

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

İNTESTİNAL STOMALI HASTALARDA STOMA
UYUMU VE ETKİ EDEN BİREYSEL ÖZELLİKLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Gamze KARAGÖZ

Referans no: 10115777

EDİRNE-2019

T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

İNTESTİNAL STOMALI HASTALARDA STOMA
UYUMU VE ETKİ EDEN BİREYSEL ÖZELLİKLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Gamze KARAGÖZ

Destekleyen kurum:

Tez No:

EDİRNE-2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y


Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
yüksek lisans programı çerçevesinde ve Prof. Dr. İsmail Yılmaz Fındık danışmanlığında yüksek
lisans öğrencisi Gözde (Kıvanç) Karagöz tarafından tez başlığı
"İnkontinanslı Stomak Hastalarında Stoma Uyumu ve Etki Eden
Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi"
olarak teslim edilen bu
tezin tez savunma sınavı 17.01.19 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "**Yüksek
Lisans Tezi**" olarak kabul edilmiştir.



İmza
Unvanı Adı Soyadı
JÜRİ BAŞKANI

Prof. Dr. Ayfer Öztürk

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE

Prof. Dr. İsmail Yılmaz Fındık


İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE

Dr. Sema Özgenç, Suciye Yılmazlı Tolay


İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr.
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında yardımını ve desteğini esirgemeyen, değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'a, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Asistanlarına, araştırmada yer alan hastalara, çalışma arkadaşlarıma, hayatımın her döneminde varlıklarıyla bana güç veren, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aileme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
TANIM VE ENDİKASYON	3
İNTESTİNAL STOMA TÜRLERİ.....	4
STOMANIN İNSAN ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ	6
İNTESTİNAL STOMALARDA KOMPLİKASYONLAR.....	7
İNTESTİNAL STOMA AMELİYATI ÖNCESİ HEMŞİRELİK BAKIMI.....	10
İNTESTİNAL STOMA AMELİYATI SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI	18
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	25
BULGULAR	30
TARTIŞMA... ..	42
SONUÇLAR.....	51
ÖZET... ..	53
SUMMARY.....	55
KAYNAKLAR.....	57
ŞEKİLLER LİSTESİ... ..	66
ÖZGEÇMİŞ... ..	67
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

Ark.	: Arkadaşları
EKG	: Elektrokardiyografi
BUN	: Kan Üre Nitrojen Testi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
NCSS	: Number Cruncher Statistical System

GİRİŞ VE AMAÇ

Gastrointestinal sistem ağızdan anüse kadar bir bütünlük oluşturmaktadır; içerdiği organlardan herhangi birisinin geçici ve kalıcı olarak cilde ağızlaştırılması stoma olarak isimlendirilmektedir (1). Stoma cerrahisi, gastrointestinal ya da üriner sisteme ilişkin kanserlerin, inflamatuvar bağırsak hastalıklarının ve travmaların cerrahi tedavisinde kullanılan yaygın bir girişimdir (2). Stoma, geçici (geri dönüşümlü) veya kalıcı (geri dönüşümsüz) olarak yapılabilmektedir. Kalın bağırsak tıkanıklığı, rektovaginal fistül, fekal peritonit, nekrotizan enterokolit, vb. hastalıklarda geçici stoma uygulanmaktadır. Rektum kanserlerinde, Crohn, ülseratif kolit, ailevi polipozis vb. hastalıklarda kalıcı stoma uygulanmaktadır (36).

Türkiye’de kolorektal kanserler, Sağlık Bakanlığı’nın istatistiklerine göre, 2011 yılı tahmini değerlerle, yüz binde 15,3 insidansla kadınlarda üçüncü sırada, yüz binde 26,3 insidansla erkeklerde dördüncü sırada görülen kanser türüdür (3). Stoma, bireyler için beden imajında oluşan ani bir değişimdir. Birey, bedeninde oluşan ani değişimle birlikte hastalığıyla, vücudunun değişen fiziksel fonksiyonları ve kişisel bakımı ile baş etmek durumunda kalmaktadır (4). Stomanın açılması hangi nedenle olursa olsun bireyin başkalarına bağımlı olmasına neden olmakta, fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik açıdan kendini iyi hissetmesini engellemekte ve bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (5).

Stoma ameliyatı nedeniyle bireyler, boşaltım alışkanlığında değişme, istemsiz gaz çıkışı, koku ve torbaya bağımlı olma, kendini diğerlerinden farklı görme, kendinden utanma, aile ve arkadaşları tarafından reddedilme korkusu hissetme ve sosyal aktivitelerini sınırlama

gibi sorunlar yaşamaktadırlar (6). Goozsen ve ark. (7) yaptıkları araştırmada; sızıntı, peristomal deri iritasyonu, retraksiyon ve prolapsus gibi komplikasyonların stomalı bireylerin yaşamını önemli ölçüde etkilediğini bulmuşlardır. Pittman ve ark. (8) yaptıkları araştırmada, özellikle deri iritasyonları ve sızıntının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini bulmuşlardır. Szczepekowski (9) yaptığı bir çalışmada stomalı bireylerde psikolojik sorunlar arasında; beden algısının değişmesi, benlik saygısının azalması, cinsel işlevlerde bozulma, eş uyumunda sorunların ortaya çıkması ve başta depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların yer aldığını göstermiştir. Hastalık süreci ve tedavinin meydana getirdiği sınırlılıklar bireylerin çalışma hayatlarını, mesleki rol ve ilişkilerini olumsuz olarak etkileyebilmekte, özellikle tedavi döneminde yaşanan bulantı, ağrı, yorgunluk gibi sorunlar mesleki rol ve sorumlulukların yerine getirilmesini zorlaştırmaktadır. Hemşirelerin stoma açılmış bireylerin ameliyat öncesi ve sonrası dönem bakımında önemli rolleri vardır (10). İyi bir hasta bakımı, düzenli izleme, sürekli danışmanlık ve kaliteli bir bakımla, intestinal stomalı bireylerin yaşadığı sorunlar azaltılabilmektedir (11,12). Hemşireler ameliyat öncesi hasta ve yakınlarına stomanın çeşidi, görünümü ve fonksiyonları hakkında bilgilendirme yapmalıdır. Ameliyat sonrası stoma bakımı, abdominal ve perineal yara yönetimi ve dren stabilizasyonunu, stoma bakımı için gerekli teknik becerileri öğreterek hastanın ve ailenin bakıma katılımını sağlamalı ve benlik kavramı, beden imajı ve cinsellik gibi konular hakkında hasta ile konuşarak duygularını açıklamasına yardımcı olmalıdır (13).

Bu süreçler içinde hastaların stomayı algılayışları, bedenlerindeki değişime uyumları ve geri bildirimde bulunmaları hemşirelik bakım uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesi ve iyileştirmelerin sağlanmasında önemlidir (14). Hemşireler hastaların stoma ile yaşama uyumlarını değerlendirerek hasta bakım uygulamalarını planlamalıdır.

Bu araştırmanın amacı da; intestinal stomalı hastalarda stoma uyumu ve etki eden bireysel özelliklerin değerlendirilmesidir.

GENEL BİLGİLER

TANIM VE ENDİKASYON

Yunanca anlamı ağız ya da açıklık olan stoma; bağırsağın karın duvarına kalıcı ya da geçici olarak ağızlaştırılması olup, gastrointestinal ya da üriner sisteme ilişkin kanserlerin, inflamatuvar bağırsak hastalıklarının ve travmaların cerrahi tedavisinde kullanılan yaygın bir girişim olarak tanımlanmaktadır (12,15). Son birkaç asırda insan hayatına giren stoma, ilk kez İngilizler ile Fransızlar arasındaki Ramillies Savaşı'nda George Deppe isimli askerin yaralanması sonucunda oluşturulmuş ve gün geçtikçe daha fazla stoma açılma işlemi gerçekleştirilmeye başlanmıştır (16).

Dünyada stomalı birey sayısı her gün daha da artmakta olup; Çin'de 1 milyon, Amerika'da 700.000 den fazla stomalı hasta olduğu ve İngiltere'de her yıl yaklaşık 13.500 kişiye stoma açıldığı bildirilmektedir (5,17,18). Hastane kayıt sistemlerindeki eksiklikler ve stomaterapi ünitelerinin yaygın olmayışı gibi sebeplerden dolayı Türkiye'de intestinal stomalı hastaların sayısı tam olarak bilinmemektedir (18). İnflamatuvar bağırsak hastalıkları, divertiküler hastalıklar, imperfore anüs, travmalar, bağırsak tıkanıkları, ailesel polipozis, konjenital anomaliler ve kolorektal yaralanmalar intestinal stoma endikasyonlarının önemli bir bölümünü oluşturmakla beraber literatürde intestinal stoma açılmasının primer nedeni kolorektal kanser olarak gösterilmektedir (19,20).

Gastrointestinal sistemin en sık rastlanan tümörü olan kolorektal kanserler; Avrupa ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri'nde Asya ve Afrika ülkelerine göre daha sık görülmektedir (18,21). Erkeklerde de kadınlara göre daha sık görüldüğü belirtilmektedir (22). Dünyada her yıl bir milyon yeni kolorektal kanser tanısı koyulan hasta olduğu bildirilmektedir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Merkezi'nin (International Agency for Research on Cancer-IARC) projesi olan GLOBOCAN 2012 (Tahmini dünya kanser insidansı,

ölümleri ve sıklığı) verilerine göre kolorektal kanserler dünyada erkeklerde en sık görülen 3. kanser, kadınlarda en sık görülen 2.kanser türüdür. Görülme sıklığı bakımından tüm kanserler arasında meme, prostat ve akciğer kanserlerinden sonra 4.sırada yer almaktadır (19,23). Gastrointestinal sistemin en sık görülen tümörü olan kolorektal kanserlerin 65-75 yaş aralığında görülme sıklığı fazladır (22,24).

Kansere bağlı ölümlerde ilk sıralarda yer alan kolorektal kanserlere yakalanma sıklığı, gelişmiş ülkelerde hızla artmakta olup, 2010 yılı verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde 67,700 erkek ve 63,907 kadın olmak üzere toplam 131,607 kişiye kolorektal kanser tanısı koyulmuştur (13,25).

Türkiye'de de kolorektal kanser taramaları yapılmaktadır ve 2016 yılında 1,708,025 kişinin taramaya alındığı açıklanmıştır (26). Türkiye'de kolorektal kanserler, T.C Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı'nın yaptığı istatistiklere göre akciğer kanseri ve meme kanserini takiben üçüncü sırada yer alırken; Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılı verilerine göre ülkemizde kadınlarda tüm kanserlerin %8'ini, erkeklerde ise %9'unu kolorektal kanserler oluşturmaktadır (26,27).

İNTESTİNAL STOMA TÜRLERİ

İntestinal stomalar süresine göre kalıcı veya geçici olarak sınıflandırılmaktadır. Distalde yer alan organ veya organların rezeksiyonu ile bireyin yaşam boyunca boşaltımını sağlamak amacıyla bağırsağın batın duvarına alındığı stomalar kalıcı stomadır (28). İki ile altı aylık süreler ile uygulanıp kolorektal yaralanma, ileus gibi bir stoma açılmasını gerektiren durum ortadan kalktıktan sonra kapatılan stomalar geçici stoma olarak isimlendirilmektedir (28,29). İntestinal stomalar kolostomi ve ileostomidir (36).

Kolostomi

Cerrahi işlem uygulanarak kalın bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Ancak kolostomide sfinkter kası olmadığı için dışkı boşaltımı kolostomili birey tarafından kontrol edilemez (16). Kolostomi kalın bağırsakta açıldığı yere göre çıkan (assendan), yatay (transvers), inen (dessandan) ve sigmoid kolostomi şeklinde; cerrahi teknik ve ağızlaştırma şekline göre uç kolostomi, loop kolostomi, Hartman prosedürü, çifte namlusu (double-barrel) kolostomi şeklinde sınıflandırılır (30,31).

Uç Kolostomi

Abdominoperineal rezeksiyon, tedavi ile düzeltilemeyen inkontinans, nörolojik hastalıklarda tercih edilen, geçici veya kalıcı süreyle açılan uç kolostomiler kalın bağırsağın

tam olarak kesilip karın duvarına tüm lümenin ağızlaştırılmasıdır ve sıklıkla sigmoid kolostomiler olup sol iliak fossada yer alırlar (32,33,34).

Loop Kolostomi

Genellikle dışkı akımını yönlendirmek için geçici süreyle açılıp erken retraksiyon olmasının önlenmesi amacıyla plastik ya da cam bir çubuk üzerinde şekillendirilen loop kolostomilerde kalın bağırsağın bir lümeni batın duvarının dışına çıkarılıp ağızlaştırılır (33,35).

Hartmann Prosedürü

Sigmoid kolon rezeksiyonu sonrası distal ucun dikilerek karın içinde bırakılıp proksimal ucun uç stoma olarak karın duvarına ağızlaştırılması işlemi olup genellikle kalıcı olarak yapılmaktadır (31,36). Nekroz, perforasyon, peritonit gibi komplikasyonların varlığında vazgeçilmez bir alternatif olarak uygulanmaktadır (32).

Double-Barrel Kolostomi

Tümör, travma veya inflamasyon durumlarında açılan stoma türü olup bağırsağın hem distal hem de proksimal ucunun batına ağızlaştırılmasıdır. İşlem hem kalıcı hem de geçici olarak planlanabilir (31,35). Bu kolostomi çeşidi günümüzde sık kullanılan bir yöntem değildir (32).

İleostomi

İnce bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılması olup kolostomili bireylerde olduğu gibi ileostomili bireyler de dışkı boşaltımını kontrol edemez ve dışkı ileostomide sıvı halde, yakıcı ve fazladır (16,37). Uygun stoma bakımı yapılmadığında erken dönemde komplikasyon meydana gelme olasılığı kolostomiye göre daha yüksektir (38).

Uç İleostomi

Ülseratif kolit, kolonu tutan Crohn hastalığı, multipl kalın bağırsak kanseri tedavisinde genellikle kalıcı şekilde uygulanan, ince bağırsağın tam olarak kesilip karın duvarına tüm lümenin ağızlaştırılması işlemidir (32,34).

Loop İleostomi

Sfinkter koruyucu rektum rezeksiyonları, anal ve abdominal fistüllerin tedavisi, kolon tıkanıklıkları ve toksik mega kolon tedavisinde tercih edilir (32,39). Genellikle fekal akımı saptırıcı olarak kullanılan, yağ dokusu fazla olan kişilerde teknik açıdan rahatlık sağlayan bir tekniktir (17,40). Enfeksiyon ve herni riski daha az olduğu için loop ileostominin loop kolostomiye tercih edildiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (33,41).

STOMANIN İNSAN ÜZERİNE ETKİLERİ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından ‘sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan da tam bir iyilik hali’ olarak tanımlanan sağlık herhangi bir cerrahi girişim ile bozulabilmektedir (42). İnsan psikolojik, fiziksel ve sosyolojik olarak bir bütündür ve stoma açılmasıyla bireylerde yaşanan psikolojik, fiziksel ve sosyolojik sorunlar, hastaların stomaya uyum sağlamasını zorlaştırmaktadır (17).

Stomannın Fizyolojik Etkileri

Stoma açılmasıyla hasta, bedeninde yeni bir görüntüyle karşılaşmaktadır ve temel ihtiyacı olan boşaltımı farklı bir yolla gerçekleştirmek zorunda kalmaktadır (15). Gaz ve koku oluşumu, kabızlık, ishal, dışkı sızıntısı, ağrı gibi sorunlar intestinal stoma açılmasıyla yaşanan fizyolojik sorunlar arasındadır. Hastalar beslenme bilgisi eksikliğinden dolayı kabız ya da ishal olabilmektedirler. Stomada, anüste bulunan sfinkter kasları bulunmadığından gaz çıkışı kontrol edilemez ve gaz çıkışında artış olmaktadır (37,43). İntestinal stoma torbasına koku giderici konulmaması, torbanın düzenli olarak değişmemesi kötü kokulara sebep olmaktadır. Torba açıklığının stoma çapıyla uyumlu olmaması sonucu dışkı sızıntısı olabilir ve bu da stoma etrafında çeşitli deri problemlerine sebep olabilir. İnsizyon yeri ve torba değişimi sırasında stoma bölgesinin sert ve ani hareketlerle temizlenmesine bağlı ağrı gelişebilir (44).

Vücutta meydana gelen sıvı kayıplarının yerine koyulması gastrointestinal sistem fonksiyonları ile olmaktadır. Sağlıklı bir bağırsaktan günde 100ml sıvı kaybı olmaktadır (45). İntestinal stomalı hastalarda normalden 1-2 lt daha fazla sıvı kaybı olmaktadır. Hastalar sıvı kaybına bağlı dehidratasyon ve emilim bozuklukları yaşayabilmektedirler (30). Sodyum ve potasyum kayıplarına bağlı hastalarda bulantı, kusma, taşikardi, kas spazmları, mukoz membranda kuruluk görülebilmektedir. Ayrıca potasyum kaybına bağlı sürekli yorgunluk, bacaklarda kramp, aritmi ve bradikardi de gelişebilmektedir (31).

Stomannın Psikolojik Etkileri

Stoma açılmasıyla birlikte boşaltım işlemi bireyin mahrem alanından çıkmakta, mahremiyet algısı ve beden imajı zarar görmektedir. Stomalı hastalar sürekli kötü koku geleceği, dışkı sızıntısı olacağı, ses olacağı, aile ve arkadaşları tarafından reddedileceği, cinsel istek ve doyumun azalacağı korkusu yaşamaktadırlar (15,46). İlgili literatürde de stoma ameliyatı sonrası depresyon oranlarının arttığı belirtilmektedir (20). Ayrıca stomalı hastalar yeni fiziksel görüntülerini benimsemeyip kendileriyle alay edebilir, çirkin görebilir ve utanç duyabilirler. Benlik saygıları ve özgüvenleri azalarak, toplumsal imajları etkilenebilir (47,48).

Stomannın Sosyolojik Etkileri

Stoma ameliyatı sonrasında bireyler yakın arkadaş ve akrabalarıyla daha az görüşmek isteyebilirler, sosyal aktivitelerinde azalma gözlenebilir. Eğer çalışıyorsa çalışma saatlerini azaltmak ve iş değiştirmek isteyebilirler, iş verimleri azalabilir. Giyim tarzlarında değişiklik olabilir. Stomannın dışarıdan fark edilebileceği düşüncesi ile eski giysilerine göre daha bol ve daha koyu renkli giysiler giyebilirler. Cinsel yaşamlarında sorun yaşayabilirler, evlilik problemlerinde artış görülebilir. Yaşanan tüm bu durumlar bireylerde sosyal izolasyona neden olmaktadır (6,25). Literatürde stomannın psikolojik ve sosyal etkilerine ilişkin çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. Engel ve ark. (49) tarafından yapılan bir araştırmada stomalı hastaların günlük işlerinde ve hobilerinde kendilerini sınırlandırdıkları, sosyal ve aile hayatlarının bozulduğu belirtilmiştir.

İNTESTİNAL STOMALARIN KOMPLİKASYONLARI

Ameliyat öncesi ya da ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmesi birçok faktöre bağlıdır. Yeterli danışmanlık ve bakım hizmetinin sunulmaması, cerrahın uzmanlığı, cerrahi teknik, stoma bakım hemşiresi tarafından ameliyat öncesi dönemde stoma bölgesinin belirlenmemesi önemli nedenlerdir. Ayrıca hastaların eğitim durumları, stoma için bakım yapabilme yetenekleri, yaşı, obezite, yetersiz beslenme, diyabet gibi hastaya ait faktörler de intestinal stomalı hastalarda komplikasyonlara neden olabilmektedir (28,41,50). İntestinal stomaya bağlı komplikasyonların görülme sıklığı Karadağ tarafından %32.8, Akçam ve ark.tarafından ise % 24.1 olarak bildirilmiştir (12). Peristomal cilt problemleri, iskemi, nekroz, kanama, retraksiyon, prolapsus, herniasyon ve stenoz bu komplikasyonlardan bazılarıdır (20,50). Komplikasyonlar bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, stomalı hastaların yeni yaşamlarına uyum sağlamalarını zorlaştırmaktadır (51). Komplikasyonların önlenmesinde ve bakımında hemşirelerin vereceği bakımın ve eğitimin önemi büyüktür. Hastaların taburcu olduktan sonra da belirli aralıklarla takip edilmeleri gerekmektedir. Hastaların takibine taburculuk sonrası ne kadar geç başlanırsa stomaya ilişkin komplikasyon görülme sıklığı da o kadar artmaktadır (52).

Komplikasyonlar meydana geliş zamanlarına göre erken ve geç dönem komplikasyonlar olarak sınıflandırılmaktadır (41,53). İlk 30 gün içinde gelişen komplikasyonlar erken dönem komplikasyonlardır ve çoğu bakım eksikliğinden kaynaklanmaktadır (54). Bu dönemde görülen komplikasyonlar kanama, nekroz ve iskemi, peristomal deri irritasyonu, akut parastomal herniasyon, parastomal enfeksiyon-mukokutanöz ayrışma ve retraksiyondur (36,55). Ameliyattan 30 gün sonra, hastayla ilgili bir sebepten ya

da cerrahi teknikten dolayı meydana gelen komplikasyonlar geç dönem komplikasyonlardır. Bunlar peristomal deri problemleri, folikülit, fitik, stenoz, retraksiyon, prolapsus, perforasyon ve sıvı-elektrolit kaybıdır (30,56).

Erken Dönem Stoma Komplikasyonları

Kanama: Stoma bakımı esnasında az miktarda kanama meydana gelebilir ve bu durum normal olarak değerlendirilir. Ancak stomal laserasyon veya portal hipertansiyona bağlı meydana gelen varislerden dolayı kanama görülebilir (36,57). Stoma bakımı sırasında stoma bölgesi sert şekilde basınç uygulayarak temizlenmemelidir. Az miktarda kanama olmuşsa stoma, hijyen kurallarına uyularak temizlenip kapatılabilir. Çok miktarda kanama varsa hemen bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır. Sağlık kuruluşunda ilk olarak kanayan bölgeye bası uygulanır. Sonrasında gümüş nitrat ile koterizasyon veya kanama olan bölgeye sütün atılmaktadır (36).

Nekroz ve iskemi: Stoma açıklığının dar olması, ödemli olan stoma bölgesine dar torba takılması gibi çeşitli nedenlerden dolayı meydana gelen arteriyal yetmezlik veya venöz konjesyon sonucu oluşan, görülme sıklığı yüksek olan komplikasyonlardır (36,58). Hemşireler stomanın rengini değerlendirmelidir. Stoma adaptörünün çapını stoma genişliğine göre ölçek yardımıyla ayarlamalıdır. Nekroz ve iskeminin önlenmesinde stoma torbasının doğru şekilde takılıp bakımının yapılması önemlidir. Hemşireler hasta ve yakınlarını bu konuda bilgilendirmelidirler.

Peristomal cilt irritasyonu: Stomadan gelen içeriğin cilde sızması veya cildin ıslak bırakılması, adaptörün/torbanın sık aralıklarla değiştirilmesi, değişim sırasında oluşan mekanik travma, adaptöre karşı gelişen alerjik reaksiyon, kimyasal tahriş ve stoma bakımının uygun yapılmaması gibi nedenlerle sık görülen bir komplikasyondur (12,59). Stoma bakımının alüminyum hidroksit, çinko oksit içeren krem ve losyonlarla bakımının yapılması önerilmektedir (58).

Retraksiyon: Ameliyat sonrası nekroz oluşumu veya kilo artışından meydana gelen bir komplikasyondur. Stoma, oluşturulmasından sonra 6 hafta içinde cilt düzeyinden 0.5 cm ya da daha fazla içeriye kaçır ve bu durum peristomal cilt tahrişine sebep olur (36,57,60). Stomal retraksiyon hem erken hem de geç dönemde gelişen ve ciddi problemlere sebep olabilen bir komplikasyondur. Hastaların hemşireler tarafından bilgilendirilmeleri ve takiplerinin yapılması çok önemlidir. Stoma çapına uygun torba takılmalıdır. Şişman hastalarda görülme olasılığı daha fazla olduğundan ameliyat sonrası dönemde kilo takibi yapılmalıdır (30).

Parastomal enfeksiyon- mukokutanöz ayrışma: Parastomal enfeksiyon stomanın oluşturulması sırasında asepsi ve antisepsi kurallarına uymama, bağırsağa koyulan sık dikişler veya damarların bağlanması sonucu oluşan duvar nekrozu sonucu oluşmaktadır. Stoma etrafının iltihaplanması şeklinde tanımlanmaktadır (36,61). Erken dönemde görülen bu enfeksiyon bağırsağın deriden ayrışması şeklinde tanımlanan mukokutanöz ayrışmaya neden olmaktadır (36). Lyon ve ark. (62) tarafından yapılan bir araştırmada, stoması olan bireylerde %6 civarında enfeksiyon meydana geldiği ve kemoterapi alan bireylerde bağışıklık sisteminin baskılanmış olmasından dolayı daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Stoma bölgesinin enfeksiyon belirtileri tarafından izlenmesi ve hasta ve hasta yakınlarına bu konuda eğitim verilmesi önemlidir. Stoma ve çevresinde kızarıklık, kaşıntı, yanma hissi, ağrı hissedildiği zaman değişim günü beklenmeden stoma adaptör ve torbasının değiştirilmesi gerekmektedir (63).

Geç Dönem Stoma Komplikasyonları

Peristomal deri problemleri: Özyayın ve ark. (12) tarafından yapılan araştırmada, stomalı hastalarda %63 oranıyla en sık görülen komplikasyonun peristomal deri irritasyonu olduğu belirlenmiştir. En yaygın görülen peristomal deri problemi olan irritan dermatit genellikle dışkının cilde sızıntı yapması ve uygun olmayan bakım ürünü kullanımı sonucu oluşmaktadır (2). Hemşireler irritan dermatite karşı hastaları uyarmalı, ishale sebep olabilecek yiyeceklerden uzak durulması konusunda bilgilendirmelidirler. Komplikasyon gelişmesi durumunda çinkolu pomat, karaya zankı gibi bakım ürünlerinin kullanımı sağlanmalıdır (36). Dışkının sızıntı yapmaması için stoma adaptörü uygun şekilde takılmalıdır. Torbanın 1/3-1/2'si dolduğunda boşaltılmalı, torba değişimi sırasında yavaş hareket edilmeli ve cilt temizliğine önem verilmelidir. Hemşireler peristomal deri problemlerinin belirtileri ve yapılması gerekenler hakkında hasta ve yakınlarını bilgilendirmelidirler. Kilolu hastalarda stoma yeri belirlenirken stomanın daha rahat görebileceği uygun yer belirlenmeli ve yardım edebilecek hasta yakını varlığı sorgulanmalıdır. Çok kilolu hastaların stoma bakımlarını kendilerinin yapmalarının daha zor olacağına bilincinde olunmalıdır (30,35,64).

Folikülit: Stoma etrafında kılların çok sık tıraş edilmesi, torbanın/adaptörün deriden sert bir şekilde çıkartılması sırasında ya da kullanılan kimyasalların oluşturduğu hasarlar nedeniyle oluşmaktadır. Staphylococcus aureus gibi mikroorganizmaların etken olduğu bir enfeksiyondur (2,65). Hemşireler hastaları bakım uygulamaları sırasında nazik olunması, stoma etrafındaki kılların çok sık tıraş edilmemesi konusunda uymalıdır (2,64).

Parastomal herni/fıtık: Bağırsağın rektus kası dışından alınmasının etken olduğu, geç dönemde görülen bir komplikasyondur. Parastomal herni önemli bir geç dönem

kompliyasyonu olup birey sırt üstü pozisyondayken azalır, ayakta dururken ya da otururken artar (30,58). Görülme sıklığı %1-20 arasında değişen bu kompliyasyonda büyük olan ve içerisinde intestinal yapıların bulunduğu fitıklar cerrahi yola onarılmaktadır (58,61).

Stenoz: Stoma lümeninin fasyaya doğru daralması veya stoma çıkışının tıkanması anlamına gelen bir kompliyasyondur. Genellikle ameliyat sonrası geç dönemde gelişmesine rağmen ameliyat sonrası erken dönemde de görülebilmektedir. Lümenin daralmasıyla dışkı çıkışı zor olacağından hastanın bol su içmesi önerilmektedir (12,30,60).

Stoma prolapsusu: Stomanın cilt yüzeyinden dikey olarak 6 cm' den fazla dışarı çıkması olarak tanımlanan stoma prolapsusu, geç dönemde meydana gelmekte ve %2 ila %26 arasında görülmektedir (60,66). Görülme sıklığı loop kolostomilerde %7-25, uç kolostomilerde %2-3, uç ileostomilerde %1-3 arasındadır. Ayrıca kemoterapi-radyoterapi alan hastalarda daha sık görülmektedir (52). Stomalı hastalar için korku verici olmasıyla birlikte işlevsel açıdan çok önemli olmayan bir kompliyasyondur (12,52). Ancak, stoma cihazlarının uygun şekilde takılmasıyla ilgili sorunlar görülebilmekte ve ağrıya neden olabilmektedir (60). Stoma bakım hemşiresi dışarı çıkan bağırsağın el ile itilmesi ve ikili torba kullanımı hakkında hasta ve yakınlarını bilgilendirmelidir (30).

Diğer Stoma Kompliyasyonları

Mekanik yaralanma: Stoma torbasının epidermise yapışan bölümünün çıkartılması gibi herhangi bir işlem sırasında meydana gelen basınç, sürtünme, yırtılma sonucu epidermiste görülen hasar olarak tanımlanır (64,65). Hemşireler hastaya oluşabilecek mekanik yaralanma ve nedenleri hakkında bilgilendirmeli, stoma bakımını hastayla beraber yaparak hastanın bilgilendirme düzeyini değerlendirmelidirler.

Mantar enfeksiyonu: Uzun süreli antibiyotik tedavisi, stoma adaptörü yapıştırıcısının deriden çıkartılmasında kullanılan çözücü solüsyonların sık kullanımı, peristomal cildin antibakteriyel sabunla sık temizlenmesi ve adaptör altının nemli kalması gibi nedenlerle deri bütünlüğünün bozulmasıyla oluşan mantar enfeksiyonudur. Candida ve türleri etken faktörler olup sıcak, nemli ortamlarda yaygın olarak bulunurlar (2,64,65).

İNTESTİNAL STOMA AMELİYATI ÖNCESİ HEMŞİRELİK BAKIMI

İntestinal stomalı bireyler çeşitli nedenlerden dolayı bağımsızlıklarını kaybetmekte ve başkalarına bağımlı hale gelmektedirler. Hemşirelerin intestinal stomalı hasta bakımında ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde eğitim, danışmanlık, hemşirelik bakımı, araştırma, yönetim gibi önemli rolleri bulunmaktadır (67,68). Stoma bakımı hemşireler için

bir uzmanlık alanıdır. Dünya çapında çoğu ülkede stoma bakım hemşiresi, enterostomal terapist, enterostomal terapi hemşiresi veya kolorektal cerrahi hemşiresi adıyla çalışan, alanında uzmanlaşmış klinik hemşireleri tarafından stoma bakımı yapılmaktadır (69). Türkiye’ de Sağlık Bakanlığı’nın 19.04.2011 tarihinde 27910 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmış olduğu ‘Hemşirelik Yönetmeliği’ nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’te Stoma ve Yara Bakım Hemşiresi ‘stoma, yara, inkontinans ve fistül sorunu olan bireylere yönelik tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesinden sorumlu özel dal hemşiresidir’ şeklinde tanımlanmıştır (70).

Psikolojik, fizyolojik, yasal hazırlık ve hasta bilgilendirme konularını içeren rutin ameliyat öncesi hemşirelik bakım girişimleri, intestinal stoma oluşturma ameliyatı öncesinde de eksiksiz uygulanmalıdır.

Psikolojik Hazırlık

İntestinal stoma ameliyatı geçirecek hastaların psikolojik hazırlığı, fizyolojik hazırlıkları kadar önemlidir. Psikolojik olarak ameliyata hazırlanmayan hastalar ameliyat sonrası dönemde daha fazla anksiyete yaşamaktadırlar. Dayılar ve ark. (71) tarafından yapılan araştırmada intestinal stoma açılmasının hastalarda en sık görülen anksiyete nedenlerinden biri olduğu belirlenmiştir. Anksiyete ağrıya, ağrı da hasta iyileşmesi için olumsuz etkilere neden olacağından dikkatli olunmalıdır. Ağrı ve anksiyete yaşayan hastaların stomaya uyumları uzun zaman almaktadır. Psikolojik olarak iyi hazırlanan hastalarda ameliyat sonrası iyileşme hızlanmakta ve komplikasyonlar daha az görülmektedir (72,73).

Hastaların anksiyete yaşamalarının en önemli nedeni bilinmeyen korkusudur. Hemşireler tarafından hastalara ve yakınlarına ameliyat öncesi ve sonrası dönemde sade ve anlaşılır şekilde bilgilendirme yapılmalıdır. Hastaların duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri sağlanmalıdır (74). Hastaları strese sokmamaları için hastaların fazla anksiyeteli hasta yakınları ile iletişimlerini sınırlandırılmalıdır (75). Stoma ameliyatı olacak hastaların mümkünse destek gruplarına katılımı sağlanmalı, stomasına uyum sağlamış bireylerle iletişimlerini sağlanmalıdır (76). Özellikle ameliyat öncesi hazırlık dönemi uzun süren hastalara kitap okuma, gazete takip etme gibi hobilerini yapma fırsatı verilmelidir (75).

Fizyolojik Hazırlık

İntestinal stoma ameliyatı öncesi hastanın fizyolojik hazırlığı yaş, ağrı, beslenme durumu, kullandığı ilaç ve madde bilgisi, alerji ya da enfeksiyon varlığı, tüm sistem

fonksiyonlarının kontrolü, egzersiz eğitimi konularını içermektedir (73). İntestinal stoma ameliyatı olacak hastalar baştan ayağa sistemli şekilde değerlendirilmeli, kan örnekleri alınmalı, EKG'leri ve akciğer filmleri değerlendirilmelidir (77).

Ağrı: Ağrı önemli bir fizyolojik belirleyicidir. Hemşireler hastaların ağrıyla nasıl ifade ettiklerini gözlemlemelidirler. Hastalara gevşeme teknikleri öğretilmelidir. Ağrının ne zaman başladığı, nerede olduğu belirlenmelidir (74). Hemşireler ağrıyı gidermeye yönelik hastaların rahat edecekleri pozisyonu belirlemeli, psikolojik destek sağlamalı, hekim tarafından önerilen ağrı kesici tedaviyi uygulamalıdır. Ağrı duymayan hastalar daha rahat hareket edebilmekte, hareketsizliğe bağlı dolaşım ve solunumsal komplikasyon yaşama riski azalmaktadır (78).

Yaş ve beslenme: Yaşlıların ve bebeklerin ameliyat riski daha yüksek olduğu için bu yaş grubundaki hastaların hazırlığında daha özenli olunmalıdır (78). Yaşlı hastalarda kronik hastalıklar, beslenme yetersizlikleri sık görülmektedir. Ameliyat öncesi dönemde tüm sistem fonksiyonları detaylı bir şekilde incelenmeli, mevcut sorunlar kontrol altına alınmalıdır. Beslenme yetersizliği yara iyileşmesini olumsuz etkileyeceğinden protein ve karbonhidrat ağırlıklı beslenmeye teşvik edilmelidirler (74). Beslenme durumunun iyi olması ameliyat başarısını arttırmaktadır. Hemşireler tarafından hastaların beslenme durumu değerlendirilmeli, kilo takipleri yapılmalıdır. Beslenme yetersizliği olan hastaların protein ve karbonhidrattan zengin, yeterli vitamin ve mineral içeren yiyecekler yemeleri sağlanmalıdır. Ağızdan beslenemeyen hastalar enteral ya da parental yolla beslenmelidirler (77). Ayrıca peristaltik hareketlerin ve krampların azaltılması, yara iyileşmesinin hızlanması için de yüksek kalorili, proteinli ve karbonhidratlı yiyeceklerin tüketilmesi sağlanmalıdır (30). Eğer hasta şişman ise mümkünse ameliyat öncesi zayıflaması konusunda destek olunmalıdır. Yağ dokusu arttıkça yara iyileşmesi güçleşmekte, insizyon bölgesi genişlemekte ve enfeksiyon görülme riski artmaktadır. Aşırı kilo solunum kaslarının etkin çalışmasını zorlaştıracığından, ameliyat sonrası dönemde solunumsal problemler de görülebilmektedir (74). Ameliyat sonrası dönemde ileus ve fekal tıkaçın olmaması için ameliyat öncesi dönemde hastanın bağırsakları temizlenmelidir. Hekim öneriyorsa lavman yapılmalı ve hekim tarafından önerilen parenteral ya da oral antibiyotikler verilmelidir (31,76). İleri yaşlı hastalarda ek sağlık sorunları nedenleriyle elektrolit dengesinin kontrolü için aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır. Bulantı, kusma değerlendirilmelidir. Kan analizi yapılarak elektrolit düzeyleri kontrol edilmelidir (30). Var olan sıvı elektrolit dengesizlikleri ameliyat öncesi dönemde mutlaka tedavi edilmelidir. Hemşireler sodyum, potasyum ve diğer elektrolit ve sıvı dengesizliklerinin

hipotansiyon, ödem, dehidratasyon, ritim bozuklukları vb. belirti ve bulgularını izlemelidirler (78).

İlaç, sigara ve alkol: İlaç, sigara, alkol kullanımı sorgulanmalıdır. Bazı ilaçlar ameliyat riskini arttırmakta, iyileşme sürecini geciktirmektedir. Antihipertansif ilaçlar anestetik kullanımıyla beraber kan basıncında düşmeye ve şoka sebep olabilirler. Kortikosteroid kullanımı yara iyileşmesinde gecikmeye, serum glikoz düzeyinde artmaya ve kanamaya sebep olabilir. Antikoagülan ilaç kullanımı da kanama riskine sebep olmaktadır ve toplumumuzda antikoagülan ilaç (aspirin) sık kullanılmaktadır (44). Diüretikler dehidratasyona ve hipokalsemiye sebep olabilmektedirler. Hemşireler ilaçların yan etkileri ve ilaç etkileşimleri hakkında dikkatli olmalı, kullanılan ilaçları sorgulamalıdır. Ameliyat öncesi dönemde kullanılan bazı ilaçların hekim tarafından kesilmesi istenebilmektedir (79). Sigara kullanımı tek başına bile önemli bir risk faktörüdür ve ameliyat öncesi kullanımı mutlaka kesilmelidir. Alkolik bireylerde anestetik ajanlara karşı duyarlılık azalmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde kesilmesi gerekmektedir ancak alkol yoksunluğuna karşı dikkatli olunmalıdır (44,79).

Solunum sistemi: Hastaların solunum fonksiyonları değerlendirilmelidir. Nefes darlığı, hırıltılı solunum, göğüs ağrısı yönünden hasta gözlenmelidir. Sigara içme öyküsü sorgulanmalıdır ve içilmesi mutlaka yasaklanmalıdır. Akciğer fonksiyon testleri, kan gazı tahlili değerlendirilmelidir. Solunum yollarında enfeksiyon, bronkospazm gibi durumlar ameliyat sonrası sekresyon atılımını zorlaştırarak solunum sıkıntısına sebep olacaktır (44). Hastalara derin solunum ve öksürük egzersizleri öğretilmelidir (74).

Kas-iskelet sistemi: Kas-iskelet sistemine ilişkin sorunlar varsa kaydedilmelidir. Yaşlı hastalarda kemik mineral yoğunluğu ve kas yoğunluğu azalmakta, hareket yetenekleri gerilemektedir. Hastalar stoma bakımı sırasında ellerini kullanmakta sıkıntı yaşayabilmektedirler (72). Hemşireler evde bakıma destek olabilecek bireylerin varlığını sorgulamalıdır (80).

Kardiyovasküler sistem: Kardiyovasküler fonksiyonların değerlendirilebilmesi için ekstremitelerde ısı ve renk değişimi, ödem, nabız hızı ve ritmi, EKG, sodyum ve potasyum değerleri, hemogram, santral venöz basınç değerlendirilmelidir (74). Hemşireler hastaya ait sağlık öyküsünü öğrenmeli, kardiyovasküler sistem fonksiyonlarında yüksek tansiyon, aritmi gibi rahatsızlıklar varsa not almalıdırlar. Var olan rahatsızlık ameliyat öncesi kontrol altına alınmalıdır (78).

Renal sistem: Renal fonksiyonların sağlıklı işlemesi ameliyat olacak hastanın elektrolit dengesinin sürdürülmesi ve ilaçların, atık ürünlerin vücuttan uzaklaştırılmaları için gereklidir. BUN, serum kreatinin seviyelerine bakılmalı, ağırlı idrar yapma, az idrara çıkma gibi sorunlar değerlendirilmelidir (44). Renal yetmezlik, prostat hipertrofisi ve akut nefrit olan hastalarda ameliyat riski artmaktadır (78).

Nörolojik sistem: Nörolojik fonksiyonlar, ameliyat öncesi ve sonrası bakım planlamasında önemlidir. Hasta bilgilendirmesi mental durumuna göre planlanmalıdır (44). Ameliyat riskini arttıracak ciddi nörolojik hastalıklar parkinson ve epilepsidir. Hemşireler baş ağrısı, baş dönmesi, pupillerin eşit olmaması açısından hastaları izlemelidirler (74). Duyu refleksleri kontrol edilmelidir. Görme problemi olan hastaların stoma bakımını yaparken zorlanabilecekleri düşünülmelidir (72,78).

İmmün sistem: İmmün fonksiyonlar açısından hastanın herhangi bir yiyeceğe, ilaca, maddeye karşı alerjisi olup olmadığı sorgulanmalıdır. Penisilin alerjisi olan hastalara başka bir antibiyotik önerilebilir (79). İmmün sistemi baskılanmış hastalar enfeksiyona yakalanma riski taşırlar. Bu hastaların asepsiyeye özen göstermeleri gerekmektedir (77). Her enfeksiyon ameliyatı olumsuz etkileyebilmektedir. İmmün yanıt zayıfladığı için yaşlı hastalarda ameliyat sonrası enfeksiyon riski fazladır (74,78).

Endokrin sistem: Endokrin sistem değerlendirilirken kan şekeri düzeyi ve tiroid fonksiyonları özellikle değerlendirilmelidir. Ameliyat öncesi kan şekeri 200 mg/dl'nin altında tutulmaya çalışılmalıdır. Ameliyat sırasında kan şekerinin yüksek olması yara enfeksiyonu riskini arttırmaktadır. Hipotiroidizm anestezi sırasında hipotansiyon ve kardiyak arreste sebep olabilmektedir (77).

Hasta Bilgilendirme

Hastaların ameliyat öncesi dönemde bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Ameliyat öncesi dönemde hasta bilgilendirmesinin ameliyat sonrası anksiyeteyi, kullanılan ağrı kesici miktarını ve bireyin normal aktivitelere dönüş süresini azalttığı belirtilmektedir (81). Ameliyat öncesi dönemde hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmemesi komplikasyonların gelişmesine ve bakım uygulamalarında zorlanmalarına neden olmaktadır. Bu durum da hastaların stomaya uyumlarını olumsuz etkilemektedir (82). Hastalara bu dönemde stoma bakım hemşireleri tarafından pratik stoma bakımı, taburculuk, ameliyat sonrası yaşamları ile ilgili eğitim ve bilgilendirme yapılmalıdır (36,83). Hemşireler cerrah ile işbirliği yaparak hastaya hastalık tanısı ve yapılacak olan cerrahi işlem, stomanın rengi, çeşidi, görünümü, büyüklüğü, işlevi, stoma yerinin belirlenmesi ve bunun önemi hakkında bilgi vermelidirler. Sindirim sistemi anatomisi ve fizyolojisi görsel materyaller kullanılarak anlatılmalı ve

stomanın fiziksel aktivite, beslenme, beden görünümü değişikliği, yaşam kalitesi, cinsellik, giyinme, iş yaşantısı ve sportif faaliyetler üzerine olan etkileri hasta ile tartışılmalıdır (84). Stomalı hastaların en temel haklarından biri ticari adları da dahil olmak üzere kullandıkları tüm ürünler hakkında bilgilendirilmeleridir. Stoma bakım ürünlerinin kalitesi ve uygunluğu bireyin yaşam kalitesine etki etmektedir (63). Hemşireler bireyi, stomayı ve bakım ürünlerini profesyonelce değerlendirip bireye en uygun olanı seçmeli, torba değiştirme basamaklarını, malzemelerin nereden temin edileceğini, stoma bakım ürünleri ve yardımcı ürünler hakkında bilinmesi gerekenleri anlatmalıdırlar (56,84).

İntestinal Stomaya Hastanın Hazırlanması

Başarılı geçen bir ameliyat ile stoma açılan hastaların yeni yaşamlarına uyum sağlamaları ekip işbirliğine dayanan hemşirelik bakımı ile mümkündür (63). Kurumda varsa stoma bakım hemşiresinin ameliyattan 24 saat önce hastayı görmesi ve bakım sürecini başlatması, ameliyattan 24 saat sonra da ilk ziyaretini yapması gerektiği belirtilmektedir (63,85). Stoma yerinin belirlenmesi; stomaya uyumun sağlanması ve stoma komplikasyonlarının azaltılmasında ilk basamak olarak görülmekte ve stoma bakım hemşiresiyle beraber uygun yer tespit edilmesi önerilmektedir (72,81). Stoma yerinin ameliyattan önce belirlenmesiyle ameliyat sonrası komplikasyon görülme sıklığı anlamlı oranda azalmaktadır ve bu durum hastanın stomayı kabul edişini kolaylaştırmakta, uyumunu arttırmaktadır (52). Stoma genellikle sağ ya da sol kadranda; önceki skar dokudan, deri katlantı yerlerinden ve dren alanlarından uzak, hastanın stoma torbasını rahatça görebileceği bir yere açılmaktadır (65,72).

Yaşanan fiziksel değişimin zihinsel olarak algılanma şekli stomalı hayata uyum sağlamada önemlidir (67). Bu yüzden hastalar stoma oluşturma ameliyatına karar verildiği anda stoma bakım hemşiresine yönlendirilmelilerdir (80). Bu dönemde hastaların fiziksel ve ruhsal yönden desteklenmesi ameliyat sonrası dönemi hastanın sorunsuz yaşayabilmesi açısından çok önemlidir (36).

Yılmaz (86) tarafından yapılan bir araştırmada hastalara ameliyat öncesi dönemde yazılı öğretim klavuzları ile planlanmış öğretim yapıldığında ameliyat sonrası dönemde komplikasyon görülme oranının azaldığı, hastaların memnuniyetlerinin arttığı saptanmıştır. Ameliyat öncesi dönemde başlayıp ameliyat sonrası dönemde de devam eden; tedavi, rehabilitasyon ve öz-bakım konularını içeren stomalı hastanın eğitimi hastaların stomaya uyumlarının sağlanmasında, taburculuk döneminde bireylerin sorun yaşamamalarında çok önemlidir (87). Hastalar iyi bir ameliyat öncesi hazırlık yapıldığında ameliyat sonrası

dönemde daha az komplikasyon yaşamakta, hastaların yaşam kaliteleri artmakta ve stomaya daha iyi uyum sağlayarak kısa sürede taburcu olmaktadır (36).

Hastaların stomayla yaşama uyumlarının hızlandırılması için aile üyeleri de uyum sürecine dahil edilmeli ve hemşireler, hasta ile yakın akrabalarını da değerlendirmeli ve onlara da danışmanlık yapmalıdırlar (88). Hastaların, stoması olup sosyal hayatlarına uyum sağlamış bireylerle tanıştırılmaları sağlanmalıdır (30). Hasta yakınları da bilgilendirmeye dahil edilirken hemşire, stomalı bireyin başkalarına bağımlılık hissetmeden kendi stoma bakımını yapabilmesinin sağlanmasına dikkat etmelidirler. Hastalar kendi stoma bakımlarını ne kadar kısa zamanda ve yeterli düzeyde kendileri yapabilirlerse stomaya uyumları da o kadar artmaktadır (4,89).

Yasal Hazırlık

Yasal hazırlık her ameliyat öncesinde olduğu gibi intestinal stoma ameliyatı öncesinde de mutlaka yapılmalıdır. Hastalara intestinal stoma oluşturma ameliyatının ne olduğu, olumlu ve olumsuz yönleri, hastaların merak ettikleri net bir şekilde açıklanmalıdır. Hastaların yazılanları ve anlatılanları anladığından emin olunmalı ve hekim tarafından mutlaka ıslak imzası alınmalıdır. Ayrıca hastaların izinlerinin alınması hem ameliyat olacak birey hem de işlemi yapacak kurum ve kişi açısından bir güvencedir (74). Sağlık Bakanlığı tarafından hasta hakları yönetmeliğinin üçüncü bölümünde ‘Hastaya hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, muhtemel komplikasyonları, reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilir’ denilmektedir (90). Helsinki (1964), Lizbon (1981), Bali (1995) bildirelerinde de hastaların yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme haklarının olduğu belirtilmektedir (75).

Hastaların Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı

Hastaların ameliyattan önceki gece hazırlıkları cilt hazırlığı, gastrointestinal sistem hazırlığı, anestezi hazırlığı ve istirahat ve uykunun sağlanması şeklinde olmaktadır (74).

Enfeksiyon oluşumuna karşı vücudun ilk ve en önemli bariyeri olan cildin bütünlüğü ameliyat ile bozulmaktadır. Bu durum enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Ameliyattan önce cilt hazırlığı yapılarak deride mikroorganizma sayısı azaltılmaya ve enfeksiyon gelişimi

önlenmeye çalışılmaktadır (44,78). Tüylerin temizliği ile ilgili görüş farklılıkları vardır. Her ameliyat öncesi hazırlıkta tüylerin temizlenmesi önerilmemektedir. Ameliyat bölgesini etkilemedikçe ameliyattan önce saç ve kılların temizlenmemesi kanıt düzeyi IA olarak belirtilmektedir (44,91). Tüylerin alınma işlemi yapılacaksa ameliyattan iki saat önce temizlenmesi önerilmektedir (75). Ameliyattan önceki gece kılların jiletle tıraş edilmesinin, tüy dökücü kremle tıraş edilmesi veya hiç tıraş edilmemesine göre çok fazla cerrahi alan enfeksiyon riski taşıdığı belirtilmektedir (78). En az bir gece önce antiseptik ajanlarla duş veya banyo yapılması da mikroorganizmaları uzaklaştırmada etkilidir (75). Hemşireler hastaya hangi bölgenin cilt temizliğinin yapılacağını söylemelidirler. Hastaların cilt hazırlığı yapıp yapmadıklarını, temizlik sırasında kesi oluşup oluşmadığını kontrol etmelidirler (35). Kesi oluştuysa bölge enfeksiyon belirtileri (kızarıklık, yanma hissi) açısından değerlendirilmeli, pansumanı yapılmalı, hekime haber verilmelidir.

İntestinal stoma açılacak hastalarda kusma, enfeksiyon ve bağırsak yaralanmalarını önlemek amacıyla gastrointestinal sistem hazırlığı yapılmaktadır (74,44). Gastrointestinal sistem hazırlığında besin ve sıvı alımı azaltılmakta, nazogastrik sonda uygulanmakta ve mekanik bağırsak hazırlığı (lavman) yapılmaktadır. Ameliyat sırasında genel anestezi uygulanacaksa genellikle hastaların ameliyattan 8-10 saat öncesinden sıvı ve besin alımı kısıtlanmaktadır. Ancak hastaların anesteziden 2 saat önce su, su dışındaki diğer berrak sıvılar (elma suyu), açık çay ya da sütsüz kahve içebileceği, anestezi verilmesinden en az 6 saat önce süt ve katı besinler yiyebilecekleri belirtilmektedir (74,75). Bağırsak ameliyatlarında lavman uygulanmaktadır. Ancak özellikle yaşlı hastalarda lavman uygulamasının sıvı elektrolit dengesizliklerine, postüral hipotansiyona sebep olabileceği unutulmamalıdır. Hemşireler hastaları ziyaret ederek genel durumları hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar. Gastrointestinal sistem hazırlığı için oral yolla kullanılabilen laksatif solüsyonlar da uygulanabilmektedir (44).

Ameliyattan önceki gece anestezi tarafından hasta ziyaret edilerek anestezi hazırlığı yapılmalıdır. Hastalara anestezi tarafından ameliyat hakkında merak ettikleri açıklanmalıdır. Bu ziyaretle hasta solunumsal, kardiyolojik ve nörolojik açıdan değerlendirilerek uygulanacak anestezi türü belirlenmelidir (74).

Hastaların ameliyattan önceki gece istirahati ve yeterli şekilde uyuması sağlanmalıdır. Hemşireler hastaların rahat edebilmelerini sağlamak için odanın havalanmasını sağlamalı,

merak edilenler hakkında bilgi vermelidirler. Kendini rahat hissetmeyen hastalara hekim tarafından önerilen sakinleştirici ilaçlar yapılmalıdır (75).

İNTESTİNAL STOMA AMELİYATI SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

Stoma açılmasından sonra hastaya uygulanacak hemşirelik bakımı, herhangi bir batin cerrahisi geçiren hastanın hemşirelik bakımına benzer şekilde yürütülüp; sıvı-elektrolit dengesi, kardiyovasküler, solunum ve renal fonksiyonların normal sınırlarda sürdürülmesi sağlanmalıdır. Hasta bakımında ayrıca ağrı, yara iyileşmesi, beslenme, hareketin sağlanması, stomanın değerlendirilmesi ve bakımı, taburculuk bilgilendirmesi konularına yer verilmelidir (35,92).

Sıvı-Elektrolit Dengesi

İntestinal stoma ameliyatı sonrası hastalar fazla miktarda sıvı kaybetmektedir. Bu hastalarda dehidratasyon bulgularına karşı dikkatli olunmalıdır. Vücutta en fazla metabolik değişikliğe sebep olan stoma türü ileostomidir. İleostomiden kaybedilen sıvı ile birlikte günlük 70-80 mmol sodyum kaybı ve kayba bağlı hiponatremi (normalde gaita ile 5mmol/gün) görülebilmektedir (36). Hiponatremi sonucu hastalarda halsizlik, bulantı, kusma, 400ml/gün' den az idrar çıkarımı olabilmektedir (45). İleostomili hastalarda sodyum kaybı durumunda böbrek sodyumu tutup potasyumu atmaya çalışmakta ve hastalarda hipopotasemi tablosu gelişmektedir (36). Hipopotasemi yüzeysel solunuma, bağırsak hareketlerinde azalmaya, iştahsızlığa sebep olabilmektedir. Erken müdahale edilip tedavi edilmezse hastalarda aritmilere, hipotansiyona ve kardiyak arreste sebep olabilen ciddi bir elektrolit dengesizliğidir (45). Hemşireler elektrolit dengesizliklerinin belirti ve bulgularını, hastaların aldığı ve çıkardığı sıvıları ve kanda sodyum ve potasyum değerlerini takip etmelidirler (30).

Kardiyovasküler Sistem Fonksiyonu

İntestinal stomalı hastalarda olabilecek sıvı ve elektrolit dengesizlikleri kardiyovasküler sistemi de etkilemektedir. Ameliyat sırasında kullanılan anestezi ilaçları, olası kan kaybı gibi durumlar ameliyat sonrası dönemde düşük tansiyon görülmesine sebep olmaktadır. Kan dolaşımının yetersiz olması yara iyileşmesini geciktirmektedir (44,93). Hemşireler tarafından ameliyat sonrası nabız ve tansiyon değerleri düzenli olarak alınmalıdır. Venöz dönüşü hızlandırmak için anestezi etkisi geçtikten sonra yatak içi dönme ve ekstremitte egzersizleri yaptırılmalıdır. Potasyumun intravenöz replasmanı sırasında tedavinin uygulandığı ven bölgesinde ağrı, hastalarda kardiyak arrest riski olabileceği bilinmelidir (44).

Renal Sistem Fonksiyonu

Stomalı hastalarda elektrolit kayıpları böbrek fonksiyonlarını da etkilemektedir. İdrarın kokusu, rengi, miktarı değerlendirilmeli, gerekli ise üriner katater takılmalıdır. Üriner katater takılı hastalarda genellikle kataterizasyondan 5-8 gün sonra katatere bağlı enfeksiyon gelişmektedir. Hemşireler, enfeksiyon belirti ve bulguları için hastaların ağırlı, sık idrar yapıp yapmadıklarını sorgulamalı ve ateş takiplerini almalıdırlar (93). İlk 24 saat, idrar miktarı dört saatte bir, daha sonra en az 8 saatte bir ölçülmelidir. Saatlik idrar miktarı 50ml'in altına düşmemelidir (72).

Solunum Sistemi Fonksiyonu

Özellikle ameliyat sonrası erken dönemde hastalarda hava yollarında tıkanıklık ve hipoventilasyon sık görülmektedir (93). Yaşlı hastalarda solunum kaslarının kuvveti, öksürük refleksi azalmaktadır ve solunum komplikasyonları açısından risk altındadırlar. Hemşireler hastalardaki fizyolojik değişiklikleri bilmeli ve solunum fonksiyonlarını dikkatli şekilde takip etmelidirler (72). Hastalara hemşireler tarafından derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılmalıdır. Sekresyonun atılımını kolaylaştırmak için oral beslenmeye geçildikten sonra sıvı alımı sağlanmalı, rengi ve kokusu değerlendirilmelidir. Ağrı kesici ilaçların olası solunumsal yan etkilerine karşı dikkatli olunmalıdır (93).

Ağrı

Hemşireler ameliyat sonrası ağrıyı düzenli aralıklarla, çeşitli skalalarla değerlendirmelidirler (76). Cerrahi kesi/insizyon hastaların ağrı yaşamasına sebep olmakta ve ağrı bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hemşireler ameliyathanede analjezik olarak hangi ilacın yapıldığını kontrol etmeli, ağrının yerini, şiddetini ve hangi durumlarda başladığını sorgulamalıdırlar. Ağrı kesici ilaç uygulanacaksa yan etkilerine mutlaka dikkat edilmelidir. Hasta ve yakınları ağrı ve yönetimi hakkında bilgilendirilmelidir (73).

Yara İyileşmesi

Özellikle ameliyat sonrası erken dönemde ve bireyin taburculuğunu izleyen ilk birkaç ay içerisinde bireyin ilgi alanı stoma bölgesi olacağı için stomanın ve parastomal alanın değerlendirilmesi fiziksel değerlendirme kapsamında önemli bir konudur (63).

Hemşireler genellikle ameliyathaneden temiz, stomanın ve stoma içeriğinin görülebilmesini sağlayan şeffaf bir stoma torbası ile çıkan hastayı stomasının rengi ve ölçüleri

açısından değerlendirmelidirler (81). Stoma kırmızı ve nemli olmalıdır. Siyah-mor renkte ise nekroz, soluk renkli ise anemi olduğu düşünülmelidir (31,72).

İdeal bir stoma yuvarlak ve tomurcuk şeklinde olup dışı doğru çıkık, pembe- açık kırmızı renkte ve parlaktır. Erken dönemde ödemliyen, birinci haftadan itibaren küçülmeye başlayan stoma gerçek boyutuna ameliyattan 6-8 hafta sonra ulaşmaktadır (30,59,94).

Beslenme

Ameliyathaneden nazogastrik sonda ile kliniğe gelen hastaların oral beslenmesine, nazogastrik sonda çekildikten sonra kademeli olarak geçilmelidir. Oral beslenmeye ilk gün sadece su, ikinci gün çay, muhallebi, çorba gibi yumuşak gıdalar ile geçilebilir. Beslenmede sıkıntı yaşamıyorsa üçüncü gün katı gıdalar denenebilir (76). İlk kez yenilecek bir besinin az miktarda ve bol su ile tüketilmesi önerilmelidir (30). Stomalı hastalar genellikle ileri yaşta oldukları için diyabet, yüksek tansiyon gibi ek sağlık sorunları olabilmektedir. Tükürük salgısı ve tat alma duyuları zayıflamakta, mide hareketleri azalmaktadır. Hemşireler hastaların yaş ve genel sağlık durumuna göre beslenmelerine yardımcı olmalıdırlar (72).

İleostomili hastalarda fazla miktarda su ve tuz kaybı olmaktadır. İleostomili hastalara beslenmelerinde su ve tuzun daha fazla tüketilmesinin önemi hemşireler tarafından açıklanmalıdır. Terlemeyle kaybedilen sıvı miktarı da hesaba katılmalı, sıcak iklimde yaşayan hastaların daha fazla su ve tuz tüketmeleri sağlanmalıdır (94). Hastalara ilk 6-8 hafta boyunca düşük posalı, sindirimi kolay yiyecekler önerilmelidir (30). Hasta ve yakınları hemşireler tarafından beslenme konusunda bilgilendirilmeli, hastaların sevdiği ve sevmediği yiyecekler dikkate alınarak hekim ya da diyetisyen ile birlikte uygun beslenme planı oluşturulmalıdır (95).

Hemşireler hastalara ishal, kabızlık, koku ve gaz yapan yiyecekler hakkında bilgi vermeli, oluşturulacak beslenme planında bu yiyeceklere dikkat edilmelidir. Balık, kabak, kavun, karpuz, kuru fasulye gibi selüloz oranı yüksek yiyecekler gaz ve kokuya neden olmaktadır. Yoğurt, ayran gibi yiyecekler ise kokuyu azaltmaktadır. (94,30). Muz, elma, peynir, yoğurt, patates püresi kabızlığa; erik, üzüm, çikolata, kızartma ve bira ishale sebep olmaktadır (94).

Hareketin Sağlanması

Hemşireler tarafından hastaların ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kalkmaları teşvik edilmeli, yatak içinde aktif ve pasif egzersizler yapmaları sağlanmalı, derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılmalıdır. Hareket ile anesteziden olumsuz etkilenen mide ve bağırsak fonksiyonları normal çalışma düzenlerine geri dönmektedir. Hastaların hareket etmelerinin sağlanması ile uzun süre hareketsiz kalmaya bağlı gelişebilecek pnömoni gibi

solunum problemlerinin ve tromboflebit gibi dolaşım problemlerinin görülme riski azaltılmış olmaktadır (92,93).

Stoma Bakım Ürünleri

Stoma bakımında torba, adaptör ve yardımcı bakım ürünleri kullanılmaktadır.

Torba: Torbalar tek parçalı ve iki parçalı torba olmak üzere ikiye ayrılırlar. Torba ve etrafındaki yapışkan bölümden oluşan torbalara tek parçalı torba denilmektedir ve bu torbaların en fazla 48 saatte bir değiştirilmesi gerekmektedir. Torba ve adaptör olarak iki kısımdan oluşan torbalara iki parçalı torba denilmektedir. İki parçalı torbalar ciltte tahriş gibi bir sorun olmadığı sürece 3-5 gün kalabilmektedir (43).

Adaptör: Torbanın hasta vücuduna yapışmasını sağlayan ve torbayı destekleyen parçadır (96).

Pasta: Adaptör ile stoma arasındaki boşlukların doldurulması amacıyla adaptör açıklığının kenarına uygulanan stoma bakım ürünüdür. Torbanın yerinde kalmasını sağlar ve peristomal alanı akıntıların olumsuz etkilerinden korur. İçeriğindeki alkol cilt tahrişine sebep olabilmektedir. Uygulandıktan bir dakika sonra adaptör yerleştirilmelidir (43,94).

Pudra: Cildi hassas veya nemli olanlarda hem koruyucu hem de emici bir tabakanın oluşmasını sağlar (96).

Kemer: Adaptör ve torba için destek sağlar. Hastaların kendilerini güvende hissetmelerini sağlar (43,94).

Koku gidericiler: Torba içindeki çıktının kötü kokmaması için tablet, jel ya da sıvı formları olabilen kimyasal maddelerdir (94).

Filtre: Kokuyu engelleyerek gaz çıkışına izin vermekte olup 8- 12 saat arasında kullanılabilir. Tek ya da iki parçalı torbalarda kullanımı uygundur (43).

Stomanın Değerlendirilmesi ve Bakımı

Hemşireler stomayı ameliyat sonrası erken dönemde (24 saat içinde) erken dönem komplikasyonları olan kanama, nekroz, iskemi, peristomal deri irritasyonu, akut parastomal herniasyon, parastomal enfeksiyon-mukokutanöz ayrışma açısından değerlendirmelidirler (84). Dikişler, bölgenin rengi, ostomi ağzı, ostomi çapı, gaz, gaita ve idrar çıkışı kontrol edilmeli ve stoma etrafındaki cildin bakımı yapılmalıdır (35,56). Ameliyattan sonraki ilk 24 saat boyunca 4 saatte bir stomanın renginin, nem ve ödem durumunun değerlendirilmesi stoma bölgesinde nekroz oluşumunun fark edilmesi için oldukça önemlidir. Stoma ameliyatı sonrası nekroz, genellikle ameliyat sonrası ilk 12-24 saat içinde gelişen bir komplikasyondur ve hastanın yeniden ameliyata alınmasına neden olabilmektedir (63).

Hemşireler stoma ameliyatından sonra çıktının içeriğini takip etmelidirler (59). Genellikle ameliyattan 72 saat sonra ileostomiden, 3-6 gün sonra kolostomiden çıktı gelmesi beklenir (59,63). Stoma tipine göre çıktı içeriği değişmektedir. İleostomide ilk çıktı yeşil, yapışkan ve düşük volümlü olup uzun dönemde diş macunu kıvamında ve günde 500-800ml miktarındadır. Yatay kolostomide sıklıkla yemek yenildikten sonra çıkan yumuşak dışkı vardır. İnen ve sigmoid kolostomilerde ise çıktı yumuşak ve şekilli olup hastanın bağırsak boşaltımı ameliyattan önceki alışkanlığı gibi olmaktadır (63).

Stoma çevresindeki cildi sızıntıdan, kokudan korumak ve kontrol etmek amacıyla torbaların değişimi sağlanmalıdır (59). Ayrıca torbaların stoma bölgesinde kızarıklık, kaşıntı ve ağrı yapması durumunda da değişimi sağlanmalıdır (63). Tek ve çift parçalı torbalar mevcut olup hastalar her gün stoma bakımı yapmakta zorluk yaşayacaklarını belirtiyorsa iki parçalı torba kullanımı önerilmelidir. İki parçalı torba sisteminde adaptör ciltte 3-5 gün kalabilmektedir (30,72). Stoma torbası/adaptörü seçmeden önce parastomal alan değerlendirilmelidir. Parastomal alan yumuşak ise sert, eğer sert ise yumuşak torba/adaptör sistemi tercih edilmelidir. Parastomal alan çok yumuşak ise adaptör/torbanın sabit kalması güçleşmekte ve kemer takılması önerilmektedir (63).

Stoma torbası değiştirilmeden önce hastaya işlemin amacı, nasıl uygulanacağı hakkında bilgi verilmelidir. Hemşireler mümkün olduğunca hastanın stoma bakımına katılmasını sağlamalıdır. Torba değişimine başlamadan önce temizliğe özen gösterilmeli ve gerekli tüm malzemeler hazır bulundurulmalıdır (30). Hasta tuvalete ya da yanında bir sandalyeye oturtulur, cilt sabunla ıslatılmış, nemli bir bezle fazla bası uygulamadan nazikçe silinir, kuru bir bezle de kurulur. Kuru bir cilt adaptörün/torbanın cilde daha iyi yapışmasını sağlar (31,59). Torbanın açıklığı ile stomanın çapı uyumlu olmalıdır. Açıklık, stomadan geniş olursa sızıntı, stomadan dar olursa stomaya bası olabilir ve her iki durumda da parastomal alanda tahriş meydana gelebilir. Bu yüzden stoma çapı ölçek ile ölçülmeli ve torbanın açıklığı stomadan 1,5-3 mm kadar geniş olmalıdır. Kesilen torba açıklığına sızıntıyı önlemek için pasta sürülmelidir (84). Ciltte bir irritasyon yoksa uygun bir deri bariyeri kullanılıp, yapışkan yüzeydeki plastik koruyucu kaldırılarak torba cilde yapıştırılmalıdır. Eğer irritasyon varsa stoma bölgesine deri bakım ürünleri, kortizonlu spreyleyler, antifungal kremler uygulanabilir (59). Sonrasında torba yapıştırılmalı, torbanın alt kısmının açık olmadığından emin olunmalı ve torba hafifçe aşağı doğru çekilerek cilde yapışıp yapışmadığı kontrol edilmelidir. İşlem bittikten sonra eller yıkanıp atılacak malzemeler uzaklaştırılmalıdır (35). Torbalar tek kullanımlık ise 1/2' si ya da 1/3' si dolduktan sonra, alttan klemplice ise 2 günde bir değişimleri yapılabilir. Koku oluşmasını önlemek için torba içerisine koku giderici sprey de sıkılabilir

(30,35). Torba değişimi sonrasında hastadan ve de hasta yakınlarından işlemler ile ilgili geri bildirimler hemşireler tarafından alınmalı, hastalar stoma bakımı yapabilme gücü açısından değerlendirilmelidir. Hasta ve yakınlarına soru sorma fırsatı verilmeli, anlayamadıkları ve merak ettikleri konular net bir şekilde cevaplandırılmalıdır.

Kolostomi İrrigasyonu

Kolostomi irrigasyonu ile kalıcı kolostomisi olan hastalar sürekli torba kullanma zorunluluğundan kurtulmaktadırlar. Hastalar ameliyattan 6-8 hafta sonra, normal beslenme ve bağırsak alışkanlıklarına döndüklerinde irrigasyon uygulanmaya başlanmalıdır. Ancak bu işlem zihinsel ve fiziksel açıdan ciddi sınırlamaları olmayan, ameliyat öncesinde düzenli beslenme alışkanlığı olan, inen ve sigmoid kolona stoma açılan hastalar için uygundur (30,37).

Kolostomi irrigasyon işlemi lavmana benzemektedir. Stomalı hasta tuvalate oturtulmalı, irrigasyon torbası 750-1000 ml ılık çeşme suyuyla doldurulmalı, setin havası çıkartılmalıdır (35,37). İrrigasyon torbasındaki suyun sıcaklığı 37°C' i geçmemelidir (37). Stoma torbası çıkartılarak stoma ve çevresi temizlenmelidir (30). Kataterin ucu yağlanmalı ve stomadan içeri yavaşça en fazla 8cm ilerletilmelidir. Torbanın klempini açılarak en fazla 1000 ml su verilmelidir. Kramp meydana gelirse suyun verilmesine birkaç dakika ara verilmeli, sonra tekrardan verilmeye başlanmalıdır (31,35). Su verme işlemi bittikten sonra bağırsağa ilerletilen katater geri çekilmeli, 10-15 dakika suyun bağırsakta kalması sağlanmalıdır (30). İrrigasyondan sonra çıkış gözlenmeli, eğer yoksa karnına masaj yapılmalı, ılık su içilmesi sağlanmalıdır. Yine çıkış yoksa stoma torbası takılmalı, günde sadece bir kez denenmelidir (31).

İrrigasyon işlemi ile boşaltım alışkanlığı düzene girip çıkış olduktan sonra stoma torbası takılması zorunluluğu kalkmaktadır. Bir ped ile stoma bölgesinin kapatılması yeterli olmaktadır (37).

Taburculuk Bilgilendirmesi

Literatürde intestinal stomalı hastaların taburcu olduktan sonraki yaşamlarında stomaya uyum sağlamada sıkıntı yaşadıkları belirtilmektedir (97). Hastalar ve yakınları hastaneye kabul ile başlayan ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası dönem dahil tüm süreç boyunca taburculuğa hazırlanmalıdırlar. Stoma bakım hemşireleri, hastaları stoma ile olan yeni yaşamlarına daha kolay uyum sağlanabilmesi için öz bakım girişimleri, pansumanın nasıl değiştirileceği, beslenme, gelişebilecek komplikasyonlar, stoma bakım ürünlerinin nereden alınabileceği hakkında bilgilendirmelidirler (31). Bilgilerin daha kalıcı olması için mümkünse hastalara yazılı bir materyal de verilmelidir (30). İntestinal stomalı

bireyler taburcu olduktan sonra da stomalarına uyum sağlayana kadar takip edilmeli ve desteklenmelidirler. Hastalara taburculuk sonrası ilk gün profesyonel bir destek sağlanması ve fiziksel aktiviteye teşvik edilmeleri önemlidir. Bireyler hastaneden taburcu edildiklerinde torba değişimi, istemsiz gaz çıkışı, yeni beden imajına alışmama gibi sorunlarla ve çeşitli komplikasyonlarla karşılaşabilir; evde bakım için uygun olmayan koşullarda yaşayabilirler (98). İhtiyaçları olduğu halde yardım edecek yakınları olmayabilir ve olası bu gibi sorunlar bireylerin sosyal uyumlarını zorlaştırır. Literatürde de stoma ameliyatı sonrası ilk üç ayda bireylerin sosyal yaşantılarında düşüş olduğu belirtilmiştir (20). Evde bakım hemşiresinin sağlıklı bir bakım için hastanın evine gidip evini görmesi, ev ortamını ve bakıma yardım edecek bireyleri değerlendirmesi sağlanmalıdır. Hastalara ihtiyaç halinde iletişim kurabilecekleri evde bakım hemşiresinin telefon numarası verilmelidir (59,98). Bireyler genellikle stoma ameliyatının gerçekleşmesinden bir yıl ya da daha uzun süre sonra sağlık kuruluşuna gitmektedir. Ancak genel olarak stomalı bireylerin, ameliyattan sonraki 1-6. haftada, 3.ayda ve 6.ayda randevu verilerek ve daha sonra hastanın ihtiyacına göre 1 yıla kadar uzayabilen sıklıklarla izlenmesi gerekmektedir (63,99).

İntestinal stoma ameliyatı öncesi ve sonrasında hastalara ve yakınlarına verilecek eğitimde hemşirelerin rolü çok önemlidir. Taburcu olduktan sonra karşılaşılabilecek fiziksel, sosyal, psikolojik sorunların aşılmasında hemşireler tarafından verilen danışmanlık ve eğitim hizmetinin devamlılığı sağlanmalıdır. Kurban ve ark. (100) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin taburculuk eğitiminde rol alma oranının düşük olduğu belirlenmiştir. Hemşireler de stomalı bireylerin yeni yaşamlarına uyum sağlamalarında çok önemli rolleri olduğunun bilincinde olmalıdırlar (56).

Bu araştırma intestinal stomalı hastalarda stoma uyumu ve etki eden bireysel özelliklerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE TİPİ

“İntestinal stomalı hastalarda stoma uyumu ve etki eden bireysel özelliklerin değerlendirilmesi” amacıyla yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Kliniğinde Ağustos 2016- Ağustos 2017 tarihleri arasında yapıldı.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Bu araştırmanın evrenini, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Kliniğinde yatan intestinal stoma ameliyatı olan hastalar oluşturdu. Örneklem sayısının belirlenebilmesi için gerekli kaynak incelemeleri yapıldı ve “Effects of Enterostomal Nurse Telephone Follow-up on Postoperative Adjustment of Discharged Colostomy Patients” isimli çalışma bulgularının (deney grubu Ostomi Uyum Ölçeği-23 puan ortalaması:136,11±20,48 ve kontrol grubu Ostomi Uyum Ölçeği-23 puan ortalaması:124,32±22,28) dahilinde %95 güven düzeyinde ve %80 güç öngörerek power analizle örneklem n=56 olarak hesaplanmıştır. Örneklem seçiminde belirtilen kriterler dikkate alındı.

Araştırmaya;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü,
- Kalıcı veya geçici intestinal stoması olan,

- 18 yaş ve üstü,
- Anlama ve algılama güçlüğü olmayan,
- Türkçe konuşabilen hastalar dahil edildi.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: İntestinal stomalı hastaların stoma uyumu ve bireysel özellikleri arasında ilişki vardır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma veri toplama araçları olarak kişisel bilgi formu ve Ostomi Uyum Ölçeği-23 kullanıldı.

Kişisel bilgi formu

Araştırmada kullanılan kişisel bilgi formu; hastaların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, aylık ortalama gelir, sosyal güvence) ve sağlık öyküsü (ameliyat ve sonuçlar hakkında yeterli bilgilendirilme, stoma tipi, stomanın süresi, stoma bakımını yapan kişiler, stomanın çevresindeki kişilerle ilişkilerini etkileme durumu, stomanın ilişkilerini etkilediği kişiler, stoma bakımını yapmasını zorlaştıracak ek bir sağlık sorunu) ile ilgili bilgilerini içerecek şekilde araştırmacı tarafından geliştirilmiş, 14 sorudan oluşan veri toplama aracıdır (Ek 1).

Ostomi uyum ölçeği-23

İntestinal stomalı hastaların stomaya uyumunu değerlendirmek amacıyla “Ostomi Uyum Ölçeği-23” kullanıldı (Ek 2).

Ölçek, Simms, Smith ve Maekawa tarafından, stomalı bireylerin stomaya uyum düzeylerinin saptanması amacıyla geliştirilmiş 23 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte her madde likert tipinde 0-4 puan aralığında değerlendirilmekte ve her 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 en düşük ve en yüksek puanları 0 ve 92 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin 570 stomalı hasta ile yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, Cronbach değeri 0.93 ve test-retest değerlendirmesinde korelasyon değeri (r) 0,83 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve ark.(2011) tarafından yapılmış, ölçeğin geneline ait güvenilirlik katsayısı 0.87 ve kabul etme, kaygı/endişe, sosyal uyum, öfke alt ölçeklerinin güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.81, 0.58, 0.71, 0.79 olarak bulunmuştur.

Yaptığımız araştırmada ilk değerlendirmede ölçeğin geneline ait güvenilirlik katsayısı 0.90 ve kabul etme, kaygı/endişe, sosyal uyum, öfke alt ölçeklerinin güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.82, 0.65, 0.48, 0.71; ikinci değerlendirmede ölçeğin geneline ait güvenilirlik katsayısı 0.93 ve kabul etme, kaygı/endişe, sosyal uyum, öfke alt ölçeklerinin güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.88, 0.68, 0.48, 0.81 olarak bulunmuştur.

VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verileri kişisel bilgi formunun ve Ostomi Uyum Ölçeği'nin iki kez intestinal stomalı 56 hastaya doldurulması ile toplandı.

Araştırma verileri toplanmadan önce araştırmacı tarafından servis yönetici hemşirelerine, hemşirelerine, hastalara ve hasta yakınlarına araştırmanın amacı ve yöntemi açıklandı ve soruları cevaplandı. Araştırmanın yapılacağı hastanenin yönetiminden ve servis yönetiminden yazılı ve sözlü izin alındı. Servis sorumlu hemşiresi ile telefonla haberleşerek stoma uygulanan hastalar belirlendi. Hastalar odalarında tedavi, dinlenme ve yemek saatleri dışında bir zamanda taburcu olacakları gün uygun bir zamanda ziyaret edilerek kişisel bilgi formu ve Ostomi Uyum Ölçeği soruları araştırmacı tarafından sorularak formlara kaydedildi.

1.Değerlendirme

Araştırmacı ilk olarak servis sorumlu hemşiresine ve klinikte çalışan diğer hemşirelere kendisini tanıttı. Çalışmanın amacını, kurumdan araştırma yapılmasına dair yazılı izin alındığını belirtti. Araştırmacı tarafından haftada iki kez Genel Cerrahi Kliniği' de sorumlu hemşireler ile görüşülerek intestinal stomalı ve taburculuk döneminde olan hastalar belirlendi. İntestinal stomalı hastalar odalarında tedavi, dinlenme ve yemek saatleri dışında ziyaret edildi. İntestinal stomalı hasta ve varsa yakınlarına araştırmacı kendisini tanıttı. Araştırmanın amacını, araştırmanın yapılmasına dair kurumdan izin alındığını, klinikte çalışan hemşirelerin de bilgisi dahilinde yapıldığını açıkladı. Kendilerinden alınan bilgilerin araştırma harici bir yerde kullanılmayacağı belirtildi. Araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair izinleri alındı. Hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yaklaşık 30 dakikada, kişisel bilgi formu dolduruldu ve Ostomi Uyum Ölçeği-23 kullanılarak stoma uyumlarının 1. değerlendirmesi yapıldı. Formlar araştırmacı tarafından dolduruldu. Hastalara üç hafta sonra Ostomi Uyum Ölçeği sorularının telefonla tekrar doldurulacağı açıklanarak iletişim kurabilmek için bir telefon numarası istendi ve araştırmanın birinci veri toplama bölümü bitirildi.

2. Değerlendirme

Birinci değerlendirmede araştırmaya katılmayı kabul eden ve iletişim numaraları alınan hastalar, taburculuklarından üç hafta sonra araştırmacı tarafından telefonla aranılarak, kişisel bilgi formu dolduruldu ve Ostomi Uyum Ölçeği-23 tekrar kullanılarak stoma uyumlarının 2. değerlendirmesi yapıldı. Veri toplama süresi boyunca her hasta ile ortalama 30 dakika görüşüldü.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın uygulanabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan (Ek 3) ve Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Merkez Müdürlüğünden (Ek 4) gerekli izinler alındı.

Ostomi Uyum Ölçeği-23'ün Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapan Karadağ'dan (Ek 5) izinleri alındı.

Araştırmanın yapılacağı klinik yöneticilerine, servis sorumlu hemşiresine, servis hemşirelerine ve araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan hastalara araştırmanın amacı ve uygulanışı hakkında açıklama yapıldı. Hastaların verdikleri bilgilerin sadece bu araştırma için kullanılacağı söylendi ve araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair sözlü ve yazılı izinleri alındı.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlarının (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra normal dağılım gösteren nicel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen verilerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında One way Anova test, ikili karşılaştırmalarında Games-Howell ve Bonferroni test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve ikili karşılaştırmalarında Dunn's test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Pearson Korelasyon Analizi ve Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin ilk ve son ölçümlerinin değişimlerinin incelenmesinde Paired Sample t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin ilk ve son

ölçümlerinin değişimlerinin incelenmesinde Wilcoxon Signed Ranks test kullanıldı. Anlamlılık en az $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Ağustos 2016-Ağustos 2017 tarihleri arasında, intestinal stomalı hastalarda stoma uyumu ve etki eden bireysel özelliklerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmadan elde edilen veriler istatistiksel testler ile analiz edildi ve tablolar halinde sunuldu.

Tablo 1. Hastaların bireysel özellikleri

Yaş (yıl)	Ort±Ss= 60,4±13,2		
		n	%
Cinsiyet	Kadın	18	32,1
	Erkek	38	67,9
Eğitim	İlköğretim ve altı	38	67,9
	Lise ve üzeri	18	32,1
Medeni Durum	Evli	46	82,1
	Bekar	10	17,9
Çalışma Durumu	Çalışıyor	32	57,1
	Çalışmıyor	24	42,9
Aylık Ortalama Gelir	Yok	17	30,4
	≤ 1600TL	18	32,1
	>1600TL	21	37,5
Sosyal Güvence	Var	51	91,1
	Yok	5	8,9

Tablo 1’de çalışmaya dahil edilen hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde hastaların yaş ortalaması 60,4±13,2 olarak saptanmıştır. Hastaların %32,1’inin (n:18) cinsiyetinin kadın, %67,9’unun (n:38) erkek olduğu; %67,9’unun (n:38) eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı, %32,1’inin (n:18) lise ve üzeri; %82,1’inin (n:46) evli, %17,9’unun (n:10) bekar olduğu belirlendi. Hastaların çalışma durumları ve ekonomik durumları incelendiğinde, %57,1’inin (n:32) çalıştığı, %42,9’unun (n:18) çalışmadığı; %32,1’inin (n:18) 1600TL’den az aylık ortalama gelirinin olduğu, %37,5’inin (n:21) 1600TL’den fazla olduğu, %30,4’ünün (n:17) ise aylık gelirinin olmadığı; %91,1’inin (n:51) sosyal güvencesinin olduğu, %8,9’unun (n:5) olmadığı saptandı.

Tablo 2. Hastaların intestinal stomaya ilişkin özellikleri

		1. Değerlendirme		2. Değerlendirme	
		n	%	n	%
Yeterli Bilgilendirme	Evet	37	66,1	37	66,1
	Hayır	19	33,9	19	33,9
İntestinal Stoma Tipi	İleostomi	19	33,9	19	33,9
	Kolostomi	37	66,1	37	66,1
Süre	Kalıcı	12	21,4	12	21,4
	Geçici	44	78,6	44	78,6
Bakım Yapan Kişi	Kendi	4	7,1	11	19,6
	Eş	30	53,6	14	25,0
	Diğer aile üyeleri	22	39,3	31	55,4
İlişkilerini Etkileme Durumu	Etki etmedi	25	44,6	35	62,5
	Etki etti	31	55,6	21	37,5
İlişkilerinde Etkilediği Kişiler	Ailesi	28	90,3	20	95,2
	Aile dışı kişiler	3	9,7	1	4,8
Bakımı Zorlaştıran Sağlık Sorunu	Evet	13	23,2	13	23,2
	Hayır	43	76,8	43	76,8

Tablo 2’ de hastaların intestinal stomaya ilişkin özellikleri incelendiğinde hastaların %66,1’ine (n=37) kolostomi, %33,9’una (n=19) ileostomi açıldığı, intestinal stomaların %78,6’sının (n=44) geçici, %21,4’ünün (n=12) kalıcı olduğu ve hastaların % 66,1’ine (n=37) yeterli bilgilendirme yapıldığı, %33,9’una (n=19) yeterli bilgilendirme yapılmadığı belirlendi.

İlk değerlendirmede (hastane bakım döneminde) hastaların %53,6'sının (n=30) eşinin, %39,3'ünün (n=22) diğer aile üyelerinin, %7,1'inin (n=4) kendisinin intestinal stoma bakımını yaptığı; ikinci değerlendirmede (evde bakım döneminde) hastaların %55,4'ünün (n=31) diğer aile üyelerinin, %25'inin (n=14) eşinin, %19,6'sının (n=11) kendisinin intestinal stoma bakımını yaptığı belirlendi.

İntestinal stomanın çevrelerindeki kişilerle ilişkilerine etki etme durumu incelendiğinde ilk değerlendirmede (hastane bakım döneminde) hastaların %55,6'sının (n=31) etki ettiğini, %44,6'sının (n=25) etki etmediğini; ikinci değerlendirmede (evde bakım döneminde) hastaların %62,5'inin (n=35) etki etmediğini, %37,5'inin (n=21) etki ettiğini ifade ettiği belirlendi.

Hastaların ilişkilerine intestinal stomanın etkisi incelendiğinde ilk değerlendirmede (hastane bakım döneminde) %90,3'ünün (n=28) ailesiyle, %9,7'sinin (n=3) aile dışı kişilerle; ikinci değerlendirmede (evde bakım döneminde) hastaların %95,2'sinin (n=20) ailesiyle, %4,8'inin (n=1) aile dışı kişilerle ilişkilerinin etkilendiğini ifade ettiği belirlendi.

İntestinal stoma bakımını zorlaştıracak sağlık sorunu varlığı incelendiğinde hem ilk değerlendirmede (hastane bakım döneminde) hem ikinci değerlendirmede (evde bakım döneminde) hastaların %76,8'inin (n=43) olmadığını, %23,2'sinin (n=13) olduğunu ifade ettiği belirlendi.

Tablo 3. Hastaların intestinal stoma uyumu

	İlk Değerlendirme (Ort ±Ss)	İkinci Değerlendirme (Ort ±Ss)	İstatistik
Toplam	46,2±14,0	35,2±14,3	t=9,320 p=0,001**
Kabul Etme	16,9±6,18	11,3±5,87	t=9,847 p=0,001**
Kaygı/Endişe	11,0±3,48	9,54±3,54	t=4,721 p=0,001**
Sosyal Uyum	10,1±2,56	8,38±2,62	t=6,378 p=0,001**
Öfke	8,04±3,54	6,00±3,64	t=6,316 p=0,001**

**p<0,01;t:Paired Samples Test.

Tablo 3'te hastaların intestinal stoma uyumu değerlendirildiğinde; toplam puan ortalamasının ilk değerlendirmede (hastane bakım döneminde) $46,21 \pm 14,01$ ve ikinci değerlendirmede (evde bakım döneminde) $35,23 \pm 14,39$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=9,320$; $p=0,001$) belirlendi.

Ölçek alt gruplarından kabul etme puan ortalaması değerlendirildiğinde, ilk değerlendirmede (hastane bakım döneminde) $16,9 \pm 6,18$, ikinci değerlendirmede (evde bakım döneminde) $11,3 \pm 5,87$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=9,847$; $p=0,001$) belirlendi.

Ölçek alt gruplarından kaygı/endişe puan ortalaması değerlendirildiğinde, ilk değerlendirmede (hastane bakım döneminde) $11,0 \pm 3,48$, ikinci değerlendirmede (evde bakım döneminde) $9,54 \pm 3,54$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=4,721$; $p=0,001$) belirlendi.

Ölçek alt gruplarından sosyal uyum puan ortalaması değerlendirildiğinde, ilk değerlendirmede (hastane bakım döneminde) $10,1 \pm 2,56$, ikinci değerlendirmede (evde bakım döneminde) $8,38 \pm 2,62$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=6,378$; $p=0,001$) belirlendi.

Ölçek alt gruplarından öfke puan ortalaması değerlendirildiğinde; ilk değerlendirmede (hastane bakım döneminde) $8,04 \pm 3,54$, ikinci değerlendirmede (evde bakım döneminde) $6,00 \pm 3,64$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=6,316$; $p=0,001$) belirlendi.

Tablo 4. Bireysel özelliklere göre intestinal stoma uyumunun değerlendirilmesi

		1.Değerlendirme (Ort ±Ss)	2.Değerlendirme (Ort ±Ss)	İstatistik
Yaş(Yıl)	≤60yaş (n=31)	43,5±12,9	32,6±14,0	t=6,819 p=0,001
	>60yaş (n=25)	49,5±14,7	38,4±14,4	t=6,228 p=0,001
	t; p	t=1,629; p= ^a 0,109	t=1,516; p= ^a 0,135	
Cinsiyet	Kadın (n=18)	52,7±13,3	40,2±13,1	t=6,780 p=0,001
	Erkek (n=38)	42,1±13,4	32,8±14,4	t=6,780 p=0,001
	t; p	t=2,528; p= ^a 0,014*	t=1,845; p= ^a 0,070	
Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı (n=38)	48,4±13,8	40,1±13,9	t=7,562 p=0,001
	Lise ve üzeri(n=18)	41,5±13,4	24,8±8,86	t=6,973 p=0,001
	t; p	t=1,766; p= ^a 0,083	t=4,947;p= ^a 0,001**	
Medeni Durum	Evli (n=46)	48,7±13,0	36,7±14,6	t=8,949 p=0,001
	Bekar (n=10)	34,5±12,7	28,1±11,1	Z=2,654p=0,008
	Z; p	Z=2,975;p= ^b 0,003**	Z=1,552; p= ^b 0,121	
Çalışma Durumu	Çalışıyor (n=32)	42,5±13,7	32,0±13,0	t=6,790 p=0,001
	Çalışmıyor (n=24)	51,1±13,0	39,4±15,2	t=6,289 p=0,001
	t; p	T=2,364; p= ^a 0,022*	t=1,952; p= ^a 0,056	
Aylık Ortalama Gelir	Yok (n=17)	52,8±13,9	41,4±14,3	t=5,554p=0,001
	≤ 1600TL (n=18)	47,7±15,6	38,8±15,0	t=4,513p=0,001
	>1600TL(n=21)	39,5±9,48	27,0±9,82	t=5,988p=0,001
	F; p	F:6,170;p= ^d 0,006**	F:6,741;p= ^d 0,002**	
Sosyal Güvence	Var (n=51)	45,9±14,3	34,8±14,2	T=9,053 p=0,001
	Yok (n=5)	48,8±11,3	39,6±16,9	Z=-2,573p=0,010
	Z; p	Z=0,402; p= ^b 0,687	Z=0,647; p= ^b 0,518	

*:p<0,05; **:p<0,001; t:Paired Sample Test; Z:Wilcoxon Signed Ranks Test; ^a:Student t Test ^b:Mann Whitney U Test; ^d:Oneway-ANOVA Test; F:Anova Testi.

Tablo 4’te bireysel özelliklere göre intestinal stoma uyumu değerlendirildiğinde; 60 yaş ve altı hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının 43,5±12,9, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının 32,6±14,0 olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu (t=6,819; p=0,001) belirlendi. 60 yaş üstü hastalarda da ilk değerlendirme (hastane bakım

dönemi) puan ortalamasının $49,5 \pm 14,7$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $38,4 \pm 14,4$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=6,228; p=0,001$) belirlendi. Yaşa göre birinci (hastane bakım dönemi) ve ikinci değerlendirmelerde (evde bakım dönemi) 60 yaş altı ve üstü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (sırasıyla $t=1,629, p=0,109; t=1,516, p=0,135$).

Cinsiyete göre intestinal stoma uyumu değerlendirildiğinde; kadın hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $52,7 \pm 13,3$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $40,2 \pm 13,1$ olduğu ve ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=6,780; p=0,001$) belirlendi. Erkek hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $42,1 \pm 13,4$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $32,8 \pm 14,4$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=6,780; p=0,001$) belirlendi. Ayrıca ilk değerlendirmede (hastane bakım dönemi) kadın hastaların puan ortalamaları erkek hastaların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek ($t=2,528; p=0,014$) belirlendi.

Eğitim durumuna göre intestinal stoma uyumu değerlendirildiğinde; ilköğretim ve altında eğitim seviyesine sahip hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $48,4 \pm 13,8$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $40,1 \pm 13,9$ olduğu ve ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=7,562; p=0,001$) belirlendi. Lise ve üzerinde eğitim seviyesine sahip hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $41,5 \pm 13,4$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $24,8 \pm 8,86$ olduğu ve ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=6,973; p=0,001$) belirlendi. Ayrıca ikinci değerlendirmede (evde bakım dönemi) ilköğretim ve altı seviyede eğitim seviyesine sahip olan hastaların puan ortalamaları lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek ($t=4,947; p=0,001$) belirlendi.

Medeni duruma göre intestinal stoma uyumu değerlendirildiğinde; evli olan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $48,7 \pm 13,0$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $36,7 \pm 14,6$ olduğu ve ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=8,949; p=0,001$) belirlendi. Bekar olan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $34,5 \pm 12,7$, ikinci değerlendirme (evde bakım

dönemi) puan ortalamasının $28,1 \pm 11,1$ olduğu ve ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($Z=2,654; p=0,008$) belirlendi. Ayrıca ilk değerlendirmede (hastane bakım dönemi) evli hastaların puan ortalamaları bekar hastaların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek ($Z=2,975; p=0,003$) belirlendi.

Çalışma durumuna göre intestinal stoma uyumu değerlendirildiğinde çalışan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $42,5 \pm 13,7$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $32,0 \pm 13,0$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=6,790; p=0,001$) belirlendi. Çalışmayan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $51,1 \pm 13,0$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $39,4 \pm 15,2$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=6,289; p=0,001$) belirlendi. Ayrıca ilk değerlendirmede (hastane bakım dönemi) çalışmayan hastaların puan ortalamaları çalışan hastaların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek ($t=2,364; p=0,022$) belirlendi.

Aylık ortalama gelir durumuna göre intestinal stoma uyumu değerlendirildiğinde; aylık geliri olmayan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $52,8 \pm 13,9$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $41,4 \pm 14,3$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=5,554; p=0,001$) belirlendi. Aylık ortalama geliri 1600TL ve daha az olan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $47,7 \pm 15,6$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $38,8 \pm 15,0$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=4,513; p=0,001$) belirlendi. Aylık geliri 1600 TL'den fazla olan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $39,5 \pm 9,48$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $27,0 \pm 9,82$ olduğu ve ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=5,988; p=0,001$) belirlendi. Ayrıca çalışmayan hastaların puan ortalamaları çalışan hastaların puan ortalamalarına göre hem ilk (hastane bakım dönemi) değerlendirmede ($F=6,170; p=0,006$) ve hem de ikinci değerlendirmede (evde bakım dönemi) ($Z=6,741; p=0,002$) istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu belirlendi.

Sosyal güvence durumuna göre intestinal stoma uyumu değerlendirildiğinde sosyal güvencesi olan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $45,9 \pm 14,3$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $34,8 \pm 14,2$ olduğu ve ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=9,053; p=0,001$) belirlendi. Sosyal güvencesi olmayan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $48,8 \pm 11,3$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $39,6 \pm 16,9$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($Z=-2,573; p=0,010$) belirlendi. Sosyal güvence varlığına göre birinci (hastane bakım dönemi) ve ikinci değerlendirmelerde (evde bakım dönemi) sosyal güvencesi olan ve olmayan arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (sırasıyla $Z=0,402, p=0,687; Z=0,647, p=0,518$).

Tablo 5. İntestinal stoma özelliklerinin total ölçek puan ortalamasına etkisi

		1.Değerlendirme (Ort ±Ss) (n)	2.Değerlendirme (Ort ±Ss) (n)	İstatistik
Yeterli Bilgilendirme	Evet	43,4±13,9 (37)	33,6±13,8 (37)	t=6,794 p=0,001
	Hayır	51,5±12,8 (19)	38,3±15,3 (19)	t=6,676 p=0,001
	t; p	t=2,117;p= ^a 0,039*	t=1,153; p= ^a 0,254	
İntestinal Stoma Tipi	İleostomi	46,5±13,8 (19)	36,2±11,6 (19)	t=4,878 p=0,001
	Kolostomi	46,0±14,2 (37)	34,7±15,7 (37)	t=7,902 p=0,001
	t; p	t =0,118; p= ^a 0,906	t =0,381; p= ^a 0,705	
Süre	Kalıcı	45,3±15,2 (12)	32,7±14,5 (12)	Z=-3,065p=0,022
	Geçici	46,4±13,8 (44)	35,9±14,4 (44)	t=8,148 p=0,001
	Z; p	Z=-0,559; p= ^b 0,576	Z=-0,899; p= ^b 0,369	
Bakım Yapan Kişi	•Kendi	50,2±10,4 (4)	27,2±10,1 (11)	-
	Eş	46,0±12,7 (30)	40,7±15,5 (14)	t=5,946 p=0,001
	Diğer aile üyeleri	45,7±16,4 (22)	35,5±14,2 (31)	t=7,019 p=0,001
	P	t=1,321;p= ^a 0,193	$\chi^2=5,223$; p= ^c 0,073	
Etkileme Durumu	Etki etmedi	41,7±14,3 (25)	31,4±13,7 (35)	t=6,101 p=0,001
	Etki etti	49,8±12,8 (31)	41,5±13,4 (21)	t=7,399 p=0,001
	P	t=2,232; p= ^a 0,030*	t=0,986; p= ^a 0,328	
Etkilediği Kişiler	Aile	52,18±10,7 (28)	42,8±12,5 (20)	t=7,464 p=0,001
	Aile dışı kişiler	28,0±10,5 (3)	17,00±00 (1)	-
	P	-	-	
Sağlık Sorunu	Evet	53,3±14,4 (13)	46,2±13,5 (13)	z=-2,938 p=0,003
	Hayır	44,0±13,2 (43)	31,9±13,0 (43)	t=8,870 p=0,001
	Z; p	Z=1,912; p= ^b 0,056	Z=2,884;p= ^b 0,004**	

*:p<0,05; **:p<0,001; t:Paired Sample Test; Z:Wilcoxon Signed Ranks Test. ^aStudent-t Test; ^bMann Whitney U; Test;^cKruskal Wallis Test.

Tablo 5’te intestinal stoma özelliklerinin total ölçek puan ortalamasına etkisi incelendiğinde, yeterli bilgilendirme yapılan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının 43,4±13,9, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının 33,6±13,8 olduğu ve ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu (t=6,794; p=0,001) belirlendi.

Yeterli bilgilendirme yapılmayan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $51,5 \pm 12,8$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $38,3 \pm 15,3$ olduğu ve ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=6,676; p=0,001$) belirlendi. Ayrıca ilk değerlendirmede (hastane bakım dönemi) yeterli bilgilendirme yapılan ve yapılmayan hastaların puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yeterli bilgilendirme yapılmayan hastaların puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek ($t=2,117; p=0,039$) belirlendi (Tablo 5).

İleostomisi olan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $46,5 \pm 13,8$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $36,2 \pm 11,6$ olduğu ve ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=4,878; p=0,001$) belirlendi (Tablo 5). Kolostomisi olan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $46,0 \pm 14,2$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $34,7 \pm 15,7$ olduğu ve ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=7,902; p=0,001$) belirlendi. İleostomi ya da kolostominin olmasının intestinal stoma uyumuna etkisi değerlendirildiğinde; birinci (hastane bakım dönemi) ve ikinci değerlendirmede (evde bakım dönemi) istatistiksel olarak anlamlı oranda fark belirlenmedi (sırasıyla $t=0,118, p=0,906; t=0,381, p=0,705$).

Kalıcı intestinal stoması olan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $45,3 \pm 15,2$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $32,7 \pm 14,5$ olduğu ve ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($Z=-3,065; p=0,022$) belirlendi (Tablo 5). Geçici intestinal stoması olan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $46,4 \pm 13,8$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $35,9 \pm 14,4$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=8,148; p=0,001$) belirlendi. Kalıcı ya da geçici intestinal stomanın stoma uyumuna etkisi değerlendirildiğinde; birinci (hastane bakım dönemi) ve ikinci değerlendirmede (evde bakım dönemi) istatistiksel olarak anlamlı oranda fark belirlenmedi (sırasıyla $t=0,559, p=0,576; t=0,899, p=0,369$).

İntestinal stoma bakımını kendisi yapan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $50,2 \pm 10,4$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan

ortalamasının $27,2\pm 10,1$ olduğu belirlendi ancak kişi sayısı yetersiz olduğu için ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) ve ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) arasında karşılaştırma yapılmadı. İntestinal stoma bakımının eşleri tarafından yapılan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $46,0\pm 12,7$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $40,7\pm 15,5$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=5,946;p=0,001$) belirlendi. İntestinal stoma bakımının diğer aile üyeleri tarafından yapılan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $45,7\pm 16,4$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $35,5\pm 14,2$ olduğu ve ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=7,019;p=0,001$) belirlendi. İntestinal stoma bakımının kendisi, eşi ve diğer aile üyeleri tarafından yapılmasının intestinal stoma uyumuna etkisi değerlendirildiğinde; birinci (hastane bakım dönemi) ve ikinci (evde bakım dönemi) değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı oranda fark belirlenmedi (sırasıyla $t=1,321;p=0,193$; $\chi^2=5,223;p=0,073$).

İntestinal stomanın hastanın çevresindeki kişilerle ilişkilerine etkisi incelendiğinde; ilişkilerine etki etmeyen hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $41,7\pm 14,3$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $31,4\pm 13,7$ olduğu ve ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=6,101;p=0,001$) belirlendi (Tablo 5). İlişkileri etkilenen hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $49,8\pm 12,8$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $41,5\pm 13,4$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=7,399;p=0,001$) belirlendi. Ayrıca ilk değerlendirmede (hastane bakım dönemi) çevresindeki kişilerle ilişkileri etkilenen hastaların puan ortalamaları, çevresindeki kişilerle ilişkileri etkilenmeyen hastaların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek ($t=2,232;p=0,030$) belirlendi.

İntestinal stoma sonrası ailesiyle ilişkileri etkilenen hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $52,2\pm 10,7$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $42,8\pm 12,5$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=7,464;p=0,001$) belirlendi. İntestinal stoma sonrası ailesi dışındaki kişilerle ilişkileri etkilenen hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $28,0\pm 10,5$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $17,0\pm 00$ olduğu belirlenmiştir ancak kişi sayısı yetersiz olduğu için ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) ve ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi)

arasında karşılaştırma yapılamadı.

İntestinal stoma bakımı zorlaştıracak sağlık sorunu olan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $53,3\pm 14,4$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $46,2\pm 13,5$ olduğu ve ilk değerlendirme puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($Z=-2,938;p=0,003$) belirlendi. İntestinal stoma bakımı zorlaştıracak sağlık sorunu olmayan hastalarda ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının $44,0\pm 13,2$, ikinci değerlendirme (evde bakım dönemi) puan ortalamasının $31,9\pm 13,0$ olduğu ve ilk değerlendirme (hastane bakım dönemi) puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu ($t=8,870;p=0,001$) belirlendi. Ayrıca ikinci değerlendirmede (evde bakım dönemi) sağlık sorunu olan hastaların puan ortalamaları olmayan hastaların puan ortalamalarına göre istatistiksel oranda yüksek ($Z=2,884;p=0,004$) belirlendi.

TARTIŞMA

Bu araştırma intestinal stomalı hastalarda stoma uyumu ve etki eden bireysel özelliklerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Kliniğinde yapıldı.

Araştırmaya dahil edilen hastaların yaş ortalamalarının $60,4 \pm 13,2$ ve %67,9'unun erkek olduğu belirlendi (Tablo 1). Ciorogar ve ark. (101) tarafından yapılan araştırmada da hastaların yaş ortalamalarının $65,4 \pm 9,3$ ve %58,5'inin erkek olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %88,1'inin evli olduğu belirlendi. Kara ve Eti Aslan (98) tarafından yapılan araştırmada da hastaların %88,8'inin evli olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %67,9'unun ilköğretim ve altında eğitim seviyesinde olduğu belirlendi. Çavdar ve ark. (102) tarafından yapılan araştırmada da hastaların %51,5'inin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %57,1'inin çalıştığı ve aylık ortalama gelirleri incelendiğinde %37,5'inin 1600TL' den fazla, %32,1'inin 1600TL' den az aylık geliri olduğu ve %30,4'ünün aylık gelirinin olmadığı belirlendi. Kılıç ve ark. (103) tarafından yapılan araştırmada hastaların %10'unun iyi seviyede, %67,5'inin orta seviyede, %22,5'inin kötü seviyede gelirinin olduğu belirlenmiştir. Hastaların sosyal güvence varlığı incelendiğinde, %91,1'inin sosyal güvencesinin olduğu belirlendi. Dal ve ark. (104) tarafından yapılan araştırmada da hastaların %98,5'inin sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma ve diğer araştırmaların sonuçları bu hasta grubunun bireysel özelliklerinin benzer olduğunu göstermektedir.

Hastaların intestinal stomaya ilişkin özellikleri incelendiğinde birinci ve ikinci değerlendirmede (evde bakım ve hastane bakım dönemlerinde) hastaların yeterli bilgilendirme, stomanın tip ve süresi ile var olan sağlık sorunu oranlarının

aynı kaldığı belirlendi (Tablo 2). Stoma ve hastaya ait bu özelliklerin kalıcı olduğu ve üç hafta sonra yapılan ikinci değerlendirmede (evde bakım döneminde) değişmeyeceği tarafımızdan düşünüldü. Ancak stoma bakımını birinci değerlendirmede (hastane bakım döneminde) eşi yaparken ikinci değerlendirmede (evde bakım döneminde) diğer aile üyelerinin yapması ve birinci değerlendirmede (hastane bakım döneminde) stomanın ilişkilerine etki ettiği olarak ifade edilirken ikinci değerlendirmede (evde bakım döneminde) etki etmedi olarak ifade edilmesi farklılık oluşturmuş ve ailesinin her iki değerlendirmede etkilenmesi farklılık oluşturmamıştır. Stoma özelliklerine ilişkin araştırmalar yapılmıştır. Üstündağ ve ark. (46) tarafından yapılan araştırmada da hastaların %89,9'unun kolostomi öncesi ve sonrası kolostomi bakımı ile ilgili bilgilendirildikleri belirlenmiştir. Anaraki ve ark. (105) tarafından yapılan araştırmada da %66,7 oranıyla hastalara en sık açılan intestinal stoma türünün kolostomi olduğu belirlenmiştir. Ay (106) tarafından yapılan araştırmada da hastalara açılan intestinal stomaların %75'inin geçici olduğu belirlenmiştir. Dal ve ark. (104) tarafından yapılan araştırmada da cerrahi girişim uygulanan hastaların evde bakımında %85,2 oranında aile üyelerinin yardımcı oldukları ve hastaların evde karşılaştıkları en önemli sorunun öz bakım sorunu (%40,8) olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmadaki hastaların stoma ile ilişkili özellikleri ve benzer araştırmaların özellikleri birbirini destekler nitelikte bulundu.

Tablo 3'te intestinal stomalı hastaların stomaya uyumları ölçek toplam puanı üzerinden değerlendirildiğinde; ikinci değerlendirmede (evde bakım döneminde) stomaya uyumlarının azaldığı belirlendi ($t=9,320, p=0,001$).

Ciorogar ve ark. (101) intestinal stomalı hastalar ile yaptıkları araştırmada tatmin edici aile desteğine rağmen ameliyattan 9ay- 1yıl sonra hastaların iyimserlik düzeylerinin anlamlı şekilde olumsuz etkilendiğini belirlemişlerdir. Kara ve Aslan (98) tarafından yapılan araştırmada erkek hastaların ilk gün intestinal stomaya alışamadıkları, intestinal stomayı kabullenememe (şok yaşama) ve intestinal stomaya uyum sorunları yaşadıkları belirlenmiştir. Stomalı hastaların eve gittiklerinde uyum oranlarını azaltan birçok problem yaşanmaktadır. Hastanede sağlık personeli tarafından yürütülen bakım işlemi evde kendileri tarafından yapılmakta, yeterli ve nitelikli malzemeye ulaşım zorlaşmakta ve sosyal yaşama geçiş sıkıntı oluşturmaktadır (107). İlgili literatürde intestinal stomalı hastaların yaşadıkları fiziksel sorunların hastane şartları içinde verilen bakım, eğitim ve danışmanlıkla çoğunlukla ortadan kaldırıldığı ya da en aza indirildiği belirtilirken, sosyal ve cinsel sorunların devam ettiği belirtilmektedir (11). Araştırmaların sonuçları hastaların evde bakım döneminde (2.değerlendirmede) stomaya uyumlarının azaldığını göstermektedir.

Hastaların stomaya uyum ölçeği alt grup değerlendirmelerinde kabul etme ($t=9,847,p=0,001$) ve sosyal uyum ($t=6,378,p=0,001$) düzeylerinin ikinci değerlendirmede azaldığı belirlendi (Tablo 3). Benzer şekilde Aylaz' ın (108) yaptığı araştırmada stomalı hastalara ameliyatın yaşamlarında ne tür değişikliklere neden olduğu sorulduğunda, %49'u aile ilişkilerinin, %37'si sosyal aktivitelerin, %6'sı evlilik hayatının ve %4'ü çalışma hayatının etkilendiğini belirtmişlerdir. Gül ve ark. (109) tarafından yapılan araştırmada stomalı hastaların %66'sı günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiğini, %38'i evle ilgili işleri sürdürmemeye ve %55'i eski mesleğine devam edememe sorunlarını yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Staffy ve ark. (110) tarafından yapılan araştırmada intestinal stomalı bireylerde eşlerin stomayı sorun olarak görmesi durumunda stomayı kendilerinin bir parçası olarak kabul edilebilmelerinin daha zor olacağı belirtilmiştir. Ayrıca ilgili literatürde çalışan bireylerin taburcu olduktan sonra işe dönmelerinde intestinal stomalarıyla ilişkili olası problemlerden dolayı sorun yaşayabildikleri, işlerini değiştirmek zorunda kalabildikleri belirtilmektedir. İstemsiz gaz çıkarma, koku oluşması gibi fiziksel sorunlardan dolayı arkadaşlarıyla görüşmelerini kısıtlanmakta, sportif faaliyetlerden uzaklaşabilmektedirler (107). Ayrıca sosyal desteği az olan hastaların intestinal stomaya uyumlarının daha zor olacağı belirtilmektedir (111). Stomalı hastalarda evde bakım döneminde yaşanan olumsuz durumlar stomayı kabul etme ve sosyal uyumu azaltmaktadır.

Stomalı hastaların ölçek alt gruplarından kaygı/endişe ($t=4,721,p=0,001$) ve öfke ($t=6,316,p=0,001$) durumlarında stoma uyum puan ortalamalarının hastanede bakım döneminde (1.değerlendirmede) yüksek ve eve gittiğinde (2.değerlendirmede) düşük olduğu belirlendi (Tablo 3). Hastalar hastane ortamında kaygı/endişe ve öfkeyle daha kolay baş edebilmektedir. Eve gittiklerinde ise kaygı/endişe ve öfke durumlarıyla baş edebilmede sıkıntı yaşanmakta, stomaya uyumları azalmaktadır. Stoma girişimi sonrasında öz bakım, beden imajı, sosyal destek ve cerrahi sonrası bakım gibi faktörler bireyin stomaya uyumunu etkilemektedir (69). Stomalı hastalar hastanede yatış süresi boyunca, değişmiş beden imajı, stoma oluşumu ve tanısını kabul etmeleri ve uyum sağlamaları açısından sağlık personeli tarafından desteklenmektedirler. Taburcu olduktan sonra, hastalar vücut görüntüsündeki değişimleri, cinsellik ile ilgili sorunları ve sosyal aktivitelerin kısıtlanmasını kabul etmekte zorlanmakta ve stres yaşamaktadırlar (112). Ay (106) tarafından yapılan araştırmada stoma ameliyatı geçiren hastaların, beden imajındaki değişiklik, kendini algılama şekli ve inkontinans sonucu stres yaşadığı ve baş etme düzeyinin azaldığı belirtilmektedir. Silva ve ark. (113) tarafından yapılan araştırmada intestinal stomalı hastalarda ameliyatın ilk aylarda endişeleri arttırdığı ve hastaların yaşam kalitesini bozduğu belirtilmiştir. İntestinal stomalı

hastalar evde bakım döneminde stomadan kaynaklanan nedenler ile kaygı ve öfke ile baş etmede yetersizlik yaşamaktadırlar.

Literatürde stomalı hastaların yaşam kaliteleri incelendiğinde cinsiyet, yaşanan yer, stoma türü, stomanın kalıcılığı, hastalığın patolojisi, hastaların gelir seviyesi ve eğitim durumu gibi değişkenlerin etki etmediği belirtilmektedir (114).

Piwonka ve Merino (115) tarafından yapılan araştırmada da yaş, eğitim, meslek durumu ve sosyal güvenlik kapsamı gibi sosyo-demografik değişkenler ile aileden ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek, kişinin kolostomiye attığı sosyal, iş ve aile etkileri gibi psikososyal değişkenlerin kolostomiye uyumda anlamlı şekilde ilişkili olduğu belirlenmiştir.

İntestinal stomalı hastaların bireysel özelliklerinin stomaya uyum sağlamalarına etkisi incelendiğinde 60 yaş altı ve üstü bütün hastaların evde bakım döneminde (2.değerlendirmede) stomaya uyumlarının azaldığı (sırasıyla $t=6,819,p=0,001;t=6,228,p=0,001$) belirlendi (Tablo 4). İlgili literatürde açılan intestinal stomanın bedende oluşturduğu değişikliği kabul etmenin yaş dönemlerine göre farklılık gösterdiği belirtilmektedir (4). Piwonka ve Merino tarafından yapılan araştırmada 62 yaş ve altı hastalarda ameliyat sonrası geçen süre, vücut görüntüsü, sosyalleşme konusunda aldığı destek ve ameliyat sonrası komplikasyonlar; 63 yaş ve üstü hastalarda ise öz bakım ve vücut görüntüsü stomaya uyumda önemli faktörler olarak belirlenmiştir (115). Yaşlı hastalarda ek sağlık sorunlarının görülme sıklığının artması ve Türk toplumunun kültürel yapısı nedeniyle hem sağlık personeli hem ailesi tarafından hastanede daha özenli bakılmasına neden olmaktadır. Evde bakım döneminde akut dönem sonrası hastalar yalnız kalabilmekte ve bakım kendi bakım sorumluluklarını üstlenmektedirler (116). Bu durumun evde bakım döneminde stomaya uyumlarını azalttığını düşünmekteyiz.

Araştırmada kadın ve erkek hastaların evde bakım döneminde (2. değerlendirilmede) stoma uyumlarının azaldığı (sırasıyla $t=6,780,p=0,001;t=6,780,p=0,001$), hastanede bakım döneminde (1.değerlendirmede) kadınların stomaya uyumlarının daha yüksek olduğu ($t=2,528;p=0,014$) belirlendi (Tablo 4). Aydın ve ark. (117) tarafından yapılan araştırmada kadın hastaların stoma sonrası aile ve arkadaşlarından daha fazla destek aldıkları belirtilmiştir. Piwonka ve Merino (115) tarafından yapılan araştırmada erkek hastalarda özbakım, beden imgesi, sosyal destek ve sosyoekonomik durumun intestinal stomaya uyumlarını anlamlı olarak etkilediği belirlenmiştir. Kadınlarda ise stoma öz bakımı, ameliyattan beri geçen süre ve sosyal desteğin intestinal stomaya uyumlarını anlamlı olarak etkilediği belirlenmiştir.

Ancak kadınların erkeklerden daha kötü bir yaşam kalitesine sahip oldukları ve erkeklerden iki kat fazla kadının ameliyattan sonra depresyonda hissettiği, her iki cinsiyette de ameliyat sonrası depresyon/intihar girişimi olabileceği belirtilmektedir (118). Farklı bir bulgu olarak da Karadağ ve ark. (119) tarafından yapılan araştırmada erkeklerin puan ortalamalarının (49.68±11.22;53.10±13.36) ilk uygulamaya göre giderek artarken kadınların puan ortalamalarının (51.87±11.97;46.09±12.34) azaldığı belirlenmiştir (p<0.05). Araştırmaların sonuçları cinsiyet faktörünün stomaya uyumu etkilediğini düşündürdü.

Eğitim durumlarına göre hastaların intestinal stomaya uyumları incelendiğinde (Tablo 4), tüm eğitim seviyelerinde evde bakım döneminde (2.değerlendirmede) stoma uyumlarının azaldığı (sırasıyla t=7,562,p=0,001;t=6,973,p=0,001), ancak ilköğretim ve altı eğitim grubunda yer alan hastaların stoma uyumlarının lise ve üzerinde eğitim almış hastalardan yüksek olduğu (t=4,947;p=0,001) belirlendi. Korkut (120) tarafından yapılan araştırmada ilköğretim mezunu hastaların intestinal stomaya uyumlarının ortaöğretim ve yükseköğretim alan hastalardan daha yüksek belirlemiştir. Eğitim seviyesi düşük bireyler yaşananları kadere bağlayarak hastalıkları daha kolay kabul edebilmektedirler (120). Mahjoubi ve ark. (121) tarafından stomalı hastalarla yapılan araştırmada düşük eğitim seviyesinde olan hastalarda psikiyatrik komplikasyon oranının arttığı belirlenmiştir. Bu durumda stomalı hastaların yaşananları anlamlandırma oranları azalmış olabilir. Diğer bir bakış açısıyla eğitim seviyesi yüksek hastaların iş ve sosyal yaşamlarının daha fazla olmasının stomaya uyumu zorlaştırdığı düşünülebilir.

Hastaların medeni durumunun stoma uyumuna etkisi değerlendirildiğinde (Tablo 4), evli ve bekar stomalı hastaların evde bakım döneminde (2. değerlendirilmede) stoma uyumlarının azaldığı (sırasıyla t=8,949,p=0,001;Z=2,654,p=0,008), evli hastaların hastanede bakım döneminde (1.değerlendirmede) stoma uyumlarının yüksek olduğu (Z:2,975;p:0,003) belirlendi. Karadağ ve ark. (119) tarafından yapılan araştırmada yalnız yaşayan bireylerin stoma uyumlarının giderek azaldığı belirlenmiştir. Literatürde evli olan stomalı hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu da belirtilmektedir (114). Araştırmaların sonuçlarına göre evli olmanın dolayısıyla eş desteğinin stomaya uyumu artırdığı söylenilebilir.

Çalışma durumunun stomaya uyum sağlamaya etkisi değerlendirildiğinde (Tablo 4), çalışan ve çalışmayan hastaların stomaya uyumlarının evde bakım döneminde (2.değerlendirmede) azaldığı (sırasıyla t=6,790,p=0,001;t=6,289,p=0,001), çalışmayan hastaların hastanede bakım döneminde (1.değerlendirmede) stomaya uyumlarının yüksek olduğu bulundu (t=2,364;p=0,022). Benzer araştırmalarda, Korkut (120) çalışmayanların

stomaya uyumlarının giderek arttığını, Aylaz (108) hastaların ameliyat sonrası aynı işlerine geri döndüklerini ancak çalışma sürelerinin azaldığını belirlemiştir. Bireylerin intestinal stomanın sebep olduğu fiziksel değişiklikler ve korkulardan dolayı daha az sosyal ortamlarda bulunmayı, işe mümkün olduğunca geç başlamayı, iş değiştirmeyi ya da bırakmayı istedikleri belirtilmektedir (107). Çalışmayan bireyler aile, akraba ve arkadaşlarıyla daha fazla zaman geçirebilmekte ve intestinal stomaya uyum aşamasında daha fazla sosyal destek alabilme şansına sahip olabilmekte, işe gitme ve ailenin geçimini sağlama kaygısı yaşamamaktadırlar. Bireylerin iş kaygılarının olmaması stomaya uyumu arttırmaktadır. Bu bulguyu destekler nitelikte olan diğer bir bulgu da tüm gelir düzeylerinde evde bakım döneminde (2.değerlendirmede) stoma uyumlarının azaldığı (sırasıyla $t=5,554, p=0,001$; $t=4,513, p=0,001$; $t=5,988, p=0,001$), hem 1.(hastane bakım dönemi) hem 2.(evde bakım dönemi) değerlendirmelerde gelir seviyesi arttıkça stomaya uyumun azaldığı (sırasıyla $F:6,170, p:0,006$; $F:6,741, p:0,002$) ve sosyal güvencesi olan ve olmayan hastaların evde bakım döneminde (2.değerlendirmede) stomaya uyumlarının azaldığı (sırasıyla $t=9,053, p=0,00$; $Z= -2,573, p=0,010$) belirlendi (Tablo 4). Stoma bakımı özel malzeme ve zaman kullanımını gerektiren bir durumdur. Sosyal güvencesi olan hastalarda doktor tarafından rapor verildiğinde (2aylık), malzemelerinin ücretleri SGK tarafından karşılanmaktadır. Ancak nitelikli malzeme kullanımında ek ödemeler gerekmektedir. Literatürde stomalı hastaların maddi kaygılar yaşadıkları belirtilmektedir (80). Ancak Akgül (25) tarafından yapılan araştırmada da gelir düzeyi yüksek olan bireylerde stomaya uyumun daha az olduğu belirlenmiştir. Stomaya uyum maddi olanakların yokluğundan daha çok etkilenmektedir denilebilir.

Hastaların intestinal stoma özelliklerinin (bilgilendirme, intestinal stoma tipi, süre, bakım yapan kişi, etkileme durumu, etkilediği kişiler, sağlık sorunu) (intestinal stoma uyumu incelendiğinde) total ölçek puan ortalamasına etkisi incelendiğinde, tüm özelliklerde evde bakım döneminde (2.değerlendirmelerde) uyum oranlarının düşük olduğu belirlendi (Tablo 5).

Araştırmada bilgilendirme yapılan ve yapılmayan hastaların evde bakım döneminde (2.değerlendirmelerinde) stomaya uyumlarının azaldığı (sırasıyla $t=6,794, p=0,001$; $t=6,676, p=0,001$) ve hastanede bakım döneminde (1.değerlendirmede) bilgilendirme yapılmayan hastaların stoma uyum düzeyi daha yüksek belirlendi ($t=1,117$; $p=0,039$) (Tablo 5). Kılıç ve ark. (103) tarafından yapılan araştırmada intestinal stoma ameliyatı sonuçları hakkında bilgilendirilmiş olmanın cinsel işlevler, beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Buna karşın

ameliyat öncesi ve sonrası dönemle ilgili bilgilendirmenin hastaları psikolojik ve fizyolojik olarak olumlu yönde etkilediği de belirtilmektedir. Silva ve ark. (113) tarafından yapılan araştırmada intestinal stoma bakımı hakkında yüksek bilgi düzeyine sahip hastaların stomaya daha iyi uyum gösterdiği belirlenmiştir. Hastalıklar ve baş etme yöntemleri konusunda bilgilendirmenin önemi tartışılmazdır. Ancak stoma ile yaşam hastaları oldukça fazla alanda fizyolojik ve psikolojik etkilemektedir. Evde bakım döneminde hastaların stomaya uyumunun azalmasının bilgilendirmeden ziyade yaşanan zorluklardan etkilendiğini düşünmekteyiz.

Açılan stoma tipinin stomaya uyuma etkisi incelendiğinde; ileostomi ve kolostomide her iki türde de evde bakım döneminde (2.değerlendirmede) uyumun azaldığı (sırasıyla $t=4,878,p=0,001;t=7,902,p=0,001$) ancak stoma türünün stomaya uyum sağlamaya etki etmediği belirlendi. İlgili literatürde kolostomisi olanların ileostomisi olanlara göre fiziksel ve ruhsal sağlık ve sosyal fonksiyonlar açısından daha kötü durumda oldukları belirtilmektedir (122). Ancak Alp (123) tarafından yapılan araştırmada da ileostomili hastaların kolostomili hastalara göre daha fazla sızıntı ve uyku sorunu yaşadığı, ileostomili hastaların eşlerinden daha fazla uzaklaştığı belirtilmektedir. Stomanın kalıcı ya da geçici olmasının da evde bakım döneminde (2.değerlendirmede) stomaya uyum oranını azalttığı (sırasıyla $Z=-3,065,p=0,022;t=8,148,p=0,001$) belirlendi. Silva ve ark.(113) tarafından yapılan araştırmada kalıcı intestinal stoması olanların genel memnuniyet ve yaşam kalitelerinin geçici olanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde stoması geçici olanların durumu kabullenemediği, kalıcı olanların ise stomaya uyum sürecini hızlandırmak adına sorunları ile kendi kendilerine baş ettikleri belirtilmektedir (123). Stoma tipinin ve geçici ya da kalıcı olmasının stomaya uyumu etkilemesini inceleyen araştırmalar çok azdır. Bulgular stomaya uyumun genel olarak evde bakım döneminde azaldığını gösterdi.

İntestinal stoma bakımının hastaların eşi ve diğer aile üyeleri tarafından yapılmasının stomaya uyum sağlanmasında etki etmediği (sırasıyla $t=1,321,p=0,193;x^2=5,223,p=0,073$) belirlendi (Tablo 5). Karadağ ve ark. (119) tarafından yapılan araştırmada stoma bakımı başkası tarafından yapılan bireylerin stomaya uyumları, stoma bakımını yardımcıyla kendisi yapan bireylere göre daha düşük belirlenmiştir. Tüm bireylere stoma bakımı hakkında eğitim verilmesine rağmen stomalı bireylerin çoğunluğu kendi bakımlarını yapmak istememekte ve bakımı eşlerinin ya da yakınlarının yapmasını istemektedir (48).

İntestinal stomanın hastaların çevrelerindeki kişilerle ilişkilerine etkisi incelendiğinde (Tablo 5), etkiledi ve etkilemedi diyen hastaların evde bakım döneminde (2. değerlendirilmede) stomaya uyumlarının azaldığı ($t=6,101,p=0,001;t=7,399,p=0,001$) ve

hastanede bakım döneminde (1.değerlendirmede) etkiledi diyen hastaların stomaya uyum düzeyinin yüksek olduğu ($t=2,232;p=0,030$) belirlendi. Stomalı bireylerde suçluluk, utanma gibi olumsuz duygular yaşandığı ve bireylerin aile ve sosyal hayatlarının da olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Stomalı hastaların stomaya uyum sağlamalarında ailenin tutumu da çok önemlidir (34). Hastane bakım döneminde hemşireler tarafından stomalı birey ve ailesine danışmanlık ve destek hizmeti verilerek stomaya uyumları arttırılmaya çalışılmaktadır. Literatürde hemşirelerin eğitici rolü kapsamında verdiği eğitimin hastaların kendi öz bakımlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (94). Hastanede bakım döneminde stoma açılmasıyla çevresindeki kişilerle ilişkilerinin etkilendiğini belirten hastaların hemşirelerden daha fazla destek aldığı, (ailesinin daha fazla bilinçlenmesi) stoma bakımlarını kendilerinin yapması için daha fazla desteklendikleri ve böylece stomaya daha iyi uyum sağladıkları düşünülebilir.

Araştırmada stomadan ailesinin etkilendiğini belirten hastaların evde bakım döneminde (2. değerlendirme) stoma uyum düzeylerinin düşük olduğu belirlendi ($t=7,464;p=0,001$) (Tablo 5). Hasta ve yakınları tarafından stomanın kabulü oldukça zor bir süreci içermektedir. Hasta ve yakınları stoma bakımı yapamama gibi çeşitli korkular yaşamaktadırlar (4). Her şeyden önce, bireyin stoma sonrası yeni yaşam tarzını kabul etmesini kolaylaştırmak için, aile üyelerinin stomanın acı, kırgınlık, isyan ve kayıp duygularını kabul etmeleri ve hastaya karşı anlayışlı olmaları gerekmektedir (59,124). Alp (123) tarafından yapılan araştırmada iletişim aktivitelerinin stomadan etkilendiği görülmektedir. Aile üyeleri bu duyguları kabullenmeden stomalı hastasının yeni hayatına uyumu için gerekli psikolojik desteği sağlayamaz. Ailedeki olası gerilim hastaların stomaya uyumunu azaltmaktadır (59).

Evde bakım döneminde (2. değerlendirme) başka sağlık problemleri olan ve olmayan hastalarda stoma uyumunun azaldığı (sırasıyla $Z=-2,938;p=0,003;t=8,870;p=0,001$) ve evde bakım döneminde sağlık problemi olanların stoma uyumunun daha yüksek olduğu ($Z=2,884;p=0,004$) belirlendi (Tablo 5). Hastalara hastane ortamında sağlık problemleri ile nasıl başa çıkacağı öğretilmektedir. Hastaların sağlık problemi deneyimleri diğer bir sağlık probleminin giderilmesinde yardımcı olmaktadır. Ancak bu konuda yeterli araştırma bulunmamaktadır.

Araştırmada bireysel özellikler olarak incelenen; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı (Tablo 4) ve bilgilendirme, stoma tipi, stomanın süresi, bakım veren kişi, stomadan etkilenme ve etkilen kişi, sağlık problemlerinin varlığı (Tablo 5) hastaların evde bakım döneminde (2.değerlendirmede)

stomaya uyumunu azaltmıştır. Araştırmanın ‘İntestinal stomalı hastaların stoma uyumu ve bireysel özellikleri arasında ilişki vardır’H1’ hipotezi kanıtlanmıştır.

SONUÇLAR

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı'nda yapılan ve 'intestinal stomalı hastalarda stoma uyumu ve etki eden bireysel özelliklerin değerlendirildiği' bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara varılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların (n=56) yaş ortalamalarının $60,4 \pm 13,2$, %67,9'unun (n=38) erkek, % 67,9'unun (n=38) eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı, %82,1'inin (n=46) evli, %57,1'inin (n=32) çalıştığı, %37,5'inin (n=21) aylık gelirin 1600TL üzerinde ve %91,1'inin (n=55) sosyal güvencesi olduğu belirlendi.

Hastaların %66,1'ine (n=37) yeterli bilgilendirme yapıldığı, %66,1'inin (n=37) kolostomili olduğu, %66,1'ine (n=37) kolon kanseri sebebiyle intestinal stoma oluşturulduğu, %78,6'sının intestinal stomasının geçici olduğu, %76,8'inin (n=43) stoma bakımını zorlaştıracak ek sağlık sorununun olmadığı belirlendi.

Evde bakım döneminde hastaların %55,4'ünün (n=31)stoma bakımlarını aile üyelerinin yaptığı, %62,5'inin (n=35) çevresindeki kişilerle, %95,2'inin (n=20) ailesiyle ilişkilerinin etkilendiği belirlendi.

Ostomi Uyum Ölçeği-23'ten hastaların aldıkları toplam ölçek puan ortalamalarının ($t=9,320, p=0,001$), kabul etme puan ortalamalarının ($t=9,847, p=0,001$), kaygı/endişe puan ortalamalarının ($t=4,721, p=0,001$), sosyal uyum puan ortalamalarının ($t=6,378, p=0,001$) ve öfke puan ortalamalarının ($t=6,316, p=0,001$) evde bakım döneminde azaldığı belirlendi.

Hastaların evde bakım döneminde bireysel ve stomaya ilişkin özelliklerinden;

- ✓ Tüm yaş gruplarında, kadın erkek, tüm eğitim düzeylerinde, evli ve bekar, çalışan ve çalışmayan, tüm gelir düzeylerinde, sosyal güvencesi olan ve olmayan, yeterli bilgilendirme yapılan ve yapılmayan, ileostomili ve kolostomili, kalıcı ve geçici stomalı, çevresindeki kişilerle ilişkileri etkilenen ve etkilenmeyen, ailesiyle ilişkileri etkilenen, sağlık problemi olan ve olmayan **hastaların stoma uyumlarının azaldığı belirlendi (p<0.05).**
- ✓ Evde bakım döneminde ilköğretim ve altında olan hastaların stomaya uyumları daha yüksek (t=4,947;p=0,001) belirlendi.
- ✓ Hastanede bakım döneminde kadınların, evli hastaların, çalışmayan hastaların, bilgilendirme yapılmayan hastaların stomaya uyum düzeyi daha yüksek belirlendi (p<0.05).
- ✓ Aylık geliri olmayan hastaların hem hastane bakım döneminde hem evde bakım döneminde stomaya uyumları daha yüksek (sırasıyla F=6,170,p=0,006;F=6,741,p=0,002) belirlendi.

ÖNERİLER

İntestinal stoması olan hastalarda stoma uyumu ve etki eden bireysel özelliklerin değerlendirildiği bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Evde bakım döneminde tüm bireysel ve stomaya ilişkin özellikler dikkate alınarak hastaların stomaya uyumlarının arttırılması için hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanmasını,
- ✓ Evde bakım döneminde ilköğretim üstü eğitim alanların stomaya uyumunun arttırılması,
- ✓ Aylık geliri yüksek olan hastaların stomaya uyumunun arttırılması,
- ✓ Erkek hastaların, bekar hastaların, çalışan hastaların hastanede bakım döneminde stomaya uyumlarının arttırılması için hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanmasını önermekteyiz.

ÖZET

Bu tanımlayıcı araştırma, intestinal stomalı hastalarda stoma uyumu ve etki eden bireysel özellikleri değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Araştırma, Ağustos 2016- Ağustos 2017 tarihleri arasında bir üniversitenin Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Genel Cerrahi Kliniğinde intestinal stomalı 56 hasta ile yapıldı. Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu ve Ostomi Uyum Ölçeği-23 kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı analizler (yüzde, ortalama) t Test, Anova Test kullanıldı. Anlamlılık sınırı $p<0,05$ olarak değerlendirildi.

Hastaların (n=56) yaş ortalamaları $60,4\pm 13,2$, %67,9'unun (n=38) erkek, % 67,9'unun (n=38) eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı olduğu belirlendi. Ostomi Uyum Ölçeği-23'ten hastaların aldıkları toplam ölçek puan ortalamalarının ($t=9,320, p=0,001$) evde bakım döneminde azaldığı belirlendi. Tüm yaş gruplarında, kadın erkek, tüm eğitim düzeylerinde, evli ve bekar, çalışan ve çalışmayan, tüm gelir düzeylerinde, sosyal güvencesi olan ve olmayan, yeterli bilgilendirme yapılan ve yapılmayan, ileostomili ve kolostomili, kalıcı ve geçici stomalı, çevresindeki kişilerle ilişkileri etkilenen ve etkilenmeyen, ailesiyle ilişkileri etkilenen, sağlık problemi olan ve olmayan hastaların stoma uyumlarının azaldığı belirlendi ($p<0.05$). Evde bakım döneminde ilköğretim ve altında olan hastaların, hastanede bakım döneminde kadın, evli, çalışmayan ve bilgilendirme yapılmayan hastaların stomaya uyum düzeyi daha yüksek belirlendi ($p<0.05$).

İntestinal stomalı hastaların evde bakım döneminde tüm bireysel ve stomaya ilişkin özellikler dikkate alındığında stomaya uyumlarının azaldığı belirlendi. Evde bakım

döneminde hastaların stomaya uyumlarının arttırılmasına yönelik hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanmasını önermekteyiz.

Anahtar kelimeler: stoma bakımı, hemşirelik, stoma uyumu

EVALUATION OF STOMA ADAPTATION AND INDIVIDUAL CHARACTERISTICS OF INTESTINAL STOMA PATIENTS

SUMMARY

This definitive study was performed to evaluate stoma adaptation and the individual characteristics of the patients with intestinal stoma.

The study was carried out with 56 patients with intestinal stoma in the General Surgery Clinic of Health Research and Application Center of a university between August 2016 and August 2017. Personal data form and Ostomy Adjustment Scale-23 were used. Definitive analysis (percentage, mean) t Test, Anova Test were performed for analysis of the data. The significance limit was considered as $p < 0.05$.

The mean age of the patients ($n=56$) was 60.4 ± 13.2 , 67.9% ($n=38$) were male, 67.9% ($n=38$) had an education level of primary education and below. The mean score of the total scale scores ($t=9.320, p=0,001$) of the patients in Ostomy Adaptation Scale-23 was determined to decrease during home care period. It was determined that the stoma adaptation was decreased in all age groups, male and female, at all levels of education, married and unmarried, employed and unemployed, at all income levels, with and without social security, with and without adequate information, with ileostomy and colostomy, with permanent and temporary stoma, affected and unaffected by their family or the people around them, with or without medical conditions ($p < 0.05$). The level of stoma compliance was determined to be higher in the patients with primary and lower levels of education during the home care

period; woman, married, unemployed and uninformed patients during hospital care period ($p < 0.05$).

It was determined that patients with intestinal stoma had decreased stoma adaptation in home care period when individual and stoma characteristics were taken into consideration. We recommend the planning and implementation of nursing care in order to increase the compliance of the patients to increase the stoma adaptation during the home care period.

Keywords: stoma care, nursing, stoma adjustment

KAYNAKLAR

1. Vural F, Erol F. Ostomili hastalarda yaşam kalitesi nasıl yükseltilir. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2013;6(1):34-39.
2. Karadağ A, Korkut H. Peristomal cilt komplikasyonları: önleme, tedavi ve bakım. Ulusal Cerrahi Dergisi 2010;26(3):175-178.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2012.pdf. Erişim Tarihi:10.03.2016.
4. Yıldız T. Bir henoch-schönlein purpurası komplikasyonu: stoma. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2011;12(1):38-39.
5. Vural F, Erol F. Umut merkezi ostomi yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2012;3:2.
6. Karadağ A, Baykara Göçmen Z, Korkut H, Çelik B. Ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. Ulusal Cerrahi Dergisi 2011;27(4):206-211.
7. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, Lagaay MB, Gooszen HG. Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. colostomy. Disease Of The Colon And Rectum 2000;43(5):650-655.
8. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with and ostomy. Journal of Wound Ostomy Continence Nursing 2008;35(5):493-503.
9. Szczepkowski M. Do we still need a permanent colostomy in 21-st century. Acta Chir Iugosl 2002;49:45-55.
10. Simmons KL, Smith JA, Bobb KA, Liles LLM. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and inter-personal relationships. Journal of Advanced Nursing 2007;60(6):627-635.
11. Ayaz S. Stomalı bireylerde hemşirenin rolü. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27:86-90.

12. Özaydın İ, Taşkın AK, İskender A. Stoma ile ilgili komplikasyonların retrospektif analizi, *Journal of Clinical and Experimental Investigations* 2013;4(1):63-66.
13. Gürler H, Yılmaz M. Rektum kanserli bir olgunun standart hemşirelik bakımının planlanmasında bir model: fonksiyonel sağlık örüntüleri. *Fırat Tıp Dergisi* 2011;16(3):146-141.
14. Acaroğlu R, Şendir M. Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirme skalaları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2012;20(1):10-16.
15. Dorum H, Vural F. Stomada cinsellik neden önemlidir. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2012;5(4):171-174.
16. Kumcağız H, Malazgirt Z. Stoma tipleri ve sorunları, *O.M.Ü Tıp Dergisi* 2000;17(4):284-292.
17. Tunç Tuna P, Uslu E, Kurşun Ş. İntestinal stomanın cinsel yaşam üzerine etkisi: sistematik derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;6(2):113-121.
18. Taylan S, Akıl Y, Cihan R ve Arslan S. Nurses' awareness as a result of short term stoma bag life experience. *International Journal of Human Sciences* 2017;14(3):2215-2209.
19. Vural F, Sütsünbuloğlu E, Şelimen D. Literatür inceleme: stomalı bireylere yönelik yayınların Türkiye profili. *Turk J Colorectal Dis* 2016;26:59-70.
20. Göçmen Baykara Z, Leventoğlu S, Menteş B. Stoması kapatılan bireylerin ilk barsak boşaltımına ilişkin duygu ve düşünceleri bir pilot çalışma. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi* 2007;17(2):76-80.
21. Özkan ÖF, Kaya Ü, Güner A, Cevizci S, Özkul F, Sezer C ve ark. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde kolorektal kanser hastalarının demografik dağılımı ve hastalık özellikleri. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2012;5(3):132-135.
22. Gülçiçek OB, Gür Binboğa E, Özdoğan K, Arıcı S, Yavuz E, Solmaz A ve ark. Kolorektal kanser cerrahisinde komplikasyonlar ve sürvi ile ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi* 2015;25(1):62.
23. Karaveli S, Özbayır T, Kahraman A. (2014). Stomalı hastaların sızıntı ile baş etme yöntemlerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014;30(2):18-25.
24. Güneş S, Aydın MC. Kolorektal kanserler-olgu sunumu. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi* 2015;25(1):135-136.
25. Akgül B. Kolostomi ve ileostomi açılmasının bireylerin ibadetleri üzerine etkisi.(yüksek lisans tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
26. Mayır B, Ensari CÖ, Durhan A, Çöpelçi Y. (2018). kolorektal kanser tarama amaçlı yapılan gaytada gizli kan testi pozitif saptanan hastalarda kolonoskopi bulguları. *Turk J Colorectal Dis* 2018;28:27-30.
27. Büyükdoğan M. Kolorektal kanserde genetik ve etyolojik faktörler. *Selçuk Tıp Dergisi* 2009;25(3):171-172.

28. Harputlu D, Özsoy A. Stoma çevresi cilt komplikasyonlarının tanılanmasında bir araç: peristomal cilt aracı. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2016;24(1):38-48.
29. Yüzbaşıoğlu F, Sayhan H, Karagöz A, Gürsu H, Çolak T, Altın NN. Kolostomi kapatma komplikasyonları. SSK İzmir Eğitim Hastanesi Tıp Dergisi (Medical Journal of İzmir Hospital) 2003;9(4):115-118.
30. Aksoy G, Çavdar İ. Sindirim sistemi (gastrointestinal sistem) stomalarında bakım. Akyolcu N, Kanan N (Editörler). Yara ve Stoma Bakımı'nda. İstanbul: Nobe Tıp Kitabevleri; 2015. s.61-92.
31. Çavdar İ. Alt sindirim sisteminin cerrahi hastalıkları ve bakımı. Akyolcu N, Aksoy G, Kanan N.(Editörler) Cerrahi Hemşireliği II'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2017. s.222-228.
32. Kapan M, Girgin S, Keleş C. Önder A, Gümüş M. Kolorektal cerrahide ostomi uygulamaları. Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol 2010;17(2):94-106.
33. Saunders RN, Hemingway D. İntestinal stomas. Surgery 2008; 26(8): 347-351.
34. Tarı Ö. Abdominal stomalı hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesi (yüksek lisans tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
35. Erdil F, Elbaş NÖ. Gastrointestinal sistemin cerrahi girişim gerektiren hastalıkları ve bu hastalıkların tedavi ve bakımı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği'nde. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık;2001. s.484-489.
36. Akgün EZ, Yoldaş T. İntestinal stoma. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi 2012;22(4):133-142.
37. Menteş B, Karadağ A. (2001) Kolostomili Ve İleostomili Hastaların Bakımına Yönelik Rehber Kitap, Ankara <http://www.coloproctology.com/files/file/Stoma-kitap.pdf> Erişim Tarihi: 02.10.2017.
38. Türkmenoğlu G, Gönen S, Başol E, Usta A, Balık E, Yaltı T ve ark. Stoma komplikasyonlarının tedavisinde stomaterapi hemşireliğinin rolü ve önemi. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi 2015;25(1):121.
39. Uzunoğlu H, Ercan M, Aksoy E, Bostancı MT, Ulaş M, Bostancı EB. Götürücü ans prolapsusu:nadir bir olgu. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2014;6(3):234-239.
40. Latif A, Shabbir F, Hameed K. Prevalence of intestinal stoma formation in the management of abdominal surgery in emergency department of allama iqbal memorial teaching hospital. PJMHS 2016;10(2):498-502.
41. Kurpad V, Ahmed N, Patil S. Complications of intestinal stomas. International Journal of Current Research and Academic Review 2015;3(5):370-365.

42. Doğu Ö. Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi-sakarya örneği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2013;3(3):10-13.
43. Nalcı D. Stomalı hastalarda yaşam kalitesinin ve eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi. (yüksek lisans tezi). İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
44. Aksoy G. (2012). Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (Editörler). Cerrahi Hemşireliği I' de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2012. s.257-364.
45. Erdil F, Elbaş NÖ. Sıvı-elektrolit dengesi ve cerrahi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği'nde. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık;2001. s.13-37.
46. Üstündağ H, Demir N, Zengin N, Gül A. Stomalı hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27:522-526.
47. Harputlu D, Terzi C, Eşrefgil G, Uz S, Sökmen S, Füzün M. Kolostomi ve ileostomili bireylerde benlik saygısı. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi 2007;17(4):178-185.
48. Vural F, Sütsünbüloğlu. Stomalı olmak yaşam kalitesini etkiliyor mu. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi 2015;25(1):122.
49. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Eckel R, Sauer H, Hölzel D. Quality of life rectal cancer patients a four-year prospective study. Annals of Surgery 2003;238(2):213-203.
50. Karadağ A, Göçmen Baykara Z, Cihan R. Kompleks bir stomanın bakımı: olgu sunumu. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi 2008;18(3):138-141.
51. Parikh SG, Mukadam PN, Kansara VS. Clinical profile of patients with intestinal stoma and exteriorization of bowel anastomosis. Journal of Research in Medical and Dental Science 2016;4(3):237-241.
52. Korkmaz Ö, Yılmaz H G, Taçyıldız İ H, Akgün Y. Stoma prolapsusu. Dicle Tıp Dergisi 2008;35(1):1-4.
53. Ahmad Z, Sharma A, Saxena P, Choudhary A, Ahmed M. A clinical study of intestinal stomas: its indications and complications, International Journal of Research in Medical Sciences 2013;1(4):536-539.
54. Ambe PC, Kurz NR, Nitschke C, Odeh SF, Möslin G, Zirngibl H. İntestinal ostomy. Deutsches Ärzteblatt International 2018;115:182-7.
55. Ahmad QA, Saeed MK, Muneera MJ, Ahmed MS, Khalid K. Indications and complications of intestinal stomas – A tertiary care hospital experience. Biomedica 2010;26:144-147.
56. Türk Düdükçü F, Çetiner Ateş A, Taş Arslan F. Yenidoğanların karın duvarlarına uygun olmayan stoma torbası adaptörü yerine hidrokolloid örtüden hazırlanan adaptör: bir vaka çalışması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018;7(1):244-240.

57. Burch J. Care Of Patients With Peristomal Skin Complications. Nursing Standard 2014;28(37):51-57.
58. Dalkılıç G, Menteş C, Çalıkapan M, Onuray F, Acar H, Arslan C ve ark. On yıllık stoma komplikasyonları deneyimimiz. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2005;16(3):132-135.
59. Demir F. Gastrointestinal stomalar. Aslan FE, Karadakovan A (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım'da. Adana: Nobel Kitabevi;2010. s.751-762.
60. Johnson P. Intestinal stoma prolapse and surgical treatments of this condition in children: a systematic review and a retrospective study. Surgical Science 2016;7:400-426.
61. İğci A, Cabioğlu N. Ameliyat sonrası komplikasyonları. Değerli Ü, Erbil Y (Editörler). Genel Cerrahi'de. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri;2014. s.111-123.
62. Lyon CC, Smith AJ, Griffiths CE, Beck MH. The spectrum of skin disorders in abdominal stoma patients. British Journal of Dermatology 2000; 143(6): 1248-1260.
63. Karadağ A. Stoma ve parastomal alanın değerlendirilmesi. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi 2008;18(2):63-68.
64. Nybaek H, Jemec GBE. Skin problems in stoma patients. Journal Compilation European Academy of Dermatology and Venereology 2010;24:249-257.
65. Karadağ A. Peristomal Cilt komplikasyonları: tanılama, önleme, tedavi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016;72-83.
66. Gill RC, Nadeem SO, Chawla TU. Management of stoma prolapse: a novel technique for repair. Biomedical Journal of Scientific & Technical Research 2018;3(1):3-1.
67. Karabulut M, Gönenç M, Baş K, Köneş O, Kocataş A, Alış H ve ark. Alt gastrointestinal cerrahide stoma tercihi ne olmalı. J Kartal TR 2012;23(1):7.
68. Karadağ A. Stoma bakım hemşiresi. Ulusal Cerrahi Dergisi 2010;26(1):52-53.
69. Üstün Ç, Vatanoğlu E, Demirci N. Stoma bakım hemşireliğinde etik yaklaşımlar. Değişen Dünyada Biyoetik 2012;18:280-288.
70. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011). Resmi Gazete (Sayı:27910). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>, erişim tarihi:01.01.2018
71. Dayılar H, Oyur G, Kamer E, Sarıçiçek A, Cengiz F, Hacıyanlı M. Kolon ameliyatı öncesi hastaların anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. Turk J Colorectal Dis 2017;27:6-10.
72. Şenol Çelik S. Yaşlı bireylerin ürostomi öncesi ve sonrası bakımı. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009;59-68.

73. Aydın A, Çilingir. Yeniden ameliyat olma (reoperasyon) ve hemşirelik bakımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2017;14(3):218-222.
74. Erdil F. Elbaş NÖ. Ameliyat öncesi(preoperatif) hemşirelik bakımı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği'nde. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık;2001. s.103-114.
75. Durmaz A. Hemşirelik öğrencilerinin ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakım yönetimini öğrenmesinde bilgisayar destekli simülasyon tekniğinin etkisi. (doktora tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2012.
76. Kulu A. Mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimler sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. (yüksek lisans tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
77. Yavuz M. Ameliyat öncesi bakım, Aslan FE, Ayfer Karadakovan A (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım'da. Adana: Nobel Kitabevi;2010. s.293-307.
78. Yavuz Z. Afyon ilindeki cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hastanın preoperatif dönemdeki bakımı ve ameliyata hazırlığı hakkında bilgi düzeylerinin saptanması. (yüksek lisans tezi). Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.
79. Yılmaz E. Cerrahi süreç: ameliyat öncesi hazırlık ve bakım. Aslan FE (Editör). Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte'de. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi;2016. s.320-338.
80. Vujnovich A. Pre and post- operative assessment of patients with a stoma. Nursing Stand 2008;22(19):50-56.
81. Harputlu D. Ürostomili hasta bakımı. Üroonkoloji Bülteni 2015;14:8-12.
82. İnç H. Kalıcı kolostomisi olan hastada stoma komplikasyonu deneyimi. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi 2015;25(1):141.
83. Burch J. Care of patients with a stoma. Nursing Standard 2013;27(32):49-56.
84. Eti Aslan F, Karadağ Arlı Ş. Gastrointestinal sistem cerrahisinde bakım, Aslan FE (Editör). Vaka Analizleri İle Birlikte Cerrahi Bakım'da. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi;2016. s. 506-499.
85. Esin Gencer Z. Stoma yönetimi. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi 2015;25(1):143.
86. Yılmaz M. Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2002;4(1):40-49.
87. Bağrıaçık Altıntaş S, Vural F. Kolorektal kanserli hastalarda web tabanlı eğitim yapılmalı mı. Turk J Colorectal Dis 2018;28:1-8.
88. Çelik B, Vural F, Karayurt Ö ve Bilik Ö. A different view of stoma: living with a person with stoma. Turk J Colorectal Dis 2017;27(1):25-29.

89. Yıldız T. Stomalı hastalarda hemşirelik bakımı. Şerife Kartal Erdost, Oğuz Çetinkale (Editörler). Yara Bakımı ve Tedavisi'nde. İstanbul:Hünkar Ofset;2008. s.31-35.
90. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-yonetmeligi.html>, erişim tarihi: 22.10.2018
91. Preas MA, O'hara L, Kerry T. 2017 HICPAC-CDC Guideline for prevention of surgical site infection: What the infection preventionist needs to know. Prevention Stratetegist 2017. https://apic.org/resource_/tinymcefilemanager/periodical_images/api-q0414_1_ssi_guidelines_final.pdf erişim tarihi:26.11.2018
92. İzveren AÖ, Dal Ü. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;36-45.
93. Erdil F. Elbaş NÖ. Ameliyat sonrası(postoperatif)hemşirelik bakımı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği'nde. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık;2001. s.125-136.
94. Çulha İ. Hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda öz-bakım gücüne olan etkisinin değerlendirilmesi. (yüksek lisans tezi). Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
95. Akyolcu N, Aksoy G, Kanan N. (Editörler). Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi;2011. s.185-189.
96. Tüzer H. Abdominal stomalı hastaların stoma bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. (yüksek lisans tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
97. Türkmenoğlu G, Gönen S, Başol E. Usta A, Yaltı T, Buğra D ve ark. Stoma komplikasyonları kimler tarafından çözülüyor. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi 2015;25(1):120-121.
98. Kara B, Eti Aslan F. Stomalı bireylerin evde ilk gün deneyimlerinin incelenmesi. Türk Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi 2017;27:125-117.
99. Danielsen AK. Life after stoma creation. Danish Medical Journal 2013;60(10):1-12.
100. Kurban L, Atasoy M, Bulut N ve Konuşkaner İ. Stomalı hastaların taburculuğa hazırlanması. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi Ve Hemşirelik Yaklaşım Sempozyumu s.5, Antalya,2014.
101. Ciorogar G, Zaharie F, Ciorogar A, Birta D, Degan A, Balint I et al. Quality of life outcomes in patients living with stoma. Human&VeterinaryMedicine International Journal of theBiofluxSociety 2016;8(3):137-139.
102. Çavdar İ, Özbaş A, Yıldız Fındık Ü, Akyüz N, Kutlu Y. Religious worship in patients with abdominal stoma: praying and fasting during ramadan. International Journal of Caring Sciences 2013;6(3):516-521.
103. Kılıç E, Taycan O, Belli AK ve Özmen M. Kalıcı ostomi ameliyatının beden algısı, benlik saygısı, eş uyumu ve cinsel işlevler üzerine etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2007;18(4):302-310.

104. Dal Ü, Bulut H, Güler Demir S. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2012;8(1):40-34.
105. Anaraki F, Vafaie M, Behboo R, Maghsoodi N, Esmaeilpour S, Safaee A. Clinical profile and post-operative life style changes in cancer and non-cancer patients with ostomy. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* 2012;5(1):26-30.
106. Ay A. Peristomal cilt lezyonlarını değerlendirme aracı'nın Türkçe'ye uyarlanması. (yüksek lisans tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi; 2013.
107. Ayaz S. Stomalı bireylerin cinsel sorunlarının değerlendirilmesinde plüssit modelinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;17(1):62-59.
108. Aylaz G. Kolorektal cerrahi sonrası hasta eşlerinin yaşam kalitesi.(uzmanlık tezi).Ankara:Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi;2011.
109. Gül A, Üstündağ H, Demir N. Stomalı bireylerin evde karşılaştıkları sorunlar. XIV. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi, VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi. Program ve Bildiri Özetleri s.261-291,Antalya, 2013. 261-291.
110. Shaffy, Kaur S, Das K, Gupta R. Physical, nutritional and sexual problems experienced by the patients with colostomy/ileostomy: a qualitative study. *Nursing and Midwifery Research Journal* 2012;8(3):210-220.
111. Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14:80-74.
112. Ang SGM, Siah RJC, Yobas PK. Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. *Onkology Nursing Forum* 2013;40(6):587-594.
113. Silva NM, Santos MA, Rosado SR, Galvão CM, Sonobe HM. Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2017;25(e2950):1-9.
114. Erol F. Umut merkezi ostomi yaşam kalitesi ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği. (yüksek lisans tezi). İzmir:Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2011.
115. Piwonka MA, Merino JM. A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 1999;26:298-305.
116. Aközer M, Nuhrat C, Say Ş. Türkiye'de yaşlılık dönemine ilişkin beklentiler araştırması. *Aile ve Toplum* 2011; 7(27) (Ekim-Kasım-Aralık):103-125.
117. Aydın H, Alp R, Okkabaz N, Kement M, Atıcı AE, Altuntaş YE ve ark. Kolorektal kanserli hastalarda stoma öncesi ve sonrasında çevresel sosyal desteğin değerlendirilmesi. XIV. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi, VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi. Program ve Bildiri Özetleri s.261-291, Antalya, 2013.

118. Burch J. Ensuring optimum quality of life in community patients with a stoma. JNC 2014;29(1):21-22.
119. Karadağ A, Harputlu H, Göçmen Baykara Z, Harputlu D, Toyluk E, Ulusoy B ve ark. Stomalı bireylerin sosyal uyumlarının değerlendirilmesi: çok merkezli bir çalışma. XIV. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi, VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi. Program ve Bildiri Özetleri s.261-291, Antalya, 2013.
120. Korkut H. Bağırsak stoması olan hastalarda planlı grup etkileşiminin sosyal uyuma etkisi.(doktora tezi). Ankara:Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi; 2012.
121. Mahjoubi B, Mohammadsadeghi H, Mohammadipour M, Mirzaei R, Moini R. Evaluation of psychiatric illness in iranian stoma patients. Journal of Psychosomatic Research 2009;66(3):249-253.
122. Mäkelä, JT. Niskasaari M. Stoma care problems after stoma surgery in Northern Finland. Scandinavian Journal of Surgery 2006;95:23-27.
123. Alp R. Stomalı hastaların evde karşılaştıkları sorunların “yaşam modeli” doğrultusunda değerlendirilmesi (yüksek lisans tezi). İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
124. Cetolin SF, Beltrame V, Cetolin SK, Presta AA. Social and family dynamic with patients with definitive intestinal ostomy. ABCD Arq Bras Cir Dig 2013;26(3):170-172.

ŞEKİLLER LİSTESİ

TABLULAR

Tablo 1. Hastaların bireysel özellikleri.....	30
Tablo 2. Hastaların intestinal stomaya ilişkin özellikleri... ..	31
Tablo 3. Hastaların intestinal stoma uyumu	32
Tablo 4. Bireysel özelliklere göre intestinal stoma uyumunun değerlendirilmesi.....	34
Tablo 5. İntestinal stoma özelliklerinin total ölçek puan ortalamasına etkisi.....	38

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Lüleburgaz'da doğan Gamze KARAGÖZ ilk ve orta öğrenimini Lüleburgaz'da tamamlamasının ardından 2009-2013 yılları arasında Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde lisans eğitimini tamamlamıştır. 2012-2015 yılları arasında Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü'nde ön lisans eğitimini tamamlamıştır. 2013 Ağustos- 2018 Eylül tarihleri arasında Kırklareli Devlet Hastanesi 2. Basamak Yoğun Bakım Servisi'nde hemşire olarak görev yapmıştır. 2018 Ekim tarihinden itibaren aynı hastanede 3. Basamak Yoğun Bakım Hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

EKLER

Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

Ek 2: Ostomi Uyum Ölçeği-23

Ek 3: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Etik İzin Formu

Ek 4: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni

Ek 5: Ostomi Uyum Ölçeği-23 Kullanım İzni

Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın,

Bu araştırmanın amacı intestinal stomalı hastalarda stoma uyumu ve etki eden bireysel özelliklerin değerlendirilmesidir. Elde edinilen bilgiler stomalı bireylerin, stoma uyumlarının arttırılmasında uygulanacak hemşirelik bakım girişimlerine bilgi sağlayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık

Yüksek Lisans Öğrencisi Gamze Kıvanç

A. GENEL BİLGİLER

1. Yaş:.....
2. Cinsiyet: Kadın() Erkek ()
3. Eğitim durumu: İlköğretim ve altı() Lise ve üstü()
4. Medeni durum: Evli() Bekar()
5. Çalışma durumu: Çalışıyor() Çalışmıyor()
6. Aylık ortalama gelir: Yok() 1600TL ve altı() 1600TL yukarısı()
7. Sosyal güvence: Var() Yok()

B. STOMAYA İLİŞKİN BİLGİLER

8. Ameliyat ve sonuçlar hakkında yeterli bilgilendirilme: Evet() Hayır()
9. Stoma tipi: İleostomi() Kolostomi()
10. Stomanın süresi: Kalıcı() Geçici()
11. Stoma bakımını yapan kişi(ler): Kendi() Eş() Diğer aile üyeleri()
12. Stomanın çevrenizdeki kişilerle ilişkilerinizi etkileme durumu: Etki etmedi () Etki etti ()
13. Stomanın ilişkilerinizi etkilediği kişiler: Aile() Aile dışı kişiler ()
14. Stoma bakımını yapmanızı zorlaştıracak bir sağlık sorununuz var mı?
Evet () Hayır()

Ek 2: Ostomi Uyum Ölçeği-23

OSTOMİ UYUM ÖLÇEĞİ-23

Sayın katılımcı,

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

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Emin değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Stoma 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. Stomanedeniyle 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 öfkeliyor.					
19. Stomaya rağmen bana bir yaşam başışlandığını düşünüyorum.					
20. Gelecekte stoma bakımı 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 3: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Etik İzin Formu

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-BAEK 2016/111	
	PROTOKOL ADI	İntestinal Stomalı Hastalarda Stoma Uyumu ve Etki Eden Bireysel Özelliklerin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 09/01	Tarih: 04.05.2016	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Gamze KIVANÇ'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-BAEK Yönergesi		

UYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ulfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyostatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU
Dekan a.
Dekan Yr.

Ek 4: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : 79056779-600 -E.15399
Konu : Tez Çalışması hk.

05/04/2016

Sayın Doç. Dr. Ümmü Yıldız FINDIK

İlgi : 05/04/2016 tarihli ve 0 sayılı yazı,

İlgi dilekçeniz incelenmiş olup, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik AD. yüksek lisans öğrencisi Gamze KIVANÇ'ın "İntestinal Stomalı Hastalarda Stoma Uyumu ve Etki Eden Bireysel Özelliklerin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını Kurumumuz Genel Cerrahi Servisinde yürütme isteği Merkez Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN
Merkez Müdürü

Evrakı Doğrulamak İçin : https://cbys.trakya.edu.tr/cnVision/Validate_Doc.aspx?V=BEL5832S



Adres:Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Balkan Yerleşkesi Edirne 22030
Telefon:(0284) 235 27 31 Faks(0284) 235 27 30
E-Posta:bashekim@trakya.edu.tr Elektronik Ağ: <http://tuh.trakya.edu.tr/>

Bilgi için: Neriman ÜNAL
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



31.03.2016, 5078 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Ek 5: Ostomi Uyum Ölçeği-23 Kullanım İzni

Sayın Gamze Kıvanç,

"Gastrointestinal Sistem Stomalı Hastalarda Stoma Uyumunun Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tezinizde "Ostomi Uyum Ölçeği-23" ü kullanmamıza yazarlar adına izin verdiğimizi bilgilerinize sunar çalışmanızda başarılar dilerim. 09.03.2016

Prof. Dr. Ayişe KARADAĞ

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

