

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



KOLOSTOMİLİ HASTALARDA STOMALI YAŞAMA
UYUMLARININ ve YAŞAM KALİTELERİNİN
İNCELENMESİ

FAZİLET İSLAMTÜRK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GAZİANTEP

2018

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KOLOSTOMİLİ HASTALARDA STOMALI YAŞAMA
UYUMLARININ ve YAŞAM KALİTELERİNİN
İNCELENMESİ

Fazilet İSLAMTÜRK

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI




Prof. Dr. Ayla YAVA

GAZİANTEP

2018

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi **Fazilet İSLAMTÜRK** tarafından hazırlanan “**Kolostomili Hastaların Stomalı Yaşama Uyumlarının ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi**” başlıklı tez, 20.06.2018 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı Adı Soyadı</u> <u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı/ Jüri Başkanı	: Prof. Dr. Ayla YAVA Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	:Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK Hacettepe Üniversitesi HF	
Jüri Üyesi	: Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem KÖÇKAR Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleőtirilmesindeki katkılarından dolayı;

Yüksek lisans eğitimin sırasında değerli bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren danıőmanım olarak; tezimin planlanmasından sonuçlandırılmasına kadar sabırla ve hoşgörölü tutumuyla üzerimde büyük emeiği olan, örnek aldığım çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Ayla YAVA“ya,

Eđitimimde emeiği geçen Hasan Kalyoncu Üniöersitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümünün tüm öğretim üyelerine,

Tüm hayatım boyunca her zaman yanımda olan ve destekleyen aileme,

Çalışmaya katılan tüm hasta ve yakınlarına,

SONSUZ TEŐEKKÜRLERİMİ SUNARIM.

ÖZET

Fazilet İSLAMTÜRK, Kolostomili Hastalarda Stomalı Yaşama Uyumlarının ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik AD Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2018. Çalışmanın amacı kolostomili hastaların, stomalı yaşamlarına uyum durumları ve yaşam kalitelerinin incelenmesidir. Araştırma, 15 Kasım 2016- 15 Nisan 2017 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi genel cerrahi polikliniğinde yapılmış tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini, kolostomi açılmasından itibaren en az iki en fazla 24 ay geçen ve örneklem ölçütlerini sağlayan 60 gönüllü hasta oluşturdu. Veriler literatürden yararlanılarak oluşturulan sosyo-demografik ve hastalık özellikleri yer alan Hasta Tanıtım Formu, Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (OUÖ-23) ve Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği (OBYKKÖ) kullanılarak elde edildi. Hastaların yaş ortalaması 49.83±13.85 yıl, %55.0'i erkek, %95.0'i evli ve %43.3'ü ilköğretim mezunudur. Hastaların yarısına yakınına (%45.0) kolon kanseri nedeni ile kolostomi açıldığı %56.7' si'nde geçici stoma olduğu, %58.3'ünün iki-sekiz aydır stoma ile yaşadığı tespit edildi. Hastaların stoma öncesi ve sonrası ibadet etme ve çalışma durumu oranları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu(p<0.05). OUÖ-23 ile OBYKKÖ toplam ve alt boyutları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı (p<0.001) kuvvetli ilişki olduğu saptandı. Sonuç olarak; bu çalışmada kolostomili hastaların stomalı yaşama uyumları artıkça yaşam kalitelerinin de arttığı kanısına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler; Kolostomi, Stoma, Uyum, Yaşam kalitesi, Hemşirelik.

ABSTRACT

Fazilet İSLAMTÜRK, Investigation of Adaptation of Living with Stoma and Quality of life of Patients with Colostomy, Hasan Kalyoncu University Health Science İnstitute Nursing Major Scientific Phd Thesis. The aim of the study is to examine the status of colostomy patients adaptation to their stomatal life and their quality of life. The study was a descriptive and relationship- seeking research made in Gaziantep University Şahinbey Research and practice hospital general surgery clinic between 15 november 2016 and 15 april 2017. The sample of the study consisted of 60 volunteer patients who met the sampling criteria at least two mounts and at most 24 mounts after colosty, obtained using the patient presentation form, ostomy adjustment inventory- 23(OAI-23), Stoma Quality of life scale . The mean age of the patients was $49,83 \pm 13,85$ years, 55.0% were male, 95.0% were married and 43.3% were primary school graduates. Nearly half of the patients (45.0%) were found to have colostomy due to colonic cancer, 56.7% had transient stomas, and 58.3% were living with two to eight mounts stomas. The differences between the pre and post- stoma worship and working status ratios of the patients was statistically significant and it was found that there was a statistically significant positive strong correlation between total and sub-dimensions of the ostomial individual- related life qualty and ostomical individuals ($p < 0.001$) . as a result; it has been concluded that the life quality of colostomy patients increases as their adaptation to the life with stoma rises.

Key Words; Colostomy, Stoma, Compliance, Quality of life, Nursing

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Kolostomili Hastalarda Stomalı Yaşama Uyumlarının Ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi**” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

01.06.2018

Fazilet İSLAMTÜRK

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SEMBOLLER VE KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. STOMA	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Tarihçe	4
2.1.3. Epidemiyoloji	5
2.1.4. Normal Stoma Özellikleri	7
2.1.5. Stoma Bölgesinin Seçimi	8
2.1.6. Stoma Endikasyonları	9
2.1.7. Stoma Türleri	10
2.1.7.1. Kolostomi	10
2.1.7.2. İleostomi	11
2.1.7.3. Ürostomi	11
2.1.8. Süresi Bakımından Stoma Türleri	11
2.1.8.1. Kalıcı Stomalar	11
2.1.8.2. Geçici Stomalar	12
2.1.9. Stoma Komplikasyonları	12
2.1.9.1. Erken stoma komplikasyonları	13
2.1.9.2. Geç stoma komplikasyonları	17

2.1.10. Stoma Bakımı ve Hemşirelik Hizmetleri	19
2.1.11. Stomaterapi Hemşiresi ve Sorumlulukları.....	19
2.1.11.1. Dünya’da ve Türkiye’de Stomaterapi Hemşireliği.....	21
2.2. YAŞAM KALİTESİ.....	22
2.2.1. Tanım.....	22
2.2.2. Stomalı Yaşama Uyum.....	23
2.2.3. Uyum Ölçekleri	24
2.2.4. Stomalı Hastalarda Yaşam Kalitesi	24
2.2.5. Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	25
2.2.6. Stomanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırma Sorusu.....	27
3.2. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı	27
3.3. Araştırmanın Etik Yönü	27
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	28
3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri.....	28
3.6. Veri Toplama Gereçleri.....	28
3.6.1. Hasta Tanıtım Formu.....	29
3.6.2. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (OUÖ-23).....	29
3.6.3. Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği (OBYKÖ)	30
3.7. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri.....	31
3.8. Araştırmanın Uygulanma Aşamaları.....	31
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
4. BULGULAR	33
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Stomaya İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular	34
4.2. Hastaların Stomalı Yaşama Uyum ve Stomalı Yaşam Kalitesi Ölçeklerinden Elde Edilen Bulgular	39
4.3. Karşılaştırmalı İstatistik Bulguları	42
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	56

6.1. SONUÇLAR	56
6.2. ÖNERİLER	56
6.3. Araştırmanın Sınırlılığı.....	57
7. KAYNAKLAR.....	58
8. EKLER	70
EK 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	
Ek 2. Etik Kurul Onay Formu	
Ek 3. Etik Kurul Kararı	
Ek 4. Üniversite Kurum İzni	
Ek 5. Anabilim Dalı İzni	
Ek 6. Ölçek Kullanım İzni	
Ek 7. Veri Toplama Formları	
Ek 8. Gönüllüleri Bilgilendirme Formu	
Ek 9. İntihal Raporu	
Ek 10. Kısa Özgeçmiş	

TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No.
Tablo 1.1. İleostomi Komplikasyonları	18
Tablo 1.2. Kolostomi Komplikasyonları	18
Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	35
Tablo 4.1.2. Hastaların Stoma ile İlgili Tanıtıcı Özellikleri.....	36
Tablo 4.1.3. Hastaların Stoma Sonrası Bilgi Alma ile İlgili Özellikleri.....	38
Tablo 4.2.1. Ostomili Bireyler Uyum Ölçeği'nin Alt Boyutlarının Ortalamaları ve Cronbach Alfa Değerleri.....	39
Tablo 4.2.2 Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Alt Boyutlarının ve Toplam Cronbach Alfa Değerleri.....	40
Tablo 4.2.3 Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Toplam Puanı ile Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Kolerasyon.....	41
Tablo 4.2.4 Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Toplam Puan ile Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeğinin Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Kolerasyon.....	41
Tablo 4.3.1. OUÖ-23 İle OBYYKÖ Toplam Puanlarının Hastaların Sosyodemografik Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.3.2. OUÖ-23 İle OBYYKÖ Toplam Puanlarının Hastaların Hastalıkları ve Stomaya Yönelik Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.3.3. OUÖ-23 İle OBYYKÖ Toplam Puanlarının Hastaların Stomaya Yönelik Bilgi ve Eğitim Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	46

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekiller	Sayfa No
Şekil 1.1. Stoma türleri.....	9
Şekil 3.1. OUÖ-23 maddeleri ve değerlendirilme şeması.....	30
Şekil 3.2. OBYYKÖ maddeler ve değerlendirme yöntemi.....	31



SEMBOLLER VE KISALTMALAR

Ark. : Arkadaşları

ABD: Amerikan Birleşik Devletleri

APR: Abdominoperineal Rezeksiyon

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FAP: Ailesel Adenomatöz Poliposis

GÜŞAUH: Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi

HKU: Hasan Kalyoncu Üniversitesi

ICN: Uluslararası Hemşirelik Konseyi

IOA: Uluslar Arası Ostomi Derneği

mEq: miliEkivalan

OBYY KÖ: Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği

OUÖ-23: Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği

THD: Türkiye Hemşireler Derneği

UOA: Amerikan Ulusal Ostomi Derneği

WCET: Dünya Enterostomal Terapistler Konseyi

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Tıp ve teknoloji alanındaki ilerlemelerle birlikte, erken tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi çeşitli hastalıklara bağlı ölüm oranlarının azalmasına ve beklenen yaşam süresinde uzamaya neden olmuştur. Kişilerin yaşam tarzı da bu gelişmelerden etkilenmektedir. Özellikle kolon kanseri başta olmak üzere, çeşitli barsak hastalıkları nedeniyle stoma açılması, bireylerin yaşam tarzında değişikliğe neden olan yaşam kalitesini etkileyen girişimlerden biridir (1).

Bireyin yaşam kalitesi; fiziksel ve psikolojik iyilik halinden, sosyal ilişkilerinden, bağımsızlık seviyesi ve çevresi ile olan ilişkilerinden etkilenebilmektedir. Stoma açılması ile birlikte kişinin tüm yaşam süreci derinden etkilenmekte olup o güne kadar alıştığı ve sürdürdüğünden farklı bir yaşam biçimine uyum sağlaması gerekmektedir. Teknolojinin gelişimi ile birlikte stomanın açılması teknik açıdan basit bir işlem olmasına rağmen, bu olay hastanın kendi bakış açısına olduğu kadar, aile içi yaşantısına ve sosyal ilişkilerine kadar önemli ölçüde farklılıklar getirmektedir. Stomanın açılması ile hastanın benliği, kendine olan saygısı, mahremiyeti, bağımsızlık ve verimlilik duyguları, cinsel yaşantısı, beden imajı etkilenmektedir (1, 2). Stoma açılmasına neden olan durumlar arasında; başta kolorektal kanserler olmak üzere, kronik ve iltihabi bağırsak hastalığı olan Crohn hastalığı, kalın bağırsakta oluşan divertikülit ve ülseratif kolit gibi obstrüktif veya inflamatuvar bağırsak hastalıkları, intestinal obstrüksiyonlar, intestinal yaralanmalar ve ailesel adenomatöz poliposis (FAP) gibi hastalıklar sayılabilir (3, 4).

Stomalı hastalarının ameliyat sonrası en sık karşılaştıkları problemler torba sistemi ile ilgili problemler, irrigasyon, gaz, koku, sızıntı, stoma hasarı ve dermatitlerdir (5). Stomalı bireylerde yalnızlıkta artma, kendine güvende düşüş, cinsellikten uzak durma, intihara teşebbüs, beden imajında bozulma olduğu saptanmış, ayrıca hem genel anksiyete bozukluğu hem de sosyal korku yaşadıkları görülmüştür. Stomanın açılması ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde azalma, sosyal sınırlamada artma ve iş ve seyahat etkinliklerinde bozulma olduğu gösterilmiştir (6).

Uygun bakım, eğitim ve danışmanlıkla hastaların stomalı yaşama ve kendi bakımlarına daha kolay uyum sağladıkları, stomaya bağlı problemlerinin belli bir sürenin geçmesi ile

kısmen ya da tamamen ortadan kalktığı belirtilmektedir (1). Stomaya uyumu etkileyen faktörler yaş ve cinsiyet gibi demografik özellikler, stoma tipi gibi klinik farklılıklar, stoma uygulanmasına neden olan altta yatan hastalık, cerrahiden sonra geçen süre, hastanın o anki sağlık durumu, stoma bakımı ile ilgili beceri yeteneği ve duruma yönelik savunma mekanizmaları gibi psikolojik farklılıklardır (6). Bu hastalara verilecek bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri hem fiziksel, hem sosyal hem de psikolojik yönleri içermelidir (1).

Stoma açılan hastaların ameliyat sonrasında karşılaştıkları sorunlarla ne şekilde mücadele ettiklerini, nasıl başa çıktıklarını ve deneyimlerini sistematik bir şekilde ve ayrıntılı olarak ele alan bilimsel araştırmalar oldukça sınırlıdır. Bununla birlikte bu eksiklik ülkemizde daha da belirgindir. Bu nedenle stomalı hastaların deneyimleri ve sorunları ile nasıl başa çıktıklarının ve stomalı yaşama uyumlarının araştırılması alana büyük katkı sağlayacaktır (7).

Stoma açılan bireylerin ameliyat sonrasında sürdüreceği yeni yaşam tarzı ve değişiklikler sadece kendisini değil çevresini de etkilemektedir. Bu nedenle stomalı hastaların yaşam kalitesi bireyin kendisi, çevresi, sağlık kurumu ve stomaterapi hemşiresi başta olmak üzere sağlık personelinin yaklaşımlarından etkilenmektedir. Son 20 yılda giderek yaygınlaşan yaşam kalitesi kavramı sağlık alanında da yerini almıştır. Özellikle profesyonel hemşirelik alanındaki yansımaları bilimsel araştırmalara konu olmaya başlamıştır. Bu bağlamda, yaşam kalitesi üzerine etkili faktörler ve hemşirelik uygulamalarına ait bulguların değerlendirilmesi bilimsel araştırmalar için oldukça önemlidir. Yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik girişimler; hastaların rahatlamasına, kendilerine yardımcı olmalarına, hastalığa yönelik en uygun bakım hizmetlerini vermeyi içeren, hastanın iyi olma halini artırmayı hedefleyen hemşirelik uygulamalarını kapsamaktadır (1, 7).

Hastalara stoma açılmasının travmatik bir girişim olduğu, bireylerin yaşamlarının olumsuz etkileneceği, bu nedenle stoma bakım hemşiresinin en önemli görevinin, bu hastalara stoma ve bakımına yönelik eğitim vermek, onlara destek olmak olduğu vurgulanmaktadır (8). Hastalara verilen eğitim ile onların bilgi ve beceri seviyeleri artırılarak, stomaya bağlı komplikasyonların azaltılabileceği veya önleneceği varsayılmaktadır (9). Stomaterapi hemşirelerinin stoma bakımı hakkında etkin bir eğitim vermeleri gerekmektedir (7). Bu nedenle hastaların stomalı yaşama uyumlarının, deneyimlerinin ve sorunları ile nasıl başa çıktıklarının araştırılmasının stomaterapi hemşireliği alanına büyük katkı sağlayacağı değerlendirilmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada kolostomili hastaların, stomalı yaşamlarına uyum durumlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. STOMA

2.1.1. Tanım

Stoma sözcüğü “ağız” ya da “açıklık” anlamına gelen Yunanca kökenli bir kelimedir (10). Stoma sistemi ile sağlanan açıklık sayesinde ilgili sistemin fonksiyonelliğinin sürdürülmesi sağlanır (11). Ostomi ise bir açılma veya ağızlaştırma amacıyla yapılan cerrahi işlemlerin genel adıdır. Ostomi işlemi ile solunum, sindirim ya da üriner sistemde geçici veya sürekli olarak açıklık oluşturulmakta olup, cerrahi işlem uygulanan bölgeye göre isimlendirilmektedir (12, 13). Stomalar uygulanma alanına bağlı olarak trakeostomi, gastrostomi, ileostomi, kolostomi ya da ürostomi adı almaktadır. Her yaş grubuna uygulanabilen bu işlemler geçici veya kalıcı olabilmektedir. Geçici stomaların uygulanma amacı ameliyat bölgesinin bypas edilerek bölgenin iyileşmesini hızlandırmaktır. Kalıcı stomalar, yaşam boyu kullanılırken, geçici stomalar stoma endikasyonunun sona ermesiyle birlikte kapatılmaktadır (14, 15).

2.1.2. Tarihçe

Tarihte ilk stoma uygulaması 1706 yılında İngilizler ve Fransızlar arasında gerçekleşmiş olan Ramilles savaşında yaralanmış olan George Deppe isimli asker üzerinde yapılmıştır. Literatürde stomanın hekim tarafından tedavi amacıyla ilk kez uygulanması William Cheselden (1688-1752) tarafından strangüle herni ya da konjenital malformasyon nedeniyle kolostomi uygulamasına dayanmaktadır. Bu uygulama, yirminci yüzyılın erken dönemlerinde kalıcı kolostomiye rektum tedavisinde başarı ile kullanan Miles tarafından geliştirilmiştir (5, 16). Kanseri tedavisi için 1944 yılında uygulanan abdominoperineal rezeksiyon (APR) ve ekstra-peritonial kolostomi açılması modern anlamda ilk uygulanan stoma olarak kabul edilmektedir (17).

İnce bağırsağın son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılması ileostomi olarak adlandırılmaktadır. Tarihteki ilk kez ileostomi 1879’da tıkanmaya neden olan çıkan kolon tümörlü bir hastaya Baum tarafından uygulanmıştır. İleostomiler ile ilgili ilk modern uygulamalar 1944’de Koernig torbasının bildirilmesini takiben Strauss tarafından gerçekleştirilmiştir (18).

Littre tarafından 1710 yılında tıkanmaya yol açan kolon tümörü nedeniyle iliak fossaya stoma açılması bu alandaki ilk kayıtlı işlemdir. Kolostomi uygulamasına yönelik ilk kayıtlı işlem de 1776 yılında Pillore adında bir Fransız cerrahın uyguladığı çekostomidir. Bütünüyle başarılı olarak kabul edilen ilk kolostomi Duret'in (1973) anüs imperforatusu olan bir bebeğe uyguladığı çekostomidir (19).

Dr. Rubert Turnbull tarafından 1950-1960 yılları arasında kendisi de ileostomi hastası olan Norma Gill, Cleveland Kliniği Vakfı'nda stomalı hastaların eğitimi ve bakımı konusunda ilk enterostomal terapist olarak yetiştirilmiştir. İlk enterostomal terapistler okulu 1961 yılında Dr. RB Turnbull School of Enterostomal Therapy Nursing adıyla Norma Gill tarafından kurulmuştur (20, 21). İngiltere'de St. Bartholomov hastanesinde hemşire olan Barbara Saunders 1972 yılında ilk stoma bakım hemşireliği kursunu vermiştir (8, 22). Günümüzde ise stoma bakım hemşiresi olabilmek için Dünya Enterostomal Terapistler Konseyi (World Council of Enterostomal Therapist)'nin kabul ettiği kurumlardan birinde ortalama 8-9 hafta süreli, 320 saatlik eğitimin tamamlanmasını şart koşmaktadır (23). İlk ileostomi derneği 1956'da, kolostomi derneği 1966'da ve ürostomi derneği 1971'de açılmıştır. Ayrıca 1947'de ilk kez ostomili hastaların sosyal, psikolojik ve seksüel problemleri, İngiliz patalog Dukes tarafından gündeme getirilmiştir (24, 25). Stomalı hastalar ile ilgili en önemli derneklerden olan Amerika Ulusal Ostomi Derneği (UOA) ve Uluslararası Ostomi Birliği (IOA) 1962 yılında kurulmuştur (20, 24).

Bugün bir çok merkezde enterostomalterapi hemşiresi ostomi rehabilitasyon takımında yer almaktadır. ABD'de kullanılan terim enterostomal terapist iken İngiltere'de stoma terapi hemşiresi veya introstomal terapist sözcükleri kullanılmaktadır (25,26). Günümüzde stomalı hastaların sorunları ile çok etkin bir şekilde ilgilenen uluslararası kuruluşlar olan 'Dünya Enterostomal Terapistler Konseyi' ve 'Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN)' stomalı hastaların stomaterapi hemşireleri gözetiminde olmaları gerektiğini savunmaktadırlar (14).

2.1.3. Epidemiyoloji

Stoma açılmasını gerektiren en yaygın sorun, kolon ve rektum kanseri olup bunun yanı sıra Crohn hastalığı, divertikülit, travmatik ileus, ülseratif kolon ve ailesel adenomatoz polipozis gibi hastalıklarda da stoma açılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (4). Anaraki ve arkadaşlarının (27) yaptığı bir araştırmada stomanın açılma nedenleri olarak; % 77.5 oranında

kolorektal kanser, %2 Crohn hastalığı, %8.8 ülseratif kolit ve %10'da diğer hastalıklar olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre, kolorektal kanser stomanın uygulanmasında en önemli neden olması ile birlikte, stoma açılmasının kanser olan veya olmayan bireyler için değişik problemlere yol açtığı görülmüştür (27).

Yerleşim yerine göre kolorektal kanserler, düşük riskli bireylerde sağda, yüksek riskli bireylerde ise solda yerleşme eğilimindedir (28). Kuzey Amerika, Avrupa ve Avustralya'da kolorektal kanser gelişme riski daha yüksek iken, Afrika, Asya ve Güney Amerika'da daha düşük olduğu bildirilmiştir. Avrupa kıtası kendi içinde değerlendirildiğinde ise, Batı Avrupa ülkelerinde kolorektal kanser gelişme riski daha yüksek iken Güney Avrupa'da bu risk daha düşük olarak tanımlanmıştır. Ayrıca, bu kanserin gelişimi açısından kentsel yerleşim bölgesindeki kişiler kırsal kesimdekilere göre daha yüksek riske sahiptirler (27, 28).

Dünyadaki Durum

Tüm dünyada kolorektal kanserler üçüncü sırada en sık görülen kanser türü olup, kanserden ölüm nedenleri arasında ise dördüncü sırada yer almaktadır. Sıklık açısından değerlendirildiğinde, kolon kanseri, rektal kanserden 2.5 kat daha fazla görülmektedir. Önümüzdeki 15 yıl içerisinde, tüm dünyada kolorektal kanser oranında %60 oranında bir artış olması beklenmekte ve 2030 yılına kadar 2.2 milyondan fazla yeni kolorektal kanser olgusu ve bu kanser türüne bağlı 1.1 milyon ölüm olacağı öngörülmektedir (29). ABD Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından 2017 yılında açıklanan resmi bilgilere göre ABD'de 2017 yılı içinde 95,520 yeni kolon kanseri ve 39,910 yeni rektal kanser tanısı konulacağı öngörülmüştür. Kadın (47,820) ve erkeklerde (47,700) kolon kanseri sayısının yaklaşık olarak eşit olması beklenirken, rektum kanseri tanısı alacak hastaların büyük çoğunluğunu erkekler oluşturacaktır (23,720 v.s. 16,190). Yaklaşık 27,150 erkek ve 23,110 kadının kolorektal kanser nedeniyle 2017 yılında kaybedileceği öngörülmektedir (30). Tüm dünyada kolorektal kanser görülme oranları bölgesel değişiklikler göstermektedir. Bununla birlikte tüm olguların üçte ikisi ve ölümlerin de %60'ı gelişmiş ülkelerde görülmektedir (29). Başta kolorektal kanser sıklığındaki artış ile orantılı olarak, son yıllarda tüm dünyada stomalı hasta sayısı da giderek artmakta olup Kuzey Amerika'da 800 000, Hong Kong'da ise yaklaşık 15000 stomalı hasta vardır. Yapılan bildirişlere göre, ABD'de ve Kanada'da her yıl 120.000 kişiye, İngiltere'de ise yaklaşık 13 500 kişiye stoma açılmaktadır (31, 32). Avrupa Ostomi Derneği, Avrupa ülkelerinde ostomi uygulamalarına dair ayrıntılı veriler toplamaktadır. Bu derneğin 2017

verilerine göre Avrupa ülkelerinde popülasyonun %0.12'sinde ostomi uygulaması yapıldığı bildirilmiştir. Aynı verilere göre Avrupa ülkelerinde en sık açılan stoma türünün kolostomi olduğu (%0.07), bunu ileostomi (%0.04) ve ürostominin (%0.02) takip ettiği belirtilmiştir. En yüksek ostomi prevalansının Kuzey Avrupa ülkelerinde görüldüğü ifade edilmektedir. Ostomilerin çoğunun (%56) kalıcı olduğu, ileostomili hastalarda sağ kalım oranı kolostomili hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (11. 3yıla karşı 6.6yıl) (33). Kairaluoma ve ark. (34) stomaların %40'ının geçici stoma olarak açıldığını, ancak bunların sadece 2/3'sinin stomasının kapatıldığını, bununla birlikte son uç stoması olan 70 yaşın üzerindeki hastalarda stomanın kalıcı olarak açıldığını bildirmişlerdir.

Türkiye'deki Durum

Türkiye'de son yıllarda kolon kanseri vakalarında artış olduğu ile ilgili görüşler mevcuttur. Ülkemizde kolon kanserinin 1990'lara kadar 60'lı yaşlarda daha sık görülmekteyken, zaman içerisinde 50'li, hatta 40'lı yaşlara kadar düştüğü görülmüştür (28, 35). Ülkemizde kolorektal kanserlerin görülme sıklığı erkeklerde yüz binde 21, kadınlarda ise yüz binde 8 olup, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın güncel verilerine göre, kolorektal kanserler erkeklerde görülen tüm kanserler arasında dördüncü (%21.7), kadınlarda ise üçüncü (%13.2) sırada yer almaktadır (36). Kolorektal kanserle ilgili 2012 yılında 184 ülkede gerçekleştirilen bir araştırmanın sonucuna göre, Türkiye'de kolorektal kanser insidansı 100 000 kişide 16.1-32.2 iken, kolorektal kansere bağlı ölüm oranı 100 000'de 9.0-14.4 arasında değiştiği tespit edilmiştir (37). Artan kanser insidansları ile birlikte, uygulanan cerrahi girişimlere bağlı olarak stoma açılması da yaygınlaşmaktadır. Bununla birlikte, Türkiye'de istatistikler yeterli olmadığı için stomalı birey sayısı kesin olarak bilinmemektedir (38, 39).

2.1.4. Normal Stoma Özellikleri

Stomanın çapı yaklaşık 20 mm olup, nemli, parlak pembe-kırmızımsı renkli, dışa doğru çıkıntı oluşturur, sinir liflerinin bulunmaması nedeni ile dokunma ile ağrı hissedilmez. Stomanın yapısı damarlar yönünden oldukça zengin olup, silinme sırasında bile sızıntı şeklinde hafif kanama olabilmektedir ve bu olay normal bir durum olarak kabul edilmektedir (34). Ameliyatı takip eden erken dönemde stomada ödem bulunmaktadır. Ancak birkaç ay sonra bu ödem gerilemekte ve stoma küçülmektedir. Stoma etrafında bulunan deri, peristomal bölge olarak adlandırılmaktadır (40).

2.1.5. Stoma Bölgesinin Seçimi

Bir stomanın rahat kullanımını ve fonksiyonel durumunu, açılma yeri ve etrafındaki cildin kalitesi belirlemektedir. Stoma bölgesi seçiminde dikkat edilmesi gereken nokta, bağırsağın gerilmeye uğramadan yeterli kan akımıyla dışarı alınması olmalıdır. Ayrıca hastanın rahatlıkla göreceği ve torbasını boşaltıp değiştirebileceği bir bölge seçilmelidir (5). Acil müdahale gerektiren ameliyatlardan haricinde, opere edilecek hasta, önce ayrıntılı olarak değerlendirilmeli, açılacak stomanın biçimine, işlevine, uygulamada kullanılacak olan araç gereçlere, hastanın stoma ile yaşamını düzenleme ve bağımsız hareket edebilmesine bağlı olarak stoma bölgesi işaretlenmelidir (41).

Stoma bölgesinin seçiminde hastanın beden yapısı da etkili olmaktadır. Genelde stomanın açıldığı yer hastanın karın bölgesi ve göbeğin hemen altı, sağ veya sol alt kadrandır. İleostomide tercih edilen yer sağ alt kadranda, transvers kolostomide üst orta kadranda, desenden ve sigmoid kolostomide ise sol alt kadrandır. Hasta yürüyemiyor ve tekerlekli sandalyeye bağımlı ise veya stomayı görmesini engelleyecek kadar aşırı kilosu var ise üst kadranda da seçilebilir (40, 41). Stomanın açılacağı yer hakkında karar verilmesinde rektus kasının lokalizasyonu ve otururken veya ayakta olduğunda stomanın hastanın görüş alanını içinde olması önemlidir. Bununla birlikte, stomanın yapışması için yüzeyin yeterli olması gerekir. Eski yaralardan, fistüllerden, skarlardan, kat yerlerinden, bel çizgisi, göbek, sarkmış göğüs altları ve kemik çıkıntılarında uzak bir yer seçilmelidir (5, 41). Stoma yerini belirlerken hastanın dinini, kültürünü, mesleğini, hobilerini de göz önünde bulundurmak gerekir. Müslümanların namaz kılarken eğilip kalkmaları gerektiğinden stomanın yerini seçerken göbek üstünün temiz, altının kirli kabul edildiği göz önünde bulundurulmalıdır (42). Cerrahi işlemin uygulanmasından önce stomanın yeri işaretlendikten sonra, hasta çeşitli pozisyonlar alarak stomanın alacağı durum değerlendirilir. Bu denemeler hastaya stoma torbası takılarak da yapılabilir (41).

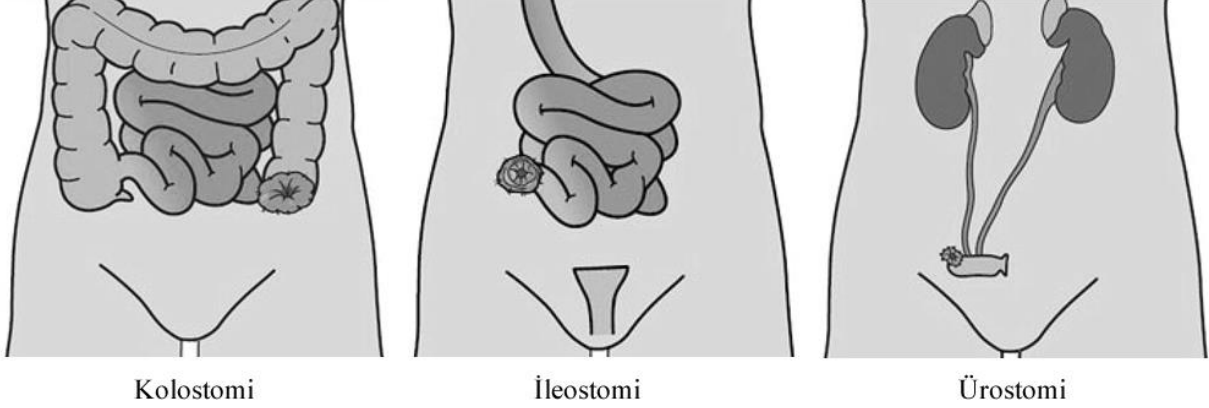
2.1.6. Stoma Endikasyonları

Stoma endikasyonları aşağıda sıralanmıştır:

- ✓ Gastrointestinal sistemin belli bir seviyesinden daha distalinin rezeke edildiği ve devamlılığının sağlanamadığı durumlarda boşaltımının sağlanması (rektum yaralanmaları, ülseratif kolit, crohn's hastalığı, rektovezikal, fistül gibi)
- ✓ Distalde tümör gibi yer kaplayan bir patoloji nedeniyle oluşan, giderilemeyen bir tıkanıklığın ortadan kaldırılması
- ✓ Anüsün görevini yapması (Anorektal kanserler nedeniyle anüsün çıkarılması durumu gibi)
- ✓ Distaldeki patolojik bir olayın, iyileşme sağlanana kadar dışkı akımından uzak tutulması (kolorektal yaralanmalarda geniş defektlerin oluşması, sigmoid kolon volvulusu, anal inkontinans, perinenin geniş yanıkları gibi (19)
- ✓ Proksimalde mevcut olan bir patoloji nedeniyle oral beslenmesi sağlanamayan hastalarda, enteral beslenme yolunun kullanılabilmesi (43)
- ✓ Mesane ile ilgili malignitelerde, mesanenin kronik inflamasyonunda ve üriner sistemle ilgili doğumsal defektlerde uygulanır (44).

2.1.7. Stoma Türleri

Ostomiler; genel olarak uç ostomiler ve loop ostomiler olarak ikiye ayrılır. Uç ostomi, kolon ya da ileumun tek yönlü açıklık oluşturulacak şekilde cilde ağızlaştırılmasıdır. Loop ostomi, kolon ya da ileumun lümeninin bir bölümü kesilerek çift yönlü açıklık oluşturulacak şekilde içinden cam ya da plastik çubuk aracılığıyla cilde ağızlaştırılmasıdır (45).



Şekil 1. Stoma türleri (45).

2.1.7.1. Kolostomi

Kolostomilerin en önemli özelliği anüsteki gibi sfinkter olmadığı için stomalı hasta eliminasyonu kontrol edemez (14, 15, 26). Kolostomiler anatomik yerlerine göre aşağıdaki gibi adlandırılmaktadırlar:

Çekostomi: Kullanım endikasyonları kolon dekompresyonu veya çekal volvulustur. Bakımı tüpün çıkma veya tıkanma riski nedeniyle oldukça zor olup, çok nadir uygulanan bir stoma türüdür (39, 46).

Asendan (Çıkan) Kolostomi: Lokalizasyon olarak karın bölgesinin sağ tarafındadır. Sadece kolonun kısa bir kısmında etkin olarak işlev görmekte olup sıvı ve dışkı, stoma etrafındaki dokuya zarar verici birçok sindirim enzimleri içermektedir. Bu nedenle etraf doku, kolostomi torbası kullanılarak korunmaya alınmalı ve deri çıkış yeri enfeksiyon açısından takibe alınmalıdır. Bu kolostomi tipi oldukça yaygın kullanılmaktadır (4, 19).

Transvers Kolostomi: Lokalizasyon olarak üst karın ortasında ya da karın içinde vücudun sağ tarafındadır. Bu stoma türünün açılma endikasyonları divertikülit, kanserin neden olduğu obstruksiyonlar, doğumsal travmalar, iltihaplı bağırsak hastalıklarıdır. Dışkı genellikle sıvı veya yarı katı halde olup, inen kolona ulaşmadan önce dışarı çıkması için olanak sağlanır.

Stomanın yatay kolonun soluna doğru yaklaşması ile birlikte sindirim enzimi içeriği azalmakta ve kıvamı gittikçe katılaşmaktadır (3, 4, 19).

Desenden (İnen) Kolostomi: Dışkı çıkan ve yatay kolonda ilerlerken, suyun büyük kısmı emilmiştir, bu nedenle dışkı kısmi olarak katı ya da tamamen katıdır (46).

Sigmoid Kolostomi: Kalın bağırsak kesilip tüm lümen karın duvarına ağızlaştırılmaktadır. Rektumdaki malign hastalıklar veya perianal onarımın gerçekleştirilemediği ciddi fekal inkontinans durumunda yapılan abdomino-perineal rezeksiyonlar sonrası yapılan uç kolostomiler gibi kalıcı olabilmektedir. Ayrıca Hartman prosedürü sonrası oluşturulan uç kolostomiler ise geçici de uygulanabilmektedirler. Bu stoma türünün uygulanması durumunda dışkı normal yapı ve özelliğindedir (47).

2.1.7.2. İleostomi

Bu stoma türünde ince bağırsağın son bölümü karın duvarına ağızlaştırılmıştır. İleostomi açılma endikasyonları kalın bağırsak ve rektumun ameliyatla tamamen rezeke edildiği veya devre dışı bırakıldığı durumlardır. İleostomi uygulanmasında hasta gaz ve dışkı çıkışını kontrol edemez. Dışkı sıvı halde, fazla miktarda ve yakıcı özellikte olup uygun bakım yapılmaz ise stoma çevresindeki cildin tahriş olma olasılığı yüksektir (46).

2.1.7.3. Ürostomi

Üriner stomalar, üriner drenajı sağlamak için, ileal konduit, jejunum veya kolondan mesane oluşturulup üreterlerle anastomozu gerçekleştirilerek karın duvarına ağızlaştırılmaktadır. Bu cerrahi işlem ürostomi veya üriner diversiyon olarak adlandırılmaktadır. Ürostominin açıldığı durumlar; üriner inkontinans, fistül, piyelonefrit, mesane kanseri, radyasyon sistiti, nörojenik mesane ve konjenital anomalilerdir (4, 48).

2.1.8. Süresi Bakımından Stoma Türleri

2.1.8.1. Kalıcı Stomalar

Genellikle rektal anastomoz imkânının olmadığı aşağı rektum tümörleri gibi durumlarda kullanılır. Ayrıca ülseratif kolit, familial adenomatöz poliposis gibi hastalıklarda da kalıcı stomalara gereksinim duyulabilir. Genel olarak hastaların yaklaşık %15' inde kalıcı kolostomi vardır. Cerrahi girişimle rektum ve anüs çıkarılarak kolonun ucu sigmoid kolostomi olarak batın duvarına ağızlaştırılır. Anüsün çıkartılması veya kolonun son kısmı ile anüsün

birlikte çıkarılması gereken durumlarda, anüs ve kas yapısının görevini yapamadığında kalıcı kolostomi açılmaktadır (3, 5).

2.1.8.2. Geçici Stomalar

Geçici stomalar başka bir barsak ameliyatını kolaylaştırmak amaçlı veya dışkının belli bir süre için yönünün değiştirilmesine ihtiyaç duyulan durumlarda açılmaktadır. Geçici stoma uygulanmasının temel amacı fekal akımın total diversiyonudur. Bu tür stomalar ihtiyaç ortadan kalktığında tekrar ameliyatla kapatılırlar ve bağırsak fonksiyonları tekrar normale döner (4, 5). Geçici kolostominin kullanıldığı durumlar bağırsak delinmesi ve yaralanmaları, anüs hastalıkları ve yaralanmaları, bağırsaklarda yapılan ameliyatın iyileşmesini sağlama, kolon tıkanmaları, konjenital bağırsak anomalileri gibi durumlardır (3, 5) .

2.1.9. Stoma Komplikasyonları

Bireylerin iyileşmesi veya yaşam sürelerinin uzaması amacıyla açılan stoma, hem büyük bir ameliyatın etkisi hem de vücudun önemli bir fonksiyonunun kaybı nedeniyle baş edilmesi gereken önemli bir durumdur. Yaşamı boyunca boşaltım işlevinin kontrolünü sağlayabilen bireyin ameliyat sonrasında bu kontrol gücünün aniden kaybetmesi, kabullenilmesi güç bir durumdur (1, 11, 45).

Stoma açılan hastalarda görülen stoma komplikasyonları; ameliyat öncesinde, ameliyat esnasında ve ameliyat sonrasındaki süreçle ilişkili bazı faktörlere bağlı olarak meydana gelmektedir (49). Çeşitli araştırmalarda stoma komplikasyon oranları arasında farklılıklar mevcuttur. Uluslararası literatürde stomal komplikasyon oranları %23.5 ile %50 arasında bildirilmektedir (50). Ülkemizde yapılan araştırmalarda da Akçam ve arkadaşları (51), stoma komplikasyon oranını % 24.1 olarak bildirirken, Karadağ (11), stoma komplikasyon oranını %38,2 olarak tespit etmiştir. Özaydın ve arkadaşlarının (52) yaptığı bir araştırmada stomalı hastalarda en sık görülen komplikasyonlar; peristomal cilt irritasyonu (%63), stoma çevresi enfeksiyonu (%25) ve stoma prolapsusu (%5) olarak belirtilmiştir.

Cerrahi tekniklerin geliştirilmesi, stoma bakım ürünlerindeki yenilikler ve tıp alanındaki teknolojik ilerlemelere rağmen stomalarla ilişkili komplikasyonların halen yüksek olduğu belirtilmektedir (53). Bu komplikasyonların gelişmesine neden olan faktörler; hastanın yaşının ileri olması, acil ameliyat durumu, diabetes mellitus, inflamatuvar barsak hastalığı, vücut kitle indeksinin yüksek olması, önceki girişimler, uygun stoma bölgesinin seçilmemiş

olması, stoma adaptör-torba sisteminin açılan stomaya uygun olmaması, hastaların stomanın bakımı için yeterli bilgi ve becerilerinin olmaması şeklinde ifade edilmektedir (11, 34, 53).

Stomalar komplikasyonsuz oldukları zamanlarda dahi kendine özgü etkileri nedeniyle hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bununla birlikte anatomik veya metabolik komplikasyonların gelişmesiyle bireyin yaşam kalitesi daha da bozulmaktadır. Bununla birlikte, bazı basit önlemlerle ve dikkat edilecek hususlarla stoma komplikasyonları azaltılabilmektedir. Komplikasyonun türüne gelişim zamanı, lokalizasyonu, türü ve etkilerine göre tedavi yaklaşımları değişebilmektedir. Buna göre cilt bakımından stoma bölgesinin değiştirilmesi işlemine kadar oldukça farklı yöntemler kullanılarak komplikasyonlarla mücadele edilmektedir (5). Stomal komplikasyonlar ameliyat sonrasında gelişme zamanına göre erken ve geç komplikasyonlar olarak iki grupta incelenmektedir.

2.1.9.1. Erken stoma komplikasyonları

Metabolik Komplikasyonlar

Metabolik komplikasyonlar %20 oranında görülmektedir. Özellikle ileostomi açılan hastalarda ileostomi bölgesinden sıvı ve sodyum kaybedilmesi ile dehidratasyonun eşlik ettiği bazı metabolik durumlar görülmektedir.. Bu hastalarda günlük 500-800 ml sıvı kaybıyla birlikte yaklaşık 60 mEq sodyum kaybı da görülmektedir. Dehidratasyonun kronikleşmesi ve derinleşmesi neticesinde üriner sistem taşları oluşabilmektedir. Dehidratasyon ve elektrolit kaybının neden olduğu metabolik komplikasyonların önlenmesi amacıyla postoperatif süreçte hastaların sıvı ve elektrolit dengesi yakın takip edilmeli, yeterli sıvı aldığından emin olunmalıdır (15, 54).

Deri irritasyonları

Stoma açılan hastalarda %18-%55 oranında peristomal deri komplikasyonları görülmektedir. Bu komplikasyonlar genellikle cildin feçes ile kirlenmesine bağlı meydana gelmektedir. İleostomiler için yumuşak ve sık dışkılama, proteolitik ve yüksek alkali içerik epidermisin yapısını bozmaktadır (55, 56). Deri irritasyonu görülen hastaların büyük çoğunluğunun peristomal deri komplikasyonu nedeniyle tedavi gördüğü belirtilmiştir. Deri irritasyonunun uzun süreli olması, mukokutanoz tabakanın ayrılması ile sonuçlanabilmekte ve cerrahi müdahale gerekebilmektedir. Stoma açılacak hastalarda doğru stoma alanının seçilmesi, ostomiye en uygun torba sisteminin belirlenmesi, uygun stoma tekniğinin

uygulanması, deri bariyerinin kullanılması ve stoma sızıntısının önlenmesi ile deri irritasyonlarının önüne geçilebilmektedir (55). Peristomal deri irritasyonlarının önlenmesi için cilt bakımı çok önemlidir. (56).

Bununla birlikte stoma adaptörünün tam olarak yapışmamasının nedenleri belirlenmelidir. Bunlar genellikle hastaya bağlı alışkanlıklar, hızlı kilo değişimi, stoma yapısının zamanla değişmesi, stoma malzemesinin hastaya uygunluğu, stoma içeriğinin yapısı şeklinde sıralanmaktadır (57).

Stoma nekrozu

Stoma açılan barsak bölgesinin perfüzyon bozukluğuna bağlı stoma nekrozu gelişir. Kolostomili hastalarda stoma nekrozu %1 ile %10 oranında görülürken, ileostomili hastalarda %1 ile %5 arasında görülmektedir (54). Stomada venöz obstrüksiyona bağlı gelişen ödem, nekroz için tetikleyici rol oynamaktadır. Ödem neticesinde stoma çevresi küçülmektedir. Yeterli perfüzyon sağlanmaması, çevre dokularda iskemi ve hücre ölümü ile sonuçlanmaktadır. Stoma açılan bireyler postoperatif erken dönemde stoma nekrozu açısından risk altındadırlar. Özellikle uç stoma tiplerinde ve obez hastalarda açılan stomalarda nekroz görülme riski daha fazladır. Bununla birlikte stoma nekrozuna neden olabilecek diğer faktörler şu şekilde sıralanmıştır(57):

- ✓ Ödemli stoma çevresine sıkı torba takılması
- ✓ Uygun olmayan stoma bölgesinin seçilmesi
- ✓ Cerrahi teknik, gergin sütürler
- ✓ İnférieur mezenterik arterin ligasyonuna bağlı perfüzyon bozukluğu
- ✓ Barsağın dışarı çıkarıldığı bölgenin dar olması
- ✓ Stoma segmentinin terminal kısmının aşırı serbestleştirilmesi (57)

Stoma açılan hastaların %2.3-17'sinde görülen stoma nekrozunun erken dönemde fark edilmesi çok önemlidir, çünkü erken dönemde cerrahi müdahale uygulanmazsa peritonit veya barsak perforasyonu gelişebilmektedir (55). Nekrozun erken teşhisi açısından postoperatif 24-72 saatlik dönemde stomanın renginin yakından takip edilmesi gerekmektedir. Stoma rengindeki bir değişiklik durumunda nekrozdan şüphelenilmez. Normalde stomanın rengi ağız içi gibi parlak pembe renktedir. Bu rengin siyaha dönüşmesi iskemiye ve nekrozu akla getirmelidir. Bununla birlikte batın distansiyonu da nekroz açısından uyarıcı olduğu için postoperatif dönemde distansiyonun önlenmesi ve takibi çok önemlidir (55, 56).

Stomanın kanaması

Stoma açılmasının ardından erken dönemde görülen stoma kanaması önemli bir komplikasyondur (8). Bu tür kanamalar genellikle portal hipertansiyona bağlı barsak mukozasından kaynaklanan kanamalar, enterostomal varislerden kaynaklanan kanamalar ve cerrahi esnasında yeterli kanama kontrolünün yapılmamasına bağlı kanamalardan kaynaklanmaktadır. Stomanın kanamasına neden olan pek çok faktör belirlenmiştir. Bazı kemoterapi ilaçları, antikoagülanlar, antiagreganlar ve antiinflamatuvar ilaçların bir kısmı da stoma kanamasına neden olabilmektedirler. Stoma bakımıyla ilişkili olarak stomanın ve çevresinin sert biçimde temizlenmesi ve kullanılan torbanın ağzının dar olmasına bağlı granülomlar meydana gelmekte, bu granülomlar da kanamaya zemin hazırlamaktadır. Kanamanın kaynağına ve miktarına göre yaklaşım stratejisi de değişebilmektedir. Yüzeysel kanamalara lokal bakım uygulanabilir, hemostatik maddeler kullanılabilir veya duruma göre elektrokoter ile yakılabilir. Dirençli kanama odakları tespit edildiğinde sütür atılabilir. Stomanın kanaması oldukça önemli bir komplikasyon olup operasyon öncesi ayrıntılı bir anamnez alınarak önlenmektedir. Hastaların kanama diyatezi öyküsü, kullandığı ilaçlar, tansiyon, hematolojik hastalıklar açısından sorgulanması, postoperatif dönemde stoma kanamasının önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Bununla birlikte hastaların yeterli düzeyde stoma bakımı eğitimi alması da lokal kanamaların önlenmesi için faydalı olmaktadır (47, 49, 57).

Stoma retraksiyonu

Stomanın batın içerisine doğru girmesi, çekilmesi şeklinde görülen stoma retraksiyonu, erken dönemde görülen oldukça ciddi bir komplikasyondur. Kolostomili hastalarda gelişen stomal retraksiyon oranı %1-6 iken, ileostomili hastalarda %3-17 oranındadır. Stoma retraksiyonu, postoperatif ilk altı haftalık dönemde stomanın bulunduğu cilt yüzeyinde yarım santimetreden daha az küçülme şeklinde tanımlanmaktadır. Genellikle transvers kolon stomalarda ve terminal sigmoidostomilerden sonra meydana gelmektedir (14). Hastaların %10-24'ünde görülmektedir. Özellikle cerrahi işlemlerden etkilenen stoma retraksiyonuna neden olan faktörler; stoma oluşturulması esnasında gerilmesi, yetersiz barsak uzunluğu, barsağın yüzeye yeterince tespit edilmemesi, batında ödeme neden olabilen durumlar, distansiyon, obezite, loop kolostomilerde barsağı tutan silikon bağetin vaktinden önce alınması ve preoperatif dönemde uygulanan radyoterapinin mezenteri kısaltması şeklinde belirtilmiştir

(14, 49). Stoma retraksiyonunda stomanın tamamının karın içine kaçması durumunda acil cerrahi uygulamak gerekmektedir (43).

Mukokutanöz ayrılma

Stomanın deri ile birleştirildiği yerden ayrılması şeklinde tanımlanan mukokutanöz ayrılmanın yüseyel veya derin, kısmi veya tam şeklinde ayrımı yapılmıştır. Ayrılmanın derecesine göre stoma etrafında eritem ve drenaj görülebilmektedir. Mukokutanöz ayrılmaya neden olan faktörler şu şekilde sıralanmıştır:

- Cerrahi esnasında dokuya uygun olmayan sütür materyalinin kullanılması
- Doku perfüzyonunu bozan nedenler (diabetes mellitus, ileri yaş, steroid, immünosupresif ilaçların kullanımı)
- Uygun olmayan cerrahi teknik
- Sütürlerin gergin olması (49).

Parastomal enfeksiyon

Stoma açılan bireylerde barsak içeriğinden bulaş olması, barsak ucunun geri kaçması, stomanın kesiye çok yakın açılması, iskemi ve peristomal hematoma gibi nedenler parastomal enfeksiyonlara neden olmaktadır. Bununla birlikte inflamatuvar barsak hastalığı nedeniyle açılan stoma bölgesinde gelişen enfeksiyon, stomanın cilde tutturulduğu yerden ayrılmasına neden olmaktadır (57). Stoma enfeksiyonuna bağlı bulgular genellikle enfeksiyonun peritona yayılımıyla ortaya çıkmaktadır (49).

Stomal enfeksiyonun önlenmesinde cerrahi tekniğin uygun seçimi, doğru irrigasyon ve dışkının stoma çevresine bulaşmasının önlenmesi çok etkilidir (49). Enfeksiyon tedavisi için stomanın bakımı ve nekrotik dokunun temizliği, antiseptikli materyallerin kullanımı önemlidir. Enfeksiyon sonrasında stomanın daralmaması ve retraksiyon gelişmemesi için tedbirler alınması gerekmektedir. Enfeksiyona bağlı perforasyon görülmesi halinde acil cerrahi girişim gerekmektedir (58).

Barsak tıkanması

Stoma açılan hastalarda yaklaşık %13 oranında görülen barsak tıkanması bazı durumlarda acil müdahale gerektiren bir komplikasyondur. Stomada torsiyon veya ödeme bağlı olarak meydana gelen tıkanmalar, genellikle barsak yapışıklıkları ve çevre dokulardaki yapışıklıklar, altta yatan tümörün tekrarlanması, gaitada sertleşme, parastomal alanda ince

barsak sıkışması gibi nedenlerle ilişkilidir. Spontan olarak düzelme görülmediğinde veya medikal tedavinin yeterli olmadığı durumlarda cerrahi tedavi tercih edilmelidir (49, 55, 57).

Barsak perforasyonu

Stomalı hastalarda birçok nedene bağlı olarak barsak perforasyonu görülebilir. Stoma enfeksiyonuna bağlı barsağın ciltten ayrılması, ileostomi sütürlerinin derin alınması, Crohn hastalığının nüks etmesi, barsak içeriğinin cilt altı dokuya sızması, yanlış irrigasyon uygulanması ile barsakta delinme veya abse oluşabilmektedir. Barsak perforasyonu gelişen hastada aniden başlayan karın ağrısı ve geçmeyen rahatsızlık hissi görülmektedir. Tablonun ilerlemesi ile sepsis ve peritonit meydana gelir. Acil cerrahi girişim gerektiren bu komplikasyonun tedavisinde geniş bir debridman yapılması, drenaj uygulanması ve stomanın yerinin değiştirilmesi veya proksimal ileostomi/kolostomi açılması gerekir (54, 55).

2.1.9.2. Geç stoma komplikasyonları

Stoma Prolapsusu

Stomanın batın duvarından dışarıya doğru sarkması şeklinde tanımlanan stoma prolapsusu birçok nedene bağlı olarak meydana gelebilmektedir (57). Daha çok ileostomilerde görülmektedir (50). Cerrahi işlem esnasında yöntem, stomanın gereğinden uzun yapılması, batın duvarının gereğinden fazla geniş açılması, barsak ucunun cilde zayıf şekilde ağızlaştırılması, abdominal yapısal anormallikler, karın kaslarının zayıflığı ile birlikte ani karın içi basınç artışı, öksürme krizleri, tümör, ağlama nöbetleri, hamilelik ve gergin bir kemerle giyilen sert stoma cihazı gibi faktörler stoma prolapsusuna neden olabilmektedir (15, 55, 58).

Parastomal herni

Stoma açılan hastalarda yüzeydeki bir açıklıktan barsakların stoma dışına çıkması şeklinde tanımlanan parastomal herni, mekanik barsak obstrüksiyonuna, strangülasyona, irrigasyon esnasında perforasyona ve peristomal dermatite neden olabildiği için erken tanınması ve gerekli durumlarda müdahale edilmesi çok önemlidir (58). Parastomal herniye neden olabilen faktörler; özellikle yaşlılarda ve obez hastalarda karın duvarının zayıf olması, kronik öksürük, karın içi basıncın artması, ameliyat sonrasında gelişen sepsis ve cerrahi tekniklerdeki kusurlar şeklinde sıralanmıştır (59). Rektus kasının içerisinden geçirilerek açılan

stomalı hastalarda stoma hernisi daha nadir görülmektedir. Parastomal herni görülen hastalarda cerrahi tedavi uygulanmaktadır (60).

Stomal stenoz

Stomanın açıklığının daralması şeklinde tanımlanan stomal stenoz, hastaların %6-7'sinde görülmektedir. Stoma açıklığının aşırı derecede daralması neticesinde dışkının çıkışı önlenir. Stomal stenozu neden olan faktörler; stomanın kenarlarının yeterince perfüze olmaması ve enfeksiyona bağlı olarak bağ dokusunun artışı, radyoterapiye bağlı irritasyon ve stoma ağzının küçük hazırlanması şeklinde sıralanmıştır (61, 62).

Geç Obstrüksiyon

Stoma açılan hastalarda geç dönemde görülen barsak tıkanmaları genellikle barsak duvarındaki yapışıklıklardan kaynaklanmaktadır. Genellikle postoperatif 3.- 6. aylar arasında görülen geç obstrüksiyona pişmemiş lifli sebzeler, meyve kabukları, mısır, fındık ve turunçgiller gibi besinler neden olmaktadır. Bununla birlikte parastomal herniler, tümörün tekrar etmesi ve gaytanın sertleşmesine bağlı da geç dönemde barsak tıkanması görülebilmektedir (8, 63).

Araştırmalarda stoma komplikasyon oranları oldukça farklıdır. Shabbir ve Britton [56], literatürdeki çalışmalarını inceleyerek erken ve geç dönemde, stomalı hastalarda görülen komplikasyon oranlarını stoma bölgesine göre dağılımını belirlemişlerdir. Tablo 1'de ileostomi komplikasyonları, Tablo 2'de kolostomi komplikasyonları karşılaştırmalı olarak gösterilmektedir (57).

Tablo 1.1. İleostomi Komplikasyonları

Kaynaklar	Cilt Komplikasyonları	Parastomal herni	Stenoz	Retraksiyon	Prolapsus	İntestinal tıkanıklık
Makela ve ark.	-	%12	%17	%24	%75	%11
Robertson ve ark.	%33	%22	%2	%11	%11	-
Leong ve ark.	%29	%11	%4	%13	%8	%18
Caricato ve ark.	%25	%9	%4.5	-	-	-

Kaynak: Shabbir ve Britton (57).

Tablo 1.2. Kolostomi Komplikasyonları

Kaynaklar	Cilt Komplikasyonları	Parastomal herni	Stenoz	Retraksiyon	Prolapsus	İntestinal tıkanıklık
Makela ve ark.	-	%25	%9	%8	%18	%7
Robertson ve ark.	%7	%40	%1	%13	%2	-
Leong ve ark.	%11.8	%2.2	%4.9	%1.5	%5.4	%5.4
Caricato ve ark.	%20	%18	%13.6	%6	%5.6	-

Kaynak: Shabbir ve Britton (57).

2.1.10. Stoma Bakımı ve Hemşirelik Hizmetleri

Stoma komplikasyonlarının büyük bir kısmı stoma bakımıyla ilişkilidir. Perioperatif dönemde alınacak önlemler ve yakın takip ile bu komplikasyonlar azaltılabilmektedir. Birçok Avrupa ülkesinde enterostomal terapi hemşiresi olarak isimlendirilen ve Dünya Enterostomal Terapistler Konseyi (WCET)'in onayladığı okullarda eğitim gören hemşireler tarafından stomalı hasta bakımı yapılmaktadır. Lisan eğitimini tamamlamış olan hemşireler aynı zamanda ostomi açılan ve inkontinans problemi bulunan bireylerin bakımlarına yönelik yeterli bilgi birikimi olan ve Enterostomal Terapi ve Kontinans Hemşireliği sertifikasına sahiptirler (9). Stomaterapi hemşireleri stoma bakımı yanında yara, fistül ve bazı deri sorunlarına yönelik bakım verebilmektedir (23).

Günümüzde birçok ülkede stoma bakımı alanında uzmanlaşmış olan hemşireler tarafından yapılan stomalı hasta bakımı için ülkemizde ilk kez 2000 yılında Gazi Üniversitesi hastanesinde stomaterapi ünitesi kurulmuştur (9). Günümüzde stomaterapi ünite sayısı 35'e çıkmıştır (64). Ülkemizde stomaterapi ünitesi olmayan hastanelerde ise bu faaliyetler cerrahi servislerinde görevli hemşireler tarafından yapılmaktadır. Hastaların bakımı ve eğitiminden sorumlu olan hemşireler Stomaterapi Hemşireliği görevini de yapmaktadırlar (65).

2.1.11. Stomaterapi Hemşiresi ve Sorumlulukları

Stoma bakımı: Stomalı hastaların verilerini toplama, hastaları ameliyat öncesinde ve sonrasında bilgilendirme, danışmanlık yapmak, stoma yerini belirlemek ve stoma bakımı vermek, stoma ile ilişkili komplikasyonları tespit ve önlemeye yönelik faaliyetlerdir (63, 64). Stoma açılacak hastanın ve ailesinin ameliyat öncesinde hazırlanmasında, bireyin bu durumla başa çıkabilmesinde stomaterapi hemşiresi önemli rol oynamaktadır. Bu süreç sayesinde stomalı hastaların ameliyat sonrasında yaşam kalitesinin arttığı, öz bakım yeteneği

kazandıkları, beden imajına daha kolay uyum sağladıkları belirtilmektedir (64). Stomaterapi hemşiresi hastaların deneyimleri ve korkularına yönelik konuşmalarını teşvik ederek, onları dinleyerek mevcut değişikliklere uyum sağlamasını desteklemektedir (1). Bu bağlamda hastaların ostomi konusunda neleri bilip bilmediği sorgulanarak konuya giriş yapılarak, hastalık ve ameliyat hakkında ne anladığı sorulmaktadır. Ardından hastanın özel diyeti, seyahat durumu, cinsel yaşamına yönelik bilgilendirmeler yapılmaktadır. Hastanın utanacağı, çekineceği konular hakkında sorular sorabilmesi için stomaterapi hemşiresinin gerekli güveni vermesi ve iletişim kurması çok önemlidir. Genellikle bu süreç taburculuk dönemine yakın veya taburculuktan sonra gerçekleşmektedir. Stomaterapi hemşiresi, otomi bakımına yönelik hastaları bilgilendirmekte ve gerekli malzemelerin temin edilmesi için hastaya bir rehber oluşturmaktadır. Hastanın kabul etmesi halinde ostomi bakımını hasta yakınlarına da göstermesi ile hasta yakınlarının da hastayı desteklediği gösterilebilir. Bu durum hastanın özgüveni açısından çok faydalıdır. Bütün bu süreç stomaterapi hemşiresinin koordinasyonu ile sağlanabilmektedir (9, 47, 64).

Eğitim: Hastaların eğitiminde stomaterapi hemşiresinin etkin bir dinleyici olup, hastaların endişelerini dikkate alması, onlara etkin sorular sorması, algılama, yansıtma ve sezme tekniklerini kullanabilmesi, hastanın sorunlarını tanımaya yardım etmesi beklenmektedir (64). Hastaların bireysel ihtiyaçlarını belirlemek ve karar verme süreçlerinde onları desteklemek stomaterapi hemşiresinin sorumlulukları arasındadır (65). Empatik davranabilen, güçlü iletişim yeteneği olan tecrübeli hemşireler sayesinde stomalı hastaların bedensel ve ruhsal yönden hızlı bir şekilde iyileşmesi, sorunlarla baş edebilmesi, stomaya uyum sağlaması kolaylaşmaktadır (8).

Araştırma: Araştırmaya dayalı uygulamalar konusunda yoğunlaşan stomaterapi hemşiresi, stomalı hastalarla ilişkili çeşitli insidans ve prevalans çalışmaları planlaması beklenmektedir. Bununla birlikte stoma bakımına yönelik hemşirelik hizmetlerinin, eğitsel faaliyetlerin ve tedavinin etkinliğini değerlendirmek üzere araştırmalar yürütebilmesi gerekmektedir. Elde edilen veriler ve literatürdeki bilgiler ışığında yapılan uygulamaların gözden geçirilerek, gerekli düzenlemelerin yapılması da stomaterapi hemşireliğinin sorumluluğundadır (65).

2.1.11.1. Dünya’da ve Türkiye’de Stomaterapi Hemşireliği

Stoma açılan veya açılması planlanan hastaların bakımı, birçok ülkede ve merkezde bu konuda uzmanlaşmış hemşireler tarafından sağlanmaktadır. Stoma bakım hemşiresinin; stomalı hastaların bilgilendirilmesi, stoma bakımının öğretilmesi, taburculuk sonrasındaki bakımın koordinasyonu, hastaların ihtiyaçlarına yardım etmek, postoperatif bakımın sürekliliğini sağlamak üzere hasta ve yakınları ile uyumlu bir iletişim sağlamak ve hastaların bağımsızlıklarını kazanmalarına yardımcı olmak gibi sorumlulukları vardır (1).

Preoperatif dönemde stoma açılacak hastanın bakımı; hastanın psikolojik olarak ve fizyolojik olarak operasyona hazırlanması ve gerekli eğitimin verilmesini kapsamaktadır. Hastanın hazırlanması esnasında stoma hakkında ayrıntılı bilgiler verilmektedir. Stomaya bağlı olası değişimler, komplikasyonlar, fizyolojik ve psikolojik etkiler hakkında hastaların önceden bilgilendirilmesi ve ameliyata hazırlanması çok önemlidir. Çünkü stoma açılması sadece boşaltım işlevindeki bir değişiklik değil; bireyin beden imajı, benlik saygısı ve cinsel aşamını da yakından ilgilendiren bir durumdur. Psikolojik destek ve bilgilendirme süreci ameliyattan sonra da devam etmektedir. Ameliyat sonrasında hastaya, stoma bakımı ile ilgili bilgiler verilmektedir. Ayrıca stomanın bireyin yaşantısına etkileri, stoma ile ilişkili sarf malzemelerinin kullanımı, temin edileceği yerler hakkında bilgilendirme yapılır. Yazılı ve görsel materyallerle bu bilgilerin pekişmesi sağlanır (59, 60, 63, 64).

Stomalı bireyin bakımının yaşadığı ortama döndüğünde de sürdürülmesi, bakımın sürekliliğini sağlamak açısından önemlidir. İyi planlanmış bir eğitim programı ile stomalı hastaların yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenmektedir. Stoma ile vücudunda ve yaşam tarzında oluşacak değişikliklerin bilincinde olan, ameliyat sonrasında stoma bakımı hakkında bilgisi olan ve kendi bakımını yapabilen hastaların problemlerle daha kolay başa çıkabildikleri gözlenmiştir. (59, 60).

Gelişmiş ülkelere stoma hastalara yönelik rehabilitasyon süreci ele alınmış ve 1960’larda Birleşik Ostomi Derneği (*United Ostomy Association*) kurularak belirli standartların oluşması sağlanmıştır. Türkiye’de ise ilk olarak 2000 yılında, Gazi Üniversitesi bünyesinde açılan Stoma Ünitesi ile hastaların rehabilitasyonuna yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Bu ünite stoma açılacak hastalar ve ailelerine yönelik ameliyat öncesinde bilgilendirme yapılmaktadır. Ameliyat sonrası dönemde stoma bakımı, hastaların sosyal hayata uyum sağlamaları ve sorunlarla başa çıkabilmeleri için eğitim programı hazırlanmıştır.

Türkiye'nin her yerinden hasta kabul eden ve ülkemizde ilk olan bu merkezde Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Tıp Fakültesi öğretim elemanları görev yapmaktadır (66).

Hastaların eğitilmeleri bu konuda deneyimli hemşirelerin sorumluluk alanına girmektedir. Çünkü stoma açılacak hastalarla daha uzun süreli ve yoğun şekilde iletişime geçen sağlık personeli hemşirelerdir. Bu nedenler, hastaların bedensel ve psikolojik durumlarıyla da ilgilenen hemşireler aynı zamanda hastalara danışmanlık yapmaktadırlar. Stoma bakım hemşireleri hastaların mevcut durumları ile baş etmelerine yardımcı olarak özgüvenlerini sağlamalarına ve yaşam kalitesinin artmasına destek olmaktadır. Bu faaliyetler ameliyat öncesinde başlayıp sonrasında devam etmektedir. Bireyin mevcut hastalığına uyum sağlamasında stomaterapi hemşirelerinin uygulamaları ve eğitimleri oldukça önemli rol oynamaktadır (67,68).

Stoma bakım hemşireliği için ülkemizde düzenlenen sertifikasyon programlarında başarılı olan hemşire sayısı yeterli olmadığından dolayı, uygun şekilde istihdamları sağlanamamıştır. Bu yüzden stomalı hastaların eğitilmesi ve stoma bakımlarının yapılması hastaların ameliyatını yapan merkezler tarafından yürütülmektedir (1).

Stoma bakım hemşireliğinde hasta bütüncül yaklaşım ile değerlendirilmektedir. Olası sorunlar öngörülmekte, hastaların özgüveni desteklenmekte ve uzun süreli bir iletişim sağlanmaktadır (1).

2.2. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi son yıllarda giderek daha fazla önem kazanan bir kavram olup, kaynağı ABD'deki politik tartışmalara dayanmaktadır. Bireylerin kendi yaşamlarına bakış açısı şeklinde nitelendirilen yaşam kalitesi; bazen yaşam doyumu, memnuniyeti veya mutluluk ile de ifade edilmektedir. Günlük yaşam için kullanıldığında, bireyin sosyal, ekonomik, psikolojik ve fiziksel ihtiyaçlarının tümüyle ilişkilidir (67).

2.2.1.Tanım

Yaşam kalitesi kavramına yönelik, literatürde oldukça fazla tanım bulunmaktadır. Ancak bu tanımların hemen hepsinde bireyin günlük yaşamının her açıdan tatmin edilmesi vurgulanmaktadır. Genellikle bireylerin kendi algılarıyla ilişkilendirilen yaşam kalitesi, kişinin yaşamından duyduğu memnuniyet şeklinde ifade edilmektedir (67). Bir yaşam doyumu olarak nitelendirilen bu kavram iki kısmı olan bir iyilik halidir. Bu kısımlar bedensel, psikolojik ve

sosyal iyilik halini yansıtan günlük yaşamı sürdürebilme yeteneği ile işlevsel olma ve hastalıkların kontrolüne yönelik hasta doyumunu şeklinde açıklanmıştır (68).

Sağlıkla ilişkili olarak yaşam kalitesi de bireyin hastalığının ve tedavisinin kendi üzerindeki işlevsel etkilerini algılamasıyla ilişkili bir kavramdır (69). Bu anlamda yaşam kalitesi hem hasta hem de gözlemciler tarafından bedensel, ruhsal ve sosyal boyutlardaki iyilik halleri değerlendirilerek ölçülebilmektedir (70). Çok boyutlu bir kavram olan yaşam kalitesinin alt boyutları kişisel içsel alan, kişisel sosyal alan, dışsal toplumsal çevre alanı şeklinde tanımlanmıştır (68). Yaşam kalitesinin bu boyutları aynı zamanda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesiyle de ilişkilidir.

Profesyonel hemşirelik alanında yaşam kalitesi kavramı son 15-20 yıldır gündeme gelmiştir. Bu anlamda hemşirelik faaliyetlerinin etkinliklerini değerlendirmede son derece önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Hastaların rahatlatılması, yardımcı olma, hasta bakımı ve hastaların iyilik hallerinin yükseltilmesine yönelik çalışmalarda yaşam kalitesinin ilişkilendirilmesi kanıta dayalı tıp uygulamalarında da etkili olmuştur (68).

2.2.2. Stomalı Yaşama Uyum

Teknolojik gelişmeler ışığında cerrahi tekniklerdeki ilerlemeler, stoma bakım ürünlerindeki yenilikler ve stoma terapi alanında uzmanlaşmış hemşirelerin yetiştirilmesine rağmen hastaların çoğunda uyum sorunları görülmektedir (70, 71). Stoma uygulamasını takiben; bireyin kendine yetebilme duygusu, sosyal destek faktörleri ve yaş ve cinsiyet gibi sosyodemografik özellikleri gibi pek çok faktör uyum sürecini etkileyebilmektedir. Bu süreçte yaşanan fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunların uyum süreci üzerine olumsuz etkileri vardır (72). Stomanın kişinin tüm yaşamı üzerinde değişikliklere neden olması, stomaya bağlı sorunlar yaşaması, beden imajı ve yaşam tarzında değişikliklerin olması, benlik saygısında azalma, yaşam kalitesindeki değişikliklerin ortaya çıkması gibi büyük sorunları üstesinden gelebilmek için bireyin stomaya ve stomalı yaşama uyum sağlaması son derece önemlidir (73, 74).

Stomalı bir hastanın stoma bakımı konusunda aldığı eğitim ve öğrendiklerini uygulayabilme yeteneği yeni yaşam biçimine uyumunu, beden imajındaki değişikliği kabullenebilmesini ve sonraki yaşamını olabildiğince bağımsız sürdürebilmesini etkilemektedir (75, 76). Stoma bakımının amacı; stomalı hastalar için kaliteli bir hayat

sağlamak olup, Black (2004) yaptığı araştırmada, stoma bakımı konusunda uzman kişilerin eğitim verdiği hastaların, stomaya daha kolay uyum sağladığını göstermiştir (14). Bununla birlikte, bilgili ve empatiyle yaklaşan bir hemşire stomalı hastanın fiziksel ve psikolojik yönlerden iyileşmesine ve stomalı yaşama uyum sağlamasına büyük oranda yardım edebilmektedir (77). Stomalı hasta de ihtiyaç duyduğunda hemşireye danışabileceğine farkına varıp hayata tutunabilmesi kolaylaşacaktır (14).

2.2.3.Uyum Ölçekleri

Stomalı bireylerin psikososyal sorunların değerlendirilmesinde farklı ölçekler kullanılmaktadır. Bekkers ve arkadaşları (78), stomalı hastalarda ameliyat sonrasında hasta uyumunu değerlendirmek üzere hastalara “Hastalığa Psikososyal Uyum” ölçeğini uygulamışlardır. Ölçeğin özelliği, bireylerin çalışma ortamı ve aile ortamı ile ilgili faktörlere ağırlık vermesidir. Wade (79) ise, mental hastalıklara ait belirtilerin saptanmasında tercih edilen “Mevcut Durum Değerlendirme” ölçeğini kullanarak stomalı hastaların durumlarını incelemiştir. Sonuç olarak stomalı hastalara özgü olmayan bu ölçeklerin kullanımıyla, stomalı hastalara özgü olan endişelerin tespit edilmesi güçtür. Bu yüzden daha özelleşmiş ölçeklerin kullanımı gündeme gelmiştir. Bu bağlamda, Simmons ve arkadaşları (80), Meakawa tarafından geliştirilmiş olan “Stomalı Bireyin Kendini Değerlendirme Uyum Ölçeği” ni yeniden düzenleyerek 23 maddeli “Ostomi uyum ölçeği” geliştirilmiştir. Oldukça kolay uygulanabilen bu ölçek ile stomalı hastaların stomaya uyumları izlenmekte, hastaların uyum problemleri belirlenmekte ve önemli sorunlar tespit edilmektedir. Bu ölçek ile belirlenen sorunlar, hastaların gereksinimlerinin daha uygun şekilde karşılanması için sağlık personeline rehberlik edecektir (81).

2.2.4.Stomalı Hastalarda Yaşam Kalitesi

Çeşitli hastalıklar nedeniyle bireyin yaşamını kolaylaştırmak ve yaşam süresini uzatmak amacıyla açılan ostomiler hastaların hayatını derinden etkilemektedir (82). Ostomi açılması ile kısmen de olsa başkalarına bağımlı olma, bedensel, ruhsal, sosyal ve ekonomik boyutları nedeniyle bireyin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (83). Ostomi açılan hastaların hem mevcut durumu kabullenmeleri hem de yaşamlarını ostomiye göre yeniden düzenlemeleri gerekmektedir. Daha önceden kolaylıkla yapabildikleri aktivitelerin kısıtlanmasıyla birlikte sosyal sorunlarla baş başa kalmaktadırlar (79). Bu olumsuzluklar aynı

zamanda hasta yakınlarını da etkilemektedir. Ostomili hastalarda beden algısının değişmesi, benlik saygısında azalma, özgüvende azalma, takıntı, hayali rektum gibi bazı psikolojik sorunlar da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (83, 84).

Stomaterapi hemşirelerinin yoğun ve özverili çabaları ile bu hastaların yaşam kalitesinin artırılabilir. Ameliyattan sonra bireyin bağımsızlığını kazanmasında etkisi olan stoma bakımı ve eğitimi stomaterapi hemşiresi ile sağlanabilmektedir (9). Ayrıca stomaterapi hemşireleri tarafından ostomili hastalar ve yakınları arasında terapötik ilişkilerin geliştirilmesine yönelik ostomi destek gruplarının oluşturulması bireylerin biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan iyilik hallerine destek olmakta ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Bu konuda Vural ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada stomalı hastaların yaşadıkları sorunların, iyi planlanmış hemşirelik uygulamaları ve eğitimleriyle azaltılabildiği ve önlenemediği gösterilmiştir (29).

2.2.5.Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar ilk olarak 1960'lı yıllarda sosyoloji alanında başlayıp psikoloji ve tıp alanlarıyla devam etmiştir. Sağlık bilimleri alanında yaşam kalitesi ölçümleri; çeşitli tedavilerin etkinliklerinin karşılaştırılmasında, mortalitenin azalmasına rağmen morbiditeye neden olan tedavilerin etkinliklerinin değerlendirilmesinde, hafif semptomlu hastaların uzun süreli tedavilerinin değerlendirilmesinde ve maliyet etkinliklerinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (82, 85).

Hemşirelik uygulamalarına yönelik yaşam kalitesi ölçekleri, sağlıkla ilişkili kavramlarla ilişkili olarak, güncel durumlara göre geliştirilmektedir. Sağlık alanında yaygın olarak kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili, Mc Master Sağlık Göstergesi Anketi ve 36 Soruluk Kısa Bir Sağlık Araştırması şeklindedir. Bu ölçekler genel sağlık durumuna uygun olup özel bazı hastalıklar için uygun olmayabilir. Ancak çeşitli hastalıklara özgü unsurlarla zenginleştirilebilmeleri mümkündür (70, 86). Pınar (1995) ve Arıcan (2002) çalışmalarında Yaşam kalitesi ölçeklerinin bedensel iyilik halini değerlendirme açısından etkinliklerinin benzer olduğu belirtilmesine rağmen psikososyal boyuta yönelik değerlendirmede en uygun ölçek için tartışmaların sürdüğünü belirtmişlerdir (87, 88).

2.2.6.Stomanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri

Stoma, bireyler üzerinde çeşitli fizyolojik etkileri nedeniyle yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu etkiler arasında koku, gaz, dışkı sızıntı ve deri irritasyonları yaygın olarak görülmektedir (89, 90).

Stoma, bireyde fiziksel değişime neden olduğu için kabullenilmesi zor bir durumdur (78, 91). Aniden gelişen fiziksel değişim nedeniyle birey beden imajı, cinsel yaşam ve özgüven açısından zorluk çekmeye başlar. Böyle bir durumda hastalar öfke, anksiyete, depresyon ve sosyal izolasyon gibi tepkiler vermektedir (91, 92).

Stomalı bireyler stomaya bağlı yeni beden imajı ile yaşamın güçleşeceğini düşünerek kendini toplumdaki izole etme yoluna gitmektedirler. Daha önceki aktiviteleri terk etmek ve yeni kişilerle tanışmaktan çekinmek gibi sosyal sorunlarla baş etmek durumundadırlar. Çevresindeki bireylerle çatışma yaşayan bireyler stomalarını gizleme çabasındadırlar. Bu olumsuzluklar iş hayatına da yansımakta olup, bireylerde işi bırakma, değiştirme, verimlilikte azalma gibi durumlar görülmektedir (24, 90, 92, 93).

Ayrıca hastaların dini yaşamı da etkilenmekte olup, stoma sıkıntısı veya gaz nedeniyle Müslümanlar namaz ibadetlerinin bozulma endişesini yaşamaktadırlar (24).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırma Sorusu

Kolostomili hastaların, stomalı yaşamlarına uyum durumlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla yürütülen bu araştırmada aşağıdaki soruların cevapları arandı:

1. Stomalı hastaların yaşam kalitesi nasıldır?
2. Stomalı hastaların stomalı yaşama uyumları nasıldır?
3. Stomalı hastalarda stomalı yaşama uyum durumu ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?
4. Stomalı hastaların sosyo-demoğrafik özellikleri stomalı yaşama uyumunu ve yaşam kalitesini etkiler mi?

3.2.Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipine uygun hazırlandı.

Araştırma verileri 15 Kasım 2016-15 Nisan 2017 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi (GÜŞAUH) Genel Cerrahi polikliniğinde toplandı.

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma Hasan Kalyoncu Üniversitesi (HKU) Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından etik kurallar açısından uygun bulunmuş olup 08.11.2016 tarih ve 2016-13 sayılı karar ile onaylandı (EK-1,EK-2,EK-3). Etik Kurul onayı alınmasından sonra GÜŞAUH Genel Cerrahi Anabilim Dalı ve Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır (EK-4, EK-5) (GÜŞAUH kurum izin no: 6947). Öçeklerin kullanımı için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan araştırmacılardan elektronik posta yolu ile izin alınmıştır (EK-6).

Araştırma hakkında hastalara araştırmacı tarafından yazılı ve sözlü açıklama yapıldı, yazılı onamları alındı (Ek-7), araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayalı olduğu belirtildi. Katılımcılara araştırmaya katılmaları halinde istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları belirtildi.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma verileri 15 Kasım 2016 -15 Nisan 2017 tarihleri arasında genel cerrahi polikliniğinde toplanmıştır. Bu tarihler arasında kolostomi açılmasından itibaren en az iki en fazla 24 ay geçen 72 hasta araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, aşağıda örneklem ölçütlerini sağlayan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 60 hasta oluşturmuştur.

Literatüre göre stoma açılan hastalarda ilk iki aylık dönemde yaşamsal kaygılarından çok stomaya odaklandıkları, stomaya bağlı yara bakımı ve iyileşme prosedürleri ile uğraştıkları vurgulanmaktadır (94, 95). Bu nedenle araştırmanın örneklem örneklemine stoma açılmasından en az iki ay geçmiş olması ölçütü getirilmiştir.

3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

- ✓ İlk kez kolostomi açılan
- ✓ Kolostomi sonrası en az iki ay ve en fazla 24 ay geçmiş olan
- ✓ 18 yaş ve üzeri,
- ✓ Türkçe konuşup anlayan,
- ✓ En az okuma yazma bilen,
- ✓ Karar verme yeteneğini etkileyebilecek herhangi bir hastalığı olmayan (demans, psikolojik bozukluk vb.),
- ✓ Yaşam kalitesini etkileyebilecek hastalığı (diğer kanserler, kontrol altında olmayan diyabet, romatizmal hastalıklar, böbrek yetmezliği vs) olmayan
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar olarak belirlenmiştir.

3.6. Veri Toplama Gereçleri

Araştırmada veri toplama amacıyla üç form kullanılmıştır. Bu formlar aşağıda belirtilmiştir:

- ✓ Hasta Tanıtım Formu
- ✓ Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (OUÖ-23) ,
- ✓ Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği (OBYYKÖ)

3.6.1. Hasta Tanıtım Formu

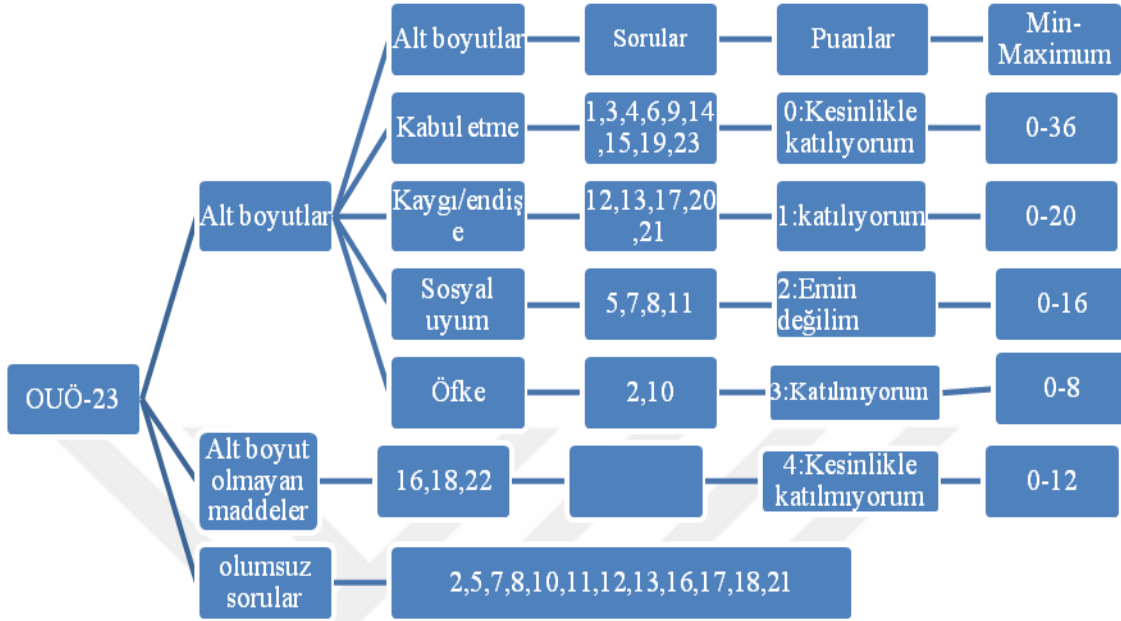
Araştırmacı tarafından literatür bilgileri (95, 96, 97, 98 ,99, 100) doğrultusunda geliştirilen iki bölümden (Sosyo-Demografik ve Hastalıklarla ilgili veriler) toplamda 29 sorudan oluşmuş veri toplama formudur.

1. Sosyo -Demografik veriler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki durumu, yaşadığı kişiler, eşinin öğrenim durumu, kronik hastalık durumu, sürekli kullandığı ilaçlar, stoma öncesi ibadet durumu, stoma sonrası ibadet durumu, stoma öncesi çalışma ve stoma sonrası çalışma durumu ile ilgili verilerden oluşmuştur.

2. Hastalıkla ilgili Veriler: Tıbbi tanısı, stoma açılma tarihi, stomanın tipi, ameliyat hakkında bilgi verilme durumu, bilginin kim tarafından verildiği, stoma bakımı hakkında bilgiyi veren kişi, bilgiyi verme zamanı, stoma bakımını veren kişi, bakıma engel olma durumu, malzemeleri temin ederken zorluk yaşama durumu, stoma açılan bölgeden rahatsızlık duyup duymadıkları ile ilgili verilerden oluşmuştur (EK-8).

3.6.2. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (OUÖ-23)

OUÖ-23, Simmons ve ark. (2009) tarafından stomalı bireylerin stomaya uyum düzeylerinin saptanması amacıyla geliştirilmiş 23 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Karadağ ve ark. (2011) tarafından gerçekleştirilmiştir. OUÖ -23; kabul etme (1, 3, 4, 6, 9, 14, 15, 19, 23. maddeler), kaygı/endişe (12, 13, 17, 20, 21. maddeler), sosyal uyum (5, 7, 8, 11. maddeler) ve öfke (2 ve 10. maddeler) başlıklarını içeren dört alt faktörden oluşmaktadır. Buna ek olarak üç madde (16, 18 ve 22) herhangi bir alt faktöre dahil edilmemiştir. Ölçekte her bir madde 5'li likert tipinde (0-4 puan; Kesinlikle katılıyorum, Katılıyorum, Emin değilim, Katılmıyorum, Kesinlikle katılmıyorum) değerlendirilmekte ve her bir maddeden alınan yüksek puan uyumun da arttığını göstermektedir (Şekil 3.1.). Ölçekteki 12 madde (2, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18 ve 21. maddeler) olumsuz ifadeler içerdiği için ters skorlanmaktadır. Karadağ ve ark. (2011) çalışmalarında Ölçeğin Cronbach α değerini 0.93 ve test- tekrar test değerlendirmesinde korelasyon değerini (r) 0.83 olarak bulduklarını, Ölçeğin stomalı bireylerin uyumlarının değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir olduğunu ifade etmişlerdir (80). Ölçeğin kullanılma izni e-posta yoluyla alındı (EK- 6).

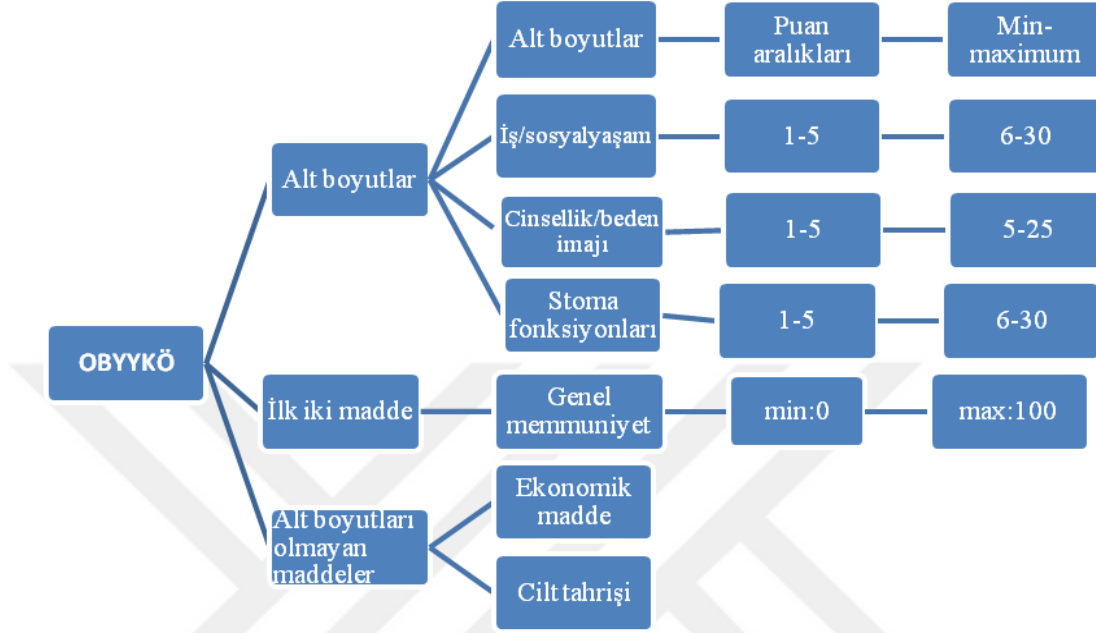


Şekil 3.1. OUÖ-23 maddeleri ve değerlendirilme şeması

3.6.3. Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği (OBYYKÖ)

Baxter ve ark. (2006) tarafından, stomalı bireylerin yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş değerlendirme ölçeğidir. İlk iki maddesi bireyin yaşamından genel memnuniyeti ile ilgilidir ve 0 ile 100 arasında puanlanmaktadır (0: tam memnuniyetsizliği, 100: tam memnuniyeti göstermektedir). Diğer maddeler üç alt boyutta gruplandırılmıştır. Bu boyutlar sırası ile iş/sosyal yaşam (6 madde), cinsellik/beden imajı (5 madde), stoma fonksiyonu (6 madde)'dur. Ölçekte ayrıca hiçbir alt boyuta girmeyen ekonomik durumla ilgili bir madde ve cilt tahrişi ile ilgili bir madde bulunmaktadır. Ölçeğin ilk iki maddesi hariç diğer maddeleri 5'li Likert tipindedir (1: asla, 2: nadiren, 3: ara sıra, 4: sık sık: ve 5: her zaman). Ölçeğin Baxter ve ark. tarafından geliştirilmiş olan sayısal puanlama sistemi bulunmaktadır. Her bir alt boyut 100 puan üzerinden (0: yaşam kalitesinin kötü, 100 yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterir) değerlendirilmektedir (Şekil 3.2.). Ölçek 2011 yılında Karadağ ve ark. tarafından Türkçeye çevrilmiş olup toplam 19 madde ve 3 alt gruptan oluşturulan Stoma yaşam kalitesi ölçeği'nin Türk toplumunda stoma (ileostomi, kolostomi veürostomi) açılan yetişkin bireyler için geçerli ve güvenilir olduğunu ortaya koymuştur. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı (Cronbach

α) 0.87 ve alt ölçeklerin güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.77, 0.72 ve 0.76 olarak bulunmuştur (101). Ölçeğin kullanılma izni e-posta yoluyla alındı (EK- 6).



Şekil 3.2. OBYKKÖ maddeler ve değerlendirme yöntemi

3.7.Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri:

Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi şehir merkezinde olup 997 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Hastanede stomaterapi ünitesi ve hemşiresi bulunmamaktadır.

Genel Cerrahi Anabilim Dalı: Klinik, yoğun bakım ve poliklinik olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Klinik 41 yataklı olup 13 hemşire ile hizmet vermektedir. Yoğun bakım dokuz yataklı olup 13 hemşire ile hizmet vermektedir. Genel cerrahi polikliniği üç poliklinik ile günde 110 hastaya hizmet vermektedir.

3.8. Araştırmanın Uygulanma Aşamaları

Araştırmaya başlamadan önce Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul izni (EK-1, EK-2, EK-3), hastane izni (EK- 4) ve Genel Cerrahi Anabilim Dalı izni (EK-5) alınmıştır. Daha sonra 15 eylül 2016 tarihinden itibaren Genel Cerrahi Anabilim Dalı polikliniğine (rutin kontroller ya da kolostomi malzemeleri raporu yenilemek için) başvuran hastalar ile görüşülmüş ve araştırmaya katılmaya davet edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan bilgilendirilmiş olurları

alınarak veri toplama formları (hastanın sosyodemoğrafik ve hastalık bilgi formu, Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (OUÖ-23) ve Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçekleri (OBYYKÖ) hastalarla yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Araştırma sürecinde hastaya verilen rutin tedavi ve hemşirelik girişimleri devam etmiş, hastaya araştırma kapsamında ilave bir girişim-bakım yapılmamıştır. Veri formlarının doldurulması her bir hasta için ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro-wilk testi ile test edilmiş, veriler normal dağılıma uymadığından ($p<0.05$) iki bağımsız grup karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ayrıca sayısal verilerin ikiden fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi ve All pairwise çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile test edilmiştir. Geçerlik ve güvenilirliğin test edilmesi amacı ile Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı (n) ve yüzde (%) değerleri verilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS Windows version24.0 paket programı kullanılmış ve $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Kolostomili hastaların, stomalı yaşamlarına uyum durumları ve yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla yürütülen ve 60 hastaya ait verilerle tamamlanan bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıdaki şekilde verilmiştir:

4.1. Hastaların Sosyo-Demoğrafik ve Stomaya İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular

4.2. Hastaların Stomalı Yaşama Uyum ve Stomalı Yaşam Kalitesi Ölçeklerinden Elde Edilen Bulgular

4.3. Karşılaştırmalı İstatistik Bulguları



4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Stomaya İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=60)

Yaş (yıl) Ortalama± Standart sapma:49.83±13.85, En az-En çok: 20-75 yıl		
Özellikler	Sayı	%
Yaş Grubu *		
20-39	17	28.3
40-59	27	45.0
60 ve üstü	16	26.7
Cinsiyet		
Erkek	33	55.0
Kadın	27	45.0
Medeni Durum		
Bekar	3	5.0
Evli	57	95.0
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	16	26.7
İlköğretim	26	43.3
Lise ve üstü	18	30.0
İş-Çalışma Durumuna Göre Kendini Tanımlama		
Aktif Çalışabilme Grubunda	26	43.3
Ev hanımı	19	31.7
Emekli+çalışmıyor	15	25.0
Kiminle Yaşıyor		
Eş	21	35.0
Eş ve çocuklar	32	54.0
Çocuklar	3	5.0
Yalnız	4	6.0

* Kolorektal kanserlerde genel popülasyon 40 yaşından sonra başlayıp, en sık görülme yaşı 60 yaş ve üstü kabul edildiğinden yaş grupları 40 yaşa kadar,60 yaşa kadar ve 60 yaş sonrası belirlendi (102).

Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=60)-DEVAM

Özellikler	Sayı	%
Eşin Eğitim Durumu (n=57)		
Okur-yazar değil	8	14.0
Okur-yazar	10	17.5
İlköğretim	27	47.4
Lise ve üstü	12	21.1
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	11	18.7
Yok	49	81.3
Kronik Hastalık Dağılımı(n=11)		
DiyabetesMellitus	3	27.3
Kalp hastalığı	1	9.1
Hipertansiyon	6	54.5
KOAH*	1	9.1
Sürekli Kullanılan İlaç		
Var	11	18.7
Yok	49	81.3
Kullanılan İlaç (n=11)		
Antihipertansif	6	54.5
Oral antidiyabetikler+ insülin	3	27.3
Antikoagülan türevi ilaçlar	1	9.1
İnhaler	1	9.1
Kolostomi Açılma Nedeni		
İltihabi barsak hastalıkları	14	23.3
Rektum kanseri	19	31.7
Kolon kanseri	27	45.0

*Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Araştırma kapsamına alınan 60 hastanın tanıtıcı özelliklerine ilişkin verilerinin dağılımı Tablo 4.1.1’de verildi. Hastaların yaş ortalaması 49.83±13.85 yıl (aralık: 20-75), %45.0’i 40-59 yaş grubunda, %55.0’i erkek, %95.0’i evli ve %43.3’ü ilköğretim mezunudur. Çalışmaya dâhil edilen hastaların iş yaşantısına katılım veya çalışma özelliğine göre kendilerini tanımlamaları istendiğinde %43.3’ü kendisini aktif çalışabilme grubunda belirtti. Hastaların yarısından fazlası (%54.0) eş ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde %47.4’ünün ilköğretim mezunu olduğu, hastaların %81.3’ünün kronik hastalığının olmadığı, kronik hastalığı olanların yarısından fazlasının

(%54.5) hipertansiyon olduğu, hastaların sürekli ilaç kullanma (%81.3) durumunun kronik hastalık dağılımına benzerlik göstermekte olup kullanılan ilaçların %54.5'ini antihipertansif ilaçların oluşturduğu tespit edildi. Hastaların yarısına yakınına (%45.0) kolon kanseri nedeni ile kolostomi açıldı.

Tablo 4.1.2. Hastaların Stoma ile İlgili Tanıtıcı Özellikleri (N=60)

Özellikler	Sayı	%
Stoma Tipi		
Geçici kolostomi	34	56.7
Kalıcı kolostomi	26	43.3
Stoma ile Yaşam Süresi		
İki ay- sekiz aya kadar	35	58.3
Sekiz ay ve sonrası	25	41.7
Stoma Bakımınızı Kim Yapıyor?		
Kendim	35	58.3
Aile üyelerimden biri	25	41.7
Stoma Bakımınızı Yapmayı Engelleyen Rahatsızlığınız Var mı?		
Evet*	5	8.3
Hayır	55	91.7
Stoma Açılması İbadetinizi Etkiledi mi?		
Evet	26	43.3
Hayır	34	56.7
Stoma Öncesi Sürekli İbadet Etme Durumu		
Evet	44	73.3
Hayır	16	26.7
Stoma Sonrası Sürekli İbadet Etme Durumu		
Evet	18	30.0
Hayır	42	70.0
Stoma Açılması Çalışma Durumunuzu Etkiledi mi?		
Evet	23	38.3
Hayır	37	61.7
Stoma Öncesi Çalışma Durumu		
Evet	34	56.7
Hayır	26	43.3
Stoma Sonrası Çalışma Durumu		
Evet	11	18.7
Hayır	49	81.3

* Görme bozukluğu ve mide bulantısı

Tablo 4.1.2’de hastaların stoma ile ilgili özelliklerine ilişkin verilerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların %56.7’sinde geçici stoma olduğu, %58.3’ünün iki-sekiz aydır stoma ile yaşadığı tespit edildi. Hastaların yarısından fazlası (%58.3) stoma bakımını kendilerinin yaptığını, %8.3’ü de stoma bakımını yapmasına engel olan bir rahatsızlığı olduğunu belirtti.

“Stoma açılması ibadetlerinizi etkiledi mi” sorusuna hastaların %43.3’ü evet –cevabı verdi. Stoma öncesi sürekli ibadetini yapan hasta oranı %73.3 iken, bu oran stoma sonrasında %30.0 olarak gerçekleşti (Tablo 4.1.2.). Hastaların stoma öncesi ve sonrası ibadet etme oranları arasındaki fark eşleştirilmiş örneklem testi (paired samples test) ile incelendiğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($z=-4.747$, $p=0.000$) (Bu bulgular tabloda gösterilmedi).

“Stoma açılması çalışma durumunuzu etkiledi mi” sorusuna hastaların %38.3’ü evet cevabı verdi. Stoma öncesi çalışan hasta oranı %56.7 iken bu oran stoma sonrasında %18.7 olarak gerçekleşti (Tablo 4.1.2.). Hastaların stoma öncesi ve sonrası çalışma durumu oranları arasındaki fark eşleştirilmiş örneklem testi (paired samples test) ile incelendiğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($z=-4.796$, $p=0.000$) (Bu bulgular tabloda gösterilmedi).

4.1.3.Hastaların Stoma Sonrası Bilgi Alma ile ilgili Özellikleri (N=60)

Özellikler	Sayı	%
Stoma Bakımı Hakkında Bilgi Veren Kişiler **		
Doktor *	60	100
Firma görevlisi *	19	31.7
Hemşire	4	6.7
Bilginin Verilme Zamanı		
Ameliyattan önce	4	6.7
Ameliyattan hemen sonra	22	36.7
Taburcu olmadan önce	34	56.7
Verilen Bilgiyi Nasıl Tanımlarsınız?		
Sadece kısa bilgi verildi	4	6.7
Ayrıntılı bilgi verildi	7	11.7
Gösterilerek anlatıldı*	49	81.7
Taburculuk Sonrası Eğitim Alma Durumu		
Evet	43	71.7
Hayır	17	28.3
Stoma Malzemelerini Temin Ederken Zorluk Çekme Durumu		
Evet	5	8.3
Hayır	55	91.7
Stomanın Yeri Konusunda Rahatsızlığınız Var mı?		
Evet***	11	18.3
Hayır	49	81.7

*Firma temsilcisi ve doktor tarafından gösterilerek anlatım yapıldığı belirtilmiştir.

** n katlanmış

*** Stoma bölgesini görememek ve torbayı boşaltamamak

Araştırma kapsamına alınan 60 hastanın stoma sonrası bilgi alma ile ilgili özelliklerine ilişkin verilerinin dağılımı Tablo 4.1.3’de verildi. Hastaların tümü (%100.0) stoma açılması konusunda doktor tarafından bilgilendirildiğini belirtirken, firma temsilcisi tarafından bilgilendirilen hasta oranı %31.7, hemşire tarafından bilgi verilen hasta oranı ise sadece %6.7 olarak bulundu. Hastaların %56.7’si stoma bilgisini taburcu olmadan önce, %6.7’si ameliyattan önce almış olup, %81.7’sine gösterilerek bilgi verildiği, hastaların çoğunun (%91.7) stoma bakım ürünlerini temin etmede sorun yaşamadıkları, %71.7’si taburculuk sonrası eğitim aldığı ve %81.7’sinin stoma yerinden rahatsızlık duymadıkları belirlendi (Tablo 4.1.3).

4.2. Hastaların Stomalı Yaşama Uyum ve Stomalı Yaşam Kalitesi Ölçeklerinden Elde Edilen Bulgular

Tablo 4.2.1. Ostomili Bireyler Uyum Ölçeği'nin Alt Boyutlarının Ortalamaları ve Cronbach Alfa Değerleri (N=60)

Ostimili Bireyler Uyum Ölçeği	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	Std*. Sapma	Cronbach alfa
Toplam Puan	23.00	66.00	47.43	10.80	0.757
Kabul Etme	3.00	28.00	16.28	5.93	0.697
Kaygı Endişe	3.00	17.00	10.46	3.74	0.657
Sosyal Uyum	4.00	16.00	9.50	2.84	0.448
Öfke	1.00	8.00	4.46	1.65	----

*Std: Standart

Çalışmada stomalı hastaların stomaya yönelik uyumlarının değerlendirilmesinde kullanılan Ostomili Bireyler Uyum Ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının ortalama ve Cronbach Alfa değerleri Tablo 4.2.1'de verildi. Tablo'ya göre Ölçek toplam puan ortalaması 47.43 ± 10.80 (aralık 23.0- 66) olup Cronbach Alfa değeri 0.757 olarak hesaplandı. Tablo'ya göre alt boyutlarından kabul etme ortalaması 16.28 ± 5.93 (aralık 3.0-28) olup Cronbach Alfa değeri 0.697, Kaygı endişe ortalaması 10.46 ± 3.74 (aralık 3.00-17) olup Cronbach Alfa değeri 0.657, Sosyal uyum ortalaması 9.50 ± 2.84 (4-16) olup Cronbach Alfa değeri 0.448 olarak hesaplandı. Ostomi bireylere yönelik uyum ölçeğinin alt boyutlarından öfke ortalaması 4.46 ± 1.65 (aralık 1.00-8) olup Cronbach Alfa değeri hesaplanamadı.

Tablo 4.2.2 Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Alt Boyutlarının ve Toplam Cronbach Alfa Değerleri (N=60)

Ostimili Bireyler Yaşam Kalitesi Ölçeği	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	Std*. Sapma	Cronbach alfa
Toplam YKÖ	15.00	84.83	53.64	15.27	0.853
İş/Sosyal Yaşam	12.50	83.33	54.44	16.59	0.769
Cinsellik/ Beden imajı	20	90	51.08	17.32	0.744
Stoma Fonksiyonu	12.50	96.83	57.50	13.45	0.611

*Std: Standart

Çalışmaya katılan kolostomili hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde kullanılan Ostomili Bireylere yönelik yaşam kalitesi Ölçeğinin toplam puan ve alt boyutlarının ortalama ve Cronbach Alfa değerleri Tablo 4.2.2'de verildi. Tablo'ya göre Ölçek toplam puan ortalaması 53.64 ± 15.27 (aralık 15-84.83) olup Cronbach Alfa değeri 0.853 olarak hesaplandı. Tabloya göre yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından iş/sosyal yaşam ortalaması 54.44 ± 16.59 (aralık 12.50-83.33) olup Cronbach Alfa değeri 0.769, alt boyutlardan cinsellik/ beden imajı ortalaması 51.08 ± 17.32 (aralık 20-90) olup Cronbach Alfa değeri 0.744 ve stoma fonksiyonunun ortalaması 57.50 ± 13.45 (12.50-96.83) olup Cronbach Alfa değeri 0.611 olarak hesaplandı.

Ostomili bireylere yönelik yaşam kalitesi ölçeğinin birinci sorusu olan “Şu anda genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyet ” sorusuna verilen cevapların ortalaması 54.33 ± 16.81 (aralık 10-100), geçen ay genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyet sorusuna verilen cevapların ortalama ise 42.88 ± 26.51 (aralık 20-100) olarak hesaplandı (Bu bulgular tabloda gösterilmedi).

Tablo 4.2.3 Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Toplam Puanı ile Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Kolerasyon (N=60)

		OBYKÖ**	İş/Sosyal	Cinsellik/	Stoma
		Toplam Puan	Yaşam	Beden imajı	Fonksiyonu
OUÖ-23*	r	0.747	0.717	0.720	0.730
Toplam Puan	p	0.000	0.000	0.000	0.000

*OUÖ-23: Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği

** Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği

r: Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 4.2.3'de yer alan ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin genel toplamı ile ostomili bireylere yönelik yaşam kalitesi ölçeğinin toplam alt boyutları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0.001$) kuvvetli ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.4. Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Toplam Puanı ile Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeğinin Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Kolerasyon (N=60)

		OUÖ-23**	Kabul	Kaygı	Sosyal	Öfke
		Toplam Puan	Etme	Endişe	Uyum	
OBYKÖ*	r	0.747	0.731	0.730	0.638	-0.393
Toplam Puan	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.002

*Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği

** Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği

r: Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 4.2.4'de yer alan ostomili bireylere yönelik yaşam kalitesi ölçeğinin genel toplamı ile ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin alt boyutlarından kabul etme, kaygı/endişe sosyal uyum arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0.001$) kuvvetli ilişki olduğu saptandı. Yaşam kalitesi ölçeği ile öfke alt boyutu arasında negatif yönde orta derecede istatistiksel olarak ileri seviyede anlamlı ilişki saptandı ($p<0.001$).

4.3. Karşılaştırmalı İstatistik Bulguları

Tablo 4.3.1. OUÖ-23 İle OBYKÖ Toplam Puanlarının Hastaların Sosyodemografik Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (N=60)

Özellikler	OUÖ-23* ort±ss®	Test	P	OBYKÖ** ort±ss®	Test	P
Yaş grubu (yıl) 20-39 (n=17) 40-59 (n=27) 60 ve üstü(n=16)	45.25±9.23 47.06±10.24 41.94±10.53	2.661 ^β	0.264	46.14±15.52 47.06±14.37 42.41±22.45	1.429 ^β	0.489
Cinsiyet E (n=33) K (n=27)	45.66±10.51 44.60±9.79	-0.386 [€]	0.699	47.82±15.29 40.76±9.30	-0.906 [€]	0.365
Medeni Durum Evli (n=57) Bekar(n=3)	45.19±10.34 45.07±5.22	-0.034 [€]	0.975	54.33±10.88 52.75±4.96	-0.136 [€]	0.892
Eğitim Durumu Okur-yazar (n=16) İlköğretim (n=26) Lise ve üstü (n=18)	48.91±9.66 45.51±9.87 41.40±10.07	5.130 ^β	0.077	55.14±15.84 45.83±15.76 43.80±12.15	3.665 ^β	0.008
İş-Çalışma Durumuna Göre Kendini Tanımlama Aktif Çalışabilme Grubunda Ev hanımı Emekli+çalışmıyor	43.81±10.46 47.83±7.82 44.14±11.97	1.734 ^β	0.420	43.79±17.52 53.96±14.12 41.11±10.94	2.012 ^β	0.018
Kiminle Yaşıyor Eş(n=21) Eş ve çocuklar(n=32) Çocuklar(n=3) Yalnız(n=4)	45.84±9.70 58.08±4.56 49.58±9.98 42.99±9.97	7.245 ^β	0.061	43.48±9.63 58.43±4.51 47.35±10.01 42.54±9.36	2.460 ^β	0.483
Eşin Öğrenim Durumu Okur-yazar değil (n=8) Okur-yazar (n=10) İlköğretim (n=27) LiseveÜstü (n=12)	44.46±14.49 47.68±8.27 45.72±9.23 42.39±11.76	1.184 ^β	0.757	42.73±13.74 53.30±8.75 48.85±8.69 40.74±10.87	4.310 ^β	0.230
Kronik Hastalık Varlığı Var(n=11) Yok(n=49)	49.37±8.77 44.24±10.25	-1.510 [€]	0.131	54.5±15.87 46.±9.85	-1.647 [€]	0.100
Sürekli ilaç kullanma durumu Evet (n=11) Hayır(n=49)	51.18±8.49 43.84±10.04	-2.160 [€]	0.031	53.66±15.31 44.7±15.52	-1.653 [€]	0.098

* Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği

** Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği

® ortalama ± standart sapma

€ Mann Whitney U testi

^βKruskal Wallis testi

OUÖ-23 ile OBYKKÖ toplam puanlarının hastaların sosyodemografik tanıtıcı özelliklerine göre karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.3.1); eğitim durumu okur- yazar olan hastaların OBYKKO puan ortalaması (55.14 ± 15.84), lise ve üstü olan hastaların puan ortalamasından (43.80 ± 12.15) yüksek olup; iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). İş- çalışma durumuna göre kendini tanımlayan ev hanımı olan hastaların OBYKKO puan ortalaması (53.96 ± 14.12), aktif çalışma grubunda olan hastaların puan ortalamalarından (43.79 ± 17.52) yüksek olup; iki ortalama arasındaki fark istatistiksel anlamlıdır ($p < 0.05$). Sürekli ilaç kullanan hastaların OUÖ-23 puan ortalaması (52.18 ± 8.49), kullanmayan hastaların puan ortalamasından (44.84 ± 10.04) yüksek olup; iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Tabloda yer alan diğer özelliklere ait grupların OUÖ-23 ve OBYKKÖ puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 4.3.2. OUÖ-23 İle OBYKÖ Toplam Puanlarının Hastaların Hastalıkları ve Stomaya Yönelik Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (N=60)

Özellikler	OUÖ-23* ort±ss [®]	Test	p	OBYKÖ** ort±ss [®]	Test	p
Stoma Sonrası İbadetin Etkilenme Durumu						
Evet(n=18)	42.52±12.15	-0.888 [€]	0.375	38.20±11.11	-1.219 [€]	0.223
Hayır(n=42)	46.32±9.04			42.63±8.80		
Stoma Öncesi Çalışma Durumu						
Evet(n=34)	41.86±9.68	-2.798 [€]	0.005	42.28±7.42	0.326 [€]	0.025
Hayır(n=26)	49.52±9.15			49.98±9.55		
Stoma Sonrası Çalışma Durumu						
Evet(n=11)	37.32±4.41	-3.325 [€]	0.001	40.55 ±24.51	-2.402 [€]	0.016
Hayır (n=49)	46.95±10.22			56.02±17.71		
Tıbbi tanı						
İltihabi bağırsak hastalığı (n=14)	45.66±8.57	2.290 ^β	0.224	41.54±8.40	0.224 ^β	2.295
Rectumkanseri(n=19)	42.70±10.91			39.05±10.40		
Kolon kanseri(n=27)	48.35±9.53			44.31±9.08		
Stoma Açılma Süresi						
İki-sekiz aya kadar(n=35)	45.97±9.96	-0.915 [€]	0.360	41.82±9.41	-0.750 [€]	0.453
Sekiz ay ve üstü(n=25)	44.08±10.45			40.57±9.67		
Stoma Tipi						
Geçici kolostomi(n=34)	43.96±10.27	-0.754 [€]	0.451	39.95±9.78	-0.940 [€]	0.347
Kalıcı kolostomi(n=26)	46.77±9.90			43.06±9.43		
Stoma Bakımınızı Kim Yapıyor?						
Kendim(n=35)	47.97±8.26	-1.642 [€]	0.101	43.87±8.05	-1.583 [€]	0.113
Aile üyelerimden biri(n=25)	43.19±10.95			39.46±10.41		
Firma Görevlileri						
Evet (n=19)	41.59±10.4	-2.634 [€]	0.008	41.77±14.27	-2.679 [€]	0.022
Hayır (n=41)	48.54±8.68			53.51±20.09		
Hemşire						
Evet(n=4)	45.69±10.10	-1.482 [€]	0.138	43.85±19.06	-1.290 [€]	0.197
Hayır(n=56)	38.09±8.49			50.64±17.34		
Bilgi Ne Zaman Verildi						
Ameliyattan önce(n=4)	49.19±9.70	5.731 ^β	0.057	55.68±19.47	6.134 ^β	0.047
Ameliyattan hemen sonra(n=22)	42.34±9.67			44.71±16.09		
Taburcu olmadan önce(n=34)	47.30±10.59			51.25±13.15		

* Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği

** Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği

[®] ortalama ± standart sapma

[€] Mann Whitney U testi

^β Kruskal Wallis testi

OUÖ-23 ile OBYKKÖ toplam puanlarının hastaların hastalıkları ve stomaya yönelik tanıtıcı özelliklerine göre karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.3.2); stoma öncesi çalışmayan hastaların OUÖ-23 puan ortalaması (49.52±9.15) ve OBYKKÖ puan ortalaması (49.98±9.55) stoma öncesi çalışan hastaların OUÖ-23 puan ortalaması (41.86±9.68) ve OBYKKÖ puan ortalamasından (42.28±7.42) yüksek olup; iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Stoma sonrası çalışmayan hastaların OUÖ-23 puan ortalaması (46.95±10.22) ve OBYKKÖ puan ortalaması (56.02±17.71), stoma sonrası çalışan hastaların OUÖ-23 puan ortalaması (37.32±4.41) , OBYKKÖ puan ortalamasından (40.55±24.51) yüksek olup; iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Stoma hakkında bilgi vermeyen Firma görevlisi OUÖ-23 puan ortalaması (48.54±8.68) ve OBYKKÖ puan ortalaması (53.51±20.09),stoma hakkında bilgi veren Firma görevlisi OUÖ-23 puan ortalaması (41.59±10.4) ve OBYKKÖ puan ortalamasından (41.77±14.27) yüksek olup; iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ameliyattan önce stoma bakımı ile ilgili bilgi alan hastaların OBYKKÖ puan ortalaması (55.68±19.47), ameliyattan hemen sonra bilgi alan hastaların OBYKKÖ puan ortalamasından (44.71±16.09) yüksek olup; iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Tabloda yer alan diğer özelliklere ait grupların OUÖ-23 ve OBYKKÖ puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.3.3. OUÖ-23 İle OBYYKÖ Toplam Puanlarının Hastaların Stomaya Yönelik Bilgi ve Eğitim Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (N=60)

Özellikler	OUÖ-23* ort±ss®	Test	P	OBYYKÖ** ort±ss®	Test	P
Bilgi Nasıl Verildi						
Sadece kısa bilgi verildi(n=4)	44.22±10.53			44.48±15.0		
Ayrıntılı bilgi verildi(n=7)	45.07±2.52	5.911 ^β	0.052	53.13±18.87	4.423 ^β	0.022
Gösterilerek anlatıldı(n=49)	57.09±4.88			55.13±17.42		
Stoma Bakımına Engel Hastalık						
Evet(n=5)	44.66±2.95	-0.294 ^ε	0.769	44.47±15.64	-1.110 ^ε	0.267
Hayır(n=55)	45.23±10.55			49.06±15.81		
Taburculuk Sonrası Eğitim Alma Durumu						
Evet(n=43)	46.15±11.69	-0.788 ^ε	0.431	48.2±14.69	-0.804 ^ε	0.421
Hayır(n=17)	44,80±9.56			45.61±16.25		
Stoma Malzemelerini Temin Ederken Zorluk Çekme Durumu						
Evet (n=5)	44.84±9.95	-1.231 ^ε	0.218	40.90±9.35	-0.457 ^ε	0.648
Hayır (n=55)	48.92±12.48			45.74±13.18		
Stoma Yerinde Rahatsızlık Hissi Var Mı?						
Evet (n=11)	44.08±8.33	-0.468 ^ε	0.640	44.24±17.51	-0.516 ^ε	0.606
Hayır(n=49)	45.43±10.54			46.81±15.48		

* Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği

** Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği

® ortalama ± standart sapma

ε Mann Whitney U testi

βKruskal Wallis testi

OUÖ-23 ile OBYYKÖ toplam puanlarının hastaların bilgi ve eğitim özelliklerine göre karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.3.3);stoma bakımı ile ilgili bilginin gösterilerek anlatılan hastaların OBYYKÖ puan ortalaması (55.13±17.42), sadece kısa bilgi verilerek anlatılan hastaların puan ortalamasından (44.48±15.0) ve ayrıntılı bilgi verilen hastaların puan ortalamasından (53.13± 18.87) yüksek olup; iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Tabloda yer alan diğer özelliklere ait grupların OUÖ-23 ve OBYYKÖ puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05)

5. TARTIŞMA

Stoma ameliyatı sonucu vücutta meydana gelen görünüş ve fonksiyon değişikliği, hastanın beden bütünlüğünün bozulmasına yol açmaktadır. Bu değişim sonucunda hastanın fiziksel ve psikolojik iyilik halinde, özellikle de beden imajında bozulma meydana gelmektedir. Stomaya uyum devamlı bir süreçtir. Bu nedenle hastanın stoma kararı verildiği andan itibaren stomalı yaşama uyum sağlaması için stomaya yönelik olarak hazırlanmaya başlanmalıdır. Bununla birlikte hastalar taburculuk sonrasında da stomalı yaşama gösterdikleri uyum ve yaşam kalitesi açısından değerlendirilmeli ve ihtiyaç duyulan doğrultuda fiziksel ve psiko-sosyal açıdan desteklenmelidir (81, 90, 94).

Bu araştırmada kolostomili hastaların, stomalı yaşamlarına uyum durumları ve yaşam kalitelerinin incelenmesi amaçlanmış olup, elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Çalışmamıza katılan stomalı hastaların yaş ortalaması $49,83 \pm 13.85$ (aralık 20-75) yıl olup; bu bulgu literatürdeki benzer çalışmalarla uyumludur (72, 103). Stomalı hastalar üzerinde yapılan araştırmalarda cinsiyet açısından farklı sonuçlar elde edildi. Araştırmamıza katılan bireylerin yarısından biraz fazlasının erkek olduğu tespit edildi. Benzer şekilde Akgül (95), Çavdar (103) ve Uzun (104) 'un çalışmalarında stomalı hastaların çoğunluğunun (sırasıyla %60.7, %62.8, %73.3) erkeklerden oluştuğunu belirtmişlerdir. Diğer yandan Tarı (97)'nin kolostomi hastaları ile yaptığı çalışmada hastaların %52.2'sini kadınların oluşturduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1).

Nugent ve ark. (89), Engel ve ark.(105), Aydın ve ark. (106) cinsiyetin, yaşanılan yerin, stoma türünün, stomanın kalıcılığının, hastaların gelir seviyesinin ve eğitim durumunun stomalı hastaların yaşam kalitelerini etkilemediğini saptamışlardır. Diğer yandan kadınların stomalı yaşama daha zor uyum gösterdikleri ve psikolojik olarak daha çok etkilendiklerini gösteren çalışmalar da mevcuttur (97, 102, 107).

Bu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun evli, ilköğretim mezunu olması, eşlerin de çoğunun ilköğretim mezunu olması (Tablo 4.1.1), içinde yaşanılan toplumun genel sosyodemografik yapısına ve yaş ortalamasına uygun olarak değerlendirilmiş, bu bulguların benzer literatür bulguları ile uyumlu olduğu görülmüştür (96, 101, 108, 109).

Çalışmamızda kolorektal kanserin %76.7 oranı ile stoma açılmasına en sık neden olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1). Bu bulgulara benzer olarak Addis (70), Candan (110) ve Alkan (111)'in yaptıkları çalışmalarda da stomanın en sık kolorektal kanser nedeniyle açıldığı tespit edilmiştir. Ülkemizde kolorektal kanserin hem kadınlar hem erkekler arasında en sık görülen kanser türlerinden olması (36) ve stoma ameliyatının kolorektal kanserin tedavisinde önemli bir yer tutması nedeniyle stomalı hastalarımızın çoğunda bu kanser türünün görülmesi beklenen bir sonuçtur. Ayrıca hastalarımızın yarısından fazlasının 40 yaşın üzerinde olduğu gerçeği, ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC)'nin 50 yaşın üzerindeki bireylerin kolorektal kanser açısından risk grubunu oluşturduğu ve bu yönde araştırmaları gerektiği ile ilgili önerisinin (112) ülkemiz için de geçerli olduğunu doğrulamaktadır.

Çalışmamızda geçici kolostomi uygulanan hasta oranı (%56.7) kalıcı kolostomi uygulanan hasta oranından (%43.3) fazladır (Tablo 4.1.1). Benzer şekilde Aktaş (96) stomalı hastalar ile yaptığı çalışmada geçici kolostomi oranını %55, kalıcı kolostomi oranını ise %45 olarak saptamıştır. Diğer yandan, Tarı (97), Herek ve ark. (113) ve Çarabatır ve ark. (114) stoma uygulanan hastalar arasında kalıcı kolostomi oranının geçici kolostomi oranından fazla olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmalardaki az da olsa farklı sonuçların örneklem özelliklerine bağlı olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte, stoma geçici veya kalıcı özelliğinden bağımsız olarak fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlara yol açmaktadır (23).

Stoma bakımı konusunda eğitim veren kaynak, eğitim zamanı ve eğitimin kime verildiği çok önemlidir. Hemşirelerin hastalar ile diğer meslek gruplarına göre daha fazla zaman geçirmeleri ve hastaya bakım hizmetinin yanı sıra her zaman kolaylıkla ulaşabileceği danışmanlık hizmeti de vermeleri nedeniyle, onların üzerinde olan etkilerini artırmaktadır (23,115). Tüzer (98) hemşireler tarafından bilgilendirilen hastaların stoma bakımı hakkında daha doğru bilgiye sahip olduklarını göstermiştir. Stoma bakımı hakkında uzmanlaşmış olan hemşirelerin eğittiği hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu ve ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonları azalttığı da gösterilmiştir (8, 110, 111).

Bu çalışmada hastaların tamamına stoma bakımı ile ilgili doktorun, %31.7' sine firma görevlilerinin, en az olarak da (%6.7) hemşirenin bilgi verdiği bulundu (Tablo 4.1.1). Bu durum hemşirenin stomalı hastanın bakımında ne kadar geri planda kaldığını, hemşirenin asli görevlerinden biri olarak kabul edilen bilgi ve eğitim verme konusunu bu konuda profesyonel eğitimi olmayan, sadece bakım ürünleri hakkında teknik bilgiye sahip olan firma yetkilisine

devrettiğini düşündürmüştür. Çalışmamızla benzer olarak Tüzer'in (98) çalışmasında hastaların %17.1'inin bilgiyi hemşirelerden, yarısına yakınının ise firma görevlilerinden aldıklarını tespit edilmiştir. Alabaz ve ark. (116)'nın yaptığı araştırmada hastaların stoma bakımı ile ilgili eğitimi %40 oranında hemşirelerden, %39 oranında firma görevlilerinden ve %15 oranında doktorlardan aldıklarını gözlemiştir. Söz konusu çalışmada (107) hemşirelerden eğitim alan hastaların oranının yüksek olmasının çalışmanın yürütüldüğü üniversite hastanesinde bu konuda eğitilmiş stoma bakım hemşirelerinin bulunmasından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür. Nitekim bizim çalışmamızda stoma hemşirelerinin olmadığı göz önüne alındığında, stoma hemşiresinin varlığının hastalara eğitim verilmesinde önemli katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Stomalı bireylerin bakımı, eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinden öncelikli olarak stoma ve yara bakım hemşireleri sorumludur. Ülkemizde bu sorumluluk Hemşirelik Yönetmeliği ve THD Hemşireler için Etik İlke ve Sorumluluklar kapsamında belirtilmiştir (117, 118). Atay (119)'ın yürüttüğü çalışmada eğitimin hemşireler tarafından verilmesinin önemi belgelenmiştir. Stoma bakım eğitimi hemşireler tarafından verilen hastaların %35'i taburcu olmadan önce torba değişimini kendisi yapabiliyor iken, eğitimi firma görevlileri tarafından verilen hastaların hiç biri taburcu olmadan önce torba değişimini yapamamıştır. Ayrıca taburculuğu takiben birinci ayda firma yetkilileri tarafından eğitim verilen hastaların ancak %20'sinin torba değişimini kendisinin yaptığı, diğer yandan hemşirelerin eğittiği grupta ise bu oranın %65 olduğu gözlenmiştir (115, 120).

Literatürde stoma bakımını kendisi yapan ve bu konuda eğitilen hastaların stomaya daha kolay uyum sağladıkları gösterilmiştir (14). Tüzer (98) doktorlardan bilgi alan hastaların stoma bakımı ile bilgi düzeylerinin en düşük olduğunu tespit etmiştir. Bu bulgunun olası açıklaması olarak yoğun çalışan cerrahların ameliyat öncesi ve sonrasında hastalara ihtiyaç duyacakları bilgileri vermek için zaman ayırmadıkları öne sürülmüştür. Cerrahların stoma bakımından ziyade, hastalara daha çok tanı ve ameliyata ilişkin bilgi verdikleri de aynı çalışmada vurgulanan bir durumdur.

Çalışmamızda hastaların %58.3'ün stoma bakımını kendileri yaptığı ve bu hastaların ostomili bireylere yönelik uyum ve Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçek puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.3.2). Aktaş'ın (96) yaptığı çalışmada %41.6 ile bu oran çalışmamızdan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, bizim çalışma sonuçlarımız ile paralel olarak stoma bakımını kendisi gerçekleştirebilen bireylerin

stomalı yaşama daha kolay uyum sağladıkları ve yaşam kalitelerinin yükseldiği gösterilmiştir (1). Benzer şekilde Mutlu (17), çalışan ve ostomi bakımı ile kendileri ilgilenen hastaların yaşam kalitelerinin olumlu etkilendiğini bildirmiştir.

Hastanın stomalı yaşam biçimine uyum göstermesi, beden imajında meydana gelen değişikliği kabullenmesi ve ameliyattan sonra bağımsız bir hayat sürdürebilmesinin, hastanede ameliyat öncesi dönemden başlayarak taburculuğa kadar geçen süre içinde aldıkları hemşirelik bakımı ve stomalı yaşam ve stomanın bakımı hakkında eğitim ile doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir (75). Eğitimi ameliyat öncesi dönemde verilen hastalarda iyileşmenin daha hızlı olduğu, ameliyat sonrası ortaya çıkan problemleri kolaylıkla aştıkları, hastaların psikososyal açıdan daha az travma yaşadıkları görülmektedir (14,121). Colwell ve ark. (122) hastaların desteklenmesine ameliyat öncesi dönemden başlanmasının stomaya uyumu artırdığını saptamışlardır. Çalışmamızda hastaların sadece %6.7 sine ameliyat öncesi dönemde stoma bakımı hakkında bilgi verilmiştir.

Çalışmamızda yapılacak olan ameliyat konusunda hastaların tamamı doktor tarafından bilgilendirilmiştir (Tablo 4.3.2). Saptadığımız verilerden doktorların neredeyse her zaman ameliyat konusunda bilgi vermelerine rağmen, hastalara ameliyat sonrası dönemde karşılaşılabilecekleri sorunlar hakkında eksik bilgi verildiği gözlenmiştir. Stoma ameliyatı planlanan hastalara yapılacak uygulama ile ilgili ayrıntılı bilgi ameliyattan önce verilmesi ve hasta taburculuğundan önce stoma ve bakımı ile ilgili bazı psikomotor becerileri kazanmış olması gerekir (123). Gürkan ve ark. (124) üç üniversite hastanesinde yürüttükleri çalışmalarında hastaların ancak %26.8'inin ameliyat öncesi dönemde stoma bakımı hakkında bilgi aldıklarını saptamışlardır. Literatürde hastanın uygulanacak işlemler konusunda bilgilendirilmesinin kendisi hakkında karar vermede söz sahibi olmasının, durumu kabullenmesini kolaylaştırdığı ve kendi açısından geleceğe umutla bakmasını sağladığı gösterilmiştir (101). Diğer yandan, stoma ile ilgili bilgi verilmeyen ve doğal olarak ameliyattan sonra iyileşeceğini düşünen hastalar stoma ile yaşamaya başladıklarında bundan olumsuz etkileneceklerdir. Örneklem grubunun çoğunluğunun (%81.7) stoma bölgesinden rahatsız olmadıkları gerçeği hastalarımızın tamamının ameliyat konusunda bilgilendirilmeleri ile açıklanabilmektedir (Tablo 4.3.3).

Psikolojik bozukluklarının azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması ve komplikasyonların önlenmesi amacıyla, stoma ameliyatı sonrası dönemde hasta ve ailesinin

stoma hemşiresi tarafından değerlendirilmesi ve takibinin yapılması Iİb kanıt düzeyinde önerilmektedir (116). Çalışmamızda hastaların %28.3'ünün taburculuk sonrası stoma bakımına ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmeti almadığı tespit edildi (Tablo 4.1.3). Tüzer'in çalışmasında (97) bu oranın %39.7 olarak saptanmış, taburculuk sonrası bilgi alan hastaların stoma bakımı ile ilgili bilgi düzeyinin almayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastalara taburculuktan sonra da eğitim ve danışmanlık desteğinin sürdürülmemesi, stoma ile ilgili bir sorun ortaya çıktığında yakınında danışacak bir sağlık personelinin olmadığı anlamına gelmektedir. Çalışmamızda taburculuk sonrası stoma bakım eğitimi alan hastaların stomaya uyum almayanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.3.3). Stoma bakım bilgisi verilme şeklinin yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır. Stoma açılmasına bağlı komplikasyonların önlenmesi ve hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla stoma bakım ürünleri uygun şekilde kullanılması gerekmektedir (23, 125). Çalışmamızda ayrıca stoma bakımı konusunda gösterilerek bilgi verilme şeklinin yaşam kalitesini artırdığı tespit edildi (Tablo 4.3.3).

Benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilememesine rağmen, taburculuk sonrası stoma bakım konusunda profesyonel destek alanlarda yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulundu (Tablo 4.3.3). Çalışmamızda taburculuk sonrası desteğin sürdürülmesinin, stomaya uyumu belirgin şekilde artırdığı gösterildi (Tablo 4.3.3). Sonuçlarımızı destekler şekilde Alkan (111), hastaneden taburcu olduktan sonra stoma bakımı ile ilgili profesyonel destek sağlanması ile bu süre içinde ortaya çıkabilecek komplikasyonların önüne geçildiğini göstermiştir. Yine Addis (70) de taburculuk sonrasında stoma bakımı konusunda sağlık desteğinin devam etmesinin problemlerin azalmasına veya ortadan kalkmasına ve yaşam kalitesinin yükselmesine katkı sağladığı göstermiştir. Çalışmamızda görüldüğü gibi, stomalı hastaların taburculuk sonrası dönemlerinde de profesyonel sağlık desteğine ihtiyaçları vardır. Ülkemizde konu ile ilgili uzmanlaşmış evde bakım hemşirelerinin yetiştirilmesi ile stomalı hastalarda ortaya çıkabilecek komplikasyonların önüne geçilebilir ve daha kaliteli bir yaşam sunulabilir.

Stoma cerrahisi geçireceğini öğrenen hastalar anksiyete, korku, beden imajı kaybı ve depresyon gibi duygu durumların içerisine girebilmektedir. Ameliyat öncesi dönemde stoma ile ilgili verilen eğitimin bu duyguları azalttığı ve hastaların yaşam kalitelerini artırdığı gösterilmiştir. Ameliyat öncesi verilen danışmanlık hizmeti hastaya ayrıca iş durumunu, finansal kaygılarını değerlendirmek için imkan vermektedir (125). Çalışmamızda istatistiksel

olarak anlamlı fark olup, ameliyat öncesi dönemde stoma bakımı hakkında bilgi verilen hastalarda yaşam kalitesi ölçek puanlarının oldukça yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.3.2). Benzer şekilde, istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen, stoma bakım bilgisi ameliyattan önce veya taburcu olmadan önce verilenlere göre, ameliyattan hemen sonrasında stomaya uyum düzeylerinin düşük olduğu görüldü (Tablo 4.3.2).

Aktaş'ın (96) stomalı hastalar ile ilgili yaptığı çalışmada psikososyal sorunlar içinden en çok kaygı, cinsel ilişkiden kaçınma, öfke, stomayı kabullenememe ve öz güvende azalma olduğu tespit edilmiştir. Stoma ameliyatı yapılan bireylerin stomalarını ilk gördükleri anda üzüntü, öfke, utanma, şaşkınlık ve korku gibi olumsuz duygular yaşadıkları gözlenmiştir (126). Bu bulgular doğrultusunda, hastalarımızda stomayı yaşamının bir parçası olarak görme derecesi ne kadar yüksek olursa, bu durumun varlığından dolayı duyacakları öfke derecesi o kadar az olacağı gerçeği ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda eğitim durumları ve yaşam kaliteleri puan ortalamaları daha yüksek bulundu (Tablo 4.3.1). Benzer şekilde Akduran (127) kolorektal hastalar ile yaptığı çalışma da eğitim durumu arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü saptamıştır. Eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin gün içerisinde sosyal aktiviteleri, ilerlemiş yaşam aktiviteleri daha fazla olduğu için kolostomi açılmasıyla birlikte önceki seviyelerine göre düşüşler daha çok olmaktadır. Eğitim seviyesi düşük olan bireylerde ise etkilenme daha az olmaktadır.

Çalışmamızda ev hanımlarının yaşam kaliteleri puan ortalamaları daha yüksek bulundu (Tablo 4.3.1). Yaşam kaliteleri istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Stomalı bireyler Ggünlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken güçlük yaşamaktadır. Çalışan bireyler iş ortamında stoma bakımına ayırdıkları zaman, sosyal faaliyetlere zaman ayıramamakta, çalışmayan bireyler ise ev ortamında herhangi bir kısıtlama olmadığı için sosyal faaliyetlere daha fazla zaman ayırabilmekte oldukları için yaşam kaliteleri ve uyumlarının artmasına neden olmaktadır.

Çalışmamızda eşi ve çocukları ile yaşayan hastalarımızın stomaya uyum ve yaşam kaliteleri daha yüksektir (Tablo 4.3.1). Bu gruptaki hastaların stomayı hayatlarını kurtaran bir olgu olarak görme durumu ise oldukça düşüktür. Stomanın hastaya hastalığını ve nüks etme olasılığını hatırlatması nedeniyle stoma varlığını olumlu açıdan kabullenmesi zor olmaktadır. Ayrıca sürekli stoma bakımı ile uğraşmak veya bakım konusunda yardım almak zorunda

olmak “hasta insan” psikolojisine bürünmesine neden olmaktadır, bu olay kendi geleceği konusunda endişelerini artırmış olabilir.

Çalışmamızda stomalı hastalarını %8.3’ü malzeme temininde zorluk çektikleri belirtmişlerdir (Tablo 4.1.3). Tarı (97), stomalı hastalar ile yaptığı çalışmada bu oranı %14.9 ile daha yüksek saptamıştır. Çalışmamızda malzeme temin etmede sıkıntı yaşayan hastalarımızın stomalı yaşama uyum ve yaşam kalitesi puan ortalamasının daha düşük olduğu gözlenmiştir(Tablo 4.3.3). Bu sonuç, malzemenin temini için harcanan enerjinin ve temin edilemediği zaman duyulan sıkıntının sosyal izolasyona katkıda bulunması ile açıklanabilir.

Yaşam kalitesi kavramı genel olarak bireyin iyilik hali ile ilgili olup yaşamın değişik alanlarında öznel bir doyum ifadesidir. Kişinin fiziksel, mental ve sosyal durumunun yanı sıra bireyin ilgili belirti ve bulguları kendisini nasıl algıladığı konusu da yaşam kalitesi kavramını etkilemektedir. Stoma ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile kişinin ihtiyaç duyduğu yönlerde (fiziksel rehabilitasyon, sosyal ve psikolojik destek) profesyonel yardım sağlanabilir. Bununla birlikte yaşam kalitesi aile, iş hayatı ve sosyo-ekonomik koşulları da içermektedir. Yaşam kalitesi ayrıca bireyin yaşamakta olduğu hayat ile yaşamayı hayal ettiği hayat arasında farklılıkların olup olmamasından, yani bireyin günlük hayatından aldığı doyum ve iyilik algısını da kapsamaktadır. Grant ve Rivera yaşam kalitesinin birçok yönü olduğunu ve yaşam kalitesinin boyutlarını fiziksel ve sosyal iyilik, psiko-sosyal uyum, inanç ve değerler olarak sınıflandırmışlardır (128, 129).

Stoma açılan hastalar hayatlarını yeni durumlarına göre düzenlemek zorunda kalmaktadır. Kişi stomanın sızıntı ve kokuya yol açacağı korkusu nedeniyle içe kapanma, kendini toplumdaki soyutlama ve kısıtlama eğilimi göstermektedir. Hastalar genelde ameliyat öncesi yaptıkları aktiviteleri ameliyat sonrası dönemde artık yapamaz hale gelmektedir. Ayrıca bu durumun aile ilişkileri üzerinde de olumsuz etkisi vardır. Engel ve ark. (105) stomalı hastaların sosyal ve aile hayatlarının bozulduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca bu hastaların iş hayatı da olumsuz etkilenmektedir. Stoma ameliyatını takiben işten ayrılma, çalışma saatlerini azaltma, iş veriminde düşme ve iş değişikliğine gitme durumları görülebilmektedir. Çalışmamızda, stoma ameliyatı öncesinde hastalarımızın %56.7’si çalışmakta iken, ameliyat sonrasında bu oranın ancak %18.7 olduğu görüldü (Tablo 4.1.2). Çalışmamızı destekler şekilde, Nugent ve ark. (86) kolostomili hastaların %8’nin, ileostomili hastaların %15’nin iş değişikliği yapmak zorunda kaldıklarını bildirmişlerdir. Yazarlar bu duruma ilaveten

hastaların %80'nin yaşam tarzında değişiklik yaptıklarını tespit etmişlerdir. Aktaş'ın çalışmasında (96) örneklem grubunda ameliyattan önce çalışma oranı %25 iken ameliyattan sonra bizim saptadığımız orana yakın bir seviyeye (%18.3) düştüğü görülmektedir. Szczepekowski (130), stoma uygulaması sonrasında erkeklerin %50'sinin, kadınların %57.6'sının çalıştıkları işi bıraktıklarını tespit etmiştir.

Stomalı hastalar, çevresi tarafından stoma torbasının ve gaz çıkışının fark edileceği ve kokunun duyulacağı endişesi ile sosyal ortamlardan kaçınmaya başlamaktadır. Dolayısıyla ev dışında zamanının çoğunu geçirdiği iş ortamından kaçınmak için işten ayrılmaktadırlar. Ayrıca kişi "hasta insan" psikolojinin de etkisi altında artık çalışamayacağını düşünebilmektedir. Bu gerekçelerle işten ayrılan hastaların beden algısı da değişmektedir. Çalışmamızda, istatistiksel olarak anlamlılık olup, stoma ameliyatı sonrası çalışmayan katılımcıların yaşam kalitesine ilişkin puan ortalamaları çalışanlara göre yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$). (Tablo 4.3.2). Benzer şekilde çalışmayan hastaların stomaya uyumları istatistiksel olarak anlamlı olup, puan ortalamaları da daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.3.2). Diğer yandan, çalışmamızda çalışıyor olma durumunun anlamlı olarak yaşam kalitesine olumsuz etkisi olduğu görüldü (Tablo 4.3.2). Ayrıca çalışmamızda stomaya uyum ve yaşam kalitesi ile pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Çalışan hastalarımızın iş gücü kaybına yol açacak komplikasyonların ortaya çıkmasının önüne geçmek için stoma bakımına daha çok dikkat ediyor olma olasılığı ile bu durum açıklanabilir. Ayrıca hastalar stoma fonksiyonlarında bir sorun olmadığı zaman sosyal aktivitelere daha rahat katılmaktadır. Çalışıyor olma ve sosyal hayatta kendine yer açma durumu hastaların kendilerine olan güvenlerinin artmasına neden olmaktadır. Çalışmamızda ostomili bireylere yönelik uyum ölçeği alt boyutlarından olan öfke ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde orta derecede istatistiksel olarak ileri seviyede anlamlı ilişki saptandı (Tablo 4.2.4). Öfke seviyesi yüksek olan bireylerde daha fazla duygu durum değişiklikleri, depresyona eğilim ve anksiyete oranlarında artış ile karşılaşılabilmektedir. Sonuçta öfke seviyesinin artışı yaşam kalitesinin azalmasına yol açtığı düşünülmektedir.

Stoma ameliyatı nedeniyle hastada beden algısında değişme, benlik saygısında azalma, cinsel işlevlerde bozulma, eş uyumu sorunları olmak üzere çeşitli psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır (131, 132). Piwonka ve Merino (82) beden imajı ile ilgili yapmış oldukları çalışmalarında, stomadan gelen sesler, koku ve kötü görüntünün yol açtığı endişelerin bedenle ilgili beğenin azalmasına neden olduğu tespit edilmiştir. Hastanın cinsel ilişki sırasında

torbadan dışkı sızıntısı ve koku olacağı korkusu cinsel aktivite sıklığında, cinsel istekte azalma gibi cinsel hayatında olumsuzluğa yol açmaktadır (120, 133). Persson ve Hellstrom (134) hastaların stoma uygulamasını takiben cinsel çekiciliklerinin azaldığını düşündüklerini gözlemlemişlerdir. Addis (70) stomalı bireylerin yaklaşık %80'inin cinsel sorunlar yaşadıklarını belirtmiştir. Ayrıca birçok partner stomaya zarar verme endişeleri nedeniyle eşlerine olumsuz yanıtlar vermektedir. Bu tepkileri eşte cinsel arzuda azalmaya neden olmaktadır. Ostomili bireylerin yaşadıkları cinsel sorunlar hastalarda psikolojik travmaya da neden olmaktadır. Diğer yandan literatürde evli olan stomalı hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (92, 134, 135, 136, 137).

Çalışmamızda rektum kanseri nedeniyle stoma açılan hastalarda yaşam kalitesi değerlendirildiğinde başka hastalıklardan dolayı stoma uygulaması geçiren hastalara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptandı (Tablo 4.3.2). Bu sonuç Tari'nin (97) çalışması ile uyumludur. Çalışmada saptamış olduğumuz bulgu rektum kanseri olan hastaların tedavi süreçlerinin daha ağır olması ve hastaların psikolojik açıdan daha fazla etkilenmelerine yol açması ile açıklanabilir. Çalışmamızda stoma ameliyatından önce ibadet edebilen hastaların oranı %73.3 iken ameliyattan sonra bu oranın %26.7'ye düştüğü görüldü (Tablo 4.1.2). Literatür ile uyumludur. Tari'nin (96) yaptığı çalışmada stomalı hastaların %46.4'ünün namaz kıldığı ve %29'unun oruç tuttuğu saptanmıştır. Araştırmacı hastaların kontrolsüz gaz çıkarma, torbanın koku yapması gibi sebeplerden dolayı ibadetlerini bıraktıklarını bildirmiştir. Stomalı bireyler ibadet şartlarını sağlamadıkları ile ilgili şüphe duymaktadır. Bu sebepten dolayı ibadet etmeyi bırakırlar, fakat bu durumla ilgili manevi huzursuzluk duymaktadırlar (113). Bu konunun yaratacağı sıkıntının önüne geçmek için hastalara ameliyat öncesinde Diyanet Kurumu'nun stoma varlığının abdest almak ve namaz kılmak için bir engel oluşturmadığı ile ilgili görüşünü bildirmek gerekir. Diyanet Kurumu ibadet sırasında torbadan gaz ya da dışkı çıkışının olumsuz bir etkisi olmadığını belirtmektedir (138).

Çalışmamızda demografik özelliklerden yaş, cinsiyet, medeni durum, eşinin öğrenim durumu, eşlik eden hastalık, ibadet etme durumunun stomalı yaşama uyum ve yaşam kalitesi üzerine bir etkisi olmadığı saptandı (Tablo 4.3.1). Benzer şekilde stomanın açılma süresi ve kalıcılığının da hastaların stomalı yaşama uyum ve yaşam kalitelerine etkileri bulunmadığı tespit edildi (Tablo 4.3.2).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Kolostomili hastalarda stomalı yaşama uyumlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre sonuçlar ve öneriler aşağıda sıralanmıştır.

6.1. SONUÇLAR

- ✓ Stoma açılması hastaların ibadet etmelerini, çalışma durumlarını etkilemiştir. Her iki değişken de stoma açılma sonrasında azalma gözlemlendi. Stoma bakımı hakkında gösterilerek obyektif yüksek olduğu saptandı. Eğitim seviyesi düşük olan hastalarda yaşam kalitesi yüksek bulundu.
- ✓ Ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin genel toplamı ile ostomili bireylere yönelik yaşam kalitesi ölçeğinin toplam alt boyutları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p < 0.001$) kuvvetli ilişki olduğu saptandı.
- ✓ Ostomili bireylere yönelik yaşam kalitesi ölçeğinin genel toplamı ile ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin alt boyutlarından kabul etme, kaygı/ endişe, sosyal uyum arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p < 0.001$) kuvvetli ilişki olduğu bulundu. Ö-23 alt boyutu öfke ile obyektif arasında negatif yönde ilişki saptandı.
- ✓ Sonuç olarak; stoma açılması hastaların ibadet ve çalışma durumlarını olumsuz etkilediği, hastaların stomalarına uyumları arttıkça yaşam kaliteleri de artmıştır.

6.2. ÖNERİLER

Kolorektal kanser cerrahisi ve stoma uygulaması hastaların fizyolojik, sosyal ve psikolojik açıdan çeşitli sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Hastalara uygulanacak tedavi ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmesi tedavi seçiminde aktif rol üstlenmelerine izin verilmesi ile stomalı yaşama uyum sağlanmalarını kolaylaştırmaktadır. Stoma ameliyatına bağlı hayatlarının değişmesi esnasında hastalar onlara rehberlik edecek profesyonel sağlık çalışanlarına ihtiyaç duymaktadırlar. Bununla birlikte, stoma bakım hemşireliği hastaların en kısa zamanda normal yaşantısına dönmelerine yardımcı olmakta ve yaşam kalitelerinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Stoma açılması sadece cerrahi işlem olarak görülmemelidir. Bu bağlamda, ameliyat öncesi dönemde başlayan, ameliyattan sonra ve taburculuk sonrasında

devam eden zorlu bir süreç olarak algılanmalıdır. Bu nedenle konusunda uzmanlaşmış olan hemşirelerin stoma hastalarına eğitim ve danışmanlık vermesi, hastaların yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyecektir.

6.3. Araştırmanın Sınırlılığı

Hastaların uyumları ve yaşam kaliteleri sadece ostomili bireylere yönelik uyum ölçeği ve ostomili bireylere yönelik yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmiştir. Araştırma sadece Gaziantep Üniversitesi bünyesindeki genel cerrahi polikliniğini kapsadığından sonuçlar örnekleme dışına genellemez. Araştırmada genel cerrahi bölümünde son iki yılda kolostomili açılan hastaların (72 hasta) tümüne ulaşılmak istenmesine rağmen, 3 kişinin gönüllü olmaması, 5 kişinin polikliniğe herhangi bir nedenden dolayı başvuru yapmaması ve 4 kişinin anket formlarını eksiksiz olarak doldurmamaları araştırmanın sınırlılıklarını oluşturduğundan 60 hastaya ulaşıldı.

7. KAYNAKLAR

1. Ayaz S. (2007). Stomalı bireylerde hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 27:86-90
2. Şelimen D. (2009). Stomalı hastaların yaşadığı sorunlar. *Antalya. XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahi Kongresi Özet Kitabı*. 150- 151.
3. Akgün EZ. ,Yoldaş T. (2012). İntestinal stomalar. *Kolon Rektum Hast Dergisi*. 22: 133-146.
4. Öncel M. (2005). *Gastrointestinal stomalar*. Çukurova Koloproktoloji & Stoma-Terapi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, 130-132.
5. Kumcağız H., Malazgirt Z., Kaya E. (2000). Stoma tipleri ve sorunları. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*. 17(4): 284-292.
6. Knowles SR. , Tribbick D., Connell WR., Castle D., Salzberg M., Kamm MA. (2014) . Exploration of health status, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in stoma patients, *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 41(6): 573-580.
7. Üstündağ H., Demir N., Zengin N., Gül A. (2007). Stomalı hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 27: 522- 527.
8. Burch J. (2005). The pre and postoperative nursing care for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*.14(6): 310-318.
9. Karadağ A. (2010). Stoma bakım hemşiresi. *Ulusal Cerrahi Dergisi*. 26(1): 52-53
10. Collett K. (2002). Practical aspects of stoma management. *Nursing Standard*;17(8): 45-55.
11. Dunn KM., Croft PR., Hackett GI. (1998). Sexual problems: A study of the prevalence and need for health care in the general population. *Family Practice*.15: 519-524.
12. Karadağ A., Alabaz Ö., Erkoçak E. (2004). *Stoma Kolon ve Rektum Anal Bölge Hastalıkları*. Alemdaroğlu K., Akçal T., Buğra D., (Ed.). Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği.309-329,
13. White GM., Gray EH. (2006). Stoma care in the school setting. *The Journal of School Nursing* . 22(2): 74-80
14. Black P.(2000). Practical stoma care. *Nursing Standard*.14(41): 47-53.

15. Dewit SC. (1992). *Keane's Essential of Medical-Surgical Nursing*. Third Edition. United State of America: B.Saunders Company . 611-627.
16. Aşkaroğlu B. (2006). Lokal ileri evre rektum kanseri tanılı olgularda tedavi sonuçları <http://www.istanbulsağlik.gov.tr/w/tez/pdf/radyasyonaonkolojisi/drbulnetaskarlıoglu.pdf>. [17.05.2017].
17. İntestinal Stomalar Genel Bilgiler ve Tarihçe <https://docplayer.biz.tr/10572589-intestinal-stomalar-genel-bilgiler-ve-tarihçe.html> [15.05.2018]
18. Hatipoğlu S. (1995). *Stomaların tarihsel gelişimi*. I. Ulusal stoma bakım hemşireliği sempozyumu. İstanbul. Özer matbaacılık.5-7
19. Alabaz Ö., Akçam T. (2010) İntestinal Stomalar. Baykan A., Zorluoğlu A., Geçim E., Terzi (Ed.), *Kolon ve Rektum Kanserler*. İstanbul: Birinci Baskı. Seçil Ofset Matbaacılık ve Ambalaj Sanayi Ltş. Şti.
20. Doughty BD. (2001). The state of ostomy care: tremendous progress, continued challenges. *Wound Ostomy and Continence Nurses Society*.28(1): 1-2.
21. Potts CM. (2005). Small price to pay, *Ostomy Quarterly*. 40(3): 42-45.
22. Colwell J., Goldberg M., Carmel J. (2001). The state of the standard diversion. *Wound Ostomy and Continence Nurses Society*. 28(1): 6-17.
23. Karadağ A., Menteş B., Ayaz S., İrkörücü O., Alabaz Ö. (2003). *Kolostomili Ve İleostomili Hastaların Bakımına Yönelik Rehber Kitap*. Ankara:Ayhan Ofset.
24. Rubin GP., Devlin HB. (1987). The quality of life with stoma. *British Journal of Hospital Medicine*. 38: 300-306.
25. Keightey MRB., Williams NS.,Tindall B. (1993). *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*, London: volum 1, W.B.Soundders Company..
26. Turnbull, GB. (2004). The Ostomy Files:What Ostomy Patients Still Don't Know 54 Years Later. *Ostomy/Wound Management*. 50 (11): 24-25.
27. Anaraki F.,Vafaie M., Behboo R., Esmailpour S., Safaee A. (2012) .*Clinical profile and post-operative life style changes in cancer and non-cancer patients with ostomy*. *Gastroenterology& Hepatology from Bed to Bench*. 5: 26-30.

28. Ertürk S. (2010). *Kolorektal kanserler. epidemiyolojide rol oynayan etkenler, tarama ve kemoprevansiyon.* Baykan A., Zorluoğlu A., Geçim E., Terzi C. (Ed.). Kolon ve Rektum Kanserleri.İstanbul: Seçil Ofset.
29. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. (2016) *Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality.* Gut;0:1–9.
30. Colorectal Cancer Facts & Figures 2017-2019. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2017-2019.pdf>. [20.06.2017]
31. Pittman J. (2011). Characteristics of the patient with an ostomy. *Journal of Wound Ostomy Continence Nurses*, 38(3): 271-279.
32. Erol F. (2011). *Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği.* (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
33. Ostomy Background Paper. <http://www.ostomyeurope.org/Presmessage/Eucomed/Ostomy%20Background%20paper%20FINAL.pdf>. [20.06.2017]
34. Kairaluoma M., Rissanene V., Kultti V., Kellokumpu I.(2002). Outcome of temporary stomas: a prospective study of temporary intestinal stomas constructed between 1989 and 1996. *Digestive Surgery*.19(1): 45-51.
35. Değertekin H., SarıY., Arslan A., Akgül Y., Büyükbayram H. (1999). Age and sex distribution of colorectal carcinoma in the southeast of Turkey. *The Turkish Journal of Gastroenterology*, 10(2) :15-19.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu (2016). Türkiye Kanser İstatistikleri 2016. http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf. [20.06.2017]
37. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M. (2013). et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11. Lyon, France: *International Agency for Research on Cancer.*
38. Vural F., Erol F. (2013). Ostomili hastalarda yaşam kalitesi nasıl yükseltilir? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 6(1): 34 - 39.

39. T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık istatistikleri yıllığı 2010, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikistatistikleriylligi2010.pdf> [10.05.2017]
40. Burch J. (2004). The management and care of people with stoma complications. *British Journal of Nursing*. 13(6):307-308
41. Alican F. (2009). Stomalar ,*Genel Cerrahi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
42. Aksoy, G., Kanan, N., Akyolcu, N. (1992). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, AÖF yayınları. Eskişehir:Etam yayıncılık A.Ş.
43. Aksoy G., Çavdar İ. (2015). Sindirim Sistemi (Gastrointestinal Sistem) Stomalarında Bakım. In: Akyolcu N, Kanan N. *Yara ve Stoma Bakımı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti, 1. Baskı.
44. American Cancer Society, Colorectal Cancer Facts & Figures 2011-2013. Atlanta, American Cancer Society
<http://www.cancer.org/research/cancerfactsfigures/colorectalcancerfactsfigures/index> [06.05.2017]
45. Gooszen AW., Geelkerken RH., Hermans J., Lagaay MB., Gooszen HG. (2000). Quality of life with a temporary stoma: ileostomy and colostomy. *Diseases of the colon and rectum*.43: 650-655.
46. Erkek A. (2009). *Stoma endikasyonları ve yapılış şekilleri*. Antalya. XII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi.
47. Alemdaroğlu K., Akçal T., Buğra D. (2004). Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları. *Türk Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi* ,2: 309-329.
48. Patrick C., Walsh MB.(2005). Cutanoz Continan Üriner Diversiyon, “*Campbell’s Üroloji*” Ankara:Güneş Kitabevi.
49. Aksoy G., Çavdar İ. (2015). Sindirim Sistemi (Gastrointestinal Sistem) Stomalarında Bakım. In: Akyolcu N, Kanan N. *Yara ve Stoma Bakımı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti, 1. Baskı.
50. American Cancer Society, Colorectal Cancer Facts & Figures 2011-2013. Atlanta, American Cancer Society
<http://www.cancer.org/research/cancerfactsfigures/colorectalcancerfactsfigures/index> [06.05.2017]

51. Karadağ A., Korkut H. (2010). Peristomal Cilt Komplikasyonları. Önleme, Tedavi ve Bakım. *Ulusal Cerrahi Dergisi* . 26(3): 175-179.
52. Duchesne JC., Wang Y., Weintraub SL. (2002). Stoma complications. Multivariate analysis. *The Amerikan Journal of Surgery* .68: 961-966.
53. Akcam AT., Alabaz Ö., Parsak CK. (2005). Ostomy complications. *Ostomi Dergisi*. 1:7-9.
54. Özaydın İ., Taşkın KA., İskender A. (2013). Stoma ile ilgili komplikasyonları retrospektif analizi. *Journal of Clinicil and Experimental Investigations*. 4(1): 63-66.
55. Karadağ A., Baykara Z., Cihan R. (2008). Kompleks bir stomanın bakımı. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*. 18(3): 138- 141.
56. Barr JE. (2004). Feature: Part 1: Assessment and management of stomal complications: A Framework for clinical decision making. *Ostomy/Wound Management* . 50(9): 50-67.
57. Shabbir J., Britton DC. (2008). *Stoma Complications: A Literature Overview*, The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. 12(10): 958-964.
58. Watson AJM., Nicol L., Donaldson S., Fraser C., Silversides A. (2013). Complications Of Stomas: Their Aetiology And Management. *British Journal of Community Nursing*. 18(3): 111-116.
59. Alabaz Ö., Parsak C.K. (2010). Kolorektal cerrahide komplikasyonlar ve önlemleri. In: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C. *Kolon ve Rektum Kanserleri*. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, 1. Baskı. İstanbul: Seçil Ofset Matbaacılık ve Ambalaj Sanayi Ltş.Şti. İstanbul.
60. Erkoç E.U., Alabaz Ö., Karadağ A. (2003). Stoma .Ed: Alemdaroğlu K., Akçal T., Buğra D., *Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları*.,S. 309-329, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, 1.Baskı, İstanbul.
61. Sohn J.Y., Moon M.S., Shin S.U., Jee H.S. (2012) Incidence and risk factors of parastomal herni. *Journal ofthe Korean Society of Coloproctology* ,28(5): 241-246.
62. Colwell J.C., Beitz J. (2007). Survey of wound, ostomy and continence (WOC) nurse clinicians on stomal and peristomal complications: A content validation study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* ,34(1):57-69.

63. Akcam A.T., Alabaz Ö., Parsak C.K.(2005). Ostomy complications. *Ostomi Dergisi* ,1: 7-9.
64. Stomaterapi Üniteleri- yoihd.org.tr
www.yoihd.org.tr/sayfa.aspx?id=117[06.05.2018]
65. Aksoy G. (1990). *Enterostomal tedavide hemşirelik yaklaşımı*, Uluslararası Cerrahi Kongresi'88, Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Konuşmaları ve Bildirileri. İstanbul: 1. Hilal Matbaacılık, 201-8,.
66. Karadağ A. (2006) *Stoma ve yara hemşirelik bakımı*. In: Victor WF, Church JM, Delaney CP. Ed. *Kolon Ve Rektum Cerrahisinde Güncel Tedavi*, Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul, 579-590.
67. Readding L.A. (2005). Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. *British Journal of Nursing* ,14(16):16-20.
68. Karadağ A. (2010). Stoma bakım hemşiresi. *Ulusal Cerrahi Dergisi*. 26(1):52-53
69. Aksoy G. (1997). *Stomalı Hastanın Bakımı*, I. Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu, Özar Matbaacılık, İstanbul.
70. Cella D.F. (1996) Quality of life:concepts and definition. *Journal of Pain-Symptom Management* ,9(3):186-192.
71. Fidaner C. (2004). *Sağlıkta Yaşam Kalitesi (SKY) Kavramı : Bir Giriş Denemesi*. I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir.
72. Simmons K.L., Smith J.A., Bobb K.A. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing* ,60: 627-635.
73. Brown H., Randle J. (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs* ,14: 74-81.
74. Metcalf C. (1999). Stoma care: empowering patients through teaching practical skills, *British Journal Of Nursing* ,8(9): 593-600.
75. Tan G., Waldman K., Bostick R. (2002) Psychosocial Issues, Sexuality And Cancer. *Sexuality and Disability*, 20(4):297-318.
76. Akyolcu N. (2004). *Kolorektal kanserlerde Hemşirelik Bakımı*, Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı, Antalya.

77. Burch J. (2005). Psychological Problems And Stomas: A Rough Guide For Community Nurses. *British Journal of Community Nursing* ,10(5): 224-227
78. Bekkers M.J.T.M, Knippenberg F.C.E, Dulmen A.M. (1997). Survival and psychological adjustment to stoma surgery and nonstoma bowel resection: A 4- year follow- up. *J Psychosomatic Res* ,42: 235-244.
79. Wade B. (1990). Colostomy patients: psychological adjustment at 10 weeks and 1 year after surgery in districts which employed stoma care nurses and districts which did not. *J Advan Nurs* ,15: 1297-1304.
80. Simmons K.L., Smith J.A., Maekawa A. (2009). Development and Psychometric Evaluation of the Ostomy Adjustment Inventory-23. *J Wound Ostomy Continence Nurs* ,36: 69-76.
81. Karadağ K, Baykara Göçmen Z, Korkut H, Çelik B. (2011). Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Ulusal Cerrahi Dergisi* ,27:206-211
82. Kılıç E., Taycan O., Belli A.K., Özmen M.(2007). The effect of permanent ostomy on body image, selfesteem, marital adjustment, and sexual functioning. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4): 1-7.
83. White C. (1998) Psychological management of stoma related concerns. *Nursing Standard*, 12(36):35-38.
84. Black P.K. (1994). Hidden problems of stoma care. *British Journal of Nursing*, 3:707-711.
85. Özyılkan Ö. (1999). *Yaşam Kalitesi Kavramı*. ESO Onkoloji Hemşireliği Kursu Programı, 5-7 Mayıs, Ankara.
86. Staniszewska S. (1998). Measuring quality of life in the evaluation of health care. *Nursing Standart*, 12 (17):36-39, January
87. Pınar R. (1995). *Diabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, Doktora Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
88. Arıcan Z. (2002). *Meme Cerrahisi Sonrası Adjuvan tedavi Almış Meme Kanserli Kadınlarda Psikoseksüel Durum ve Vücut İmajı Açısından Yaşam Kalitesi Analizi*, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İzmir.

89. Nugent K.P., Daniels P., Stewart B.S.R.N., Patankar R., Johnson C.D., M.Chir. (1999).Quality of life in stoma patients. *Dis Colon Rektum* , 42(12):1569-1574.
90. Follick M.J., Smith T.W., Turk D.C. (1984). Psychosocial adjustment following ostomy. *Health Psychology* ,3(6): 505-517
91. Black P. (2000). Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *British Journal of Nursing* ,1(12): 692-697.
92. Persson E. (2002). Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*. 29(2); 103-106.
93. Sprangers MAG., Taal BG., Aaronson NK., Velde A.(1995). Quality of life in colorectal cancer. *Dis Colon Rektum* 1995;38(4): 361-369.
94. Hunry C., Holland J. (1985).Psychosocial sequelae of ostomies in cancer patients. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* .35,170-183.
95. Akgül B. (2014). *Kolostomi ve ileostomi açılmasının bireylerin ibadetleri üzerine etkisi*. (Yükseklisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
96. Aktaş D. (2013). *Stomalı bireylerin bedenlerine yönelik kendilerinin ve eşlerinin algılarının belirlenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
97. Tarı Ö. (2011). *Abdominal stomalı hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
98. Tüzer H. (2013). *Abdominal stomalı hastaların stoma bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
99. Emek A. (2016). *Ostomili hastaların depresyon düzeyi ve yaşam kalitesinin, bakım vericilerin depresyon düzeyi ile ilişkisinin araştırılması*, (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
100. Çulha İ. (2014). *Hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda öz-bakım gücüne olan etkisinin değerlendirilmesi*, (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
101. Karadağ A, Öztürk D, Çelik B. (2011). Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Turkish Journal of Colorectal Disease*, 21:173-181.

102. Özdemir Y., Sücüllü İ., Filiz Aİ. (2009). Genç hastalarda kolorektal kanserlerin klinik ve patolojik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Kolon Rektum Hastalığı Dergisi* .19:169-171.
103. Çavdar İ. (1999). *Kolostomili hastaların kolostomilerine uyumlarında hemşirelik eğitiminin etkinliği*, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Programı, İstanbul.
104. Uzun Ö. (2004). Stomalı hastalarda özbakım ile sosyal destek arasındaki ilişki. *Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı*, sf. 179-190, Antalya.
105. Engel J., Kerr J., Schlesinger- Raab, A., EckelR., Sauer H., Hölzel D. (2003). Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. *Annals of Surgery* ,238(2), 203-13.
106. Aydın H., Kement M., Zafer F., Öncel M. (2007). Stomalı hastaların yaşam kalitelerine etkili faktörler. *Çukurova III Kolo- Proktoloji & Stoma –Terapi Sempozyumu Kongre Kitabı*, 109, Adana.
107. Sprangers M.A.G., Groenvold M., Arraras J. (1996). et al On behalf of the EORTC study group on quality of life. The EORTC breast cancer specific quality of life questionnaire (QLQ-BR23): the first results from a three-country field study. *Journal Clinical Oncology* .14: 2756-2768.
108. Baxter N., Jacobson T., Maidl L., Young-Fadok, T.M.(2006). A stoma quality of life scale. *Disease Colon Rectum* .205-212.
109. Turnbull G.B. (2005). The ostomy files: Psychological adjustment after ostomy surgery: What do we know?. *Ostomy/Wound Management* ,51(4): 12-14
110. Candan D. (1993). *Kolostomi ve ileostomi deneyimleyen hastaların hasta- hemşire etkileşiminin belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul
111. Alkan K. (1997). *Stomalı hastaya evde verilen eğitimin stoma bakımına, beslenmeye ve komplikasyonlara etkisinin incelenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
112. CDC
https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/whatcdc_is_doing[06.05.2017]

113. Herek Y., Akbaş M., Taylan S., Alabaz Ö. (2003). Stomannın ibadet üzerine etkisi. *Ostomi Dergisi* ,1: 22- 24.
114. Çarabatır N., Durukan G., Özcan N.G., Özomay G. (2009). Kolostomili hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesi. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* , 2-22
115. Pittman J., Rawl SM., Schmidt CM., Grant M., KoC Y., Wendel C., & Krouse RS. (2008). Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with and ostomy. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing* ,35(5): 493-503
116. Alabaz Ö., Öztunç G., Herek Y., Taylan S. (2003). Stomalı bireylerin ürünlere ilişkin yaşadıkları sorunlar ile stoma bakımına ilişkin bilgi gereksinimleri, *Ostomi Dergisi*,1: 13-17
117. Hemşirelik Yönetmeliği.
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspix?MevzuatKod=7.5.13830&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hem%C5%9Firelik%20y> . [06.05.2017
118. Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar. Türk Hemşireler Derneği, 2009.
<http://turkhemsirelerdernegi.org.tr/files/tr/thd/meslegi-etigi/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar/hemsire%20brostur.pdf>[20.06.2017]
119. Atay M. (1999). *Stoma bakım eğitimi alan ve almayan hemşirelerin izlediği hastaların ameliyattan sonra yaşama uyum durumlarının karşılaştırılması*, (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
120. Junkin, J., Beitz, J.M., Colwell, J.C. (2005). *Sexuality and the person with a stoma: İmplication for comprehensive Wound Ostomy Continence nursing practice* 32(2):121-128.
121. Hasta Hakları Yönetmeliği. <http://www.getatportal.saglik.gov.tr/TR,8468/hastahaklari-yonetmeligi.html> [10.01.2018]
122. Colwell J., Goldberg M., Carmel J. (2001). The state of the standard diversion, *Wound Ostomy and Continence Nurses Society* ,28(1): 6-17.
123. Metcalf C. (1999). Stoma care: empowering patients through teaching practical skills, *British Journal Of Nursing* ,8(9): 593-600

124. Gürkan A., Aslan F., Akgün M., Şelimen D. (1999). *İstanbul'da yaşayan kolostomili bireylerin taburculuk sonrası evde karşılaştıkları sorunları saptamaya yönelik retrospektif bir çalışma*. Hemşirelik Forumu ,2(5): 233-240
125. Karadağ A. (2003). Dünya enterostomal terapistler konseyi (World Council of Enterostomal Therapists- WCET) ve enterostomal terapi (ET) hemşiresi, *Ostomi Dergisi* .1: 18-21.
126. Skingley S. (2004). Changing practice: the role of the community stoma nurse, *British Journal Of Nursing* ,13(2): 79-86.
127. Beser N., Öz F. (2003). Kemoterapi alan lenfomali hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* ,7-1.
128. Akduran F. (2015). *Kolorektal kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*, (Doktora Tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
129. Fang FM., Chiu HC., Kuo WR. (2002). Health-related quality of life for nasopharyngeal carcinoma patients with cancer-free survival after treatment. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics* ,53:959-968
130. Szczepekowski M. (2002). Do we still need a permanent colostomy in XXI-st century? *Acta Chirurgica Iugoslavica* ,49:45-55.
131. Karadağ A., Menteş B., Üner A., İrkörücü O., Ayaz S., Özkan S. (2003). Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *Journal of Colorectal Disease*, 18, 234-238.
132. Ross L., Abild-Nielsen, AG., Thomsen B. L., Karlsen RV., Boesen EH., & Johansen C.(2007). Quality of life danish colorectal cancer patients with and without a stoma. *Support Care Cancer* ,15: 505-513.
133. Weerakoon P. (2001). Sexuality and the patient with a stoma. *Sexuality and Disability* 19(2) :121-129.
134. Persson E. (2002). Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 29(2); 103-106.

135. Sprunk E. (2000). The Impact of an Ostomy on Sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing* ,4(2):85-88.
136. Özdemir S., Uludağ F., Bakır S. (2007). Kliniklerimizde barsak stoması açılan bireylerin psikolojik durumlarının değerlendirilmesi. *III. KoloProktoloji & Stoma-Terapi Sempozyumu Kongre Kitabı*, sf.106-107, Adana.
137. Baldwin C.M., Grant M., Wendel C., Rwal S., Schmidt C.M., KoC., Krouse R.S.(2008). Influence of intestinal stoma on spiritual quality of life of U.S. veterans. *Journal of Holistic Nursing*, 35(5), 493-503
138. Akıl Y., Alabaz Ö., Baykara Z., Harputlu D., Karadağ A. ve Korkat H. (2009). Kolostomi ile yaşam. www.yoihd.org.tr/userfiles/formlar/kolostomi_ile_yasam.pdf. [20.03.2018].

8.EKLER

EK-1

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar no : 2016/027

Karar tarihi : 08.11.2016

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu 08.11.2016 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1- Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi 154101086 numaralı **Kayhan AVSEREN**'in kayıt dondurma formu incelenmiş ve mazeretine istinaden Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının uygun görüşü alınarak, 2016 – 2017 “Güz” yarıyılında izinli sayılmasına,

2- Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi 154115006 numaralı **Sezer AVCI** 02.11.2016 tarihinde yapılan Doktora Yeterlik yazılı ve sözlü sınavında başarılı olmuştur. Adı geçen öğrencinin Anabilim Dalının önerisi ile Tez İzleme Komitesinin oluşturulmasına;

3- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154101049 Sibel CANBAL	0 – 1 yaş grubu bebeği olan annelerin ani bebek ölüm sendromu risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi
154101025 Nurten ÖZÇALKAP	Farklı yaş grubundaki gebelerin gebelik ve anneliğe uyumlarının karşılaştırılması
154101006 Mehmet Eren GÖKÇEN	Cerrahi hemşireliği alanında yüksek lisans tez çalışmasını tamamlayan bireylerin tez çalışması sırasında karşılaştıkları güçlüklerin belirlenmesi
154101032 Mustafa ŞAHİN	Cerrahi yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin belirlenmesi
154101052 Fatih DOĞAN	Pediyatri kliniğinde çocuğu tedavi gören ebeveynlerin çocuklarının hastalıkları ile ilgili internet kullanım durumlarının belirlenmesi
154101026 Mehmet AHRAZ	Koroner anjiyografi sonrası koroner arter bypass greft cerrahisi önerilen hastalarda hemşirenin eğitici hasta danışmanlığı rolünün hastanın anksiyete ve cerrahi kararına etkisi
154101046 Fazilet İSLAMTÜRK	Kolostomili hastaların stomalı yaşama uyumlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesi
154101047 Esra KÖK	Gastrointestinal onkolojik cerrahi geçiren hastalarda spiritualite ve yaşam kalitesinin belirlenmesi

4- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154102011 Begümhan TURHAN	Fizyoterapistlik mesleğine yönelik tutum ölçeğinin geliştirilmesi

an

an

(2016/027 Sayı ve 08.11.2016 Tarihli Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı 2. Savfasıdır.)

5- Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154103003 Bedriye AYATA	Gaziantep Nizip ilçesinde yaşayan obez ve insülin direnci olan kadınlarda ağırlık kaybının insülin direncine etkisi
154103014 Elif Ezgi SAĞLAM	Gaziantep ilinde yaşayan farklı sosyoekonomik düzeydeki yetişkin kadınların beslenme durumunun sağlıklı yeme indeksi ile değerlendirilmesi
154103025 Almila KUYUCU	Bariatrik cerrahi uygulanmış hastalarının ameliyat sonrası altı ay ve üzeri sürede vücut ağırlığı kaybının, besin tüketim durumunun ve bazı biyokimyasal bulgularının belirlenmesi
154103026 Ceren DİNÇER	İlköğretim öğrencilerinin beslenme durumunu ve içecek tercihini etkileyen etmenlerin incelenmesi
154103016 Ufuk Ayşe KEPKEP	Anne ile yenidoğan bebeğin serum D vitamini düzeylerinin ve etkileşimlerinin belirlenmesi
154103017 Merve ELHATUSARU	Özel bir okul yemekhanesinde oluşan besin artık miktarlarının ve maliyetinin saptanması

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Ayla YAVA
Başkan
(Enstitü Müdürü)

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye
(Enstitü Müdür Yardımcısı)



Aylin Filiz
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sekreteri

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

ASLI GİRİNİP

Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)

09.11.2016

Sayın Fazilet İSLAMTÜRK

"Kolostomili Hastaların Stomali Yaşama Uyumlarının ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi" konulu çalışmanız 09.11.2016 tarih ve 2016-13 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARARI**

Karar No : 2016/13
Karar Tarihi : 09.11.2016

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Murat ERTEN'in "*...Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının El Yıkama Durumlarının Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Mehmet AHRAZ'ın "*... Koroner Anjiyografi Sonrası Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Önerilen Hastalarda Hemşirenin Eğitici Hasta Danışmanlığı Rolünün Hastanın Anksiyete ve Cerrahi Kararına Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,

İbrahim KÜÇÜKCAN'ın "*...Telli, Vurmali ve Yaylı Ensturman Kullanan Müzisyenlerde Palmar Deri Rezistansının El Becerisi ve İnce Motor Kavrama Üzerine Etkisinin Araştırılması ...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Fazilet İSLAMTÜRK'ün "*...Kolostomili Hastaların Stomalı Yaşama Uyumlarının ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Bedriye AYATA MARANGOZ'un "*...Gaziantep Nizip İlçesinde Yaşayan Obez ve İnsülin Direnci Olan Kadınlarda Ağırılık Kaybının İnsülin Direncine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Esra KÖK'ün "*...Gastrointestinal Onkolojik Cerrahi Geçiren Hastalarda Spiritualite ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Elif Ezgi SAĞLAM'ın "*...Gaziantep İlinde Yaşayan Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki Yetişkin Kadınların Beslenme Durumunun Sağlıklı Yeme İndeksi ile Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Almila KUYUCU'nun "*... Bariatrik Cerrahi Uygulanmış Hastalarının Ameliyat Sonrası Altı Ay ve Üzeri Sürede Vücut Ağırlığı Kaybının, Besin Tüketim Durumunun ve Bazı Biyokimyasal Bulgularının Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Fatih DOĞAN'ın "*...Pediatri Kliniğinde Çocuğu Tedavi Gören Ebeveynlerin Çocuklarının Hastalıkları ile İlgili İnternet Kullanım Durumlarının Belirlenmesi...*" konulu çalışmanın yürütülmesinin,

Mustafa ŞAHİN'in "*... Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörlerin Belirlenmesi...*" konulu çalışmanın yürütülmesinin,

Suzan HAVLIOĞLU'nun "...Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne Gelen Gebelerin Sağlık Okur Yazarlığı ve Doğum Öncesi Bakıma Yönelik Gereksinimlerinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Mehmet Eren GÖKÇEN'in "...Cerrahi Hemşireliği Alanında Yüksek Lisans Tez Çalışmasını Tamamlayan Bireylerin Tez Çalışması Sırasında Karşılaştıkları Güçlüklerin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Öğr. Gör. Begümhan TURHAN'ın "...Fizyoterapistlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Hakan POLAT'ın "...Fibromiyalji Hastalarında Skapular Stabilizasyon Egzersiz Eğitiminin Postür ve Ağrı Üzerindeki Etkisi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Nurten ÖZÇALKAP'ın "...Farklı Yaş Grubundaki Gebelerin, Gebelik ve Anneliğe Uygunlarının Karşılaştırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Sibel CANBAL'ın "...0-1 Yaş Grubu Bebeği Olan Annelerin Ani Bebek Ölümü Sendromu Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Ceren DİNÇER'in "...İlköğretim Öğrencilerinin Beslenme Durumunu ve İçecek Tercihini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Bircan UÇAN'ın "...Suatlı Hokeyi Yapan Sporcuların Fiziksel Performans Düzeylerinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Ufuk Ayşe KEPKEP'in "...Anne İle Yeni Doğan Bebeğin Serum D Vitamini Düzeylerinin Belirlenmesi ve Etkileşimlerinin İrdelenmesi..." konulu çalışmasının reddinin,

Uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Başkan

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Üye

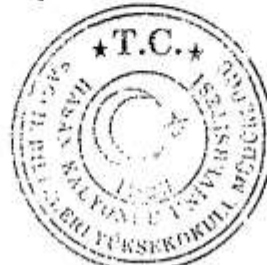
Prof. Dr. Yavuz YAKUT
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Prof. Dr. Ayşe YAVVA
Üye

Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye



Evrak Tarih ve Sayısı: 18/11/2016 E.4565



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliği

Sayı :91786782/806.01.03/E.4565
Konu :Fazilet İSLAMTÜRK'ün tez çalışması.

18/11/2016

SAYIN FAZİLET İSLAMTÜRK

İlgi :15/11/2016 tarihli, 0 sayılı ve "Fazilet İSLAMTÜRK'ün tez çalışması." konulu yazı

İlgi dilekçenize istinaden, "kolostomili hastaların stomalı yaşama uyumlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesi konulu tezinizi Hastanemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalı poliklinik ve kliniğinde uygulamanız uygun mütalaa edilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Doç.Dr.Suat ZENGİN
Başhekim

18/11/2016 Başhekim

: S.ZENGİN





T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Genel Cerrahi Anabilim Dalı



Sayı :78802056 /044/13207
Konu :Fazilet İSLAMTÜRK'ün tez çalışması

18/11/2016

ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi :18/11/2016 tarihli, 12515 sayılı ve "Fazilet İSLAMTÜRK'ün tez çalışması" konulu yazı

İlgi yazıda bahsi geçen tezin Genel Cerrahi Anabilim Dalımız da uygulanmasında bir sakınca görülmemiştir. Gereği için bilgilerinize sunulur.

Prof.Dr. Mehmet Avni GÖKALP
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı

ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

fazilet
islamturk

1.11.2016

ben Hasan Kalyoncu Yüksek lisans öğrencisiyim.Prof.Dr.Ayla Yavanın öğrencisiyi...

postmaster@hotmail.com

1.1
1.2
016

Alıcı: bana

İngilizce
Türkçe

İletiyi çevir

İngilizce için kapat

This is an automatically generated Delivery Status Notification.

Delivery to the following recipients failed.

deniz_genc@hotmail.com

Final-Recipient: rfc822:deniz_genc@hotmail.com

Action: failed

Status: 5.5.0

Diagnostic-Code: smtp;550 Requested action not taken: mailbox unavailable (-764757782:4278:0)

----- Yönlendirilmiş ileti -----

From: fazilet islamturk <f.islamturk@gmail.com>

To: deniz_genc@hotmail.com

Cc: "Ayşe Karadağ" <akaradag@ku.edu.tr>

Bcc:

Date: Tue, 1 Nov 2016 12:29:21 +0300

Subject: iyi günler hocam,

ben Hasan Kalyoncu Yüksek lisans öğrencisiyim.Prof.Dr.Ayla Yavanın öğrencisiyim.tez konum için ostomi uyum ölçeği ile ostomili bireylere yönelik yaşam kalitesi ölçeğini kullanmak istiyoruz.izin vermeniz dileğiyle.

Ayşe Karadağ <akaradag@ku.edu.tr>

1.1
1.2
016

Alıcı: bana

Sayın İslamtürk,
Ölçeği kullanmanız uygundur.
Çalışmalarınızda başarılar dilerim.
Prof. Dr. Ayşe Karadağ

On Tuesday, November 1, 2016, fazilet islamturk <f.islamturk@gmail.com> wrote:

KOLOSTOMİLİ HASTALARIN STOMALI YAŞAMA UYUMLARININ VE YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

SAYIN KATILIMCI;

Bu araştırma, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hemşireliği Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen bir araştırmadır. Kolostomili hastaların stomalı yaşama uyumlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesini amaçladık. Araştırmamızda Anket formu ve ölçeklerinin doldurulma süresi yaklaşık 20 dakikadır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Cevaplarınız gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacına yönelik olarak kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

HASTA TANITIM FORMU

1.BÖLÜM SOSYODEMOĞRAFİK ÖZELLİKLER

Anket no:

Görüşme tarihi:

Hastanın Adı ve Soyadı:

1.Doğum tarihi:..../..../....

2.Cinsiyet:

1. Erkek() 2. Kadın()

3. Medeni Durumu:

1. Bekar() 2. Evli ()

4. Eğitim durumu:

1. Okur-yazar() 2. İlköğretim () 3. Lise ()

5. Lisans () 6. Lisans üstü()

5.Mesleğiniz:

1. Memur() 2. İşçi () 3. Emekli ()

4. Ev Hanımı () 5. Diğer()

6.Kiminle yaşıyorsunuz:

1. Eşi() 2. Eşi ve çocukları() 4. Çocukları ()
5. Yalnız () 6. Diğer()

7.Eşinizin öğrenim durumu:

1. Okur-yazar değil () 2. Okur-yazar() 3. İlköğretim ()
3. Lise () 5. Lisans () 6. Lisans üstü()

8.Aşağıdaki hastalıklardan hangileri mevcuttur?

1. Hiçbiri() 2. Şeker hastalığı(diabet) () 3.Kalp hastalığı ()
4.Hipertansiyon ()

- 5.Koah-Akciğer hastalığı 6.Böbrek yetmezliği 7.Diğerleri ()

9.Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?

- 1.Evet.() 2.Hayır()

10.cevabınız evet ise açıklayınız.....

11.Stomadan önce ibadetlerinizi rahatlıkla yerine getirebiliyor musunuz?

- 1.Evet.() 2.Hayır()

12. Stomadan sonra ibadetlerinizi rahatlıkla yerine getirebiliyor musunuz?

- 1.Evet.() 2.Hayır()

13.Stomadan önce çalışma durumu

- 1.Evet.() 2.Hayır()

14.Stomadan sonra çalışma durumu

- 1.Evet.() 2.Hayır()

2. BÖLÜM HASTALIKLARLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

15.Tıbbi tanısı:

16.Stoma açılma tarihi:

17.Stomanızın tipi:

1.Geçici kolostomi() 2.Kalıcı kolostomi ()

18.Ameliyat konusunda size bilgi verildi mi?

1.Evet.() 2.Hayır()

19.cevabınız evet ise size bu bilgiyi kim verdi?

1.Doktor() 2.Hemşire() 3.Diğer()

20.Size stoma bakımı ile ilgili bilgi verildi mi?

1.Evet.() 2.Hayır()

21.cevabınız evet ise size bilgiyi kim verdi?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz?)

1.Doktor() 2.Hemşire() 3.Firma görevlileri() 4.Diğer(açıklayınız).....

22.Bu bilgi size ne zaman verildi?

1.ameliyat öncesi dönemde () 2.ameliyattan hemen sonra ()
3.taburcu olmadan önce () 4.kontrole gittiğimde ()

23.Size bu bilgi nasıl verildi?

1.sadece kısa bilgi verildi () 2.ayrıntılı bilgi verildi ()
3.gösterilerek anlatıldı () 4.kitapçık verildi ()

24.Stoma bakımınızı kim yapıyor?

1.kendim 2.aile üyelerinden birisi(belirtiniz).....
3.diğer(belirtiniz).....

25. Stoma bakımınızı yapmanızı engelleyen herhangi bir rahatsızlığınız var mı?

1.Evet.() 2.Hayır()

26.Cevabınız evet ise açıklayınız.....

27.Malzemelerinizi temin ederken zorluk çekiyormusunuz?

1.Evet.() 2.Hayır()

28.Taburcu olduktan sonra stoma bakımı konusunda eğitim aldınız mı?

1.Evet.() 2.Hayır()

29.Stomanın yeri konusunda rahatsızlığınız var mı?

1.Evet.() 2.Hayır()

OSTOMİLİ BİREYLERE YÖNELİK UYUM ÖLÇEĞİ

EK-7

Sayın katılımcı,

Aşağıdaki ifadeler stomanızla ilgili duygularınızı ortaya koymanız için düzenlenmiştir. Her bir ifadeyi okuduktan sonra sizin durumunuzu tanımlayan seçeneğin altındaki kutucuğa (X) işareti koyunuz. Lütfen hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Emin değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Stoma açılması ile iyileştigimi hissediyorum.					
2. Stomayı görmekten ve ona dokunmaktan hoşlanmıyorum.					
3.Stomalı olmama rağmen anlamlı bir hayatım var.					
4.Stoma ameliyatı olmadan önceki kadar yemek ve içmekten zevk alıyorum.					
5.Stoma banyo ve duş almamı engelliyor.					
6.Stomaya ilişkin herhangi bir kaygı duymadan uyuyorum.					
7.Stoma nedeniyle hayatım kontrolümde değilmiş gibi hissediyorum.					
8.Stoma açıldığından beri sosyal aktivitelere katılmaya isteksizim					
9.Stomayı vücudumun bir parçası olarak görüyorum.					
10.Stomaya sahip olmanın şokunu atlatamadım.					
11.Stoma nedeniyle aktivitelerimi sınırladım.					
12.Stoma nedeniyle her zaman hasta bir birey olacağımı hissediyorum.					
13.Stomanın sızdırılabileceği, kokabileceği ve ses çıkarabileceğini sürekli düşünüyorum.					
14.Stoma nedeniyle meydana gelen değişiklikleri kabul ettim.					
15.Bana yeni bir yaşam olanağı verdiği için stomaya minnettarım.					
16.Stomaya bakım yapmak zordur.					
17.Stomadan dolayı seksüel açıdan daha az çekici olduğumu düşünüyorum.					
18.Bir stomaya sahip olmak beni öfkendiriyor.					
19.Stomaya rağmen bana bir yaşam başlandığını düşünüyorum.					
20.Gelecekte stoma bakımını yapabileceğim.					
21.Stoma hakkında her zaman kaygılıyım.					
22.Stoma ile yaşamımı tehdit eden bir durumdan kurtulduğumu düşünüyorum.					
23.stomam olmasına rağmen değişik aktivitelere katılabilirim.					

OSTOMİLİ BİREYLERE YÖNELİK YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Bölüm

1.Şu anda genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyeti aşağıdaki çizgi üzerinde 0 – 100 arasında derecelendirip bir puanı daire içine alarak işaretleyiniz.

0 tamamen memnuniyetsizliği, 100 tamamen memnuniyeti göstermektedir.
0 ___10___ 20___ 30___ 40___ 50___ 60___ 70___ 80___ 90___ 100

2. Geçen ay genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyeti aşağıdaki çizgi üzerinde 0 – 100 arasında derecelendirip bir puanı daire içine alarak işaretleyiniz.

0 tamamen memnuniyetsizliği, 100 tamamen memnuniyeti göstermektedir.
0 ___10___ 20___ 30___ 40___ 50___ 60___ 70___ 80___ 90___ 100

Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

	Asla 1	Nadiren 2	Ara sıra 3	Sık sık 4	Herzaman 5
3. Zevk aldığım hobilere katılabiliyorum					
4. Arkadaşlarımla dışarı çıkabiliyorum					
5. Stomam okula devam etmeme veya çalışmama engel oluyor					
6. Stomam yüzünden seyahat etmek konusunda endişem oluyor					
7. Cinsel aktiviteden zevk alıyorum					
8. Kendimi çekici hissediyorum					
9. Cinsel partnerim (eş/arkadaş) stomamdan sıkıntı duyuyor					
10. Başkalarının stomamı öğrenmesi beni rahatsız ediyor					
11. Torbamı boşaltmaya ihtiyaç duyduğum zaman gizliliğimin sağlandığı bir alanın olmamasından endişe duyuyorum					
12. Elbiselerimin içinde kendimi rahat hissediyorum					
13. Yediğim yiyeceklerden memnunum					
14. Koku problemim var					
15. Bir arkadaşım ya da aile üyelerinden biriyle stomam hakkındaki duygularımı ve endişelerimi paylaşabiliyorum					
16. Gaz çıkışından utaniyorum (sesli gaz çıkışı ya da torbanın hızlı doluşu)					
17. Stoma malzemesinden sızıntı olacağından endişe duyuyorum					
18. Sosyal ortamlar sıkıntı duymama sebep oluyor					
19. Ameliyattan önce yaptığım ev işlerini ve aile görevlerini yerine getirebiliyorum					

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, kolostomili hastaların stomalı yaşama uyumlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmada size bazı sorular sorulacak ve en doğru şekliyle cevaplandırmanız istenecektir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve size ek bir maliyet getirmeyecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. İstemediğiniz taktirde size ait veriler çalışma amaçlı kullanılmayacaktır.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI İNTİHAL RAPORU FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tarih: 07/06/2018

Tez Başlığı / Konusu: **KOLOSTOMİLİ HASTALARIN STOMALI YAŞAMA UYUMLARININ VE YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ**

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 54 sayfalık kısmına ilişkin, 06/06/2018 tarihinde Enstitü Sekreterliği tarafından **TURNİTİN** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil % 7 'dir. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

.....
.....

Hasan Kalyoncu Üniversitesi **TURNİTİN** adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Adı Soyadı: **Fazilet İslamtürk**
Öğrenci No: **154101046**
Anabilim Dalı: **Hemşirelik**
Programı: **Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans**
Statüsü: Y.Lisans Doktora

Tarih ve İmza

07.06.2018

[Handwritten Signature]

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

[Handwritten Signature]
(Ünvan, Ad Soyad, İmza)

Fazilet İSLAMTÜRK

ORIJINALLIK RAPORU

% **7**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **4**

İNTERNET
KAYNAKLARI

% **4**

YAYINLAR

% **3**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

Submitted to Dokuz Eylul Universitesi

Öğrenci Ödevi

% **1**

2

www.ulusalcerahidergisi.org

İnternet Kaynağı

% **1**

3

Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

% **1**

4

Submitted to Gaziantep Aniversitesi

Öğrenci Ödevi

% **1**

5

**VURAL, Fatma and EROL, Figen. "Wang,
Weintraub, Boyle ve Hunt, 2002; Park ve ark",
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik
Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2013.**

Yayın

% **1**

6

Submitted to Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% **1**

7

www.phdernegi.org

İnternet Kaynağı

<% **1**

8

www.procredit-holding.com

İnternet Kaynağı

<% 1

9

angora.baskent.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

10

GÜROL, Ayşe and BİNİCİ, Yıldız. "Günübirlik cerrahi geçirecek çocukların annelerinin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi", Logos Yayıncılık, 2017.

Yayın

<% 1

11

TELLİ, Ayberk Asena and ÖZKAN, Hava. "3-6 yaş grubu çocuğu olan babaların babalık rolü algısı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi", Logos Yayıncılık, 2016.

Yayın

<% 1

12

istanbulsaglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

13

acikerisim.deu.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

14

EROL, Figen and VURAL, Fatma. "Umut merkezi ostomi yaşam kalitesi ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği", Sade Ajans, 2012.

Yayın

<% 1

15

dergipark.ulakbim.gov.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

16

halksagligiokulu.org

İnternet Kaynağı

<% 1

17

Submitted to Istanbul Gelisim University

Öğrenci Ödevi

<% 1

18

Gizem ŞAHİN, Hülya YILMAZ. "Assessment of Breastfeeding and Introducing to Complementary Feeding Status in Children and Adolescents with Celiac Disease", *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 2017

Yayın

<% 1

19

KARAVELİ, Selda, ÖZBAYIR, Türkan and KARACABAY, Kevser. "Kolorektal kanser ameliyatı geçiren hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları deneyimlerin incelenmesi", Atatürk Üniversitesi, 2014.

Yayın

<% 1

20

www.journalagent.com

İnternet Kaynağı

<% 1

21

ÖZAYDIN, İsmet, TAŞKIN, Ali Kemal and İSKENDER, Abdulkadir. "Stoma ile ilgili komplikasyonların retrospektif analizi", *Medisan Yayınevi*, 2013.

Yayın

<% 1

22

Serap SAYAR, Fatma VURAL. "Nursing Care According to Roy Adaptation Model in a Patient

<% 1

with a Colostomy Opened Due to Rectum
Cancer: Case Report", *Turkiye Klinikleri Journal
of Nursing*, 2017

Yayın

23

AKHAN UTAŞ, Latife. "Hemşirelik
Öğrencilerinin Bağlanma Stilllerinin
Belirlenmesi", Şükrü Oğuz Özdamar, 2014.

Yayın

<% 1

24

GÜRLER, Hesna and YILMAZ, Meryem.
"Rektum kanserli bir olgunun standart
hemşirelik bakımının planlanmasında bir model:
"Fonksiyonel sağlık örüntüleri"", TUBITAK,
2011.

Yayın

<% 1

25

www.xprodoksit.com

İnternet Kaynağı

<% 1

26

www.saglikcalisanisagligi.org

İnternet Kaynağı

<% 1

27

VURAL, Fatma, SÜTSÜN BÜLOĞLU, Emel and
ŞELİMEN, Deniz. "Literatür İnceleme: Stomalı
Bireylere Yönelik ", Galenos Yayınevi, 2016.

Yayın

<% 1

ÖZGEÇMİŞ**Adı Soyadı:** Fazilet İSLAMTÜRK**İletişim Bilgileri****Telefon:**050581458757**Mail:** f.islamturk@hotmail.com**Doğum Tarihi:** 03.03.1979**Unvan:** Hemşire**Çalıştığı Kurum:** Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi,
Gaziantep**Öğrenim Durumu:** Yüksek Lisans öğrencisi

Yıl	Kurum
2000-2008	Gaziantep Üniversitesi Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği
2008-2017	Gaziantep Üniversitesi Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Sorumlu Hemşireliği
2016-Halen	Gaziantep Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Servisi Sorumlu Hemşireliği

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Önlisans	Hemşirelik	Gaziantep Üniversitesi Sağlık meslek Yüksekokulu	1996-1998
Lisans	Hemşirelik	Atatürk üniversitesi sağlık yüksekokulu	2009-2001
Yüksek lisans	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelikte Yüksek Lisans Programı	2015-2018

