



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KOLOSTOMİLİ BİREYLERDE SOSYAL DESTEĞİN UYUMA
ETKİSİ**

ÖZKAN KARADEDE

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç.Dr. SELDA RIZALAR

İSTANBUL – 2019

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Özkan KARADEDE
Tez Başlığı : Kolostomili Bireylerde Sosyal Desteğin Uyuma Etkisi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Unkapanı Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 07.08.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Doç.Dr. Selda RIZALAR

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza



Sınav Jüri Üyeleri

Doç.Dr. Sonay GÖKTAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Esra KÖROĞLU
ÇAMDEVİREN

İstanbul Medipol Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 20./08./2019 tarih ve 2019./26....-09.... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.



BEYAN

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

Özkan KARADEDE



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimin boyunca büyük emeği geçen danışmanım Sayın Doç. Dr. Selda RIZALAR'a, Yüksek Lisans eğitimime ön ayak olan, tez çalışmasının her aşamasında bana katlanan, varlığını hep hissettiren, asla yalnız bırakmayan sevgili ve biricik eşim Huriye KARADEDE'ye, desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşım Eylem TOĞLUK YİĞİTOĞLU'na, beni bugünelere taşıyan sevgili anneme ve babama, anketleri doldurmamda sabırla yardımcı olan tüm katılımcılara en içten dileklerle teşekkür ederim.



İTHAF

Başta sağlık çalışanları olmak üzere, iş cinayetlerine kurban verdiğimiz tüm insanlara ithaf olunur.



İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ONAY FORMU	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İTHAF.....	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	viii
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ.....	ix
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	4-6
4. GENEL BİLGİLER.....	7-38
4.1. Kolorektal Kanserler.....	7
4.2. Dünya’da ve Türkiye’de Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi.....	7
4.3. Kolorektal Kanserlerde Etiyolojik Faktörler.....	8
4.3.1. Genetik Faktörler.....	8-9
4.3.2. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları.....	10
4.3.3. Diyabet.....	10
4.3.4. Sigara ve Alkol Kullanımı.....	10
4.3.5. Beslenme.....	11
4.3.6. Fiziksel Aktivite ve Obezite.....	11-12

4.4. Kolorektal Kanselerde Belirti ve Bulgular.....	12
4.5. Kolorektal Kanselerde Tanı Testleri.....	12
4.6. Kolorektal Kanselerde Evreleme.....	13
4.7. Kolorektal Kanselerde Tedavi.....	13
4.7.1. Radyoterapi.....	14
4.7.2. Kemoterapi.....	14
4.7.3. Cerrahi Tedavi	15-17
4.2. Stoma.....	17-18
4.2.1. Abdominal Stoma Tipleri.....	18
4.2.1.1. Anatomik Yerine Göre Abdominal Stomalar.....	18-24
4.2.1.2. Prognostik Seyrine Göre Stomalar.....	24-25
4.2.2. Stoma Komplikasyonları.....	25-31
4.2.3. Stomalı Hastada Hemşirelik Bakımı.....	31-34
4.3. Sosyal Destek.....	34-35
4.4 Stomalı Yaşama Uyum ve Hemşirelik.....	36-38

5. METHOD VE MATERYAL

5.1. Araştırmanın Tipi.....	39
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	39
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	39-40
5.4. Araştırmanın Uygulanması.....	40
5.5. Araştırma Değişkenleri.....	40-41

5.6. Veri Toplama Araçları.....	41
5.6.1. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	41
5.6.2. Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği.....	41-42
5.6.3. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği.....	42-43
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	43
5.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	43-44
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	44
6. BULGULAR.....	45-55
7. TARTIŞMA.....	56-68
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69-70
9. KAYNAKLAR.....	71-85
10. EKLER	86-97
11. ETİK KURUL ONAYI.....	98-100
12. ÖZGEÇMİŞ.....	101

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

APC: Adenamatöz Polipozis Coli

FAP: Familyal Adenamatöz Polipozis

HNPCC: Hereditary Non-Polyposis Colorectal Carcinoma

TPA: Tissue Polipeptit Antijen

CEA: Karsinoembriyonik Antijen

CA: Kanser Antijen

TPSA: Tissue Polipeptit Spesifik Antijen

AJCC: American Joint Committee on Cancer

KHSDÖ: Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği

OUÖ-23: Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Kolorektal Kanser Risk Faktörleri.....	9
Tablo 4.2. TNM Evreleme Sistemi.....	15
Tablo 4.3. Üriner Stoma Oluşturma Nedenleri.....	24
Tablo 4.4. Stoma Çıktısını Etkileyen Besinler.....	30
Şekil 4.1. Tümör Evrelerine Göre Sınırları.....	13
Şekil 4.2. Kolon ve Rektum Kanserinin Dağılımı ve Sıklığı.....	16
Şekil 4.3. Çıkan (Assending) Kolostomi.....	19
Şekil 4.4. Transvers Kolostomi.....	20
Şekil 4.5. İnen (Dessending) kolostomi.....	20
Şekil 4.6. Sigmoid (End) Kolostomi.....	21
Şekil 4.7. Kontinent İleostominin Cerrahi Uygulanması.....	23
Tablo 6.1. Katılımcıların tanımlayıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri.....	45
Tablo 6.2. KHSDÖ ve OUÖ-23 Toplam Puanları ve Alt Ölçek Puanları.....	47
Tablo 6. 3. Tanımlayıcı Özelliklere Göre KHSDÖ Ve OUÖ-23 Toplam Puan Ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 6.4. Hastalığa ilişkin Özelliklere Göre KHSDÖ Ve OUÖ-23 Toplam Puan Ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 6.5. KHSDÖ Ve OUÖ-23 Toplam Puanları Ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Birbiri İle İlişkisi.....	54

1. ÖZET

KOLOSTOMİLİ BİREYLERDE SOSYAL DESTEĞİN UYUMA ETKİSİ

Bu araştırma kanser nedeniyle kolostomi açılan bireylerde aileden alınan sosyal desteğin uyuma etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma, 1 Ocak 2019 - 8 Mart 2019 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 20 Şubat 2019 - 05 Nisan 2019 tarihleri arasında İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini bu hastanelerin stomaterapi ünitelerine kayıtlı, son bir yılda kanser nedeniyle kolostomi açılmış 150 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise 18 yaşından büyük, kolostominin açılmasından sonra en az iki ay geçmiş, kolostomiye bağlı komplikasyonu olmayan, mental- ruhsal problemi olmayan 52 hasta oluşturdu. Araştırmada veri toplama aracı olarak, hastaların ailelerinden algıladıkları sosyal desteği ölçmek için *Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği* (KHSDÖ), kolostomi ile yaşam uyumunu ölçmek için *Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği* (OUÖ-23) ve sosyodemografik özellikleri araştırmak amacıyla kişisel bilgi formu kullanıldı. Araştırmamızda katılımcıların yaş ortalaması 52.34 ± 9.61 olarak saptandı. Katılımcıların %53.8'inin kadın olduğu, %40.4'ünün 2-6 ay arasında kolostomiye sahip olduğu ve %88.5'inin kemoterapi aldığı tespit edildi. Bu çalışmada sosyal destek ölçeği ile stoma uyum ölçeği; toplam ve alt boyutların birbiriyle ilişkisi incelendiğinde; KHSDÖ ve OUÖ-23 toplam puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı ilişki bulunmadı ($p=0.720$, $r=-0.051$; $p>0.05$). KHSDÖ-bilgi desteği alt boyutu ile OUÖ-23-kabul etme alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p=0.011$, $r=-.349$; $p<0.05$). KHSDÖ-bilgi desteği alt boyutu ile OUÖ-23-kaygı endişe alt boyut puanları arasında negatif yönde ve anlamlı ilişki bulundu ($p=0.038$, $r=-.289$; $p<0.05$). Erkeklerin kadınlara göre, ev kadınlarının da diğer meslek gruplarına göre kolostomi ile yaşamayı kabul etme düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu. İşçilerin kolostomi ile yaşamaya ilişkin duydukları endişe düzeylerinin diğer meslek gruplarına göre daha az olduğu tespit edildi. Sonuç olarak

çalışmamızda, algılanan sosyal desteğin stoma uyum ölçeğinin bazı alt boyutlarını etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kolostomi, Sosyal destek, Uyum, Stoma uyumu
Hemşirelik



2. ABSTRACT

THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT ON ADJUSTMENT IN THE PATIENTS WITH COLOSTOMY

This study was carried out as a descriptive research to determine whether social support has an effect on adjustment in patients with colostomy. The research was done between January 1, 2019, and March 8, 2019 in Istanbul University Cerrahpasa Faculty of Medicine and in Istanbul Training and Research Hospital between February 20, 2019, and April 5, 2019. Participants consisted of 150 patients who were undergone to stoma therapy unit and had a colostomy because of cancer. The sample group consisted of 52 patients who were older than 18, had at least 2 months passed after colostomy surgery, had no complications related to colostomy surgery and mentally stable. As for data collection, social support scale for cancer patients, stoma adjustment scale and personal information form were used. The average age of participants was 52.34 ± 9.61 . It was found that 53.8% of participants were female, 40.4% of them had a colostomy for 2 to 6 months and 88.5% had undergone chemotherapy. In this study it was found that no correlation between social support and stoma adjustment total scores. As the patients got more informational support from their relatives, acceptance level of the patients got was increased and anxiety level about stoma was increased too. According to our study, stoma acceptance level of the male patients was higher than female patients. Stoma acceptance level of the housewives was higher than the other jobs groups. Anxiety level about stoma of the worker participants was lower than the other groups. As a conclusion, it was found out that the social support in the patients with colostomy, has effected on some subscales of the stoma adjustment.

Key Words: Colostomy, Social Support, Adjustment, Stoma adjustment, Nursing

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya genelinde kolorektal kanserler, %8 lik oran ile bütün kanserler içerisinde ölüme sebebiyet veren en yaygın kanser türü olduğu belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılında yayınlamış olduğu Dünya Kanser raporu verilerine göre kolorektal kanserler en sık görülen kanserler içerisinde %10 ile kadınlarda 2. erkeklerde ise 3. sırada yer almaktadır. Kolorektal kanser tanısı konulduktan sonra bağırsak stoması ile sonuçlanan vaka sayısı her yıl bir milyona ulaşmaktadır (1). Türkiye'de kolorektal kanserlerin görülme sıklığı ise Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılı verilerine göre erkeklerde %23.1, kadınlarda %14.4 lük oranlarla 3. sırada yer almaktadır (2). TÜİK'in 2015 yılına ilişkin yayınlamış olduğu ölüm nedeni istatistiklerinde kolorektal kanserlerin bütün kanserler içindeki ölüm oranı %7, 4 ile 4. sırada yer almaktadır (3). Ülkemizde kolostomi açılmasına ilişkin kurumlar dışında kayıt tutulmadığından vakaların istatistiki bilgileri yetersizdir (4).

Karın duvarına bir açıklık yoluyla intestinal içeriğin dışarı atılmasını sağlayan cerrahi bir işlem olan ostomi yerine ve tipine göre tanımlanmaktadır. İleumun karın duvarına ağızlaştırılmasına İleostomi, kolonun karın duvarına ağızlaştırılmasına ise kolostomi adı verilir (5). Ostomiler, kalıcı ve geçici olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Geçici ostomiler, ihtiyaç ortadan kalktıktan sonra kapatılırken, kalıcı ostomiler yaşam boyu kalmaktadır (6).

Uyum iç ve dış çevreden gelen değişiklikleri kabul edip, uygun tutum ve davranışları gösterebilme gücü olarak tanımlanmaktadır (7). Stoma açılan bireyler; fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan çeşitli problemlerle baş etmek zorunda kalırlar. Hastalar yaşamış olduğu bu problemler nedeniyle, kendilerini sosyal olarak soyutlayabilmekte ve bireylerin yaşam kaliteleri ve uyumları bozulabilmektedir. Uyum sürecinin zorlaşması ve uzaması ise yaşam kalitesini bozmaktadır (8). Bu bireylerde beden algısının değişmesi, benlik saygısının azalması, cinsel işlevlerde bozulma, eş uyumunda sorunlar ve başta depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik sorunların yer aldığı tespit edilmiştir (9). Thomas ve arkadaşlarının stomalı bireylerde yapmış olduğu çalışmada psikiyatrik bozukluk riskini artıran faktörler olarak; psikiyatrik hastalık öyküsü, ameliyat sonrası fiziksel belirti ve komplikasyonlar, yetersiz danışmanlık ve anksiyete gösterilmiştir (10). Stomalı

hastaların kendi kontrolleri dışında gaz çıkarması hoş olmayan kokunun başkaları tarafından duyulacağı endişesine neden olur ve utanma duygusu ile beraber sosyal izolasyona neden olabilmektedir (11). Ortaya çıkan kötü koku nedeniyle stomalı bireylerde sosyal yalıtıma itilme, kendine güvensizlik ve güvende hissetmeme durumları ortaya çıkabilir (12). Stomalı bireyler stomanın dışarıdan fark edileceği, torba ve adaptörün giysilerin altından görünebileceği ya da belli olacağı endişesi ile eski elbiselerini giymekten kaçınmakta, daha bol ve koyu renkli giysileri tercih etmektedirler (4). Stoma açılması, bireylerin çalışma hayatlarını, mesleki rol ve ilişkilerini olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Özellikle tedavi döneminde yaşanan bulantı, ağrı, yorgunluk gibi sorunlar mesleki rol ve sorumlulukların yerine getirilmesini zorlaştırmaktadır (12). Stomalı bireylerde ameliyattan sonra arkadaş ve akrabalar ile daha az görüşme, evlilik problemlerinde artış, sosyal aktivitelerde azalma, işten ayrılma, iş değiştirme ya da iş veriminde azalma gibi durumlar görülmektedir (4). Nugent ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, kolostomili bireylerin %8'i, ileostomili bireylerin ise %15'inin işini değiştirmek zorunda kaldığı belirlenmiştir. Ayrıca bireylerin %80'nin yaşam tarzında değişikliklerle karşı karşıya kaldığı saptanmıştır (13). Kolostomi, beden imgesinin değişmesine neden olarak, kişinin kendisini normal birisi olarak kabul etmemesine, işe yaramadığını, artık normal bir yaşam sürdüremeyeceğini düşünmesine ve yetersizlik duygusuna yol açabilir. Stoma bakım hemşirelerinin verdikleri eğitim ve danışmanlıklar ile bireylerin stomayla yaşamaya ve kendi bakımlarını yapmaya daha kolay uyum sağladığı ve stomaya bağlı problemlerin kısmen ya da tamamen ortadan kalktığı belirtilmektedir (14,15).

Bütün bu sorunlarla başetmek üzere kolostomili birey sosyal desteğe gereksinim duymaktadır. Sosyal destek, zor durumda ya da stres altında olan bireylere eş, arkadaş, aile gibi çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım olarak tanımlanmaktadır (16). Sosyal desteğin hastalık durumlarında önemli yer kapladığı, iyileşme süreçlerini hızlandırdığı, uyumu kolaylaştırdığı ve yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmektedir (17). Stomayla yaşama uyum yalnızca bireyi değil aile fertlerini de içine alan bir süreç olarak değerlendirilmelidir. Bireylerin kolostomiyle yaşama uyumlarının hızlandırılması için aile üyelerinin de uyum sürecine dahil edilmesi önemlidir. Bu amaçla bireyin ailesinin gereksinimleri

ameliyat öncesi dönemden itibaren belirlenmesi, aile üyelerine uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması önerilmektedir (18). Colwell ve ark.'nın 2001 yılında gerçekleştirdiği çalışma, ameliyat öncesinde başlayan hasta desteklenmesinin stomaya uyumu arttırdığını bildirmektedir (19). Ameliyat öncesinde stoma yerinin işaretlenmesiye peristomal cilt komplikasyonlarının azaldığı ve bu durumun uyumu pozitif yönde etkilediği belirtilmektedir (20,21).

Bu çalışma kolostomili bireylerde alınan sosyal desteğin uyuma etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kolorektal Kanserler

Kolorektal kanserler, kolon ve rektumda tanımlanan tümörleri kapsamaktadır. Bu tümörler kökenini, kolon ve rektumun mukozasındaki epitel hücrelerinden alırlar. Epitel hücrelerinin yaşam süresi kısadır. Yaşam sürelerini dolduran bu hücreler, apoptozis ile ölürlür. Bu hücrelerin, bakterilerin ürettikleri toksik ve karsinojenik etkenler ve besinlerle alınan kimyasallar ile daima yüzeysel bir teması bulunmaktadır. Bu faktörler ile birlikte bazı genetik faktörlerin etkisi epitel hücrelerinin yenilenme hızını arttırır ve neoplastik hücreye dönüşüm gerçekleşir. Bu neoplastik hücreler de adenomatöz poliplere ve kolorektal kanserlere yol açarlar (22).

4.2. Dünya’da ve Türkiye’de Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi

Küreselleşme ile birlikte toplumsal yaşam tarzında meydana gelen değişiklikler ve yaşlanma sonucu tüm dünyada kanser yükü artmaktadır (23). Önümüzdeki yirmi yılda yeni kanser vakası sayısının % 70 oranında artacağı öngörülmektedir (24).

Uluslararası Kansere Araştırmaları Kuruluşu (The International Agency for Research on Cancer-IARC)’nin yayınladığı global kanser verilerine göre Kolorektal kanserler tüm kanserler içerisinde; erkeklerde % 10 ile 3., kadınlarda ise % 9,2 ile 2. sırada yer almaktadır (1).

Kanser, bütün dünyadaki morbidite ve mortalite nedenleri arasında önemli bir yer kaplamaktadır. 2013 yılı itibari ile 14,9 milyon kanser olgusu, 8,2 milyon kansere bağlı ölüm görülmüştür. Kolorektal kanserler kansere bağlı ölüm sıralamasında % 8,5 ile akciğer (%19,4), karaciğer (%9,1) ve mide kanserleri (%8,8)’nden sonra 4. sırada yer almaktadır (1).

Kolorektal kanser vakalarının gelişmiş ülkelerdeki görülme oranı yaklaşık % 55’dir. Bu oran ile gelişmiş ülkelerdeki kolorektal kanser olgusu, gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla görülmektedir. Öyle ki, gelişen ülkelerde kolorektal

kanserler insidans ve mortalite açısından ikinci sıradayken, gelişmekte olan ülkelerde dördüncü sıradadır (25).

Türkiye’de kolorektal kanserlerin görülme sıklığı Sağlık Bakanlığı’nın 2015 yılı verilerine göre erkeklerde %23.1, kadınlarda %14.4 lük oranlarla 3. sırada yer almaktadır (2). TÜİK’in 2015 yılına ilişkin yayınlamış olduğu ölüm nedeni istatistiklerinde kolorektal kanserlerin bütün kanserler içindeki ölüm oranı %7,4 ile 4. sırada yer almaktadır (3).

4.3. Kolorektal Kanserlerde Etiyolojik Faktörler

Kolorektal kanser gelişiminde rol oynayan risk faktörlerinin bilinmesi tarama, tedavi ve kontrol programlarında oldukça önem taşır (26). Amerikan Kanser Cemiyeti (American Cancer Society-ACS) 2014 yılında kolorektal kanserin risk faktörlerini ve rölatif riskleri belirten rapor yayınlamıştır. Tablo 4.1’de bu risk faktörleri bulunmaktadır. Tablo 4.1’de yer alan risk faktörlerindeki rölatif riskin 1’den fazla olması yüksek risk, 1’den az olması ise düşük risk olarak yorumlanmaktadır (27).

4.3.1. Genetik Faktörler

Kolorektal kanserlerin ortaya çıkmasında genetik faktörler önemli rol oynar. Hastaların büyük kısmında kolon kanseri, somatik mutasyon sonucunda gelişir. Tümörlerin malign formu var olan tümörün benign formundan gelişir. Gelişim esnasında birçok prekanseröz asama geçirilir (28). Adenomların %80’inde APC gen mutasyonu tespit edilmiştir. Bundan sonra ortaya çıkan başka mutasyonlar da kanser oluşum aşamalarının meydana gelmesine yol açarlar. Çevresel faktörler hızlandırabilir (29).

En iyi bilinen kalıtsal kolorektal kanser tipleri, Familial Adenomatous Polyposis-Familyal Adenamatöz Polipozis (FAP) ve Hereditary Non-polyposis Colorectal Carcinoma-Kalıtsal Polip Olmadan Kolorektal Karsinoma (HNPCC) dir. Familial Adenomatous Polyposis-Familyal Adenamatöz Polipozis (FAP) olgularında tümör başlaması, Hereditary Non-Polyposis Colorectal Carcinoma-Kalıtsal Polip

Olmadan Kolorektal Karsinoma (HNPCC) olgularında tümör progresyonu dönemi, sporadik kolorektal kanserlere göre daha kısa sürede gelişir (30).

Tablo 4.1. Kolorektal Kanser Risk Faktörleri

Risk Faktörleri	Rölatif Risk
Genetik ve Tıbbi Öykü	
Aile Öyküsü	
Bir birinci derece akraba	2,2
Birden fazla akraba	4,0
45 yaşından önce teşhis edilen akraba	3,9
İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları	
Crohn Hastalığı	2,6
Ülseratif Kolitler	
Kolon	2,8
Rektum	1,9
Diyabet	1,2
Davranışsal Faktörler	
Aşırı alkol tüketimi	1,6
Obezite	1,2
Kırmızı et tüketimi	1,2
İşlenmiş et tüketimi	1,2
Sigara içme	1,2
Riski Azaltan Faktörler	
Fiziksel Aktivite (Kolon)	0,7
Süt ürünleri tüketimi	0,8
Meyve tüketimi	0,9
Sebze tüketimi	0,9
Toplam diyet lifi tüketimi (10 gr/gün)	0,9

4.3.2. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları

Kolonun uzun süre iltihaplandığı bir hastalık olan kronik inflamasyonun kapsamı ve süresi kolorektal kanser geliştirme riskini artırır (31). İnflamatuvar bağırsak hastalığının en yaygın biçimleri ülseratif kolit ve Crohn hastalığıdır. 30 yıllık ülseratif kolit öyküsü olan hastaların % 18'inin kolorektal kanser geliştireceği tahmin edilmektedir (32). Bununla birlikte, İnflamatuvar bağırsak hastalığının kontrol altında tutulması için kullanılan ilaçların kolorektal kanser riskini azalttığına dair çalışmalar bulunmaktadır (33).

4.3.3. Diyabet

Hiperinsülinemi veya insülin direncine bağlı faktörleri kolorektal kanser etiolojisinde rol oynayarak kolorektal kanser riski diyabetli hastalarda artış göstermektedir (34,35). Ayrıca bazı diyabetik ilaçlar, hastalıktan bağımsız olarak kolorektal kanser riskini değiştirmektedir (36).

4.3.4. Sigara ve Alkol Kullanımı

Sigaranın içerdiği polinükleer aromatik hidrokarbon, heterosiklik aminler, nitrozaminler ve aromatik aminler gibi kanserojen etkenler dumanın yutulması ya da dolasımla kolon mukozasına ulaşmaktadır. Bu nedenle sigara içimi adenadenomatöz poliplerin gelişimi ile yakından ilişkilidir (37). Ayrıca sigaranın kolorektal kansere neden olduğu sonucuna varmak için yeterli delil bulunduğunu bildiren kanser araştırma ajansı raporları bulunmaktadır (38). Sigaraya başlama yaşı ve günlük içilen sigara miktarı da insidaansı arttıran faktörlerdir (39).

Alkol tüketimi adenom oluşumunda ilişkili olmakta ve kanser riskini arttırmaktadır. Kolorektal kanser riskini günlük alınan alkol miktarı da belirlemektedir. Kohort çalışmalarından oluşan ve 500.000 kişiyi kapsayan sekiz çalışmanın analizinde günlük 30 gr'dan fazla alkol alanların, daha az alanlara göre kolorektal kanser riskinin arttığı bildirilmiştir (40).

4.3.5. Beslenme

Kolorektal kanserlerin diyetle alınan yağ ve kırmızı et ile ilişkisi araştırılmıştır. Yapılan birçok çalışmada kırmızı et ile işlenmiş etin fazla tüketimi ile kanser insidansı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirilmiştir. İşlenmiş kırmızı et, işlenmemiş kırmızı et tüketimine göre kanser riskini daha da arttırmaktadır, bu nedenle yağdan arındırılmış ve işlenmemiş kırmızı et tüketimi önerilmektedir (41,42). Ayrıca kömür ızgara ve yüksek ısıda pişirilen etlerde işlem esnasında ortaya çıkan mutajen ve karsinojen maddeler nedeniyle pişirme yönteminin de kanser riskini arttıran etken olduğu vurgulanmaktadır (43).

Diyetlerde alınan yüksek lifli gıdaların kolon kanseri riskini azalttığı ve kolon kanserine karşı koruyucu olduğu belirtilmektedir. Sebzelerde bulunan karotenoidler, folat, askorbat, bioaktif bileşiklerin (fenoller, flavonoidler, izotiosianatlar ve indoller) antikarsinojenik etkileri bulunmaktadır (44). Her gün alınan sebze ve meyvelerin tüketilmesi; rafine tahıl ürünleri yerine tam tahılların seçilmesi, kolorektal kanserin gelişme riskini azaltmaya yardımcı olmaktadır (27).

4.3.6. Fiziksel Aktivite ve Obezite

Kolorektal kanserlerin risk faktörlerinden birisi de fiziksel aktivitedeki yetersizlik ya da fiziksel aktivitenin olmamasıdır. Yapılan çalışmalarda kolorektal kanser ile fiziksel aktivite arasında negatif korelasyon olduğu tespit edilmiştir (33). Fiziksel olarak çok aktif kişilerin, en az aktif kişilere olanlara göre % 25 daha az kolon kanseri riskine sahip oldukları belirtilmektedir (45). Fiziksel aktivitenin kolorektal kanser riskinin azaltılmasına katkı sağladığı etkenler şöyle sıralanabilir; gastrointestinal geçisi arttırmasıyla birlikte (fokal karsinojenlerle mukozasının temasını azaltır), prostoglandin seviyesinde artısa, immün sistemde güçlenmeye neden olduğu ayrıca pankreatik hormon ve gastrointestinal salgıların düzenlenmesinde rol oynadığı bilinmektedir (46).

Obezite, artmış serum leptin ve adipositokinler ile ilişkilidir. Adipositokinler hücre proliferasyonu, anjiyogenez ve tümörgezeze ile birlikte obez kişilerde kolorektal kanser oluşmasına etki etmektedirler (46). Yapılan birçok çalışma

obezitenin kolorektal kanser riskini arttırdığı ve normal ağırlıktaki bireylerle karşılaştırıldığında riskin 1.5-3.5 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (47,48). 2009 yılında, 56 araştırmanın incelendiği meta analiz çalışmasında BKI>30.0 olanların, BKI<23.0 olanlara göre rektum kanserinde %40 daha fazla riskli olduğu saptanmıştır (49).

4.4. Kolorektal Kanselerde Belirti ve Bulgular

Kolorektal kanserlerin tespit edilmesine ilişkin, yapılan çalışmalarda çok sayıda belirti bildirilmiştir. Bunlar; abdominal ağrı, bağırsak alışkanlığında değişim, anoreksi, gaitada mukus olması, bulantı, kusma, yorgunluk, halsizlik, tıkanma bulguları, rektal kanama, tenesmus ve rektal ağrıdır. Bağırsak alışkanlığında meydana gelen değişiklik, genellikle diyare, kabızlık ve gaita özelliğinin değişmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu hastalarda anemi ilk olarak karşılaşılan bulgudur. Anemi kadınlarda hemoglobinin 12,3 g/dl'nin, erkeklerde 13,4 g/dl'nin altında olmasıdır. Karşılaşılan diğer bulgular içinde kilo kaybı ve gaitada gizli kanın pozitif olması bulunmaktadır (50). Kolorektal kanserlerin bazen bulgu vermediği vakalarda olabilir. 2004 yılında İngiltere ve İrlanda'da 2000 kolorektal kanser tanısı konulmuş katılımcının değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %40'ının herhangi bir şikayeti olmadığı belirlenmiştir (51).

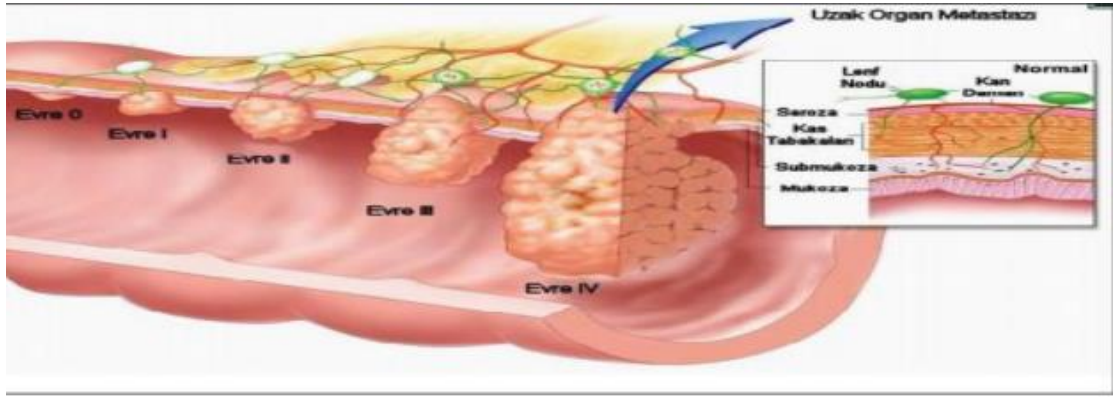
4.5. Kolorektal Kanselerde Tanı Testleri

Kolorektal kanserleri yerleşkesinin %10-30'u parmak mesafesinde olduğundan rektal muayene tanılamada önemli bir yer tutmaktadır. Gözle görülemeyen kanamalarda hastadan gönderilen giatada gizli kan örneği tanılamada yol gösterici olmaktadır. İşlem öncesinde diyet ve kolon temizliğinin yapıp işlemin parmak kalınlığında esnek ışıklı bir tüp olan endoskop ile rektum ve kalın bağırsağın yaklaşık son 60 cm lik kısmının değerlendirildiği fleksible sigmoidoskopi ve tüm kolon ve ileumun değerlendirildiği kolonoskopi uygulamaları da invaziv tanılama araçlarıdır. Radyolojik tanılama yöntemlerinde ise Kolon grafisi ve BT önde gelen uygulamalardır (52).

Laboratuvar tetkiklerinde; kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri, CRP, dışkıda gizli kan, Siasyltransferaz, Galaktosiltransferaz II, Procalcitonin, CEA, CA-19-9, CA 50, CA 242, Tissue Polipeptit Antijen (TPA) ve Tissue Polipeptit Spesifik Antijen (TPS) değerlendirilmektedir. En sık kullanılanları CEA, CA 19-9 ve TPA dır. Bu testlerin hiçbirini tek başına tanı koymak için yeterli değildir mutlaka diğer radyolojik ve invaziv tetkiklerle desteklenmesi gerekmektedir (28).

4.6. Kolorektal Kanserlerde Evreleme

Kolorektal kanserli olgularda prognozu belirleyen en önemli faktör kanserin evresidir.



Şekil 4.1. Tümör Evrelerine Göre Sınırları (53)

İlk olarak 1930'lu yıllarda Dukes sınıflaması ve Dukes sınıflandırmalarının değişimleri kullanılmıştır. Daha sonraki yıllarda tümörün invazyon derinliği ve lenf nodlarındaki tutulma sayısının sağ kalım ile aralarındaki ilişki tanımlanmış ve tümör-nod-metastaz (TNM) sınıflaması benimsenmeye başlanmıştır. 1987 yılı itibariyle American Joint Committee on Cancer (AJCC) tarafından TNM sınıflaması önerilmiş ve bütün dünyada yaygın olarak kullanılmaya başlanılmıştır (54). TNM evreleme sisteminde, T; primer tümörün boyut ve uzanımını, N; bölgesel lenf nodu tutulumunu, M ise; uzak metastazın olup olmasını açıklamaktadır (55).

4.7. Kolorektal Kanserlerde Tedavi

Kolorektal kanserli hastaların tedavisi hastalığın evresine göre belirlenmektedir. Kolorektal kanserlerde tedavinin amacı, hastanın kanser nedeniyle yaşamının sonlanmasını engellemek ve yaşamını sorunsuz bir şekilde sürdürmesini sağlamaktır. Kolorektal kanserlerin tedavisinde tümörün cerrahi olarak eksizyonu, destek tedavisi ya da adjuvan terapisi sağlanır. (5,25).

4.7.1. Radyoterapi

Radyoterapi tek başına veya kemoterapi ile birlikte küratif amaçlı tedavi seçeneği olarak kullanılmasının yanı sıra, adjuvan yada palyatif amaçlı da kullanılmaktadır. Kolon kanserinde, lokal nüks riskinin arttığı T4 veya tümörün obstrüksiyon sebep olduğu durumlarda uygulanmaktadır. Rektum kanserlerinde radyoterapi tedavisi, preoperatif ve postoperatif dönemlerde uygulanabilmektedir. Cerrahi operasyonun uygun olmadığı vakalarda kemoterapi ile birlikte eş zamanlı olarak uygulanabilmektedir. Rektum kanserine eşlik eden kemik veya beyin metastazlarında palyatif radyoterapi tedavisi uygulanabilmektedir (56,57).

Radyoterapi tedavisi özellikle cilt tahrişi olmak üzere yorgunluk, bulantı ishal gibi çok fazla yan etkiye neden olduğundan sadece tümör yatağına ve rezeke edilemeyen metastatik lenf nodlarına uygulanmalıdır (58).

4.7.2. Kemoterapi

Kolorektal kanserlerde tedavide temel ajan nükleotid biyosentezinde hız kısıtlayıcı enzim timidilat sentazı inhibe eden, florlu bir pirimidin olan fluorourasil (5-FU)'dir. 5-FU, genelde, fluorourasilin timidilat sentaza bağlanmasını stabilize ederek DNA sentezini arttıran ve indirgenmiş bir folik asid türevi olan lökovorin (LV) ile birlikte verilir (59).

4.7.3. Cerrahi Tedavi

Cerrahinin temel amacı kan damarlarını içeren normal bağırsak dokusunun proksimal ve distal marjini ile birlikte tümörü çıkartmaktır (5). Cerrahi tedavi tümörün bulunduğu yere göre değişmektedir.

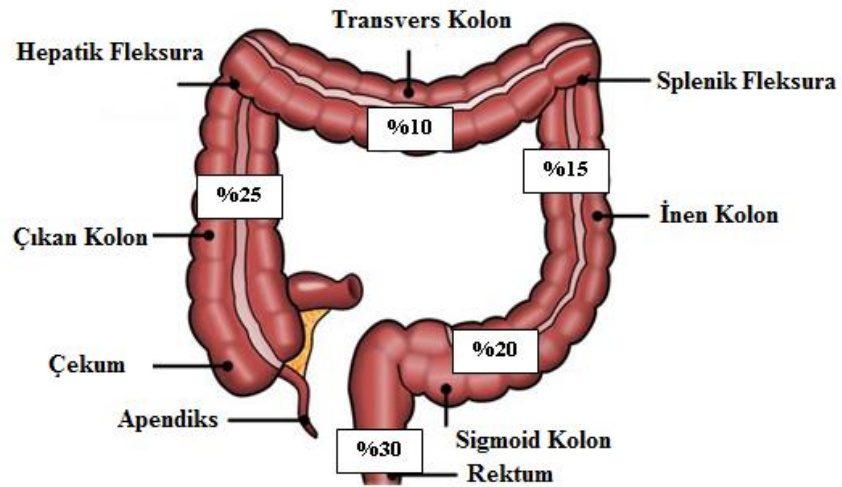
Tablo 4.2. TNM Evreleme Sistemi (60)

Evre	T Tümör boyutu	N Lenf Nodu Tutulumu	M Uzak Metastaz
0	Tis	N0	M0
1	T1/T2	N0	M0
2			
2A	T3	N0	M0
2B	T4	N0	M0
3			
3A	T1-T2	N1	M0
3B	T3-T4	N1	M0
3C	Harhangi bir T	N2	M0
4	Harhangi bir T	Harhangi bir N	M1

TX: Primer tümör tespit edilemedi.
T0: Primer tümör ile ilgili kanıt yok.
Tis: Karsinoma in situ: intraepitelial veya lamina propriaya invazyon.
T1: Submukozaya kadar invazyon
T2: Muskularis propriaya invazyon.
T3: Subserozaya kadar invazyon yada peritona ulaşmadan perikolik veya perirektal dokulara invazyon.
T4: Tümör visseral periton yüzeyine/ doku ve organlara invaze
NX: Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor
N0: Bölgesel lenf nodu metastazı yok
N1: 1-3 bölgesel lenf nodunda metastaz
N2: 4 ya da daha fazla bölgesel lenf nodunda metastaz
MX: Uzak metastaz tanımlanmamıştır
M0: Uzak metastaz yok
M1: Uzak metastaz var

4.7.3.1. Kolon Kanserlerinde Cerrahi Tedavi

- **Sağ Hemikolektomi ve Genişletilmiş Sağ Hemikolektomi:** Bu yöntem tümörün Çekum, çıkan kolon, hepatik fleksura ve transvers kolonun yarısına kadar olan bölgede yerleştiği durumlarda uygulanır. Rezeksiyon sonrasında ileum ve kolonun uç uca ya da yan yana anastomozu gerçekleştirilir.
- **Transvers Kolektomi:** Transvers kolonun ortalarında yer alan tümörlerin çıkartılması için uygulanan yöntemdir.
- **Sol Hemikolektomi ve Genişletilmiş Sol Hemikolektomi:** Distal transvers kolon, splenik fleksura ve inen kolonda yer alan tümörlerde sol hemikolektomi uygulanır. Bu rezeksiyonda rektumun üst kısmı ile transvers kolonun proksimalinde anastomoz gerçekleştirilir.
- **Sigmoid Kolektomi:** Sigmoid kolon tümörlerinde uygulanmaktadır. Sigmoid kolon tümörlerinde genişletilmiş sol hemikolektomi de tercih edilse de, rutin olan sigmoid kolektomi tekniğinin uygulanmasıdır.
- **Subtotal ve Total Kolektomi:** Distal sigmoid kolon ve proksimal 1/3 rektum bırakılarak, yapılan kolon rezeksiyon subtotal kolektomi, peritoneal refleksiyonun altında kalan rektum haricinde, kolon bölümlerinin tümünün çıkarılmasına ise total kolektomi adı verilir. İleo-rektal ya da ileo-sigmoid anastomoz gerçekleştirilir (61, 62).



Şekil 4.2. Kolon ve Rektum Kanserinin Dağılımı ve Sıklığı (5)

4.7.3.2. Rektum Kanserlerinde Cerrahi Tedavi

- **Lokal tedavi(Minimal invazif cerrahi):** Rektum kanseri vakalarının bazıları lokal ve kısa zamanlı işlemler ile tedavi edilebilmektedir. Bunlar; transanal endoskopik mikrocerrahi, transanal eksizyon ve endokaviter radyasyon gibi yöntemlerdir.
- **Total Mezorektal Eksizyon (TME):** Rektumu çevreleyen, lenfatikleri ve kan damarlarının bulunduğu yağ dokusuna mezorektum denilmektedir. Rektum tümörlerinin operasyonunda mezorektam ve fasyasının bir bütün olarak çıkarılması işlemine TME denilmektedir (53).
- **Anterior Rezeksiyon ve Low Anterior Rezeksiyon:** Anterior rezeksiyon, rektumun transabdominal yol ile pelvise doğru rezeksiyonunun genel bir adlandırmasıdır. Bu işlemde Perineal bölge veya sakral bölgede insizyon yoktur (63). Bu cerrahi tedavide rektum tümörünün çıkarılması sonrası uygulanan anastomoz peritoneal refleksiyonun üzerinde bulunuyorsa işleme anterior rezeksiyon, altında bulunuyorsa low anterior rezeksiyon adı verilir (64).
- **Abdominoperineal Rezeksiyon (AR):** Sfinkteri korumanın mümkün olmadığı al rektum kanserlerinde uygulanan cerrahi yöntemdir. Rektum ve mezorektum ile beraber, levator ani kasının büyük bir bölümü, anal sfinkterler, anal kanal ve anüs lenfatiklerinin birlikte çıkarıldığı cerrahi işlemdir. 190 yılında Miles tarafından tarif edildiği için Miles ameliyatı olarak da bilinmektedir (65,66).Bu işlemden sonra hasta, kalıcı ostomi ile yaşamını sürdürmek zorundadır.

4.2. Stoma

Stoma kelimesi kökenini Yunanca'dan almakta olup, "açıklık-ağız" anlamına gelmektedir. İlk olarak Fransız cerrah Pimore'nin 1700'lü yıllarda çekostomi ile öncülük ettiği stoma uygulamasının süreci, 1756 yılında William Cheselden tarafından gerçekleştirilen transvers kolostomi ile devam etmiştir. 1900'lü yılların başlarında ise Mile ve Maya tarafından gerçekleştiren abdominoperineal rezeksiyonu

rektum kanserli hastalarda tanımlanan stoma uygulaması günümüzde birçok hastalığın tedavisinde cerrahi yöntem olarak kullanılmaktadır (19).

Stomalı birey sayısı dünya genelinde giderek artmaktadır. 2006 yılında Avrupa'da toplam stoma açılan vaka sayısı 412,900 olduğu, İngiltere'de her yıl 13 500 kişiye, ABD'de ve Kanada'da ise her yıl 120.000'den fazla kişiye stoma açıldığı belirtilmektedir. Bazı ülkelerin stomalı insan sayılarına bakıldığında; Kuzey Amerika'da 800. 000, Hong Kong'da 15. 000, İngiltere'de 65.000 kolostomili, 45.000 ileostomili ve 10.000 ürostomili olmak üzere yaklaşık 120.000 stomalı birey olduğu bildirilmektedir. Türkiye'de ise stoma açılmasına ilişkin veriler yetersiz olduğundan ulusal bir istatistik bulunmamaktadır (67,4,68).

Stoma, dokunulduğunda ağrı duyusu bulunmayan, dışa doğru çıkık, yaklaşık olarak 20 mm çapında, nemli, parlak pembe renklidir. Stoma; inflamatuvar bağırsak hastalıklarında, obstrüksiyon ve travmalarda, kolorektal kanserlerde, Familial Adenomatöz Polipoziskoli (FAP) gibi gastrointestinal hastalıklarda ve ürüner sisteme ilişkin hastalıkların tedavisinde tercih edilebilen cerrahi bir yöntemdir ve yaygın olarak kullanılmaktadır (69).

4.2.1. Abdominal Stoma Tipleri

Abdominal stomalar, dışarı açılan organın anatomik yerine göre adlandırılmaktadır. Stomalar, hastalığın prognostik seyrine göre de kalıcı ve geçici olarak uygulanabilmektedir (5).

4.2.1.1. Anatomik Yerine Göre Abdominal Stomalar

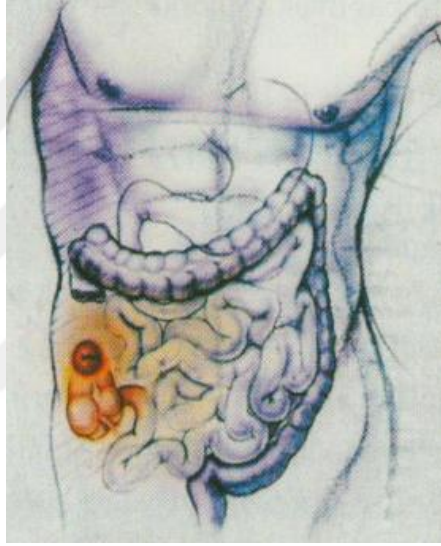
4.2.1.1.1. Kolostomi

Kolostomi, genellikle kolon ya da rektumdaki tıkanıklık nedeniyle perforasyonun önlenmesi ve acil dekompresyon gerektiren durumlarda bağırsak basıncını azaltmak amacıyla ya da enfeksiyon, travma, perianal sepsis ve rektum rezeksiyonları gibi durumlarda fekal akımı saptırmak amacıyla kolonun herhangi bir bölümünün karın duvarına ağızlaştırılmasıdır (70,71).

Kolostomiler, kalın bağırsağın dışarıya açıldığı bölgeye göre ve cerrahi teknik ve açılma şekillerine göre sınıflandırılmaktadır (72).

4.2.1.1.1. Kalın Bağırsak Üzerindeki Yerleşim Yerlerine Göre Kolostomiler

- **Çıkan (Assending) Kolostomi:** Alt kolon divertiküllerinin perforasyonu, travma, rektovajinal fistül, rezeke edilemeyen kolon, rektum ve pelvis tümörleri gibi endikasyonları bulunmaktadır. Çıkan kolostomi batının sağ alt kadranında yer almaktadır (6). Bu Kolostomide gaita, deriye zarar verebilen ve enzimler açısından zengin, sıvı veya yarı sıvı haldedir (73).



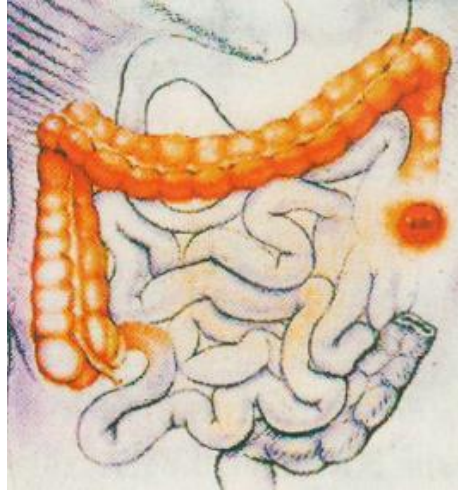
Şekil 4.3. Çıkan (Assending) Kolostomi (73)

- **Transvers Kolostomi:** Alt kolon divertiküllerinin perforasyonu, travma, inflamatuvar bağırsak hastalığı, doğum defektleri, rektovajinal fistül, rezeke edilemeyen kolon, rektum ve pelvis tümörleri endikasyonları bulunmaktadır (6). Abdomenin ortasında bulunur. Bu kolostomide gaita, transvers kolonda enzimin miktarının azalması nedeniyle yarı katı haldedir (73,74).



Şekil 4.4. Transvers Kolostomi (73)

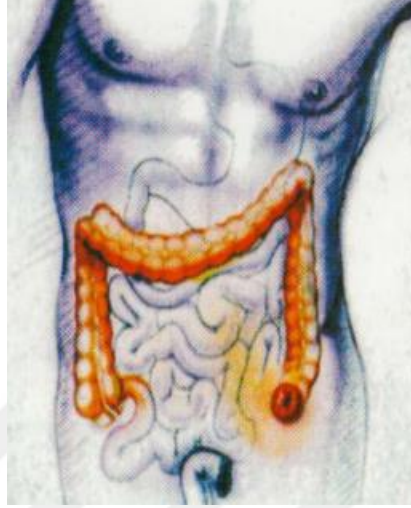
- **İnen (dassing) Kolostomi:** Divertiküllerin perforasyonu, bağırsak tıkanıklığı, paralizi, travma, doğum defektleri, rektosigmoidal alan ve rektum tümörleri gibi endikasyonları vardır (6). Sağ alt kadranda yer almaktadır. Geçici veya kalıcı olarak açılabilir. Dışkı, sıvıların çoğunun çıkan kolon ve transver kolonda emilmesi nedeniyle katı haldedir (73,74).



Şekil 4.5. İnen (Dassing) kolostomi (73)

- **Sigmoid (End) Kolostomi:** Divertiküllerin perforasyonu, bağırsak tıkanıklığı, paralizi, travma, doğum defektleri, rektosigmoidal alan ve

rektum tümörleri gibi endikasyonları bulunmaktadır. (6). Genellikle sol iliak fossada açılır. Dışkı normal kıvamındadır (73,74).



Şekil 4.6. Sigmoid (End) Kolostomi (73)

4.2.1.1.1.2. Ağızlaştırılma Tekniğine Göre Kolostomiler

- **Uç (Single Barrel) Kolostomi:** Alt veya orta rektum kanseri nedeni ile uygulanan Abdominoperianal rezeksiyonları sonrasında ya da tedaviye rağmen yanıt alınamayan Crohn hastalığında ya da inkontinans durumlarında kalıcı uç kolostomi uygulanır. Uç kolostomi için ideal olan bölge sol iliak fossadır. Bu teknikle açılan kolostomilerde, sigmoid kolon ya da inen kolon dışarıya ağızlaştırılır (75,6).
- **Loop Kolostomi:** Genellikle intestinal obstrüksiyonun ya da perforasyonun giderilmesi amacıyla açılır. Genellikle geçici olarak açılan bu kolostomilerde, retraksiyonun önlenmesi için dışarı ağızlaştırılan bağırsağın altına bagetler yerleştirilir. Bagetler 1-2 hafta sonrasında çıkarılabilir (76,77,78, 79).
- **Mikulicz Kolostomi (Çifte Namlusu Kolostomi) :** Genellikle kolorektal travma tedavisinde kullanılan cerrahi tekniktir. Tekniğinin basit olması ve ameliyat süresinin kısa olması nedeniyle avantaj sağlamaktadır. Genellikle geçici olarak açılmaktadır. Bu yöntemle bağırsağın hem distal ucu hem de proksimal ucu dışarıya ağızlaştırılır. Distal ucundan mukus çıkışı, proksimal ucundan ise dışkı çıkışı sağlanır (77,75,6,5).

- **Hartmann Kolostomi** : Sigmoid kolon rezeksiyonlarından sonra distal ucun kendi üzerinde gömülüp, proksimal ucun dışarıya ağızlaştırıldığı yöntemdir. Genellikle rekrosigmoid köşede ya da rektumun 1/3 üst bölümünde yerleşmiş tümörlerde, serbest perforasyonlu divertiküler hastalıkta, sigmoid volvulusta ve sigmoid kolonun distal yaralanmalarında uygulanmaktadır (77,78,5).

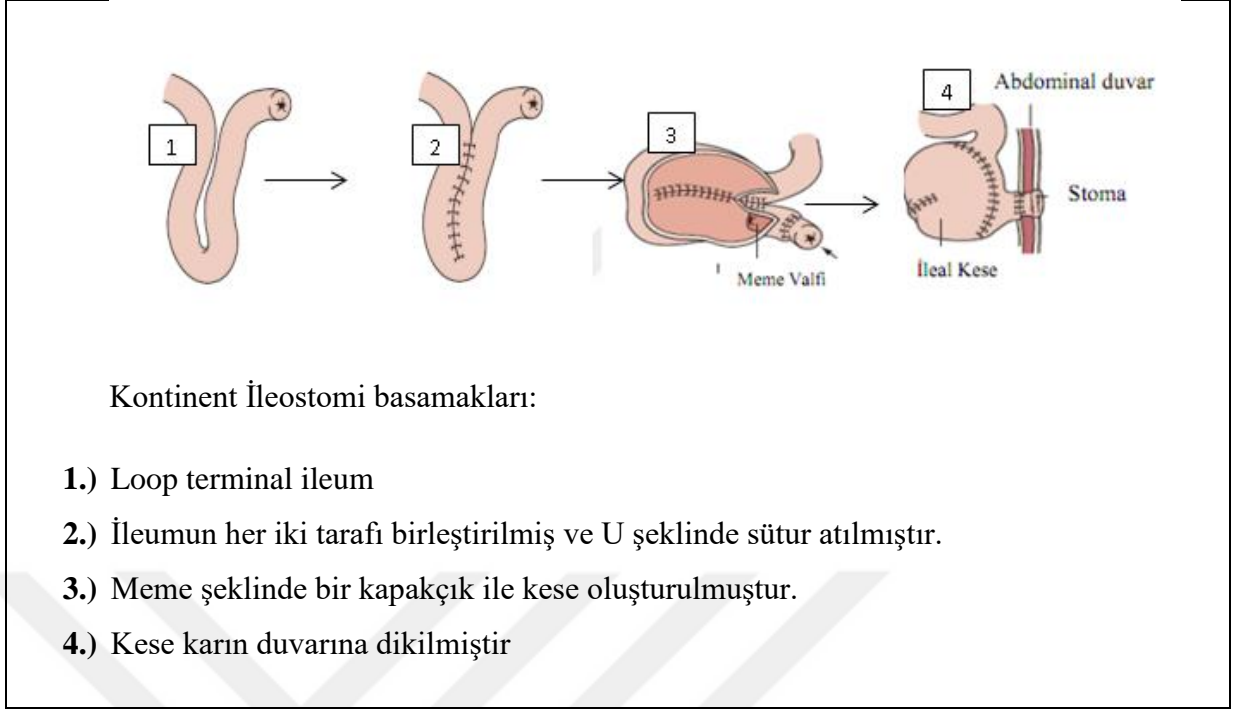
4.2.1.1.2. İleostomi

İleumun son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Genellikle inflamatuvar bağırsak hastalıklarında, tarvmalarda, radyasyon enteritinde ya da kolon ve rektumun tamamının çıkarıldığı durumlarda uygulanmaktadır. Genellikle sağ iliak fossaya açılmaktadır. İleostomide dışkı, sıvı halde, fazla miktardadır ve yakıcı haldedir. Stomadan gelen miktar ilk günlerde 1500 ml. iken daha sonraki günlerde 600-800 ml.'ye düşmektedir. (80,72,81,82,83,6).

İleostomiler kontinent ileostomi ve konveksiyonel ileostomi olarak ikiye ayrılır (79).

4.2.1.1.2.1.Konveksiyonel İleostomi : İleumun uç veya loop şeklinde ağızlaştırılması işlemidir. Sağ alt kadrandan ağızlaştırılır. İleostomiden, sıvı ve sindirim enzimlerini içeren gaita çıkışı olduğu için sürekli torba kullanılması gerekmektedir (72).

4.2.1.1.2.2.Kontinent İleostomi (Kock Poşu) : Bağırsak içeriğinin birikmesi için ince bağırsaktan kese oluşturma işlemidir. Ameliyat sonrasında stomadan katater sokularak kapalı aspirasyon düzeneğine bağlanır. Katater açıklığı için 3 saatte bir 10-20 ml izotonik solüsyonu keseye verilir ancak aspire edilmez. Yer çekimi kuvveti ile drene olması beklenir. Yaklaşık 2 hafta sonra meydana gelen iyileşme sonrası katater çıkarılır. Hastanın sürekli ostomi torbası kullanmasını gerektirmez, dışarıdan stoma içine tüp yerleştirerek gaitanın boşaltılması sağlanabilir. Kesenin yırtılmasını önlemek amacıyla hastanın keseyi rutin olarak günlük boşaltması gerekmektedir (72,79).



Şekil 4.7. Kontinent İleostominin Cerrahi Uygulanması (84).

4.2.1.1.3. Ürostomi

İdrar akışının bozulduğu herhangi bir durumda üreterlerin cerrahi yöntemle, doğrudan ya da dolaylı yolla karın duvarına ağızlaştırılması ve idrarın doğrudan dışarıya çıkışının sağlanmasıdır. Üriner stomalar birçok neden ile oluşabilir (Tablo 4.3). Ürostomiler oluşumlarına göre adlandırılmaktadır. Üreterlerin vücut yüzeyine ağızlaştırılmasına üreterostomi, ileumdan 12 cm kesilerek üreterlerin ileuma anastomozu yapılarak oluşturulan stomaya ise; “ileal konduit üreterostomi” denilmektedir (85,86,87).

Tablo 4.3. Üriner Stoma Oluşturma Nedenleri (87)

<ul style="list-style-type: none">• Mesane kanseri• Sistektomi• Travmaya bağlı yaralanmalar• İnkontinans• Ağrılı mesane• Doğumsal anormallikler• İntersistisyel sistit• Radyasyon hasarı	<ul style="list-style-type: none">• Nörolojik bozukluklar ve hastalıklar• Spinal kord yaralanması• Mesanenin kronik inflamasyonu• Kontinan üriner diversiyonun,inkontinan stomaya dönüştürülmesi• Kontinan üriner diversiyon ya da yeni mesane yönetmede yetersizlik
---	--

4.2.1.2. Prognostik Seyrine Göre Stomalar

4.2.1.2.1. Kalıcı Stomalar

Mesane, anüs ve rektumun tamamen çıkarılması gereken durumlarda uygulanan stomalardır. Kalıcı stomalar hastalarda yaşamları boyunca bulunmaktadırlar. Bu nedenle kullanım kolaylığı açısından bireyin kolayca erişebileceği bir yere açılması tercih edilmelidir. Kalıcı tip kolostomilerde distal uç ya tamamen çıkarılmıştır ya da Hartmann kolostomisi tekniğinde olduğu gibi distal ucun ağzı dikilerek kapatılmıştır.

Kalıcı uç ileostomi ise inflamatuvar bağırsak hastalıkları, FAP veya multiple yerleşimli kolon kanserleri sonrasında gerçekleştirilen total proktokolektomi sonrası uygulanmaktadır (77).

4.2.1.2.2. Geçici Stomalar

Boşaltım ihtiyacının giderilmesi için geçici olarak uygulanan ve akut durum atlatıldıktan sonra kapatılan stomalardır. Genellikle 3-6 ay içerisinde kapatılmaktadır. Stoma kapatıldıktan sonra bağırsak fonksiyonları normale dönmektedir (77,5).

4.2.2. Stoma Komplikasyonları

Stoma, hastalıkların tedavisinde sık başvurulan bir cerrahi yöntemdir. Cerrahi tekniklerdeki gelişmeler ve alınan önlemlere rağmen stoma açılması nedeniyle oluşan komplikasyonların oranı yüksektir. Persson ve arkadaşlarının 2005 yılında yapmış olduğu çalışmada, ileostomili bireylerin %71'i, kolostomili bireylerin ise % 43'ü stoma komplikasyonlarını deneyimlemiştir. Colwell ve arkadaşlarının yayınladığı makalede ise komplikasyon oranları; peristomal deri iritasyonu %15-%85, peristomal herni %1-%37, stomal prolapsus %2-%25, stoma stenozu %2-%10, stoma retraksiyonu %1-%11 olarak gösterilmiştir (19,88,89).

Stoma komplikasyonlarını; cerrahi işlem, altta yatan patolojiye, preoperatif hazırlıktaki yetersizlik ve postoperatif bakımdaki eksiklik, yaş, gelir düzeyi, gibi bireye ait özellikler, stomanın, yeri, türü, süresi ve deri yüzeyinden yüksekliği, stoma bakımı ve kullanılan ürünler gibi birçok faktör etkilemektedir (89,67).

Stoma komplikasyonları;

- Çok erken komplikasyonlar
- Erken komplikasyonlar
- Geç komplikasyonlar olarak üç grupta değerlendirilmektedir (72).

Park ve arkadaşlarının 1616 ileostomi ve kolostomili bireyi 20 yılı aşkın bir süreyle izlemeleri sonucunda elde ettiği verilerde komplikasyonların %28'inin erken dönemde, %6'sının ise geç dönemde geliştiğine ulaşılmıştır. Aynı çalışmada en yüksek komplikasyon oranı %75 ile loop ileostomide görülürken en düşük komplikasyon oranının %6 ile transvers kolostomide olduğu tespit edilmiştir (90).

4.2.2.1. Çok erken komplikasyonlar

Ameliyattan sonra ilk 24 saat içinde meydana gelen komplikasyonlardır. Ameliyat sonrasında stoma torbasının şeffaf tercih edilmesiyle bu komplikasyonların izlenmesi kolaylaşır (72).

- **Ödem:** Tüm stomalar, cerrahi işlemin sonrasında bağırsak manipülasyonu nedeniyle ödemlidir, sonraki günlerde giderek azalması beklenir
- **İskemi/Nekroz:** Sıklıkla cerrahi işlem sırasında meydana gelir. Kan akımındaki bozulma nedeniyle stoma koyu esmer bir renk alır. Nekrotik doku cerrahi eksizyon gerektirebilir. Stomalarda nekrozları; kolostomilerde %1 ile %10, ileostomilerde ise %1 ile %5 oranlarında meydana gelmektedir (91,72).

4.2.2.2. Erken Komplikasyonlar

Stoma açılmasından 24 saat sonraki süre ile hastanın taburcu olduğu süre içerisinde meydana gelen komplikasyonlardır (72).

- **Mukokutenöz Ayrılma:** Stomanın ciltten ayrılmasıdır. Uygun olmayan dikiş materyalinin kullanılması, dikişlerin gerginliği, stomanın kötü açılması diyabet, radyasyon, yaşlılık, steroid ve immunosüpresif tedaviler gibi nedenlerle meydana gelebilmektedir. Ayrılma stomanın tamamında ya da bir kısmında gerçekleşebilir. İyileşmeyi sağlamak için yara iyileşmesini etkileyen sistemik faktörler düzeltilmeli ve stoma pastaları ya da jeller kullanılmalıdır. Fasyaya kadar uzanan ayrılmalarda cerrahi müdahale gerekmektedir (92,74,72).
- **Stomanın Çalışmaması:** Kolostomilerde, cerrahi operasyondan 3-6 gün sonra ileostomilerde, cerrahiden yaklaşık 72 saat sonra çıkış başlamalıdır (93). Stomanın çalışmaması, ameliyat esnasında ve sonrasında kullanılan narkotik ilaçlar, cerrahi işlem esnasında bağırsak manipülasyonu nedeniyle gelişen paralitik ileus ya da beslenmeye geçtikten sonra besin blokajı nedeniyle oluşabilir. Kusma, karın ağrısı en önemli klinik belirtisidir. Hastaya ameliyat sonrası en az 7 gün laksatif ilaçlar verilmemeli sonrasında

bağırsak uyarıcı lavmanlar uygulanmalıdır. 12 saatten uzun süren durumlarda hasta intravenöz olarak desteklenmelidir. İleus durumunda hastanın sıvı alımı kısıtlanmalı, kusması varsa ileus çözülmeye kadar nazogastrik tüp uygulanmalıdır (72).

4.2.2.3. Geç komplikasyonlar

Genellikle hastaneden taburcu olduktan sonra meydana gelen komplikasyonlardır (72).

- **Alerjik Dermatit :** Cildin herhangi bir alerjene karşı verdiği immünolojik cevaptır. Genellikle stoma torbalarının yapışkan tabakalarına, cilt bariyerlerine ya da stoma torbalarına takılan kemerlere bağlı olarak meydana gelmektedir. En tipik belirtisi, alerjik etkenin temas ettiği bölgede lokalize olan reaksiyondur. Klinik belirtisi hafif kızarıklık, batma ve kaşıntı, deri bütünlüğünde bozulma, bül, kabarıklık, eritematöz, nemli ve ağrılı lezyonlar şeklinde olabilir. (94,89,72). Tedavi alerjenin basit bir şekilde uzaklaştırılmasıdır. Alerjen madde uzaklaştırıldığında deri genellikle iyileşmeye başlar. Bu dönemde deri, sadece temiz, ılık su ile temizlenmelidir. Alerjeni tespit etmek için yama (patch) testi yapılmalıdır. Deri bakımında stoma pudraları, hidrokolloid pansumanlar, steroid kremler kullanılmalıdır (76,94,72).
- **İrritan Dermatit :** İrritan dermatit, peristomal deri komplikasyonlarının en yaygın görülen şeklidir. Genellikle dışkının cilde temas etmesiyle meydana gelmektedir. Uygun olmayan stoma torbalarının kullanımı, kilo artışı ya da kilo kaybı dışkının cilde temas etmesine neden olmaktadır. Eritem, kaşıntı ve ağrı en sık görülen belirti ve bulgularıdır. İleostomili ve ürostomili bireylerde yaygın olarak görülmektedir. İrritan dermatitin önlenmesi için uygun torbalar kullanılmalı, adaptör nazik bir şekilde çıkarılmalı, stoma bakımı yapıldıktan sonra cilt iyi kurulmalıdır. Cilt irritasyonu varsa bölge sadece suyla temizleneli, stoma çevresindeki bölge pudra ile kuru tutulmalı, stomaya uygun büyüklükte torbalar kullanılmalı, torbanın yarısı ya da 1/3'ü dolduğunda boşaltılmalıdır (89,92,72).

- **Prolapsus:** Prolapsus, barsağın stoma açıklığından dışarı doğru aşırı derecede çıkmasıdır. Obezite, cerrahi işlemde stoma bölgesindeki abdominal duvarın geniş açılması, abdominal yapıdaki anorallikler ve karın içi basıncın artması gibi durumlar prolapsusa neden olmaktadır (81,95). İskemi ya da tıkanıklık yoksa karın içi basıncı azaltmak için yan pozisyonda prolabe olan bölüm nazikçe içeri itilir ve bu yöntem hastaya öğretilir. İskemi veya tıkanıklık bulguları varsa cerrahi tedavi gereklidir (94,72).
- **Retraksiyon :** Stomanın geriye, karına doğru kaçması, stomanın cilt seviyesinin üzerinde çıkıntı yapmamasıdır. En sık transvers kolostomilerde görülmektedir (80,72). Stomanın gergin olması, ameliyat öncesinde uygulanan radyoterapinin mezenterde oluşturduğu kısılma, kilo alma, bağetin erken çıkarılması gibi nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Hastaya konveks torba sistemi kullanılmalı, adaptör açıklığı stomayı destekleyecek şekilde ayarlanmalı, cildin korunması için pasta kullanılmalı, torba kemer ile birlikte kullanılmalıdır. Stomanın tamamen karın içine kaçtığı durumlarda stoma revizyonu uygulanmalıdır (94,92,73).
- **Stenoz :** Stoma lümeninin daralmasıdır. En yaygın nedeni iskemidir. Bağırsağın geri kaçması, stoma çevresinde oluşan enfeksiyon nedeniyle meydana gelen fibröz doku artışı, çevresel bağ dokusundaki artış da stenoza neden olmaktadır. (94,96). Yeterli sıvı alması, düşük posalı diyet ile beslenmenin planlanması, gaita yumuşatıcı kullanılması, parmakla genişletme yapılması, ve dışkının boşaltımının sağlanması gibi basit yöntemlerle tedavi edilmektedir. Bu yöntemlerin etkili olmadığı durumlarda cerrahi işlem uygulanabilmektedir (94,72).
- **Parastomal Herni:** Parastomal herni, abdominal stoma ile ilişkili insizyonel herni olarak tanımlanır (97). Geç komplikasyonlar içinde en sık görülen türüdür (94). Yaşlılık, karın içi basıncın artması, obezite, malnütrisyon, steroid kullanımı, peristomal enfeksiyonlar, parastomal herni açısından risk faktörleridir (94,96). Herninin önlenmesi için ameliyat öncesinde

işaretleme yapılmalı, hastalar aşırı kilo almamalı, ağır kaldırmamalı ve yorucu aktivitelerden sakınmalıdır. Parastomal hernilerde boğulma veya tıkanma ile kronik ağrı varsa cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyulmaktadır (94,72).

- **Konstipasyon:** Kolostomili hastalar, özellikle de sigmoid kolostomili olanlar, konstipasyon riski taşımaktadırlar. Genellikle hastanın beslenme değişikliğine gitmesi ve laksatif ilaçların kullanımıyla tedavi edilebilir.
- **Yüksek Debili İleostomi:** Bu kişilerde aşırı sodyum, potasyum kaybından ve dehidratasyondan kaçınılmalıdır. Dikkatli sıvı elektrolit yönetimine ihtiyaç vardır. İleostomi çıktısını toplamak için drenaj torbası kullanılabilir. Motiliteyi yavaşlatan ilaçlar kullanılabilir (72).
- **Gaz ve Koku :** Stomalı hastalarda, sızıntı ve kokunun oluşacağı endişesiyle, sosyal izolasyon, içe kapanma, yalnız kalma isteği ve depresyon gibi çeşitli psikiyatrik bozuklukların oluşabileceği belirtilmektedir (9). Koku ve gaz yapan gıdaların alımından kaçınılarak sorun azaltılmaya çalışılmalıdır. Bütün stoma torbaları kokuyu torba içinde tutma özelliğine sahiptir. Torbanın yerleştirilmesi uygun olarak gerçekleştirildiyse koku dışarıya sızmaz (72,73).

Tablo 4.4. Stoma Çıktısını Etkileyen Besinler (5)

Koku Üretenler	Gaz Üretenler	İshale Neden Olanlar	İleostomide Tıkanıklığa Neden Olanlar
Yumurta	Fasulye	Alkol	Fıstık
Sarımsak	Lahanagiller	Bira	Kuru Üzüm
Soğan	Soğan	Lahana	Mısır
Balık	Karbonhidratlı	İspanak	Çekirdek
Kuşkonmaz	içecekler	Taze Fasulye	Çiğ Sebze
Lahana	Peynir	Kahve	Kereviz
Brokoli	Brüksel Lahanası	Baharatlı	
Alkol	Bira	Besinler	
		Çiğ Meyve	

- **Travma** : Stoma torbasının sürtünmesi ile minör travmalar oluşabilirken, trafik kazaları gibi nedenlerle meydana gelen yaralanmalarda majör travmalar oluşabilir. Tedavisi, stomanın doğal bir şekilde iyileşmesini sağlayan doğru boyutta bir torbayla sağlanır (72). Mekanik travmayı önlemede, deri bariyerlerinin ve koruyucu yara örtülerinin uygulanması yararlı olabilir. Hassas ciltlerde torbanın/adaptörün kolay çıkartılmasını sağlamak ve deride kalan yapıştırıcıları temizlemek için çözücüler kullanılabilir. Çözücüler kullanıldıktan sonra deri iyice durulanmalıdır (89).
- **Kanama:** Stomanın mukozal yüzeyi oldukça damarlıdır. Buna bağlı olarak stoma temizliğinde hafif kanamalar meydana gelebilir. Stomanın aşırı yüzey kanamasını önlemek için ılık su ve yumuşak bezlerin kullanılması gerekmektedir (72).
- **Hipergranülasyon / Granülomlar:** Genellikle mükakütanoz kenarında oluşursalar da stomanın üzerinde de meydana gelebilirler.

Hipergranülasyonlaşmış küçük kümeler ağırlıdır ve dokunulduğunda kanarlar. Haftada iki ya da üç kez kalem şeklindeki gümüş nitratlar uygulanarak tedavi edilebilirler (72).

- **Folikülit** : Kıl foliküllerinin inflamasyonudur. Cildin sık tıraş edilmesi, yanlış tıraş tekniği ve adaptörün sert çıkarılması folikülitte sebebiyet vermektedir. Kaşıntı, kıl foliküllerinin dibinde bulunan toplu iğne başı büyüklüğünde kızarıklık ve papüller, folikülitin belirtileridir. Folikülitin önlenmesi için, kıllar elektrikli tıraş makinesi ile tıraş edilmeli ya da makasla kesilmelidir. Deri koruyucular ve adaptörün sökülmesi esnasında uygulanan çözücüler de önleyici girişimlerdir. Folikülitin tedavisinde; topikal antibakteriyel pudra, gümüş içeren alginatlı pudralar ya da yara örtüleri kullanılabilir (72,76,88).
- **Kanser Kolonizasyonu** : Stomanın etrafında ya da üzerinde kanserin nüks etmesidir. Nadiren görülmektedir. Damarlanmanın artması nedeniyle kanama görülmektedir. Tedavisi; tümörün büyümesini engellemek için ışınlama ya da lokal eksizyon işlemidir (72).

4.2.3. Stomalı Hastada Hemşirelik Bakımı

Stomanın varlığı ve stomada meydana gelen komplikasyonlar stomalı bireylerin hastaların yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen önemli etkenlerdir.

Stoma, bireylerin yalnızca boşaltım biçimini ve alışkanlıklarını değil aynı zamanda benliğini, kendine olan saygısını, bağımsızlık duygusunu, beslenme durumunu, cinsel yaşamını çalışma hayatını, giyinme alışkanlıklarını, sosyal yaşamını, öz-bakım öğrenme ve fonksiyonel yeteneklerini de etkilemekte, değiştirmektedir.(98).

Stomada meydana gelen komplikasyonların bireyin tüm hayatını olumsuz şekilde etkilediği saptanmıştır (92). Stoma komplikasyonlarının önemli nedenlerinden birisi de ameliyat öncesi ve sonrasındaki hemşirelik bakımının yetersizliğidir.

Bu nedenle, stomanın bireyin yaşamına olan olumsuz etkilerinin saptanmasında ve giderilmesinde, stomalı bireyde gelişen komplikasyonların önlenmesinde ve tedavisinde, bütüncül bakım anlayışına dayalı hemşirelik bakımının önemli yeri bulunmaktadır (15,99).

4.2.3.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Ameliyattan önce gerçekleştirilen hemşirelik bakımı hastayı ve ailesini ameliyata hazırlamakla başlar. Hemşire cerrah ile işbirliği yaparak hastayı tanı ve yapılacak cerrahi işlem hakkında bilgilendirir. Hasta stoma ile ilgili kavramlar, stomanın rengi, büyüklüğü ve görünümü hakkında görsel materyaller kullanılarak bilgilendirilmelidir. Stoma açılmasıyla sindirim ya da üriner sistemde meydana gelecek olan değişiklikler ve torba kullanımına duyulacak olan ihtiyaç hakkında hasta bilgilendirilmelidir. Stomanın bireyin yaşantısı üzerine olan, yaşam kalitesi, aktivite, beslenme, cinsellik, giyinme beden görünümü değişikliği, iş yaşantısı ve sportif faaliyetler gibi etkileri hasta ve yakınları ile tartışılmalıdır (100,101).

Stoma bölgesinin işretlenmesi de ameliyat öncesindeki hemşirelik bakımının önemli girişimlerindedir. Ameliyat sonrasında meydana gelebilecek komplikasyonlarını önlemesi ve ameliyat sonrasındaki yaşam kalitesini artırması nedeniyle stoma bölgesini ameliyattan önce belirlenmeli ve önemi hastaya anlatılmalıdır (83,72,101,13).

Stomanın uygun olmayan bir bölgeye açılması durumunda torbanın cilde yerleşmesi, hastanın ya da hemşirenin yaptığı stoma bakımı zorlaşmakta ve cilt komplikasyonlarının gelişme riski artmaktadır. (102,103). Stoma yerinin seçiminde hastalığın tipi ve hastanın vücut yapısı belirleyicidir. Stoma yeri seçilirken, kıvrımlar, skarlar, göbek, bel çizgisi, sarkık göğüs altları ve kemik çıkıntılarından kaçınılmalıdır. Tekerlikli sandalyeye bağımlı olan ya da obezite nedeniyle stomayı göremeyecek olan hastalarda stoma üst kadrandan açılabilir. (99,72).

Ameliyat öncesindeki hemşirelik bakım uygulamalarından birisi de hastanın fiziksel olarak hazırlanmasıdır. Fiziksel hazırlık, cerrahi işlem gerçekleştirilecek diğer hastaların ameliyat öncesi hazırlıklarıyla aynıdır. Ancak stoma açılacak olan hastaların postoperatif döneminde dışkılama yolu değişeceği için sıvı elektrolit

dengesizlikleri görülebilmektedir. Bu nedenle hastaların ameliyat öncesinde sıvı elektrolit dengesizlikleri giderilmeli kan ve protein eksiklikleri yerine konmalıdır (72).

4.2.3.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Stoma ameliyatından sonra fiziksel bakımı içeren hemşirelik girişimleri, batın ameliyatı olan diğer hastaların bakımı ile aynıdır. Ancak stoma ameliyatı sonrası hemşirelik bakımında farklı ve dikkat edilmesi gereken başka noktalar bulunmaktadır. Bu noktalar arasında, stomanın, renk, ödem, çap yönünden izlenmesi, dışkının ameliyat yarasına bulaşmasının önlenmesi, bireyin stomaya uyumunu kolaylaştırmak için psikolojik destek verilmesi ve bireyin desteklenmesi ile bireye stoma bakımının öğretilmesi yer almaktadır (104).

Ameliyat sonrasında servis hemşiresinin hastayı kabul etmesiyle hemşirelik bakımı başlar. Servis hemşiresi ilk olarak stomayı renk, ödem ve çap yönünden değerlendirmelidir. Bu değerlendirmelerin yapılması için ameliyattan sonra stomaya şeffaf torba takılmalıdır. Stoma rengi pembe- açık kırmızı ve parlak olmalıdır. İskemi ve nekroz durumlarında olduğu gibi stoma rengindeki değişiklikler komplikasyonların erken tanılanmasını sağlayabilmektedir. Ameliyattan sonra stoma ödemlidir. Stomanın ödemi ve çapı ameliyattan sonra yaklaşık 8 haftada azalabilir. Bu nedenle stoma torbası, stoma çapından 3mm daha geniş olmalıdır. Torbanın stoma çapından küçük olması kan dolaşımını bozarak iskemiye neden olabilir (105,81,72).

Ameliyat sonrasında stomadan gelen çıktı; miktar, kıvam ve içerik açısından değerlendirilmelidir. Hemşire açılan stomanın yerine göre değişen dışkının özelliklerini bilmeli ve hastayı bilgilendirmelidir. Adaptasyon sürecinde ileostomi içeriğinin çok fazla olması hastayı endişelendirebilir. Bu durumun geçici olduğu ve çıktının normale döneceği hastaya açıklanmalıdır. İleostomi içeriğinin su gibi olduğu bu dönemde ileostomi torbaları drenaj sistemine bağlanabilir (106,99,72).

İyi bir stoma bakımı cilt bütünlüğünün sürdürülmesi ile gerçekleştirilir. Bu nedenle ameliyat sonrasında peristomal alan, cilt komplikasyonları açısından kontrol edilmelidir. Bu bölgenin gözlenmesi ve palpe edilmesi ile mevcut ya da olası komplikasyonlar tespit edilebilir. Peristomal alanda gizli kıvrımların tespit

edilebilmesi için hastanın muayensi ayakta, oturur ve sırt üstü pozisyonlarında gerçekleştirilmelidir. Peristomal alan sert ise yumuşak torba, persitomal alan yumuşak ise sert torba kullanılmalıdır (99).

Ameliyattan sonra hastalar stomalarının herkes tarafından fark edileceği, bedenlerinden bir parça kaybettikleri ve bedenlerinde değişiklikler olduğunu düşünebilirler. Buna bağlı olarak da şok, inkar ve öfke hissedebilirler. Hastanın yaşadığı bu duyguların varlığı doğruluğu ya da yanlışlığı tartışılmaksızın kabul edilmelidir. Böylece hastanın kendini ifade etmesi cesaretlendirilir. Hasta, stoma bakımını yapabilecek aşamaya gelene kadar soru sormasına olanak verilmeli, hastanın yaşadığı güçlüklerin farkında olarak hoşgörülü ve toleranslı davranılmalıdır (72,99).

Taburculuk esnasında hasta, beslenme, stomanın içerik takibi, bakımı, ölçülmesi, stoma torbası seçimi, torbanın stomaya uygun kesilmesi, stoma bakım ürünlerinin uygulanması, peristomal bölgenin bakımı, gaz ve koku oluşumunun önlenmesi, dışkı sızıntısı ve deri tahrişi gibi görülmesi muhtemel problemler ve çözümleri, stomaya ilişkin görülebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Yine hastaya egzersiz, çalışma ve cinsel ilişki hakkında bilgi eğitim verilmelidir (81,99,107).

4.3. Sosyal Destek

Sosyal destek, bireyin stres altında ya da güç durumda bulunduğu durumlarda, eş, aile, arkadaş gibi yakınındaki insanlar tarafından sağlanan maddi ya da manevi yardımdır. Sosyal destek, insanın ihtiyaç duyduğu sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi sosyal gereksinimleri karşılayarak bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığına olumlu biçimde katkıda bulunur, kişinin karşısına çıkan güçlüklerde önemli destekçisi olur (16).

Sosyal desteğin sağlanması fiziksel ve psikolojik hastalık durumlarında bireyin sağlığını sürdürmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca sosyal desteğin, iyileşme süreçlerini hızlandırdığı, hastalığa uyumu kolaylaştırdığı ve yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmektedir (17).

Hastalıklar ya da olumsuzluklar karşısında strese karşı tampon işlevi gören sosyal destek, kanser hastalıklarında da önemli yer tutmaktadır. Kanser hastalarında sağlık konforunun giderek bozulması, sıkıntıların süreklilik kazanması, kaygı yaratan koşulların giderek artması gibi fiziksel ve psikolojik sorunların ağırlığı sosyal desteğe olan ihtiyacı arttırmaktadır (108,109).

Sosyal destek sağlanmasının kanser hastalarında yararı bulunduğu ve aile üyelerinden alınan duygusal desteğin kanserle yaşam uyumunu arttırdığı belirtilmektedir (110). Tuna'nın 1993 yılında gerçekleştirdiği çalışma, kanser hastalarında arkadaş ve aile desteği ve sevgisinde meydana gelen azalmayla hastaların daha fazla kaygı ve depresyon yaşadıkları belirtilmektedir (111). Tan ve Karabulutlu'nun 2005, Vellone ve arkadaşları'nın 2006 yılında, kanserli hastalarda gerçekleştirilen araştırmalarda aile tarafından sağlanan sosyal destek ile umut arasında pozitif bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (112,113).

Dunkel- Schetter'in 1984 yılında yaptığı çalışmada duygusal destek, kanser hastalarında en etkili destek tipi olduğu belirtilirken aynı çalışma, kolon kanserli hastaların büyük bir bölümü duygusal desteğin yararlı olduğunu ve gerekli olduğunu belirtmişlerdir (114).

Kolorektal kanser nedeniyle stoma açılan hastalarda, kanser ile birlikte stomanın varlığı, kişilerde fiziksel ve psiko-sosyal sorunların şiddetini arttırabilmektedir. Borwell'in yaptığı çalışmada stomalı hastaların %90'ının ihtiyaçlarını aile üyelerine ifade ettiği ve stoma bakımını kendisi yapamayan kişilerin %60'ının stoma bakımında aile desteğini tercih ettiği belirtilmektedir. Bu sonuçlarla sosyal desteğin stoma ile yaşama uyumda önemli bir etken olduğu söylenmektedir (115).

Stomayla yaşama uyum yalnızca bireyi değil aile fertlerini de içine alan bir süreç olarak değerlendirilmelidir. Bireylerin stomayla yaşama uyumlarının hızlandırılması için aile üyelerinin de uyum sürecine dahil edilmesi önemlidir. Bu amaçla stomalı bireyin ailesinin gereksinimleri ameliyat öncesi dönemden itibaren belirlenmesi, aile üyelerine uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması önerilmektedir (18).

4.4. Stomalı Yaşama Uyum ve Hemşirelik

Uyum, bireyin iç ve dış çevresinden gelen değişiklikleri kabul edip, fiziksel ve psikososyal gereksinimlerine, çevresel koşullara uygun tutum ve davranışlar gösterebilmesi olarak tanımlanabilir.

Uyum kavramının tanımlanması çeşitli biçimlerde yapılmaktadır. Levine'e göre uyum hastanın çevresiyle bütünleşmesinin sürdürüldüğü bir değişim sürecidir (116). Bacalı'nın uyum tanımı ise şöyledir: bireyin kendisinde olan psikolojik, sosyal ve duygusal değişiklikleri anlamaya çalışması, kabul etmesi, uygun davranış ve tutumlar göstermesi ve çevresiyle uyumlu ilişkiler kurabilmesidir (117). Bakırcıoğlu ise uyumu canlının gereksinimlerini gidermek, isteklerini karşılamak amacıyla içinde bulunduğu çevre ile kurduğu dengeli ilişkiler olarak tanımlamıştır (118).

Stomalı bireyler, boşaltım sisteminde meydana gelen değişikliklerle hem fiziksel hem de psikososyal olarak etkilenebilmektedir. Bu etkilenmeler uyum sorunlarına ya da uyum süresinin uzamasına neden olmaktadır. Cerrahi tekniklerde meydana gelen ilerlemeler, teknolojik gelişmeler, stoma bakım ürünlerindeki yenilikler ve stoma terapi alanında uzmanlaşmış hemşirelere rağmen stomalı bireylerin çoğunda uyum sorunları görülmektedir (119).

Stomaya uyumu etkileyen faktörler şöyle sıralanabilir:

- Yaş ve cinsiyet
- Stoma tipi
- Altta yatan hastalık
- Stoma cerrahisinden sonra geçen süre
- Hastanın o anki sağlık durumu
- Stoma bakımı ile ilgili beceri yeteneği
- Psikolojik farklılıklardır (120).

Hastanın stomalı yaşama uyum sağlamasında ameliyat öncesinde başlayan hemşirelik bakımı ve stomalı yaşam hakkındaki eğitimlerin önemli bir yeri olduğu

belirlenmektedir (21). Colwell ve ark.'nın 2001 yılında gerçekleştirdiği çalışma, ameliyat öncesinde başlayan hasta desteklenmesinin stomaya uyumu arttırdığını bildirmektedir (19). Ameliyat öncesinde stoma yerinin işaretlenmesiye peristomal cilt komplikasyonlarının azaldığı ve bu durumun uyumu pozitif yönde etkilediği belirtilmektedir (20,21).

Cinsiyet stomada uyumu etkileyen faktörlerden birisidir. Yapılan çalışmalar kadınların stoma açıldıktan sonra endişelerinin daha fazla olması ve stoma açıldıktan sonra psikolojik olarak daha fazla etkilenmeleri nedeniyle stomaya uyumlarının daha zor olduğunu göstermektedir (120,121).

Stoma komplikasyonları da yaşam kalitesi ve uyumu olumsuz yönde etkilemektedir (122). Özellikle parastomal cilt komplikasyonları ve sızıntının yaşam kalitesini etkileyen bir stres kaynağı olduğu bildirilmektedir (102,123). Stoma komplikasyonlarının erken tanınması ve zamanında müdahale edilmesi yaşam kalitesini arttırmaktadır (67).

Piwonka ve Merino 1999 yılında gerçekleştirdiği çalışmada, stomadan gelen ses, koku ve kötü görüntü nedeniyle duyulan endişenin, bireylerin beden imajlarına ilişkin memnuniyetlerinin düşük olmasına sebebiyet verdiğini tespit etmiştir. Stoma açılan bireylerde beden imajının olumsuz yönde etkilenmesi, kişiden kişiye değişmekle birlikte inkar, korku, düşmanlık, keder, endişe ve çaresizlik gibi duygularında değişikliklere ve psikolojik problemlere neden olmaktadır. Stoma ile yaşamaya uyum sağlayabilmek için bu problemlerle baş etmek öğrenilmelidir (67,124,125).

Stomalı bireylerin cinsel yaşamları olumsuz olarak etkilenmekte ve bu durum psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Cinsel ilişki esnasında sızıntı ve koku olacağı korkusu cinsel istekte ve cinsel ilişki sayısında azalmaya neden olmaktadır (126,127). Yapılan çalışmalar stomalı bireylerin %80'in yakınının cinsel sorunlar yaşadığını ve cinsel çekiciliklerinin azaldığını belirtmektedir (11,119,128).

Stomaya uyumun etkileyen faktörlerden birisi de bireylerin yaşam tarzlarında meydana gelen değişikliklerdir. Stomalı bireyler, stomanın sızıntı ve kokuya yol açacağı korku nedeniyle içe kapanmakta ve toplumsal yaşamdan uzak durmaya

çalışmaktadırlar. Stomanın sosyal, aile ve iş yaşantıları üzerine olumsuz etkileri olabilmektedir. Stomalı bireyler, stoma açılmadan önce gerçekleştirdiği aktiviteleri genellikle sürdüremezken, iş yaşantılarında değişikliğe gitmekte ya da işten ayrılmaktadırlar. İslamtürk'ün 2018 yılındaki çalışmasına göre stoma açılmadan önce %56.7 olan çalışma oranı açıldıktan sonra %18.7 'e gerilemiştir.(119,129,130).

Stoma bakım hemşireleri, stomalı bireylerin karşılaştıkları sorunların çözülmesine yardımcı olurlar. Stoma bakım hemşirelerinin verdikleri eğitimler ile bireyler stomayla yaşamaya ve kendi bakımlarını yapmaya daha kolay uyum sağlamaktadırlar. Stoma terapi hemşirelerinin verdiği uygun bakım, eğitim ve danışmanlıkla stomaya bağlı problemlerin kısmen ya da tamamen ortadan kalktığı belirtilmektedir (14,15). Stoma bakımını kendisi yapabilen bireylerin stomaya olan uyumlarının daha yüksek olduğu, bağımlılık seviyesinin azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığı belirtilmektedir (14,119,131).

5. METHOD VE MATERYAL

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kolorektal kanser hastası olan ve kolostomi açılan bireylerde sosyal desteğin uyuma etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul'da üniversite hastanesi ve eğitim araştırma hastanesi stomaterapi ünitelerinde yapılmıştır. Bu üniteler hastanelerin genel cerrahi polikliniklerine bağlı olarak 08:00-16:00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Ünitelerde lavabo, sedye, paravan gibi muayene araç gereçleri, stoma işaretleme disk ve kalemleri, stoma torbası, stoma adaptörü, cilt bariyer macunu gibi stoma bakım ürünleri, stoma eğitime yönelik yazılı ve görsel materyaller ile hasta kayıtlarının yer aldığı dosyalar bulunmaktadır. Stomaterapi ünitelerinden her birinde bir stomaterapi hemşiresi görev yapmaktadır. Hemşireler kliniklerde yatmakta olan hastalara, ameliyat öncesi dönemde stoma bölgesini belirleme ve işaretleme, ameliyet sonrası dönemde stoma ve cildi değerlendirme, hasta ve yakınlarına stoma bakımına yönelik eğitimler verme gibi girişimlerde bulunmaktadırlar. Stomaterapi hemşireleri, taburculuk sonrasında ise hastaların periyodik takiplerini yapmaktadırlar.

Araştırma, 1 Ocak 2019 - 8 Mart 2019 tarihleri arasında üniversite hastanesi'nde, 20 Şubat 2019 - 05 Nisan 2019 tarihleri arasında eğitim araştırma hastanesinde yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, İstanbul' da bir üniversite hastanesi ve eğitim ve araştırma hastanesi stoma terapi ünitelerine kayıtlı, kanser nedeniyle kolostomi açılmış hastalar oluşturmuştur. Ünitelere son bir yıl içinde kayıtlı olan toplam hasta sayısının 140 olduğu belirlenmiştir.Örnekleme alınacak birey sayısı için aşağıdaki adımlar izlenmiştir:

- 1.tip hata payı (α) = 0.05
- Etki büyüklüğü (effect size) = 0,8 alınmıştır
- Testin gücü ($1-\beta$) = 0.80 alınmıştır.

Hesaplamalar neticesinde testin gücü ($1-\beta$) = 0.80'i sağlayacak minimum örnek hacmi toplamda 52 kişi olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın örneklem seçim kriterleri;

- 18 yaşından büyük olan
- Kolostominin açılmasından sonra en az iki ay geçmiş olan
- Okuma- yazma bilen
- Kolostomiye bağlı komplikasyonu olmayan
- Mental - zihinsel sorunu olmayan
- Psikiyatrik hastalığı bulunmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırmaya alınmıştır.

5.4. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma stoma terapi ünitelerine kayıtlı, hastanelerin servislerinde yatan ya da ayaktan takibi yapılan ve araştırmanın örneklem seçim kriterlerini karşılayan bireyler ile yapıldı. Anketin doldurulacağı bireylere ulaşmak için stomaterapi ünitelerine haftada en az iki gün zaman geçirildi. Ayrıca randevu ile gelen ve servislerde yatan hastalara anket uygulanabilmesi için birgün öncesinden haber verilmek üzere stomaterapi hemşireleri ile işbirliği yapıldı. Çalışmaya katılan bireyelere çalışma hakkında sözlü ve yazılı bilgi verildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerin yazılı ve sözlü gönüllü onamları alındı.Çalışmaya katılmak isteyen bireylerden veri izlem formlarının doldurulması istendi. Her bir bireyin veri izlem formlarını doldurması yaklaşık 40 dk sürdü.

5.5. Araştırma Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği puanları, Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği puanlarıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, sosyal güvence varlığı, ekonomik durumu içeren sosyo-demografik özellikleri ve kolostomi süresi, kanser tanı süresi, başka hastalık varlığı, kolostomi tipi, kolostominin geçici-kalıcı olma durumu, radyoterapi alma durumu, kemoterapi alma durumu, kanser evresi gibi hastalık özellikleridir.

5.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak , kanser hastası olan ve kolostomi açılmış hastalara yönelik hazırlanan Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2), Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği (EK-3) ve Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (EK-4), kullanıldı.

5.6.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Tanıtıcı özellikler formu; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, sosyal güvence varlığı, ekonomik durum, kolostomi süresi, kanser tanı süresi, başka hastalık varlığı, kolostomi tipi, kolostominin geçici-kalıcı olma durumu, radyoterapi alma durumu, kemoterapi alma durumu, kanser evresi sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine yönelik soruları içeren formdur.

5.6.2. Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği

Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği 2002 yılında Eylon tarafından geliştirilen bir ölçektir. Ölçek, kanser hastalarının algıladıkları, ailelerinden alınan sosyal desteği ölçmek için geliştirilmiştir (110). KHSDÖ 13'ü olumlu, 22'si olumsuz toplam 35 sorudan oluşmaktadır. Beş dereceli Likert tipi ölçektir. Kanser hastalarının ailelerinden algıladıkları sosyal destek; güven desteği, duygusal destek, bilgi desteği olmak üzere üç alt boyutta sınıflandırılmıştır. Güven desteği; kişilerin desteklemesi, onlarla benzer duyguların ve düşüncelerin paylaşıldıklarını bilmeleri ya da durumlarını kendilerinden daha kötü olanlarla karşılaştırılmalarının sağlanması gibi davranışlardır. Bu destek türü, bireyin rekabet edebilmesinin yanı sıra kendilerinin değerli olduğunu hissettirerek bir tür güven duygusu da geliştirmektedir. Duygusal destek; empatiyle birlikte, bakımın ve kişilere olan ilginin ifadesidir. Bireylere seviilme, şefkat, rahatlık ve yakınlık gibi duyguları kazandırır. Kişiyi dayanılması

zor durumlarda cesaretlerini artırarak direnme gücünün artmasını sağlamaktadır. Bilgi desteği; kişilerin sorunlarını anlamasında ve bu sorunların çözümünde; bilgi verme, öğüt, tavsiye gibi yararlı bilgilerin kişiye aktarılmasıdır. Bilgilendirici destek, bireyin sorunları ile ilgilenmek, rehberlik yapmak ve tavsiyelerde bulunmakla sağlanır (61, 129, 43, 44).

Ölçekte yer alan 1, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 17, 19, 24, 34, 35. sorular güven desteğini; 2, 9, 13, 15, 16, 18, 20, 23, 26, 27, 28, 33. sorular duygusal desteği; 4, 5, 14, 21, 22, 25, 29, 30, 31, 32. sorular ise bilgi desteğini ölçmek üzere geliştirilmiştir. Ölçekteki puanlama; Benim Durumuma çok uygun=5, Benim Durumuma Uygun=4, Benim Durumuma kısmen uyuyor=3, Benim Durumuma Uygun Değil=2 ve Benim durumuma hiç uygun değil=1 şeklindedir. Ölçekte; Olumlu cümle yapısındaki maddeler: 4, 9, 13, 14, 21, 22, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33 maddeleridir. Olumsuz cümle yapısındaki maddeler: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 28, 34, 35 maddeleridir. Algılanan sosyal destek puanının hesaplanması için olumsuz maddelerden alınan puanların ters çevrilerek puanlanması ve olumlu maddelerden alınan puanlar ile toplanması gerekmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 175, en düşük puan ise 35'dir. Toplam ölçek puanının yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Eylon (2002) tarafından yapılmış ve Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.917 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.76 olarak bulundu.

5.6.3. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği

Simmons, Smith ve Maekawa tarafından geliştirilen, Karadağ (2011) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği stomalı bireylerin stomaya uyum düzeylerinin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 12'si olumsuz, 11'i olumlu toplam 23 maddeden oluşmaktadır. Beş dereceli Likert tipi ölçektir. Ostomili bireylerin uyum düzeylerinin saptanması için ölçek dört alt boyutta sınıflandırılmıştır. 1, 3, 4, 6, 9, 14, 15, 19, 23. maddeler kabul etme alt boyutunu, 12, 13, 17, 20, 21. maddeler kaygı/endişe alt boyutunu, 5, 7, 8, 11. maddeler sosyal uyum alt boyutunu, 2 ve 10. maddeler ise öfke alt boyutunu ölçmektedir. Buna ek olarak 16, 18 ve 22. maddeler herhangi bir alt ölçeğe dahil edilmemiştir. Ölçek

olumlu ve olumsuz maddelerden oluşmaktadır. 1, 3, 4, 6, 9, 14, 15, 19, 20, 22, 23. maddeler olumlu cümle yapısına, 2, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 21. maddeler ise olumsuz cümle yapısına sahiptir. Olumlu maddelerdeki puanlama; Kesinlikle Katılıyorum=4, Katılıyorum=3, Emin değilim=2, Katılmıyorum=1, Kesinlikle Katılmıyorum=0, Olumsuz maddelerdeki puanlama; Kesinlikle Katılıyorum=0, Katılıyorum=1, Emin değilim=2, Katılmıyorum=3, Kesinlikle Katılmıyorum=4 şeklindedir (4). OUÖ-23 toplam puanı en düşük 0, en yüksek 92 ile skorlanabilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan, uyumun yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ tarafından gerçekleştirilmiş ve Cronbach alfa değeri 0.874 olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.74 olarak bulundu.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın veri girişi bilgisayar ortamında yapılmış, verilerinin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 22.0 paket programından yararlanıldı. Verilerin dağılımı Shapiro Wilk testi ile incelendi. Normal dağılım gösteren iki grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılıma sahip olmayan üç ya da daha fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde dağılıma göre Spearman korelasyon katsayısı kullanıldı. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri medyan (minimum-maximum), ortalama±standart sapma ve n (%) ile verildi. Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 22, 0 (ABD) programında $\alpha=0, 05$ anlamlılık seviyesinde analiz edilip raporlandı.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.11.2018 tarihli ve 10840098-604.01.01-E.50503 sayılı etik kurul onayı alınmış, bunu takiben Üniversite hastanesinden kurum izni (EK-5) ve eğitim ve araştırma hastanesinin bağlı olduğu İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (EK-6) alındı.

Araştırmamızda kullanılan KSDHÖ için Sayın Berrin Özyurt'tan (EK-7), OUÖ-23 için ise Sayın Ayişe Karadağ' dan (EK-8) mail yoluyla izin alındı.

Araştırma kapsamına alınan hastalara, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilip yazılı onamları alınarak "Gönüllü Oluru" ilkesi ve "Gönüllülük" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan hastaların bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirildi (EK-1).

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma, üniversite hastanesi ve eğitim araştırma hastanesi stoma terapi ünitelerinde kayıtlı olan, 18 yaşından büyük, okuma yazma bilen, kolostomiye bağlı komplikasyonu bulunmayan ve mental sorunu olmayan hastalar ile sınırlandırılmıştır. Araştırma bulguları, sadece bu çalışma kapsamındaki hastalara genellenebilir.

6. BULGULAR

Tablo 6.1. Katılımcıların tanımlayıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri (N=52)

Tanımlayıcı Özellikler	n (%)
Yaş	52.34±9.61
Cinsiyet	
<i>Kadın</i>	28 (%53.8)
<i>Erkek</i>	24 (%46.2)
Eğitim Durumu	
<i>Okur Yazar</i>	8 (%15.4)
<i>İlkorta</i>	26 (%50)
<i>Lise</i>	13 (%25)
<i>Üniversite</i>	5 (%9.6)
Medeni Durum	
<i>Evli</i>	47 (%90.4)
<i>Bekar</i>	5 (%9.6)
Meslek	
<i>İşçi</i>	21 (%40.4)
<i>Emekli</i>	10 (%19.2)
<i>Ev kadını</i>	19 (%36.5)
<i>Çiftçi</i>	2 (%3.8)
Sosyal Güvence	
<i>Var</i>	48 (%92.3)
<i>Yok</i>	4 (%7.7)
Gelir Durumu	
<i>Gelir Giderden Az</i>	15 (%28.8)
<i>Gelir Gidere Eşit</i>	32 (%61.5)
<i>Gelir Giderde Fazla</i>	5 (%9.6)
Hastalığa İlişkin Özellikler	n (%)
Kolostomi Süresi	
<i>2-6 ay</i>	21 (%40.4)
<i>7-12 ay</i>	15 (%28.8)
<i>13 ay ve üzeri</i>	16 (%30.8)
Kolostomi Tipi	
<i>Geçici</i>	32 (%61.5)
<i>Kalıcı</i>	20 (%38.5)

Başka Hastalık Varlığı

<i>Var</i>	18 (%34.6)
<i>Yok</i>	34 (%65.4)

Kanser Tanı Süresi

<i>1-6 ay</i>	5 (%9.6)
<i>7-12 ay</i>	15 (%28.8)
<i>13 ay ve üzeri</i>	33 (61.5)

Kanser Evresi

<i>1.Evre</i>	4 (%7.7)
<i>2 .Evre</i>	20 (%38.5)
<i>3.Evre</i>	20 (%38.5)
<i>4. Evre</i>	8 (%15.4)

Kemoterapi Alma Durumu

<i>Evet</i>	46 (%88.5)
<i>Hayır</i>	6 (%11.5)

Radyoterapi Alma Durumu

<i>Evet</i>	25 (%48.1)
<i>Hayır</i>	27 (%51.9)

*Tanımlayıcı istatistikler ortalama± standart sapma, frekans (yüzde) olarak verilmiştir.

Katılımcıların tanımlayıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri Tablo 6.1’de verilmiştir. Çalışmaya katılan 52 hastanın demografik verilerinin analizi yapıldığında; yaş ortalaması 52.34 ± 9.61 bulundu. Hastaların cinsiyet dağılımı incelendiğinde; %53.8’i kadın ve %46.2’ü erkek olarak tespit edildi.. Eğitim durumları, %15,4’ü okur yazar, %50’si ilk-ortaöğretim, %25’i lise ve %9.6’sı üniversite mezunu olduğu bulundu. Medeni durumu incelendiğinde %90.4 kişinin evli olduğu bulundu. Çalışmaya katılanların meslek durumları; %40.4’ü işçi ve %36.5’u ev kadını olarak dağıldığı tespit edildi. Sosyal güvence ve gelir gider durumları incelendiğinde, çalışmaya katılanların %92.3’ünün sosyal güvencesinin olduğu, %61.5’inin gelirin giderine eşit, %28.8’inin ise gelirin giderinden az olduğu belirlendi. Stoma süreleri incelendiğinde %40.4’ünün 2-6 ay arasında,

%28.8'inin 7-12 ay arasında, %30.8'nin ise 13 ay ve üzerinde stoma ile yaşadığı görüldü. Katılımcıların stoma tipleri incelendiğinde %51.9'inde transvers kolostomi, %48.1'inde ise sigmoid kolostomi açıldığı tespit edildi. Katılımcıların kolostomi açılmasını gerektiren hastalığı dışında başka hastalık varlığı incelendiğinde, %34.6'sının başka hastalığı olduğu bulundu. Çalışmaya katılan bireylerin kanser tanı süreleri değerlendirildiğinde %61.5'inde tanıdan itibaren 13 ay ve üzerinde süre geçtiği görüldü. Çalışmaya dahil edilen 52 bireyin kanser evre dağılımı incelendiğinde; %7.7'sinin 1. Evre, %38.5'inin 2. Evre, %38.5'inin 3. Evre ve %15.4'ü 4. Evrede olduğu bulundu. Katılımcıların %88.5'i kemoterapi, %48.1'i radyoterapi aldığı belirlendi.

Tablo 6.2. KHSDÖ ve OUÖ-23 Toplam Puanları ve Alt Ölçek Puanları

Ölçek ve Alt Ölçekleri		Ortalama±Standart Sapma
KHSDÖ	<i>Toplam puan</i>	127.92±10.62
	<i>Güven Desteği</i>	59.48±8.44
	<i>Duygusal Destek</i>	41.23±2.93
	<i>Bilgi Desteği</i>	27.21±7.23
OUÖ-23	<i>Toplam puan</i>	45.48±18.97
	<i>Kabul Etme</i>	20.86±10.11
	<i>Kaygı Endişe</i>	8.25±4.10
	<i>Sosyal Uyum</i>	6.61±3.28
	<i>Öfke</i>	3.15±2.26

KHSDÖ ve OUÖ-23 puanları ve alt ölçek puan ortalamaları Tablo 6.2'de verilmiştir. Kanserli hastalara yönelik sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması 127.92±10.62 bulundu. KHSDÖ alt ölçeklerinden güven desteği puan ortalaması 59.48±8.44, duygusal destek puan ortalaması 41.23±2.93, bilgi desteği puan ortalaması 27.21±7.23 bulundu. OUÖ-23 puan ortalaması 45.48±18.97 bulundu. OUÖ-23 alt ölçeklerinden kabul etme puan ortalaması 20.86±10.11, kaygı endişe puan ortalaması 8.25±4.10, sosyal uyum puan ortalaması 6.61±3.28, öfke puan ortalaması 3.15±2.26 olarak bulundu.

Tablo 6. 3. Tanımlayıcı Özelliklere Göre KHSDÖ Ve OUÖ-23 Toplam Puan Ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler		KHSDÖ				OUÖ-23				
		Ölçek Toplam Puanı	Güven Desteği	Duygusal Destek	Bilgi Desteği	Ölçek Toplam Puanı	Kabul Etme	Kaygı-Endişe	Sosyal Uyum	Öfke
Yaş		$r= 0.260$ $p= 0.062$	$r= 0.021$ $p= 0.880$	$r= 0.025$ $p= 0.860$	$r= 0.365$ $p= 0.008$	$r= 0.001$ $p= 0.993$	$r= -0.090$ $p= 0.524$	$r= 0.051$ $p= 0.718$	$r= -0.027$ $p= 0.848$	$r= 0.052$ $p= 0.714$
Cinsiyet *,**	<i>Kadın</i>	127.96±10.51	63 (37-65)	41.17±3.15	25.50 (18-41)	41.89±16.60	18 (10-30)	7.64±4.04	6 (0-13)	3(0-7)
	<i>Erkek</i>	127.87±10.99	64.50(23-65)	41.29±2.72	24 (17-42)	49.66±20.99	23.5 (0-67)	8.95±4.13	5.5 (2-14)	2(0-8)
		$t= 0.030$ $p= 0.976$	$Z=-1.150$ $p=0.250$	$t= -0.137$ $p= 0.891$	$Z= -.1.077$ $p= 0.282$	$t= -1.490$ $p= 0.143$	$Z= -2.087$ $p= 0.037$	$t= -1.157$ $p= 0.253$	$Z= -0.417$ $p= 0.677$	$Z= -0.316$ $p= 0.752$
Medeni Durum *,**	<i>Evli</i>	127.85±10.70	63 (23-65)	41(36-48)	25(17-42)	45.55±19.56	20 (0-67)	8 (0-16)	6 (0-14)	3 (0-8)
	<i>Bekar</i>	128.60±11.08	62 (43-65)	40 (40-47)	32 (19-37)	44.80±13.80	23 (13-28)	7 (6-14)	5 (5-10)	2 (2-5)
		$t= -0.148$ $p= 0.883$	$Z=-0.354$ $p= 0.740$	$Z=-0.188$ $p= 0.857$	$Z=-0.451$ $p= 0.673$	$t= 0.084$ $p= 0.934$	$Z=-0.591$ $p= 0.576$	$Z=-0.203$ $p= 0.857$	$Z=-0.204$ $p= 0.857$	$Z= -0.157$ $p= 0.880$
Eğitim Durumu ***	<i>Okur Yazar</i>	123 (98-141)	55 (42-65)	40 (36-46)	24 (18-39)	34 (22-46)	18 (11-21)	6 (4-9)	6 (3-7)	2 (1-5)
	<i>İlk-Ortaöğretim</i>	129 (111-145)	63.5(37-65)	41 (36-47)	25 (18-39)	43.5(12-102)	21 (9-67)	7.50 (1-16)	5 (0-14)	2.50 (0-8)
	<i>Lise</i>	128 (117-147)	62 (43-65)	40 (37-48)	25 (18-41)	45 (31-75)	23 (0-31)	11 (5-16)	8 (5-13)	3 (0-7)
	<i>Üniversite</i>	130 (124-135)	65 (60-65)	42 (40-43)	24 (19-28)	36 (32-61)	17 (13-27)	6 (4-13)	6 (5-7)	2 (2-6)
		$KW=1.821$ $p= 0.610$	$KW=6.335$ $p= 0.096$	$KW=0.930$ $p= 0.818$	$KW=0.678$ $p= 0.878$	$KW= 4.739$ $p= 0.192$	$KW=2.513$ $p= 0.473$	$KW=6.092$ $p= 0.107$	$KW=5.602$ $p= 0.133$	$KW=4.392$ $p= 0.222$

Mesleki Durum ***	<i>İşçi^a</i>	129 (98-147)	62 (42-65)	40 (36-46)	24 (18-41)	46 (20-75)	20 (0-30)	9 (3-16)	7 (2-13)	3 (0-7)
	<i>Emekli^b</i>	132.5 (112-147)	60.5(37-65)	42.5(36-8)	32 (24-41)	36 (12-63)	17.5(10-7)	5.50 (1-15)	5 (0-10)	3 (0-5)
	<i>Ev Kadını^c</i>	127 (101-145)	65 (23-65)	41 (36-47)	24 (17-42)	44 (7-102)	24 (3-67)	8 (0-16)	5 (3-14)	2 (0-8)
	<i>Çiftçi^d</i>	130.50(117-44)	60 (55-65)	41 (38-44)	29.50 (24-35)	27.5 (24-31)	12 (12-12)	4.50 (3-6)	4.50 (2-7)	1.50 (1-2)
		<i>KW=1.204</i> <i>p= 0.099</i>	<i>KW=4.630</i> <i>p= 0.503</i>	<i>KW=1.375</i> <i>p= 0.043</i> <i>b>a,c,d</i>	<i>KW=6.307</i> <i>p= 0.548</i>	<i>KW=5.605</i> <i>p= 0.061</i>	<i>KW=8.211</i> <i>p= 0.016</i> <i>c>a,b,d</i>	<i>KW=7.041</i> <i>p= 0.030</i> <i>a>b,c,d</i>	<i>KW=2.861</i> <i>p= 0.239</i>	<i>KW=0.848</i> <i>p= 0.654</i>
Sosyal Güvence Durumu *,**	<i>Var</i>	128.75±10.13	63 (37-65)	41.37±2.87	25 (18-41)	46.97±18.65	20.5 (0-67)	7 (1-16)	6 (0-14)	3 (0-8)
	<i>Yok</i>	118±12.98	58 (23-64)	39.50±3.51	26 (17-42)	27.50±14.24	14.5 (3-20)	6 (0-10)	5 (5-10)	1 (0-2)
		<i>t= 2</i> <i>p= 0.057</i>	<i>Z=-1.529</i> <i>p= 0.149</i>	<i>t= 1.234</i> <i>p= 0.223</i>	<i>Z=0</i> <i>p= 1</i>	<i>t= 2.032</i> <i>p= 0.048</i>	<i>Z=0.092</i> <i>p= 0.097</i>	<i>Z=0.269</i> <i>p= 0.292</i>	<i>Z=1.576</i> <i>p= 0.857</i>	<i>Z=0.030</i> <i>p= 0.028</i>
Gelir durumu ***	<i>Gelir ^a</i> <i>Giderden Az</i>	134 (101-147)	59 (23-65)	43 (36-48)	34 (17-42)	37 (7-82)	18 (0-33)	6 (0-16)	5 (0-14)	2 (0-7)
	<i>Gelir Gidere Eşit^b</i>	128 (98-145)	65 (42-65)	40 (36-47)	24.5 (18-39)	44.5(20-102)	21.5 (9-67)	8 (3-16)	6 (2-14)	3 (0-8)
	<i>Gelir Giderden Fazla^c</i>	126 (117-130)	62 (55-65)	42 (40-43)	22 (19-24)	45 (31-69)	20 (12-30)	8 (5-14)	8 (5-13)	2 (1-5)
		<i>KW=3.122</i> <i>p= 0.210</i>	<i>KW=6.412</i> <i>p= 0.041</i> <i>b,c>a</i>	<i>KW=2.755</i> <i>p= 0.252</i>	<i>KW=11.339</i> <i>p= 0.003</i> <i>a>b,c</i>	<i>KW=3.273</i> <i>p= 0.195</i>	<i>KW=3.655</i> <i>p= 0.161</i>	<i>KW=3.120</i> <i>p= 0.210</i>	<i>KW=2.987</i> <i>p= 0.225</i>	<i>KW=1.320</i> <i>p= 0.517</i>

*: Mann Whitney U testi

** : t testi

***: Kruskal Wallis testi

Tablo 6.4. Hastalığa ilişkin Özelliklere Göre KHSDÖ Ve OUÖ-23 Toplam Puan Ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastalığa ilişkin Özellikler	KHSDÖ					OUÖ-23				
	Ölçek Toplam Puanı	Güven Desteği	Duygusal Destek	Bilgi Desteği	Ölçek Toplam Puanı	Kabul Etme	Kaygı-Endişe	Sosyal Uyum	Öfke	
Kolostomi Süresi ***	2-6 ay	127 (101-147)	63 (23-65)	40 (36-48)	25 (18-42)	40 (7-102)	18 (0-67)	8 (0-16)	5 (2-12)	2 (0-6)
	7-12 ay	130 (112-145)	63 (37-65)	42 (37-46)	28 (17-39)	50 (12-82)	20 (10-33)	7 (1-16)	7 (0-14)	4 (0-7)
	13 ay ve Üzeri	129.5(98-144)	63.5 (42-65)	40.5(36-47)	24 (18-39)	41.5 (22-77)	21 (11-32)	7 (3-16)	5 (2-14)	2.50 (0-8)
		<i>KW=0.609 p= 0.724</i>	<i>KW=0.062 p= 0.970</i>	<i>KW=1.327 p= 0.515</i>	<i>KW=0.257 p= 0.880</i>	<i>KW=0.283 p= 0.737</i>	<i>KW=1.419 p= 0.868</i>	<i>KW=0.082 p= 0.492</i>	<i>KW=2.044 p= 0.960</i>	<i>KW=0.645 p= 0.360</i>
Kolostomi Tipi **	<i>Transvers</i>	130 (111-147)	63 (37-65)	42 (36-48)	26 (18-41)	44 (12-102)	20 (0-67)	8 (1-16)	6 (0-14)	3 (0-8)
	<i>Sigmoid</i>	127 (98-145)	64 (23-65)	40 (36-47)	24 (17-42)	40 (7-77)	20 (3-32)	7 (0-15)	6 (3-14)	2 (0-7)
		<i>Z=1.842 p= 0.057</i>	<i>Z=0 p= 0.992</i>	<i>Z=1.465 p= 0.226</i>	<i>Z=1.058 p= 0.304</i>	<i>Z=0.355 p= 0.175</i>	<i>Z=0.007 p= 0.552</i>	<i>Z=0.142 p= 0.934</i>	<i>Z=0.009 p= 0.706</i>	<i>Z=0.690 p= 0.159</i>
Kolostominin Geçici-Kalıcı Olma Durumu**	<i>Geçici</i>	129± 9.36	60.62±6.43	41.46±2.88	27.59±6.80	45.18±19.22	20.71±11.48	8.43±4.33	6.46±3.37	3±2.18
	<i>Kalıcı</i>	125.10±12.10	57.65±10.86	40.85±3.04	26.60±8.03	45.95±19.05	21.10±7.71	7.95±3.77	6.85±3.19	3.40±2.41
		<i>t= 1.534 p= 0.057</i>	<i>t= 1.242 p= 0.220</i>	<i>t= 0.736 p= 0.465</i>	<i>t= 0.478 p= 0.635</i>	<i>t= -0.140 p= 0.131</i>	<i>t= -0.131 p= 0.890</i>	<i>t= 0.414 p= 0.896</i>	<i>t= -0.404 p= 0.681</i>	<i>t= -0.617 p=0.540</i>
Başka Hastalık Varlığı *,**	<i>Var</i>	129 (101-147)	64 (23-65)	41.66±3.34	24 (18-42)	45.18±19.22	21.50(0-30)	8.61±4.65	6.88±2.92	2.5 (0-8)
	<i>Yok</i>	129 (98-141)	63 (37-65)	41±2.71	25 (17-39)	45.95±19.05	19.5 (9-67)	8.05±3.83	6.47±3.49	2.5 (0-7)
		<i>Z=-0.336 p=0.714</i>	<i>Z= -0.189 p= 0.850</i>	<i>t= 0.776 P= 0.441</i>	<i>Z=-0.453 p= 0.650</i>	<i>t=0.432 p= 0.131</i>	<i>Z=-0.010 p= 0.992</i>	<i>t=0.458 p= 0.649</i>	<i>t=0.433 p= 0.667</i>	<i>Z=-0.117 p= 0.907</i>

Kanser Tanı süresi ***	1-6 ay	127 (114-129)	63 (43-65)	41 (38-43)	24 (22-37)	47 (31-55)	23 (12-25)	8 (5-12)	5 (5-8)	3 (1-5)
	7-12 ay	129 (111-145)	65 (48-65)	40 (37-43)	25 (19-39)	50 (20-71)	20 (9-34)	8(3-15)	7 (2-12)	4 (1-6)
	13 ay ve üzeri	130 (101-147)	63 (23-65)	42 (36-48)	29 (17-42)	40 (7-102)	20 (0-67)	20 (0-67)	5 (0-14)	2 (0-8)
		KW=2.388 p= 0.303	KW=0.899 p= 0.140	KW=3.925 p= 0.891	KW=0.231 p= 0.755	KW=0.562 p= 0.737	KW=0.174 p= 0.917	KW=1.032 p= 0.597	KW=0.870 p= 0.647	KW=1.748 p= 0.417
Kanser evresi ***	1. evre ^a	126.5 (117-129)	63.5 (55-65)	41.5(40-43)	22 (19-23)	50 (31-82)	20 (12-33)	10 (5-16)	9 (6-14)	3.5 (1-7)
	2. evre ^b	129.5 (112-145)	63 (37-65)	42 (37-46)	26.50 (18-39)	45 (12-75)	21 (9-30)	8 (1-16)	5 (0-11)	2 (0-8)
	3. evre ^c	126 (98-144)	65 (23-65)	40.5(36-47)	23.5 (17-42)	42 (7-102)	21.5 (3-67)	7 (0-15)	5 (2-14)	2.5 (0-7)
	4. evre ^d	135 (117-147)	59 (53-64)	40 (36-48)	34 (24-41)	39 (30-50)	16.5 (0-25)	6 (5-16)	8.5 (5-12)	3.5 (0-6)
		KW=6.096 p= 0.107	KW=3.039 p= 0.386	KW=1.295 p= 0.730	KW=14.999 p= 0.002 d>a,b,c	KW=0.968 p= 0.809	KW=4.480 p= 0.214	KW=0.839 p= 0.840	KW=7.136 p= 0.068	KW=0.447 p= 0.930
Kemoterapi Alma Durumu *, **	Var	127.89±10.85	63 (23-65)	41.21±3.09	25 (17-42)	45.43±19.57	20 (0-67)	8 (0-16)	6 (0-14)	2 (0-8)
	Yok	128.16±9.53	62 (43-65)	41.33±1.21	24.5 (22-39)	45.83±15.03	20.5(12-30)	6.5 (5-14)	6.5 (4-10)	3 (1-5)
		t= -0.059 p= 0.953	Z= -0.311 p= 0.769	t= -0.090 p= 0.929	Z= -0.287 p= 0.791	t= -0.048 p= 0.962	Z= -0.186 p= 0.856	Z= -0.648 p= 0.529	Z= -0.332 p= 0.748	Z= -0.247 p= 0.812
Radyoterapi Alma Durumu *, **	Var	125.24±11.49	63 (23-65)	40.80±3.27	26.40±6.81	40 (7-77)	20 (3-34)	8.40±4.56	6.40±3.39	3 (0-8)
	Yok	130.40±9.28	63 (43-65)	41.62±2.57	27.96±7.66	41 (17-102)	20 (0-67)	8.11±3.70	6.81±3.23	2 (0-7)
		t= -1.789 p= 0.080	Z= -0.484 p= 0.629	t= -1.019 p= 0.313	t= -0.775 p= 0.442	Z= -0.302 p= 0.762	Z= -0.449 p= 0.653	t= 0.251 p= 0.802	t= -0.451 p= 0.654	Z= -0.529 p= 0.597

*: Mann Whitney U testi

** : t testi

***: Kruskal Wallis testi

Araştırmaya alınan katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre KHSDÖ ve OUÖ-23 toplam puanları ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 6.3'te, hastalığa ilişkin özelliklere göre KHSDÖ ve OUÖ-23 puanları ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması ise Tablo 6.4'te verilmiştir.

Yaş değişkeni ile ölçek ve ölçek alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde KHSD ölçeğinin bilgi desteği alt boyutu ile yaş arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulundu ($r=0.365$; $p=0.008$, $p<0.05$).

Katılımcıların cinsiyetlerine göre KHSDÖ ve OUÖ-23 toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Erkek katılımcıların OUÖ-23 - kabul etme alt ölçeği puan ortalamasının kadınlara göre daha yüksek olduğu bulundu ($p=0.037$). KHSDÖ ve OUÖ-23'ün diğer alt boyut puan ortalamaları arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Medeni duruma göre KHSDÖ ve OUÖ-23 toplam puanları ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Eğitim durumuna göre KHSDÖ ve OUÖ-23 toplam puanları ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farklılık incelendiğinde, eğitim durumu gruplarına göre ölçekler ve alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ($p>0.05$).

Mesleki duruma göre ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında KHSD ölçeğinin duygusal destek alt boyutu ve OUÖ-23'ün kabul etme ve kaygı endişe alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p<0.05$). Buna göre işçilerin duygusal destek puan ortalaması diğer meslekler ve emeklilere göre daha düşük olduğu tespit edildi ($p= 0.043$; $p<0.05$). Kabul etme alt boyut puan ortalaması ev kadınlarında diğer meslek gruplarına göre daha fazla olduğu bulundu ($p=0.016$; $p<0.05$). Kaygı endişe alt boyut puan ortalaması ise işçilerde diğer meslek gruplarına göre daha fazla olduğu bulundu ($p=0.030$; $p<0.05$).

Kolostomili bireylerin sosyal güvence durumuna göre KHSDÖ ve OUÖ-23 toplam puanları ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, OUÖ-23 toplam puanı ($p=0.048$; $p<0.05$) ve OUÖ-23'ün öfke alt ölçek puanları ($p=0.028$; $p<0.05$) sosyal güvence bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. Buna göre sosyal güvencesi olan katılımcıların OUÖ-23 toplam puan ortalaması sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. OUÖ-23-öfke alt ölçeği incelendiğinde ise sosyal güvencesi olanlarda

stomaya bağlı öfke alt ölçek puan ortalamasının olmayanlardan anlamlı Şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Sosyal güvence durumuna göre KHSD toplam ve alt ölçek puanları ile OU-23'n diğer alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Gelir durumuna göre KHSD ve OU-23 toplam puanları ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark analiz edildiğinde; KHSD-güven desteği alt leği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlendi. Buna göre geliri giderinden az olan grubun güven desteği alt boyut puan ortalaması, diğer gruplara göre daha düşük olduğu belirlendi ($p=0.041$; $p<0.05$). Aynı Şekilde KHSD-bilgi desteği alt ölçek puan ortalaması, geliri az olanlarda diğer gruplardan daha yüksek olduğu tespit edildi ($p=0.003$; $p<0.05$). OU-23 ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Kolostomi süresi ve kolostomi tipine göre KHSD ve OU-23 toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Kolostominin geçici ya da kalıcı olması, başka bir hastalığın olma durumu ve kanser tanı süresine göre her iki ölçeğin toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0.05$).

Kanser evresine göre KHSD ve OU-23 toplam puanları ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde KHSD-bilgi desteği alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulundu ($p=0.002$; $p<0.05$). Buna göre 4. kanser evresinde olan hastaların bilgi desteği ölçek puanı ortalaması diğer evrelerdeki hastalara göre daha yüksektir. Katılımcıların kemoterapi alıp almamasına göre her iki ölçek toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde herhangi bir istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Katılımcıların radyoterapi alma durumlarına göre her iki ölçeğin toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. ($p>0.05$).

Tablo 6.5. KHS DÖ Ve OU Ö-23 Toplam Puanları Ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Birbiri İle İlişkisi

		KHS DÖ				OU Ö-23					
		Toplam Puan	Güven Desteği	Duygusal Destek	Bilgi Desteği	Toplam Puan	Kabul Etme	Kaygı Endişe	Sosyal Uyum	Öfke	
K H S D Ö	Toplam Puan	r	1.000		.523**	.582**	-0.051	-0.080	-0.105	-0.001	-0.006
		p		0.001	0.000	0.000	0.720	0.574	0.459	0.997	0.965
	Güven Desteği	r	.431**	1.000	0.170	-.291*	0.204	0.270	0.144	0.102	0.080
		p	0.001		0.229	0.037	0.147	0.053	0.308	0.472	0.574
	Duygusal Destek	r	.523**	0.170	1.000	0.124	-0.069	-0.045	-0.083	-0.096	-0.051
		p	0.000	0.229		0.382	0.627	0.751	0.560	0.496	0.722
	Bilgi Desteği	r	.582**	-.291*	0.124	1.000	-0.263	-.349*	-.289*	-0.142	-0.128
		p	0.000	0.037	0.382		0.059	0.011	0.038	0.315	0.366
O U Ö - 2 3	Toplam Puan	r	-0.051	0.204	-0.069	-0.263	1.000	.909**	.851**	.696**	.780**
		p	0.720	0.147	0.627	0.059		0.000	0.000	0.000	0.000
	Kabul Etme	r	-0.080	0.270	-0.045	-.349*	.909**	1.000	.668**	.495**	.584**
		p	0.574	0.053	0.751	0.011	0.000		0.000	0.000	0.000
	Kaygı Endişe	r	-0.105	0.144	-0.083	-.289*	.851**	.668**	1.000	.622**	.660**
		p	0.459	0.308	0.560	0.038	0.000	0.000		0.000	0.000
	Sosyal Uyum	r	-0.001	0.102	-0.096	-0.142	.696**	.495**	.622**	1.000	.594**
		p	0.997	0.472	0.496	0.315	0.000	0.000	0.000		0.000
Öfke	r	-0.006	0.080	-0.051	-0.128	.780**	.584**	.660**	.594**	1.000	
	p	0.965	0.574	0.722	0.366	0.000	0.000	0.000	0.000		

*: P<0.05 **;p<0.001, Spearman Korelasyon Katsayısı

KHSDÖ ve OUÖ-23 toplam puanları ve alt ölçek puanlarının birbiri ile ilişkisi Tablo 6. 5'te verilmiştir. KHSDÖ ve OUÖ-23 toplam puanları ve alt boyutlarının korelasyon analizi sonucuna göre, her bir ölçeğin toplam puanı ve alt boyut puanları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p < 0.05$). KHSDÖ - bilgi desteği ve KHSDÖ - güven desteği alt boyutları arasında negatif ve anlamlı ilişki bulundu ($p = 0.037$, $r = -.291$; $p < 0.05$). Bilgi desteği puanı artarken güven desteği boyutunun puanı azalmaktadır. KHSDÖ toplam puanı ve OUÖ-23 toplam puanı ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise KHSDÖ ve OUÖ-23 toplam puanları arasında istatistiksel yönden korelasyon bulunmadı ($p = 0.720$, $r = -0.051$; $p > 0.05$). KHSDÖ-bilgi desteği alt boyutu ile OUÖ-23-kabul etme alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p = 0.011$, $r = -.349$; $p < 0.05$). KHSDÖ-bilgi desteği alt boyutu ile OUÖ-23-kaygı endişe alt boyut puanları arasında negatif yönde ve anlamlı ilişki bulundu ($p = 0.038$, $r = -.289$; $p < 0.05$).

7. TARTIŞMA

Cerrahi yöntemle kalın barsağın dışarı ağızlaştırılması, boşaltım sisteminde değişiklikler meydana getirmektedir. Bu durum bireylerin fiziksel-psikolojik iyilik hallerini ve beden imajını olumsuz etkilemekte ve kolostomi ile yaşama uyum sağlamayı zorlaştırmaktadır. Kolostomili bireylerin yaşam aktivitelerini kendi kendine karşılayabilir duruma gelmesi, ameliyat öncesinden başlatılan ve ameliyat sonrasında sürdürülen hemşirelik bakım girişimleri ile sağlanabilir (4,132,119). Kanser hastalıklarında meydana gelen fiziksel ve psikolojik sorunların ağırlığı, hastaların sosyal desteğe olan ihtiyacını arttırmaktadır (108,109). Sosyal destek, hastanın ihtiyaç duyduğu sosyal gereksinimleri karşılayarak fiziksel ve psikolojik sağlığına olumlu katkıda bulunur (16) Hastaların aldığı sosyal desteğin hastalığın iyileşme sürecini hızlandırdığı ve hastalığa uyumu kolaylaştırdığı bilinmektedir (17). Bu araştırmada kolostomili hastaların aldıkları sosyal desteğin kolostomi ile yaşam uyumuna etkisinin incelenmesi amaçlanmış olup, elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Çalışmamıza katılan ve kolorektal kanser nedeniyle kolostomi açılan bireylerin yaş ortalaması 52.34 ± 9.61 olarak bulundu (Tablo 6.1). Kolorektal kanserlerin görülme sıklığının yaş ilerledikçe arttığı bilinmektedir (133). Çalışmamızda ortaya çıkan yaş ortalaması kolostomi açılması yönünden de literatür bulgusu ile uyumludur. Karaveli'nin stomalı hastaların yaşam kalitelerini ölçtüğü çalışmada yaş ortalaması 53.5 bulunurken, Simmons ve ark.'nın kolostomili hastalarla yaptığı çalışmada yaş ortalaması 57.2 bulunmuştur (21,68).

Çalışmamıza katılan bireylerin %53.8'i kadındır (Tablo 6.1). Tari'nın kolostomili hastalarda yapmış olduğu çalışmada da hastaların %52.2'sinin kadınlardan oluştuğu tespit edilmiştir. Çavdar (%60.7) , çoğunluğunun erkekelerden oluştuğu bildirilmiştir (134,135,21,119). Çalışmalar arasındaki uyumsuzluğun örneklemelerden kaynaklandığı düşünüldü.

Kolorektal kanserler hem ülkemizde hem de dünya genelinde erkeklerde kadınlardan daha sık görülmektedir (1,2). Araştırmamızda kolorektal kanser nedeniyle kolostomi açılan kadın hastaların oranı örneklemin yaklaşık yarısı olduğu bulundu (%53.8) (Tablo 6.1). Koçak'ın 2018 yılında kolorektal kanserli hastalarla

yaptığı çalışmada da örneklemin yaklaşık yarısı kadın (%50.5), yarısı erkek olarak belirlenmiştir (136). Karaveli ve İslamtürk'ün çalışmalarında da stoma açılan kadın oranının, örneklemin yaklaşık yarısını oluşturduğu belirtilmektedir. Çalışma bulgumuz literatür bilgisi ile uyumludur (21,119).

Çalışmamıza katılan bireylerin büyük çoğunluğunun eğitim durumu ortaöğretim olarak bulundu (Tablo 6.1). Aktaş ve İslamtürk'ün kolostomili bireylerde yapmış olduğu çalışmalarda da katılımcıların çoğunluğunun eğitim durumunun ortaöğretim olduğu belirtilmektedir (137,119). Çalışmamıza katılım gösteren bireylerin medeni durumları %90.4 ile evli olarak bulundu. İslamtürk'ün çalışmasında medeni durumları evli olanların oranları %95, Akyüz'ün çalışmasında ise %93.4 olarak bildirilmektedir. Bulgularımız literatür bulguları ile uyumludur (25,119). Bu bulguların Türk toplumunun sosyo-kültürel özellikleri ile ilgili olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda örnekleme alınan bireylerin mesleki durumları incelendiğinde büyük çoğunluğunu işçi (%40.4) ve ev kadınlarının (%36.5) oluşturduğu tespit edildi (Tablo 6.1). Tarı'nın ve Karaveli'nin çalışmalarında ev kadınlarının oranları sırasıyla % 39.1 ve % 30.0 bulunurken işçilerin oranları %13.2 ve % 1.67 olarak tespit edilmiştir. (135,21). İslamtürk yaptığı çalışmada kolostomi açıldıktan sonra kadınların işten ayrılma oranının erkeklerden daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (119). Buna göre çalışmamızda ve literatür bulgularında yer alan kolostomili olan ev kadınları oranının yüksekliğinde, kadınların çalıştıkları işlerden erkeklere oranla daha çabuk vazgeçmelerinin de etkisi olduğu düşünüldü. Çalışmamızda ortaya çıkan kolostomi ile yaşayan ev kadınları oranının yüksekliği literatür bulgularıyla uyumludur.

Araştırmamızdaki katılımcıların %90,4'ünün sosyal güvencesinin olduğu tespit edildi (Tablo 6.1). Bu bulgu hem kanser hastalarında yapılan çalışmaların bulgularıyla hem de kolostomili hastalar ile yapılan çalışmaların bulgularıyla uyumludur (138,139,21,140). Araştırma örnekleminizde yer alan bireylerin gelir düzeyleri incelendiğinde, %61,5'inin geliri giderine eşit olduğu bulunmuştur. Çulha'nın kolostomi ve ileostomili hastalarda yapmış olduğu çalışmada da katılımcıların büyük çoğunluğunun geliri giderine eşit olduğu bildirilmiştir.

Demirel'in kanserli hastalarda yaptığı çalışmada gelir düzeyi bulgusunun da bizim bulgumuzla paralellik gösterdiği tespit edilmiştir (140,141) Bulgularımız literatür bulgularıyla uyumludur.

Çalışmamızda kolostominin geçici ya da kalıcı olma durumu incelendiğinde, geçici kolostomi oranı %61.5 olarak bulundu (Tablo 6.1). İslamtürk ve Akyüz'ün kolostomili hastalarla yapmış olduğu çalışmalarda geçici kolostomi açılma oranları %56.7 ve % 78.3 bulunmuştur (119,25). Bununla birlikte kalıcı kolostomi oranlarının geçici kolostomi oranlarına göre daha yüksek olduğu çalışmalar da bulunmaktadır. Karaveli'nin çalışmasında kalıcı kolostomi oranı %53.33, Tüzer'in çalışmasında ise % 59.0 bulunmuştur. (21,142). Çalışmalar arasındaki farklılığın örneklem seçim kriterlerindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünüldü.

Araştırmamızda kolostomi açılmasını gerektiren kanser hastalığının dışında, hastaların başka bir hastalığı olması durumu incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğu (%65.4) hayır cevabı vermiştir (Tablo 6.1). Bu bulgular Çulha ve İslamtürk'ün bulgularıyla uyumluyken Karaveli'nin çalışmasında, katılımcıların %86.67'sinin başka bir hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Çalışmalar arasındaki uyumsuzluğun örneklemin özelliklerinden kaynaklandığı düşünüldü (140,119,21).

Araştırmamızda kolorektal kanser nedeyle kolostomi açılan katılımcıların kemoterapi ve radyoterapi alma durumları incelendiğinde hastaların %88.5'inin kemoterapi, %48.1'nin ise radyoterapi aldığı tespit edildi (Tablo 6.1). Simmons ve ark.'nın. kolostomili hastalarla yaptığı çalışmada onkoloji tedavisi alanların oranı %47.1 olarak bildirilmiştir (68). Akyüz'ün çalışmasında onkoloji tedavisi alanların oranı %30.3, Karaveli'nin çalışmasında ise % 26.65 olarak tespit edilmiştir. Karabulut ve ark.'nın yaptığı çalışmada da katılımcıların yarısına yakınının kemoterapi/radyoterapi tedavisi aldığı tespit edilmiştir (25,143). Çalışmamızda onkoloji tedavisi alma durumu literatür bulgularından daha yüksek bulundu. Çalışmalar arasında ortaya çıkan bu farkın kanserin yeri, kanserin nüks etme durumu, daha önce onkoloji tedavisi alma durumu gibi çalışmamızda sorgulanamayan kansere ilişkin özelliklerden kaynaklandığı düşünüldü.

Çalışmamızda kullanılan OUÖ-23'den alınabilecek en yüksek puan 92'dir. Araştırmamızda OUÖ-23 toplam puan ortalaması 45.48 ± 18.97 bulundu. OUÖ-23 alt ölçeklerinden *kabul etme* puan ortalaması 20.86 ± 10.11 , *kaygı-endişe* puan ortalaması 8.25 ± 4.10 , *sosyal uyum* puan ortalaması 6.61 ± 3.28 , *öfke* puan ortalaması 3.15 ± 2.26 olarak bulundu (Tablo 6.2). İslamtürk'ün yapmış olduğu çalışmada toplam puan ortalaması 47.43 ± 10.80 , alt boyutlarından kabul etme ortalaması 16.28 ± 5.93 , kaygı-endişe puan ortalaması 10.46 ± 3.74 , sosyal uyum puan ortalaması 9.50 ± 12.84 , öfke puan ortalaması 4.46 ± 1.65 olarak tespit edilmiştir. Karabulut ve arkadaşları'nın 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada stoma açıldıktan sonraki 10. hafta uyum puan ortalaması 53.07 olarak bulunmuştur (143). Nam ve arkadaşları'nın Kore Cumhuriyeti'nde gerçekleştirdiği çalışmada kolostomili hastaların uyum skorunun 60.0 ± 13.55 olduğu belirtilmektedir. (144). Gautam ve ark.'nin Nepal'de ostomili hastalarda gerçekleştirmiş olduğu çalışmada uyum puanı 41.49 ± 13.57 olarak tespit edilmiştir. (145). Çalışmamızda ostomili bireylere yönelik uyum ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin bulgular İslamtürk ve Gautam ve ark.'nin bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Araştırmamızdaki uyum toplam puan ortalaması, Karabulut ve arkadaşları ve Nam ve arkadaşları'nın çalışmalarındaki uyum toplam puan ortalamalarından daha düşük bulunmuştur. Karabulut ve arkadaşları'nın bulgusuyla çalışmamızdaki bulguların arasında ortaya çıkan farkın örneklem grubunun sosyo-demografik özellikler ve hastalığa ilişkin özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Nam'ın çalışmasındaki bulguyla çalışmamızdaki bulgu arasındaki farkın ise Kore halkının kültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünüldü.

Çalışmamızda kullanılan KHSDÖ'den alınabilecek en yüksek puan 175'tir. Araştırmamızda kanserli hastalara yönelik sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması 127.92 ± 10.62 bulundu. KHSDÖ alt ölçeklerinden *güven desteği* puan ortalaması 59.48 ± 8.44 , *duygusal destek* puan ortalaması 41.23 ± 2.93 , *bilgi desteği* puan ortalaması 27.21 ± 7.23 bulundu (Tablo 6.2). Guni'nin kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada ise toplam puan ortalaması 136.03, güven desteği puan ortalaması 54.96, duygusal destek puan ortalaması 46.99, bilgi desteği puan ortalaması 34.07 olarak bulunmuştur (146). Yine Demirel'in genç kanser hastalarında yapmış olduğu çalışmada ölçek toplam puan ortalaması 149.80 olarak belirlenmiştir (141). Çalışmamızda hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi

yüksek bulunmuştur. Demirel'in hasta grubunun sosyal destek düzeyi stomalı kanser hastalarının aldığı sosyal destek düzeyine göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum genç yaşta olan hastalara daha fazla sosyal destek verildiğini düşündürmektedir. Ayrıca Demirel'in çalışmasının örneklemini karma kanser hastaları oluşturmuştur. Farklı kanser hastalarının bulunduğu örneklemin sosyal destek puanının kolostomili olan hastalardan daha yüksek bulunması, stomaya özel durumlardan kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızdaki ölçek toplam puan ortalaması literatür bulgularını desteklemektedir.

Araştırmamızda katılımcıların yaş değişkenine göre kolostomiye uyum puan ortalaması arasında fark saptanmadı (Tablo 6.3). İslamtürk ve Karabulut ve arkadaşları'nın stomalı hastaların uyum düzeyini ölçtüğü çalışmalarda da yaş ile stoma uyum düzeyi arasında fark tespit edilememiştir (119,143). Bulgularımız literatür bulgularıyla uyumludur. Araştırmamızda yaş değişkeni ile KHSDÖ alt boyutu olan bilgi desteği arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulundu (Tablo 6.3). Araştırmamızda ortaya çıkan bu bulguya göre katılımcıların yaşı arttıkça algılanan bilgi desteği puanı da artmaktadır. Bilgi desteği, kanserli bireyde hastalık süreciyle baş etmesine yardımcı olmaktadır (146). Ancak aile üyeleri kanser hastası bireyi üzmemek adına hastalıkla ilgili bazı gerçekleri saklama ya da yetersiz bilgi verme eğiliminde olabilirler (110,147,146). Araştırmamızda ortaya çıkan anlamlı ilişkinin, yaş ortalamasının daha düşük olduğu katılımcılarda hastalığa ilişkin bilgilerin daha fazla saklanmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Çalışmamızda erkek katılımcıların OUÖ-23 - kabul etme alt ölçeği puan ortalaması kadınlara göre daha yüksek bulundu (Tablo 6.3). Bu bulgu ile erkeklerin kolostomili olma durumunu daha kolay kabul ettikleri belirlenmiştir. Kolostomi, fiziksel görünümde meydana getirdiği değişim ile hem erkek hem de kadınlarda beden imajını olumsuz yönde etkilemektedir (125,126). Bununla birlikte çalışmamızda ortaya çıkan, kadınların kolostomiye daha zor kabul etme durumunun arkasında, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin baskın olduğu toplumlarda kadınlara biçilen "güzel bedene sahip olma" rolü olduğu düşünüldü. Mahjoubi ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada stoma ile yaşayan kadınların erkeklere göre daha çok etkilendikleri ve desteğe daha fazla ihtiyaç duydukları bulunmuştur. Alp'in

çalışmasında da kadınların stoma bölgesine dokunmalarında erkeklere göre daha fazla endişe yaşadıkları bulunmuştur (148,121). Araştırma bulgumuz literatürdeki diğer çalışmaları desteklemektedir (134,149, 135).

Çalışmamızda cinsiyete göre KHSDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.3). Bulgumuz Demirel, Pehlivan ve Dedeli'nin çalışmalarındaki bulgular ile paralellik göstermektedir (151,151). Buna karşın Guni'nin 2005 yılında gerçekleştirdiği çalışmada, bizim bulgumuzdan farklı olarak erkeklerin bilgi desteği puanı kadınlara göre daha yüksek tespit edilmiştir (146).

Araştırmamızda eğitim durumuna göre uyum toplam puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.3). Bulgumuz Çavdar, İslamtürk, Karabulut ve arkadaşları'nın çalışmalarını desteklemektedir (134,119,143). Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların kolostomiye uyum sağlamasının daha kolay olması beklenebilir. Tüm eğitim düzeylerindeki hastaların uyum puanlarının benzer olması, tüm hastaların uyum konusunda bakım verenlerin desteğine ihtiyaç duyabileceğini ortaya koymaktadır.

Eğitim durumunun yükselmesiyle sosyal destek toplam puanı artmasına karşın, eğitim seviyesi gruplarıyla KHSDÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında fark bulunmadı (Tablo 6.3). Demirel ve Tan 'ın çalışmalarında benzer bulgular tespit edilmiştir (141,112). Buna karşın Guni, Elbir ve Bayram'ın çalışmalarında eğitim seviyesi arttıkça algılanan sosyal destek düzeyinin azaldığı belirtilmektedir (146,152,153). Eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin hastalıklarını daha iyi tanımaları, tedaviye yönelik uygulamaları daha bilinçli değerlendirebilmeleri ve hastalık sürecinde kendilerini daha iyi ifade etmeleri nedeniyle sosyal destek algılarının daha yüksek olduğu düşünüldü.

Araştırmamızda medeni duruma göre uyum toplam puanları ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.3). Araştırmamızdaki bulgu, İslamtürk'ün çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Literatürde medeni durumun stomaya uyumu etkileyip etkilemediğini gösteren başka bilgiye ulaşılamamıştır.

Çalışmamızda medeni durum grupları ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında fark saptanmadı (Tablo 6.3). Medeni durum ile sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkinin araştırıldığı bazı çalışmalar, bizim çalışmamız ile uyumlu bulgular tespit ederken, bazı çalışmalarda bizim çalışmamızdan farklı olarak evli olan bireylerde algılanan sosyal destek puanını daha yüksek olduğu bulunmuştur (151,141,154,155). Bulgular arasındaki farkın örneklemdaki bekar hasta sayısının azlığından kaynaklandığı düşünüldü.

Araştırmamızda mesleki duruma göre uyum ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmasında, anlamlı farklılık bulundu (Tablo 6.3). Buna göre ev kadınlarının kolostomi ile yaşamayı kabul etme düzeylerinin diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. İslamtürk'ün çalışmasında meslek gruplarıyla kolostomi uyumu arasında fark saptanmasa da ev kadınlarının uyum puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (119). Ev kadınları haricindeki meslek gruplarının kabul etme düzeylerinin daha düşük olmasında; iş ortamında stoma bakımını yaparken güçlük çekmeleri, iş hayatları nedeniyle sosyal faaliyetlere katılamamalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Araştırmada meslek durumuna göre kolostomiye uyum konusunda ortaya çıkan bir diğer bulgu, işçilerin *kaygı-endişe* puanlarının diğer gruplardan daha yüksek bulunmasıdır (Tablo 6.3). Kaygı puanının yüksekliği kaygının düşük olduğu anlamına gelmektedir. Bulgumuza göre işçiler stoma ile yaşamaktan, diğer meslek gruplarına göre daha az kaygı duymaktadırlar. Literatürde ise çalışanların yaşadıkları psikolojik problemler ve çalışma koşullarının fiziksel yetersizliklerinden kaynaklı stomalara uyum sağlamada zorluk çektikleri bildirilmektedir (4,156,157). Araştırma bulgumuzun literatür bilgisi ile çelişkili olarak sonuçlanmasının, çalışmamıza katılan işçilerin ne iş yaptıklarının ayrıntılı olarak açıklanmamasından kaynaklandığı düşünüldü.

Çalışmamızda mesleki duruma göre algılanan sosyal desteğin toplam puan ortalamaları arasında fark saptanmadı Mesleki duruma göre sosyal desteğin alt boyutu olan bilgi desteği puan ortalamaları arasında fark bulundu (Tablo 6.3). Buna göre işçilerin algıladıkları bilgi destek puanı, diğer meslek gruplarına göre daha düşük bulunmuştur. İşçi grubunun aile içerisinde hastalık hakkında açıkça bilgi paylaşımı yapmadığı görülmektedir. İşçilerin sosyo-kültürel durumu itibarıyla

kendini ifade güçlüğü yaşayabilecekleri düşünülebilir. Bunda işçilerin aile dışındaki çevreleri ile bilgi paylaşımına gidebilecekleri nedeni etkili olabilir. Dedeli ve Demirel'in çalışmalarında mesleki durumun sosyal destek düzeylerine etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (151,141).

Araştırmamızda kolostomili bireylerin sosyal güvence durumuna göre uyum toplam puanları ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, uyum toplam puanı ve uyum öfke alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (Tablo 6.3). Buna göre sosyal güvencesi olan katılımcıların kolostomiye uyum düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda sosyal güvencesi olan bireylerde kolostomi ile yaşamaktan kaynaklı öfke durumu, sosyal güvencesi olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. İslamtürk ve Tari'nın yapmış olduğu çalışmalarda stoma bakım ürünlerini temin etmede sorun yaşayan hastaların uyum seviyeleri daha düşük bulunmuştur (119,135). Araştırmamızda ortaya çıkan bu bulgunun, stoma ürünlerinin sigorta kapsamında olmasıyla kolay ulaşılabilir hale gelmesi ve bireye daha az maliyet yüklemesinden kaynaklandığı düşünüldü. Araştırma bulgumuz literatür bulgularıyla uyumludur.

Çalışmamızda sosyal güvence durumu ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 6.3). Bulgumuz, Guni, Savcı ve Soyler'in çalışmaları ile uyumlu bulunmuştur (146,154,138). Ayrıca bazı çalışmalarda hem sigortanın varlığı hem de sigortanın niteliğinin algılanan sosyal desteği etkilediği belirtilmektedir. Aydın'ın 2017 yılında yaptığı çalışmada, sigortasız olanların sosyal destek puanları sigortalı olanlara göre daha düşük, sigortalı olanlarda ise özel sigortaya sahip olanların diğer türlerde sigortaya sahip olanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur (158).

Araştırmamızda gelir düzeyleri ile kolostomiye uyum düzeyleri incelendiğinde; geliri giderinden az olan grubun diğer gruplara göre daha düşük puan aldığı tespit edilmiştir. Buna karşın gelir düzeyleri ile kolostomiye uyum düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 6.3). Araştırma bulgumuz hem İslamtürk hem de Çulha'nın çalışma bulgularını desteklemektedir (119,140).

Araştırmamızda gelir düzeylerine göre algılanan sosyal destek arasındaki ilişki incelendiğinde, sosyal destek alt boyut puanları arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi (Tablo 6.3). Buna göre geliri giderinden az olan grupta algılanan güven desteği diğerlerinden daha düşük bulundu. Demirel, Guni, Savcı ve Ayaz ve ark.'nın gerçekleştirmiş olduğu çalışmalarda ekonomik seviyesi düşük olan grupların algıladıkları sosyal destek puanları da düşük bulunmuştur (141,146,154,16). Gelir düzeyi düşük olan bireylerde güven desteğinin düşük olması, tedavi masraflarının karşılanması için aile üyelerinin zorlanmasından kaynaklandığı düşünüldü. Araştırmamızda ortaya çıkan bir diğer bulgu da geliri giderinden az olan grubun diğerlerine göre algıladıkları bilgi desteğinin yüksek olmasıdır (Tablo 6.3). Bu durumun türk toplumunun sosyo kültürel yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca bireyin sorunlarıyla aile bireyleri tarafından ilgilenilmesi, hastanın dinlenmesi, hastalığa yönelik açık iletişimin kurulmasının, ekonomik yetersizliklerde de yapılabildiğini göstermektedir. Ekonomik düzeyi düşük grubun bilgi desteğinin yüksek bulunması literatür bulgusu ile uyumlu bulunmamıştır (146,154,141).

Araştırmamızda kolostomiyle yaşam süresi ile kolostomiye uyum düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 6.4). Karabulut ve arkadaşları'nın çalışmasında yer alan ve kontrol grubunu oluşturan katılımcıların stoma süreleri arasında da anlamlı fark saptanmamıştır (143). İslamtürk'te çalışmasında bizim çalışmamızdaki bulgularla benzer sonuca ulaşmıştır (119). Bulgumuz literatür bulgularıyla uyumludur. Araştırmamızda kolostomiyle yaşam süresi ile algılanan sosyal destek seviyeleri arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 6.4). Araştırmamızın örneğine alınan hastalar en az iki ay kolostomi ile yaşamaktadırlar. Buna göre sosyal desteğin iki aylık süreden sonra uyumu etkilemediği görülmüştür. Stoma açıldıktan sonraki iki aylık süre içinde hastaların hem sağlık personellerinin hem de aile üyelerinin yakın ilgisine ihtiyaç duyduğu düşünülmüştür. Literatürde stomayla yaşam süresinin algılanan sosyal desteği etkileyip etkilemediğine yönelik bulguya ulaşılamamıştır.

Araştırmamızda kolostominin tipi ile kolostomiye uyum arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 6.4). Literatürde kolostomi tiplerinden olan asseden – dessenden – trnasvers – sigmoid kolostomi ile uyum arasındaki ilişkiye yönelik bulguya

ulaşılamamıştır. Araştırmamızda kolostominin tipi ile algılanan sosyal destek seviyeleri arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 6.4). Literatürde kolostominin tipinin algılanan sosyal desteği etkileyip etkilemediğine yönelik bulguya ulaşılamamıştır.

Araştırmamızda kolostominin geçici ya da kalıcı olmasıyla kolostomiye uyum arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı (Tablo 6.4). Geçici stomaya sahip olan bireylerin stomalı olma durumunu kabul etmemeleri ya da daha zor kabul ettikleri bilinmektedir (159). Buna göre çalışmamızda geçici kolostomiye sahip olan katılımcıların, uyum düzeylerinin daha düşük olması beklenmiştir. Araştırma bulgumuz İslamtürk'ün çalışmasını desteklemektedir (119). Ayrıca Karaveli'nin 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada stomanın geçici ve kalıcı olma durumları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı fark tespit edilememiştir (21). Buna karşın Yaşan ve arkadaşlarının gerçekleştirmiş olduğu çalışmada geçici kolostomiye sahip olan kişilerin anksiyete puan ortalamaları kalıcı stomaya sahip olanlara oranla daha yüksek bulunmuştur (160). Araştırmamızda kolostominin geçici ya da kalıcı olmasıyla algılanan sosyal destek arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı (Tablo 6.4). Literatürde kolostominin geçici ya da kalıcı olmasının algılanan sosyal desteği etkileyip etkilemediğine yönelik bulguya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda, katılımcıların başka bir hastalığının olması ya da olmaması durumu ile kolostomiye uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 6.4). Kronik hastalığı olan bireylerin yaşam şekli, günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenebileceğinden bu bireylerde kolostomiye uyum düzeyinin, kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha düşük olması beklenebilir. İslamtürk'ün kolostomili hastalarda yaptığı çalışmada da başka hastalık varlığı ile uyum arasında fark tespit edilememiştir (119). Buna karşın Çulha'nın kolostomi ve ileostomili bireylerde gerçekleştirdiği çalışmada kronik hastalık ile öz- bakım gücü arasında negatif bir ilişki tespit edilmiştir (140). Çalışmamızda, katılımcıların başka bir hastalığının olması ya da olmaması durumu ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 6.4). Literatürde başka bir hastalığının olması ya da olmamasının algılanan sosyal desteği etkileyip etkilemediğine yönelik bulguya ulaşılamamıştır.

Araştırmamızda kanser evrelerine göre ile kolostomiye uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 6.4). Literatürde kanser evresi seviyesinin kolostomiye uyumu etkileyip etkilemediğine yönelik bulguya ulaşılamamıştır. Çalışmamızda 4. kanser evresi ile sosyal destek ölçeği alt boyutu olan *bilgi desteği* arasında ilişki saptanmıştır (Tablo 6.4). Buna göre 4. kanser evresinde olan katılımcıların algıladıkları bilgi desteği diğer gruplarda yer alan katılımcılara göre daha yüksektir. Araştırma bulgumuz, 4. evre kanser hastalarında bireyin sorunları ile daha çok ilgilenildiği, aile üyeleri tarafından daha çok rehberlik edildiği, önerilerin yapıldığı kısacası bilgi yönünden hastanın daha iyi desteklendiği anlamına gelmektedir. Bulgumuz Aydın'ın çalışmasıyla çelişmektedir (158).

Araştırmamızda onkolojik tedavi alma durumu ile kolostomiye uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6.4). Kolostomiye uyum kanser hastalarında bulantı, kusma, yorgunluk, kilo kaybı gibi onkolojik tedavinin yan etkilerine bağlı olarak daha zor olabilir (161). Nitekim Gautam ve ark.'nın Nepal'de ostomili hastalarda gerçekleştirmiş olduğu çalışma bulgularına göre onkolojik tedavi almakta olan hastaların uyum puanları, onkolojik tedavi almayan hastalara oranla anlamlı olarak daha düşük bulunduğu belirtilmektedir (145). Araştırma bulgumuzun literatür bilgisinden farklı olmasının onkolojik tedavi süresinden kaynaklanabileceği düşünüldü. Araştırmamızda onkolojik tedavi alma durumu ile algılanan sosyal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 6.4). Guni ve Yılmaz'ın çalışmalarında da tedavi alma durumu ile sosyal destek arasında anlamlı fark bulunmamıştır (146,155). Buna karşın, Karakoç ve Demirel'in gerçekleştirdiği çalışmalarda kemoterapi almakta olan hastaların algıladıkları sosyal destek puanı daha yüksek bulunmuştur (162,141).

Akyüz'ün kolorektal kanserlere bağlı stoma açılan hastalarla yapmış olduğu çalışmada hastaların %86.5'inin uyum sorunu yaşadıkları belirtilmiştir (25). Stoma açıldıktan sonra bireylerin stoma ile yaşama uyum süreci, yaş, cinsiyet, stoma tipi gibi birçok faktör tarafından etkilenebilmektedir. Bireylerin stomaya uyum sürecini belirleyen faktörlerden birisinin de sosyal destek olduğu belirtilmektedir (120,119). Stomalı hastalara yönelik verilen bilgi ve sosyal desteğin yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır (12,142). Borwell'ın gerçekleştirdiği çalışma, stomalı bireylerin

%60'ının bakımları için aile desteğine ihtiyaç duyduklarını tespit etmiş ve sosyal desteğin stomayla yaşamdaki önemi vurgulanmıştır (115). Sosyal desteğin stomaya uyum düzeyini arttırması beklenmektedir.

Çalışmamızda hastaların ailelerinden algıladıkları sosyal destek seviyesi oldukça yüksek çıkmasına karşın (127.92 ± 10.62) sosyal destek ile uyum toplam puanları arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 6.5). Gautam çalışmasında sosyal desteğin hastalarda stoma uyumunu ve yaşam kalitesini arttırdığını tespit etmiştir (145). Çulha çalışmasında bizim bulgumuza benzer bulguya ulaşmıştır (140). Nam ve arkadaşları'nın yaptığı çalışma ise algılanan sosyal destek ile stomaya psikososyal uyum arasında negatif ilişki tespit etmiştir (144). Çalışmalar arasında ortaya çıkan uyumsuzluklarda örneklem büyüklüğündeki farklılıklar ve çalışmalardaki örneklem grupları arasındaki sosyo-kültürel farklılıklar etkili olabilir. Bu durum uyumu etkileyen diğer faktörleri sorgulamayı düşündürür.

Araştırmamızda sosyal destek-bilgi desteği alt boyutu ile uyum-kabul etme alt boyut puanları arasında negatif ve anlamlı korelasyon saptanmıştır (Tablo 6.5). Buna göre hastaların ailelerinden algıladıkları bilgi desteği artarken kolostomiye kabul etme durumu azalmaktadır. Normal koşullarda bilgi desteğinin artması durumunda bireyin hastalığı kabullenmesi beklenir. Oysa bulgumuz bilgi desteği arttıkça hastalığı kabullenmenin azaldığını göstermektedir. Sosyal destek ölçeğinde bilgi desteği, aileden alınmakta ve söz konusu destek içeriğinde hastanın sorunları ile ilgilenilmesi, rehberlik ve destek sunulması yer almaktadır. Bu durum ailenin, hastanın bakım işlevini üstlenmesi olasılığını ortaya çıkarmakla birlikte ailenin bakım işlevini üstlenmesi, hastanın hastalığı kabullenmesini engelleyebileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda sosyal destek-bilgi desteği alt boyutu ile uyum-endişe alt boyut puanları arasında negatif ve anlamlı korelasyon saptandı. (Tablo 6.5). Buna göre hastaların ailelerinden algıladıkları bilgi desteği puanı arttıkça endişe puanı azalmaktadır. Yani bilgi paylaşımı arttıkça hastaların endişe düzeyleri de artmaktadır. Cohen ve ark.'nın gerçekleştirmiş olduğu çalışma, kanser hastalarının stoma hakkında duydukları endişenin hastalığa ilişkin diğer bütün durumların yerini almakta olduğunu bildirmektedir (163,164). Kolostomili bireylerin en çok kontrolsüz

gaz çıkışı, kötü koku ve sızıntı nedeniyle endişe duyduğu saptanmıştır (161,131). Literatürde endişeye neden olan durumlar gereği, aileden alınan bilgi desteği ile hastanın kolostomiye ilişkin yaşadığı endişenin azalması beklenmektedir. Araştırmamızda ortaya çıkan bilgi paylaşımı arttıkça endişenin artmasına neden gösterilememektedir. Normal koşullarda bilgi paylaşımının hastayı rahatlatması beklenmektedir.



8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Kolorektal kanser nedeniyle kolostomi açılan hastaların algıladıkları sosyal desteğin kolostomiyle yaşama uyum üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre sonuçlar ve öneriler aşağıda yer almaktadır.

8.1.SONUÇLAR

- ✓ Katılımcıların yaş ortalaması 52.34 ± 9.61 olarak saptanmıştır. %53.8'inin kadın, %50'sinin ortaöğretim mezunu olduğu, bireylerin %40.4'ünün işçi olarak çalıştığı ve %92.3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %61.5'inin gelirinin giderine eşit olduğu bulunmuştu.
- ✓ Katılımcıların %40.4'ünün 2-6 ay arasında kolostomiye sahip olduğu, %34.6'sının başka hastalığı olduğu ve %61.5'inin kanser tanısından itibaren 13 ay ve üzerinde süre geçtiği saptandı. Hastaların %77'sinin 1. ve 2. evre kanser hastası olduğu ve %88.5'inin kemoterapi aldığı tespit edildi.
- ✓ Çalışmamızda hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi iyi, kolostomiye uyumu ise orta düzeyde bulundu.
- ✓ Yaş arttıkça sosyal destek alt boyutu olan bilgi desteği puanının da arttığı tespit edildi.
- ✓ Erkeklerde uyum-kabul etme alt ölçeği puan ortalaması kadınlara göre daha yüksek bulundu.
- ✓ Ev kadınlarının uyum-kabul etme düzeylerinin diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu saptandı.
- ✓ İşçilerin uyum-kaygı endişe alt ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulundu.
- ✓ Sosyal güvencesi olanların uyum düzeyleri daha yüksek bulundu.
- ✓ Geliri giderden az olanların algılanan güven desteğinin daha düşük olduğu tespit edildi.
- ✓ 4. Evre kanser hastası olanların algılanan bilgi desteği puanının diğer hastalardan daha yüksek olduğu saptandı.
- ✓ Algılanan sosyal destek ile kolostomiye uyum arasında fark saptanmadı.
- ✓ Algılanan bilgi desteği ile kolostomiye uyum-kabul etme arasında negatif anlamlı ilişki saptandı.

- ✓ Algılanan bilgi desteği alt boyutu ile kolostomiye uyum-kaygı endişe alt boyut puanları arasında negatif yönde ve anlamlı ilişki tespit edildi.

8.2. ÖNERİLER

Çalışmamızda ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Stomalı hastaların, yaşama uyum düzeylerini arttırabilmek için ameliyat sonrası erken dönemden başlayarak hem aile hem de stomaterapi hemşireleri tarafından desteklenmeleri,
- ✓ Stomalı hastaların stresle başa çıkmalarını kolaylaştırmak, stomaya ilişkin duyduğu kaygısını azaltmak için aile ve toplumun stoma hakkında bilgilendirilmeli,
- ✓ Sosyal güvencesi olmayan bireylerin, stoma bakım ürünlerine kolay ya da daha az maliyetle ulaşabilmesi için ilgili kurumlarla işbirliği sağlanması,
- ✓ Stomalı kadın hastaların kabul etme ve uyum düzeylerinin neden daha düşük olduğuna yönelik kanıta dayalı hemşirelik çalışmaları yapılması,
- ✓ Stomalı bireyin kabul etme düzeyinin arttırılabilmesi için, aileden alınan desteğin bireyin stoma bakımını kendisinin üstlenmesini sağlayacak nitelikte olması,
- ✓ Stomalı hastaların çalışma hayatlarında yaşadıkları güçlüklerle başa çıkabilmelerini kolaylaştırmak için,
 - Çalışma koşulları stoma bakımını yapabilecek şekilde iyileŐtirilmeli,
 - Stomanın çalışma hayatına engel olmayacağı sağlık profesyonelleri tarafından anlatılmalı,
 - Stomalı bireyler, çalışma arkadaşları tarafından desteklenmelidir.
- ✓ Araştırmanın 52 hasta ve iki hastaneyle sınırlı kalması nedeniyle, çalışmanın örneklem grubu yükseltilerek yapılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. International Agency For Research On Cancer By Bernard WS, Wild, CP. World Cancer Report 2014; 2016.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kanser İstatistikleri 2015. Bölüm 4; 2015 Yılı İlk 10 Kanser verileri. Ankara,2018
3. TÜİK.Ölüm nedeni istatistikleri 2015.
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526> Erişim Tarihi: 30 Nisan 2019.
4. Karadağ A, Göçmen ZB, Korkut H, Çelik B. Ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. Ulusal Cerrahi Dergisi. 27(4); 206-211, 2011.
5. Çavdar İ. Alt sindirim sisteminin cerrahi hastalıkları ve bakımı p.203-242. Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G editors. Cerrahi hemşireliği 2. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2018.
6. Schmeltzer M. Lower Gastrointestinal Problems. In: Medical Surgical Nursing Assesment and management of Clinical Problems. Lewis, Dirksen, Heitkemper and Bucher editors. Nith Edition. Elsevier,2014.
7. Rawlins RP, Williams SS, Beck CM. mental health-psychiatric nursing: a holistic life-cycle approach. AJN The American Journal of Nursing. 84(12), 1984.
8. Mutlu S, Preoperatif stoma yerinin işaretlenmesinin, postoperatif stoma komplikasyonları, stomaya adaptasyon ve hasta yaşam kalitesi üzerine etkisi. B.E.Ü. Tıpta Uzmanlık Tezi. Zonguldak, 2017.
9. Kılıç E, Taycan O, Bellı AK, Özmen, M. Kalıcı ostomi ameliyatının beden algısı, benlik saygısı, eş uyumu ve cinsel işlevler üzerine etkisi. Turk Psikiyatri Dergisi. 18(4), 2007.
10. Thomas C, Madden F, Jehu D. Psychological effects of stomas—I. Psychosocial morbidity one year after surgery. Journal Of Psychosomatic Research. 31(3); 311-316, 1987.
11. Persson E. Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. Journal of Wound Ostomy Continence Nursing. 29(2); 103-106, 2002.

12. Karadağ A, Menteş BB, Üner A, İrkörücü O, Ayaz S, & Özkan S. Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *International Journal of Colorectal Disease*. 18(3); 234-238, 2003.
13. Nugent KP, Daniels P, Stewart B, Patankar R, Johnson CD. Quality of life in stoma patients. *Diseases of the colon & rectum*. 42(12); 1569-1574, 1999.
14. Ayaz S. Stomalı bireylerde hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 27; 86-90, 2007.
15. Karadağ A. Stomaterapi ünitelerinin ve stoma bakım hemşiresinin kolorektal cerrahideki yeri ve önemi. *Turk Journal Colorectal Disease*. 17;46-52, 2007.
16. Ayaz S, Efe Ş, Korukluoğlu S. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 28 (6); 880-5, 2008.
17. Baider L, Peretz T, Hadani PE, Koch U. Psychological intervention in cancer patients: a randomized study. *General Hospital Psychiatry*. 23(5), 272-277; 2001.
18. Çelik B, Vural F, Karayurt Ö, Bilik Ö. Stomaya farklı bir pencereden bakış: Stoması olan bireyle yaşamak. *Turk Journal Colorectal Disease*. 27; 25-29, 2017.
19. Colwell JC, Goldberg M, Carmel J. The state of the standard diiversion. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 28(1); 6-17, 2001.
20. Goldberg M, Auket LK, Carmel J, Fellow, J, Pittman, J. Management of the patient with a fecal ostomy: best practice guideline for clinicians. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 37(6); 596-598, 2010.
21. Karaveli S, Ameliyat öncesi stoma yeri işaretlemenin erken dönem stoma komplikasyonlarına ve yaşam kalitesine etkisi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. İzmir, 2014.
22. Kuzu I, Kuzu A. Kolorektal kanser patolojisi histopatolojik ve prognostik faktörler. p 117-143 İçinde Baykan, E., Zorluoğlu, A., Geçim, İE., Terzi, C. *Kolon ve rektum kanserleri 1. Baskı, İstanbul*. 2010.

23. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global Cancer Statistics. CA: A Cancer Journal For Clinicians. 61(2); 69-90, 2011.
24. Global Burden Of Disease Cancer Collaboration, Fitzmaurice C, Dicker D, Pain A, Hamavid H, Moradi-Lakeh M, et.al. The Global Burden Of Cancer:2013. Jama Oncology. 1 (4); 505-527; 2015.
25. Akyüz S, Kolorektal Kanserele Bağlı Stoma Açılan Ve Açılmayan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılaştırılması. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2016
26. Bullard KM, Rothenberger DA. Colon, rectum, and anus, p. 1055-1117 In: Brunicaardi FC, Andersen DK, et. al. editors. Schwartz's Principles Of Surgery. The Mcgrawhill Companies Inc, New York, 2005.
27. American Cancer Society. Cancer facts & Figures 2014. American Cancer Society, 2014.
<https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2014.html>.Erişim tarihi: 12.02.2019.
28. Büyükdogan M, Kolorektal kanserde genetik ve etyolojik faktörler. Selçuk Tıp Dergisi. 25;171-180, 2009.
29. Strate L, Syngal S. Hereditary colon cancer syndromes, p. 201-213. In: Cancer Cause and Control, 2005.
30. Itzkowitz Sh, Rochester J, Colonic polyps and polyposis syndromes, p. 2713-2757 In: Feldman M, Fiedman Ls, Brandt Lj editors. Gastrointestinal And Liver Disease. Saunders Elsevier, Philadelphia, 2006.
31. Bernstein CN, Blanchard JF, Kliwer E, Wajda A. Cancer risk in patients with inflammatory bowel disease: a population-based study. Cancer. 91; 854-862, 2001.
32. Eaden JA, Abrams KR, Mayberry JF. The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a meta-analysis. Gut. 48; 526-535, 2001.
33. Johnson CM, Wei C, Ensor JE, Smolenski DJ, Amos CI, Levin B, et al. Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. Cancer Causes & Control. 24(6);1207-1222, 2013.

34. Larsson SC, Orsini N, Wolk A. Diabetes mellitus and risk of colorectal cancer: a meta-analysis *Journal of the National Cancer Institute*. 97; 1679-1687, 2005.
35. Campbell PT, Deka A, Jacobs EJ, Newton CC, Hildebrand JS, McCullough ML, Limburg PJ, Gapstur SM. Prospective study reveals associations between colorectal cancer and type 2 diabetes mellitus or insulin use in men. *Gastroenterology*. 139; 1138-46, 2010.
36. Singh S, Singh H, Singh PP, Murad MH, Limburg PJ. Anti-Diabetic medications and the risk of colorectal cancer in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 22; 2258-2268, 2013.
37. Botteri E, Iodice S, Raimondi S, Maisonneuve P, Lowenfels AB. Cigarette smoking and adenomatous polyps: a meta-analysis. *Gastroenterology*. 134;388–395, 2008.
38. Secretan B, Straif K, Baan R, Grosse Y, El Ghissassi F, Bouvard V. A review of human carcinogens – Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *The lancet oncology*.10;1033-1034, 2009.
39. Liang PS, Chen TY, Giovannucci E. Cigarette smoking and colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Cancer*. 124; 2406-2415, 2009.
40. Cho E, Smith-Warner SA., Ritz J., Van Den Brandt PA., Colditz GA., Folsom AR, et al. Alcohol intake and colorectal cancer: a pooled analysis of 8 cohort studies. *Annals Of Internal Medicine*. 140;603–613, 2004.
41. Mahon SM. Prevention and screening of gastrointestinal cancers. *Seminars in Oncology Nursing*. 25(1); 15-31, 2009.
42. Norat T, Lukanova A, Ferrari P, Riboli E, Meat consumption and colorectal cancer risk: Dose response meta-analysis of epidemiological studies. *Int J Cancer*. 98;241-256, 2002.
43. Bastide NM, Pierre FH, Corpet DE. Heme iron from meat and risk of colorectal cancer: a meta-analysis and a review of the mechanisms involved. *Cancer Prevention Research*. 4(2);177-184, 2011.

44. Chan AT, Giovannucci EL. Primary prevention of colorectal cancer. *Gastroenterology*. 138;2029–2043, 2010.
45. Boyle T, Keegel T, Bull F, Heyworth J, Fritschi L. Physical activity and risks of proximal and distal colon cancers: a systematic review and meta-analysis. *Journal Of The National Cancer Institute*.104(20);1548-1561, 2012.
46. Quadrilatero J, Hoffman-Goetz L. Physical activity and colon cancer: a systematic review of potential mechanisms. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*. 43(2);121, 2003.
47. Ma Y, Yang Y, Wang F, Zhang P, Shi C, Zou Y, & Qin H. Obesity and risk of colorectal cancer: a systematic review of prospective studies. *Plos One*. 8(1); e53916, 2013.
48. Milosevic V, Vukmirovic F, Zindovic M, Krstic M, Milenkovic S, & Jancic S. Interplay between expression of leptin receptors and mucin histochemical aberrations in colorectal adenocarcinoma. *Rom J Morphol Embryol*. 56(2 Suppl); 709-716, 2015.
49. Ning Y, Wang L, Giovannucci EL. A quantitative analysis of body mass index and colorectal cancer: findings from 56 observational studies. *Obesity reviews*. 11(1); 19-30, 2009.
50. Irvin TT, Greaney MG. Duration of symptoms and prog-21.nosis of carcinoma of the colon and rectum. *Surg Gynecol Obstet*. 144;883-886, 1977.
51. Flasman K, O'leary DP, Senapati A, Thompson MR. The department of health's two week standart for bowel cancer: is it working? *Gu*. 53;387-389, 2004.
52. Tarhan ÖR, Kolon ve Rektum Kanseri. <http://www.turkcerrahi.com/wp-content/uploads/kolon-ve-rektum-kanseri.pdf>. Erişim Tarihi: 03.02.2019
53. Kuzu A, Aşlar AK. Rektum kanseri: radikal cerrahinin ilkeleri p.399-433. İçinde: Baykan, E., Zorluoğlu A, Geçim, İE, Terzi C editors. *Kolon ve Rektum Kanseri*. İstanbul, Seçil Ofset, 2010.
54. Sağıroğlu M. Kolorektal Kanseri Evrelemesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Oncology Special Topics*, 6(3); 26-28. 2013.
55. American Joint Committee On Cancer (AJCC). *Kanser Evreleme Atlası*. p. 185-202. Çeviren: Ergüney S. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2013.

56. Compton CC, Greene FL. The staging of colorectal cancer: 2004 and beyond. CA: A Cancer Journal For Clinicians. 54;295-308, 2004.
57. Şahinler İ. Gastrointestinal kanserlerde radyoterapinin yeri . Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum dizisi. 37; 211-221, 2003.
58. Uğur VI, Özdamar N, Kara ŞP, Küçükplakçı B, Özgen A, Sanrı E ve ark. Kolon kanseri: Çok sayıda nüks ile takip nedeniyle olgu sunumu. Acta Oncologica Turcica. 41(1); 62-64, 2008.
59. Andre T, Boni C, Navarro M, Tabernero J, Hickish T, Topham C, et al. Improved overall survival with oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment in stage II or III colon cancer in the MOSAIC trial. Journal of Clinical Oncology. 27; 3109–311, 2009.
60. Müslümanoğlu M, Serter A. Kolon Kanseri p.169. İçinde: Değerli Ü, Erbil Y editors. Cerrahi Gastroenteroloji. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2011.
61. Kuzu MA, Demirkıran MA Kolon kanserinin küratif cerrahi tedavisi p.395-412. Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D editors. Kolon, Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları. 2.ci Baskı, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği Yayını, İstanbul, 2004.
62. Karahasanoğlu H. Kolorektal Kanserler: Tanı ve Cerrahi Tedavi. İçinde: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu p. 271-272. 11-12 Ocak 2001, İstanbul, 2001.
63. Charles FB. Schwartz's principles of surgery p.1066-1126. Eighth edition. McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2005.
64. Terzi C, Canda AE. Distal rektum kanserinde sfinkter koruyucu cerrahi: intersfinkterik rezeksiyon ve koloanal anastomoz p. 467-478. İçinde: Baykan E, Zorluoğlu A, Geçim İE, Terzi C editors. Kolon ve Rektum Kanserleri. İstanbul, Seçil Ofset, 2010.
65. Menteş B, Leventoğlu S. Abdominoperineal rezeksiyon p.511-516. İçinde: Baykan E, Zorluoğlu A, Geçim İE, Terzi C editors. Kolon ve Rektum Kanserleri. İstanbul, Seçil Ofset, 2010.

66. Bayraktar H, Rektum Kanseri Nedeniyle Sfinkter Koruyucu Cerrahi Yapılan Hastalarda Major Low Anterior Rezeksiyon Sendromu Gelişimine Etki Eden Faktörler. İ.Ü. Tıpta Uzmanlık Tezi. Malatya, 2017.
67. Vural F, Erol F. Ostomili hastalarda yaşam kalitesi nasıl yükseltilir? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. C6/S1; 2013.
68. Simmons KL, Smith JA, Bobb KA, Liles LL. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. Journal Of Advanced Nursing. 60; 627–635, 2007.
69. Sütsünbüloğlu E, Stoması olan bireylerin cinsel doyum ve fonksiyonlarının değerlendirilmesi. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans tezi. İzmir, 2016.
70. Akgün EZ, Yoldaş T. Intestinal Stoma. Turkish Journal of Colorectal Disease. 22;133-146, 2012.
71. Bowley DM, Boffard KD, Goosen J. Evolving concepts in the management of colonic injury. Injury. 32;435-9, 2001.
72. Aksoy G, Çavdar İ. Sindirim sistemi stomalarında bakım p.61-94. İçinde: Akyolcu N ve Kanan N editors. Yara Ve Stoma Bakımı. İstanbul Üniversitesi Florence Hemşirelik Fakültesi 50. Yıl yayınları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015.
73. Akıl Y, Alabaz Ö, Baykara ZG. Kolostomi İle Yaşam. Türk Ostomi Cerrahi Derneği. Hasta Bilgilendirme Kitapçığı, 2001.
74. Dorum H, Stomalı Bireylerin Deneyimlerinin İncelenmesi. D.E.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İzmir, 2013.
75. Timothy J. Eberlein, St. Louis MO American Collage of Surgeons. İntestinal stomalar, p.894-902. 6. Baskı. Çeviren: Balcı Z, Özmen MM. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2012.
76. Burch J, Sica J. Common peristomal skin problems and potential treatment options. British Journal of Nursing. 17; 4-11, 2008.
77. Alabaz Ö, Akçam T. İntestinal Stomalar. İçinde: Baykan E., Zorluoğlu A., Geçim İE., Terzi C editors. Kolon ve Rektum Kanserleri. İstanbul, Seçil Ofset. p.671-692, 2010.

78. Lemone P, Burke K, Bauldoff G, Gubrud P. Medical surgical nursing. Pearson Education, Boston. 5; 624/625-691, 2015.
79. Nowicki LV. Nursing care of patients with lower gastrointestinal disorders p.744-779. In: Williams LS, Hopper PD. Understanding Medical Surgical Nursing. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2015.
80. Black PK. Practical stoma care. Nursing Standard. 14(41); 47-55, 2000.
81. Burch J. Care of patients with a stoma. Nursing Standard/RCN Publishing. 27(32); 52-53, 2013.
82. Burch, J. Stoma care 1st edition 3-7. Medical Nursing Management & Leadership. Markono print media, 2008.
83. Burch, J. The pre-and postoperative nursing care for patients with a stoma. British Journal of Nursing. 14(6); 310-318, 2005.
84. Oğlakkaya A, Stomalı hastaların sağlık durumlarının hastalık algıları üzerine etkisinin incelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2016.
85. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Management of patients with urinary disorders. Chapter 45, p.1569-1603. In: Black JM, Matassarin-Jacobs E. Brunner&Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 11th Ed. Wolter Kluwer/Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2008.
86. Lewis SL, Heitkemper MM, Dirksen SR, O'Brien PG, Bucher L. Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems. 7th Edition Mosby Elsevier, St. Louis, 1069-1189, 2007.
87. Kanan N, Özbaş A. Üriner sistem stomalarında bakım p. 95-126 . İçinde: Akyolcu N ve Kanan N editors. Yara Ve Stoma Bakımı. İstanbul Üniversitesi Florance Hemşirelik Fakültesi 50. Yıl yayınları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015.
88. Persson E, Gustavsson B, Hellström AL, Lappas G, Hultén L. Ostomy patients' perceptions of quality of care. Journal Of Advanced Nursing. 49(1); 51-58, 2005.
89. Karadağ A, Korkut H. Peristomal cilt komplikasyonları: Önleme, tedavi ve bakım. Ulusal Cerrahi Dergisi. 26(3); 2010.

90. Park JJ, Del Pino A, Orsay C P, Nelson RL, Pearl RK, Cintron JR, et al. Stoma complications. *Diseases of the Colon & Rectum*. 42(12);1575–1580, 1999.
91. Shabbir J, Britton DC. Stoma complications: a literature overview. *Colorectal Disease*. 12(10); 958-964, 2010.
92. Williams J. Considerations for managing stoma complications in the community. *British Journal of Community Nursing*. 17(6);266-269, 2012.
93. Çavdar İ. Kolon, rektum ve anal kanserler p.707-714. İçinde: Can G editor. *Onkoloji Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2014.
94. Husain SG, Cataldo TE. Late stomal complications. *Clinics In Colon And Rectal Surgery*. 21(1); 31-40, 2008.
95. Collett K. Practical aspects of stoma management. *Nursing Standard*. 17 (8); 45-55, 2002.
96. Watson AJM, Nicol L, Donaldson S, Fraser C, Silversides A. Complications of stomas: their aetiology and management. *British Journal of Community Nursing*. 18(3); 111-116, 2013.
97. Carne PWG, Robertson GM, Frizelle FA. Parastomal hernia. *British Journal of Surgery*. 90(7); 784–93, 2003.
98. Sabuncu N, Gülseven B, Şenturan L. Kolostomili bireylerin umutsutluk düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu*. 2(2), 57-62, 1999.
99. Karadağ A, Baykara ZG, Cihan R. Kompleks bir stomanın bakımı: olgu sunumu. *Turk Journal Colorectal Disease*. 18;138-141, 2008.
100. O’Shea H. Teaching the adult ostomy patient. *Journal of Wound Ostomy Continence*. 28(1); 47-54, 2001.
101. Aslan FE, Arlı ŞK. Gastrointestinal cerrahisinde bakım p.471-513. İçinde: Aslan FE editör. *Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte*. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2017.
102. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C, et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 35(5), 493-503, 2008.
103. Lewis VP. Basic ostomy care. *Medsurg Nursing*. 15(4);199-202, 2006.

104. Karadağ A. Bağırsak stoması açılan hastalarda hemşirelik bakımı. Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi. 14(1), 26-31, 2004.
105. Karadag A. Stoma Bakımı ve Hemşireliği p.693-712. İçinde: Baykan E., Zorluoğlu A., Geçim İE., Terzi C editors. Kolon ve Rektum Kanseri. İstanbul, Seçil Ofset, 2010.
106. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and suddarth's medical surgical nursing. Lippincott. Williams & Wikins, Philadelphia. 10th Ed; 1028-1071,1349-1354, 2004.
107. Karaveli S, Özbayır T, Kahraman HA. Stomalı hastaların sızıntı ile baş etme yöntemlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 30 (2); 18-25, 2014
108. Şahin D. Sosyal Destek ve Sağlık p.79-106. İçinde: Okyayuz UH editor. Sağlık Psikolojisi. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1999.
109. Özyurt BE. Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. Kriz Dergisi, 15(1); 1-15, 2007.
110. Eylen B. Kanser hastası sosyal destek ölçeği” nin geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı üzerine bir çalışma. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi Cilt: XV, Sayı: 1, 2002.
111. Tuna P, Kanserli hastaların benlik saygıları üzerine bir araştırma. H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara,1993.
112. Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. Cancer Nursing, 28(3), 236, 2005.
113. Vellone E, Rega ML, Galletti C, Cohen MZ. Hope and related variables in Italian cancer patients. Cancer Nursing. 29(5); 356-366, 2006.
114. Dunkel-Schetter C. Social support and cancer: findings based on interviews and their implications. Journal of Social Issues, 40(4): 77-98, 1984.
115. Borwell, B. Rehabilitation and stoma care: Addressing the psychological needs. British Journal of Nursing. 18, 20-4, 2009.
116. Şimşek P, Çilingir D. Çevreye uyum ve bütünlüğün korunması: Levine'nin koruma modeli. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(1), 34-41, 2018.
117. Bacanlı H. Gelişim ve Öğrenme. Nobel Yayınları, Ankara, 2005.

118. Bakırcıoğlu R. Çocuk Ruh Sağlığı ve Uyum Bozuklukları. Anı Yayıncılık, Ankara, 2002.
119. İslamtürk F, Kolostomili hastalarda stomalı yaşama uyumlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. H.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep,2018,
120. Knowles SR. , Tribbick D., Connell WR., Castle D., Salzberg M., Kamm MA. Exploration of health status, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in stoma patients. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing. 41(6); 573-580, 2014.
121. Alp R, Stomalı hastaların evde karşılaştıkları sorunların “yaşam modeli” doğrultusunda değerlendirilmesi. Acıbadem Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2014.
122. Youngberg DRM. Individuals with a permanent ostomy: Quality of life, preoperative stoma site marking by an ostomy nurse, six peristomal complications, and out-of-pocket financial costs for ostomy management p. S5-S6. In: Journal Of Wound Ostomy And Continence Nursing. Lippincott Williams & Wilkins, 530 Walnut St, Philadelphia, 2011.
123. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, Lagaay MB, Gooszen HG. Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. colostomy. Diseases of the Colon & Rectum. 43(5); 650-655, 2000.
124. Piwonka MA, Merino JM. Amultidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. Journal Wound Ostomy Continence Nursing. 26; 298-305, 1999.
125. Ayaz S. Stomalı bireylerde beden imajı ve benlik saygısı. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 28(2); 154-159, 2008.
126. Junkin J, Beitz, JM, Colwell JC. Sexuality and the person with a stoma: implication for comprehensive WOC nursing practice. Wound Ostomy Continence Nursing. 32(2); 121-128, 2005.
127. Black PK. Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. British Journal of Nursing, 13(12), 692-697, 2004.

128. Bekkers MJTM, Van Knippenberg FCE, Van Dulmen AM, Van Den Borne HW, van Berge Henegouwen GP. Survival and psychosocial adjustment to stoma surgery and nonstoma bowel resection: a 4-year follow-up. *Journal of psychosomatic research*. 42(3); 235-244, 1997.
129. Engel J, Kerr J, Schlesinger- Raab A, Eckel R, Sauer H, Hölzel D. Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. *Annals of Surgery*. 238(2); 203-13, 2003.
130. Turnbull G B. The ostomy files: Psychological adjustment after ostomy surgery: What do we know?. *Ostomy/Wound Management*. 51(4); 12-14, 2005.
131. Mutlu S, Kalıcı abdominal stomalı hastalarda beden imajı değişiminin yaşam kalitesine etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2006.
132. Follick MJ, Smith TW, Turk DC. Psychosocial adjustment following ostomy. *Health Psychology*. 3(6); 505-517, 1984.
133. All Types of Cancer Rate By Age Group. United States, 2016. <https://gis.cdc.gov/Cancer/USCS/DataViz.html> Erişim tarihi: 20.06.2019.
134. Çavdar İ, Kolostomili hastaların kolostomilerine uyumlarında hemşirelik eğitiminin etkinliği, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. İstanbul; 1999.
135. Tarı Ö, Abdominal stomalı hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul; 2011.
136. Koçak AA, Öğretmenlerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Muğla, 2018.
137. Aktaş D, Stomalı bireylerin bedenlerine yönelik kendilerinin ve eşlerinin algılarının belirlenmesi. G. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2013.
138. Soylar P, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde tedavi gören meme kanseri hastalarının tedavi arama şekilleri, algılanan sosyal destek düzeyinin incelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Malatya, 2015.

139. Yavuz M, İlçer A Ö, Kaymakçı Ş, Bildik G, Dıramalı A. Meme kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumlarının incelenmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 27.5; 680-686, 2007.
140. Çulha İ, Hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda öz-bakım gücüne olan etkisinin değerlendirilmesi. E.O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir, 2014.
141. Demirel AC, Genç kanser hastalarının sosyal destek düzeyleri ve yaşam doyumu. K.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli, 2015.
142. Tüzer H, Abdominal stomalı hastaların stoma bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2017.
143. Karabulut HK, Dinç L, Karadağ, A Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study. *Journal of clinical nursing*, 23(19-20); 2800-2813, 2014.
144. Nam KH, Kim HY, Kim JH, Kang KN, Na SY, Han BH. Effects of social support and self-efficacy on the psychosocial adjustment of Korean ostomy patients. *International wound journal*. 16; 13-20, 2019.
145. Gautam S, Koirala S, Poudel A, Paudel D. Psychosocial adjustment among patients with ostomy: a survey in stoma clinics, Nepal. *Nursing: Research and Reviews*. 6; 13, 2016.
146. Özbek Guni Ö. Kanserli birey ve ailelerinin sosyal destek algılarının değerlendirilmesi. H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2005.
147. Ünsal P. Bir iş ortamında algılanan sosyal desteğin işlevlerine, kaynaklarına, cinsiyet ve mesleğe göre incelenişi. 9. Ulusal psikoloji Kongresi bilimsel çalışmaları. Türk psikologlar Derneği. p. 315-326. Ankara,1996.
148. Mahjoubi B, Mohammadsadeghi H, Mohammadipour M, Mirzaei R, Moini R. Evaluation of psychiatric illness in Iranian stoma patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 66; 249-53. 2009.

149. Sprangers MA, Groenvold M, Arraras JI, Franklin J, te Velde A, Muller M , Cull A. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *Journal of clinical oncology*, 14(10); 2756-2768, 1996.
150. Pehlivan S, Ovayolu Ö, Ovayolu N, Sevime A, Camci C. Relationship between hopelessness, loneliness, and percieved social support fom family in turkish patients with cancer. *Support Care Cancer*. 20; 733-739, 2012.
151. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*. 23 (3); 132-139, (2008).
152. Elbir N, Lise 1. Sınıf öğrencilerinin sosyal destek düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. H.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2000.
153. Bayram D, Bir grup gençte ruhsal belirti ve sosyal destek ilişkisi. D.E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi. İzmir, 1999.
154. Savcı A B, Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler.. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Erzurum, 2006.
155. Yılmaz S, Jinekolojik kanserli kadınlarda algılanan sosyal destek düzeylerinin kemoterapi semptomlarına etkisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2011.
156. Gürkan A, Aslan F, Akgün M, Şelimen D. İstanbul'da yaşayan kolostomili bireylerin taburculuk sonrası evde karşılaştıkları sorunları saptamaya yönelik retrospektif bir çalışma. *Hemşirelik Forumu*. 2; 233-240, 1999.
157. Ito N, Tanaka M, Kazuma K. Health-related quality of life among persons living in Japan with a permanent colostomy. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 32(3); 178-183, 2005.
158. Aydın İ H, Kanser hastalarında umut – umutsuzluk ve sosyal destek ilişkisi: Şanlıurfa ilinde tedavi gören hastalar örneği. C.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Sivas, 2017.

159. De Gouveia Santos, V L C, Chaves E C, Kimura M.. Quality of life and coping of persons with temporary and permanent stomas. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 33(5); 503-509, 2006.
160. Yaşan A, Ünal S, Gedik E, Giirgin S. Kalıcı ve geçici ostomi yapılmış kişilerde yaşam kalitesinde değişim, depresyon ve anksiyete. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 9; 162-168, 2008.
161. Başbüyük M, Stomalı hastalarda erken dönemde anksiyete. Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Adana, 2014.
162. Karakoç T, Ayaktan kemoterapi alan geriatratik hastalarda sosyal destek ile yorgunluk arasındaki ilişki. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Mersin 2008.
163. Cohen AM, Minsky BD, Cancer of the colon. *Cancer: principles & practice of oncology*. VT DeVita, S. Hellman, SA Rosenberg. 1997
164. Cohen S, Social relationships and health. *American psychologist*. 59 (8);676-684, 2004.

10. EKLER

EK 1.

KATILIMCILARI BİLGİLENDİRMEYE YÖNELİK YÖNERGE

Bu araştırma, kolostomili bireylerde alınan sosyal desteğin kolostomi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız, çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği açısından oldukça önemlidir.

Bu veriler, kimliğiniz belirtilmeden sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında veriler kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır.

Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için objektif olmanızı ve soruları boş bırakmanızı rica ederim.

Teşekkürler.

Adres:

**Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı**

**Tel:
05067705766**

**Email:
ozkanKaradede@gmail.com**

**Medipol Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi
Hemşire Özhan Karadede**

EK 2.

TANIICI ÖZELLİKLER FORMU

Hastane:

Yaş:.....

Cinsiyeti: 1) Erkek 2) Kadın

Eğitim durumunuz

1)Okur-yazar 2)İlkokul -Ortaokul 3)Lise 4)Üniversite

Medeni durumunuz

1)Evlili 2)Bekar 3)Boşanmış 4) Dul

Mesleğiniz:

Sosyal güvenceniz

1) Var 2) Yok

Gelir durumu

1)Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla

Stomaileyaşam süresi (ay/yıl):.....

Kolostominizin tipi

1)Assendan 2) Transvers 3) Dessendan 4) Sigmoid

Stomanızın süresi

1) Geçici 2) Kalıcı

Stoma açılmasını gerektiren durumdan başka bir hastalığınız var mı?

1) Evet (belirtiniz)..... 2) Hayır

Kanser tanısını ne zaman aldınız?

1) 1-6 ay 2) 7-12 ay 3) 13-24 ay 4) 25-36 6) 36 ay dan fazla

Kanser Evresi

1) 1. Evre 2) 2. Evre 3) 3. Evre 4) 4. Evre

Kemoterapi tedavisi aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

Radyoterapi tedavisi aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

Ek.3

SOSYAL DESTEK HASTA FORMU

Bu ölçek, hasta ile ailesi arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılacak bir çalışmaya ait bilgileri toplamak üzere hazırlanmıştır. Aşağıda çoğu hastanın ailesiyle ilişkilerinde yaşadığı duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için "**benim durumuma çok uygun (5)**", "**benim durumuma uygun (4)**" "**benim durumuma kısmen uyuyor (3)**", "**benim durumuma uygun değil (2)**" ve "**benim durumuma hiç uygun değil (1)**" olmak üzere beş yanıt vardır.

Lütfen her ifadeyi okuyarak, duygularınızı ya da durumunuzu en iyi yansıtan yanıtı, her bir ifadenin yanındaki kutucuğa işaret koyarak belirtiniz. Sorulara vereceğiniz yanıtlar hiçbir kurum ya da şahsa iletilmeyecektir ve yanıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Yardımlarınız için teşekkür eder, sağlıklı günler dilerim.

	Benim durumuma çok uygun 5	Benim durumuma uygun 4	Benim durumuma kısmen uyuyor 3	Benim durumuma uygun değil 2	Benim durumuma hiç uygun değil 1
1 Kendimi kötü hissettiğimde ailem beni teselli eder.					
2 Aileme kızgınlık, üzüntü, gibi duygularımı ifade edebilirim.					
3 Ailem aldığım kararları destekler.					
4 Ailemle hastalığım hakkında rahatça konuşabiliyorum.					
5 Sohbetlerde konu benim hastalığıma geldiğinde ailem konuyu hemen değiştirmeye çalışır.					
6 Ailemden ilgi ve yakınlık görüyorum.					
7 Bir sorunla karşılaştığımda ailem bu sorunu çözebilmem için önerilerde bulunur.					
8 Ailem bir sorunu çözmek için giriştiğim çabaları destekler.					

9	Bazen ailemin neler yaşadığını anlamadığını hissediyorum.					
10	Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedavilerim sırasında acılarımı paylaştı.					
11	Ailem ilaçlarımı zamanında almam ve tedavilerime aksatmadan devam etmem konusunda bana yardımcı oldu.					
12	Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedaviler sırasında işimi kolaylaştıracak önlemleri aldı.					
13	Ailem hastalandığımdan beri benden uzak durmaya çalışıyor.					
14	Gelecekle ilgili endişelerimi ailemle paylaşamıyorum.					
15	Ailem birine ihtiyaç duyduğumda daima yanımdadır.					
16	Ailem beni dinlemek için daima zaman ayırır.					
17	Ailem benim neler hissettiğimi anlamaya çalışır.					
18	Ailem hastalığımla ilgili ya da hastalığımın yarattığı sorunlara daima uygun çözüm yolları bulur.					
19	Ailem ihtiyaç duyduğumda bana yeni seçenekler sunar, sorunumu nasıl çözebileceğimi gösterir.					
20	Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.					
21	Ailemle hastalığım konusunda daha açık ve özgürce konuşabilmeyi isterdim.					
22	Bazen aile üyelerinin bana neler olduğunu gerçekten anlamadıklarını düşünüyorum.					

23	Ailemle aramızda kendimi duygusal açıdan güvenli ve iyi hissetmemi sağlayan yakın ilişkilerim var.					
24	Ailem bana maddi yönden destek olmaya çalışır.					
25	Ailemle sevinç ve kederlerimi paylaşıyorum.					
26	Hastalandığımdan bu yana ailemle olan sosyal ilişkilerim azaldı.					
27	Ailemle ilişkilerim bana hastalandığımdan önce olduğundan daha az doyum sağlıyor.					
28	Kaygılarımı ve korkularımı ailemden birisiyle rahatça paylaşabilirim.					
29	Ailem hastalığımla ilgili bilgileri benden saklıyor.					
30	Hastalığıma ilişkin bilgileri ailemden tam ve doğru olarak alamıyorum.					
31	Ailem hastalığım ile ilgili konuşmamamın daha iyi olduğunu hissetmemi neden oluyor.					
32	Hastalığımla ilgili bir konuşma başladığında ailem konuyu mümkün olduğunca çabuk değiştirir.					
33	Ailem hastalığımla ilgili şeyleri sonuna kadar dinlemeye asla sabır göstermez.					
34	Ailem bana hastalığım konusunda yol gösterir ve yararlı öğütler verir.					

35 Ailem hastalığımın yarattığı sorunların üstesinden gelebileceğim konusunda daima beni destekleyecek sözler söyler.					
--	--	--	--	--	--



Ek 4.

OSTOMİLİ BİREYLERE YÖNELİK UYUM ÖLÇEĞİ

Bu bölümde sizden, maddelerde ifade edilenlerin fikrinize ne ölçüde uyduğunu işaretlemeniz istenmektedir. Her maddenin ayrı bir puanlaması bulunmaktadır. Lütfen her bir madde için size uygun olan numarayı işaretleyiniz.

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Emin değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Stoma açılması ile iyileştiğimi hissediyorum.	4	3	2	1	0
2.Stomayı görmekten ve ona dokunmaktan hoşlanmıyorum.	0	1	2	3	4
3.Stomalı olmama rağmen anlamlı bir hayatım var.	4	3	2	1	0
4.Stoma ameliyatı olmadan önceki kadar yemek ve içmekten zevk alıyorum.	4	3	2	1	0
5.Stoma banyo ve duş almamı engelliyor.	0	1	2	3	4
6.Stomaya ilişkin herhangi bir kaygı duymadan uyuyorum.	4	3	2	1	0
7.Stoma nedeniyle hayatım kontrolümde değilmiş gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4
8.Stoma açıldığından beri sosyal aktivitelere katılmaya isteksizim.	0	1	2	3	4
9.Stomayı vücudumun bir parçası olarak görüyorum.	4	3	2	1	0
10. Stomaya sahip olmanın şokunu atlattım.	0	1	2	3	4
11. Stoma nedeniyle aktivitelerimi sınırladım.	0	1	2	3	4
12. Stoma nedeniyle her zaman hasta bir birey olacağımı hissediyorum.	0	1	2	3	4
13. Stomanın sızdırabileceği, kokabileceği ve ses çıkarabileceğini sürekli düşünüyorum.	0	1	2	3	4
14. Stoma nedeniyle meydana gelen değişiklikleri kabul ettim.	4	3	2	1	0

15. Bana yeni bir yaşam olanağı verdiği için stomaya minnettarım.	4	3	2	1	0
16. Stomaya bakım yapmak zordur.	0	1	2	3	4
17. Stomadan dolayı seksüel açıdan daha az çekici olduğumu düşünüyorum.	0	1	2	3	4
18. Bir stomaya sahip olmak beni öfkeliendiriyor.	0	1	2	3	4
19. Stomaya rağmen bana bir yaşam başlandığını düşünüyorum.	4	3	2	1	0
20. Gelecekte stoma bakımını yapabileceğim.	4	3	2	1	0
21. Stoma hakkında her zaman kaygılıyım.	0	1	2	3	4
22. Stoma ile yaşamımı tehdit eden bir durumdan kurtulduğumu düşünüyorum.	4	3	2	1	0
23. Stomam olmasına rağmen değişik aktivitelere katılabilirim.	4	3	2	1	0

EK 5.

İÜC Tarih ve Sayı: 25/12/2018-117020



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :50200903-199-
Konu :Özkan Karadede'nin tez çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezi yüksek lisans programı öğrencisi Özkan KARADEDE'nin "Kolostomali Bireylerde Sosyal Destegin Uyum Etkisi" isimli tez çalışması kapsamında anket çalışmasını Fakültemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalında yapmasının uygun görüldüğü hakkında adı geçen anabilim dalı başkanlığımdan alınan 18.12.2018 tarihli, 112219 sayılı yazı ile Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünüzün 06.12.2018 tarihli, 105137 sayılı yazısı ve söz konusu Enstitü Müdürlüğünüzün 27.11.2018 tarihli, E.51556 sayılı yazısı ve eklerinin bir fotokopisi ilişikte sunulmuş olup, konu Dekanlığınızca da uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Mustafa Sait GÖNEN
Dekan

EK :
14

Doğrulama linki: <http://idogrulama.istanbul.edu.tr/iev/evikin.com/sla/belgedogrulama.aspx?V=6EM4Q4Z6>

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34098 Cerrahpaşa/İstanbul
Yeni Adres: 661. Sırt Yolu - Yıldız DENİZİ - DADİTİ - 32519
Tel : 0212 414 30 00 Faks : 0212 632 00 33
e-posta : of@perkeni@istanbul.edu.tr Elektronik Ağı : www.istanbul.edu.tr

EK 6.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Özkan KARADEDE'nin Tez Çalışması

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)
(Kavacak mah. Ekinciler cad. No:19 Kavacak Kavşağı 34810 Beykoz/İstanbul)

İlgi : a) 31/12/2018 tarihli ve 71211201-54593 sayılı yazı.
b) 12/02/2019 tarihli ve 74839299-604.01.01-2724 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Özkan KARADEDE'nin "**Kolostomili Bireylerde Sosyal Desteğin Uyuma Etkisi**" konulu tez çalışmasını, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNI DİR
12/02/2019

Permin GÖRECEK
İstanbul Sağlık Müdürlüğü
İl Sağlık Müdürlüğü Şubesi
Bilgi Kurumu

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

EK 7.

The screenshot shows a Gmail interface with a search bar containing "izin talebi". The left sidebar lists various folders: Oluştur, Gelen Kutusu (798), Yıldızlı, Etilenenler, Önemli, Gönderilmiş Postalar, Taslaklar (22), Kategoriler, cennahpaşamecisi, huriye, and özkan. The main content area displays an email from Özkan Karadede (ozkankaradede@gmail.com) dated 6 Ekim 2018, Cmt 18:21. The email subject is "KANSER HASTASI SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ" için izin talebi. The body of the email reads: "Ben, Medipol Üniv. Hemşirelikte Yüksek lisans öğrencisi **Özkan Karadede**. Medipol Üniversitesinde, **Doç.Dr. Selma Rızalar** danışmanlığında "**Stomali Hastalarda Sosyal Desteğin Uyuma Etkisi**" başlığında Yüksek Lisans tezi yapmayı planlıyorum. Geçerlilik, güvenilirliğini sağlanmış olduğunuz "**KANSER HASTASI SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ**" ni bu tezimde kullanmak üzere izninizi istiyorum. Saygılar...

Below the email, a response from Berrin Özyurt (berrin.ozyurt@yasar.edu.tr) dated 8 Ekim 2018, Paz 07:43 is visible. Her response reads: "Özkan bey, Elbette kullanabilirsiniz. ekte değerlendirme anahtarını ve makalemi gönderiyorum. Başarılar diliyorum, Berrin Özyurt".

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.50503
Konu : Etik Kurulu Kararı

15/11/2018

Sayın Özkan KARADEDE

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Kolostomili bireylerde sosyal desteğin uyuma etkisi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 3070 sayılı e-İmza Kanunu'na göre İktisat FİL-Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 15.11.2018 tarihinde e-İmzalanmıştır.
E-İmza kodu: <https://dres.medipol.edu.tr/e-imza/belgeden/3D45EAA67X3> kodu ile doğrulanabilmektedir.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Elmeler Cad. No:18 Kasımpaşa Kampüsü - Beşiktaş
34810 İstanbul

Tel: 444 25 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin: etik@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kolostomili bireylerde sosyal desteğin uyuma etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Özkan Karadede			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUGU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	DİL
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 643		Tarih: 14/11/2018	
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNYANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
--------------------------------	------------------------

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Clasifikasyon		Araştırma ile ilgili		Katkı *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İkinar KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devran TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Keziban OLCAY	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* :Toplamda Değerlendirme

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Özkan	Soyadı	Karadede
Doğum Yeri	Ankara	Doğum Tarihi	18/11/1986
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	-
E-mail	ozkankaradede@gmail.com	Tel	-

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Uludağ Üniversitesi	2007
Lise	Şentepe Lisesi	2003

Mesleki Deneyimi (Sondan Geçmişe Doğru Sıralanmıştır)

Görevi	Kurum	Servis	Süre/Yıl
Hemşire	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi Servisi	11 yıl
Hemşire	Bayındır tıp Merkezi	Beyin Cerrahi Servisi	3 ay

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
Ales Puan	71,27699	72,31778	67,52451

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta