



**T.C.**  
**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BAĞIRSAK STOMASI OLAN HASTALARDA TELEFON  
DANIŞMANLIK HİZMETİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

**SEÇİL TAYLAN**  
**DOKTORA TEZİ**  
**HEMŞİRELİK**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. GÜLER AKSOY**

**İSTANBUL-2016**



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAĞIRSAK STOMASI OLAN HASTALARDA TELEFON  
DANIŞMANLIK HİZMETİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

SEÇİL TAYLAN  
DOKTORA TEZİ  
HEMŞİRELİK

DANIŞMAN  
Prof. Dr. GÜLER AKSOY

İSTANBUL-2016

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik programı Doktora Öğrencisi Seçil TAYLAN tarafından hazırlanan **“Bağırsak Stomasi Olan Hastalarda Telefon Danışmanlık Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisi”** konulu çalışması jürimizce Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :21 Aralık 2016

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi Prof.Dr..Güler AKSOY  
(Haliç Üniversitesi HYO)  
Tez Danışmanı

Jüri Üyesi Prof.Dr.Necmiye SABUNCU  
(Haliç Üniversitesi HYO)

Jüri Üyesi Prof.Dr.Nevin KANAN  
(İstanbul Üniversitesi)

Jüri Üyesi Prof.Dr.Neriman AKYOLCU  
(İstanbul Üniversitesi)

Jüri Üyesi Yrd.Doç.Dr.Gülbahar KESKİN  
Haliç Üniversitesi HYO

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Melek Güneş YAVUZER  
Sağ. Bilim. Ens. Müdür V.



## I.TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında yanımda bulunduğum her an ve sürekli olarak bir şeyler öğrenebildiğim, danışmanım olduğum için kendimi çok şanslı saydığım, öğretme isteği hiçbir zaman azalmayan sayın hocam Prof. Dr. Güler Aksoy'a; tez izleme komitemde bulunarak katkılarını esirgemeyen bakış açımı genişleten, destekleri ve hoşgörülerini nedeniyle Prof. Dr.Neriman Akyolcu'ya ve Prof. Dr. Nevin Kanan'a, beni her zaman destekleyen ve yanımda olan aileme, Stomaterapi hemşireleri Yasemin Akıl ve Rabia Cihan'a teşekkürü bir borç bilirim.



	<b>Sayfa</b>
<b>II. İÇİNDEKİLER</b>	
<b>I.TEŞEKKÜR</b>	<b>i</b>
<b>II. İÇİNDEKİLER</b>	<b>ii</b>
<b>III. KISALTMALAR</b>	<b>v</b>
<b>IV. ŞEKİL ve TABLOLARIN LİSTESİ</b>	<b>vi</b>
<b>1.ÖZET</b>	<b>1</b>
<b>2.SUMMARY</b>	<b>2</b>
<b>3 GİRİŞ VE AMAÇ</b>	<b>3</b>
<b>4.GENEL BİLGİLER</b>	<b>6</b>
4.1.Bağırsak Stomasının Tanımı ve Sınıflandırılması	6
4.1.1.İleostomiler	7
4.1.2.Kolostomiler	8
4.2.Bağırsak Stomalı Hasta Sorunları	9
4.2.1. Bağırsak Stomalı Hastalarda Fizyolojik Sorunlar	10
4.2.2.Bağırsak Stomalı Hastalarda Psikolojik Sorunlar	11
4.2.3.Bağırsak Stomalı Hastalarda Cinsel Sorunlar	12
4.2.4.Bağırsak Stomalı Hastalarda Sosyal Sorunlar	13
4.2.5. Stoma Sorunları ile Başetmede Hemşirenin Rolü	16
4.3.Bağırsak Stoması ve Yaşam Kalitesi	21
4.3.1.Yaşam Kalitesi Kavramı	21
4.3.2.Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Kavramı	22
4.3.3.Bağırsak Stomasının Yaşam Kalitesine Etkisi	25
4.4. Hasta İzleminde Danışmanlık	26
4.4.1. Bireysel Danışmanlık	28
4.4.2. Grup Danışmanlığı	29
4.4.3. İnternet Danışmanlığı	29
4.4.4. Telefon danışmanlığı	30
4.5.Bağırsak Stomalı Hastalarda Telefon Danışmanlığı Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisi	33
<b>5.GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>36</b>
5.1.Çalışmanın Amacı ve Tipi	36
5.2.Çalışmanın Yeri ve Zamanı	36

5.3.Çalışmanın Evreni ve Örneklemi	36
5.3.1.Bireylerin Çalışmaya Alınma Kriterleri	37
5.3.2.Bireylerin Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri	37
5.4.Veritoplama Araçları	37
5.5.Veritoplama Yöntemi	40
5.6.Verilerin Değerlendirilmesi	42
5.7.Çalışmanın Etik Yönü	42
5.8.Çalışmanın Mali Desteği	42
<b>6.BULGULAR</b>	<b>43</b>
6.1. Stomalı Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Stoma Özelliklerine İlişkin Veriler	44
6.2. Hastaların “Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği” Puan Dağılımına İlişkin Veriler	50
6.3. Deney Grubu Telefon Danışmanlığı Hizmetinden Elde Edilen Veriler	65
<b>7.TARTIŞMA</b>	<b>68</b>
7.1. Hastaların Tanıtıcı ve Stoma Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	69
7.2. Hastaların”Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği ve Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği” Puanlarının Tartışılması	73
7.2.1. Deney ve Kontrol Grubu Ölçek Puanlarının Tartışılması	74
7.2.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Ölçek Puanlarının Tartışılması	75
7.2.3. Hastaların Stoma Özellikleri ile Puan Ortalamalarının Tartışılması	78
7.3.Deney Grubu Telefon Danışmanlığı Hizmetinden Elde Edilen Verilerin Tartışılması	79
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>84</b>
8.1. SONUÇLAR	84
8.2. ÖNERİLER	86
<b>9.EKLER</b>	
EK-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ İZİN FORMU	87
EK-2 BAĞIRSAK STOMASI OLAN BİREYLERE YÖNELİK SORU FORMU	88
EK-3 OSTOMİLİ BİREYLERE YÖNELİK UYUM ÖLÇEĞİ	90
EK- 4 OSTOMİLİ BİREYLERE YÖNELİK YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	91
EK- 5 ETİK KURUL İZİNİ	92
EK-6 KURUM İZİNİ	93

**10.KAYNAKLAR**

94

**11.ÖZGEÇMİŞ**

111





### **III. KISALTMALAR**

AQLS: Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği (Adaptation of Quality Life Scale:

ICN: Uluslararası Hemşireler Birliği

OAI: Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (Ostomy Adjustment Inventory

WHO: Dünya Sağlık Örgütü



#### IV. ŞEKİL ve TABLOLARIN LİSTESİ

<b>Şekil 1.</b> Çalışmanın Uygulama Akışı	41
<b>Tablo 1.</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Karşılaştırma Bulgularının Dağılımı	44
<b>Tablo 2.</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Stomaya İlişkin Özelliklerinin ve Karşılaştırma Bulgularının Dağılımı	47
<b>Tablo 3.</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Kemoterapi ve/veya Radyoterapi Tedavisi Alma Durumları ve Stomaya İlişkin Tutumları ile Karşılaştırma Bulgularının Dağılımı	48
<b>Tablo 4.</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları ve Karşılaştırma Bulgularının Dağılımları	50
<b>Tablo 5.</b> Deney ve kontrol Grubu Hastaların Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ve Karşılaştırma Bulgularının Dağılımları	53
<b>Tablo 6.</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55
<b>Tablo 7.</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58
<b>Tablo 8.</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Stomaya İlişkin Özellikleri ile Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	61
<b>Tablo 9.</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Stomaya İlişkin Özellikleri ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	63
<b>Tablo 10.</b> Deney Grubunun 1-6 Hafta Arasında Stoma Bakımına İlişkin Danışmanlık Aldığı Konuların Dağılımı	65
<b>Tablo 11.</b> Deney Grubunun 6-10 Hafta Arasında Stoma Bakımına İlişkin Danışmanlık Aldığı Konuların Dağılımı	67

## 1. ÖZET

Çalışma, telefon danışmanlığı hizmetinin, bağırsak stoması olan bireylerin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek ve telefon danışmanlığının olumlu katkısını sağlamak üzere öneriler getirmek amacıyla yarı deneysel olarak Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Stomaterapi polikliğinde 26.11.2015-18.04.2016 tarihleri arasında yapıldı. Kontrol grubunda 30, Deney grubunda 30 olmak üzere toplam 60 hasta bilgisayarla randomizasyon yapılarak iki gruba atandı. "Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu, Bağırsak Stoması Olan Bireylere Yönelik Soru Formu, Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği, Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği" formları dolduruldu. Rutin eğitimlerinin yanı sıra Deney grubuna 24 saat danışmanlık hizmeti alabilecekleri telefon numarası verildi ve araması konusunda hastalar cesaretlendirildi. Kontrol grubuna ise karşılaştıkları sorunlarda Stomaterapi polikliğine gelmeleri gerektiği bilgisiverildi. Ölçekler her iki gruba da ameliyat sonrası 6. ve 10. Haftalarda Stomaterapi polikliğinde tekrar uygulandı. Deney ve Kontrol grubunun ilk görüşmede ölçek puanlarının benzer olduğu fakat Deney grubunda Kontrol grubuna göre II. ve III. görüşmelerde uyumun ve yaşam kalitesindeki iyileşmenin daha iyi olduğu Kaygı/endişe, öfke duygularını sürekli olarak yaşadıkları, Deney grubunun stoma bakımları konusunda daha fazla sorumluluk aldığı, 50 yaş altı, kadın, bekâr, yükseköğretim mezunu ve kanser dışı sebepler ile stoma açılan hastaların uyum sorununu daha yoğun yaşadığı ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlendi. Hastaların 1-6. Haftalarda en çok fizyolojik sorunlar yaşarken 6-10. Haftalarda sosyal sorunları daha fazla yaşadıkları saptandı. Araştırma sonucunda telefon danışmanlığının stomalı hastaların ameliyat sonrası ilk 10 hafta sürecinde stomaya uyumlarının ve yaşam kalitelerinin artmasında etkili olduğu bu nedenle telefon danışmanlığının stomalı hastalara yönelik hemşirelik bakım uygulamaları içerisinde yer alması önerildi.

**Anahtar Kelimeler:** Stoma bakım hemşiresi, stomaya uyum, stoma yaşam kalitesi. telefon danışmanlığı,

## **2. SUMMARY**

### **EFFECT OF PHONE COUNSELLING SERVICE ON QUALITY OF LIFE OF INDIVIDUALS WITH INTESTINAL STOMA**

The study was conducted between 26.11.2015 and 18.04.2016 at the Stomatherapy Outpatient Clinic of Çukurova University Balcalı Hospital as an semi-experimental design in order to determine the effect of phone counselling service on quality of life of individuals with intestinal stoma and to provide suggestions for the positive contribution of phone counselling. A total of 60 patients including, 30 patients in the control group and 30 patients in the experimental group, were assigned into two groups by making randomization by using computer. "Informed Consent Form, Questionnaire for Individuals with Intestinal Stoma, Adaptation of the ostomy adjustment inventory, and Adaptation of Quality Life Scale for The Ostomy Patients " were filled. In addition to their routine trainings, the experimental group was given a phone number for receiving 24-hour counseling service and patients were encouraged to call. The control group was informed that they had to come to the Stomatherapy Outpatient Clinic when they had problems. The scales were reapplied to both groups at the Stomatherapy Outpatient Clinic in the postoperative 6th and 10th weeks. It was determined that experimental and control groups had similar scale scores at the first interview but in the IInd and IIIrd interviews the adjustment and the enhancement on the quality of life were better in the experimental group than the control group, they experienced anxiety/worry and anger constantly, the experimental group took more responsibilities about stoma care and that patients, who were under the age of 50, female, single, high school graduates and underwent stoma due to non-cancerous causes, experienced the adjustment problem more intensively and their quality of life was lower. It was found that while the patients experienced mostly physiological problems in the 1<sup>st</sup>-6<sup>th</sup> weeks, they had more social problems in the 6<sup>th</sup>-10<sup>th</sup> weeks. As a result of the study, it is recommended for phone counselling to be included in nursing care practices for patients with stoma because phone counselling is effective in enhancing adjustment with stoma and quality of life in patients with stoma during the first postoperative 10 weeks.

**Keywords:** Stoma care nurse, adaptation to stoma, stoma quality of life, phone counselling

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam kalitesi kavramı, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu ve bağımsızlık düzeyine göre karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavram olarak ele alınmaktadır (Mahjoubi et al., 2012).

Günlük yaşam alışkanlıklarında değişimi beraberinde getiren stoma varlığı, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir girişim olarak kabul edilmektedir (Aronovitch et al., 2010). Yaşam alışkanlığındaki değişimin yanı sıra hastalarda komplikasyon oluşumu; fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel yaşamı olumsuz etkileyerek, yaşam aktivitelerinin ve yaşam alanlarının kısıtlanmasına neden gösterilmektedir (Pitman, 2011).

Bossema ve arkadaşlarının (2010) rektum kanseri nedeni ile girişim geçiren, kolostomi açılan ve açılmayan iki hasta grubunun yaşam kalitelerini karşılaştırdığı çalışmada, iki grubun yaşam kalitesi arasında önemli bir farklılık bulunmamasına karşın kolostomisi olan I. Grubun hastalığı II. Gruptan daha güç kabullendiğinin belirlendiğine dikkat çekilmektedir. Sonuçta, stoması olan hastaların stomalarına uyum sorunu yaşadıkları ve bu nedenle hastalıklarını daha zor kabullendikleri ifade edilmektedir.

Hastalık tanısı, stoma etrafi cilt sorunları, dışkı sızıntısı gibi stoma ile ilgili gelişen komplikasyonlar, ağrı, uygulanan tedavilerin yan etkilerinin stomaya uyum sorununu olumsuz yönde etkilediği ve uyum zamanının uzamasına yol açtığı üzerinde durulmaktadır. Ayrıca hastaların stomalarını kabul etmede zorlandıkları bu durumun sosyal, duygusal, fiziksel, cinsel ve fonksiyonel bazı sorunlar yaşanmasına kaynak oluşturduğu vurgulanmaktadır (Goldberg et al., 2010; Taylor and Morgan; 2011).

Bazı çalışmalarda, stomalı hastaların %30-59'unun ameliyat öncesi yapabildiği en az bir aktiviteyi ameliyat sonrası yapamadığının saptandığı belirtilmekte, yeni insanlarla tanışmakta sıkıntılar yaşadıkları, eğlence faaliyetlerine daha az katıldıkları, daha az toplu taşıma araçlarını kullandıkları ve karşı cinsle yakınlaşmada sorun yaşadıkları belirlenmiştir (Brown et al., 2005; Vironen et al., 2006; Simmons, 2011; Simmons, 2014; Karabulut, 2014).

Ito ve arkadaşlarının çalışmasında (2012) kolostomi ameliyatı öncesi yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu gözlenen hastaların, ameliyat sonrası 2. hafta yaşam kalitesi puanlarında düşme gözlemlendiği ancak, 12. haftada yaşam kalitesi puanlarının

tekrar ameliyat öncesi yüksek puanlara ulaştığına dikkat çekilmektedir. Carlsson ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) ameliyat öncesi yaşam kalitesi puanları yüksek iken, ameliyat sonrası 1. hafta yaşam kalitesi puanlarını düşük buldukları, 6. haftada yaşam kalitesi puanlarının tekrar ameliyat öncesi yüksek puanlara ulaşıldığından söz edilmektedir (Carlsson et al., 2010). Çalışmalarda özellikle hastaların stomalarına uyum sağlamada zorlandıkları ameliyat sonrası ilk haftaların, yaşam kalitelerini olumsuz yönde daha fazla etkilediği ele alınmakta ve bu dönemde daha fazla rehberliğe gereksinimleri olduğu vurgulanmaktadır (Carlsson et al., 2010; Ito ve ark, 2012).

Taylor ve Morgan'ın (2011) rektum kanseri nedeni ile geçici stoma açılan hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile yapmış oldukları 9 çalışmanın incelendiği sistematik derleme çalışmasında, kolostomi açılan hastaların ameliyattan sonraki birkaç hafta boyunca fiziksel, emosyonel, sosyal ve psikolojik sorunları daha yoğun yaşadıklarından söz edilmektedir. Çalışmalarda bağırsak stomalı hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu, ancak çeşitli destekleyici yaklaşımlar sonucu yaşam kalitelerinin arttırılabileceği üzerinde durulmaktadır.

Hoch ve arkadaşlarının (2013) Vitala ile torbasız yaşama geçen kolostomisi olan hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile yapmış oldukları çalışmada, Vitala kullanan hastaların genel yaşam kalitelerinin arttığı ancak, stomaya özel yaşam kalitesinin değişmediğinin saptandığı belirtilmektedir. Swan'ın (2011) ölçek kullanmadan yapmış olduğu çalışmada ise, Vitala kullanan hastaların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu ifade edilmektedir.

Bağırsak stomalı bireylerin stomalarına uyumlarında teknolojinin olumlu etkisinin oldukça önemli olduğu yadsınamaz. Yaşanan sorunların çözümünde yardımcı önemli teknolojik gelişmelerden biri olan telefon danışmanlığı hizmetinin, bireylerin stomalarına uyumlarını olumlu etkileyeceğini ve yaşam kalitelerini yükseltmede gözardı edilmemesi gerekli bir yaklaşım olabileceğini akla getirmektedir. Literatürde stoma bakım hemşirelerinin telefon izlemi aracılığı ile "Sosyal Öğrenme Teorisi" kapsamında hastalar desteklenerek ve sosyal yaşama uyumlarının etkilerinin değerlendirildiği deneysel bir çalışmaya (Zhang et al., 2013) ve en az üç aydır stoması olan hastaların üç ay izlendiği ve bu süre içerisinde 20., 40. ve 70. günlerde üç kez telefonla arandığı ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği yarı deneysel bir çalışmaya bir rastlandığı (de la Quintana Jimenez et al., 2010) ancak bağırsak stomalı hastalarda stomaya uyum

sorunlarının en çok yaşandığı ameliyat sonrası ilk üç aylık dönemde telefon danışmanlığının yaşam kalitesine etkilerinin değerlendirildiği yarı deneysel bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma taburculuk sonrası bağırsak stomalı hastalarda telefon danışmanlığının önemini ortaya koymaktadır.

Çalışma, telefon danışmanlığı hizmetinin, bağırsak stoması olan bireylerin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek ve telefon danışmanlığının olumlu katkısını sağlamak üzere öneriler getirmek amacıyla planlanarak yapıldı.



## 4.GENEL BİLGİLER

Tez çalışmasında bağırsak stoması olan hastaların yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesine etkileri, yaşadıkları sorunlar ile bağırsak stoma bakım hemşiresinin rolü tartışılmadan önce bağırsak stomasının tanımı ve sınıflandırılması konuları üzerinde durulacaktır.

### 4.1.Bağırsak Stomasının Tanımı ve Sınıflandırılması

Stoma, Yunanca'da ağız, ağızlaştırma, açıklık anlamında kullanılmaktadır (Aksoy ve Çavdar, 2015). Bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılması ile oluşturulan ve yapay bir açıklık olan bağırsak stoması; kanser, inflamatuvar bağırsak hastalıkları ve travma gibi nedenlerle sıkça başvuru alan, beden bütünlüğünü etkileyen ve yaşam alışkanlıklarının değişmesine neden olan bir cerrahi girişim olarak ele alınmaktadır (Karadağ et al., 2003).

Dünya'da 2012 yılı verilerine göre kolorektal kanserlerin tüm kanserler içerisinde kadınlarda ikinci, erkeklerde üçüncü sırada yer aldığı bildirilmektedir (Colorectal Cancer Estimated Incidence, 2012). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri Yıllığı (2016), 2013 yılına ait kolorektal kanser verilerinin dünyadaki sonuçlar ile benzer nitelikte, kadınlarda ve erkeklerde üçüncü sırada bulunduğu ifade edilmektedir. Amerika'da yaklaşık 770000 stomalı hasta bulunduğu ve her yıl 13.000 den fazla kişiye stoma açıldığı, Çin'de ise, yaklaşık olarak 1 milyon stomalı hasta bulunduğu ve her yıl 100.000 yeni hastaya stoma açılacağı varsayımı ileri sürülmektedir (Zhang et al., 2013). Ülkemizde ise, hastane kayıt sistemlerinin eksikliği ve stomaterapi polikliniklerinin yaygın olmaması gibi nedenlerle, bağırsak stoması açılan birey sayısı tam olarak bilinmemektedir. Kolorektal kanserlerde en yaygın kullanılan tedavi yönteminin cerrahi tedavi olduğu göz önüne alındığında bağırsak stoması açılan birey sayısının oldukça fazla olduğu söylenebilmektedir (Karabulut et al.,2014).

Bağırsak stoması çoğunlukla açılma nedenleri farklılık gösterse de (Pittman et al., 2009), hastalar tarafından bazen yaşam kurtarıcı bir girişim, bazen ise fizyolojik sürecinin yaşam boyu bozulması ya da değişmesi olarak algılanmaktadır (Altuntas et al., 2012). Özellikle kolorektal kanserlerde abdominoperineal rezeksiyon ile buna eşlik



eden cerrahi yaklaşım olan kolostomi cerrahisi sonrası hastaların kalıcı stomaları ile yaşamayı öğrenmek zorunda kaldıkları bir gerçektir (Zhang et al., 2013).

Bağırsak stomalarının, kolostomi ve ileostomi olmak üzere iki türde oluşturulduğu gözlenmekte ve sıklıkla sürekliliğine (kalıcı veya geçici), yerleşim yerine ve yapılış şekline göre sınıflandırılmaktadır. Geçici stoma, genellikle bağırsağın inflamatuvar durumları ve travmatik yaralanmalarında, distaldeki riskli bir anastomozun iyileşme sürecinde dışkı akımından korunması için açılmakta ve iyileşme süreci gerçekleştiikten sonra kapatılmaktadır. Kalıcı stoma ise, genellikle bağırsak kanseri gibi bir hastalık nedeniyle rektum ya da anüs fonksiyonunu kaybettiğinde, boşaltımı sağlamak üzere açılmakta böylece hastaların yaşam boyu bu biçimde yaşamaları gereği ortaya çıkmaktadır (Aksoy ve Çavdar, 2015).

#### **4.1.1.İleostomiler**

Kontinent ve konvansiyonel olmak üzere iki tipi olan ileostomi cerrahisi ileal pouch, anal anastomoz, düşük anterior rezeksiyon gibi farklı kolorektal cerrahilerle birlikte gerçekleştirilen (Royds et al., 2013), ince bağırsağın karın duvarına anastomoz edildiği cerrahi bir yaklaşım olarak ele alınmaktadır (Yüceyar, 2013).

Kontinent İleostomi; bağırsak içeriğinin birikmesi için cerrahi yöntemle ince bağırsaktan bir kese oluşturulması işlemini kapsamakta, dış kısmında bir kapak oluşturularak, ameliyat sonrası dönemde stomadan bir kateter yoluyla kapalı aspirasyon sistemine bağlanması sağlanmaktadır. Kateterin açıklığı için her 3 saate bir 10-20 ml. izotonik solüsyonun keseye verilmesi önerilmekte ancak aspire edilmemesi, yer çekimi ile drene olmasının beklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu işlemde dışkının spontan boşalmasının gerçekleşmediği hastaların, internal torbadan boşaltım yapmalarının gerekli olduğuna dikkat çekilmekte, hastaya bir kateterle stomadan rezervuarı boşaltılmasının da öğretilmesi üzerinde durulmaktadır (Aksoy ve Çavdar, 2015).

İleumun uç veya loop şeklinde karın duvarına ağızlaştırılması konvansiyonel ileostomi olarak isimlendirilir. Sıklıkla kalıcı amaçlı kullanılan ileo-anal anastomoz uygulaması mümkün olmayan yaygın ülseratif kolit, crohn, familial polipozis ve

multipl-senkron kolorektal kanser hastalarında uç ileostomi uygulanmaktadır (Yüceyar, 2013).

İleostominin karın duvarından 2 cm. yüksek olması önerilmekte ve bu özelliğin, ileostomiden gelen içeriğin tahriş edici etkisi ve volümünün yüksek miktarda olması nedeni ile cilt hasarlarını azaltılmasındaki önemi üzerinde durulmaktadır. Bu tekniğin serozit ve darlık gelişimini engelleyen ve yaygın kabul gören bir teknik olduğu vurgulanmaktadır. Tam saptırma sağladığı için travmatik ince-kalın bağırsak yaralanmalarında, riskli distal anastomozlarda koruyucu amaçlı, geçici olarak da açılabileninden söz edilmektedir (Yüceyar, 2013).

Loop ileostomi, geçici olarak fizyolojik saptırma amacıyla yapılsa da yapılan çalışmalar %40 civarında kalıcı olabileceğini göstermektedir. Distaldeki riskli anastomozların korunması, anal-abdominal fistüller, kolo-rektal tıkanıklıklar, toksik megakolon ve teknik olarak uç ileostomi yapılamayan hastalarda uygulanan bir yöntem olduğu bilinmektedir. Loop ileostominin, cilde daha yakın olması, uç ileostomiye göre daha proksimal ileum kullanıldığından rezervuarın volümünün fazla olması, aynı zamanda da daha fazla sindirim enzimlerini içermesi nedeniyle uç ileostomiye göre daha dikkatli ve güç bakım gerektirdiği üzerinde durulmaktadır (Akgün ve Yoldaş, 2012).

#### **4.1.2.Kolostomiler**

Kolonun ameliyatla karın duvarına ağızlaştırılması cerrahisi olan kolostominin; bağırsak kanseri, divertikülit, Crohn's hastalığı, kolonik obstrüksiyon, konjenital anomaliler, bağırsak iskemisi, Hirschprung hastalığı, fekal inkontinans ve travma gibi nedenlerle açıldığı gözlenmektedir (Burch, 2005a, 2005b). Genelde sol alt kadranda oluşturulan kolostominin yeri bireyin hastalığına ve genel durumuna göre belirlenmekte ve açıldığı yere göre dışkı kıvamının değişeceği, stoma anüsten uzaklaştıkça dışkı kıvamının daha sıvı olacağından söz edilmektedir (Burch, 2005c).

Kalın bağırsak üzerindeki yerlerine göre çıkan (assendan) kolostomi, yatay (transvers) kolostomi, inen (dessendan) kolostomi, sigmoid kolostomi, olarak isimlendirilmektedir (Aksoy ve Çavdar, 2015). Cerrahi teknik ağızlaştırma şekillerine göre uç (terminal, end) kolostomi, Hartman prosedürü ya da çifte namlusu (double-

barrel) kolostomi, pronostik faktörlere göre de geçici (temporary) kolostomi ya da kalıcı (permanent) kolostomi olarak tanımlanmaktadır (Akgün ve Yoldaş, 2012).

Abdominoperineal rektum amputasyonu sonrasında yapılan uç kolostomi de kalıcı bir stoma oluşturulmaktadır. Buna karşın distaldaki bir anastomuzu dışkı akımından korumak amacı ile yapılan bir loop kolostominin geçici stoma olması ve anastomoz iyileştikten sonra kapatılmasının gerçekleştirildiği bilinmektedir (Aksoy ve Çavdar, 2015).

#### **4.2.Bağırsak Stomalı Hasta Sorunları**

Hemşireliğin temelinde yer alan bütüncü yaklaşımı, bireye en iyi sağlık bakımının verilebilmesi için vazgeçilmez bir unsur olarak gündemde olduğu bilinmektedir (Gorman ve Sultan, 2008). Bağırsak stomalı bireyler yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen birçok sorunla karşılaşmaktadır. Nitelikli hemşirelik bakımının planlanmasında bu etkileri göz önünde bulundurmasının öneminden söz edilmektedir (Gorman ve Sultan, 2008).

Bağırsak stoması cerrahisi yaşam kalitesini son derece etkileyen ve yaşam biçimini değiştiren bir girişim olarak ele alınmaktadır. Stomanın etkilerini tanımlamada yaşam kalitesini ölçmenin yanı sıra stoması olmayan bireyler ile karşılaştırmalar yapmanın son derece önemli olduğu üzerinde durulmaktadır (Nichols, 2015a, 2015b). Stomalı bireylerin yaşam kalitelerinin azalmasının en önemli nedenleri arasında stoma nedeni ile yaşadıkları fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar dikkati çekmektedir. Stomalı hastaların taburcu olduktan sonra yaşadıkları sorunları belirlemek amacı ile yapılan bir çalışmada, hastaların %58'inin en az 1 sorun yaşadığı, yaşadıkları sorunların ortalamasının ise 3.6 olduğu belirtilmektedir (Richbourg et al.,2007). 112 kalıcı stomalı hasta ile görüşülerek yapılan başka bir çalışma da ise %37- %47'sinin stomaları ile ilgili sorun yaşadıklarını ifade ettikleri gözlenmektedir (Pringle and Swan, 2001).

Hastaların stomaya bağlı sorunlarının yanında komplikasyon gelişmesinin, yaşamlarını olumsuz etkilediği yaşam aktivitelerinin ve yaşam alanlarının kısıtlanmasına neden olduğu üzerinde durulmaktadır (Pittman, 2011). Erken dönemde komplikasyon gelişme riskinin olup olmadığının belirlenmesi ve hastanın stoması nedeni ile yaşamını olumsuz etkileyecek önlemlerin alınmasının önemi vurgulanmakta,

şişmanlık, ileri yaş, acil cerrahi, inflamatuvar bağırsak hastalığı, stomanın ileostomi olması, stomanın loop prosedürle açılması, daha önceki cerrahi deneyimin risk faktörleri arasında yer aldığı gözlenmektedir (Pittman, 2011).

#### **4.2.1. Bağırsak Stomalı Hastalarda Fizyolojik Sorunlar**

Stoma cerrahisi sonrası bireylerin boşaltım gereksinimini kendilerinin kontrol edememeleri önemli bir sorun olarak algılanmaktadır (Pittman et al., 2009). Stomalı hastalar koku, gaz, dışkı sızıntısı, deri irritasyonları, ishal, kabızlık, beslenme sorunları gibi stomaya bağlı fizyolojik sorunların yanı sıra kemoterapi ve radyasyon tedavisi devam eden hastaların bu sorunlara ek olarak bulantı, kusma, yorgunluk, kilo kaybı ve radyasyon hasarına bağlı obstrüksiyon gibi yaşam kalitesini düşüren fizyolojik sorunlar yaşadıkları gözlenmektedir (Doughty, 2005).

Stoma cerrahisi sonrası oluşan komplikasyonların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğinden bahsedilmekte ve çalışmalar da ileostomisi olan hastaların %71'inde kolostomisi olan hastaların ise %43'ünde komplikasyon geliştiği üzerinde durulmaktadır (Persson et al., 2005; Pittman et al., 2008). Özellikle bağırsak stoması olan hastaların %18-55'in de peristomal cilt irritasyonları, %1-37'sinde parastomal herni, %2-25'inde prolapsus, %2-10'unda stenoz, %1-11'inde ise retraksiyon gelişiminden söz edilmektedir (Pittman et al., 2008).

Stomada sfinkter yokluğunun, bireylerin gaz çıkışını kontrol etmelerinde sorun yaşanmasına yol açtığı (Aksoy ve Çavdar, 2015) bu nedenle gaz sesinin ve hoş olmayan kokusunun çevredeki kişiler tarafından farkedilebileceği endişesinin yoğun bir şekilde yaşandığına dikkat çekilmektedir (Persson and Hellstrom, 2002; Doughty, 2005).

Stomalı hastaların gelişmiş stoma bakım ürünlerine karşın dışkı sızıntısı ve sızıntıya bağlı stoma çevresi cilt ülserasyon sorunları yaşayabilecekleri belirtilmektedir. Aynı zamanda stomalı bireyin kilo alması, karındaki cilt kıvrımlarının artışı, stoma çapının büyümesi, stomanın içe kaçması, stoma çevresinde fitiklaşmalar gibi komplikasyonların gelişmesine neden olabileceğinden söz edilmektedir.

Cilt ülserasyonları, kilo almaya bağlı gelişen komplikasyonlar stoma adaptörü ve torbasının ciltte kalış süresini kısaltacağı bilinmektedir. Bu durum daha fazla stoma adaptör–torbası ile stoma pudrası ya da farklı stoma ve yara bakım ürünleri kullanılması

gerekliliğine ve araç gereç temin sorunu yaşanmasına neden olabileceğinden söz edilmektedir (Simmons, 2014). Ayrıca, stoma bakımı daha zor ve karmaşık duruma gelmekte ve hastalar kendi bakımını yapmada zorlanmakta, bu durum hastaların başka birine bağımlı olma, koku ve torbanın açılması endişesi gibi sorunları daha yoğun yaşamalarına ortam hazırlamaktadır (Doughty, 2005). Ek olarak sızıntı korkusu yaşamaları, sızıntıyı önlemek için sık aralıklarla uykudan uyanarak stoma torbalarını boşaltma gereksinimi duymalarına yol açmakta ve uyku sorunları yaşamalarına kaynak oluşturmaktadır (Werth et al., 2014).

Bir çalışmada, stomalı hastaların yaşadıkları sorunlar arasında %76 stoma etrafı cilt sorunları, %62 torbadan sızıntı, %59 koku problemlerinden söz edilmektedir (Richbourg et al., 2007).

#### **4.2.2.Bağırsak Stomalı Hastalarda Psikolojik Sorunlar**

Stoma açılması, kişinin bireysel ve toplumsal yaşamını, kişisel deneyimlerini, cinselliğini, manevi inançlarını, başa çıkma yöntemlerini, yaşam deneyimlerini stomaya uyumunu yoğun bir şekilde etkilemekte ve stomanın kabullenmesinde etkin rol oynamaktadır (Simmons, 2014). Bağırsak stoması olan hastaların yaşadıkları psikolojik sorunların temelinde, zarar görmüş beden imajı, inkontinans gelişimi, koku korkusu, seksüel sorunlar, sosyal yaşamlarındaki sınırlamaların yer aldığı üzerinde durulmaktadır (Pittman et al., 2009).

Stoma nedeniyle beden görünümünde oluşan fiziksel değişikliklerin bireyin beden imajı algısını olumsuz yönde etkilediği, kendini diğerlerinden farklı görmesine neden olduğu gözlenmektedir. Bu farklılığın çekiciliğini kaybetmesine, kendinden utanmasına, damgalanma hissi yaşamasına, aile ve arkadaşları tarafından reddedilme korkusu hissetmesine, kendine olan güveninin azalmasına, sosyal aktivitelerini sınırlandırmasına ve sosyal uyumunda yetersizliğe neden olduğuna vurgu yapılmaktadır (Persson and Hellstrom, 2002; Burch, 2005d). Salome ve Almeida'nın (2014) bağırsak stomalı bireylerin sosyodemografik ve klinik faktörler ile beden imajı ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmalarında; stoması olan bireylerin beden algılarını olumsuz ve benlik saygılarını düşük olarak belirlediklerinden söz edilmektedir

Stoma torbasının gaz nedeniyle sızıntıya sebep olacak şekilde şişmesi nedeniyle hastaların utanma duygusu ve kaygı yaşadıkları, giysilerin kirlenmesinin hastalara çocukluk dönemini hatırlattığı ve düşük beden imajına neden olduğu bildirilmektedir (Burch, 2005b).

Stomalı hastaların stomalarına alışmaları ve stomalarını kabul etmeleri için zamana gereksinimlerinin olduğu ve bu dönemde yoğun öfke ve anksiyete hisseden hastaların sosyal yaşama katılımlarında sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (Simmons et al., 2011). Yapılan bir çalışmada bağırsak stomalı hastaların %54'ünün daha önceki aktivitelerini yerine getiremediği ve %53'ünün depresyon-anksiyete sorunları yaşadığı (Richbourg et al., 2007); başka bir çalışmada ise, seksüel disfonksiyon, finansal sorunlar, duygulanım sorunları yaşadıklarının belirlendiği dikkati çekmektedir (Pringle and Swan, 2001). Ayrıca stomalı hastaların değişikliğe alışmayı reddetme sorunu yaşadıklarından da bahsedilmektedir (Simmons et al., 2007).

Literatürde, stomalı bireylerin bedenlerinde olan değişikliği kabullenemedikleri, stomalarını görmek istemedikleri, aynaya bakamadıkları, kendilerini normal bir kişi olarak kabul etmedikleri ve artık normal bir yaşam sürdüremeyeceklerini düşündükleri ifade edilmektedir (Bekkers et al., 1997; Turnbull, 2006).

#### **4.2.3.Bağırsak Stomalı Hastalarda Cinsel Sorunlar**

Cinsel uyumun bireyin yaşamında genel uyumun bir parçası olduğu ve birçok karmaşık ruhsal olayı içerdiği bilinmektedir. Cinsel uyumda eşlerin birbirlerine uygun ve uyumlu olmaları uyumlu bir cinsel yaşam için zorunludur. Ancak eşlerden birinde ya da ikisinde ağır bir ruhsal bozukluk olması, fiziksel kusurlar, süregen bedensel hastalıklar, kişilik bozuklukları cinsel uyumsuzluk ve doyumsuzluk kaynakları olarak gösterilmektedir (Ozturk, 2014).

Stoma açılan hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların çoğunluğunun stoma açıldıktan sonra, cinsel çekiciliklerinin azaldığına inandıkları belirtilmektedir (Persson and Hellstrom, 2002). Hannah ve Randle 'ın çalışmasında da (2005) stoma açıldıktan sonra bireylerin bedenlerinin eskisi gibi olmadığını düşündükleri ve kendilerini daha az çekici buldukları için cinsel ilişkiye girmek istemediklerinin belirlendiği vurgulanmaktadır.

Nugent ve ark.'nın çalışmasında da (1999), kolostomili hastaların %45'inin ve ileostomili hastaların %43'ünün cinsel yaşamlarında sorun yaşadıklarının saptandığı, benzer çalışmalarda da stoma açılmasının cinsel yaşamı olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Nugent et al., 1999; Persson and Hellstrom, 2002; Szczepkowski, 2002; Hannah, 2005; Li, 2009).

Stomalı hastalarda fiziksel görünümdeki değişikliklerin yanısıra cinsel ilişki sırasında torbanın açılacağı, dışkı sızıntısı ve koku olacağı korkusunun cinsel hayatı olumsuz yönde etkilediği, bu nedenlerin cinsel aktivite sıklığında, istekte ve zevk almada azalma gibi sorunlara yol açtığı üzerinde durulmaktadır (Junkin and Beitz, 2005). Stomalı hastalarda, normal cinsel aktivitede yetersiz olma veya başlamaktan korkmanın, üzüntü, kızgınlık, suçluluk hislerine kaynak oluşturulduğu bildirilmektedir (Sprunk and Alteneider, 2000; Junkin and Beitz, 2005).

#### **4.2.4.Bağırsak Stomalı Hastalarda Sosyal Sorunlar**

Bağırsak stomalı hastaların yaşadıkları birbirini etkileyen birçok sorunla başa çıkma çabası içinde olmalarının yanı sıra sosyal yaşamda sınırlamalar ve aktivitelerinde düşüş yaşadıkları gözlenmektedir (Pittman et al., 2009).

Bağırsak stomasının sadece hasta için değil, aynı zamanda ailesi için de zor bir sürecin başlangıcı olduğu üzerinde durulmaktadır (Karadağ ve ark., 2003). Bu süreçte hasta ile birlikte aile üyelerinin de gerginlik ve stresi artmakta, ailede duygusal tepkiler, ekonomik sorunlar ve rol değişimleri ile belirginleşen bir sosyal krizin yaşanabilmesi olasılığından söz edilmektedir (Brown and Randle, 2005).

Hastalık sürecinde ev ile ilgili rol ve sorumlulukların değişmesi, aile üyeleri ile karşılıklı olarak stoma hakkında konuşmaktan kaçınma, sanki hiçbir şey olmamış gibi davranma, ilişkiyi sonlandıran tutumlar sergileme aynı zamanda eşinden beklediği duygusal destek konusunda yetersiz ve çaresiz kalmanın, hastaların sosyal destek gereksiniminin artmasına neden olacağı üzerinde durulmaktadır (Deckard et al., 2002; Çam ve Gümüş, 2006).

Bağırsak stomalı hastaların hastalık sürecinde endişe, umutsuzluk, güvensizlik ve yalnız kalma korkusundan kaynaklanan öfke ile ailesinden ve arkadaşlarından uzak

durabileceklerinden ve bu durumun çevresi ile duygusal gerginlik yaşamasına yol açabileceğinden bahsedilmektedir (Deckard et al., 2002).

Stomalı hastaların çalışma durumlarını engelleyecek herhangi bir sağlık sorunu olmazsa, ameliyattan 6-8 hafta sonra çalışma hayatlarına tekrar başlayabilecekleri ve ameliyat öncesi faaliyetlerini tekrar yapabilecekleri belirtilmektedir. Ancak duygusal durumlar hastalık süreci ve tedavinin meydana getirdiği sınırlılıklar bireylerin çalışma hayatlarını, mesleki rol ve ilişkilerini de olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Karadağ ve ark., 2003a; Ayaz, 2007). Stomanın yaşam alışkanlıklarını ve bireysel bakım gereksinimini değiştirmesi nedeniyle de ameliyattan sonra işi bırakma, çalışma saatlerini azaltma, iş veriminde azalma ve iş değiştirme gibi davranışların gelişimine yol açabileceği üzerinde durulmaktadır (Persson and Hellstrom, 2002; Ito et al., 2005).

Bağırsak stomalı hastaların, kanser nedeniyle tedavi sürecinin devam etmesi ve beden görünümündeki değişimin toplumsal yaşamda güçlükler getireceği düşüncesiyle, kendilerini sosyal faaliyetlerden kısıtlama ve soyutlama eğiliminde oldukları dikkati çekmektedir (Brown and Randle, 2005).

Hastaların günlük yaşamlarında banyo tasarımı, giyim tarzı sorunları yaşadıkları, özellikle stoması sağ tarafta olanların yani çoğunlukla ileostomisi olan hastaların araba kullanırken emniyet kemeri takmakta sorun yaşadıkları ayrıca, stomalı hastaların özellikle sosyal faaliyette bulduklarında yemek yeme tarzını değiştirdiklerini ifade ettikleri gözlenmektedir (Sun et al., 2013).

Hastaların, sosyal organizasyonlara toplantılara katılırken stomaları ile ilgili bir sorun yaşama olasılığından dolayı bakımlarını hemen yapabilmek için lavabosu olan yerleri tercih ettikleri (Ito et al., 2005), dışkı sızıntısı, gaz ve koku sorunu korkusu ile sosyal ortamlardan uzak durmaya özen gösterdikleri vurgulanmaktadır (Pringle and Swan, 2001). Ayrıca stomanın dışarıdan fark edileceği, torba ve adaptörün giysilerin altından görünebileceği ya da belli olacağı endişesi ile eski elbiselerini giymekten kaçınmakta, yeni, daha bol olan ve koyu renkli giysileri tercih ettiklerinin dikkat çekici olduğu bildirilmektedir (Karadağ and ark, 2003, Karadağ et al., 2003).

Bağırsak stomalı hastaların, günlük yaşam aktiviteleri konusunda sınırlılıklar yaşadıkları belirtilmektedir. Bedensel kontrollerindeki yetersizlik, stomanın varlığı nedeniyle birilerinin onlara çarpabileceği korkusu veya giyim tarzından kaynaklı yoğun endişe yaşadıklarından söz edilmekte, tüm bu nedenlerin de stomayı korumayı



kendilerine amaç edinmelerine ve hayatlarındaki tek kontrol merkezi olarak algılamalarına yol açtığı söylenmektedir (Danielsen et al., 2013).

İslam dininde camiye gitmek, toplu halde ibadet etmek, dini toplantılarda bir araya gelmek de sosyal bir faaliyet olarak görülmektedir. Ancak Müslüman olan stomalı bireyler, stomadan sürekli akıntının veya gaz çıkışının olabilme korkusu ile namaz kılma ibadetinin yapamayacağını düşünmekte ve bu nedenle de sıkıntı yaşadıkları dikkati çekmektedir (Karadağ ve ark, 2003).

Geniş bir aile ve güçlü sosyal ilişkilere sahip spirutuel iyilik durumu yüksek olan stomalı hastaların daha iyi psikososyal ilişkilerinin olduğundan bahsedilmektedir (Li et al., 2012). Yaşadıkları deneyimleri paylaşan sosyal ilişkileri güçlü olan stomalı hastalar, karşılaştıkları sorunlarda daha pratik çözümler bulabildikleri sosyo-ekonomik sorun gibi farklı sorunlar yaşamalarına karşın, kırsal bölgelerde yaşayan evli stomalı hastaların stomalarından dolayı yaşamlarının çok fazla etkilenmediği belirlenmiştir (Altuntas et al., 2012).

Sosyo ekonomik sorunların stoma malzemelerinin elde edebilme sorunlarına neden olduğu malzeme temininde sorun yaşayan hastaların sorunların çözümünde alternatif yöntemlere yöneldikleri gözlenmekte, torba değişiminin yerine yıkayarak tekrar kullanma yolunu seçtikleri ve hastaların uzun seyahatlere gitme ve spor yapma gibi bazı aktivitelerini yaşamlarından çıkardıklarının dikkati çektiği vurgulanmaktadır (Simmons, 2014).

Bir çalışmada malzeme temin sorunu yaşayanların sosyal sorunları daha yoğun hissettikleri (Ito et al., 2005), malzeme sorunu yaşanmamasının normal yaşamlarına dönüşü ve uyumu kolaylaştırdığı üzerinde durulmaktadır. (Simmons et al., 2011). Aronovitch ve arkadaşları 2010 yılında yaptıkları çalışmada stoma malzemelerini temin sorunu olan hastalara, malzemelerin temininin sağlanmasının yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde önemli katkı sağladığından söz edilmektedir.

Hastaların deneyim ve duygularının, kültürel özellikleri ile de bağlantılı olduğu İngiliz ve Japon stomalı hastaların yaşam deneyimlerinin ve stomalarına uyumlarının araştırıldığı bir çalışmada, İngiliz stomalı hastaların sosyal yaşamlarına daha çabuk uyum sağladığına, dışarı çıkma ve eğlence aktivitelerini daha kısa sürede gerçekleştirdiklerine ve Japon hastalardan daha az sosyal izolasyon yaşadıklarına dikkat çekildiği bildirilmektedir. Kültürel faktörlerin psikososyal açıdan stomaya uyumu

etkilediği ve kültüre duyarlı stoma bakımının psikososyal işleyiş açısından daha etkili olduğu sonucuna vardıklarından söz edilmektedir (Simmons et al., 2011).

Yapılan bir çalışmada tam mesai çalışan stomalı kişilerin yaşam kalitesinin yarım mesai ya da hiç çalışmayan kişilere göre daha yüksek olduğu yalnız yaşayanların yaşam kalitesinin yalnız yaşamayanlardan daha düşük bulunduğu ve bu durumun dikkate değer olduğu bildirilmektedir (Aronovitch et al., 2010).

#### **4.2.5. Stoma Sorunları ile Başetmede Hemşirenin Rolü**

Bağırsak stomalı hastaların yaşadıkları sorunları en aza indirmek ancak hemşirelik bakımı ve izlemi ile olası olduğu düşüncesi stoma bakım hemşirelerinin önemini gözler önüne sermektedir (Colwell and Gray, 2007).

Stoma bakımında bilgi deneyim sahibi, alana özgü hemşirelerin ameliyattan sonra yaşanan birçok sorunu önlemek ya da azaltmakta etkin oldukları bilinmektedir. Stoma açılma kararı verilmesinden başlayarak ameliyattan önce hasta ile ilişki kurarak stoma açılacak alanı hasta ve hekim işbirliği ile işaretlemelerinin stomaya uyumu kolaylaştırıcı olabileceği üzerinde durulmaktadır. Stomanın rektus abdominus kası üzerinde, cilt kıvrımlarından, skar alanlarından, kemik çıkıntılarında, kemer çizgisinden uzak, giyim tarzına uygun, hastanın görebileceği, onaylayacağı ve böylece bakımını daha kolay yapabileceği bir alana açılmasının hastanın stoma ile yaşama uyumu üzerinde etkili olacağı vurgulanmaktadır. (Colwell and Gray, 2007; Zimnicki, 2013, 2015).

Ameliyattan sonra da hemşirenin stoma bakımı konusunda hastaları bilgilendirmesinin ve bakımını kendi yapabilir hale gelinceye kadar izlemesinin yanı sıra bakımı içeren eğitim materyallerini vermesinin stomanın kabulünü kolaylaştırdığından bahsedilmektedir. Hastanın stoma bakımı ile ilgili olarak; stoma çapının düzenli ölçülmesi, tercihleri göz önüne alınarak hasta için en uygun doğru torba-adaptör sisteminin seçilmesi konusunda danışmanlık yapılmasının hastayı yönlendirmede ve doğru karar almada öneminden söz edilmektedir (Colwell and Gray, 2007; Zimnicki, 2013, 2015). Bakımın dışında ameliyat sonrası dönemde bağırsak stoması olan hastaların beslenmesi konusunda yol gösterici olunması beslenmeyle ilgili olarak;

-6-8 hafta boyunca az lifli diyet ile beslenmesi ve diyetin bireyin gereksimlerine uygun olması,

-İnce bağırsakta tıkanmaya neden olabilecek yüksek lifli yiyecekleri (elma kabuğu, kereviz, hindistan cevizi, lahana, kuru meyve, fıstık, fındık, portakal kabuğu, patlamış mısır, patates kabuğu, kuru üzüm) dikkatli tüketmesi,

-Öğünlerin atlanmaması, az ve sık yenilmesi,

-Bir besini ilk kez yiyeceği zaman az miktarda ve yanında bir şey yemeden denemesi,

-Kilo alıp vermekten kaçınması, stoma yolu ile fazla sıvı kaybedildiğinden bol sıvı alması,

-Koku ve gaz oluşumunu arttıran yiyecek ve içecekleri daha dikkatli tüketmesi (balık, yumurta, soğan, sarımsak, yeşil sebzeler, lahana, kuru baklagiller, brokoli, süt ürünleri, mısır, limonata, bira ve asitli içecekler),

-Kokuyu azalttığı bilinen yoğurt, yayık ayranı, nane şekeri gibi besinleri daha sık tüketmesi (Karadağ ve ark., 2003; Clark, 2005a, 2005b; Colwel et al., 2012; Colwell and Schuller, 2013),

-Kabızlığı önlemek için; sebze, meyve ve kepekli yiyecekleri bol tüketmesi, ishal durumunda ise; bağırsak hareketini azaltan (pirinç, muz, patatespüresi, şeftali gibi) besinleri tüketmesi konularında bilgi verilmesinin yeni yaşamına uyumda önemi üzerinde durulmaktadır (Karadağ ve ark., 2003; Clark, 2005a, 2005b; Colwel et al., 2012; Colwell and Schuller, 2013),

Stoma bakım hemşirelerinin, stomalı bireyleri psikososyal açıdan desteklemelerinin stomaya uyumda oldukça önemli olduğu bu bağlamda;

-Stomanın bireyin kendisi ve ailesi tarafından kabul edilmesinin ve bireyin kendine olan güvenini yeniden kazanmasının, bireyin normal yaşam tarzına dönmesinde birey ve ailenin desteklenmesinin (Fan, 2007),

-Bireyin beden imajı algısını iyileştirmek için, stoma bakım malzemeleri hakkında bilgi verilmesinin (estetik görünümlü olan, terletmeyen, dışarıdan fark edilmeyen torbalar, torbayı gizleyen çamaşırlar, kokuyu azaltan ürünler vb),

-Stomanın günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkisi ve karşılaşılabilecek sorunlara ilişkin bilgi verilmesinin,

-Yaşam zorluklarına yönelik psikolojik destek sağlanması ve hastaların deneyimleri ve korkuları hakkında konuşulmasının (Atabek ve Karadağ, 2010).

-Bireyin stoma bakımını kendisinin yapmasını sağlayarak özbakım yeteneğinin ve bağımsızlığını yeniden kazanmasının sağlanmasını stomalı hayata bakış açısını olumlu yönde etkileyeceğine dikkat çekilmektedir (Bekkers et al., 1997; Simmons, 2014).

Literatürde, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede etkin olan stomalı bireylerin kendilerine güvenlerinin yanısıra stoma ile yaşama uyumlarında oldukça yüksek olduğu kanıtlarla gösterilmektedir (Bekkers et al., 1997; Simmons et al., 2007; Simmos et al., 2009; Zhang et al., 2013; Simmons, 2014).

Hastaların duygusal olarak desteklenmesi stoma bakım hemşireleri ile hastalar arasında güven duygusunu geliştirmekte böylece hastaların stomalarına uyumlarında katkıda bulunduğu üzerinde durulmaktadır (Simmons et al., 2007; Simmons et al., 2011; Simmons et al., 2009; Pittman et al., 2014)

Hastaların biraraya getirilmelerinin ve mümkünse stomalı hastaların bulunduğu kulüplere katılmalarının sağlanması ile deneyimlerin paylaşılarak ve çözüm önerileri konusuna yaklaşımı olumlu etkileyeceği üzerinde durulmaktadır. Etkileşim ve destek grupları ile bireylerin, birbirlerine destek olma, sorunları paylaşma ve yaşadıkları psikolojik sorunlarla baş etme konularında birbirlerine yardımcı olabileceklerine dikkat çekilmektedir (Simmons et al., 2007; Zhang et al., 2013).

Stoma bakım hemşiresinin, stomalı bireyin cinsel sorunlarına yaklaşımının olumlu etkileri üzerinde durulmaktadır. Bu bağlamda;

-Hasta ve eşi ile ameliyat sonrası olabilecek cinsel sorunları konuşması, eşlerin birbirleriyle duygularını, endişe ve korkularını paylaşmalarının sağlanmasının

-Cinsel sorunları en aza indirmek için; cinsel ilişkiye stoma açıldıktan 6-8 hafta sonra başlanmasının,

-Cinsel ilişki öncesinde torbanın boşaltılması/değiştirilmesinin,

-Cinsel ilişki sırasında stoma torbasını örten özel kılıfların ya da küçük torba, kep, tıpa gibi ürünlerin kullanılmasının,

-Vajinal kuruluşu olan kadınlarda özel kremlerin kullanılmasının (Karadağ, 2003; Clark, 2005b; Turnbull, 2006),

-Stomalı kadınların istedikleri takdirde ve tıbbi bir sakınca yoksa hamile kalabileceğinin bilinmesinin,

-Stomalı kadınların, gebelikten korunmak için doğum kontrol hapı kullanabileceği ancak özellikle ileostomisi olanların kullanacakları ilacın bağırsak mukozasından emilip emilmediğini bilmeleri gerektiğinin ve diğer korunma yöntemleri hakkında bilgi verilmesinin (Karadağ et al., 2003; Clark, 2005a, 2005b; Turnbull, 2006), hemşirelik bakımı açısından olduğu kadar, hastanın üst düzeyde bakımdan yararlanmasında önemi vurgulanmaktadır.

Stoma bakım hemşiresinin stomalı bireylerin aile ve çalışma ortamı içerisindeki uyumlarını artırmak da;

-Aile bağları ve birliğin geliştirilmesinin, bireyin ve ailesinin kendi duygularını değerlendirme ve birbirlerini desteklemeleri konusunda cesaretlendirilmesinin (Karadağ ve ark., 2003).

-Ameliyattan önceki çalışma hayatını sürdürmesi ve mesleki sorumluluklarını yerine getirmesi konusunda desteklenmesinin,

-Bireylerin işyerlerinde stoma bakımında kullandıkları malzemelere ilişkin bir çanta bulundurmasının,

-İşe gitmeden önce torbasını boşaltmasının,

-Yedek torba ve adaptör bulundurmasının,

-Koku giderici ya da azaltan ürünler kullanmalarının,

-Gaz ve dışkıyı artıran yiyecek ve içecekleri iş yerinde daha az tüketmeleri konusunda bilgi vermesinin önemi üzerinde durulmaktadır (Clark, 2005a, 2005b).

Stomalı bireylerin, sosyal yaşamlarını sürdürebilmeleri ve sosyal faaliyetlere katılabilmeleri konusunda desteklenmelerinin sosyal yaşam kadar stomalarına uyumda da etkisi üzerinde durulmakta ve stoma bakım hemşiresinin stomalı bireylere;

-Spor aktivitelerinin (özellikle yürüyüş, bisiklete binme, yüzme gibi) bağırsak peristaltizmini harekete geçirdiğinden yararlı olduğunu,

-Spora başlamadan veya yüzmeden önce torbalarını değiştirmeleri ya da boşaltmaları gerektiğini,

-Direkt temas gerektiren sporları (futbol, boks, güreş gibi) yapmalarının riskli olduğunu,

-Parastomal herni oluşumunu önlemek için 2.5 kg'dan ağır şeyleri kaldırılmaması konusunda bilgi vermenin gerekli olduğunu anlatmalarının önemi vurgulanmaktadır (Karadağ, 2003; Atabek ve Karadağ, 2010; Clark, 2005b).

Aynı zamanda namaz kılan stomalı bireylerin iki parçalı torba kullanmaları ve namaz kılmadan hemen önce yeni torba takıp abdest almalarının önerilebileceği bildirilmektedir. Stomalı bireylerin namaz ibadetini yerine getirmeleri konusunda Diyanet Kurumu'nun stomalı olmanın abdest almak ve namaz kılmak için bir engel oluşturmadığını, ibadet esnasında torbaya gaz ya da dışkı çıkışı olmasının ibadeti olumsuz etkilemeyeceğini belirtmelerinin stomalı yaşama uyumu kolaylaştıracağı üzerinde durulmaktadır (Diyanet İşleri Bakanlığı, 2013). Ancak oruç tutma; hastanın yeme düzeninde değişmeye neden olmakta, yetersiz sıvı alımı, bağırsaktaki sıvının azalması, ileostomili bireylerde dehidratasyon, kolostomili bireylerde ise kabızlık ve bulantıya neden olabileceği bu nedenle oruç tutmamalarının önerilmesine dikkat çekilmektedir (Karadağ, 2003).

Stomalı bireylerin yolculuk yapmasında herhangi bir sakınca ve kısıtlamanın olmadığı belirtilmektedir. Stoma bakım hemşiresi, stomalı bireyleri,

- Yolculuğa çıkmadan önce torbayı boşaltması,
- Yedek stoma bakım ürünlerini içeren bir çanta taşınması,
- Uçakla yolculuk etmede kabin basıncı nedeniyle daha fazla gaza neden olacağından, stomalı bireylere yolculuk esnasında yanlarında yedek torba bulundurması,
- Yolculuk boyunca gazlı içecekleri içmemesi,
- Tatil boyunca yetecek kadar malzeme alması,
- Tatile gidilen yerde stoma malzemelerinin temin edilebileceği adreslerini öğrenmesi,
- Torba ya da tıpa ile denize girebilecekleri,
- Bireylere, denize girerken erkeklerin şort, kadınların tek parçalı desenli mayo tercih edebilecekleri,
- Stoma bel hizasındaysa kemerin stomanın altında veya üstünde olmasına dikkat edilmesi gerektiği,
- Sıcak ortamlarda bol sıvı tüketmesi, çeşme suyu yerine şişe suyu kullanması,

-İyi yıkanmamış ve açıkta satılan yiyecekleri yememe konusunda bilgilendirmeleri gereğine dikkat çekilmektedir (Karadağ ve ark., 2003; Clark, 2005a, 2005b).

Stoma bakım hemşiresi banyo yapma ile ilgili olarak;

-Stoma torba ve adaptörlerinin suya karşı dayanıklı olduğu, torba takılı iken banyo yapabileceği,

-Su ve sabunun stomaya zarar vermeyeceği konusunda bilgilendirmeleri önerilmektedir (Karadağ ve ark., 2003; Clark, 2005a, 2005b).

### **4.3.Bağırsak Stoması ve Yaşam Kalitesi**

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı kapsamında bağırsak stomasının yaşam kalitesine etkisi üzerinde durulmaktadır.

#### **4.3.1.Yaşam Kalitesi Kavramı**

Yaşam kalitesinin, kavram ve konu olarak yeni bir alan olmasına karşın sıkça tartışılan ekonomiden sosyal yaşama, kültürden eğitim ve sağlık hizmetlerine, sosyal faaliyetlerden siyasal katılıma kadar geniş bir yelpaze içerisinde ele alınan bir kavram olduğu vurgulanmaktadır (Işık ve Meriç, 2010). Yanı sıra yaşam kalitesi kavramının, sürekli gelişim ve değişim gösteren, bireyin geçmiş deneyimlerinden, şu an ki yaşamından, yaşamdan beklentilerinden, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenen genel, dinamik ve öznel bir kavram olarak ele alındığı gözlenmektedir (Pachler and Wille-Jorgensen, 2012).

Yaşam kalitesi tanımının yaşamın birçok boyutunu içermesi gerektiği konusunda fikir birliği olmakla birlikte, bu boyutların hangilerinin gerekliliğinin halen tartışma konusu olduğu belirtilmektedir (Pachler and Wille-Jorgensen, 2012). Ancak, işlevsel yeterlilik, hastalık ve tedavi/bakım ile ilişkili yakınmaların, psikolojik ve sosyal işlevlerde yeterliliğin ve fikir birliğinin olduğu konular olarak sıralandığı gözlenmektedir (Velikova et al., 1999).

“Yaşam kalitesi”nin geçmişten günümüze tıbbi düşünceleri ve eylemleri etkileyen bir olgu olduğu ve mutluluk, anlamlı yaşam, kendini iyi hissetme, rahat bir

yaşam sürme, yaşama amacı, yaşama şansı ve hayatın değeri gibi birçok farklı kavram çerçevesinde ele alınarak tartışıldığı gözlenmektedir. Bu tartışmaların tarihsel temellerinin “mutluluk” ve “iyi yaşam” konularını irdeleyen Yunan filozofları Platon ve Aristo’ya dayandırıldığı üzerinde durulmakta Platon’un “Devlet”, Aristo’nun “Nikomakhos’a Etik” isimli eserlerinin yaşam kalitesi kavramı etrafındaki tartışmaların bugün olduğu gibi antik dönemde de varlığını gösterdiği dikkati çekmekte ve yaşam kalitesi kavramının felsefi temellerinin çok eskilere dayandığı bildirilmektedir (Powel, 2000; Edisan ve Kadioğlu, 2013).

Yaşam kalitesi kavramının ilk olarak sosyoloji alanında kullanıldığı belirtilmekte, günümüzde de yoğun bir biçimde diğer disiplinlerde de kullanılmaya başlandığı görülmektedir. Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren geniş anlamda “iyi olma durumu” anlamında kullanılan bir terim olarak ele alınmaktadır (Low and Molzahn, 2007).

Yaşam kalitesi ilk 1939 yılında Thorndike tarafından kullanılmış ve “bireyin kendisini nasıl hissettiği, günlük yaşam aktivitelerini nasıl ve ne yeterlilikte yapabildiğini ifade eden bir kavram” olarak tanımlanmıştır (www.who.int/mental\_health/media/68.pdf Erişim tarihi: 11.11.2015). Ayrıca terim olarak Priestley’in 1943’deki “Cumartesi Işıkları” (Daylight on Saturday) adlı oyununda da kullanıldığı (Müezzioğlu, 2005), buna karşın sağlık literatüründe yaşam kalitesi terimi ilk olarak Long’un 1960 yılında yayınladığı “On the Quantity and Quality of Life” isimli makalesinde ifade edildiği belirtilmektedir (Long, 1960).

Literatürde yaşam kalitesinin ve özellikle “sağlık alanında yaşam kalitesinin” önemi tartışmaya değer, öne çıkan konular arasında yer almaktadır (Baxter et al., 2006; Aronovitch, et al., 2010; Carlsson et al., 2010; Crespo Fontan et al., 2010; Dabirian et al., 2010; Charua-Guindic et al., 2011; Karadag et al., 2011a; 2011b; Altuntas et al., 2012; Galway et al., 2012; Ito et al., 2012; Mahjoubi et al., 2012; Kosovan, 2013; Furukawa et al., 2013).

#### **4.3.2.Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Kavramı**

Sağlığın, genel yaşam kalitesinin çok önemli bir boyutu olduğu açıktır ve yaşam kalitesi, sağlık literatüründe terim olarak “sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi” olarak



kullanılmaktadır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin bireyin veya grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısı olduğu (Mandzuk et al., 2015) ve teknolojik gelişmeye paralel olarak sağlık alanında da önemli ilerlemeler kaydedilmesinin “Yaşam Kalitesi”ne ilginin artmasına dolayısı ile yaşam kalitesi çalışmalarının artan bir ivme kazanmasına neden olduğu vurgulanmaktadır (Koller and Lorenz, 2002). “Medline” veri tabanında “quality of life” terimi arandığında 1959-1969 yılları arasında 5 makale; 1969-1978 yılları arasında 817 makale; 1999-2008 yılları arasında 50047 makale; 2009-2016 yılları arasında 124441 makalenin yer aldığı, bu artışın yaşam kalitesine yönelimin boyutlarına dikkat çekmesi açısından önemli olduğu üzerinde durulmaktadır.

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramının, bireyin ailesi ve arkadaşları ile ilişkisi, özgürlüğü, eşitliği, adaleti, dürüstlüğü gibi bireyin toplum içindeki sosyal durumu, ruhsal durumu ve inançları ile ilgili olduğu ve bireyin çeşitli durumlardan olan memnuniyeti ifade etmesinin önemi vurgulanmaktadır (Pittman et al., 2009).

Calman ve arkadaşları (1984) yaşam kalitesi kavramını gap teorisi olarak nitelendirerek hastaların beklentileri ile elde ettikleri arasındaki fark, Hunt ve McKenna (1992) ise gereksinimlerin belirlenmesi olarak tanımlamaktadır. Bu bağlamda da gereksinimlerin belirlenmesinin yaşam kalitesini arttırmak açısından önde gelen bir adım olduğuna dikkat çekilmektedir.

Yaşam kalitesi kavramı Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından “hedefleri, beklentileri, standartları, endişeleri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargıları içinde kendi durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlandığı bildirilmektedir ([http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf) Erişim tarihi: 11. 11. 2015). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi tanımında hastanın kendi kültürel yaşam alanı içinde amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısına, yaşamı nasıl değerlendirdiğine dikkat çekmektedir (Suurmeijer et al., 2001).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi sağlık uygulamalarının başarısı, hastalığın yol açtığı ağrı, halsizlik ve yeti yitimi ve daha kapsamlı olarak da bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal iyilik durumu ile değerlendirilmektedir. Aslında “yaşam kalitesi kavramı” ile “sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi” kavramı birbirleri ile yakın ilişkili kavramlar olarak ele alınmaktadır. Gelir düzeyi, sosyal olanaklar, politik ortam, çevre

koşulları ve kişisel inançlar “genel yaşam kalitesi” kavramının içinde değerlendirilirken “sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi” kavramında ise bu faktörler sağlık sorunlarını tanılamada temel alındığı gözlenmektedir. Bu bağlamda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi “Hastalığın ve tedavi/bakımının hasta üzerindeki etkilerinin yine hasta açısından değerlendirilmesi” olarak tanımlandığı (Fitzpatrick et al., 1998), yaşam kalitesini ölçebilmek için hastalık, ağrı gibi yaşam kalitesini azaltan durumlar kavramlaştırılmakta ve böylece nicel ölçümü gerçekleştirilmektedir (Pittman et al., 2009).

Yaşam kalitesi ölçümünün sağlık profesyonellerine, bakım ve tedavilerinin sonuçlarını izleme olanağı verdiği, başka bir deyişle, yaşam kalitesini ölçmenin hastayı/bireyi anlamak, sorunlarını belirlemek, bakım ve tedavi sürecini planlayarak uygulamak ve değerlendirmek açısından kaynak oluşturduğu üzerinde durulmaktadır. Sağlık çalışanlarının uyguladıkları tedavi ve bakımın daha iyi duruma getirilmesi konusunda da yol gösterici olarak kabul görmekte ve bireyin yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğini anlamanın kompleks tedavi/bakım yöntemlerini ve hastalıkları anlamak kadar önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu sebeple hastalık kadar yaşam kalitesi konusunda da bilgi sahibi olmanın gerekliliği üzerinde durulmakta ve bu bağlamda yapılan tedavi ve bakımın yaşam kalitesine etkisini ölçmemenin değerlendirme açısından yetersizlik olarak algılandığı belirtilmektedir (Powel, 2000).

Bireyin bir hastalık nedeniyle ya da uygulanan tedavi sonrası kendilerini nasıl hissettiklerinin, günlük yaşam aktivitelerini ne derece yapabildiklerinin de değerlendirilmesinin önemi belirtilmektedir (Pittman et al., 2009). Bu değerlendirmenin yapılabilmesinde ortak bir dil oluşturmak ve bir standardizasyon getirebilmek için yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmaktadır (Müezzioğlu, 2005).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve özgül olmak üzere iki ana başlık altında toplandığı (Patrick and Deyo, 1989), genel amaçlı ölçeklerin tüm hastalıklar ve durumlarda, çeşitli tıbbi girişimlerde kullanılırken, özgül ölçeklerin ise klinik açıdan duyarlı olduğu ve küçük değişimleri saptayabilen ölçekler olarak ele alındığı gözlenmektedir. Ancak bu ölçeklerin dezavantajının da uygulanacak topluluğa veya girişime bağlı olması, ayrıca çeşitli durumlar arasında karşılaştırma yapılamamasının bir dezavantaj olduğu belirtilmektedir (Müezzioğlu, 2005).

### 4.3.3.Bağırsak Stomasının Yaşam Kalitesine Etkisi

Biyopsikososyal ve spiritüel bir varlık olarak kabul edilen insanın (birey), stomaya uyum sürecinde; beden imajında değişim, benlik saygısında bozulma, cinsel uyum sorunları, günlük yaşamla baş etmede güçlük, sosyal izolasyon, anksiyete ve öfke yaşamakta olduğu dolayısıyla, bu nedenlere bağlı yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği üzerinde durulmaktadır (Cesaretti, 2010; Pomazkin, 2010; Bossema et al., 2011; Dabirian et al., 2011; Swan, 2011; Taylor and Morgan, 2011; Mahjoubi et al., 2012; Hoch et al., 2013; Zhang et al.,2013).

Pucciarelli ve arkadaşları (2010) rektum kanseri tanısı ile ameliyat olan ve bağırsak stoması açılan ve açılmayan iki gurup üzerinde yaptığı çalışmasında; stoması olan hastaların beden imajlarının olumsuz etkilendiğinin belirlendiklerini ifade etmektedir. Ross ve arkadaşlarının (2007) stoma açılan ve açılmayan rektum kanserli hastalarına sağlık profesyonelleri tarafından yapılan ev ziyaretlerinin yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; stomalı hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğunun belirlendiği, aynı çalışmada hastaların beden imajının olumsuz etkilendiği, sosyal fonksiyonlarının, gelecek ile ilgili beklentilerinin azaldığı ve erkeklerin cinsel sorunlarında artma olduğunun belirlendiğinden söz edilmektedir.

Engel ve arkadaşları (2003), dört yıldan daha fazla süredir stoması olan hastalar üzerinde yapmış oldukları prospektif çalışmada; hastaların fiziksel-sosyal-bilişsel-cinsel sorunlar yaşadıklarını belirledikleri aynı zamanda beden algısı düşük olanların ve erkeklerde cinsel sorunları olanların yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğundan söz ettikleri anlaşılmaktadır.

Allal ve arkadaşları (2000) rektum kanseri tanısı ile ameliyat olan ve bağırsak stoması açılan ve açılmayan iki gurup üzerinde yaptıkları çalışmada; stoma açılan hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha düşük ve gelecek ile ilgili kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu buldukları, Bloemen ve arkadaşları (2009) da, stoması olmayan hastaların gelecek kaygılarının daha düşük olduğunu belirttikleri dikkati çekmektedir.

Celasin ve arkadaşları (2011) rektum kanseri sebebi ile bağırsak stoması açılan ve açılmayan iki grup arasında yaşam kalitesi açısından önemli bir fark bulamamalarına karşın, kolostomi açılan gurubun utanç duygusunu çok yoğun yaşadıklarını, Peng ve arkadaşları da yapmış oldukları benzer çalışmada (2011), kolostomisi olan hastaların

bağırsağın boşalımı esnasında utanç duygusunu yoğun yaşadıklarını ve beden imajlarının daha düşük olduğunu belirlediklerini vurgulamaktadırlar.

Fucini ve arkadaşları (2008) bağırsak stoması açılan ve açılmayan rektum kanserli hastaların tedaviden beş yıl sonraki yaşam kalitelerini incelediği çalışmasında (2008) stoma açılan hastaların yaşam kalitesinin geçen uzun süreye rağmen daha düşük olduğu özellikle cinsel, fiziksel ve rol fonksiyonları ile, beden imajının düşük olduğunu belirlediklerinden söz ettikleri gözlenmektedir.

Hamashima (2002), rektal kanserli hastalarda uzun dönemde yaşam kalitesini incelediği çalışmasında kolostomi açılan grubun günlük yaşam aktivitelerinde, öz bakımlarını yerine getirmede sorunlar yaşadıklarını aynı zamanda konfor düzeylerinin düşük olduğunu, ağrı, anksiyete ve depresyon sorunları yaşadıklarını ifade ettikleri vurgulanmaktadır.

Hemşirelik bakımı yönetiminin bağırsak stomalı hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra stomalarına uyum sürecinde de devam etmekte olduğu, çünkü fiziksel ve psikososyal desteğin bu hastaların yaşam kalitesini artırmakta çok önemli bir husus olduğunun göz ardı edilmemesi gerektiğine dikkat çekilmektedir (Ito et al., 2005).

#### **4.4. Hasta İzleminde Danışmanlık**

Danışmanlık; bireyin olumlu düşüncelerini, davranışlarını ve yaşam değerlerini destekleyerek sorunlarını anlaması ve çözmesi için yardımcı olma, sağlık ve hastalık davranışını etkileyen bir süreçte, bakım ve tedavileri konuşmaya atıfta bulunmak için kullanılan, kendi başına davranış değişikliği yapan tedavi ve bakımın özel bir türü olarak tanımlanmaktadır (Krist et al., 2010).

Literatürde, bireylerin öz bakım davranışları geliştirmelerine yardımcı olarak hastalığın yol açtığı sorunlarla başa çıkmada planlı taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin önemi vurgulanmaktadır (Naylor and Mc Cauley, 1999; McHugha et al., 2001; Cebeci ve Çelik, 2007; Bazargani et al., 2011).

Bergvik ve arkadaşları (2008) danışmanlık hizmetinin bireylerin yaşamlarında stresi azalttığını, yaşamlarındaki hastalık gibi hoş olmayan durum ile başa çıkmalarını desteklediğini ve yaşamlarına uyumlarını kolaylaştırarak daha yetkin ve kaliteli olarak yaşamlarına yardım etmeyi amaçladığını bildirmektedir. Aynı çalışmada, danışmanlık

hizmetinin ruh sağlığı, psikolojik ya da insani gelişim ilkeleri, bilişsel, duyuşsal davranışsal veya sistemik girişim stratejileri, iyilik durumu, kişilik gelişimi, kariyer gelişimi gibi geniş bir yelpazeyi kapsadığına dikkat çekilmektedir (Bergvik et al, 2008).

Egan (1997) ise danışmanlık hizmetinin, danışanın (1) kendisi ve çevresi ile ilgili olarak üretken etkileşimlerde bulunmasına, (2) kendisine ve başkasına karşı yıkıcı davranışlarını değiştirmesine, (3) daha üretken yaşamasını sağlayacak beceriler kazanmasına yardım etmekte olduğunu belirtmektedir.

Azzizadeh Forouzi ve Baneshi (2013) hastaların, hastalığı ve tedavi/bakım yan etkileri, oluşabilecek komplikasyonları, yaşayabilecekleri sorunlar ve pratik çözümleri, günlük yaşam aktiviteleri ve finansal konular ile ilgili olarak bilgilendirilmesi gerektiği üzerinde durmaktadır.

Literatürde, taburculuk sonrası hastaların bilgilendirilmesi ile hastaların fiziksel ve emosyonel sorunlarının azaltıldığı ya da tamamen ortadan kaldırıldığı, kendi bakımlarını yönetme ve memnuniyet düzeylerinin arttığı taburculuk sonrası normal aktivitelerine daha erken başladıklarının rapor edildiği bildirilmektedir (Cebeci and Celik, 2007; Yaman ve Bulut, 2010; Ozcan et al., 2010; Negarandeh et al., 2012). Yetersiz destek alan hastaların hareketlilik, beslenme, uyku, dinlenme, boşaltım, solunum, seksüel fonksiyon ve bakımları ile ilgili farklı deneyimlerle ve sorunlar ile başa çıkmada daha fazla sorun yaşadıkları ve bu durumlara bağlı olarak hastaların hastaneye dönüşlerinin, değişen duruma uyum sağlayamama, bakımlarında yetersizlik gibi sebeplerle artmakta olduğuna dikkat çekilmektedir (Yaman ve Bulut, 2010).

Marinoff (2005), “mevcut kişisel bir soruna kalıcı, gerçek bir çözüm yolu bulmanın tek yolunun, bu sorun üzerinde çalışmak, onu ortadan kaldırmak, bundan dersler çıkarmak ve öğrenilenleri geleceğe uygulamak” üzerine düşünülmesi olduğunu belirtmektedir. Günümüzde artık sağlık bakım hizmetlerinin yapısı değiştirdiği, hastaların hastanede yatış sürelerinin giderek kısaldığı, bu durumla bağlantılı olarak hasta ve ailesinin öz bakımla ilgili sorumluluklarının arttığı bildirilmektedir. Bu nedenle hasta ve ailesinin gerekli bilgilendirme ve eğitimi almalarının ve bu eğitimin; sistematik, sorun çözümleyici ve kaliteli bir şekilde yerine getirilmesinin zorunlu hale geldiği vurgulanmakta yanı sıra profesyonel hemşirelik hizmetlerinde danışmanlık rolünün önemli olduğu üzerinde durulmaktadır (Coşkun ve ark., 1993).

Hemşireliğin toplum geneline sağlığı koruma ve geliştirme, yaşam kalitesini artırma, hastalığa bağlı sorunlar ile baş etme ile ilgili kendi olanaklarını-kaynaklarını tanıma ve kullanma konusunda danışmanlık hizmeti verdiği gözlenmektedir. Danışmanlık rolünün hasta bireye ve ailesine yönelik olarak ortaya çıkışı ise, hastalıkla ilgili bir farkındalık durumu yaratmak, hastalığın seyir şeklini ve etkilerini öğretmek, hastalığın yarattığı sorunlar ile baş edebilmek için devreye sokulacak öz kaynakları ve dış kaynakları tanıtmak ve bunların kullanımını teşvik etmek şeklinde ele alınmaktadır. Danışmanlık rolünde, hemşirelik hizmetlerinin düzeyinin oldukça yüksek olan eylemler arasında yer aldığı belirtilmektedir. Danışmanlığın doğası gereği hemşireliğin iletişimci ve eğitimi rolleri ile yakın ilişki ve bütünleşme özelliğine sahip olduğu vurgulanmaktadır (Taylan ve ark., 2012).

Literatürde bireysel danışmanlık, grup danışmanlığı, teknolojinin gelişmesi ile internet ya da telefon ile yapılan danışmanlık çalışmalarına rastlandığından bahsedilmektedir.

#### **4.4.1. Bireysel Danışmanlık**

Bireysel danışmanlığın, her bireye zaman ayrılması, bireyin yaşadığı durum ve ilgili faktörlerin açık hale getirilmesi açısından oldukça yararlı ve etkili bir danışmanlık hizmeti olduğu bilinmektedir. Hemşirenin yatak başında, poliklinikte veya hastanın evinde bakım verirken en sık kullandığı bilgilendirme uygulamalarından birisi olan bireysel danışmanlık hizmetinin; hastanın soru sorması desteklenerek, seçmiş olduğu yöntem, teknik, araç- gereç ve kaynaklar yoluyla bilgi vererek, bilgiyi paylaşarak bireylerin özellikle öz-bakım uygulamalarını nasıl yapacağını öğretildiği etkin bir danışmanlık hizmeti olduğu belirtilmektedir (Taşocak, 2003).

Sağlık alanında bireysel danışmanlığın; bakımı destekleme, rehber olma, gelişme sağlayan bir çevrenin oluşturulması ve bilgilendirmeyi içerdiği bildirilmektedir (Radziewics, 2001). Bireyler arasında varolan farkların ilgi, yetenek ve öğrenme hızlarındaki farklılığı da ortaya koyduğu, bireysel danışmanlığın, bireyler arasındaki bireysel farklılıkların giderilmesini, her bireyin öğrenme hızına uygun bir öğretimin yapılmasını sağlayan birey merkezli bir eğitim sürecini içermesinin etki düzeyini artırdığı üzerinde durulmaktadır (Demirel, 2007).

#### **4.4.2. Grup Danışmanlığı**

Yaşamdaki stresli olaylarla baş etmede; aile, arkadaş ve tıbbi bakım vericilere alternatif bir destek yöntemi olan grup danışmanlığı ise, profesyonel bir danışman tarafından benzer sorunları ya da gereksinimleri olan bireylere yönelik düzenlenen, bireylerin günlük yaşama uyum sağlamalarında ve karşılaştıkları sorunlarla baş edebilmelerine yönelik planlı ve sistemli bir yardım süreci olarak tanımlanmaktadır (Akboy ve İkiz, 2007). Grup sürecinde; bireylere destek olma, bilgi sağlama, ait olma duygusunu hissettirme ayrıca bireylerin deneyimlerini paylaşma ve baş etme becerilerini geliştirmenin ön planda ele alındığı gözlenmektedir (Taylor et al., 1986).

Grup üyelerinin birlikte düşünmeleri ve karşılıklı fikir alışverişinde bulunmalarına olanak sağlayan grup danışmanlığının (Demirel, 2007), bireyleri bilgilendirdiği, bilinçlendirdiği ve benzer konumdaki insanlara güç verdiği belirtilmektedir. Bu gücün grup içi desteğin güdülenmesine, üyelerin gruptaki tüm faaliyet ve eğitime aktif olarak katılmasına, işbirliği ve grup üyeleri arasındaki paylaşımına bağlı olduğu vurgulanmaktadır (Sözen, 2003).

Kanser, diyabet, astım, kalp hastalıkları ve epilepsi gibi kronik hastalıklara sahip olan bireyler ile yapılan grup çalışmalarında, sosyal destek ve hastalığa uyum arasında olumlu bir ilişki olduğu ve gruba katılmanın olumlu sonuçlar yarattığı bildirilmektedir (Gallant, 2003). Ayrıca birçok çalışmada, kanser nedeniyle artan bazı psikososyal sorunların iyileşmesinde, destek grup çalışmalarının etkili olduğu sonucunun elde edildiği bildirilmektedir (Spiegel et al., 1981; Fukui et al., 2000; Antonio, 2009).

#### **4.4.3. İnternet Danışmanlığı**

Modern bilgi ve iletişim teknolojileri, sağlık hizmetlerinin niteliğini, etkinliğini ve verimliliğini büyük ölçüde arttırabilmekte; bu hizmetleri standartlaştırılmış, ölçülebilir ve karşılaştırılabilir biçimde vermeyi sağlayabilmede internet danışmanlığını öne çıkardığı belirtilmektedir (Runge et al., 2006).

İnternet danışmanlığının cinsiyet, fiziksel görünüş ya da yaş gibi faktörlerin etkisiz olması nedeniyle hem eğitimi veren, hem de eğitimi alanlar arasında bir ön yargı oluşmasını engellediği bildirilmektedir (Nanovic and Jaffery 2007). İnternet danışmanlığının hastaları bilinçlendirerek onlara sağlık sistemini nasıl kullanacakları

hakkında fikir verdiği ve hastaların durumlarını sentez etmelerini ve kendilerindeki ilerleyişi fark etmelerini sağladığı, hastaları motive ettiği bildirilmektedir (Heetebry et al., 2005).

Literatürde, internet aracılığı ile yapılan eğitim ve danışmanlık çalışmalarına rastlanmaktadır. Runge ve arkadaşları (2006), astımlı çocukların öz denetimlerini arttırmak amacı ile yaptığı çalışma sonucunda, internet danışmanlığı ile sağlık sistemini gereksiz kullanımının önemli ölçüde azaldığı, Moore ve arkadaşları (2008) 12 ay boyunca internet ile takip ettikleri hastalarda yeme alışkanlığı konusunda danışmanlık yaparak ve hastaların kan basıncı ile kilolarının düştüğü bildirilmektedir.

Nanovic ve Jaffery (2007) kronik böbrek yetmezliği tanısı konan hastalara internet ortamında verdikleri danışmanlık ile katılımcıların bilgi düzeylerinin arttığı ve internet danışmanlığının ise yararlı bir yöntem olduğu bildirilmektedir. Maliyet düşüklüğü nedeniyle internet danışmanlığının diğer yöntemlere göre kullanışlı bir yöntem olduğu bildirilmektedir (Berger and at al., 2009).

#### **4.4.4. Telefon danışmanlığı**

Telefon danışmanlığı, hastaları psikolojik olarak desteklemek, taburculuk sonrası izlemek ve sorunlarını saptamak aynı zamanda, onlara danışmanlık hizmeti vermek ve bakımlarının devamlılığını sağlamak adına çok önemli bir destek hizmeti olarak ele alınmaktadır (Cox and Wilson, 2003; Taylor, 2008).

Telefon danışmanlığı, hastaları yaşadıkları her sorunda hastaneye gelmekten kurtaran, daha kolay bir şekilde uzmanlara ulaşma şansı tanıyan, hastaların kendi bakım ve yönetimine destek olarak hasta memnuniyetini arttıran, pratik ve ekonomik bir yöntem olarak dikkat çekmektedir (Cox and Wilson, 2003; Bohnenkamp, 2004) .

Tele sağlık uygulamaları kapsamında telefon danışmanlığının hizmetinin dünyada 1950’li yıllarda, Türkiye’de ise 2000’li yıllarda gündeme geldiği gözlenmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın, 2006 yılında bu konuya ilişkin bir “Eylem Planı” hazırladığı, 2007’de tele radyoloji, tele patoloji ve tele EKG servislerinin kurulduğu, 2008’de uygulama kapsamındaki hastane sayısının artırıldığı anlaşılmaktadır (Ertek, 2011)



Hemşirelik özelinde ise, Amerikan Hemşireler Birliği'nin (ANA) tele hemşireliği "iletişim teknolojileri kullanılarak hastaların sağlık durumu hakkında bilgi edinme, bakımını sağlama, hasta eğitimi gibi uygulamaları içeren hemşirelik faaliyetidir" şeklinde tanımladığı, 1999 yılında hemşirelik uygulamalarının bir alanı olarak onayladığı gözlenmektedir. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) de tele hemşireliği, "hasta bakımını geliştirmek için hemşirelikte iletişim teknolojilerinin kullanılmasıdır" şeklinde tanımladığı belirtilmektedir (<http://www.icn.ch/networks/tele-aims-and-objectives>; 2016).

Telefon aracılığı ile hemşirelik izleminin standartlara uygun olarak sürdürülebilmesi için yapılandırılmış protokollerin, algoritmelerin veya rehberlerin kullanılması; hasta ve ailenin gereksinimlerini sistematik bir şekilde tanılama, önemli olana öncelik verme, plan geliştirme ve sonuçları değerlendirme şeklinde tanımlanmış beş kriteri içermesi gerektiği bildirilmektedir. Aynı zamanda bu kriterlerin yanı sıra olmazsa olmaz diğer önemli noktalar arasında, etkin dinleme, dilin doğru kullanılması ve karşılıklı karar verme süreci olduğu üzerinde durulmaktadır (Chewitt et al.,1997; Guidelines for Telenursing Practice, 2014).

Tele hemşirelik uygulamaları ile talep edilen sağlık hizmetleri yerine getirilmekte, bireyler eğitilmekte, yüksek risk grubundakilere danışmanlık yapılmakta, kronik hastalığı olan hastalarla iletişim sürdürülmektedir (Valanis et al., 2003; Bilik, 2006).

Literatürde, telefon danışmanlığı hizmetinin farklı hasta gruplarında taburculuk sonrası yaşamlarını iyileştirmek, yaşam kalitelerini arttırmak, hastalıkları ile başa çıkmalarını ve kendi bakımlarını yapabilmeleri için desteklemek, doğru davranış oluşturmalarını sağlamak amacı ile verildiğinden bahsedilmektedir ( Cox and Wilson, 2003; Wong, 2004; Barbara, 2007; Brandon et al., 2009; Salonen et al., 2009).

Wong ve arkadaşları (2004); telefon danışmanlığının kronik obstrüktif akciğer hastalarının öz yeterliliklerini arttırmada oldukça etkili bir danışmanlık hizmeti olduğu sonucuna ulaştıklarını bildirmekte, ABD'de diyabet hastalarının 3 ay süreyle vaka yönetimiyle takip edildiği çalışmada, hastaların HbA1C seviyelerinde %16 ve vücut ağırlıklarında %4 azalma olduğunun saptandığından söz edilmektedir (Whitlock et al., 2000).

Kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada telefon ile izlemin yararları üzerinde durulmakta (Yang et al., 2003), kanserli hastaların izleminde, psikososyal destek sağlanmasında ve bilgi vererek gereksinimlerinin giderilmesinde telefon ile hemşirelik izleminin başarılı şekilde kullanıldığı bildirilmektedir (Cox and Wilson, 2003).

Ohaio Genel Tıp Merkezi'nde "Hasta Çağrı Sistemi" geliştirilmesi sonucunda; bakım kalitesinde artış sağlandığı, telefon sisteminin hastanenin tüm servislerinde kullanılmaya başlandığı, hastanede alınan bakımların yeterliliğinin evde değerlendirilmesinde kullanıldığı vurgulanmaktadır (Riley, 1989). Kanada'da toplum hizmetinde kullanılan telefon hattını arayan bireylerin uygulamanın memnuniyet verici ve kullanışlı olduğunu belirttikleri, verilen bilgilerin bireylerin sorunlarını %95 oranında çözdüğü, bireylerin %89.00'nun başka bir kaynağa başvurmadığı, %81'inin önerilere hemen uyduğunun dikkat çekici olduğu belirlenerek bu çalışmada hemşirelerin, danışan bireylerin %67'sine öz bakım uygulamaları ile belirti ve bulguların izleminini önerdikleri, %72'sine sakinleştirici bakım uyguladıkları gözlenmektedir. Telefon ile sunulan sağlık hizmetinde görevli hemşirelerin, bireylerin %16'sını hekime, %25'ini en kısa zamanda (ilk 24 saat) başka bir profesyonele, %29'nu da durumları kötüleşmeden bir sağlık kurumuna yönlendirdikleri dikkati çekmektedir (Hagan et al., 2000).

Hemşirelerin, ameliyat sonrası bireylerle telefon görüşmesi yaparak evde bakım sürekliliğini sağlaması ve semptom yönetimi konusunda danışmanlık rollerini yerine getirmeleri, sorumlulukları arasında yer almaktadır. Araştırmalarda, hastane-ev telefon zinciri ile izlem ve bilgilendirmenin sürekliliğinin sağlanmasının bireylerin gerek ameliyat sonrası bakım sonuçlarına gerekse tıbbi durum sonuçlarına olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (Heiney et al., 2003, Walsh and Schmidt, 2003).

Hasta kayıtlarının gizliliği ve güven konusunda risk taşıması, bakım verenlerin uygulamalarını izlemede yetersizlik gibi durumların telefon danışmanlığı hizmetinin dezavantajları arasında sayılmaktadır. Ancak bu risklerin yeni protokoller/klinik rehberler geliştirilerek ve değerlendirilerek, düzenli kayıtlar tutularak, hemşirenin yeterliliği geliştirilerek, çalışanların performansı değerlendirilerek, tıbbi öneri verirken profesyonel ilişki ortamı yaratılarak, entegre bakım yönetimi sağlanarak ve etik kurallara dikkat edilerek azaltılabileceği üzerinde durulmaktadır (Chewitt et al., 1997;

Larson-Dahn, 2001; Oberklaid, 2002; Peerson et al., 2002; Valanis et al., 2003 Guidelines for Telenursing Practice, 2014;).

Greenberg'in çalışmasında (2000), maliyetin düşük olması, arayanların memnun olduklarını ve uygulamadan yararlandıklarını belirtmesi, telefon danışmanlığı hizmetinin toplum tarafından istenildiğini ve gereksinimlerinin karşılandığını göstermekte olduğundan söz edilmektedir. Klinikte verilen hemşirelik hizmetlerinin yanı sıra, hemşire ve hasta etkileşiminin telefon ile yapılan hemşirelik izlemiyle toplumsal alanda da devam edeceğinden bahsedilerek hemşirelerin telefon aracılığıyla hasta izlemini etkin bir şekilde sürdürebileceklerinin olumlu yansımaları vurgulanmaktadır (Russo, 2001).

#### **4.5.Bağırsak Stomalı Hastalarda Telefon Danışmanlığı Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisi**

Literatürde, stomalı hastaların stomalarına uyumları ile ilgili birçok araştırmaya yer verildiği gözlenmektedir (Lindholm and Berglund, 1994; Bekkers et al., 1995; Brydolf et al, 1999; Brown and Randle, 2005; Simmons et al., 2007). Stomalı hastaların psikolojik destekleri yetersiz kaldığında yaşadıkları psikolojik sorunlar ile ilgili depresyon ve ölüm oranlarının arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır ( Wade, 1990; Brown and Randle, 2005;).

Stomalı hastaların çoğunlukla stoma ile ilişkili birçok sorun yaşadıklarının belirlendiği üzerinde durulmaktadır (Richbourg et al., 2007). Özellikle çağımız sağlık bakımında, sağlık hizmeti ücretlendirilmesi üzerinde durulması, stomalı hastaların cerrahi sonrası erken dönemde, hasta ve ailesinin stoma bakımını tam olarak öğrenmeden taburcu edilmelerine sebep olmakta ve bu kritik dönemde hastalara danışmanlık hizmeti verilmesi ve hastaların desteklenmesi konuları yeterince ele alınmamakta bu da stoma bakım hemşirelerinin büyük görevler üstlenmelerine kaynak oluşturmaktadır (Bohnenkamp, 2004).

Wade, stoma bakım hemşireleri tarafından taburculuk sonrası takip edilen (1990) hastalarda stoma ile yaşama uyumlarının daha yüksek olduğuna dikkat çekmektedir. Hastaların psikolojik olarak desteklenmeleri sağlık profesyonellerinin önemli görevleri arasında ele alınmakta, bağırsak stomalı hastalarda ise özellikle stoma

bakım hemşirelerinin en önemli rolleri arasında yer almaktadır (Bakker, 2001). Kolorektal kanser tanısı ile stoma açılan hastaların stomalarına uyum sürecinde, kanser tedavisi/bakımının devam etmesi daha fazla psikolojik sorun yaşamalarına neden gösterilmektedir (Beaver et al., 2010). Stoma izlemi ile kanser tedavisi ve kontrolünün farklı zamanlarda olması ve hastaların fiziksel sorunları dışında varolan sorunlarını konuşmak istememelerinin psikolojik durumlarını olumsuz etkilediği üzerinde durulmakta (Taylor, 2008) ve bu durum bağırsak stomalı hastalarda telefon danışmanlığının önemini ortaya koymaktadır.

Bohnenkap ve arkadaşlarının (2004) bir çalışmasında telefon danışmanlığı hizmeti ile geleneksel yüzyüze izlem karşılaştırıldığı ve özellikle kanser sebebi ile stoma açılan hastalarda telefon danışmanlığı hizmeti ile hasta memnuniyetinin arttığı belirlendiği bildirilmektedir. Stoma bakım hemşireleri tarafından yapılacak telefon izlemi özellikle taburculuk sonrası ilk haftalarda önerildiği dikkati çekmektedir (Beaver et al., 2010; Richbourg et al., 2007).

Stomaya özel yaşam kalitesini ölçen bir ölçek olan Stoma Quality of Life Index (SQLI) kullanarak yüzyüze ve telefon ile danışmanlık hizmeti verilerek yapılan bir çalışmada 3 hafta sonunda tekrarlanan yaşam kalitesi ölçek puanının danışmanlık hizmeti verilen grupta anlamlı bir şekilde arttığı belirlenmiştir (de la Quintana Jimenez et al., 2010).

Stomalı hastaların yaşamlarına uyumda stoma bakım hemşirelerinin önemi bilinmektedir (Brown and Randle, 2005; Zhang et al., 2013). Zhang ve arkadaşları (2013), bağırsak stoması olan hastaların telefon izlemine memnuniyetle karşıladıklarını ve bu şekilde hastalar ile daha açık iletişime girdiklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada telefon izleminin ameliyattan sonra erken dönemde stoma ile yaşama uyumunda olumlu sonuçları olduğu vechastaların kendi bakımlarında daha yeterli ve danışmanlık hizmetinden memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu vurgulanmaktadır.

Literatürde stoma bakım hemşirelerinin telefon izlemi aracılığı ile “Sosyal Öğrenme Teorisi” kapsamında hastalar desteklenerek ve sosyal yaşama uyumlarının etkilerinin değerlendirildiği deneysel bir çalışmaya (Zhang et al., 2013) ve en az üç aydır stoması olan hastaların üç ay izlendiği ve bu süre içerisinde 20., 40. ve 70. günlerde üç kez telefonla arandığı ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği yarı deneysel bir çalışmaya bir rastlanmış (de la Quintana Jimenez et al., 2010) ancak bağırsak

stomalı hastalarda stomaya uyum sorunlarının en çok yaşandığı ameliyat sonrası ilk üç aylık dönemde telefon danışmanlığının yaşam kalitesine etkilerinin değerlendirildiği yarı deneysel bir çalışmaya rastlanmamıştır.



## **5.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1.Çalışmanın Amacı ve Tipi**

Telefon danışmanlığı hizmetinin bağırsak stoması olan bireylerin yaşam kalitesi üzerine etkisi belirlemek amacı ile randomize, kontrollü, yarı deneysel bir çalışmadır.

### **5.2.Çalışmanın Yeri ve Zamanı**

Çalışma, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalına bağlı olarak açılan Stomaterapi polikliğinde 26.11.2015-18.04.2016 tarihleri arasında yapıldı.

### **5.3.Çalışmanın Evreni ve Örneklemi**

Çalışmanın evrenini, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Stomaterapi Polikliği'ne başvuran 80 bağırsak stomalı hasta oluşturdu. 26.11.2015-18.04.2016 tarihleri arasında Stoma Terapi Polikliniği'ne bireylerin çalışmaya alınma kriterlerine uygun 65 hasta başvurdu. 1 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediği, 2 hasta daha önce stoma açılıp kapandığı ve 2 hasta başka bir ilde ikamet ettiği ve takiplerde Stomaterapi Polikliği'ne gelemeyeceklerini bildirdikleri için çalışmaya dâhil edilmedi, geriye kalan 60 hasta çalışmanın örneklemi oluşturdu.

Yarı deneysel olarak tasarlanan çalışma için daha önce yapılan benzer bir çalışma baz alınarak yapılan Power analizi sonucunda; Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği puanına göre yapılan değerlendirmede, örneklem sayısı her bir grup için minimum 9 birey olarak saptandı. Standart bir çalışmada %80 güçle çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için her bir grupta 30 bireyin çalışmaya dâhil edilmesi önerisinden hareketle (Cohen, 1988), istatistiksel testlerin de uygulanabilirliği göz önünde bulundurulduğunda, örneklem sayısının Kontrol grubunda 30, Deney grubunda 30 olmak üzere toplam 60 birey olarak alınmasına karar verildi ve hastalar randomize şekilde iki gruba ayrıldı. Randomizasyon için 1-2 arası rastgele rakamlar üreten bir

bilgisayar programı kullanıldı. Hastalar Deney ve Kontrol Grubu olmak üzere ikiye ayrılarak randomizasyon sağlandı.

### **5.3.1.Bireylerin Çalışmaya Alınma Kriterleri**

1. Çalışmaya katılmayı kabul eden,
2. 18 yaş ve üstü,
3. İleostomi ya da kolostomi uygulanmış,
4. Daha önce bağırsak stoması deneyimi olmayan,
5. Okur-yazar,
6. İletişim kurmada sorunu olmayan,
7. Ameliyat girişiminin üzerinden en fazla 15 gün geçmiş ve en az 7 gün evinde stoması ile yaşamış olan bireylerin çalışmaya alınması uygun bulundu.

### **5.3.2.Bireylerin Çalışmaya Alınmama Kriterleri**

1. İletişim kurmayı engelleyen algılama bozukluğu ve psikiyatrik rahatsızlığın bulunması,
2. Alkol ve madde bağımlılığı bulunması,
3. Türkçe bilmemesi,
4. Bağırsak stoması açılma sebebi dışında kronik başka hastalıkların olması, çalışmaya katılmaya engelleyici bulundu.

### **5.4.Veri Toplama Araçları**

Veri toplamada Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu (EK-1), Bağırsak Stoması Olan Bireylere Yönelik Soru Formu (EK-2), Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (Ostomy Adjustment Inventory: OAI) (EK-3), Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği (Adaptation of Quality Life Scale: AQLS) (EK- 4) olmak üzere dört ayrı form kullanıldı. Deney grubu hastalara verilen danışmanlık hizmetinde akıllı telefon kullanıldı.

## **Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması**

### **1-Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu (EK-1)**

Hastaların çalışmaya katılmayı gönüllü kabul ettiğini bildirir formdur.

### **2-Bağırsak Stoması Olan Bireylere Yönelik Soru Formu (EK-2)**

Araştırmacılar tarafından geliştirilen “Bağırsak Stoması Olan Bireylere Yönelik Soru Formu” tanıtıcı özellikler ve stomaya ilişkin veriler olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Tanıtıcı özellikler bölümü; bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi gibi tanıtıcı bilgilerini belirlemeye yönelik toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Stomaya ilişkin veriler bölümünde ise, bireylerin stoma tipi, stoma açılma nedeni, stoma süresi ve stoma bakımına ilişkin toplam 10 soru yer almaktadır.

### **3-Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (Ostomy Adjustment Inventory: OAI) (EK-3)**

Ölçek, Simmons, Smith ve Maekawa tarafından, stomalı bireylerin stomaya uyum düzeylerinin saptanması amacıyla geliştirilmiş 23 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte; kabul etme (1, 3, 4, 6, 9, 14, 15, 19, 23. maddeler), kaygı/endişe (12, 13, 17, 20, 21. maddeler), sosyal uyum (5, 7, 8, 11. maddeler) ve öfke (2 ve 10. maddeler) başlıklarını içeren 4 alt faktörden oluşmaktadır. Buna ek olarak 3 madde (16, 18 ve 22) herhangi bir alt faktöre dâhil edilmemiştir. Ölçekte her bir madde likert tipinde 0-4 puan aralığında 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, 21) olumsuz cümlelerdir ve ters olarak değerlendirilmektedir.

Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılmış ve Cronbach  $\alpha$  değeri 0.88 olarak belirlenmiştir. Çalışmada, Cronbach  $\alpha$  değeri 0.81 olarak bulundu.



#### 4-Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği (Adaptation of Quality Life Scale: AQLS) (EK- 4)

Ölçek Baxter ve ark. tarafından, stomalı bireylerin yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş 21 maddelik bir değerlendirme ölçeğidir. İlk iki maddesi bireyin yaşamından genel memnuniyeti ile ilgilidir ve 0 ile 100 arasında puanlanmaktadır (0: tam memnuniyetsizliği, 100: tam memnuniyeti göstermektedir). Diğer maddeler üç alt boyutta gruplandırılmıştır. Bu boyutlar sırası ile iş/sosyal yaşam (6 madde), cinsellik/beden imajı (5 madde), stoma fonksiyonu (6 madde)'dur. Ölçekte ayrıca hiçbir alt boyuta girmeyen ekonomik durumla ilgili 1 madde ve cilt tahrişi ile ilgili 1 madde bulunmaktadır. Ölçeğin ilk iki maddesi hariç diğer 19 madde 5'li Likert tipindedir (1: asla, 2: nadiren, 3: ara sıra, 4: sık sık: ve 5: her zaman). Ölçeğin Baxter ve ark. tarafından geliştirilmiş olan sayısal puanlama sistemi bulunmaktadır. Her bir alt boyut 100 puan üzerinden (0: yaşam kalitesinin kötü, 100 yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterir) değerlendirilmektedir.

##### Puanlama Sistemi

1. Bölüm Yaşamdan genel memnuniyet 0-100 arasında puanlanmaktadır. 1. Soru şu anki memnuniyet durumunu gösterir ve kısa süre içinde oluşan değişikliklerde daha faydalı olabilir, 2. Soru bir önceki aya ilişkin memnuniyet durumunu yansıtır.
2. Bölüm İş/Sosyal Yaşam: $25 \times (12 + S3 + S4 - S5 - S6 - S18 + S19) / 6$ Cinsellik/Beden İmajı: $25 \times (1 + S7 + S8 - S9 + S12 + S15) / 5$ Stoma Fonksiyonu: $25 \times (24 - S10 - S11 + S13 - S14 - S16 - S17) / 6$
<i>*Eğer ölçekte herhangi bir alt boyutta iki soru cevapsız bırakılmışsa ilgili alt boyut değerlendirmeye alınmaz, ancak bir soru boş bırakılmışsa değerlendirilebilir.</i>

Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılmış ve Cronbach  $\alpha$  değeri 0.87 olarak bulunmuştur. Çalışmada, Cronbach  $\alpha$  değeri 0.78 olarak bulundu.

### 5.5. Veri Toplama Yöntemi

Çukurova Üniversitesi Stomaterapi Polikliği'ne başvuran hastalar randomize kontrollü seçilerek iki gruba ayrıldı. Her iki gruba da Stoma rutin olarak kullanılan Stoma bakım hemşireleri tarafından Kolostomi Eğitim Kitapçığı/ İleostomi Eğitim Kitapçığı ile eğitim verildi.

Hastaların Stomaterapi Polikliğinde ilk görüşmeleri hastaneden taburcu olduktan 7-15. günlerde; ikinci görüşmeleri ameliyattan sonraki 6. hafta; 3. görüşmeleri ise ameliyattan sonraki 10. hafta yapıldı.

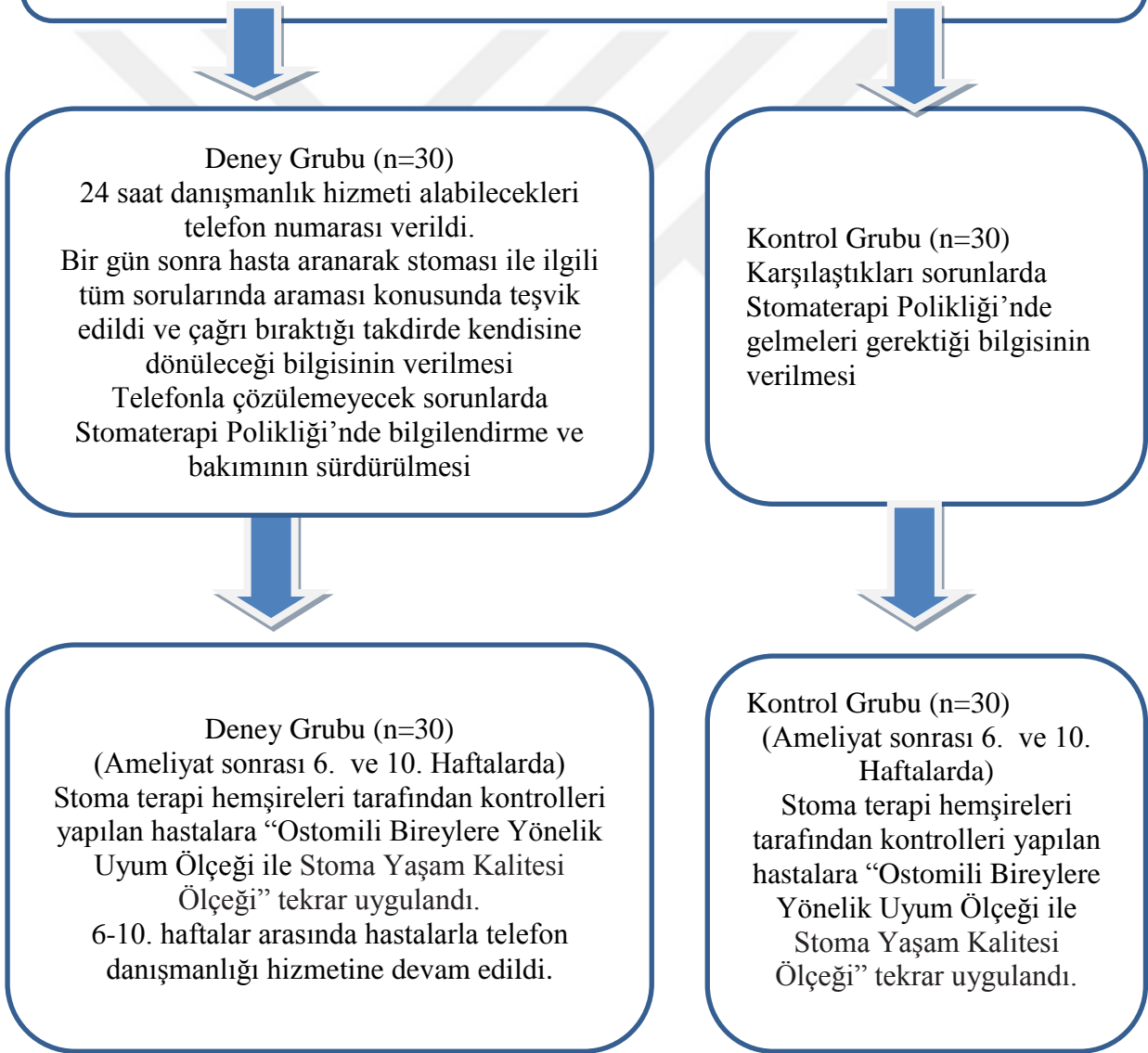
İlk görüşme; tanışma, çalışma hakkında bilgilendirme, bilgilendirilmiş gönüllü iznin yazılı alınması, stoma ile yaşam konusunda eğitim verilmesi, "Bağırsak Stoması Olan Bireylere Yönelik Soru Formu" ve "Stoma Değerlendirme Formu"nun doldurulması, stomanın genel değerlendirilmesinin yapılması, "Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği" ile "Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği" formlarının uygulanması süreçlerinden oluştu. Deney grubuna ayrı bir telefon numarası verilerek ve her an telefonun açık olacağı, telefonda çağrı ve mesaj bırakma sisteminin yer alacağı ve her çağrı ve mesajın kayıt altına alınarak yanıt verileceği güvencesi verildi. Deney grubu bir gün sonra aranarak stoması ile ilgili tüm sorunlarında araması konusunda cesaretlendirildi; çağrı bıraktığı takdirde kendisine döneceği, telefonla çözülemeyecek sorunlarda stomaterapi polikliğine davet edilerek gerekli destek sağlanacağı, Stomaterapi Poliklinik kontrolüne gelemeyecek durumdaki hastaların evde bilgilendirme ve bakımının yapılabilmesi bilgisi verildi.

İkinci görüşme; Ameliyat sonrası 6.hafta Stomaterapi Polikliniği'nde gerçekleştirildi. Hastaların stoma açıldıktan sonra yaşadıkları deneyimler hakkında konuşarak sordukları soruların yanıtlanması ve "Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği" ile "Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği" formlarının tekrar uygulanması süreçlerinden oluştu. Deney grubuna telefon görüşmelerinin aynı şekilde devam edeceği bilgisi verildi.

Üçüncü görüşme; Hastaların stoma açıldıktan sonra 10. haftada yaşadıkları deneyimler hakkında konuşarak, sordukları soruların yanıtlanması ve "Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği" ile "Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği" formlarının tekrar uygulanması süreçlerinden oluştu.

26.11.2015-18.04.2016 tarihlerinde Stoma Terapi Polikliniği'ne bireylerin çalışmaya alınma kriterlerine uygun 65 hasta başvurdu. 1 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediği, 2 hasta daha önce stoması olduğu ve 2 hasta başka bir ilde ikamet ettiğinden çalışmaya dâhil edilmedi. Çalışma 60 hasta ile yürütüldü. Çalışma Hakkında Bilgilendirme yapıldı. Bilgilendirilmiş İzin yazılı alındı. Stoma bakım hemşireleri tarafından rutin eğitimleri verildi. Hastalar randomize kontrollü seçilerek iki gruba ayrıldı.

Bağırsak Stoması Olan Bireylere Yönelik Soru Formu” ve “Stoma Değerlendirme Formu” dolduruldu.  
“Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği ile Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin uygulandı.



**Şekil 1. Çalışmanın Uygulama Akışı**

### **5.6.Verilerin Değerlendirilmesi**

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında istatistiksel yöntemler yardımıyla değerlendirildi. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu ShapiroWilks testi ile değerlendirilmiş ve niceliksel verilerin normal dağılıma uygun olmadığı saptandı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (Ortalama, Standart sapma, Frekans) yanı sıra niceliksel verilerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Verilerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi, farklılığa neden olan grubun tespitinde ise yine Mann Whitney U testi kullanıldı. I., II. ve III. görüşmelerdeki değişkenlerin karşılaştırılmasında Friedman testi, farklılığa neden olan görüşmenin belirlenmesinde ise Wilcoxon İşaretli Sıralar testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Kesin Ki-Kare testi kullanıldı.

### **5.7.Çalışmanın Etik Yönü**

n projenin kabulünden sonra tez çalışmasının yürütülmesi için Çukurova Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alındı.

### **5.8.Çalışmanın Mali Desteği**

Çalışmanın maliyeti araştırmacı tarafından karşılandı.

## **6.BULGULAR**

Telefon danışmanlığının, bağırsak stoması olan bireylerin yaşam kalitesi üzerine ne ölçüde katkısının olduğunu belirleyerek öneriler getirmek amacıyla yapılan yarı deneysel nitelikteki bu çalışmada hastaların %50'si (n=30) telefon danışmanlığı hizmeti alırken, %50'si ise (n=30) telefon danışmanlığı hizmeti almadı. Hastalar telefon danışmanlığı hizmeti alma durumlarına göre Deney ve Kontrol grubu olmak üzere iki grup altında incelendi.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular üç başlık altında gruplandırıldı.

6.1. Deney ve kontrol hastaların grubu tanıtıcı özellikleri ve stoma özellikleri karşılaştırma bulgularına ilişkin veriler

6.2. Hastaların “Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği”nden aldıkları puan ortalamaları ile tanıtıcı ve stoma özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin veriler

6.3. Deney grubu telefon danışmanlığı hizmetinden elde edilen veriler

## 6.1.Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Stoma Özelliklerine İlişkin Veriler

**Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Karşılaştırma Bulgularının Dağılımı**

		Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	t/ $\chi^2$	p
<sup>1</sup> Yaş (yıl)		48,23±16,00	52,23±13,46	1,048	0,299
<sup>2</sup> Yaş grubu	50 yaş altı	13 (%43,3)	12 (%40)	0,321	0,852
	50-60 yaş	9 (%30)	8 (%26,7)		
	60 yaş ve üzeri	8 (%26,7)	10 (%26,7)		
<sup>2</sup> Cinsiyet	Kadın	15 (%50)	10 (%33,3)	1,097	0,295
	Erkek	15 (%50)	20 (%66,7)		
<sup>2</sup> Medeni durum	Evli	22 (%73,3)	25 (%83,3)	0,393	0,531
	Bekâr	8 (%26,7)	5 (%16,7)		
<sup>2</sup> Çocuk sahibi olma	Evet	25 (%83,3)	26 (%86,7)	0,001	1,000
	Hayır	5 (%16,7)	4 (%13,3)		
<sup>2</sup> Eğitim durumu	İlköğretim mezunu	14 (%46,7)	17 (%56,7)	0,615	0,735
	Ortaöğretim mezunu	12 (%40)	10 (%33,3)		
	Yükseköğretim mezunu	4 (%13,3)	3 (%10)		
<sup>2</sup> Meslek	Serbest meslek	4 (%13,3)	2 (%6,7)	2,940	0,568
	Emekli	10 (%33,3)	16 (%53,3)		
	Ev hanımı	11 (%36,7)	7 (%23,3)		
	İşçi	3 (%10)	3 (%10)		
	Memur	2 (%6,7)	2 (%6,7)		
<sup>2</sup> Stoma açılmadan önceki çalışma durumu	Tam zamanlı	10 (%33,3)	7 (%23,3)	0,155	0,460
	Yarı zamanlı	1 (%3,3)	3 (%10)		
	Çalışmıyor	19 (%63,3)	20 (%66,7)		
Stoma açıldıktan sonraki çalışma durumu	Tam zamanlı	0(%0,0)	0(%0,0)	-	-
	Yarı zamanlı	0(%0,0)	0(%0,0)		
	Çalışmıyor	30(100,0)	30(100,0)		
<sup>2</sup> Gelir durumu algısı	Yeterli	1 (%3,3)	1 (%3,3)	0,001	1,000
	Yetersiz	29 (%96,7)	29 (%96,7)		

<sup>1</sup>Student-t testi <sup>2</sup>Ki-Kare testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Kesin Ki-Kare testi  
Sonuçlar Ort±SS ve n (%) olarak sunulmuştur.

Deney grubunun yaş ortalamasının  $48,23 \pm 16,00$ , kontrol grubu yaş ortalamasının ise  $52,23 \pm 13,46$  olduğu, her iki grupta da çoğunluğun 50 yaş ve altındakilerin oluşturduğu (kontrol %40; deney %43,3), deney grubunun ise %50'sinin kontrol grubunun %66,7'sinin erkek olduğu, çoğunluğu evli ve çocuk sahibi hastaların oluşturduğu (deney grubu %73,3 evli, %83,3 çocuk sahibi; kontrol grubu %83,3 evli, %86,7 çocuk sahibi), deney grubunun %46,7'inin kontrol grubunun %56,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu, deney grubunun ise %36,7'sinin ev hanımı, kontrol grubunun %53,3'ünün emekli olduğu, stoma açılmadan önce çoğunluğu çalışmayanlar oluştururken (deney grubu %66,3, kontrol grubu %66,7), stoma açıldıktan sonra tamamının çalışmadığı, deney ve kontrol gruplarında %96,7'lik eşit oranlarda gelirini yetersiz bulanların çoğunluğu oluşturduğu, tüm tanıtıcı özellikler açısından deney ve kontrol gruplarına ilişkin elde edilen veriler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 1).

**Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların stomaya İlişkin Özelliklerinin ve Karşılaştırma Bulgularının Dağılımı**

		<b>Deney (n=30)</b>	<b>Kontrol (n=30)</b>	$\chi^2$	<b>P</b>
<b>Stoma niteliği</b>	<b>Geçici</b>	25 (%83,3)	26 (%86,7)	0,131	1,000
	<b>Kalıcı</b>	5 (%16,7)	4 (%13,3)		
<b>Stoma tipi</b>	<b>End ileostomi</b>	2 (%6,7)	1 (%3,3)	1,240	0,743
	<b>Loop ileostomi</b>	17 (%56,7)	21 (%70)		
	<b>End kolostomi</b>	3 (%10)	2 (%6,7)		
	<b>Loopkolostomi</b>	8 (%26,7)	6 (%20)		
<b>Stoma açılma nedeni</b>	<b>Kanser</b>	24 (%80)	24 (%80)	0,533	0,912
	<b>Yaralanma</b>	3 (%10)	2 (%6,7)		
	<b>İnflamatuvar bağırsak hastalığı</b>	2 (%6,7)	2 (%6,7)		
	<b>Anal inkontinans</b>	1 (%3,3)	2 (%6,7)		
<b>Stoma rengi</b>	<b>Kırmızı</b>	23 (%76,7)	24 (%80)	0,001	1,000
	<b>Pembe</b>	7 (%23,3)	6 (%20)		

*Ki-Kare testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Kesin Ki-Kare testi*

*Sonuçlar n (%) olarak sunulmuştur.*

Her iki grupta çoğunluğunun stomalarının geçici ve loop ileostomi olduğu (deney %83,3 geçici stoma, %56,7 loop ileostomi, kontrol %86,7 geçici stoma, %70 loop ileostomi), deney ve kontrol gruplarında %%80'lik eşit oranlarda stoma açılma nedeninin kanser olduğu, her iki grupta da çoğunluğun stoma renginin kırmızı olduğu (deney %76,7, kontrol %80), tüm stomaya ilişkin özellikler açısından deney ve kontrol gruplarına ilişkin elde edilen veriler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 2).



**Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Kemoterapi ve/veya Radyoterapi Tedavisi Alma Durumları ve Stomaya İlişkin Tutumları ile Karşılaştırma Bulgularının Dağılımı**

		I. Görüşme			II. Görüşme			III. Görüşme				
		Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	$\chi^2$ ; p	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	$\chi^2$ ; p	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	$\chi^2$ ; p		
		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)			
<b>Şu anda Kemoterapi ve/veya Radyoterapi alma durumu</b>	Evet	0 (%0)	0 (%0)	-	12(%40)	13(43,3)	0,001;	21(%70)	22(%73,3)	0,001;		
	Hayır	30 (%100)	30 (%100)		18(%60,0)	17(%56,7)		1,000	9(%30)		8(%26,7)	1,000
<b>Stomaya İlişkin Tutumlar</b>												
<b>Şimdiye kadar stomayla ilgili bir sorun gelişmesi</b>	Evet	17 (%56,7)	17 (%56,7)	0,001;	11 (%36,7)	27 (%90)	<b>16,148;</b>	4 (%13,3)	16 (%53,3)	<b>9,075;</b>		
	Hayır	13 (%43,3)	13 (%43,3)		1,000	19 (%63,3)		3 (%10)	<b>0,001**</b>		26 (%86,7)	14 (%46,7)
<b>Stoma bakımını yapma durumu</b>	<b>Kendisi</b>	0 (%0)	0 (%0)	-	13 (%43,3)	1 (%3,3)	<b>19,148;</b>	25 (%83,3)	4 (%13,3)	<b>29,490;</b>		
	<b>Yardımla kendisi</b>	0 (%0)	0 (%0)		8 (%26,7)	4 (%13,3)		<b>0,001**</b>	1 (%3,3)		7 (%23,3)	<b>0,001**</b>
	<b>Yakını/Bakıcısı</b>	30 (%100)	30 (%100)		9 (%30)	25 (%83,3)			4 (%13,3)		19 (%63,3)	
<b>Stoma bakımını kendisi yapmayan hastaların bakım yapmama nedenleri</b>	<b>Henüz yapamayacağını düşünmesi</b>	13 (%43,3)	11 (%36,7)	2,366; 0,669	3 (%33,3)	6 (%24)	2,797; 0,592	2 (%50)	10 (%52,6)	0,958; 0,811		
	<b>Dokunmak istememesi</b>	11 (%36,7)	10 (%33,3)		2 (%22,2)	11 (%44)		1 (%25)	3 (%15,8)			
	<b>Çok halsiz ve yorgun hissetmesi</b>	4 (%13,3)	7 (%23,3)		3 (%33,3)	4 (%16)		1 (%25)	3 (%15,8)			
	<b>Eşinin yapmak istemesi</b>	1 (%3,3)	2 (%6,7)		0 (%0)	2 (%8)		0 (%0)	3 (%15,8)			
	<b>Sağlıkçı yakınının yapmak istemesi</b>	1 (%3,3)	0 (%0)		1 (%11,1)	2 (%8)		-	-			

Ki-Kare Testi ve Continuity (Yates) Düzeltmesi

\*\*p<0,01

Deney ve kontrol gruplarında stomalı hastaların kemoterapi ve/veya radyoterapi tedavisi alma durumları incelendiğinde, I. görüşmede kemoterapi ve/veya radyoterapi tedavisi almadıkları, II. ve III. görüşmelerde de her iki grubun kemoterapi ve/veya radyoterapi tedavisi alma durumlarının benzer olduğu ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ( $\chi^2=0,001$  p=1,000;  $\chi^2=0,001$  p=1,000).

Deney ve kontrol gruplarında stoma ile ilgili sorun gelişmesi durumuna bakıldığında, I. görüşmede her iki grubun %56,7'sinin; II. görüşmede; deney grubunun %36,7'sinin, kontrol grubunun %90'ının, III. Görüşmede; deney grubunun %36,7'sinin kontrol grubunun %90'ının stoma ile ilgili sorun yaşadığı görüldü. I. görüşmede deney ve kontrol grubunun sorun yaşama durumlarının benzer olduğu ( $\chi^2=0,001$  p=1,000), II. ve III. görüşmede Deney grubunun kontrol grubundan daha az sorun yaşadığı, her iki grupta da III. görüşmede yaşanan sorunların azaldığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $\chi^2=16,148$  p=0,001;  $\chi^2=9,075$  p=0,003)

Deney ve kontrol gruplarının stoma bakımının kim tarafından yapıldığı durumu incelendiğinde I. görüşmede tamamının, II. görüşmede deney grubunun %30'unun, kontrol grubunun %83,3'ünün, , III. görüşmede deney grubunun 13,3'ünün, kontrol grubunun %63,3'ünün stoma bakımını yakını/bakıcısının yaptığı belirlendi. II ve III görüşmelerde deney grubunun kontrol grubuna göre stoma bakımını daha fazla sayıda kendisinin yaptığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi ( $\chi^2=19,148$  p=0,001;  $\chi^2=29,490$  p=0,001)

Kontrol ve Deney gruplarına göre stoma bakımını kendisi yapmayanların bakım yapmama nedenleri arasında I., II ve III. görüşmede istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlendi ( $\chi^2=2,366$  p=0,669;  $\chi^2=2,797$  p=0,592;  $\chi^2=0,958$  p=0,811) (Tablo 3).

## 6.2. Hastaların “Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği” Puan Dağılımına İlişkin Veriler

**Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları ve Karşılaştırma Bulgularının Dağılımları**

		Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	Z	<sup>1</sup> p
Kabul Etme	I.Görüşme	16,67±3,71 (16)	15,43±4,26 (15,5)	-0,883	0,377
	II.Görüşme	24,60±3,47 (25)	16,73±3,87 (16,5)	-5,848	0,001**
	III.Görüşme	27,47±2,91 (27)	20,63±2,72 (20)	-6,188	0,001**
	$\chi^2$	45,867	28,218		
	<sup>2</sup> p	0,001**	0,001**		
Kaygı/Endişe	I.Görüşme	9,70±3,50 (9)	9,60±3,08 (9,5)	-0,082	0,934
	II.Görüşme	12,00±3,03 (12,5)	6,63±2,94 (6)	-5,237	0,001**
	III.Görüşme	11,47±2,62 (11)	8,37±2,24 (8)	-4,306	0,001**
	$\chi^2$	7,436	13,207		
	<sup>2</sup> p	0,024*	0,001**		
Sosyal Uyum	I.Görüşme	7,27±2,86 (7)	6,93±2,53 (6,5)	-0,351	0,726
	II.Görüşme	6,77±1,81 (7)	3,87±1,28 (4)	-5,517	0,001**
	III.Görüşme	8,37±1,59 (8,5)	5,00±1,23 (5)	-5,736	0,001**
	$\chi^2$	11,679	26,694		
	<sup>2</sup> p	0,003**	0,001**		
Öfke	I.Görüşme	3,93±1,76 (4)	3,70±1,70 (4)	-0,442	0,658
	II.Görüşme	3,70±1,09 (4)	2,57±1,07 (2,5)	-3,595	0,001**
	III.Görüşme	4,67±1,47 (4)	3,27±0,58 (3)	-4,118	0,001**
	$\chi^2$	6,884	4,056		
	<sup>2</sup> p	0,032*	0,132		
Toplam	I.Görüşme	43,67±10,52 (40,5)	41,50±8,34 (40)	-0,555	0,579
	II.Görüşme	52,57±7,71 (55)	34,10±9,05 (33)	-5,859	0,001**
	III.Görüşme	59,30±5,88 (58,5)	43,50±4,70 (42)	-6,447	0,001**
	$\chi^2$	26,690	19,109		
	<sup>2</sup> p	0,001**	0,001**		

<sup>1</sup>Mann Whitney U Test

<sup>2</sup>Friedman Test

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Sonuçlar Ort±SS (Medyan) olarak sunulmuştur.

Deney ve Kontrol gruplarında I., II. ve III. görüşmelerdeki Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği puanları karşılaştırıldığında;

-Kabul Etme alt boyutunda; I. görüşmede deney ve kontrol grubu puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu, gruplar arası anlamlı bir farklılık bulunmadığı ( $z=-0,883$   $p=0,377$ ), II. ve III. görüşmelerde ise deney grubunda farkın kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek ve deney grubunun stomalarının kabul etmede daha iyi olduğu belirlendi ( $z=-5,848$   $p= 0,001$ ;  $z=-5,736$   $p= 0,001$ ). Deney ve kontrol grubunun görüşmeler arası grup içi farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu her iki grubunda giderek stomalarını kabul etmede daha iyi olduğu gözlemlendi ( $\chi^2=28,218$   $p=0,001$ ;  $\chi^2=45,867$   $p=0,001$ ) (Tablo 4).

-Kaygı Endişe alt boyutunda; I. görüşmede gruplar arası anlamlı bir farklılık bulunmadığı ( $z=-0,082$   $p=0,934$ ), II. ve III. görüşmelerde ise deney grubunda farkın kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu, deney grubunun Kaygı/endişe duygularını daha yoğun yaşadığı belirlendi ( $z=-5,237$   $p= 0,001$ ;  $z=-4,306$   $p= 0,001$ ). Deney ve kontrol grubunun görüşmeler arası grup içi farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu III. görüşmede her iki grupta da kaygı/endişe duyguları azalsa da bu duyguları sürekli olarak hissettikleri gözlemlendi ( $\chi^2=13,207$   $p=0,001$ ;  $\chi^2=7,436$   $p=0,001$ ).

-Sosyal Uyum alt boyutunda; I. görüşmede gruplar arası anlamlı bir farklılık bulunmadığı ( $z=-0,351$   $p=0,726$ ), II. ve III. görüşmelerde ise deney grubunda farkın kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu, sosyal uyumun deney grubunda daha iyi olduğu belirlendi ( $z=-5,517$   $p= 0,001$ ;  $z=-5,736$   $p= 0,001$ ). Deney ve kontrol grubunun görüşmeler arası grup içi farkın da istatistiksel olarak anlamlı ve her iki grubunda sosyal uyumda giderek daha iyi olduğu gözlemlendi ( $\chi^2=13,207$   $p=0,001$ ;  $\chi^2=7,436$   $p=0,001$ ) (Tablo 4).

-Öfke alt boyutunda; I. görüşmede gruplar arası anlamlı bir farklılık bulunmadığı ( $z=-0,442$   $p=0,658$ ), II. ve III. görüşmelerde ise deney grubunda kontrol grubundan daha yüksek öfke yaşandığı ve gruplar arasında farklılık olduğu belirlendi. ( $z=-3,595$   $p= 0,001$ ;  $z=-4,118$   $p= 0,001$ ). Kontrol grubunda görüşmeler arası grup içi farkın anlamlı olmadığı, sürekli olarak öfke duygusunu yaşadıkları ( $\chi^2=4,056$   $p=0,132$ ), deney grubunda ise öfke duygusunun zamanla arttığı gözlemlendi ( $\chi^2=6,884$   $p=0,032$ ). İki grubunda öfke düzeylerinin yüksek olduğu fakat öfke duygusunu deney grubunun kontrol grubundan daha yoğun yaşadığı belirlendi (Tablo 4).

-Toplam Puanda ise; I. görüşmede gruplar arası bir farklılık bulunmadığı ( $z=-0,555$   $p=0,579$ ), II. ve III. görüşmelerde ise farkın anlamlı olduğu ve deney grubunda uyumun daha yüksek olduğu belirlendi ( $z=-5,859$   $p= 0,001$ ;  $z=-6,447$   $p= 0,001$ ). Deney ve kontrol ve grubunun görüşmeler arası grup içi farkın da anlamlı olduğu, zamanla sosyal uyumlarının iyileştiği gözlemlendi ( $\chi^2=19,109$   $p=0,001$ ;  $\chi^2=26,690$   $p=0,001$ ) (Tablo 4).

Deney ve kontrol gruplarında I., II. ve III. görüşmelerdeki Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği puanları karşılaştırıldığında; I. görüşmede farklılığın olmadığı fakat II. ve III. görüşmelerde Kabul Etme, Sosyal Uyum ve Toplam puanlarda deney grubunda farklılıklar olduğu belirlendi. Deney grubunun kontrol grubuna göre Kabul etme, Sosyal uyum ve Toplam uyumlarında daha iyi olduğu fakat Öfke, Kaygı/Endişe duygularını daha yoğun yaşadıkları belirlendi (Tablo 4).

**Tablo 5. Deney ve kontrol Grubu Hastaların Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ve Karşılaştırma Bulgularının Dağılımları**

		Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	Z	<sup>1</sup> p
Şuan ki memnuniyet	I. Görüşme	34,61±17,33 (35,42)	32,14±9,64 (32,17)	-1,747	0,062
	II. Görüşme	54,67±12,52 (60)	38,67±10,74 (40)	-4,403	0,001**
	III. Görüşme	72,33±11,35 (75)	49,33±12,58 (50)	-5,518	0,001**
	$\chi^2$	57,220	59,051		
	<sup>2</sup> p	0,001**	0,001**		
Bir önceki aya ilişkin memnuniyet	I. Görüşme	41,00±21,23 (40)	37,00±18,96 (40)	-0,584	0,559
	II. Görüşme	35,83±16,61 (40)	23,33±10,61 (20)	-3,100	0,002**
	III. Görüşme	50,67±13,37 (50)	38,40±14,87 (40)	-3,070	0,002**
	$\chi^2$	21,049	20,411		
	<sup>2</sup> p	0,001**	0,001**		
İş/Sosyal Yaşam	I. Görüşme	25,56±22,76 (20,83)	14,17±9,58 (12,5)	-2,043	0,041*
	II. Görüşme	51,67±12,55 (50)	24,86±6,52 (25)	-6,236	0,001**
	III. Görüşme	52,92±8,70 (58,33)	30,14±9,64 (29,17)	-6,086	0,001**
	$\chi^2$	22,354	27,534		
	<sup>2</sup> p	0,001**	0,001**		
Cinsellik/Beden İmajı	I. Görüşme	41,00±20,20 (39)	37,00±17,95 (39)	-0,574	0,549
	II. Görüşme	59,83±6,36 (60)	49,83±7,71 (50)	-4,699	0,001**
	III. Görüşme	64,83±11,33 (65)	49,83±6,63 (50)	-5,131	0,001**
	$\chi^2$	25,491	41,646		
	<sup>2</sup> p	0,001**	0,001**		
Stoma Fonksiyonu	I. Görüşme	38,61±17,33 (35,42)	30,14±9,64 (29,17)	-1,947	0,052
	II. Görüşme	55,14±9,26 (58,33)	37,50±8,26 (37,5)	-5,543	0,001**
	III. Görüşme	62,36±6,70 (62,5)	39,58±8,60 (41,67)	-6,646	0,001**
	$\chi^2$	32,649	8,312		
	<sup>2</sup> p	0,001**	0,016*		

<sup>1</sup>Mann Whitney U Test

<sup>2</sup>Friedman Test

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Sonuçlar Ort±SS (Medyan) olarak sunulmuştur.

Deney ve Kontrol gruplarında I., II. ve III. görüşmelerdeki Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları karşılaştırıldığında;

-Şuan ki memnuniyet düzeyinde; I. görüşmede gruplar arası anlamlı bir farklılık bulunmadığı ( $z=-1,747$   $p=0,062$ ), II. ve III. görüşmelerde ise Deney grubunda farkın Kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ( $z=- 4,403$   $p= 0,001$ ;  $z=-5,518$   $p= 0,001$ ). Deney ve Kontrol grubunun görüşmeler arası grup içi farkın da Deney grubu lehine anlamlı olduğu gözlemlendi ( $\chi^2=59,051$   $p=0,001$ ;  $\chi^2=57,220$   $p=0,001$ ).

-Bir önceki aya ilişkin memnuniyet düzeyinde I. görüşmede anlamlı bir farklılık bulunmadığı ( $z=-0,584$   $p=0,559$ ), II. ve III. görüşmelerde ise Deney grubunda farkın Kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ( $z=- 3,100$   $p= 0,002$ ;  $z=-3,070$   $p= 0,002$ ). Deney ve Kontrol grubunun görüşmeler arası grup içi farkın da anlamlı olduğu gözlemlendi ( $\chi^2=20,411$   $p=0,001$ ;  $\chi^2=21,049$   $p=0,001$ ) (Tablo 5).

-İş/Sosyal Yaşam alt boyutunda I., II. ve III. görüşmelerde Deney grubunda farkın Kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ( $z=-2,043$   $p=0,041$ ;  $z=- 6,236$   $p= 0,001$ ;  $z=-6,086$   $p= 0,002$ ). Deney ve Kontrol grubunun görüşmeler arası grup içi farkın da anlamlı olduğu gözlemlendi ( $\chi^2=27,534$   $p=0,001$ ;  $\chi^2=22,354$   $p=0,001$ ).

Cinsellik/Beden imajı alt boyut puanında I. görüşmede anlamlı bir farklılık bulunmadığı ( $z=-0,574$   $p=0,549$ ), II. ve III. görüşmelerde ise Deney grubunda farkın Kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ( $z=- 4,699$   $p= 0,001$ ;  $z=-5,131$   $p= 0,001$ ). Deney ve Kontrol grubunun görüşmeler arası grup içi farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi ( $\chi^2=41,646$   $p=0,001$ ;  $\chi^2=25,491$   $p=0,001$ ).

Stoma fonksiyonu puanlarında I. görüşmede anlamlı bir farklılık bulunmadığı ( $z=-1,947$   $p=0,052$ ), II. ve III. görüşmelerde ise Deney grubunda farkın Kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ( $z=-5,543$   $p= 0,001$ ;  $z=-6,646$   $p= 0,001$ ). Deney ve Kontrol grubunun görüşmeler arası grup içi farkın da anlamlı olduğu gözlemlendi ( $\chi^2=8,312$   $p=0,016$ ;  $\chi^2=32,649$   $p=0,001$ ) (Tablo 5).

Deney ve Kontrol gruplarında I., II. ve III. görüşmelerdeki Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları karşılaştırıldığında; I. görüşmede farklılığın olmadığı fakat II. ve III. görüşmelerde Deney grubunda gözlenen farklılığın Kontrol grubundan, anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Her iki grupta da zamanla stoma yaşam kalitesinin yükseldiği görüldü (Tablo 5).

**Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Tanıtıcı Özellikler		Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği									<sup>3</sup> p <sub>c</sub>	<sup>3</sup> p <sub>a</sub>
		I.Görüşme			II.Görüşme			III. Görüşme				
		Deney	Kontrol	<sup>1</sup> p <sub>a</sub>	Deney	Kontrol	<sup>1</sup> p <sub>a</sub>	Deney	Kontrol	<sup>1</sup> p <sub>a</sub>		
		Ort±SS Medyan)	Ort±SS(Medyan)		Ort±SS(Medyan)	Ort±SS(Medyan)		Ort±SS Medyan)	Ort±SS(Medyan)			
Yaş grubu	50 yaş altı	45,69±11,67 (43)	37,50±6,35 (38)	0,056	48,46±9,16 (49)	32,50±11,28 (34,5)	<b>0,001**</b>	57,08±5,98 (56)	43,67±4,29 (43)	<b>0,001**</b>	<b>0,021*</b>	<b>0,021*</b>
	50-60 yaş	44,11±10,87 (43)	45,00±9,58 (41)	0,772	57,44±3,21 (57)	34,00±8,18 (31,5)	<b>0,001**</b>	60,56±4,75 (60)	43,13±5,67 (41,5)	<b>0,001**</b>	<b>0,034*</b>	<b>0,005**</b>
	60 yaş üzeri	39,88±8,08 (38)	43,50±8,20 (43)	0,211	53,75±5,23 (54)	36,10±6,98 (35,5)	<b>0,001**</b>	61,50±6,30 (59)	43,60±4,84 (42,5)	<b>0,001**</b>	<b>0,025*</b>	<b>0,003**</b>
	<sup>2</sup> p <sub>b</sub>	0,541	0,136		<b>0,027*</b>	0,693		0,185	0,707			
Cinsiyet	Kadın	45,33±10,11 (49)	42,50±9,74 (42,5)	0,303	49,13±8,42 (50)	35,00±10,60 (35)	<b>0,003**</b>	58,00±6,29 (56)	44,70±5,91 (43)	<b>0,001**</b>	<b>0,179</b>	<b>0,002**</b>
	Erkek	42,00±10,99 (38)	41,00±7,78 (40)	0,828	56,00±5,21 (56)	33,65±8,44 (33)	<b>0,001**</b>	60,60±5,34 (59)	42,90±4,00 (42)	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	<sup>1</sup> p <sub>b</sub>	0,350	0,675		<b>0,034*</b>	0,612		0,150	0,426			
Medeni durum	Evli	44,18±11,15 (42)	40,84±7,97 (40)	0,353	51,00±8,32 (51,5)	33,80±9,46 (33)	<b>0,001**</b>	59,32±6,72 (57,5)	43,52±4,95 (42)	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	Bekar	42,25±9,07 (38,5)	44,80±10,38 (40)	0,463	56,88±3,18 (56,5)	35,60±7,37 (33)	<b>0,003**</b>	59,25±2,82 (59,5)	43,40±3,58 (42)	<b>0,003**</b>	<b>0,128</b>	<b>0,014*</b>
	<sup>1</sup> p <sub>b</sub>	0,814	0,635		0,095	0,780		0,759	0,823			
Çocuk sahibi olma	Evet	44,28±11,17 (41)	41,85±8,67 (40,5)	0,558	52,28±7,48 (55)	33,58±9,25 (33)	<b>0,001**</b>	59,28±6,26 (58)	43,27±4,94 (42)	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	Hayır	40,60±6,19 (39)	39,25±6,18 (39)	0,806	54,00±9,62 (55)	37,50±7,85 (36,5)	<b>0,027*</b>	59,40±4,04 (61)	45,00±2,58 (45)	<b>0,014*</b>	<b>0,282</b>	<b>0,021*</b>
	<sup>1</sup> p <sub>b</sub>	0,676	0,582		0,596	0,313		0,695	0,198			
Eğitim durumu	İlköğretim	42,93±10,69 (39)	41,76±8,53 (40)	0,968	52,57±7,23 (55,5)	35,18±9,40 (35)	<b>0,001**</b>	59,07±5,58 (57,5)	42,41±3,78 (41)	<b>0,001**</b>	<b>0,015*</b>	<b>0,002**</b>
	Ortaöğretim	43,08±11,02 (40)	39,90±5,74 (40,5)	0,668	53,08±8,33 (54,5)	33,10±9,97 (33)	<b>0,001**</b>	60,58±6,17 (59,5)	45,70±6,13 (43,5)	<b>0,001**</b>	<b>0,007**</b>	<b>0,001**</b>
	Yükseköğretim	48,00±9,97 (46,5)	45,33±15,63 (43)	0,858	51,00±9,49 (53,5)	31,33±2,89 (33)	<b>0,032*</b>	56,25±6,40 (56,5)	42,33±0,58 (42)	<b>0,032*</b>	<b>0,368</b>	<b>0,472</b>
	<sup>2</sup> p <sub>b</sub>	0,757	0,743		0,897	0,706		0,351	0,190			
Meslek	Emekli	44,20±10,56 (41,5)	44,19±9,03 (41,5)	0,792	56,60±5,44 (57)	35,75±7,65 (34)	<b>0,001**</b>	62,30±5,29 (61,5)	43,69±5,30 (42)	<b>0,001**</b>	<b>0,003**</b>	<b>0,004**</b>
	Ev hanımı	43,36±9,96 (41)	40,14±7,73 (40)	0,388	49,64±8,9 (53)	35,29±12,49 (37)	<b>0,016*</b>	59,18±6,54 (56)	44,00±5,63 (44)	<b>0,001**</b>	<b>0,396</b>	<b>0,002**</b>
	Diğer	43,44±12,28 (38)	36,71±4,96 (38)	0,339	51,67±7,09 (54)	29,14±7,52 (31)	<b>0,001**</b>	56,11±4,23 (56)	42,57±1,81 (42)	<b>0,001**</b>	<b>0,012*</b>	<b>0,109</b>
	<sup>2</sup> p <sub>b</sub>	0,924	0,180		0,091	0,373		<b>0,049*</b>	0,947			

<sup>1</sup>Mann Whitney U Testi    <sup>2</sup>Kruskall Wallis Testi    <sup>3</sup>Friedman Testi    \*p<0,05    \*\*p<0,01

<sup>a</sup>Sosyo-Denografik özelliklerde ayrı ayrı Kontrol ve Deney gruplarına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

<sup>b</sup>Kontrol ve Deney gruplarında ayrı ayrı Sosyo-Demografik özelliklere göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

<sup>c</sup>Kontrol grubunun Sosyo-Demografik özelliklerde ayrı ayrı I., II. ve III. görüşmelerdeki ölçek puanlarının değerlendirilmesi

<sup>d</sup>Deney grubunun Sosyo-Demografik özelliklerde ayrı ayrı I., II. ve III. görüşmelerdeki ölçek puanlarının değerlendirilmesi



Kontrol ve Deney grubunun tanıtıcı özelliklerine göre I., II. ve III. görüşmelerdeki “Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği” puan dağılımları karşılaştırıldığında;

Kontrol grubunda 50 yaş altı, 56-60 yaş arası ve 60 yaş üzeri olanlarda; tüm görüşmelerde ölçek toplam puanları arasında anlamlı farklılık olduğu ( $p=0,021$ ;  $p=0,034$ ;  $p=0,025$ ) ve giderek uyumun arttığı, deney grubunda da yaş grupları arasında, kontrol grubuna benzer biçimde görüşmeler arası uyumun yükseldiği belirlendi ( $p=0,021$ ;  $p=0,005$ ;  $p=0,003$ ). Deney ve Kontrol grubu karşılaştırıldığında ise; ilk görüşmede anlamlı bir farkın olmadığı ( $p>0,05$ ), III. görüşmede ise deney grubunda kontrol grubuna göre farkın anlamlı bir biçimde arttığı belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ) (Tablo 6).

Kontrol grubunda; Kadınlarda görüşmeler arası ölçek toplam puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı ( $p=0,179$ ) ancak erkeklerde farkın anlamlı olduğu ve uyumda daha başarılı oldukları ( $p=0,001$ ), Deney grubunda ise; cinsiyete göre tüm görüşmelerdeki ölçek toplam puanları arasında anlamlı farklılığın her iki grupta da erkek ve kadınlarda, uyumun yükselmesini etkilediği gözlemlendi ( $p=0,002$ ;  $p=0,001$ ). Kontrol ve Deney grubu karşılaştırıldığında ise; ilk görüşmede anlamlı bir farkın olmadığı ( $p>0,05$ ), III. görüşmede ise Deney grubunda Kontrol grubuna göre farkın anlamlı ve daha yüksek olduğu belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ).

Kontrol grubunda; evlilerde görüşmeler arası ölçek toplam puanları arasında anlamlı fark olduğu ( $p=0,001$ ) fakat bekârlarda farkın anlamlı olmadığı ( $p=0,128$ ), Deney grubunda ise; tüm görüşmelerde ölçek toplam puanları arasında anlamlı farklılık olduğu; evli olanların bekârlardan daha iyi uyuma sahip olduğu belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,014$ ). Kontrol ve Deney grubu karşılaştırıldığında ise; ilk görüşmede anlamlı bir farkın olmadığı ( $p>0,05$ ), III. görüşmede ise Deney grubunda Kontrol grubuna göre farkın anlamlı ve evlilerin uyumunun daha iyi olduğu belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,003$ ).

Kontrol grubunda; çocuk sahibi olmayanlarda görüşmeler arası ölçek toplam puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı ( $p=0,282$ ) ancak çocuk sahibi olanlarda farkın anlamlı ve yüksek olduğu ( $p=0,001$ ), Deney grubunda ise; çocuk sahibi olma durumuna göre tüm görüşmelerde ölçek toplam puanları arasında anlamlı farklılık olduğu ve çocuk sahibi olanların çocuğu olmayanlardan daha iyi uyuma sahip olduğu belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,021$ ). Kontrol ve Deney grubu karşılaştırıldığında ise; ilk görüşmede anlamlı bir farkın olmadığı ( $p>0,05$ ), III. görüşmede ise Deney grubunda Kontrol grubuna göre farkın anlamlı ve çocuk sahibi olanların uyumunun daha iyi olduğu belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,014$ ).

Kontrol grubunda; ilköğretim ve ortaöğretim mezunlarında görüşmeler arası farkın anlamlı olduğu ( $p=0,015$ ;  $p=0,007$ ) fakat yükseköğretim mezunlarında farkın anlamlı olmadığı ( $p=0,368$ ), Deney grubunda da Kontrol grubuna benzer şekilde ilköğretim ve ortaöğretim mezunlarında

görüşmeler arası anlamlı farklılık olduğu ( $p=0,002$ ;  $p=0,001$ ) ve yükseköğretim mezunlarında farkın anlamlı olmadığı ( $p=0,472$ ) belirlendi. Kontrol ve Deney grubu karşılaştırıldığında ise; ilk görüşmede anlamlı bir farkın olmadığı ( $p>0,05$ ), III. görüşmede ise farkın anlamlı ve yüksekokul mezunu olanların uyum sorununu daha yoğun yaşadığı belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,032$ ) (Tablo 6).

Kontrol grubunda; emekli ve diğer meslek grubunda olanlarda görüşmeler arası ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ( $p=0,003$ ;  $p=0,012$ ) ancak ev hanımlarında farkın anlamlı olmadığı ( $p=0,396$ ), Deney grubunda ise emekli olanlarda ve ev hanımlarında görüşmeler arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ( $p=0,004$ ;  $p=0,002$ ) ancak diğer meslek gruplarında anlamlılığın olmadığı ( $p=0,396$ ) belirlendi. Deney ve kontrol grubunda ilk görüşmede istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ( $p>0,05$ ), III. görüşmede ise deney grubunda kontrol grubuna göre farkın anlamlı olduğu belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ) (Tablo 6).

**Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Tanıtıcı Özellikler		Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Memnuniyet									<sup>3</sup> p <sub>c</sub>	<sup>3</sup> p <sub>d</sub>
		I.Görüşme			II.Görüşme			III. Görüşme				
		Deney	Kontrol	<sup>1</sup> p <sub>a</sub>	Deney	Kontrol	<sup>1</sup> p <sub>a</sub>	Deney	Kontrol	<sup>1</sup> p <sub>a</sub>		
		Ort±SS(Medyan)	Ort±SS(Medyan)		Ort±SS(Medyan)	Ort±SS Medyan)		Ort±SS Medyan)	Ort±SS Medyan)			
Yaş grubu	50 yaş altı	35,38±21,45 (30)	20,00±9,53 (20)	0,060	55,38±11,98 (50)	35,83±10,84 (35)	<b>0,001**</b>	73,08±11,82 (70)	49,17±13,11 (50)	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	50-60 yaş	27,78±13,02 (30)	21,25±8,35 (20)	0,245	53,33±15,81 (60)	41,25±11,26 (40)	0,104	67,78±13,94 (70)	51,25±12,46 (50)	<b>0,033*</b>	<b>0,003**</b>	<b>0,001**</b>
	60 yaş üzeri	41,25±25,88 (40)	21,00±8,76 (20)	0,062	55,00±10,69 (60)	40,00±10,54 (40)	<b>0,014*</b>	76,25±5,18 (80)	48,00±13,17 (50)	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,006**</b>
	<sup>2</sup> p <sub>b</sub>	0,519	0,654		0,864	0,336		0,499	0,751			
Cinsiyet	Kadın	29,33±16,24 (30)	23,00±9,49 (20)	0,394	52,00±14,24 (50)	37,00±11,60 (40)	<b>0,014*</b>	72,67±12,80 (80)	50,00±13,33 (50)	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	Erkek	40,00±23,60 (30)	19,50±8,26 (20)	<b>0,002**</b>	57,33±10,33 (60)	39,50±10,50 (40)	<b>0,001**</b>	72,00±10,14 (70)	49,00±12,52 (50)	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	<sup>1</sup> p <sub>b</sub>	0,230	0,300		0,192	0,631		0,685	0,804			
Medeni durum	Evli	35,00±19,21 (35)	20,80±9,09 (20)	<b>0,008**</b>	54,55±12,62 (50)	38,40±11,43 (40)	<b>0,001**</b>	73,64±10,93 (80)	50,00±12,91 (50)	<b>0,003**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	Bekar	33,75±25,60 (25)	20,00±7,07 (20)	0,277	55,00±13,09 (60)	40,00±7,07 (40)	<b>0,047*</b>	68,75±12,46 (70)	46,00±11,40 (50)	<b>0,016*</b>	<b>0,022*</b>	<b>0,042*</b>
	<sup>1</sup> p <sub>b</sub>	0,634	0,952		0,735	0,773		0,297	0,511			
Çocuk sahibi olma	Evet	34,80±21,82 (30)	21,15±9,09 (20)	<b>0,019*</b>	54,00±13,54 (50)	38,85±10,71 (40)	<b>0,001**</b>	73,20±11,45 (80)	50,00±12,65 (50)	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	Hayır	34,00±15,17 (30)	17,50±5,00 (20)	0,059	58,00±4,47 (60)	37,50±12,58 (40)	<b>0,014*</b>	68,00±10,95 (70)	45,00±12,91 (45)	<b>0,033*</b>	<b>0,022*</b>	<b>0,042*</b>
	<sup>1</sup> p <sub>b</sub>	0,843	0,472		0,510	0,899		0,184	0,472			
Eğitim durumu	İlköğretim	31,43±21,43 (25)	20,00±9,35 (20)	0,103	55,00±14,54 (55)	40,00±12,25 (40)	<b>0,009**</b>	73,57±9,29 (70)	51,76±12,86 (60)	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	Ortaöğretim	40,00±21,32 (40)	21,00±7,38 (20)	<b>0,032*</b>	53,33±11,55 (60)	38,00±9,19 (40)	<b>0,005**</b>	70,00±14,77 (80)	46,00±11,74 (50)	<b>0,002**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	Yükseköğretim	30,00±16,33 (30)	23,33±11,55 (30)	0,554	57,50±9,57 (55)	33,33±5,77 (30)	<b>0,031*</b>	75,00±5,77 (75)	46,67±15,28 (50)	<b>0,031*</b>	0,135	<b>0,022*</b>
<sup>2</sup> p <sub>b</sub>	0,210	0,547		0,791	0,602		0,978	0,217				
Meslek	Emekli	38,00±23,48 (30)	21,25±8,85 (20)	<b>0,031*</b>	55,00±11,79 (60)	38,75±9,57 (40)	<b>0,003**</b>	75,00±9,72 (80)	48,13±12,23 (50)	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	Ev hanımı	27,27±15,55 (20)	21,43±10,69 (20)	0,483	50,91±15,78 (50)	37,14±13,8 (40)	0,095	71,82±14,71 (80)	52,86±13,80 (60)	<b>0,013*</b>	<b>0,004**</b>	<b>0,001**</b>
	Diğer	40,00±22,36 (40)	18,57±6,90 (20)	<b>0,038*</b>	58,89±7,82 (60)	40,00±11,55 (40)	<b>0,007**</b>	70,00±8,66 (70)	48,57±13,45 (50)	<b>0,005**</b>	<b>0,002**</b>	<b>0,006**</b>
	<sup>2</sup> p <sub>b</sub>	0,283	0,944		0,449	0,862		0,637	0,371			

<sup>1</sup>Mann Whitney U Testi    <sup>2</sup>Kruskall Wallis Testi    <sup>3</sup>Friedman Testi    \*p<0,05    \*\*p<0,01

<sup>a</sup>Sosyo-Demografik özelliklerde ayrı ayrı Kontrol ve Deney gruplarına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

<sup>b</sup>Kontrol ve Deney gruplarında ayrı ayrı Sosyo-Demografik özelliklere göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

<sup>c</sup>Kontrol grubunun Sosyo-Demografik özelliklerde ayrı ayrı I., II. ve III. görüşmelerdeki ölçek puanlarının değerlendirilmesi

<sup>d</sup>Deney grubunun Sosyo-Demografik özelliklerde ayrı ayrı I., II. ve III. görüşmelerdeki ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Deney ve kontrol grubunun tanıtıcı özelliklerine göre I., II. ve III. görüşmelerdeki “Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Memnuniyet” puan dağılımları karşılaştırıldığında;

Kontrol grubunda tüm yaş grubunda, görüşmelerdeki ölçek toplam puanları arasında anlamlı farklılık olduğu ( $p=0,001$ ;  $p=0,003$ ;  $p=0,001$ ) ve yaşam kalitelerinde artış gözlemlendiği, deney grubunda da yaş grupları arasında kontrol grubuna benzer biçimde görüşmeler arası uyumun arttığı belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,006$ ). Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise; ilk görüşmede istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ( $p>0,05$ ), III. görüşmede ise deney grubunda kontrol grubuna göre farkın anlamlı olduğu ve yaşam kalitesinin yükseldiği belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,033$ ,  $p=0,001$ ).

Kontrol grubunda; medeni duruma göre görüşmeler arası anlamlı fark olduğu, evli olanların bekârlara göre stoma yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu ( $p=0,001$ ,  $p=0,022$ ), deney grubunda da Kontrol grubuna benzer olarak farkın anlamlı ve evli olanların bekârlara göre yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu ( $p=0,001$ ,  $p=0,042$ ) belirlendi. Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında kontrol grubunda medeni duruma göre ilk görüşmede anlamlı farkın olmadığı ( $p>0,05$ ) fakat deney grubunda evli hastaların stoma yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu ve farkın anlamlı olduğu ( $p=0,008$ ), III. görüşmede ise deney grubunda kontrol grubuna göre farkın anlamlı olduğu, yaşam kalitesinin giderek yükseldiği ve evlilerin uyumunun daha iyi olduğu belirlendi ( $p=0,003$ ;  $p=0,016$ ).

Kontrol grubunda; çocuk sahibi olma durumuna göre görüşmeler arası yaşam kalitesinde anlamlı iyileşmeler olduğu ve çocuk sahibi olanlardaki iyileşmenin daha iyi olduğu ( $p=0,001$ ;  $p=0,022$ ), deney grubunda da kontrol grubuna benzer olarak farkın anlamlı olduğu ( $p=0,001$ ,  $p=0,042$ ) belirlendi. Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, kontrol grubunda medeni duruma göre ilk görüşmede anlamlı farkın olmadığı ( $p>0,05$ ) fakat deney grubunda çocuk sahibi olanlarda stoma yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu ve farkın anlamlı olduğu ( $p=0,019$ ), III. görüşmede ise deney grubunda kontrol grubuna göre farkın anlamlı olduğu, yaşam kalitesinin giderek yükseldiği ve çocuğu olanların uyumunun daha iyi olduğu belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,033$ ).

Kontrol grubunda; ilköğretim ve ortaöğretim mezunlarında görüşmeler arası ölçek toplam puanları arasında anlamlı farklılık olduğu ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ) fakat yükseköğretim mezunlarında farkın anlamlı olmadığı ( $p=0,135$ ), deney grubunda ise eğitim durumuna göre görüşmeler arası farkın anlamlı olduğu fakat en az farkın yükseköğretim mezunlarında görüldüğü belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,022$ ). Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında kontrol grubunda ilk görüşmede anlamlı bir farkın olmadığı ( $p>0,05$ ), deney grubunda ise sadece ortaöğretim mezunlarında farkın anlamlı olduğu ( $p=0,032$ ), III. görüşmede ise farkın anlamlı olduğu, yaşam kalitelerinin giderek yükseldiği ve

yükseköğretim mezunu olanların uyum sorununu daha yoğun yaşadığı belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,002$ ;  $p=0,031$ ).

Kontrol grubunda; tüm meslek gruplarında görüşmeler arası yaşam kalitesinde anlamlı iyileşmeler görüldüğü ( $p=0,001$ ,  $p=0,004$ ,  $p=0,002$ ), deney grubunda da kontrol grubuna benzer şekilde yaşam kalitesindeki iyileşmeleri anlamlı olduğu ( $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,006$ ) belirlendi. Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise; ilk görüşmede kontrol grubunda anlamlı bir fark görülmezken ( $p>0,05$ ), emekli olanlarda ve diğer meslek gruplarında deney grubunda anlamlılığın yüksek olduğu ( $p=0,031$ ,  $P=0,038$ ), III. görüşmede ise; emekli, ev hanımı ve diğer meslek gruplarında deney grubunda kontrol grubuna göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlendi ( $p=0,001$ ,  $p=0,013$ ,  $p=0,005$ ) (Tablo 7).



**Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Stomaya İlişkin Özellikleri ile Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Stomaya İlişkin Özellikler		Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği									<sup>2</sup> p <sub>c</sub>	<sup>2</sup> p <sub>a</sub>
		I. Görüşme			II. Görüşme			III. Görüşme				
		Deney	Kontrol	<sup>1</sup> p <sub>a</sub>	Deney	Kontrol	<sup>1</sup> p <sub>a</sub>	Deney	Kontrol	<sup>1</sup> p <sub>a</sub>		
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)			
Stoma süresi	Geçici	45,28±10,64 (43)	41,04±8,09 (40)	0,193	52,00±8,25 (54)	33,81±9,48 (33)	<b>0,001**</b>	59,04±5,95 (59)	43,31±4,62 (42)	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	Kalıcı	35,60±4,93 (34)	44,50±10,66 (44)	0,138	55,40±3,36 (56)	36,00±6,16 (36,5)	<b>0,014*</b>	60,60±5,98 (58)	44,75±5,74 (43)	<b>0,014*</b>	0,174	<b>0,016*</b>
	<sup>1</sup> p <sub>b</sub>	<b>0,049*</b>	0,409		0,435	0,444		0,654	0,668			
Stoma açılma nedeni	Kanser	42,75±10,39 (39)	41,88±8,77 (40,5)	0,861	53,54±6,55 (55,5)	35,83±8,15 (34)	<b>0,001**</b>	60,04±5,58 (58,5)	43,83±4,95 (42)	<b>0,001**</b>	<b>0,002**</b>	<b>0,001**</b>
	Kanser dışı	47,33±11,15 (42)	40,00±6,84 (39)	0,170	48,67±11,18 (47,5)	27,17±9,89 (30,5)	<b>0,011*</b>	56,33±6,65 (57)	42,17±3,54 (42,5)	<b>0,004**</b>	<b>0,030*</b>	0,438
	<sup>1</sup> p <sub>b</sub>	0,242	0,550		0,349	0,132		0,297	0,755			

<sup>1</sup>Mann Whitney U Testi

<sup>2</sup>Friedman Testi

\*p<0,05

\*\*p<0,01

<sup>a</sup>Stomaya ilişkin özelliklerde ayrı ayrı Kontrol ve Deney gruplarına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

<sup>b</sup>Kontrol ve Deney gruplarında ayrı ayrı stomaya ilişkin özelliklere göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

<sup>c</sup>Kontrol grubunun stomaya ilişkin özelliklerde ayrı ayrı I., II. ve III. görüşmelerdeki ölçek puanlarının değerlendirilmesi

<sup>d</sup>Deney grubunun stomaya ilişkin özelliklerde ayrı ayrı I., II. ve III. görüşmelerdeki ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Deney ve kontrol grubunun stoma özelliklerine göre özelliklerine göre I., II. ve III. görüşmelerdeki “Ostomili Bireylere Yönelik Uyum” puanları karşılaştırıldığında;

Kontrol grubunda tüm görüşmelerde stoması geçici olanların uyumlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler olduğu ( $p=0,001$ ) fakat stoması kalıcı olanlarda iyileşmenin anlamlı olmadığı ( $p=0,174$ ), Deney grubunda ise; stoması geçici ve kalıcı olanlarda uyumun istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükseldiği fakat stoması geçici olanlarda yükselmenin daha iyi olduğu belirlendi ( $p=0,001$ ,  $p=0,016$ ). Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise; ilk görüşmede kontrol grubunda anlamlı bir farkın olmadığı ( $p>0,05$ ), deney grubunda ise; stoması geçici olanların kalıcı olanlara göre uyumunun daha iyi olduğu ( $p=0,049$ ), III. görüşmede ise; deney grubundaki iyileşmenin kontrol grubuna göre daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,004$ ) (Tablo 8).

Kontrol grubunda görüşmeler arası stoma açılma sebeplarına göre, hastaların tümünün uyumlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler olduğu fakat kanser sebebi ile stoma açılanlarda iyileşmenin daha iyi olduğu ( $p=0,002$ ,  $p=0,030$ ), deney grubunda ise kanser sebebi ile stoma açılanların uyumlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler olurken ( $p=0,001$ ) kanser dışı sebepler ile stoma açılanlardaki iyileşmenin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p=0,438$ ) belirlendi. Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise; ilk görüşmede her iki grupta da stoma açılma sebeplarına göre hastaların uyumunda anlamlı bir iyileşme olmadığı ( $p>0,05$ ), III. görüşmede ise deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde iyileşmeler olduğu ve uyumlarının giderek yükseldiği ve kanser sebebi ile stoma açılanların uyumundaki iyileşmenin daha iyi olduğu gözlemlendi ( $p=0,001$ ,  $p=0,004$ ) (Tablo 8).

**Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Stomaya İlişkin Özellikleri ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Stomaya İlişkin Özellikler		Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Memnuniyet									<sup>3</sup> p <sub>c</sub>	<sup>3</sup> p <sub>a</sub>
		I.Görüşme			II.Görüşme			III. Görüşme				
		Deney	Kontrol	<sup>1</sup> p <sub>a</sub>	Deney	Kontrol	<sup>1</sup> p <sub>a</sub>	Deney	Kontrol	<sup>1</sup> p <sub>a</sub>		
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)			
Stoma süresi	Geçici	35,60±22,19 (30)	20,38±8,71 (20)	<b>0,011*</b>	52,8±12,75 (50)	38,85±10,71 (40)	<b>0,001**</b>	71,6±12,14 (70)	49,62±12,8 (50)	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	Kalıcı	30,00±10 (30)	22,50±9,57 (25)	0,308	64,00±5,48 (60)	37,50±12,58 (40)	<b>0,012*</b>	76,00±5,48 (80)	47,50±12,58 (50)	<b>0,012*</b>	<b>0,018*</b>	<b>0,018*</b>
	<sup>1</sup> p <sub>b</sub>	0,756	0,557	<b>0,045*</b>	0,899	0,546	0,778					
Stoma açılma nedeni	Kanser	38,75±20,92 (40)	22,08±8,84 (20)	<b>0,002**</b>	55,83±12,83 (60)	40,42±10,83 (40)	<b>0,001**</b>	72,92±9,99 (80)	50,42±12,68 (50)	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
	Kanser dışı	18,33±7,53 (20)	15,00±5,48 (15)	0,423	50,00±10,95 (50)	31,67±7,53 (30)	<b>0,017*</b>	70,00±16,73 (70)	45,00±12,25 (40)	<b>0,017*</b>	<b>0,004**</b>	<b>0,002**</b>
	<sup>1</sup> p <sub>b</sub>	<b>0,018*</b>	0,067	0,297	0,067	0,593	0,352					

<sup>1</sup>Mann Whitney U Testi

<sup>2</sup>Friedman Testi

\*p<0,05

\*\*p<0,01

<sup>a</sup>Stomaya ilişkin özelliklerde ayrı ayrı Kontrol ve Deney gruplarına göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

<sup>b</sup>Kontrol ve Deney gruplarında ayrı ayrı stomaya ilişkin özelliklere göre ölçek puanlarının değerlendirilmesi

<sup>c</sup>Kontrol grubunun stomaya ilişkin özelliklerde ayrı ayrı I., II. ve III. görüşmelerdeki ölçek puanlarının değerlendirilmesi

<sup>d</sup>Deney grubunun stomaya ilişkin özelliklerde ayrı ayrı I., II. ve III. görüşmelerdeki ölçek puanlarının değerlendirilmesi



Deney ve kontrol grubunun stoma özelliklerine göre özelliklerine göre I., II. ve III. görüşmelerdeki “Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Memnuniyet” puan dağılımları karşılaştırıldığında;

Kontrol grubunda görüşmeler arası stoması geçici ve kalıcı olan tüm hastaların uyumlarında anlamlı iyileşmeler olduğu fakat stoması geçici olanların yaşam kalitesinin kalıcı olanlardan daha fazla yükseldiği ( $p=0,001$ ;  $p=0,018$ ), deney grubunda da yaşam kalitesindeki artışın kontrol grubuna benzer olduğu belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,018$ ). Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise; ilk görüşmede kontrol grubunda stoması kalıcı olanlarda anlamlı bir farkın olmadığı ( $p>0,05$ ), fakat stoması geçici olanlarda deney grubunun yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu ( $p=0,011$ ), III. görüşmede ise; deney grubundaki iyileşmenin kontrol grubuna göre daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ve stoması geçici olanların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirlendi ( $p=0,001$ ;  $p=0,012$ ) (Tablo 13).

Kontrol grubunda görüşmeler arası kanser ve kanser dışı sebepler ile stoma açılan hastaların tümünün yaşam kalitelerinde anlamlı iyileşmeler olduğu fakat kanser sebebi ile stoma açılanlarda iyileşmenin daha iyi olduğu ( $p=0,001$ ,  $p=0,004$ ); deney grubunda ise kontrol grubuna benzer şekilde görüşmeler arası yaşam kalitesinde yükselmeler olduğu belirlendi ( $p=0,001$ ,  $p=0,002$ ). Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise; ilk görüşmede deney grubunda kanser sebebi ile stoma açılanların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p=0,002$ ) fakat kanser dışı sebepler ile stoma açılan hastaların uyumunda istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme olmadığı ( $p>0,05$ ); III. görüşmede ise deney grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde iyileşmeler olduğu ve kanser sebebi ile stoma açılanların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu gözlemlendi ( $p=0,001$ ,  $p=0,017$ ) (Tablo 9).

### 6.3. DeneY Grubu Telefon Danışmanlığı Hizmetinden Elde Edilen Veriler

**Tablo 10. DeneY Grubu Hastaların 1-6 Hafta Arasında Stoma Bakımına İlişkin Danışmanlık Aldığı Konuların Dağılımı (N=30)**

1-6 Hafta		Min-Maks	Ort±SS
Arama sayısı (n)		2-5	3,57±0,86
<b>Hastaların Danışmanlık Aldığı Konular</b>			
Torba adaptör sistemi	Hayır	14	46,7
	Evet	16	53,3
Stoma bakım ürünleri	Hayır	18	60,0
	Evet	12	40,0
Uyku sorunu	Hayır	24	80,0
	Evet	6	20,0
Banyo yapma	Hayır	13	43,3
	Evet	17	56,7
Beslenme	Hayır	12	40,0
	Evet	18	60,0
Cinsellik	Hayır	26	86,7
	Evet	4	13,3
Gaz ve kokuya	Hayır	12	40,0
	Evet	18	60,0
Cilt ülserasyonu	Hayır	15	50,0
	Evet	15	50,0
Stoma çevresinde fitik	Hayır	29	96,7
	Evet	1	3,3
Karında şişlik	Hayır	28	93,3
	Evet	2	6,7
Mukokünötoz ayrılma	Hayır	29	96,7
	Evet	1	3,3
Retraksiyon	Hayır	29	96,7
	Evet	1	3,3
Stoma prolapsusu	Hayır	29	96,7
	Evet	1	3,3
Yönlendirilen birim	Hayır	24	80,0
	EvetStomaterapi polikliniği	4	13,3
	EvetAmeliyat eden hekim	2	6,7

### **Deney Grubunda 1-6 hafta arasında;**

Hastaların stoma bakımına ilişkin danışmanlık almak için ortalama olarak  $3,57 \pm 0,86$  (2-5) kez telefon ile aradığı belirlendi Hastaların %60'lık eşit oranlarda beslenme ile gaz ve koku sorununa; %56,7'sinin banyo yapma; %53,3'ünün torba adaptör sistemine; %50'sinin cilt tahrişi/ülserasyonuna; %40'ının stoma bakım ürünlerine; %20'sinin uyku sorununa; daha düşük oranlarda karında şişlik, mukokütanöz ayrılma ve stoma prolapsusu sorununa ilişkin telefonla danışmanlık aldığı; %13,3 oranında hastanın da Stomaterapi Polikliniği'ne yönlendirildiği belirlendi (Tablo 10).

**Tablo 11. Deney Grubunun 6-10 Hafta Arasında Stoma Bakımına İlişkin Danışmanlık Aldığı Konuların Dağılımı (N=30)**

6-10 Hafta		Min-Maks	Ort±SS
Arama sayısı (n)		1-3	1,97±0,56
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kemoterapiye giderken dikkat edilmesi gereken konular</b>	<b>Hayır</b>	9	30,0
	<b>Evet</b>	21	70,0
<b>Dışarı çıkarken dikkat edilmesi gereken konular</b>	<b>Hayır</b>	8	26,7
	<b>Evet</b>	22	73,3
<b>İbadet</b>	<b>Hayır</b>	25	83,3
	<b>Evet</b>	5	16,7
<b>Spor</b>	<b>Hayır</b>	29	96,7
	<b>Evet</b>	1	3,3
<b>Cinsellik</b>	<b>Hayır</b>	23	76,7
	<b>Evet</b>	7	23,3
<b>Diyare/İshal</b>	<b>Hayır</b>	26	86,7
	<b>Evet</b>	4	13,3
<b>Stoma çevresinde fitik</b>	<b>Hayır</b>	29	96,7
	<b>Evet</b>	1	3,3
<b>Mukokünötoz ayrılma</b>	<b>Hayır</b>	29	96,7
	<b>Evet</b>	1	3,3
<b>Yönlendirilen birim</b>	<b>Yok</b>	26	86,7
	<b>Stomaterapi polikliniği</b>	4	13,3

#### **Deney Grubunda 6-10 hafta arasında;**

Hastaların stoma bakımına ilişkin danışmanlık almak için ortalama olarak 1,97±0,56 (1-3) kez telefon ile aradığı belirlendi. Hastaların %73,3'ünün dışarı çıkarken %70'inin kemoterapiye giderken dikkat edilmesi gerekenler, %23,3'ünün cinsellik, %16,7'sinin ibadet, %13,3'ünün diyare/ishal, %3,3'ünün spor ve benzer oranda stoma çevresinde fitik ve mukokünötoz ayrılma sorununa ilişkin telefonla danışmanlık hizmeti aldığı ve hastaların %13,3'ünün (n=4) Stomaterapi Polikliniği'ne yönlendirildiği belirlendi.

## 7.TARTIŞMA

Stoması olan hastalarda özellikle taburculuk sonrası ilk haftalarda stoma bakımının önemi üzerine vurgu yapılmaktadır (Richbourg et al., 2007). Literatürde stoma açıldıktan ilk üç aylık dönemde Zhang ve arkadaşlarının (2013) yaptığı, hastaların stoma bakım hemşireleri tarafından aranarak telefon ile izlendiği deneysel bir çalışma bulunmakta fakat sorun yaşadıkları her an ulaşabilecekleri telefon danışmanlığı hizmeti aldıkları bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma taburculuk sonrası bağırsak stomalı hastalarda telefon danışmanlığının önemini ortaya koymaktadır.

Sorun yaşadıkları her anda telefon danışmanlığı almanın, bağırsak stoması olan hastaların yaşam kalitesi üzerine ne ölçüde katkısının olduğunu belirleyerek, öneriler getirmek amacıyla yapılan yarı deneysel nitelikteki bu çalışma, taburculuk sonrası ilk kez Çukurova Üniversitesi Stomaterapi Polikliniği'ne başvuran ileostomi ve kolostomisi olan bireyler ile gerçekleştirildi; veriler üç başlık altında toplanarak tartışıldı.

7.1. Hastaların tanıtıcı ve stoma özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

7.2. Hastaların”Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği ve Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği” Puanlarının Tartışılması

7.3. Deney grubu telefon danışmanlığı hizmetinden elde edilen verilerin tartışılması

## **7.1.Hastaların Tanıtıcı ve Stoma Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmalarda stoma açılan hastaların tanıtıcı özelliklerinin çeşitlilik gösterdiği görülmektedir.

Leyk ve arkadaşlarının çalışmasında (2014) ortalama yaş 66,2; Aronovitch ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) ortalama yaş 62; Coca ve arkadaşlarının çalışmasında (2015) ortalama yaş 61,3 olduğu görülmektedir. Bu sonuçlardan farklı olarak Karabulut ve arkadaşlarının çalışmasında (2014) ortalama yaş 55,5; Çin’de yapılan Zhang ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) ise ortalama yaş 52,9 bulunduğu görülmektedir.

Çalışmada yaş ortalamalarının kontrol grubunda 52,23, deney grubunda 48,23 olarak bulunduğu, stoma açılmasının orta yaş grubunda yoğunlaştığı, Karabulut ve arkadaşlarının çalışması (2014) ile Zhang ve arkadaşlarının çalışması (2013) bulgularına benzerlik gösterdiği ve diğer çalışmalara göre yaşın daha düşük olduğu belirlendi. Elde edilen bu sonucun ülke koşulları ile bağlantılı olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerinin kanser ve erken tanılamaya yönelik uygulamalarının gelişmiş ülkelere göre daha yetersiz olmasının kolorektal kanser tanılanmasında geç kalınmasına neden olarak stomalı bireylerin yaş ortalamalarının daha düşük olmasına yol açtığını düşündürdüğü söylenebilir

Literatürde stomalı bireylerle yapılan çalışmalara bakıldığında stoma açılan bireylerin çoğunluğunun erkeklerden oluştuğu (Aronovitch et al., 2010; Fingren et al., 2013; Karabulut et al., 2014; Coca et al., 2015) ve evli olduğu görülmektedir (Celasin et al., 2011; Knowles et al., 2013; Karabulut et al., 2014; Coca et al., 2015). Çalışma sonuçlarımızda da erkeklerin ve evli olanların çoğunlukta olduğu ülkemizde evlilik yaşının erken olmasının evliliğin yüksek sayıda bulunmasında etkili olduğu söylenebilir.

Literatürde stoma açılan hastaların eğitim düzeylerinin farklılık gösterdiği görülmektedir. Ülkelerin sosyoekonomik ve kültürel açıdan gelişmişlik düzeyleri doğrudan ilişkili olan eğitim düzeyinde bölgesel/kentsel temeldeki farklılıklar da etkili olabilmektedir.

Karabulut ve arkadaşlarının çalışmasında (2014) deney grubundaki hastaların çoğunluğunun yükseköğretim, kontrol grubunun ise ilköğretim mezunu oldukları Zhang

ve arkadaşlarının (2013), Leyk ve arkadaşlarının (2014) ve Celasin ve arkadaşlarının (2011) çalışmalarında bağırsak stoması olan hastaların çoğunluğunun ortaöğretim mezunu oldukları; Coca ve arkadaşlarının çalışmasında (2015) ilköğretim mezunu oldukları belirtilmektedir.

Karabulut ve arkadaşları (2014) ve Coca ve arkadaşlarının çalışma (2015) sonuçlarına benzerlik gösteren ilköğretim mezunlarının çoğunlukta olduğu çalışma sonucunun ülkenin kültür düzeyi ve eğitim olanaklarına bağlı olduğunu söylemek olasıdır.

Stoma sonrası hastaların normal yaşamlarına, iş ve aile sorumluluklarına geri dönmeleri beklenen bir gelişme olarak ele alınmakta ve hastaların iş yaşamına geri dönmesinin gelir durumlarını ve yaşam kalitelerini artırdığına dikkat çekilmektedir (Celasin et al, 2011; Mitchell et al., 2007; Krouse et al., 2009).

Celasin ve arkadaşlarının çalışmasında (2011) hastaların çoğunun gelir durumunun düşük ve stoma açılmadan önceki dönemde çalışmadıkları (emekli, ev hanımı), Mahjoubi ve arkadaşları (2012) çalışmasında, hastaların stoma açılmadan önce %56,3'ünün tam zamanlı çalışmalarına karşın stoma açıldıktan sonra ancak hastaların %18,5'inin tam zamanlı çalışmaya devam ettiği belirtilmektedir. Literatürde bazı çalışmalarda hastaların gelir durumunu yüksek (Li et al, 2012; Karabulut et al, 2014;) bazı çalışmalarda ise düşük olarak algıladıkları belirlenmiştir ( Mitchell et al., 2007; Krouse et al., 2009). Li ve arkadaşları (2014) hastaların genel iyilik durumu ile gelir düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğunu ve stoma açıldıktan sonra çalışmayı bırakarak gelir kaybı yaşayan hastaların psikososyal sorunları daha yoğun yaşadıklarını ayrıca gelir düzeyi yüksek olan hastaların kendilerini daha iyi hissettiklerini ve psikososyal sorunları daha az yaşadıklarını belirtmekte, Krouse ve arkadaşları ise (2009) stomalı hastaların çoğunun çalışmadığını (emekli, işsiz) fakat çalışma ve gelir durumlarının yaşam kalitelerini etkilediğini bildirmektedir.

Krouse ve arkadaşları (2009) çalışma sonuçlarına benzerlik gösteren çalışmada hastaların yarısından çoğunun stoma açılmadan önce (ev hanımı, emekli), tamamının ise stoma açıldıktan sonra çalışmadığı, tamamına yakınının gelir durumunu düşük olarak algıladıkları saptandı (Tablo 1). Bu durum, ülkemizde stoma açılan hastaların aile ve iş yaşamının ve gelir durumlarının yüksek oranda etkilendiği sonucunu düşündürmektedir.

Kolorektal kanserlerin artışına paralel olarak stoma açılan hasta sayının da artış göstermesi beklenen bir durumdur. Dünya’da 2012 yılı verilerine göre kolorektal kanserlerin tüm kanserler içerisinde kadınlarda ikinci, erkeklerde üçüncü sırada yer aldığı bildirilmektedir (Colorectal Cancer Estimated Incidence, 2012). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri Yıllığı (2016), 2013 yılına ait kolorektal kanser verilerinin dünyadaki sonuçlar ile benzer nitelikte olduğu bildirilmektedir.

Birçok çalışma da stoma açılmasını gerektiren hastalıklardan en yaygın olanının kolorektal kanserler olduğu (Piwonka and Merino, 1999; Pomazkin, 2010; Colorectal Cancer Estimated Incidence, 2012; Zhang et al., 2013) ve stomalı hastaların çoğunluğunda kalıcı stoma açıldığı belirtilmektedir (Mitchell et al., 2007; Taylor and Morgan, 2011; Erwin-Toth et al., 2012; Pachler and Wille-Jorgensen, 2012; Knowles et al., 2013; Taylor and Bradshaw, 2013; Knowles et al., 2014; Coca et al., 2015). Ancak Richbourg ve arkadaşlarının stomalı hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra yaşadıkları zorlukları inceledikleri çalışmasında (2007) %62 geçici stomalarının olduğu bildirilmektedir. Literatürde son zamanlarda stomalı hastalarda anterior rezeksiyon ile sfinkter koruyucu cerrahi prosedürü uygulanmaya başlandığı için kalıcı kolostomilerin yerine geçici ileostomi yaklaşımının arttığı bildirilmektedir ( Taylor and Morgan, 2011; Pachler and Wille-Jorgensen, 2012; Taylor and Bradshaw, 2013;). Bu karşıt durumun nedeninin uzun dönem stoması olan hastalar ile yapılan çalışmalarda geçici stomalı hastaların stomalarının kapanmasına bağlı olarak kalıcı stoması olan hastaların çoğunluktaymiş gibi algılanmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Richbourg ve arkadaşlarının (2009) çalışma sonuçlarına benzer olarak çalışma kapsamında stoma açılan hastaların çoğunda kanserden dolayı stoma açıldığı, stomalarının geçici ve loop ileostomi olduğu belirlendi (Tablo 2). Stoma açılmasını takiben erken dönemde yapılan çalışmalarda geçici stomanın daha yüksek oranda olduğu ülkemizde de hastaların yaşam kalitelerini olumlu etkilediği için uygulamada eğilimin bu yönde olduğu söylenebilir.

Kolorektal kanser tanısı ile stoma açılan hastalarda ameliyattan sonra kemoterapi/radyoterapi tedavisi yaklaşımının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Fingren ve arkadaşları (2013) rektum kanseri tanısı konan ve abdominoperineal rezeksiyon cerrahisi sonrası stoma açılan hastaların, ameliyat sonrası 6 aylık dönem içinde %44’ünün kemoterapi tedavisi aldığını bildirmekte; Fucini ve arkadaşları ise



çalışmasında (2008) rektum kanseri sebebi ile stoma açılan hastaların ameliyat sonrası %33'ünün, stoma açılmayan hastaların ise %15'inin kemoterapi tedavisi aldığını saptayarak stoma açılan bireylerin daha fazla kemoterapi tedavisi gördüklerine dikkat çekmektedir. Karabulut ve arkadaşlarının çalışmasında (2014) stomalı hastaların yarısının, Li ve arkadaşlarının çalışmasında (2014) %75.5'inin, Oh ve arkadaşlarının çalışmasında %63.3'ünün, Reese ve arkadaşlarının çalışmasında (2014) ise kolorektal kanserli hastaların tamamına yakınının kemoterapi ve/veya radyoterapi tedavisi aldığını bildirdikleri görülmektedir.

Li ve arkadaşlarının (2014), Oh ve arkadaşlarının (2014) çalışma sonuçları ile benzerlik gösteren çalışmada hastaların çoğunluğunun kemoterapi ve/veya radyoterapi tedavisi aldıkları, kanser tanısının ve stoma açılmasının tedavi seçeneğini etkilediği görüşünden hareketle sonucun olumlu yönlendirilmesine olanak sağlanması amacıyla tedavinin oluşturulduğu düşüncesini ortaya çıkarmaktadır.

Hastaların stoma bakımını yapma sorumluluklarını almaları özerklikleri ve başka birine bağımlı olmamaları açısından oldukça önemlidir.

Literatürde stoma bakım hemşireleri tarafından eğitim ve danışmalık desteği alan hastaların kendi bakımlarında daha yetkin olduğuna dikkat çekildiği görülmektedir. (Wade, 1990; Piwonka and Merino, 1999; Brown and Randle, 2005, Zhang, 2013).

Zhang ve arkadaşları (2013) stomalı hastaların taburculuk sonrası değerlendirilmelerinde sorgulanması gereken en önemli kriterlerden birinin stoma bakımını yapıp yapmama durumu olduğunu bildirmektedir. Ayrıca Wade çalışmasında (1990) ve Zhang ve arkadaşları (2013) çalışmasında stoma bakım hemşirelerinin olmadığı yerlerdeki hastaların kendi bakım sorumluluklarını almada daha yetersiz olduklarına dikkat çektiği, Wade (1990) stomalı hastaların yeterli beceri düzeyine ulaşabilmesi için zamana ve profesyonel desteğe gereksinimleri olduğunu ve hastaların ancak stoma bakımında 10. Haftada yeterli düzeye ulaştığını bildirdiği görülmektedir.

Wade ve arkadaşlarının (1990) çalışma sonuçlarına benzer olarak çalışmada deney grubunun tamamına yakınının 10. Haftada stoma bakımını yaptığı ancak, kontrol grubunun çoğunun stoma bakımını yapmadığı, I. görüşmede deney ve kontrol grubu stoma bakım sorumluluğunu alma konusunda benzer özelliklere sahip iken II ve III. görüşmede Kontrol grubunda çoğunlukla stoma bakımını yakını ve bakıcısının yaptığı

deney grubunda ise daha çok hastaların bakımlarını kendilerinin yaptığı ve deney grubunda stoma ile ilgili sorun yaşama durumunun azaldığı belirlendi(Tablo 3).

Telefon danışmanlığı hizmetinin hastaların kendi bakım sorumluluklarını alma konusunda olumlu sonuçlara neden olduğu düşüncesine yol açtığı söylenebilir.

## **7.2. Hastaların”Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği ve Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği” Puanlarının Tartışılması**

### **7.2.1. Deney ve Kontrol Grubu Ölçek Puanlarının Tartışılması**

Hastaların stomalarına uyum sorunlarını azaltmada hemşirelik girişimi ile desteklemenin öneminin, üzerinde durulmaya değer bir yaklaşım olduğu açıktır.

Yapılan çalışmalar stoması olan hastalarda hemşirelik girişimi uygulanan deney grubunun kontrol grubuna göre uyumlarının daha iyi olduğu ve uyumun sağlanmasında planlı profesyonel desteğin önemine dikkat çektiği görülmektedir (Martin, 1994; Karabulut et al., 2012; Cheng et al., 2013). Zhang ve arkadaşları (2013) ise, telefon izleminin stoma cerrahisi sonrası hastaların yaşamlarına uyumda önemli bir hizmet olduğunu belirterek, deney ve kontrol grubunun her ikisinde de zamanla iyileşme görüldüğünü ancak, birinci ve üçüncü ayda deney grubunun uyumunun kontrol grubundan iyi olmasına karşın farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bildirmektedir.

Çalışmamızda stomalı hastaların Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği'nin Genel Toplam ile Kabul Etme ve Sosyal Uyum alt boyut puan ortalamalarının ilk görüşmede düşük iken görüşmeler arası giderek arttığı; deney ve kontrol grubunun ilk görüşmede benzer puanlar aldığı ( $p>0,05$ ) ancak, deney grubunda kontrol grubuna göre II. ve III. görüşmelerde istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif iyileşme olduğu belirlendi (Tablo 4). Zhang ve arkadaşlarının çalışma sonucunu kısmen destekleyen bu bulguların, Deney grubundaki bireylerle yapılan telefon danışmanlığı hizmetinin stomalı bireylerin stomalarını kabul etmelerinde ve sosyal yaşama uyumlarında etkili olduğunu ortaya çıkarma açısından önemli olduğu düşüncesindeyiz. Ayrıca hem grup içi hem de deney ve kontrol grubu arasında stoma ile yaşama uyum puanlarında

istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler olduğu ( $p<0,01$ ) bu olumlu farkın, hastaların istedikleri zaman telefon görüşmeleri yapılabilme olanaklarından faydalanabilme ile yakın ilişkili olduğu izleni verdiği söylenebilir.

Hastaların stomalarına uyum sürecinde; stoma bakımında ve stoma ile yaşamlarında yaşadıkları sorunlara bağlı olarak stres düzeylerinin yükseldiği, kaygı/endişe ve öfke duygularını daha yoğun yaşadıkları görülmektedir.

Zhang çalışmasında (2013) telefon izlemi hizmeti alan deney grubundaki stomalı hastaların 3. ayda stomaya uyumlarının ve öz-yeterliliklerinin kontrol grubundan yüksek seviyelerde olduğunu vurgulayarak, stoma cerrahisi sonrası ancak 3. ayda yaşamlarındaki değişikliklere uyum sağladığını belirtmektedir. Folkman ve Moskowitz (2004) stoma ameliyatı sonrası zor süreçte hastalara uygulanan adaptasyon stratejilerinin bazı hastalarda stres oluşturabileceğini, stres altında hastaların endişe ve kaygılarının artacağını fakat doğru girişimler ve stratejiler ile birlikte zamanla duygularını kontrol edeceklerini ve stoma ile yaşama uyum sağlayacaklarını belirtmektedir.

Çalışmada hastaların Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği'nin Kaygı/Endişe ve Öfke alt boyutları puan ortalamalarında, zamanla görüşmeler arasında bir farklılık oluşmadığı başka bir deyişle hastaların stoma cerrahisini takiben üç aylık sürede kaygı/endişe ve öfke duygularını sürekli olarak yaşadıkları belirlendi. Ayrıca Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği'nin Kaygı/Endişe ve Öfke alt boyutlarında ilk görüşmede gruplar arası fark olmadığı ( $p>0,05$ ) ancak, ikinci görüşmede deney grubunun kaygı/endişe ve öfke duygularını daha yoğun yaşadığı (Tablo 4), deney grubundaki hastaların stoma bakımları konusunda kontrol grubundaki hastalardan daha fazla sorumluluk aldığı gözlemlendi (Tablo 3). Bu durumun hastalarda stoma bakımını yapmayı öğrenme ve bakımları ile başa çıkma döneminde kaygı/endişe ve öfke duygularını daha fazla yaşamalarına sebep olduğu ve III. görüşmede deney grubunun puanlarının tekrar yükseldiği, hastaların stoma bakımlarındaki yeterliliği arttıkça kaygı/endişe ve öfke alt boyutları puan ortalamalarının yükselerek olumsuz duygularının azaldığı ve kaygı/endişe alt boyutunda uyumun ancak 10. haftada gerçekleştiği belirlendi (Tablo 4). Çalışma sonuçları Zhang ve arkadaşlarının (2013) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Stomalı hastalarda bakım sorumluluğunu almanın stres düzeyini arttırdığı fakat zamanla stoma bakımında yeterliliklerinin artması ile olumsuz duyguları ile baş etmede daha iyi oldukları söylenilebilir.

Stoma açılmasını takiben stomaya uyumun en zor olduğu ilk dönemlerde stomalı hastaların yaşam kalitesinin de düşük düzeyde olduğu belirtilmektedir. Literatürde stomalı hastaların stomalarından kaynaklanan duygusal durumları, hastalık süreci ve tedavinin meydana getirdiği sınırlılıklar nedeni ile bireylerin çalışma hayatlarının, mesleki rol ve ilişkilerinin ve tüm sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediğine dikkat çekilmektedir (Karadağ ve ark., 2003a; Brown and Randle, 2005; Ayaz, 2007). Ito ve arkadaşlarının (2012), Gervaz ve arkadaşlarının (2008) ve Tsunoda ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında stomalı hastaların yaşam kalitelerinin stoma açılmasını takiben ilk zamanlarda düşük olarak bulunduğu, Tsunoda ve arkadaşlarının çalışmasında stomalı hastalarda ilk 3 ay içinde yaşam kalitesinin ve yaşam memnuniyetinin giderek arttığına ancak, Ito ve arkadaşlarının (2012), Gervaz ve arkadaşlarının çalışmalarında bu sürecin stoma açılmasını takip eden 12. aya kadar uzadığına dikkat çekilmektedir (Ito et al., 2012). Zhang ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) gruplar arasında memnuniyet puan ortalamalarında bir farklılık olmamasına karşın 1. ve 3. ayda telefon ile yapılan hasta izleminden sonra istatistiksel olarak anlamlı yükselmeler olduğu bildirilmektedir.

Çalışmamızda stomalı hastaların yaşam kalitesi ve yaşamlarından memnuniyetin stoma açılmasını takiben ilk haftalarda en düşük düzeyde olduğu, zamanla arttığı, bu artışın (1) İş/Sosyal Yaşam, (2) Cinsellik/ Beden imajı (3) Stoma Fonksiyonu alt boyutlarının tümünde görüldüğü ancak, İş/Sosyal Yaşam alt boyutunda stoma açıldıktan sonraki ilk üç aylık zamanda en az artışın gözlemlendiği belirlendi (Tablo 5). Hastaların stomalarına uyumlarının ve yaşam kalitelerinin yükselmesi için zamana gereksinimlerinin olduğu ve doğru desteklenen hastalarda bu sürecin kısılacacağı kanısındayız.

### **7.2.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Ölçek Puanlarının Tartışılması**

Hastaların tanıtıcı özelliklerinin stomaya uyumu ve stoma yaşam kalitesini etkileyebileceği gözardı edilmemelidir.

Literatürde yaş, cinsiyet, eğitim, meslek gibi tanıtıcı değişkenlerin stomaya uyumda önemli olduğu belirtilmektedir. (Piwonka and Merino, 1999; Brown and Randle, 2005). Martin (1994) tarafından yapılan çalışmada ise, hemşirelik girişimi uygulanan yeni stomalı hastaların tanıtıcı özellikleri ile uyum puanları arasında anlamlılık olmadığı bildirilmektedir.

Çalışmamızda ise, ilk görüşmede bireylerin tanıtıcı özelliklerinin stomaya uyumunu ve stoma yaşam kalitelerini etkilemediği ancak II. ve III. görüşmelerde gruplarda anlamlı iyileşmeler gözlemlendiği, deney grubunda kontrol grubuna göre iyileşmenin daha yüksek düzeyde olduğu görüldü.

Profesyonel desteğin stomalı hastaların uyumu ve yaşam kalitelerinin yükselmesi açısından önemli bir yaklaşım olarak ele alınmasının hastaların yeni yaşamlarına geçişte önemli bir köprü olarak algılanması üzerinde durulması önerilmektedir. Stomalı genç hastaların uyum sorunlarını daha fazla yaşadığı ve yaşam kalitelerinin de yüksek oranda etkilendiği belirtilmektedir.

Stomalı hastalarla yapılan bir çalışmada en çok 62 yaşından küçük olan bireylerin yaşadığı uyum sorununun giderilmesinde ameliyattan sonra geçen zamanın, beden imajının, sosyal desteğin ve ameliyat sonrası komplikasyonların az olmasının en önemli etkenler olduğu, 62 yaşından büyük olanlarda ise sadece stoma bakımını yapabilme ve beden imajının önemli olduğu belirlenmiştir (Piwonka and Merino,1999).

Bu çalışmada yaş gruplarına göre deney ve kontrol gruplarında I. görüşmedeki ölçek toplam puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamakla beraber ( $p>0,05$ ) tüm yaş gruplarında II. ve III. görüşmelerde deney grubunun ölçek toplam puanlarının, kontrol grubundan daha yüksek olduğu ve uyum sorununu en çok 50 yaş altı hastaların yaşadığı belirlendi (Tablo 6).

Piwonka ve Merino'nun (1999) çalışma sonuçlarına benzerlik gösteren bu sonuçlar, tüm stomalı hastaların özellikle de genç hastaların, profesyonel desteğe ne denli gereksinim duyduklarını ve profesyonel desteğin önemini göstermesi açısından kayda değer bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Stomalı hastalarda cinsiyete göre uyumu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değişkenlik gösterdiği belirtilmektedir. Literatürde kadınların stomaya uyumunun daha iyi olduğunu belirten çalışmalar bulunmakta (Karabulut et al, 2014; Batton, 2000) ancak başka bir çalışmada erkek hastalarda uyumun, kadın hastalardan

daha iyi olduğu özellikle bakımını kendi yapan ve sosyal destek ve sosyoekonomik düzeyi iyi olan erkek hastaların stomaya uyumlarının daha iyi olduğunu belirten çalışmalarda bulunmaktadır (Piwonka and Merino, 1999).

Bu alışmada II. ve III. görüşmelerde deney grubunun ölçek toplam puan ortalamalarının, kontrol grubundan daha yüksek olduğu ( $p<0,01$ ) (Tablo 6, Tablo 7) ve deney ve kontrol grubunda erkeklerin stomaya uyumlarının kadınlardan daha iyi olduğunun belirlendiği sonuç açısından Piwonka and Merino'nun (1999) alışma sonuçlarına benzerlik göstermektedir (Tablo 6). Aynı zamanda Deney grubunda yaşam kalitesi puanları açısından da I. ve II. görüşmelerde erkeklerin yaşam kalitesi puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu ancak, III. görüşmede aynı puanlara ulaşıldığı anlaşıldı (Tablo 7).

Tüm bu bulgular göz önüne alındığında stomaya uyum sağlandıkça yaşam kalitesinin de arttığı söylenebilir. Kadınlarda stomaya uyumun daha geç olmasında beden imajı ve estetik kaygısının, cinsel ve sosyal yaşam sorunlarının etkili olabileceği akla gelmektedir.

Stomalı hastaların uyumunun ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde sosyal desteğin önemine dikkat çekilmektedir. Yapılan bir çalışmada bireyin uyumunda eş desteğinin önemli olduğu vurgulanmakta (Wade, 1990) başka bir çalışmada da aile, çocuklar, arkadaş ve sosyal desteğin de uyumu olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Piwonka and Merino, 1999).

Çalışmada Deney grubunda uyumun evli olanlar ile birlikte, bekâr ve ocuk sahibi olmayanlarda da yüksek olduğu belirlenirken, kontrol grubunda ise bekâr olanların ve ocuk sahibi olmayanların uyum sorunlarını daha fazla yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin de olumsuz etkilendiği ancak yüksek olduğu belirlendi. Telefon danışmanlığının deney grubunda olumlu yönde yaşanan bu farklılığın, telefon danışmanlığı ile desteklenme ile yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Stomalı hastaların eğitim düzeyi arttığıka uyum sorunlarını daha fazla yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği üzerinde durulmaktadır. Karabulut ve arkadaşlarının çalışmasında (2014) eğitim seviyesi yükseldikçe insanların sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda daha çok bilinçlenerek, sağlıklı ve iyi olma adına mükemmeliyetçi anlayış ve beklentilerinin arttığına dikkat çekilmektedir (Karabulut et al.,2014).

Çalışmada deney grubunda eğitim durumuna göre görüşmeler arasında anlamlı yükselme olduğu, en az farkın ise, yükseköğretim mezunlarında görüldüğü belirlendi. Kontrol grubunda ise; ilköğretim ve ortaöğretim mezunlarında görüşmeler arası ölçek toplam puanlarının arttığı ancak yükseköğretim mezunlarında bu artışın çok da önemli olmadığı belirlendi,

Yükseköğretim mezunlarının tedavi sonucundan beklentilerinin yüksek, daha fazla bilgi sahibi olmalarının ve bilgiye ulaşma açısından olanakları daha iyi kullanarak bilgilenmelerinin stomaya uyumlarının yanı sıra yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine yol açtığı söylenilebilir.

Literatürde mesleki düzey ile stomaya uyum ve yaşam kalitesi açısından bir farklılık olmadığından söz edilmektedir. Bekkers ve arkadaşlarının (1996) ve Nishigaki ve arkadaşlarının çalışmasında (2007) stomalı hastaların uyumlarının mesleki durum açısından farklılık göstermediği bildirilmektedir.

Çalışmada, ev hanımlarının stomaya uyum konusunda zorlandıkları II. görüşmede uyum başlamasına karşın diğer mesleklere göre daha düşük düzeyde olduğu (Tablo 6); II. görüşmede yaşam kalitesi puanlarının çok yükselmediği ancak, III. görüşmede uyumun istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı saptandı (Tablo 7).

III. görüşmeye kadar ev hanımlarının uyumunda hızlı bir gelişmenin gözlenmemesinde grubu kadınların oluşturması ve kadınlarda da uyumun erkrklere göre daha düşük olmasının etkili olduğu söylenilebilir.

### **7.2.3. Hastaların Stoma Özellikleri ile Puan Ortalamalarının Tartışılması**

Stomalı hastaların stoma açılma nedenlerinin, stomaya uyumlarını ve yaşam kalitelerini etkilediği bildirilmektedir. Literatürde kanser dışı stoma açılan hastaların yaşam kalitelerinin daha iyi fakat stomaya ait sorunlar ve endişelerin benzer olduğu belirtilmektedir (Krouse et al., 2009; de la Quintana Jimenez et al., 2010). Kronik hastalık ya da kanser tanısı konan hastalarla yapılan bir çalışmada, hastalık özelliklerine bağlı bireylerin uyumlarının çok fazla değişmediği bildirilmektedir (Bekkers, et al., 1996), Kjeldsen ve arkadaşları (1999). Turnbull ve arkadaşları (2004) kanser nedeni ile stoma açılan hastaların profesyonel destek ve yoğun izlemin hastaların sağlık durumlarını olumlu etkilediğine ve hastaların memnuniyetinin arttığına dikkat çekmektedir

Literatür bilgilerine benzer şekilde bu çalışmada da, kanser nedeni ile stoma açılan hastaların uyumlarının ve yaşam kalitelerinin, kanser dışı nedenler ile stoma açılan hastalara göre daha iyi olduğu ve giderek stomaya uyumlarının ve yaşam kalitelerinin yükseldiği belirlendi.

Kanser hastalarında var olan bir tedavi/bakım sürecinden sonra stoma açılmasının, sürece uyum sağlamada önemli etken olduğu, stomalarını daha kolay kabul etmelerinin stomaya uyumlarını ve yaşam kalitelerini yükselttiği söylenebilir.

Hastaların stomalarının geçici/kalıcı olma durumlarının stomaya uyumlarını ve yaşam kalitelerini etkilediğinden söz edilmektedir. Karabulut ve arkadaşlarının çalışmasında stoması kalıcı olan hastaların uyumlarının daha yüksek olduğu, planlı grup görüşmeleri yapılan deney grubunun uyum puanlarının anlamlı bir şekilde arttığı bildirilmektedir.

Çalışmada ise, kalıcı stoması olan hastaların görüşmeler arası stoma uyum puanlarının yüksek olduğu ve bu puanların grubun uyum puanlarını etkilediği ve Deney grubunun stomaya uyumlarında anlamlı iyileşme görülürken yaşam kalitelerinde her iki grupta da zamanla anlamlı iyileşmeler olduğu belirlendi.

Karabulut ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarına benzerlik gösteren sonuçlar ile ilgili olarak, stoması kalıcı olanların stoma ile yaşama uyum sağlamada zorunluluk hissetmelerinin ve bu biçimde yaşamlarını sürdürmeye alışmaları gereğine inanmalarının, stomaya uyumu arttırdığı söylenebilir.

### **7.3. Deney Grubu Telefon Danışmanlığı Hizmetinden Elde Edilen Verilerin Tartışılması**

Profesyonel bakım desteği ile stomalı hastaların stomaya uyum sürecinde daha az sorun yaşadıkları ve stoma yaşam kalitelerinin yükseldiği bildirilmektedir.

Literatürde hastaların stoma bakımını doğru şekilde yönetebilmeleri için stoma bakım ürünleri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmalarına dikkat çekilmektedir (Husain and Cataldo, 2008; Butler, 2009). Ayrıca hastalar için taburculuk sonrası en öncelikli durumun stoma bakımı olduğunu vurguladıkları bildirilmektedir (Simmons et al.,2009) . Bir çalışmada hastaların telefon görüşmeleri ile öncelikle stoma bakımları konusunda desteklendikleri belirtilmekte (Zhang et al., 2013), başka çalışmalarda stomalı hastaların



kendi bakımlarını yapmalarının önemine dikkat çekilmektedir (Piwonka and Merino, 1999; Zhang et al., 2013; Turnbull et al, 2005) Son yıllarda hastaneden kaynaklanan infeksiyonların engellenmesi ve hastane ücretlerinin azaltılmasında erken taburculuk uygulamasının güncellik kazandığı ancak, bir dezavantaj olarak hastaların stoma bakımını tam olarak öğrenmeden taburcu olmalarına neden gösterilmektedir (Bohnenkamp et al., 2004). Richbourg ve arkadaşları (2007) hastaların stoma bakım sorunlarını azaltmanın ideal yolunun, ameliyat öncesi dönemde stoma bakım eğitiminin başlaması, stoma yerinin hasta işbirliği ile işaretlenmesi yanısıra taburculuk öncesi için gerekli bilgilendirmenin yapılması ve stoma bakımının hasta tarafından yapılabilmesi olduğu vurgulanmaktadır. Erken taburculuk yaklaşımı ameliyat öncesi dönemde stoma eğitiminin başlanması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Çalışmada, hastaların eğitimlerinin ameliyattan sonra başladığı ve stoma yerinin işaretlenmediği anlaşıldı. Bu tür yaklaşımların gerçekleştirilmediği, yazılı ve görsel kaynaklarla eğitim ile desteklenmediği durumlarda hastaların uyumlarının ve yaşam kalitelerinin olumsuz olarak etkilendiği söylenebilir.

Stoma açıldıktan sonra hastaların yaşadıkları sorunların farklılık gösterdiği belirtilmektedir. Literatürde stoması olan bireylerin yaşadığı en önemli sorunlardan birinin koku olduğunu en çok kolostomisi olan ve sızıntı sorunu yaşayanların koku sorunu yaşadığına vurgu yapılmakta (Brown and Randle, 2005; Simmons et al, 2007) ve hastaların dışkı sızıntısına bağlı olarak cilt sorunları yaşadıkları belirtilmekte (Bekkers et al., 1997; Addis, 2003; Karadag et al., 2003; Harris et al., 2004), çalışmalarda hastaların banyo, beslenme, uyku alışkanlıklarının değiştiğine ve bu konuda yaşadıkları sorunlara dikkat çekilmektedir (Celasin et al., 2011; Karabulut et al; 2014).

Çalışmada, 1-6 haftalarda bireyler, fizyolojik olarak en çok dışkı sızıntısı, cilt ülserasyonları, istemsiz ve sesli gaz çıkışı, koku gibi sıkıntılar yaşadıkları gözlemlendi. Ayrıca, stoma bakımlarını yapmada ve torba-adaptör kullanmada zorlandıkları, giyinme tarzlarının, beslenme alışkanlıklarının, uyku düzenlerinin ve boşaltım alışkanlıklarının değiştiği, bu konularda danışmanlık istedikleri, en çok fizyolojik sorunlara ve stoma bakımına yönelik danışmanlık gereksinimi duydukları belirlendi. Özellikle stoma açılmasını takiben 1-6. haftalar arasında hastaların en fazla stoma bakımı ve fizyolojik sorunlar ile ilgili desteklenmeye gereksinim duyduklarını belirtmeleri, sosyal yaşamdan izole olmalarına ve depresif duygular içine girmelerine neden gösterilebilir.

Stomalı hastaların sosyal sorunların yanında cinsel sorunları da yoğun yaşadıklarından söz edilmektedir. Stomalı hastalar fiziksel görünümdeki değişikliklere ek olarak cinsel ilişki sırasında torbanın açılacağı, dışkı sızıntısı ve koku olacağı korkusunun, cinsel hayatı olumsuz yönde etkilediği, bu nedenlerin cinsel aktivite sıklığında, istekte ve zevk almada azalma gibi sorunlara yol açtığı üzerinde durulmaktadır (Junkin and Beitz, 2005). Stomalı hastalarda, normal cinsel aktivitede yetersiz olma veya başlamaktan korkmanın, üzüntü, kızgınlık, suçluluk hislerine kaynak oluşturulduğu bildirilmektedir (Sprunk and Alteneder, 2000; Junkin and Beitz, 2005).

Çalışmada 6-10 haftalar arası görüşmelerde stomalı hastaların cinsel yaşam ile ilgili danışmanlığa gereksinim duyduğu belirlendi. Stoma bakımı konusunda öz güveni gelişen, kendi bakımını üstlenmede yeterli olduğuna inanan ve bakım konusunda sorun yaşamayan hastalarda cinsel açıdan danışmanlık isteğinin ortaya çıkabileceğine dikkat çekilmektedir.

Stomalı hastaların çoğunun stoma açılma nedeninin kanser olmasından dolayı kemoterapi aldığı bildirilmektedir. Fingren arkadaşları (2013) çalışmasında hastaların ameliyat sonrası 6 aylık periyotta kemoterapi tedavisi aldıklarını, Fucini ve arkadaşları (2008) stomalı hastaların stoması olmayanlara göre daha fazla kemo-radyoterapi tedavisi aldıklarını, Karabulut ve arkadaşları (2014) ise stomalı hastaların yarısından çoğunun kemoterapi ve/veya radyoterapi aldıklarını bildirilmektedir. Leyk ve arkadaşları (2014) kemoterapi alınan dönemlerde stomalı hastaların ishal sorunları yaşadıklarına ve bu dönemde sosyal desteğe gereksinim duyduklarına dikkat çekmektedir.

Bu çalışmada da deney grubunun çoğunluğunun, Leyk ve arkadaşlarının (2014) çalışmasına benzer şekilde kemoterapi/radyoterapi tedavisi alırken stomaları ile ilgili olarak yapmaları gerekenler konusunda danışmanlık gereksinimi duydukları belirlendi. Stoma açılmasını izleyen 6-10. haftalarda daha fazla sosyal sorun yaşadıkları, özellikle kemoterapi ve/veya radyoterapi tedavisi alırken yapmaları gerekenler konusunda endişeli oldukları ve danışmanlığa gereksinim duydukları belirlendi. 6-10. haftalarda hastaların çoğunlukla sosyal ve cinsel sorunları konusunda danışmanlık hizmeti aldığı ve fizyolojik sorunlar ile ilgili danışmanlık taleplerinin azaldığı, en çok dışarı çıkarken ve kemoterapi ve/veya radyoterapi tedavisi alırken nelere dikkat etmeleri konusunda daha az olarak cinsellik, ibadet ve spor konularında danışmanlık talep ettikleri; stomalı

hastaların stomaları nedeni ile yaşadıkları sorunlara ek olarak çoğunun kanser ve tedavisine bağlı sorunları da yoğun olarak yaşadıkları görüldü (Tablo 11). Kanser olmanın olumsuz getirilerinin bireyler için sorun olmasının doğal karşılanması gerektiği kanısındayız.

Hastaların yaşadıkları fizyolojik ve sosyal sorunların yanında bazı stoma komplikasyon sorunları da yaşadıkları görülmektedir. Karabulut ve arkadaşlarının (2014) ve Richbourg ve arkadaşlarının çalışmalarında (2007) hastalarda en sık görülen komplikasyonun cilt ülserasyonu olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada hastaların çoğunlukla ileostomisinin olması nedeni ile dışkı sızıntısına bağlı torba ve adaptörde açılma nedeniyle torba ve adaptörü sık değiştirmek zorunda kaldıklarını ifade ettikleri bunun sonucunda ise cilt ülserasyonlarının arttığı bildirilmektedir.

Bu çalışmada da önceki çalışma sonuçlarını destekli özellikte en sık görülen komplikasyonun cilt ülserasyonları olduğu bulundu. Cilt ülserasyonlarının dışında nadir olarak hastalara stoma çevresinde fitik, karında şişkinlik, mukokünötoz ayrılma, retraksiyon, stoma prolapsusu gibi komplikasyonlara ilişkin sorunlar yaşayabildikleri ve bu konularda da danışmanlık hizmetine gereksinim duyulduğu belirlendi (Tablo 10).

Hastaların istedikleri zaman istedikleri konularda bilgi almak üzere yaklaşımda bulunmalarının bakımın niteliğini ve sürekliliğini olumlu yönde etkileyeceğine dikkat çekilmektedir. Telefon danışmanlığı ile istenilen etkinin oluşturulması oldukça önemlidir. Literatürde farklı hasta gruplarında taburculuk sonrası ilk bir ay içerisinde telefon danışmanlık sayısının 2-4 arasında olmasının istenilen etkinin oluşmasında yeterli olacağı üzerinde durulmaktadır (Wong et al., 2004; Coleman et al., 2006; Salonen et al., 2009). Zhang ve arkadaşlarının stomalı hastalarla yaptıkları çalışmasında (2013) ilk bir ay içerisinde hastaları kendileri üç kez arayarak telefon ile izledikleri ve böylece istenilen etkiye ulaştıklarını bildirilmektedir.

Çalışmada 1-6 haftalar arasında telefon ile danışmanlık alma sayısının ortalama  $3,57 \pm 0,86$  (2-5), 6-10 haftalarda ise  $1,97 \pm 0,56$  (1-3) olduğu stoma ile yaşamaya uyum sağlandıkça telefon danışmanlığı hizmeti alma sayılarının azaldığı saptandı.

Literatür bilgisini ve önceki çalışma sonuçlarını destekleyen sonucun, zamanla iyileşme sağlandıkça stomaya uyumun artması ve ilgili sorunların azalmasından kaynaklandığı ve bu durumun hastaneye başvuru sayısında azalmaya yol açarak,

böylece hastane hizmetlerinin gereksinimi olan bireylere verilmesine olanak sağlayacağı söylenebilir

Telefon danışmanlığı ile çözülemeyecek sorunlarda hastaların tedavi/bakımlarının sürdürülmesinde rehberlik edilerek gerekli birimlere yönlendirip ve sorunların çözülmesi konusunda danışmanlık yapılması gerekli ve önemlidir.

Zhang ve arkadaşları (2013) stomalı hastalarla yaptıkları telefon takip çalışmasında hastaları Stomaterapi Polikliniği'ne, kendi hekimlerine, acil servise yönlendirdiklerini bildirmişlerdir. Bu çalışmada da Zhang ve arkadaşlarının (2013) çalışmasına benzer şekilde, 1-6. Haftalarda 2 hastanın ameliyat eden hekime, 4 hastanın Stomaterapi Polikliniği'ne; 6-10. Haftalarda ise 4 hastanın Stomaterapi Polikliniği'ne yönlendirildiği belirlendi (Tablo 10, Tablo 11).

Hastaların sorunlarının erken farkedilerek, gerekli tedavi/bakımı için yönlendirilmesi hastaların daha büyük sorunlar ile karşılaşma olasılığını azaltıcı bir yaklaşım olacaktır, kanısındayız.

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 8.1. SONUÇLAR

Telefon danışmanlığı hizmetinin, bağırsak stoması olan bireylerin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek ve telefon danışmanlığının olumlu katkısını sağlamak üzere öneriler getirmek amacıyla planlanarak yapılan bu araştırmadan aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

-İlk görüşmede bireylerin tanıtıcı özelliklerin stomaya uyumunu ve stoma yaşam kalitelerini etkilemediği, II. ve III görüşmelerde iki grupta da anlamlı iyileşmeler olduğu, deney grubunun kontrol grubuna göre stomaya uyumunda anlamlı farklılık görüldüğü belirlendi (Tablo 4).

- Deney ve kontrol grubunda Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği'nin Genel Toplam ile Kabul Etme ve Sosyal Uyum alt boyut puan ortalamalarının; ilk görüşmede düşük, benzer iken, deney grubunda kontrol grubuna göre II. ve III. görüşmelerde stoma ile yaşama uyumun daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4).

-Deney ve kontrol grubunda Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği'nin Kaygı/ Endişe ve Öfke alt boyutları puan ortalamalarında, zamanla görüşmeler arasında bir farklılık oluşmadığı, deney grubundaki hastaların stoma bakımları konusunda Kontrol grubundaki hastalardan daha fazla sorumluluk aldığı, bu durumun hastalarda stoma bakımını yapmayı öğrenme ve bakımları ile başa çıkma döneminde kaygı/endişe ve öfke duygularını daha fazla yaşamalarına sebep olduğu, III. görüşmede deney grubunun puanlarının tekrar yükseldiği belirlendi (Tablo 4).

-Deney ve kontrol grubunda Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği" Genel Memnuniyet puan ortalamalarının stoma açılmasını takiben ilk haftalarda en düşük olduğu ve zamanla giderek arttığı, bu artışın (1) İş/Sosyal Yaşam, (2) Cinsellik/ Beden imajı (3) Stoma Fonksiyonu alt boyutlarının tümünde görüldüğü, İş/Sosyal Yaşam alt boyutunda stoma açıldıktan sonraki ilk üç aylık zamanda en az artış olduğu belirlendi (Tablo 5).

-Deney ve kontrol grubunda tüm tanıtıcı özelliklerde ve stoma özelliklerinde yaş gruplarına göre I. görüşmedeki ölçek toplam puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı II. ve III. görüşmelerde deney grubunun ölçek toplam puanları, kontrol grubundan daha yüksek olduğu belirlendi ( $p>0,05$ )

- Deneysel ve kontrol grubunda en çok 50 yaş altı hastaların, kadın hastaların, bekârların, çocuğu olmayanların, yüksek öğretim mezunu olan hastaların, ev hanımlarının, kanser dışı nedenler ile stoma açılan, geçici stoması olan hastaların uyum sorunlarını daha fazla yaşadığı ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlendi.

-Hastaların stoma bakım eğitimlerinin ameliyattan sonra başladığı ve stoma yerinin işaretlenmediği,

-Stoma açılmasını takiben 1-6. haftalar arasında hastaların en fazla stoma bakımı ve fizyolojik sorunlar ile ilgili desteklenmeye gereksinim duydukları ve en çok dışkı sızıntısı, cilt ülserasyonu, istemsiz ve sesli gaz çıkışı, koku gibi sıkıntılar yaşadıkları, stoma bakımlarını yapmada ve torba-adaptör kullanmada zorlandıkları, giyinme tarzlarının, beslenme alışkanlıklarının, uyku düzenlerinin ve boşaltım alışkanlıklarının değiştiği, bu konularda danışmanlık istedikleri,

--6-10. haftalarda daha fazla sosyal sorun yaşadıkları özellikle kemoterapi ve/veya radyoterapi tedavisi alırken yapmaları gerekenler konusunda endişeli oldukları ve danışmanlığa gereksinim duydukları, cinsel sorunları konusunda danışmanlık hizmeti aldığı ve fizyolojik sorunlar ile ilgili danışmanlık taleplerinin azaldığı, en yüksek komplikasyon cilt ülserasyonları olduğu, nadir olarak hastalara stoma çevresinde fitik, karında şişkinlik, mukokünötoz ayrılma, retraksiyon, stoma prolapsusu gibi komplikasyonlara ilişkin sorunlar yaşayabildikleri ve bu konularda da danışmanlık hizmetine gereksinim duyulduğu,

-1-6 haftalar arasında telefon ile danışmanlık alma sayısının ortalama  $3,57 \pm 0,86$  (2-5), 6-10 haftalarda ise  $1,97 \pm 0,56$  (1-3) olduğu stoma ile yaşamaya uyum sağlandıkça telefon danışmanlığı hizmeti alma sayılarının azaldığı,

-1-6. Haftalarda 2 hastanın ameliyat eden hekime, 4 hastanın Stomaterapi Polikliniği'ne, 6-10. Haftalarda ise 4 hastanın Stomaterapi Polikliniği'ne yönlendirildiği belirlendi.

## 8.2. ÖNERİLER

-Stomalı bireylerin bakım ve eğitimlerinde telefon danışmanlığı hizmetinin hemşirelik bakım uygulamaları içerisinde yer alması ve yaygınlaştırılması,

- Stomaya uyum sorunlarını en çok yaşayan ve yaşam kalitelerinin en düşük olan 50 yaş altı hastaların, kadınların, bekârların, yükseköğretim mezunlarının telefon danışmanlığı ile desteklenmesi,

-Stomalı hastaların en çok sorun yaşadıkları 1-6. haftalarda özellikle fizyolojik sorunları ve bakım becerilerini geliştirmeleri 6-10. haftalarda ise sosyal sorunları ile baş etme konusunda teşvik edilmesi ve desteklenmesi fizyolojik ve sosyal sorunlar ile bakım becerilerini geliştirmeleri konusunda en çok sorun yaşadıkları 1-6. haftalardan 10. haftaya kadar desteklenmesi ve sosyal yaşama uyum konusunda teşvik edilmesi,

-Telefon danışmanlığının stomalı hastaların sosyal uyumlarını ve yaşam kalitelerini belirlemeye yönelik benzer çalışmaların daha geniş popülasyonda uygulanması önerilmektedir.

## 9.EKLER

### EK-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ İZİN FORMU

“Bağırsak Stoması Olan Hastalarda Telefon Danışmanlık Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisi” isimli bir araştırmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını ve araştırma içeriğini bilmeniz önemli olduğunu düşünüyoruz.

Telefon danışmanlığının bağırsak stoması olan hastaların yaşam kalitelerine etkisini belirleyerek yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik öneriler getirmek amacı ile yapılacak olan bu araştırma, doktora tezi olarak hazırlanacaktır. Bu araştırmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Araştırmaya katılmaya karar verdiğinizde “Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu”nu imzalamanız gereklidir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Yazılı Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formunu imzaladığınızda, araştırmacı ve birim çalışanlarının orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişmesine izin vermiş olacaksınız, ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma sürecinde, araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde ettiğimizde siz veya yasal temsilcisiniz zamanında bilgilendirilecektir. Bu araştırmaya katılarak stomalı hastaların yaşam kalitesinin olumlu yönde katkıda bulunmuş olacaksınız. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu araştırma için sizden herhangi bir ücret alınmayacak, size de hiçbir ücret ödenmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’ndan da herhangi bir ücret alınmayacaktır. İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Seçil Taylan

Yukarıda sözü geçen araştırmanın; amacı, uygulama süresi, uygulanacak araçlar ve yöntem konusunda bilgilendirildim. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı, soyadı:

İmza:

Adres:

Tel:



**EK-2 BAĞIRSAK STOMASI OLAN BİREYLERE YÖNELİK SORU FORMU**  
**A. TANITICI ÖZELLİKLER**

1. Adı Soyadı:

\_\_\_\_\_

2. Adres:

\_\_\_\_\_

3. Telefon:

\_\_\_\_\_

Ulaşılamadığı takdirde ulaşılabilecek 2. telefon:

\_\_\_\_\_

4. Cinsiyet:  Kadın  Erkek

5. Yaş: \_\_\_\_\_

6. Medeni durum:  Evli  Bekar

7. Çocuk sahibi olma durumu:  Evet  Hayır

8. Eğitim durumu:  Okur yazar değil  Okur yazar   
İlköğretim

Ortaöğretim  Yükseköğretim

9. İşi / Mesleği: \_\_\_\_\_

10. Çalışma durumu:  Tam zamanlı  Yarım zamanlı  Çalışmıyorum

11. Sosyal güvence:  Var  Yok

12. Gelirini yeterli bulma durumu:  Yeterli  Yetersiz

Diğer -Belirtiniz.....

13. Evde kiminle yaşadığı  Yalnız  Ailesi ile

14. Şu anda Kemoterapi ve/veya Radyoterapi tedavisi görüyor olma durumu.

Evet  Hayır

## B. STOMAYA İLİŞKİN BİLGİLER:

16. Stomanızın süresi:  Geçici  Kalıcı
17. Stoma tipi :  End ileostomi  Loop ileostomi  
 End kolostomi  Loop kolostomi  
 Diğer .....
18. Stoma açılma nedeni:  Kanser  Yaralanma  
 İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı  
 Diğer - Belirtiniz.....
19. Stoma açılma zamanı: (.....)
20. Stoma Rengi:  Kırmızı  Pembe  Siyah
21. Stoma Cilt seviyesi:  
 Cilt seviyesinden yüksek  Düz  Retraksiyon  Prolapsus
22. Ameliyat öncesi stoma yeri işaretlemiş mi?  
 Evet ----- Stoma yerinizi kimin işaretlediğini belirtiniz. (-----)  
 Hayır
23. Şimdiye kadar stomanız ile ilgili herhangi bir sorun gelişti mi?  
 Evet -Belirtiniz .....  Hayır
24. Stoma bakımınızı kim(ler) yapıyor?  
 Kendi  Yardımla kendi  Yakını / Bakıcısı
25. Stoma bakımınızı kendiniz yapmıyorsanız nedenini belirtiniz.

**EK-3 OSTOMİLİ BİREYLERE YÖNELİK UYUM ÖLÇEĞİ**  
**(OSTOMY ADJUSTMENT INVENTORY: OAI)**

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Emin değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Stoma açılması ile iyileştiğimi 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 minnettarım					
16. Stomaya bakım yapmak zordur.					
17. Stomadan dolayı seksüel açıdan daha az çekici olduğumu düşünüyorum.					
18. Bir stomaya sahip olmak beni öfkeliendiriyor.					
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 olmasına rağmen değişik aktivitelere katılabilirim.					

**EK- 4 OSTOMİLİ BİREYLERE YÖNELİK YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ  
(ADAPTATION OF QUALITY LIFE SCALE FOR THE OSTOMY PATIENTS)**




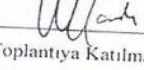
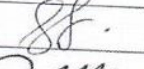
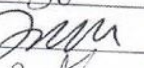
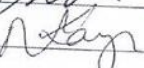
<b>1. Bölüm</b>					
1. Bölüm					
1. Şu anda genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyeti aşağıdaki çizgi üzerinde 0 – 100 arasında derecelendirip bir puanı daire içine alarak işaretleyiniz.					
0 tamamen memnuniyetsizliği, 100 tamamen memnuniyeti göstermektedir.					
0 ___10___20___30___40___50___60___70___80___90___100					
2. Geçen ay genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyeti aşağıdaki çizgi üzerinde 0 – 100 arasında derecelendirip bir puanı daire içine alarak işaretleyiniz.					
0 tamamen memnuniyetsizliği, 100 tamamen memnuniyeti göstermektedir.					
0 ___10___20___30___40___50___60___70___80___90___100					
<b>2. Bölüm</b>					
<b>Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız</b>					
<b>İFADELER</b>	<b>Asla 1</b>	<b>Nadiren 2</b>	<b>Ara sıra 3</b>	<b>Sık sık 4</b>	<b>Her zaman 5</b>
3. Zevk aldığım hobilere katılabiliyorum					
4. Arkadaşlarımla dışarı çıkabiliyorum					
5. Stomam okula devam etmeme veya çalışmama engel oluyor					
6. Stomam yüzünden seyahat etmek konusunda endişem oluyor					
7. Cinsel aktiviteden zevk alıyorum					
8. Kendimi çekici hissediyorum					
9. Cinsel partnerim (eş/arkadaş) stomamdan sıkıntı duyuyor					
10. Başkalarının stomam öğrenmesi beni rahatsız ediyor					
11. Torbami boşaltmaya ihtiyaç duyduğum zaman gizliliğimin sağlandığı bir alanın olmamasından endişe duyuyorum					
12. Elbiselerimin içinde kendimi rahat hissediyorum					
13. Yediğim yiyeceklerden memnunum					
14. Koku problemim var					
15. Bir arkadaşım ya da aile üyelerinden biriyle stomam hakkındaki duygularımı ve endişelerimi paylaşabiliyorum					
16. Gaz çıkışından utanıyorum (sesli gaz çıkışı ya da torbanın hızlı doluşu)					
17. Stoma malzemesinden sızıntı olacağından endişe duyuyorum					
18. Sosyal ortamlar sıkıntı duymama sebep oluyor					
19. Ameliyattan önce yaptığım ev işlerini ve aile görevlerini yerine getirebiliyorum					

## EK-5 ETİK KURUL İZİNİ

### T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
47		6 Kasım 2015

KARAR NO 16- Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Stomaterapi Polikliniği'nin katkılarıyla, Prof. Dr. Güler Aksoy yönetiminde, Öğr. Gör. Seçil Taylan tarafından yürütülmesi öngörülen, "Bağırsak Stomasi Olan Hastalarda Telefon Danışmanlık Hizmetinin Yaşam Kalitelerine Etkisi" başlıklı doktora tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadıoğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana  
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

## EK 6 KURUM İZİNİ



T.C.  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
Balcalı Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 45868485-900/  
Konu : Seçil TAYLAN'ın tez çalışması

Sayın Öğr.Gör. Seçil TAYLAN  
Öğretim Görevlisi

İlgi : 26.11.2015 tarih ve 38705 sayılı kayıtlı yazınız;

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi olan, Seçil TAYLAN' ın "Bağırsak Stoması Olan Hastalarda Telefon Danışmanlık Hizmetinin Yaşam Kalitelerine Etkisi" konulu çalışmanın doktora tezini Prof. Dr. Güler AKSOY yönetiminde hastanemizin Stomaterapi Polikliniğinde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilginize sunulur.

**e-imzalıdır**  
Prof.Dr. Rıza Dinçer YILDIZDAŞ  
Başhekim a.  
Başhekim Yardımcısı

Ek:1- Etik Kurul Kararı

## 10.KAYNAKLAR

Addis G. (2003) The effect of home visits after discharge on patients who have had an ileostomy or a colostomy. WCET Journal, 231: 26-33.

Akboy R., İkiz E. (2007) Psikolojik Danışma ve Rehberlikte Çağdaş bir Anlayış. Nobel, Ankara.

Akgün EZ., Yoldaş T. (2012) İntestinal Stoma. Kolon Rektum Hast Derg, 22:133-146.

Aksoy G., Çavdar İ. (2015) Sindirim Sistemi (Gastrointestinal sistem) Stomalarında Bakım. Nobel, İstanbul.

Allal AS., Bieri S., Pelloni A., Spataro V., Anchisi S., Ambrosetti P., Gertsch P. (2000). Sphincter-sparing surgery after preoperative radiotherapy for low rectal cancers: feasibility, oncologic results and quality of life outcomes. Br J Cancer, 82(6): 1131-1137.

Altuntas YE., Kement M., Gezen C., Eker H., Aydın H., Sahin F., Oncel M. (2012) The role of group education on quality of life in patients with a stoma. Eur J Cancer Care (Engl), 21(6): 776-781.

Antonio, R.D. (2009). A Group Intervention Model for Women Diagnosed with Cancer During the Prenatal or Postpartum Period. Massachusetts School of Professional Psychology, degree of Doctor of Psychology, Lesley

Aronovitch SA., Sharp R., Harduar-Morano L. (2010) Quality of life for patients living with ostomies: influence of contact with an ostomy nurse. J Wound Ostomy Continence Nurs, 37(6): 649-653.

Atabek TA., KA. (2010). Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri. Nobel, Kitabevi. Adana.

Avşar G. (2006). Klinik Hemşirelerinin Uyguladıkları Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Ananbilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Doç. Dr. Mağfıret Kaşıkçı).

Ayaz S. (2007) Stomalı Bireylerde Hemşirenin Rolü. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 27: 86-90.

Azzizadeh Forouzi M., Baneshi M. (2013) Developing patient education questionnaire in Iranian population. *Journal of Community Health Research*, 2(1): 39-49.

Bakker M, Fitch R, Gray ER, Bennett J. (2001) Patient health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. *Patient Educ Couns.*,43(1):61-71.

Barbara LD, Lorna JB, Patricia MM. (2007) The effects and expense of augmenting usual cancer clinic care with telephone problem-solving counseling. *Cancer Nurs.*,30(6):441-453.

Batton J. (2000) The effect of an activity based intervention on the psychosocial adjustment of cancer patients. Temple University Doctoral Dissertation.

Baxter NN., Novotny PJ., Jacobson T., Maidl LJ., Sloan J., Young-Fadok TM. (2006) A stoma quality of life scale. *Dis Colon Rectum*, 49(2): 205-212.

Beaver K, Latif S, Williamson S. (2010) An exploratory study of the follow-up care needs of patients treated for colorectal cancer. *J Clin Nurs.*, 19:3291-3300.

Beaver K., Williamson S., Chalmers K. (2010) Telephone follow-up after treatment for breast cancer: views and experiences of patients and specialist breast care nurses. *J Clin Nurs*, 19:19-20.

Bekkers MJ., Knippenberg FC., Borne HW., Henegouwen, GP. (1996) Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: the role of self-efficacy. *Psychosomatic Medicine*, 58: 183-191.

Bekkers MJ., van Knippenberg FC., van Dulmen AM., van den Borne H W., van Berge Henegouwen GP. (1997) Survival and psychosocial adjustment to stoma surgery and nonstoma bowel resection: a 4-year follow-up. *J Psychosom Res*, 42(3): 235-244.

Berger J, Topp R, Davis L, Jones J, Stewart L. (2009) Comparison of Web-based and face-to-face training concerning patient education within a hospital system. *J Nurses Staff Dev*, 25(3): 127-32.

Bergvik S., Wynn R., Sørli T. (2008) Nurse training of a patient-centered information procedure for CABG patients. *Patient Education and Counseling*, 70: 227–233.



Bilik Ö. (2006) Kalça Protezi Uygulanmış Hastaların Evde Telefonla İzlenmesinin İyileşmeye Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir,(Danışman: Prof.Dr. Alev Dramalı).

Bloemen JG., Visschers RG., Truin W., BeetsG. L., Konsten, JL. (2009) Long-term quality of life in patients with rectal cancer: association with severe postoperative complications and presence of a stoma. *Dis Colon Rectum*, 52(7): 1251-1258.

Bohnenkamp SK, McDonald P, Lopez AM, Krupinski E, Blackett A. (2004) Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies. *Oncol Nurs Forum*, 31(5):1005-1010.

Bossema ER., Seuntjens MWM., Marijnen CAM., Baas-Thijssen MCM., Velde, CJH., Stiggelbout AM. (2011). The relation between illness cognitions and quality of life in people with and without a stoma following rectal cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 20: 428-434.

Brandon AF, Schuessler JB, Ellison KJ, Lazenby RB. (2009) The effects of an advanced practice nurse-led telephone intervention on outcomes of patients with heart failure. *Appl Nurs Res.*, 22(4):1-7.

Brown H., Randle J. (2005) Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs*, 14(1): 74-81.

Brydolf M, Berndtsson I, Lindholm E, Berglund B. (1994) Evaluation of a Swedish version of the Ostomy Adjustment Scale. *Scand J Caring Sci*, 8(3):179-183.

Burch J. (2005a) Exploring the conditions leading to stoma-forming surgery. *Br J Nurs*, 14(2), 94-98.

Burch J. (2005b) Management of a high-output stoma in the community: case study. *Br J Community Nurs*, 10(9): 411-413.

Burch J. (2005c) The pre and postoperative nursing care for patients with a stoma. *Br J Nurs*, 14(6):310-318. doi: 10.12968/bjon.2005.14.6.17799

Burch J. (2005d) Psychological problems and stomas: a rough guide for community nurses. *Br J Community Nurs*, 10(5): 224-227.

Burch J. (2014) Stoma care in the community. *Br J Community Nurs*, 19(8): 396- 400.

Butler DL. (2009) Early postoperative complications following ostomy surgery. *J. Wound Ostomy Continence Nursing*, 36(5): 513-519.

Calman KC. (1984) Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *J Med Ethics*, 10(3):124-127.

Carlsson E., Berndtsson I., Hallen AM., Lindholm E., Persson E. (2010) Concerns and quality of life before surgery and during the recovery period in patients with rectal cancer and an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 37(6): 654-661.

Cebeci F, Celik, SS. (2007). Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce post discharge problems in CABG patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(3): 412-20.

Celasin H., Karakoyun R., Yilmaz S., Elhan AH., Erkek B., Kuzu M A. (2011) Quality of life measures in Islamic rectal carcinoma patients receiving counselling. *Colorectal Dis*, 13(7): 70-175.

Cesaretti IU., Santos VL., Vianna LA. (2010) Quality of life of the colostomized person with or without use of methods of bowel control. *Rev Bras Enferm*, 63(1): 16-21.

Charua-Guindic L., Benavides-Leon CJ., Villanueva-Herrero JA., Jimenez-Bobadilla B., Abdo-Franci JM., Hernandez-Labra E. (2011) Quality of life in ostomized patients. *Cir Cir*, 79(2):149-155.

Cheng F., Meng AF., Yang LF., Zhang YN. (2013) The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a permanent colostomy: a descriptive study. *Ostomy Wound Manage*, 59(7): 35-38.

Chewitt M, Fallis WM, Suski MM. (1997) The surgical hotline. *JONA*, 27(12): 42-49.

Clark J. (2005a). Colostomy guide. from United Ostomy Association.

Clark, J. (2005b). Ileostomy Guide from United Ostomy Association.

Coca C., Fernandez de Larrinoa I., Serrano R., Garcia-Llana H. (2015) The impact of specialty practice nursing care on health-related quality of life in persons with ostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 42(3): 257-263.

Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min S. (2006) The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.*, 166: 1822-1828.

Colwell JC., Gray M. (2007) Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? *J Wound Ostomy ContenanceNurs*,34(5):492-496.

Colwell JC., Salinger RD., Zuckerman M. (2012) Special to OWM: support for ostomy patients: friends of ostomates worldwide-USA. *Ostomy Wound Manage*, 58(12): 16.

Colwell JC., Schuller N. (2013) Looking back: a review of classic ostomy literature in the WOCN society's official publication. *J Wound Ostomy Contenance Nurs*, 40(4): 343-348.

Cox K, Wilson E.(2003) Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions. *J Adv Nurs*, 43(1):51-61.

Crespo Fontan B., Caparros Sanz M R., Lainez Pardos P L., Davin Durban I. (2010) To evaluate the quality of life and peristomal skin ostomy patient with the new device Sensura. *Rev Enferm*, 33(10): 16-22.

Çam O., Gümüş AB. (2006) Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3): 52-60.

Dabirian A., Yaghmaei F., Rassouli M., Tafreshi, M Z. (2010). Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence*, 5: 1-5.

Danielsen AK., Soerensen EE., Burcharth K., Rosenberg J. (2013) Impact of a temporary stoma on patients' everyday lives: feelings of uncertainty while waiting for closure of the stoma. *J Clin Nurs*, 22(9-10): 1343-1352.

de Gouveia Santos V L., Chaves EC., Kimura M. (2006) Quality of life and coping of persons with temporary and permanent stomas. *J Wound Ostomy Contenance Nurs.*, 33(5): 503-509.

de la Quintana Jimenez P., Pastor Juan C., Prados Herrero I., Perez Lopez C., Gonzalez Fuentes M., de Mena Casaseca C., Grupo Cooperativo Estudio Calidad de, V. (2010) A prospective, longitudinal, multicenter, cohort quality-of-life evaluation of an intensive follow-up program for patients with a stoma. *Ostomy Wound Manage*, 56(5): 44-52.

Deckard K., Dunn J., Lussier G., Sibling R. (2002) Relationship and Social-emotional Adjustment in Different Family Context. *Social Development*, 11(4): 571-588.

Demirel Ö. (2007) *Öğretme Sanatı*. 11. Baskı. Pegem Yayıncılık, Ankara, 117-125.

Doughty D. (2005) Principles of ostomy management in the oncology patient. *J Support Oncol*, 3(1): 59-69.

Edisan Z., Kadioğlu F. (2013) Yaşam kalitesi kavramının antik dönemdeki öncülleri. *Lokman Hekim Journal*, 3(3):1-4.

Egan G. (1997). *Psikolojik Danışmaya Giriş*. (Çev: F.Akkoyunlu). Ankara

Engel J., Kerr J., Schlesinger-Raab A., Eckel R., Sauer H., Holzel D. (2003) Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. *Ann Surg*, 238(2): 203-213.

Ertek S. (2011) Endokrinolojide tele-sağlık ve tele-tıp uygulamaları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2: 126-130.

Erwin-Toth P., Thompson S J., Davis, J S. (2012) Factors impacting the quality of life of people with an ostomy in North America: results from the Dialogue Study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 39(4): 417-422.

Fan R. (2007). Which care? Whose responsibility? And why family? A Confucian account of long-term care for the elderly. *J Med Philos*, 32: 495-517.

Fingren J., Lindholm E. Carlsson E. (2013). Perceptions of phantom rectum syndrome and health-related quality of life in patients following abdominoperineal resection for rectal cancer. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 40(3): 280-286.

Fitzpatrick R., Davey, C., Buxton, M. J., Jones, D. R. (1998). Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess*, 2(14):71-74.

Folkman S, Moskowitz JT. (2004) Coping: pitfalls and promise. *Ann Rev Psychol.*, 55:745-774.

Fucini C., Gattai R., Urena C., Bandettini L., Elbetti C. (2008) Quality of life among five-year survivors after treatment for very low rectal cancer with or without a permanent abdominal stoma. *Ann Surg Oncol*, 15(4):1099-1106.

Fukui S., Kugaya A., Okamura H., Kamiya M., Koike M., Nakanishi T., Imoto S., Kanagawa K., Uchitomi YA. (2000) Psychosocial group intervention for japanese

women with primary breast carcinoma a randomized controlled trial. *Cancer*, 89: 1026-1036.

Furukawa C., Sasaki Y., Matsui K., Morioka I. (2013) Health-related quality of life and its relevant factors in Japanese patients with a urostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 40(2): 165-170.

Gallant MP. (2003) The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research, *Health Educ Behav*, 30(2):170-195.

Galway K., Black A., Cantwell M., Cardwell C R., Mills M., Donnelly M. (2012) Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 11, CD007064.

Gervaz P, Bucher P, Konrad B. (2008) A prospective longitudinal evaluation of quality of life afterabdominoperinealresection. *J Surg Oncol.*,97:14-19.

Goldberg M., Aukett L. K., Carmel J., Fellows J., Folkedahl B., Pittman J. (2010)Management of the Patient With a Fecal Ostomy. Best Practice Guideline for Clinicians. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 37(6):596-598.

Gorman LM. (2008). *Psychosocial Nursing for General Patient Care*. Indiana: F.A. Davis Company.

Greenberg ME. (2000) Telephone nursing: Evidence of client and organizational benefits, *Nursing Economics*, 18(3): 117-123.

Hamashima C. (2002) Long-term quality of life of postoperative rectal cancer patients. *J Gastroenterol Hepatol*, 17(5): 571-576.

Hagan L., Morin D. Lépine R. (2000) Evaluation of telenursing outcomes: satisfaction, self-care practices, and cost savings. *Public Health Nursing*, 17( 4): 305-313.

Hannah B., Randle J. (2005) Living with a stoma: a review of the literature. *J. Clin Nurse*, 14: 74-81.

Harris R P., Daly K J., Jones L S., Kiff, E S. (2004) Stoma formation for functional bowel disease. *Colorectal Disease*, 6: 280–284.

Heetebry I, Hatcher M, Tabriziani H. (2005) Web based health education, e-learning, for weight management. *J Med Syst*, 29(6): 611-7.

Heiney S.P., McWayne J., Hurley TG. (2003) Telephone support for caregivers of patients with cancer, *Cancer Nursing*, 26(6): 439-447.

Hoch J., Yang M., Yan S., van den Broek N., Xie J., Warusavitarne J. (2013) A health-related quality-of-life study comparing Vitala continence control device versus traditional pouch system only in patients with end colostomy. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 25(6): 739-747.

Hunt SM., McKenna SP. (1992) The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy*, 22(3):307-319.

Husain SG., Cataldo TE. (2008) Late stomal complications. *Clinical Colon Rectal Surgery*, 21(1): 31-40.

Işık A., Meriç M. (2010) Hayatın kalitesi ( quality of life) kavramının felsefik temelleri; Aristo, Bentham ve Nordenfelt. *Ege Akademik Bakış/Ege Academic Review*10 ((1): 421-434.

Ito N., Ishiguro M., Uno M., Kato S., Shimizu S., Obata R., Kenichi K. (2012) Prospective longitudinal evaluation of quality of life in patients with permanent colostomy after curative resection for rectal cancer: a preliminary study. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 39(2): 172-177.

Ito N., Tanaka M., Kazuma K. (2005) Health-related quality of life among persons living in Japan with a permanent colostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 32(3): 178-183.

Ito N., Ishiguro M., Uno M., Kato S., Shimizu S., Obata R., Kenich, K. (2012) Prospective longitudinal evaluation of quality of life in patients with permanent colostomy after curative resection for rectal cancer: a preliminary study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 39(2):172-177.

Junkin J., Beitz JM. (2005). Sexuality and the person with a stoma: implications for comprehensive WOC nursing practice. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 32(2):

Karabulut HK., Dinc L., Karadag A. (2014) Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23: 2800-2813.

Karadag A., Baykara Göçmen Z., Korkut H., Çelik B. ( 2011) Ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması Adaptation of the ostomy adjustment inventory into Turkish Language *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 27(4): 206-211.

Karadag A., Menten BB., Uner A., Irkorucu O., Ayaz S., Ozkan S. (2003) Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *Int J Colorectal Dis*, 18(3): 234-238.

Karadag A., Öztürk D., Çelik B. (2011) Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Adaptation of Quality Life Scale for The Ostomy Patients into Turkish. *Kolon Rektum Hast Derg*, 21: 173-181.

Karadağ A., Menteş B., Ayaz S., İrkörücü O., Alabaz Ö. (2003) Kolostomili Hastaların Bakımına Yönelik Rehber Kitap. Ankara: Ayhun Ofset.

Karakoyun R., Yilmaz S., Elhan AH, Erkek B., Kuzu, MA. (2011) Quality of life measures in Islamic rectal carcinoma patients receiving counselling. *Colorectal Dis*, 13(7):70-175.

Kjeldsen BJ, Thorsen H, Whalley D, Kronborg O. 1999 Influence of follow-up on health-related quality of life after radical surgery for colorectal cancer. *Scand J Gastroenterol*, 34(5):509–515.

Knowles SR., Tribbick D., Connell WR., Castle D., Salzberg M., Kamm MA. (2014) Exploration of health status, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in stoma patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 41(6): 573-580.

Knowles SR., Wilson J., Wilkinson A., Connell W., Salzberg M., Castle D., Kamm MA. (2013) Psychological well-being and quality of life in Crohn's disease patients with an ostomy: a preliminary investigation. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 40(6), 623-629.

Koller M., Lorenz W. (2002) Quality of life: a deconstruction for clinicians. *JR Soc Med*, 95(10): 481-488.

Kosovan VM (2013) Comparative estimation of quality of life in patients with colostomy. *Klin Khir*, (1): 48-51.

Krist AH., Woolf SH., Johnson RE., Rothenich SF., Cunningham TD., Jones RM. (2010) Patient costs as a barrier to intensive health behavior counseling. *American Journal Prevention Medicin*, 38(3): 344-8.

Krouse R, Grant M, Ferrell B, Dean G, Nelson R, Chu D. (2007) Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *JSurgRes.*, 138(1):79–87.

Krouse RS., Herrinton LJ., Grant M., Wendel CS., Green SB., Mohler MJ. Hornbrook MC. (2009) Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: manifestations by sex. *J Clin Oncol*, 27(28): 4664-4670.

Larson-Dahn ML. (2001) Tel-e nurse practice quality of care and patient outcomes. *JONA*, 31(3):145-152.

Leyk M., Ksiaz J., Habel A., Dobosz M., Kruk A., Terech S. (2014) The influence of social support from the family on health related-quality of life in persons with a colostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 41(6): 581-588.

Li CC. (2009) Sexuality among patients with a colostomy: an exploration of the influences of gender, sexual orientation, and Asian heritage. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 36(3): 288-296; quiz 297-288.

Li CC., Rew L., Hwang SL. (2012) The relationship between spiritual well-being and psychosocial adjustment in Taiwanese patients with colorectal cancer and a colostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 39(2): 161-169; quiz 170-161.

Long, PH. (1960) On the quantity and quality of life. *Med Times*, 88: 613-619.

Low G., Molzahn AE. (2007) Predictors of quality of life in old age: a cross-validation study. *Res Nurs Health*, 30(2): 141-150.

Mahjoubi B., Mirzaei R., Azizi R., Jafarinia M., Zahedi-Shoolami L. (2012). A cross-sectional survey of quality of life in colostomates: a report from Iran. *Health Qual Life Outcomes*, 10: 136.

Mandzuk LL., McMillan DE., Bohm ER. (2015) A longitudinal study of quality of life and functional status in total hip and total knee replacement patients. *Int J Orthop Trauma Nurs*, 19(2):102-113.

Marinoff L. (2005). *Felsefi Terapi. Çeviren: Sökmen E. Gendaş Kültür*, İstanbul.

Martin, K.K. (1994) Enterostomal therapy nursing interventions and social adjustment of patients following ostomy surgery. Texas Woman's University, College Of Nursing. A Thesis Degree Of Master. Texas.

Mitchell KA., Rawl SM., Schmidt CM., Grant M., Ko CY., Baldwin CM., Krouse RS. (2007). Demographic, clinical, and quality of life variables related to embarrassment in veterans living with an intestinal stoma. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 34(5): 524-532.



Moore TJ, Alsabeeh N, Apovian CM. (2008) Weight, blood pressure, and dietary benefits after 12 months of a web-based nutrition education program (DASH for health): longitudinal observational study. *J Med Internet Res*, 10(4): 52.

Müezzioglu T. (2005) Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*, 1:25-29.

Nanovic LM, Jaffery JB. (2007) Identifying optimal chronic kidney disease patient education web sites: assessing e-health technology by content area experts. *International J Healthcare Inf Sys Inf*, 2(1): 36-43.

Naylor, MD., Mc Cauley, KM. (1999). The effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders hospitalized with common medical and surgical cardiac conditions. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(1): 44-54.

Negarandeh R., Dehghan Nayeri N., Shirani F., Janani L. (2012) The impact of discharge plan upon re-admission, satisfaction with nursing care and the ability to self-care for coronary artery bypass graft surgery patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(4):460-5.

Nichols TR. (2015a) Health-Related Quality of Life in Community-Dwelling Persons With Ostomies: The Physical Functioning Domain. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 42(4): 374-377.

Nichols TR. (2015b) Quality of life in US residents with ostomies as assessed using the SF36v2. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 42(1): 71-78.

Nishigaki M., Oya M., Ueno M., Arai M., Yamaguchi T., Muto T., Kazuma K. (2007). The Influence of Life Stage on Psychosocial Adjustment in Colorectal Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(4): 71-87.

Nugent KP., Daniels P., Stewart B., Patankar R., Johnson C D. (1999). Quality of life in stoma patients. *Dis Colon Rectum*, 42(12): 1569-1574.

Oberklaid F. (2002) Paediatric telephone advice. A major gap in quality services delivery. *J. Paediatr: Child Health*, 38(6): 6-7.

Oh HK., Han EC., Song YS., Seo MS., Ryoo SB., Jeong SY., Park KJ. (2015) Is the use of a support bridge beneficial for preventing stomal retraction after loop ileostomy? a prospective nonrandomized study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 42(4): 368-373.

Ozturk, O., Ulusahin, A. (2014). *Mental Health and Disorders*. Ankara: Tuna Press.

Pachler J., Wille-Jorgensen P. (2012) Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy. *Cochrane Database Syst Rev*, 12.

Patrick DL., Deyo RA. (1989) Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care*, 27(3): 217-232.

Peng J., Shi D., Goodman KA., Goldstein D., Xiao C., Guan Z., Cai S. (2011) Early results of quality of life for curatively treated rectal cancers in Chinese patients with EORTC QLQ-CR29. *Radiat Oncol*, 6: 93.

Persson E., Gustavsson B., Hellstrom AL., Lappas G., Hulten L. (2005) Ostomy patients' perceptions of quality of care. *J Adv Nurs*, 49(1): 51-58.

Peerson A., Aitken R., Manias E. (2002) Agency nursing in Melbourne, Australia: a telephone survey of hospital and agency managers. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5): 504-512.

Persson E., Hellstrom AL. (2002) Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 29(2): 103-108.

Pittman J. (2011) Characteristics of the patient with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 38(3): 271-279. doi: 10.1097/WON.0b013e3182152bbf

Pittman J., Bakas T., Ellett M., Sloan R., Rawl SM. (2014) Psychometric evaluation of the ostomy complication severity index. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 41(2): 147-157.

Pittman J., Kozell K., Gray M. (2009) Should WOC nurses measure health-related quality of life in patients undergoing intestinal ostomy surgery? *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 36(3): 254-265.

Pittman J., Rawl SM., Schmidt CM., Grant M., Ko CY., Wendel C., Krouse RS. (2008) Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 35(5): 493-503.

Piwonka MA., Merino JM. (1999) A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 26(6): 298-305.

Pomazkin VI. (2010) Assessment of the quality of life in patients with intestinal stomas. *Vopr Onkol*, 56(2): 182-184.

Powel LL. (2000) Quality of life in men with urinary incontinence after prostate cancer surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 27(3):174-178.

Pringle W., Swan E. (2001) Continuing care after discharge from hospital for stoma patients. *Br J Nurs*, 10(19):1275-1288.

Pucciarelli S., Del Bianco P., Toppan P., Serpentine S., Efficace F., Pasetto L M., Nitti D. (2008). Health-related quality of life outcomes in disease-free survivors of mid-low rectal cancer after curative surgery. *Ann Surg Oncol.*, 15(7): 1846-1854. doi: 10.1245/s10434-008-9923-0

Radziewics, MR., (2001), Self-care for the caregiver. *Nursing Clinics Of North America*, 36(4):855-867.

Reese JB., Finan PH., Haythornthwaite J A., Kadan M., Regan KR., Herman J. M., Azad NS. (2014) Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status. *Support Care Cancer*, 22(2): 461-468.

Richbourg L., Thorpe JM., Rapp CG. (2007) Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 34(1): 70-79.

Riley J. (1989) Telephone call-backs: final patient care evaluation. *Nursing Management*, 20( 9): 64-66.

Ross L., Abild-Nielsen AG, Thomsen BL., Karlsen RV., Boesen EH., Johansen C. (2007) Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma. *Support Care Cancer*, 15(5): 505-513.

Royds J., O'Riordan JM., Mansour E., Eguare E., Neary P. (2013) Randomized clinical trial of the benefit of laparoscopy with closure of loop ileostomy. *Br J Surg*, 100(10): 1295-1301.

Runge C., Lecheler J., Horn M., Tews JT., Schaefer M. (2006) Outcomes of a Web-based patient education program for asthmatic children and adolescents. *Chest*, 129(3): 581-93.

Russo H. (2001) Window of opportunity for home care nurses: telehealth technologies, *Online Journal of Issues in Nursing*, 6(3):5. Erişim: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume62001/No3Sept01/TelehealthTechnologies.aspx>. Erişim tarihi: 8 Haziran 2016

Salome GM., Almeida SA. (2014) Association of sociodemographic and clinical factors with the self-image and self-esteem of individuals with intestinal stoma. *j Coloproctol*, 34, 159-166.

- Salonen P, Tarkka MT, Kellokumpu-lehtinen PL. (2009) Telephone intervention and quality of life in patients with breast cancer. *Cancer Nurs.*, 32(3):177-190.
- Siassi M., Hohenberger W., Losel F., Weiss M. (2008) Quality of life and patient's expectations after closure of a temporary stoma. *Int J Colorectal Dis.*, 23(12): 1207-1212.
- Simmons, KL. (2014) A view from here: psychological issues in colostomy care. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 41(1):55-59.
- Simmons KL., Maekawa A., Smith JA. (2011) Culture and psychosocial function in British and Japanese people with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 38(4): 421-427.
- Simmons KL., Smith JA., Bobb KA., Liles LL. (2007) Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *J Adv Nurs*, 60(6): 627-635.
- Simmons KL., Smith JA., Maekawa A. (2009) Development and psychometric evaluation of the Ostomy Adjustment Inventory-23. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 36(1): 69-76.
- Sözen C. (2003) *Hemşirelikte Öğretim*, Palme Yayıncılık, Ankara.
- Spiegel D., Bloom J., Yalom I. (1981) Group support for metastatic cancer patients: a randomized prospective outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 38: 527-534.
- Sprangers MA, Taal BG, Aaronson NK, te Velde A. Quality of life in colorectal cancer. Stoma vs. nonstoma patients. *Dis Colon Rectum*. 1995;38:361-369.
- Sprunk E., Alteneider RR. (2000) The impact of an ostomy on sexuality. *Clin J Oncol Nurs*, 4(2):85-88.
- Sun V., Grant M., McMullen CK., Altschuler A., Mohler MJ., Hornbrook MC., Krouse RS. (2013) Surviving colorectal cancer: long-term, persistent ostomy-specific concerns and adaptations. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 40(1): 61-72.
- Suurmeijer TP., Waltz M., Moum T., Guillemin F., van Sonderen FL., Briancon S., van den Heuvel WJ. (2001) Quality of life profiles in the first years of rheumatoid arthritis: results from the EURIDISS longitudinal study. *Arthritis Rheum*, 45(2): 111-121.

Swan E. (2011) Colostomy, management and quality of life for the patient. *Br J Nurs*, 20(1): 24-28.

Szczepkowski M. (2002) Do we still need a permanent colostomy in XXI-st century? *Acta Chir Iugosl*, 49(2): 45-55.

Şenyuva E, Taşocak G. (2007) Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59): 100-106.

Taşocak G. (2003) Hasta Eğitimi. İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

Taylor C., Morgan L. (2011) Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment. *Eur J Oncol Nurs*, 15(1). 59-66.

Taylor C. (2008) Reviewing the follow-up care of colorectal cancer patients. *Gastroenterol Nurs.*, 6(5):29-34.

Taylor C.,Bradshaw E. (2013) Tied to the toilet: lived experiences of altered bowel function (anterior resection syndrome) after temporary stoma reversal. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 40(4): 415-421.

Tsunoda A, Nakao K, Hiratsuka K, Tsunoda Y, Kusano M. (2007) Prospective analysis of quality of life in the first year colorectal cancer surgery. *Acta Oncol.*,46(1):77-82.

Turnbull GB. (2005) Psychological adjustment after ostomy surgery: what do we know? *Ostomy Wound Manage.*,51(4):12-14.

Turnbull GB. (2006) Sexuality after ostomy surgery. *Ostomy Wound Manage*, 52(3): 14-16.

Turnbull GB, Colwell J, Erwin-Toth P. (2004) Quality of life: pre, post and beyond ostomy surgery. Clinician strategies for helping people with a stoma leads healthy, productive lives. *Ostomy Wound Manage*, 50(7A supp):1–12.

Valanis B, Tanner C, Moscato SR. (2003) A model for examining predictors of outcomes of telephone nursing advice. *J Nurs Admin*. 33: 91-95.

Velikova G., Stark D., Selby P. (1999) Quality of life instruments in oncology. *Eur J Cancer*, 35(11): 1571-1580.

Vironen JH., Kairaluoma M., Aalto AM., Kellokumpu IH. (2006) Impact of functional results on quality of life after rectal cancer. *Diseases of the Colon and Rectum*, 49: 568-78.

Wade BE. (1990) Colostomy patients: psychological adjustment to 10 weeks and 1 year after surgery in districts which employed stoma-nurses and districts which did not. *J Adv Nurs.*,15(11):1297-1304.

Walsh SM., Schmidt A. (2003) Telephone support for caregivers of patients with cancer, *Cancer Nursing*, 26(6): 448-453.

Werth SL., Schutte DL., Stommel M. (2014) Bridging the gap: perceived educational needs in the inpatient to home care setting for the person with a new ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 41(6): 566-572.

Whitlock WL, Brown A, Moore K. (2000) Telemedicine improved diabetic management. *Mil Med*, 8: 579-584.

Wong KW, Wong FKY, Chan MF. (2004) Effects of nurse-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Adv Nurs.*,49(2):210-222.

University Taylor SE., Falke RL., Shoptaw SJ., Lichtman RR. (1986) Social support, support groups, and the cancer patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5): 608-615.

Yaman Y., Bulut H. (2010) Kalp kapağı değişimi yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 18(4): 277-283.

Yang FY, Liu LH, Chen YF. (2003) Survey of nursing care needs for cancer patients after discharge. *Chin Tumor*, 12(5):269-271.

Yoo HJ., Kim JC., Eremenco S., Han OS. (2005) Quality of life in colorectal cancer patients with colectomy and the validation of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal (FACT-C), Version 4. *J Pain Symptom Manage*, 30(1): 24-32.

Yüceyar, S. (2013) İnflamatuar bağırsak hastalıklarında stoma uygulaması. In T. Akçal, Yamaner, S. Hamzaoğlu, İ. İnflamatuar bağırsak hastalıkları İstanbul: Epimat Ofset. Syf: 287-297.

Zhang JE., Wong FK., You LM., Zheng MC., Li Q., Zhang BY., Liu JL. (2013) Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients. *Cancer Nurs*, 36(6): 419-428.

Zimnicki KM. (2013) Preoperative stoma site marking in the general surgery population. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 40(5): 501-505.

Zimnicki K M. (2015) Preoperative teaching and stoma marking in an inpatient population: a quality improvement process using a FOCUS-Plan-Do-Check-Act model. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 42(2): 165-169.

Colorectal Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. (2012). Retrieved [http:// globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx) Erişim tarihi: 17 Ocak 2016.

Diyanet İşleri Bakanlığı Dini Sorular, Soru-Cevap. Retrieved <http://www.diyanet.gov.tr>, from Diyanet İşleri Bakanlığı, 2013. Erişim tarihi: 7 Mart 2016.

Guidelines for Telenursing Practice. (2014) Registered Nurses' Association of Nova Scotia, Telephone Nursing Practice Standards. . Erişim tarihi: 07. Haziran.2016.

T.C. Ministry of Health. Turkey cancer statistics. Ankara. (2016). Retrieved <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html> . Erişim tarihi: 19 Ocak 2016.

[http://www.icn.ch/networks/tele-aims-and-objectives;](http://www.icn.ch/networks/tele-aims-and-objectives) Erişim tarihi: 06.Mayıs.2016.

## 11. ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

Doğum Yılı : 1975  
Doğum Yeri : ADANA  
Sabit Telefon : T:  
Faks : F:  
E-Posta Adresi : staylan@cu.edu.tr taylansecil@gmail.com  
Web Adresi : <http://aves.cu.edu.tr/staylan/>  
Posta Adresi : ÇÜ Sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu



### EĞİTİM BİLGİLERİ

Doktora, HALIÇ ÜNİVERSİTESİ, Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik/Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 2013-  
Yüksek Lisans, ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ, Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik, 2010-2013  
Yüksek Lisans, ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ, Tıp Fakültesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi, 2006-2009  
Lisans, EGE ÜNİVERSİTESİ, Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik, 1993-1997

### YAPTIĞI TEZLER

Yüksek Lisans, "Acil Sağlık Ekibinin Ahlaki Duyarlılıklarının Belirlenmesi", ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Ocak, 2013.  
Yüksek Lisans, "Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirelerin Bağımsız Rollerini", ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Haziran, 2009.

### ARAŞTIRMA ALANLARI

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği  
Acil Tıp  
Genel Cerrahi

### SCI,SSCI,AHCI İNDEKSLERİNE GİREN DERGİLERDE YAYIMLANAN MAKALELER

Nazik E., Arslan S., Uzun O., Torun S., Taylan S., "Evaluation of pre-procedure anxiety levels for undergoing mammography women", HEALTHMED, vol.6, pp.1182-1186, 2012

### DİĞER DERGİLERDE YAYIMLANAN MAKALELER

Taylan S., Arslan S., "Yoğun Bakım Hastalarında Uyku Sorunu ve Hemşirelik Yaklaşımı", Sağlıkla Hemşirelik Dergisi, ss.50-51, 2014  
Taylan S., Alan S., Kadioğlu N.S., "Hemşirelik rolleri ve özerklik", Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi., cilt.3, ss.66-74, 2012  
Taylan S., Akıl Y., "Hayata Bir Pencere", Ostomi Dergisi, ss.22-24, 2005  
Taylan S., Akıl Y., Alabaz Ö., Akçam A.T. , "Stoma Komplikasyonları", Ostomi Dergisi, ss.2-3, 2005  
Taylan S., Akıl Y., "Yara İyileşmesi", Ostomi Dergisi, ss.19-22, 2005  
Taylan S., Akıl Y., Alabaz Ö., "Hemşirelerin Stoma Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Bakış Açılarının İncelenmesi", Ostomi



dergisi, ss.17-21, 2005

Akıl Y., Akbaş M., Taylan S., Alabaz Ö., "Stomalı Bireylerde Stomanın İbadet Üzerine Etkisinin İncelenmesi", Ostomi Dergisi, ss.23-24, 2003

Taylan S., Öztunç G., Akıl Y., Alabaz Ö., "Stomalı Hastaların Bakımda Kullandıkları Ürünlerle İlişkin Yaşadıkları Sorunlar ile Stoma Bakımına İlişkin Bilgi Gereksinimleri", Ostomi Dergisi, ss.13-17, 2003

Taylan S., "Hastanede Stoma Bakımı", Ostomi Dergisi, ss.25-26, 2003

Taylan S., Akıl Y., "Kolostomi Çeşitleri", Ostomi Dergisi, ss.19-20, 2001

#### **HAKEMLİ KONGRE/SEMPOZYUM BİLDİRİ KİTAPLARINDA YER ALAN YAYINLAR**

Arslan S., Deniz S., Taylan S., Erden S., Gezer D., "YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEN KLİNİĞE NAKLEDİLEN HASTALARIN YOĞUN BAKIM DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ", 3.doğu akdeniz hemşirelik kongresi, ADANA, TÜRKİYE, 26-29 Mayıs 2016, pp.53-54

Gözüyeşil E., Taylan S., İnel Manav A., Akıl Y., "Türkiye'de Bağırsak Stoması Olan Hastaların Benlik Saygısı ve Cinsel Doyumlarının Değerlendirilmesi", 3. Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi, ADANA, TÜRKİYE, 26-29 Mayıs 2016, pp.1-1

Arslan S., Taylan S., Gözüyeşil E., Küçükkaya G., İnce S., Akıl Y., "Hemşirelerin Çatışma ve Şiddete İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi", 3. Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi, ADANA, TÜRKİYE, 26-29 Mayıs 2016, pp.1-1

Taylan S., Arslan S., "IDENTIFICATION OF MORAL SENSITIVITY OF EMERGENCY HEALTH TEAM", 7th European Operating Room Nurses Congress , Roma, ITALYA, 7-10 Mayıs 2015, pp.1-1

Herek Y., Akbaş M., Taylan S., Alabaz Ö., "Stomalı Bireylerde Stomanın İbadet Üzerine Etkisinin İncelenmesi", 1. Ulusal Stomaterapi Kongresi ve Kursu , ADANA, TÜRKİYE, 25-28 Eylül 2002, ss.11-11

#### **KATILDIĞI BİLİMSEL KONGRE/SEMPOZYUM VE BİLİMSEL TOPLANTILAR**

Çukurova İntestinal Hastalıklar ve Cerrahisi Kongresi, , Mart 2016

3. Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi, Adana, Mayıs 2016

Hastane Öncesi Alanda Acil Tıbbi Müdahale Günleri, Adana, Mart 2016

Endnote X3 Kursu, Adana, Nisan 2015

Macromedia Flash kursu, Adana, Nisan 2015

IV. Çukurova Tıpmad ve Acil Tıp Günleri, Adana , Mart 2008

IV: Paramedik sempozyumu, Ankara, Nisan 2008

Kardiyopulmoner Resüsitasyon Kursu, İstanbul, Ocak 2008

I. Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi, Konya, Mayıs 2008

HTT-TRK Eğitimci Eğitimi Programı, Adana, Kasım 2008

III. Çukurova Koloproktoloji Sempozyumu, Adana, Nisan 2007

HTT-TRK Eğitimci Eğitimi Programı, Adana, Mayıs 2007

XVI. WCET Congress , Hongkong, Temmuz 2006

Temel Stoma Bakım Hemşireliği Kursu, Ankara, Eylül 2006

Ulusal Cerrahi Kongresi, Antalya, Mayıs 2006

VIII. ECET Congress, Helsinki, Haziran 2005

II. Çukurova Kolo-proktoloji Stoma Terapi Sempozyumu , Adana, Mayıs 2005

III. Temel Stoma Bakım Hemşireliği Kursu, Ankara, Mayıs 2005

I. Yara Bakım Kursu, Ankara, Eylül 2005

Uludağ Üniversitesi Stoma Terapi Sempozyumu, Bursa, Aralık 2004

II. Çukurova Kolo-proktoloji Sempozyumu ve Kursu, Adana, Mayıs 2004

I. Çukurova Koloproktoloji Sempozyumu ve Kursu, Adana, Haziran 2003

I. Ulusal Stoma Terapi Kongresi ve Kursu, Adana, Eylül 2002

I. Stoma Bakım Hemşireliği Kursu, Ankara, Kasım 2001

#### DAVETLİ KONGRE VE SEMPOZYUM GÖREVLERİ

Acil Bakım Hemşireliği Kursu, Davetli Konuşmacı, ADANA, TÜRKİYE, 2014

Hastane Öncesi Alanda Acil Müdahale Günleri, Davetli Konuşmacı, , TÜRKİYE, 2016

Travma Rallisi, Moderatör, , TÜRKİYE, 2015

İlk Yardım Eğitim programı, Davetli Konuşmacı, , TÜRKİYE, 2015

Acil Bakım Hemşireliği Kursu, Davetli Konuşmacı, ADANA, TÜRKİYE, 2013

Çukurova İntestinal Hastalıklar ve Cerrahisi, Davetli Konuşmacı, , TÜRKİYE, 2016

Çukurova İntestinal Hastalıklar ve Cerrahisi, Oturum Başkanı, , TÜRKİYE, 2016