dr. Ebru KILIÇARSLAN TÖRÜNER, Öğr. Gör. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA, Öğr. Gör. Dr. Sevil GÜLER DEMİR, Uzm. Hem. Eylem TOĞLUK ve Uzm. Hem. Deniz HARPUTLU'ya

Araştırmadan elde edilen istatıksel bulguların istatıksel değeriendirmesindeki katkılarından dolayı Doç. Dr. Erdem KARABULUT ve Arş. Gör. Ayşe MÜLAYİMOĞLU'na,

Gazi Üniversitesi Hastanesi Stomaterapi Ünitesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Faköltesi Stomaterapi Ünitesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Faköltesi Stomaterapi Ünitesi ve Uludağ Üniversitesi Tıp Faköltesi Stomaterapi Ünitesi'nde çalışan ve gönüllü olarak çalışmayı kabul eden tüm meslektaşlarıma,

Hayatımın ve çalışmamın her aşamasında maddi ve manevi destekleri ile yanımda olan babama, anneme, kardeşlerime ve tüm arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Ali AY
2013

12. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Ali

Soyadı: AY

Doğum Yeri ve Tarihi: ŞANLIURFA / 11.01.1985

Eğitimi:

2009 Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Memurluğu

2004 Şanlıurfa Lisesi Yabancı Dil Ağırlıklı Lise

Yabancı Dili: İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

Türk Hemşireler Derneği,

Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği,

Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği,

Yara Bakımı ve Doku Onarımı Derneği

E-mail adresi: aliay@gazi.edu.tr, sabune_63@hotmail.com

Konu ile İlgili Çalışmaları:

1. Karadağ A, Baykara ZG, **Ay A**, Leventoğlu S, Menteş B. Stomaterapi Ünitesinde İzlenen Hastaların Uzun Dönem Sonuçları: 10 Yıllık İzlem Sonuçları. 13. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi ve 6. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2010 (Sözel Bildiri)
2. Baykara ZG, **Ay A**, Akar E, Leventoğlu S. Stoması Kapatılan Bireylerin Bağırsak Boşaltımlarıyla İlgili Yaşadıkları Güçlüklere İlişkin Duygu ve Düşünceleri. 14. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi ve 7. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2013 (Sözel Bildiri)
3. Çifte B, Kartal A, Uçar C, Bay H, Vurgun R, Demir SG, **Ay A**. Çözerken Eğlenelim, Yarayı Değerlendirelim: Bir Öğrenme Aktivitesi Olarak Bulmaca. 12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 2013 (Sözel Bildiri)

