

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI**

**PREOPERATİF STOMA YERİNİN İŞARETLENMESİNİN,
POSTOPERATİF STOMA KOMPLİKASYONLARI, STOMAYA
ADAPTASYON VE HASTA YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Sezgin MUTLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Fatma Ayça GÜLTEKİN**

ZONGULDAK

2017

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI**

**PREOPERATİF STOMA YERİNİN İŞARETLENMESİNİN,
POSTOPERATİF STOMA KOMPLİKASYONLARI, STOMAYA
ADAPTASYON VE HASTA YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Sezgin MUTLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Fatma Ayça GÜLTEKİN**

ZONGULDAK

2017

TEZ ONAY TUTANAĞI

Tezin Teslim Edildiği Üniversite/Fakülte: Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tez Başlığı : Preoperatif Stoma Yerinin İşaretlenmesinin, Postoperatif Stoma Komplikasyonları, Stomaya Adaptasyon Ve Hasta Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Tez Yazarı : Arş. Gör. Dr. Sezgin MUTLU

Tez Savunma Tarihi : 02/11/2017

Tez Danışmanı : Doç.Dr. F. Ayça GÜLTEKİN

Prof.Dr. Güldeniz K. ÇAKMAK
Jüri Başkanı

Prof.Dr. Öge TAŞÇILAR
Üye

Doç.Dr. F. Ayça GÜLTEKİN
Üye



Prof. Dr. AYDIN KAZAN
Dekan. 7/2017

ÖNSÖZ

Başta tez danışmanım, uzmanlık eğitimim süresince büyük katkıları olan, bilgi ve tecrüberini esirgemeyen, Doç. Dr. Fatma Ayça GÜLTEKİN hocama ve uzmanlık eğitimim boyunca ilminden faydalandığım, insani ve ahlaki değerler ile de örnek edindiğim Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Güldeniz Karadeniz ÇAKMAK hocama,

Bilgi ve tecrübelerinden faydalanmaktan onur ve gurur duyduğum Prof.Dr. Mustafa CÖMERT hocama, Prof.Dr. Ali Uğur EMRE hocama, Prof.Dr. Kemal KARAKAYA hocama, Yrd.Doç.Dr. İlhan TAŞDÖVEN hocama, ve beraber çalışmaktan keyif aldığım genel cerrahi sorumlu hemşiresi Duygu TENK KAYA adı altında tüm servis, yoğun bakım, ameliyathane ve endoskopi hemşire ve personellerine,

Bir dönem beraber çalışma onuruna eriştiğim Doç.Dr. Hamdi Bülent UÇAN hocama, değerli katkıları için Biyoistatistik Ana Bilim Dalı öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr. Fürüzan KÖKTÜRK hocama,

Cerrahi eğitimimin temellerini aldığım, ilim ve ahlaki bütünleştiren ve ayrıca tecrübelerini bizimle paylaşırken sonsuz sabır ve hoşgörü gösteren Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kurucu hocası ve Ana Bilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Osman DOĞRU hocama ve ekibine, Konya genel cerrahi ailesinden Op.Dr. Ersin TURAN'a, Op.Dr. Arif ATAY'a, Op.Dr. Emet Ebru NAZİK'e, Dr. Erguvan NALINCIOĞLU'na, Op.Dr. Alpaslan ŞAHİN'e, Op.Dr. Barış AYHAN'a, Op.Dr. Seyit Ali DENİZ'e, Op.Dr. Süleyman KARGIN'a, Op.Dr. Serap Melek DOĞAN'a, beraber çalışma şansı ve keyfini yaşadığım genel cerrahi sorumlu hemşiresi Minkari YILMAZ adı altında tüm servis, yoğunbakım, ameliyathane hemşire ve personellerine,

Çalışma arkadaşlarım, kardeşlerim Dr. Ali GENÇOĞLU, Dr. Turan Eray SEVEN, Dr. Yücel KARADERE, Dr. İlke Aktuğ BUZKAN ve üzerimde çok emeği olan Op.Dr.Selçuk ÖZKAN'a

Bugüne gelmemde en büyük emeği veren; annem, babam ve kız kardeşlerime,

Yokluğunu her adımda hissettiğim ABİM'e

Hayatımın anlamı Eşime ve Yaşama amacım Kızıma

Sonsuz Teşekkürler

Dr. Sezgin MUTLU

ÖZET

Mutlu S., Preoperatif Stoma Yerinin İşaretlenmesinin, Postoperatif Stoma Komplikasyonları, Stomaya Adaptasyon ve Hasta Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi, 2017

Ostomi her ne kadar hastaların mevcut durumunu iyileştirmek amacıyla açılrsa da bireylerin tüm yaşantısını etkilemektedir. Ostomi bireyin yaşam tarzı ve kalitesini kaçınılmaz olarak değiştirmektedir. Açılan ostomi geçici veya kalıcı olabilmektedir. Ostomi açılmasının en sık sebebi olan kolorektal kanser cerrahisinde her ne kadar sfinkterleri koruyarak yaşam kaliteleri arttırılmaya çalışılsa da bazı hastalarda sfinkterlerin korunması mümkün olamamakta ve kalıcı stoma oluşturulmaktadır. Yapılan çalışmalarda kalıcı veya geçici stomalı hastaların mevcut duruma adapte olma, stoma bakımı, normal sosyokültürel ve fiziksel aktivitelerine devam edememe gibi pek çok problemle karşılaştıklarını ortaya koymuştur. Hastalar bu ve benzer nedenlerden dolayı kendilerini sosyal olarak soyutlayabilmektedir. Aynı zamanda stomaya bağlı ortaya çıkabilen komplikasyonlar ve sorunlar nedeniyle stoma, yaşam kalitelerini ve adaptasyonlarını daha da bozabilmektedir. Bu yüzden bu çalışmanın amacı: Ostomi açılan hastalarda, ostomi yerinin operasyon öncesinde işaretlenen hastalarla işaretlenmeyen hastalar arasında stoma komplikasyonları, stomaya uyum ve hastaların yaşam kalitesi açısından fark olup olmadığının araştırılması. Ostomi yeri adaptasyon sorunlarını belirlemek, ostominin hastalarda günlük aktivitelerinde kısıtlamaya yol açıp açmadığının saptanması ve ostomi yerinin işaretlenmesiyle yaşam kalitelerinin değişip değişmediğinin saptanması.

Bu çalışma için Bülent Ecevit Üniversitesi Etik Kurul Komitesinden onay alındı.

BEÜTF genel cerrahi servisinde 2014-2017 yılları arasında ostomi açılan 112 hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya dahil edilme kriterleri şunlardı: Hastahanemizde ostomi açılan OBYUÖ ve yaşam kalitesi formunu doldurmayı kabul eden, ve stoma birimince takip edilen çalışmamıza katılmaya olur veren ek psikolojik rahatsızlığı olmayan, mental durumu uygun olan hastalar dahil edilmiştir.

Uygun hastalara ameliyat sonrası 4.haftada, stoma ve yara bakım polikliniğindeki kontrollerinde ameliyat sonrası yaşam kalitelerini ve ostomiye adaptasyonu sorgulayan OBYUÖ ve SF 36 yaşam kalitesi formu uygulandı. Aynı zamanda

hastalar ostomi ve yara bakım ünitemizde postoperatif takiplerinde ostomi komplikasyonları açısından klinik olarak takip edilmiş ve kayıt altına alınmıştır.

Çalışmaya dahil edilen popülasyonun demografik özellikleri değerlendirildiğinde, 112 hastanın 58'i (%51,8) erkek, 54'ü (%48,2) kadındır. Olguların yaşları 26 ile 88yıl arasında değişmekte olup ortalama 58,45(59,00±10,14 standart sapma) yaş yıldır. 41 hastanın (%36.6) ostomi yeri işaretlenmiş, 71 hastanın (%63,3) ostomi yeri işaretli değildi.

Anahtar Kelimeler: Ostomi, Ostomi yeri işaretlenmesi, Yaşam kalitesi, Ostomi komplikasyonları, Ostomiye uyum



ABSTRACT

Mutlu S., Significance of Preoperative Stoma Location, Postoperative Complications of Stoma, Adaptation to Stoma and Effect on Patient Quality of Life, Bülent Ecevit University Faculty of Medicine, Department of General Surgery, 2017.

Although the Ostomy opens to improve the condition of the patients, it affects the whole of person life. The ostomy inevitably changes the individual life style and quality. Ostomy may be temporary or permanent. At the most common cause of ostomy colorectal cancer surgeons, although by protecting the sphincters attempt to increase their quality of life, in some patients preservation of sphincters is not possible and stoma are formed to permanent. The studies revealed with that permanent or temporary stoma patient have many problems such as adapting to the stoma, stoma care and being able to resume normal sociocultural and physical activities. Patients can social isolate themselves for this and similar reasons. At the same time, due to stoma complications and problems, may further impair its quality of life and its adaptations. So the goal of this study: Between patients who with ostomy site marked before operation and not marked patients, investigation difference of the complications of stoma, adaptation and quality of life of patients. Determine the problems of adaptation of the ostomy site, whether the ostomy causes restraint in daily activities in patients and whether quality of life has changed by marking the ostomy site.

The University of Bülent Ecevit Ethics Committee approved this study. The study consisted of 112 patient who opened stoma at the University of Bülent Ecevit Department of Surgery between 2014 and 2017. To be eligible, patients had to meet the following inclusion criteria; Patients with mental status who do not have additional psychological distress and who are accept to fill in the compliance scale and quality of life form for ostomy individuals who have ostomy opened in our hospital and who are followed up in the stoma unit.

In the fourth week after surgery, quality of life and ostomate adaptation form applied to patient. At the same time in our ostomy and wound care unit, patients were clinically followed and recorded for ostomy complications in postoperative follow-up.

When the demographic characteristics of the population included in the study are evaluated, 58 of the 112 patients (51.8%) were male, 54 (48.2%) were females. The ages of the cases ranged from 26 to 88 years with an average age of 58.45 years (59.00 ± 10.14 standard deviation). 41 cases (36.6%) were marked ostomy, 71 (63.3%) ostomy sites were not marked.

Key Words: Ostomy, Ostomy location marking, Quality of life, Ostomy complications, Ostomy compliance



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLO DİZİNİ	xii
RESİM DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENELBİLGİLER.....	2
2.1. Stoma.....	2
2.1.1. Tanım.....	2
2.1.2. İntestinal Stoma tipleri.....	3
2.1.3.Stoma Komplikasyonları	5
2.1.3.1. Stoma iskemi ve nekrozu	6
2.1.3.2. Stoma retraksiyonu	7
2.1.3.3. Stoma prolapsusu	8
2.1.3.4. Parastomal herni.....	9
2.1.3.5. Stoma obstrüksiyonu.....	9
2.1.3.6. Stoma enfeksiyonu	10
2.1.3.7. Peristomal cilt problemleri.....	10
2.1.3.8. Komplikasyon gelişimini önlemek	11
2.1.4. Stoma açılırken dikkat edilmesi gereken faktörler.....	11
2.1.5. Stoma yerinin belirlenmesi	12
2.2. Yaşam Kalitesi	14
2.2.1.Tanım ve Tarihsel Gelişimi.....	14
2.2.2. Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı Tanımı, Kullanım Alanları	15
2.2.3. Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Kullanım Alanları	16
2.2.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	17
2.2.4. Yaşam Kalitesi Ölçekleri	17
2.2.4.1. Yaşam Kalitesi Ölçek Çeşitleri	17

2.3. Stoma ve Yaşam Kalitesi	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Olgular ve Veri Toplama Yöntemi.....	30
3.2. İstatistiksel Analiz	30
4. BULGULAR	32
4.1. Demografik Veriler	32
4.1.1. Hastalara İlişkin Demografik Veriler	32
4.2. Ölçek Puanları	33
4.2.1. Hastalara Uygulanan Ölçeklerden Alınan Puanlar	33
4.2.1.1. Ostomi açılan tüm hastaların Kısa form SF (Short Form) 36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları ortalama puan değerleri	33
4.2.1.2. Ostomi açılan tüm hastaların OBYUÖ'den aldıkları ortalama puan	33
4.3. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastaların Karşılaştırılması.....	34
4.3.1. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastaların Yaş Ve Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması	34
4.3.2. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastaların Ostomi Açılma Nedeni Açısından Karşılaştırma	35
4.3.3. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastalarda Meydana Gelen Cilt Komplikasyonları Açısından Karşılaştırma .	35
4.3.4. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastaların, Ostomide Meydana Gelebilen Nekroz Açısından Karşılaştırılması	36
4.3.5. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastaların Ostomide Kanama Açısından Karşılaştırılması.....	36
4.3.6. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastaların Ostomide Meydana Gelebilen Retraksiyon Açısından Karşılaştırılması	37
4.3.7. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastaların OBYUÖ ile Değerlendirilmesi	37
4.3.8. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği İle Karşılaştırılması.....	38

4.4. Cinsiyetin OBYUÖ ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi	40
4.4.1. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Grupta Cinsiyete Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi	40
4.4.2. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenmeyen Grupta Cinsiyete Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi	41
4.5. Ostomi Tipinin OBYUÖ VE SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi	44
4.6. Yaşın, OBYUÖ ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi	46
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
7. KAYNAKLAR.....	53
8. EKLER	62
Ek 1: Etik Kurul Onayı	62
Ek 2: Anket Formları	63

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APR	: Abdominoperineal rezeksiyon
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
OBYUÖ	: Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği
SF-36	: Mf07-01 çalışması yaşam kalitesi kısa formu
SIAS	: Spina iliaca anterior superior
WHOQOL	: The World Health Organization Quality of Life



TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. İntestinal Ostomi Tipleri ve Endikasyonlarının Sınıflandırılması.....	5
Tablo 2. Ostomi Komplikasyonları	6
Tablo 3. Hastalara ilişkin demografik veriler	32
Tablo 4. Ostomi açılan tüm hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları ortalama puan	33
Tablo 5. Ostomi açılan tüm hastaların OBYUÖ'den aldıkları ortalama puan.....	34
Tablo 6. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalar ve işaretlenmeyen hastaların yaş açısından karşılaştırılması (p=0.923).....	34
Tablo 7. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalar ve işaretlenmeyen hastaların cinsiyet açısından karşılaştırılması (p=1.000).....	35
Tablo 8. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, işaretlenmeyen hastaların ostomi açılma nedeni açısından karşılaştırma (p=0.267).....	35
Tablo 9. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, işaretlenmeyen hastalarda meydana gelen cilt komplikasyonları açısından karşılaştırma (p=0.865).	36
Tablo 10. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, işaretlenmeyen hastaların, ostomide meydana gelebilen nekroz açısından karşılaştırılması (p=0.651).	36
Tablo 11. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, işaretlenmeyen hastaların ostomide kanama açısından karşılaştırılması (p=0.189).....	37
Tablo 12. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, işaretlenmeyen hastaların ostomide meydana gelebilen retraksiyon açısından karşılaştırılması (p=0.627).....	37
Tablo 13. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, işaretlenmeyen hastaların OBYUÖ ile değerlendirilmesi	38
Tablo 14. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, işaretlenmeyen hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile karşılaştırılması	39
Tablo 15. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen ve OBYUÖ uygulanan hastalarda cinseyete göre yaşam kalitesi arasındaki farkların değerlendirilmesi	40

Tablo 16. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen ve SF 36 ölçeği uygulanan hastalarda cinsiyete göre yaşam kalitesi arasındaki farkların değerlendirilmesi	41
Tablo 17. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen ve OBYUÖ uygulanan hastalarda cinsiyete göre yaşam kalitesi arasındaki farkların değerlendirilmesi	42
Tablo 18. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen ve SF-36 uygulanan hastalarda cinsiyete göre yaşam kalitesi arasındaki farkların değerlendirilmesi	43
Tablo 19. Ostomi tipinin, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretli hastalarda OBYUÖ ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde değerlendirilmesi.	44
Tablo 20. Ostomi tipinin, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastalarda OBYUÖ ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde değerlendirilmesi.	45
Tablo 21. Yaşın, OBYUÖ ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi	46

RESİM DİZİNİ

<u>Resim</u>	<u>Sayfa</u>
Resim 1. Stoma da iskemi ve nekroz.	7
Resim 2. Stomada retraksiyon	8
Resim 3. Stoma prolapsus ve parastomal herni	9
Resim 4. Stomada ülsere lezyon ve enfeksiyonu	10
Resim 5. Peristomal cilt problemleri.....	11
Resim 6. Her iki rektus kasının belirlenmesi	13
Resim 7. SİAS ve umblikulus arası çizgide rektus kası üzerinde ostomi yerinin işaretlenmesi	13
Resim 8. Oturur pozisyonda ve ayakta iken ostomi yerinin gözlemlenmesi	13

1. GİRİŞ

Ostomi her ne kadar hastaların durumunu iyileştirmek amacıyla açılrsa da bireylerin tüm yaşantısını, yaşam tarzını ve kalitesini kaçınılmaz olarak etkilemektedir. Ostomi açılan bireylerde anksiyete yaşadıkları, duygusal, fiziksel bir çok yönden yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendikleri bilinmektedir (1,2). Ostominin sızıntı ve kokuya neden olacağı korkusuyla hastalarda insanlardan uzak durma, yalnız kalma, zamanla güvende hissedememeye bağlı sosyal yalıtıma neden olabileceği bildirilmiştir (3). Ostomili bireylerde ortaya çıkan tepkilerin amputasyon gibi beden bütünlüğün bozulduğu durumlarda ortaya çıkan tepkilerle benzerlik gösterebildiği de bildirilmiştir (4).

Stomalı bireylere verilen eğitimlerle stomaya uyumun arttığı saptanmıştır (5). Preoperatif dönemde hastanın tam olarak bilgilendirilmesi, operasyonun gerekliliği, stoma yeri belirlenmesi önemlidir. Ancak olası acil operasyonlar, onkolojik cerrahi sırasında preoperatif görüntülemelerle intraoperatif bulgulardaki farklılıklar gibi sebeplerle ostomi kararı intraoperatif de verilebilmekte ve ostomi yeri preoperatif işaretlenmeden de ostomi kararı alınıp ostomi açılabilir (6). Özellikle rektum tümörlerinde uygulanan low anterior rezeksiyon, abdominoperineal rezeksiyon ameliyatları sonrasında hastalara kalıcı ya da geçici olarak stoma açılmaktadır. Hastalığa veya ameliyata bağlı diğer sebepler sonucu, hastaların ruh halinde değişme, bilişsel bozukluk, seksüel disfonksiyon gibi sorunlar ortaya çıkmakta ve daha kötü yaşam kalitesine sahip olmaktadır.

Oluşturulan kalıcı veya geçici stomanın hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği ortadadır. Kalıcı veya geçici stomalı hastaların yeni anatomiye adapte olamama, stoma bakımı zorluğu, normal sosyokültürel aktivitelerine devam edememe, cinsel fonksiyon bozuklukları gibi pek çok problemle karşılaşmaktadırlar.

Bu çalışmayla ostomi yerinin operasyon öncesinde belirlenmesinin hastalarda ostomiye uyum, yaşam kalitesi ve ostomide oluşabilecek komplikasyonlar açısından fark oluşturup oluşturmadığını prospektif, karşılaştırmalı olarak yaşam kalitesini uluslararası yaşam kalite ölçekleri kullanılarak araştırmaktır.

2. GENELBİLGİLER

2.1. Stoma

2.1.1. Tanım

Stoma; Yunancadan gelen bir kelime olup 'ağız' olarak ifade edilebileceği gibi, gastrointestinal kanalda hekimler tarafından iç organların cerrahi müdahale ile vücut dışına geçici veya kalıcı olarak ağızlaştırılması anlamında da kullanılmaktadır (7).

İnce bağırsağın ağızlaştırılması ileostomi, kalın bağırsağın ağızlaştırılması kolostomi ve üreterlerin ağızlaştırılması ürostomi olarak tanımlanmaktadır.

Stomanın tarihsel gelişimiyle ilişkili olarak Black 1994 yılında yapmış olduğu çalışmalarda; Kutsal kitapta Moob Kralı Eglon'un hançerlenişi ve bağırsak atıklarının dışarıya çıkışından, Celsus'un bağırsağın penetrasyonunda bir şey yapmamak gerektiğini kaydettiğinden ve kalın bağırsakta bulunan penetrasyonlar için kalın bağırsağın abdomene sütürle birleştirilebileceğinden bahsetmiştir (8).

İlk stomanın 1706 senesinde George Deppe adlı askerin yara almasıyla meydana geldiği varsayılmaktadır. Kalıcı kolostominin yirminci yüzyılın başlarında Miles tarafından rektum kanser hastalarının tedavisinde uygulandığı ve 1908'de ilk olarak Lancet'te yayınlandığı ifade edilmektedir (9).

1944' lü yıllarda yapılan çalışmalarda stomaya ince bir torba veya gümüş bir boru geçirilmesiyle plastik bir kolostomi torbasının vücut derisine yapıştırılarak orada tutturulmasıyla gayitanın depolanması amaçlanmıştır. Bu amaçla ostomi ameliyatı olan kimya öğrencisi Koeng'in tecrübelerine dayandırılan çizimlerle somutlaştırılıp ostomi torbası fikri geliştirilmiştir.

Stoma; inflamatuvar bağırsak hastalıkları (crohn, ülseratifkolit), intestinal obstrüksiyonlar ve travmalar, Familial Adenomatöz Polipozis koli (FAP) gibi gastrointestinal hastalıklar, yaygın olarak da kolorektal kanserler ya da mesane kanseri gibi üriner sisteme ilişkin hastalıkların cerrahi tedavisinde kullanılan yaygın bir girişimdir (10).

Stoma açılmasının en sık nedeni kolorektal kanser olmakla birlikte, kolon obstrüksiyonu, Founier gangreni gibi hastalıklarda da iyileşmeyi sağlamak için stomalar açılmaktadır (11,12).

2.1.2. İntestinal Stoma tipleri

İntestinal stomalar prognostik faktörlerine göre geçici ve kalıcı olarak ikiye ayrılırlar (Tablo 1);

- **Geçici stomalar:** Geçici önlem olarak gerçekleştirilen ve mevcut durum atlatıldıktan sonra tekrar kapatılan stomalardır.
- **Kalıcı stomalar:** Barsak devamlılığının tekrar sağlanmasının mümkün olmadığı, anüs ve rektumun çıkarılmasını gerektiren vakalarda gerçekleştirilen stomalardır.

İntestinal stomalar **anatomik lokalizasyonlarına göre** ileostomi, jejunostomi ve kolostomi olarak üçe ayrılırlar;

İleostomiler; İnce bağırsağın son kısmının karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Eğer kolon ve rektum tamamıyla çıkarıldıysa veya devre dışı bırakıldığı koşullar varsa, distalde korunması gereken anastomoz varsa açılmaktadır. İleostomide dışkı sıvı, yakıcı ve çok miktarda olduğu için stoma çevresinde deri sorunlarına ve beslenme problemlerine sebep olabilir (13).

İleostomi tipleri;

- **Uç ileostomi (Brooke):** Kalıcı veya geçici olarak yapılabilir. Kalıcı uç ileostomi, inflamatuvar barsak hastalığı ya da famiyal polipozis koli nedeniyle yapılan proktokolektomilerden sonra, rekonstrüktif işlemlerinin tercih edilmediği olgularda kullanılabilir. Geçici uç ileostomi ise, genellikle acil koşullarda opere edilen ve primer anastomozun riskli olduğu olgularda uygulanabilir.
- **Loop ileostomi:** Aynı anda hem proksimaldeki intestinal akımın diversiyonu hem de distaldeki barsak segmentinin dekompresyonu gerektiğinde tercih edilir.
- **Loop-uç ileostomi:** İleum uç kısmının cilt düzeyine gerilimsiz bir şekilde taşınması mümkün olmayan hastalarda ve daha önceden mevcut olan loop ileostominin kalıcı ileostomiye çevrilmesi gereğininde kullanılan bir ileostomi tipidir.
- **Bölünmüş (split) ileostomi:** Eğer lup ileostominin fekal akımı tam olarak saptıramayacağı düşünülüyorsa, bu durumda ileum tam olarak ikiye bölünür. Proksimal uç end ileostomi haline getirilir. Distal uç ise kapatılır.

- **Kontinent ileostomi:** Proktokolektomi yapılan hastalarda, uç ileostomiye alternatif olarak geliştirilmiştir. Terminal ileumdan bir poş hazırlanıp, poşun efferent ansı ile bir valv sistemi oluşturulmaktadır.

Kolostomiler

Kolonun Açıldığı Bölgeye Göre Kolostomi Tipleri

- **Çıkan (ascending) kolostomi:** Stoma çevresinde bulunan deriyi tahriş edebilecek özelliktedir. Gaita sıvı veya yarı sıvı bir hale sahiptir.
- **Transvers kolostomi:** Gaita sıvıyla yarı koyu kıvama sahiptir. Nedeni ise bağırsağa gaita transvers kolonunun sol tarafına ilerlendiğinde enzim miktarında azalma görülür.
- **Descending (inen kolon) Kolostomi:** Dışkı tam veya yarı kıvama sahiptir. Nedeni ise sıvıların çoğu çıkan ve transvers kolon tarafından emiliminin olmasıdır.
- **Uç (Sigmoid) kolostomi:** Geçici yada kalıcı olmakla beraber kalın bağırsağın tam bir şekilde kesilmesi ve karın duvarına tüm lümenin ağızlaştırılması olarak belirtilir. Hartman prosedürü sonrasında oluşturulmuş uç kolostomiler fekal saptırma içerir ve genellikle geçicidir.
- **Çekostomi:** Kolon tıkanıklığının acil dekompresyonu, kolon psödoobstrüksiyonu (Ogilvie sendromu), sol kolon anastomozlarının korunması, çekum perforasyonu veya çekum volvulusununun tedavi aşamalarında kullanılabilir.

Yapılış Şekillerine Göre Kolostomiler

- **Cilt yüzeyli 'Blow-hole' kolostomi:** Kolon distansiyonunun acil olarak azaltılması amacıyla, altta yatan nedenle uğraşılmadan uygulanan geçici ve hızlı bir açıklık oluşturulması işlemidir. İşlem çekum, transvers ve sigmoid kolonda uygulanabilir.
- **Loop kolostomi:** Uygun kolon bölümü tümüyle karın dışına alınır ve açılan karın duvarı katlarına tespit edilir. Genellikle transvers ve sigmoid gibi uzun mezentere sahip kolon segmentlerinde yapılır.

- **Mikulicz kolostomi (Çifte namlusu kolostomi):** Sigmoid iskemilerde, volvulusta, tıkanmaya neden olmuş kolon tümörlerinde ve gecikmiş kolon yaralanmalarında uygulanır. Segment rezeksiyonu sonrası proksimal ve distal uç, tek bir delikten karın duvarına tespit edilir.
- **Uç kolostomi:** Tam dışkı saptırımı sağlayan kolostomi tipidir. Genellikle alt veya orta rektum kanseri nedeni ile uygulanan Miles ameliyatı sonrasında, Hartmann prosedüründe, ciddi inkontinans durumlarında yapılır.

Kolostominin tipine ve açılış yerine kolostomiye gerek duyulan hastalığın ve hastanın özelliklerine göre karar verilmektedir. En sık kullanılan tip loop kolostomidir. Çünkü yapılması ve kapatması kolaydır aynı zamanda kan dolaşımıyla ilgili problemler mezenter dokunulmadığından yaşanmaz. Fakat prolapsus riski bu tip ostomilerde daha sık ve daha yüksektir. Loop kolostomide proksimal ve distal uçlar tek bir kolostomi torbasında yer alacağından proksimalden gelecek olan dışkı distal uca geçebilir. Eğer kolostomi distaldeki problemi korumak amaçlı yapılmışsa loop kolostomi tipi sakıncalıdır. Bu tip durumlarda kolostomi yapılırken distal ucun ağzı kapatılarak karın boşluğuna bırakılıp uç kolostomi yapılmalıdır.

Tablo 1. İntestinal Ostomi Tipleri ve Endikasyonlarının Sınıflandırılması (13).

Ostomi Tipleri	Endikasyonlar
Kolostomi:	
Uç Kolostomi:	Rektum kanseri, kolon kanseri ve kolon tümörleri divertikülit,
Loop kolostomi:	Akut kolon obstrüksiyonlarında dekompresyon için veya kolon perforasyonunda
Çift ağzlı kolostomi:	Travma, tümör, inflamasyonda yada intesinal obstrüksiyon ve perforasyonda
İleostomi:	
Uç İleostomi: Loop İleostomi:	Crohn hastalığı, mezenter embolisi, ülseratif kolit Ülseratif kolit, familial polipozis

2.1.3. Stoma Komplikasyonları

Ostomi açılan hastalarda bir çok komplikasyon görülebilmektedir. Postoperatif ilk 30 günde görülen ostomi komplikasyonlarına erken komplikasyonlar, 30 günden sonra görülen komplikasyonlarına ise geç komplikasyonlar denilmektedir.

En sık görülen stoma komplikasyonları parastomal deri enfeksiyonu, mukokütanöz retraksiyon, stenoz, iskemi, prolapsus, parastomal herni, akut böbrek yetmezliği olarak saptanmıştır (14,15).

Yapılan çalışmalarda ileostomi açılan hastalarda %71 oranında, kolostomi açılan hastalarda ise %43 oranında komplikasyonlar saptanmıştır (Tablo 2). Bu komplikasyon oranları incelendiğinde; stoma etrafında deri iritasyonu %15-85, parastomal herni %1-37, stomal prolapsus %2-25, stenoz %2-10, retraksiyon %1-11 oranında gelişmektedir (16). Geç dönem komplikasyonlarında perforasyon, sıvı-elektrolit kaybı, böbrek taşı ve safra taşı oluşumu bildirilen çalışmalar olmuştur (17,18).

Tablo 2.Ostomi Komplikasyonları (3)

OSTOMİ KOMPLİKASYONLARI	
Erken Komplikasyonlar	Geç Komplikasyonlar
Kanama	Parastomal herni
İskemi ve nekroz	Prolapsus
Mükokütanöz ayrılma	İleus
Retraksiyon	Stenoz
Parastomal enfeksiyon	Fistül
Dermatit	

2.1.3.1. Stoma iskemi ve nekrozu

Erken dönemde daha çok uygunsuz cerrahi sonrası özellikle sol kolik arter bağlandığı durumlarda fazla görülür (Resim 1). İskemi ve nekroz, kolostomilerde ileostomilere göre daha fazladır. Sağlıklı bir stoma, pembe renkli ve nemli olmalıdır. İskemik stoma soluk, ödemli ya da grimsi mor renkte olup, yeterli kan akımı sağlanamazsa zamanla nekroza dönüşür. Bu nedenle stoma renginin postoperatif ilk 24-48 saat boyunca yakından izlenmesi önemlidir.

Başlıca nedenleri;

- Karın duvarında oluşturulan stoma açıklığının dar olması,
- Bağırsağın cilde gergin olarak ağızlaştırılması
- Stomanın separe dikişlerle peritona tespit edilmemesi (uygun olmayan fiksasyon)

Tedavisinde stoma revizyonu yapılır.



Resim 1. Stoma da iskemi ve nekroz.

2.1.3.2. Stoma retraksiyonu

Stomanın karın içerisine doğru kaçmasıdır (Resim 2).Sıklıkla erken dönemde gelişmekle birlikte geç dönemde de görülebilir. Ameliyatın teknik hataları; kolonun yetersiz mobilazasyonu ve yetersiz fiksasyonu, obezite risk faktörleri arasındadır. Cerrahi revizyon gerektirebilir (19).



Resim 2. Stomada retraksiyon

2.1.3.3. Stoma prolapsusu

Stomanın karın duvarından dışarıya doğru sarkmasıdır. Çoğunlukla geç komplikasyon olarak ortaya çıkar. Prolapsus oluştuğunda hasta için uyarıcı olsa da, fonksiyonel açıdan redükte edilebildiği sürece hasta için bir önemi yoktur (Resim 3).

Prolapsus riskinin arttığı durumlar;

- Stomanın laparotomi insizyonundan açılması
- Geniş açıklıktan açılması
- Transvers kolonda açılması
- Hastanın paraplejik olması
- Gebelik
- Karın duvarına iyi sabitlenemeyen, zayıf karın fasyası olan bebek ve yaşlı hastalarda stoma prolapsusu gelişme riski fazladır.

Hafif prolapsusta manuel redüksiyon yapılabilir. Cerrahi girişim eğer prolapsus sızıntı, travma, cilt tahrişi gibi sorunlara yol açıyorsa yapılabilir (19).



Resim 3. Stoma prolapsus ve parastomal herni

2.1.3.4. Parastomal herni

Fasya ile barsak duvarı arasında kısmi veya tam açılma sonucu meydana gelir (Resim 3). Kolostomilerin %37'sinde oluşur (20). Obezite, karın içi basınç artması, yara iyileşmesini geciktiren faktörler (Diabetes mellitus, immunsupresyon) parastomal fitik oluşmasında etkili faktörlerdir. Ağrı, inkarserasyon veya strangülasyon, torbanın yerleştirilmesinde sorunların olması veya diğer stoma ile ilişkili sorunların ortaya çıkması gibi endikasyonların varlığında onarım yapılır.

2.1.3.5. Stoma obstrüksiyonu

Geç dönemde görülür. Başlıca nedenleri;

- Barsak yapışıklığı
- Volvus
- Stoma stenozu
- Parastomal herni
- Tümörün nüks etmesi
- Dışkı sertleşmesi
- Gıda obstrüksiyonudur.

Mekanik obstrüksiyon var ise tedavisi cerrahidir. Gıda obstrüksiyonunun tedavisi için foley kateter yardımı ile 100-200 ml su ya da serum fizyolojik verilerek irrigasyon yapılabilir.

2.1.3.6. Stoma enfeksiyonu

Genellikle uygun olmayan cerrahi tekniğe bağlıdır. Sık görülen bir komplikasyon değildir (Resim 4). Obez, diabetik ve immünsuprese hastalarda yatkınlık daha fazladır. Ameliyat sırasında barsak içeriği ile kontaminasyon sonucu veya mukokütünöz anastomoz ayrılması sonucu görülebilir. Enfeksiyon sonucunda apse oluşmuşsa drenaj yapılır ve sistemik antibiyoterapi başlanır. Abse ve delinme yok ise genellikle konservatif olarak tedavi edilir.



Resim 4. Stomada ülsere lezyon ve enfeksiyonu

2.1.3.7. Peristomal cilt problemleri

Allerjik kontakt dermatit, peristomal varis, parastomal ülser, psöriasis, folikülit, mantar enfeksiyonları, iritan dermatit, mekanik travma bu problemlerden başlıcalarıdır (Resim 5).

Enfeksiyonlar, kimyasal ve mekanik nedenler, immünolojik sebepler ve sistematik hastalıklar sonucu peristomal cilt problemleri görülür. Cilt eritemli, ödemli ve erozyone görünümündedir ve kanama olabilir. Kaşınma, batma ve yanma şikayetleri vardır.

Tedavisi için allerjen uzaklaştırılır, diğler irritan maddelerden de kaçınılır. Uygun cilt bakımı, gerekirse stereoid önerilir. Allerjeni tespit etmek için; Patch (yama) testi yapılabilir.



Resim 5. Peristomal cilt problemleri

2.1.3.8. Komplikasyon gelişimini önlemek

Komplikasyonları için ostomi, düzenli olarak kontrol edilmelidir. Ostomi; renk, ostomi etrafındaki deri ve dokular, ostomiden gelen içerik, ostominin çapı, ağzı, sütürler yönünden postoperative dönemde ostomi hemşiresi tarafından düzenli olarak değerlendirilmelidir (21). Kolostomi öncesi ve sonrasında kolostomi bakımı, kolostomi torbasının değışimi, gerekli malzemelere ulaşabilme yolları, kolostomi etrafındaki cilt bakımı, oluşabilecek komplikasyonların gözlenmesi, beslenme, kolostomi irrigasyonu ve sosyal aktivitelere katılması ile ilgili eğitim verilmeli, eğitim verilirken bireysel özellikler göz önünde bulundurulmalı ve eğitimin sürekliliğı sağlanmalıdır.

2.1.4. Stoma açılırken dikkat edilmesi gereken faktörler

- Rektus kası arasında olması
- İnsizyon yerine yakın olmaması
- Eski ameliyatlara ait skarlardan uzak olması

- Umblikustan uzakta olması
- Stomanın aralıklı dikişlerle peritona tespitinin yapılması
- Stomanın kemer hizasının üzerinde olması
- Stoma yerinin preoperatif dönemde belirlenmesi
- Preoperatif dönemde stoma eğitiminin verilmesi (22).

2.1.5. Stoma yerinin belirlenmesi

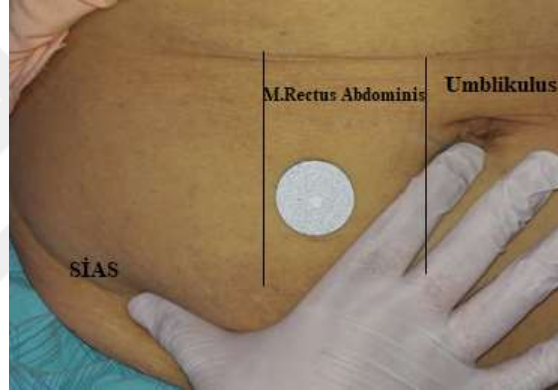
Hastanın hayat kalitesini arttıran ve stomal komplikasyonları ve bu komplikasyonlara yönelik işlemlere bağlı zararları azaltan çok önemli bir dönemdir.

Stoma konusunda özel eğitim almış stoma hemşiresi (stomaterapist) ve cerrahın işbirliği başarıyı arttırmaktadır (23,24).

Hasta ayakta, oturur ve yatar pozisyonlarda değerlendirilir. Göbeğin alt ve yan tarafına gelecek şekilde, spina iliaca anterior superior (sias) ile umblikulus hattında, rektus abdominis kas arasından, hasta tarafından rahatlıkla görülebilecek bir pozisyonda, karın katlantı bölgeleri göbek, kemer hizası, insizyon ve kemiklerden tercihen 4-5 cm uzaklıkta, insizyon veya skar içermeyen bir yer belirlenir (Resim 6,7,8). Çoğunlukla acil vakalarda stoma yeri belirlenmesi gözden kaçırılmakta dolayısıyla sızıntı, cilt irritasyonları ve cilt ayrılması görülmektedir (25,26). Stoma için kullanılacak barsak segmenti seçiminde hastanın yaşı, stoma yapılma sebebi, komorbid hastalıklar, hastanın alışkanlıkları, vücut yapısı ve stomanın geçici veya kalıcı olup olmadığı önemli rol oynamaktadır (27).



Resim 6. Her iki rektus kasının belirlenmesi



Resim 7. SİAS ve umblikulus arası çizgide rektus kası üzerinde ostomi yerinin işaretlenmesi



Resim 8. Oturur pozisyonda ve ayakta iken ostomi yerinin gözlemlenmesi

Stomannın Metabolik Etkileri

Stomannın yerleşim yeri (ileostomi - kolostomi), stoma tipi ve volümünü direk olarak etkiler.

İleostomi, çekostomi ve asendan kolostomilerde günlük 500ml'nin üstünde sindirici enzimlerde içeren drenaj görülürken, daha distalden açılan stomalarda, desenden veya sigmoid kolostomilerde drenaj miktarı azalır, sindirim enzimi içermeyen şekilli gaita görülür (28,29).

Stomalardan en fazla metabolik değişikliğe neden olan stoma tipi ileostomidir.

Günlük 500-800 ml drenaj gözlenir. Debi 1500 ml den fazla ise yüksek debili stoma olarak adlandırılır ve yüksek drenaja bağlı dehidratasyon meydana gelebilir (30). Normalde gaita ile günlük ortalama 5 mmol sodyum kaybı olurken yüksek debili ostomilerde bu kayıp 70-80 mmol düzeyine çıkabilmektedir. Sodyum kaybını kompanze etmeye çalışan böbreğin sodyum tutup, potasyum atmasına bağlı olarak da hipopotasemi görülebilmektedir.

İnce barsak rezeksiyonu geçiren hastalarda yağ malabsorbsiyonu, demir eksikliği anemisi, ürolithiazis ve safra asidi emilim bozukluğuna sekonder kolelithiazis gelişebilmektedir (31).

2.2. Yaşam Kalitesi

2.2.1.Tanım ve Tarihsel Gelişimi

Kaliteli yaşamın tanımı, filozofların uzun yıllardan beri tartışma konusu olmuştur.

Tatarkiewicz mutluluk kavramının günümüzden 2000 yıl önce yalnızca başarı anlamında mükemmellik durumu veya en yüksek seviyede erdem ve güzelliklere sahip olması olarak anlaşılmaya başlandığını, modern çağda ise, doyum için mutluluğun yeterli olmadığının üzerinde durulduğunu ifade etmiştir (32,33).

Tatarkiewicz, kavramla ilgili daha önceki düşüncelerin bağımsız olarak mutluluğun doyumun bir çeşidi olduğunu belirtmiştir. Bu tanım günümüzde ki yaşam kalitesi kavramının tanımını da içermektedir (32,33).

1960'lı yıllarda A.B.D.'de politik tartışmalardan kaynaklanan yaşam kalitesi kavramı o yıllardan sonra kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır (34,35).

Yaşam kalitesi kavramı ilk olarak ekonomi alanında karşımıza çıkmaktadır. Aynı yıllarda yaşam kalitesi kavramı sosyal bilimlere doğru genişlemeye başlamıştır ve yaşam kalitesi kavramı yaşam biçimi kavramı ile benzerlik göstermektedir.

Psikoloji alanında yapılan çalışmalarla 1970'li yıllarda yaşam kalitesinin işlevsel değerlendirilmesi çoğunlukla bireyin yaşam hakkında sahip olduğu doğrudan veya dolaylı algısı üzerinde temellenmektedir (36).

Sonuç olarak yaşam kalitesi, objektif durumların eşiliğinde kişinin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur. Bazı çalışmalarda belirlendiği gibi kişinin objektif yaşam durumu uygun olmasa da subjektif iyilik hali ve yaşam kalitesi doyumunu yüksek olabilmektedir (37,38).

Tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile yaşam süresi uzamış dolayısıyla da yaşam kalitesi algısı değişmiştir (39,40).

2.2.2. Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı Tanımı, Kullanım Alanları

Tıpta yaşam kalitesi konusunda açıklanmış evrensel bir tanım bulunmamakla birlikte birçok faktörü barındıran geniş bir kavramdır. Yaşam kalitesi kavramını, bazı araştırmacılar “mutluluk”, bazıları “hastalık ve tedaviye bedensel, ruhsal ve sosyal cevap ifadesi” olarak tanımlamışlardır.

Tanımlamada fikir birliği olmamasına rağmen, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çok boyutlu, öznel ve dinamik bir kavram olduğu konusunda ortak görüş vardır (41).

1980 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün bireyin iyilik halini, bireysel yaşam kalitesini tanımlama ve ölçebilme çalışmaları başlamış ve bu çabalar sonunda The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmiştir. WHOQOL Türkiye grubu konuyla ilgili ilk kez 1995 yılında çalışmalara başlamıştır (42,43,44).

Yaşam kalitesi günümüzde ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmekte, hastaların tedavilerine karar verme ve klinik çalışmalarda girişimlerin etkinliğinin karşılaştırılması amacıyla kullanılmaktadır (45,46).

2.2.3. Yaşam Kalitesi Ölçekleri ve Kullanım Alanları

Fitzpatric ve arkadaşları yaşam kalitesi boyutlarını birçok yaşam kalitesi ölçeğinden yararlanarak ortaya koymuşlardır (47). Bu ölçeklerde;

- fiziksel fonksiyon (hareket kabiliyeti, öz bakım vs.)
- emosyonel fonksiyon (depresyon, anksiyete vs)
- sosyal fonksiyon (cinsel hayat, sosyal destek, sosyal ilişkivs)
- rol performansı, (iş hayatında ve günlük ev işlerinde)
- ağrı ve yorgunluk
- bulantı ve hastalığa özgün farklı semptomlar yer almaktaydı.

Yaşam kalitesi ölçümlerinin başlıca kullanım alanları şöyle sıralanabilir;

- Bireysel hasta bakımında oluşabilecek psikososyal problemlerin izlenmesi ve taranmasında,
- Bilinen sağlık problemlerine yönelik yürütülen toplum tabanlı çalışmalarda
- Tıbbi değerlendirmelerde,
- Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesine yönelik araştırmalarda,
- Kronik hastalıklarda hastalığın prognozunun izlenmesi ve tedavi yönteminin belirlenmesinde,
- Klinik araştırmalarda,
- Maliyet kullanım analizlerinde

Yaşam kalitesi değerlendirmeleri sayesinde sunulan hizmetin yeterliliği ve geliştirilmesi için geribildirim elde edilmekle birlikte ihtiyaçların, uygulanan stratejilerin, hem sistem hem de bireysel hasta düzeyinde sonuçlarının değerlendirilmesinde faydalıdır.

Tüm bilim dalları yaşam kalitesine kendi disiplinleri açısından yaklaşmaktadır. Sosyoloji yaşam kalitesinin refahla ilişkisine önem verirken, fizyoloji temel olarak kişilerin büyüme ve gelişmelerine, tıp ise sağlığın, semptomların, hastalıkların ve tedavilerin yaşam kalitesi ile olan ilişkisine yönelmiştir (48).

2.2.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesi gözlenemediği ve öznel olduğu için bunu temsil eden parametrelerle ölçülür. Bu göstergeler;

- Gözlemsel bilgiler,
- Fizyolojik göstergeler (kan testleri vb),
- Davranışsal göstergeler (Alkol bağımlılığı, intihar oranları vb),
- Kendini ifade etme olarak belirlenmektedir.

Duygu ve düşünce gibi öznel konular başkaları tarafından gözlenemeyeceği için en çok başvurulan yöntem kişinin kendini ifade etmesidir. Bazen gözlenen bulgular da somatik şikayetlere bağlı olabilir (48).

2.2.4. Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Yaşam kalitesinin ölçümüyle ilgili 1980 yıllarından itibaren çeşitli araçlar geliştirilmiştir. Yaşam kalitesinin psikometrik özelliği, skor süreci nedeniyle yeterli değerlendirilemediği gözlenmiştir. Bu nedenle yaşam kalitesini değerlendirmek için birkaç boyutu ölçen araçların kullanılması gerekmektedir(49).

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılacak yaşam kalitesi ölçekleri yeterli test güvenilirliğinde ve iç tutarlılığında, ölçüm hatası en az düzeyde, kişilik özelliklerinden en az etkilenen, etik kurallara uygun ve sağlıkla ilgili olmalıdır.

Sağlıkla ilgili ideal yaşam kalitesi ölçeği, önemli sağlık alanlarının fiziksel ve duygusal iyilik hali gibi geniş kapsamlı değerlendirilmesini ve bu alanların entegrasyonunu sağlamalıdır (49,50).

2.2.4.1. Yaşam Kalitesi Ölçek Çeşitleri

1) Hastalığa özel ölçekler: Rehabilitasyon programlarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılan Aberdeen Bel Ağrısı Ölçeği, Boyun Ağrısı, Rolls Royce ve Disabilite Ölçeği gibi çok sayıda hastalığa özel ölçek vardır.

2) Özel bir konuya yönelik ölçekler: Psikolojik ve ruhsal durum ile ilgili özel bir alanda ölçüm yapmak için kullanılan testler özel konuya yönelik testlerdir. Beck Depresyon Ölçeği gibi.

3) Genel kapsamlı ölçekler: Fiziksel, mental ve sosyal alanları kapsayan ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi hakkında genel bilgi veren ölçeklerdir. En çok kullanılan ölçekler; Kısa Form-36 (SF-36), Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili'dir (41).

Mf07-01 Çalışması Yaşam Kalitesi Kısa form 36 (short form 36- SF36)

Rand Corporation tarafından 1992 yılında yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş ve kullanıma sokulmuştur (47).

Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (51).

Özellikle fiziksel hastalığı olan insanlarda, sağlık durumunun hem olumlu hem de olumsuz yönlerini değerlendirebildiği ve küçük değişimleri saptamada çok duyarlı olduğu aynı zamanda kısa ve uygulanabilirliği kolay olduğu için en çok kullanılan ölçektir.

Yalnızca tek sonuç vermez, toplam puan yoktur ve her bir alt ölçek için ayrı ayrı puan verir. Puanlar 0'dan 100'e kadardır. Sıfır en kötü, yüz en iyi olarak değerlendirilir.

Sağlığın sekiz boyutunu 36 madde ile incelemek için kullanılan bir testtir. Otuzaltı maddeden oluşmaktadır; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlar, emosyonel sorunlar, mental sağlık, enerji-canlılık-vitalite, ağrı ve genel sağlık olmak üzere 8 alt ana başlığa ayrılır.

MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti	1	2
b. İstediginizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığımız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İstediginizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
Hiç		1
Çok az		2
Orta		3
Çok		4
İleri derecede		5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (OBYUÖ)

OBYUÖ Simmons ve ark. Tarafından 2009 yılında hazırlanmış ve A.karadağ ve ark. tarafından 2011 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (52, 53) (ek-1).

Ankette hastaların demografik özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi ile ilgili) 7 soru ve stomaya ilişkin (tipi, açılma nedeni, süresi ve stoma bakımını yapabilme durumu gibi) 10 soru yer almaktadır.

Toplam 23 (yirmiüç) maddeden oluşmaktadır. Kabul etme, kaygı/endişe, sosyal uyum ve öfke olarak 4 alt grup ve herhangi bir gruba girmeyen 3 ek maddeden oluşmaktadır.

1, 3, 4, 6, 9, 14, 15, 19, 23. Maddeler kabul etme, 12, 13, 17, 20, 21. maddeler kaygı/endişe, 5, 7, 8, 11. maddeler sosyal uyum, 2 ve 10. maddeler öfke alt grubunda iken 16, 18 ve 22 maddeler herhangi bir alt faktöre dahil edilmemiştir.

Ölçekte her bir madde 5'li likert tipinde (0-4 puan; Kesinlikle katılıyorum, Katılıyorum, Emin değilim, Katılmıyorum, Kesinlikle katılmıyorum) değerlendirilmekte ve her bir maddeden alınan yüksek puan uyumun da arttığını göstermektedir. Ölçekteki 12 madde (2, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18 ve 21. maddeler) olumsuz ifadeler içerdiği için ters skorlanmaktadır.

EK-1

OSTOMİLİ BİREYLERE YÖNELİK UYUM ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı,

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

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

2.3. Stoma ve Yaşam Kalitesi

Kolostomi veya ileostomi açılmasını gerektiren en sık neden kolorektal kanserlerdir. Kolorektal kanserler ölüm nedenleri arasında ise ikinci sırada yer almaktadır. Son yıllarda ülkemizde kolon kanseri vakalarının arttığı, 1990'lerden itibaren kolon kanserinde yaş ortalamasının 60 yaşından 50 yaşa düştüğü, hatta 40 yaşın altındaki vakaların giderek arttığı bildirilmektedir (54).

Dünyada her yıl yaklaşık 100.000 bireye stoma açıldığı, bu sayının İngiltere'de 100.000 den fazla, kuzey Amerika'da ortalama 1. 5 milyon stomalı hastanın bulunduğu bildirilmektedir. Ülkemizde bu sayının daha düşük olduğu tahmin edilmektedir.

Endikasyon ne olursa olsun, ostomi açılması bireyin fizyolojik, sosyal ve psikolojik açıdan çeşitli sorunlara neden olur ve yaşam tarzı ve yaşam kalitesini değiştirmektedir (55,56).

Hastaların yaşadıkları sorunların başında en çok depresyon olmakla birlikte çeşitli psikiyatrik bozukluklar, beden algısının değişmesi, benlik saygısının azalması, cinsel işlevlerde bozulma ve eş uyumunda sorunların görülmektedir (57).

Blumenfield ve Tiamson ostomi hastalarında ortaya çıkan sorunların ampütasyon gibi durumlarda gelişebilecek tepkilerle benzerlik gösterdiğini belirtmişlerdir (58).

Stomanın yaşam kalitesi üzerine fiziksel, psikolojik, cinsel yaşam, sosyal hayat, dini inanç üzerine bir çok etkileri olması kaçınılmazdır (55,56).

Fiziksel Etkileri;

Yaşam kalitesini etkileyen başlıca fiziksel sorunlar; koku, gaz, dışkı sızıntısı ve deri irritasyonlarına bağlı sorunlardır. Aynı zamanda ishal, kabızlık, beslenme ve emilim bozuklukları, kanserli hastalarda kemoterapi ve radyasyon tedavisinin yan etkilerine bağlı bulantı, kusma, yorgunluk, kilo kaybı, tümör invazyonu ve radyasyon hasarına bağlı ağrı ve obstrüksiyon gibi sorunlarda stomalı hastalar tarafından yaşanan diğer sorunlardır (59,60,61).

Koku ve gaz: Stomalı hastalarda gaz çıkışının kendi kontrolleri dışında olacağından hoş olmayan koku çıkarma ve bu kokunun çevredeki kişiler tarafından duyulacağı endişesi taşırlar ve utanma duygusu ile beraber sosyal izolasyona neden olabilmektedir (62).

Kokuyu önlemek için koku geçirmeyen ve filtreli bakım ürünleri kullanılmalı, koku ve gaz oluşumunu arttıran yiyeceklerden ve içeceklerden kaçınılması önerilmektedir. Öğünlerde sık sık ve az yenilmesi, yiyeceklerin iyi çiğnenmesi, yavaş ve ağız kapatarak çiğnenmesi önerilmektedir (63,64).

Sızıntı: Dışkı sızıntısı deri problemlerine ve kokuya sebep olarak yaşam kalitesini bozan en çok görülen sorundur (59,61). Sızıntı ve buna bağlı koku insanlardan uzak durup, osotmili bireyleri sosyal yalıtıma itebilen, osotmili bireyde kendine güvensizlik ve güvende hissedememeye neden olabilir (65).

Deri İritasyonu: Stoma içeriğinin temasına bağlı sindirim enzimlerinin yakıcı etkisi nedeniyle stoma çevresinde kızarıklık, nem, deri yüzeyinin sıyrılması, renk değişikliği gibi bulgular görülmektedir. Stomalı hastaların yaklaşık dörtte üçünde deri sorunları görüldüğü belirtilmektedir (66).

Derinin iritasyonunu önlemek için stoma yerinin iyi seçilmesi, stoma tekniğinin uygun olması, ostomi tipi, ölçüsü ve şekline uygun torba sisteminin seçilmesi, deri bariyerlerinin kullanılması, stomadan sızıntısının önlenmesi önerilmektedir. Hastalara stoma bakımı ve stoma ürünleri hakkında eğitim verilmesi deri ile ilgili problemleri azaltabilmektedir (67,68).

Konstipasyon/Diyare: Diyare daha çok ileostomi açılan hastalarda, konstipasyon özellikle yaşlı kolostomi hastalarında sık görülmekte. Az lifli gıdaların tüketimi, yetersiz sıvı alınması, hareketsizlik, analjezikler, mekanik obstrüksiyon konstipasyon etiolojinde sayılabilecek etkenlerdir.

Psikolojik Etkileri;

Stoma açıldığında beden imajı bozulduğundan hastaların stomayı kabullenmesi zordur.

İnsanın yaşı, hastalığı, sosyo ekonomik düzeyi veya cinsel tercihi ne olursa olsun stoma ameliyatı, güzellik, vücut bütünlüğü, cinsellik, temizlik yönünden kişi

değerini zedelemekte ve beden imajı bozukluğu algısı oluşturmaktadır. 1995 yılında Offman stoma ameliyatının psikolojik etkilerinin, fiziksel veya farmakolojik etkilerinden daha büyük olduğunu belirtmiştir (69,70).

Post operatif dönemde stomaya adapte olmaya çalışan hastalarda, güven, bağımsızlık ve onurun kaybolması, beden imajının bozulması, öz saygı ve özgüvenin azalması, takıntı, yadsıma vb. psikolojik sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Adaptasyon döneminde öfke, anksiyete, depresyon, kendini toplumdan soyutlama gibi tepkiler görülebilmektedir. Bazı stomalı hastaların bu değişikliği kabullenmediği, stomalarını görmek istemedikleri, aynaya bakamadıkları, kendilerini normal bir kişi olarak kabul etmedikleri ve artık normal bir yaşam sürdüremeyeceklerini belirten yayınlar olmuştur (71).

Ostomi nedeniyle yaşanan depresyon, yalnızlık ve üzüntü hissi sıklıkla genç ve kadın hastalarda görülmektedir (57).

Ostominin psikolojik etkilerini araştırılan bir çalışmada hastaların %22'sinde orta ve ileri düzeyde psikiyatrik bulgu saptanmış ve geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, ameliyat sonrası fiziksel belirti ve komplikasyonlarla karşılaşma, yetersiz danışmanlık ve anksiyetenin bu riski arttırdığı gösterilmiştir (72).

Ostomili yaşama uyumda beden görünümünde değişimin algılanma düzeyinin önemli bir belirleyicidir. Hastanın ostomiye adapte olabilmesi için hastanın sağlıklı bir beden algısı ile bütünleştirebilmesine destek olabilecek psikolojik yardım almasının ve kendi başına bakım için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır (73).

Cinsel Etkileri;

Cinsellik, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre cinsel var oluşun bedensel, duygusal, entelektüel ve sosyal öğelerinin kişilik, iletişim ve sevgiyi kuvvetlendirecek şekilde bir araya gelmesidir.

Cinselliğin biyolojik, psikolojik ve sosyal öğeleri vardır. Biyolojik öğeler üreme organlarını ve fiziksel görünümü, psikolojik öğeler vücut imajı, öz güven, benlik saygısını ve sosyal öğeler ise cinsiyet rollerini, kültürel beklentileri kapsar.

Cinsellik ve cinsel sağlık yaşam kalitesinin önemli bir göstergesidir ve birçok fizyolojik ve psikolojik faktörün cinsel sağlığı bozabilmektedir (74,75). Stoma

ameliyatı geçirmiş olan hastaların beden imajı ile ilgili endişeleri, cinsel fonksiyonu etkilemektedir. Stomalı hastalarda cinsel aktivite sıklığında azalma ve kesilme, cinsel istekte ve zevk almada azalma gibi sorunlar saptanmıştır (8,76)

Rektum kanseri ameliyatlarında parasempatik sinir hasarına bağlı erkeklerde impotans, ereksiyon ve ejakülasyon problemleri, kadınlarda ise pelvisteki skar dokusu nedeniyle cinsel ilişkide ağrı, vaginal sekresyonların azalması gibi problemler yaşanmaktadır (76,77).

Özgüven, olumsuz vücut imajından etkilenir. Stomalı bir kişi cerrahiye sekonder cinsel olarak eski performans gösterme yeteneklerini kaybedince özgüvenleri daha çok zedelenir ve bir kısır döngü içinde performans konuları özgüvende daha da azalmaya neden olur.

Stomalı hastalarda sevilmemek, cinsel olarak çekici bulunmamak, normal cinsel aktiviteyi yapamamak, cinsel aktiviteye başlamaktan korkmak, doğurganlığın ve libidonun kaybedilmesi korkuları vardır ve bu korku hastalarda üzüntü, reddediş, kızgınlık, suçluluk hisleri yaratabilmektedir. Çoğu hastada stoma ve torbanın görünüşü, dışkı sızıntısı, koku, ses, cinsel ilişki sırasında torbanın açılması, eşleri tarafından reddedilmekle ilgili ortak korkular bulunmaktadır (60,78,79).

Erkek hastalar cinsel fonksiyonları ile ilgili yaşam kalitesinin diğer alanları ile kıyaslandığında, daha çok anksiyete duymaktadırlar. Bildirilen çalışmalara göre rektum kanseri nedeniyle abdominoperineal rezeksiyon (APR) ameliyatı yapılan erkeklerde %53-100 arasında ereksiyon fonksiyon bozukluğu olduğunu saptamıştır (80). Bu oran bazı çalışmalarda %66-100 gibi geniş bir aralıkta impotans, ereksiyon ve ejakülasyon problemleri olduğu belirtilmiştir (66).

Follick, çalışmasında ostomili hastaların %34'ünde cinsel tatminde azalma, %78'inde ise cinsel aktivitede azalma olduğunu belirtmiştir (81). Cinsel problem yaşayan ostomili kadın oranı %5-30 olarak bulunmuştur (82).

1999 yılında Çavdar'ın ostominin cinsellik üzerinde oluşturduğu fiziksel etkilerden bahsettiği çalışmasında; erkekte rektum veya mesanenin çıkarılmasından sonra, özellikle yaygın lenf nodu disseksiyonu yapıldığında empotans, orgazm bozukluğu, ejakülasyon yetersizliği ve sterilite görüldüğünü bildirmiştir.

Kadınlarda ise, genellikle vajinanın bir kısmı ya da tamamı çıkarılmadıkça pelvik cerrahinin cinsel duyguları çok etkilemediği, geniş pelvis yapısının sinir

yaralanma riskini azalttığını ancak, vajinanın kısılması ya da alınması durumunda, vajinal kayganlıkta azalma ve pelvisteki skar doku birleşme sırasında ağrıya neden olabilmektedir (83).

Kanser cerrahisi nedeniyle ostomi açılan hasta eşlerinde belirsizlik duygusu, yeni bir yaşam şeklini öğrenme ve uyum sağlama, değişen beden ile ilgili zorluklar yaşandığı, ostomiye bağımlı yaşamının ailevi ve sosyal yaşantıyı etkilediği ve kısıtladığı gösterilmiştir (84).

Ostomiye bağlı anksiyete ve diğer negatif bulgular tabuculuğun 10. gününde en düşük düzeye inmekte, fakat daha sonra 90. ve 180. Günlerde artarak depresyona dönüşme riski yükselmektedir (85).

McDonald ve arkadaşları, rektal kanser nedeniyle ostomi uygulanmış olan 420 hastada, hastaların %63'ünde cinsel işlev bozukluğu olduğunu ve bu bozukluğa, idrar yolları ile ilgili yakınmalar, gaz, rahatsız edici bağırsak hareketleri gibi daha fiziksel bulgular eşik ettiğini belirtmişler, aynı zamanda cinsel işlevlerde bozukluğun, cinsel istekte azalmadan çok cinsel yeterlilikte azalma ile ilgili olduğunu göstermişlerdir (86).

Ostomi açılan hastalarda cinsel çekicilikle ilgili duyguların ameliyattan sonraki ilk bir yılda azaldığı ve daha sonra zamanla düzelme gösterdiği bildirilmiş, 10 yıldan beri ostomili olan hastalarla, ostomi uygulanmasının üzerinden daha kısa zaman geçen hastalar karşılaştırıldığında, hastalar cinsel çekiciliklerinin arttığını belirtmişlerdir. Bu durum, beden algısındaki bozulmanın en çok ameliyattan sonraki bir yıl içerisinde fazla olduğunu göstermektedir (87).

Sosyal Etkileri;

Stomalı bireylerde, stomadan duyulan utanç, koku, sızıntı, gaz ve başkalarına sıkıntı vermek gibi nedenler ile beden imajındaki değişimin toplumsal yaşamda güçlükler getireceği düşüncesiyle ostomili bireyler kendini sosyal yaşamdan kısıtlamaktadır. Önceden yaptıkları sportif faaliyetler, toplantılar, vb aktiviteleri bırakmakta, yeni insanlarla tanışmaktan kaçınmaktadırlar. Evlilik ve aile ilişkilerinde çatışmalar yaşamakta, çevresindekilerden stomalarını gizleme eğilimi göstermektedirler.

Bu durumdan iş hayatları da olumsuz olarak etkilenmekte kimi durumlarda işi bırakma, çalışma saatlerini azaltma, iş veriminde azalma ve iş değiştirme gibi davranışlar görülmektedir (62,88).

Ostomili hastalarda aktivite kısıtlaması daha çok evdışındaki hayatlarından olmakta eviçi aktiviteleri bu durumdan daha az oranda etkilenmekte, bu durumun nedeni olarak başkalarına sıkıntı verme duygusu, ve utanç duygusu olarak gösterilmektedir (89).

Neyse ki bu sosyal soyutlanma cerrahiden geçen süre ilerledikçe iyiye doğru gitmektedir (90).

Dini Etkileri

Stoma akıntısının veya gaz çıkmasının namazın geçerli olmayacağı düşüncesi müslüman hastalarda huzursuzluğa neden olduğundan söz edilmektedir. Ayrıca oruç tutulan dönemlerde hastanın yeme düzeninde aksaklık ve uzun süre su içmemenin özellikle yaz aylarında dehidratasyona, kabızlık ve bulantıya, iftarda aşırı yemek yenilmesinin diyareye neden olabileceği belirtilmektedir. Bu etkileri minimuma indirmek için önlem olarak hasta namaz kılıyorsa, iki parçalı torbaların kullanılması, torbanın namazdan önce değiştirilmesi, namaz kılmadan hemen önce abdest alması önerilebilir. Oruç tutmanın ve beslenmenin stoma üzerinde ki etkilerinin hastalara anlatılması gerekmektedir (91).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Olgular ve Veri Toplama Yöntemi

Çalışmamıza Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi bölümünde 2014-2017 yılları arasında ostomi açılan hastalar dahil edildi. Çalışmaya gönüllülük esasına göre toplam 112 hasta dahil edilmiştir. Herhangi bir sebeple çalışmadan çıkarılan hasta olmamıştır.

Hastalara, ameliyat sonrası yaşam kalitelerini ve ostomiye adaptasyonu sorgulayan OBYUÖ ve SF 36 yaşam kalitesi formu operasyon sonrası 4. haftada stoma ve yara bakım polikliniğindeki kontrollerinde uygulandı. Aynı zamanda hastalar, hastanedeki yatış süresince genel cerrahi servisinde, taburculuk sonrasında ostomi ve yara bakım ünitemizde, postoperatif ostomi komplikasyonları açısından klinik olarak takip edilmiş ve hasta izlemleri kayıt altına alınmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; Hastahanemizde ostomi açılan OBYUÖ ve SF 36 yaşam kalitesi formunu doldurmayı kabul eden, ve stoma birimince takip edilen çalışmamıza katılmaya olur veren ek psikolojik rahatsızlığı olmayan, mental durumu uygun olan hastalar dahil edilmiştir.

3.2. İstatistiksel Analiz

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik AnaBilimDalı'ndan konsültasyon alınmıştır. İstatistiksel değerlendirme SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılarak yapıldı. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama±standart sapma, sözel yapıdaki veriler için sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Sözel yapıdaki değişkenler bakımından gruplar arasındaki farklılıklar Ki-kare testi ile incelendi. Sayısal değişkenler bakımından iki grubun karşılaştırılmasında parametrik test varsayımları sağlandığında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, sağlanmadığında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. İki sayısal değişken arasındaki doğrusal ilişki parametrik test varsayımları sağlandığında Pearson korelasyon analizi ile,

sağlanmadığında ise Spearman korelasyon analizi ile incelendi ve tüm değerlendirmeler için $p < 0.05$ değerisi anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

4.1. Demografik Veriler

4.1.1. Hastalara İlişkin Demografik Veriler

Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik özellikleri değerlendirildiğinde (Tablo 3), 112 hastanın 58'i (%51,8) erkek, 54'ü (%48,2) kadındı. Olguların yaşları 26 ile 88 yıl arasında değişmekte olup ortalama 58,45 (59,00±10,14 standart sapma) yaş yıldı. 41 hastanın (%36,6) ostomi yeri işaretli, 71 hastanın (%63,3) ostomi yeri işaretli değildi.

Ostomili hastaların 33'ü (%29,5) benign sebeple, 79'u (%70,5) malign sebeple açılmıştı. Ostomilerin 44'ü (%39,3) ileostomi, 68'i (%60,7) kolostomi idi.

Tablo 3. Hastalara ilişkin demografik veriler

Parametre (n=112)	
Yaş	59,00±10,14[58,45(26-88)]
Cinsiyet (E/K)	58/54 (%51,8/%48,2)
Ostomi yeri İşareti	
İşaretli	41(%36,6)
İşaretsiz	71(%63,3)
Sebep	
Malign	79(%70,5)
Benign	33(%29,5)
Ostomi tipi	
İleostomi	44 (%39,3)
Kolostomi	68 (%60,7)

4.2. Ölçek Puanları

4.2.1. Hastalara Uygulanan Ölçeklerden Alınan Puanlar

4.2.1.1. Ostomi açılan tüm hastaların Kısa form SF (Short Form) 36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları ortalama puan değerleri

Hastaların tümüne ameliyat öncesi ve sonrasında stoma hakkında bilgi verilmiştir. Hastaların ameliyat sonrası kontrolde hesaplanan SF-36 yaşam kalitesi ölçek puanlarına bakıldığında;

Fiziksel fonksiyon alt ölçek puan ortalaması 42.27, fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puan ortalaması 26.34, emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puan ortalaması 31.84, enerji canlılık vitalite alt ölçek puan ortalaması 42.67, ruhsal sağlık alt ölçek puan ortalaması 57.7, sosyal işlevsellik alt ölçek puan ortalaması 45.64, ağrı alt ölçek puan ortalaması 53.14, genel sağlık algısı alt ölçek puan ortalaması 46.47 idi (Tablo 4).

Tablo 4. Ostomi açılan tüm hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları ortalama puan

Parametre	Puan ortlaması
Fiziksel fonksiyon	42,27
Fiziksel rol güçlüğü	26,34
Emosyonel rol güçlüğü	31,84
Enerji-Canlılık-Vitalite	42,67
Ruhsal sağlık	57,74
Sosyal işlevsellik	45,64
Ağrı	53,14
Genel sağlık algısı	46,47

4.2.1.2. Ostomi açılan tüm hastaların OBYUÖ'den aldıkları ortalama puan

Hastaların ostomiye uyumu OBYUÖ ile değerlendirildiğinde ortalama puanlarına bakıldığında;

Ostomiye kabul etme puan ortalamaları 19.78, ostomiye bağlı kaygı, endişe duyma 7.71, ostomiye sosyal uyum 5.75, ostomiye bağlı öfke puanı 2.63 olarak hesaplandı. Toplam ostomiye uyum ölçeği puan ortalaması 41.06 idi (Tablo 5).

Tablo 5. Ostomi açılan tüm hastaların OBYUÖ'den aldıkları ortalama puan

Parametre	Puan
Kabul etme	19,78
Kaygı, endişe	7,71
Sosyal uyum	5,75
Öfke	2,63
Toplam	41,06

4.3. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastaların Karşılaştırılması

4.3.1. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastaların Yaş Ve Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Ostomi yerinin peroperatif dönemde işaretlenen grup ile ostomi yerinin preoperatif dönemde işaretlenmeyen grup arasında cinsiyet ve yaş açısından istatistiksel olarak fark saptanmadı. Preoperatif dönemde ostomi yerinin işaretlendiği hastaların yaş ortalaması 58.41 iken, preoperatif dönemde ostomi yerinin işaretlenmediği hastaların yaş ortalaması 58.46 yıl olarak saptandı (Tablo 6).

Tablo 6. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalar ve işaretlenmeyen hastaların yaş açısından karşılaştırılması (p=0.923).

Grup	Aritmetik ortalama/yıl	Ortanca	Minimum	Maximum
İşaretli	58.41	59.00	36	80
İşaretsiz	58.46	59.00	26	88
Total	58.45	59.00	26	88

Ostomi yerinin peroperatif dönemde işaretlenen hastaların %51.8'i erkek, %48.2'si kadındı, ostomi yerinin preoperatif dönemde işaretlenmeyen hastaların %52.1'i erkek, %47.9'u kadındı (Tablo 7).

Tablo 7. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalar ve işaretlenmeyen hastaların cinsiyet açısından karşılaştırılması (p=1.000).

Cinsiyet	İşaretli grup	İşaretsiz grup	Total
Erkek	21 (%51.8)	37 (%52,1)	58 (%51,8)
Kadın	20 (%48.2)	34 (%47,9)	54 (%48.2)
Total	41 (%100)	71 (%100)	112 (%100)

4.3.2. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastaların Ostomi Açılma Nedeni Açısından Karşılaştırma

Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastaların %22'sine benign, %78'ine malign sebeple ostomi açıldı. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastaların %52'sine benign, %48'ine malign sebeple ostomi açıldı (Tablo 8). Ostomi yerinin preoperatif dönemde işaretlenen hastalar ile ostomi yerinin preoperatif dönemde işaretlenmeyen hastalar arasında ostomi açılma nedeni olan hastalık açısından (malign veya benign) istatistiksel açıdan benzer bulundu.

Tablo 8. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, işaretlenmeyen hastaların ostomi açılma nedeni açısından karşılaştırma (p=0.267).

Hastalık	İşaretli grup	İşaretsiz grup	Total
Benign	9 (%22,2)	24 (%52,1)	33 (%29.5)
Malign	32 (%78,8)	47 (%47,9)	79 (%70.5)
Total	41 (%100)	71 (%100)	112 (%100)

4.3.3. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastalarda Meydana Gelen Cilt Komplikasyonları Açısından Karşılaştırma

Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastaların %31'inde ostomiye bağlı cilt komplikasyonları saptandı. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastaların %35'inde cilt komplikasyonu saptandı (Tablo 9). Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastalar arasında ostomiye bağlı gelişen cilt komplikasyonları açısından anlamlı fark bulunamadı.

Tablo 9. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, işaretlenmeyen hastalarda meydana gelen cilt komplikasyonları açısından karşılaştırma (p=0.865).

Cilt komplikasyonları	İşaretli grup	İşaretsiz grup	Total
Var	13 (%31,7)	25 (%35,2)	38 (%33,9)
Yok	28 (%68,3)	46 (%64,8)	74 (%66,1)
Total	41 (%100)	71 (%100)	112 (%100)

4.3.4. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastaların, Ostomide Meydana Gelebilen Nekroz Açısından Karşılaştırılması

Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastaların %2.4'ünde nekroz saptandı. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastaların %5.6'sında nekroz saptandı (Tablo 10). Ostomide meydana gelebilen nekroz açısından, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 10. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, işaretlenmeyen hastaların, ostomide meydana gelebilen nekroz açısından karşılaştırılması (p=0.651).

Nekroz	İşaretli grup	İşaretsiz grup	Total
Var	1 (%2.4)	4 (%5,6)	5 (%4,5)
Yok	40 (%97.6)	67 (%94,4)	74 (%95,5)
Total	41 (%100)	71 (%100)	112 (%100)

4.3.5. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastaların Ostomide Kanama Açısından Karşılaştırılması

Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastaların %9,8'inde kanama saptandı. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastaların %3,8'inde kanama saptandı. (Tablo 11). Ostomide kanama açısından, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 11. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, işaretlenmeyen hastaların ostomide kanama açısından karşılaştırılması (p=0.189).

Kanama	İşaretli grup	İşaretsiz grup	Total
Var	4 (%9,8)	2 (%3,8)	6 (%5,4)
Yok	37 (%90,2)	69 (%97,2)	106 (%94,6)
Total	41 (%100)	71 (%100)	112 (%100)

4.3.6. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastaların Ostomide Meydana Gelebilen Retraksiyon Açısından Karşılaştırılması

Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastaların %19.5'inde ostomide retraksiyon saptanırken, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastaların %14.1'inde ostomide retraksiyon saptandı (Tablo 12). Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastalar arasında ostomide meydana gelebilen retraksiyon açısından anlamlı fark bulunamadı.

Tablo 12. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, işaretlenmeyen hastaların ostomide meydana gelebilen retraksiyon açısından karşılaştırılması (p=0.627).

Retraksiyon	İşaretli grup	İşaretsiz grup	Total
Var	8 (%19,5)	10 (%14,1)	18 (%16,1)
Yok	33 (%80,5)	61 (%85,9)	94 (%83,9)
Total	41 (%100)	71 (%100)	112 (%100)

4.3.7. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastaların OBYUÖ ile Değerlendirilmesi

Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastalar OBYUÖ ile değerlendirildiğinde, OBYUÖ'nün alt grupları olan ostomiyi kabul etme, ostomiye bağlı kaygı, sosyal uyum ve öfke puanlarında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (Tablo 13).

Tablo 13. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, işaretlenmeyen hastaların OBYUÖ ile değerlendirilmesi

	Grup	Median	Minimum	Maximum	p
Kabul etme	İşaretli	20,00	12	32	0,983
	İşaretsiz	19,00	6	33	
	Total	19,50	6	33	
Kaygı	İşaretli	8,00	2	13	0,738
	İşaretsiz	9,00	3	16	
	Total	8,00	2	16	
Sosyal uyum	İşaretli	6,00	0	10	0,184
	İşaretsiz	5,00	0	13	
	Total	6,00	0	13	
Öfke	İşaretli	2,00	0	5	0,070
	İşaretsiz	3,00	0	6	
	Total	2,00	0	6	
Toplam	İşaretli	43,00	21	58	0,358
	İşaretsiz	44,00	14	75	
	Total	43,00	14	75	

4.3.8. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Hastalarla, İşaretlenmeyen Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği İle Karşılaştırılması

Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastalar SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile karşılaştırıldığında, SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt grup puanlarından ağrı açısından anlamlı fark saptandı. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt grupları olan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji-canlılık-vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı açısından, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı (tablo 14).

Tablo 14. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarla, işaretlenmeyen hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile karşılaştırılması

	Grup	Median	Minimum	Maximum	p
Fiziksel fonksiyon	İşaretli	50,0000	,00	90,00	0,450
	İşaretsiz	50,0000	,00	85,00	
	Total	50,0000	,00	90,00	
Fiziksel rol güçlüğü	İşaretli	,0000	,00	100,00	0,698
	İşaretsiz	,0000	,00	100,00	
	Total	,0000	,00	100,00	
Emosyonel rol güçlüğü	İşaretli	33,3333	,00	100,00	0,337
	İşaretsiz	33,3333	,00	100,00	
	Total	33,3333	,00	100,00	
Enerji-Canlılık-Vitalite	İşaretli	40,0000	10,00	80,00	0,073
	İşaretsiz	50,0000	5,00	70,00	
	Total	40,0000	5,00	80,00	
Ruhsal sağlık	İşaretli	56,0000	28,00	84,00	0,704
	İşaretsiz	56,0000	24,00	84,00	
	Total	56,0000	24,00	84,00	
Sosyal işlevsellik	İşaretli	37,5000	,00	100,00	0,086
	İşaretsiz	50,0000	,00	87,50	
	Total	50,0000	,00	100,00	
Ağrı	İşaretli	55,0000	,00	77,50	0,002
	İşaretsiz	55,0000	12,50	87,50	
	Total	55,0000	,00	87,50	
Genel sağlık	İşaretli	45,0000	25,00	85,00	0,263
	İşaretsiz	45,0000	15,00	75,00	
	Total	45,0000	15,00	85,00	

4.4. Cinsiyetin OBYUÖ ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi

4.4.1. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenen Grupta Cinsiyete Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi

Cinsiyete göre ostomi yeri işaretlenen hastalar OBYUÖ (Tablo 15) ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği (Tablo 16) ile değerlendirildi. OBYUÖ'ne göre ostomiye kabul etme ve SF-36 ölçeğinde de sosyal işlevsellik arasında anlamlı farklılık saptanırken diğer ölçek parametreleri cinsler arasında benzer olarak bulunmuştur. Ostomiye kabul etme erkeklerde daha kolayken, kadınlarda sosyal işlevselliğin daha çok etkilediği saptanmıştır.

Tablo 15. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen ve OBYUÖ uygulanan hastalarda cinsiyete göre yaşam kalitesi arasındaki farkların değerlendirilmesi

	Cins	Median	Minimum	Maximum	p
Kabul etme	Erkek	21,00	18	32	0,000
	Kadın	17,00	12	25	
Kaygı	Erkek	8,00	2	12	0,855
	Kadın	8,00	4	13	
Sosyal uyum	Erkek	6,00	1	10	0,979
	Kadın	7,00	0	10	
Öfke	Erkek	2,00	0	5	0,989
	Kadın	3,00	0	4	
Toplam	Erkek	43,00	27	58	0,455
	Kadın	40,00	21	50	

Tablo 16. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen ve SF 36 ölçeği uygulanan hastalarda cinsiyete göre yaşam kalitesi arasındaki farkların değerlendirilmesi

	Cins	Median	Min.	Max.	p
Fiziksel fonksiyon	Erkek	50,00	,00	90,0	0,369
	Kadın	40,00	,00	70,0	
Fiziksel rol güçlüğü	Erkek	,00	,00	100,0	0,679
	Kadın	12,50	,00	75,0	
Emosyonel rol güçlüğü	Erkek	,00	,00	100,0	0,080
	Kadın	33,33	,00	100,0	
Enerji-Canlılık-Vitalite	Erkek	40,00	20,0	75,0	0,094
	Kadın	32,50	10,0	80,0	
Ruhsal sağlık	Erkek	52,00	36,0	84,0	0,968
	Kadın	56,00	28,0	76,0	
Sosyal işlevsellik	Erkek	37,50	12,5	62,5	0,017
	Kadın	50,00	,0	100,0	
Ağrı	Erkek	55,00	22,5	77,5	0,109
	Kadın	43,75	,0	77,5	
Genel sağlık	Erkek	45,00	25,0	85,0	0,137
	Kadın	45,00	25,0	60,0	

4.4.2. Preoperatif Dönemde Ostomi Yeri İşaretlenmeyen Grupta Cinsiyete Göre Ölçeklerin Değerlendirilmesi

Cinsiyete göre ostomi yeri işaretlenmeyen hastalar OBYUÖ (Tablo 17) ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği (Tablo 18) ile değerlendirildi. Cinsiyet açısından preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastalarda OBYUÖ'ye göre öfke değerlendirilmesinde anlamlı farklılık saptanırken diğer parametreler benzer olarak bulundu (Tablo 17). Ostomiye bağlı öfkenin kadınlarda daha sık görüldüğü tespit edildi.

Tablo 17. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen ve OBYUÖ uygulanan hastalarda cinsiyete göre yaşam kalitesi arasındaki farkların değerlendirilmesi

	Cins	Median	Minimum	Maximum	p
Kabul etme	Erkek	21,00	6	33	0,302
	Kadın	19,00	14	26	
Kaygı	Erkek	7,00	3	16	0,893
	Kadın	9,00	3	13	
Sosyal uyum	Erkek	5,00	0	13	0,305
	Kadın	6,50	1	12	
Öfke	Erkek	2,00	0	6	0,032
	Kadın	3,00	0	6	
Toplam	Erkek	44,00	14	75	0,297
	Kadın	41,50	25	59	

Cinsiyet açısından preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastalar SF- 36 Yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirildiğinde emosyonel rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık bakımından anlamlı farklıklar bulunurken diğer parametreler fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, enerji-canlılık-vitalite, sosyal uyumda anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 18). Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastalarda erkek cinsde emosyonel rol güçlüğü'nün daha sık tespit edilmesine karşın genel sağlık algısının daha iyi olduğu tespit edildi. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen kadın cinsde ise ağrının daha çok olduğu tespit edildi.

Tablo 18. Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen ve SF-36 uygulanan hastalarda cinsiyete göre yaşam kalitesi arasındaki farkların değerlendirilmesi

	Cins	Median	Minimum	Maximum	p
Fiziksel fonksiyon	Erkek	50,00	,00	85,00	0,305
	Kadın	50,00	,00	60,00	
	Total	50,00	,00	85,00	
Fiziksel rol güçlüğü	Erkek	,00	,00	100,0	0,178
	Kadın	25,00	,00	100,0	
	Total	,00	,00	100,0	
Emosyonel rol güçlüğü	Erkek	33,33	,00	100,0	0,040
	Kadın	,00	,00	100,0	
	Total	33,33	,00	100,0	
Enerji-Canlılık-Vitalite	Erkek	45,00	5,00	70,00	0,641
	Kadın	50,00	10,00	65,00	
	Total	50,00	5,00	70,00	
Ruhsal sağlık	Erkek	56,00	36,00	84,00	0,869
	Kadın	56,00	24,00	80,00	
	Total	56,00	24,00	84,00	
Sosyal işlevsellik	Erkek	50,00	12,50	75,00	0,501
	Kadın	37,50	,00	87,50	
	Total	50,00	,00	87,50	
Ağrı	Erkek	55,00	12,50	77,50	0,007
	Kadın	67,50	30,00	87,50	
	Total	55,00	12,50	87,50	
Genel sağlık	Erkek	55,00	30,00	75,00	0,002
	Kadın	35,00	15,00	60,00	
	Total	45,00	15,00	75,00	

4.5. Ostomi Tipinin OBYUÖ VE SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi

Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretli ve preoperatif dönemde ostomi yeri işaretli gruplar, ayrı ayrı kendi içlerinde, ostomi tipine göre ileostomi veya kolostomi şeklinde sınıflandırıp OBYUÖ ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile incelendi (Tablo 18,19).

Ostomi tipinin, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretli hastalarda OBYUÖ ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde anlamlı fark oluşturmadığı saptandı (Tablo 19).

Tablo 19. Ostomi tipinin, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretli hastalarda OBYUÖ ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde değerlendirilmesi.

		Ostomi tipi	Median	Min.	Max.	p
	Kabul etme	İleostomi	20,0	12	28	0,62
		Kolostomi	19,5	12	32	
Ostomili bireylere yönelik uyum ölçeği	Kaygı	İleostomi	9,00	4	13	0,08
		Kolostomi	8,00	2	12	
	Sosyal uyum	İleostomi	7,00	0	10	0,97
		Kolostomi	5,00	0	10	
	Öfke	İleostomi	3,00	0	5	0,98
		Kolostomi	1,50	0	5	
	Fiziksel fonksiyon	İleostomi	35,0	,00	70,0	0,36
		Kolostomi	50,0	,00	90,0	
	Fiziksel rol güçlüğü	İleostomi	,00	,00	100,	0,67
		Kolostomi	25,0	,00	100,	
	Emosyonel rol güçlüğü	İleostomi	33,3	,00	100,	0,08
		Kolostomi	33,3	,00	100,	
SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği	Enerji-canlılık-Vitalite	İleostomi	40,0	10,0	80,0	0,22
		Kolostomi	37,5	10,0	75,0	
	Ruhsal sağlık	İleostomi	52,0	28,0	76,0	0,27
		Kolostomi	56,0	28,0	84,0	
	Sosyal işlevsellik	İleostomi	37,5	,00	100,	0,31
		Kolostomi	37,5	,00	75,0	
	Ağrı	İleostomi	55,0	,00	77,5	0,10
		Kolostomi	55,0	,00	77,5	
	Genel sağlık	İleostomi	50,0	25,0	60,0	0,13
		Kolostomi	45,0	25,0	85,0	

Ostomi tipinin, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastalarda OBYUÖ ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde anlamlı fark oluşturmadığı saptandı (Tablo 20).

Tablo 20. Ostomi tipinin, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastalarda OBYUÖ ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde değerlendirilmesi.

		Ostomi tipi	Median	Min.	Max.	p		
	Kabul etme	İleostomi	20,00	6	31	0,54		
		Kolostomi	19,00	6	33			
Ostomili bireylere yönelik uyum testi	Kaygı	İleostomi	9,00	3	12	0,09		
		Kolostomi	7,50	3	16			
	Sosyal uyum	İleostomi	5,00	0	12	0,67		
		Kolostomi	5,00	0	13			
		Öfke	İleostomi	4,00	0		6	0,78
		Kolostomi	2,00	0	6			
	Fiziksel fonksiyon	İleostomi	50,00	,00	59	0,35		
		Kolostomi	50,00	,00	75			
	Fiziksel rol güçlüğü	İleostomi	25,00	,00	85,00	0,76		
		Kolostomi	,00	,00	85,00			
	Emosyonel rol güçlüğü	İleostomi	33,33	,00	100,	0,06		
		Kolostomi	33,33	,00	100,			
SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği	Enerji-Canlılık-Vitalite	İleostomi	50,00	10,00	80,0	0,25		
		Kolostomi	45,00	5,00	75,0			
	Ruhsal sağlık	İleostomi	56,00	24,00	84,00	0,22		
		Kolostomi	56,00	36,00	84,00			
	Sosyal işlevsellik	İleostomi	50,00	,00	87,50	0,32		
		Kolostomi	50,00	12,50	87,50			
	Ağrı	İleostomi	57,50	12,50	77,50	0,14		
		Kolostomi	55,00	12,50	87,50			
	Genel sağlık	İleostomi	50,00	15,00	75,00	0,14		
		Kolostomi	45,00	15,00	75,00			

4.6. Yaşın, OBYUÖ ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi

Yaşa göre, preoperatif dönemde, ostomi yeri işaretlenen ve işaretlenmeyen gruplar, OBYUÖ ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirildi (Tablo 21).

Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalar, OBYUÖ ile değerlendirildiğinde, yaş ile ostomiyi kabul etmede anlamlı, pozitif yönlü zayıf korelasyon saptandı. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirildiğinde, yaş ile ruhsal sağlık ve sosyal işlevsellik açısından anlamlı, negatif yönlü zayıf korelasyon saptandı. Her iki ölçeğin diğer parametreleri açısından anlamlı fark saptanmadı.

Preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenmeyen hastalar, OBYUÖ ile değerlendirildiğinde yaş ile anlamlı fark saptanmadı. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirildiğinde yaş ile sadece emsyonel rol güçlüğü açısından anlamlı, pozitif yönlü zayıf korelasyon bulundu, diğer parametreler açısından anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 21).

Tablo 21. Yaşın, OBYUÖ ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi

		İşaretli		İşaretsiz	
		r	p	r	p
Ostomili bireylere yönelik uyum testi	Kabul etme	,317	,043	-,160	,181
	Kaygı	-,295	,061	,001	,994
	Sosyal uyum	-,110	,495	,046	,700
	Öfke	-,096	,552	-,007	,951
Fiziksel fonksiyon		,059	,716	-,023	,846
Fiziksel rol güçlüğü		-,045	,778	,020	,871
Emosyonel rol güçlüğü		-,244	,124	,322	,006
SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği	Enerji-Canlılık-Vitalite	,111	,489	,021	,861
	Ruhsal sağlık	-,314	,045	,130	,279
	Sosyal işlevsellik	-,397	,010	,049	,683
	Ağrı	,078	,629	,121	,313
	Genel sağlık	-,165	,301	-,050	,677

*r: Korelasyon katsayısı

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, ostomi yerinin işaretlenmesi ile bu hastaların yaşam kalitesinde değişikliğin olup olmadığının araştırılması, ostomiye adaptasyonun operasyon öncesinde bilgilendirme ve yer işaretlemesiyle değişip değişmediğinin ölçülmesi ve ostomiye bağlı ortaya çıkabilen komplikasyonların önüne geçilebilmesinde ostomi yeri işaretlenmesinin faydalı olup olmadığının araştırılmasıdır.

Literatürde intestinal stoma açılmasının en sık nedeni kolorektal kanser olmakla birlikte, kolon obstrüksiyonu, Fournier gangreni gibi hastalıklarda da iyileşmeyi sağlamak için stomalar açılmaktadır (11,12,15,92,93). Kolorektal kanser cerrahisinde, özellikle de rektum kanseri için yapılan operasyonlarda kalıcı veya geçici olarak ostomi açılabilir. Bizim çalışmamızda da ostomi açılan hastaların büyük çoğunluğunun (%70.5) malign sebeplerle opere olduğu tespit edilmiştir.

Ostomi sık kullanılan bir yöntem olmasına rağmen uygulama sıklığı nedeniyle komplikasyon sayısı fazladır (94,95). Komplikasyon olarak en çok görülen komplikasyon deri tahrişidir ve loop ileostomilerde (%75), en düşük oran ise transvers kolostomilerde (%6) saptanmıştır (96). Literatürde ostomi komplikasyonları açısından çok değişik veriler saptanmasına karşılık 1616 hasta ile en geniş kapsamda kabul edilen Park ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada komplikasyon oranı %34 olarak saptanmıştır (96). Bizim çalışmamızda literatür oranlarına göre daha düşük seviyede peristomal cilt komplikasyonları saptanmış olup (%33.5), ostomi yeri işaretlenen hastalarda bu oranın yüzdelik oranda daha da az olduğu (%31.7) ancak istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Çoğu çalışmada ostomi yaşam kalitesi, ostomiye uyum sağlama, ostomi komplikasyonları vb. araştırılmış. Ancak bizim çalışmamızda olduğu gibi, ostomi yerinin operasyon öncesi dönemde işaretlenmesiyle, ostomi ile yaşam kalitesinde, ostomiye uyum sağlayabilmede ve ostomide meydana gelebilecek komplikasyonlarda fark olup olmadığı açısından literatürde yapılmış benzer çalışmaya rastlanılmadı.

Yaşam kalitesi açısından Karadağ ve ark.'larının 2003 yılında 43 hasta üzerinde yapmış oldukları çalışmada postoperatif stomaterapi uygulanan hastalarda

yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu saptanmış ancak bu çalışmada da preoperatif dönemde ostomi danışmalığı veya ostomi yer işaretlemesi yapılmamıştır (65).

Bass ve ark.'nın 1997 yılında yaptığı çalışmada, 292 ostomi yeri işaretlenmeyen, 301 ostomi yeri işaretlenen hasta üzerinde çalışılmış ve ostomi yeri işaretlenmemiş hastalarda erken komplikasyonların daha çok görüldüğü, diğer komplikasyonlar açısından anlamlı farklılık saptanmadığı belirtilmiştir. Saptanan komplikasyonların büyük çoğunluğu cilt ve kullanılan ekipmalara bağlı komplikasyonlar olduğu tespit edilmiştir (97). Bass ve ark.'larının yapmış oldukları çalışmada, ostomi yaşam kalitesi ve ostomi uyumu değerlendirilmemiştir. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak ostomi yeri işaretlenen grup ile ostomi yeri işaretlenmeyen grup karşılaştırıldığında komplikasyonlar yönünden anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak ostomide meydana gelebilen iskemi ve nekroz, preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen hastalarda %2.4 oranında görülürken, ostomi yeri işaretlenmeyen hastalarda %5.6 olarak saptanmıştır. Beklenenin aksine ostomi yeri işaretlenmeyen grupta kanama ve retraksiyon gibi komplikasyonların daha az oranda olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda araştırılmamış olmakla birlikte, ostomiye bağlı komplikasyonların gelişmesinde, ostomi yerinin belirlenmesinden çok hasta kaynaklı olan cinsiyet, kilo, yaşam standartları, sosyo ekonomik düzey gibi faktörler ve komorbid hastalıkların daha belirleyici olduğunu düşünmekteyiz.

Kalıcı ya da geçici olarak açılan stomanın, hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği çalışmalarda gösterilmiştir (98). Tek başına kanser tanısı almış olmak bile hastalarda ağır psikolojik yüke neden olurken buna ostomi gibi ağır stresör bir faktörün eklenmesi hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalar mevcut hastalıklarını kabullenmeye çalışırken bir yandan da ostomiye adapte olmaya çalışmaktadırlar. Çalışmamızda OBYUÖ'de operasyon öncesi dönemde ostomi yeri işaretlenen erkek hastaların, ostomiyi kabullenmelerinin daha kolay olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki tüm hastalarda ostomi uygun klinik gerekçeler dahilinde açılmış olup, hayat idamesi için gereklidir. Ancak uygulanan OBYUÖ ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeklerinde, hastalar, genel sağlıklarının iyi veya geçen yıl ile hemen hemen aynı seviyede olduklarını ancak sosyal ve manevi yönden yaşam kalitelerinin düştüğünü belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda ostomi yerinin preoperatif olarak

işaretlenmesinin, yaşam kalitesindeki azalmanın önüne geçemediği, yaşam kalitesi ölçekleri ile gösterilmiştir. Bu anlamda elde edilen sonucun literatürle uyumlu olduğu tespit edilmiştir (99-102).

Ostominin yaşam kalitesinde en büyük etkisi şüphesiz ostomi bakımında ikinci üçüncü kişilere bağımlılık ve buna bağlı olarak benlik duygusunun azalmasıdır. Ostomili bireylerde ostomiye bakım gerekliliği ve bu bakımın çoğunlukla hasta yakınları tarafından üstlenilmesi sonucunda, hastada yakınlarına karşı bağımlılık meydana gelmektedir (103). Ostomi yerinin belirlenmesinde hastanın ostomi bakımını kendi kendine yapabileceği ve ostomi yerini görebileceği alanın seçimi bu açıdan önem taşımaktadır. Ostomi bakımını kendi yapabilen hastaların ostomiye adaptasyonları daha kolay olmakta ve yaşam kaliteleri aynı oranda yüksek olmaktadır (104). Hastaların çoğuna ostomi bakımı hakkında eğitim verilmesine rağmen, çoğunluğunun bakımı hasta eşleri veya başka bir aile bireyi tarafından yapılmaktadır (105). Bizim çalışmamızda preoperatif dönemde ostomi yeri işaretlenen, preoperatif ve postoperatif dönemde stoma eğitimi verilen hastaların, bakım konusunda yine aileden yardım aldıkları ancak tam bağımlılık düzeyinde olmadıkları gözlenmiştir. OBYUÖ’de belirtilen gelecekte “ostomi bakımımı kendim yapabileceğim” sorusuna, hastalarımızın çoğunun olumlu yanıt verdiği gözlenmiştir. Ostomi yerinin hasta faktörleri de göz önüne alınarak operasyon öncesinde işaretlenmesinin ostomi bakımında bireyin kendi kendine yetebilmesinde önemli olacağını ve yaşam kalitesini arttıracığını düşünmekteyiz.

Stomalı hastaların çoğunluğu cinsel çekiciliklerinin azaldığını düşünmekte, kendilerini çirkin görme düşüncesine sahip olup sonuçta eşlerinden uzaklaşmakta ve cinsel yaşamlarında zorluk çekmektedirler. Stomaya zarar verme korkusu, stomanın ilişki sırasında açılma endişesi, ostomi içeriğini kontrol edememe, koku, ostomiye bağlı deri ve cilt problemleri, sızıntı korkusu ve bunlara bağlı stress ile cinsel yaşamlarında sorun yaşamaktadırlar (103,106). Stoma türü, eşlerin stomaya yönelik düşünceleri ve eşlerin bakıma katılması, eşler arası ilişkiyi ve stomalı bireyin benlik algısını etkilemektedir (107). Bizim çalışmamızda da OBYUÖ stomaya bağlı seksüel açıdan daha az çekici olduğu düşüncesi çoğu hastamızda saptanmıştır.

Stomalı hastalarda kontrolsüz koku çıkarma ve bu kokunun başkaları tarafından duyulacağı endişesi utanma duygusuna ve sonuçta sosyal izolasyona

neden olduğu saptanmıştır (92). OBYUÖ ve SF-36 yaşam kalitesi ölçekleriyle sosyal uyum ve işlevsellik değerlendirildiğinde, ostomi yeri işaretlenen ve ostomi yeri işaretlenmeyen hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamasına karşın, ostomi yeri işaretlenen hastaların ölçek puanının yüksek olarak bulunması, olgu sayısı arttırıldığında, ostomi yerinin preoperatif işaretlenmesinin, ostomiye sosyal uyum düzeyinde anlamlı sonuç vereceğini düşündürmektedir.

Ostomili bireylerde ostomilerini ilk gördüklerinde üzüntü, öfke, şaşkınlık, korku duygularının ön planda olduğu ve bu bireylerde depresyon düzeylerinin oldukça yüksek olduğu belirtilmiştir (108). Ostomi mevcudiyeti, kalıcı veya geçici olmasından bağımsız olarak fiziksel, sosyal, psikolojik alanlarda yaşamı olumsuz yönde etkilemekte, yaygın anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir. (109). Çalışmamızda SF 36 ve OBYUÖ'lerinde öfke, kaygı gibi tepkiler değerlendirildiğinde, ostomi yeri işaretlenmeyen hastalarda bu gibi olumsuzlukların daha çok olduğu gözlemlenmiştir. Özellikle de ostomi yeri işaretlenmeyen kadın hastalarda ostomiye karşı öfke ve kaygının daha yoğun olduğu OBYUÖ'de ortaya konmuştur.

Ostomili hastaların çoğunluğunda ameliyat öncesinde yapılan aktiviteler, hobiler, sosyal yaşam, iş hayatı gibi alanlarda ameliyat sonrasında kısıtladıkları saptanmıştır (110). Kimi hastalarda çalışma saatlerini azaltma, iş veriminde azalma hatta iş değiştirme ve iş bırakma bile görülebilmektedir (111). Uyguladığımız her iki ölçekte de hastalar, preoperatif ostomi yeri işaretlenmesi olsun veya olmasın kuvvet gerektiren fiziksel aktivitelerde belirgin kısıtlama yaşamadıklarını belirttiler. Ancak ostomiye bağlı ağrı çektiklerini belirtmişlerdir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde, ostomi yeri preoperatif dönemde işaretlenmeyen hastalarda, ağrı ostomi yeri işaretlenen hastalara göre anlamlı olarak fazla bulundu. Özellikle kadın hastalarda ağrının daha fazla olduğu tespit edildi.

Hastalar her ne kadar ostomiye bağlı fiziksel aktivitelerde çok kısıtlama yaşamadıklarını belirtse de, sosyal ve duygusal yönden bilinçli veya bilinç dışı kısıtlama yaptıklarını belirtmişlerdir. Özellikle kadın hastalarda sosyal işlevselliğin daha çok etkilendiği SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde tespit edildi.

Yapılan çoğu çalışmada hastaya ostomi açılmasının, cinsiyet, ostomi türü, ostominin kalıcılığı/geçiciliği, hastalığın patolojisi, hastaların sosyal durumu gibi

değişkenlerden bağımsız olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir(99-102). Literatürde yapılan çalışmalarda ileostomi ile kolostomi arasında ostomiye uyum ve yaşam kalitesi bakımından farklılık saptanmamıştır (28,112). Bizim çalışmamızda da ileostomi ve kolostomiler kendi içlerinde karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Stomalı hastalarda stoma ile yaşam kalitesini ve uyumu arttırabilmek ancak preoperatif dönemden başlayarak hasta ve ailesinin stoma hakkında bilgilendirilmesi, oluşabilecek sorunlar ve başa çıkma yöntemleri öğretilerek, hasta ve yakınlarına ostomi bakımı öğretilerek maksimum düzeyde sağlanabilir. Çoğu çalışmada, ostomili bireylerde ostomili yaşama uyumun ve beklenen düzeyde iyileşmenin bu stomaterapi eğitimleri ile paralel gelişim gösterdiği saptanmıştır (109-112).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Stoma kararı alınan hastaların tedavileri yapıldığı kurumlarda; multidisipliner yaklaşımla, konu hakkında eğitim almış, karşılaşılabilecek komplikasyonlar hakkında tecrübeli stomaterapi ekibi tarafından değerlendirilmelidir. Mümkünse her hasta peroperatif dönemde ostomi yeri işaretlenerek hastanın rahatlıkla öz bakımını yapabileceği alan işaretlenmeli, hastanın başkalarına bağımlılığı önlenmeye çalışılmalıdır. Preoperatif stoma hakkında bilgilendirme yapılarak hasta ve yakınları ostomi fikrine alıştırmalı. Postoperative dönemde hastanın sahip olacağı görüntü, karşılaşılabileceği problemler ve bu problemlerle başa çıkma yöntemleri hakkında bilgi verilmelidir.

Bu hastaların postoperatif dönemde takip ve tedavileri devam ettirilmeli karşılaşılan ek problemler hakkında aynı ekip tarafından profesyonel destek verilmelidir. Gerekli durumlarda psiko-sosyal destek için ilgili branşlardan destek alınmalıdır.

Taburculuk sonrası belirli aralıklarla bu hizmetler devam ettirilmelidir. Stoma ve stoma bağlı ortaya çıkabilecek komplikasyonlar hakkında eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sürdürülmesi ve stomalı hasta kayıtlarının yaşam kalitelerini yükseltebilmek adına kayıtlarının tutulması gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Thomas C, Madden F, Jehu D. Psychological effects of stomas-I. Psychosocial morbidity one year after surgery. *Psychosom Res*,1997, 31:311-6.
2. Senol Celik S, Tuna Z, Yildirim M. The experience of urostomists who do not have access to pre-operative and post-operative stoma care nursing intervention. *Int J of Urol Nurs* 2014;9:101-107.
3. Karadağ A, Menteş BB, Üner A: İmpact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *İnt JColorectal Dis*,2003, 18: 234-238.
4. Nugent K.P. Daniels P, Stewart B.S.R.N., Patankar R., Johnson C.D., M.Chir.:Quality of life in stoma patients. *Dis Colon Rektum*, 1999; 42(12):1569-1574.
5. Çulha İ. Hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda özbakım gücüne olan etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Eskişehir, 2014
6. Üstün Ç, Vatanoglu E, Demirci N. Stoma bakım hemşireliğinde etik yaklaşımlar. İçinde; Ülman YI ve Artvinli F (Ed). *Değişen Dünyada Biyoetik*. İstanbul: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, 2012:281.
7. İkbal Çavdar. Kolostomili hastaların kolostomilerine uyumlarında hemşirelik eğitiminin etkinliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 2005, s.51.
8. Black P.K. : Hidden problems of stoma care. *British Journal of Nursing*, 1994, 3: 707-711.
9. Kaya Ekrem, Stoma Tipleri ve Sorunları, *O.M.Ü Tıp Dergisi*, 2000,17(4): 284-292.
10. Sigmoid volvulus, anal atrezi, Hirschprung hastalığı, iskemik kolit, anal inkontinans ve perinenin travmatik defektleri gibi durumlarda dışkı çıkımının sağlanması (Aksoy ve Çavdar 2015; Alabaz ve Akçam 2010).

11. Sütüsbülođlu E. Stoması olan bireylerin cinsel doyum ve fonksiyonlarının değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi. Dokuz Eylöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı. İzmir, 2016.
12. Eray IC, Alabaz O, Akcam AT, Ulku A, Parsak CK, Sakman G, Seydaoglu G. Comparison of diverting colostomy and bowel management catheter applications in fournier gangrene cases requiring fecal diversion. *Indian J Surg* 2013;77(Suppl 2):438-441.
13. Patrick Marquis, Alexia Marrel ve Bernard Jambon. Quality of life in patients with stomas, the Montreux Study. *Ostomy/Wound Management*, 2003, 49(2), s. 51
14. Baykara ZG, Demir SG, Karadag A, Harputlu D, Kahraman A, Karadag S, Hin AO, Togluk E, Altinsoy M, Erdem S, Cihan R. A multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications. *Ostomy Wound Manage* 2014;60:16-26
15. Özaydın İ, Taşkın AK, İskender A. Retrospective analysis of stoma-related complications. *J Clin Exp Invest* 2013;4:63-66.
16. Ratliff, Catherine R., Kathryn A. Scarano, and Ann M. Donovan. "Descriptive study of peristomal complications." *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 32.1 (2005): 33-37.
17. Brian R, Kann MD. Early stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg* 2008; 21: 23-30.
18. NichoUs RJ. Surgical Procedure. In: Myers C, Thomson JPS, eds. *Stoma Care Nursing a Patient-Centered Approach*. London: 1996: 90-123.
19. Ng WT, Book KS, Wong MK, Ching PW. Cheung CH. Prevention of colostomy prolapse by peritoneal tethering. *J Am Coll Surg* 1997;184: 313-315
20. Gordon PH, Rolstad BS, Bubrick MP. *etal*. Intestinal stomas. In:GordonPH,NivatvongsS,eds.Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus, Edition 2. St. Louis, Quality Medical, 1999:1117-81.
21. Vujnovich, Angela. "Pre and post-operative assessment of patients with a stoma." *Nursing standard* 22.19 (2008): 50-56.

22. Abcarian H, Pearl RK. Stomas. Surg Clin North Am 1988;68:1295-1298
23. Erköçük EV, Alabaz Ö, Karadağ A. *et al.* Stoma.in: Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D. Editörler. Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları. İstanbul: TKRCD,2004:309-29.
24. Holzer B, Matzel K, Schiedeck T, *et al.* Do geographic and educational factors influence the quality of life in rectal cancer patients with a permanent colostomy? Dis Colon Rectum. 2005;48:2209-16.
25. Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald LA *et al.* prospective audit of stoma analysis of risk factors and complications and their management. Colorectal Dis. 2003;5:49-52.
26. Harris DA, Egbeare D, Jones S. *et al.* Benjamin H, Woodward A, Foster ME. Complications and mortality following stoma formation. Ann R Coll Surg Engl. 2005;87:427-31.
27. Cottam J, Richards K, Hasted A, *et al.* Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. Colorectal Dis. 2007;9:834-8.
28. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, *et al.* Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. colostomy. Dis Colon Rectum. 2000;43:650-5.
29. Rullier E, Le Toux N, Laurent C, *et al.* Loop ileostomy versus loop colostomy for defunctioning low anastomoses during rectal cancer surgery. World J Surg. 2001;25:274-7.
30. Baker ML, Williams RN, Nightingale JM *etal.* Causes and management of a high-output stoma. Colorectal Dis. 2011;13(2):191-7.
31. Gordon PH, Rolstad BS, Bublick MP. *etal.* Intestinal stomas. In: Gordon PH, Nivatvongs S, eds. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus, Edition 2. St. Louis, Quality Medical, 1999:1117-81.
32. Tatarkiewicz W. Analysis of Happiness. PWN-Polish Scientific Publishers 1976; 3,356.
33. Bilgin N. Bireylerce algılanan şekliyle yaşam kalitesi. Seminer 3, 1985, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 1;18.

34. Campbell A. The Sense of well-being in America. Mac Graw Hill (Pub.), 1981,New York;263
35. Campbell A. The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and satisfactions. Russe Sage (Pub.)1970, New York; 3;224-227.
36. Bilgin N. Bireylerce algılanan şekliyle yaşam kalitesi. Seminer 3, 1985, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları,1;18.
37. Campbell A. Subjective measures ofwell-being. Am Psychologist 1976; 31: 117-124.
38. Cox DR. Quality of life assesment: Can we keep it simple J R Statist Sac. 1992;155:353-393.
39. Hanestad BR. Quality of life perceived difficulties in adherence to diabetic regimen and blood glucose control. Diabetic Med 1991; 8:759-769.
40. Harry H. Measuring the quality of life: Why, how, what? Theor Mad. 1991; 12: 97-116.
41. Tüzün E. Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum 2003: 2:3-8.
42. Ganz PA. Quality of life and the patient with cancer. Cancer Supplement 1994: 74:1445-1451.
43. Pınar R Diabetes Mellitus“lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi İstanbul. 1994 (Yayımlanmamış dokoratezi).
44. Fidaner H. Billington R. Eser E. Elbi H. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi1999:7:6-10.
45. Akdemir L. Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İstanbul. SANERC Yayın Vehbi Koç Vakfı Yayınları. 2003:18-21.
46. Şahin H. Eski bir kavram, yeni bir ölçüt: Yaşam kalitesi. Toplum ve Hekim 1997:12:40-46.
47. Fitzpatrick R. Quality of life measures in health care. Applications and issues in assesment BMJ1992;305:1074-1077.

48. Şahin H. Eski bir kavram, yeni bir ölçüt: Yaşam kalitesi. *Toplum ve Hekim* 1997;12:40-46.
49. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1999; 3:18-26.
50. Arslan S.Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 6:38-47.
51. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N. ve ark. SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*.1999, 12(2):102-6.
52. Simmons KL, Smith JA, Maekawa A. Development and Psychometric Evaluation of the Ostomy Adjustment Inventory-23. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2009; 36: 69-76.
53. Karadağ, A., Göçmen, Z. B., Korkut, H., & Çelik, B. (2011). Ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Turkish Journal of Surgery/Ulusal Cerrahi Dergisi*, 27(4).
54. Junkin J., Beitz J.M., Colwell J.C.: Sexuality and the person with a stoma:İmplication for comprehensive WOC nursing practice.2005, 32(2) :121-128.
55. Alpar Ş, Sabuncu N, Karabacak Ü. Kolostomili bireylerin öfke ifade tarzlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu* 1999; 2: 5-267.
56. Kuzu MA, Topçu O, Uçar K, et al. Effect of sphinctersacrificing surgery for rectal carcinoma on quality of life in muslim patients. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 1359-1366
57. Szczepkowski M Do we still need a permanent colostomy in XXI-st century? *Acta Chir Iugosl*, 2002, 49:45-55.
58. Blumenfield M, Tiamson MLA: Consultation Liasion Psychiatry,2003,s.69-71
59. Nugent K.P. Daniels P, Stewart B.S.R.N., Patankar R., Johnson C.D., M.Chir.:Quality of life in stoma patients. *Dis Colon Rektum*, 1999; 42(12):1569-1574.
60. Follick M.J. Smith T.W. Turk D.C. : Psychosocial adjustment following ostomy. *Health Psychology*, 1984,3(6):505-517.

61. Pieper B, Mikos C. Grant T.R.D. : Comparing adjustment to an ostomy for threegrups. JWOC,1996, 23:197-204
62. Persson E:Experiences of Swedish men and women 6 to12 weeks after ostomy surgery. JWOCN,2002,29(2);103-106.
63. Colwell J.C. : Dealing with ostomies: Good care, good device, good quality of life. The Journal of Supportive Oncology, 2005, 3 (1) :72-74.
64. Breeze J:Stoma care-an update. The Pharmaceutical Journal, 2000, 256: 823-826.
65. Karadağ A, Menteş BB, Üner A: İmpact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. İnt JColorectal Dis,2003, 18: 234-238.
66. Sprangers M.A.G. Taal B.G, Aaronson N.K., Velde A.: Quality of life in colorectal cancer. Dis Colon Rektum, 1995, 38 (4):361-369.
67. Corman M.L. Colon & Rectal Surgery, Third Edition, J.B.Lippincott Company, Philadelphia, 1993,s.1077-1149.
68. 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.
69. Weerakoon P.: Sexuality and the patient with a stoma. Sexuality and Disability,2001, 19(2):121-129.
70. Black P. : Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. British Journal of Nursing, 2000, 13 (12) :692-697.
71. Ramer L.: Self- image changes with time in the cancer patient with a colostomy after operation. Journals of ET Nursing, 1992,19:195-203.
72. Thomas C, Madden F, Jehu D (1987) Psychological effects of stomas-I. Psychosocial morbidity one year after surgery. Psychosom Res, 31:311-6.
73. Piwonka MA ve Merino JM: A multidimensional modelling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 1999, 26:298-305.
74. World Health Organization (WHO). Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals. 1975, Geneva,100:73-78.


75. Turnbull G. B.: Sexual Counselling: The Forgotten aspect of ostomy rehabilitation. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2001, 26(3):189-195.
76. Zmijewski H.C. : Sexual counseling by the ET nurse: If not you, then who? *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 2002, 29:184-185.
77. Sprunk E. : The Impact of an Ostomy on Sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 1999, 4 (2):85-88.
78. Junkin J, Beitz J.M. Colwell J.C. : Sexuality and the person with a stoma: Implication for comprehensive WOC nursing practice. 2005, 32(2):121-128.
79. Padilla G.V., Presant C., Grant M.M. : Quality of life index for patients with cancer. *Res Nurs Health*, 1983, 6:117-126
80. Junkin J, Beitz J.M. Colwell J.C. : Sexuality and the person with a stoma: Implication for comprehensive WOC nursing practice. 2005, 32(2):121-128.
81. Follick M.J., Smith T.W., Turk D.C.: Psychosocial adjustment following ostomy. *Health Psychology*, 1984, 3(6):505-517.
82. Weerakoon P. :Sexuality and the patient with a stoma. *Sexuality and Disability*, 2001, 19(2):121-129.
83. Eti Aslan F, Gürkan A, Şelimen D: Stomalı hastanın cinsel sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik yaklaşımları, I. Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyum basımı, İstanbul. Mart 2005, s.32-34.
84. Persson E, Severinoss E, Hellstrom AL: Spouses' perceptions of and reactions to living with a partner who has undergone surgery for rectal cancer resulting in a stoma. *J Sex Marital Ther*, 1983, 9:182-90.
85. Oberst MT, Scott DW: Postdischarge distress in surgically treated cancer patients and their spouses. *Res Nurs Health*, 1988, 11:223-33.
86. MacDonald LD, Anderson HR: The health of rectal cancer patients in the community. *Eur J Surg Oncol*, Sep; 1985, 11:235-41.
87. Gloeckner MR (1984) Perceptions of sexual attractiveness following ostomy surgery. *Res Nurs Health*, Jun, 1984, 7:87-92.
88. Ito N., Tanaka M., Kazuma K., Colwell J.C.: Health-related quality of life among person living in Japon with a permanent colostomy, *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 2005, 32(5):178-183.

89. Mac Donald L.D., Anderson H.R.: Stigma in patients with rectal cancer: A community study. *Journal epidemiol Community Health*, 1984, 38:284-290
90. Thomas C, Madden F, Jehu D. Psychological effects of stomas-I. Psychosocial morbidity one year after surgery. *Psychosom Res*, 1997, 31:311-6.
91. Black P. : Practical stoma care. *Nursing Standard*, 2000, 14(41): 47-53.
92. Çulha İ. Hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda özbakım gücüne olan etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Eskişehir, 2014
93. Akgül B. Kolostomi ve ileostomi açılmasının bireylerin ibadetleri üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Ankara, 2014
94. Kann BR, Cataldo TE. Early stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg* 2002; 15:191-198.
95. Loehner D, Casey K, Schoetz DJ. Peristomal dermatology. *Clin Colon Rectal Surg* 2002; 15: 209-214.
96. Park JJ, Del Pino A, Orsay CP et al. Stoma complications: The Cook County Hospital experience. *Dis Colon Rectum* 1999; 42:1575-1580.
97. Bass EM, Del Pino A, Tan A, Pearl RK, Orsay CP, Abcarian H. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum*. 1997;40:440-442.
98. The Quality of Life after Rectal Excision for Low Rectal Cancer Williams NS, Johnston D. *Br J Surg* 1983,70:460-2.
99. Engel J, Kerr J, Schlesinger- Raab A, Eckel R ve ark. Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. *Ann Surg*, 2003; 238(2): 203-13.
100. Nugent KP, Daniels P, Stewart B, Patankar R, ve ark. Quality of life in stoma patients. *Dis. Colon Rectum*, 1999; 42: 1569- 1574.
101. Karadağ A. Menteş B. Kolostomili ve ileostomili hastaların bakımına yönelik rehber online kitap. Ankara, 2001.

102. Aydın H, Kement M, Zafer F, Öncel M. Stomalı hastaların yaşam kalitelerine etkili faktörler. Çukurova III. Kolo- Proktoloji & Stoma –Terapi Sempozyumu Kitabı: 109, 2007, Adana.
103. Karaveli S, Özbayır T, Karacabay K. Kolorektal kanser ameliyatı geçiren hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları deneyimlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17:90-96.
104. Mutlu S, Şelimen D. Kalıcı abdominal stomalı hastalarda beden imajı değişiminin yaşam kalitesine etkisi. İstanbul, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 17.
105. Cakmak A, Aylaz G, Kuzu MA. Permanent stoma not only affects patients' quality of life but also that of their spouses. World J Surg 2010;34:2872-2876.
106. Korkut H. Bağırsak stoması olan hastalarda planlı grup etkileşiminin sosyal uyuma etkisi. Doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Ankara, 2012.
107. Aktaş D. Stomalı bireylerin bedenlerine yönelik kendilerinin ve eşlerinin algılarının belirlenmesi. Yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Ankara, 2013.
108. Ross L, Abild-Nielsen AG, Thomsen BL, Karlsen RV. ve ark. Quality of life Danish colorectal cancer patients with and without a stoma. Support Care Cancer, 2007; 15: 505- 513.
109. Yaşan A, Ünal S, Gedik E, Girgin S. Kalıcı ve geçici ostomi yapılmış kişilerde yaşam kalitesinde değişim, depresyon ve anksiyete. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2008; 9(3):162- 168.
110. Engel J, Kerr J, Schlesinger- Raab A, Eckel R ve ark. Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. Ann Surg, 2003; 238(2): 203- 13.
111. Nugent KP, Daniels P, Stewart B, Patankar R, ve ark. Quality of life in stoma patients. Dis. Colon Rectum, 1999; 42: 1569- 1574.
112. Silva MA, Ratnayake G, Deen Ki. Quality of life of stoma patients: temporary ileostomy versus colostomy. World J Surg. 2003;27:421–424

8. EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onayı

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

TOPLANTI TARİHİ : 11/01/2017
TOPLANTI NO : 2017/01

KARARLAR :

2- Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2017-01-11/01 Protokol no'lu "Preoperatif Stoma Yerinin İşaretlenmesinin; Postoperatif Stoma Komplikasyonları, Stomaya Adaptasyon ve Hasta Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Doç. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 67600 KOZLU/ ZONGULDAK, Tel:0 372 261 32 60 Fax: 0 372 261 02 65

Ek 2: Anket Formları

MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti	1	2
b. İstediginizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığımız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İstediginizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

OSTOMİLİ BİREYLERE YÖNELİK UYUM ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı,

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

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