



T. C.

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**HEMŞİRELERİN İNTESTİNAL STOMA
BAKIMINA İLİŞKİN BİLGİ VE
UYGULAMALARININ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NAGİHAN ATALAR

İSTANBUL-2018



T. C.

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**HEMŞİRELERİN İNTESTİNAL STOMA
BAKIMINA İLİŞKİN BİLGİ VE
UYGULAMALARININ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ

NAGİHAN ATALAR

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. ŞENAY UZUN

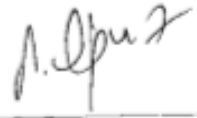

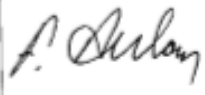
İSTANBUL-2018

ONAY

TEZ ONAYI FORMU


Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program : Yüksek Lisans
Tez Başlığı : Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi
Tez Sahibi : Nagihan ATALAR
Sınav Tarihi : 03/07/2018

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	İmza
Jüri Başkanı:	Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	
Tez danışmanı:	Prof. Dr. Şenay UZUN Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	
Üye:	Doç. Dr. Filiz ARSLAN Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 06/07/2018 tarih ve 2018/12-10 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Bayram YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

03/07/2018



Nagihan ATALAR

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgisini, rehberliğini, desteğini ve pozitif enerjisini benden esirgemeyen, beni sabırla dinleyen, her zaman bana yol gösterici olan ve bundan sonraki eğitim hayatımda da örnek alacağım değerli danışman hocam Prof. Dr. Şenay UZUN'a,

Yüksek lisans eğitimime bilgi ve deneyimleri ile katkı sağlayan Hediye ARSLAN ÖZKAN'a ve Hemşirelik Bölümü'nün değerli hocalarına,

Tez çalışmamın veri toplama formunun değerlendirilmesindeki görüş ve katkılarından dolayı, Sayın Doç. Dr. Tülay BAŞAK'a, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayla DEMİRTAŞ'a, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem İBRAHİMOĞLU'na, Sayın Araş. Gör. Burcu DOK'a, Sayın Uzm. Hem. Halime AYDIN'a, Sayın Uzm. Hem. Birgül ÖDÜL ÖZKAYA'ya ve Sayın Uzm. Hem. Havva KUŞ ABLAY'a,

Eğitim hayatım boyunca her zaman yanımda olan, bana olan inançlarını ve desteklerini esirgemeyen, annem Emine ATALAR'a, babam Erol ATALAR'a ve biricik kardeşim Sudegül ATALAR'a,

Tez dönemimde benden uzakta olsa da desteğini ve motivasyonunu eksik etmeyen eşim Mustafa GAYİR'e, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nagihan ATALAR

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	ii
BEYAN	iii
TEŞEKKÜRLER	iv
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
SUMMARY	xii
TÜRKÇE ÖZET	xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Stomalar	6
2.1.1. Stomanın Tanımı ve Tarihçesi	6
2.1.2. Stoma Çeşitleri	7
2.2. Gastrointestinal Sistemin Yapı, Görevleri ve İntestinal Stomalar	7
2.2.1. Gastrointestinal Sistemin Yapısı ve Görevleri	7
2.2.2. İntestinal Stomalar	9
2.2.2.1. Anatomik Lokalizasyonuna Göre İntestinal Stomalar	9
2.2.3. İntestinal Stoma Açılmasını Gerektiren Durumlar	13
2.3. İntestinal Stomalı Bireylerin Hemşirelik Bakımı	14
2.3.1. Ameliyat Öncesi Bakım	14
2.3.1.1. İntestinal Stoma Bölgesinin Belirlenmesi ve İşaretlenmesi	15
2.3.2. Ameliyat Sonrası Bakım	15

2.3.2.1. İntestinal Stomanın Değerlendirilmesi	15
2.3.2.2. Peristomal (stoma çevresi) Cildin Değerlendirilmesi	16
2.3.2.3. İntestinal Stoma ve Peristomal (stoma çevresi) Cilt Bakımı	17
2.3.2.4. İntestinal Stoma Torba/Adaptör Sisteminin Belirlenmesi	19
2.3.2.5. İntestinal Stoma Torbasının Boşaltılması	19
2.3.2.6. İntestinal Stoma Torba/Adaptör Sisteminin Değiştirilmesi	20
2.3.3. Kolostomi İrrigasyonu	21
2.3.4. İntestinal Stoma Komplikasyonları ve Bakımı	22
2.3.5. İntestinal Stomalı Bireylerin Karşılaşabileceği Problemler ve Bakımı	25
2.3.5.1. Fizyolojik Problemler ve Bakımı	25
2.3.5.2. Psikolojik Problemler ve Bakımı	27
2.3.5.3. Peristomal (stoma çevresi) Cilt Problemleri ve Bakımı	28
2.3.6. İntestinal Stomalı Birey ve Yakınlarının Eğitimi	30
2.3.6.1. İntestinal Stomalı Bireylerin Taburculuk Eğitimi	30
2.3.6.1.A. İntestinal Stomalı Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri	31
2.4. Stoma Bakım Hemşireliği ve Rollerini	36
3. GEREÇ ve YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Tipi ve Deseni	39
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	40
3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	40

3.6. Veri Toplama Araçları	40
3.6.1. Veri Toplama Formlarının Geliştirilmesi	40
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.7.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	42
3.7.2. Araştırmada Kullanılacak İstatistiksel Analizleri	43
3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması	43
3.9. Araştırmanın Uygulanması	44
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	44
3.11. Araştırmanın Etik Boyutu	45
4. BULGULAR	46
5. TARTIŞMA	67
5.1. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulama İfadelerine Verdikleri Yanıtların ve Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Tartışılması	68
5.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Tartışılması	70
5.3. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımı Özelliklerine Göre İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Tartışılması	73
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	77
7. KAYNAKLAR	80
8. EKLER	94
8.1. EK-1. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerin Bağlı Olduğu Kurumun Etik Kurul (Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu) İzni.....	94

8.2. EK-2. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerin Bağlı Olduğu Hemşirelik Hizmetleri M¼d¼rl¼kleri İzinleri.....	96
8.3. EK-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu	98
8.4. EK-4. Veri Toplama Formu ve Cevap Anahtarı.....	99
9. ÖZGEÇMİŞ.....	107



V. TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. İntestinal Stoma Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı	23
Tablo 2.2. Peristomal Cilt Problemleri ve Hemşirelik Bakımı	29
Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler	43
Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	46
Tablo 4.2.1. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	47
Tablo 4.2.2. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakım Eğitimi Alma Durumu Özelliklerinin Dağılımı	48
Tablo 4.2.3. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Aldıkları Eğitim İçeriğinin Dağılımı	49
Tablo 4.2.4. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakım Uygulamalarını Yapma Durumunun Dağılımı	50
Tablo 4.2.5. Hemşirelerin İntestinal Stomalı Birey ve Yakınlarına Verdikleri Eğitim Konularının Dağılımı	51
Tablo 4.2.6. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Güncel Bilgiyi Takip Etme Durumlarının Dağılımı.....	52
Tablo 4.2.7. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımında “Hemşirenin Sorumlulukları”na İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	53
Tablo 4.3.1. Hemşirelerin Bilgi İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	54
Tablo 4.3.2. Hemşirelerin Uygulama İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	58
Tablo 4.4. Hemşirelerin Uygulama İfadelerini Çalıştıkları Serviste Uygulama Durumuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	59
Tablo 4.5.1. Hemşirelerin Bilgi İfadeleri Puan Ortalamalarının Dağılımı	61
Tablo 4.5.2. Hemşirelerin Uygulama İfadeleri Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	62

Tablo 4.6.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**63**

Tablo 4.6.2. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Göre İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**65**



VI. KISALTMALAR

IARC	International Agency for Research on Cancer-Uluslararası Kanser Araştırmaları Merkezi
WHO	World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü
ABD	United States of America-Amerika Birleşik Devletleri
SB	Sağlık Bakanlığı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WCET Terapistler Konseyi	World Council of Enterostomal Therapists-Dünya Enterostomal Terapistler Konseyi
GİS	Gastrointestinal Sistem
HUÇEP	Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı

SUMMARY

Atalar, N. (2018). Investigation of Nurses' Knowledge and Practices on Intestinal Stoma Care. Yeditepe University Health Sciences Institute, Department of Nursing Master Thesis, Istanbul.

Aim: This study was conducted to investigate the knowledge and practices of nurses about intestinal stoma care.

Materials and Method: The study is descriptive and cross-sectional. The sample of the study consisted of 62 nurses working in two hospitals of a private health group in Istanbul and giving care to individuals with intestinal stoma. The study was carried out between January 26 and February 28, 2018 and data was collected using a data collection form prepared by the researcher. Research datas were analyzed in the SPSS 24.0 package program using a descriptive statistical analyzes (number, percent, mean, standard deviation, minimum-maximum value), a Kruskal Wallis variance analysis and a Mann-Whitney U test in 95% confidence interval and $p < 0.05$ significance level. Ethics committee approval was obtained for the research.

Results: In the study, it was found that the average age of the nurses was 24.46 ± 4.41 , the majority of nurses (93.5%) provide care for the intestinal stoma, the majority (56.5%) had stoma care education, the majority (72.6%) did not follow the current knowledge, the nurses who reported to follow current information had a higher rate of follow-up (such as articles, books) (70.5%), the average level of knowledge about stoma care (28.24 ± 6.45) and the average level of practice about stoma care (4.09 ± 2.23) were found be moderate, nurses' introductory characteristics did not affect knowledge and practice score average ($p > 0.05$), the nurses' follow-up of current knowledge among nurses' introductory stoma care characteristics had an effect on the knowledge score averages ($p = 0.013$), it was determined that nurses' education status and follow-up of current knowledge had an effect on the average of practice scores ($p = 0.016$, $p = 0.027$).

Conclusions and Recommendations: It has been proposed to increase the effectiveness of in-service training programs, to support participation in scientific programs (such as

courses, congresses) and to periodically evaluate knowledge levels and practice skills of nurses about intestinal stoma care to ensure that nurses improve their knowledge and skills.

Key Words: Nurses, Ostomy, Knowledge, Nursing Care.



ÖZET

Atalar, N. (2018). Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Amaç: Bu çalışma, hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulamalarının incelenmesi amacıyla uygulanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte ve kesitsel desenedir. Araştırmanın örneklemini özel bir sağlık grubunun İstanbul'daki iki hastanesinde çalışan ve intestinal stomalı bireylere bakım veren 62 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın uygulaması 26 Ocak-28 Şubat 2018 tarihleri arasında yapılmış ve veriler araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verileri SPSS 24.0 paket programında, tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değer), Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U testi kullanılarak, %95'lik güven aralığında ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırma için, etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Araştırmada hemşirelerin yaş ortalamasının 24.46 ± 4.41 olduğu, çoğunluğunun intestinal stomalı bireylere bakım verdiği (%93.5), yarısından fazlasının (%56.5) intestinal stoma bakımına ilişkin eğitim aldığı, çoğunluğunun (%72.6) güncel bilgiyi takip etmediği, güncel bilgiyi takip ettiğini bildiren hemşirelerin ise, yayın (makale, kitap gibi) takip etme oranının yüksek olduğu (%70.5), stoma bakımına ilişkin bilgi puan ortalamasının (28.24 ± 6.45) ve uygulama puan ortalamasının (4.09 ± 2.23) orta düzeyde olduğu, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin bilgi ve uygulama puan ortalamalarını etkilemediği ($p > 0.05$), hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin tanıtıcı özelliklerinden güncel bilgiyi takip etme durumunun bilgi puan ortalamalarını etkilediği ($p = 0.013$), eğitim alma durumu ve güncel bilgiyi takip etme durumunun ise uygulama puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır ($p = 0.016$, $p = 0.027$).

Sonuç ve Öneriler: Hemşirelerin bilgi ve becerilerini geliştirmelerini sağlamak için hizmet içi eğitim programlarının etkinliğinin artırılması, bilimsel programlara (kurs, kongre gibi)

katılmalarının desteklenmesi ve hemşirelerin intestinal stoma bakımı ile ilgili bilgi düzeyleri ve uygulama becerilerinin periyodik olarak araştırılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşireler, Stoma, Bilgi, Hemşirelik Bakımı.



1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Vücudun fonksiyonlarını etkileyen sağlık sorunları ve uygulanan tedaviler, organların fonksiyonlarında ve bireylerin yaşam biçimlerinde değişikliklere neden olmaktadır. Bir organın doğrudan veya bir tüp aracılığı ile cilde ağızlaştırılmasını ifade eden stoma, organ fonksiyonlarının etkilendiği durumlarda uygulanan bir cerrahi tedavi yöntemidir. İntestinal stomalar veya bağırsak stomaları ise, bireyin istemli olarak kontrol edebildiği ve bağımsız olarak gerçekleştirdiği bağırsak boşaltımının etkilendiği durumlarda, stoma açılmasını gerektiren durumun tedavisine destek olmak ve gastrointestinal sistemin boşaltım fonksiyonunun devamını sağlamak amaçları ile geçici veya kalıcı olarak sık açılmaktadır (1, 2, 89, 143-145).

Bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılması ile oluşan intestinal stomalar, ince ve kalın bağırsağa uygulanmakta ve uygulandığı bağırsak bölümüne göre ileostomi ve kolostomi olarak adlandırılmaktadır (2-5).

İntestinal stomaların açılma nedenleri arasında; kolorektal kanserler, intestinal obstrüksiyonlar ve yaralanmalar, Crohn hastalığı, divertikülit ve ülseratif kolit gibi obstrüktif veya inflamatuvar bağırsak hastalıkları ve familial adenomatöz polipoziskoli gibi hastalıklar bulunmaktadır. Bu nedenler arasında kolorektal kanserler, daha sık intestinal stoma açılmasını gerektirmektedir (5). Dünyada kolorektal kanserlerin sıklığına bakıldığında, Uluslararası Kanser Araştırmaları Merkezi (International Agency for Research on Cancer-IARC) tarafından yürütülen GLOBOCAN 2012 (Tahmini Dünya Kanser İnsidansı, Ölümleri ve Sıklığı) projesinin verilerinde; kolorektal kanserlerin erkeklerde en çok görülen üçüncü, kadınlarda ise ikinci kanser türü olduğu ve yarısından fazlasının (%55) gelişmiş ülkelerde görüldüğü bildirilmiştir (6). Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO)'nün yayınladığı dünya kanser raporunun 2014 yılındaki verilerinde; 2012 yılında yeni tanı konulan kolorektal kanserli birey sayısı 1.4 milyon ve kolorektal kanser sebebiyle ölen birey sayısı ise, 694.000'dir (7, 8). Amerika Birleşik Devletleri (United States of America-ABD)'nin 2017 yılındaki verilerine göre; kolorektal kanserler erkeklerde ve kadınlarda en fazla görülen 10 kanser türü arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Aynı verilere göre 2017 yılında 135.430 bireye (71.420 erkek ve 64.010 kadın) kolorektal kanseri tanısı konmuş ve 50.260 birey (27.150 erkek ve 23.110 kadın)

kolorektal kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir (9). Ülkemizde kolorektal kanserlerin sıklığına bakıldığında, Sağlık Bakanlığı (SB) Halk Sağlığı Kurumu tarafından yayınlanan kanser istatistikleri 2014 yılı verilerinde, kolorektal kanserlerin erkeklerde ve kadınlarda en fazla görülen 10 kanser türü arasında üçüncü sırada yer aldığı bildirilmiştir (10). Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2016 yılı verilerinde ise, kanser sebebiyle hayatını kaybeden birey sayısının 80.570 olduğu ve bunların %8.9'unu kolorektal kanserlerin oluşturduğu bildirilmiştir (11). Kolorektal kanserli olup hayatta kalan bireylerin büyük çoğunluğuna stoma açıldığı düşünüldüğünde, kanser ve stoma bireyin yaşam biçimini etkileyen ve değiştiren önemli iki durum olarak ortaya çıkmaktadır.

Dünyadaki intestinal stomalı birey sayılarına bakıldığında; İngiltere'de 2003 yılında intestinal stoma açılan yaklaşık 20.000 birey olduğu, bu bireylere açılan stomaların yarısının geçici stoma olduğu, geçici stomaların çoğunluğunu ileostominin, kalıcı stomaların çoğunluğunu ise kolostominin oluşturduğu, Kuzey Amerika'da 800.000, Hong Kong'da ise yaklaşık 15.000 stomalı bireyin bulunduğu bildirilmiştir. Ülkemizdeki stomalı birey sayısı ise, yeterli istatistikler ve kurumların kendi hasta kayıtları dışında veriler olmadığı için kesin olarak bilinmemektedir (12-14).

İntestinal stomalı bireylerde fizyolojik (gaz ve koku, diyare, konstipasyon, gaita sızıntısı) ve psikososyal (beden imajı değişimi ve benlik saygısında azalma) pek çok sorun ortaya çıkmaktadır. Bireylerin stomaya ilişkin sorunları yaşamalarının önlenmesinde, bakım ve eğitim önemli hemşirelik sorumluluklarıdır. Stomalı bireylerde bakım ve eğitim, bireyin ailesini de içerecek şekilde, ameliyat öncesi dönemden başlayıp birey taburcu olduktan sonra da devam etmeli ve kapsamlı olmalıdır. Ameliyat öncesi dönemde stoma bakım hemşiresi tarafından ilk olarak birey ve ailesine cerrahi sürece hazırlık, yara bakımı, stoma bakım tekniği, diyet ve beslenme düzeni, cinsel fonksiyonlar ve ağrı kontrolü ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır. Daha sonra stoma bölgesinin belirlenmesi için işaretleme yapılmalıdır. Bu bölge genelde cerrah ya da enterostomal terapi hemşiresi tarafından işaretlenmektedir. Genellikle batın sağ alt kadranda ve belin beş cm altında olan bölge, skar, kemik çıkıntıları, cilt katlantı yeri ya da fistülden uzak bir yerde olmalıdır. Ameliyat sonrası dönemde bireyler stoma komplikasyonları, stomadan gaz ve gaita çıkışı açısından takip edilmelidir. Aynı zamanda taburculuk süreci için de hazırlıklar yapılmalıdır. Bireylere

cilt bakımı, torba/adaptör değişimi uygulamalı olarak anlatılmalı, diyet, ibadet etme, seyahat, çalışma süreci gibi diğer konularda da bilgilendirme yapılmalıdır (2, 15).

Literatürde; stoma cerrahisi sonrası bireylerin hastaneye yeniden yatışı, yatış nedenleri ve maliyeti incelenmiştir (16-27). Obstrüktif veya inflamatuvar bağırsak hastalıkları, intestinal yaralanmalar ve kolorektal kanserler sebebiyle stoma açılan bireyler, taburcu olduktan sonraki 30 gün içerisinde, oluşan sorunlardan dolayı hastaneye yeniden yatırılmışlardır (16-21). Hastaneye yatırılma sebepleri; peristomal cilt problemleri (dermatit ve sellülit), intestinal stoma komplikasyonları (stomal fistül ve parastomal herni), dehidratasyon, sıvı-elektrolit dengesizliği, akut böbrek hasarı, ileus, cerrahi alan enfeksiyonu, yara enfeksiyonu, kanama, kardiyak komplikasyonlar, bulantı, kusma, venöz tromboemboli, ağrı ve pnömonidir (18-23, 26). Hastaneye yeniden yatışların maliyeti arttırdığı, yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (16, 18, 24-27). Damle'nin 2014 yılında kolorektal rezeksiyon sonrası hastaneye yeniden yatışların klinik ve mali etkisini incelediği çalışmasında, hastaneye yeniden başvuruların maliyetinin 26.917 ABD Doları olduğu (16), Bliss ve arkadaşlarının 2015 yılındaki çalışmalarında, kolon ve rektum rezeksiyonları sonrası hastaneye yeniden başvuruların maliyetinin 7.030 ABD Doları olduğu (18), John Hopkins hastanesinde kolon cerrahisi yapılan bireylerin taburculuktan sonraki ilk üç ayda hastaneye yeniden başvurularının maliyetinin 9.000 ABD Doları olduğu (26), Iqbal ve Raza'nın 2017 yılındaki, ileostomili bireylerin hastaneye yeniden başvurularını incelediği çalışmalarında da, dehidratasyon nedeniyle yapılan yatışların maliyetinin 88.858 ABD Doları olduğu ve verilen danışmanlık hizmeti sonrasında bu oranın 25.037 ABD Dolarına düştüğü bildirilmiştir (27).

İntestinal stoma cerrahisi sonrasında oluşan sorunlara bağlı hastaneye yeniden yatışları önlemek ve maliyeti azaltmak için, bireylerin stoma cerrahisi amacı ile yatışının yapıldığı ilk andan itibaren başlayan ve taburculuk sonrasında da devam eden hasta eğitimi oldukça önemlidir. Literatürde, bireylere çeşitli yöntemler (video izletmek, telefon ile danışmanlık vb.) kullanılarak verilen hasta eğitimi ve taburculuk sonrası yapılan ev ziyaretlerinin, bireylerin öz bakımlarını yapabilme durumlarını ve yaşam kalitelerini arttırdığı, stomaya bağlı sorunların oluşmasını önleyerek hastaneye yeniden başvuru oranını ve maliyeti azalttığı bildirilmiştir (27-32). Ülkemizde, intestinal stomalı bireylerin hastaneye yeniden başvurularına ve bakım maliyetlerine yönelik verilere ulaşılammıştır.

İntestinal stomalı bireyler, stoma varlığından dolayı birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum, stomalı bireylerin bakım ve eğitiminden sorumlu özel bir hemşirelik alanı olan stoma bakım hemşireliğinin gündeme gelmesine neden olmuştur. Stoma Bakım Hemşiresi; temel lisans eğitimini tamamlayan, Dünya Enterostomal Terapistler Konseyi (World Council of Enterostomal Therapists-WCET) ve/veya kendi ulusal meslek örgütleri tarafından tanınmış eğitim programından mezun olarak, yara, ostomi ve inkontinans sorunu olan bireye bakım verebilecek yeterlilikte olan, Enterostomal Terapi/Yara Ostomi Kontinans Hemşireliği sertifikasına sahip hemşire olarak tanımlanmaktadır (33). Ülkemizde Hemşirelik Kanunu (2007)'na dayalı olarak hazırlanan ve 2011 yılında güncellenen Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği'nde, stoma bakım hemşiresinin hemşirelik genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra; eğitim ve danışmanlık, kanıta dayalı bakım, araştırma, yönetim ve stoma bakım ürünlerine karar vermeye ilişkin rolleri de vurgulanmaktadır (33, 34, 102, 148).

Literatürde ve ülkemizde yapılan çalışmalarda, stoma bakım hemşirelerinden ve stomaterapi ünitelerinden bakım alan bireylerin stomalarına uyumlarının daha kolay olduğu ve bireylerde stoma varlığı nedeniyle oluşan sorunların önlenebileceği (peristomal cilt problemleri, günlük yaşam aktiviteleri) bildirilmiştir (35-41).

İntestinal stomalı bireylerin, stomaya uyumlarının en üst düzeyde olmasını sağlamak ve yaşam kalitelerini yükseltmek, nitelikli hemşirelik bakımı ile gerçekleşir. Bunun için, hemşirelerin intestinal stoma bakımı ile ilgili yeterli bilgiye ve uygulama becerisine sahip olması gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda, intestinal stomalı bireyin bakımında, hemşirelerin stoma bakımı ile ilgili bilgi düzeyi ve uygulamalarının önemi vurgulanmıştır (42-47, 141, 150). Ancak, ülkemizde bu konuyu inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (48-50). Klinik uygulama dikkate alındığında ise, hastanelerde genellikle bir stoma bakım hemşiresinin görevli olduğu ve bu stoma bakım hemşiresinin hem bireyin bakımı ve eğitiminden hem de "stomalı bireylere bakım veren hemşirelere" eğitim vermekten sorumlu olduğu gözlenmektedir. Stoma bakım hemşiresi ile koordineli çalışan "bu hemşirelerin" stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulamaları, etkin stoma bakımına ve komplikasyonların önlenmesine katkı sağlamaktadır. Dolayısıyla stomalı bireylere bakım veren hemşirelerin, stoma bakımına ilişkin bilgi durumlarının ve uygulamalarının bilinmesi, stoma komplikasyonlarının önlenmesi ve etkin stoma bakımının

sağlanması açısından önemlidir. Bu nedenle bu araştırmada, hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulamalarının incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulamalarının incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, hemşirelerin kişisel ve intestinal stoma bakımına ilişkin özelliklerinin, stoma bakımına ilişkin bilgi durumu ve uygulamaları ile ilişkisi incelenmiştir.

Bu araştırmanın sonuçlarının; intestinal stomalı bireylere bakım veren hemşirelerin stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulamaları konusunda kapsamlı veri sağlayacağı, mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası hemşirelik eğitimine, stoma bakım hemşireliği eğitimine, konu hakkındaki ulusal literatüre ve yapılacak araştırmalara katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1) Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi puan ortalamaları yüksektir.

H2) Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin uygulama puan ortalamaları yüksektir.

H3) Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi puan ortalamaları farklıdır.

H4) Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre intestinal stoma bakımına ilişkin uygulama puan ortalamaları farklıdır.

H5) Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi puan ortalamaları farklıdır.

H6) Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre intestinal stoma bakımına ilişkin uygulama puan ortalamaları farklıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Stomalar

2.1.1. Stomannın Tanımı ve Tarihçesi

Stoma, Yunanca “ağız, açıklık” anlamına gelmekte olup, içi boş veya lümenli bir organın doğrudan veya bir tüp kullanımı ile cerrahi olarak cilde ağızlaştırılması, iki boşluk ya da kanal arasında ya da bölün bir şeyle vücut yüzeyi arasında bulunan yapay açıklıktır (2, 3, 55, 94).

Stoma benzeri ilk uygulamalar, İncil'in yazım dönemlerine değin uzanmakla birlikte, o dönemde bilimsel anlamda gelişimini açıklayıcı bilgilere ulaşılamamıştır (2, 55).

Stoma cerrahisindeki çalışmalarda öncülüğün Fransa'da başladığı, Almanya, İngiltere, Avusturya gibi ülkelerde gelişimin çok yavaş olduğu, II. Dünya Savaşı'ndan sonra ise ABD'de büyük gelişmeler olduğu bildirilmiştir. Bilimsel anlamda ilk stoma, İngilizler ve Fransızlar arasında 1706 yılında yapılan Ramillies savaşında yaralanan bir askere uygulanmıştır. Stomaların tedavi amaçlı kullanımı 1756 yılında İngiliz cerrah ve anatomi öğretmeni William Cheselden'in kolostomi uygulamasıyla başlamıştır. Modern anlamda ilk stoma uygulaması, 1944 yılında kanser tedavisi amacıyla abdominoperineal rezeksiyon yapılması ve ekstraperitoneal kolostomi açılmasıdır. İleostomiler için ise başlangıcın 20. yüzyıl olduğu bildirilmiştir. Amerikalı doktor John Young Brown ülseratif kolitli bir bireye ileostomiye 1913'de, Fransız cerrah Gavin Miller proktokolektomiye 1943'de, İngiliz cerrah Bryan Brooke ileostominin ağızını tersine çevirerek abdominal duvara suture edildiği tekniği 1952'de uygulamışlardır (2, 55, 59, 61).

Kayıtlı ilk kolostomi, Fransız cerrah Pillore'un 1776 yılında uyguladığı çekostomidir. Tam olarak başarılı kabul edilen kolostomi uygulaması örneğini ise, Fransız cerrah Duret tarafından 1793 yılında üç günlük bir bebeğe kolostomi açılması oluşturmaktadır. Bagetle desteklenmiş loop kolostomi 1884'de Avusturyalı cerrah Maydl tarafından, Hartmann prosedürü ya da çifte namlusu (double-barrel) kolostomi 1881 yılında Schitininge ve 1923'de Fransız cerrah Hartmann tarafından, uç kolostomi ise 1908'de İngiliz cerrah Miles tarafından uygulanmıştır (2, 59-61).

2.1.2. Stoma Çeşitleri

Stomanın görünümü, parlak veya kırmızıya yakın olup mukozaya benzemektedir. Ağızlaştırıldığı yerde yuvarlak, tomurcuk şeklinde ve dışa doğru çıkık olan stomaların, oval ya da kenarları düzensiz görünümde olan tipleri de bulunmaktadır. Stoma açıklığı yaklaşık olarak 20 mm çapındadır. Stoma ağzında sinir bulunmadığından bireyler bakım verilirken ağrı hissetmezler, ancak stomalar kan damarlarından zengin olduğundan peristomal cilt ve stoma bakımı sırasında sızıntı şeklinde hafif miktarda kanama görülebilir. Stoma cerrahisi sonrası stomal açıklık ve stomanın etrafı genelde ödemli olup, birkaç ay sonra ödemi azalır ve stoma çapı küçülür (51, 56, 57, 131, 151).

Stomalar, açılmasını gerektiren durum ya da açılma amacı dikkate alınarak geçici ve kalıcı stomalar olarak adlandırıldığı gibi, açıldığı vücut bölgesi dikkate alınarak da adlandırılmaktadır. Geçici stomalar, stoma açılmasını gerektiren durum ortadan kalktıktan sonra cerrahi olarak kapatılan stomalardır. Stoma açılmasını gerektiren durum bireyin yaşamı boyunca devam ettiğinde ise, stoma kapatılmaz ve “kalıcı stoma” olarak adlandırılır. Açıldıkları vücut bölgesine göre adlandırılan stomalar ise üst solunum yolu, gastrointestinal sistem (GİS) ve üriner sistem stomalarıdır. GİS stomaları, dekompresif stomalar, beslenme amaçlı stomalar ve bağırsak stomaları (intestinal stomalar) olmak üzere üç gruptur. Bunlardan bağırsak stomaları, ileostomi ve kolostomi olarak iki gruba ayrılır (2, 3, 94).

2.2. Gastrointestinal Sistemin Yapı, Görevleri ve İntestinal Stomalar

2.2.1. Gastrointestinal Sistemin Yapısı ve Görevleri

GİS, diğer adıyla sindirim sistemi, ağızdan başlayarak özofagus, mide ve bağırsaklar ile devam eden ve anüs ile sona eren, yaklaşık sekiz metre uzunluğunda bir sistemdir. GİS organlarını ağız boşluğu ve farenks, özofagus, mide, ince ve kalın bağırsaklar oluşturmaktadır. Sistemin yardımcı organlarını ise; dişler, dil, tükürük bezleri, karaciğer, pankreas, safra kesesi ve safra yolları oluşturur. GİS'in görevi, vücudun sıvı, elektrolit ve gıda ihtiyacını karşılamaktır. Bu amaçla GİS'in üç temel fonksiyonu bulunur. Bunlar; sindirim, emilim ve boşaltımdır. GİS'in sindirim fonksiyonu, gıdaların ağızdan başlayıp mide ve ince bağırsaklardaki peristaltik hareketler, sindirim için gerekli salgılar ve

enzimler ile parçalanmasıdır. GİS'in emilim fonksiyonu gıdaların, su ve elektrolitlerin ince ve kalın bağırsaklardan emilerek hücrelere alınmasıdır. GİS'in boşaltım fonksiyonu ise sindirilemeyen ve emilemeyen atıkların gaitaya dönüştürülüp vücuttan atılmasıdır. GİS'in bu temel fonksiyonları gerçekleştirmesi, çiğneme, yutma ve salgılama fonksiyonları ile desteklenir. GİS'in çiğneme fonksiyonu, gıdaların ağza alındığında ilk olarak dişler tarafından parçalanması ile başlar. Bunu, ağız boşluğundaki salgı bezlerinin gıdaları ıslatması ve gıdaların dil tarafından hareket ettirilmesi izler. GİS'in yutma fonksiyonu, medulla oblongatadaki yutma merkezi tarafından kontrol edilir ve istemli evre, farengeal evre ve özofageal evre olmak üzere üç evreden oluşur. İstemli evrede yutma işlemi başlar. Farengeal evre, istemsiz olarak gelişir ve gıdaların farenksten özofagusa geçişini sağlar. Özofageal evre de istemsiz olarak gerçekleşir ve gıdaların mideye taşınmasını sağlar. GİS'in salgılama fonksiyonu ise, sistemin organları ve yardımcı organları tarafından sindirime yardımcı enzimlerin ve hormonların salgılanmasını içerir (2, 51, 52, 54). GİS'in intestinal stomaların açıldığı organları, ince ve kalın bağırsaklardır.

İnce bağırsaklar; mide ve kalın bağırsaklar arasında bulunur. Uzunluğu beş-altı m ve çapı dört cm'dir. Duodenum, jejenum ve ileum olmak üzere üç bölümü bulunur. İnce bağırsağın ilk bölümü olan duodenum "C" şeklinde bir yapı olup 20-30 cm uzunluğunda ve hareketsizdir. Safra ve ampulla vateriden dökülen pankreas enzimleri oddi sfinkterleri aracılığı ile buraya dökülür. Duodenumdaki Brunner bezlerinden salgılanan mukus, gastrik sıvılara karşı duodenumu korur. İkinci bölüm olan jejenum 240 cm, üçüncü bölüm ileum ise 270 cm uzunluğundadır. Jejenum ve ileum, gıda emiliminin en fazla olduğu alandır. İnce bağırsaklar içten dışa doğru; mukoza, submukoza, muskularis propria ve seroza tabakalarından oluşur. İnce bağırsağın epitel tabakasında goblet ve enterosit adı verilen iki tip hücre bulunur. Goblet hücrelerinden mukus salgılanır. Enterositlerden de küçük peptidleri aminoasitlere parçalayan peptidaz, disakkaritleri monosakkaritlere parçalayan sakkaraz, maltaz, izomaltaz ve laktaz, nötral yağları yağ asidi ve gliserollere parçalayan lipaz salgılanır. İnce bağırsağın fonksiyonu, kimus şeklinde bağırsağa geçen gıdaların sindirilmesi ve emilimidir (2, 51-54).

Kalın bağırsaklar; ileum ve anüs arasında bulunur. Uzunluğu 150 cm'dir. Assendan, transvers, desendan, sigmoid kolon ve rektum bölümlerinden oluşur. Assendan

kolon, çekumdan yukarı doğru başlar ve karaciğerin sağ alt kenarına yakın olarak biter. Transvers kolon, sağ kolik çıkıntından sol kolik çıkıntıya (dalağa kadar) uzanır. Desendan kolon, sol kolik çıkıntından pelvis üst deliğe kadar uzanır. Sigmoid kolon, pelvise uzanan ve rektumda biten “S” şeklinde bir tüp oluşturur. Rektum ise anüsle sonlanır ve kas yapısında olan internal ve eksternal sfinkterler gaita çıkışının düzenlenmesini sağlar. Kalın bağırsaklar, içten dışa doğru; mukoza, submukoza, muscularis ve seroza tabakalarını içerir. Kalın bağırsak mukozasındaki epitel hücrelerden bol miktarda bikarbonat içeren mukus salgılanır. Bu salgı; bağırsak duvarını bakterilerden korur ve gaita içeriğini bir arada tutan yapışkanlığı sağlar. Kalın bağırsağın fonksiyonu, su ve elektrolitlerin emilimi ve sindirilemeyen, emilemeyen gıdaların atılımını sağlamaktır (2, 51-54).

2.2.2. İntestinal Stomalar

İntestinal stoma (bağırsak stoması), cerrah tarafından bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılması ile oluşturulan açıklık ya da enterokutanöz anastomozdur. Geçici ve kalıcı olarak açılabilen bu stomalar, açıldığı bağırsak bölgesine göre ileostomi ve kolostomi olarak adlandırılmaktadır. Geçici intestinal stomalar, bağırsak boşaltımının devamlılığını sağlamak amacıyla açılır ve açılmasına neden olan faktör ortadan kalktıktan sonra da kapatılır, kalıcı stomalar ise, rektum ve anüsün çıkarılması gereken durumlarda açılan ve yaşam boyu kalan stomalardır (2, 3, 5, 61, 94).

2.2.2.1. Anatomik Lokalizasyonuna Göre İntestinal Stomalar

İleostomi: İleostomi, ince bağırsağın son kısmının karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Genellikle sağ iliyak fossaya, ileoçekal kavşaktan hemen önce ileumun 20 cm’lik kısmına açılırlar ve uç ileostomi, loop ileostomi, kontinent ileostomi ve konvansiyonel ileostomi olarak dört gruba ayrılırlar. İleostomisi olan bireyler, gaz ve gaita çıkışını kontrol edemez. İleostomilerin, kolostomilere göre anüse uzaklığının fazla olması ve ince bağırsakta kalın bağırsağa nazaran su emiliminin daha az olması nedenleriyle gaita içeriği sıvı halde, fazla miktarda ve yakıcı özelliktedir. Ayrıca, kolostomilere göre daha az bakteri olduğundan koku az olurken, ince bağırsakta sindirimin daha fazla olması nedeniyle sindirim enzimleri de fazla olduğundan, ileostomili bireylerde peristomal cilt problemleri sık görülür. Stoma cerrahisi sonrası ileostomi yolu ile sıvı kaybı günlük olarak 1500 ml’dir, daha sonraki

günlerde ise 600-800 ml'ye düşmektedir (2, 3, 5, 12, 63-65, 128, 152, 153). İnce bağırsak üzerinde açılan ileostomiler aşağıda ayrı olarak açıklanmıştır.

Uç İleostomi; ince bağırsağın bittiği ve kalın bağırsağa bağlandığı son, uç kısmı olan terminal ileumun karın duvarına ağızlaştırılması ile oluşturulan ve genellikle kalıcı olarak açılan stoma çeşidi olup, inflamasyon sebebiyle bağırsak duvarı ve mukozasında hasara neden olan yaygın ülseratif kolit ve Crohn hastalığında, kalın bağırsakta poliplere sebep olan ve kolorektal kanser oluşuma zemin hazırlayan kalıtsal familial polipoziskoli hastalığı cerrahisinde uygulanan total proktokolektomi sonrasında ve multiple-senkron kolorektal kanser vakalarında uygulanmaktadır (5, 61, 96).

Loop İleostomi; ince bağırsağın son kısmının karın duvarına ağızlaştırılması ile oluşturulan, anal sfinkterleri koruyucu ameliyatlardan sonra, gaita akımının yönünü geçici olarak değiştirmek amacıyla uygulanan ileostomi çeşididir. Loop ileostomilerin uygulanma nedenlerini; distaldeki riskli anastomozların korunması, anal-abdominal fistüller, kolorektal tıkanıklıklar, toksik megakolon ve teknik olarak uç ileostomi yapılamayan durumlar oluşturur (5, 61).

Kontinent İleostomi; bağırsak içeriğinin birikmesi için cerrahi yöntemle ince bağırsaktan bir kese oluşturulması işlemi sonucunda oluşturulan, ülseratif kolit ve familial adenomatöz polipoziskoli hastalığında açılan stoma çeşididir. Kontinent ileostomide, stomanın dış kısmında bir kapak oluşturulur ve ameliyat sonrası dönemde stoma ya bir kateter yerleştirilerek kapalı aspirasyon sistemine bağlanır. Tıkanıklık oluşmaması için kateter, her üç saatte bir 10-20 ml %0.9 izotonik sodyum klorür ile yıkanır ve aspire edilmeden yer çekimine bağlı olarak drene olması beklenir. İnsizyon bölgesinde iyileşme sağlandıktan sonra stomadan kateter çıkartılır. Kontinent ileostomide gaita kendiliğinden stomadan çıkmadığından, bireyler stomanın içine bir kateter veya tüp yerleştirerek günde üç-dört kez gaitayı boşaltır. Bu nedenle bireylerin sürekli olarak stoma torbası kullanımına gerek yoktur. Bu tip ileostomiler, acil kolorektal cerrahilerinde, aşırı obez, mental ve fiziksel bozukluğu olan bireylerde ve Crohn hastalığında uygulanmamaktadır (2, 5, 61, 96).

Konvansiyonel İleostomi; batın sağ alt kadranında açılan ve ileumun uç veya loop şeklinde karın duvarına ağızlaştırılması ile oluşturulan ileostomilerdir. Konvansiyonel

ileostomide sıvı ve enzimleri içeren sürekli gaita çıkışı olduğundan bireyler sürekli olarak torba kullanmalıdır (2).

Kolostomi: Kolostomi, kalın bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Çoğunlukla karının sol alt tarafında yer alan kolostomiler, kalın bağırsak üzerindeki yerlerine göre; çekostomi, çıkan (assendan) kolostomi, yatay (transvers) kolostomi, inen (dessandan) kolostomi ve sigmoid kolostomi olarak, cerrahi teknik ve ağızlaştırılma şekillerine göre; uç (terminal, end) kolostomi, loop kolostomi, Hartmann prosedürü ya da çifte namlusu (double-barrel) kolostomi olarak, prognostik faktörlere göre de; geçici ve kalıcı kolostomi olarak isimlendirilir. Kolostomilerde anüsteki gibi internal ve eksternal sfinkter kasları bulunmadığından bağırsak hareketleri ve gaita boşaltımı kontrol edilemez (2, 4, 60, 90, 94). Kalın bağırsak üzerindeki lokalizasyonlarına, cerrahi teknik ve ağızlaştırılma şekillerine ve prognostik faktörlere göre kolostomiler aşağıda ayrı olarak açıklanmıştır.

Kalın Bağırsak Üzerindeki Lokalizasyonlarına Göre Kolostomiler

Çekostomi; kalın bağırsakta çekuma uygulanan, günümüzde anastomozlarda dekompresyon amaçlı kullanılan, çekal volvulus, çekal perforasyon, transvers loop kolostomi yapılamayan aşırı obez, düşkün, yaşlı ve immünsüpresif bireyler ile kolonoskopinin başarısız kaldığı psödo-obstrüksiyon vakalarında sınırlı olarak açılan kolostomi tipidir. Çekostominin dezavantajları; stoma bakımının birey için zor olması, yeterli dekompresyon sağlanamaması ve tüpün sıklıkla tıkanmasıdır (5, 61).

Çıkan (assendan) Kolostomi; abdomende sağ tarafta yer alan, genellikle bağırsak perforasyonu ve yaralanmaları gibi acil durumlarda açılan kolostomilerdir. Çıkan kolostomide, stomanın açıldığı bölgenin anüse uzaklığının fazla olmasından nedeniyle bağırsak içeriği, peristomal cildi tahriş edebilen, sindirim enzimlerinden zengin, sıvı ya da yarı sıvı haldedir (4, 55, 66, 90, 94).

Yatay (transvers) Kolostomi; gaitanın kolonun patolojik bölgesinden geçişini engellemek amacıyla abdomenin ortasına açılan kolostomi tipidir. Yatay kolostomide bağırsak içeriği, kolonun sol tarafına doğru ilerlediğinde sindirim enzimi miktarı azaldığından ve kıvamı koyulaştığından, genellikle sıvı ya da yarı katı haldedir (4, 55, 66, 90, 94).

İnen (desendan) Kolostomi; abdomenin sol alt tarafında bulunur ve sigmoid kolostominin biraz yukarısında açılır. Kolon kanserlerinde uygulanan inen kolostomilerde, bağırsak içeriğindeki suyun büyük bir kısmı kolondaki ilerleme sonucunda emildiğinden, gaita yarı katı veya katı kıvamdadır (4, 55, 66, 90, 94).

Sigmoid Kolostomi; genellikle kolorektal kanserler sebebiyle, abdominoperineal rezeksiyon ile anorektumun çıkarılması veya Hartmann ameliyatı sonucu açılır. Stoma, sol iliyak fossada bulunur ve bağırsak içeriğindeki suyun tamamı emildiğinden gaita normal kıvamdadır (4, 55, 66, 90, 94).

Cerrahi Teknik ve Ağzlaştırılma Şekillerine Göre Kolostomiler

Uç (terminal, end) Kolostomi; alt veya orta rektum kanserinde, ciddi gaita inkontinansında, rektumu tutan ve tedaviye yanıt vermeyen Crohn hastalığında, alt ekstremitelerde kuvvet ve his kaybına sebep olan hastalıklarda uygulanır. Sigmoid kolondan açılan uç kolostomilerde insizyon bölgesi, krista iliaca anterior süperior ile göbeği birleştiren hattın ortası olup, bu tip kolostomiler intraperitoneal ve ekstraperitoneal yöntemle oluşturulmaktadır. İntraperitoneal yöntemde, bağırsak karın ön duvarından direkt olarak dışarı çıkartılır. Ekstraperitoneal yöntemde ise, karnın iç kısmının yan duvarındaki peritona yatay bir kesi yapılır ve bağırsak periton altından tünel oluşturularak karın dışına alınır. Cilt üzerinde kalan bağırsak kısmı, mukozası dışta kalacak şekilde ters döndürülür ve kendi üstüne çevrildikten sonra cilde dikilir (5, 61).

Loop Kolostomi; genellikle sigmoid veya transvers kolona geçici olarak açılan, acil durumlarda gaita akışını sağlamak, anostomozu korumak, kalın bağırsak tıkanıklıklarında kolonun boşaltılması ve bazı kolon hastalıklarında iyileşmeyi sağlamak için uygulanan kolostomi çeşididir. Bagetli, bagetsiz ve transvers loop kolostomi olmak üzere üçe ayrılır. Bagetli loop kolostomide, abdomenin sağ üst kadrana yapılan yatay bir kesi ile transvers kolon dışarı alınır. Abdomen dışına alınan kolonun mezenterik kenarına yakın olacak şekilde kolona plastik baget geçirilir. Konulan plastik baget cerrahiden sonraki 10. günde çıkartılır. Transvers loop kolostomi, genelde abdomenin sağ üst kadranda açılan, bağırsak tıkanıklığı ve travmaları, bağırsak distalindeki anostomozlar ve perineal yaralar nedeniyle geçici gaita diversiyonu gerektiren durumlarda en sık başvuru yöntemidir. Bagetsiz loop

kolostomilerde ise, abdomenin sağ üst kadranında rektus kası üzerinden yatay bir kesi yapılarak abdomen içine ulaşılır. Kolonun altında köprü oluşturacak şekilde omemtumun kolona olan yapışıklıkları açılır ve iki taraftaki periton ve fasya cilt tarafından emilmeyen süturlarla dikiilir. Oluşan yeni yapı kontrol edildikten sonra, cilt altı dikiilir ve kolon açılarak cilde ağzlaştırılır (5, 61).

Hartmann prosedürü ya da çifte namlusu (double-barrel) Kolostomi; rektosigmoid alanda ya da rektumun üst bölümünün üçte birinde bulunan tümörlerde, divertikülit hastalığında, travmalar, doğumsal anomaliler, bağırsak tıkanıklığı ve sigmoid kolonun distal yaralanmaları sebebiyle uygulanan sigmoid kolon rezeksiyonu sonrasında, bağırsağın distal ucunun kendi üzerinde gömüldüğü ve proksimal ucunun uç stoma olarak oluşturulduğu kolostomilerdir. Bu tip kolostomilerde iki stoma vardır ve çifte namlusu gibi yan yana dururlar (61, 90).

Prognostik faktörlere göre kolostomiler geçici ve kalıcı kolostomi olarak sınıflandırılmaktadır. Geçici olanlar, gaitanın bağırsağın patolojik bölgesinden geçişini engellemek amacıyla genellikle transvers kolonun sağ yarısına açılırken, kalıcı olanlar, anüs ve rektumun çıkarılması gereken durumlarda anüsün görevini üstlenen ve sigmoid kolona açılan kolostomi çeşididir (55, 90).

2.2.3. İntestinal Stoma Açılmasını Gerektiren Durumlar

İntestinal stomaların açılmasını gerektiren durumlar, genel olarak aşağıdaki gibi sıralanabilir (2, 5, 51, 55, 61):

- Bağırsağın bir seviyesinden itibaren distal bölümünün çıkarılması gereken durumlarda gaita drenajının sağlanmasında (Örn: abdominoperineal rezeksiyon, rektum yaralanmaları),
- Bağırsağın bir seviyesinin distalindeki riskli bir anastomozun iyileşme sürecinde bölgenin gaita akımından korunmasında,
- Bağırsağın bir seviyesinin distalinde tümör gibi yer kaplayan bir patolojik oluşuma bağı tıkanıklık nedeniyle kolonun boşaltılmasında,
- Anorektal kanserler nedeniyle çıkarılan anüsün görevinin yapılmasında,
- Kolorektal yaralanmalar sonucu oluşan geniş defektlerde,

- Sigmoid kolon volvulusu, iskemik kolit, anal atrezi, anal inkontinans ve perinenin geniş yanıkları gibi nadir durumlarda.

2.3. İntestinal Stomalı Bireylerin Hemşirelik Bakımı

İntestinal stomalı bireylerin hemşirelik bakımı, bireyin hastaneye yatışından itibaren başlayıp taburculuk sonrasını da kapsayan bir bakımı içermektedir. Bireylerin bakımında hemşirelerin eğitim ve danışmanlık, hemşirelik bakımı, kanıta dayalı bakım gibi rolleri vardır. Hemşireler bu rolleri kapsamında verdikleri bakım ile, bireylerin sorunlarının tanılanmasına, stomaya uyumlarının ve yaşam kalitelerinin artmasına, geleceğe hazırlanmalarına, fiziksel ve psikolojik yönlerden iyileşmesine ve bireylere stoma bakım becerilerinin kazandırılmasına yardımcı olmaktadır (33, 67, 68, 102). Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda, stomalı birey ve yakınlarına verilen eğitim ve hemşirelik bakımının, bireylerin ve yakınlarının bilgi düzeyleri ile yaşam kalitelerini arttırdığı, hastanede kalış sürelerini, stomaya ilişkin komplikasyonları, fizyolojik, psikolojik, cinsel ve peristomal cilt problemlerini azalttığı bildirilmiştir (35-41, 62, 69-77). Ayaz, 2007 yılında stomalı bireylerin cinsel sorunlarının çözümünde PLISSIT modelinin etkinliğini değerlendirdiği çalışmasında, sorunların anlaşılması ve çözülebilmesi için birey ile işbirliğinin, soruna yönelik eğitim ve danışmanlığın etkili olduğunu vurgulayarak, bilgi ve beceri kazandırmak için birey ile birlikte çalışmanın önemini göstermiştir (62).

2.3.1. Ameliyat Öncesi Bakım

Ameliyat öncesi dönemde stoma bakım hemşiresi, birey ve ailesi için güven verici, mahremiyeti koruyan bir ortam sağlamalı, birey ve ailesi ile terapötik iletişim kurmalıdır. Ameliyat öncesi verilecek eğitim içeriğinde; sindirim sisteminin anatomi ve fizyolojisi, stoma ile ilgili kavramlar, stomanın rengi, görünümü, büyüklüğü ve işlevi ile ilgili bilgiler, tek ve çift parçalı torba/adaptör sistemi, cerrahi sürece hazırlık, yara bakımı, diyet ve beslenme düzeni, cinsel fonksiyonlar, ağrı kontrolü ile ilgili konulara yer verilmeli, birey ve ailesi duygusal olarak desteklenmeli, soruları yanıtlanmalı ve stoma ile yaşam konusunda yardımcı olabilecek notlar ya da kitapçık verilmelidir (2, 15, 55, 78-80).

2.3.1.1. İntestinal Stoma Bölgesinin Belirlenmesi ve İşaretlenmesi

Ameliyat öncesi stoma bölgesinin seçilmesi ve işaretlenmesinin amacı, stomanın olabilecek en uygun bölgeye açılarak, bireyin kendi bakımı yapmasını sağlamak ve oluşabilecek komplikasyonları önlemektir. Uygun bölgeye açılmayan stomalar, torba değişimini zorlaştırır, cilt irritasyonuna ve stomaya adaptasyon zorluğuna sebep olur, mali yükü ve zamanı arttırarak bireyin rehabilitasyon sürecini uzatır. Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde, ameliyat öncesi stoma bölgesi işaretlenen bireylerde ameliyat sonrası stoma ile ilişkili komplikasyonların azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttığı bildirilmiştir (81-86). De Paula ve Dos Santos ise 2014’de yaptığı çalışmada üniversitelerde öğretmenlik yapan hemşirelerin peristomal cilt bakımı ile ilgili bilgi düzeylerini incelemişler ve ameliyat öncesi stoma işaretlemesi konusunda bilgilerinin yeterli düzeyde olduğunu bildirmişlerdir (47). Çalışma sonuçları, hemşirelerin bölge işaretlemesi konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerektiğini göstermektedir. Stoma bölgesi seçiminde temel kural, bağırsağın gerilme olmaksızın yeterli kan akımıyla dışarı alınması olup, bölge, cerrah ya da enterostomal terapi hemşiresi tarafından işaretlenmelidir. Stoma bölgesinin seçiminde;

- Bireyin rahatça görebileceği bir alanda, rektus abdominus kası içinden açılmasına,
- Skar, kemik çıkıntıları, cilt katlantı yeri, sarkık göğüs altları, göbek, fistül ve kemer çizgisinden uzak olmasına,
- Karın bölgesinin hatları, bireyin pozisyonuna bağlı olarak değiştiğinden stoma bölgesinin; bireyin sırt üstü yatış, oturma ve ayakta duruş pozisyonlarında yeniden değerlendirilmesine,
- Bölge belirlenirken bireyin aktivite durumu ve mesleğinin göz önünde bulundurulmasına dikkat edilmesi önerilmektedir (2, 64, 78, 79, 87-93).

2.3.2. Ameliyat Sonrası Bakım

2.3.2.1. İntestinal Stomannın Değerlendirilmesi

Stoma, hemşire tarafından ameliyattan sonraki 24 saat boyunca en az sekiz saatte bir, ödem, renk, akıntı, kanama ve ölçüler yönünden gözlemlenmelidir. Stomannın rengi, pembe-açık kırmızıdır ve parlak görünümündedir. Stomannın renginin çok solgun veya

morumsu olması, bölgedeki kan dolaşımının bozulduğunun göstergesidir. Stomalar, yuvarlak ve karın yüzeyinden yüksektedir, ameliyattan sonra erken dönemde ödemli olup, ileostomilerde, ameliyattan üç hafta sonra ödemin azalmasına bağlı olarak stoma çapı küçülürken, kolostomilerde ameliyattan sonraki birinci haftadan itibaren stoma çapı küçülür. İleostomiler ameliyattan yaklaşık üç gün sonra, kolostomiler ise ameliyattan üç-altı gün sonra işlev görmeye başlar. Stomadan gelen gaita içeriği renk, miktar, koku, şekil, kanama ve enfeksiyon yönünden gözlenmelidir. (2, 51, 55, 89). Stoma değerlendirilmesinin bireyde oluşabilecek problemlerin ve komplikasyonların önlenmesinde ve bireyin yaşam kalitesinin artmasındaki önemine rağmen, Bagheri ve Sharifan'ın 2016 yılında hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgilerini incelediği çalışmalarında, hemşirelerin stoma değerlendirme sırasında bakacakları özelliklerden biri olan stoma ölçülerindeki değişiklikler ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir (46).

2.3.2.2. Peristomal (stoma çevresi) Cildin Değerlendirilmesi

İntestinal stomalı bireylerde, stoma bakım hemşirelerinin peristomal cildi değerlendirmesi ve saptanan sorunlara yönelik bakım vermesi önem taşımaktadır. Özellikle, ileostomide gelen gaitanın yakıcı özellikte ve sindirim enzimleri yönünden fazla olması, peristomal ciltte tahriş olma olasılığını arttırmaktadır (4, 51). Bireylerde peristomal cilt sorunlarının önlenmesi için, hemşirelerin konuya ilişkin yeterli bilgiye sahip olmaları gerekir. Ancak, ülkemizde Duruk'un 2007 yılında hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgilerini incelediği çalışmasında, hemşirelerin yarısından fazlasının peristomal cilt değerlendirilmesi ile ilgili bazı önermeleri yanlış yanıtladığı/bilmediği saptanmıştır (48). Hemşireler, her torba değişiminde peristomal cildi, kızarıklık ve tahriş yönünden dikkatli bir şekilde değerlendirmeli, birey ve ailesinin aynı değerlendirmeyi yapma becerisini kazanmalarını sağlamalıdır. Stoma torbalarının yapıştırıldığı yerde yanma varsa, peristomal cildin tahriş olma ihtimalini düşündürmeli ve torba değiştirilmelidir. Peristomal cilt tahrişini engellemek için, stoma kenarı ile stoma adaptörü arasında iki-üç milimetreden fazla açıklık olmamalıdır. Bireylerde mantar enfeksiyonunu önlemek için, stoma torbasının cilde temas ettiği bölgenin nemli olmaması gerekir. Stoma torbasının değişim sıklığının fazla olması, peristomal alanda mekanik travmaya yol açabilir. Bu nedenle torbalar her

dört-altı saatte bir boşaltılmalı ve iki parçalı alttan boşaltılabilir torbalar kullanılarak değişim sıklığı azaltılmalıdır (4, 51).

2.3.2.3. İntestinal Stoma ve Peristomal (stoma çevresi) Cilt Bakımı

İntestinal stoma ve peristomal cilt bakımı verilirken, bakım yapılacak bölge ılık su ile temizlenmelidir. Stoma çevresinde gaita mevcut ise su ile temizlik yeterli olmayacağından, peristomal cilt tahrişi yoksa pH'ı cilde eşit olan yumuşak sabun kullanılmalıdır. Sabun kullanıldıktan sonra ılık su ile bölge iyice durulanmalı ve torbanın/adaptörün cilde daha kolay yapışmasını sağlaması amacıyla gazlı bez ya da yumuşak temiz bez ile tamamen kurulanmalıdır. Kurularken sürtme hareketinin cildi tahriş etme olasılığı olduğundan, bu hareketin yapılmaması gerekmektedir. Ciltte irritasyon varsa temizlenip kurulandıktan sonra peristomal alana cilt koruyucular (pasta gibi) uygulanabilir. Alkol içerikli ürünlerin kullanılması peristomal ciltte kuruma, yanma ve tahrişe neden olacağından, kullanılan stoma bakım ürünleri alkol içerikli olmamalıdır. Peristomal alandaki istenmeyen tüyler, torbanın çıkartılması sırasında rahatsızlık vereceği, torbanın yapışmasını engelleyeceği ve folikülit oluşumuna neden olacağı için, elektrikli tıraş makinesi ile tıraş edilmeli ya da makasla kısaltılmalıdır (5, 55, 90, 94). Dünyada ve ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerin stoma ve peristomal cilt bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin yeterli olduğu bildirilirken (47, 49), stoma ve peristomal cilt bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (48, 50, 141, 150).

İntestinal stoma ve peristomal cilt bakımında çeşitli bakım ürünleri kullanılmaktadır. Bunlar; stoma pastası, pudra, kayganlaştırıcı deodorant, kemer, koku gidericiler, filtre, torba kılıfı, bantlar, konveks insertler ve cilt koruyucu ajanlardır (60, 94, 95, 97, 98, 100, 154-156).

Stoma Pastası: Kolay kullanımlı tüplerde olan pomadlardır. Stoma ile adaptör arasında engel (bariyer) oluşturarak peristomal cildi stomadan gelen içeriğin temasından korur. İçeriğinde bulunan alkol, ciltte yanmaya neden olabileceği için, adaptör/torba yerleştirilmeden önce en az bir dakika kuruması için beklenmelidir (95, 96).

Pudra: Hassas ya da nemli cilde sahip olan bireylerde koruyucu bir tabaka oluşturur. Pudra kullanıldığında, fazlası ciltten uzaklaştırılarak torbanın güvenli bir şekilde yapışması sağlanır (97, 98).

Kayganlaştırıcı Deodorant: Torbanın içini kayganlaştırarak içeriğinin torbaya yapışmasını ve üstte toplanmasını engeller. Ayrıca, stomalardaki kokunun kontrol edilmesine yardımcı olur ve torbanın boşaltılmasını kolaylaştırır (155, 156).

Kemer: Kemerler, adaptör üzerinde bulunan kulakçıklara takılan ve elastik yapıda olup beli çevreleyen bakım ürünüdür. Farklı bel ölçülerine göre ayarlanabilme özellikleri sayesinde bireylerin kendilerini güvende hissetmelerini sağlar ve stoma torbalarının ağırlığını kendi üzerine alarak yapışkana düşen yükü azaltır (95, 99).

Bantlar: Adaptörün kenarına yapıştırılarak, torbanın ve adaptörün yerinde kalmasını sağlarlar. Elastik yapıda olan bantların, çeşitli ölçü ve tipleri bulunmaktadır. Örneğin; su sporları ve etkinliklerine katılan bireyler için su geçirmez bantların bulunması (100).

Torba Kılıfı: Torbanın cilde temas etmesiyle oluşan nemi alarak, cilt tahrişi ve mantar enfeksiyonunun oluşumunu önler, torbanın görülmesini engelleyerek bireylerde beden imajını güçlendirmeye katkı sağlar (95, 97).

Koku Gidericiler: Tablet, jel, sprey ya da sıvı formları olan, torba içindeki gaitanın kötü kokmasını engellemek amacıyla kullanılan kimyasal maddelerdir. Koku gidericiler, boş torbanın alt yarısına yerleştirilmelidir (95).

Filtre: Kokuyu önleyerek gaz çıkışına izin veren bakım ürünüdür. Tek parçalı ve çift parçalı torbalarda 8– 12 saat süreyle kullanılabilir. Filtrelerin, torbalara yapıştırılabilen ve torbalara hazır yapıştırılmış şekilde olanları mevcuttur (98).

Konveks İnsertler: Konveks insertler, cilt ve adaptör arasında bulunan, adaptörün cilde yakın olmasını sağlayan ve batına daha iyi yerleşmesi için kavis oluşturan, kese ya da poşet şeklinde olan bir bakım ürünüdür. Bu ürün, parçalı torba sistemine ilave destek ve kavis sağlar (97).

Cilt Koruyucu Ajanlar: İntestinal stoma torbası çıkartılırken, cildi stoma araçlarının oluşturacağı cilt irritasyonundan korumak amacı ile uygulanan, sprey, jel, solüsyon formunda olan ve cilt üzerinde ince, nefes alabilen bir film tabaka bırakarak cildin hasardan korunmasını sağlayan bakım ürünüdür (155, 156).

2.3.2.4. İntestinal Stoma Torba/Adaptör Sisteminin Belirlenmesi

İntestinal stoma torba/adaptör sistemi, tek parçalı ve iki parçalı sistem olarak ikiye ayrılır. Tek parçalı sistemde torba ve adaptör birliktedir. Bu sistemde tek parçalı alttan boşaltmasız ve alttan boşaltılabilir torba olmak üzere iki torba çeşidi bulunmaktadır. İki parçalı sistem ise, torba ve adaptörün birbirinden ayrı olduğu sistemdir. Bu sistemde torba ve adaptör birbirine geçirilmekte ya da yapıştırılmakta, adaptör değiştirilmeden torba boşaltılabilmekte ve değiştirilebilmektedir. İki parçalı sistemde de kapalı torba ve alttan boşaltılabilir torba olmak üzere iki torba çeşidi vardır. İki parçalı sistemde herhangi bir sorun gelişmediği takdirde adaptör üç-beş gün kalabilir. Böylece cildin gaita ile teması ve tahrişi önlenir. Stoma adaptörü, peristomal cilde yapıştırılan, cildi stoma içeriğinden koruyan ve torbanın cilde yapışmasını sağlayan bir bakım ürünüdür. Adaptörler, kesilebilir ve kesilmiş adaptörler olarak ikiye ayrılır. Kesilebilir adaptörler stoma çapı ölçüldükten sonra çapa uygun olarak kesilir. Kesilmiş adaptörler ise stoma çapına göre hazırlanmış olup kesilmesine gerek yoktur. Ameliyattan sonra stoma çapı küçüleceğinden kesilmiş adaptörlerin küçük boyutlarının kullanılması gerekmektedir (3, 4). İntestinal stomalı bireyin stomaya uyumunu kolaylaştırmanın önemli adımlarından biri olan torba/adaptör sisteminin belirlenmesinde hemşirelerin rolünün büyük olmasına rağmen, Duruk'un 2007 yılında yaptığı çalışmada, hemşirelerin torba/adaptör sistemini belirleme ile ilgili önermeleri yanlış yanıtlama/bilmeme oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur (48).

2.3.2.5. İntestinal Stoma Torbasının Boşaltılması

Tek parçalı alttan boşaltmasız ve kapalı torbalarda, torbanın üçte ikisi ya da dörtte üçü dolduğunda çıkartılıp yenisinin takılması gerekmektedir. Tek parçalı ve iki parçalı alttan boşaltılabilir torbalarda ise, torbanın alt ucu açık ve klempli olduğundan, torbanın tamamı veya yarısı dolduğunda klemp açılarak gaita boşaltılır. İleostomisi olan bireylerde, bağırsak içeriği sıvı halde geldiğinden alttan boşaltılabilir torbaların kullanımı daha

uygundur ve torba dört-altı saatte bir boşaltılmalıdır. Alttan boşaltılabilir torbalar iki günde bir değiştirilebilir (3, 4, 51). Cross ve arkadaşlarının 2014 yılında stomalı bireye bakım veren hemşirelerin bilgi ve uygulamalarını incelediği çalışmalarında, hemşirelerin stoma torbası boşaltılması ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olduğu saptanmıştır (45).

2.3.2.6. İntestinal Stoma Torba/Adaptör Sisteminin Değiştirilmesi

İntestinal stoma torbaları; stomadan gaita sızıntısında, peristomal alanda batma ve yanma hissi olduğunda, torbanın yarısı ya da üçte ikisi dolduğunda değiştirilmelidir. Stoma torbası, yemek saatlerinde/sonrasında ve ilaç saatlerinden sonra değiştirilmemelidir. Torba değişimi için en uygun zaman, bağırsağın en az aktif olduğu ve stomadan gelen gaitanın en az olduğu zaman olan kahvaltıdan önce ya da yemekten iki-dört saat sonrasdır (51, 90, 96, 101). Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgileri ile ilgili olarak Bagheri ve Sharifan (46)'ın 2016 yılında, Duruk (48)'un 2007 yılında yaptıkları çalışmalarda, hemşirelerin stoma torbası değişimine yönelik başlıklara ilişkin bazı ifadeleri yüksek oranda yanlış yanıtladıkları bulunmuştur. Çalışma sonuçlarında hemşirelerin yanlış yanıtladıkları ifadelerin; stoma torbasının değişim saatleri, torba değiştirilirken peristomal cildin değerlendirilmesi ve cilt bakım ürünlerinin kullanımı olduğu saptanmıştır.

Stoma torbasının değiştirilmesi için bireyin tuvalet veya tuvaletin yanında sandalyeye oturması veya ayakta durmak isteyenlerin yüzünün tuvalete dönük olması sağlanır. Torba değişimi için gerekli malzemeler olan eldiven, yeni torba ve adaptör, kıvrık uçlu makas, stoma pastası, stoma çapı ölçüm cetveli, pudra, deodorant vb. bakım ürünleri, temizlemek için ılık su, kurulamak için gazlı bez ya da yumuşak temiz bez ile çöp poşeti hazırlanır. Mahremiyete özen gösterilir ve asepsi ilkelerine uyulur. Bunun için eller yıkanır, eldiven giyilir ve adaptör yukarıdan aşağıya doğru ciltten ayrılır. Peristomal alan, adaptör çıkartıldıktan sonra temiz bölgeden kirli bölgeye doğru ılık su ile silinir ve gazlı bez/yumuşak temiz bez ile kurulandır. Stoma çapı ölçüm cetveli kullanılarak stoma çapı ölçülür ve kesilebilir adaptör kullanılacak ise, çapa uygun olarak kıvrık uçlu makas ile adaptör, merkezinden itibaren daire şeklinde kesilir, kesilmiş adaptör kullanılacak ise, adaptörün tekrar kesilmesine gerek yoktur. Adaptörün yapışkan kısmındaki kağıt çıkartılır ve adaptörün iç kısmına pasta sürülür. Peristomal ciltte irritasyon varsa, irritasyon olan bölgeye bakım ürünleri (pudra, cilt koruyucu ajanlar vb. gibi) kullanılır. Adaptörün

merkezindeki delik kısmı stomayı kapsayacak şekilde, adaptör cilde yapıştırılır. Adaptörün cilde yapışması için 30 sn el ile bastırılır, torba yerleştirilmeden önce torba klembi ve filtresi takılır ve stoma torbası aşağıdan yukarı doğru dairesel hareketlerle adaptörle birleştirilir. Torba hafifçe çekilerek adaptöre yerleşip yerleşmediği kontrol edilir (3, 4, 51).

2.3.3. Kolostomi İrrigasyonu

Kolostomi irrigasyonu, ameliyattan sonraki altıncı-sekizinci haftada bireyin beslenme ve bağırsak alışkanlığı normale döndüğünde başlanılan, gaita, mukus ve gazın atılması amacıyla, yemek sonrasında ve her gün düzenli olarak bağırsağın boşalmasını uyarmak için doğrudan stoma içine 24, 48 ya da 72 saatte bir sıvı verilmesini içeren, 10-15 dakikada su, gaita ve gazın büyük çoğunluğunun atıldığı, fiziksel ve zihinsel sınırlamaları olmayan, tekniği öğrenebilen, düzenli beslenme alışkanlığı olan, ameliyat öncesinde düzenli bağırsak alışkanlığı olan, inen ve sigmoid kolona stoma açılan bireylere ve konstipasyon durumunda yapılan bir uygulamadır. Bu uygulamanın amacı, bireylerin gaita çıkışı korkusu olmaksızın sosyal aktivitelere katılımını sağlamaktır. Kolostomi irrigasyonu ile bağırsak hareketleri düzenlenir, peristomal cilt problemlerinin gelişmesi önlenir, irrigasyonlar arası gaz ve gaita çıkışı önlenerek kontrollü gaita çıkışı sağlanır. İrrigasyon sırasında kramp oluşması, hızlı su verilmesi ya da solüsyonun çok soğuk/sıcak olmasına bağlı olarak gelişebilir (2, 51, 90). Bagheri ve Sharifan (46) ile Duruk (48)'un yaptığı çalışma sonuçlarında; hemşirelerin kolostomi irrigasyonunu bilme ve uygulama durumlarının istenilir seviyede olmadığı belirlenmiştir.

Kolostomi irrigasyonu uygulaması için bireyin tuvalete veya tuvaletin önünde sandalyeye oturması sağlanır. İrrigasyon için gerekli malzemeler olan eldiven, stoma çevresini temizlemek için ılık su ve yumuşak bez, irrigasyon seti (irrigasyon torbası ve kateteri), kayganlaştırıcı jel, bir adet mandallı torba veya irrigasyon torbası, yeni stoma torbası ve çöp poşeti hazırlanır. İrrigasyon setindeki torba, 500-1500 ml ılık musluk suyu ile doldurulur ve torbanın havası çıkartılarak klempini kapalı bir şekilde stomadan 45-50 cm yukarıya asılır. Eller yıkanır, eldiven giyilir ve stoma torbası çıkartılır. Stoma ve çevresi ılık su ve yumuşak bez ile temizlenir. Setteki kateterin ucu kayganlaştırıcı jel ile yağlanır ve kateter stoma içerisinde sekiz cm'den daha fazla ilerletilmeyecek şekilde yerleştirilir. Kateterin kolay ilerlemediği durumlarda, ilerletilirken suyun akmasına izin verilir ve

kateter asla zorla ilerletilmez. Setin konik ucu nazikçe fakat sıkı bir şekilde stomaya karşı tutularak suyun geri kaçıışı önlenir. Klemp açılır ve ılık su verilir. Eğer kramp olursa klemp kapatılarak bireyin dinlenmesine izin verilir, sonra tekrar devam edilir. Su 5-10 dakikada verilmelidir. Su verilmesi bittikten sonra 10 sn daha beklenilir ve kateter çekilir. Kateter çıkartıldıktan sonra irrigasyon torbası ya da mandallı torba yerleştirilerek içeriğin atılması için 10-15 dakika beklenir. İşlem bittikten sonra peristomal alan temizlenir, yeni stoma torbası takılır (2, 51, 90).

2.3.4. İntestinal Stoma Komplikasyonları ve Bakımı

Stoma cerrahisinde ve stoma bakım ürünlerindeki gelişmelere rağmen stomalı bireylerde komplikasyonlar oluşmaya devam etmektedir (Tablo 2.1) (2, 61, 94, 124-126, 157). Komplikasyonların nedenlerini; uygunsuz stoma bölgesi, torba/adaptör sistemi ve bireylerin stoma bakımına ilişkin bilgi ile becerilerinin yetersiz olması oluşturur. Komplikasyon tedavisindeki temel ilke; önleme ve erken saptamadır. Bu sebeple hemşireler tarafından stoma ve peristomal alan renk, ödem, akıntı yönünden takip edilmeli, bireylerin bağırsak sesleri dinlenmeli, batın çevresi takip edilmeli, enfeksiyon göstergeleri olan vücut sıcaklığında, solunum sayısında, nabızda artış ve kan basıncında düşme yönünden yaşam bulguları takip edilmeli, rektal kanama takibi yapılmalı, kan değerleri takip edilmeli ve hekim istemi doğrultusunda tedaviler uygulanmalıdır (2, 88, 122). Hemşirelerin, bireyin stomaya ilişkin komplikasyon yaşamasını önlemede ve oluştuğunda da gerekli bakımı yapabilmesini sağlamada, komplikasyonlar ve bakımına ilişkin yeterli bilgiye sahip olması gerekir. Duruk'un çalışmasında, hemşirelerin stoma komplikasyonları belirti ve bulgularına ilişkin bazı önermeleri yüksek oranda doğru yanıtladıkları bildirilirken (48), Bagheri ve Sharifan'ın 2016 yılında yaptığı çalışmada, hemşirelerin komplikasyonlara ilişkin düşük/çok düşük düzeyde bilgilerinin olduğu saptanmıştır (46).

İntestinal stoma komplikasyonları (Tablo 2.1), çok erken, erken ve geç dönem komplikasyonlar olmak üzere üç gruba ayrılır. Çok erken dönem komplikasyonlar, 24 saat içinde meydana gelen komplikasyonlardır. Ödem ve stoma iskemisi/nekrozu olmak üzere ikiye ayrılır. Bu dönemdeki komplikasyonları fark etmek için, stomaların görünümünü izlemek amacıyla şeffaf bir torba kullanılması gerekmektedir (2). Stomanın erken dönem komplikasyonları, ameliyat sonrası dönemde 30 günden önce görülür. Bağırsağın karın

içerisine kaçması, evisserasyon, stoma retraksiyonu, parastomal enfeksiyon, mukokütenöz ayrılma, erken obstrüksiyon ve hızlı pasaj stomanın erken dönem komplikasyonlarıdır (2, 61, 123).

Tablo 2.1. İntestinal Stoma Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı

KOMPLİKASYON ADI/NEDENİ-NEDENLERİ ve HEMŞİRELİK BAKIMI
Çok Erken Dönem Komplikasyonlar
Ödem -Stoma cerrahisi sonrasında bağırsağın manipülasyonu nedeniyle gelişir. -Stoma çapı düzenli olarak ölçülmelidir.
Stoma İskemisi/Nekrozu -Stomanın açıldığı bölgedeki kan akımının engellenmesi, ödemli stoma çevresine sıkı torba takılması, stoma yerinin hatalı belirlenmesi, inferior mezenterik arterin bağlanması sonrası yetersiz kan akımının olması ve bağırsağın dar bir açıklıktan dışarıya alınması nedenleriyle gelişebilir. -Birey, ameliyat sonrası ilk 24-72 saat içinde stomanın renginde olabilecek değişiklikler açısından gözlemlenmelidir.
Erken Dönem Komplikasyonlar
Bağırsağın Karın İçerisine Kaçması -Yetersiz cerrahi teknik nedeniyle gelişebilir. -Birey, stomada komplikasyon oluşumu açısından ameliyat sonrası ilk 24 saat en az sekiz saatte bir gözlemlenmelidir.
Evisserasyon -Stomanın insizyon bölgesine yakın yapılması ve stoma açıklığının geniş yapılması nedenleriyle gelişebilir. -Ameliyat sonrası stoma evisserasyon yönünden gözlemlenmeli, evisserasyon oluştuğunda ise, cerrahi işlem hazırlıkları yapılmalıdır.
Stoma Retraksiyonu -Stoma yapılandırılması aşamasında stomanın gerilmesi, yetersiz uzunluk, stomanın cilt çevresine zayıf fiksasyonu, çok hızlı eriyen sabit süturlar, loop stomada desteklerin uygunlaşmadan çıkarılması, distansiyon, ameliyat öncesi yapılan radyoterapinin mezenteri kısaltması nedenleriyle gelişebilir. -Konveks torba sistemi kullanılmalı, adaptör açıklığı stomayı destekleyecek şekilde düzenlenmeli, cildi korumak için pasta kullanılmalı, torbanın ciltte kalmasını sağlayacak mekanik desteği oluşturmak için kemer ya da bağ kullanılmalıdır.
Parastomal Enfeksiyon -Gaitanın peristomal alana bulaşması, stoma iskemisi, stoma retraksiyonu, stomanın cerrahi insizyon bölgesine yakın açılması, peristomal hematoma nedenleriyle gelişebilir. <u>-Enfeksiyonların önlenmesi için:</u> stoma ve peristomal alan, enfeksiyon belirtileri (ısı artışı, kızarıklık, akıntı vb.) ve cilt bütünlüğünün bozulması yönünden gözlemlenmelidir. <u>-Enfeksiyon varlığında:</u> günde birkaç kez pansuman yapılarak ölü dokular temizlenmeli, torba değişimlerinde steril eldiven giyilmeli ve cerrahi asepsi ilkelerine uyularak peristomal alan temizliği yapılmalıdır.
Mukokütenöz Ayrılma -Yetersiz beslenme, kortikosteroid kullanımı, stoma cilt-sütür hattında aşırı gerilim ve yetersiz doku perfüzyonu nedenleriyle gelişebilir. -Beslenme düzenlenmeli, kortikosteroid kullanan bireylerde intravenöz yoldan A vitamini desteği sağlanmalı, ameliyat sonrası sütür hattı takip edilmeli, iyileşmeyi sağlamak için jel ya da stoma pastası kullanılmalı, bireyler gaita sızıntısı yaşayacakları konusunda uyarılmalıdır.
Erken Obstrüksiyon -Stomanın bükülmesi (torsiyonu) ya da ödem nedenleriyle oluşabilir. -Stoma, komplikasyon oluşumu açısından takip edilmeli, komplikasyon varlığında ise, cerrahi işlem hazırlıkları yapılmalıdır.
Hızlı Pasaj -Stomalardan fazla sıvı kaybı nedeniyle olabilir. -Elektrolit kaybı karşılanmalı, bireylerin aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır.

Tablo 2.1. İntestinal Stoma Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı-Devamı

Geç Dönem Komplikasyonlar
Stoma Prolapsusu -Stoma açıklığının gereğinden büyük olması, bağırsağın karın duvarına yetersiz tutturulması, öksürme, konstipasyon vb. gibi sebeplerle karın içi basıncın aniden artması, hamilelik, çocuklarda aşırı ağlama, stomanın çok uzun yapılmış olması nedenleriyle oluşabilir. -Bölge serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bezle kapatılmalı, daha büyük stoma torbası kullanılmalı, bireylere, prolabe olan kısmın yatar pozisyonda el yardımıyla nazıkçe geri itilmesi öğretilmelidir.
Stoma Stenozu -Stoma kenarındaki bağ dokusunun artışı, stoma açıklığının çok küçük oluşu ve radyasyon irritasyonu nedenleriyle oluşabilir. -Kolostomili bireylere yumuşak gaita çıkışını sürdürmeleri önerilmeli, ciddi durumlarda ise, bireylere dilatör kullanabilecekleri söylenmeli ya da stomayı parmakla genişletme tekniği öğretilmelidir.
Parastomal Herni -Stoma bölgesi açıklığının aşırı geniş olması, stoma açılırken bağırsağın rektus kası dışından geriye alınması, karın içi basıncın artması (konstipasyon, öksürük, ağır kaldırma, zorlayıcı egzersizler), stomanın insizyon bölgesinden açılması, peristomal enfeksiyon, obezite, beslenme bozukluğu ve ameliyattan sonra gelişen sepsis nedenleriyle oluşabilir. -Bireylere, altı-sekiz hafta boyunca ağır kaldırmamaları, aşırı kilo almamaları, yorucu aktivitelerden kaçınmaları ve karın kaslarını güçlendirmek için egzersiz ve kemer kullanmaları önerilmeli, stoma ölçümü yatar ve oturur pozisyonda yapılmalı, yumuşak gaita çıkışını sağlayacak gıdalar önerilmeli, ölçüye göre yapılan ve stoma için bir deliğin açıldığı külotlu korse kullanımı önerilmelidir.
Geç Obstrüksiyon -Bağırsak duvarındaki yapışıklıklar, hemiler ve bazı gıdaların (mısır, fındık, turunçgiller, pişmemiş lifli sebzeler ve meyve kabukları vb.) tüketilmesi nedenleriyle gelişebilir. -Ameliyat sonrası stoma, komplikasyon gelişimi açısından gözlemlenmeli, bireylere obstrüksiyona sebep olan gıdaları (mısır, fındık, turunçgiller vb.) az tüketmeleri/tüketmemeleri konusunda eğitim verilmelidir.
Stomal Fistül -Stoma bakımı sırasındaki travmalar (transstomal fistüllerin sebebi), bağırsağı tespit eden dikişler (peristomal fistüllerin sebebi), stoma açılırken konulan tespit dikişinin bağırsak lümenine girecek şekilde konulması ya da sonradan bağırsak lümenine yapışması (visserokütanöz fistüllerin sebebi) nedenleriyle olabilir. -Fistüllerden gelen akıntılara bağlı peristomal cilt tahrişini önlemek için cilt bakımına dikkat edilmeli ve bireye cilt bakımının önemi anlatılmalıdır.
Metabolik Komplikasyonlar -Stomalardan fazla miktarda sıvı kaybının olması nedeniyle oluşabilir. -Bireylere su alımı, yeterli ve dengeli beslenme, diyareden, aşırı sıcak ortamlarda bulunmaktan ve yoğun egzersizden kaçınması gerektiği konularında eğitim verilmelidir.
Perforasyon -Stoma çevresinde ortaya çıkan enfeksiyon nedeniyle oluşabilir. -Birey, perforasyon belirtileri açısından takip edilmeli (ani başlayan karın ağrısı, geçmeyen rahatsızlık hissi), perforasyon varlığında ise, acil cerrahi girişim hazırlıkları yapılmalıdır.
Travma -Minör travmalar; stoma torbasının stomaya sürtmesi, major travmalar; trafik kazası sırasında yaralanma gibi durumlar ve folikülit nedenleriyle oluşabilir. -Stoma için doğru olan torba kullanılmalı, stoma mukozasında travmaya sebep olabilecek durumlarda (su sporları için giyilen balık adam kıyafeti, futbol/rugby gibi temas sporları, yorucu egzersiz) bireylere plastik stoma kemerinden yararlanmaları önerilmeli, folikülitlerde ise travma oluşumunu azaltmak için peristomal epilasyon önerilmelidir.
Kanama -Stoma mukoza yüzeyinin fazla damar içermesi nedeniyle oluşabilir. -Bireylere bakım esnasında ılık su ve yumuşak bez kullanmaları, alternatif olarak yumuşak mendil ya da tuvalet kağıdı kullanabilecekleri söylenmeli, bağırsak/ileal kanal içinden ve stoma lümeninden olan kanamaların normal olduğunun bilgisi verilmelidir.

Tablo 2.1. İntestinal Stoma Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı-Devamı

Geç Dönem Komplikasyonlar-Devamı
Hipergranülasyon/Granülomlar -Enfeksiyon ve gaita sızıntısı nedeniyle oluşabilir. -Stoma mukozası ve çevresindeki cilt korunmalıdır.
Kanser Kolonizasyonu -Stoma çevresinde ya da üzerinde kanserin tekrar etmesidir. -Kolonizasyonun olduğu bölgedeki damarlanmanın artmasından dolayı fazla kanama olabileceği konusunda bireyler uyarılmalıdır.

Stomanın geç dönem komplikasyonları ise, ameliyat sonrası dönemde 30 günden sonra görülen stoma komplikasyonları olup, stoma prolapsusu, stoma stenozu, parastomal herni, geç obstrüksiyon, stomal fistül, metabolik komplikasyonlar, perforasyon, travma, kanama, hipergranülasyon/granülomlar ve kanser kolonizasyonu olmak üzere 11 gruba ayrılır (2, 61, 123). Literatürde, stomalı bireylerde en fazla oranlarda görülen komplikasyonların sırasıyla; mukokütanöz ayrılma, stoma retraksiyonu, stomal fistül, parastomal herni ve kanama olduğu (83, 86, 135), bireylerin parastomal herni ve stomal fistül nedeniyle de hastaneye yatırıldıkları bildirilmiştir (18, 22).

2.3.5. İntestinal Stomalı Bireylerin Karşılaşabileceği Problemler ve Bakımı

2.3.5.1. Fizyolojik Problemler ve Bakımı

İntestinal stomalı bireyler, ameliyat sonrasında gaz ve koku, diyare, konstipasyon ve gaita sızıntısı gibi pek çok fizyolojik problem ile karşılaşmaktadır. Bireylerde bu sorunların oluşumu önlemede ve oluştuğunda da ortadan kaldırılmasını sağlamada stoma bakım hemşirelerinin yeterli bilgiye sahip olması gerekir. Bagheri ve Sharifan'ın 2016 yılındaki çalışmalarında, hemşirelerin bireylerin yaşadığı fizyolojik sorunlar ve bakımına ilişkin bilgilerinin yüksek/çok yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (46). Fizyolojik problemlerin önlenmesinde yapılacak uygulamalar; bireylerin ameliyat öncesi ve sonrası eğitimlerinde diyet ve beslenmelerine yönelik konulara yer verilmesi, bireylere evde hangi gıdalar ile beslenmesi gerektiğine yönelik doküman verilmesi ve gaita sızıntısında yapması gereken uygulamaların anlatılmasıdır (2). İntestinal stomalı bireylerin yaşadığı fizyolojik problemler ve bakımına ilişkin bilgiler, aşağıda ayrı olarak açıklanmıştır.

Gaz ve Koku: Stomalı bireylerde anüsteği gibi sfinkter olmadığından, gaz çıkışı kontrol edilemez. Bu nedenle bireyler beklenmeyen zamanlarda gaz çıkışı sebebiyle utanabilir, torba değişimi ve boşaltımında çevrelerini rahatsız etme endişesi yaşayabilirler. Bağırsaktaki gazın çoğu, gıdaların sindirimi sırasında meydana gelmektedir. Ayrıca, yemek esnasında hava yutulması ve bağırsakta bulunan bakterilerin işlevi sonucunda da gaz oluşabilmektedir. Dabirian ve arkadaşlarının 2011 yılında stomalı bireylerinin yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmalarında, bireylerin en fazla gaz problemi yaşadıkları bildirilmiştir (110). Stoma bakım hemşiresi gaz oluşumunun engellenmesi için birey ve yakınlarına; yemeklerin düzenli ve yavaş yenmesini, yemek yerken hava yutmamak için konuşulmamasını, yemeklerin iyice çiğnenmesini, iyi çiğneme üzerine konsantre olunmadığı sürece (okurken, televizyon izlerken) yemek yenmemesini, sakız çiğnemek ve sigara içmekten kaçınılmasını, gaz oluşumunu artıran gıdaların ve içeceklerin tüketiminin azaltılmasını önermektedir. Gaz oluşumunu arttıran gıdalar ve içecekler; fasulye, nohut gibi kuru baklagiller, bira ve asitli içecekler, salatalık, sütlü içecekler, lahana, mantar, kabakgiller, turp, soğan, brüksel lahanası, ağır kokulu peynirler ve yumurtadır (2-4, 127, 130, 131).

Stomalı bireylerin çoğu stomalarından hoş olmayan kokuların çıkacağı endişesini yaşamaktadırlar. Bireylerde koku oluşmasının sebepleri; uygunsuz stoma bakımı, gaita sızıntısı, uygunsuz torba/adaptör yerleşimi, torba filtresinin tıkanması, alttan boşaltılabilir torbalarda alt ucun iyi temizlenmemesi ve koku oluşturan gıdaların tüketilmesidir (128, 129, 132). Koku oluşumunu engellemek için stoma bakım hemşiresi birey ve yakınlarına; kokuyu önleyici ve filtreli stoma torbalarının kullanılması, kayganlaştırıcı deodorant ve koku gidericilerin kullanılması, filtrenin 12 saatte bir değiştirilmesi, kokuya neden olabilecek gıdaların tüketiminin azaltılması, ilaç kullanımına bağlı oluşan kokularda hekim bilgisi dahilinde ilacın başka formunun kullanılması ve kişisel hijyenin önemi konularında bilgi vermelidir. Koku oluşumuna sebep olan gıdalar; balık, yumurta, soğan, sarımsak ve yeşil sebzeler, kokuyu önleyen gıdalar ise yoğurt, yayık ayranı ve nane şekeridir (4, 55, 90, 96, 101, 133).

Diyare: Stomalı bireylerde; bakteri veya virüs enfeksiyonu geçirmiş olmak, kanser tedavileri (kemoterapi/radyoterapi), antibiyotik tedavisi ve iyi yıkanmamış gıdaların

tüketimi gibi sebeplerden dolayı diyare oluşmaktadır. İleostomili bireylerde daha sık görülen diyarenin oluşmasını engellemek için stoma bakım hemşiresi; bol sıvı alınması, diyare oluşumuna sebep olabilecek gıdaların tüketilmemesi ve diyare oluştuğunda ise azaltıcı gıdaların tüketilmesi konusunda birey ve yakınlarına bilgi vermelidir. Diyareye sebep olan gıdalar ve içecekler; bira, çiğ meyve, brokoli, ıspanak, şekerli, baharatlı ve yağlı yiyecekler, diyareyi azaltan gıdalar ise; beyaz pirinç, muz, yulaf ezmesi, patates ve elma püresidir (2-4).

Konstipasyon: Kolostomili bireylerde daha çok görülen konstipasyon, sıvı tüketiminin, lifli ve posalı gıda alımının yetersiz olması, lifli gıdaların iyice çiğnenmeden tüketilmesi, hareketsizlik ve bazı ilaçların kullanımı gibi sebeplerle oluşmaktadır. Bireylerde konstipasyonun oluşumunu önlemek için stoma bakım hemşiresi; günde en az iki litre sıvı tüketmesi ve konstipasyona sebep olabilecek beyaz ekmekek, buğday ekmeği, elma püresi gibi gıdalardan uzak durması gerektiğini bireylere açıklamalıdır (2, 4).

Gaita Sızıntısı: Günümüzde stoma bakım ürünlerindeki tüm gelişmelere rağmen stomadan sızıntılar olabilmektedir. Gaita sızıntısına, bireyin stoma bakım becerisinin yetersiz olması, torbanın iyi yerleştirilmemesi, uygun boyutta ve kalitede malzemenin seçilmemesi, torbanın çok dolu olması ve uzun süre kullanılması, fazla kilolu olmak, stoma yerinin uygun olmaması, kötü ameliyat tekniği gibi nedenler yol açmaktadır. Cilt tahrişi ve kokuya neden olan sızıntı probleminin çözümündeki etkili uygulamalar; ameliyat öncesi stoma açılacak alanın seçilip işaretlenmesi, stomanın bireyin görüş alanı içinde olması, bireye stoma bakımı ve malzemeleri konusunda eğitim verilmesi ve ameliyat sonrası fazla kilo almasının engellenmesidir (55, 134).

2.3.5.2. Psikolojik Problemler ve Bakımı

İntestinal stomalar, bireyi fizyolojik anlamda etkilediği gibi psikolojik anlamda da etkileyebilmektedir. Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışma sonuçları, stoma varlığının ve yaşanan sorunların, bireylerin eşlerinin/partnerlerinin stoma açılmasına yönelik düşüncelerini ve stomalı bireyin kendisine yönelik beden algısını etkilediğini, stoma nedeniyle bireylerin beden imajının değiştiğini, benlik saygısının azaldığını ve stoması olmayan bireylere göre daha fazla uyum sorunu yaşadığını göstermektedir (58, 135-138,

140, 160, 161). Beden imajı, bireyin kendi görüntüsünün yansması, vücudumuzun aklımızda düşünölen şekli, bireyin diğer insanlardan farklı olarak, kendi bedenindeki düşöncelerinin, duygularının ve algılamasının sistemli değişimi olarak tanımlanır (158). Benlik saygısı ise bireyin kendisi hakkındaki görüş ve algısını iyi veya kötü olarak değerlendirmesi ve ona saygı duymasındır (139). Hemşireler, bireylerin yaşadıkları sorunlara verecekleri emosyonel tepkilerin farklı olduğunu bilmeli ve yaklaşımlarını buna göre düzenlemelidir. Örneğin, böyle bir dönemde olan bireye verilecek eğitimin etkisiz olacağını farkında olmalıdır. Ayrıca hemşireler bireyin tepkilerini yargılayıcı tavır içinde olmamalı, multidisipliner yaklaşım ile bireyin bu sorunları atlatmasına yardımcı olmalı, bireylerin kendilerine güvenlerini sağlamak, anksiyetelerini azaltmak, baş etme mekanizmalarını yükseltmek için stoma bakımına katılımlarını erken dönemde sağlamak ve ameliyat öncesi dönemde bireyi stomalı bir birey ile konuşturarak, stomaya uyumunu arttırmada yardımcı olmalıdır (2, 90, 94, 96).

2.3.5.3. Peristomal (stoma çevresi) Cilt Problemleri ve Bakımı

İntestinal stomalı bireylerde özellikle bağırsak içeriğinde bulunan kimyasal maddeler, peristomal cilt problemlerine neden olabilmektedir (Tablo 2.2) (2, 36, 97, 99, 159). Literatürde, stomalı bireylerin en fazla oranla (%10-70) peristomal cilt problemleri yaşadığı (146), bunların sırasıyla; dermatit, peristomal ciltte irritasyon ve hiperplazi olduğu (86, 110, 111, 135, 137), sellülit ve dermatit nedeniyle ameliyattan sonra 30 gün içerisinde hastaneye yeniden yatırıldıkları bildirilmiştir (22). Özellikle ileostomili bireylerde, bağırsak içeriğinde sindirim enzimlerinin fazla olması, peristomal cilt problemlerinin görülme oranını arttırmakta, stomanın şekli, uygun olmayan stoma yeri, yanlış stoma açılma tekniği, stoma torbası değişiminin ve stoma bakımının doğru yapılmaması nedenleriyle gaita sızıntısı olması da peristomal ciltte problemlere yol açmaktadır (78). Bireylerde, stoma torbalarına karşı alerjik reaksiyonlar ve dermatit gelişebilir. Stoma bakım hemşiresi, ameliyat öncesi bireyin alerjisi olup olmadığını değerlendirmeli, ameliyat sonrası stoma çapına uygun torba kullanmalı, stoma torbası/adaptör değişiminde peristomal cildi gözlemlemeli, cilt temizliğinde alkol içerikli ürünleri kullanmamalı, stoma ve cilt bakımında cilt koruyucu ürünleri kullanmalı ve bu konular hakkında birey ve yakınlarına eğitim vermelidir (2, 94).

Tablo 2.2. Peristomal Cilt Problemleri ve Hemşirelik Bakımı

PERİSTOMAL CİLT PROBLEMLERİ/NEDENİ-NEDENLERİ ve HEMŞİRELİK BAKIMI
Alerjik Dermatit -Yapışkan torbaya, torba sistemine, cilt bariyerine ya da takılan kemere karşı alerjik reaksiyon nedenleriyle gelişebilir. -Bireylere; cilt testi yaptırmak için alerji ünitesine gitmeleri, cilt testi yapılmadan ürünleri kullanmamaları, torbayla cildin temasını kesmek için bariyer filmler ya da hidrokolloid pansumanları kullanabileceği, cilt nemliliğini gidermek için stoma pudralarını kullanabileceği, bölge temizliğinde ciltte kuruluk ve çatlaklık oluşmaması için sabun ve deterjandan kaçınmasının önemi açıklanmalıdır.
İrritan Dermatit -Gaita sızıntısı, uygun olmayan torba açıklığı ve teknik, kilo artışı ya da kaybı ve diyare nedenleriyle oluşabilir. -Adaptör yavaş ve nazık bir şekilde çıkarılmalı, bakım yapıldıktan sonra cilt iyice kurulmalı, ciltte iritasyon durumunda bölge sadece su ile temizlenmeli, stoma çevresini kuru tutmak için pudra kullanılmalı, uygun ölçüde torba kullanılmalı, torbanın yarısı/üçte ikisi dolduğunda boşaltılmalıdır.
Folikülit -Cildin sık ve kuru traşı ve stoma torbasının/adaptörün dikkatsiz çıkarılması nedenleriyle oluşabilir. -Peristomal bölgedeki tüyler sık ve gelişigüzel temizlenmemeli, tüyleri temizlemede elektrikli tıraş makinesi kullanılmalı ya da makasla kısaltılmalı, tüy dökücü krem kullanıldığında ise bireylere cilt testi yaptırılmalı, gerektiğinde hekim istemi ile antibakteriyel pudra ya da oral antibiyotik kullanılmalıdır.
Mantar Enfeksiyonları -Gaita sızıntısı, stomanın cilt ile temas ettiği bölgenin nemli olması, ter ve korumasız cilt nedenleriyle oluşabilir. -Stoma çevresi iyice kurularak kuru bir ortam sağlanmalı, adaptör ve torba sistemi yeniden değerlendirilmeli, aşırı yapışkan olan cilt bariyerlerinden kaçınılmalı ve antifungal pudra kullanılmalıdır.
Kaput Medusa -Stoma etrafındaki kütanöz venlerin dilatasyonudur. -Uygun torba çıkartma teknikleri kullanılmalı, yapışkan çıkarıcı ve cilt koruyucular kullanılmalı, stomanın çapına ve karın hatlarına göre torba sistemi yeniden düzenlenmeli ve birey ile yakınları stoma bakımı konusunda eğitilmelidir.
Hiperplazi -Peristomal cildin sürekli olarak iritan maddeye maruz kalması nedeniyle oluşabilir. -Uygun torba ve adaptör sistemi kullanılmalı, uzun süre kalabilecek bir yara örtüsü kullanılmalı, deterjan ve kimyasal maddeler gibi tahriş edici maddelerin kullanımı kısıtlanmalıdır.
Mekanik Travma -Dış güçler, basınç, gerilme, sürtünme ve yırtılma, uygun olmayan adaptör ve torba sistemi, stoma torbasının sık değiştirilmesi, malzemenin uygunsuz kullanımı, ince ve hassas cilt, kilo değişiklikleri, parastomal hemi ve prolapsus nedenleriyle oluşabilir. -Stoma torbası yerleşime tekniği ve kullanılan malzeme yeniden değerlendirilmeli, cilt bariyer pudrası ve yaranın özelliklerine göre diğer topikal ürünler kullanılmalı ve yeni travmalar önlenmelidir.
Peristomal Ülser -Enfeksiyon, stomal fistüller ve travma nedenleriyle oluşabilir. -Uygun çapta açıklık oluşturulmalı ve konveks torba sistemi kullanılmalı, ciddi durumlarda ise keskin cilt debrütmanı yapılmalı ya da stoma bölgesi değiştirilmelidir.
Sellülit -Streptokoklar nedeniyle gelişebilir. -Sistemik antibiyotikler kullanılmalı ve torba adaptör sistemi değiştirilmelidir.

2.3.6. İntestinal Stomalı Birey ve Yakınlarının Eğitimi

İntestinal stomalı birey ve ailesi, stoma bakım hemşiresi tarafından eğitilme hakkına sahiptirler. Yapılan çalışmaların sonuçları; hemşireler tarafından bireylere verilen hasta eğitimi ve yapılan ev ziyaretlerinin, bireylerin öz bakımlarını yapabilme durumlarını ve yaşam kalitelerini arttırdığını göstermektedir (27-32). Stoma bakım hemşiresi eğitim ve danışmanlık rolü kapsamında birey ve yakınlarına, ameliyat öncesi dönemde başlayan ve taburculuk sonrasında da devam eden kapsamlı bir eğitim planlamalıdır. Hemşireler verecekleri eğitim kapsamında, stomanın görünümü, fonksiyonu, stomaya bağlı görülebilecek fizyolojik, psikososyal, peristomal cilt problemleri, komplikasyonlar ve bakımı hakkında, stomanın bireylerin günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi ve baş etme yöntemleri hakkında bilgi vermelidir. Ayrıca hemşireler, birey ve yakınlarına stoma bakım becerilerini de (torba/adaptör değişimi, stoma/peristomal cilt bakımı, kolostomi irrigasyonu, torba boşaltılması vb.) kazandırmalıdır (34, 92, 102).

2.3.6.1. İntestinal Stomalı Bireylerin Taburculuk Eğitimi

Taburculuk sürecinde, birey ve ailesinin eğitiminden sağlık ekibinin bütün üyeleri sorumludur ancak taburculuk eğitimi planlaması esas olarak hemşirelerin sorumluluğundadır. Hemşireler, bireyin taburculuk eğitimi için uzun zaman ayırmalı, eğitimi birey öğrenene kadar tekrarlamalı, bireyin eğitime başlamadan önce duygularını ifade etmesini sağlamalı, eğitimi bireye özgü hazırlamalı, eğitim planını yaparken bireyin genel sağlık durumu, yaşı, eğitim düzeyi, sosyokültürel özellikleri, öğrenme yöntemi ve stomaya ilişkin ön yargıları ile yanlış bilgilerini göz önünde bulundurmalı, öğretilmesi gereken bilgi ve becerileri basitten karmaşığa doğru adım adım sıralamalı, öğretmeli ve taburcu edilmeden önce bireyin kendi bakımını en az iki kez yapmasını sağlamalıdır. Ayrıca bireyi stoma bakımı için gerekli malzemeleri nereden ve nasıl temin edebileceği konusunda bilgilendirmeli, sorun yaşadığında görüşebileceği isim ve iletişim bilgilerini ve anlatılan konulara ilişkin bilgileri içeren broşür ya da kitapçıkları birey ve ailesine vermelidir (2, 55, 95, 103-105).

2.3.6.1.1. İntestinal Stomalı Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri

Stoma uygulanmasının, bireylerin beslenme düzeni, çalışma ve sosyal yaşamı, giyim tarzı, aktiviteleri, ibadet etme gibi günlük yaşam aktivitelerini etkilediği bildirilmiştir (108-112, 114, 147, 149). İntestinal stomalı bireylerin komplikasyon gelişmeden stoma ile yaşamaları ve stoma bakımını yönetmeleri için, stoma cerrahisi sonrasında günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesi ve yapılacaklar konusunda bireylere eğitim verilmelidir.

Beslenme: Stoma cerrahisi, bireylerin beslenme düzenleri ve şekillerinde değişiklik yapmalarına neden olmaktadır. Yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde, stomalı bireylerin, stoma varlığı sebebiyle beslenme düzenlerini değiştirdiği, stomada gaz-koku problemlerine sebep olabilecek gıdaları tüketmeyi azalttıkları bildirilmiştir (109, 110, 149). Bireyler doktorları tarafından uygulanan özel bir diyetleri yoksa, dengeli bir şekilde istedikleri her şeyi yiyebilirler. Stoma bakım hemşireleri bireylere; gıdaları iyi çiğnemeleri, ideal vücut ağırlığını korumak için kilo alıp vermektan kaçınmaları, diyetine yeni bir gıda eklendiğinde az miktarda yemesi ve diğer gıdalarla beraber yememesi, günde en az iki litre sıvı alması gerektiğini anlatmalıdır. Bireylere ameliyattan sonraki ilk bir yıl boyunca multivitamin desteği verilmelidir (2, 4, 106).

İleostomili bireyler, stoma cerrahisinden sonraki ilk altı-sekiz hafta düşük posalı gıdalar tüketmelidir. Bireylere, lahana, taze fasulye, portakal, marul gibi gıdaların fazla alımında diyare olabileceği, diyare durumunda bol sıvı alması, muz, havuç, yulaf ezmesi gibi gıdaları tüketmesi, kuru meyve, kereviz, sosis-sucuk gibi yüksek lifli gıdaların iyi pişirilerek tüketilmesi, patlamış mısır, fındık, yeşil yapraklı sebzeler gibi tıkanmaya neden olabilecek gıdaların iyice çiğnenmesi ya da çok fazla tüketilmemesi, gaz oluşumunu önlemek için gıdaların düzenli olarak, yavaş ve iyice çiğnenerek yenmesi, gaz oluşumunu arttıran salatalık, mantar, fasulye gibi gıdaların ve koku oluşumuna sebep olan yumurta, balık, peynir gibi gıdaların tüketimini azaltması veya sosyal aktivitelerle çakışmayacak zamanlarda tüketmesi, gaz ve koku oluşumunu azaltmak için yoğurt, yayık ayranı ve nane şekeri tüketebileceği ve günde en az iki litre sıvı alması gerektiği açıklanmalıdır. Ayrıca ileostomili bireylerde, normalden çok fazla su ve tuz kaybedilir. Bu sebeple hemşireler, ileostomili bireylerde sıvı elektrolit dengesizliği yönünden dikkatli olmalıdır. Bireylerin

aldığı çıkardığı sıvı takibini yapmalı ve sıvı açığını sadece su açığı değil, elektrolitleri de içecek şekilde karşılamalıdır (2, 3, 107).

Kolostomili bireylere kuru üzüm, çay, kahve, kola gibi içecekler ve ham meyvelerin diyare yapabileceği, diyare durumunda ileostomili bireylerdeki ek olarak irrigasyon yapmaması, beyaz ekmek, elma püresi, yer fıstığı gibi gıdaların konstipasyon yapabileceği, konstipasyon durumunda bol sıvı alması, gaz oluşumunu önlemek için gıdaların düzenli olarak yenmesi ve yemek yerken konuşulmaması, iyi çiğneme üzerine konsantre olunmadığı sürece yemek yenmemesi ve günde iki-üç litre sıvı alınması gerektiği açıklanmalıdır (2, 4, 107).

Banyo ve Giyinme: Stomalı bireyler, stoma torbası takılıyken ya da torbalarını çıkartarak banyo yapabilirler. İleostomili bireylerde, gaita çıkışı düzensiz olduğundan tercihen torba takılıyken banyo yapmaları önerilmektedir. Torbalar suya dayanıklıdır ancak cildin temizlenmesi için torba ve adaptörün birlikte çıkartılması daha uygundur. Su ve sabun stomaya zarar vermez. Banyo sonrasında stoma çevresine yağlı kremler ve losyonların sürülmesi, stoma torbasının yapışmasını engelleyeceğinden bireylere bu uygulamayı yapmamaları anlatılmalıdır (3, 4, 94).

Stoma cerrahisi, bireylerin giyim tarzını da etkilemektedir. Anaraki ve arkadaşlarının 2012'de yaptığı çalışmada, bireylerin stoma sebebiyle giyim tarzını değiştirmek zorunda oldukları saptanmıştır (109). Ancak, günümüzde stoma bakım ürünlerindeki gelişmeler sayesinde stoma torbalarının düz ve ince yapıda olması ve kıyafetlerin altından belli olmaması, bireylerin istedikleri kıyafetleri giyebilmelerine olanak sağlamaktadır. Hemşireler, denize girerken erkeklerin şort, kadınların tek parçalı desenli mayo tercih edebilecekleri, stomaların bel hizasında olması durumunda, kemer ve beli sıkı pantolonlardan kaçınmaları ve kemerin stomanın altında ya da üstünde olmasına dikkat etmeleri konusunda bireyleri bilgilendirmeli, bireylerin bu konudaki endişelerini paylaşmalıdır (3, 4, 94).

Egzersiz: Stomalı bireyler, ameliyattan bir-iki hafta sonra ameliyat öncesinde yaptıkları fiziksel aktivitelere devam edebilirler. Bireyler, yürüyüş, yüzme, bisiklete binme gibi hafif egzersizleri yapabilmeli, ağır kaldırma, boks, güreş gibi direk temas gerektiren sporlardan

kaçınılmalıdır. Spora başlamadan ve yüzme öncesinde stoma torbası değiştirilmeli ya da boşaltılmalıdır (3, 4, 55).

Çalışma ve Sosyal Yaşam: Bireyler stoma cerrahisinden altı-sekiz hafta sonra çalışma hayatına dönebilirler. Ancak stoma cerrahisi, hastalık süreci ve tedavinin meydana getirdiği sınırlılıklar bireylerin çalışma hayatlarını, mesleki rol ve ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Araştırma sonuçları da stomanın bireylerin çalışma hayatını olumsuz etkilediğini göstermektedir (110, 111, 113, 138, 162). Stomalı bireylerin mesleki alanda yaşadığı sorunlar; işe dönüş konusunda kaygı duyma, üretken olamama ve çalışma arkadaşları tarafından kabul edilmeme korkusu veya dışlanma, kıdemde gerileme, istenmeyen yer değişiklikleri, yeni bir iş için eğitim alma ya da yeni bir işe uyum sağlayamama başlıkları altında sıralanabilmektedir. Stoma bakım hemşiresi, stomalı bireyi ameliyattan önceki çalışma hayatını sürdürmesi ve mesleki sorumluluklarını yerine getirmesi konusunda desteklemeli, gaz ve gaitayı artıran gıda ve içecekleri iş yerinde daha az tüketmeleri konusunda bilgi vermeli, ağır malzemeleri parastomal herni ve prolapsusa sebep olacağı için kaldırmamalarının, işyerinde stoma bakımında kullanılan malzemelerin bir kısmını yanlarında bulundurmalarının önemini hatırlatmalıdır (2, 4, 96, 113). Bireyler, sosyal yaşamlarına kendilerini iyi hissettiği anda dönebilir, arkadaş/akraba ziyaretlerine, davetlere, sinemaya gidebilirler. Stomalı bireyler hastalık sürecinde endişe, umutsuzluk, güvensizlik ve yalnız kalma korkusundan kaynaklanan öfke ile sevdiklerine, ailesine ve dostlarına uzak davranabilir. Dünyada ve ülkemizde yapılan araştırmalarda, bireylerin stoma sebebiyle sosyal izolasyon yaşadıkları, bu sebeple stoma öncesi yaptıkları aktiviteleri yapamadıkları bildirilmiştir (58, 110, 111, 138, 149). Bireylerin ailesi, akrabaları ve arkadaş çevresine yönelik endişelerini gidermesi için hemşireler, bireyi ve çevresini kendi duygularını değerlendirmeleri ve birbirlerini desteklemeleri için cesaretlendirmelidir (2, 4, 94).

Cinsel Yaşam: Yaşamın herhangi bir döneminde planlı ya da acil olarak yapılan ameliyatlarda bireylerin cinsel yaşamlarını etkilemektedir. Özellikle stomalar, bireylerin cinsel rol ve fonksiyonlarında büyük bir değişiklik yaşamalarına ve cinsel yaşamlarının etkilenmesine neden olmaktadır. Literatürde, stomalı bireylerin cinsel doyumlarında azalma olduğu ve stoma sebebiyle cinsel yaşamlarının olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir (39,

110, 111, 114-120, 149). Hemşireler, bireyin ve partnerinin/eşinin kayba uyum düzeyini değerlendirmeli ve bireyde kayba karşı oluşan bu tepkilerin normal olduğunu açıklamalıdır. Bunlara ek olarak, stomalı bireylere cinsel yaşama uyumlarını kolaylaştırabilecek bilgiler vermelidir. Bu bilgiler; cinsel yaşama ilgili duygularını eşi/partneri ile paylaşma, sevgisini sarılma, el ele tutuşma gibi ifadelerle gösterme, eşi/partneri ile aynı yatakta yatma alışkanlığını sürdürme, cinsel birliktelik esnasında daha küçük torba, stoma kep, bant, tıpa kullanımı ya da opak torba kullanma, cinsel ilişki öncesi torbanın boşaltılması, torbanın görüntüsü rahatsızlık veriyorsa torba kılıfları veya iç çamaşırları ile torbanın örtülmesidir. Ayrıca hemşireler, stomanın anüs yerine kullanıldığının önemini açıklamalı ve cinsel ilişkide kullanılması durumunda travmatize olabileceğinin bilgisini vermelidir (2, 4, 33, 120, 121).

Stomalı kadınların, hekimleri tarafından bir sakınca görülmediği sürece hamile kalmalarında sorun bulunmadığı bildirilmiştir. Bireylere, uterusun genişlemesiyle stomada yer değişimi olabileceği, stomanın yerini görmede ve torba değişiminde zorluk yaşayabileceği ve düzenli olarak kontrole gelmesinin önemi açıklanmalıdır. İleostomili kadınlara ve stomalı olup hamile kalmak istemeyen kadınlara, düşük doz oral kontraseptiflerin yeterli emilmediği ve stomadan atıldığı, bu sebeple güvenlik aralığında azalma olduğu belirtilerek doğum kontrolündeki diğer yöntemler hakkında bilgi verilmelidir. Stomalı bir kadının emzirmesinde sakınca yoktur. Kadınlara, bebeğin torba üzerinde oluşturacağı basıncı önlemek amacıyla emzirmeden önce torbayı boşaltması gerektiği iletilmelidir (2, 3, 94).

Seyahat ve Tatil: Bireylerin kendilerini toplumun bir üyesi olarak görmelerinde seyahat özgürlüğünün engellenmediğine inanmalarının etkisi açıktır. İntestinal stomalı bireylerin seyahat etme ve tatil konusunda herhangi bir kısıtlamaları yoktur. Yolculuk yaparken, emniyet kemeri stomanın alt kısmından ya da üst kısmından geçirilmelidir. Uçakla yolculuğu tercih eden stomalı bireylere, kabin basıncı nedeniyle stomada daha fazla gazın oluşabileceği, bu nedenle yolculuk esnasında yanlarında yedek torba bulundurmaları, yolculuk boyunca gazlı/asitli içecek içmemeleri, yolculuğa çıkmadan önce torbayı boşaltmaları, bagajın kaybolma olasılığına karşılık el çantalarında stoma malzemesi taşımaları ve sıcak havalarda yanlarında daha fazla stoma bakım malzemesi

bulundurmalarının gerekliliği açıklanmalıdır. Bunlara ek olarak bireyler, tatil boyunca yetecek kadar stoma bakım malzemesi bulundurma, tatile gidilen yerde stoma malzemelerinin temin edilebileceği yerlerin adreslerini bilme, tatile gidilecek yer sıcaksa bol sıvı içme, iyi yıkanmamış ve açıkta satılan gıdaları yememe, gittiği yerlerde çeşme suyu yerine şişe suyu kullanımı konularında da bilgilendirilmelidir (2, 55, 90, 94).

İbadet: Ameliyat öncesi dönemde bireylerin bağlı olduğu dinsel kuralların, verilecek öz bakım girişimleri ile çelişmemesi için hemşireler tarafından değerlendirilmesi gerekir. Diyanet kurumuna göre, stomalı olmanın abdest alma ve namaz kılma için bir engel oluşturmadığı, ibadet sırasında gaz ya da gaita çıkışı olmasının ibadeti olumsuz etkilemeyeceği bildirilmiştir (2). Stomanın ibadet yapmada engel olmadığı bildirilmesine rağmen, ülkemizde yapılan çalışmalarda, bireylerin stoma torbasının patlayacağı, ibadet esnasında gaita, gaz ve koku çıkışı olacağı korkusundan dolayı ibadet etmede zorlandıkları bildirilmiştir (140, 147, 149). Çavdar ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada ise, stomalı bireylerin stoma cerrahisi sonrasında, oruç tutma ve namaz kılma ibadetleri ile ilgili bilgi almadıkları saptanmıştır (163). Araştırma sonuçları dikkate alındığında, stoma bakım hemşiresinin bireyi eğitime ve danışmanlık verme rolünün önemi vurgulanmaktadır. Hemşireler, namaz kılan stomalı bireylere iki parçalı torba kullanmaları ve namaz kılmadan hemen önce yeni torba takıp abdest almalarını önermelidir. Ayrıca stoma bakım hemşiresi tarafından bireylere, stoma varlığının oruç tutmaya engel olmadığı ancak oruç tutmanın yetersiz sıvı alımına, konstipasyon ve bulantının yanı sıra iftarda aşırı yemek yemenin 24-48 saat süren diyareye neden olabileceği açıklanmalıdır (2-4).

İlaç Kullanımı: Bazı ilaçların gaitanın renk ve kokusunu değiştirebileceği, antibiyotik ve vitaminlerin kokuya neden olabileceği, yeni ilaç kullanımında ilacın emilip emilmediğinin kontrolünde torba içeriğinin gözlenmesi gerektiği bireye hatırlatılmalıdır. Demir bileşikleri, narkotik analjezikler, antipsikotikler, sedatifler ve antiparkinsonistler konstipasyona, oral antibiyotikler diyareye neden olabilir. Bu sebeple bireylere ilaçların etki ve yan etkilerinin ne olduğu ve bunlarla nasıl baş edebileceği öğretilmelidir. İleostomili bireylerde oral yolla verilen ilaçların emilimi, tablet ve kapsüllerin çözölmeye ve emilmeye zaman bulamadan stomadan dışarı atılması sebebiyle yeterli ölçüde olmadığından, bireylerde yeni bir ilaç başlandığında, emilimi midede gerçekleşen ilaçların istem edilmesi sağlanmalıdır (2, 3).

2.4. Stoma Bakım Hemşireliği ve Roller

Stoma açılmasının bireylerde fizyolojik, psikososyal sorunları oluşturması ve bireylerin yaşam kalitelerini etkilemesi, bu bireylerin bakım ve eğitiminden sorumlu özel bir alan olan stoma bakım hemşireliğinin gelişmesine zemin hazırlamıştır (102). Dünyada "Enterostomal Terapi Hemşiresi" ve "Yara-Ostomi-Kontinans Hemşiresi" olarak da adlandırılan stoma bakım hemşiresi; lisans eğitiminden sonra, Dünya Enterostomal Terapistler Konseyi (World Council of Enterostomal Therapists-WCET) ve/veya ulusal meslek örgütleri tarafından tanınan eğitim programından mezun olarak, yara, ostomi ve inkontinans sorunu olan bireye bakım verebilecek yeterlilikte olan, Enterostomal Terapi/Yara Ostomi Kontinans Hemşireliği sertifikasına sahip hemşire olarak tanımlanmaktadır (33).

Stoma bakım hemşireliği, ilk kez 1958 yılında Amerikalı doktor Turnbull ve ileostomi hastası olan Norma Gill tarafından Cleveland Kliniği'nde başlatılmıştır. Başlangıçta stomalı birey ve yakınları tarafından gönüllü olarak verilen stomaterapi hizmeti, 1961 yılında hemşirelerin de katıldığı kurs programlarına dönüştürülmüştür. Günümüzde dünyanın birçok ülkesinde ve ülkemizde, 240-320 saat süren kurs ve sertifika programları ile "Stoma Bakım Hemşiresi" yetiştirilmektedir (102).

Stoma bakım hemşiresinin, hastanelerin ilgili servislerinde, polikliniklerde, stomaterapi ünitelerinde ve evde bakım hizmetlerindeki rolleri; eğitim ve danışmanlık, hemşirelik bakımı, kanıta dayalı bakım, araştırma, yönetim ve stoma bakım ürünlerine karar vermedir (33, 102). Bu rollere ilişkin sorumlulukları ise, Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği'nde açıklanmıştır (148).

Eğitim ve danışmanlık rolü kapsamında stoma bakım hemşiresi, stomalı birey, ailesi ve stomalı bireye bakım veren diğer sağlık profesyonellerini eğitme sorumluluğuna sahiptir. Literatürde, bireylere video izletmek, telefon ile danışmanlık gibi çeşitli yöntemler kullanılarak verilen hasta eğitimi ve taburculuk sonrası yapılan ev ziyaretleri sayesinde, bireylerin öz bakımlarını yapabilme durumlarının ve yaşam kalitelerinin arttığı, stomaya bağlı sorunların oluşması önlenerek hastaneye yeniden başvuru oranının ve maliyetin azaldığı bildirilmiştir (27-32). Ancak, bireylerin peristomal cilt problemleri ve bakımı,

günlük yaşam aktiviteleri, psikososyal ve cinsel yaşam ile ilgili konularda yaşadıkları sorunların nedeninin, eğitim eksikliği olduğunu vurgulayan çalışmalar mevcuttur (108-112, 114-120, 135-138, 140, 146, 147, 149). Araştırma sonuçları dikkate alındığında, stoma bakım hemşirelerine bu rolü kapsamında düşen sorumluluklar; ameliyat öncesi dönemde stoma, stomanın fonksiyonu ve stoma bakım ürünleri hakkında bilgi verme, stoma bakım becerilerini kazandırma (kolostomi irrigasyonu, stoma ve peristomal cilt bakımı, stoma torba/adaptör değişimi, torba boşaltılması vb.), ameliyat sonrası yaşanabilecek sorunlar (fizyolojik, psikososyal ve peristomal cilt problemleri), komplikasyonlar ve bakımı, günlük yaşam aktivitelerindeki değişme ve bunlarla baş etme konularında birey ve yakınlarına eğitim ve danışmanlık vermedir (34, 102).

Hemşirelik bakımı rolü kapsamında stoma bakım hemşiresinin; stomalı bireyin bütüncül olarak değerlendirmesi, değerlendirme sonuçlarına göre elde edilen verileri yorumlayıp hemşirelik tanılarını belirlemesi, gereksinim duyulan hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlaması, uygulaması ve sonuçlarını değerlendirmesi, stoma bakımına ilişkin uygulama becerilerini yapması (stoma ve peristomal cilt bakımı, torba/adaptör değişimi, stoma bakım ürünlerini uygulama, kolostomi irrigasyonu vb.) stomaya ilişkin komplikasyonlarda hekimle işbirliği yaparak gerekli uygulamaları yapması, stoma, yara ve inkontinans bakımında asepsi ilkelerine uyması gibi sorumlulukları vardır (33, 34, 102). Dünyada ve ülkemizde yapılan araştırmalarda, stoma bakım hemşirelerinden bakım alan bireylerin stomaya uyumunun daha kolay olduğu ve stoma varlığı sebebiyle oluşan sorunların önlenebileceği bildirilmiştir (35-41).

Kanıta dayalı bakım rolü kapsamında stoma bakım hemşireleri, bireylerin stomaya bağlı yaşadıkları sorunların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlamaktadır. Hemşireler bireylere bakım verirken, güncel kanıtları kullanarak bakım vermelidir (33, 102). Literatürde, stoma bakımı alanında ameliyattan önce stoma bölgesinin işaretlenmesi, ameliyat öncesi ve sonrası hasta eğitimi, ameliyat sonrası stoma ve peristomal cilt bakımı, stoma komplikasyonları ve bakımına ilişkin güçlü kanıtlar bulunmaktadır (15).

Stoma bakım hemşireleri araştırma rolü kapsamında, stoma ile ilgili prevalans ve insidans çalışmaları yaparak, verilen bakım ve eğitimin etkinliğini incelemeli ve bu konuda yapılan çalışmaları desteklemelidir (33, 102).

Yönetim rolü stoma bakım hemşirelerinin, çalıştıkları kuruma alınacak stoma bakım malzemelerinin belirlenmesinde görev almasını, stoma, yara ve inkontinans konularına yönelik karar mekanizmalarına katılmasını gerektirmektedir (33, 102).

Stoma bakım ürünlerine karar vermede stoma bakım hemşiresinin yapması gerekenler; teknolojik gelişmeleri takip ederek en iyi stoma bakım ürünlerini kullanması ve bakım verdiği stomalı bireye yönelik elindeki ürünleri değerlendirerek en etkili ürüne karar vermesidir. Bu sayede bireylerde stomaya bağlı oluşacak komplikasyonlar ve cilt problemleri önlenmiş olur (33, 102).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Deseni

Bu araştırma, hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulamalarının incelenmesi amacıyla, tanımlayıcı tipte ve kesitsel desende yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın ön uygulaması 11 Aralık 2017-15 Ocak 2018 tarihleri arasında, uygulaması ise 26 Ocak-28 Şubat 2018 tarihleri arasında özel bir sağlık grubunun İstanbul'daki iki hastanesinin intestinal stomalı hastaların takip edildiği yatan hasta katlarında yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastaneler, bir nolu hastane ve iki nolu hastane olarak sınıflandırılmıştır. Bir nolu hastane, 2 Ocak 2014 tarihinde hizmete sunulmuş olup, 415 yatak kapasitesine sahiptir. Toplam 408 hemşirenin görev yaptığı hastanenin yatan hasta katları olarak adlandırılan servislerinde 153 hemşire, intestinal stomalı hastaların bulunduğu yatan hasta katında ise, 14 hemşire görev yapmaktadır. Araştırmanın yapıldığı iki nolu hastane ise, 2009 yılında hizmete sunulmuş olup, 284 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede toplam 331 hemşire, yatan hasta katlarında 123 hemşire ve intestinal stomalı hastaların bulunduğu yatan hasta katlarında (yedi tane yatan hasta katı) ve genel yoğun bakım ünitesinde ise, 104 hemşire görev yapmaktadır. Her iki hastanede de hemşirelik hizmetleri Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü'ne bağlı olarak hafta içi ve hafta sonu 08:00-18:00 ve 18:00-08:00 saatleri arasında iki shift şeklinde gerçekleştirilmektedir. Araştırmanın yapıldığı hastanelerden birinde (iki nolu hastane) stoma bakım hemşiresi bulunmakta ve daha fazla yönetsel sorumluluğa sahiptir. Her iki hastanede intestinal stoması yeni açılmış hastalara ve ayaktan başvuran hastalara intestinal stomaya ilişkin bakım ve eğitim, genel cerrahi vaka yönetici hemşiresi tarafından verilmektedir. Bu hemşireler, aynı zamanda stoma bakımı veren hemşirelere rehberlik etmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, özel bir sağlık grubunun İstanbul'daki iki hastanesinin intestinal stomalı hastaların takip edildiği yatan hasta katlarında çalışan hemşireler (N=118) oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun ve

araştırmaya katılmaya gönüllü olan 62 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada, evrenin %52.54'üne ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- İntestinal stomalı hastaların takip edildiği yatan hasta katlarında en az üç aydır çalışıyor olmak,
- Yazılı onam vererek araştırmaya katılmayı kabul etmek.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- İntestinal stomalı hastaların takip edildiği yatan hasta katlarında üç aydan az süredir çalışıyor olmak,
- Yatan hasta katında yalnızca yönetim sorumluluğu bulunmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama formu, araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek ve uzman görüşü alınarak geliştirilmiştir (2-5, 38, 48, 51, 55, 61, 78, 79, 89, 90, 94, 96, 101, 105, 107, 120, 121).

3.6.1. Veri Toplama Formlarının Geliştirilmesi

Veri toplama formu hazırlandıktan sonra, İstanbul'daki üç üniversite hastanesinin stoma bakım hemşiresi tarafından formun içerdiği ifadelerin anlaşılabilirliği ve uygunluğu değerlendirilmiştir. Form için uzman görüşleri ise, sırasıyla hemşirelik esasları bilim dalı, cerrahi hemşireliği bilim dalı ve iç hastalıkları hemşireliği bilim dalından birer öğretim üyesinden alınmıştır. Uzmanlar, veri toplama formunu bilimsel içerik ve ölçme değerlendirme kriterleri açısından inceleyerek görüş bildirmişlerdir (biçimsellik, soru sayısı, niteliği, anlaşılabilirlik, soruların mantıklı dizilme durumu, olumlu ve olumsuz ifadelerin sıralanış şekli gibi). Veri toplama formundaki olumlu ve olumsuz ifade oranları ile puan dağılımının değerlendirilmesi için, eğitim fakültesinden uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüş ve önerileri doğrultusunda, veri toplama formunda aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır:

1) Çelişen İfadelerin Çıkartılması; uygulama ifadelerinden sekizinci ifadede bulunan "ılık su" kelimesi ile yedinci ifadede bulunan "soğuk su" kelimesi çeliştiğinden sekizinci ifadedeki "ılık su" kelimesi yerine "soğuk su" kelimesi kullanılmıştır. Ayrıca aynı bölümdeki 14. ifade (İritan dermatitte bölgeyi temizlemek için sadece su kullanılmalıdır) ile 13. ifade (Peristomal (stoma çevresi) alanda alerjik dermatit gelişmesi durumunda bölge sabunla temizlenir) çeliştiğinden, 14. ifade formdan çıkartılmıştır.

2) Soru Sayısının Azaltılması; bilgi ifadelerinden; gastrointestinal sistem anatomi ve fizyoloji başlığı altındaki dört ifade, stoma tanımı ve çeşitlerini içeren birer ifade, kolostomi çeşitleri ile ilgili bir ifade, intestinal stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi başlığı altındaki iki ifade, intestinal stomaların değerlendirilmesi ile ilgili bir ifade, peristomal cilt bakımı ile ilgili bir ifade, intestinal stoma torba/adaptör sistemi ile ilgili bir ifade, intestinal stoma komplikasyon çeşitleri ile ilgili bir ifade, stomalı bireylerin beslenmesi ile ilgili bir ifade, kolostomi irrigasyonu ile ilgili bir ifade, stomalı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri başlığı altındaki üç ifade, intestinal stomalı bireylerin taburculuk eğitimi ile ilgili bir ifade, uygulama ifadelerinden; intestinal stoma torbası değişimi başlığı altındaki iki ifade, kolostomi irrigasyonu başlığı altındaki bir ifade ve peristomal cilt bakımı ile ilgili bir ifade çıkartılmıştır.

3) Soruların İfade Ediliş Biçiminin Düzenlenmesi; bilgi ve uygulama ifadelerinde, konuya ilişkin birden fazla özelliği içeren ifadeler bir özelliği içerecek şekilde tekrar düzenlenmiştir. Örneğin; bilgi ifadelerinden olan "Folikülit oluşumu önlemek için peristomal bölgedeki tüyler elektrikli traş makinesiyle alınmalı ya da makasla kısaltılmalıdır" ifadesinde "elektrikli traş makinesi" ve "makas" kelimeleri aynı cümlede kullanıldığından bu ifade, "Peristomal alandaki tüylerin elektrikli traş makinesiyle alınması, folikülit oluşumu önler" şeklinde düzenlenmiştir.

Ayrıca veri toplama formunun üçüncü bölümü olan intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulamalara yönelik ifadelerin "Doğru" ve "Yanlış" olarak dizilimi azalan soru sayısına uygun olarak gözden geçirilerek tekrar düzenlenmiş ve forma son şekli verilmiştir. Veri toplama formu, üç bölümden oluşmaktadır:

Birinci bölüm; hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, hemşirelikte toplam çalışma süresi, yatan hasta katında toplam çalışma süresi ve yatan hasta katındaki görevi) içeren altı sorudan oluşmaktadır.

İkinci bölüm; hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin özelliklerini (hemşirelikte çalıştığı süre boyunca intestinal stomalı bireye bakım verme durumu, çalıştığı kurumda stoma bakımını yapan kişiler, stoma bakımından sorumlu olması gereken kişi/kişilere yönelik düşüncesi, intestinal stoma bakımına ilişkin yapılan uygulamalar, intestinal stoma bakımına ilişkin eğitim alma durumu, eğitimi aldığı yer, eğitim içeriği, intestinal stoma bakımına ilişkin güncel bilgiyi takip etme durumu ve stoma bakımında hemşirenin sorumluluklarına ilişkin düşüncesi) içeren dokuz sorudan oluşmaktadır.

Üçüncü bölüm; intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulamalara yönelik ifadeleri içermektedir. Bu bölüm "Çizelge A" ve "Çizelge B" olarak hazırlanmıştır. Çizelge A; gastrointestinal sistem anatomi ve fizyolojisi, intestinal stomaların tanımı, çeşitleri, değerlendirilmesi, bakımı, oluşabilecek sorunlar ve komplikasyonlar ile hasta ve yakınlarının eğitime yönelik 50 bilgi ifadesini içermektedir. Bilgi ifadeleri; "Doğru", "Yanlış" veya "Bilmiyorum" olarak (X) işareti konularak yanıtlanmaktadır. Çizelge B ise; intestinal stoma bakımına ilişkin 10 uygulama ifadesini içermektedir. Uygulama ifadeleri; hem "Doğru", "Yanlış" ve "Bilmiyorum" olarak, hem de bunların çalışılan yatan hasta katındaki uygulama durumunu yansıtacak şekilde "Uyguluyorum" ve "Uygulamıyorum" olarak, (X) işareti konularak yanıtlanmaktadır. Çizelge A'ya verilen yanıtlardan en fazla 50 puan, Çizelge B'ye verilen yanıtlardan ise en fazla 10 puan alınabilmektedir. Çizelge A'ya verilen yanıt puanları; "0-17 puan" arası **düşük düzey**, "18-35 puan" arası **orta düzey**, "36-50 puan" arası **iyi düzey** olarak gruplandırılmıştır. Çizelge B'ye verilen yanıt puanları; "0-3 puan" arası **düşük düzey**, "3.1-6 puan" arası **orta düzey**, "6.1-10 puan" arası **iyi düzey** olarak gruplandırılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

3.7.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve intestinal stoma bakımına ilişkin tanıtıcı özellikleridir.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulama puan ortalamalarıdır.

3.7.2. Araştırmada Kullanılacak İstatistiksel Analizleri

Araştırma verileri SPSS 24.0 paket programında, Tablo 3.1'de verilen istatistiksel analizler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler

Araştırmanın Değişkenleri	İstatistiksel Analizler
Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-max)
Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde)
Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulama puan ortalamaları	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (ortalama, standart sapma, min-max)
Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması	Kruskal Wallis Veri Analizi testi ve Mann-Whitney U testi
Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması	Mann-Whitney U testi

3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması

Veri toplama formunun ön uygulamasına, hastanelerin bağlı olduğu kurumun etik kurulundan ve uygulamanın yapılacağı hastanelerin hemşirelik hizmetleri müdürlüğünden gerekli izinlerin alınmasını takiben başlanmıştır.

Veri toplama formunun ön uygulaması 11 Aralık 2017-15 Ocak 2018 tarihleri arasında, araştırmanın yapıldığı bir nolu hastanenin intestinal stomalı hastaların takip edildiği yatan hasta katında çalışan 12 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın amacı açıklandıktan ve hemşirelerin bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra, veri toplama formları verilmiştir. Hemşireler, formu kendileri doldurmuştur ve doldurulan formlar

hemşirelerden teslim alınmıştır. Araştırmanın ön uygulaması sonrasında, veri toplama formunda aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır:

- 1) Veri toplama formunun birinci bölümü "tanıtıcı özellikler" ve "intestinal stoma bakımına ilişkin tanıtıcı özellikler" başlıkları altında ikiye ayrılmış, birinci bölümdeki sorular başlıklara uygun olarak dağıtılmıştır.
- 2) Veri toplama formundaki "Kurum Adı" ifadesi "Hastane No" ifadesi olduğundan çıkartılmıştır.
- 3) Formdaki "Doğum Tarihiniz" ifadesi açık uçlu sorulmak yerine "Gün/Ay/Yıl" şeklinde sorulmak üzere düzenlenmiştir.
- 4) Formdaki "Yatan Hasta Katındaki Göreviniz" sorusundaki "Sağlık Memuru" seçeneği, "diğer" seçeneği olarak değiştirilmiştir.
- 5) Soru sekiz ve dokuzda "diğer" seçeneği eklenmiş, soru 10, 12, 13 ve 15'in ifade edilmiş biçimleri tekrar düzenlenmiştir.
- 6) Güncel bilgiyi takip etme durumu özelliklerini içeren 14. soru tablo olarak düzenlenmiştir.
- 7) Bilgilendirilmiş onam formundaki toplam soru ve ifade sayıları çıkartılmıştır.

Yukarıda sıralanan değişiklikler, hemşirelerin bilgi ve uygulamalarına ilişkin verilerini etkilemediğinden, ön uygulama yapılan hemşirelerin düzenlenen soruları doldurmaları sağlanmış ve ön uygulama yapılan hemşireler örnekleme dahil edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Uygulanması

Veri toplama formları, 26 Ocak-28 Şubat 2018 tarihleri arasında, intestinal stomalı hastaların takip edildiği yatan hasta katlarında çalışan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan ve bilgilendirilmiş onamları alınan hemşirelere uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından hemşirelere veri toplama formları verilmiş ve doldurulan formlar teslim alınmıştır. Bir formun doldurulma süresi ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İstanbul'da bulunan bir sağlık grubuna bağlı iki hastanenin intestinal stomalı bireylere bakım verilen servislerinde ve bu servislerde çalışan, araştırmayı kabul

eden 62 hemşirenin katılımı ile yapıldığından, araştırmanın sonuçları bu hastane ve servislere genellebilir.

3.11. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun sağlanması amacıyla; araştırmanın yapıldığı hastanelerin bağlı olduğu kurumun etik kurulundan (tıbbi araştırmalar değerlendirme kurulu) (EK-1) ve hastanelerin hemşirelik hizmetleri müdürlüğünden izin alınmıştır (EK-2). Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerin ise bilgilendirilmiş onamları (EK-3) alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=62)

ÖZELLİKLER	n	%
Yaş Grubu		
$\bar{X}(\pm SS)(\text{Min-Max})$		
24.46(± 4.41)(20-42)		
30 yaş altı	55	88.6
30-35 yaş arası	4	6.4
36 yaş ve üzeri	3	4.8
Cinsiyet		
Kadın	47	75.8
Erkek	15	24.2
Öğrenim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	25	40.3
Ön Lisans	5	8.1
Lisans	28	45.2
Yüksek Lisans	4	6.5
Hemşirelikte Toplam Çalışma Süresi		
3-6 ay	7	11.3
7 ay- 1 yıl	8	12.9
2-5 yıl	40	64.5
6 yıl ve üzeri	7	11.3
Çalıştığı Servis (Yatan Hasta Katı)		
Karma Cerrahi Servisleri	54	87.1
Genel Yoğun Bakım Ünitesi (GYBÜ)	8	12.9
Yatan Hasta Katında Toplam Çalışma Süresi		
3. ay	5	8.1
4 ay-1 yıl	11	17.7
2-5 yıl	39	62.9
6 yıl ve üzeri	7	11.3
Yatan Hasta Katındaki Görevi		
Sorumlu Hemşire	5	8.1
Klinik Eğitim Hemşiresi	7	11.3
Ekip Lideri	11	17.7
Hemşire	39	62.9

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre; hemşirelerin çoğunluğunun 30 yaşın altında (%88.6) ve yaş ortalamalarının 24.46 (± 4.41) (min:20, max:42) olduğu, çoğunluğunun (%75.8) kadın, yarısına yakınının (%45.2) lisans mezunu, yarısından fazlasının meslekte (%64.5) ve

serviste (%62.9) toplam çalışma süresinin 2-5 yıl olduğu, çoğunluğunun (%87.1) karma cerrahi servislerinde çalıştığı ve yarısından fazlasının (%62.9) yatan hasta katında hemşire olarak görev yaptığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=62)

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=62)

ÖZELLİKLER	n	%
Hemşirelikte Çalıştığı Süre Boyunca Stomalı Bireye Bakım Verme Durumu		
Bakım Vermiş	58	93.5
Bakım Vermemiş	4	6.5
Çalıştığı Serviste Stoma Bakımını Veren Kişi Sayısı		
Bir Kişi	14	22.6
Birden Fazla Kişi	48	77.4
Çalıştığı Kurumda Stoma Bakımını Veren Kişiler*		
Hekim	3	4.8
Servis Hemşiresi	55	88.7
Stomaterapi Hemşiresi	24	38.7
Genel Cerrahi Vaka Yönetici Hemşiresi	36	58.1
Firma Yetkilisi	27	43.5
Stoma Bakımını Vermesi Gereken Kişiye İlişkin Düşüncesi		
Bir Kişi	24	38.7
Birden Fazla Kişi	38	61.3
Stoma Bakımını Vermesi Gereken Kişilere İlişkin Düşüncesi*		
Hekim	11	17.7
Servis Hemşiresi	32	51.6
Stomaterapi Hemşiresi	45	72.6
Genel Cerrahi Vaka Yönetici Hemşiresi	35	56.5
Firma Yetkilisi	11	17.7

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.2'de hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin tanıtıcı özelliklerinin dağılımları yedi alt tabloda verilmiştir.

Tablo 4.2.1, hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin özelliklerinin dağılımını içermektedir. Araştırmada, hemşirelerin tamamına yakını (%93.5) çalıştığı süre boyunca stomalı bireye bakım verdiğini, çoğunluğu (%77.4) çalıştığı kurumda stoma bakımını birden fazla kişinin verdiğini ve stoma bakımını yapan kişi olarak en fazla servis

hemşiresini (%88.7) bildirmişlerdir. Hemşirelerin yarısından fazlasının (%61.3), stoma bakımından birden fazla kişinin sorumlu olması gerektiğini ve stoma bakımından sorumlu olması gereken kişi olarak en fazla oranla stoma bakım hemşiresini (%72.6) bildirdikleri bulunmuştur.

Tablo 4.2.2. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakım Eğitimi Alma Durumu Özelliklerinin Dağılımı (n=62)

ÖZELLİKLER	n	%
İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Eğitim Alma Durumu		
Eğitim Almış	35	56.5
Eğitim Almamış	27	43.5
Eğitim Alınan Yer Sayısı (n=35)		
Bir Yer	16	45.8
Birden Fazla Yer	19	54.2
İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Eğitimi Aldığı Yer*		
Mezuniyet Öncesi Eğitim	14	22.6
Mezuniyet Sonrası Hizmet İçi Eğitim	15	24.2
Hekim	1	1.6
Stomaterapi Hemşiresi	4	6.5
Genel Cerrahi Vaka Yönetici Hemşiresi	20	32.3
İntestinal Stoma Bakımı İle İlgili Kurs	1	1.6
Bilimsel Toplantılar (Kongre, Sempozyum vb.)	4	6.5
İntestinal Stoma Bakımı İle İlgili Yayınlar (Kitap, Dergi vb.)	5	8.1

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.2.2'de hemşirelerin intestinal stoma bakım eğitimi alma durumu özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin yarısından fazlasının (%56.5) intestinal stoma bakımına ilişkin eğitim aldığı ve eğitim alan hemşirelerin yarısından fazlasının (%54.2) birden fazla yerden eğitim aldığı saptanmıştır. Hemşireler, eğitimi en fazla oranla genel cerrahi vaka yönetici hemşiresinden (%32.3) aldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 4.2.3. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Aldıkları Eğitim İçeriğinin Dağılımı (n=35)

EĞİTİM İÇERİĞİ	Var		Yok	
	n	%	n	%
Gastrointestinal sistemin anatomi ve fizyolojisi	28	80	7	20
Stoma tanımı ve çeşitleri	32	91.4	3	8.6
İntestinal stomaların tanımlanması ve çeşitleri	30	85.7	5	14.3
İntestinal stoma açılmasını gerektiren durumlar	29	82.8	6	17.2
İntestinal stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi	20	57.1	15	42.9
İntestinal stomanın değerlendirilmesi	33	94.2	2	5.8
Peristomal (stoma çevresi) cilt değerlendirilmesi	34	97.1	1	2.9
Peristomal (stoma çevresi) cilt bakımı	34	97.1	1	2.9
İntestinal stomanın fonksiyonu ve stoma içeriğinin özellikleri	29	82.8	6	17.2
İntestinal stoma torba-adaptör sisteminin belirlenmesi	30	85.7	5	14.3
İntestinal stoma torbasının boşaltılması	34	97.1	1	2.9
İntestinal stoma torbasının değişimi	34	97.1	1	2.9
İntestinal stomada komplikasyonlar ve bakımı	32	91.4	3	8.6
İntestinal stomalı bireylerin karşılaşılabileceği fizyolojik problemler ve bakımı	32	91.4	3	8.6
İntestinal stomalı bireylerin karşılaşılabileceği psikososyal problemler ve bakımı	31	88.5	4	11.5
Kolostomi irrigasyonu	19	54.2	16	45.8
Peristomal (stoma çevresi) cilt problemlerinin belirlenmesi ve bakımı	31	88.5	4	11.5
İntestinal stomalı bireyin beslenmesi	29	82.8	6	17.2
İntestinal stomalı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri (çalışma, eğlence, spor, banyo yapma, gebelik vb.)	32	91.4	3	8.6
İntestinal stomalı birey ve yakınlarının eğitimi	32	91.4	3	8.6
İntestinal stomalı bireylerin taburculuk planı	29	82.8	6	17.2

Tablo 4.2.3'de hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin aldıkları eğitim içeriğinin dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin, en fazla oranla peristomal cilt değerlendirmesi, peristomal cilt bakımı, intestinal stoma torbasının boşaltılması ve değiştirilmesi konularında (%97.1), daha az oranda ise kolostomi irrigasyonu (%54.2) ve intestinal stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi (%57.1) konularında eğitim aldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2.4. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakım Uygulamalarını Yapma Durumlarının Dağılımı (n=62)

UYGULAMALAR	Yapıyor		Yapmıyor	
	n	%	n	%
İntestinal stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi	22	35.5	40	64.5
İntestinal stomanın değerlendirilmesi	55	88.7	7	11.3
Peristomal (stoma çevresi) cilt bakımı	60	96.8	2	3.2
Peristomal (stoma çevresi) cilt bakım ürünlerinin (sprey,pudra vb.) seçilmesi	44	71.0	18	29.0
İntestinal stoma torba-adaptör sisteminin belirlenmesi	44	71.0	18	29.0
İntestinal stoma torbasının boşaltılması	62	100	0	0
İntestinal stoma torbasının değişimi	62	100	0	0
Peristomal (stoma çevresi) cildin değerlendirilmesi	61	98.4	1	1.6
Peristomal (stoma çevresi) cilt problemlerinin belirlenmesi ve yönetimi	57	91.9	5	8.1
İntestinal stomaya bağlı fizyolojik problemlerin belirlenmesi ve yönetimi	59	95.2	3	4.8
İntestinal stomaya bağlı psikososyal problemlerin belirlenmesi ve yönetimi	59	95.2	3	4.8
Kolostomi irrigasyonu	35	56.5	27	43.5
İntestinal stoma komplikasyonlarının belirlenmesi ve yönetimi	60	96.8	2	3.2
İntestinal stomalı birey ve yakınlarının eğitimi	60	96.8	2	3.2
İntestinal stomalı bireyin taburculuk planının hazırlanması ve uygulanması	60	96.8	2	3.2
İntestinal stomaya ilişkin kayıt tutma	62	100	0	0

Tablo 4.2.4'de hemşirelerin intestinal stoma bakım uygulamalarını yapma durumlarının dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin en düşük oranla intestinal stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesini (%35.5) ve kolostomi irrigasyonunu (%56.5) yaptığı bulunmuştur. Ayrıca çalışmada, hemşirelerin tamamının (%100), intestinal stoma torbasının boşaltılması, torba değişimi ve intestinal stomaya ilişkin kayıt tutma uygulamalarını yaptıkları da saptanmıştır.

Tablo 4.2.5. Hemşirelerin İntestinal Stomalı Birey ve Yakınlarına Verdikleri Eğitim Konularının Dağılımı (n=27)

EĞİTİM KONULARI	Eğitim Veriyor		Eğitim Vermiyor	
	n	%	n	%
Torba Değişimi	14	51.8	13	48.2
Adaptör Değişimi	12	44.4	15	55.6
Stoma Bakımı	7	25.9	20	74.1
Pansuman	4	14.8	23	85.2
Beslenme	8	29.6	19	70.4
Cilt Değerlendirilmesi ve Bakımı	1	3.7	26	96.3
Hareket	1	3.7	26	96.3
Erken ve Geç Komplikasyonlar	4	14.8	23	85.2
Sosyal Hayat	2	7.4	25	92.6
Adaptasyon	1	3.7	26	96.3
Torba Boşaltımı	7	25.9	20	74.1
Firma ve Malzeme Temin Bilgileri	2	7.4	25	92.6
Hastaneye Başvuruları Gereken Durumlar	1	3.7	26	96.3
Bireysel Baş Etme Mekanizmaları	1	3.7	26	96.3

Tablo 4.2.5'de hemşirelerin çalıştıkları serviste, intestinal stomalı birey ve yakınlarına verdikleri eğitim konularının dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin tamamına yakını (%96.8) stomalı birey ve yakınlarına eğitim verdiğini (Tablo 4.2.4), bu hemşirelerin yalnızca yarısına yakını (%45) ise verdikleri eğitim konularını bildirmişlerdir (Tablo 4.2.5). Buna göre; hemşirelerin en fazla oranla torba değişimi (%51.8) ve adaptör değişimi (%44.4) konularında eğitim verdiği saptanmıştır. Diğer konularda ise, hemşirelerin birey ve yakınlarına eğitim verme oranları oldukça düşük bulunmuştur.

Tablo 4.2.6. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Güncel Bilgiyi Takip Etme Durumlarının Dağılımı (n=62)

ÖZELLİKLER	n	%
İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Güncel Bilgiyi Takip Etme		
Takip Ediyor	17	27.4
Takip Etmiyor	45	72.6
Takip Edilen Bilgi Kaynağı (n=17)*		
Yayın (makale, kitap gibi) takip etme	12	70.5
Bilimsel toplantılara dinleyici olarak katılma	9	52.9
Bilimsel toplantılara aktif katılma (bildiri, konuşma ile)	2	11.7
Bilimsel toplantı düzenleme	1	5.8
Bilimsel toplantı düzenlenmesine katkı sağlama	1	5.8

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.2.6'da hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin güncel bilgiyi takip etme durumunun dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin çoğunluğunun güncel bilgiyi takip etmediği (%72.6) belirlenmiştir. Güncel bilgiyi takip ettiğini bildiren hemşirelerin (%27.4), en fazla oranla yayın (makale, kitap gibi) takip ettiği (%70.5) ve bilimsel toplantılara dinleyici olarak katıldıkları (%52.9) bulunmuştur.

Tablo 4.2.7. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımında “Hemşirenin Sorumlulukları”na İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (n=62)

SORUMLULUKLAR	Hemşirenin Sorumluluğudur		Hemşirenin Sorumluluğu Değildir	
	n	%	n	%
İntestinal stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi	23	37.1	39	62.9
İntestinal stomanın değerlendirilmesi	54	87.1	8	12.9
Peristomal (stoma çevresi) cilt bakımı	62	100	0	0
Peristomal (stoma çevresi) cilt bakım ürünlerinin (sprey, pudra vb.) seçilmesi	52	83.9	10	16.1
İntestinal stoma torba-adaptör sisteminin belirlenmesi	50	80.6	12	19.4
İntestinal stoma torbasının boşaltılması	58	93.5	4	6.5
İntestinal stoma torbasının değişimi	56	90.3	6	9.7
Peristomal (stoma çevresi) cildin değerlendirilmesi	60	96.8	2	3.2
Peristomal (stoma çevresi) cilt problemlerinin belirlenmesi ve yönetimi	59	95.2	3	4.8
İntestinal stomaya bağlı fizyolojik problemlerin belirlenmesi ve yönetimi	50	80.6	12	19.4
İntestinal stomaya bağlı psikososyal problemlerin belirlenmesi ve yönetimi	54	87.1	8	12.9
Kolostomi irrigasyonu	44	71	18	29
İntestinal stoma komplikasyonlarının belirlenmesi ve yönetimi	54	87.1	8	12.9
İntestinal stomalı birey ve yakınlarının eğitimi	56	90.3	6	9.7
İntestinal stomalı bireyin taburculuk planının hazırlanması ve uygulanması	56	90.3	6	9.7
İntestinal stomaya ilişkin kayıt tutma	59	95.2	3	4.8

Tablo 4.2.7'de hemşirelerin intestinal stoma bakımında "hemşirenin sorumlulukları"na ilişkin görüşlerinin dağılımı verilmiştir. Hemşireler stoma bakımında "hemşirenin sorumlulukları"na en düşük oranla kolostomi irrigasyonu (%71) ve intestinal stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi (%37.1) olarak; en fazla oranlarda ise, peristomal cilt bakımı (%100), peristomal cilt değerlendirilmesi (%96.8), peristomal cilt problemlerinin belirlenmesi ve yönetimi, intestinal stomaya ilişkin kayıt tutma (%95.2), intestinal stoma torbasının boşaltılması (%93.5), stoma torbası değişimi, intestinal stomalı birey ve yakınlarının eğitimi ile intestinal stomalı bireyin taburculuk planının hazırlanması ve uygulanması (%90.3) olarak bildirmişlerdir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulama İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=62)

Tablo 4.3.1. Hemşirelerin Bilgi İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=62)

BİLGİ İFADELERİ	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Gastrointestinal sistemin anatomi ve fizyolojisi						
1) Gıdalar mideden ince bağırsağa kimus şeklinde geçer.	52	83.9	0	0	10	16.1
2) Kalın bağırsaklarda daha çok su ve elektrolit emilimi olur.	54	87.1	5	8.1	3	4.8
İntestinal stomaların tanımlanması ve çeşitleri						
3) İntestinal stomalar jejunostomi, ileostomi ve kolostomi olmak üzere üçe ayrılır.	56	90.3	1	1.6	5	8.1
4) Kalın bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılmasına kolostomi denir.	61	98.4	0	0	1	1.6
5) İleostomiler, ince bağırsağın son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılması sonucu oluşmaktadır.	53	85.5	6	9.7	3	4.8
6) Stomaların genellikle sağ alt kadranda açılanlarına kolostomi adı verilir.	33	53.2	22	35.5	7	11.3
İntestinal stomanın değerlendirilmesi						
7) Sağlıklı bir stoma, deriyle aynı seviyede olur.	24	38.7	28	45.2	10	16.1
8) Bireylerin stomalarında ağrı hissetmelerinin sebebi, stoma ağzında sinir yapısının olmasıdır.	17	27.4	30	48.4	15	24.2
9) İleostomilerde stoma çapı ameliyattan 4 hafta sonra stabil olmaya başlar.	42	67.7	3	4.8	17	27.4
10) Kolostomilerde ameliyattan sonraki ikinci haftadan itibaren stoma çapı küçülmeye başlar.	42	67.7	6	9.7	14	22.6
11) Stomalar, açıldıktan sonraki 24 saat boyunca en az 8 saatte bir değerlendirilmelidir.	49	79	7	11.3	6	9.7
Peristomal (stoma çevresi) cilt değerlendirilmesi						
13) Stoma kenarı ile stoma adaptörünün arasında , deri tahrişinin oluşmasını engellemek için 2-3 milimetreden fazla açıklık olmamalıdır.	50	80.6	6	9.7	6	9.7
15) Stomalı bireylerde mantar enfeksiyonu, stoma torbasının deriyle temas ettiği bölgenin nemli olmasından kaynaklanmaktadır.	50	80.6	3	4.8	9	14.5
19) Stoma torbasının değişim sıklığının fazla olması, peristomal alanda mekanik travmaya yol açabilir.	40	64.5	10	16.1	12	19.4
Peristomal (stoma çevresi) cilt bakımı						
12) Stoma ve peristomal (stoma çevresi) alanın temizliği yapılırken alkol içerikli ürünler kullanılmalıdır.	7	11.3	49	79	6	9.7
14) Stoma torbasının yapışabileceği düzgün bir ortam oluşturmak için bariyer ürünler kullanılmalıdır.	57	91.9	2	3.2	3	4.8
İntestinal stomanın fonksiyonu ve stoma içeriğinin özellikleri						
16) Kolostomiler ameliyattan 3-6 gün sonra işlev görmeye başlar.	35	56.5	16	25.8	11	17.7
17) İleostomiler ameliyattan 72 saat sonra işlev görmeye başlar.	34	54.8	10	16.1	18	29
18) Kolostomilerde gelen içerik yakıcı özelliktedir.	27	43.5	22	35.5	13	21
İntestinal stoma torba-adaptör sisteminin belirlenmesi						
20) İki parçalı stoma torbalarının adaptör kısımları deride 5 güne kadar kalabilir.	24	38.7	23	37.1	15	24.2
21) Alttan boşaltılabilir torbaların bağırsak içeriği sıvı halde gelen stomalarda kullanımı daha uygundur.	55	88.7	0	0	7	11.3

**Tablo 4.3.1. Hemşirelerin Bilgi İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı-Devamı
(n=62)**

İntestinal stoma torbasının boşaltılması						
22) İleostomilerde her 8 saatte bir torba boşaltılmalıdır.	37	59.7	16	25.8	9	14.5
İntestinal stoma torbasının değişimi						
23) Stomadan gelen içeriğin en az olduğu zamanda torbanın değiştirilmesi uygundur.	49	79	8	12.9	5	8.1
24) İlaç ve yemek saatlerinden hemen önce stoma torbası değiştirilebilir.	46	74.2	12	19.4	4	6.5
25) Stoma torbası, deriye temas ettiği bölgede batma-yanma hissi oluşturduğunda değiştirilmelidir.	45	72.6	8	12.9	9	14.5
İntestinal stomada görülebilecek komplikasyonlar ve bakımı						
26) Erken dönemde mukokütanöz ayrılma görülebilir.	36	58.1	6	9.7	20	32.3
27) 24 saat içinde meydana gelen komplikasyonlar erken dönem komplikasyonlar olarak adlandırılır.	56	90.3	1	1.6	5	8.1
28) Stomada darlık olduğunda, stomanın parmakla genişletilmesi dışkı geçişini sağlamaya yardımcı olur.	31	50	11	17.7	20	32.3
29) Bireylerin 6-8 hafta boyunca ağır kaldırmamaları parastomal hemi oluşumunu engeller.	53	85.5	2	3.2	7	11.3
İntestinal stomalı hastaların karşılaşılabileceği fizyolojik sorunlar ve bakımı						
32) Stomalı bireyler gaz oluşumunu arttıran gıdaları tüketmemelidirler.	54	87.1	4	6.5	4	6.5
33) Lifli gıdaların az çiğnenmesi ileostomide tıkanıklığa neden olur.	40	64.5	7	11.3	15	24.2
İntestinal stomalı hastaların karşılaşılabileceği psikososyal sorunlar ve bakımı						
35) Bireyin stoma bakımına katılımının erken dönem olması, stomaya uyumunu kolaylaştırır.	57	91.9	1	1.6	4	6.5
36) Ameliyat öncesi dönemde bireyin stomalı bir birey ile konuşturulması, stomaya uyumu arttırmada yardımcı olmaktadır.	54	87.1	3	4.8	5	8.1
Kolostomi irrigasyonu						
37) Stomalı bireylerde bağırsak alışkanlığı normale döndükten sonra kolostomi irrigasyonuna başlanmalıdır.	37	59.7	24	6.5	21	33.9
38) Kolostomi irrigasyonu yemekten önce yapılmalıdır.	32	51.6	8	12.9	22	35.5
39) Kolostomili bireylerde konstipasyon olduğunda kolostomi irrigasyonu yapılabilir.	41	66.1	3	4.8	18	29
Peristomal (stoma çevresi) cilt problemlerinin belirlenmesi ve bakımı						
40) Peristomal alandaki tüylerin elektrikli traş makinesiyle alınması, folikülit oluşumu önler.	38	61.3	5	8.1	19	30.6
41) İritan dermatiti önlemek için adaptör hızlı bir şekilde çıkartılmalıdır.	22	35.5	27	43.5	13	21
42) Kolostomili bireylerde peristomal (stoma çevresi) cilt problemleri daha sık görülmektedir.	42	67.7	9	14.5	11	17.7
İntestinal stomalı bireyin beslenmesi						
30) Stomalı bireyin diyetine yeni bir gıda eklendiğinde diğer gıdalarla beraber verilmelidir.	36	58.1	17	27.4	9	14.5
31) İleostomili bireyler ilk 3 hafta düşük posalı gıdalar tüketmelidir.	50	80.6	6	9.7	6	9.7
34) Stomalı bireyler günde en fazla 1 litre sıvı almalıdır.	31	50	19	30.6	12	19.4

Tablo 4.3.1. Hemşirelerin Bilgi İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı-Devamı (n=62)

İntestinal stomalı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri (çalışma, eğlence, spor, banyo yapma, gebelik vb.)						
43) Stomalı bireylerin yürüme, yüzmeye gibi hafif egzersizleri yapmalarında sakınca yoktur.	52	83.9	2	3.2	8	12.9
44) Stomalı bireyler uçakla yolculuk yapamazlar.	13	21	46	74.2	3	4.8
45) Perianal rezeksiyon geçirmiş bireylerde, cinsel problemler görülebilir.	29	46.8	21	33.9	12	19.4
46) Stomalı kadınların hamile kalması sakıncalıdır.	18	29	28	45.2	16	25.8
47) Bireyler stoma ameliyatından 6-8 hafta sonra çalışma hayatına dönebilirler.	51	82.3	3	4.8	8	12.9
48) Stoma, namaz kılmaya engeldir.	12	19.4	44	71	6	9.7
49) Banyo sonrası peristomal (stoma çevresi) alana losyonlar sürülebilir.	39	62.9	13	21	10	16.1
İntestinal stomalı birey ve yakınlarının eğitimi						
50) Birey ve ailesine, ameliyat sonrası oluşabilecek geç komplikasyonlarla ilgili bilgi verilmelidir.	57	91.9	1	1.6	4	6.5

Tablo 4.3'de hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulama ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı iki alt tabloda verilmiştir.

Tablo 4.3.1, hemşirelerin bilgi ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımını içermektedir. Hemşirelerin doğru yanıtladığı ifadeler incelendiğinde; çoğunluğunun "Kalın bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılmasına kolostomi denir" (4 nolu ifade) (%98.4), "Stoma torbasının yapışabileceği düzgün bir ortam oluşturmak için bariyer ürünler kullanılmalıdır" (14 nolu ifade), "Bireyin stoma bakımına katılımının erken dönem olması, stomaya uyumunu kolaylaştırır" (35 nolu ifade) ve "Birey ve ailesine, ameliyat sonrası oluşabilecek geç komplikasyonlarla ilgili bilgi verilmelidir" (50 nolu ifade) (%91.9), "İntestinal stomalar jejunostomi, ileostomi ve kolostomi olmak üzere üçe ayrılır" (3 nolu ifade) ve "24 saat içinde meydana gelen komplikasyonlar erken dönem komplikasyonlar olarak adlandırılır" (27 nolu ifade) (%90.3), "Altan boşaltılabilir torbaların bağırsak içeriği sıvı halde gelen stomalarda kullanımı daha uygundur" (21 nolu ifade) (%88.7), "Kalın bağırsaklarda daha çok su ve elektrolit emilimi olur" (2 nolu ifade), "Stomalı bireyler gaz oluşumunu arttıran gıdaları tüketmemelidirler" (32 nolu ifade) ve "Ameliyat öncesi dönemde bireyin stomalı bir birey ile konuşturulması, stomaya uyumu arttırmada yardımcı olmaktadır" (36 nolu ifade) (%87.1) ifadelerini doğru yanıtladıkları saptanmıştır.

Hemşirelerin yanlış yanıtladığı ifadeler incelendiğinde; çoğunluğunun "Stoma ve peristomal (stoma çevresi) alanın temizliği yapılırken alkol içerikli ürünler kullanılmalıdır" (12 nolu ifade) (%79), "Stomalı bireyler uçakla yolculuk yapamazlar" (44 nolu ifade) (%74.2), "Stoma, namaz kılmaya engeldir" (48 nolu ifade) (%71), yarısına yakınının "Bireylerin stomalarında ağrı hissetmelerinin sebebi, stoma ağzında sinir yapısının olmasıdır" (8 nolu ifade) (%48.4), "Sağlıklı bir stoma, deriyle aynı seviyede olur" (7 nolu ifade) ve "Stomalı kadınların hamile kalması sakıncalıdır" (46 nolu ifade) (%45.2), "İrritan dermatiti önlemek için adaptör hızlı bir şekilde çıkartılmalıdır" (41 nolu ifade) (%43.5) ifadelerini yanlış olarak yanıtladıkları bulunmuştur.

Hemşirelerin "bilmiyorum" olarak yanıtladıkları ifadeler incelendiğinde; üçte birinin, "Kolostomi irrigasyonu yemekten önce yapılmalıdır" (38 nolu ifade) (%35.5), "Stomalı bireylerde bağırsak alışkanlığı normale döndükten sonra kolostomi irigasyonuna başlanmalıdır" (37 nolu ifade) (%33.9), "Erken dönemde mukokutenöz ayrılma görülebilir" (26 nolu ifade) ve "Stomada darlık oluştuğunda, stomanın parmakla genişletilmesi dışkı geçişini sağlamaya yardımcı olur" (28 nolu ifade) (%32.3), "Peristomal alandaki tüylerin elektrikli traş makinesiyle alınması, folikülit oluşumu önler" (40 nolu ifade) (%30.6) ve "İleostomiler ameliyattan 72 saat sonra işlev görmeye başlar" (17 nolu ifade) (%29) ifadelerini bilmedikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.3.2. Hemşirelerin Uygulama İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=62)

UYGULAMA İFADELERİ	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
İntestinal stoma torbasının değişimi						
1) Stoma torbası değiştirilirken adaptör aşağıdan yukarıya doğru deriden nazikçe ayrılır.	39	62.9	20	32.3	3	4.8
2) Peristomal (stoma çevresi) alan, adaptör çıkartıldıktan sonra kirli bölgeden temiz bölgeye doğru silinir.	30	48.4	31	50	1	1.6
3) Adaptörün dış kısmına pasta sürülür.	36	58.1	24	38.7	2	3.2
4) Stoma torbası, adaptör yerleştirildikten sonra aşağıdan yukarı doğru adaptörle birleştirilir.	58	93.5	0	0	4	6.5
Kolostomi irrigasyonu						
5) Kolostomi irrigasyonu yapılırken bireye ayakta dik duruş pozisyonu verilir.	12	19.4	17	27.4	33	53.2
6) Kolostomi irrigasyonunda konik uç 8 cm'den fazla ilerletilmemelidir.	22	35.5	1	1.6	39	62.9
7) Kolostomi irrigasyonunda soğuk su kullanılır.	7	11.3	17	27.4	38	61.3
8) Soğuk su içeren rezervuar stomadan 45-50 cm yukarıda olmalıdır.	20	32.3	5	8.1	37	59.7
İntestinal stomada görülebilecek komplikasyonlar ve bakımı						
9) Stomal prolapsus gelişirse, bölge serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bezle kapatılır.	33	53.2	6	9.7	29	37.1
Peristomal (stoma çevresi) cilt problemlerinin belirlenmesi ve bakımı						
10) Peristomal (stoma çevresi) alanda alerjik dermatit gelişmesi durumunda bölge sabunla temizlenir.	16	25.8	26	41.9	20	32.3

Tablo 4.3.2'de hemşirelerin uygulama ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı görülmektedir.

Hemşirelerin doğru yanıtladıkları ifadeler incelendiğinde; çoğunluğunun (%93.5) "Stoma torbası, adaptör yerleştirildikten sonra aşağıdan yukarı doğru adaptörle birleştirilir" (4 nolu ifade), yarısından fazlasının "Stoma torbası değiştirilirken adaptör aşağıdan yukarıya doğru deriden nazikçe ayrılır" (1 nolu ifade) (%62.9), "Adaptörün dış kısmına pasta sürülür" (3 nolu ifade) (%58.1) ve "Stomal prolapsus gelişirse, bölge serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bezle kapatılır" (9 nolu ifade) (%53.2) ifadelerini doğru yanıtladıkları bulunmuştur.

Hemşirelerin yanlış yanıtladıkları ifadeler incelendiğinde; yarısının "Peristomal (stoma çevresi) alan, adaptör çıkartıldıktan sonra kirli bölgeden temiz bölgeye doğru

silinir" (2 nolu ifade) (%50), yarısına yakınının "Peristomal (stoma çevresi) alanda alerjik dermatit gelişmesi durumunda bölge sabunla temizlenir" (10 nolu ifade) (%41.9), üçte birinin "Adaptörün dış kısmına pasta sürülür" (3 nolu ifade) (%38.7), "Kolostomi irrigasyonu yapılırken bireye ayakta dik duruş pozisyonu verilir" (5 nolu ifade) ve "Kolostomi irrigasyonunda soğuk su kullanılır" (7 nolu ifade) (%27.4) ifadelerini yanlış yanıtladıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin "bilmiyorum" olarak yanıtladıkları ifadeler incelendiğinde; yarısından fazlasının "Kolostomi irrigasyonunda konik uç 8 cm'den fazla ilerletilmemelidir" (6 nolu ifade) (%62.9), "Kolostomi irrigasyonunda soğuk su kullanılır" (7 nolu ifade) (%61.3), "Soğuk su içeren rezervuar stomadan 45-50 cm yukarıda olmalıdır" (8 nolu ifade) (%59.7) ve "Kolostomi irrigasyonu yapılırken bireye ayakta dik duruş pozisyonu verilir" (5 nolu ifade) (%53.2) ifadelerini bilmedikleri saptanmıştır.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Uygulama İfadelerini Çalıştıkları Serviste Uygulama Durumuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=62)

UYGULAMA İFADELERİ	Uyguluyor		Uygulamıyor	
	n	%	n	%
İntestinal stoma torbasının değişimi				
1) Stoma torbası değiştirilirken adaptör aşağıdan yukarıya doğru deriden nazikçe ayrılır.	33	53.2	29	46.8
2) Peristomal (stoma çevresi) alan, adaptör çıkartıldıktan sonra kirli bölgeden temiz bölgeye doğru silinir.	29	46.8	33	53.2
3) Adaptörün dış kısmına pasta sürülür.	32	51.6	30	48.4
4) Stoma torbası, adaptör yerleştirildikten sonra aşağıdan yukarı doğru adaptörle birleştirilir.	41	66.1	21	33.9
Kolostomi irrigasyonu				
5) Kolostomi irrigasyonu yapılırken bireye ayakta dik duruş pozisyonu verilir.	6	9.7	56	90.3
6) Kolostomi irrigasyonunda konik uç 8 cm'den fazla ilerletilmemelidir.	5	8.1	57	81.9
7) Kolostomi irrigasyonunda soğuk su kullanılır.	3	4.8	59	95.2
8) Soğuk su içeren rezervuar stomadan 45-50 cm yukarıda olmalıdır.	4	6.5	58	93.5
İntestinal stomada görülebilecek komplikasyonlar ve bakım				
9) Stomal prolapsus gelişirse, bölge serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bezle kapatılır.	13	21	49	79
Peristomal (stoma çevresi) cilt problemlerinin belirlenmesi ve bakım				
10) Peristomal (stoma çevresi) alanda alerjik dermatit gelişmesi durumunda bölge sabunla temizlenir.	10	16.1	52	83.9

Tablo 4.4'de hemşirelerin uygulama ifadelerini çalıştıkları serviste uygulama durumuna verdikleri yanıtların dağılımı görülmektedir.

Hemşirelerin "uyguluyorum" olarak yanıtladıkları ifadeler incelendiğinde; yarısından fazlasının "Stoma torbası, adaptör yerleştirildikten sonra aşağıdan yukarı doğru adaptörle birleştirilir" (4 nolu ifade) (%66.1), "Stoma torbası değiştirilirken adaptör aşağıdan yukarıya doğru deriden nazikçe ayrılır" (1 nolu ifade) (%53.2), "Adaptörün dış kısmına pasta sürülür" (3 nolu ifade) (%51.6) ve yarısına yakınının (%46.8) "Peristomal (stoma çevresi) alan, adaptör çıkartıldıktan sonra kirli bölgeden temiz bölgeye doğru silinir" (2 nolu ifade) ifadelerini uyguladıkları bulunmuştur.

Hemşirelerin "uygulamıyorum" olarak yanıtladıkları ifadeler incelendiğinde; çoğunluğunun "Kolostomi irrigasyonunda soğuk su kullanılır" (7 nolu ifade) (%95.2), "Soğuk su içeren rezervuar stomadan 45-50 cm yukarıda olmalıdır" (8 nolu ifade) (%93.5), "Kolostomi irrigasyonu yapılırken bireye ayakta dik duruş pozisyonu verilir" (5 nolu ifade) (%90.3), "Peristomal (stoma çevresi) alanda alerjik dermatit gelişmesi durumunda bölge sabunla temizlenir" (10 nolu ifade) (%83.9) ve "Kolostomi irrigasyonunda konik uç 8 cm'den fazla ilerletilmemelidir" (6 nolu ifade) (%81.9) ifadelerini uygulamadıkları saptanmıştır.

Tablo 4.5. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=62)

Tablo 4.5.1. Hemşirelerin Bilgi İfadeleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=62)

İFADELER	Alınabilecek Bilgi Puanı	Alınan Bilgi Puan Ortalamaları	
		Ortalama (\bar{X})	\pm SS (Min-Max)
Gastrointestinal sistemin anatomi ve fizyolojisi	2 puan	1.72	\pm 0.54 (0-2)
İntestinal stomaların tanımlanması ve çeşitleri	4 puan	2.20	\pm 0.63 (1-3)
İntestinal stomanın değerlendirilmesi	5 puan	1.88	\pm 1.05 (0-4)
Peristomal (stoma çevresi) cilt değerlendirilmesi	3 puan	2.22	\pm 0.89 (0-3)
Peristomal (stoma çevresi) cilt bakımı	2 puan	1.70	\pm 0.52 (0-2)
İntestinal stomanın fonksiyonu ve stoma içeriğinin özellikleri	3 puan	1.45	\pm 0.88 (0-3)
İntestinal stoma torba-adaptör sisteminin belirlenmesi	2 puan	1.24	\pm 0.66 (0-2)
İntestinal stoma torbasının boşaltılması	1 puan	0.30	\pm 0.49 (0-2)
İntestinal stoma torbasının değişimi	3 puan	1.72	\pm 0.68 (0-3)
İntestinal stomada görülebilecek komplikasyonlar ve bakımı	4 puan	1.95	\pm 0.99 (0-4)
İntestinal stomalı hastaların karşılaşılabileceği fizyolojik sorunlar ve bakımı	2 puan	1.54	\pm 0.64 (0-2)
İntestinal stomalı hastaların karşılaşılabileceği psikososyal sorunlar ve bakımı	2 puan	1.82	\pm 0.52 (0-2)
Kolostomi irrigasyonu	3 puan	1.35	\pm 0.9 (0-3)
Peristomal (stoma çevresi) cilt problemlerinin belirlenmesi ve bakımı	3 puan	1.16	\pm 0.89 (0-3)
İntestinal stomalı bireyin beslenmesi	3 puan	0.77	\pm 0.87 (0-3)
İntestinal stomalı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri (çalışma, eğlence, spor, banyo yapma, gebelik vb.)	7 puan	4.16	\pm 1.57 (0-7)
İntestinal stomalı birey ve yakınlarının eğitimi	1 puan	0.90	\pm 0.29 (0-1)
TOPLAMPUAN	50 puan	28.24	\pm 6.45 (1-39)

Tablo 4.5'de hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulama puan ortalamalarının dağılımı iki alt tabloda verilmiştir.

Tablo 4.5.1, hemşirelerin bilgi ifadeleri puan ortalamalarının dağılımını içermektedir. Hemşirelerin bilgi ifadeleri toplam puan ortalamasının orta düzeyde olduğu [28.24 \pm 6.45 (min:1, max: 39)] saptanmıştır. Hemşirelerin puan ortalaması yüksek ifadelerinin ise; intestinal stomalı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri (4.16 \pm 1.57), peristomal (stoma çevresi) cilt değerlendirilmesi (2.22 \pm 0.89), stomalı hastaların karşılaşılabileceği psikososyal sorunlar ve bakımı (1.82 \pm 0.52), gastrointestinal sistemin anatomi ve fizyolojisi (1.72 \pm 0.54), peristomal (stoma çevresi) cilt bakımı (1.70 \pm 0.52) ve

stomalı hastaların karşılaşılabileceği fizyolojik sorunlar ve bakımı (1.54±0.64) ifadeleri olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.5.2. Hemşirelerin Uygulama İfadeleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=62)

İFADELER	Alınabilecek Bilgi Puanı	Alınan Uygulama Puan Ortalamaları	
		Ortalama (\bar{X})	±SS (Min-Max)
İntestinal stoma torbasının değişimi	4 puan	2.16	±1.13 (0-4)
İntestinal stomada görülebilecek komplikasyonlar ve bakımı	1 puan	0.53	±0.5 (0-1)
Kolostomi irrigasyonu	4 puan	0.98	±1.13 (0-4)
Peristomal (stoma çevresi) cilt problemlerinin belirlenmesi ve bakımı	1 puan	0.41	±0.49 (0-1)
TOPLAMPUAN	10 puan	4.09	±2.23 (1-9)

Tablo 4.5.2'de hemşirelerin uygulama ifadeleri puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Buna göre; hemşirelerin uygulama ifadeleri toplam puan ortalamasının orta düzeyde olduğu [4.09±2.23 (min:1, max:9)] saptanmış, hemşirelerin intestinal stoma torbası değişimi (2.16±1.13) ifadeleri puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.6. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.6.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler		Bilgi Puan Ortalamaları			Test Değeri	p	Uygulama Puan Ortalamaları			Test Değeri	p
		$\bar{X}(\pm SS)$	Min	Max			$\bar{X}(\pm SS)$	Min	Max		
Yaş	30 yaş altı	27.89(±6.49)	1	37	Kwx ² = 1.042	0.594	4.01(±2.21)	1	9	Kwx ² =0.635	0.728
	30-35 yaş arası	31.5(±4.65)	27	36			4.75(±2.06)	3	7		
	36 yaş ve üzeri	30.03(±8.08)	23	39			4.66(±3.51)	1	8		
Cinsiyet	Kadın	28.85(±6.55)	1	39	z= -1.708	0.088	4.36(±2.26)	1	9	z= -1.677	0.093
	Erkek	26.33(±5.91)	14	34			3.26(±1.98)	1	8		
Öğrenim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	28.84(±5.44)	14	37	Kwx ² =1.006	0.800	4.24(±2.4)	1	9	Kwx ² =0.524	0.913
	Ön Lisans	23(±12.9)	1	35			4(±3.74)	1	9		
	Lisans	28.39(±5.68)	10	36			4.03(±1.72)	1	8		
	Yüksek Lisans	30(±6.37)	24	39			3.75(±2.98)	1	8		
Hemşirelikte Toplam Çalışma Süresi	3-6 ay	28.71(±5.12)	22	36	Kwx ² =1.164	0.762	3.57(±1.27)	2	6	Kwx ² =1.296	0.730
	7 ay-1 yıl	30.37(±4.24)	22	35			4.5(±2.72)	1	9		
	2-5 yıl	27.6(±7.26)	1	37			4.22(±2.27)	1	9		
	6 yıl ve üzeri	29(±4.86)	23	39			3.42(±2.43)	1	8		
Yatan Hasta Katında Toplam Çalışma Süresi	3.ay	27.8(±4.6)	22	32	Kwx ² =0.656	0.883	2.6(±1.14)	1	4	Kwx ² =3.915	0.271
	4 ay-1 yıl	28.63(±7.52)	10	36			4.63(±2.15)	3	9		
	2-5 yıl	28.05(±6.76)	1	37			4.25(±2.29)	1	9		
	6 yıl ve üzeri	29(±4.86)	23	39			3.42(±2.43)	1	8		
Yatan Hasta Katındaki Görevi	Sorumlu Hemşire	29.8(±5.8)	23	39	Kwx ² =1.886	0.596	4.4(±2.6)	1	8	Kwx ² =4.510	0.211
	Klinik Eğitim Hemşiresi	29(±4.5)	24	35			4.28(±2.56)	1	7		
	Ekip Lideri	30.6(±4.47)	24	37			5.27(±2.28)	3	9		
	Hemşire	27.2(±7.18)	1	37			3.69(±2.07)	1	9		

z: Mann-Whitney U testi; Kwx²: Kruskal Wallis Veri Analizi Testi

Tablo 4.6, iki tabloyu içermektedir. Bunlar; Tablo 4.6.1. hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması ve Tablo 4.6.2. hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılmasıdır.

Tablo 4.6.1'de hemşirelerin bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; 30-35 yaş arasında olanların (n=4, \bar{X} :31.5±4.65), kadınların (n=47, \bar{X} :28.85±6.55), lisansüstü

eğitime sahip olanların (n=4, \bar{X} :30±6.37), hemşirelikte toplam çalışma sũresi 7 ay-1 yıl arasında olanların (n=8, \bar{X} :30.37±4.24), yatan hasta katındaki çalışma sũresi 6 yıl ve ũzeri olanların (n=7, \bar{X} :29±4.86) ve yatan hasta katındaki gũrevi ekip lideri olanların (n=11, \bar{X} :30.6±4.47) bilgi puan ortalamasının diğer gruplardan yũksek olduğu, genel olarak bilgi puan ortalamalarının ise, orta dũzeyde olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin uygulama puan ortalamaları incelendiğinde; 30-35 yaş arasında olanların (n=4, \bar{X} :4.75±2.06), kadınların (n=47, \bar{X} :4.36±2.26), sağlık meslek lisesi mezunu olanların (n=27, \bar{X} :4.24±2.4), hemşirelikte toplam çalışma sũresi 7 ay-1 yıl arasında olanların (n=8, \bar{X} :4.5±2.72), yatan hasta katındaki çalışma sũresi 4 ay-1 yıl olanların (n=11, \bar{X} :4.63±2.15) ve yatan hasta katındaki gũrevi ekip lideri olanların (n=11, \bar{X} :5.27±2.28) uygulama puan ortalamasının diğer gruplardan yũksek olduğu, genel olarak uygulama puan ortalamalarının ise, orta dũzeyde olduğu bulunmuştur.

Ancak bu çalışmada, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine gũre gruplar arasındaki bilgi puan ortalamaları ve uygulama puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.6.2. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Göre İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler		Bilgi Puan Ortalamaları			Test Değeri	p	Uygulama Puan Ortalamaları			Test Değeri	p
		$\bar{X}(\pm SS)$	Min	Max			$\bar{X}(\pm SS)$	Min	Max		
Hemşirelikte Çalıştığı Süre Boyunca Stomalı Bireye Bakım Verme Durumu	Bakım Vermiş	28.0(± 6.5)	1	39	z=-0.892	0.373	4.12(± 2.22)	1	9	z=-0.217	0.828
	Bakım Vermemiş	30.5(± 5.97)	22	36							
İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Eğitim Alma Durumu	Eğitim Almış	28.25(± 7.42)	1	39	z=-1.126	0.260	4.68(± 2.16)	1	9	z=-2.1417	0.016
	Eğitim Almamış	28.22(± 4.43)	22	37							
İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Güncel Bilgiyi Takip Etme Durumu	Takip Ediyor	30.94(± 5.86)	14	39	z=-2.487	0.013	5.17(± 2.35)	1	8	z=-2.216	0.027
	Takip Etmiyor	27.22(± 6.42)	1	37							

z: Mann-Whitney U testi; Kw χ^2 : Kruskal Wallis Veri Analizi Testi

Tablo 4.6.2, hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılmasını içermektedir.

Hemşirelerin bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelikte çalıştığı süre boyunca stomalı bireye bakım vermeyenlerin (n=4, \bar{X} :30.5 \pm 5.97), intestinal stoma bakımı ile ilgili eğitim alanların (n=35, \bar{X} :28.25 \pm 7.42) ve intestinal stoma bakımı ile ilgili güncel bilgiyi takip edenlerin (n=17, \bar{X} :30.94 \pm 5.86) bilgi puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu, genel olarak bilgi puan ortalamalarının ise, orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin, meslekte çalıştığı süre boyunca stomalı bireye bakım verme durumu, intestinal stoma bakımına ilişkin eğitim alma ve güncel bilgiyi takip etme durumu gibi özelliklerine göre bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yalnızca hemşirelerin güncel bilgiyi takip etme durumuna göre grupların bilgi puan ortalamaları arasında fark bulunmuştur (p= 0.013).

Hemşirelerin uygulama puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelikte çalıştığı süre boyunca stomalı bireye bakım verenlerin (n=58, \bar{X} :4.12 \pm 2.22), intestinal stoma

bakımı ile ilgili eğitim alanların (n=35, \bar{X} :4.68±2.16) ve güncel bilgiyi takip edenlerin (n=17, \bar{X} :5.17±2.35) uygulama puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu, genel olarak uygulama puan ortalamalarının ise, orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin, meslekte çalıştığı süre boyunca stomalı bireye bakım verme durumu, intestinal stoma bakımına ilişkin eğitim alma ve güncel bilgiyi takip etme durumu gibi özelliklerine göre uygulama puan ortalamaları karşılaştırıldığında, intestinal stoma bakımına ilişkin eğitim alma ve güncel bilgiyi takip etme durumlarına göre grupların uygulama puan ortalamaları arasında fark bulunmuştur (sırasıyla: p= 0.016, p= 0.027).



5. TARTIŞMA

Bu araştırma, hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulamalarının incelenmesi amacıyla, özel bir sağlık grubunun İstanbul'daki iki hastanesinde, intestinal stomalı bireylere bakım veren hemşirelerin katılımı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Dünyada ülkelerin bildirdiği intestinal stomalı birey sayıları (12-14) ve intestinal stoması olan bireylerle yapılan araştırma sonuçları (114-120, 135-138, 140, 149) dikkate alındığında, bireylerin stomaya uyumunda ve etkin stoma bakımı sağlayabilmelerinde profesyonel hemşirelik yaklaşımının gerekli olduğu görülmektedir.

İntestinal stoma bakımı ve hasta eğitimi, temel hemşirelik müfredatı konuları içinde yer almaktadır. Hemşirelerin servislerde intestinal stomalı bireylerle sık karşılaşmaları, intestinal stoma bakımı ve hasta eğitime ilişkin güncel ve yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalarını gerektirmektedir. Ülkemizde hemşirelerin bu konudaki bilgi ve becerilerini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (48-50).

Yarısından fazlasının hemşirelikte (%64.5) ve intestinal stomalı bireylere bakım verilen yatan hasta katındaki (%62.9) çalışma süresi 2-5 yıl olan, çoğunluğu (%88.6) 30 yaşın altında, yaş ortalaması açısından genç (24.46 ± 4.41) ve kadın olan (%75.8), en fazla oranlarla (%45.2) lisans mezunu ve sağlık meslek lisesi mezunu olan (%40.3) hemşirelerin (n=62) katılımı ile gerçekleştirilen bu araştırmanın sonuçları, aşağıdaki üç başlık altında tartışılmıştır (Tablo 4.1).

5.1. Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulama ifadelerine verdikleri yanıtların ve bilgi ve uygulama puan ortalamalarının tartışılması

5.2. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulama puan ortalamalarının tartışılması

5.3. Hemşirelerin intestinal stoma bakımı özelliklerine göre intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulama puan ortalamalarının tartışılması

5.1. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulama İfadelerine Verdikleri Yanıtların ve Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Tartışılması

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlası (n=35, %56.5) intestinal stoma bakımına ilişkin eğitim aldığını bildirmiştir. Eğitim alan hemşirelerin yarısından fazlası ise, intestinal stoma bölgesinin değerlendirilmesi ve işaretlenmesi (%57.1) ile kolostomi irrigasyonu (%54.2) konusunda, çoğunluğu veya tamamına yakını ise, diğer tüm intestinal stoma bakımı konularında eğitim aldıklarını bildirmişlerdir. Ancak hemşirelerin stomanın değerlendirilmesi, intestinal stomanın fonksiyonu ve stoma içeriğinin özellikleri, stoma torba/adaptör sisteminin belirlenmesi, peristomal cilt problemlerinin belirlenmesi ve bakımı, bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ve peristomal cilt bakımı başlıkları altındaki bazı bakım ifadelerini ve intestinal stoma torbasının değişimi, peristomal cilt problemlerinin belirlenmesi ve bakımı ile kolostomi irrigasyonu başlıkları altındaki bazı uygulama ifadelerini yanıtlama oranlarının düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.2, Tablo 4.2.3, Tablo 4.3.1, Tablo 4.3.2). Hemşirelerin verdikleri yanıtlara göre belirlenen intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulama puan ortalamaları incelendiğinde ise; bilgi puan ortalamalarının yalnızca iki konu başlığında, uygulama puan ortalamalarının ise yalnızca bir konu başlığında diğer başlıklara göre yüksek olduğu [bilgi konu başlığında; bireylerin günlük yaşam aktiviteleri (4.16±1.57) ve peristomal cilt bakımı (1.70±0.52), uygulama konu başlığında; stoma torbasının değişimi (2.16±1.13)], genel puan ortalaması olarak incelendiğinde ise; intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi puan ortalamaları (28.24±6.45) ve uygulama puan ortalamalarının (4.09±2.23) orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5.1, Tablo 4.5.2). Bu sonuçlar, daha önce eğitim almış olan hemşirelerin stoma bakımına ilişkin yeterli bilgiye (teorik ve uygulama bilgisi) sahip olmadıklarını göstermektedir.

Bu çalışmada, hemşirelerin stoma bakım uygulamalarını yapma durumu sorgulandığında yalnızca “intestinal stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi” uygulamasının düşük oranda yapıldığını bildirmelerine rağmen (%35.5) (Tablo 4.2.4), stoma bakım uygulamaları ayrıntılı olarak belirlenerek hemşirelerin bunları çalıştıkları serviste gerçekleştirme durumları sorgulandığında (Tablo 4.4), uygulamaların çoğunluğunu gerçekleştirmedikleri, “stoma torbasının değişimi ile ilgili uygulamaları” diğer uygulamalara göre daha fazla gerçekleştirdikleri belirlenmiştir. Bu sonuçlar, stomalı bireylere hemşirelerin verdiği bakımın genellikle torba değişimi ile ilişkili uygulamalarla (torba ve adaptörün stomadan ayrılması, peristomal cilt bakımı ve

koruyucu bariyer kullanma, yeni torba ve adaptör yerleştirme) sınırlı olduğunu göstermektedir.

Ayrıca araştırmada, hemşirelerin kolostomi irrigasyonu ile ilgili bilgi puan ortalamaları ve uygulama puan ortalamalarının ve kolostomi irrigasyonunu servislerde gerçekleştirme durumlarının, diğer bakım uygulamalarına gore duşuk olduğu saptanmıştır. Temel amacı bağırsak boşaltımının duzenlenmesi, gaz ve dışkı çıkışının kontrollu sağlanması olan irrigasyon uygulamasına ilişkin araştırmanın sonucunun, hemşirelerin çeşitli stoma torba sistemlerini ve bakım ürünlerini kullanması nedeniyle olabileceğini duşdurmesine rağmen, hemşirelik uygulamalarının yukarıda belirtildiği gibi en fazla stoma torbasının değişimi ile ilgili uygulamaları içerdiği de bilinmektedir (Tablo 4.4, Tablo 4.5.1, Tablo 4.5.2). Araştırmanın kolostomi irrigasyonu ile ilgili sonucu Duruk'un 2007 yılında yaptığı çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir (48). Aynı çalışmada, hemşirelerin kolostomi irrigasyonu ile ilgili önermeleri yanlış yanıtlama/bilmeme oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

İntestinal stomalı bireylerle yapılan araştırmalarda, bireylerin peristomal cilt problemleri ve cilt bakımı, günlük yaşam aktiviteleri, psikososyal ve cinsel yaşam ile ilgili konularda problem yaşadıkları bildirilmiştir (108-112, 114-120, 135-138, 140, 146, 147, 149). alışmalara göre, problemlerin nedenlerini; bireylerin bu konularda yeterli bilgisinin olmaması ve hemşirelerden destek alamamaları oluşturmaktadır. Bu çalışmada da hemşirelerin daha az bildikleri konuların ve daha az gerçekleştirdikleri uygulamaların çalışma sonuçlarıyla benzer olması, ayrıca çalışmanın yapıldığı hastanelerde mezuniyet sonrası hemşirelik eğitim konuları arasında intestinal stoma bakımının sınırlı olması, hemşirelerin stoma bakımına ilişkin konularda güncel bilgiyi içeren hizmet içi eğitim ihtiyaçlarının bulunduğunu göstermektedir. Ülkemizde 2011 yılında güncellenen Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği'nde, hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik bakımı vermesi gerektiği bildirilmiştir (148). Bu nedenle hemşirelere verilen eğitimin, konu hakkında güncel bilimsel bilgiyi (teorik ve uygulama bilgisi) içermesi yanında, hemşirelerin bu bilgiyi uygulama durumlarının da değerlendirilmesi gerekmektedir.

Araştırmanın bilgi ve uygulama puan ortalamaları ile ilgili sonuçları, H1 ve H2 hipotezlerini desteklememektedir (**H1:** Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi puan ortalamaları yüksektir; **H2:** Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin uygulama puan ortalamaları yüksektir).

5.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Tartışılması

Bu araştırmada, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre bilgi puan ortalaması en düşük önlisans mezunu olanlarda saptanmış, eğitim durumu özelliği açısından en yüksek ise yüksek lisans eğitim düzeyinde olanlarda bulunmuştur. En düşük uygulama puan ortalaması yatan hasta katında çalışma süresi özelliği açısından servise yeni başlayanlarda (3.ay) saptanırken, yine aynı özellik açısından en yüksek, 4 ay-1 yıl arası deneyime sahip olanlarda bulunmuştur. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre bilgi puan ortalamaları ve uygulama puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu bu çalışmada, tanıtıcı özelliklerin bilgi ve uygulama puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır (Tablo 4.6.1) ($p>0.05$).

Literatürde hemşirelerin yaş, cinsiyet, meslekte ve serviste çalışma süreleri ile öğrenim durumlarının, intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi düzeyi ve uygulama becerilerini etkilemediğini bildiren benzer sonuçlara sahip çalışmalar bulunmaktadır (46, 49, 141, 150). Bagheri ve Sharifan'ın 2016 yılında genel cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi düzeylerini incelediği çalışmalarında, hemşirelerin yaşlarının, meslekte ve serviste çalışma sürelerinin bilgi düzeylerini etkilemediği (46), Can'ın 1994 yılında kolostomili bireylere bakım veren hemşirelerin bilgi düzeylerini incelediği çalışmasında, hemşirelerin meslekte ve servislerde çalışma sürelerinin kolostomi bakımına ilişkin bilgilerini etkilemediği (49), Hashem ve El- Sayed Abusaad'ın 2016 yılında intestinal stoması olan pediatrik hastalara bakım veren 35 hemşirenin bilgi düzeyi ve uygulama becerilerini incelediği çalışmalarında, hemşirelerin yaşlarının, meslekte ve serviste çalışma sürelerinin, bilgi düzeyi ve uygulama becerilerini etkilemediği (141), Lebona ve arkadaşlarının 2016 yılında hemşire ve öğrenci hemşirelerin kolostomi bakımına ilişkin bilgilerini incelediği çalışmasında da, hemşirelerin yaş, cinsiyet, meslekte ve serviste çalışma süreleri ile öğrenim durumlarının, kolostomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerini etkilemediği bulunmuştur (150).

Ancak literatürde, hemşirelerin eğitim düzeyinin, meslekte ve servisteki çalışma sürelerinin, bilgi ve uygulamalarını etkilediğini bildiren çalışma sonuçları da bulunmaktadır (42, 43, 45, 48, 49, 141). Can'ın 1994 yılında yaptığı çalışmasında, hemşirelik yükseköğretim mezunu olanların kolostomi bakımı ile ilgili bilgi puan ortalamalarının, sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu olan hemşirelerden daha yüksek olduğu, bu sonucun sağlık meslek liselerinde yeterli eğitim verilmemesi ve

hemşirelerin edindiği bilgileri zamanla unutmaları nedenleriyle olduğu bildirilmiştir (49). Duruk'un 2007 yılında intestinal stomalı bireylere bakım veren hemşirelerin bilgi düzeylerini incelediği çalışmasında da meslekte ve serviste çalışma sürelerinin hemşirelerin stoma bakımı ile ilgili bilgi düzeyi ve uygulama becerilerini etkilediği (arttırdığı) bildirilmiştir (48). Gemmill ve Kravits'in 2011 yılında kolorektal kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin stoma bakımı ile ilgili bilgilerini incelediği çalışmalarında, hemşirelerin servislerdeki çalışma sürelerinin bilgi düzeylerini etkilediği (arttırdığı) (43), Cross ve arkadaşlarının 2014 yılında stomalı hastalara bakım veren 576 hemşirenin bilgi düzeyleri ve uygulama becerilerini incelediği çalışmalarında, hemşirelerin meslekte çalışma sürelerinin bilgi ve uygulamalarını etkilediği (arttırdığı) (45), Hashem ve El- Sayed Abusaad'ın 2016 yılındaki çalışmalarında, hemşirelik fakültesinden mezun olanların (lisans eğitim düzeyi) bilgi düzeylerinin ve uygulama becerilerinin diğer eğitim düzeylerine göre daha iyi olduğu, servisteki görevin hemşirelerin bilgi düzeyi ve uygulama becerilerini etkilediği, süpervizör hemşirelerin diğer hemşirelere göre intestinal stoma bakımı ile ilgili bilgi düzeyi ve uygulamalarının daha iyi olduğu bulunmuştur (141). Cobb ve arkadaşlarının 2015 yılında kolostomi irrigasyonu yapan hemşirelerin bilgi ve uygulamalarını inceleyen çalışmalarında da, hemşirelerin meslekte çalışma sürelerinin, irrigasyonu gerçekleştirmelerini ve bu konudaki hasta eğitimlerini etkilediği bildirilmiştir (42).

Bu çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyi ile ilgili sonuçları, eğitimin hemşirelerin bilgi düzeylerini arttırdığını göstermekle birlikte, yarısına yakını lisans mezunu olan hemşirelerin (n=28, %45.2), intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulama ifadelerinden bazılarını veya tamamını düşük oranda doğru yanıtladıkları da bulunmuştur (Tablo 4.1, Tablo 4.3.1, Tablo 4.3.2).

Araştırmanın servislerdeki deneyimle ilgili sonuçları ise, özellikle mezuniyet sonrası servise yeni başlayanların, uygulamaya ve hastalara henüz uyum sağlamaya çalışmalarının, uygulamalarını olumsuz etkilediğini, servise adapte olduktan sonra (4 ay-1 yıl süre) ise, mezuniyet öncesi aldıkları eğitimi uygulamaya aktarabildiklerini düşündürmekle birlikte, yarısından fazlası meslekte (n=40, %64.5) ve serviste (n=39, %62.9) en az 2 yıldır çalışan hemşirelerin, intestinal stoma bakım uygulamalarının çoğunluğunu yapmadıkları saptanmıştır (Tablo 4.1, Tablo 4.4).

Araştırmanın bu sonuçları, hemşirelerin mezuniyet öncesi verilen intestinal stoma bakımı eğitimine ilişkin bilgi ve becerilerinin sınırlı olduğunu, bu alandaki bilgi ve uygulamaların gelişimi de dikkate alınarak periyodik ve güncel eğitime

gereksinimleri olduğunu, yeni mezun hemşirelerin servislere uyum eğitimlerinin ve bu süreçte desteklenmelerinin önemini de göstermektedir.

Araştırmanın bilgi ve uygulama puan ortalamaları ile ilgili sonuçları, H3 ve H4 hipotezlerini desteklememektedir (**H3**: Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi puan ortalamaları farklıdır; **H4**: Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre intestinal stoma bakımına ilişkin uygulama puan ortalamaları farklıdır).



5.3. Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımı Özelliklerine Göre İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Tartışılması

Bu araştırmada, hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin tanıtıcı özelliklerine (stomalı bireye bakım verme durumu, stoma bakımına ilişkin eğitim alma ve güncel bilgiyi takip etme durumu) göre bilgi ve uygulama puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu (Tablo 4.6.2), hemşirelerin çoğunluğunun güncel bilgiyi takip etmediği (n=45, %72.6), güncel bilgiyi takip ettiğini bildiren hemşirelerin, takip ettikleri bilgi kaynaklarını sırası ile bu konudaki yayınlar (makale, kitap gibi) (n=12, %70.5), dinleyici (n=9, %52.9) ve aktif olarak (n=2, %11.7) olarak katıldıkları bilimsel toplantılar olarak bildirdikleri saptanmıştır (Tablo 4.2.6). Ayrıca güncel bilgiyi takip ettiğini bildiren hemşirelerin oranlarının düşük olmasına rağmen (n=17, %27.4) (Tablo 4.2.6), bu hemşirelerin bilgi (30.94±5.56) ve uygulama (5.17±2.35) puan ortalamalarının takip etmeyenlere göre yüksek olduğu; güncel bilgiyi takip etme özelliğine göre grupların bilgi ve uygulama puan ortalamaları arasında fark olduğu bulunmuştur (sırasıyla; p= 0.013, p= 0.027) (Tablo 4.6.2). Araştırmanın bu sonuçları, hemşirelerin güncel bilgiyi takip etmelerinin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi düzeylerini ve uygulama becerilerini arttırdığını göstermektedir. Ancak, ülkemizde, intestinal stoma bakımı konusu ile ilgili güncel bilgiyi içeren eğitim ve bilimsel faaliyetlerin sık ve düzenli olarak yapılmasına rağmen, oldukça sınırlı sayıda hemşirenin bu faaliyetlere katıldığını bildirmesi, hemşirelerin mezuniyet sonrası eğitim ve bilimsel faaliyetlere katılım için teşvik edilmeleri gerektiğini göstermektedir.

Araştırmanın bu sonuçları, Duruk'un 2007 yılında yaptığı çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (48). Genel cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgilerinin incelendiği bu çalışmada, hemşirelerin güncel bilgiyi takip etme oranlarının oldukça düşük olduğu (n=4, %4.2), yayın takip ettiğini bildirenlerin intestinal stoma bakımı ile ilgili doğru yanıt ortalamalarının yüksek olduğu ve güncel bilgiyi takip etme durumunun hemşirelerin stoma bakımına ilişkin bilgilerini etkilediği (arttırdığı) bildirilmiştir. Aynı çalışmada, hemşirelerin bilimsel faaliyetlere katılımlarının sınırlı olmasının, bu konudaki gelişmelere verdikleri önemin az olduğunun göstergesi olduğu da vurgulanmıştır.

Bu araştırmada, hemşirelerin yarısından fazlası stoma bakımına ilişkin eğitim aldığını (n=35, %56.5) bildirmiş, ancak intestinal stoma bakımı ile ilgili bilgi ve uygulama ifadelerinden bazılarını doğru yanıtlama oranlarının düşük olduğu (Tablo 4.2.2, Tablo 4.3.1, Tablo 4.3.2), hemşirelerin eğitim alma durumunun bilgi puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.6.2).

Araştırmanın bu sonucu Hashem ve El-Sayed Abusaad'ın 2016 yılında yaptıkları çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir (141). İntestinal stoması olan pediatrik hastalara bakım veren 35 hemşirenin katılımı ile yapılan çalışmada, hemşirelerin intestinal stoma bakımı ile ilgili eğitim alma durumları ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığını bildirilmiştir. Aynı çalışmada, lisans eğitim müfredatında intestinal stoma bilgi ve becerilerinin yer alması, mezuniyet sonrası hemşirelerin bilgilerinin güncellemesi önerilmiştir.

Bu çalışmadan farklı olarak Duruk (48) ve Can (49) alışma sonuçları bulunmaktadır. Duruk'un çalışmasında, hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgileri incelenmiş ve stoma bakımı ile ilgili eğitim almanın hemşirelerin bilgi düzeylerini etkilediği (arttırdığı), Can'ın çalışmasında ise, kolostomi bakımı ile ilgili eğitim almanın hemşirelerin bilgi düzeylerini etkilediği (arttırdığı) saptanmıştır.

Bu çalışmada, hemşirelerin stoma bakım eğitimi alma durumlarının uygulama puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur ($p= 0.016$) (Tablo 4.6.2).

Literatüde, benzer sonuçlara sahip çalışmalar bulunmaktadır (42, 45, 141). Cobb ve arkadaşlarının 2015 yılındaki çalışmalarında, hemşirelerin kolostomi irrigasyonu uygulamalarının ve bunu bireylere öğretmelerinin, konu ile ilgili aldıkları eğitimden etkilendiği (42), Cross ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları çalışmada, hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin eğitim almalarının, uygulamalarını etkilediği (arttırdığı) (45), Hashem ve El-Sayed Abusaad'ın 2016 yılındaki çalışmalarında da, hemşirelerin intestinal stoma bakımı ile ilgili eğitim alma durumları ile uygulama becerileri arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (141).

Bu çalışmada hemşirelerin eğitim alanların uygulama puan ortalamasının yüksek olmasına rağmen (4.68 ± 2.16), intestinal stoma bakımına ilişkin ifadelerin çoğunluğunu uygulamamaları, aldıkları eğitimi intestinal stomalı bireyin bakımında oldukça sınırlı kullandıklarını göstermektedir (Tablo 4.4, Tablo 4.6.2).

Bu araştırmada stoma bakımına ilişkin eğitim aldığını bildiren hemşirelerin, bu eğitimi sırası ile servislerde genel cerrahi vaka yönetici hemşiresinden (n=20, %32.3), mezuniyet öncesi mesleki eğitim (n=14, %22.6) ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim (n=15, %24.2) sırasında aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.2.2). İntestinal stoma bakımı, Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programına göre (HUÇEP), temel hemşirelik eğitiminde kolostomi ve ileostomi bakımı verme becerileri olarak yer almaktadır (142). Ayrıca, ülkemizde intestinal stoma bakımına özgü bilgi ve beceri, özel bir hemşirelik alanı olan stoma terapi ve yara bakım hemşireliği alanı içinde giderek artmakta ve güncellenmektedir (33, 102). Buna rağmen, hemşirelerin yarısına yakınının mezuniyet öncesi eğitim aldığını bildirmediği, bildirenlerin ise, oldukça sınırlı bilgi ve beceriye sahip oldukları bulunmuştur. Ayrıca bu araştırmanın yapıldığı hastanelerde mezuniyet sonrası intestinal stoma ile ilgili hizmet içi eğitimin sınırlı olması, hastanede yalnızca bir stoma bakım hemşiresinin bulunması ve servislerde deneyimli genel cerrahi vaka yönetici hemşirelerinin bakıma gerekli olduğunda rehberlik etmeleri, hemşirelerin mezuniyet sonrası eğitim ihtiyacının bulunduğunu ve ihtiyacın yeterli karşılanmadığını göstermektedir.

Bu çalışmada, hemşirelerin çoğunluğunun (n=58, %93.5) meslekte çalıştığı süre boyunca stomalı bireye bakım verdiği (Tablo 4.2.1), bakım verdiğini bildirenlerin uygulama puan ortalamalarının vermeyenlere göre yüksek (ancak orta düzeyde) olmasına rağmen (4.12±2.22), stomalı bireye bakım verme durumunun hemşirelerin bilgi ve uygulama puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur (Tablo 4.6.2) (p>0.05). Bu sonuç, hemşirelerin önceki deneyimlerinin de, bu araştırmada saptandığı gibi, çoğunlukla stoma torbası değişimi ile sınırlı olduğunu düşündürmektedir (Tablo 4.4).

Araştırmada hemşireler, stoma bakımını stoma bakım hemşiresinin (n=45, %72.6) ve genel cerrahi vaka yönetici hemşiresinin (n=35, %56.5) yapması gerektiğini bildirmişlerdir (Tablo 4.2.1). Araştırmada, hemşirelerin stomalı bireye 24 saat bakım vermelerine rağmen, stoma bakımından stoma bakım hemşiresinin sorumlu olması gerektiğini yüksek oranda bildirmeleri (n=45, %72.6) (Tablo 4.2.1), servis hemşirelerinin stoma bakımına ilişkin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıklarını ve bu konuda yetişmiş insan gücüne gereksinim olduğunu düşündüklerini göstermektedir. Araştırmanın bu sonucu Duruk'un çalışma sonucu ile kısmen benzerlik göstermektedir. Duruk'un çalışmasında hemşireler, stoma bakımından sorumlu olarak en yüksek oranla hekimi gösterirken, ikinci sırada stoma bakım hemşiresini göstermişlerdir (48).

Bu araştırmada, intestinal stomalı birey ve yakınlarına eğitim verdiğini bildiren hemşirelerin (n=60) (Tablo 4.2.4) yalnızca yarısına yakını (%45, n=27) eğitimin içerdiği konuları bildirmişlerdir. Ayrıca, bu hemşirelerin çoğunluğunun, "torba ve "adaptör değişimi" konuları dışındaki diğer konularda, eğitim vermediği de saptanmıştır (Tablo 4.2.5). Araştırmada, hemşirelerin yarısından fazlasının verdikleri eğitimin konularını bildirmemesi, hemşirelerin eğitim verip vermedikleri konusunda çelişki oluştururken, intestinal stomalı birey ve yakınlarına verdikleri eğitimin oldukça sınırlı olduğunu da gostermektedir.

Eğitim, stomalı birey ve ailesinin bakıma ilişkin bilgi ve becerisini etkileyen önemli bir hemşirelik fonksiyonudur (34). Literatüre ve ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında, stomalı birey ve yakınlarına verilen ve ameliyat öncesi ve sonrası dönemi kapsayan hasta eğitiminin, bireylerin ve yakınlarının bilgi düzeylerini ve yaşam kalitelerinin arttığı, hastanede kalış suresini, stomaya ilişkin komplikasyonları, fizyolojik, psikolojik ve cinsel problemleri azalttığı bildirilmiştir (39, 41, 69-77).

Bu çalışmada hemşireler, intestinal stoma bakımında "hemşirenin sorumlulukları" arasında "intestinal stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi"ni düşük oranda bildirmişlerdir (%37.1) (Tablo 4.2.7). Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği'nde (148), stoma bakım hemşiresinin stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi konusundaki sorumluluğu bildirilmesine rağmen, hemşirelerin yarısından fazlasının (%62.9) bunun hemşirelik sorumluluğu olmadığını bildirmeleri, hemşirelerin stoma bakımında hemşirenin sorumluluğuna ilişkin kapsamlı eğitimlerinin bulunmadığını gostermektedir.

Araştırmanın bilgi ve uygulama puan ortalamaları sonuçları, araştırmanın H5 hipotezini güncel bilgiyi takip etme durumu özelliği açısından, H6 hipotezini hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin eğitim alma ve güncel bilgiyi takip etme durumu özelliği açısından desteklemektedir (**H5:** Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi puan ortalamaları farklıdır; **H6:** Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre intestinal stoma bakımına ilişkin uygulama puan ortalamaları farklıdır).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulamalarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan (n=62) bu araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

1. Hemşirelerin çoğunluğunun 30 yaşın altında (%88.6) ve kadın olduğu (%75.8), yarısından fazlasının meslekte (%64.5) ve yatan hasta katında (%62.9) 2-5 yıldır hemşire olarak çalıştığı (%62.9) ve yarısına yakınının (%45.2) lisans mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).
2. Hemşirelerin tamamına yakını (%93.5) intestinal stomalı bireye bakım verdiğini, ancak intestinal stomalı bireyin bakımından en fazla oranla stoma bakım hemşiresi (%72.6) ve genel cerrahi vaka yönetici hemşiresinin (%56.5) sorumlu olması gerektiğini bildirmişlerdir (Tablo 4.2.1).
3. Hemşirelerin yarısından fazlasının (%56.5) intestinal stoma bakımına ilişkin eğitim aldığı ve eğitimi en fazla oranla genel cerrahi vaka yönetici hemşiresinden aldıkları (%32.3) belirlenmiştir (Tablo 4.2.2).
4. Hemşireler en düşük oranla, intestinal kolostomi irrigasyonu (%54.2) ve intestinal stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi (%57.1) konularında eğitim aldıklarını bildirmişlerdir (Tablo 4.2.3).
5. Hemşirelerin en fazla oranla torba değişimi, boşaltımı ve stomaya ilişkin kayıt tuttukları (%100), en az oranla ise, intestinal stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi uygulamasını (%35.5) yaptıkları bulunmuştur (Tablo 4.2.4).
6. Hemşirelerin intestinal stomalı birey ve yakınlarına verdikleri eğitimin en fazla oranla torba değiştirme (%51.8) ve adaptör değiştirme (%44.4) konularını içerdiği, diğer konularda ise, eğitim vermedikleri saptanmıştır (Tablo 4.2.5).
7. Hemşirelerin güncel bilgiyi takip etme oranlarının düşük olduğu (%27.4), güncel bilgiyi takip ettiğini bildiren hemşirelerin yayın (makale, kitap gibi) takip etme oranlarının (%70.5) yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.6).
8. Hemşireler, en düşük oranla intestinal stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesini (%37.1) hemşirelik sorumluluğu olarak bildirmişlerdir (Tablo 4.2.7).

9. Hemşirelerin intestinal stoma bakımı ile ilgili bilgi ifadelerinden en fazla doğru yanıtladıkları ifadenin, "Kalın bağırsağın karın duvarına ağzlaştırılmasına kolostomi denir" (4 nolu ifade) (%98.4) olduğu, en fazla yanlış yanıtladıkları ifadenin, "Stoma ve peristomal (stoma çevresi) alanın temizliği yapılırken alkol içerikli ürünler kullanılmalıdır" (12 nolu ifade) (%79) olduğu ve en fazla bilmedikleri ifadenin ise, "Kolostomi irrigasyonu yemekten önce yapılmalıdır" (38 nolu ifade) (%35.5) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1).
10. Hemşirelerin intestinal stoma bakımı ile ilgili uygulama ifadelerinden en fazla doğru yanıtladıkları ifadenin, "Stoma torbası, adaptör yerleştirildikten sonra aşağıdan yukarı doğru adaptörle birleştirilir" (4 nolu ifade) (%93.5) olduğu, en fazla yanlış yanıtladıkları ifadenin, "Peristomal (stoma çevresi) alan, adaptör çıkartıldıktan sonra kirli bölgeden temiz bölgeye doğru silinir" (2 nolu ifade) (%50) olduğu ve en fazla bilmedikleri ifadenin ise "Kolostomi irrigasyonunda konik uç 8 cm'den fazla ilerletilmemelidir" (6 nolu ifade) (%62.9) olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.2).
11. Hemşirelerin çalıştıkları serviste en fazla oranla stoma adaptörünün yerleştirilmesi ve stoma torbası ile birleştirilmesini uyguladıkları (4 nolu ifade) (%66.1), tamamına yakınının ise, kolostomi irrigasyonunda suyun ısısını düzenleme ile ilgili uygulamayı (7 nolu ifade) (%95.2) yapmadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.4).
12. Hemşirelerin intestinal stoma bakımı ile ilgili bilgi ifadeleri toplam puan ortalamasının [28.24±6.45 (min:1, max: 39)] ve uygulama ifadeleri toplam puan ortalamasının [4.09±2.23 (min:1, max:9)] orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.1, Tablo 4.5.2).
13. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulama puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6.1).
14. Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin özelliklerinden yalnızca güncel bilgiyi takip etme durumu özelliği açısından bilgi puan ortalamalarının ($p=0.013$); hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin eğitim alma ve güncel bilgiyi takip etme durumu özellikleri açısından ise, uygulama puan ortalamalarının farklı olduğu belirlenmiştir (sırasıyla: $p=0.016$, $p=0.027$) (Tablo 4.6.2).
15. Araştırmanın sonuçları; H5 hipotezini hemşirelerin güncel bilgiyi takip etme durumu özelliği açısından, H6 hipotezini ise, hemşirelerin intestinal stoma

bakımına ilişkin eğitim alma ve güncel bilgiyi takip etme durumu özellikleri açılarından desteklemekte, diğer hipotezleri (H1, H2, H3, H4) desteklememektedir.

6.2. Öneriler

Bu araştırma sonuçları doğrultusunda, aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Hastanelerde intestinal stomalı bireylere bakım veren hemşirelere yönelik hizmet içi eğitimlerin yeterli (yalnızca torba değişimini içermemesi) ve kapsamlı (stoma bakımı, komplikasyonlar ve yönetimi, hasta ve ailesinin eğitimi) olarak planlanması ve sağlanan bakımın değerlendirilmesi,
- Hemşirelerin güncel bilgiyi takip etmelerini ve uygulamalarını geliştirmelerini sağlamak için kurs, sempozyum, seminer gibi bilimsel faaliyetlere katılımlarının desteklenmesi,
- İntestinal stomalı bireylere bakım deneyimi olmayan ve yeni mezun hemşirelerin uygulamaları konusunda desteklenmesi,
- Hastanelerde stoma bakım hemşiresi sayısının artırılması için hemşirelerin ulusal sertifika programlarına katılımlarının desteklenmesi,
- Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulamalarını etkileyen faktörlerin daha fazla hemşirenin bulunduğu örnekleme araştırılması,
- Hemşirelerin verdiği hasta eğitiminin etkinliğini inceleyen araştırmaların yapılması,
- Hemşirelerin intestinal stoma bakımı ile ilgili bilgi düzeyleri ve uygulama becerilerini incelemek için periyodik araştırmaların yapılması önerilmiştir.

7. KAYNAKLAR

- 1) Ayaz, S. Stomalı Bireylerde Hemşirenin Rolü. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 2007a. 27: 86-90.
- 2) Akyolcu, N., Kanan, N., ed. *Yara ve Stoma Bakımı*. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul; 2015. 62-94.
- 3) Akıl, Y., Alabaz, Ö., Baykara, Z.G., ve ark. İleostomi İle Yaşam. *Türk Ostomi Cerrahi Derneği Yayını Hasta Bilgilendirme Kitapçığı*. No: 1.
- 4) Akıl, Y., Alabaz, Ö., Baykara, Z.G., ve ark. Kolostomi İle Yaşam. *Türk Ostomi Cerrahi Derneği Yayını Hasta Bilgilendirme Kitapçığı*. No: 2.
- 5) Akgün, E.Z. ve Yoldaş, T. İntestinal Stomalar. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 2012. 22: 133-146.
- 6) Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Erişim Tarihi: 10.12.2017, globocan.iarc.fr.
- 7) Stewart, W.B., Wild, P.C., ed. *World Cancer Report 2014*. World Health Organization International Agency for Research on Cancer. Lyon; 2014. 19-24.
- 8) Bray, F., Dikshit, R., Eser, S., ve ark. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: Sources, Methods and Major Patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 2015. 136: 359-386.
- 9) Cancer fact & figures. *American Cancer Society*. Atlanta; 2017. Erişim Tarihi: 10.12.2017, <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2017.html>.
- 10) Keskinlikçi, B., Şencan, İ., ed. *Türkiye Kanser İstatistikleri*. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara; 2017. 19-20. Erişim Tarihi: 10.12.2017, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/495-2014-y%C4%B1l%C4%B1-t%C3%BCrkiye-kanser-istatistikleri.html>.
- 11) TÜİK 2015-16 Yılı Ölüm Nedenlerinin Dağılımı. Erişim Tarihi: 10.03.2018, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do;jsessionid=tbR6h2vKrJ4kCpGVhTZP8LKP5G6TRcJkJcd2C0Lp5dHgWvHbCdY8!-263387743?id=24572>.
- 12) Burch, J. The Pre and Postoperative Nursing Care for Patients with a Stoma. *British Journal Of Nursing*, 2005a. 4 (6): 310-318.
- 13) Pittman, J. Characteristics of The Patient with an Ostomy. *Journal of Wound Ostomy Continence Nurses*, 2011. 38 (3): 271-279.

- 14) Figen, E. ve Vural. F. Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2012. 3: 1-14.
- 15) Ostomy Care and Management. *Clinical Best Practice Guidelines*. Canada; 2009. 8-10. Erişim Tarihi: 10.11.2017, http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Ostomy_Care__Management.pdf.
- 16) Damle, N.R. *Clinical and Financial Impact of Hospital Readmissions Following Colorectal Resection: Predictors, Outcomes, and Costs: A Thesis*. Massachusetts, University of Massachusetts Medical School, 2014.
- 17) Al-Refaie, W.B., Hechenbleikner, E.M., Hong, Y., ve ark. Do Hospital Factors Impact Readmissions and Mortality After Colorectal Resections At Minority-Serving Hospitals. *Surgery*, 2017. 161 (3): 846–854.
- 18) Bliss, A.L., Maguire, L., Chau, Z., ve ark. Readmission After Resections of The Colon and Rectum: Predictors of a Costly and Common Outcome. *Diseases of Colon and Rectum*, 2015. 58 (12): 1164–1173.
- 19) Campbell, A.D. ve Fritze, D. Hospital Readmissions After Colectomy: a Population-Based Study. *Journal of American College of Surgeons*, 2013. 217 (6): 1-15.
- 20) Greenblatt, D. Y. ve Liou, J.I. Readmission After Colectomy for Cancer Predicts One-Year Mortality. *Annals of Surgery*, 2010. 251 (4): 659–669.
- 21) Argenta, P.A. ve Glasgow, M.A. Postoperative Readmissions Following Ileostomy Formation Among Patients with a Gynecologic Malignancy. *Gynecologic Oncology*, 2014. 134 (3): 561–565.
- 22) Charlson, M.E., Fish, D.R., Garcia-Aguliar, J.E., ve ark. Readmission After Ileostomy Creation: Retrospective Review of a Common and Significant Event. *Annals of Surgery*, 2017. 265 (2): 379–387.
- 23) Alves-Ferreira, P.C. ve Campos-Lobato, F.de L. What Are The Risk Factor Ileostomy. *Journal Of Coloproctology*, 2013. 33 (4): 203-209.
- 24) Macafee, D.A.L. ve Scholefield, J.H. Hospital Costs of Colorectal Cancer Care. *Clinical Medicine: Oncology*, 2009. 3: 27–37.
- 25) Elixhauser, A. ve Steiner, C. Readmissions to U.S. Hospitals by Procedure, 2010. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 2013. 1-17.
- 26) Shore, A. ve Hirose, K. *Hospital Readmissions After Colon Surgery Common. Costly and Preventable*, 2011. Erişim Tarihi: 29.03.2018,

https://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/hospital_readmissions_after_colon_surgery_common_costly_and_preventable.

- 27) Igbal, A. ve Raza, A. Cost Effectiveness of a Novel Attempt to Reduce Readmission After Ileostomy Creation. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 2017. 27 (1): 1-10.
- 28) Addis, G. The Effect of Home Visits After Discharge on Patients Who Have Had an Ileostomy or a Colostomy. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 2003. 231: 26-33.
- 29) Pringle, W. ve Swan, E. Continuing Care After Discharge From Hospital for Stoma Patients. *British Journal of Nursing*, 2001. 10: 1275-1288.
- 30) Agarwala, S. ve Dabas, H. Video Teaching Program on Management of Colostomy: Evaluation of Its Impact on Caregivers. *Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons*, 2016. 21 (2): 54-56.
- 31) Dai-Zhen, C. ve Huang, P. The Application of Multimedia Messaging Services Via Mobile Phones of Support Outpatients: Home Nursing Guidance for Pediatric Intestinal Colostomy Complications. *Chinese Nursing Research*, 2015. 2: 9-11.
- 32) Huang, M.R. ve Li, Q. Effects of Enterostomal Nurse Telephone Follow-up on Postoperative Adjustment of Discharged Colostomy Patients. *Cancer Nursing*, 2013. 36 (6): 419-428.
- 33) Karadağ, A. Stomaterapi Ünitelerinin ve Stoma Bakım Hemşiresinin Kolorektal Cerrahideki Yeri ve Önemi. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 2007a. 17: 46-52.
- 34) Hemşirelik Kanunu, 2007. Erişim Tarihi: 13.03.2017, http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_kan/hemsirelik_kanunu.pdf.
- 35) Wade, B.E. Colostomi Patients, Psychological Adjustment At 10 Weeks and One Year After Surgery in Districts Which Employed Stoma Care Nurses and Districts Which Did Not. *Journal of Advanced Nursing*, 1990. 15: 1297-1304.
- 36) Geelkerken, R.H. ve Gooszen, H.G. Quality of Life with a Temporary Stoma. *Diseases of Colon and Rectum*, 2000. 43: 650-665.
- 37) Black, P. Psychological, Sexual and Cultural Issues for Patients with a Stoma, *British Journal Of Nursing*, 2004. 13 (12): 692-697.

- 38) Tüzer, H. *Abdominal Stomalı Hastaların Stoma Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*. Ankara, Türkiye Cumhuriyeti Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, 2007.
- 39) Çavdar, İ. *Kolostomili Hastaların Kolostomilerine Uyumlarında Hemşirelik Eğitiminin Etkinliği*. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, 1999.
- 40) Ayaz, S. ve İrkörücü, O. Impact of Stomaterapy on Quality of Life in Patients with Permanent Colostomies or Ileostomies. *International Journal of Colorectal Disease*, 2003. 18 (3): 234-238.
- 41) Çulha, İ. *Hemşirelik Eğitiminin Kolostomi ve İleostomi Açılan Hastalarda Öz-Bakım Gücüne Olan Etkisinin Değerlendirilmesi*. Eskişehir, Türkiye Cumhuriyeti Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2014.
- 42) Cobb, M.D. ve Grant, M. Colostomy Irrigation: Current Knowledge and Practice of WOC Nurses. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2015. 42 (1): 65-70.
- 43) Gemmill, R. ve Kravits, K. What Do Surgical Oncology Staff Nurses Know About Colorectal Cancer Ostomy Care? *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 2011. 42 (2): 81-88.
- 44) Batool, Z. ve Bowley, D. A Survey to Assess Knowledge Among International Colorectal Clinicians and Enterostomal Therapy Nurses About Stoma-Related Faith Needs of Muslim Patients. *Ostomy Wound Management*, 2014. 60 (5): 28-37.
- 45) Cross, H.H. ve Roe, C.A. Staff Nurse Confidence in Their Skills and Knowledge and Barriers to Caring for Patients with Ostomies. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2014. 41 (6): 560-565.
- 46) Bagheri, M. ve Sharifan, P. Nurses' Knowledge About Fecal Intestinal Ostomies's Care: A Cross-Sectional Study. *Journal of Chronic Diseases Care*. 2016. 1-6.
- 47) De Paula, M.G.B. ve Dos Santos, L.F. Knowledge of Undergraduate Nursing Course Teachers on The Prevention and Care of Peristomal Skin. *Journal of Coloproctology*, 2014. 34 (4): 224-230.

- 48) Duruk, N. *Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgileri*. Ankara, Türkiye Cumhuriyeti Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Programı Yüksek Lisans Tezi, 2007.
- 49) Can, M. *Kolostomili Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi*. İzmir, Türkiye Cumhuriyeti Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 1994.
- 50) İlhan, T. ve Törüner-Kılıçarslan, E. Assesment of Knowledge and Skills of Neonatal Nurses on Peristomal Skin Care. *Journal of Neonatal Nursing*, 2015. 21 (1): 18-25.
- 51) Eti-Aslan, F., Karadakovan, A., ed. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Geliştirilmiş 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi: İstanbul; 2011. 735-746.
- 52) Hopper, P.D., Williams, L.S., ed. *Understanding Medical Surgical Nursing*. Fifth Edition. F.A. Davis Company: Philadelphia; 2015. 687-690.
- 53) Bare, B.G., O'Connell Smeltzer, S.C., ed. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 10th Edition. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia; 2003. 940-941.
- 54) Seeley, R., Stephens, T., Tate, P. *Anatomy and Physiology*. Sixth Edition. The McGraw-Hill Education New York; 2004.
- 55) Akgün, M., Erdim, A., Şelimen, D. *Stoma Bakımı*. Marmara Üniversitesi Teknik Eğitim Fakültesi Döner Sermaye İşletmesi Matbaa Birimi: İstanbul; 1998. 3-75.
- 56) Burch, J. Essential Care for Patients with Stomas. *Nursing Times*, 2011a. 107 (45): 12-14.
- 57) Perry, A.G., Potter, P.A. *Stoma Care*. Clinical Nursing Skills & Techniques. Fifth Edition. Mosby: St. Louis; 2002. 765-770.
- 58) Mutlu, S. *Kalıcı Abdominal Stomalı Hastalarda Beden İmajı Değişiminin Yaşam Kalitesine Etkisi*. İstanbul, Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- 59) Hatipoğlu, S. *Stomaların Tarihi Gelişimi*, Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu. Özar Matbaacılık: İstanbul; 1997. 5-7.
- 60) Yamaner, Y.S., Kalaycı, G (Ed). *Stoma, Stoma Komplikasyonları ve Bakımı*, Genel Cerrahi. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul; 2002. 1453-1470.

- 61) Akçam, T., Alabaz, Ö. İntestinal Stomalar. Erişim Tarihi: 11.02.2017, docplayer.biz.tr/10572589-Intestinal-stomalar-genel-bilgiler-ve-tarihce.html.
- 62) Ayaz, S. Stomalı Bireylerin Cinsel Sorunlarının Çözümünde Plissit Modelinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Ankara, Türkiye Cumhuriyeti Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Tezi, 2007b.
- 63) Black, P. Practical Stoma Care. *Nursing Standard*, 2000. 14 (41): 47-53.
- 64) Burch, J. Stoma Management: Enhancing Stoma Management. *British Journal of Community Nursing*, 2011b. 16 (4): 162-166.
- 65) Doubleman, J. Colostomy, Ileostomy, Urostomy. *Wound Care Advisor*, 2013. 2 (2): 31-36.
- 66) Toth, E.P. *Ostomi Bakımı Seminer Notları*, Koç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi Sanerc. İstanbul; 2002.
- 67) Burch, J. Psychological Problems and Stomas: A Rough Guide for Community Nurses. *British Journal of Community Nursing*, 2005b: 10 (5): 224-227.
- 68) Readding, L.A. Hospital to Home: Smoothing The Journey for The New Ostomist. *British Journal of Nursing*, 2005. 14 (16): 16-20.
- 69) Faury, S. ve Foucaud, J. Patient Education Interventions for Colorectal Cancer Patients with Stoma: A Systematic Review. *Patient Education and Counselling*, 2017. 100 (10): 1807-1819.
- 70) Erichsen, C. ve Forsmo, H.M. Pre and Postoperative Stoma Education and Guidance within an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Programme Reduces Length Of Hospital Stay in Colorectal Surgery. *International Journal of Surgery*, 2016. 36: 121-126.
- 71) Abraham, L., Bealer, C., Follett, S., ve ark. Institution of A Preoperative Stoma Education Group Class Decreases Rate of Peristomal Complications in New Stoma Patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2017. 44 (4): 363-367.
- 72) Bionda, S. ve Garcia-Granero, E. Preoperative Stoma Siting and Education By Stomatherapists of Colorectal Cancer Patients: A Descriptive Study in Twelve Spanish Colorectal Surgical Units. *Colorectal Disease*, 2010. 12 (7): 88-92.
- 73) Gulbiniene, J. ve Markeslis, R. The Impact of Preoperative Stoma Siting and Stoma Care Education on Patient's Quality of Life. *Medicina (Kaunas)*, 2004. 40 (11): 1045-1053.

- 74) Abcarian, H. ve Bass, E.M. Does Preoperative Stoma Marking and Education By The Enterostomal Therapist Affect Outcome? *Diseases of Colon and Rectum*, 1997. 40 (4): 440-442.
- 75) Burcarth, J. ve Danielsen, A.K. Patient Education Has a Positive Effect in Patients with a Stoma: A Systematic Review. *Colorectal Diseases*, 2013. 15 (6): 276-283.
- 76) Brown, L. ve Chaudhri, S. Preoperative Intensive, Community-Based vs. Traditional Stoma Education: A Randomized, Controlled Trial. *Diseases of Colon and Rectum*, 2005. 48 (3): 504-509.
- 77) Kadam, A. ve Shinde, M.B. Effectiveness of Structured Education on Caregiver's Knowledge and Attitude Regarding Colostomy Care. *International Journal of Science and Research*, 2014. 3 (4): 586-593.
- 78) Karadağ, A. Bağırsak Stoması Açılan Hastalarda Hemşirelik Bakımı. *Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi*, 2004. 14 (1): 26-31.
- 79) Karadağ, A. *Stomalı Bireyin Ameliyat Öncesi Bakımı*, 3. Çukurova Kolo-Proktoloji ve Stoma-Terapi Sempozyumu Özet Kitabı, Adana; 2007b. 72.
- 80) Bowles, T. ve Hanley, J. *Stoma Care Nursing Standarts and Audit Tool*. Association of Stoma Care Nurses UK, 2013.
- 81) Maydick, D. A Descriptive Study Assessing Quality of Life for Adults with a Permanent Ostomy and the Influence of Preoperative Stoma Site Marking. *Ostomy Wound Management*, 2016. 62 (5): 14-24.
- 82) Forbes, G.B. ve Kirkbride, B. The Impact of Preoperative Stoma Marking on Health-Related Quality of Life: A Comparison Cohort Study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2013. 43 (1): 57-61.
- 83) Altinsoy, M., Baykara, Z.G., Demir, S.G., ve ark. A Multicenter, Retrospective Study to Evaluate The Effect of Preoperative Stoma Site Marking on Stomal and Peristomal Complications. *Ostomy Wound Management*, 2014. 60 (5): 16-26.
- 84) Zimmicki, N.M. Preoperative Stoma Site Marking in The General Surgery Population. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2013. 40 (5): 501-505.
- 85) Assalia, A. ve Duek, S.D. The Impact of Preoperative Stoma Site Marking on The Incidence of Complications, Quality of Life, and Patient's Independence. *Diseases of Colon and Rectum*, 2012. 55 (7): 783-787.

- 86) Karaveli, S. Ameliyat Öncesi Stoma Yeri İşaretlemenin Erken Dönem Stoma Komplikasyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İzmir, Türkiye Cumhuriyeti Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, 2014.
- 87) Alican, F. *Stomalar*, Genel Cerrahi. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul; 2009. 1424-1430.
- 88) Kumcağız, H. ve Malazgirt, Z. Stoma Tipleri ve Sorunları. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dergisi*, 2009. 284- 292.
- 89) Allison, I.S., Corman, L.M., Kuehne, P.J., Alabaz, Ö (Çev. Ed.). *Kolon ve Rektal Cerrahinin El Kitabı*. Nobel Kitabevi: Adana; 2004.
- 90) Clark, J. *Colostomy Guide*. America: United Ostomy Association; 2005a. 4-18. Erişim Tarihi: 10.01.2018, <https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/03/ColostomyGuide.pdf>.
- 91) Donnelly, L., Hughes, D., Leung, E., ve ark. Prospective Analysis of Stoma Related Complications. *Colorectal Disease*, 2005. 7: 279-285.
- 92) Öncel, M. *Gastrointestinal Stomalar*, 2. Çukurova Kolo-Proktoloji ve Stoma - Terapi Sempozyumu Özet Kitabı. Adana; 2005. 130-132.
- 93) Taylan, S. *Stoma Yerinin Tayini*, 2. Çukurova Kolo-Proktoloji ve Stoma -Terapi Sempozyumu Özet Kitabı. Adana; 2005. 136-137.
- 94) Mentuş, B. *Kolostomili ve İleostomili Hastaların Bakımına Yönelik Rehber Kitap*. Ayhun Ofset: Ankara; 2003. 6-29. Erişim Tarihi: 09.06.2017, <http://www.nuveforum.net/1650-gastroenteroloji/217496-kolostomili-ileostomili-hastalarin-bakimina-yonelik-rehber-kitap/>.
- 95) Karadağ, A. Stomaterapi ve Stoma Bakım Hemşireliği. *Kolon ve Rektum Kanserleri*, 2010a. 693-712.
- 96) Clark, J. *Ileostomy Guide*. America: United Ostomy Association; 2005b. 11-24. Erişim Tarihi: 01.03.2018, <https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/03/IleostomyGuide.pdf>.
- 97) Church, J.M., Delaney, C.P., Victor, W.F., (Karadağ, A., Ed.). *Stoma ve Yara Hemşirelik Bakımı*, Kolon ve Rektum Cerrahisinde Güncel Tedavi. Avrupa Tıp Kitapçılık: İstanbul; 2006. 579-590.
- 98) Toth, E.P. *WOCN Conference Special: Ostomy Pearls, Advances in Skin and Wound Care*. 2003.

- 99) Alabaz, Ö. ve Akçam, T. Stoma Komplikasyonları. *Ostomi Dergisi*, 2005. 2: 3-7.
- 100) Fleshman, J., Kadner, I.J., Read, T. *Colon, Rektum and Anus*, Schwartz's Principles of Surgery. Seventh Edition. McGraw-Hill Education: New York; 2004. 2: 1265-1290.
- 101) Rosdahl, B.C. ve Kowalski, M.T. *Fecal Diversions*, Textbook of Basic Nursing. Eighteenth Edition. Lippincot Williams & Wilkins: Philadelphia; 2003. 1430-1436.
- 102) Karadağ, A. Stoma Bakım Hemşiresi. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 2010b. 26 (1): 52-53.
- 103) Bare, B.G., Cheever, K.H., Hinkle, J.L. ve Smeltzer, S.C. *Management of Patients with Urinary Disorders*, Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. Eleventh Edition. Lippincott Williams&Wilkins: Philadelphia; 2008. 1569-1603.
- 104) Toth, E.P. *Ostomy Care and Rehabilitation in Colorectal Cancer*, Seminars in Oncology Nursing, 2006. 22 (3): 174-177.
- 105) Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği Sertifika Programı. *Sağlık Alanı Sertifikalı Eğitim Standartları*. Erişim Tarihi: 01.11.2017. <https://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/2079754cb9d8407ca1df71346c8a1648.pdf>.
- 106) Akbulut, G. Nutrition in Stoma Patients: A Practical View of Dietary Therapy. *International Journal of Hematology and Oncology*, 2011. 21(1): 61-66.
- 107) Yaşar, P. Stomalı Hastalarda Hemşirelik Yaklaşımları. *Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği*, 2002. Erişim Tarihi: 02.04.2017, [108\) Borajı, S. A Descriptive Study to Assess Quality of Life in Egyptian Patients With a Stoma. *Ostomy Wound Management*, 2017. 63 \(7\): 28-33.](http://trsgo.org/pdf/2002/VIII%20JOK%20PPT)

- 109) Anaraki, F., Behboo, R. Clinical Profile and Post-Operative Lifestyle Changes in Cancer and Non-Cancer Patients With Ostomy. *Gastroenterology and Hepatology From Bed to Bench*, 2012. 5 (2): 26-30.
- 110) Dabirian, A. ve Rassouli, M. Quality of Life in Ostomy Patients: A Qualitative Study. *Patient Preference and Adherence*, 2011. 5: 1-5.
- 111) Golicki, D. ve Styczen, P. Quality of Life in Stoma Patients in Poland: Multicentre Cross- Sectional Study Using Whoqol-Bref Questionnaire. *Prezegl Epidemiol*, 2013. 67: 491-496.
- 112) Liao, C. ve Quin, Y. Factors Associated with Stoma Quality of Life Among Stoma Patients. *International Journal of Nursing Science*, 2014. 196-201.
- 113) Korkut, H. *Bağırsak Stoması Olan Hastalarda Planlı Grup Etkileşiminin Sosyal Uyuma Etkisi*. Ankara, Türkiye Cumhuriyeti Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doktora Tezi, 2012.
- 114) Costa Fortes, R. ve Guilhem, D. Perception of Sexual Activities and The Care Process in Ostomized Women. *Journal of Coloproctology*, 2013. 33 (3): 145-150.
- 115) Ayaz, S. Stomalı Bireylerin Cinsel Sorunlarına Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics- Law and History*, 2007c. 16: 89-93.
- 116) Sütsünbüoğlu, E. *Stoması Olan Bireylerin Cinsel Doyum ve Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi*. İzmir, Türkiye Cumhuriyeti Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- 117) De Paula, M.A.B. ve De Paula, P.R. Experiencing Sexuality After Intestinal Stoma. *Journal of Coloproctology*, 2012. 32 (2): 163-174.
- 118) De Abreu, B.S. ve Fortes, R.C. Oncology Ostomized Patients' Perception Regarding Sexual Relationship as a Important Dimension in Quality of Life. *Journal of Coloproctology*, 2017. 1-6.
- 119) Kurşun, Ş., Tunç-Tuna, P., Uslu, E. İntestinal Stomanın Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi: Sistematik Derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017. 6 (2): 113-121.
- 120) Akman, G. ve Aygin, D. Kolorektal Kanser Tanılı Kadınlarda Cinsel Sağlık Nasıl Etkileniyor? *Kadın Cinsel Sağlığı*, 2011. 145-151.

- 121) Richard, M. *What is ostomy?. 2010*. Erişim Tarihi: 01.06.2017, [http://ostomy.org./ostomy info/ whatis.shtml](http://ostomy.org./ostomy%20info/whatis.shtml).
- 122) Baykara, Z.G., Cihan, R., Karadağ, A. Kompleks Bir Stomanın Bakımı. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 2008a. 138-141.
- 123) Erol, F. ve Vural, F. Ostomili Hastalarda Yaşam Kalitesi Nasıl Yükseltilir? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2013. 6 (1): 34-39.
- 124) Moon, M.S. ve Jee, H.S. Incidence and Risk Factors of Parastomal Herni. *Journal of The Korean Society of Coloproctology*, 2012. 28 (5): 241-246.
- 125) Lawson, A. In: Elcoat, C (ed). *Complications of Stomas, Stoma Care Nursing*. Hollister: London; 2003.
- 126) Barr, J.E. Feature: Part 1: Assessment and Management of Stomal Complications: A Framework for Clinical Decision Making. *Ostomy Wound Management*, 2004. 50 (9): 50-67.
- 127) Ringhofer, J. Meeting The Needs of Your Ostomy Patient. *RN Journal*, 2005. 68 (8): 37-42.
- 128) Thompson, J. A Practical Ostomy Guide. *RN Journal*, 2000. 63 (11): 61-66.
- 129) Burch, J. The Management and Care of People with Stoma Complications. *British Journal of Nursing*, 2004. 13 (6): 307-318.
- 130) Burch, J. Stoma Complications Encountered in The Community, A-Z. *British Journal of Community Nursing*, 2005c. 10 (7): 324-329.
- 131) Collett, K. Practical Aspects of Stoma Management. *Nursing Standard*, 2002. 17 (8): 45-55.

- 132) Berman, A., Erb, G., Koziar, B., Snyder, S. *Bowel Diversion Ostomies, Koziar and Erb's Techniques in Clinical Nursing, Fifth Edition.* Prentice Hall: Nwe Jersey; 2002. 376-385.
- 133) Doughty, D. Principles of Ostomy Management in The Oncology Patient. *Journal of Supportive Oncology*, 2005. 3 (1): 59-69.
- 134) Aksoy, G. *Stomal Hastanın Bakımı, I. Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu.* Özar Matbaacılık: İstanbul; 1997. 13-19.
- 135) De Almeida, S.A. ve Salome, G.M. Association of Sociodemographic and Clinical Factors with The Self-Image and Self-Esteem of Individuals with Intestinal Stoma. *Journal of Coloproctology*, 2014. 34 (3): 159-166.
- 136) De Lima, J.A. ve Faria, E.C. Health Locus of Control, Body Image and Self-Esteem in Individuals with Intestinal Stoma. *Journal of Coloproctology*, 2017. 37 (3): 216-224.
- 137) De Lima, J.A. ve Ferreira, L.M. Association of Sociodemographic and Clinical Factors with Self-Image, Self-Esteem and Locus of Health Control in Patients with an Intestinal Stoma. *Journal of Coloproctology*, 2018. 38 (1): 56-64.
- 138) Kong, H. ve Liu, Q. Quality of Life, Self-Care Knowledge Access and Self-Care Needs in Patients with Colon Stomas One Month Post-Surgery in a Chinese Tumor Hospital. *International Journal of Nursing Sciences*, 2016. 252-258.
- 139) Perry, A.G., Potter, P.A. *Self-Concept, Fundamentals of Nursing.* Sixth Edition. Mosby: St. Louis; 2005. 500-519.
- 140) Tarı, Ö. *Abdominal Stomal Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi.* İstanbul, Türkiye Cumhuriyeti İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, 2011.
- 141) Hashem, S.F. ve El-Sayed Abusaad, F. Improving Nurses' Knowledge and Practices Regarding the Care of Children with Intestinal Stomas. *Journal of Nursing and Health Science*, 2016. 5 (6): 101-109.

- 142) Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP), 2014. Erişim Tarihi: 13.06.2018. <http://www.hemed.org.tr/images/stories/hucep-2014-pdf.pdf>.
- 143) Mete, S., ed. *Hemşireliğin Temel Kavramları*. Hemşirelik Esasları. Akademi Basın ve Yayıncılık: İstanbul; 2012. 57-78.
- 144) Klingman, L., ed. *Bowel Elimination*, Fundamentals of Nursing. Seventh Edition. Mosby Elsevier: Canada; 2009. 1174-1200.
- 145) Brown, H. ve Randle, J. Living with a Stoma: A Review of The Literature. *Journal of Clinical Nursing*, 2005. 14: 74-81.
- 146) Donovan, A., Ratliff, C., Scarano, K. Descriptive Study of Peristomal Complications. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 2005. 32 (1): 33-37.
- 147) Akgül, B. *Kolostomi ve İleostomi Açılmasının Bireylerin İbadetleri Üzerine Etkisi*. Ankara, Türkiye Cumhuriyeti Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Hemşirelik Programı, 2014.
- 148) Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği, 2011. Erişim Tarihi: 16.06.2018, <http://turkhemsirelerdernegi.org.tr/files/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik/hemsirelik%20%202011.pdf>.
- 149) Dorum, H. *Stomalı Bireylerin Deneyimlerinin İncelenmesi*. İzmir, Türkiye Cumhuriyeti Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2013.
- 150) Lebona, G. ve Jasmine, E. Assess The Knowledge Regarding Colostomy Care Among Staff Nurses and Nursing Students in NMCH, Nellore. *International Journal of Applied Research*, 2016. 2 (5): 306-310.
- 151) Karadağ, A. Stoma ve Stomal Alanın Değerlendirilmesi. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 2008b. 18 (2): 63-70.
- 152) Ramont, R.P. ve Niedringhaus, D.M. *Fundamental Nursing Care*. Pearson Education: New Jersey; 2004.
- 153) Burch, J. Exploring the Conditions Leading To Stoma-Forming Surgery. *British Journal of Nursing*, 2005d. 14 (1): 94-98.
- 154) Armstrong, E. Practical Aspects of Stoma Care. *Nursing Times*, 2001. 97 (12): 40-42.

- 155) Karadağ, A. *Stoma Bakım Ürünleri*, 2.Çukurova Kolo-Proktoloji ve Stoma -Terapi Sempozyumu Özet Kitabı. Adana: 2005. 158-160.
- 156) Metcalf, C. Stoma Care-5 (a) Problem- Solving. *Nursing Times*, 2001. 97 (19): 43-44.
- 157) Sökücü, N. *Stoma Endikasyonları ve Komplikasyonları*, I. Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu. Özar Matbaacılık: İstanbul; 1997. 9-12.
- 158) Cohen, A. Body Image in the Person with a Stoma. *Journal Enterostomal Therapy*, 1991. 18 (2):68-71.
- 159) Orazio, M.D. *Peristomal Skin Dermatitis Part II*. Ostomy Quarterly Health&Medical Complete; 2003. 40 (4): 66-69.
- 160) Aktaş, D. *Stomalı Bireylerin Bedenlerine Yönelik Kendilerinin ve Eşlerinin Algılarının Belirlenmesi*. Ankara, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, 2013.
- 161) Yıldız, I. *Stoması Olan ve Olmayan Kolorektal Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi, Başa Çıkma Tarzı ve Psikososyal Uyum*. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı Psikososyal Onkoloji Programı Yüksek Lisans Tezi, 2012.
- 162) Çakmak, A., Aylaz, G., Kuzu, M.A. Permanent Stoma Not Only Affects Patients' Quality of Life But Also That of Their Spouses. *World Journal of Surgery*, 2010. 34: 2872-2876.
- 163) Çavdar, İ. ve Özbaş, A. Religious Worship in Patients with Abdominal Stoma: Praying and Fasting During Ramadan. *International Journal of Caring Sciences*, 2013. 6: 516-521.

8. EKLER

EK-1. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerin Bağlı Olduğu Kurumun Etik Kurul (Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu) İzni



SAYI: ATADEK-2017/14
KONU: Etik Kurul Kararı

Sayın Nagihan Atalar

Sorumluluğunu yđrüttüğünüz "**Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi Ve Uygulamalarının İncelenmesi**" başlıklı proje 24.08.2017 tarih 2017/14 Sayılı Atadek Toplantısında görüşülmüş olup 2017-14/18 karar numarası ile tıbbi etik yđnden uygun bulunmuştur.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Güldal SÜYEN".

Prof.Dr. Güldal SÜYEN
ATADEK Başkan Yardımcısı

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU (ATADEK)

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın başlığı:

Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi Ve Uygulamalarının İncelenmesi

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın yürütücüsü (sorumlusu):

Nagihan Atalar

Karar:

Kabul (Etik olarak uygun) (✓)

Revizyon ()*

Etik olarak uygun değil ()**

Toplantı Tarihi:24.08.2017

Karar Numarası: 2017-14/18

Kurul Üyesi-Unvan Ad-Soyad	İmza	Karara	
		Katılıyorum	Katılmıyorum***
Prof. Dr. İsmail Hakkı Ulus (Başkan)		()	()
Prof. Dr. Güldal Süyen (Başkan Yrd)		(✓)	()
Prof.Dr. Mert Ülgen		(✓)	()
Doç.Dr. Ükke Karabacak		()	()
Doç.Dr. A.Elif Eroğlu Büyükköner		()	()
Doç.Dr. Berrin Karadağ		(✓)	()
Yrd.Doç.Dr. Fatih Artvinli		(✓)	()
Yrd.Doç.Dr. Günseli Bozdoğan		()	()

**EK-2. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerin Bağlı Olduğu Hemşirelik Hizmetleri
Müdürlükleri İzinleri**



23 Ekim 2017

SAYI : 21568116-6300/4258
KONU : Tez Araştırma Uygulama İzni Hk.

**ACIBADEM MASLAK HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE**

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nagihan ATALAR "Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez araştırma çalışması yapacaktır.

Söz konusu öğrencinin tez kapsamında kurumunuzda araştırma yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Canan AYKUT BİNGÖL
Rektör

Uygun.
Nese Bakoğlu

- Ek:
- Tez Öneri Formu ve Özeti
- Veri Toplama Formları

Öneri YERİN
Rektör Yardımcısı
Acibadem Maslak Hastanesi


23 Ekim 2017

SAYI : 21568116-6300/4258
KONU : Tez Araştırma Uygulama İzni Hk.


ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ ATAĞENT HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nagihan ATALAR "Hemşirelerin İntestinal Stoma Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez araştırma çalışması yapacaktır.

Söz konusu öğrencinin tez kapsamında kurumunuzda araştırma yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. Canan AYKUT BİNGÖL
Rektör

Ek:
- Tez Öneri Formu ve Özeti
- Veri Toplama Formları


Emine Gül
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı
Acıbadem Üstü

EK-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu

HEMŞİRELERİN İNTESTİNAL STOMA BAKIMINA İLİŞKİN BİLGİ VE UYGULAMALARI ARAŞTIRMASI

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı;

Bu araştırma, hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulamalarını incelemek amacıyla yapılmaktadır.

Araştırma kapsamında sizden üç bölümden oluşan bir veri toplama formunu doldurmanız beklenmektedir. Formun birinci bölümü tanıtıcı özelliklere, ikinci bölümü intestinal stoma bakımına ilişkin özelliklere yönelik soruları, üçüncü bölümü ise intestinal stoma bakımına ilişkin bilgi ve uygulama ifadelerini içermektedir.

Veri toplama formunu doğru ve eksiksiz olarak yanıtalamanız, araştırmanın amacına ulaşması ve araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından önem taşımaktadır.

Araştırma sonuçları, hemşirelerin intestinal stoma bakımı ile ilgili bilgi düzeyi ve uygulamalarının kapsamının bilinmesini sağlayacaktır. Ayrıca bu sonuçların; mezuniyet öncesi ve sonrası hemşirelik eğitiminde bilgi kaynağı olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, kimlik bilgileriniz ve iletişim bilgileriniz kesinlikle paylaşılmayacak ve yayınlanmayacaktır. Bu bilgiler, araştırmacı tarafından sizinle iletişim kurmak amacıyla kullanılacaktır.

Araştırmaya katılıp katılmamakta tamamen özgürsünüz. Araştırmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Bu araştırma karşılığında sizden ücret talep edilmeyecek ve size maddi/manevi bir ödül verilmeyecektir. Ayrıca, araştırmacıların ve kurumun, yürütülen bu araştırmadan herhangi bir maddi çıkarı bulunmamaktadır.

Bilgilendirilmiş Onam Formunu okudum ve anladım. Araştırma hakkında yazılı olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı:

Sorumlu Araştırmacı Adı Soyadı:

Tarih:

Tarih:

İmza:

İmza:

Telefon Numarası:

Telefon Numarası:

EK-4. Veri Toplama Formu ve Cevap Anahtarı

HEMŞİRELERİN İNTESTİNAL STOMA BAKIMINA İLİŞKİN BİLGİ VE UYGULAMALARI

VERİ TOPLAMA FORMU

FORMNO:

HASTANENO:

TARİH:

1. BÖLÜM: TANITICI ÖZELLİKLER

1) Doğum Tarihiniz (Gün/Ay/Yıl olarak belirtiniz):

2) Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın

3) Öğrenim durumunuz:

() Sağlık Meslek Lisesi () Ön Lisans

() Lisans () Yüksek Lisans-alanı açıklayınız:.....

() Doktora-alanı açıklayınız:.....

() Diğer -açıklayınız:.....

4) Hemşirelikte toplam çalışma süreniz: () 0-6 ay () 7 ay-1 yıl () 2-5 yıl () 6 yıl ve üzeri

5) Yatan hasta katında toplam çalışma süreniz: () 0-3 ay () 4 ay-1 yıl () 2-5 yıl () 6 yıl ve üzeri

6) Yatan hasta katındaki göreviniz:

() Sorumlu hemşire () Klinik Eğitim Hemşiresi

() Ekip Lideri () Hemşire

() Diğer -açıklayınız:.....

2. BÖLÜM: İNTESTİNAL STOMA BAKIMINA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

7) Hemşirelikte çalıştığımız süre boyunca intestinal stoması olan bireye bakım verdiğiniz mi?

() Evet () Hayır

8) Çalıştığımız kurumda intestinal stoma bakımını kim/kimler yapıyor? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

() Doktor () Servis Hemşiresi () Stomaterapi Hemşiresi

() Genel Cerrahi Vaka Yönetici Hemşiresi () Firma Yetkilisi

() Diğer -açıklayınız:.....

9) Sizce hastanede intestinal stoma bakımından kim sorumlu olmalıdır? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- () Doktor () Servis Hemşiresi
() Stomaterapi Hemşiresi () Genel Cerrahi Vaka Yönetici Hemşiresi
() Firma Yetkilisi () Diğer-açıklayınız:

10) Çalıştığınız yatan hasta katında intestinal stoma bakımına ilişkin uygulamalardan hangisi/hangileri hemşireler tarafından yapılmaktadır? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

STOMA BAKIMINA İLİŞKİN UYGULAMALAR	HEMŞİRELER YAPIYOR	HEMŞİRELER YAPMIYOR
İntestinal stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi		
İntestinal stomanın değerlendirilmesi		
Peristomal (stoma çevresi) cilt bakımı		
Peristomal cilt bakım ürünlerinin (sprey,pudra vb.) seçilmesi		
İntestinal stoma torba-adaptör sisteminin belirlenmesi		
İntestinal stoma torbasının boşaltılması		
İntestinal stoma torbasının değişimi		
Peristomal cildin değerlendirilmesi		
Peristomal cilt problemlerinin belirlenmesi ve yönetimi		
İntestinal stomaya bağlı fizyolojik problemlerin belirlenmesi ve yönetimi		
İntestinal stomaya bağlı psikososyal problemlerin belirlenmesi ve yönetimi		
Kolostomi irrigasyonu		
İntestinal stoma komplikasyonlarının belirlenmesi ve yönetimi		
İntestinal stomalı birey ve yakınlarının eğitimi (Eğitim konularını belirtiniz.)		
İntestinal stomalı bireyin taburculuk planının hazırlanması ve uygulanması		
İntestinal stomaya ilişkin kayıt tutma		

11) İntestinal stoma bakımına ilişkin eğitim aldınız mı?

(Cevabınız "hayır" ise 14.soruya geçiniz)

- () Evet () Hayır

12) İntestinal stoma bakımı ile ilgili eğitimi nereden aldınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- () Mezuniyet öncesi eğitim () Mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim
() Doktor () Stomaterapi hemşiresi () Genel Cerrahi Vaka Yönetici Hemşiresi
() Stoma Hemşireliği Sertifika Programı () İntestinal stoma bakımı ile ilgili kurs
() Bilimsel toplantılar (kongre,sempozyum vb.) () İntestinal stoma bakımı ile ilgili yayımlar (kitap,dergi vb.)

13) Aldığınız eğitim, intestinal stoma bakımı ile ilgili hangi konuları içermiştir? (Konuları (X) işareti koyarak belirleyiniz.)

ALDIĞINIZ EĞİTİMİN İÇERDİĞİ KONULAR	VAR	YOK
Gastrointestinal sistemin anatomi ve fizyolojisi		
Stoma tanımı ve çeşitleri		
İntestinal stomaların tanımlanması ve çeşitleri		
İntestinal stoma açılmasını gerektiren durumlar		
İntestinal stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi		
İntestinal stomanın değerlendirilmesi		
Peristomal (stoma çevresi) cilt değerlendirilmesi		
Peristomal cilt bakımı		
İntestinal stomanın fonksiyonu ve stomadan gelen içeriğin özellikleri		
İntestinal stoma torba-adaptör sisteminin belirlenmesi		
İntestinal stoma torbasının boşaltılması		
İntestinal stoma torbasının değişimi		
İntestinal stomada komplikasyonlar ve bakımı		
İntestinal stomalı bireylerin karşılaşılabileceği fizyolojik problemler ve bakımı		
İntestinal stomalı bireylerin karşılaşılabileceği psikososyal problemler ve bakımı		
Kolostomi irrigasyonu		
Peristomal cilt problemlerinin belirlenmesi ve bakımı		
İntestinal stomalı bireyin beslenmesi		
İntestinal stomalı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri (çalışma, eğlence, spor, banyo yapma, gebelik vb.)		
İntestinal stomalı birey ve yakınlarının eğitimi		
İntestinal stomalı bireylerin taburculuk planı		

14) İntestinal stoma bakımına ilişkin güncel bilgiyi takip ediyor musunuz?

() Evet (Cevabınız "Evet" ise bilgi kaynağına ilişkin aşağıdaki tabloyu doldurunuz.)

BİLGİ KAYNAĞI	BİLGİ TAKİP DURUMU	
	EVET (yanıtınız evet ise, yayın/faaliyeti belirtiniz)	HAYIR
Yayın(makale, kitap gibi) takip ediyorum.		
Yayın yazıyorum. (makale, kitap bölümü gibi)		
Bilimsel toplantılara dinleyici olarak katılıyorum.		
Bilimsel toplantılara aktif katılıyorum. (bildiri, konuşma ile)		
Bilimsel toplantı düzenliyorum/düzenlenmesine katkı sağlıyorum.		

() Hayır

15) Sizce intestinal stoma bakımında hemşireler hangi sorumlulukları üstlenmelidir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

SORUMLULUKLAR	EVET	HAYIR
İntestinal stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi		
İntestinal stomanın değerlendirilmesi		
Peristomal (stoma çevresi) cilt bakımı		
Peristomal cilt bakım ürünlerinin (sprey,pudra vb.) seçilmesi		
İntestinal stoma torba-adaptör sisteminin belirlenmesi		
İntestinal stoma torbasının boşaltılması		
İntestinal stoma torbasının değişimi		
Peristomal cildin değerlendirilmesi		
Peristomal cilt problemlerinin belirlenmesi ve yönetimi		
İntestinal stomaya bağlı fizyolojik problemlerin belirlenmesi ve yönetimi		
İntestinal stomaya bağlı psikososyal problemlerin belirlenmesi ve yönetimi		
Kolostomi irrigasyonu		
İntestinal stoma komplikasyonlarının belirlenmesi ve yönetimi		
İntestinal stomalı birey ve yakınlarının eğitimi		
İntestinal stomalı bireyin taburculuk planının hazırlanması ve uygulanması		
İntestinal stomaya ilişkin kayıt tutma		

3.BÖLÜM: İNTESTİNAL STOMA BAKIMINA İLİŞKİN BİLGİ VE UYGULAMALAR (Cizelge A ve B)

ÇİZELGE A: Aşağıdaki gastrointestinal sistem anatomi ve fizyolojisi, intestinal stomaların tanımı, çeşitleri, değerlendirilmesi, bakımı, oluşabilecek sorunlar ve komplikasyonlar ile hasta ve yakınlarının eğitimine yönelik bilgi ifadelerini "**doğru, yanlış ve ya bilmiyorum**" olarak, (X) işaretini koyarak belirleyiniz.

BİLGİ İFADELERİ	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
1) Gıdalar mideden ince bağırsağa kimus şeklinde geçer.			
2) Kalın bağırsaklarda daha çok su ve elektrolit emilimi olur.			
3) İntestinal stomalar jejunostomi, ileostomi ve kolostomi olmak üzere üçe ayrılır.			
4) Kalın bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılmasına kolostomi denir.			
5) İleostomiler, ince bağırsağın son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılması sonucu oluşmaktadır.			
6) Stomaların genellikle sağ alt kadranda açılanlarına kolostomi adı verilir.			
7) Sağlıklı bir stoma, deriyle aynı seviyede olur.			
8) Bireylerin stomalarında ağrı hissetmelerinin sebebi, stoma ağzında sinir yapısının olmasıdır.			
9) İleostomilerde stoma çapı ameliyattan 4 hafta sonra stabil olmaya başlar.			
10) Kolostomilerde ameliyattan sonraki ikinci haftadan itibaren stoma çapı küçülmeye başlar.			
11) Stomalar, açıldıktan sonraki 24 saat boyunca en az 8 saatte bir değerlendirilmelidir.			
12) Stoma ve peristomal (stoma çevresi) alanın temizliği yapılırken alkol içerikli ürünler kullanılmalıdır.			
13) Stoma kenarı ile stoma adaptörünün arasında , deri tahrişinin oluşmasını engellemek için 2-3 milimetreden fazla açıklık olmamalıdır.			
14) Stoma torbasının yapışabileceği düzgün bir ortam oluşturmak için bariyer ürünler kullanılmalıdır.			
15) Stomalı bireylerde mantar enfeksiyonu, stoma torbasının deriyle temas ettiği bölgenin			

nemli olmasından kaynaklanmaktadır.			
16) Kolostomiler ameliyattan 3-6 gün sonra işlev görmeye başlar.			
17) İleostomiler ameliyattan 72 saat sonra işlev görmeye başlar.			
18) Kolostomilerde gelen içerik yakıcı özelliktedir.			
19) Stoma torbasının değişim sıklığının fazla olması, peristomal alanda mekanik travmaya yol açabilir.			
20) İki parçalı stoma torbalarının adaptör kısımları deride 5 güne kadar kalabilir.			
21) Alttan boşaltılabilir torbalara bağırsak içeriği sıvı halde gelen stomalarda kullanımı daha uygundur.			
22) İleostomilerde her 8 saatte bir torba boşaltılmalıdır.			
23) Stomadan gelen içeriğin en az olduğu zamanda torbanın değiştirilmesi uygundur.			
24) İlaç ve yemek saatlerinden hemen önce stoma torbası değiştirilebilir.			
25) Stoma torbası, deriye temas ettiği bölgede batma-yanma hissi oluşturduğunda değiştirilmelidir.			
26) Erken dönemde mukokutenöz ayrılma görülebilir.			
27) 24 saat içinde meydana gelen komplikasyonlar erken dönem komplikasyonlar olarak adlandırılır.			
28) Stomada darlık olduğunda, stomanın parmakla genişletilmesi dışkı geçişini sağlamaya yardımcı olur.			
29) Bireylerin 6-8 hafta boyunca ağır kaldırmamaları parastomal herni oluşumunu engeller.			
30) Stomalı bireyin diyetine yeni bir gıda eklendiğinde diğer gıdalarla beraber verilmelidir.			
31) İleostomili bireyler ilk 3 hafta düşük posalı gıdalar tüketmelidir.			
32) Stomalı bireyler gaz oluşumunu arttıran gıdaları tüketmemelidirler.			
33) Lifli gıdaların az çiğnenmesi ileostomide tıkanıklığa neden olur.			
34) Stomalı bireyler günde en fazla 1 litre sıvı almalıdır.			
35) Bireyin stoma bakımına katılımı erken dönem olması, stomaya uyumunu kolaylaştırır.			
36) Ameliyat öncesi dönemde bireyin stomalı bir birey ile konuşturulması, stomaya uyumu arttırmada yardımcı olmaktadır.			
37) Stomalı bireylerde bağırsak alışkanlığı normale döndükten sonra kolostomi irrigasyonuna başlanmalıdır.			
38) Kolostomi irrigasyonu yemekten önce yapılmalıdır.			
39) Kolostomili bireylerde konstipasyon olduğunda kolostomi irrigasyonu yapılabilir.			
40) Peristomal alandaki tüylerin elektrikli traş makinesiyle alınması, folikülit oluşumu önler.			
41) İrritan dermatiti önlemek için adaptör hızlı bir şekilde çıkartılmalıdır.			
42) Kolostomili bireylerde peristomal (stoma çevresi) deri problemleri daha sık görülmektedir.			
43) Stomalı bireylerin yürüme, yüzme gibi hafif egzersizleri yapmalarında sakınca yoktur.			
44) Stomalı bireyler uçakla yolculuk yapamazlar.			
45) Perianal rezeksiyon geçirmiş bireylerde, cinsel problemler görülebilir.			
46) Stomalı kadınların hamile kalması sakıncalıdır.			
47) Bireyler stoma ameliyatından 6-8 hafta sonra çalışma hayatına dönebilirler.			
48) Stoma, namaz kılmaya engeldir.			
49) Banyo sonrası peristomal (stoma çevresi) alana losyonlar sürülebilir.			
50) Birey ve ailesine, ameliyat sonrası oluşabilecek geç komplikasyonlarla ilgili bilgi verilmelidir.			

ÇİZELGE B: Aşağıdaki çizelgedeki intestinal stoma bakımına ilişkin uygulama ifadelerini,

- hem "**doğru, yanlış veya bilmiyorum**" olarak, (X) işaretini koyarak belirleyiniz.
- hem de çalıştığınız klinikte uygulama durumunuzu yansıtacak şekilde "**uyguluyorum, uygulamıyorum**" olarak, (X) işaretini koyarak belirleyiniz.

UYGULAMA İFADELERİ	HALEN ÇALIŞTIĞINIZ KLİNİKTE UYGULAMA DURUMUNUZ				
	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM	UYGULUYORUM	UYGULAMIYORUM
1) Stoma torbası değiştirilirken adaptör aşağıdan yukarıya doğru deriden nazikçe ayrılır.					
2) Peristomal (stoma çevresi) alan, adaptör çıkartıldıktan sonra kirli bölgeden temiz bölgeye doğru silinir.					
3) Adaptörün dış kısmına pasta sürülür.					
4) Stoma torbası, adaptör yerleştirildikten sonra aşağıdan yukarı doğru adaptörle birleştirilir.					
5) Kolostomi irrigasyonu yapılırken bireye ayakta dik duruş pozisyonu verilir.					
6) Kolostomi irrigasyonunda konik uç 8 cm'den fazla ilerletilmemelidir.					
7) Kolostomi irrigasyonunda soğuk su kullanılır.					
8) Soğuk su içeren rezervuar stomadan 45-50 cm yukarıda olmalıdır.					
9) Stomal prolapsus gelişirse, bölge serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bezle kapatılır.					
10) Peristomal (stoma çevresi) alanda alerjik dermatit gelişmesi durumunda bölge sabunla temizlenir.					

**HEMŞİRELERİN İNTESTİNAL STOMA BAKIMINA İLİŞKİN BİLGİ VE UYGULAMA
İFADELERİ CEVAP ANAHTARI**

A-BİLGİ İFADELERİ	DOĞRU	YANLIŞ
1) Gıdalar mideden ince bağırsağa kimus şeklinde geçer.	X	
2) Kalın bağırsaklarda daha çok su ve elektrolit emilimi olur.	X	
3) İntestinal stomalar jejunostomi, ileostomi ve kolostomi olmak üzere üçe ayrılır.		X
4) Kalın bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılmasına kolostomi denir.	X	
5) İleostomiler, ince bağırsağın son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılması sonucu oluşmaktadır.	X	
6) Stomaların genellikle sağ alt kadranda açılanlarına kolostomi adı verilir.		X
7) Sağlıklı bir stoma, deriyle aynı seviyede olur.		X
8) Bireylerin stomalarında ağrı hissetmelerinin sebebi, stoma ağzında sinir yapısının olmasıdır.		X
9) İleostomilerde stoma çapı ameliyattan 4 hafta sonra stabil olmaya başlar.		X
10) Kolostomilerde ameliyattan sonraki ikinci haftadan itibaren stoma çapı küçülmeye başlar.		X
11) Stomalar, açıldıktan sonraki 24 saat boyunca en az 8 saatte bir değerlendirilmelidir.	X	
12) Stoma ve peristomal (stoma çevresi) alanın temizliği yapılırken alkol içerikli ürünler kullanılmalıdır.		X
13) Stoma kenarı ile stoma adaptörünün arasında , deri tahrişinin oluşmasını engellemek için 2-3 milimetreden fazla açıklık olmamalıdır.	X	
14) Stoma torbasının yapışabileceği düzgün bir ortam oluşturmak için bariyer ürünler kullanılmalıdır.	X	
15) Stomalı bireylerde mantar enfeksiyonu, stoma torbasının deriyle temas ettiği bölgenin nemli olmasından kaynaklanmaktadır.	X	
16) Kolostomiler ameliyattan 3-6 gün sonra işlev görmeye başlar.	X	
17) İleostomiler ameliyattan 72 saat sonra işlev görmeye başlar.	X	
18) Kolostomilerde gelen içerik yakıcı özelliktedir.		X
19) Stoma torbasının değişim sıklığının fazla olması, peristomal alanda mekanik travmaya yol açabilir.	X	
20) İki parçalı stoma torbalarının adaptör kısımları deride 5 güne kadar kalabilir.	X	
21) Alttan boşaltılabilir torbaların bağırsak içeriği sıvı halde gelen stomalarda kullanımı daha uygundur.	X	
22) İleostomilerde her 8 saatte bir torba boşaltılmalıdır.		X
23) Stomadan gelen içeriğin en az olduğu zamanda torbanın değiştirilmesi uygundur.	X	
24) İlaç ve yemek saatlerinden hemen önce stoma torbası değiştirilebilir.		X
25) Stoma torbası, deriye temas ettiği bölgede batma-yanma hissi oluştuğunda değiştirilmelidir.	X	
26) Erken dönemde mukokütenöz ayrılma görülebilir.	X	
27) 24 saat içinde meydana gelen komplikasyonlar erken dönem komplikasyonlar olarak adlandırılır.		X
28) Stomada darlık oluştuğunda, stomanın parmakla genişletilmesi dışkı geçişini sağlamaya yardımcı olur.	X	
29) Bireylerin 6-8 hafta boyunca ağır kaldırmamaları parastomal herni oluşumunu engeller.	X	
30) Stomalı bireyin diyetine yeni bir gıda eklendiğinde diğer gıdalarla beraber verilmelidir.		X
31) İleostomili bireyler ilk 3 hafta düşük posalı gıdalar tüketmelidir.		X
32) Stomalı bireyler gaz oluşumunu arttıran gıdaları tüketmemelidirler.	X	
33) Lifli gıdaların az çiğnenmesi ileostomide tıkanıklığa neden olur.	X	
34) Stomalı bireyler günde en fazla 1 litre sıvı almalıdır.		X
35) Bireyin stoma bakımına katılımı erken dönem olması, stomaya uyumunu kolaylaştırır.	X	
36) Ameliyat öncesi dönemde bireyin stomalı bir birey ile konuşturulması, stomaya uyumu arttırmada yardımcı olmaktadır.	X	
37) Stomalı bireylerde bağırsak alışkanlığı normale döndükten sonra kolostomi irrigasyonuna başlanmalıdır.	X	
38) Kolostomi irrigasyonu yemekten önce yapılmalıdır.		X
39) Kolostomili bireylerde konstipasyon oluştuğunda kolostomi irrigasyonu yapılabilir.	X	
40) Peristomal alandaki tüylerin elektrikli traş makinesiyle alınması, folikülit oluşumu önler.	X	
41) İrritan dermatiti önlemek için adaptör hızlı bir şekilde çıkartılmalıdır.		X
42) Kolostomili bireylerde peristomal (stoma çevresi) deri problemleri daha sık görülmektedir.		X

43) Stomalı bireylerin yürüme, yüzme gibi hafif egzersizleri yapmalarında sakınca yoktur.	X	
44) Stomalı bireyler uçakla yolculuk yapamazlar.		X
45) Perianal rezeksiyon geçirmiş bireylerde, cinsel problemler görülebilir.	X	
46) Stomalı kadınların hamile kalması sakıncalıdır.		X
47) Bireyler stoma ameliyatından 6-8 hafta sonra çalışma hayatına dönebilirler.	X	
48) Stoma, namaz kılmaya engeldir.		X
49) Banyo sonrası peristomal (stoma çevresi) alana losyonlar sürülebilir.		X
50) Birey ve ailesine, ameliyat sonrası oluşabilecek geç komplikasyonlarla ilgili bilgi verilmelidir.	X	

B-UYGULAMA İFADELERİ	DOĞRU	YANLIŞ
1) Stoma torbası değiştirilirken adaptör aşağıdan yukarıya doğru deriden nazikçe ayrılır.		X
2) Peristomal (stoma çevresi) alan, adaptör çıkartıldıktan sonra kirli bölgeden temiz bölgeye doğru silinir.		X
3) Adaptörün dış kısmına pasta sürülür.		X
4) Stoma torbası, adaptör yerleştirildikten sonra aşağıdan yukarı doğru adaptörle birleştirilir.	X	
5) Kolostomi irrigasyonu yapılırken bireye ayakta dik duruş pozisyonu verilir.		X
6) Kolostomi irrigasyonunda konik uç 8 cm'den fazla ilerletilmemelidir.	X	
7) Kolostomi irrigasyonunda soğuk su kullanılır.		X
8) Soğuk su içeren rezervuar stomadan 45-50 cm yukarıda olmalıdır.		X
9) Stomal prolapsus gelişirse, bölge serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bezle kapatılır.	X	
10) Peristomal (stoma çevresi) alanda alerjik dermatit gelişmesi durumunda bölge sabunla temizlenir.		X

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Nagihan	Soyadı	ATALAR
Doğum Yeri	İstanbul/Üsküdar	Doğum Tarihi	27.06.1993
Uyruğu	T.C	T.C. Kimlik No	28568370830
E-mail	nagihanatalar_1907@hotmail.com	Tel	05393316604

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Hemşirelik	Acibadem Üniversitesi	2014
Lise	Sayısal	80. Yıl Nuh Çimento Lisesi	2010

Bildiği Yabancı Diller	Seviyesi
İngilizce	Orta

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Ekip Lideri	Acibadem Kozyatağı Hastanesi	2016-2018
Staff Hemşire	Acibadem Kozyatağı Hastanesi	2014-2016
Part-time Hemşire	Acibadem Kozyatağı Hastanesi	2012-2014

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Word Programı	Çok iyi
Microsoft PowerPoint Programı	Çok iyi
Microsoft Excel Programı	İyi

Diğer (Görev Aldığı Projeler/Sertifikalar/Ödülleri)

Acıbadem Üniversitesi 2014 yılı Hemşirelik Bölüm Birinciliği
Acıbadem Üniversitesi CASE Simülasyon Merkezi Eğitimi Başarı Belgesi (2014)
Acıbadem Üniversitesi CASE Simülasyon Merkezi Eğitimi Başarı Belgesi (2017)

