

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

PİTTMAN OSTOMİ KOMPLİKASYON ŞİDDET İNDEKSİ'NİN
TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Ahu UZUN ARSLANTAŞ

YÜKSEKLİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ ELİF KARAHAN

ZONGULDAK

2019

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

PİTTMAN OSTOMİ KOMPLİKASYON ŞİDDET İNDEKSİ'NİN
TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Ahu UZUN ARSLANTAŞ

YÜKSEKLİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Elif KARAHAN

ZONGULDAK

2019

KABUL VE ONAY:

“PİTTMAN OSTOMİ KOMPLİKASYON ŞİDDET İNDEKSİ’NİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek, Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Elif KARAHAN

Üye : Prof Dr. Sevim ÇELİK

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Fatma VURAL

ONAY:

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

TARİH: 03.07.2019

Prof. Dr. Veysel Haktan ÖZAÇMAK
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Çalışmamın başlangıcından bitimine kadar bana her türlü konuda fikirleriyle, ilgi ve desteğiyle yanımda olan değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Elif KARAHANA'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve birikimleri ile her zaman kendilerinden çok şey öğrendiğim kıymetli hocalarım Prof. Dr. Sevim ÇELİK ve Doç. Dr. Nurten TAŞDEMİR'e,

İstatistikler aşamasında bana zaman ayıran ve bilgilerini paylaşan değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi M. Çağatay BÜYÜKUYSAL'a,

Uzman görüşlerinde önerileri ve değerlendirmeleri ile katkı veren değerli hocalarıma,

Araştırmamın yürütülmesinde bana destek veren, veri toplamamda yardımcı olan, beraber çalışmaktan onur duyduğum ve her türlü konuda desteğini esirgemeyen Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Stomatoloji Ünitesi Sorumlusu sayın hocam Doç. Dr. F. Ayça GÜLTEKİN'e,

Ekibinde çalışmaktan onur duyduğum ve yardımını her zaman aldığım Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı başkanı sayın hocam Prof. Dr. Güldeniz KARADENİZ ÇAKMAK'a,

Veri toplama sürecinde desteğini esirgemeyen Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı tıp öğretim üyesi hocalarıma, asistanlarıma, Genel Cerrahi Servisi sorumlu hemşiresi Duygu TENK KAYA ve ekibine, Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesi ekibim Senem YILDIRIM, Hem. Hamide KAYA, Hem. Yasemin Koşar, Hem. Fikriye YAMAN ve Temel BIYIKLI'ya ve çalışma sürecinde desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşım Nigar AK TÜRKİŞ ve Funda ZAMAN'a,

Desteğini ve yardımlarını esirgemeyen sevgili annem ve babama, her zaman yanımda olan ve sonsuz destek veren biricik eşim Muhammet ARSLANTAŞ'a, ve tatlı kızım Aslı Ceren ve biricik oğlum Halil Yılmaz'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ahu UZUN ARSLANTAŞ

Zonguldak, Haziran 2019

ÖZET

Ahu Uzun Arslantaş, Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2019.

Bu çalışmada ostomili hastalar için yurtdışında hazırlanmış ölçeğin, Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet Geçerlilik ve Güvenirlik İndeksi'nin (Pittman Ostomy Complication Severity Index (OCSI)) Türkçe geçerliliğini ve güvenilirliğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma metodolojik araştırma türüne uygun şekilde yürütülmüştür. Araştırma, Zonguldak Bülent Ecevit Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Stomaterapi Ünitesinde 1 Ocak 2017-1 Ocak 2018 tarihleri arasında yürütülmüş olup örneklem büyüklüğü madde başına 10 katılımcı olarak belirlenmiştir. Belirlenen tarihler arasında Zonguldak Bülent Ecevit Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Stomaterapi Ünitesine başvuran en az bir aydır kolostomi ve ileostomiye sahip olan sözel ve yazılı onamları alınan 90 ostomili birey araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmada veri toplamak için Stomalı Birey İzlem Formu ve Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi formları kullanılmıştır.

Ameliyat öncesinde "Stomalı Birey İzlem Form'u" ile hastaların demografik özellikleri değerlendirilmiştir. Ameliyat sonrasında Stomalı Birey İzlem Form'undaki stoma ile ilgili özellikler değerlendirilmiştir. Ameliyattan 30 gün sonrasında bireylerle birebir görüşülerek ve ostomi bölgesi değerlendirilerek "Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'ne" araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. Çalışmanın istatistiksel analizlerinde SPSS 19,0 ve Excel 2016 paket programları kullanılmıştır. Çalışmada yer alan nitel değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde ile; nicel değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleriyle gösterilmiştir. Örneklem grubundaki bireylerin yaş ortalaması 60.22 ± 13.23 olarak belirlenmiştir. Örneklemdeki bireylerin % 44.4'ünün kadın, % 55.6'sının erkek, %90'ının evli, %71.1'inin ilköğretim mezunu, %41.1'inin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. İndeksin dil geçerliliği için çeviri-geri çevirisi yapılmıştır. Kapsam geçerliliği için 11 uzmandan görüşü alınmıştır ve Kapsam Geçerlilik İndeksi 0.95 olarak bulunmuştur. İndeksin yapı geçerliliği için komplikasyonla ilişkili parametreler Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi

toplam puan arasındaki anlamlılık hesaplanmıştır. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin güvenilirliği bağımsız gözlemciler arası uyum ile değerlendirilmiştir. Uzman görüşlerinde gözlemciler arasındaki uyum incelendiğinde dil bakımından uyum olduğu görülmüştür (p <0.001; Kendall's W: 0.131; Ki-kare: 66.668). Uzman görüşlerinde gözlemciler arasındaki uyum değerlendirilmiş olup içerik bakımından uyum olduğu görülmüştür (p <0.001; Kendall's W: 0.132; Ki-kare: 67.529).

Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Türkçe versiyonunun ostomili bireylerin komplikasyon şiddetini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. Ostomili bireyler de oluşan komplikasyonları tanımlamak ve şiddetini ölçmek için kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolostomi, İleostomi, Komplikasyon, Hemşirelik Bakımı

ABSTRACT

Ahu Uzun Arslantaş, Validity and Reliability of the Pitmann Ostomy Complications Severity Index Which Was Prepared in Turkish Language. Zonguldak Bülent Ecevit University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Master's Degree Program in Surgical Nursing, Master's Thesis, Zonguldak, 2019.

The aim of the study was to evaluate the validity and reliability of the Pitmann Ostomy Complications Severity Index (OCSI) (prepared in abroad for the patients with ostomy) which was prepared in Turkish language. The study was a methodological research. The study was performed on the dates between January 1, 2017 and January 1, 2018 in Zonguldak Bülent Ecevit University hospital, surgery department, stomatherapy unit. Sample size was determined as 10 participants per item. 90 people with colostomy or ileostomy at least 1 month, and who had verbal or written consent, were admitted Zonguldak Bülent Ecevit University hospital, surgery department, stomatherapy unit on the dates mentioned above, were included in the study. Data collections were done via using Pitmann Ostomy Complications Severity Index Form and People with Stoma Follow-up Form. Demographic features of the patients were evaluated with People with Stoma Follow-up Form before the surgery. Stoma related features were evaluated with People with Stoma Follow-up Form after the surgery. People who had 30 days after the surgery were undergone face to face communication and evaluation of the ostomy via using Pitmann Ostomy Complications Severity Index Form which were performed and recorded by the researcher. Statistical analysis was performed using SPSS 19.0 and Excel 2016. Qualitative variables were summarised as frequency and percentage; quantitative variables were summarised as mean, standard derivation, median, minimum and maximum. People with the mean age of 60.22 ± 13.23 years were in the study, in 44.4% of which were women, in 55.6% of which were men, in 90% of which were married, in 71.1% of which were graduated from primary school and in 41.1% of which were housewife. Translate and retranslate were done for validity of the index' language. 11 experts views were done for scope validity and scope validity index was evaluated as 0.95. The construct validity of the index was calculated with the significance between complications related parameters and total score of the Pitmann Ostomy Complications Severity Index. The reliability of the Pitmann Ostomy

Complications Severity Index was evaluated with the compliance between independent observers. The linguistic compliance, which was evaluated with the compliance between observers in expert opinions, was significant ($p < 0.001$; Kendall's W: 0.131; Chi-Square: 66.668). The content compliance, which was evaluated with the compliance between observers in expert opinions, was significant ($p < 0.001$; Kendall's W: 0.132; Chi-Square: 67.529). It shows that the Pitmann Ostomy Complications Severity Index is a valid and a reliable tool to evaluate the severity of the complications in patients with ostomy. It is recommended that the index should use description of the complications and measurement of the severity in patients with ostomy.

Keywords: Colostomy, Ileostomy, Complication, Nursing Care



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL VE ONAY:.....	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
TABLOLAR DİZİNİ	xiii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Sınırlılığı.....	5
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1. Stomanın Tanımı, Tipleri ve Stoma Sıklığı.....	6
2.2. Stoma Bakım Hemşiresinin Rollerini.....	7
2.2.1. Bakım Verme Rolü	7
2.2.2. Eğitim Verme Rolü.....	8
2.2.3. Araştırma Yapma Rolü	9
2.3. Stoma Planlanan Hastalarda Hemşirelik Bakımı	9
2.4. Stoma Açılmasında Ameliyat Öncesi Hazırlık	10
2.5. Stoma Bölgesinin İşaretlenmesi	11
2.6. Ameliyat Öncesi Bağırsak Hazırlığı.....	12
2.7. Stoma Komplikasyonları	12
2.7.1. Stoma iskemisi ve nekrozu	14
2.7.2. Stoma retraksiyonu	15
2.7.3. Stoma prolapsusu.....	16
2.7.4. Parastomal herni	17
2.7.5. Stoma obstrüksiyonu.....	18
2.7.6. Peristomal deri problemleri	19
2.7.7. Stoma enfeksiyonu.....	20
2.8. Ameliyat Sonrası Komplikasyon Gelişimini Önlemede Hemşirelik Bakımı..	21

2.9. Stoma Komplikasyonları ve Yaşam Kalitesi.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Türü	24
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Veri Toplama Araçları.....	25
3.4.1. Stomalı Birey İzlem Formu	25
3.4.2. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi.....	25
3.5. Veri Toplama Süreci	26
3.6. Araştırma Planı.....	26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.8. Çalışma Akış Şeması.....	28
3.9. Araştırma Etiği	29
4. BULGULAR.....	30
4.1. Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	30
4.2. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri	33
4.2.1. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Geçerlilik Analizleri 33	
4.2.1.1. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Dil Geçerliliği ...	33
4.2.1.2. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin İçerik Geçerliliği	37
4.2.2. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Güvenilirlik Analizleri	40
4.3. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin (OCSI) Toplam Puanı ile Ostomili Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması .	40
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
7. KAYNAKLAR	48
8. EKLER.....	55
EK 1: Stomalı Birey İzlem Formu	55
Ek 2: Pittman Ostomi Şiddet İndeksi (OCSI)	58
Ek 3: İzin Alınma	59
Ek 4: Görüşlerine Başvurulan Uzmanlar.....	62
Ek 5: Etik Kurul İzni	63
Ek 6: Yönetim Kurulu Kararı	66

Ek 7: Bülent Ecevit Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği İzni ..	67
Ek 8: Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	68
9. ÖZGEÇMİŞ	70



KISALTMALAR DİZİNİ

ACS	: American Cancer Society (Amerikan Kanser Derneği)
AgNO ₃	: Gümüş Nitrat
ASCRS	: American Society of Colon and Rectal Surgeons (Amerikan Kolon Rektum Cerrahları Derneği)
GLOBACAN	: Tahmini Dünya Kanser Sıklığı, İnsidans ve Ölümleri
IARC	: International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı)
IOA	: International Ostomy Assosiation (Uluslararası Ostomi Derneği)
KGI	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlilik Oranı
OCSI	: Pittman Ostomy Complication Severity Index (Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi)
WOCN	: Ostomy and Continence Nurses Society (Ostomi ve Kontinans Hemşireleri Derneği)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1. İskemi ve nekroz (ZBEÜ Genel Cerrahi Stomaterapi Ünitesi Arşivi, stomalı bireylerden onay alınmıştır).	15
Şekil 2. Stoma retraksiyonu (ZBEÜ Genel Cerrahi Stomaterapi Ünitesi Arşivi, stomalı bireylerden onay alınmıştır).	16
Şekil 3. Stoma prolapsusu (ZBEÜ Genel Cerrahi Stomaterapi Ünitesi Arşivi, stomalı bireylerden onay alınmıştır).	17
Şekil 4. Parastomal herni (ZBEÜ Genel Cerrahi Stomaterapi Ünitesi Arşivi, stomalı bireylerden onay alınmıştır).	18
Şekil 5. Peristomal cilt problemleri (ZBEÜ Genel Cerrahi Stomaterapi Ünitesi Arşivi, stomalı bireylerden onay alınmıştır).	20
Şekil 6. Stomada ülsere lezyon ve enfeksiyonu (ZBEÜ Genel Cerrahi Stomaterapi Ünitesi Arşivi, stomalı bireylerden onay alınmıştır).....	21

TABLÖLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri	30
Tablo 2: Ameliyat Öncesi Stomaya İlişkin Değerlendirme Sonuçları.....	31
Tablo 3: Ameliyat Sonrası (ilk 24 saat) Değerlendirme Sonuçları	32
Tablo 4: Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Analiz Çalışmaları	33
Tablo 5: Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Dil Geçerliliği.....	34
Tablo 6: Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin İçerik Geçerliliği.....	38
Tablo 7: Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin (OCSI) Toplam Puanı İle Ostomili Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	40

1.GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Stoma; gastrointestinal ve üriner sistemdeki organların herhangi bir nedenle birisinin geçici yada kalıcı olarak dışarı (cilde) ağızlaştırılmasına denir (1). İnce bağırsağın dışarı ağızlaştırılması ileostomi, kalın bağırsağın dışarı ağızlaştırılması kolostomi olarak adlandırılmaktadır (2).

Altta yatan patolojiyi ortadan kaldırmak amacıyla ve hastanın durumunu iyileştirmek amacıyla açılmış olan stomalı bireylerin tüm yaşantısını etkilemektedir. Stomanın açılması bireyde ilk görüldüğü andan taburculuk sonrasına kadar fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden çeşitli problemler yaşamasına neden olmakta ve bu nedenle yaşama uyum sürecini olumsuz etkilemektedir (2). Hastanın yaşadığı sorunlar arasında; adaptörü yerleştirme, torba kısmının takılması ve taşınması, torbaya gaz çıkışının fazla olduğu zaman şişmesi, torbadan yada adaptörden sızıntının olması, kokunun olması ve bunların yanında enfeksiyon, obstrüksiyon, prolapsus, parastomal herni, retraksiyon gibi komplikasyonlar yer almaktadır (1, 2). Ayrıca beden algısında değişme, benlik saygısında azalma, eş uyumu sorunu, cinsel işlevde bozulma, stomadan sızıntı ve kokunun olabileceği korkusuyla içe kapanma, yalnız kalma isteği, sosyal izolasyon, depresyon gibi sorunların yer aldığı belirtilmektedir. Hastalık süreci ve tedavinin meydana getirmiş olduğu sınırlılıkların bireylerin çalışma hayatlarında mesleki rol ve ilişkilerini olumsuz olarak etkilediği de görülmektedir. Tedavi sürecinde yaşanan bulantı, ağrı, yorgunluk gibi belirtiler çalışma hayatlarında bireyleri olumsuz etkilediği ve bu belirtiler nedeniyle mesleki rol ve sorumluluklarını yerine getirmelerini zorlaştırmaktadır (3, 4).

Bağırsakta stoma açılmasının birincil nedeni kolorektal kanser olmasıdır. Kolorektal kanser nedeni ve diğer nedenlerle ostomi açılan ve yaşamını sürdüren bireylerin sayısının günümüzde artmakta olduğu görülmektedir. Cerrahi yöntemlerin gelişmesi ve alınan tedbirlere rağmen stoma sonrası komplikasyon gelişme oranının yüksek olduğu gözlenmektedir (5, 6). Stoma komplikasyonları, yapılan cerrahi girişime, altta yatan patolojiye, ameliyat öncesi ve sonrası yetersiz hemşirelik bakımına bağlı olarak gelişebilmektedir (7).

Komplikasyonlar görülme zamanına göre erken ve geç dönemde gelişen komplikasyonlar olarak sıralanmaktadır. Genellikle teknik hatalar nedeni gelişen,

özellikle acil durumlarda ve stoma bölgesinin işaretlenmediği durumlarda erken dönem stoma komplikasyonları görüldüğü bildirilmiştir. Erken dönemde iskemi ve stoma nekrozu, peristomal cilt problemleri, mukokutanöz ayrışma gelişmektedir (5, 8). Geç dönemde gelişen komplikasyonlar genellikle kalıcı stomalarda görülmekte olup parastomal herni, stomal prolapsus, darlık ve peristomal dermatitler olarak sıralanabilmektedir (5, 9).

Stoma komplikasyonlarının görülme sıklığına ilişkin literatürde farklılıklar görülmektedir. Uluslararası çalışmalarda stoma komplikasyonlarının görülme sıklığına ilişkin oranlar farklılık göstermekte olup yapılan çalışmalarda bu oranın %23.5-%50 arasında olduğu bildirilmektedir (1). Acil ve planlı yapılan cerrahi işlemlerde komplikasyon oranlarının değiştiği görülmüştür. Yapılan bir çalışmada 1600 kolostomili ve ileostomili bireylerin %34'ünde komplikasyon geliştiği rapor edilmiştir. Bu komplikasyonların erken ve ameliyattan sonra geç dönemde görüldüğü bildirilmiş olup; erken dönemde görülen komplikasyon oranının (%28), ameliyat sonrası geç dönemde görülen komplikasyonlardan (%6) fazla olduğu bildirilmiştir (5). 2011 yılında Parmar ve ark.'nın, yapmış olduğu prospektif tek merkezli çalışmalarında, acil cerrahi sonrası oluşturulan stomalarda %46 oranında, elektif cerrahi sonrası oluşturulan stomalar da % 22 oranında komplikasyon geliştiğini ifade etmişlerdir (10). Baykara ve ark.'nın, yapmış olduğu çok merkezli çalışmalarında 248 bireyde (n=748) stomal/peristomal komplikasyon geliştiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada görülen komplikasyonlar arasında; peristomal deri problemleri (%49), mukokutanöz ayrılma (%18) ve retraksiyon (%11) olduğu rapor edilmiştir. Peristomal deri problemlerinin ileostomili bireylerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Komplikasyon oranının stoma yeri işaretlenmeyen bireylerde işaretlenen bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (11). Karabulut ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada da (n=201), stomaya ait komplikasyonların en sık uç kolostomisi olan bireylerde görüldüğü belirtilmiştir (12).

Stoma ile ilişkili komplikasyonlar basit bir rahatsızlık şeklinde olabileceği gibi, yaşamı tehdit edecek ciddi bir sorun boyutuna kadar ulaşabilir. Stoma komplikasyonlarının en yaygın olanı peristomal cilt problemleridir. Peristomal cilt problemlerinin %3 ile %42 arasında değiştiği görülmektedir (13, 14). Stomal drenajın cilde temas etmesi, cildin nemli ve ıslak kalması, adaptörün ve torbanın sıkça değiştirilmesi, adaptör yapıştırıcılarının ciltten çıkartılması sırasında ciltte oluşan travma, kullanılan adaptörün ciltte alerjik reaksiyona neden olması, stoma

bakımının uygun teknikle yapılmaması gibi nedenlerle peristomal cilt irritasyonları meydana gelir (14, 15). Ameliyat sonrası erken dönemde gelişebilecek komplikasyonlardan bir diğeri de stoma etrafında meydana gelen enfeksiyonlardır. Bu enfeksiyonların görülme sıklığının literatürde %2 ile %14.8 olduğu bildirilmiştir (5, 13).

Stoma komplikasyonları arasında prolapsus, retraksiyon, parastomal herni, stenoz ve sıvı-gayta kaçağı da görülmektedir. Stoma komplikasyonlarının görülme sıklığı stomalı hastaların takip sıklığı ile ilişkili olup, takip sıklığı arttıkça stoma komplikasyonlarının görülme oranı da azalmaktadır. Yapılan çalışmalarda komplikasyon gelişme riskini stoma bakımından sorumlu ekibin yaptığı bakımla ilişkili olarak komplikasyon oluşumunun 6 kat azaldığı bildirilmiştir (11, 10, 16). Cilt bütünlüğünü bozan sorunlar, stoma bakımında hastayı zorlar ve kozmetik sorunlara neden olur. Prolapsus stomalı hastalarda stres ve korku yaratan bir durum olması yanında fonksiyonel olarak önemli değildir. Prolapsus insidansı, takip süresinin uzamasıyla ilgili yapılan çalışmalarda görülme oranının arttığı bildirilmiştir. Uç kolostomili vakalarda görülme oranı %12'ye kadar yükselmektedir (17).

Stenoz geç görülen komplikasyonlardan olup bağırsak tıkanıklıklarına neden olmaktadır. Stomalı hastalarda %6-7 oranında gelişen darlıklarda buji dilatasyonu uygulanıp sonuç alınamayan hastalarda revizyon gerekebildiği bildirilmiştir. Retraksiyonların, loop stomalarda takılan bageetin erken dönemde alınması ve bağırsakların fonksiyon yetersizliği sonucu %6-10 sıklıkla görüldüğü belirlenmiştir. Stomanın tamamının karın içine kaçtığı durumlarda acil cerrahi girişim gerekmektedir (5, 6). Parastomal herni stomanın geç dönemde gelişen komplikasyonları arasında olup; Kozan ve Gültekin'in yapmış olduğu retrospektif çalışmada, parastomal herni gelişme insidansı %5.95 olarak bildirilmiştir (18).

Stoması olan bireylerde komplikasyon gelişiminin önlenmesi ve olumsuz duyguların uygun bakım, eğitim ve danışmanlık ile kontrol altına alınabildiği görülmüştür. Bu nedenle stomalı bireylerin, yaşadıkları sorunların ve bunlara bağlı olarak oluşabilen komplikasyonların, stomalı bireylerde rehabilitasyon ihtiyacını dolayısıyla da stoma bakım hemşireliğini gündeme getirmiştir (19). Stoma Bakım Hemşiresi; temel lisans eğitimini tamamlamış, uluslararası ve/veya kendi ulusal meslek örgütleri tarafından tanınmış eğitim programından mezun olarak yara, stoması ve inkontinans sorunu olan bireye bakım verebilecek yeterliliğe sahip ve sertifikası olan hemşiredir (14).

Stoma bakımında temel amaç, stoması olan bireylerin yeni yaşam biçimine uyum sağlamasına, vücudundaki imaj değişikliğini kabullenmesine ve bundan sonraki hayatına bağımsız olarak devam edebilmesine destek olmak olmalıdır. Bu nedenle komplikasyonların izlenmesi hemşirelik bakım sonuçları açısından önemlidir. Bu doğrultuda geliştirilmiş çeşitli araçlar vardır. Ülkemizde Beden İmajı Ölçeği, Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ostomi Uyum Ölçeği, Umut Merkezi Yaşam Kalitesi Ölçeği, Stomalı Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği, Peristomal Deri Değerlendirme Aracı gibi ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve stomalı bireylerde kullanımının uygun olduğu görülmüştür. Özellikle hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek için geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış olan ölçekler ile ilgili birçok araştırmalar yapılmıştır (3, 6, 25, 60, 66, 67, 68). Ancak ülkemizde stomalı bireylerde komplikasyonların izlenmesine yönelik olarak geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış araçlar sınırlıdır (6). Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi, stomalı bireylerin takip sürecinde (ameliyattan 30 günsonra) gelişen komplikasyonları belirlemek ve şiddetini değerlendirmek için Joyce Pittman tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Bu indeks erken dönemde gelişen stoma komplikasyonlarının insidansını ve şiddetini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.

Belli kültüre uygun olarak hazırlanan ölçeğin, farklı dil ve kültüre çevrilerek, kullanılabilirliği için psikometrik ve psikolinguistik özelliklerinin (geçerlik, güvenilirlik) incelenmesi önerilmektedir. Ölçek uyarlama çalışmaları, yeni ölçüm araçlarının uluslararası kullanıma uygun olması ve psikometrik özelliklerin sağlanması açısından önemlidir (20, 21).

Geçerlik, ölçüm yapılacak olan ölçüm aracının özelliklerini tam ve doğru olarak ölçebilmesidir. Güvenilirlik ise, ölçüm yapılacak olan aracın özelliğini aynı ve tutarlı şekilde ölçebilmesidir. Bir ölçeğin uyarlanmasının yararı, bilgi birikimi olan ve uluslararası yayıncılarınca tanınan ölçeği, ulusal ve kültürel olarak özgün ölçeğe denk ölçek haline kazandırma imkanı sağlamasıdır. Ayrıca araştırmacının yeni ölçek hazırlamasıyla geçireceği süreyi azaltmasına, araştırmacının uygulamalı ve kurumsal çalışmalara ayıracağı zamanı arttırmasına ve araştırmacıya kolay iletişim sağlayabilmesine ve karşılaştırma yapabilme imkanı sağlar (21).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu tez araştırmasının amacı; stomalı hastalar için yurtdışında hazırlanmış İngilizce dilindeki ölçeğin, Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin (Pittman Ostomy Complication Severity Index - OCSI) Türkçe geğerliliğini ve güvenilirliğinin incelenmesidir.

1.3. Araştırma Sınırlılığı

Bu araştırmada ileostomisi ve kolostomisi olan bireyler araştırma kapsamına alınmış olup rostomisi mevcut olan bireyler araştırma kapsamına alınmamıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Stomanın Tanımı, Tipleri ve Stoma Sıklığı

Gastrointestinal ve üriner sisteme ait organlardan herhangi birinin abdominal bölgeye cerrahi girişim ile geçici ya da kalıcı olarak ağızlaştırılmasına stoma denir. Bağırsak stoması, bağırsağın geçici veya kalıcı olarak karın duvarına ağızlaştırılması olarak tanımlanmaktadır. Kalın bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılmasına kolostomi, ince bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılmasına da ileostomi adı verilmektedir (2, 22, 23). Hastada kalış süresine göre geçici yada kalıcı kolostomi/ileostomi olarak adlandırılmaktadır. Geçici stomalar hastada 2-6 ay süresince kalırken, kalıcı stomalar ise distalde bulunan organ veya organların rezeksiyonu ile hastada hayat boyu kalabilmektedir (24, 25).

Yapılış şekline göre stomalar uç ve loop stoma olarak adlandırılırlar. Uç stomalar kalın yada ince bağırsağın tek açıklık ile karın duvarına tüm lümenin ağızlaştırılması olarak tanımlanmaktadır. Loop stomalar ise, kalın yada ince bağırsağın bir kısmı kesilerek çift açıklıkla içinden cam yada plastik çubuk geçirilerek karın duvarına ağızlaştırılması olarak tanımlanmaktadır (25, 26).

Stomanın tarihsel gelişimiyle ilişkili olarak Black 1994 yılındaki çalışmalarında; Moob Kralı Eglon'un, hançerlenince bağırsak içeriğinin dışarıya çıkmasından, Celsus'un ise bağırsak penetrasyonun da birşey yapılmaması gerektiğini kaydettiğinden ve kalın bağırsakta oluşan penetrasyonlar için de kalın bağırsağın abdomene (karın duvarına) sütünle birleştirilebileceğinden bahsetmiştir (27).

İlk stomanın 1706 yılında bir askerin (George Deppe adında) yaralanması sonucu oluşturulduğu varsayılmaktadır. Kalıcı kolostominin yirminci yüzyılın başlarında Miles tarafından rektum kanser hastalarının tedavisinde uygulandığı ve 1908'de ilk olarak Lancet'te yayınlandığı ifade edilmektedir (27).

Stoma açılmasının nedenleri arasında ilk sırayı kolon kanserleri almaktadır. Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi'nin (International Agency for Research on Cancer-IARC) projesi olan GLOBOCAN 2012 (Tahmini dünya kanser sıklığı, insidans ve ölümleri) veri sonuçlarına göre; dünyada erkek cinsiyette sık görülen kanser türleri arasında kolorektal kanserin 3., prostat kanserinin 2. ve mesane kanserinin 7. sırada yer aldığı belirtilmektedir (28).

Dünya çapında yapılmış olan istatistiksel verilerde; kadın cinsiyette sık görülen kanser türleri sıralamasında kolorektal kanserin 2. uterus kanserinin (servikuteri 3. sırada ve korpusuteri 5. sırada) yer aldığı belirtilmektedir. Yapılan çalışma sonuçlarına göre kolorektal kanserin çoğunun (%55) gelişmiş ülkelerde görüldüğü bildirilmektedir (28). Amerikan Kanser Birliği'nin (American Cancer Society-ACS) 2016 raporu sonuçlarına göre kolorektal kanserlerin, kadın ve erkeklerde sık görülen 3. kanser türü olarak görüldüğü belirlenmiştir (29).

Türkiye kanser istatistik (2016) veri sonuçlarına göre kolorektal kanserin erkekler de en sık görülen 10 kanser türü arasında bulunduğu, ayrıca erkeklerde ve kadınlarda 3. sırada yer aldığı belirtilmektedir. Erkeklerde prostat kanseri 2. ve mesane kanseri ise 4. sırada yer almakta olup kadınlarda uterus kanserinin 5. sırada yer aldığı belirtilmektedir. Artan kanser insidansına göre de uygulanacak cerrahi girişimlerin sonucunda stoma açılmasının yaygınlaşmakta olduğu görülmektedir (30). Literatür incelendiğinde; bağırsak stoma açılmasının öncelikli nedeni kolorektal kanser, üriner stoma açılma öncelikli nedeni ise mesane kanseri olduğu görülmektedir (24, 26, 31, 32, 33).

2.2. Stoma Bakım Hemşiresinin Rollerini

Stoma hemşiresi, bireyin en kısa sürede normal hayatına dönmesine ve yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlayan bir sağlık profesyoneli. Stoma hemşiresi eğitim, danışmanlık ve bakım hizmetlerini ameliyat öncesi dönemden başlayarak vermektedir. Bu hizmetlerin vermesindeki amaç stomalı bireylerin ve ailelerini bilinçlendirmek, hastanede kalış sürelerinin kısaltmak ve yaşam kalitelerini artırmaktır (14, 35). Bu bağlamda, stoma hemşiresinin üstlendiği bazı roller bulunmaktadır.

2.2.1. Bakım verme rolü

Stoma hemşiresinin bakım verme rolü birçok uygulamayı kapsamakta olup yapılan uygulamalar ile bireyin tüm yaşantısını olumlu etkileyebilmektedir.

- Hasta hakkında veri toplama,
- Hastaları hastalıkları ve bakım konusunda bilgilendirme,
- Hasta ve yakınlarına danışmanlık yapma,

- Ameliyat öncesi stoma yerini işaretleme,
- Stoma bölgesi ve cilt bakımı yapma,
- Oluşabilecek komplikasyonları önlemeve erken tanımlayabilme şeklinde bakım verici rolü tanımlanabildiği bildirilmiştir (35, 38).

Stoma açılması planlanan hastalarda korku, anksiyete, depresyon ve beden imajı kaybı gibi duygu durumları görülmektedir. Stoma hemşiresi tarafından ameliyat öncesi dönemde bireylere eğitim vermek ve korkularını giderecek yönde sorularını cevaplamak hastanın yaşam kalitesini artırır ve adaptasyon sürecini kolaylaştırır. Bu nedenle fiziksel aktiviteler, sosyal ortama uyum, malzeme temini, maddi durumlar yönünden oluşan kaygı gibi durumlarla ilgili hastaya ameliyat öncesinde danışmanlık hizmeti verilmelidir. Bu konularda eğitim verilerek hasta rahatlatılmalıdır (35, 38).

Stoma hemşiresi, hasta ve yakınlarının ameliyat öncesi ve sonrasında korku ve anksiyete azaltma, emosyonel destek olma, bakım ürünlerini tanıtmaya ve uygun bakım ürünlerini seçme konusunda bilgilendirme, oluşabilecek psikiyatrik tanılara ilişkin yardımcı olma ve destek sağlamaya yönelik girişimlerde bulunarak bireylerin yaşam kalitelerini artırabilmektedirler (14).

2.2.2. Eğitim verme rolü

Eğitim rolü ile stoma bakım hemşiresi; ameliyattan önce stomalı bireylere stomanın ne olduğunu, görünümünü ve fonksiyonunu açıklar ve stoma bakım ürünlerini tanıtır. Stomalı bireylerin en önemli endişe kaynakları olan koku kontrolü, yara bakımı, kıyafet seçimi, ameliyatın psikoseksüel etkileri ve komplikasyonlar konusundaki bilgi gereksinimlerini karşılar. Ameliyattan sonra mümkün olan en kısa sürede bireyinkendi bakımını üstlenmesini teşvik eder. Bu nedenle stomalı bireyleri periyodik olarak takip eder ve karşılaştıkları sorunlara yönelik olarak çözüm bulur, bireyin yaşam aktivitelerine yönelik eğitimler planlar (14, 35).

Stoma bakımına yönelik yapılan kurs ve toplantılara katılarak kendi kişisel gelişimini sağlar ve bilgilerini güncelleştirir. Çalıştığı kurumdaki hemşirelere de bakım konusunda ve komplikasyonlar konusunda eğitimler vererek destekler (14).

2.2.3. Araştırma yapma rolü

Stoma bakım hemşiresi; yara, stoma ve inkontinans bakımının maliyeti, bakım ürünlerinin etkileri, yara, stoma ve inkontinansın hasta ve aile üzerine etkisini, sağlık personelinin yara, stoma ve inkontinans bakımına ilişkin bilgi ve tutumları konularında araştırma yapmalıdır. Ayrıca stoma ve yara bakımına ilişkin yeterli kanıt oluşturmak için yapılan araştırmaları desteklemeli ve araştırma sonuçlarını uygulamalarında kullanmalıdır. Kayıt tutarak, klinik çalışmalar yaparak ve bu sonuçları kişi ve kuruluşlara göndererek eğitime ihtiyacı olan konuları belirlemek ve hastalara eğitimler planlamak sorumlulukları arasındadır (14). Bazı araştırma sonuçlarına göre stoma bölgesi işaretlenen hastalarda cinsel tatmin, rol ve fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesi puanlarının, stoma bölgesi işaretlenmeyenlere kıyasla yüksek bulunduğu görülmüştür (39).

2.3. Stoma Planlanan Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Cerrahi işlem öncesi bireylerin ameliyata hazırlığı oldukça önemlidir. Ameliyat öncesi dönem bireyin hastaneye kabulü ile başlayan ve ameliyathaneye gönderilmesine kadar geçen dönemdir (34). Hastaların stomayı kabullenme süreçleri bireysel farklılık göstermekle birlikte çok kolay bir süreç değildir. Bu yüzden stomaya alışma süreci, ameliyat öncesi dönemden başlayarak ameliyat sonrası döneme kadar devam eden uzun bir süreçtir. Stoma hemşiresi, bu süreçte bireyin korkularını, problemlerini tanımlamalı ve bu konuda birey ile konuşmalı ve bu konular hakkında tartışıp çözüm yolları sunmalıdır. Stomalı bir bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi, sosyal ortama daha çabuk adapte olması tedavi, bakım ve aktivitelerini yerine getirebilmesi için stoma bakım hemşiresi tarafından desteklenmesi gerekir (14, 35, 72).

Bireyin hastaneye kabulü ile başlayan ameliyata hazırlık süreci; fizyolojik, psikolojik, yasal hazırlık, ameliyat öncesi eğitim, ameliyattan önceki gece hazırlığı ve ameliyat günü bireyin hazırlığı şeklinde ele alınmaktadır.

Fizyolojik hazırlık; bireyin kapsamlı tıbbi öyküsü, kilo, boy beden kütle indeksi, yaşam bulgularını, fiziksel muayenesini, önceki cerrahi ya da anestezi deneyimlerini ve tanılama testlerini kapsar (14, 35).

Psikolojik hazırlık; bireylerin durumlarıyla ilgili kaygı ve endişe hissetmeleri beklenen doğal bir durum olarak değerlendirilir. Ameliyat olacak bireyde hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik olarak kendini, bedenini, yaşamını kontrol edemeyeceği, organ ve doku kaybı olabileceği düşüncesinin kaygı ve endişenin yanı sıra ölüm korkusunun yaşanmasına neden gösterilmektedir. Çalışmalarda kaygı oluşumunun birincil nedeni anestezi ve ameliyat sonrası ağrı korkusu, ikincil nedeni ise sakat kalma ya da beden imajında değişim olacağı korkusu olarak belirtilmiştir (14).

Yasal hazırlık; bireyin hastalığı, yapılacak işlemler hakkında yeterince bilgi sahibi olmasının ve bilgiler doğrultusunda girişimin kendisine uygulanmasını kabul ettiğini bildirmesinin göstergesi olan aydınlatılmış onamın alınması yasal bir zorunluluktur (14).

Hasta eğitimi; ameliyattan önce yeterli bilgi alamayan birey hem ameliyattan önce hem ameliyattan sonra çeşitli emosyonel sıkıntılar yaşar. Anksiyete, ağrı yaşama korkusu, gelecek hakkında bilinmezlik korkusu, depresyon, öfke, ameliyat sonrasında kişisel fonksiyonları yerine getirememesi gibi sorunlardır. Bu nedenle ameliyat öncesi eğitimin planlı ve sistematik bir şekilde verilmesi önemlidir (34).

2.4. Stoma Açılmasında Ameliyat Öncesi Hazırlık

Stomanın fonksiyonel olarak yönetilmesi ve stoma ile yaşama hazırlık için ameliyat öncesi dönemde eğitim ve danışmanlık yapılması gerektiği bildirilmektedir. Ameliyat öncesi yetersiz stoma eğitiminin stoma ile ilişkili komplikasyonların artmasına, hastanede kalış süresinin uzamasına, sağlık bakım maliyet yükünün artmasına neden olmakla birlikte, yetersiz stoma eğitimi alan hastalar sıklıkla psikososyal zorluklarla karşılaştıkları görülmektedir. Stoma eğitimine başlamak için ameliyat sonrası dönemin beklenmesinin bireyi ve yakınlarını zor duruma soktuğu bildirilmiştir (53). Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde bireylerin stomanın ne olduğu, stomanın vücudunun hangi bölgesinde yer alacağı, stomanın fonksiyonu, stomanın görünümü ile ilgili konular hakkında bilgilendirilmelidir. Stoma bakımında kullanılacak malzemeler tanıtılmalıdır. Stoma bakımının ne zaman, nasıl ve hangi yöntemlerle değiştirildiği hakkında bilgilendirilmelidir. Ameliyat öncesinde mekanik bağırsak temizliği yapılır (53, 54).

Stoma açılmasında uygulanması gereken teknik kurallar;

- Stomanın rektus kası arasında olması
- Stomanın insizyon bölgesine yakın olmaması
- Önceki ameliyat skarlarından uzak olması
- Umblikustan uzakta olabilmesi
- Stomanın peritona aralıklı dikişlerle tespiti
- Stomanın kemer hizasında olmaması
- Stomanın yerinin preoperatif dönemde işaretlenmesi
- Ameliyat öncesi dönem içerisinde stoma eğitiminin hasta ve yakınlarına verilmesi (11, 55).

2.5. Stoma Bölgesinin İşaretlenmesi

Uluslararası Ostomi Birliği (International Ostomy Association-IOA), stoma açılması planlanan bireyde stoma yerinin belirlenmesinin bireyin bir hakkı olduğunu bildirmiştir (56). Ameliyat öncesi dönemde stoma bölgesinin işaretlenmesi, hasta ve hastanın yakınlarının bilgilendirilmesi, kanıta dayalı rehberlerde B düzeyinde kanıt olarak yer almaktadır (11, 55). Stoma açılan bireylerin birçoğunda sızıntı oluşumuna bağlı olarak gelişen cilt problemlerinin stoma bölgesinin ameliyat öncesi dönemde işaretlenmemesinden kaynaklandığı rapor edilmiştir (57).

Stoma bölgesi belirlenirken; bireyin sırtüstü ve oturur pozisyonda ve ayrıca bireyin ayakta iken, stomanın lokasyonunun uygunluğu bireyin stoma bölgesini görebilmesi açısından değerlendirilme yapılmalıdır. Bölgeyi belirlerken göbek deliğinden, varsa daha önceki stoma yerinden, skar dokularından, cilt katlantılarından, kemik çıkıntısı olan yerlerden, insizyon bölgelerinden ve varsa dren yerlerinden uzakta olmasındikkat edilecek hususlar arasında yer almaktadır (58).

Baykara ve ark.'nın yapmış olduğu retrospektif çalışmada (n=748) bireylerin %38.4'ünde ameliyat öncesi dönemde stoma yerinin işaretlendiği bildirilmiştir. Stoma yeri işaretlemenin komplikasyon gelişimiyle ilgili sonuçlarına bakıldığında da, ameliyat öncesi dönemde stoma yeri işaretlenen bireylerde %22.9 oranında, stoma bölgesi işaretlenmeyen hastalarda %46 oranında komplikasyon görüldüğü bildirilmiştir. Stoma bölgesi işaretlenmesinin yapılmamasının komplikasyon gelişiminde anlamlı rol oynadığı bildirilmiştir (11).

Genellikle acil olarak ameliyata alınan bireylerde stoma bölgesi işaretlemesi yapılmadığından ameliyat sonrası dönemde cilt irritasyonu, sızıntı ve ayrışma görülebildiği belirtilmektedir (4, 59). Stoma bölgesi işaretleme yapılırken bireyin yaşı, ilave hastalıkları, alışkanlıkları, hastanın vücut tipi, stoma açılma nedeni, geçici ya da kalıcı stoma olup olmadığı dikkate alınarak uygun alan seçilmesi gerekmektedir (18).

2.6. Ameliyat Öncesi Bağırsak Hazırlığı

Elektif kolorektal ameliyatlardan sonrası septik komplikasyonlar (cerrahi alan enfeksiyonu, karın içi apseler ve anastomoz kaçaqları) en sık görülen komplikasyonlardır. Kalın barsağın içeriği ve onun bakteriyel yükünün bu sorunların ana nedeni olduğu düşünülmektedir. Bu düşünce ile bağırsak temizliği ve bakteriyel yükünün azaltılmasının komplikasyon oranlarını düşüreceği görüşü dünyada kabul görmüştür. Mekanik bağırsak hazırlığı ile fekal içerik azalacağı ve bu sebeple bağırsak lümenindeki bakteriyel yük azalacaktır. Bağırsaktaki fekal içeriğin azalması, bakteriyel yükün azalması ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek enfeksiyöz komplikasyonların ve anastomoz kaçak oranlarının düşürüleceği savunulmaktadır (36).

Mekanik bağırsak hazırlığı kolay uygulanır, güvenli ve etkili olmalıdır. Mekanik bağırsak hazırlığında uygulanan ilacın tadı kişiyi irrite etmemeli, kullanılacak miktar da hacim olarak bireyde travma oluşturmayacak şekilde az olmalıdır. Uygulanan ilaç, uygulama sonrasında bireyde kusma, karın ağrısı, halsizlik gibi yan etkilere neden olmamalıdır. Serumda biyokimyasal değerler üzerinde önemli değişikliklere yol açmamalıdır. Bağırsakta etkin temizlik yapmalı, bütün dışkıının kolondan hızlı boşalmasını sağlamalıdır (37).

2.7. Stoma Komplikasyonları

Stoma açılmasına sebep olan en önemli problem kolorektal kanserlerdir. Ayrıca; bağırsak obstrüksiyonları, founier gangren gibi hastalıkların iyileşmesini sağlamak amaçlı da stoma açılmaktadır (11, 40, 41, 42).

Stoma komplikasyonlarının yapılan çalışmalarda bireylerin yaklaşık %34'ünde görüldüğü bildirilmiştir (40, 43). Bunların önemli bir kısmı tekrar

revizyon gerektirir. Komplikasyon gelişimi, açılan stoma tipine bağlı olarak da değişebilir. Kardiyovasküler hastalıklar, obezite gibi faktörler de stoma komplikasyonu gelişimi olasılığını artırmaktadır (43). Ayrıca; literatürde mezenterin kısa olması, stoma bölgesinin ameliyat öncesi dönemde işaretlenmemesi, ameliyat sonrası dönemde beden kütle indeksinin artması stoma komplikasyonlarının oluşumunda etkili risk faktörleri arasında olduğu belirtilmektedir (10). Sık olarak karşılaşılan stoma komplikasyonları arasında; parastomal deri sorunları, mukokütanöz ayrılma, stomanın çevresinin enfeksiyonu, iskemi, stenoz, retraksiyon, parastomal herni, anastomoz kaçağı ve akut böbrek yetmezliği görülmekte olduğu belirtilmiştir (11, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49). Yapılan çalışmalarda komplikasyonların görülme oranının %23.5-50 arasında değiştiği bildirilmiştir (42). Bu komplikasyonların %15-85 parastomal deri irritasyonu, %1-37 peristomal herni, %2-25 prolapsus, %2-10 stenoz, %1-11 oranında retraksiyon olduğu görülmüştür (19).

Stomada komplikasyon gelişimini birçok faktör etkilemekle birlikte, ostomi hemşiresinin ameliyat öncesi yaptığı değerlendirme sonucunda komplikasyon oranlarının düşük olduğu bildirilmiştir (27, 50).

Stoma komplikasyonları erken ve geç dönem gelişen komplikasyonlar olarak değerlendirilebilir. İskemi ve nekroz erken dönemde gelişen komplikasyonlar arasındadır. Ayrıca stomal darlık, retraksiyon, peristomal deri irritasyonları, peristomal abse/fistül ve akut parastomal herniasyonlar görülebilir. Geç dönemde görülen komplikasyonlar ameliyattan aylar sonra ortaya çıkan komplikasyonlardır. Ensık görülen parastomal hernilerdir. Bağırsak tıkanıklıkları da bağırsak stomasının komplikasyonu olabilir. Bu stenozdan kaynaklanabilir. (43, 49).

Stoma kapatılmasından sonra en sık görülen komplikasyonlar arasında; yara yeri enfeksiyonları, anastomoz kaçağı ve postoperatif ileus olduğu belirlenmiştir (51). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise komplikasyon oranının %24.1-32.8 oranında değiştiği görülmüştür. En yaygın komplikasyonun da peristomal deri irritasyonları olduğu belirlenmiş olup %5-50 arasında değiştiği bildirilmiştir (49). Özyayın ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada, komplikasyon oranının %48 (n=96) olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada en sık görülen komplikasyonların peristomal deri irritasyonu (%63) ve stoma çevresi enfeksiyonu (%25) olduğuna dikkat çekilmiştir (42).

2.7.1. Stoma iskemisi ve nekrozu

Stoma iskemisi ve nekrozu sıklıkla erken dönemde görülmektedir. Nedenleri arasında cerrahi teknikteki hatalar ve sol kolik arterin bağlanması olabileceği görülmektedir (Şekil 1). İskemi ve nekrozun, kolostomili hastalarda ileostomili hastalara göre daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. İnsidansı %2.3 ile %17 arasında olduğu, obezitenin iskemi gelişimine etkisinin olabileceği bildirilmektedir (4, 5). Stomanın geçtiği pariyetal açıklığın dar olması da stomada iskemi gelişimine neden olabilmektedir. Bu nedenle ameliyat sonrası ilk 24-48 saat içinde stomanın değerlendirilmesi iskemi gelişiminde önemlidir. Mümkün ise ışık kaynağı yardımı ile stoma değerlendirilmelidir (43). Değerlendirme sonucunda stomanın, pembe renkli ve nemli olması sağlıklı olduğunu gösterir. İskemik stoma; soluk renkte veya grimsi mor renkte, ödemli görünümde olup kan akımı yeterli sağlanamadığında zaman içinde nekroza dönüşür. Nekroz ve hematoma arasında ayırım yapmak zor olabilir. Dokunarak da stoma değerlendirmesi yapılabilir. Stomanın sıcak olması dolaşımın devam ettiğinin göstergesidir (16, 43).

Stoma iskemisinin nedenleri;

- Stoma açıklığının dar olması,
- Stomanın, separe dikişler ile peritona tespit edilememesi (uygun olmayan fiksasyon) ,
- Stomanın cilde gergin olarak ağızlaştırılması,

Tedavisinde ise stomanın tekrar cerrahi müdahale ile düzeltilmesi önerilir (5).



Şekil 1. İskemi ve nekroz (ZBEÜ Genel Cerrahi Stomaterapi Ünitesi Arşivi, stomalı bireylerden onay alınmıştır).

2.7.2. Stoma retraksiyonu

Stomanın karın duvarından içeriye doğru kaçması olarak tanımlanır (Şekil2). Sıklıkla erken dönemde görülmekle birlikte geç dönemde de görülebilir. İleostomilerde stomal retraksiyon görülme oranının %17 civarında olduğu bildirilmiştir. Stoma retraksiyon nedenleri; ameliyat sırasındaki teknik hatalar, kolonun yetersiz mobilizasyonu, uygun olmayan fiksasyon, obezite sıralanabilir (43, 51). Stoma da iskemi ve nekrozun gelişmesi de retraksiyona neden olabilir. Retraksiyonda stoma bakımı zor olabilir. Bu durum bireyin ciddi sorunlar yaşamasına neden oluyor ise cerrahi olarak stoma ağzı cilde tekrar yerleştirilir (43).



Şekil 2. Stoma retraksiyonu (ZBEÜ Genel Cerrahi Stomaterapi Ünitesi Arşivi, stomalı bireylerden onay alınmıştır).

2.7.3. Stoma prolapsusu

Stomanın, karın duvarından dışarıya doğru sarkması olarak tanımlanır. Çoğunlukla geç komplikasyon olarak görülmektedir. Prolapsus oluşumu stomalı birey için uyarıcı bir durumdur. Birey tarafından fonksiyonel açıdan redükte edilebildiği zaman herhangi bir tehlikesi yoktur (Şekil 3). Aşırı bağırsak uzunluğu ve büyük fasyal açıklık prolapsusa neden olabilir. İleostomi açılan bireylerde nadir görülür. Uç kolostomilerde daha az görülmekle birlikte transvers kolondan açılan kolostomilerde daha yaygın görülmektedir. Hafif, ilerleyici olmayan prolapsuslar müdahale gerektirmez. Ülsere kadar ilerleyen ve tekrarlayan prolapsus cerrahi müdahale gerektirebilir (43).

Prolapsus oluşumuna neden olabilecek durumlar;

- Laparotomi insizyonundan stomanın açılması,
- Transvers kolonda stoma açılması,
- Geniş açıklıktan stoma açılması,
- Paraplejik hasta,
- Gebelik durumunun olması,
- Karın duvarına yeterli sabitlenemeyen stomalar ve karın fasyasının zayıf olduğu bebek ve yaşlı bireyler stoma prolapsusu gelişme riski altındadırlar (5, 43).



Şekil 3. Stoma prolapsusu (ZBEÜ Genel Cerrahi Stomaterapi Ünitesi Arşivi, stomalı bireylerden onay alınmıştır).

2.7.4. Parastomal herni

Parastomal herni bağırsak duvarı ile fasya arasında kısmi yada tam açılma olduğu durumda meydana gelir (Şekil 4). Kolostomili hastaların%37'sinde oluşmaktadır. Obezite, yara iyileşmesini geciktiren faktörler (Diabetes mellitus, immunsupresyon), karın içi basınç artması, parastomal herni oluşmasında etkili faktörler arasında olduğu belirtilmiştir. Ağrı, strangülasyon veya inkarserasyon, torbanın yerleştirilmesi sırasında yaşanan sorunlar veya stoma ile ilgili diğer sorunlar da tekrardan onarım yapılabildiği belirtilmiştir (4, 52).



Şekil 4. Parastomal herni (ZBEÜ Genel Cerrahi Stomaterapi Ünitesi Arşivi, stomalı bireylerden onay alınmıştır).

2.7.5. Stoma obstrüksiyonu

Erken dönem komplikasyonu olarak da görülen stoma obstrüksiyonun genelde geç dönemde görüldüğü belirtilmektedir. Literatürde görülme sıklığının %2-15 arasında olduğu belirtilmektedir. Sıklıkla uç kolostomiler de görülmektedir (51).

Başlıca nedenleri;

- Bağırsak yapışıklığının olması,
- Volvulus,
- Parastomal herni,
- Stoma stenozu,
- Tümörün nüks etmesi,
- Gıda obstrüksiyonu,
- Dışkı sertleşmesidir (23, 51).

Konservatif tedavi yöntemleri yeterli olmakla beraber gayta yumuşatıcılar, parmak veya bujilerle dilatasyon yapılabilir. Klinik olarak belirgin daralma gösteren vakalarda lokal onarım yada stoma yerinin değiştirilmesi olarak cerrahi işlem uygulanabilmektedir (51).

2.7.6. Peristomal deri problemleri

Erken ve geç dönem de görülen komplikasyonlar arasındadır. Yapılan araştırmalarda erken evre de gelişen cilt irritasyon oranları %3-42 arasında olup, ileostomi açılan bireylerde dahafazla oranda görüldüğü bildirilmiştir (4). Peristomal cilt problemleri hafif bir dermatit ile başlar ve cilt nekrozu, ülserasyonlara kadar ilerleyebilir. Peristomal cilt problemlerinin yaşanmasında neden olan durumlar stoma bölgesinin uygun seçilmemesi, yanlış stoma tekniği, önceden dermatolojik hastalıkların varlığı, mantar enfeksiyonları ve stoma bakımının da yapılan hatalardır (23).

Peristomal cilt problemleri arasında;

- Allerjik kontakt dermatit,
- Peristomal varis,
- Parastomal ülser,
- Psöriasis (peristomal alanın uzun süre çıktıya maruz kalmasına ve/veya adaptörün oluşturduğu sürtünmeye bağlı olarak gelişen hipertrofik, siğil benzeri lezyonlar)
- Mantar enfeksiyonları,
- Folikülit,
- İritan dermatit,
- Mekanik travma yer almaktadır (Şekil 5a- 5b).

Stoma içeriği cilde temas ettikçe irritasyon ile birlikte kimyasal dermatit oluşumuna neden olmaktadır. Cilt eritemli, erozyone ve ödemli görünümde olup ve kanama yaşanabilmektedir. Hastada batma, kaşınma ve yanma şikayetleri görülebilmektedir. Bu nedenle birey daha sık adaptör ve torba değiştirmekte olup bu durum cildin daha çok soyulmasına ve irritasyona yol açmaktadır (4, 23).

Peristomal cilt problemlerin de tedavi nedene yönelik yapılır. Cildin tahrişini önlemek için gerekli önlemler alınmalıdır. Stoma çapına ve stoma tipine uygun adaptör kullanılmalıdır. Allerjenlerden uzak ve iritan maddelerden kaçınma genel önlemlerdir. Gerekirse yara koruyucu krem ve losyonlar kullanılabilir (4, 9).



Şekil 5. Peristomal cilt problemleri (ZBEÜ Genel Cerrahi Stomaterapi Ünitesi Arşivi, stomalı bireylerden onay alınmıştır).

2.7.7. Stoma enfeksiyonu

Stoma çevresinde iltihaplanmayla meydana gelen parastomal enfeksiyon olarak da adlandırılan stoma enfeksiyonu erken dönemde görülen ve bağırsağın deriden ayrılmasına neden olan stoma komplikasyonlarından biridir (Şekil 6). Stoma enfeksiyonu ayrıca stomal darlık ve retraksiyon oluşumuna neden olmaktadır. Uygun olmayan cerrahi tekniğe bağlı stoma enfeksiyonunun geliştiği görülmektedir. Diyabetik tedavi ve immünsupresyon tedavisi alan hastalarda yatkınlığın daha fazla olabileceği bildirilmiştir. Ameliyat sırasında bağırsak içeriği ile kontaminasyon yada mukokütünöz anastomoz ayrılması sonucu da stoma enfeksiyonugörülebilir. Enfeksiyon sonucunda, apse oluşmuş ise drenaj yapılabilir ve sistemik antibiyotik tedavisi başlanabilir. Abse ve perforasyon oluşmamış ise genel olarak konservatif tedavi uygulandığı belirtilmektedir (23).



Şekil 6. Stomada ülsere lezyon ve enfeksiyonu (ZBEÜ Genel Cerrahi Stomaterapi Ünitesi Arşivi, stomalı bireylerden onay alınmıştır).

2.8. Ameliyat Sonrası Komplikasyon Gelişimini Önlemede Hemşirelik Bakımı

Stoma komplikasyonlarını erken tanımlama ve önleme de anahtar kişi Stoma ve Yara Bakım Hemşiresidir. Ameliyat öncesi dönemde stoma bölgesinin işaretlenmesi, peristomal cildin değerlendirilmesi, stomalı bireyin yakın izlemi, hasta ve yakınının eğitiminin komplikasyon gelişimini önlemede önemli olduğu bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda stoma öncesi eğitim verme ve stoma işaretlemesi yapma ile komplikasyon oranının azaldığı bildirilmiştir (1, 23). Kozan ve Gültekin'in yapmış olduğu çalışmada, bireylerin %63.1'inde ameliyat öncesi dönemde stoma bölgesi işaretleme yapılmış olup %36.9'unun işaretlemesi yapılmadığı bildirilmiş ve bireylerin %5.95'inde parastomal herni geliştiği belirlenmiştir (18). Özaydın ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada; stoma açılan bireylerin eğitimi, düzenli izlemi, sürekli danışmanlık ve uygun ürünlerin doğru kullanımı hakkında birey ve ailesine eğitim verilmesinin komplikasyon oranına olumlu etkisinin olduğunu belirtmişlerdir (1).

Ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımının;

- Bireyin ve ailesinin stoma bakımını öğrenmesi,
- Bireyin yeni yaşamına uyum sağlaması,
- Fiziksel, psikososyal sorunların az yaşanması/ şiddetinin azaltılması,
- Stomal/ parastomal komplikasyonların gelişiminin önlenmesi,
- Yaşam kalitesinin artırılması için oldukça önemli olduğu bildirilmektedir (72).

Ameliyat sonrası dönemde de stoma; renk, etrafındaki deri ve dokular, gelen içerik, stoma çapı, stoma ağzı, sutürler yönünden stoma hemşiresi tarafından düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. Stomalı birey ve yakınlarına, kolostomi bakımı, torba değişimi, malzeme temini, cilt bakımı, oluşabilecek komplikasyonların bilinmesi ve gözlenmesi, bireyin beslenmesi, kolostomi irrigasyonu, sosyal yaşam ile ilgili eğitim verilmelidir. Eğitim verilirken planlı ameliyatlarda ameliyat öncesi dönemde eğitim başlanılmalı, ameliyat sonrası dönemde bireyin ağrısı, hareket kısıtlılığı, halsizliği ve yorgunluğu nedeniyle eğitime aile yakınlarından başlanılmalı ve ameliyat sonrası stomalı birey odasına alınıp rahatlatıldıktan sonra stoma bakım hemşiresi bireyi ziyaret ederek eğitime başlanmalıdır. Eğitim de; bireysel özellikler göz önünde tutulmalı ve eğitimin sürekliliği sağlanmalıdır (4, 72). Ameliyat sonrası yapılan eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile psikososyal yönden destek olunarak, stoma ile yaşamaya ilişkin olumlu duyguların geliştirilmesine ilişkin eğitimsel faaliyetlerin planlanarak bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi hedeflenmelidir (72).

2.9. Stoma Komplikasyonları ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi tanımı, bireyin zihinsel ve fiziksel olarak zinde olması durumu olarak tanımlanır. Yaşam kalitesine birçok faktör etki eder. Yaşam kalitesinin belirleyicisi olarak; mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik hali, yaşam doyumu ve iyi olma sıralanabilir. Sağlıkla ilgili olarak yaşam kalitesi, sağlığı etkileyen veya sağlığından etkilenen durumlardaki mutluluk ve doyum olarak tanımlanır (3, 25, 60).

1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; sadece hastalık veya sakatlığın oluşmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması tanımlamıştır. Bu tanımlamadan sonra yaşam kalitesi kavramı, sağlık bakım uygulamalarında ve bakımlarında önemli hale gelmiştir. 1993 yılından bu yana da klinik araştırmalarda yaşam kalitesi kavramının incelendiği görülmektedir (60, 61).

Stoma açılması da bireyde yaşam tarzını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumlar arasındadır. Hangi nedenle açılmış olursa olsun stoma, bireyin başkalarına bağımlı olduğunu hissetmesine, fizyolojik, psikolojik ve maddi yönden kendini iyi hissetmeyecek düşüncelere kapılmasına ve buda yaşam kalitesini etkilemesine neden olacaktır (51, 60, 61).

Bireyi iyileştirmek ve altta yatan patolojik sorunu ortadan kaldırmak amacıyla oluşturulan stomalar, bireyin tüm yaşamını etkilemektedir. Stoma açılması, bireyde fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden girişim yapıldığı andan tam kabullenme oluncayakadar geçen süreçte çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Geçici yada kalıcı olsun stoma hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, yaygın olarak depresyon ve anksiyeteye neden olduğu bildirilmektedir (25, 62). Bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen fiziksel karşılaştıkları sorunlar arasında; gaz, koku, deri irritasyonu, dışkı sızıntısı olduğu görülmektedir. Erkeklerde mesane ve rektumun çıkarılması; kadınlarda pelvik cerrahi girişiminden sonra cinsel fonksiyonların bozulması yaşam kalitesini etkilediği bildirilmiştir (25). Pittman ve ark.'nın (2008) yaptıkları çalışmada, sızıntı ve deri irritasyonu gibi komplikasyonların hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini bildirilmiştir (19). Stomalı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen psikolojik etkilerinin ise; benlik saygısının azalması, beden algısında değişme, eş uyumu sorunları, sızıntı ve koku olacağı hissi ile içe kapanma, cinsel işlevlerde bozulma, sosyal izolasyon, yalnız kalma korkusu gibi sorunların olduğu bildirilmektedir (63).

Stomalı bireylere yönelik olarak yapılan özel ölçeklerle yaşam kalitesinin değerlendirilmesi bireyin uyum sürecini kolaylaştıracak, fiziksel, sosyal ve manevi yönden bireye yön verecek ve hatta komplikasyon oranlarının bile azalacağı bilinmektedir. Belli kültüre uygun olarak hazırlanmış ölçeklerin, başka kültür ya da dile çevrilerek kullanılması için psikometrik ve psikolinguistik özelliklerin incelenmesi gerekmektedir. Bir ölçeği uyarlarken, psikometrik özelliğinin sağlanması ve uluslararası kullanım için uygun ölçüm araçlarının kazandırılması önemlidir (25).

Stomalı bireylerin komplikasyon takiplerinde geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış Türkçe kaynaklar sınırlıdır. Bireylerin yaşam kalitesini etkileyen bu duruma komplikasyonlarında eklenmesiyle bireyin yaşama uyum sürecinde bazı olumsuz durumlar ve duygular yaşamasına neden olacaktır. Bu nedenle geçerliliği ve güvenilirliği yapılan araştırmanın stomalı bireylerin takiplerinde komplikasyonları erken dönemde tanılamaya ve önlemeye, komplikasyonlara ilişkin hemşirelik müdahalesini belirlemeye ve komplikasyonun şiddetinin belirlenmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla metodolojik araştırma türüne uygun şekilde yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Zonguldak Bülent Ecevit Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Stomaterapi Ünitesinde 1 Ocak 2017-1 Ocak 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Stomaterapi ünitesinde, stomaterapi hemşiresi sertifikasına sahip araştırmacı tarafından stoması olan bireye ve ailesine eğitim, danışmanlık ve bakım hizmeti verilmektedir. Stomaterapi ünitesinde bir hemşire çalışmakta olup, poliklinik hizmeti ve yatan hastalara hizmet verilmektedir. Stomaterapi hemşiresi 08-17 mesai saatleri içerisinde hizmet vermektedir. Hastanın mahremiyetinin sağlandığı ve havalandırması iyi olan rahat bir ortamda stomalı bireye bakım verilmektedir. Yıllık bakılan hasta sayısı 90-100 hasta olarak değişebilmektedir. Stomaterapi ünitesinde stomalı bireyin değerlendirilmesi, bakımının yapılması ve gerekli kayıtların tutulmasına yönelik tüm araç-gereç ve eğitim materyalleri bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Zonguldak Bülent Ecevit Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Stomaterapi Ünitesine başvuran en az bir aydır kolostomi ve ileostomiye sahip olan bireyler oluşturmuştur.

Örnekleme alınma kriterleri;

- 18 yaşından büyük olması,
- İşitme ve konuşma sorunu olmaması,
- Kendisini ifade etmesini engelleyen bilişsel probleminin olmaması,
- Bir aydır (30 gün) stomaya (kolostomi, ileostomi) sahip olması.
- Psikiyatrik bir tanı almamış olmasıdır.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde birçok yöntem kullanılmakta olup; bunlardan birincisi 10 kuralıdır. Bu kurala göre madde başına en az 10 katılımcının bulunmasının gerekliliği önerilmektedir. Bir diğer kural ise madde başına 5 katılımcı olması yada en az 100 kişiye ulaşılması önerilmektedir (64).

Araştırmanın örneklem büyüklüğü madde başına 10 katılımcı olarak belirlenmiş olup; belirlenen tarihler arasında Zonguldak Bülent Ecevit Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Stomaterapi Ünitesine başvuran en az bir aydır kolostomi ve ileostomiye sahip olan 90 stomalı birey araştırma örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için Stomalı Birey İzlem Formu (Ek 1) ve Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi Türkçe formu (Ek 2) kullanılmıştır.

3.4.1. Stomalı birey izlem formu

Bu form, ilgili literatür tarafından oluşturulmuştur (65). İlk kısmında stomalı bireylerin sosyodemografik özelliklerini değerlendirmeye ilişkin bilgiler yer almaktadır. İkinci kısmında ameliyat öncesi dönemde; bireyin stoması ve ameliyatı hakkında bilgilendirilme durumu, stoma bölgesinin işaretlenmesinin yapıp yapılmadığı, kemoterapi/radyoterapi alma durumu ve ameliyatının acil/ planlı olup olmadığı değerlendirilmektedir. Son olarak 3. bölümde ise ameliyat sonrası dönemde (ilk 24 saat içinde); yapılan ameliyat, stoma tipi, stoma süresi, stoma bölgesi, stoma rengi, stoma nemi, stoma yüksekliği, stomanın şekli, parastomal cilt, stoma çapı, baget varlığı, kanama varlığı, mukokütanöz ayrılma olup olmadığı ve stoma bakımında engel durum/durumlar olup olmadığı ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

3.4.2. Pittman ostomi komplikasyon şiddet indeksi

Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi (Pittman Ostomy Complication Severity Index –OCSI), stoması olan bireylerin takip sürecinde (operasyondan 30 gün sonra) erken ameliyat sonrası dönemde gelişen komplikasyonların sıklığını ve şiddetini değerlendirmek için Joyce Pittman tarafından 2014 yılında geliştirilmiştir.

OCSI, içerik geçerlilik indeksi (CVI = 0,9), madde sayısı (k = 0.71-1.0), maddelerin toplam puan ile arasındaki anlamlılığı (ICC = 0.991, P ≤ .001) olarak bulunmuştur (7). OCSI formatı, 0 ile 3 puan arasında (minimum 0, maksimum 27) değişen dokuz bireysel maddeyle birlikte Likert benzeri bir ölçeği ve tek tek öğeleri toplayarak hesaplanan toplam puanı içerir. 0'ın anlamı komplikasyonun mevcut olmadığını, 3 ise komplikasyonun şiddetli olduğunu göstermektedir. Ele alınan komplikasyon maddeleri sırasıyla; akıntı, peristomal iritan dermatit, ağrı kanama, stomal nekroz, stomal stenoz, retraksiyon, mukokütanöz ayırma ve hiperplazidir. Toplam puanın yüksek olması daha ciddi ostomi komplikasyonları olduğunu göstermektedir. Geçerlilik güvenilirliğin yapıldığı çalışmada sık görülen komplikasyonlar arasında sızıntı (% 60), peristomal neme bağlı dermatit (% 50), stoma ağrısı (% 42), retraksiyon (% 39) ve kanama (%32) bildirilmiştir (7).

3.5. Veri Toplama Süreci

Veri toplama araçlarının uygulanabilmesi için Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'ndan yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin yazılı izinleri alındıktan sonra, Stomalı Birey İzlem Formu ve ameliyattan 30 gün sonrasında bireylerle yüzyüze görüşülerek ve stoma bölgesi araştırmacı tarafından değerlendirilerek Pittman Ostomi Kompliksiyon Şiddet İndeksine araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

3.6. Araştırma Planı

Pittman Ostomi Kompliksiyon Şiddet İndeksinin geçerliliği ve güvenilirliği ile ilgili yapılan çalışmalar araştırılmıştır. Orijinal indeks sahibi Joyce Pittman ile e-mail yoluyla iletişim kurularak ölçeğin orijinal formu elde edilmiş ve Türkiye'de ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak amacıyla kullanım izni alınmıştır (Ek 3). Belirlenen örneklemden hastalarla ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılabilmesi için şu adımlar izlenmiştir:

1. İndeksin dil ve içerik/kapsam geçerliliği incelenmiştir.
2. Dil geçerliliğinde orijinal indeks; her iki dili iyi bilen, akıcı konuşabilen, her iki dil ve kültürde eşdeğer anlamı ifade eden, ölçeğin yapısı ve

ölçülecek yapı hakkında ilgili konuyu bilen uzmanlığını yapan ve iyi derece İngilizce bilen bir kişi tarafından da orijinal form gödterilemeden İngilizce formu Türkçe'den İngilizceye çevirileri yapılmıştır.

3. İçerik geçerliliği için 11 uzmandan görüş alınmıştır (Ek 4).
4. İndekse Türkçe haliyle son şekli verilmiştir.
5. İndekse uzman görüşleri sonrasında son şekli verildikten sonra, araştırmaya dahil edilen 5 bireye ön uygulama şeklinde uygulanmıştır.
6. Veri toplanmaya başlanmıştır.
7. Son olarak veriler değerlendirilmiş olup rapor yazılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın istatistiksel analizlerinde SPSS 19.0 ve Excel 2016 paket programları kullanılmıştır. Çalışmada yer alan nitel değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde ile; nicel değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleriyle gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin 2 grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi; 3 ve daha fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Nicel değişkenler arası ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Nitel değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Gözlemciler arası uyum Kendall W katsayısı ile incelenmiştir. Çalışmadaki istatistiksel analizlerde p değeri 0.05'in altındaki sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. Çalışma Akış Şeması



3.9. Araştırma Etiği

Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin (OCSI) araştırmada kullanılabilmesi için Joyce Pittman tarafından izin alınmıştır (Ek 3).

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek 5). Çalışmanın planlandığı zaman diliminde Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu aktif olarak toplanmadığı için Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin alınmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanabilmesi için Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi MÜdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (Ek 7). Veriler araştırmanın yapıldığı genel cerrahi servisi ve stomaterapi ünitesinde araştırma örnekleme alınan bireylere, araştırmacı tarafından veri toplamadan önce araştırmanın amacı anlatılarak, araştırmayı kabul eden bireylere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır (Ek 8).

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan stomalı bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikleri Stomalı Birey İzlem Formu ile değerlendirilmiş olup Tablo 1’de belirtilmiştir.

Tablo 1: Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

	$\bar{X} \pm S$	SD
Yaş	60.22	13.23
Beden kitle indeksi	25.42	7.5
Cinsiyet	n	%
Kadın	40	44.4
Erkek	50	55.6
Eğitim durumu		
Okur – yazar değil	7	7.8
İlkokul	64	71.1
Ortaokul	12	13.3
Lise ve Üniversite	7	7.8
Meslek		
Çalışan	8	8.9
Emekli	45	50
Ev hanımı	37	41.1
Medeni Durumu		
Evli	81	90
Bekar	9	10
Sosyal Güvence		
Var	84	84.4
Yok	6	6.6
Kimlerle Yaşadığı		
Yalnız	5	5.6
Ailesiyle	85	94.4
Tanısı		
Kolon Kanseri	32	35.6
Rektum Kanseri	24	26.7
Diğer maligniteler ve hastalıklar (mide ca, fourner gangren vb.)	34	37.8
Alerji		
Var	4	4.4
Yok	86	95.6
Kronik Hastalık Durumu		
Var	48	53.3
Yok	42	46.7
Geçirilmiş Ameliyat Varlığı		
Var	67	74.4
Yok	23	25.6
Alışkanlıklar		
Sigara	15	16.7
Alkol	2	2.2
Yok	73	81.1

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 60.22 ± 13.23 olduğu belirlenmiştir. Çalışmadaki bireylerin %44.4'ü bayan, %55.6'sı erkektir. Stomalı bireylerin % 71.1'i ilköğretim mezunu, % 50'si emekli, % 90'nı evli, %84.4'sinin sosyal güvencesi mevcut, % 94,4'ü ailesiyle yaşadığı saptanmıştır. Stomalı bireylerin tıbbi tanıları %35,6'sının kolon kanseridir. Diğer tanıları da %26.7 rektum kanseri, %37.8 diğer malignite ve hastalıklar olduğu saptanmıştır. %53.3'ünün kronik hastalığının bulunduğu, %74.4'ünün daha önceden cerrahi operasyon geçirdiği, % 16.7'sinin düzenli olarak sigara kullanım alışkanlığının olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan stomalı bireylerin ameliyat öncesi stomaya ilişkin değerlendirme sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Ameliyat Öncesi Stomaya İlişkin Değerlendirme Sonuçları

Stoma Hakkında Bilgilenme Durumu	n	%
Evet	53	58.9
Hayır	37	41.1
Stoma İşaretleme		
Evet	53	58.9
Hayır	37	41.1
Stoma Bakımına Engel Durumlar		
Engel yok	90	100
Kemoterapi Alma Durumu		
Neoadjuvan	14	15.6
Adjuvan	7	7.8
Tedavi yok	69	76.7
Ameliyat Şekli		
Acil	37	41.1
Planlı	53	58.9

Çalışma grubundaki bireylerin ameliyat öncesi değerlendirme sonuçlarına göre; %58.9'unun ameliyat öncesi stoma yerinin işaretlendiği ve ameliyat öncesi stoma hakkında bilgilendirme yapıldığı belirlenmiştir. Çalışma grubundaki bireylerin stoma bakımına engel durumunun olmadığı ve %15.6'sının ameliyat öncesi neoadjuvan tedavi aldığı belirlenmiştir. %41.1'inin acil opere edildiği, %58.9'ununda ameliyatının planlı yapıldığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan stomalı bireylerin ameliyat sonrası ilk 24 saatte değerlendirme sonuçları Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3: Ameliyat Sonrası (ilk 24 saat) Değerlendirme Sonuçları

Yapılan Ameliyat	n	%
Low Anterior Rezeksiyon	21	23.3
İleostomi açılması	13	14.4
Kolostomi açılması	33	36.7
Diğer	23	25.6
Stoma Tipi		
UçKolostomi	22	24.4
Loop Kolostomi	34	37.8
Uç İleostomi	9	10.0
Loop İleostomi	25	27.8
Stoma Süresi		
Kalıcı	28	31.1
Geçici	62	68.9
Stomal Bölgesi		
Sol alt kadran	53	58.9
Sol üst kadran	1	1.1
Sağ alt kadran	36	40.0
Stoma Rengi		
Soluk pembe	57	63.3
Kırmızımsı pembe	33	36.7
Stoma Nemi		
Nemli	87	96.7
Kuru	3	3.3
Stoma Yüksekliği		
Tomurcuk	79	87.8
Ciltle aynı seviyede	10	11.1
Retrakte	1	1.1
Stomanın Şekli		
Yuvarlak	66	73.3
Oval	24	26.7
Parastomal Cilt		
Sert	27	30.0
Yumuşak	63	70.0
Baget		
Var	14	15.6
Yok	76	84.4
Kanama		
Yok	90	100
Mukokutanöz ayrılma		
Yok	90	100
Stoma Çapı		
	\bar{X}	$\pm SD$
	43.93	± 5.33

Çalışma grubundaki stomalı bireylerin ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisindeki değerlendirme sonuçlarında; %36.7'sine kolostomi açılması ameliyatı yapıldığı %37.8'ine loop kolostomi açıldığı, %68.9'una açılan stomaların geçici olduğu, %58.9'unun stoma bölgesinin sol alt kadranda olduğu, %63.3'ünün stoma

renginin soluk pembe, %96.7'sinin stomasının nemli, %87.8'inin da stoma yüksekliğinin tomurcuk, % 73.3' ünün stomasının yuvarlak şekilde, %70' inin parastomal cildin yumuşak olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubundaki hastaların stoma çaplarının ortalaması 43.93 ± 5.33 mm'dir. Çalışma grubundaki tüm bireylerin ameliyat sonrası ilk değerlendirmede kanama ve mukokutanöz ayrılmanın olmadığı saptanmıştır (Tablo 3).

4.2. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri

Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin geçerlilik ve güvenilirlik analizi kapsamında hem dil hemde içerik analizleri yapılmıştır.

Tablo 4: Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Analiz Çalışmaları

Geçerlilik	Güvenilirlik
<ul style="list-style-type: none">➤ Dil geçerliliği İngilizce- Türkçe Türkçe – İngilizce	<ul style="list-style-type: none">➤ Bağımsız gözlemciler arasındaki uyum Dil ve içerik
<ul style="list-style-type: none">➤ Kapsam /İçerik Geçerliliği 11 uzman görüşü Ön uygulama (araştırmaya dahil olan 5 stomalı birey)	

4.2.1. Pittman ostomi komplikasyon şiddet indeksi'nin geçerlilik analizleri



Geçerlilik analizi kapsamında dil geçerliliği ve içerik geçerliliği analizleri yapılmıştır.



4.2.1.1. Pittman ostomi komplikasyon şiddet indeksi'nin dil geçerliliği

Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin geçerlilik ve güvenilirliğinin belirlenmesi için öncelikle dil geçerliliğine yönelik çalışmalar yapılmıştır. İlk olarak indeks araştırmacı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonrasında iki uzman tarafından indeks çevrilmiştir. Son aşamada indeksin tersten yani Türkçe'den İngilizce'ye uzman kişi tarafından çevirisi yapıp

orijinal formundaki ifadelerle karşılaştırma yapılmış ve hemşirelik ve tıp anabilim dallarında Profesör, Doçent ve Dr. Öğretim Üyesi olmak üzere 11 kişinin görüşlerine sunulmuştur. Uzmanlar görüşlerini bildirmek için araştırmacının hazırladığı her maddenin ölçüm değeri için geliştirilen derecelendirme ölçütünü kullanmışlardır. Uzmanlardan her bir maddenin anlaşılabilirliği için her bir madde 1-4 arası (1- Çok değişiklik gerekiyor (önerdiğim gibi), 2- Az değişiklik gerekiyor, (önerdiğim gibi), 3- Uygun, 4- Çok uygun), likert tipi puanlandırılarak değerlendirilmeleri istenmiştir. Alınan uzman önerileri doğrultusunda 1 ve 2 değeri alan ölçek maddeleri gözden geçirilerek düzeltmeleri yapılmış ve ölçeğe son şekli verilmiştir.

Tablo 5: Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Dil Geçerliliği

Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi (OCSI) MADDELERİ	Minimum Maximum madde puanları	Madde puan ortalaması	Kapsam geçerlilik oranı	Kapsam geçerlilik indeksi
Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi	2 - 4	3,55 ± 0,69	KGO=0.59	KGI=0.954
Komplikasyon	4 - 4	4,00 ± 0,00		
0-Yok	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1-Hafif	4 - 4	4,00 ± 0,00		
2-Orta	4 - 4	4,00 ± 0,00		
3-Şiddetli	4 - 4	4,00 ± 0,00		
Akıntı	4 - 4	4,00 ± 0,00		
0-Yok	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1-Yaklaşık 1-2 kez/ay	4 - 4	4,00 ± 0,00		
2- Yaklaşık 1-2 kez/haftada	2 - 4	3,82 ± 0,60		
3- Yaklaşık 1-2 kez/günde	2 - 4	3,82 ± 0,60		
Stoma çevresi iritan dermatit	2 - 4	3,82 ± 0,60		
0-Yok	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1-Eritem ya da döküntü var ama cilt kaybı yok. Cilt bütünlüğü sağlam	3 - 4	3,82 ± 0,40		
2-Stoma çevresinde % 50'den az cilt kaybı ile döküntü / kızarıklık	2 - 4	3,55 ± 0,69		
3-Stoma çevresinde % 50'den fazla cilt kaybı	2 - 4	3,36 ± 0,81		
Ağrı	4 - 4	4,00 ± 0,00	KGO=0.59	KGI=0.954
0-0 	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1-1,2,3 	4 - 4	4,00 ± 0,00		

2-4,5,6 	3 - 4	3,91 ± 0,30	KGO=0.59	KGI=0.954
3-7,8,9,10 	3 - 4	3,91 ± 0,30		
Stoma ya da çevresinde kanama	2 - 4	3,45 ± 0,69		
0-Yok	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1- Yüzeysel; kolayca duran	3 - 4	3,91 ± 0,30		
2-10 dk veya daha uzun basınç, gümüş nitrat (AgNO3),koterizasyon, hemostatik ajan gerektiren sürekli kanama	3 - 4	3,64 ± 0,50		
3- İleri tıbbi müdahale gerektiren kanama (sütür, transfüzyon)	3 - 4	3,64 ± 0,50		
Stoma nekrozu	4 - 4	4,00 ± 0,00		
0-Yok	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1- Koyu renkli stoma	1 - 4	3,45 ± 0,93		
2- Stomanın yarısı veya daha fazlasında siyah renk görünümü	2 - 4	3,55± 0,82		
3- Stomanın yarısından çoğusiyah/kuru	3 - 4	3,82± 0,40		
Stoma darlığı	3 - 4	3,91± 0,30		
0-Yok	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1- Stoma ağzı serçe parmak çapından az, ağrı ya darahatsızlık yoksa, gaita çıkışı normalse	3 - 4	3,73 ± 0,47		
2- Stoma ağzı serçe parmak çapından az, şerit tarzı gaita çıkışı, bazen rahatsızlık hissi	3 - 4	3,55 ± 0,52		
3- Stoma ağzına parmak girmiyorsa,6 saat veya daha fazla süredir gaita çıkışı yoksa, abdominal ağrı ve distansiyon varsa	3 - 4	3,73 ± 0,47		
Retraksiyon	3 - 4	3,91± 0,30		
0- Stoma cilt seviyesinin üzerinde	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1- Stoma cilt ile aynı düzeyde	4 - 4	4,00 ± 0,00		
2- Stoma cilt seviyesinin altında	4 - 4	4,00 ± 0,00		
3- Stoma cilt seviyesinin 2 cm altında ya da görülemiyor	4 - 4	4,00 ± 0,00		
Mukokütanöz ayrılma	4 - 4	4,00 ± 0,00		
0-Yok	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1-1%- 49%	4 - 4	4,00 ± 0,00		
2-50%-74%	4 - 4	4,00 ± 0,00		
3-75 %- 100%	4 - 4	4,00 ± 0,00		

Hiperplazi	4 – 4	4,00 ± 0,00	KGO=0.59	KGI=0.954
0-Yok	4 – 4	4,00 ± 0,00		
1-1%- 49%	4 – 4	4,00 ± 0,00		
2-50%-74%	4 – 4	4,00 ± 0,00		
3-75 %- 100%	4 - 4	4,00 ± 0,00		

Uzmanların Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi (OCSI) dil geçerliliği için verdikleri puanların analizleri değerlendirildiğinde, dil geçerliliği için Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) 0.59; Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) 0.954 olduğu tespit edilmiştir.

Dil anlam uygunluğu ve kavramsal olarak eşdeğerlilik açısından bazı sözcük ve tümcelerde değişiklikler yapılmıştır. Komplikasyon şiddetini belirlerken **“3-Ağır”** kelimesinin yerine **“3-Şiddetli”** olarak değiştirilmiştir. Komplikasyonlarda **“Sızıntı”** kelimesinin yerine **“Akıntı”** olarak değişiklik yapılmıştır.

“Peristomal iritan dermatit” yerine **“Stoma çevresi iritan dermatit”** olarak değiştirilmiştir. Stoma çevresi iritan dermatit başlığı altındaki parametrelerde de değişiklikler yapılmıştır. Bunlar;

“1-Hafif –Eritem veya kızarıklık var ama cilt kaybı yok. Cilt korunmuş” cümlesiyerine **“Eritem ya da döküntü var ama cilt kaybı yok. Cilt bütünlüğü sağlam”** ,

“2-Orta-Peristomada %50 den az cilt kaybıyla birlikte kızarıklık” tümcesi yerine **“Stoma çevresinde % 50’den az cilt kaybı ile döküntü / kızarıklık”**,

“3-Ağır- Peristomada %50 den fazla cilt kaybı”tümcesi yerine **“Stoma çevresinde % 50’den fazla cilt kaybı”** olarak değişiklik yapılmıştır.

“Kanayan stoma veya peristom”tümcesi yerine **“Stoma ya da çevresinde kanama”** olarak değiştirilmiştir. Bu alt bölümde de incelenen parametrelerde değişiklikler yapılmıştır. Bunlar;

-**“Yüzeysel; kolayca duruyorsa”**tümcesi yerine **“Yüzeysel; kolayca duran”**

-**“10 dk’ya eşit ve daha uzun süreli basınç gerektiren devam eden kanama, gümüş nitrat, koterizasyon, hemostaz ajanı”** tümcesi yerine **“10 dk veya daha uzun basınç, gümüş nitrat (AgNO3),koterizasyon, hemostatik ajan gerektiren sürekli kanama”** olarak değiştirilmiştir.

“**Stomal nekroz**” da “**Stoma nekrozu**” olarak değiştirildi ve bu komplikasyonun altındaki parametrelerde; “**Stoma hafif kahve**”tümcesi yerine “**Koyu renkli stoma**” olarak, “**Stoma %50 ye eşit veya %50 den az siyah görünüyorsa**”tümcesi yerine “**Stomanın yarısı veya daha fazlasında siyah renk görünümü**” şeklinde, “**Stoma %50 den fazla siyah**” cümlesi yerine “**Stomanın yarısından çoğusiyah/kuru**” şeklinde düzeltmeler yapılmıştır.





“**Stomal stenoz**” kelimesi “**Stoma darlığı**” olarak değiştirildi ve bu komplikasyonun alt parametrelerinde; “**Stoma ağzı 5.parmak çapından az, ağrı veya huzursuzluk yoksa, çıkış normale**” yerine “**Stoma ağzı serçe parmak çapından az, ağrı ya da rahatsızlık yoksa, gaita çıkışı normale**” olarak, “**Stoma ağzı 5.parmak çapından az, şerit tarzı çıkış, bazen rahatsızlık**” yerine “**Stoma ağzı serçe parmak çapından az, şerit tarzı gaita çıkışı, bazen rahatsızlık hissi**” olarak, “**Stoma ağzına parmak yerleştirilemiyorsa, 6 saat veya daha fazla süredir çıkış olmuyorsa abdominal ağrısı veya distansiyonu varsa**” yerine de “**Stoma ağzına parmak girmiyorsa, 6 saat veya daha fazla süredir gaita çıkışı yoksa, abdominal ağrı ve distansiyon varsa**” olarak düzeltme yapılmıştır.

Retraksiyon komplikasyonu parametresinde “**Stoma cilt seviyesinin üstünde**” yerine “**Stoma cilt seviyesinin üzerinde**” olarak , “**Stoma cilt ile aynı seviyede**” yerine “**Stoma cilt ile aynı düzeyde**” olarak değişiklik yapılmıştır.

4.2.1.2. Pittman ostomi komplikasyon şiddet indeksi'nin içerik geçerliliği

Dil eşdeğerliliği tamamladığımız indeksin içerik geçerliliği çalışmasında; indekste yer alan maddelerin amacına uygun olup olmadığını, ölçmek istenen alanı temsil edip etmediğini, benimsenen sorun ile ilgili olup olmadığını ve alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını belirlemek amacı ile hemşirelik ve tıp anabilim dallarında Profesör, Doçent ve Dr. Öğretim Üyesi olmak üzere 11 kişinin görüşlerine sunulmuştur. Uzmanlar görüşlerini bildirmek için araştırmacının hazırladığı her maddenin ölçüm değeri için geliştirilen derecelendirme ölçütünü kullanmışlardır. Uzmanlardan her bir maddenin anlaşılabilirliği için her bir madde 1-4 arası (1- Çok değişiklik gerekiyor (önerdiğim gibi), 2- Az değişiklik gerekiyor,(önerdiğim gibi), 3- Uygun, 4- Çok uygun), puanlandırılarak değerlendirilmeleri istenmiştir. Alınan uzman önerileri doğrultusunda ölçek maddeleri gözden geçirilerek ölçeğe son şekli verilmiştir.

Tablo 6: Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin İçerik Geçerliliği

Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi (OCSI) Maddeleri	Minimum Maximum madde puanları	Madde puan ortalaması	Kapsam geçerlilik oranı	Kapsam geçerlilik indeksi
Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi	3 - 4	3,91 ± 0,30	KGO=0.59	KGI=0.971
Komplikasyon	4 - 4	4,00 ± 0,00		
0-Yok	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1-Hafif	4 - 4	4,00 ± 0,00		
2-Orta	4 - 4	4,00 ± 0,00		
3-Şiddetli	4 - 4	4,00 ± 0,00		
Akıntı	4 - 4	4,00 ± 0,00		
0-Yok	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1-Yaklaşık 1-2 kez/ay	2 - 4	3,82 ± 0,60		
2- Yaklaşık 1-2 kez/haftada	2 - 4	3,82 ± 0,60		
3- Yaklaşık 1-2 kez/günde	2 - 4	3,82 ± 0,60		
Stoma çevresi iritan dermatit	4 - 4	4,00 ± 0,00	KGO=0.59	KGI=0.971
0-Yok	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1-Eritem ya da döküntü var ama cilt kaybı yok. Cilt bütünlüğü sağlam	3 - 4	3,82 ± 0,40		
2-Stoma çevresinde % 50'den az cilt kaybı ile döküntü / kızarıklık	2 - 4	3,64 ± 0,67		
3-Stoma çevresinde % 50'den fazla cilt kaybı	2 - 4	3,55 ± 0,69		
Ağrı	4-4	4,00 ± 0,00		
0-0 	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1-1,2,3 	4 - 4	4,00 ± 0,00		
2-4,5,6 	3 - 4	3,91 ± 0,30		
3-7,8,9,10 	3 - 4	3,91 ± 0,30		
Stoma ya da çevresinde iritan dermatit	2 - 4	3,55 ± 0,66		
0-Yok	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1- Yüzeysel; kolayca duran	3 - 4	3,91 ± 0,30		
2-10 dk veya daha uzun basınç, gümüş nitrat (AgNO3),koterizasyon, hemostatik ajan gerektiren sürekli kanama	3 - 4	3,64 ± 0,50		

3- İleri tıbbi müdahale gerektiren kanama (sütür, transfüzyon)	3 - 4	3,73 ± 0,47	KGO=0.59	KGI=0.971
Stoma nekrozu	3 - 4	3,91 ± 0,30		
0-Yok	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1- Koyu renkli stoma	1 - 4	3,55 ± 0,93		
2- Stomanın yarısı veya daha fazlasında siyah renk görünümü	2 - 4	3,55± 0,82		
3- Stomanın yarısından çoğusiyah/kuru	3 - 4	3,91± 0,30		
Stoma darlığı	3 - 4	3,91± 0,30		
0-Yok	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1- Stoma ağzı serçe parmak çapından az, ağrı ya darahatsızlık yoksa, gaita çıkışı normalse	3 - 4	3,73 ± 0,47		
2- Stoma ağzı serçe parmak çapından az, şerit tarzı gaita çıkışı, bazen rahatsızlık hissi	3 - 4	3,64 ± 0,50		
3- Stoma ağzına parmak girmiyorsa,6 saat veya daha fazla süredir gaita çıkışı yoksa, abdominal ağrı ve distansiyon varsa	3 - 4	3,82± 0,40		
Retraksiyon	4 - 4	4,00 ± 0,00		
0- Stoma cilt seviyesinin üzerinde	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1- Stoma cilt ile aynı düzeyde	4 - 4	4,00 ± 0,00		
2- Stoma cilt seviyesinin altında	4 - 4	4,00 ± 0,00		
3- Stoma cilt seviyesinin 2 cm altında ya da görülemiyor	4 - 4	4,00 ± 0,00		
Mukokütanöz ayrılma	4 - 4	4,00 ± 0,00		
0-Yok	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1-1% - 49%	4 - 4	4,00 ± 0,00		
2-50%-74%	4 - 4	4,00 ± 0,00		
3-75 %- 100%	4 - 4	4,00 ± 0,00		
Hiperplazi	4 - 4	4,00 ± 0,00		
0-Yok	4 - 4	4,00 ± 0,00		
1-1% - 49%	4 - 4	4,00 ± 0,00		
2-50%-74%	4 - 4	4,00 ± 0,00		
3-75 %- 100%	4 - 4	4,00 ± 0,00		

Uzmanların Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi (OCSI) içerik geçerliliği için verdikleri puanların analizleri yapılmış olup, içerik geçerliliği için Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) 0.59; Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) 0.971 olarak bulunmuştur.

4.2.2. Pittman ostomi komplikasyon şiddet indeksi'nin güvenilirlik analizleri

İndeksin güvenilirliği için bağımsız gözlemciler arasındaki uyum ile değerlendirilme yapılmış olup; dil bakımından uyum olduğu görülmüştür ($p < 0.001$; Kendall's W: 0.131; Ki-kare: 66.668).

İndeksin güvenilirliği için bağımsız gözlemciler arasındaki uyum ile değerlendirilme yapılmış olup; içerik bakımından uyum olduğu görülmüştür ($p < 0.001$; Kendall's W: 0.132; Ki-kare: 67.529).

4.3. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin (OCSI) Toplam Puanı ile Ostomili Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

İndekste yer alan tanımlayıcı özelliklerin ölçek maddeleri ile ilişkilerinin karşılaştırılması Tablo 7'de belirtilmiştir.

Tablo 7: Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin (OCSI) Toplam Puanı İle Ostomili Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

OCSI	n	Ort \pm S	Medyan (min - max)	Test/p
Cinsiyet				
Kadın	40	1,65 \pm 1,87	1 (0-7)	P=0,046 Z=-1,99
Erkek	50	0,96 \pm 1,53	0 (0-7)	
Ameliyat şekli				
Acil	37	0,97 \pm 1,51	0 (0-6)	P=0,139 Z=-1,48
Planlı	53	1,47 \pm 1,83	1 (0-7)	
Stoma Hakkında Bilgilenme Durumu				
Evet	53	1,47 \pm 1,83	1 (0-7)	P=0,139 Z=-1,48
Hayır	37	0,97 \pm 1,51	0 (0-6)	
Stoma İşaretleme				
Evet	53	1,47 \pm 1,83	1 (0-7)	P=0,139 Z=-1,48
Hayır	37	0,97 \pm 1,51	0 (0-6)	
Yapılan Ameliyat				
Low Anterior Rezeksiyon	21	1,14 \pm 1,55	0 (0-5)	P=0,806 X_{k-w}=0,98
İleostomi açılması	13	1,46 \pm 1,45	1 (0-4)	
Kolostomi açılması	33	1,33 \pm 2,08	0 (0-7)	
Diğer	23	1,17 \pm 1,49	0 (0-5)	
Stoma tipi				
End kolostomi	22	0,81 \pm 1,62	0 (0-6)	P=0,109 X_{k-w}=6,05
Loop kolostomi	34	1,38 \pm 2,00	0 (0-7)	
End ileostomi	9	0,88 \pm 1,16	0 (0-3)	
Loop ileostomi	25	1,64 \pm 1,52	1(0-5)	

Tablo 7: (devamı)

OCSI	n	Ort ± S	Medyan (min - max)	Test/p
Stoma süresi				
Kalıcı	28	1,35± 1,78	5(0-7)	P=0,744 Z=-0,32
Geçici	62	1,22 ± 1,70	0(0-7)	
Stoma bölgesi				
Sol alt kadrant	53	1,07 ± 1,83	0 (0-7)	P=0,038 Z=-2,07
Sol üst kadrant	1	-	-	
Sağ alt kadrant	36	1,44 ± 1,42	1 (0-5)	
Bağetin varlığı				
Var	14	2,28 ± 1,93	2,5 (0-7)	P=0,011 Z=-2,55
Yok	76	1,07 ± 1,62	0 (0-7)	

Çalışma grubundaki bireylerin Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi (OCSI) toplam puanı ile bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldığında cinsiyet, stoma bölgesi ve bağetin varlığı ile istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p=0,046$, $p=0,038$, $p=0,011$) ($p<0.05$).

Cinsiyet değişkenine göre kadınların anlamlı olarak OCSI toplam puanının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,046$) ($p<0.05$).

Stoma bölgesi değişkenine göre sağ alt kadranda oluşturulan stomanın anlamlı olarak OCSI toplam puanının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,038$) ($p<0.05$).

Bağetin olması anlamlı olarak OCSI toplam puanının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,011$) ($p<0.05$).

Ameliyat şekli, stoma hakkında bilgilendirilme durumu, stoma işaretleme, yapılan ameliyat, stoma tipi, stoma süresi ile OCSI toplam puanının arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Gastro intestinal sisteme ilişkin problemi olan bireylerin sistemin devamlılığını sağlamak ve bireylerin yaşam kalitesini artırmak amaçlı stoma açılmaktadır. Bireylerin hem yaşam tarzlarını değiştiren hem de yaşamlarının kalitesini etkileyen bir durumdur. Geçici ve kalıcı olarak açılan stomalar da önemli olan komplikasyon oluşmasının engellenmesi ve yaşam kalitesini olumsuz etkilememesidir. En sık stoma açılma nedeni arasında kolon kanserleri görülse de kolon obstrüksiyonları ve Fournier Gangren gibi hastalıklardan nedeniyle de açılmaktadır (25, 38, 39, 50, 53). Bu çalışmada da hastaların büyük çoğunluğunda kolon ve rektum kanseri nedeniyle stoma açılmıştır. Bu durum literatür ile paralellik göstermektedir.

Stoma açılmasının nedenleri arasında ilk sırayı kolon kanserleri almaktadır. Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi'nin (International Agency for Research on Cancer-IARC) projesi olan GLOBOCAN 2012 (Tahmini dünya kanser sıklığı, insidans ve ölümleri) veri sonuçlarına göre; dünyada erkek cinsiyette sık görülen kanser türleri arasında kolorektal kanserin 3., prostat kanserinin 2. ve mesane kanserinin 7. sırada yer aldığı belirtilmektedir (28).

Dünya çapında yapılmış olan istatistiksel verilerde; kadın cinsiyette sık görülen kanser türleri sıralamasında kolorektal kanserin 2. uterus kanserinin (servikuteri 3. sırada ve korpusuteri 5. sırada) yer aldığı belirtilmektedir. Yapılan çalışma sonuçlarına göre kolorektal kanserin çoğunun (%55) gelişmiş ülkelerde görüldüğü bildirilmektedir (28). Amerikan Kanser Birliği'nin (American Cancer Society-ACS) 2016 raporu sonuçlarına göre kolorektal kanserlerin, kadın ve erkeklerde sık görülen 3. kanser türü olarak görüldüğü belirlenmiştir (29).

Türkiye kanser istatistik (2016) veri sonuçlarına göre de kolorektal kanserin erkekler de en sık görülen 10 kanser türü arasında bulunduğu, ayrıca erkeklerde ve kadınlarda 3. sırada yer aldığı belirtilmektedir. Erkeklerde prostat kanseri 2. ve mesane kanseri ise 4. sırada yer almakta olup kadınlarda uterus kanserinin 5. sırada yer aldığı belirtilmektedir. Artan kanser insidansına göre de uygulanacak cerrahi girişimlerin sonucunda stoma açılmasının yaygınlaşmakta olduğu görülmektedir (30). Stomalı bireylerin uzun dönemde yaşayabileceği sorunlara yönelik bazı araçların geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. Ancak stoma açılması sonrası erken dönemde hasta sonuçlarının değerlendirildiği geçerli araçlar oldukça sınırlıdır.

Stomalı bireylere yönelik Türkçe'ye uyarlanmış ölçüm araçları şunlardır; Beden İmajı Ölçeği, Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ostomi Uyum Ölçeği, Umut Merkezi Yaşam Kalitesi Ölçeği, Stomalı Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği, Peristomal Deri Değerlendirme Aracı gibi ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve ülkemizde stomalı bireylerde kullanımının uygunluğu bildirilmiştir (3, 6, 25, 60, 66, 67, 68). Bu güncel araştırmada stoma açıldıktan 30 gün sonra komplikasyonların değerlendirildiği Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Türkçe geçerliliğinin olduğu belirlenmiştir.

Stomalar acil yada planlı olarak herhangi bir nedenden ötürü açılır ve ne kadar önlem alınmış olsada ameliyat sonrasında komplikasyon gelişebilmektedir. Acil bir ortamda stoma açılması peristomal komplikasyonların riskini artırmaktadır. Acil durum Hartmann's prosedüründe cerrah hızlı ve basit bir şekilde yapmayı seçebilmektedir. Ancak acil şartlarda stoma açıldığında %18'lere varan oranlarda komplikasyon gelişimi artmaktadır (69). Parmar ve ark.'nın (2011) (n=192) prospektif tek merkezli yaptıkları çalışmada hastaların elektif cerrahi sonrası %22 oranında, acil cerrahi sonrasında ise %46 oranında komplikasyon geliştiğini bildirmişlerdir (10).

Ratliff (2005) ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada (n=593) stomalı bireyler iki gruba ayrılmış ve ameliyat öncesinde stoma hemşiresi tarafından değerlendirilen 292 bireyin 95'inde ameliyat sonrası komplikasyon görüldüğü bildirilirken, ameliyat öncesi stoma hemşiresi tarafından değerlendirme yapılmayan 301 hastanın 131'inde de komplikasyon görüldüğü rapor edilmiştir (70, 19). Bu güncel araştırmada Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'ne göre komplikasyon görülme oranlarının %74.4 hafif, %21 orta şiddette, %3.3 şiddetli düzeyde yaşandığı belirlenmiştir.

Stoma komplikasyonları risk faktörleri arasında cinsiyet, beden kitle indeksi, kısa mezenter, stoma tipi, stoma bölgesindeki karın özellikleri ve ameliyat öncesi stoma bölgesinin işaretlenmemesi sıralanabilir (10). Stoma bölgesi acil durumlarda dahi işaretlenmesi gerekir. Amerika Kolorektal Cerrahi Derneği (American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS)) ve Yara, Ostomi ve Kontinans Hemşireleri (Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN)) topluluklarının ortak önerileri bağırsak operasyonu geçirecek tüm bireyler de stoma yerinin cerrahi işlem öncesinde cerrah yada stoma hemşiresi tarafından stoma bölgesinin işaretlenmesidir (28, 29). Ameliyat öncesi dönemde stoma bölgesi işaretlenmesi mümkün değilse ve hasta obez ise stoma subkostal bölgeden karın üstünde yüksek çıkarılmalıdır. Bu durum hastanın

stomayı daha net görmesine yardımcı olur (10). Bu güncel araştırmada da elektif yapılan tüm hastalarda (%58.9) cerrah ya da stoma hemşiresi tarafından işaretleme yapılmış olup acil yapılan hastalar da işaretlemesinin yapılmadığı saptanmıştır.

İskemi ve nekroz erken dönemde görülen komplikasyonlularasında olup görülme sıklığı %2.3 ile %17 arasında olduğu bildirilmiştir (10). Obezitenin iskemiye neden olduğu belirtilmektedir (71). Erken dönem de stoma iskemi oluşumu yönünden değerlendirilme yapılırken ışık kaynağı desteği ile yapılması önerilmektedir. Stomaya dokunarak sıcaklığının hissedilmesiyle dolaşımın olup olmadığı değerlendirmesi yapılabilinmektedir. Nekrotik olan stoma için revizyonel ameliyat gerektirebilir. Erken stomal iskemi sonrasında darlığa neden olabilir. Stomanın geçtiği periatal açıklığın dar olması nedeni ile de stomada darlık oluşabilmektedir. İleostomilerde stoma ağzının kaybı, peristomal cilt tahrişlerine ve selülite neden olabilir. Retraksiyon stoma bakımında hastada ciddi sorunlara neden oluyor ise cerrahi olarak stoma ağzı tekrar cilde otutturulabilinir (43).

Ölçek uyarlaması yapılırken bir ölçeğin o toplum için gerekli olup olmadığı konusunda araştırma yapılması gerekir. Ölçme araçlarında aranan temel özelliklerin en önemlisi güvenilirlik ve geçerliliği olmasıdır. Her iki nitelikteki yanlıgaların azaltılması, ölçeğin hem güvenilirliğini hem de geçerliliğini iyileştirecektir (73).

Geçerlilik; ölçüm aracının ölçmeyi hedeflediği özelliği diğer özelliklerle karıştırmadan doğru bir şekilde ölçebilmesidir. Geçerlik, bir ölçme aracının kullanıldığı amaca hizmet etme derecesi olduğundan, ölçme araçlarından elde edilecek ölçümler hangi amaçla kullanılacaksa ölçme geçerliliği de o amaca bağlı olarak değişecektir. Bir ölçeğin geçerliliği sadece kendisiyle de belirlenemez. O ölçeğin, kullanım amacına, uygulandığı gruba, uygulama ve puanlama biçimine de bağlıdır. Bir ölçeğin geçerliliği, o ölçeğin geçerlilik katsayısının hesaplanması ile bulunur. Bu katsayı, ölçekten elde edilen değerlerin ölçeğin kullanım amaçına uygun olarak belirlenmiş değerlerin arasındaki ilişkidir. Bu değer “-1.00 ” ile “+1.00” arasında değer alır. bu katsayının büyümesi demek ölçeğin amaca o kadar hizmet ettiği anlamını taşır (74).

İçerik geçerliliği; ölçüm aracının maddelerinin ölçmek istediği özellik yada davranışları nitelik ve nicelik açısından yeterli olup olmadığını gösterir. Maddelerin anlaşılır olması, hedeflenen kitleye uygunluğu gibi uzman görüşlerinin uyumu veya uyumsuzluğu, kapsam yada yapı geçerliliği için kestirim niteliğinde kullanılmaktadır (76).

Yüzeysel geçerlilik; kapsam geçerliliğın, test etmek için uzman görüşüne başvurulur. Uzmandan testin maddelerini kapsam geçerliliğı açısından değerlendirilmesi istenir. Uzman görüşü değerlendirirken de farklı yöntemler kullanılabilir. Lawshe tekniğı ile en az 5 an fazla 40 uzmandan görüş alınır. Uzman görüşleri toplanarak kapsam geçerlilik oranı elde edilir. Kapsam geçerlilik oranı (KGO) ; bir maddeye ilişkin ‘gerekli’ görüşünü belirten uzman ile maddeye ilişkin görüş belirtmiş olan uzman sayısına oranının 1 eksiğı ile bulunur (75). Diğer yöntemde Davis tekniğıdir. Bu teknikte uzman görüşleri her bir madde için a-uygun, b-madde hafifçe gözden geçirilmeli, c-madde ciddi olarak gözden geçirilmeli, d-madde uygun değil şeklinde derecelendirilmektedir. Bu teknik ile a ve b seçeneklerini seçen uzmanların sayılarının toplam uzman sayılarına bölünmesiyle kapsam geçerlilik indeksi elde edilir. Maddelerin, toplam kapsam geçerlik oranları ortalamaları üzerinden kapsam geçerlilik indeksi elde edilir (76).

Bu güncel araştırmada dil ve içerik bakımından 11 uzmanın görüşleri alınmıştır. Uzman görüşleri sonucunda kapsam geçerlilik oranları hesaplanmıştır. Dil ve içerik geçerliliğı açısından; Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) 0,59 olarak bulunmuştur. Uzman görüşleri sonrasında kapsam geçerlilik indeksi değerleri elde edilmiştir. Dil geçerliliğı analizinde Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) 0.954; içerik geçerliliğı analizinde Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) 0.971 olarak bulunmuştur.

Güvenilirlik, bir ölçme aracının ilgili özelliğın gerçek büyüklüğüne yakın ölçme yapabilme (hatasız ölçme) gücüdür. Başka bir deyişle güvenilirlik, bir ölçme aracının farklı ölçüm sonuçları arasındaki tutarlılık düzeyidir. Ölçekle sağlanan bilgilerin, kararlı özellik taşıdığına ve aynı amaçla yapılacak ikinci bir ölçümde de aynı sonuçların elde edileceğine güven duyulması gerekir. Güvenilir olmayan ölçek kullanışsızdır (74).

Aynı konuyu değerlendiren birden fazla gözlemcinin değerlendirme sonuçlarının benzerliğini değerlendirmek için kullanılan Kendall’s W testini, indeksin güvenilirlik analizinde kullanılmıştır. Bu güncel araştırmada; uzman görüşleri arasındaki uyumu görebilmek için dil ve içerik bakımından uyum olup olmadığını değerlendirilmiştir. Dil bakımından Kendall’s W:0.131, içerik bakımından Kendall’s W:0.132 sonuçları ile uzman görüşleri arasında uyum olduğu ve güvenilir olduğu sonucu saptanmıştır.

Maddelerin iç tutarlılığını ölçen ve bu nedenle güvenilir olduğunu belirten chronbach alfa katsayısı; maddelerin birbiri arasındaki tutarlılığı ve bir o kadar da aynı özelliği ölçmesinden dolayı araştırmamızda kullanılmamıştır. Bunun nedeni de indekste yer alan maddelerin birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmesinden dolayı chronbach alfa değeri hesaplanmamıştır.

Örneklemedeki stomalı bireylerin, stomaları Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi aracılığı ile ameliyattan 30 gün sonrasında değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucuna göre; %80'in de akıntı yaşanmadığı, %15.6'sında hafif düzeyde (Yaklaşık 1-2 kez/ay) akıntı olduğu, %4.4'ünde de orta düzeyde (Yaklaşık 1-2 kez /haftada) akıntı olduğu belirlenmiştir.

Stomalı bireylerin %55.6'sında stoma çevresinde irritan dermatit olmadığı belirlenmiş olup, %28.9'unda hafif düzeyde (Eritem olduğu), %13.3'ünde orta düzeyde (döküntü/kızarıklık) olduğu, %2.2'sinde şiddetli düzeyde (cilt kaybı) olduğu belirlenmiştir.

Stomalı bireylerin %76.7'sinde ağrı şikayeti olmadığı, %22.2'sinin hafif şiddette ağrısının olduğu, %1.1'inin orta şiddette ağrı şikayetlerinin olduğu saptanmıştır. Stomalı bireylerin %95.6'sının stoma yada çevresinde kanamasının olmadığı, %4.4'ünün stoma yada çevresinde hafif düzeyde kanaması olduğu belirlenmiştir.

Stoma nekrozu ve stomal darlık örnekleme alınan stomalı bireylerde görülmediği tespit edilmiştir. Stomalı bireylerin %95.6'sında stomanın cilt seviyesinin üstünde olduğu belirlenmiş olup, %2.2'sinin stoması cilt ile aynı düzeyde, %1.1'inin stoması cilt seviyesinin altında, %1.1'inin de stoması cilt seviyesinin 2 cm altında olduğu belirlenmiştir.

Stomalı bireylerin %97.8'sinde mukokutanöz ayrılma görülmediği, %1.1'inde hafif, %1.1'inde de orta düzeyde ayrılmanın olduğu belirlenmiştir. Hiperplazinin çalışma grubundaki stomalı bireylerde yaşanmadığı belirlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Stoma, bireylerin yaşamını fizyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere çok etkileyen bir durumdur. Stomalı birey yeni yaşam tarzına alışmaya, uyum sağlamaya çalışırken, bu sürece komplikasyonların eklenmesi adaptasyonu zorlaştırmakta ve bakım sürecini daha komplike hale getirmektedir. Stoma ve yara bakım hemşirelerinin; komplikasyonları önleme, erken dönemde fark etme ve komplikasyona neden olan etkenleri ayırt etmede sorumlulukları bulunmaktadır (71). Hastaların, hastanede yatış sürelerini kısaltmak, hastaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bakım kalitesini arttırmak ve bilimsel faaliyetleri yürütmek stoma bakım hemşiresinin görevlerindedir (19, 71). Bununla birlikte stoma ve yara bakım hemşireleri, problem çözme, eleştirel ve yaratıcı düşünme becerileri ile deneyimlerini kullanarak tedavi ve bakımı yönlendirmede zor stomaların yönetimini başarılı bir şekilde sağlamaktadırlar (71).

Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeks'inin stomalı bireylerin komplikasyon şiddetini değerlendirmede yapılan analizler sonucunda geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. Sadece oluşan komplikasyonların varlığını değil, komplikasyonların şiddetini de ölçen güvenilir bir araçtır.

Kullanımı kolay, pratik ve stomalı bireylerin ameliyat sonrası takiplerinde komplikasyon yönünden değerlendirme yapılabilmesi için kullanılabilir bir indekstir. İndeksin kullanım kolaylığı sayesinde erken dönemde komplikasyon tanımlanmış olup stomalı bireylerin oluşan yada daha şiddetli boyutta oluşabilecek komplikasyonları önleme ve tanılamada hemşirelere yol göstericidir. Erken dönemde oluşan komplikasyonların tedavisine yönelik olarak stoma hemşiresini yönlendirmektedir.

Ostomili bireyler de oluşan komplikasyonları tanımlamak ve şiddetini ölçmek için kullanılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Özaydın İ, Taşkın AK, İskender A. Stoma ile ilgili komplikasyonların retrospektif analizi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations* 4(1): 63-66, 2013.
2. Vural F, Erol F. Ostomili hastalarda yaşam kalitesi nasıl yükseltilir? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 6(1): 34-39, 2013.
3. Karadağ A, Baykara Göçmen Z, Korkut H, Çelik B. Ostomili bireylere yönelik uyum ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 27: 206-211, 2011.
4. Karadağ A. Peristomal Cilt Komplikasyonları: Tanılama, Önleme, Tedavi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 72-83, 2016.
5. Laurence RS, Carlos SM. Re-operative surgery for intestinal stoma complications. *Seminars in Colon and Rectal Surgery* 26: 200-205, 2015.
6. Vural F0, Sütsünbüloğlu E, Şelimen D. Literature Review: Profile of Publications for the Patients with Stoma in Turkey. *Turk J Colorectal Dis* 26: 59-70, 2016.
7. Pittman J, Bakas T, Ellett M, Sloan R, Rawl SM. Psychometric Evaluation of the Ostomy Complication Severity Index. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 41(2): 147-157, 2014.
8. Kwiatt M, Kawata M. Avoidance and management of stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg*, 26(2): 112-121, 2013.
9. North J. Early intervention, parastomal hernia and quality of life; a research study. *Br J Nurs.* 23(5): 13-26, 2014.
10. Parmar KL, Zammit M, Smith A, et al. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. *Colorectal Dis* 13: 935-8, 2011.
11. Baykara ZG, Demir SG, Karadağ A, Harputlu D, Kahraman A, Karadağ S, Hin AO, Togluk E, Altinsoy M, Erdem S, Cihan R. A multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications. *Ostomy Wound Manage* 60: 16-26, 2014.

12. Karabulut M, Gönenç M, Kalaycı MU, Baş K., Köneş O, Kocataş A, Alış H. Alt gastrointestinal cerrahide stoma tercihi ne olmalı?. J Kartal TR 23: 6-10, 2012.
13. Kann BR. Early stomal complications. Clinics In Colon and Rectal Surgery 21: 23-30, 2008.
14. Karadağ A. Stoma bakım hemşireliği. Ulusal Cerrahi Dergisi 26(1): 52-53, 2010.
15. Woo KY, Sibbald RG, Ayello EA, et al. Peristomal skin complications and management. Advances in Skin and Wound Care 22: 522-532, 2009.
16. Millan M, Tegido M, Biondo S, Garcia-Granero E. Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. Colorectal Dis 12. (7 Online): e 88-92, 2010.
17. Korkmaz Ö, Yılmaz HG, Taçyıldız İH, et al. Stoma prolapsusu. Dicle Tıp Dergisi 35;1-4, 2008.
18. Kozan R, Gültekin FA. Controllable risk factor in the development of parastomal hernia; preoperative marking. Turk J Colorectal Dis 28: 172-176, 2018.
19. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, ve ark. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with and ostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs 35(5): 493- 503, 2008.
20. Eser E, Baydur H. Sağlıkta yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlemesi: geçerlilik ve güvenilirlik. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kongre Öncesi Kurs Notları, İzmir, 3- 29, 2007.
21. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30: 211- 216, 2004.
22. Aksoy G, Çavdar İ. "Sindirim Sistemi Stomalarında Bakım", Yara ve Stoma Bakımı, Akyolcu N, Kanan N. (Editörler). Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, ss.61-94, 2015.
23. Akgün EZ, Yoldaş T. Intestinal stoma. Kolon Rektum Hast Derg. 22: 133-146, 2012.
24. Anaraki F, Vafaie M, Behboo R, Esmailpour S, et al. Clinical profile and post-operative life stylechanges in cancer and non-cancer patients with ostomy. Gastroenterology & Hepatology from Bed to Bench Winter; 5 (Suppl 1): S26-30, 2012.

25. Karadağ A, Öztürk D, Çelik B. Ostomili bireylere yönelik yaşam kalitesi ölçeğinin türkçeye uyarlanması. Kolon Rektum Hast. Derg. 21: 173-181, 2011.
26. Akgül B. Kolostomi ve ileostomi açılmasının bireylerin ibadetleri üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2014.
27. Mutlu S, Gültekin FA. Preoperatif Stoma Yerinin İşaretlenmesinin, Postoperatif Stoma Komplikasyonları, Stomaya Adaptasyon ve Hasta Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak, 2017.
28. World Health Organization (WHO) (2016). Colorectal Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence World wide in 2012. Erişim: 30.11.2017. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
29. American Cancer Society (ACS) (2016). Cancer factand figures 2014-2016. Erişim: 29.05.2016 <http://www.cancer.org/acs/groups/content/documents/document/acspc-042280.pdf>.
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu (2016). Türkiye Kanser İstatistikleri 2016. Erişim: 29.05.2016 http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf.
31. Asgari MA, Safarinejad MR, Shakhssalim N, Soleimani M, et al. Sexual functionafter non nerve-sparing radical cystoprostatectomy: a comparison between ileal conduit urinary diversionand orthotopic ileal neobladder substitution. IntBraz J Urol 39: 474-83, 2013.
32. Çulha İ. Hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda öz-bakım gücüne olan etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Eskişehir, 2014.
33. Tarı Ö. Abdominal stomalı hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2011.
34. Dirimeşe E. Ameliyat öncesi dönemde hasta bakımı: Çelik S.Taşdemir N. (Editörler) Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Ankara, Nobel Tıp Kitapevi. s. 25-42, 2018.

35. Gürler H, Yılmaz M. Rektum kanserli bir olgunun standart hemşirelik bakımının planlanmasında bir model: “Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri”. Fırat Tıp Dergisi 16(3): 141-146, 2011.
36. Eskicioglu C, Forbes SS, Fenech SD, McLeod SR. Preoperative bowel preparation for patients undergoing elective colorectal surgery: a clinical practice guideline endorsed by the Canadian Society of Colon and Rectal Surgeons. Canadian Journal of Surgery, Dec; 53(6): 385–395, 2010.
37. Aydemir M, Pour AH. Mekanik barsak hazırlığın vücut sıcaklığı ve hemodinamik parametrelere etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2017.
38. Çelik B, Vural F, Karayurt Ö, Bilik Ö. A different view of stoma: living with a person with stoma. Turk J Colorectal Dis 27: 25-29, 2017.
39. Mahjoubi B, Goodarzi KK, Mohammad- Sadeghi H. Quality of life in stoma patients: appropriate and inappropriate stoma sites. World J Surg, 34: 147-152, 2010.
40. Sütsünbüloğlu E. Stoması olan bireylerin cinsel doyum ve fonksiyonlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı. İzmir, 2016.
41. Eray IC., Alabaz O., Akcam AT., Ulku A., Parsak CK., Sakman G., Seydaoglu G. Comparison of diverting colostomy and bowel management catheter applications in fournieregangren cases requiring fecal diversion. Indian J Surg. 77(Suppl 2):438-441, 2013.
42. Özaydın İ, Taşkın AK, İskender A. Stoma ile ilgili komplikasyonların retrospektif analizi. Journal of Clinical and Experimental Investigations 4(1): 63-66, 2013.
43. Pine J, Stevenson L. Intestinal stomas. Intestinal Surgery. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2016.12.002>.
44. Yucel AF, Pergel A, Aydın I, Sahin DA. A rare stoma-related complication: parastomal evisceration. Indian J Surg 76: 154-155, 2014.
45. Kargın S, Çakır M, Küçük kartallar T, Tekin A, Gündeş E, Iyisoy MS. Rektum kanserinde neoadjuvan tedavi alan hastalarda total mezorektal eksizyon sonrası koruyucu ileostomi gerekliliği. Genel Tıp Derg 24: 105-108, 2014.

46. Altuntas YE, Kement M, Gezen C, Eker HH, Aydın H, Sahin F, Okkabaz N, Oncel M. The role of group education on quality of life in patients with a stoma. *Eur J Cancer Care* 21: 776-781, 2012.
47. Karabulut M, Gönenç M, Kalaycı MU, Baş K., Köneş O, Kocataş A, Alış H. Alt gastrointestinal cerrahide stoma tercihi ne olmalı? *J Kartal TR* 23: 6-10, 2012.
48. Koç Ü, Habibi M, Doğan U, Öner OZ, Bülbüller N. Loop ileostomi prolapsusuna bağlı gelişen ince barsak strangülasyonu. *Türkiye Klinikleri J Case Rep* 21: 154-156, 2013.
49. Karadağ A, Korkut H, Peristomal cilt komplikasyonları: Önleme, tedavi ve bakım. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 26: 175-179, 2010.
50. Karaveli S, Özbayır T. The effect of preoperative stoma site marking on quality of life. *Pak J Med Sci. Jan-Feb*; 34(1): 149-153, 2018.
51. Shabbir J, Britton DC. Stoma complications: a literature overview. *Colorectal Dis.* 12: 958-64, 2010.
52. Jeong DH, Park MG, Melich G. Et al. Laparoscopic repair of parastomal and incisional hernias with a modified Sugarbaker technique. *J Korean Surg Soc.* 84(6): 371-376, 2013.
53. Karaveli S, Özbayır T, Karacabay K. kolorektal kanser ameliyatı geçiren hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yaşadıkları sorunların incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 17: 2, 2014.
54. Emir S, Kavlakoglu B, Sözen S, Yazar MF, Özkan Z. Elektif kolorektal cerrahi öncesinde mekanik bağırsak temizliği gerekli midir? Prospektif, randomize ve kontrollü bir çalışma. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 28(2): 84-87, 2012.
55. Burch J. Stoma management: enhancing stoma management. *British Journal of Community Nursing* 16(4): 162-166, 2011.
56. Stelton S, Zulkowski, Ayello EA. Practice implications for peristomal skin assessment and care from the 2014 World Council of Enterostomal Therapists International Ostomy Guideline. *Advances in Skin & Wound Care* June 28(6): 274-285, 2015.
57. Gök AFK, Özgür İ, Altunsoy M, Üçüncü MZ, Bayraktar A, Bulut MT, et al. Complicated or not complicated: Stoma site marking before emergency abdominal surgery. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi* 25: 60-65, 2019.
58. WCET. WCET International Ostomy Guideline. Zulkowski K, Ayello EA, Stelton S, (Eds). Perth, Australia. 2014.

59. Person B, et al. The impact of prooperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. *Dis Colon Rectum*. 55 (7): 783-787, 2012.
60. Erol F, Vural F. Umut merkezi ostomi yaşam kalitesi ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 3-2012.
61. Sabuncu N, Akça AF. Klinik Beceriler: Sağlığın değerlendirilmesi, hasta bakım ve takibi, Nobel Tıp Kitabevleri, s. 404-412, 2010.
62. Strong SA. The difficult stoma: challenges and strategies. *Clin Colon Rectal Surg* 29: 152-9, 2016.
63. Danielsen AK, Burcharth J, Rosenberg J. Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland* 15: 2 83-276, 2013.
64. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik, 1. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 362- 363, 2005.
65. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği. Stomalı Birey İzlem Formu. <http://www.yoihd.org.tr/sayfa.aspx?id=78>.
66. Erol F. Umut merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı. İzmir, 2011.
67. Karayurt Ö, Eder AD, Süler G, Dorum H, Harputlu D, Vural F, Üçer C. Psychometric properties of the body image scale in Turkish ostomy patients. *Int J Nurs Knowl* 26: 127-134, 2014.
68. Ay A. Peristomal Cilt Lezyonlarını Değerlendirme Aracı'nın Türkçe'ye uyarlanması. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Ankara, 2013.
69. Gauduchon L, Sabbagh C, Regimbeau JM. Re-admission after gastro-intestinal surgery. *J Visc Surg* 29: 152-9, 2016.
70. Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM. Descriptive study of peristomal complications. *JWOCN*, 32(1): 33-37, 2005.
71. Ören HA, Göçmen BZ, Eyüboğlu, G, Akar, E, Leventoğlu S. Zor bir stomanın yönetimi: olgu sunumu. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 3(2): 63-69, 2018.

72. Dayılar H, Oyur G, Kamer E, Sarıççek A, Cengiz F, Hacıyanlı M. Kolon Ameliyatı Öncesi Hastaların Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Turk J Colorectal Dis 27: 6-10, 2017.
73. Karasar N. Bilimsel araştırma yöntemi, 10. Basım. Nobel Yayın Dağıtım 136-153, Ankara, 2000.
74. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 30: 211- 216, 2004.
75. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı, 12.Baskı, Pagem Akademi Yayınevi 170, Ankara, 2010.
76. Yurdugül H. Ölçek Geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliliği için kapsamgeçerlilik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Kitabı:1-5, Denizli, 2005.

8. EKLER

EK 1: Stomalı Birey İzlem Formu

HASTA NO
YAŞ
CİNSİYET 1.Bayan 2.Erkek
BEDEN KİTLE İNDEKSİ (KG/BOY²)
EĞİTİM DURUMU 1.İlkokul 2.Ortaokul 3.Lise Ve Üniversite 4. Okur-Yazar Değil
MESLEK 1.Çalışan 2.Emekli 3.Ev Hanımı
MEDENİ HAL 1.Evli 2.Bekar
SOSYAL GÜVENCE 1.Ssk 2.Bağkur 3.E.S. 4.Yeşil Kart 5.Diğer(Özel Sağlık Sigortası)
KİMLERLE YAŞADIĞI 1.Yalnız 2.Ailesiyle 3.Kimsesiz 4.Diğer
TIBBİ TANI 1.Kolon Ca 2.Rektum Ca 3.Diğer Malignite Ve Hastalıklar
ALERJİ 1.Var 2.Yok
KRONİK HASTALIK 1.Var 2.Yok
GEÇİRDİĞİ AMELİYAT 1.Var 2.Yok
ALIŞKANLIKLAR 1.Sigara 2.Alkol 3.İlaç 4.Yok
AMELİYAT ÖNCESİ DEĞERLENDİRME
HASTANIN STOMA HAKKINDA BİLGİLENME DURUMU 1.Evet 2.Hayır

STOMA İŞARETLEME 1.Evet 2.Hayır
KEMOTERAPİ/RADYOTERAPİ ALMA 1.Neoadjuvan 2.Adjuvan 3.Tedavi Yok
AMELİYAT ŞEKLİ 1.Acil 2.Planlı
AMELİYAT SONRASI DEĞERLENDİRME
YAPILAN AMELİYAT 1.Lar (Low Anterior Rezeksiyon) 2.İleostomi Açılması 3.Kolostomi Açılması 4.Diğer (Fournuer Gangren, Sigmoid Rezeksiyon, Sağ Hemikolektomi...)
STOMA TİPİ 1.End Kolostomi 2.Loop Kolostomi 3.End İleostomi 4.Loop İleostomi
STOMA SÜRESİ 1.Kalıcı 2.Geçici
STOMA BÖLGESİ 1.Sol Alt Kadran 2.Sol Üst Kadran 3.Sağ Alt Kadran 4.Sağ Üst Kadran 5.Diğer
STOMA RENGİ 1.Soluk Pembe 2.Kırmızımsı Pembe 3.Siyanotik 4.Nekrotik
STOMA NEMİ 1.Nemli 2.Kuru
STOMA YÜKSEKLİĞİ 1.Tomurcuk 2.Ciltle Aynı Seviyede 3.Retrakte 4.Prolapsus
STOMANIN ŞEKLİ 1.Yuvarlak 2.Oval 3.Şekilsiz
PARASTOMAL CİLT 1.Sert 2.Yumuşak 3.Çok Yumuşak
STOMA ÇAPI
BAGET 1.Var 2.Yok
KANAMA 1.Var 2.Yok

MUKOKUTANÖZ AYRILMA





- 1.Yok
- 2.Derin
- 3.Yüzeysel

STOMA BAKIMINA ENGEL DURUMLAR

1. A-Ağrı
- 2.Tb-Türkçe Bilmeme
- 3.R-Reddetme
- 4.D-Diğer



Ek 2: Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi (OCSI) Saat 2: Cerrahi işlem sonrası 30 gün _____**Konu**

PITTMAN OSTOMİ KOMPLİKASYON ŞİDDET İNDEKSİ					
Her bir öge için sağ taraftaki toplam sütunundaki açıklamaya ve işarete karşılık gelen skoru işaretleyin.Ardından toplam skor için tüm öğeleri toplayın.					
Komplikasyon:	0-Yok ▼	1-Hafif ▼	2-Orta ▼	3-Şiddetli ▼	Total ▼
Akıntı	Yok	Yaklaşık 1-2 kez/ ay	Yaklaşık 1-2 kez/ haftada	Yaklaşık 1-2 kez/ günde	
Stoma çevresi irritan dermatit	Yok	Eritem ya da döküntü var ama cilt kaybı yok. Cilt bütünlüğü sağlam	Stoma çevresinde %50'den az cilt kaybı ile döküntü/kızarıklık	Stoma çevresinde %50'den fazla cilt kaybı	
Ağrı	0 	1,2,3 	4,5,6 	7,8,9,10 	
Stoma ya da çevresinde kanama	Yok	Yüzeysel; kolayca duran	10 dk veya daha uzun basınç, gümüş nitrat (AgNO3),koterizasyon, hemostatik ajan gerektiren sürekli kanama	İleri tıbbi müdahale gerektiren kanama (sütür, transfüzyon)	
Stoma nekrozu	Yok	Koyu renkli stoma	Stomanın yarısı veya daha fazlasında siyah renk görünümü	Stomanın yarısından çoğusiyah/kuru	
Stoma darlığı	Yok	Stoma ağzı serçe parmak çapından az, ağrı ya darahatsızlık yoksa, gaita çıkışı normalse	Stoma ağzı serçe parmak çapından az, şerit tarzı gaita çıkışı, bazen rahatsızlık hissi	Stoma ağzına parmak girmiyorsa,6 saat veya daha fazla süredir gaita çıkışı yoksa, abdominal ağrı ve distansiyon varsa	
Retraksiyon	Stoma cilt seviyesinin üzerinde	Stoma cilt ile aynı düzeyde	Stoma cilt seviyesinin altında	Stoma cilt seviyesinin 2 cm altında ya da görülemiyor	
Mukokütanöz ayrılma	Yok	1%- 49%	50%-74%	75 %- 100%	
Hiperplazi	Yok	1%- 49%	50%-74%	75 %- 100%	
Total					

İzinsiz kopyalanamaz. COPYRIGHT2009, Joyce Pittman

Ek 3: İzin Alınma

25.04.2019 Mail - ahu uzun - Outlook

Outlook Search

+ New message Reply Delete Archive Junk Sweep Move to Categorize

Inbox 65
Junk Email 26
Drafts 29
Sent Items
Deleted Items 126
Archive
Conversation Hist...
New folder

RE: Ostomy Complication Severity Index

JP Joyce Pittman <joyce.pittman@comcast.net>
Sat 11/12/2016 10:50 PM
You

Appendix F- OCSI.doc 1 MB
OCSI Instructions.doc 26 KB

2 attachments (1 MB) Download all Save all to OneDrive

Thank you for your interest in the OCSI.
I give my permission for its use. Please cite appropriately.
I am attaching a copy with instructions. Remember, this instrument is for new ostomies. It does not measure hernia.

I would appreciate a report of your findings if possible,
Regards,

JP

Joyce Pittman PhD, ANP-BC, FNP-BC, CWOCN
Coordinator Wound/Ostomy Team
Indiana University Health- Academic Health Center
Adjunct Assistant Professor
Indiana University School of Nursing
Indianapolis, IN 46206
JWOCN Deputy Editor

From: ahu uzun [mailto:ahuuzun1986@hotmail.com]
Sent: Thursday, November 10, 2016 6:04 AM
To: joyce.pittman@comcast.net
Subject: Ostomy Complication Severity Index

Dear Pittman,

We are writing about your valuable study on "Ostomy Complication Severity Index" We want to conduct validation study in Turkey. We need permission and the questionnaire, thanks your time and interest.

Best Regard,

Ahu UZUN ARSLANTAŞ





Upgrade to Office 365 with premium Outlook features

It looks like you're using an ad blocker. To maximize the

<https://outlook.live.com/mail/inbox/ld/AQMkADAwATY0MDABLtg4ADkzLWY0OTU!MDACLTAwCgBGAAADCxgDp1V7zUW87FJ8LmPSDQcAC%...> 1/1

Appendix F: Pittman Ostomy Complication Severity Index (OCSI)

Time 2: 30 Days post surgery _____
Subject _____

PITTMAN OSTOMY COMPLICATION SEVERITY INDEX					
For each item mark the score that corresponds to the description and mark in the Total column on the right. Then total all items for total score.					
Complication:	0-None ▼	1-Mild ▼	2-Moderate ▼	3-Severe ▼	Total
Leakage	None	Approx. 1-2x/mo	Approx. 1-2x/wk	Approx. 1-2x/day	
Peristomal Irritant Dermatitis	None	Mild- erythema or rash but no skin loss. Skin intact	Moderate- Rash with skin loss <50% peri-stoma	Severe- Skin loss >50% peri-stoma	
Pain	0 	1, 2, 3 	4, 5, 6 	7, 8, 9, 10 	
Bleeding-stoma or peristoma	None	Superficial; Stopped easily	Moderate-persistent bleeding requiring prolonged pressure ≥10 min, AgNO3, cauterization, or hemostatic agent	Severe-requiring advanced medical intervention (sutures, transfusion)	
Stomal Necrosis	None	Stoma dusky	Stoma black ≤ 50 % or greater	Stoma black/dry > 50%	
Stomal Stenosis	None	Stoma Os <5 th digit diameter, No pain or discomfort, Output normal	Stoma Os < 5 th digit diameter, Ribbon-like output, Occasional discomfort.	Unable to insert any digit into stoma os, No output x ≥6 hrs, Abd pain and distention.	
Retraction	Stoma above skin level	Stoma level with skin	Stoma below level of skin	Unable to see stoma Or Stoma >2cm below skin	
Mucocutaneous Separation	None	1%- 49%	50%-74%	75 %- 100%	
Hyperplasia	None	1%-49%	50%-74%	75%-100%	
Total					

Do not copy without permission. COPYRIGHT2009, Joyce Pittman

Pittman Ostomy Complication Severity Index (OCSI)
Instructions for Use

Complete the OCSI 30 days post surgery. For each item mark the number (0 to 3) that corresponds to the appropriate category and mark in the Total column on the right. The total all items for a Total score.

1. Leakage: (patient interview & observation). Ask the patient or caregiver, "Have you had any leakage of ostomy drainage that interfered with the seal of the skin barrier in the past 30 days?" If yes, ask how often, "approximately 1-2 times in past 30 days, or approximately 1-2 times per week, or approximately 1-2 times per day?". Mark 0= no leakage; 1= leakage that occurred approximately 1-2 times in past 30 days; 2= leakage that occurred approximately 1-2 times per week; or 3= leakage that occurred approximately 1-2 times per day.
2. Peristomal Irritant Dermatitis: (patient interview & observation). Ask the patient or caregiver, "Have you had any skin irritation around the stoma in the past week?" If yes, ask how much, "redness, or rash but no skin loss and skin is intact, or redness, or rash with skin loss that is less than 50% around the stoma, or redness, or rash with skin loss that is greater than 50% around the stoma?". Mark 0= no peristomal irritation; 1= peristomal erythema, redness, or rash but no skin loss and skin is intact; 2= peristomal erythema, redness, or rash with loss that is less than 50% of peristoma skin; 3= peristomal erythema, redness, or rash with loss that is greater than 50% of peristoma skin.
3. Pain: (patient interview). Ask the patient to rate their present stoma pain using the scale on the OCSI. Mark 0= no stoma pain; 1= stoma pain 1, 2, or 3; 2= stoma pain 4, 5, 6; 3= stoma pain 7, 8, 9, or 10.
4. Bleeding: (patient interview & observation). Observe the stoma for present bleeding. If there is no present bleeding, ask the patient or caregiver, "Have you had any bleeding from the stoma or around the stoma in the past week?" If yes, ask how much, 1) superficial and stopped easily, 2) Moderate and stopped after 10 minutes of pressure, or 3) Severe and did not stop and had to see a doctor. Mark 0= no stoma or peristoma bleeding; 1= stoma or peristomal bleeding that is superficial and stopped quickly; 2= stoma or peristomal bleeding that is persistent and requires either prolonged pressure ≥ 10 minutes, AgNO₃ cauterization or hemostasis agent; 3= stoma or peristomal bleeding that requires advanced medical intervention (sutures or transfusion).
5. Stomal Necrosis: (observation). Mark 0= no stomal necrosis, stoma is pink and moist; 1= dusky stoma; 2= stoma that is less than or equal to 50% black; 3= stoma that is greater than 50% black.
6. Stomal Stenosis: (observation). Mark 0= stoma os that has no stenosis or narrowing; 1= stoma os that is less than 5th digit diameter, with no pain or discomfort and output is normal; 2= stoma os that is less than 5th digit in diameter, has ribbon-like output, and with occasional abdominal discomfort; 3= stoma os that is unable to accommodate the 5th digit, no output x 6 hours or greater, and with abdominal pain and distention.
7. Retraction: (observation). Mark 0= stoma is above skin level; 1= stoma is level with the skin; 2= stoma is below skin level; 3= stoma is greater than 2 centimeters below skin level or is unable to be visualized.
8. Mucocutaneous Separation. (observation). Mark 0= no separation of the stoma from the mucocutaneous junction; 1= 1-49% separation of the stoma from the mucocutaneous junction; 2= 50-74% separation of the stoma from the mucocutaneous junction; 3= 75-100% separation of the stoma from the mucocutaneous junction.
9. Hyperplasia: (observation). Mark 0= no hyperplasia around the stoma; 1= hyperplasia that is 1-49% around stoma; 2= hyperplasia that is 49-74% around stoma; 3= hyperplasia that is 75-100% around stoma.

Ek 4: Görüşlerine Başvurulan Uzmanlar

İSİM	ÇALIŞTIĞI KURUM VE BÖLÜM
1. Prof. Dr. Arzu İLÇE	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu Müdürü
2. Prof. Dr. SevimÇELİK	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
3. Doç. Dr. F. Ayça GÜLTEKİN	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı
4. Doç. Dr. Işıl IŞIK ANDSOY	Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
5. Doç. Dr. Nurten TAŞDEMİR	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
6. Dr. Öğretim Üyesi Aliye OKGÜN ALCAN	Bakırçay Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
7. Dr. Öğretim Üyesi Hossein ASGAR POUR	Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
8. Dr. Öğretim Üyesi Kevser KARACABAY	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
9. Dr. Öğretim Üyesi Rahşan ÇAM	Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
10. Dr. Öğretim Üyesi Selda KARAVELİ ÇAKIR	Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı
11. Dr. Öğretim Üyesi Sema KOÇAŞLI	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Ek 5: Etik Kurul İzni



T.C. ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 10/07/2019
TOPLANTI NO : 2019/11

KARARLAR :

- 8- Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 30/11/2016 tarih ve 5/14 sayılı toplantı kararı ile uygun bulunan Zonguldak B.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın "Pittman Ostomi Şiddet İndeksi'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" konulu çalışma başlığının "Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği" olarak değiştirilmesi talebinin uygunluğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR

Prof. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Pittman Ostomi Şiddet İndeksi'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Elif DİRİMEŞE			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bülent Ecevit Üniversitesi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	23.11.2016		Türkçe <input checked="" 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: 5/14		Tarih: 30.11.2016			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI/ ADI/ SOYADI Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL	Anatomi	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seyit Ali KAYIŞ	Tıp Bilişimi ve Biyoistatistik	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Didem SUNAY	Aile Hekimi	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Bilge ÖZCAN	Farmakoloji	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Yusuf ERSAN	Histoloji ve Embriyoloji	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülhan ÜNAL KOCAMAN	Periodontoloji	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN	Ebelik	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Hüseyin ŞAHİN	Avukat	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunmadı

Ek 6: Yönetim Kurulu Kararı

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Enstitü Yönetim Kurulu

Tarih : 17.07.2019
Sayı : 2019/22

TOPLANTIYA KATILANLAR

Doç.Dr.Zehra SAFİ ÖZ (Müdür)
Doç. Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ(Müdür Yardımcısı)
Doç Dr. Baran Can SAĞLAM (Müdür Yardımcısı)
Dr. Öğretim Üyesi Fürüzan KÖKTÜRK (Üye)

TOPLANTIYA KATILMAYANLAR

Doç. Dr. Seda CENGİZ (İzinli)
Doç. Dr. Meltem KÜRTÜNCÜ (İzinli)

Enstitü Yönetim Kurulu çoğunluğu sağlanarak Enstitü Müdürü Doç. Dr. Zehra SAFİ ÖZ başkanlığında 17.07.2019 tarihinde saat 17:00'da aşağıdaki gündem maddelerini görüşmek üzere toplandı.

MADDE 02

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının 11.07.2019 tarih, 35139 sayılı Yüksek Lisans Tez Konusu Değişikliği Bildirim Formu (Form:F19) okundu.

Tez Adı Değişikliği


Ahu UZUN
ARSLANTAŞ


Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Ahu UZUN ARSLANTAŞ'ın "Pittman Ostomi Şiddet İndeksi'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" konulu tez adının Anabilim Dalı Başkanlığı ve Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun teklifleri doğrultusunda "Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği" şeklinde değiştirilmesinin kabulüne oybirliğiyle karar verildi.


Nihal KAYABASI
Enstitü Sekreter Vekili

Ek 7: Bülent Ecevit Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 19/06/2017-30743



**T.C.**
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı :16734702/622.03/
Konu :Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 06/06/2017 Tarihli, 36771699- 302.08.01- 28136 sayılı yazınız, 19.06.2017 tarihli, 30743 sayılı yazılı yanıtınızın alınması üzerine.

Enstitünüz Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Elif DİRİMEŞE danışmanlığında 19 Haziran 2017-19 Haziran 2018 tarihleri arasında Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Ahu UZUN ARSLANTAŞ'ın "Pittman Ostomi Şiddet İndeksi" nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" konulu tez çalışmasını Merkezimizde yapılabilmesi talebine ilişkin ilgi yazınız Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı'na iletilmiş olup, alınan cevabi yazıda talebiniz uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Doç.Dr. Bekir Hakan BAKKAL
Başhekim

BEÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü (Yazı İşleri ve Evrak Şefliği) Kozlu/Zonguldak
Teli : (0372) 261 20 01 E-Posta: : ozelkalem@beun.edu.tr
Faks: (0372) 261 27 68 Elektronik ağı:http://hastane.beun.edu.tr/v.2/

Ayrıntılı bilgi için irtibat: H.KILIÇ

Ek 8: Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Sizi Ahu Uzun Arslantaş tarafından yürütülen “Pittman Ostomi Şiddet İndeksi”nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Anket formunda 9 adet ifade yer almaktadır. Araştırmacı tarafından yapılan değerlendirme 15 dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırma Sorumlusu
Ahu UZUN ARSLANTAŞ



Araştırmanın Amacı:

(Anket çalışmasının amacı, çalışmaya katılmayı kabul edecek olan gönüllünün anlayacağı bir dilde anlatılmalıdır)

Bu tez çalışmasının amacı; ostomili hastalar için yurtdışında hazırlanmış ölçeğin Türkiye’de geçerli ve güvenilir olup olmadığı araştırmaktır.

Araştırmanın Süresi: 1.yıl

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 90 Hasta

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:Yard. Doç Dr. Elif DİRİMEŞE
Yükseklisans Öğr. Ahu UZUN ARSLANTAŞ

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)**

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimim bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

9. ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Zonguldak'ta doğdu ve Zonguldak'ta yaşamaktadır. İlköğretim ve lise eğitimini Zonguldak'ta tamamladı. Lisans eğitimini 2004-2008 yılları arasında Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda Hemşirelik bölümünü tamamladı. Yüksek lisans eğitimime 2016 yılında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda devam etti.

Mesleki deneyimime ilk olarak Özel Memorial Hastanesi Ağustos 2008-Mayıs 2009 yılları arasında Ara Yoğun Bakım ve Beyin Cerrahi Servislerinde başlamıştır. Mayıs 2009'da Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde başlamış olup 2014 Mayıs ayından beri Genel Cerrahi Stomaterapi Ünitesinde Stomaterapi Hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Evli ve 2 çocuk annesidir.

Yayımları:

-**Arslantaş AU**, Dirimeşe E. Ostomili Hastalarda Yaşanan Sorunların Yönetiminde Hemşirenin Rolü. 21. Ulusal Cerrahi- 16. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Antalya 2018 (E- Poster).

- **Arslantaş AU**, Mutlu S, Kozan R, Gültekin FA. Stoma Yerinin Preoperatif Olarak İşaretlenmesinin Parastomal Herni Gelişi Üzerine Etkisi. 21. Ulusal Cerrahi- 16. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Antalya 2018 (Sözel Sunum).

- Taşdemir N, Dirimeşe E, Çelik S, **Arslantaş AU**. Perioperative Pressure Ulcer Prevalence And Risk Factor: A Retrospective Study. EORNA 2017(E- Poster).

-Çelik S, Kurt T, **Arslantaş AU**, Dirimeşe E, Taşdemir N. Yoğun Bakımda Ünitesinde Yatan Hastaların Ailesinde Gereksinimlerin Belirlenmesi. 7. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Kıbrıs 2017(Poster).

- Kaya H, **Arslantaş AU**, Gürcan M, Kaya O, Yaman F, Koşar Y, Çakmak GK. Hemşirelerin meme Kanseri Konusunda Farkındalık ve Erken Tanı Yöntemlerini Uygulama Durumları. 20. Ulusal Cerrahi- 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Antalya 2016.