



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**STOMALI HASTALARDA ÖZ BAKIM GÜCÜNÜN  
BELİRLENMESİ**

CANAN ERAYDIN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. NİHAL SUNAL

İSTANBUL-2016

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tezimi hazırlama sürecimde bana her konuda yardımcı olan saygıdeğer hocam, tez danışmanım **Yard. Doç. Dr. Nihal SUNAL'a**

Sevgisi ve hoşgörüsüyle, her zaman manevi desteğini gördüğüm, her zaman yanımda olan ve bana büyük güç veren eşim **Fehmi ERAYDIN'a**

Manevi desteğini sürekli içimde hissettiğim, beni bu ülkeye yararlı bir birey olmam için yetiştiren, sevmeyi ve seilmeyi öğreten sevgili **Annem ve Babama,**

Tez süresince bana hiçbir zorluk çıkarmayan ve güzel bir gebelik süreci geçirmeme destek olan minik oğlum **Ertuğrul'a**

Teşekkürlerimi Sunuyorum.

# İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR .....	iii
İÇİNDEKİLER .....	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	vi
TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ .....	vii
1.ÖZET.....	1
2.ABSTRACT .....	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ .....	3
3.1.Problemin Tanımı.....	3
3.2.Araştırmanın Amacı.....	4
3.3.Araştırma Soruları .....	5
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Stoma(Ostomi) Tanımı.....	6
4.1.1. Kolostomi tipleri ve kullanım amaçları .....	6
4.2.Kolostomi Endikasyonları .....	9
4.2.1.Geçici kolostomi endikasyonları.....	9
4.2.2.Kalıcı kolostomi endikasyonları .....	9
4.3.Kolostomi Komplikasyonları.....	9
4.3.1.Erken gelişen komplikasyonlar .....	9
4.3.1.1. Retraksiyon .....	9
4.3.1.2.Evisserasyon .....	10
4.3.1.3. İskemi ve nekroz.....	10
4.3.1.4.Kanama .....	11
4.3.1.5.Delinme ve parastomal enfeksiyon .....	11
4.3.1.6.Mukokutanöz ayrılma .....	12
4.3.2.Geç Gelişen Komplikasyonlar .....	12
4.3.2.1.Stoma prolapsusu .....	12
4.3.2.2.Parastomal fıtıklar .....	13
4.3.2.3. Peristomal cilt problemleri.....	13
4.3.2.4.Geç dönemde barsak tıkanması.....	14
4.4.İleostomi Nedir? .....	14
4.5.İntestinal Stomaların Sınıflandırılması .....	14
4.5.1.Geçici intestinal stomalar .....	14
4.5.2.Kalıcı intestinal stomalar .....	15
4.5.3.İntestinal stomaların endikasyonları .....	15
4.6.Kolostominin Hastalar Üzerindeki Etkileri.....	15
4.7.Cinsiyet, Cinselliğin Korunması ve Sürdürülmesi .....	18
4.8.Özbakım Kavramı.....	19
4.9.Kolostomili Bireylerde Özbakım Davranışları .....	20

4.9.1.Kolostomi bakımı.....	20
4.9.2.Stoma bakım hemşiresi .....	20
4.9.3.Ostomi bakım hemşireliği .....	21
4.9.4.Boşaltımın sağlanması .....	22
4.9.5.Kolostomi İrigasyonu .....	22
4.9.5.1.Kolostomi irigasyonu basamakları.....	23
4.9.6.Stomanın eğlendirilmesi ve kolostomi torbasının değiştirilmesi.....	25
4.9.6.1.Stoma değerlendirilmesi .....	25
4.9.6.2 Kolostomi torbasının değiştirilmesi.....	25
4.9.7.Koku.....	29
4.9.8.Gaz çıkarma .....	29
4.9.9. Dinlenme ve spor.....	31
<b>5.MATERYAL VE METOT .....</b>	<b>32</b>
5.1. Araştırmanın Tipi.....	32
5.2.Araştırmanın Yeri Ve Zamanı .....	32
5.3.Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi .....	32
5.4.Araştırmanın Uygulanması .....	33
5.5.Veri Toplama Araçları.....	33
5.6.Verilerin Değerlendirilmesi .....	34
5.7.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
5.8.Etik Kurul Onayı.....	35
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>36</b>
<b>7.TARTIŞMA .....</b>	<b>56</b>
<b>8.SONUÇ.....</b>	<b>65</b>
<b>9.KAYNAKLAR .....</b>	<b>67</b>
<b>10.EKLER.....</b>	<b>73</b>
<b>11.ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>85</b>
<b>12.ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>88</b>

## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
ANA	:Amerikan Hemşireler Birliği
ARMD	:Anorektal Malformasyon Derneği
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
FAP	:Familial adenomatöz poliposis
KW	:Kruskal Wallis
MAX	:Maximum
MİN	:Minimum
ORT	:Ortalama
SS	:Standart Sapma
SBH	:Stoma Bakım Hemşiresi
TOAP	:Toplam Ağırlıklı Puan
ÖRN	:Örneğin
U	:Man Whitney U Testi
WCET	:Dünya Konseyi Enterostomal terapistleri

## TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ

### TABLO LİSTESİ

Tablo 5.1: Öz Bakım Gücü Geçerlilik Güvenilirlik Analizi .....	35
Tablo 6.1: Stomalı Hastaların Demografik Dağılımı .....	36
Tablo 6.2:Hastaların Hayatlarında Hastalığa Bağlı Değişiklikler.....	39
Tablo 6.3:Hastaların Hastalıklarına İlişkin Yaşadığı Bulgular .....	41
Tablo 6.4: Hastaların Stoma Kullanımının Etkileri .....	43
Tablo 6.5: Hastaların Stoma Hakkında Bilgi Almaya İlişkin Görüşleri .....	45
Tablo 6.6: Özbakım Gücü Ölçeği Toplam Puanı .....	47
Tablo 6.7: Özbakım Gücü Ölçeği Dağılımı .....	48
Tablo 6.8: Demografik Özelliklere Göre Öz Bakım Gücü .....	49
Tablo 6.9: Hastaların Hayatlarında Hastalığa Bağlı Değişikliklere Göre Öz Bakım Gücü.....	51
Tablo 6.10: Hastaların Stoma Kullanımının Etkilerine Göre Öz Bakım Gücü .....	53
Tablo 6.11: Hastaların Stoma İle İlgili Bilgilendirilme İsteklerine Göre Öz Bakım Gücü.....	54

### ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 6.1: Özbakım Gücü Ortalaması .....	47
Şekil 6.2: Özbakım Gücü Değerlendirmesi .....	48

## 1.ÖZET

### STOMALI HASTALARDA ÖZ BAKIM GÜCÜNÜN BELİRLENMESİ

Bu çalışmanın amacı stomalı bireylerin özbakım gücü düzeyinin incelenmesidir. Araştırmamızda evreni İstanbul Anadolu yakasında bulunan stomalı hastalara malzeme temin eden firmalara kayıtlı 400 hasta oluşturmaktadır. İstatistik tahminlerinin yapılabilmesi için uygun örneklem büyüklüğü 196,2 olarak hesaplanmıştır. Araştırma verileri Eylül 2015/Şubat 2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak kişisel özellikleri tanıtıcı anket formu ve Orem'in Türkçeye uyarlanmış olan 35 sorudan oluşan özbakım gücü ölçeği yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Çalışmamızda, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov-Smirnov dağılım testi kullanıldı. Parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U test kullanıldı. Araştırmaya katılan stomalı bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamaları  $103,60 \pm 7,24$  (74-127) olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %51' i 40-65 yaş arasında, %60,7'si bayan, %39,3'ü erkek, %43,4'ü ortaöğretim mezunu, %20,4'ü lisans mezunu, %44,9'u emeklidir. Hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre bayanların öz-bakım gücü erkeklere oranla yüksek bulunmuştur. Kolostomi bakımını kendisi yapan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları kolostomi bakımını ailesinden biri ile yapan hastaların özbakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur( $p<0.05$ ).Hastaların öz bakım gücü değişkenine göre (%94,4) öz bakım gücü orta bulunmuştur. Eğitim durumu arttıkça özbakım gücünün arttığı görülmüştür. Aynı zamanda hastalığı ile ilgili eğitim alan hastaların, bakımlarını kendilerinin yaptığını, çok az bir kısmının ailesinin desteğini aldığı saptanmıştır. Hastalık öncesi dönemle yaşantıları kıyaslandığında, hastalığa bağlı değişiklik yaşamayan bireylerin özbakım gücü daha yüksek bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** özbakım gücü, özbakım, kolostomi bakımı, stomalı hasta

## **2.ABSTRACT**

### **ASSESSMENT OF STOMA PATIENTS IN SELF-CARE POWER**

The study aim is investigating the level of the individual stoma self-care agency. The universe of our research in the Anatolian side of Istanbul stoma patients registered to the suppliers of materials constitute 400 patients. Appropriate sample size was calculated to be 196.2. Research data were collected between September 2015 / February 2015. Data were collected by personal characteristics introductory questionnaire was administered by Turkish and Orem's self-care, consisting of 35 questions adapted self care scale-face interview.SPSS Statistics 21.0 software package was used for statistical analysis. Data were analyzed using descriptive statistical methods as well as to examine the normal distribution of Kolmogorov-Smirnov test was used for distribution. In case of more than two groups for comparison of quantitative data, the parameters of the Kruskal- Wallis test and Mann-Whitney U test was used.Self-care mean scores of individuals participating in the research stoma  $103.60 \pm 7.24$  (74-127), respectively. Patients participating in the study, 51% were between 40-65 years of age, 60.7% were female, 39.3% male and 43.4% of secondary school graduates, 20.4% of university graduates, is a retired 44.9%. Self-care of women according to the gender of the patient self-care mean scores were higher than men. Self-care, colostomy care of themselves mean scores of patients higher than making one care from the family scores( $p<0,05$ ).According to the patients' self-care variables (94.4%) were moderate self-care agency. Education has been shown to increase with increasing self-care. At the same time the patient education about the disease, he did care for themselves, it was found that a very small part of the support of family. The experiences of the period before the disease compared to living changes due to disease self-care power of individuals was higher.

**Key Words:** self-care agency,self care, stomachcare,stoma patients,colostomy care



### 3.GİRİŞ VE AMAÇ

#### 3.1.Problemin Tanımı

Yapılan araştırmalarda dnyada kanser trleri içinde en fazla grlen lm nedeninin kolorektal kanserler (%8) olduğu bildirilmiştir. Kolorektal kanser tanısı konulduktan sonra stoma ile sonulanan vaka sayısı gittikçe artmaktadır. Mesane kanserinin ise tüm dünyada %5.8 oranında grldğu ve bunun %2.3'ünün ölümle sonuçlandığı bildirilmektedir IARC (1). Avrupa'da 2008 yılında 3.1 milyon tanımlanmış kanser olgusunun olduğu ve bu rakamın 1.6 milyonunun kanser sebebiyle ldğu bildirilmektedir Ferlay (2). Avrupa'da 2006 yılında kolostomi açılan olgu sayısı 412,900', İngiltere'de her yıl 13.000'den daha fazla bireye kolostomi açılmaktadır Simmons (3).

Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre, ülkemizde kolorektal kanserler, erkeklerde dördüncü (%20.7), bayanlarda üçüncü sırada (%13.4) yer almaktadır. Dünya genelinde olduğu gibi her geçen yıl ülkemizde de çoğu hasta özellikle kolon ve mesane kanserleri nedeniyle boşaltımının normal fonksiyonlarının kaybına neden olabilecek stoma cerrahisine yöneltilmektedir. Kolostomi, riner sistem ve gastro intestinal sistem kanserlerinde, inflamatuvar barsak rahatsızlıklarında ve ani oluşumlu travma sonucu kullanılan yaygın bir uygulamadır T.C. Sağlık Bakanlığı (4). Kolostomi açılması genel olarak hayat kurtaran bir uygulama olsa da bireyi fiziksel, sosyal ve emosyonel açıdan etkiler ve birtakım problemler yaşamasına sebep olur Yaşan (6). Stoma açılması nedeniyle bireyler fizyolojik olarak; boşaltımında değişim, mesaneyi kontrol etmede güçlük, dışkılamada değişim yaşama, istemsiz gaz çıkarma, kötü kokuya sebep olma ve torbaya bağımlılık gibi sorunlar yaşamaktadırlar Butler (5). Fiziki yapının görünümündeki değişim ve fizyolojik problemler; kişinin dış görünümündeki algısını olumsuz açıdan etkilemekte ve kendini diğer bireylerden farklı görmesine, kendinden utanma duygusunun oluşmasına, aile ve çevresi tarafından kabul görmeme korkusu hissetmesine ve sosyal yaşamdaki alışkanlık ve aktivitelerini gerekleştirmemesine yol açabilmektedir Harris (7).

Kolostomi açılması, bireyin hastalık ve tedavi sürecini sınırlaması nedeniyle hastaların iş yaşantılarını, iş sürecindeki kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde

etkileyebilmekte, özellikle tedavi sürecinde hissedilen ağrı, yorgunluk, bulantı gibi komplikasyonlar meslekteki işlev ve sorumlulukların gerçekleştirilmesini zorlaştırmaktadır Karadağ (7). Bu yüzden stoma açılan bireyler ameliyat sürecinden sonra yakın çevre (arkadaş ve akrabalar) ile eskisine oranla daha az görüşme, aile içi sorunlarda artış, sosyal faaliyetlerde azalma, işe son verme, iş veriminde azalma ve iş değiştirme gibi sorunlar görülmektedir Karadağ (8). Stomalı bireyler, beden görünümündeki değişimin toplumsal yaşamda güçlükler getireceği düşüncesiyle kendilerini sosyal faaliyetlerden kısıtlama ve soyutlama eğilimindedirler Ayaz (9). Stomalı hastalar torba ve adaptörün giysilerin altından görünebileceği ya da belli olacağı ihtimali ile dar kıyafetler değil de daha bol ve koyu renkli kıyafetler giymektedirler Karadağ (7). Stomalı bireylerin yaşadıkları bu durumlar zamanla kendilerini toplumdan tamamen soyutlamalarına yol açmaktadır Kılıç (10).

Geçtiğimiz yıllara baktığımızda stoma bakım ürünlerinde önemli gelişmeler olmasına ve uzmanlaşmış stoma hemşirelerinin sayısının belli oranda artış göstermesine rağmen hastaların çok az kısmı uyum sorunu yaşamamaktadır Brown (11). Ülkemizdeki stoma hastalarının stoma olgusuna ve sosyal yaşamlarıyla alakalı adaptasyon sürecinde karşılaştıkları problemlerin tespit edilmesine yönelik hazırlanmış çalışma sayısı çok azdır. Karadağ ve ark.'nın çalışmasında; araştırmaya katılan hastaların hemen hemen hepsinde, stomanın çıkış yerinde sızıntı, ağrı ve kokuya sebebiyet vereceği düşüncesiyle toplumdan soyutlanma, içe kapanma ve yalnızlık eğiliminin yüksek olduğu saptanmıştır Karadağ (7). Kolostomili yaşama uyum; bireylerin cerrahi sonrası kendi bakımlarını sürdürme, sosyal yaşama uyumu, fizyolojik görünümünü kabullenme, öz bakım gücü düzeyi yüksek tutularak sağlanabilir. Bu durumu değerlendiren çalışmalar sınırlıdır.

### **3.2.Araştırmanın amacı**

Bu araştırmanın amacı; Ostomili bireylerin stoma kullanımında özbakım davranışları geliştirip geliştirmediklerine ilişkin özbakım gücü ölçeği kullanarak değerlendirilmesidir.

### **3.3.Araştırma soruları**

1.Stomalı bireylerin kolostomili yaşama uyumu ve özbakım davranışı geliştirme durumu nedir?

2.Özbakım düzeyleri hangi seviyededir?



## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Stoma(Ostomi) tanımı

Gastrointestinal sistem ağızdan anüse kadar bir bütünlük sağlamaktadır; içerdiği organlardan herhangi birisinin geçici ve kalıcı olarak cilde ağızlaştırılması ostomi/stoma olarak adlandırılmaktadır UOAA (12). Kalın barsağın karın duvarına açıklık oluşturulması işlemine kolostomi, ince barsağın karın duvarına açıklık oluşturulması işlemine ileostomi olarak adlandırılmaktadır Mentşeş (13). Stoma geçici yada kalıcı olabilir. Geçici stomalar, stoma açılmasına etken olan durum tamamen yok edildikten(2-6 ay) sonra kapatılırken, kalıcı stomalar birey yaşadığı sürece kalır Smeltzer (14). İdrarın, mesaneden vücut yüzeyine yeni bir yol aracılığıyla ağızlaştırılması ürostomi olarak adlandırılırş Hyland (15). Ülkemizde ostomi açılmasını gerektiren hastalıkların ilk sıralarında yer alan kolon ve mesane kanseri oranları incelendiğinde Sağlık Bakanlığı verilerine göre, erkeklerde kolorektal kanser insidansı % 20.8, mesane kanseri insidansı % 21.5; kadınlarda kolorektal kanser insidansı ise % 13.5 olarak bilinmektedir T.C. Sağlık Bakanlığı (4).

#### 4.1.1. Kolostomi tipleri ve kullanım amaçları

Ostomiler; uç ostomiler ve loop ostomiler olarak ikiye ayrılır. Tek yönlü açıklık oluşturulacak şekilde kolon yada ileumun cilde ağızlaştırılması uç ostomi, çift yönlü açıklık oluşturulacak şekilde kolon ya da ileumun lümeninin bir bölümü kesilerek içinden cam ya da plastik çubuk aracılığıyla cilde ağızlaştırılmasına loop ostomi olarak tanımlanmaktadır Gooszen (16).

Kolostomi açılma nedenleri; Crohn hastalığı, barsak kanserleri, kolon obstrüksiyonu, divertikül hastalığı, travmalar, bağırsak iskemisi, fekal inkontinans, Hirschprung's hastalığı'dır Gooszen (16). Başlıca fonksiyonu, barsak içeriğinin stoma aracılığı ile dışarı atılmasına yardımcı olmaktır. Süresi bakımından iki tür stoma vardır. Bunlar;

Kalıcı Stomalar; Rektal anastomozun mümkün olmadığı aşağı rektum tümörleri gibi durumlarda kullanılır. Ayrıca ülseratif kolit, familial adenomatöz poliposis (FAP) gibi hastalıklarda da bazen gerek duyulabilir. Hastaların yaklaşık %15' i kadarı kalıcı kolostomi kullanmaktadır. Cerrahi olarak rektum ve anüs

çıkartılarak kolonun ucu sigmoid kolostomi olarak batın duvarına ağızlaştırılır Swan (17).

Anüsün çıkartılması gereken durumlarda, kolonun son kısmı ve anüsün birlikte çıkarılması gereken hastalıklarda, anüs ve kas yapısının görevini yapamadığı durumlarda kalıcı kolostomi açılmaktadır Swan (17).

Geçici stomalar başka bir barsak ameliyatına yardımcı olmak veya dışkının belli bir süre yön değiştirmesi gereken durumlarda açılmaktadır. Geçici stomanın temel amacı fekal akımın yön değiştirmesidir. Birkaç ay süresince kullanılıp daha sonra tekrar ameliyatla kapatılır. Kapatıldıktan sonra hastaların bağırsak fonksiyonları normale dönmektedir Swan (17).

Anüs hastalıkları ve yaralanmaları, bağırsak delinmesi ve yaralanmaları, bağırsaklarda yapılan ameliyatın iyileşmesini sağlama, kolon tıkanmaları, konjenital bağırsak anomalileri gibi durumlarda geçici kolostomi açılmaktadır Swan (17).

Kolostomiler barsaktaki açılma yerlerine göre;

Çıkan kolostomi; karın bölgesinin sağ tarafında yer almaktadır. Sadece kolonun kısa bir kısmında etkin olarak işlev görür. Bu çıkış, sıvı ve birçok sindirim enzimleri içermektedir. Dışkı stoma etrafındaki dokuya zarar verici ve sindirim enzimlerinden zengin, bir yapıya sahiptir. Mutlaka kolostomi torbası takılmalı ve gerekli eğitimler verilmelidir, deri çıkış yeri enfeksiyon riski açısından önlemleri alınmalıdır. Bu kolostomi tipi çok fazla kullanılmaktadır.

Transvers kolostomi; üst karın ortasında ya da karın içinde vücudun sağ tarafında bulunmaktadır. Dışkı özelliği genellikle sıvı veya yarı katı haldedir. Stoma yatay kolonun soluna doğru yaklaştıkça sindirim enzimi içeriği azalır ve kıvamı gittikçe katılaşır. Divertikülit, kanser obstruksiyonları, doğumsal travmalar, iltihaplı barsak hastalıkları transvers kolostomi açılmasını gerektiren durumlar arasındadır. Bu tür kolostomi tiplerinde dışkı inen kolona ulaşmadan önce dışarı çıkması için olanak sağlanır.

Transverse kolostominin iki tipi bulunur: Loop transverse kolostomi, double-barrel transverse kolostomi.

Transvers loop kolostomi: Kolonda obstruksiyon, travma, enflamasyon, distalde, perineal yaralar anastomozlar nedeniyle sık kullanılan yöntemdir Alemdaroğlu (18).

Bagetsiz kolostomi: Gastrokolik omentumun kolona olan yapışıklıkları ayrıştırılır. Kısa bir mezokolon kolona yakın iskeletize edilir. Batın duvarına ağızlaştırılır.

Bagetli kolostomi: Batın duvarına alınan kolon meosundan cam veya plastik bir baget ile kolon desteklenir. Kolon tenya 'ya paralel açılır.Baget 5-7 günde çıkartılır.

Double barrel Transverse kolostomi: (Çift Namlulu Kolostomi)

Daha çok obstruksiyonla gelen olgulara sık rastlanır.

İnen(desandan) kolostomi; Dışkı çıkan ve yatay kolonda ilerlerken su büyük oranı emildiği içindışkı, kısmi olarak katı ya da tamamen katı durumdadır.

Sigmoid kolostomi; Dışkı normal yapı ve özelliktedir. Dışkı kalın bağırsakta inerken suyun tamamı emilmiş durumdadır Alemdaroğlu (18).

Açılış tekniklerine göre;

Uç kolostomi

Loop kolostomi

Hartmann Kolostomi

Divided Kolostomi olarak adlandırılmaktadır.

## **4.2.Kolostomi Endikasyonları**

### **4.2.1.Geçici kolostomi endikasyonları**

- Kalın barsak obstruksiyonları
- Barsak perforasyonu,
- Barsak yaralanmaları,
- Doğumsal barsak anomalileri,
- Barsakta yapılan bir işlemin iyileşmesini gerekçesiyle,
- Ciddi derecede anüs yırtıkları,
- Rektum travmaları geçici kolostomi endikasyonlarıdır.

### **4.2.2.Kalıcı kolostomi endikasyonları**

- Kalın barsağın son kısmı ve anüsün çıkartılması gereken durumlar (kolon ve rektumun malign hastalıkları vb.),
- Kalın barsak obstruksiyonları,
- Anüs kas yapısının görevini yerine getiremediği durumlar(fekal inkontinans),
- Doğumsal anüs ve rektum bozuklukları,
- Kalın barsağın son kısmındaki kalıcı hastalıklar kalıcı kolostomi endikasyonlarına örnektir Pittman (19).

## **4.3.Kolostomi Komplikasyonları**

### **4.3.1.Erken gelişen komplikasyonlar**

Postoperatif ilk on beş gün içerisinde oluşan komplikasyonlar erken gelişen komplikasyonlar olarak adlandırılmaktadır.

#### **4.3.1.1. Retraksiyon**

Karın dışına alınan barsağın periton boşluğuna geri kaçması cerrahi teknik yetersizliği sonucu ortaya çıkar. Özellikle kolostominin erken dönemdeki komplikasyonlarının en önde gelenlerindedir. En çok görüldüğü durumlar transvers kolon stomaları ve terminal sigmoid ostomilerdir. Cerrahi girişim ile sonuçlanır.

Stoma retraksiyonu yerleştirilen bağetin kötü seçilmiş yerde olması barsak ya da stomada aşırı gerginliğe neden olmasıyla gelişir. İskemi de retraksiyona neden olabilir ve böyle bir durum darlık ile ilişkilidir. Reoperasyon da en yaygın nedenlerinden biridir Butler (5).

### **Stoma Retraksiyonunun Nedenleri**

- Kolonun yetersiz hareketi sonucu stoma üzerindeki sürekli gerginlik,
- Ameliyattan önce uygulanan radyoterapinin mezenter zarda meydana getirdiği kısılma,
- Loop kolostomilerde barsağı dışarıda tutan bağıet veya silikon çubuğun çok erken çıkarılması,
- Stomayı iyi sabitleyememe,
- Ameliyattan sonra kilo alımının artması,
- Cilt seviyesindeki iskemik nekroz,
- Stomanın dış segmentinin kısa olmasıdır.

Ameliyattan sonra hastalar sıkı bir şekilde izlenmelidir ve uygun bir diyetle aşırı kilo alımının önlenmesi önemlidir. Retrakte stomalarda, konveks torba-adaptör sistemi kullanılmalıdır. Stoma torbasının ciltte kalmasını desteklemek için, kemer kullanılmalıdır. Hasta ile ilgili bütün veriler kayıt edilip ve doktora bildirilmelidir Goligher (20).

#### **4.3.1.2.Evisserasyon**

En sık görüldüğü vakalar transvers kolon stomaları ve terminal sigmoid ostomilerdir. Cerrahi girişim gereksinimi olur. Tekrar operasyon yapılarak stoma yeniden açılır Cnowless (21).

#### **4.3.1.3. İskemi ve Nekroz**

İskemi belirtileri genellikle 24 saat içinde ortaya çıkar. Stoma ilk nekroze olarak ilerler sonra mavimsi renk ile ödemli görünür. İskeminin yaygın bir nedeni



yetersiz kan akımı nedeniyle sekonder hasara neden olmasıdır. Bu orijindeki en alt mezenterik arterdeki gerginlik endotel hasarına ve perfüzyon azalmasına neden olabilir. Yetersiz venöz drenaj bağırsak duvarına yakın yaralı venöz alanda mevcut ise, stoma ödemine neden olur ama nadiren doku kaybına da neden olabilir. Stoma nekrozunun önlenmesi için: Roskott (22)

- Dikişlerin gergin olmaması
- Ödemli stoma çevresindeki torbanın sıkı olmaması
- Karın duvarına açılan deliğin dar olmaması,
- Stoma bölmesinin dış kesiminin aşırı serbestleştirilmemesine dikkat etmek gerekir.

#### **4.3.1.4. Kanama**

Stoma temizliği esnasında küçük çapta kanamalar görülmesi olağandır. Aşırı kanama beklenmeyen bir durum olup, stomal alanda ayrılma veya portal hipertansiyon nedeniyle oluşan peristomal varisler sonucu meydana gelebilir. Yapılacak ilk müdahale öncelikle kanayan bölgeye bası uygulanır, gümüş nitrat ile koterizasyon veya kanayan yere sütür konulması olabilir Garden (23).

#### **4.3.1.5. Delinme ve Parastomal Enfeksiyon**

Stoma çevresinde iltihaplanma anlamına gelen “parastomal enfeksiyon” erken dönemde görülerek barsağın deriden ayrışmasına (mukokutanöz ayrışma) yol açar. Uygun olmayan yıkama tekniği, delinme ve enfeksiyona yol açabilir. Stomadan verilen irrigasyon cihazı ya da sıvısı da barsağa hasar verebilir. Uygun cerrahi teknikle dışkının stoma çevresine bulaşmasının önlenmesi enfeksiyon görülme olasılığını düşürür.

Parastomal enfeksiyona yol açan nedenler şunlardır:

- Stomanın kesi yerine yakınlığı
- Stomal retraksiyona bağlı olarak dışkı içeriğinin cilt altı dokusunu enfekte hale getirmesi
- Uygun olmayan irrigasyon teknikleri
- Barsak ucunun retraksiyonu

- İskemi ve peristomal hematoma sonucunda enfeksiyon

Delinme ve apse önemli bir sorundur ve sıklıkla acil cerrahi girişim, geniş debridman drenajı, stoma bölgesinin değiştirilmesi ya da ileostomiye ihtiyaç duyulmasına sebep olur. Pansuman yapılarak, nekrotik dokuların temizlenerek ve barsağın etrafına antiseptikli spançlar ile etrafı sarılarak tedavisi yapılabilir. Enfeksiyon iyileştikten sonra darlık ve geri kaçma oluşmaması için gerekli tedbirler alınmalıdır.

#### **4.3.1.6.Mukokutanöz Ayrılma**

Deriden stoma dekolmanı ve çevre derinliğinin değişmesi sonucu oluşur.

Nedenleri:

- Kötü yara iyileşmesi kapasitesi
- Doku perfüzyon yetersizliği (Diyabet, radyasyon, yaşlılık, steroid ve immunosüpresif tedavi)
- Sütür hatlarında gerginlik
- Yetersiz ve dengesiz beslenme
- Steroid tedavilerinde
- Diyabet hastalarında

Mukokutanöz ayrılma yüzeysel ya da derin, kısmi ya da tam olarak isimlendirilir. Eritem görülür, değişen miktarlarda akıntı ortaya çıkar. Ayrılma gerçekleştikten sonra retraksiyon, darlık, sarkma ve peritonit gibi sorunlar belirebilir. Yara yerinde iyileşmesini etkileyen faktörler değerlendirilir. Gerekli durumlarda pansuman, gerektiği durumlarda da cerrahi müdahale planlanır.

#### **4.3.2.Geç Gelişen Komplikasyonlar**

Geç gelişen komplikasyonlar ameliyattan iki hafta sonra ortaya çıkar.

##### **4.3.2.1.Stoma Prolapsusu**

Prolapsus, barsağın genişleyerek ve büyüyerek stoma açıklığından dışarı doğru aşırı derecede taşmasıdır. Post-op geç dönemde ortaya çıkabilir. Görülme

sıklığı ileostomili hastalarda kolostomili hastalara göre daha az olup, kolostomili hastalarda görülme sıklığı yaklaşık olarak %5-15'dir Garden (23).

Gelişme riski; yaşlılarda, gebelerde, obezite durumlarında, geniş abdominal duvar açıklarında, zayıf kas tonüsü olanlarda fazladır. Daha sık izlem gerektirir ve zorunlu durumlarda cerrahi müdahale planlanır. Fakat onarma sonrası tekrar prolapsus oluşursa yeni bir stoma açılır.

#### **4.3.2.2.Parastomal Fitiklar**

%2-20 arasında görülme sıklığı olan stoma açıklığından gelişen fitik türüdür. Önemi ise tıkanıklığa sebep olmasından kaynaklanır Korkut (24). Obezite veya aşırı kilo alma, karın boşluğuna basınç artışıyla, karın duvarının zayıflığı sebebiyle, yaşın artması, sistemik hastalıklar, steroid kullanımı, peristomal enfeksiyon fitik oluşumunun sebepleridir Dale (26).

Mümkün olduğunca onarım için hastanın kendi dokularının kullanılması tercih edilmelidir. Konservatif tedavi, ağır kaldırmaktan kaçınma, esnek torbalama sistemi, bağlayıcı destek sağlamak amacıyla fitik destek korsesi, fitik onarıcı cerrahi ile tedavi sağlanır Hamzaoğlu (27).

#### **4.3.2.3. Peristomal Cilt Problemleri**

Özellikle ileostomili hastalarda daha yaygın bir şekilde görülmektedir. Stomalı hastaların yaklaşık %50-75'inin cilt problemleri yaşadığı bildirilmektedir. Çoğu durumda, peristomal cilt tahrişi stoma atığına maruz kalma nedeniyle, kimyasal dermatit ve sık cihaz değişikliklerden kaynaklanan bir durumdur. Genellikle, cihaz kaçak ve lokal deri tahrişi bir daha sık cihaz değişiklikleri, ihtiyacıyla sonuçlanabilir. İdeal olarak, torbalama sistemi tamamen ve etkin bir cilt ile atık teması önlemek gerekir. Deriye yapışmasını engellemek ve peristomal cilde enflamasyonu önlemek için önleyici krem ve merhem uygulanmalıdır. Ayrıca, bağlı cilt bariyerleri, yapıştırıcılar ve bantlara karşı duyarlılık nedeniyle alerjik reaksiyonlar oldukça yaygındır. Candida albicans peristomal cilt kolonizasyonunda sık görülür. Antifungal pudralar bu durumu hafifletmekte yardımcı olur. Stoma yerinin uygun olmaması, yanlış stoma tekniğinin uygulanması, atopik egzama gibi deri hastalıkları, stoma torbasının

düzenli adapte edilememesi nedeni ile ciltte sızıntı olması gibi faktörler cilt problemlerinin oluşmasına neden olmaktadır. Cilt problemlerinin gelişmesini önlemek amacıyla stoma çevresi, steril bir şekilde temizlenmeli, stomanın çapına ve tipine uygun ekipman kullanılmalı, yara örtüsü ve koruyucu kremler kullanılmalıdır. Hu A ve ark (28).

#### **4.3.2.4. Geç Dönemde Barsak Tıkanması**

Stomalı hastalarda karşımıza çıkan bir diğer komplikasyon da barsak tıkanmasıdır. Görülme sıklığı %13-15 olarak belirlenmiştir. Barsak duvarında meydana gelen yapışıklıklar; volvulusa, stoma stenozuna ve geç stoma tıkanıklıklarına neden olabilirler. Ostomide en fazla post-op 3. ve 6. aylarda beslenmeye bağlı tıkanmalar karşımıza çıkar. Fıtığa bağlı olarak da ostomi tıkanıklığı gelişebilir. Diğer ostomi tıkanıklığı yapan sebepler arasında tümörün metastazı ve konstipasyon olduğu görülmektedir.

#### **4.4. İleostomi Nedir?**

İleostomi ince barsağın son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Kalın barsağın bazı hastalık durumlarında dışkılama işleminin ince barsağın bu kısmından yapılması zorunlu hale gelebilir. Bu ve buna benzer durumlarda ileum (ince barsağın son bölümü) karın duvarına cerrahi olarak bağlanır Öncel (48).

#### **4.5. İntestinal Stomaların Sınıflandırılması**

##### **4.5.1. Geçici İntestinal Stomalar**

Barsağın devamlılığının sürdürmesini sağlamak amacıyla geçici önlem olarak gerçekleştirilir ve akut durum geçtikten sonra kapatılır. En uygun geçici stomanın özellikleri barsağın ameliyattan sonraki devamlılığını rahat bir şekilde tekrar sağlamasına imkan verecek nitelikte olmalıdır.

Stoma açılacak olan bölgede yeterli büyüklükte kesi yapılır, fakat cilt altı yağ dokusuna dikkat edilerek kesilmemesine önem verilir. Kesi uygulandıktan sonra rektus arka kılıfı ve periton açılırken basit bir kesi yapılır. Kesi yapılırken ölçü olarak genelde cerrahın iki parmağının geçebileceği kadar açıklık baz alınır, fakat barsak çapı ve tipinin özelliklerine göre gerekli değişimler de yapılabilir. Cerrahi işlem

sırasında stoma açılacak organın belli oranda mobilize edilmesi oldukça önemlidir. Barsak yalnızca cilt yüzeyinde hizalanmalı ve cilde, emilebilir malzeme kullanılarak dikilmelidir. Bu dikişler iskemi ve nekroza, barsak duvarının aşınması ile fistüllere sebebiyet verirler. Dikişleri tespit ederken, barsağın zarar görmemesi için tedbirler alınır Bayer (30).

#### **4.5.2.Kalıcı İntestinal Stomalar**

Anüs ve rektumun opere edilmesi ve onarılması gereken durumlarda, anüsün yerine cerrahi işlemle açılması gereken stomalardır. Uygun nitelikte kalıcı stoma tek lümenli olmalıdır ve hastanın rahatlıkla ulaşabileceği bir yerde olmalıdır. Kalıcı kolostomilerde distal uça abdominalperineal alan kesilerek tamamen çıkarılmıştır distal uç ise ağzı dikilerek kapatılmıştır.

#### **4.5.3.İntestinal Stomaların Endikasyonları**

Başlıca endikasyonları şunlardır:

- I. Gastrointestinal sistemin tümör sebebiyle bir kısmının çıkarıldığı ve devamlılığının sürdürülemediği durumlarda dışkı drenajının sağlanması için,
- II. Habis türden bir tümörün obstruksiyonuna bağlı tıkanıklık sebebiyle boşalamayan kolonu temizlemek için,
- III. En dıştaki patolojik bozuklukların iyileşme süreci hızlanana kadar dışkı sızıntısından uzak kalması gereken durumlarda

Perineal organ bozuklukları, iskemik kolit, gaita inkontinansı, perinenin travma görmüş bozuklukları durumlarında uygulanmaktadır Bayer (30).

#### **4.6.Kolostominin Hastalar Üzerindeki Etkileri**

Biyo-psiko-sosyal ve kültürel varlık olarak insan yaşamını devam ettirebilmek için temel gereksinimlerinden biri olan boşaltım, fizyolojik ihtiyaçlar olarak tanımlanır ve sağlıklı bir yaşam sürdürmede önemli bir yer barındırır Üstündağ (31). Sindirim sistemine bağlı olarak gelişen pek çok sebeplerle hastalarda ostomi açılmasına ihtiyaç duyulabilmektedir Nugent (32). Ostominin açılması hem ilk karşılaşıldığı anda, hem de taburculuk sonrası hasta bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan farklı alanlarda problemler yaşamasına sebep olmaktadır Yaşan (6).

Stomali hastaların yaşam kalitelerini etkileyen fiziksel sorunların başında gaz, kötü koku, dışkı sızıntısı, deri zedelenmeleri ve ostomi komplikasyonları gelmektedir Persson (33). Erkeklerde rektum ve mesanenin çıkarılmasından, kadınlarda ise pelvik cerrahisi sonrası cinsel fonksiyon bozuklukları da yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli problemlerdendir Kılıç (10). Goozsen ve ark.'nın (16) yapmış oldukları çalışmada sızıntı, peristomal deri iritasyonu, retraksiyon ve sarkma gibi komplikasyonların ostomili hastaların yaşamlarını önemli ölçüde etkiledikleri saptanmıştır. Pittman ve ark.'nın (19) yapmış oldukları çalışmada özellikle deri iritasyonları ve sızıntının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Ürostomili hastalarla yapılmış diğer çalışmalarda da ostomili bireylerin fiziksel problemleri sebebiyle yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bildirilmektedir Pittman ve ark. (19). Ostominin psikolojik alanda etkileri arasında beden algısının değişmesi, benlik saygısının azalması, seksüel fonksiyonlarda bozulma, eş uyumu sorunları, ostominin sızıntı ve kokuya neden olacağı korkusu, yalnız kalma isteği, kendini içine kapama ve depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların yer aldığı bildirilmiştir Kılıç (10). Ülkemizde yapılan araştırmalarda kolostomi açılan bireylerde, bireylerin kolostomilerini ilk gördükleri zaman verdiği tepkiler üzüntü, öfke, utanma, şaşkınlık, korku, belirsizlik gibi duyguları yaşadıkları ifade edilmiştir. Ross ve ark.'nın (34) yapmış oldukları araştırmada kolostomili bireylerin depresyon seviyeleri oldukça yüksek olduğu belirtilmiştir. Kolostomili bireylerin eşlerinin kolostomiye olan tepkisi bireylerin seksüel fonksiyonlarını etkileyebilmektedir. Birçok eş kolostomiye zarar vermektan korktukları için eşlerine olumsuz ya da tedbir olarak tepki vermektedirler. Eşlerin olumsuz tepkisi libidoda azalmaya yol açmaktadır. Cinsel hayatlarındaki bu sorunlar kolostomili bireyleri psikolojik olarak da olumsuz etkilemektedir. Bir başka çalışmada ise evli olan ostomili hastaların yaşam kaliteleri daha yüksek olduğu saptanmıştır Persson ve ark. (35). Ostomi açılan bireyler sadece hastalıklarını kabullenmenin yanı sıra, aynı zamanda yaşamlarını da ostomiye göre düzenlemek mecburiyetinde kalmaktadırlar. Ostomili birey gaz ve koku çıkması sebebiyle kendini toplumdan uzak tutmaktadırlar. Birçok hasta pre-op dönemde yaptıkları aktiviteleri post-op dönemde yapmayı bırakmışlardır. Bireylerin aile yaşantıları da etkilenmektedir. Yaşan ve ark.'nın (6) yaptıkları araştırmada ostomili hastaların günlük aktivitelerinde ve uğraşlarında kendilerini

sınırlandırdıkları, sosyal ve aile hayatlarında problem yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca ostomili bireylerin iş hayatı da olumsuz etki görmektedir. Post-op dönemde işi bırakma, çalışma saatlerini azaltma yoluna gitme, iş veriminde düşme ve başka iş bölümlerine yönelme, işi bırakma görülebilmektedir. Mutlu ve Şelimen'in (36) yaptıkları çalışmada da çalışan ve stoma bakımını kendisi yapan bireylerin yaşam kalitelerinin olumlu etkilendiği bulunmuştur. Hangi sebeple olursa olsun ostomi açılması bireyin diğer kişilere olan bağımlılığının arttığını, fiziksel, psikolojik ve manevi anlamda kendini iyi hissetmesini engellediği için yaşam kalitesini olumsuz anlamda etkilediği belirtilmiştir Kılıç (10). Ostomi yaygın şekilde depresyon ve anksiyeteye sebep olmaktadır. Yapılan diğer çalışmalarda da yaşanan psikolojik sorunların ostomili bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir Kumcağız (25). Yaşam doyumu, iyilik ve esenlik hali, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik yaşam kalitesinin belirleyicileridir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğu olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda ostominin açılması, ostomi komplikasyonları, cinsel fonksiyonlarda bozulma, uyku örüntüsünde bozukluk, yorgunluk, beden imajında bozulma, sosyal aktivite ve çalışma koşullarında etkilenme, maddi endişeler gibi durumlardan dolayı yaşam kalitelerinin azaldığı saptanmıştır Hu (28). Ostomili bireylerin karşılaştıkları sorunlar ve ortaya çıkan komplikasyonlar ostomili bireylerin rehabilitasyonunu sağlamak için ostomi bakım hemşireliğini ortaya çıkarmıştır. Ostomi hemşireliği ile hastaların hastanede kalış sürelerini en aza indirmek, fizyolojik psikolojik ve sosyal açıdan bütün bir şekilde desteklenerek yaşam kalitelerini arttırmak amaçlanmıştır Bayer (30). Ostomiye uyum devamlı süregelen bir durumdur. Bu nedenle ostomili bireyin ev yaşantısına hazırlıklarının, pre-op dönemden başlanarak, post-op dönemde içine alan uzun bir süre devam etmesi gereklidir. Hemşire ameliyatta önce, bireyin problemlerini belirleyebilir ve bireyin cerrahi işleme dair endişelerini giderebilir. Ostomili bireyin eski yaşadığı ortama döndüğü zaman sağlığını en iyi düzeyde sürdürebilmesi, tedavi, bakım ve günlük ihtiyaçlarına ilişkin gereksinimlerinin karşılanması ostomi hemşiresi tarafından gerçekleştirilebilir. Ostomi bakım hemşireliği ile bireylerin en kısa sürede eski yaşantısına dönmelerinde ve yaşam kalitelerinin artmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir Wills (37).Yapılan

araştırmalarda da ostomi hemşiresinin rollerinin hastaların yaşam kalitelerini fiziksel, psikolojik, sosyal alanlarda arttırmada rol oynadığı vurgulanmaktadır. Kolostomili bireylerin eğitim ve bakımında amaçlı tasarlanmış hemşirelik girişimleri ile kolostomiye y6nelik yaşanan sorunların azaltılması ve başa çıkılması olanaklıdır.

#### **4.7.Cinsiyet, Cinselliğin Korunması ve Sürdürülmesi**

Stoma açılması ile meydana gelen fiziksel g6rnmdeki değişiklikler bireylerin cinsel yaşamlarını etkileyebilmektedir. Beden imajının değişmesi ile stomalı hastalar çekiciliklerinin azaldığını düşünmekte, stoma bakım ürünlerinin vücutlarını çirkin ve biçimsiz g6sterdiğini düşünmektedirler. Beden bütünlüğü bozulan bireyler cinsel y6nden yetersizlik duygusu yaşayabilmektedirler. Bununla birlikte cinsel ilişki sırasında torbanın açılması, dışkı sızıntısı ve koku yayılma korkusu ve sinir zedelenmesi gibi fiziksel nedenlerden dolayı cinsel sorunlar g6rlebilmektedir. Kılıç ve ark." nın çalışmasında cinsel sorunların bayanlarda daha fazla olduğu saptanmışken diğer literatürlerde 6zellikle cinsel sorunların bayanlara oranla erkeklerde daha fazla g6rldğ ileri sürülmektedir Wills (37) Kılıç (10).

Ameliyatlardan sonucu cinsel işlevlerle ilgili sinirlerde hasar oluşmuşsa, çeşitli sorunlarla karşılaşılabilmektedir. Bunlar, kadınlarda cinsel ilişki esnasında ağrı, cinsel organın i yüzeyinde sertleşme, daralma ve kuruluk, erkeklerde ise, sertleşmede zorluk ya da boşalma sorunları gibi durumlardır. Bu gibi durumlarda hekimden ya da stomaterapi hemşiresinden gerekli destek alınmalıdır Ayaz (38).

Stomalı bireylerde bilgi eksikliği nedeniyle oluşabilecek endişelerin olabileceği belirtilmektedir. Stoma normal cinsel hayatın sürdürülmesine engel değildir. Ancak her iki partnerin de bu duruma alışmaları zaman alabilmektedir. Cinsel ilişki 6ncesi torba boşaltılmalı, torbanın g6rnts rahatsızlık veriyorsa torba kılıfları veya i çamaşırları ile torba 6rtlmeli ya da ilişki sırasında stoma kep tercih edilmelidir Nascimento (39).

Yaşamın değişik d6nemlerinde bireylerin hastalıklara ve beden değişikliklerine tepkileri farklı olabilmektedir. Literatürde genç erişkin d6nemlerde bireyin fizyolojik, psikolojik, cinsel ve sosyal sorunların tümünü yaşayabildiğini,



cinsel ilişki sırasında stomanın görüntüsü ve beden algısının ön plana çıktığı belirtilmektedir. Ayrıca kısırlık, hamilelik, anne baba olmada sorunların neler olacağı konusunda endişeli olabildikleri bildirilmektedir. Bunun yanında orta yaş döneminde eşleri tarafından atılma, dışlanma, evlilik ilişkisinde bozulma korkusu ve cinsel sorunların ortaya çıktığı belirtilmektedir. Yaşlılık döneminde ise, stomayla ilgili sorunların daha fazla görüldüğü belirtilmekte olup; günlük yaşamla ilgili zorluklar kadar stomayla baş etmeye yönelik sorunların yaşandığı, fiziki kapasitede azalma, mental açıdan gerilemenin olduğu, ölümün stoma açılmasından daha iyi olduğu gibi düşüncelerin var olduğu belirtilmektedir Aydın (40).

#### **4.8.Özbakım Kavramı**

Öz bakım bireyin isteyerek yaptığı aktivitelerin genel tanımı olmaktadır. Her birey günlük olarak farklı sıklıklarda öz bakım uygulamalarını bağımsız olarak uygular. Bu uygulamaları yaparken, içinde yaşadığı toplumdan, kültürden ve aldığı eğitimden etkilenir. Yaşam çizgisi içinde her birey, günlük yaşam aktivitelerinde olduğu gibi, bağımlı olduğu özbakım aktivitelerinde yaşla birlikte bağımsızlık kazanır. Ancak hastalık, sakatlık ve yaşlılık gibi durumlarda, geçici yada kalıcı olarak tüm özbakım uygulamalarında bağımlı olabilir yada bakım vericinin yardımına ihtiyaç duyabilir.

Öz bakım gücü; bireyin bakımını kendisinin yapmasıdır. Öz bakım gücü yaş, cinsiyet, gelişim durumu, sağlık, sosyokültürel etkenler, aile yapısı, çevre faktörlerinden etkilenmektedir Tortumluoğlu (41).

Öz bakımın içinde yer alan bütün davranışlar bireyin yaşamda var olması için önemlidir ve hayatı sonuna kadar yaşamak genel bir amaçtır. Orem, özbakım ihtiyaçlarının bir kısmının bütün insanlar için hayatın bütün dönemlerinde ortak olabileceğini savunmuştur. Beslenme, boşaltım, hava, su, aktivite ve egzersiz, tehlikelerden korunma ihtiyacı, sosyal iletişimde bulunma gibi temel gereksinimler, evrensel öz bakım gereksinimlerini ortaya koymaktadır Nascimento (39). Hastalık ya da sakatlık durumlarında, bireyin öz bakım davranışlarının geçirilen hastalık veya sakatlık nedeniyle değişime uğramasıyla ortaya çıkan öz bakım ihtiyaçları tıbbi bakım, tedavinin uygulanması ve hastalık sürecine uyum sağlama gibi düzenlemeleri beraberinde getirir Tortumluoğlu (41) Rosenberg (42).

Öz bakım eksikliği; insanların günlük yapması gereken ihtiyaçlarını giderme yeteneklerini kaybetmesi ya da sınırlı seviyede olmasıyla meydana gelmektedir. Hemşire bireyin öz bakımı gerçekleştirmede eksikliklerini tanılayıp, bireylere uygun koşullarda eğitimler vererek ihtiyaçlarını karşılar. Bireyin ihtiyaçlarının hangi yöntemlerle karşılanacak yada nasıl yardım edilecek cevabı hemşirelik sisteminde aranmaktadır. Orem'e göre hastalık ortaya çıktığında öz bakım yeterli seviyede devam ettirilemez. Orem bireyin gereksinimlerini karşılaması için üç temel hemşirelik sistemi tanımlamıştır Nascimento (39) Nahçıvan (43).

#### **4.9.Kolostomili Bireylerde Özbakım Davranışları**

##### **4.9.1.Kolostomi Bakımı**

Stoma operasyonları, meydana getirdiği şekil bozukluğunun yanısıra hastada psikolojik sorunlara da yol açabilir. Hastanın kendine güveninin yerine gelmesinde enterostomi hemşiresinin rolü önem kazanmaktadır.

##### **4.9.2.Stoma Bakım Hemşiresi**

Ostomi bakım hemşireliği ile hastaların kısa zamanda eski yaşantısına dönmelerine yardımcı olunacağı ve yaşam kalitelerini arttırmada yardımcı olunacağını düşündürmektedir Ayaz (9) Brown (11).

Yapılan çalışmalarda da ostomi hemşiresinin rollerinin hastaların yaşam kalitelerini fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi alanlarda arttırmada önemli olduğu savunulmuştur. Ostomili hastanın eğitim ve bakımında planlanan hemşirelik girişimleri ile yaşanan komplikasyonların ve sorunların en aza indirilmesi ve zamanla önlenmesi muhtemeldir.

Hastanın korku ve anksiyetesi kolostomiye gerektiren hastalık durumuyla ilgilidir, örn mide ülseri nedeniyle uzun süre rahatsız olan hastanın ameliyatı, aşırı sorun oluşturmayan bir tümör nedeniyle kolostomi uygulanacak hastadan daha olumlu yaklaşır. Enterostomi hemşiresi, hastaya sadece kolostomiyle alakalı fizyolojik becerileri öğretmekle kalmayıp hastanın psikolojik durumunu da ele

almalıdır Özdemir (44).Enterostomi hemşiresi, hastayla yaptığı ilk görüşmede hastanın nelerden korktuğunu, neleri bilip neleri bilmek istemediğini ve kendisini nasıl hissettiğini ifade etmesini sağlayabilmelidir. Bunları ortaya çıkarmada en iyi yöntem, hastanın hastalığından ve ameliyatından ne anladığını anlatmasına ortam sunmaktır. Enterostomi hemşiresi, hastanın kolostomi konusunda neleri bildiğini belirledikten sonra hastaya gereken bilgileri sunmalıdır. Hastanın özel diyet, seyahat etme ve cinsel ilişki gibi konularda eksik ve hatalı bilgileri varsa doğrusu anlayacağı şekilde anlatılmalıdır. Kolostomi ameliyatı olmuş ve eski yaşamına dönmüş biri ile tanışmak, iyi olabilir, pastanın hazırlığına, hasta yakınlarının katılması da olumlu etki ortaya çıkarabilir; Hasta o ortamda yakınlarını gözlemleyip, onların kendisini ne kadar sevdiklerini ve desteklediklerinin farkına varabilir. İzolasyonu gerektiren bir durum yoksa, kolostomi torbası değiştirilirken eldiven giymeye ve maske takmaya gerek yoktur. Çünkü eldiven ve maske hastaya bu durumun normal olmadığını düşündürür ve iletişimde bir engel oluşturabilir. Kolostomi torba değişimi, uygunsuz banyo, ya da tuvalette yapılmalıdır. Bu işlem sırasında hemşirenin yüz ifadesi de önemlidir. Torbayı isteksiz bir şekilde boşaltma, hastanın utanmasına ve yardım istememesine neden olabilir. Hemşireyle hasta arasında güvenilir bir ilişki olduğunda hasta, seksüel korkularını hemşireyle tartışabilir. Bu konuya ilişkin görüşme, hasta taburcu oluncaya kadar gerçekleşmeyebilir. Hemşire bu konuyu, hasta kontrol için tekrar kliniğe geldiğinde tartışabilir. Bu, hassas bir konu olduğundan tek taraflı çözümlenemeyebilir. Bu nedenle eşlerin ikisiyle birlikte tartışılmalı, sorunu çözümlenmede iki taraf da çaba harcamalıdır. Hastaneden taburcu olmak, hastanın karmaşık duygular yaşamasına yol açar. Taburcu olurken enterostomi hemşiresinin hastadaki kaygı ve endişeyi giderip taburculuğu daha sonra hazırlaması hasta açısından önemlidir.

#### **4.9.3.Ostomi Bakım Hemşireliği**

Enterostomi hemşiresinin en önemli vazifelerinden biri, kolostomisi olan bireye kendi kendine bakımını yapmasına yardımcı olmaktır. Enterostomi hemşiresi, ostomi için gerekli malzemelerin sağlanmasında hastaya yardımcı olmalı, hastaya özel bir rehber oluşturmalıdır. Hemşire, ostomi bakımı öğretimine hasta yakınlarının da katılmasını desteklemelidir, fakat bazı hastalar bu işlemi sadece kendileri öğrenip uygulamak isteyebilir. Bu durumda, hasta yakınları öğretime katılmaz.

Kolostomi bakımı, aşağıda belirtilen başlıklar altında tartışılabilir:

#### **4.9.4.Boşaltımın Sağlanması**

Stoma ile dışkının vücuttan atıldığı yol değişmektedir. Bireyin bu duruma alışması oldukça zordur. Post-op birey stomadan çıkan fazla miktardaki dışkıyı kontrol edemez. Başlangıçta kalın bağırsakta fekaldeki su emilmediği için dışkı stomadan çıktığında sıvıdır. Kolostomili hasta, boşaltımı, kolostomi torbası kullanarak ve kolonun irigasyonla boşaltılması ile sağlar. Bazı hastalar torba kullanmaksızın yalnızca diyetle, kolostomi boşalmasını sağlarlar. Transvers ya da sağ kolon kolostomisi olan hastaların torba kullanmaları gerekmektedir. Çünkü buradan gelen dışkı, sıvı yapıdadır. Dışkılama sıklığı normal diyete geçilmesi ile iki-üç hafta sonra kontrol altında tutulabilir. İleostomiden gelen dışkı sıvıdır ve sindirim enzimlerinden zengindir. Dışkı sıklığı sürekli yapıdadır. İleostomide kötü koku, kontrolsüz dışkılama ve deride erozyon, soyulma gibi problemler çok sık görülür. Kolostomi irigasyonu yapan hastaların, ishali devam ettiği sürece irigasyon yapmamaları önerilir. Günümüz teknolojisinde üretilen torbalar gaz ve koku sorununu önemli ölçüde çözmektedir. Eğer kullanılan torba iyi yerleştirildiyse koku normalde dışarı çıkmaz, sadece torbayı değiştirirken dışarı çıkar. Filtreli torba kullanımı ve filtrelerin size önerilen sürede (genellikle 12 saatte bir ) değiştirilmesi de koku çıkışını engellemektedir Karadağ (13).

#### **4.9.5.Kolostomi İrigasyonu**

Kolostomi irigasyonu, kalın barsak içerisine belli miktarda sıvı verilerek barsak içeriğinin (gaz, dışkı, bakteri vb) boşaltılmasıdır. Kolostomi irigasyonu ile barsak hareketleri düzenlenir, böylece irigasyonlar arası gaz, dışkı kaçıışı önlenir ve kontrollü dışkı çıkışı sağlanır.

Kolostomi irigasyonu barsağın boşalmasını sağlamak için kullanılan mekanik bir yöntemdir. İrigasyon işleminde 24, 48 ya da 72 saatte bir ostomi aracılığı ile barsak içerisine belli miktarda sıvı verilir. Barsak içerisine verilen sıvının oluşturacağı mekanik basınç etkisiyle barsakta peristaltik hareket oluşur ve barsak boşalır.

Kolostomi irigasyonu kalıcı kolostomisi olan hastaların sürekli torba kullanmaya alternatif olarak uygulayabilecekleri bir yöntemdir.

Bu yöntem özellikle ameliyat öncesi hayat tarzlarını devam ettirmek isteyen, sportif ve diğer sosyal aktivitelerinde bir değişiklik yapmak istemeyen hastalar için önemli bir seçenektir. Kolostomi irigasyonu ile hastada deri problemlerinin gelişmesi önlenir. Ayrıca irigasyon yöntemi ile barsak boşalmasının sağlanması sürekli torba kullanımına göre maliyet avantajlıdır.

Kolostomi irigasyonu ciddi fiziksel ve zihinsel sınırları olmayan, irigasyon tekniğini öğrenebilen, iyi beslenme alışkanlığı olan, ameliyat öncesi dönemde düzenli barsak alışkanlığı olan (ishal ve kabızlık problemi olmayan), inen kolon ve sigmoid kolona stoma açılan hastalara uygulanmaktadır Karadağ (13).

Ameliyattan sonra 6-8. haftada hastanın beslenme ve barsak alışkanlığı normale döndüğünde kolostomi irigasyonuna başlanmalıdır. Kolostomi irigasyonunu uygulayan hastaların kabızlıktan korunmak için diyet önerilerine dikkat etmeleri son derece önemlidir. İrigasyon yapılmaması gereken durumlar ise, ishal, radyasyon enterit ve stoma çevresi fitiklarıdır. Ayrıca kemoterapi ve radyoterapi alan hastalarda bu tedavilerin bir sonucu olarak sıvı dışkı çıkışı olabileceğinden irigasyon bu tedaviler esnasında da uygulanmaktadır Grimland (45).

#### **4.9.5.1.Kolostomi İrigasyonu Basamakları**

İrigasyon işlemi her gün aynı saatte(sabahleyin kahvaltıdan sonra) yapılması, irigasyonda başarılı olmada son derece önemlidir.

İrigasyon işleminin başlangıçta 24 saatte bir yapılması gereklidir.Stomaterapi ünitesi çalışanlarının önerileri doğrultusunda daha sonra bu süre 48-72 saatte bire de çıkarılabilir.

İrigasyon için Hazırlık Basamakları

İrigasyon seti

37-40 C sıcak su

Yedek kullanılabilir iç çamaşır

Yeni stoma torbası, kep, bant, tıpa

- İrigasyon seti, stomaterapi nüttesinde uygulamalı gösterildiği şekilde hazırlanıp, konik uç sete takılmalıdır.
- Su torbası yaklaşık olarak 750-1000 ml musluk suyu ile, suyun ısısı 37 C civarında olacak şekilde ve bu ısıyı çok fazla aşmayacak şekilde doldurulmalıdır.Suyun ısısı su torbasının üzerinde bulunan termometre aracılığı ile ölçülebilmektedir.
- Su torbası tuvalet yada banyoda görülebilen bir yere asılır.
- İrigasyon setinin havası çıkarılmalıdır.
- Setin konik ucu suda çözünebilen kayganlaştırıcı ile yağlanmalıdır.
- Alafranga tuvalet veya sandalyeye oturularak gerekli pozisyon alınmalıdır.Eğer alafranga tuvalet yoksa bu işlem için çöp kovasına ihtiyaç duyulacaktır.Çöp kovası bacaklarınızın arasına yerleştirilmelidir Nascimento (39).
- Kolostomi torbası çıkarılarak işleme başlanır.
- İrigasyon seti stoma üzerine yerleşecek şekilde üstüne takılır.Bu torbalar yapışkanlı olduğu gibi bir kemer aracılığı ile takılan çeşitleri de vardır.Torbanın ucunu tuvalet/çöp kovasına birey bacağının arasından sarkıtarak işleme devam etmelidir.
- Konik uç yavaşça stomanın içine sokulur, ucu stoma içinde verilen sıvının dışarı kaçmasını önleyecek derecede sıkı tutulmalıdır.
- İrigasyon setinin manifoldunu açarak kalın barsak içine su yavaş yavaş verilmelidir.Kalın barsağın içine suyu verme işlemi yaklaşık 5 dakika olacaktır.Eğer kramp tarzında karın ağrısı, baş dönmesi oluşursa sıvı verme durdurularak, suyun ısısı kontrol edilmeli ve rahatladıktan sonra işleme devam edilmelidir.
- Su tamamen içeri verildikten sonra birkaç dakika konik ucu yerinde tutup daha sonra çıkartılmalıdır. Yaklaşık 15 dakika kadar dışının boşalması beklenilmelidir.Bu işlemden sonra irigasyon torbasının alt ve üst uçları kleplenerek birey banyo yada tuvaletten ayrılabilir Çavdar (46).

- Birey ortalama 45 dakika sonra irigasyon torbasını çıkarabilir, kep, bant yada tıkaçı takarak günlük hayatına geri dönebilir. Bir süre sonra barsak hareketleri düzene girecektir Çavdar (46).

#### İrigasyon İşlemi'nde Uygulanmaması Gerekenler

1. Kateter maximum 8 cm den fazla içeri verilmemeli
2. Günde maximum bir defa fazla irigasyon yapılmalı
3. Kateteri yağlamak için vazelin vb kremler kullanılmamalı
4. Hastanda ishal belirtileri varsa kateter uygulanmamalı

#### **4.9.6. Stomanın Değerlendirilmesi ve Kolostomi Torbasının Değiştirilmesi**

##### **4.9.6.1. Stoma Değerlendirilmesi**

Stoma parlak kırmızı görünümündedir. Stoma yapısında sinir yoktur. Bu nedenle bu kısımda ağrı hissedilmemektedir. Ancak bu kısım damarlar açısından zengindir ve silinme esnasında bile hafif sızıntı şeklinde kanama görülebilmektedir ve bu normal olarak kabul edilmektedir.

Post-op erken dönemde stoma ödemlidir. Birkaç ay sonra ödem azalır ve stoma küçülür. Stoma çevresindeki deri peristomal bölge olarak adlandırılmaktadır. Bu bölgenin mümkün olduğunca bağırsak içeriğiyle temas ettirilmemesi gerekmektedir. Çünkü ince bağırsaktan gelen içerik asidik yapıdadır ve stoma çevresindeki cildi kolaylıkla tahriş etmektedir Danielsen (47).

##### **4.9.6.2 Kolostomi Torbasının Değiştirilmesi**

Mümkün olduğunca torba, stomanın az aktif olduğu dönemde değiştirilmelidir. Sabah erkenden ya da yemeklerden 2 saat sonra değiştirmek uygun zamanlardır Danielsen (47).

- Uygulama için gerekli malzemeler önceden hazırlanmalıdır.

- Aileye/çocuğa/bireye uygulama hakkında bilgi verilmelidir.
- Birey için rahat bir ortam sağlanmalıdır. Böylece işlemin yapılmasını kolaylaştır Nascimento (39).
- Eller aseptik tekniğe uygun yıkanmalıdır.
- Bireye uygun pozisyon verilmelidir. Stoma torbası hasta otururken, sırt üstü yatarken ya da ayakta değiştirilebilir. Küçük çocuklarda en uygun pozisyon supin pozisyonudur.
- Hastaya supin pozisyon verildiği zaman cilt kıvrımı daha az olur ve torba/adaptör daha kolay yerleşir. Hastanın mahremiyeti korunur.
- Koruyucu örtü hastanın kıyafetlerini ve yatağını koruyacak şekilde, uygulama yapacağınız bölgenin altına serilmelidir.
- Mikroorganizmaların geçişini önlemek için eldiven giyilmelidir.
- Peristaltizmin varlığını anlamak amacıyla bağırsak sesleri dinlenmelidir.
- Hastanın stomasına uygun tek ve çift parçalı torba sistemi seçilmesi önemlidir. Torba seçiminde, hastanın durumu (görme, el becerisi, hareketliliği, bilişsel fonksiyonları), yaşı, stomanın çapı ve ailenin isteği değerlendirilmelidir. Post-op torba yerleşiminde, sütur hattının izlenmesi ve gelen içeriğin izlenmesi için şeffaf torbalar seçilmelidir Danielsen (47).
- Adaptörün/torbanın altında sızıntı olup olmadığı gözlemlenmelidir.
- Hasta ve ailesine adaptörün altında herhangi bir rahatsızlık (ağrı, yanma, batma, kaşınma) hissedip hissetmediği değerlendirilmelidir. Adaptör cilt tahriş olduğunda, adaptör torba değiştirilir. Adaptörün ciltte kalma süresi değerlendirilir. Tek parçalı torba sistemi 1-2 günde bir, çift parçalı sistem 3-7 günde bir değiştirilmelidir. Sızıntının olması adaptörün/ torbanın değiştirilmesi gerektiğini gösterir. Düzenli değerlendirme, gelişebilecek sorunların erken dönemde belirlenmesini sağlar.
- Stomadan gelen çıktının rengi, kıvamı, içeriği ve miktarı değerlendirilmelidir. Aldığı ve çıkardığı sıvı izlemi yapılmalıdır. Stomadan fazla miktarda çıktı gelmesi sıvı elektrolit dengesizliğine yol açabilir. Yemekten sonra bağırsak hareketlerinin artmasına bağlı olarak çıktının gelmesi nedeniyle adaptör/torba değişimi mümkünse yemek zamanına rastlamamalıdır.



- Adaptörü/torbayı değiştirmeden önce çıktı varsa ve kolostomi torbasının 1/3'ü veya 1/2'si dolmuşsa boşaltılmalıdır.
- Tek parçalı torba ise cilt yüzeyini travmadan korumak için kirli torba yukarıdan aşağıya doğru yavaşça çıkartılmalıdır.
- Cildin tahriş olmasını önlemek amacıyla diğer el ile torbayı çıkartırken cilt desteklenmelidir.
- Kokuyu kontrol altına almak ve mikroorganizma yayılımını önlemek amacıyla çıkarılan kirli torba enfekte atık torbasına atılmalıdır.
- Adaptörü ve torbayı çıkardıktan sonra, stoma çevresindeki cilt yüzeyi, dikkat çeken skar dokusu, kıvrımları, cilt bütünlüğündeki bozulmalar, peristomal alan değerlendirilmelidir.
- Torbanın cilde yapışmasını arttırmak ve düzensiz alanları doldurmak için, bariyer pasta gereksinimi belirlenir. Çoğu torba sisteminde, sızıntıyı önlemek için cilt bariyeri kullanılabilir.
- Stoma çevresi ılık suyla ıslatılan bezle (pamuk, mendil) temizlenir. Peristomal cildi temizlerken önce stomanın üzerindeki çıktı silinir. Daha sonra stomanın tabanından başlayarak dışa doğru temizlenir. Her seferinde temiz bir gazlı bez kullanılmalıdır.
- Peristomal alan, kuru gazlı bez ya da kağıt havlu ile tamponlama tarzında iyice kurulanmalıdır.
- Stoma ölçüm cetveli kullanarak, stoma çapı ölçülür.
- Adaptörün stomanın çapına göre kesilmesi, stomanın normal kan dolaşımının sürdürülmesini sağlayarak, idrar ve dışkıının cilde temasını önler. Torbanın ağzı ölçülen stoma çapına göre kesilmelidir.
- Cilt kıvrımlarının doldurulması, insizyon hattının korunmasını sağlamak ve sızıntıyı önlemek amacıyla gerektiğinde antialerjik cilt bariyeri, pasta uygulanmalıdır.
- Kolostomiye uygun ölçüde kesilen torbanın yapışkan kısmındaki kağıt çıkartılıp, ortadaki delik kolostomiye içine alacak şekilde yerleştirilmelidir. El yardımı ile yarım dakika bastırılmalıdır.
- Cilt bariyeri kullanılacaksa, adaptörün açıklığının kenarına daire şeklinde uygulanmalıdır. Bir-iki dakika kurumasını beklemek gerekir.

- Gerektiğinde pudra uygulanmalıdır.
- Bazı hastalar kemer kullanarak daha fazla güvenlik sağlamak isterler. Gerektiğinde kemer uygulanabilir.
- Ostomi kemeri, kemer ile cilt arasında iki parmak boşluk kalacak şekilde bağlanmalıdır. Cildin rahat olduğundan emin olunmalıdır.
- Torba adaptör ile birleştirilir ve parmakla basınç uygulanır. Bazı adaptör torba sistemlerinde, torbanın adaptörle birleştirilmesi sırasında “klik” sesi duyulur. Bazı adaptör sistemlerinde ise ek bir kilit sistemi mevcuttur.
- Torba kendinden klempili değilse, alt ucundaki klemp sıkıca kapatılır.
- Torba nazıkçe yukarı doğru çekilir.
- Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.
- Malzemeler toplanır ve bir sonraki kullanım için hazır bulundurulur.
- Eldivenler çıkartılarak, torbanın üzerine takılma tarihi ve saati yazılır.
- Elleri sabunlanır ve mikroorganizmalar uzaklaştırılır.

Stomalı bireyler arzu ettikleri her gıdayı tüketebilirler. Fakat beslenmenin düzenlenmiş ve dengelenmiş olması gerekmektedir. Aşırı kilo alımı, yetersiz beslenme, gaz, koku problemleri ile karşılaşmamak için beslenmede dikkat edilmesi gereken bazı noktalar aşağıda belirtilmiştir:

- Bireye rahatsızlık verecek yiyeceklerin listesi verilmelidir.
- Birey kendine iyi gelmeyecek yiyecekleri listeleyerek doktoru veya stomaterapi hemşiresi ile görüşerek bu yiyecekleri azaltmalıdır, bu besinleri diyetinden çıkartarak veya bunların yerine kişiye önerilen besinleri alarak diyetine devam etmelidir.
- Kilo değişimleri stomanın çapını ve bazı komplikasyonların oluşmasına neden olacağından kilo dengede tutulması önemlidir.
- Daha önce denenmemiş besinler yenirken az porsiyonlarda yenilmelidir. Böylece alerjiye sebep olup olmayacağı keşfedilir.
- Gaz ve kötü koku oluşmasını engellemek için Stomaterapi Ünitesi'nde hastaya verilen diyet listesi uygulanmalıdır Grimland (45).

Kolostomide;

Daha önce yenilen her şeyi bireyler yiyebilirler. Ancak normal insanlar gibi konstipe veya diyare olabileceklerini unutulmamalıdır. Yetersiz ve düzensiz beslenme, az miktarda sıvı tüketimi, immobilizasyon ve bazı ilaçlar kabızlığa yol açabilir. Kabızlığı önlemek için;

- Düzenli bir yemek listesi yapılmalıdır. Yiyecekler düzenli yenmelidir.
- Yenilebilen sebze ve meyve miktarı zamanla arttırılmalıdır.
- Yorucu olmayan egzersizler yapılmalıdır.
- Kepekli yiyecekler de kabızlığı önlemede yardımcı olmaktadır Gaber (48).

İleostomide;

Spesifik bir diyete gerek yoktur. Fakat aşağıdaki göz önüne alınmalıdır.

- İleostomili hastalar normalden daha fazla su ve tuza gereksinim duyarlar. Çünkü ileostomi yoluyla normalden daha çok su ve tuz kaybı vardır.
- Lifli gıdalar yenirken güzelce çiğnenmesi sindirime katkıda bulunur.
- Her gün minimum 2 litre sıvı tüketilmelidir.

#### **4.9.7.Koku**

Stomalı bireylerin çoğu, stomalarından kötü koku sızacağı düşüncesiyle mutsuz olurlar. Günümüzde kullanılan torbalar gaz ve koku sorununu çözüm olmaktadır. Eğer kullanılan torba düzgün yerleştirilmişse koku normalde dışarı sızmaz, yalnızca torba değişimi sırasında dışarı çıkar. Filtreli torba kullanımı ve filtrelerin 12 saatte bir değiştirilmesi ile koku çıkışı kontrol altına alınabilir.

Balık, yumurta, soğan, sarımsak, yeşil sebzeler, lahana, karnabahar, kuru baklagiller kötü koku oluşumna sebep olmaktadır. Bu yüzden beslenme önemlidir. Kokuyu önleyebilecek bazı yiyecekler ise yoğurt ve nane şekeridir Gaber (48).

#### **4.9.8.Gaz Çıkarma**

Besinlerin sindirilmesi sırasında gaz oluşumu görülür. Stomalı bireyler stomadaki anüste sfinkter bulunmadığı için gaz çıkarırken bunu kontrol altında tutamazlar.

Fazla gaz oluşumunu engellemek için: Günde 3 öğün düzenli olacak şekilde protein-karbonhidrat-yağ oranı dengelenecek şekilde bir yemek programı uygulanmalıdır.

Yiyecekleri iyice öğütülerek yutulmalıdır.

Kola, soda, bira, portakal suyu, enerji içecekleri ve benzeri asitli içeceklerden uzak durulmalıdır.

Baklagiller, yeşil yapraklı sebzeler gibi gaz yapan yiyeceklerden uzak durulmalıdır.

Diyarede altta yatan sebebi bulmak önemlidir. Bazı yiyecekler, bazı ilaçlar (örn antibiyotikler), temiz olmayan sebze ve meyveler, arındırılmamış içme suyu kullanılması stomalı bireyde ishale neden olabilir.

İshal olduğunda mutlaka doktora başvurulmalıdır.

Bu dönemde hastalara bol miktarda su tüketmeleri önerilmelidir.

Kardiyovasküler, hipertansiyon vb kronik rahatsızlık yoksa tuz alımı arttırılabilir.

Üzüm, taze fasulye, bezelye, erik, baharatlı yemekler, alkollü içecekler ve çikolata ishal süresince gaitayı sıvı hale getiren yiyecek ve içecekler tüketilmemelidir.

Diyare devam ettiği sürece dışkıyı katılaştırabilen besinleri tüketmeleri önerilir.

Kolostomi irrigasyonu yapıyorsa birey ishali geçene kadar irrigasyon yapmamalıdır.

#### 4.9.9. Dinlenme ve Spor

Stomalı kullanan hastalar da rahat bir şekilde spor yapabilirler. Ameliyattan sonra hissedilen halsizlik ve yorgunluk hissedilmesi gayet doğaldır Nightingale (49).Ameliyattan sonra birkaç hafta içinde hastalar ameliyat öncesi dönemde yaptıkları çoğu sporu tekrar yapabilirler. Ağır ve zorlayıcı sporlardan kaçınılmalıdır(güreş,boks vb)

Öneriler;

Tenis, basketbol, voleybol, futbol oynayabilirler.

Spora başlamadan özellikle de yüzmeden önce kolostomi torbası boşaltılmaları gerekmektedir.

Spor yaparken rahat hissetmek için kolostomiye örten bol ve uygun şortlar giyilebilir.

Hamam ve sauna gibi sıcaklığı yüksek yerlerde kolostomi torbasının yapışkanı gevşeyebilir, bu yüzden hasta yanında yedek torba taşınmalıdır.

## 5.MATERYAL VE METOT

### 5.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma stomalı bireylerin özbakım gücünü belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### 5.2.Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma İstanbul Anadolu Yakasında bulunan stomalı hastalara bakım ve malzeme temini yapan iki firmada Eylül 2015/Şubat 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

### 5.3.Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

İstanbul Anadolu yakasında bulunan stomalı hastalara malzeme temininde bulunan, kayıtlı 400 hasta araştırmamızın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemi, evren sayısı 400 olarak belirlenmiştir. p = %50; p= %50 olarak dikkate alınarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N - 1) + t^2 pq}$$

n: örnekleme alınacak örnek sayısı

N: Hedef kitledeki birey sayısı

p:İncelenen olayın görülüş sıklığı

q:İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirlenen bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen ± örnekleme hatası

$$n = \frac{(400)(1,96)^2 (0,50)(0,50)}{(0,05)^2 (400 - 1) + (1,96)^2 (0,50)(0,50)} = 196,2 \text{ olarak hesaplanmıştır.}$$

Evren sayısı 400, %95 güven aralığında,  $\pm\%5$  örnekleme hatası ile istatistik tahminlerin yapılabilmesi için en az uygun örneklem büyüklüğü 196,2 olarak hesaplanmıştır. Evren genellemesi yapılabilmesi ve temsil edilebilmesi için alınması gereken gözlem (anket) sayısı en az 196 olmalıdır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olma, kişi, yer ve zamana oryante olması, Türkçe konuşabilme, herhangi bir fiziksel kısıtlamasının olmaması araştırmanın örnekleme seçilme kriterleridir.

#### **5.4.Araştırmanın Uygulanması**

Veri toplama aracı olarak Kişisel Özellikleri Tanıtıcı Anket Formu ve Orem'in Türkçeye uyarlanmış olan 35 sorudan oluşan özbakım gücü ölçeği yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

#### **5.5.Verii Toplama Araçları**

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak ;

- Hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren 23 sorudan oluşan anket formu(EK 1)
- Özbakım gücü ölçeği (EK 2)

Orem'in Özbakım Kuramı Dorothea Orem 1971 yılında bireylerin öz bakım gereksinimlerini vurgulayan hemşirelik kuramını geliştirmiştir. Orem öz bakım kuramını öz bakımı gerçekleştirmede yetersizlik ve hemşirelik sistemleri kuramını birbirleriyle ilişkilendirerek açıklamıştır. Orem'in kuramında yer alan ana fikir; hemşirelik sistemleri içinde kişinin gereksinimlerini önceden tahmin edebilme ve varsayım yaklaşımıyla bütünleşmiş biçimde ele almaktır.

Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilen ölçek 43 maddeden oluşmaktadır. Nahcivan tarafından 1993 yılında Türk toplumuna uygulanarak 35 madde olarak düzenlenmiştir. Ölçek likert tipi 5 basamaklıdır. Bireylerin ölçekteki ifadeleri kendilerinin yanıtlaması istenmektedir. Ölçekteki her bir ifadeye sırasıyla 0,1,2,3,4 puan verilmektedir. İfadelerden 8'i (3,6,9,13,19,- 22,26,31. ifade) negatif olarak değerlendirilmekte ve puanlama tersine döndürülmektedir. En yüksek puan 140'tır. Ölçek 4 özellik üzerinde temellendirilmiştir. Bunlar durumlar karşısında aktif veya pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi ve bireyin kendine duyduğu

değer olarak sıralanmıştır Nahcıvan (43). Öz-bakım gücü ölçeği uygulandıktan sonra her bir hastanın ham puanı elde edilmiştir. Yığ- malı frekanslar bulunmuş ve sabit a katsayısı bulunarak yığmal frekanslar sütunundaki sayı- larla çarpılmıştır. Buna göre, yığmal frekanstaki ilk % 25'lik bölüm kötü, ikinci % 25'lik bölüm orta, üçüncü % 25'lik bölüm iyi ve dördüncü % 25'lik bölüm çok iyi düzey olarak değerlendirilmiştir. Dolayısıyla çalışmamızın sonuçlarına göre; 24-64 puan kötü, 65-100 puan orta, 101- 112 puan iyi ve 113-138 puan çok iyi öz-bakım düzeyi olarak belirlenmiştir (EK 2).

## 5.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Genel güvenilirlik için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplandı. Cronbach's Alpha Katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriteri;

$0,00 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.



**Tablo 5.1: Öz Bakım Gücü Geçerlilik Güvenilirlik Analizi**

<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>Madde sayısı</b>
0,889	35

Öz bakım gücü ölçeğinin güvenilirlik analizi Cronbach's Alpha katsayısı ile incelenmiş ve 0,889 olarak bulundu.

Sonuçlar % 95 güven aralığında,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

### **5.7.Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma İstanbul ili Anadolu yakasındaki büyük iki firma alındığı için tüm stomalı hastalara genellenemez.

### **5.8.Etik Kurul Onayı**

Medipol Üniversitesi Girişimsel olmayan etik kurulundan ve Konvatek Sağlık Ürünleri Ltd. Şti. Genel Müdürlüğü'nden, Koloplast Sağlık Ürünleri Ltd. Şti. Genel Müdürlüğünden gerekli yazılı izin alınmıştır.

## 6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan hastaların anket ve ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

**Tablo 6.1: Stomalı Hastaların Demografik Dağılımı**

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş	18-25 Yaş	5	2,6
	25-40 Yaş	28	14,3
	40-65 Yaş	100	51,0
	65 Yaş Ve üzeri	63	32,1
	Toplam	196	100,0
Cinsiyet	Bayan	119	60,7
	Erkek	77	39,3
	Toplam	196	100,0
Yerleşim Yeri	İlçe Merkezi	54	27,6
	İl Merkezi	142	72,4
	Toplam	196	100,0
Evdeki Toplam Birey Sayısı	Yalnız	7	3,6
	2	96	49,0
	3	57	29,1
	4	27	13,8
	5	9	4,6
	Toplam	196	100,0
Evde Esinizle Birlikte Mi Yaşıyorsunuz	Evet	188	95,9
	Hayır	8	4,1
	Toplam	196	100,0

Evde Anne Yada Babayla Mı Yaşama	Evet	22	11,2
	Hayır	174	88,8
	Toplam	196	100,0
Evde Çocuklarla Yaşama	Evet	92	46,9
	Hayır	104	53,1
	Toplam	196	100,0
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	6	3,1
	Okuryazar	15	7,7
	İlkokul	48	24,5
	Ortaöğretim	85	43,4
	Lisans	40	20,4
	Yükseklisans	2	1,0
	Toplam	196	100,0
Meslek	Memur	27	13,8
	İşçi	28	14,3
	Serbest Meslek Erbabı	18	9,2
	Öğrenci	2	1,0
	Emekli	88	44,9
	Diğer	32	16,3
	Yok	1	0,5
	Toplam	196	100,0
Sağlık Güvencesi	Evet	189	96,4
	Hayır	7	3,6
	Toplam	196	100,0
Sağlık Güvencesi Türü	Bağkur	48	24,5
	Ssk	98	50,0

	Emekli Sandığı	43	21,9
	Diğer	1	0,5
	Yok	6	3,1
	Toplam	196	100,0
Hastalık Öncesi Döneme Göre Genel Enerji Düzeyi	Azaldı	86	43,9
	Arttı	32	16,3
	Değişmedi	78	39,8
	Toplam	196	100,0
Hayatında Hastalığa Bağlı Değişiklikler	Olmadı	65	33,2
	Oldu	131	66,8
	Toplam	196	100,0

Tablo 6.1 de ankete katılan hastaların sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %51' i 40-65 yaş arasında, %60,7'si bayan, %39,3'ü erkek, %72,4'ü il merkezinde yaşamakta, %43,4'ü ortaöğretim mezunu, %20,4'ü lisans mezunu, , %44,9'u emeklidir. Yine araştırmamıza katılanların %96,4'ünün sağlık güvencesinin olduğu saptanmıştır.

Stomalı hastaların hayatlarında hastalığa bağlı değişiklikler olup olmadığına bakıldığında %43,9'u hastalık öncesi döneme göre genel enerji düzeyi azaldığını, %16,3'ü hastalık öncesi döneme göre genel enerji düzeyi arttığını, %39,8'i hastalık öncesi döneme göre genel enerji düzeyi değişmediğini belirtmişlerdir. Aynı zamanda hastaların, %66,8'i hayatında hastalığa bağlı değişiklikler olduğunu belirtmişlerdir.

**Tablo 6.2: Hastaların Hayatlarında Hastalığa Bağlı Değişiklikler**

		<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
FizikselAktivite/egzersiz Düzeyim Azaldı.	Evet	85	43,4
	Hayır	111	56,6
	Toplam	196	100,0
Beslenmem Değişti, İstedğim Yiyecekleri Yiyemiyorum.	Evet	125	63,8
	Hayır	71	36,2
	Toplam	196	100,0
Sıvı Alımım Kısıtlandı.	Evet	35	17,9
	Hayır	161	82,1
	Toplam	196	100,0
Vücuduma Bakamıyorum.	Evet	30	15,3
	Hayır	166	84,7
	Toplam	196	100,0
Sürekli İlaç Kullanmam Gerekmiyor.	Evet	60	30,6
	Hayır	136	69,4
	Toplam	196	100,0
Kendi Kendime Banyo Yapamıyorum.	Evet	23	11,7
	Hayır	173	88,3
	Toplam	196	100,0
Yardımsız Tuvalet İhtiyacımı Gideremiyorum.	Evet	25	12,8
	Hayır	171	87,2
	Toplam	196	100,0
Kendi Kendime Giyinip Soyunamıyorum.	Evet	14	7,1
	Hayır	182	92,9
	Toplam	196	100,0

Uykusuzluk Yaşıyorum.	Evet	30	15,3
	Hayır	166	84,7
	Toplam	196	100,0
Arkadaşlarımla Birlikte Aktivitelere Katılmıyorum.	Evet	29	14,8
	Hayır	167	85,2
	Toplam	196	100,0
Hastalandığından Dolayı Yapamadığı Aktivitelere Kim Yardım Ediyor?	Arkadaşlarım	26	13,3
	Kardeşlerim	4	2,0
	Annem	9	4,6
	Eşim	154	78,6
	Çocuklar	3	1,5
	Toplam	196	100,0

Tablo 6.2’de araştırmaya katılan hastaların %56,6’sının fiziksel aktivite/egzersiz düzeyinin azaldığını. %63,8’inin beslenmesinin değiştiğini, istediği yiyecekleri yiyemediklerini, %82,1’inin sıvı alımında kısıtlama olmadığını belirtirken, %69,4’ü ilaç kullanması gerektiğini belirtmiştir. Stomalı hastaların %84,7’si stomalı görünümünden etkilenmediğini, %92,9’u kendisinin rahat giyinip soyunduğunu ifade etmiştir.

Aynı tabloda hastaların , %84,7’si uykusuzluk yaşamadığını, hastaların %85,2 si sosyal ortamda aktivitelere katılırken sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir.Hastalar sorun yaşadıkları aktivitelere %78,6’sı eşi tarafından yardım aldıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 6.3: Hastaların Hastalıklarına İlişkin Yaşadığı Bulgular**

		<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Bulantı-kusma	Hiçbir Zaman	149	76,0
	Nadiren	31	15,8
	Bazen	10	5,1
	Sıklıkla	5	2,6
	Hemen Her Zaman	1	0,5
	Toplam	196	100,0
İştahsızlık	Hiçbir Zaman	132	67,3
	Nadiren	40	20,4
	Bazen	17	8,7
	Sıklıkla	7	3,6
	Toplam	196	100,0
Yorgunluk	Hiçbir zaman	91	46,4
	Nadiren	76	38,8
	Bazen	19	9,7
	Sıklıkla	7	3,6
	Hemen Her Zaman	3	1,5
	Toplam	196	100,0
Ödem(vücutta Şişme)	Hiçbir Zaman	122	62,2
	Nadiren	36	18,4
	Bazen	30	15,3
	Sıklıkla	6	3,1
	Hemen Her Zaman	2	1,0
	Toplam	196	100,0
Şişkinlik (gaz)	Hiçbir Zaman	123	62,8

Çıkaramama)	Nadiren	29	14,8
	Bazen	30	15,3
	Sıklıkla	12	6,1
	Hemen Her Zaman	2	1,0
	Toplam	196	100,0
Cilt Komplasyonları (kızarıklık,şişlik)	Hiçbir Zaman	48	24,5
	Nadiren	55	28,1
	Bazen	69	35,2
	Sıklıkla	22	11,2
	Hemen Her Zaman	2	1,0
	Toplam	196	100,0

Tablo 6.3' te hastaların %76'sının bulantı kusma sorunu yaşamadığını, %67,3'ü iştahsızlık, %46'sının yorgunluk, %62,2'sinin ödem problemleri ile hiçbir zaman karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir.

Hastaların %62,8'i şişkinlik problemi , %24,5 i cilt komplikasyonlarını yaşamadığını belirtmişlerdir.



**Tablo 6.4: Hastaların Stoma Kullanımının Etkileri**

		<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Stoma Ekipmanları Kullanma Süresi	1-6 Hafta Arası	30	15,3
	2-12 Ay Arası	42	21,4
	1-3 Yıl Arası	46	23,5
	3 Yıl Ve Sonrası	78	39,8
	Toplam	196	100,0
Kolostomiden Dolayı Kokudan Şikayet Etme	Evet	43	21,9
	Hayır	153	78,1
	Toplam	196	100,0
Kolostomiden Dolayı Ağrı Şikayetleri	Evet	19	9,7
	Hayır	177	90,3
	Toplam	196	100,0
Kolostomi Etrafında Kızarıklıktan Dolayı Şikayet Etme	Evet	96	49,0
	Hayır	100	51,0
	Toplam	196	100,0
Kabızlıktan Dolayı Şikayet Etme	Evet	25	12,8
	Evet	171	87,2
	Toplam	196	100,0
Kötü Görünümden Dolayı Şikayet Etme	Evet	16	8,2
	Hayır	180	91,8
	Toplam	196	100,0
Kolostominin İş Hayatına Etkisi	Evet	105	53,6
	Hayır	91	46,4
	Toplam	196	100,0
Kolostominin İş Hayatını	Lokalizasyonu	13	6,6

Etkileme Sebebi	Koku Vs	2	1,0
	Hareket Kabiliyeti	8	4,1
	Sık Sık Değişim İhtiyacı/zamandan Çalma	84	42,9
	Etkilemiyor	89	45,4
	Toplam	196	100,0
Kolostomi Bakımını Yapan Kişi	Kendim	124	63,3
	Ailemden Biri	60	30,6
	Sağlık Kuruluşu Yardımı İle	11	5,6
	Diğer	1	0,5
	Toplam	196	100,0
Hastalığı İle İlgili Eğitim Alma	Hayır	23	11,7
	Evet	173	88,3
	Toplam	196	100,0
Aldığı Eğitimi Yeterli Bulma	Hayır	121	61,7
	Evet	75	38,3
	Toplam	196	100,0

Tablo 6.4 'te hastaların stoma kullanımının etkilerine ilişkin bilgiler verilmiştir. Buna göre %39,8'i stoma ekipmanlarını 3 yıl ve daha fazla süredir kullandıklarını, %78,1'i kolostomiden şikayet etmediğini, %51 i kolostomiden dolayı ağrı şikayetleri olmadığını, %51 i kızarıklıktan dolayı şikayet etmediğini, %91,8'i kötü görünümünden etkilenmediğini belirtmişlerdir.

Hastaların %87,2'si kabızlıkla ilgili sorun yaşadığını, , %53,6'sının kolostominin iş hayatını etkilediğini belirtmişlerdir.

Kolostominin iş hayatını etkileme sebebine bakıldığında , %42,9'u sık sık değişim ihtiyacı/zamandan çaldığını , %45,4'ü ise hayatını etkilemediği yanıtını vermiştir.

Hastaların %63,3'ü bakımını kendisi yaptığını, %30,6'sının aileden biri ile yaptığını, %88,3'ü stomayla ilgili eğitim aldığını, fakat bu hastaların %61,7'si aldıkları eğitimi yeterli bulmadıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 6.5: Hastaların Stoma Hakkında Bilgi Almaya İlişkin Görüşleri**

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Stoma Temizliği Hakkında Detaylı Bilgi Almayı İsteme	Evet	91	46,4
	Hayır	105	53,6
	Toplam	196	100,0
Stoma Ve Başetme İle İlgili Eğitimler Almak İsteme	Evet	104	53,1
	Hayır	92	46,9
	Toplam	196	100,0
Stomanın Neden Olabileceği Durumlar Hakkında Bilgi Almak İsteme	Evet	87	44,4
	Hayır	109	55,6
	Toplam	196	100,0
Stomanın Enfeksiyona Neden Olacağı Durumları Bilmek İsteme	Evet	70	35,7
	Hayır	126	64,3
	Toplam	196	100,0
İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi Sahibi Olmak İsteme	Evet	23	11,7
	Hayır	173	88,3
	Toplam	196	100,0
Stoma Konusunda Değişik Eğitim Videoları Olmalı Konusuna Katılma	Evet	167	85,2
	Hayır	29	14,8
	Toplam	196	100,0

Stoma Eğitimi Broşür Ve Kitapları Yaygınlaşmalı Konusuna Katılma	Evet	178	90,8
	Hayır	18	9,2
	Toplam	196	100,0
Hastanelerde Stoma Eğitim Poliklinikleri Açılmalı Konusuna Katılma	Evet	188	95,9
	Hayır	8	4,1
	Toplam	196	100,0
Stomalı Hastalara Yönelik Terapi Programları Geliştirilmeli Konusuna Katılma	Evet	126	64,3
	Hayır	70	35,7
	Toplam	196	100,0
Haftalık Stoma Eğitimi Seansları Yapılarak, Bireysel Bakım Ve Bireylere Stoma Değişimleri Eğitimleri Verilmeli Konusuna Katılma	Evet	57	29,1
	Hayır	139	70,9
	Toplam	196	100,0

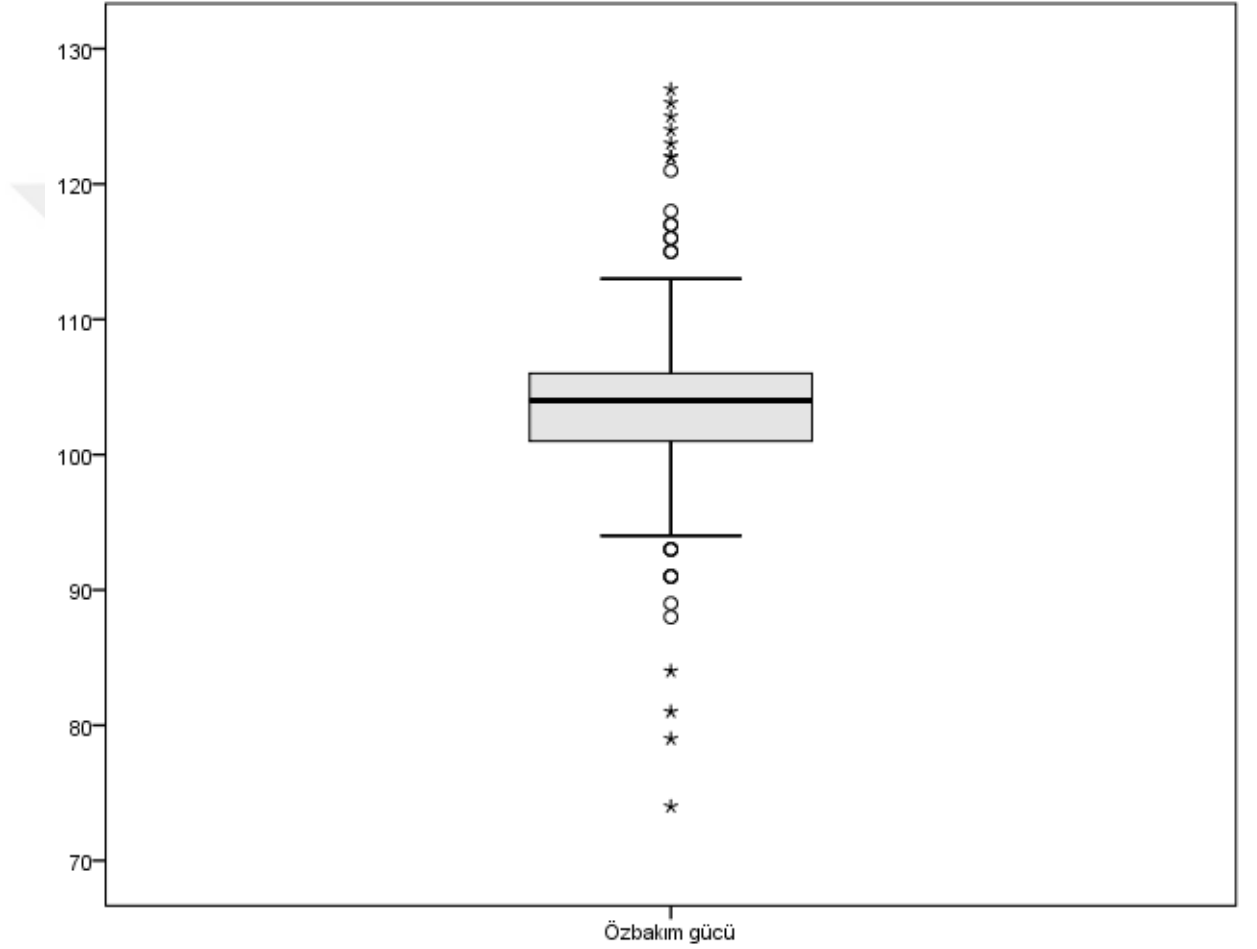
Tablo 6.5’de hastaların stoma hakkında bilgi almaya ilişkin görüşleri verilmiştir. Hastaların %46,4’ü stoma temizliği hakkında detaylı bilgi almak istediklerini, %49,1’i stoma ve bağıtme ile ilgili eğitimler almak istediklerini, %44,4’ü stomanın neden olabileceği durumlar hakkında bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Hastaların %64,3’ü stomanın enfeksiyona neden olacağı durumları bilmek istemediklerini, %70,9’u haftalık stoma eğitimi seansları yapılarak, bireysel bakım ve bireylere stoma değişimleri eğitimleri verilmesini istemediklerini belirtmişlerdir.

Hastaların %88,3’ü ilaç kullanımı hakkında bilgi sahibi olmak istediklerini, %85,2’si stoma konusunda değişik eğitim videoları olması gerektiğini, %90,8’i stoma eğitimi broşür ve kitapları yaygınlaşması gerektiğini, %95,9’u hastanelerde stoma eğitim poliklinikleri açılması gerektiğini, %64,3’ü stomalı hastalara yönelik terapi programları geliştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

**Tablo 6.6: Özbakım Gücü Ölçeği Toplam Puanı**

	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Özbakım Gücü	196	103,60	7,24	74	127

Hastaların “özbakım gücü” ortalaması  $103,60 \pm 7,24$  (74-127) olarak bulunmuştur

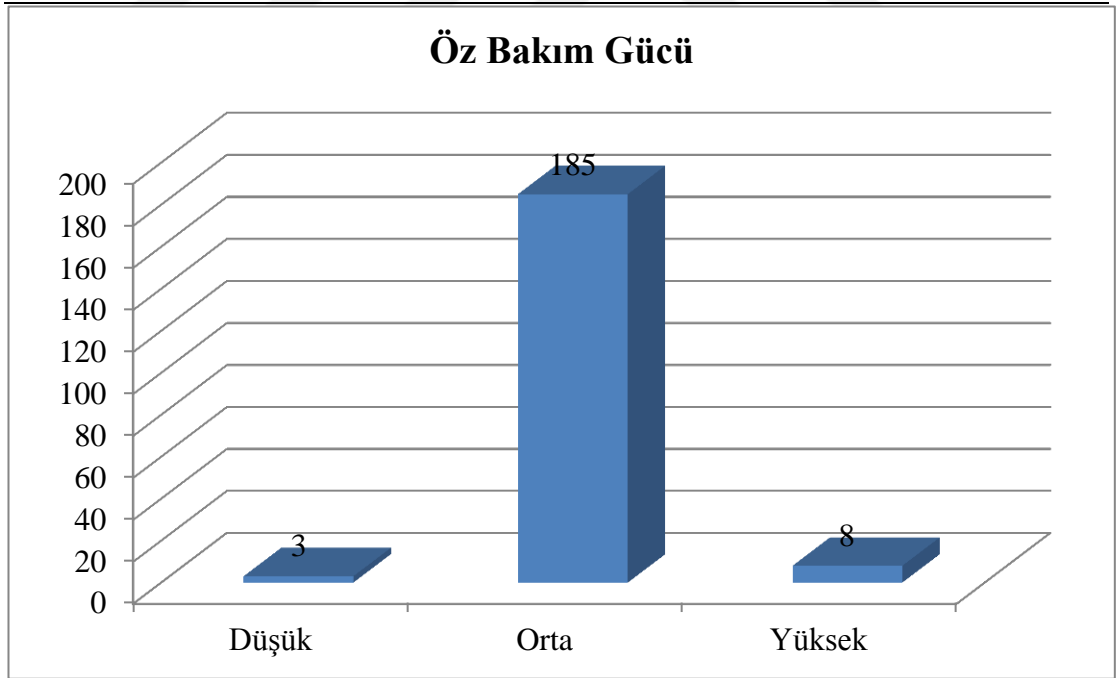


**Şekil 6.1: Özbakım Gücü Ortalaması**

**Tablo 6.7: Özbakım Gücü Ölçeği Dağılımı**

Öz Bakım Gücü	Frekans(n)	Yüzde (%)
Düşük	3	1,5
Orta	185	94,4
Yüksek	8	4,1
Toplam	196	100,0

Değerlendirme toplam 136 puan üzerinden yapılmaktadır. 82 puan altı düşük, 82- 120 puan orta, 120 puanın üstü yüksek olarak değerlendirilmiştir. Hastalar öz bakım gücü değişkenine göre 3'ü (%1,5) öz bakım gücü düşük, 185'i (%94,4) öz bakım gücü orta, 8'i (%4,1) öz bakım gücü yüksek olarak bulunmuştur.



**Şekil 6.2: Özbakım Gücü Değerlendirmesi**

**Tablo 6.8: Demografik Özelliklere Göre Öz Bakım Gücü**

		n	Ort	Ss	KW / MW	p
Yaş	18-40 Yaş	33	103,970	6,966	1,481	0,477
	40-65 Yaş	100	103,610	7,948		
	65 Yaş Ve üzeri	63	103,380	6,231		
Cinsiyet	Bayan	119	104,740	7,687	3746	<b>0,031</b>
	Erkek	77	101,830	6,127		
Yerleşim yeri	İlçe Merkezi	54	102,650	6,860	3397	0,216
	İl Merkezi	142	103,960	7,371		
Evdeki toplam birey sayısı	Yalnız	7	104,430	8,223	0,372	0,946
	2	96	103,990	6,669		
	3	57	103,370	6,670		
	4 Ve üstü	36	102,750	9,336		
Evde eşinizle birlikte mi yaşıyorsunuz	Evet	188	103,630	7,358	708,5	0,781
	Hayır	8	102,880	3,643		
Evde anne ya da babayla yaşama	Evet	22	103,950	9,454	1539,5	0,134
	Hayır	174	103,550	6,944		
Evde çocuklarla yaşama	Evet	92	103,450	7,831	4492	0,460
	Hayır	104	103,730	6,709		
Eğitim durumu	Okuryazar Değil	6	100,830	10,889	10,658	<b>0,031</b>
	Okuryazar	15	99,670	8,674		
	İlkokul	48	102,000	6,732		
	Ortaöğretim	85	103,590	5,718		
	Lisans Ve üstü	42	107,240	8,177		
Sağlık güvencesi	Evet	189	103,870	7,001	272	<b>0,008</b>
	Hayır	7	96,290	10,144		
Hayatında hastalığa bağlı değişiklikler	Olmadı	65	105,480	5,286	3187,5	<b>0,004</b>
	Oldu	131	102,660	7,888		

Tablo 6.8 de hastaların özbakım gücü ile sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Cinsiyeti erkek olanların öz bakım gücü puan ortalamaları, cinsiyeti kadın olanların puan ortalamalarından düşük olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir.( $p < 0,05$ ). Aynı şekilde eğitim durumuna bakıldığında lisans ve üstü olanların özbakım gücü puan ortalamaları, eğitim durumu okuryazar olanların özbakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lisans ve üstü olanların özbakım gücü puan ortalamaları eğitim durumu ilkököl olanların özbakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir( $p < 0,05$ ).

Aynı tabloda sağlık güvencesi olanların özbakım gücü puan ortalamaları, sağlık güvencesi olmayanların özbakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir( $p < 0,05$ ).

Hayatında hastalığa bağlı değişiklikler olmayanların özbakım gücü puan ortalamaları, hayatında hastalığa bağlı değişiklikler olanların özbakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuş olup aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir( $p < 0,05$ ).

Tablo 6.8 de hastaların özbakım gücü puanları ortalamalarının yaş, yerleşim yeri, evdeki toplam birey sayısı, evde eş ile birlikte yaşama, evde anne ya da babayla yaşama, evde çocuklarla yaşama değişkenleri karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır( $p > 0.05$ ).



**Tablo 6.9: Hastaların Hayatlarında Hastalığa Bağlı Değişikliklere Göre Öz Bakım Gücü**

		n	Ort	Ss	MW / KW	p
Fiziksel Aktivite/egzersiz Düzeyim Azaldı.	Evet	85	103,140	6,459	4583,5	0,733
	Hayır	111	103,950	7,796		
Beslenmem Değişti, İstedğim Yiyecekleri Yiyemiyorum.	Evet	125	103,590	7,318	3800	0,094
	Hayır	71	103,610	7,152		
Sıvı Alımım Kısıtlandı.	Evet	35	104,630	7,373	2485	0,273
	Hayır	161	103,370	7,214		
Vücuduma Bakamıyorum.	Evet	30	97,870	8,811	1310	<b>0,000</b>
	Hayır	166	104,630	6,423		
Sürekli İlaç Kullanmam Gerekıyor.	Evet	60	101,980	7,683	3257,5	<b>0,024</b>
	Hayır	136	104,310	6,946		
Kendi Kendime Banyo Yapamıyorum.	Evet	23	100,040	10,403	1731	0,310
	Hayır	173	104,070	6,608		
Yardımsız Tuvalet İhtiyacımı Gideremiyorum.	Evet	25	98,560	9,540	1384,5	<b>0,004</b>
	Hayır	171	104,330	6,557		
Kendi Kendime Giyinip Soyunamıyorum.	Evet	14	101,430	7,079	1118,5	0,445
	Hayır	182	103,760	7,244		
Uykusuzluk Yaşıyorum.	Evet	30	101,170	7,666	1787	<b>0,014</b>
	Hayır	166	104,040	7,096		
Arkadaşlarımla Birlikte Aktivitelere Katılmıyorum.	Evet	29	101,170	5,022	1784,5	<b>0,023</b>
	Hayır	167	104,020	7,491		
Hastalandığından Dolayı Yapamadığı Aktivitelere Kim Yardım Ediyor?	Arkadaşlarım	26	103,040	5,295	1,276	0,865
	Kardeşlerim	4	103,250	4,992		
	Annem	9	105,330	8,602		
	Eşim	154	103,600	7,578		
	Çocuklar	3	103,670	4,041		

Tablo 6.9 da özbakım gücüyle hastaların hastalıklarına bağlı hayatlarındaki değişiklikler karşılaştırılmıştır. Buna göre vücuduma bakamıyorum yanıtını verenlerin özbakım gücü puan ortalamaları , vücuduma bakıyorum diyenlerin puan ortalamalarından düşük olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Sürekli ilaç kullanmam gerekiyor yanıtını verenlerin özbakım gücü puan ortalamaları, sürekli ilaç kullanmam gerekmiyor yanıtını verenlerin özbakım gücü puan ortalamalarından düşük olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Yardımsız tuvalet ihtiyacımı gideremiyorum yanıtını verenlerin özbakım gücü puan ortalamaları, yardımsız tuvalet ihtiyacımı giderebiliyorum yanıtını verenlerin özbakım gücü puanlarından düşük olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Uykusuzluk yaşıyorum yanıtını verenlerin özbakım gücü puan ortalamaları, uykusuzluk yaşamıyorum yanıtını verenlerin özbakım gücü puan ortalamalarından düşük olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Arkadaşlarımla birlikte aktivitelere katılamıyorum yanıtını verenlerin özbakım gücü puan ortalamalarının, arkadaşlarımla birlikte aktivitelere katılabiliyorum yanıtını verenlerin özbakım gücü puan ortalamalarından düşük olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların özbakım gücü puan ortalamalarının fiziksel aktivite/egzersiz düzeyim azaldı, beslenmem değişti, istediğim yiyecekleri yiyemiyorum, sıvı alımım kısıtlandı, kendi kendime banyo yapamıyorum, kendi kendime giyinip soyunamıyorum, hastalandığımdan dolayı aktivitelere yardım eden kişi değişkenleri açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.10: Hastaların Stoma Kullanımının Etkilerine Göre Öz Bakım Gücü**

		n	Ort	Ss	KW / MW	p
Stoma Ekipmanları Kullanma Süresi	1-6 Hafta Arası	30	103,470	8,780	1,058	0,787
	2-12 Ay Arası	42	102,930	9,621		
	1-3 Yıl Arası	46	103,540	7,375		
	3 Yıl Ve Sonrası	78	104,040	4,711		
Kolostomiden Dolayı Kokudan Şikayet Etme	Evet	43	103,720	4,662	3102,0	0,567
	Hayır	153	103,560	7,825		
Kolostomiden Dolayı Ağrı Şikayetleri	Evet	19	103,420	11,871	1655,5	0,912
	Hayır	177	103,620	6,607		
Kolostomi Etrafında Kızarıklıktan Dolayı Şikayet Etme	Evet	96	101,970	6,955	3895,5	<b>0,022</b>
	Hayır	100	105,160	7,197		
Kabızlıktan Dolayı Şikayet Etme	Evet	25	102,960	7,727	2031,5	0,688
	Evet	171	103,690	7,185		
Kötü Görünümden Dolayı Şikayet Etme	Evet	16	104,880	5,620	1102,0	0,119
	Hayır	180	103,480	7,369		
Kolostominin İş Hayatına Etkisi	Evet	105	102,620	7,333	4095,5	0,084
	Hayır	91	104,730	7,002		
Kolostomi Bakımını Yapan Kişi	Kendim	124	104,890	6,221	9,751	<b>0,021</b>
	Ailemden Biri	60	101,930	7,944		
	Sağlık Kuruluşu Yardımı İle	11	98,910	10,242		
Hastalığı İle İlgili Eğitim Alma	Hayır	23	103,300	4,061	1962,5	0,916
	Evet	173	103,640	7,570		
Aldığı Eğitimi Yeterli Bulma	Hayır	121	103,570	6,927	4120,0	0,278
	Evet	75	103,640	7,766		

Tablo 6.10 de hastaların stoma kullanımının etkilerine göre öz bakım gücü değerlendirilmiştir. Kolostomi etrafında kızarıklıktan dolayı şikayet edenlerin

özbakım gücü puan ortalamaları, kolostomi etrafında kızarıklıktan dolayı şikayet etmeyenlerin özbakım gücü puanlarından düşük bulunmuştur( $p<0,05$ ).

Kolostomi bakımını kendisi yapan hastaların özbakım gücü puan ortalamaları kolostomi bakımını ailesinden biri ile yapan hastaların özbakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Hastaların özbakım gücü puan ortalamalarının stoma ekipmanları kullanma süresi, kolostomiden dolayı kokudan şikayet etme, kolostomiden dolayı ağrı şikayetleri, kabızlıktan dolayı şikayet etme, kolostominin iş hayatına etkisi, hastalığı ile ilgili eğitim alma, aldığı eğitimi yeterli bulma değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık göstermemiş olup, grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.11: Hastaların Stoma İle İlgili Bilgilendirilme İsteklerine Göre Öz Bakım Gücü**

		n	Ort	Ss	MW	p
Stoma Temizliği Hakkında Detaylı Bilgi Almayı İsteme	Evet	91	102,800	6,892	4708	0,860
	Hayır	105	104,290	7,493		
Stoma Ve Başetme İle İlgili Eğitimler Almak İsteme	Evet	104	103,680	6,875	4288	0,209
	Hayır	92	103,500	7,668		
Stomanın Neden Olabileceği Durumlar Hakkında Bilgi Almak İsteme	Evet	87	104,050	7,441	4272	0,232
	Hayır	109	103,240	7,089		
Stomanın Enfeksiyona Neden Olacağı Durumları Bilmek İsteme	Evet	70	103,800	6,845	4374	0,923
	Hayır	126	103,480	7,474		
İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi Sahibi Olmak İsteme	Evet	23	103,520	3,553	1917	0,774
	Hayır	173	103,610	7,603		
Stoma Konusunda Değişik Eğitim Videoları Olmalı Konusuna Katılma	Evet	167	103,940	6,922	1980	0,116
	Hayır	29	101,620	8,732		
Stoma Eğitimi Broşür Ve Kitapları Yaygınlaşmalı Konusuna Katılma	Evet	178	103,63	7,241	1553	0,830
	Hayır	18	103,28	7,427		
Hastanelerde Stoma Eğitim	Evet	188	103,580	7,163	744	0,957

Poliklinikleri Açılmalı Konusuna Katılma	Hayır	8	104,000	9,442		
Stomalı Hastalara Yönelik Terapi Programları Geliştirilmeli Konusuna Katılma	Evet	126	104,210	6,564	3664	<b>0,049</b>
	Hayır	70	102,490	8,255		
Haftalık Stoma Eğitimi Seansları Yapılarak, Bireysel Bakım Ve Bireylere Stoma Değişimleri Eğitimleri Verilmeli Konusuna Katılma	Evet	57	105,020	3,578	2782	<b>0,001</b>
	Hayır	139	103,010	8,228		

Tablo 6.11 de Hastaların stoma ile ilgili bilgilendirilme isteklerine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları verilmiştir. Stomalı hastalara yönelik terapi programları geliştirilmeli konusuna katılan hastaların özbakım gücü puan ortalamaları, stomalı hastalara yönelik terapi programları geliştirilmeli konusuna katılmayan hastaların özbakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Haftalık stoma eğitimi seansları yapılarak, bireysel bakım ve bireylere stoma değişimleri eğitimleri verilmeli konusuna katılan yanıtını hastaların özbakım gücü puan ortalamaları, hayır yanıtını verenlerin özbakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların özbakım gücü puanları ortalamalarının stoma temizliği hakkında detaylı bilgi almayı isteme, stoma ve başıeme ile ilgili eğitimler almak isteme, stomanın neden olabileceği durumlar hakkında bilgi almak isteme, ilaç kullanımı hakkında bilgi sahibi olmak isteme, stoma konusunda değişik eğitim videoları olmalı konusuna katılma, stoma eğitimi broşür ve kitapları yaygınlaşmalı konusuna katılma, stoma eğitim poliklinikleri açılmalı konusuna değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık göstermemiş olup, grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

## 7.TARTIŞMA

Araştırma, stomalı hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi amacıyla planlanmış, 196 stomalı bireyle görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular literatür bilgisi doğrultusunda çalışılmıştır.

Araştırmaya katılan stomalı hastaların %60,7'si bayan, %39,3'ü erkektir. Benzer şekilde AM El-Tawil ve Peter Nightingale'ın (49) yaptığı çalışmaya %67.1'i bayan %32.9'u erkek hasta katılmıştır. Fakhryalsadat Anaraki ve arkadaşlarının (50) 102 hastayla yaptığı çalışmada (56.9%) erkek, (43.1%) kadındır. Ülkemizde yapılan 2014 Sağlık Bakanlığı verilerine göre, erkeklerde kolon kanseri insidansı % 10.7, kadınlarda kolon kanseri insidansı ise % 7.4, olarak bilinmektedir. Bu durum bayanlarda kolostomi açılmasının erkeklere oranla daha düşük oranda olacağını göstermektedir. Başka bir çalışmada kolostomi ve ileostomi açılmış hastalar cinsiyetleri bakımından değerlendirildiğinde erkek hastaların çoğunlukta olduğu (%61.20), yaş grubu bakımından değerlendirildiğinde, yaş ortalamalarının  $60.22 \pm 13.54$  olduğu ve orta yetişkinlik ve yaşlılık dönemindeki bireylerin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Yaşlılar hastalıkları genelde yaşlanma sürecinin doğal bir sonucu olarak kabul ettiklerinden ve fizyolojik olarak bedenlerinin yıpranmış olmasından dolayı bedenin estetik durumundan ziyade fonksiyonlarına yönelmişlerdir. Dolayısıyla iyi işleyen bir stoma onlar için yeterli olabilir. Bu nedenle öz yeterlik ve öz-bakım üzerine yapılan araştırmalarda, öz bakımın kayıp, hastalık gibi büyük değişkenlerden etkilenebildiği fakat öz yeterliliğin oluşumunun bütün yaşam süresini kapsayan bir süreç olması nedeniyle stomaya sahip olmak bireylerin öz bakım gücünde düşüşe neden olmamıştır Bazaliński (51).

Bizim çalışmamızda çalışmaya katılan bireylerin %51,0'ı 40-65 yaş, %32,1'i 65 ve üzeri yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Bayanların erkeklerden fazla olmasının nedeni, bütün evreni kapsayan bir örneklem grubu olmamasından kaynaklanır.

Stomalı hastaların eğitim durumuna göre dağılımına bakıldığında %43,4'ü ortaöğretim mezunu, %20,4'ü lisans mezunu olarak görülmektedir. Hanan Gaber'ın (48) kolostomili hastalarda öz-bakım performansını değerlendirmek amacıyla yapmış

olduğu çalışmasında %34'ü okuryazar değil, %28 okuryazar, %6 ortaöğretim mezunu, %16 lisans mezunu olarak belirlenmiştir. Shu-Fen Lo ve ark. Nın (52) 2010 yılında yaptığı stomalı hastalarda verilen eğitimin değerlendirilmesi için yaptığı çalışmada %35.4 okuryazar değil, %34.3 ilköğretim ve üstü %16.7 ortaöğretim ve üstü, %9.8 lisans mezunu, %3.9 lisans ve üstü mezunudur. Bu iki çalışmada zıt etki söz konusudur. Bu durum gerek evrenin belirlendiği yer, gerek ülke farklılığı, gerek dönem farklılığı yönünden bu sonuçları vermektedir. Bizim çalışmamızda firmalara başvuran kişilerin eğitim seviyesi yüksek ve bilinçli hasta gruplarıdır. Bu büyük firmalara başvuran hastaların yaşam koşullarını daha iyi sürdürebilmek amacıyla, kolostomi açıldıktan sonraki dönem için daha iyi bir bakım ve malzeme teminatı alabilmek, yaşamlarını daha konforlu sürdürebilmektir.

Çalışmamıza katılan hastaların %63,3'ü kolostomi bakımını kendisi , %30,6'sı aileden biri ile yapmaktadır. Benjamin Person ve ark.' nın (35) yaptığı çalışmada %77.1 i stoma bakımını kendisi yaptığını, %32.9 u aynı arkadaşları ve ailesinin yardımını aldıklarını belirtmişlerdir. Mutlu ve Şelimen'in (36) yaptıkları çalışmada da çalışan ve stoma bakımını kendisi yapan bireylerin yaşam kalitelerinin olumlu etkilendiği bulunmuştur Ayaz (9) Mutlu ve Şelimen (36). Bu çalışmalardaki sonuca göre kolostomi bakımını bireyler çoğunlukla kendileri yapmaktadırlar. Bunun nedeni gerek öz-bakım ihtiyaçlarını kendileri karşılama ihtiyacı, gerek bağımlı olmaktan kaçınma, bireylerin bakımlarını kendileri yapmaya sebep olmuştur. Ostomi bakımını kendi yapabilen bireylerin ostomiye ve ostomili yaşama uyumları daha kolay olmakta yaşam kaliteleri ve özbakım düzeyleri yükselmektedir.

Hastaların %88,3'ü stomayla ilgili eğitim aldığını, fakat bu hastaların %61,7'si aldıkları eğitimi yeterli bulmadıklarını belirtmişlerdir. Geraldo Magela Salomé ve arkadaşlarının (53) yayınladığı stomalı hastalarda yaşam kalitesi ve özbakım çalışmasına göre hastalar hastalığı ile ilgili eğitim alma değişkenine %68.6 evet %31.4 hayır yanıtını vermişlerdir. Hastaların aldıkları eğitimi yeterli bulma değişkenine göre %74.3 hayır, %25.7 evet yanıtını vermiştir. Günümüz koşullarında stoma ve stoma bakımına ilişkin hastalar bilgilendirilmektedir. Fakat bu bilgilendirme yetersiz olmaktadır. Hastaların bilgilendirildikleri konular sadece bakımla sınırlıdır. Stoma ile baş etme, stomalı yaşama uyum, stomalı hastaların

sosyal yaşamı ve daha birçok konuda eğitim yetersiz kalmaktadır. Bunun nedeni stomayla ilgili tüm konularda sadece stoma bakım hemşirelerinin rol oynamasıdır. Ülkemizde yeterli sayıda stoma ve yara bakım hemşiresi bulunmadığından hastalara yeterli eğitim verilememektedir. Stomayla ilgili eğitimin verilmesi bir halk sağlığı sorunudur. Sadece cerrahi kısmıyla değerlendirilmemesi gereken stoma bu konuda hala yetersiz kalmaktadır.

Stomalı hastaların hayatlarında hastalığa bağlı değişiklikler olup olmadığına bakıldığında %43,9'u hastalık öncesi döneme göre genel enerji düzeyi azaldığını, %16,3'ü hastalık öncesi döneme göre genel enerji düzeyi arttığını, %39,8'i hastalık öncesi döneme göre genel enerji düzeyi değişmediğini belirtmişlerdir. Aynı zamanda hastaların, %66,8'i hayatında hastalığa bağlı değişiklikler olduğunu belirtmişlerdir. Deniz Harputlu ve ark.'nın (54) kolostomili bireylerle yaptığı çalışmada post-op dönemde stoma açılan hastalardan sağlık durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde post-op 1. hafta hastaların %55,5'i "iyi" , 2. ayda ise %61,1'i "iyi" olarak değerlendirmişlerdir. Kolostomi açılmasının hastaların enerji düzeyi üzerine olumsuz etkisi olmadığı bulunmuştur. Oysa, Kılıç ve arkadaşlarının (10) yaptığı kalıcı kolostomi ameliyatının beden algısı, benlik saygısı, eş uyumu ve cinsel işlevler üzerindeki etkisi konulu araştırmasında, stoma ameliyatı geçirmiş olmanın enerji düzeyinde düşmeye neden olduğunu bulmuştur.

Hastaların %87,2'si kabızlıkla ilgili sorun yaşadığını, %53,6'sının kolostominin iş hayatını etkilediğini belirtmişlerdir. Kolostominin iş hayatını etkileme sebebine bakıldığında , %42,9'u sık sık değişim ihtiyacı/zamandan çaldığını , %45,4'ü ise hayatını etkilemediği yanıtını vermiştir. Ostomili birey gaz ve koku çıkması nedeniyle kendini toplumdan soyutlama ve kısıtlama eğilimindedir. Birçok hasta ameliyat öncesi yaptıkları aktiviteleri post-op yapmaktan vazgeçmişlerdir. Ayrıca ostomili bireylerin iş yaşantısı da olumsuz etkilenmektedir. Post-op işi bırakma, çalışma saatlerini azaltma, iş veriminde azalma ve iş değiştirme görülebilmektedir. Nugent ve ark.'nın (32) yapmış oldukları çalışmada %8 kolostomili, %15 ileostomili hastanın işini değiştirmek zorunda kaldığı bulunmuştur Nugent ve ark (32).



Tablo 6.8 de hastaların özbakım gücü ile sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Cinsiyeti erkek olanların öz bakım gücü puan ortalamaları, cinsiyeti kadın olanların puan ortalamalarından düşük olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir. ( $p < 0,05$ ). Bazaliński D. ve Kózka M'nin (51) 200 stomalı bireyle yapmış olduğu çalışmada %54.5 erkek ve %45.5 'i bayanlardan oluşmaktadır. Kozka M'nin yaptığı çalışmada bayanların öz-bakım gücü erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde Şahan E'nin (55) çalışmasına göre %55.9'unun bayan, %44.1'inin erkek olduğu çalışmada cinsiyet ile öz bakım gücü arasında fark olup olmadığına bakıldığında; bayanların öz bakım gücü puan ortalamalarının, erkeklerin puan ortalamalarından, anlamlı biçimde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Genel olarak bu çalışmalara bakıldığında cinsiyet değişkeni ile öz-bakım gücü arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. . Bakoğlu ve Yetkin'in yaptığı (56) çalışmada, erkeklerin öz-bakım gücü puan ortalamasının kadınlardan önemli ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır. Ören ve ark yaptığı çalışmada (57) cinsiyetler ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Öz-bakım gücünün bayanlarda erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bayanların öz-bakım gücü puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olması, bayanların ve erkeklerin toplum içinde üstlendikleri rol ve aile bireylerinin bayan ve erkeklerden beklentilerinin farklı olabilmesi, geleneksel bir anlayış doğrultusunda bayanların öz-bakımlarını üstlenmelerini desteklemeleri, erkeklerin öz bakımlarını ise ailelerin veya eşlerinin üstlenme eğilimlerinin daha fazla olabilmesi ile açıklanabilir.

Yaş grupları arasındaki öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı dikkat çekmiştir (Tablo 1,  $p > 0.05$ ). Bu sonuç, bireyin kendi kendine bakımı konusunda yeterli olup olmamasının belirli bir yaşla veya belirli bir süre ile ilgili olmayıp, yaşam kalitesi ile ilgili olabileceğini ve bu olgunun bir süreç olduğunu düşündürmektedir. Üstündağ H'nin yaptığı çalışmada (31), yaşın artması ile öz-bakım gücünün azaldığını saptamıştır.

Hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre eğitim durumuna bakıldığında lisans ve üstü olanların öz-bakım gücü puan ortalamaları, eğitim

durumu okuryazar olanların öz-bakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lisans ve üstü olanların öz-bakım gücü puan ortalamaları eğitim durumu ilkokul olanların öz-bakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir ( $p < 0,05$ ). Bakoğlu E. yapmış olduğu çalışmasında (56) eğitim düzeyi ilkokul ve altında olan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamasının, yüksekokul mezunu olanların öz-bakım gücü puan ortalamasından düşük olduğu ve aradaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Eğitim düzeyi yükseldikçe öz-bakım gücü puan ortalamasının önemli ölçüde yükseldiği görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Yeşilbalkan'ın (58) tip 2 diabetes mellituslu bireyler üzerinde yaptığı çalışmasında da, eğitim düzeyi arttıkça, öz bakım düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Nahcivan'ın (43), Yazıcı'nın (59) ve Pasinlioğlu'nun (60) çalışma sonuçlarında da eğitim durumu ile öz-bakım gücü arasında yakın bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuç eğitim seviyesi ile sağlık bakımı arasında yakın bir ilişki olduğunu göstermekte ve “eğitim önemli bir sağlık göstergesidir” teorisini desteklemektedir. Bu sonuç, eğitimin sağlıkla ilgili olumlu davranış geliştirme konusundaki önemini açıkça göstermektedir. Eğitim durumu düşük olan bireylerin genel sağlığa ilişkin bilgi ve beklentilerinin az olması, sağlık durumlarını korumak ve sürdürmek için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmamaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 8'de hastaların öz-bakım gücü puanları ortalamalarının yaş, yerleşim yeri, evdeki toplam birey sayısı, evde eş ile birlikte yaşama, evde anne ya da babayla yaşama, evde çocuklarla yaşama değişkenleri karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Yazıcı'nın da (59) anneler üzerinde yaptığı çalışmasında aynı doğrultuda sonuçlar elde edilmiştir.

Sağlık güvencesi olanların öz-bakım gücü puan ortalamaları, sağlık güvencesi olmayanların öz-bakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir ( $p < 0,05$ ). Pasinlioğlu'nun 1997 (60) çalışmasında da benzer sonuç bildirilmiştir. Bu durum kolostomili bireylerin kontrol, bakım ve tedavi giderlerinin karşılanmasında sağlık güvencesinin önemli bir katkısı olduğunu göstermektedir. Sağlık güvencesi olan

hastaların sağlık olanaklarının daha iyi olduğu, bu olanaklardan daha çok yararlandığı düşünülebilir. Hayatında hastalığa bağlı değişiklikler olmayanların öz-bakım gücü puan ortalamaları, hayatında hastalığa bağlı değişiklikler olanların öz-bakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuş olup aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir ( $p < 0,05$ ). Sonuç olarak hastalığın getirdiği fiziksel ve mental değişikliklerden etkilenmeyen bireylerin baş edebilme oranları daha yüksek olacaktır. Bu bireyler öz-bakım ihtiyaçlarını gidermede daha az sorun yaşamaktadırlar Batkın (61).

Hastaların özbakım gücü puan ortalamalarının stoma ekipmanları kullanma süresi, değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermemiş olup, grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Bu sonuç, bireyin sağlığına ve bakımına verdiği önemin, mevcut hastalığının süresinden çok bireysel baş-etmede yeterli olması, yeterli bilgi, istek ve güce sahip olması, başka birinin yardımı olmaksızın günlük aktivitelerini yerine getirebilmesi ile ilgili olduğunu düşündürmektedir.

Orem Modeli'nden yararlanılarak yapılan bu çalışma sonuçlarına göre, tüm hastaların öz-bakım gücü puan ortalamasının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Nahcıvan (43) sağlıklı adölesanların öz-bakım gücü puan ortalamasını  $96.4 \pm 11.7$ , Pasinlioğlu (60) ise gebelerin öz-bakım gücü puan ortalamasını  $89.3 \pm 13.5$  olarak bulmuşlardır. Kolostomili bireylerin puan ortalamasının bu puanlardan daha yüksek olması olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Kolostomili yaşamın ömür boyu olduğu durumlarda, bireylerin bu durumla baş etmek zorunda oldukları, bu yüzden de öz-bakım ihtiyaçlarını gidermede bireysel baş etmelerinin daha güçlü olduğunu göstermektedir.

Kolostomi bakımını kendisi yapan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları kolostomi bakımını ailesinden biri ile yapan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Piwonka MA ve ark.'nın (62) yaptığı bir çalışmada beden görünümünde değişimin algılanma düzeyinin kolostomili yaşama uyumda önemli bir belirleyici olduğunu bildirmiş ve başarılı bir uyum için hastanın yeni fiziksel özelliklerini sağlıklı bir beden algısı ile

bütünleştirebilmesine destek olabilecek psikolojik yardım almasının ve kendi başına bakım için yeterli bilgi ile donatılmış olmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

Tablo 6.9’da öz-bakım gücüyle hastaların hastalıklarına bağlı hayatlarındaki değişiklikler karşılaştırılmıştır. Buna göre vücuduma bakamıyorum yanıtını verenlerin öz-bakım gücü puan ortalamaları, vücuduma bakıyorum diyenlerin puan ortalamalarından düşük olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sürekli ilaç kullanmam gerekiyor yanıtını verenlerin öz-bakım gücü puan ortalamaları, sürekli ilaç kullanmam gerekmiyor yanıtını verenlerin öz-bakım gücü puan ortalamalarından düşük olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Yardımsız tuvalet ihtiyacımı gideremiyorum yanıtını verenlerin öz-bakım gücü puan ortalamaları, yardımsız tuvalet ihtiyacımı giderebiliyorum yanıtını verenlerin öz-bakım gücü puanlarından düşük olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Uykusuzluk yaşıyorum yanıtını verenlerin öz-bakım gücü puan ortalamaları, uykusuzluk yaşamıyorum yanıtını verenlerin öz-bakım gücü puan ortalamalarından düşük olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Arkadaşlarımla birlikte aktivitelere katılamıyorum yanıtını verenlerin öz-bakım gücü puan ortalamalarının, arkadaşlarımla birlikte aktivitelere katılabiliyorum yanıtını verenlerin öz-bakım gücü puan ortalamalarından düşük olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Benzer olarak Şahan E’nin (55) kronik böbrek yetmezliği tanısı ile izlenen adolesanlarda yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü çalışmasında, hastalıkla ilişkili olarak ergenlerin son bir ay içinde yaşadıkları sorunların sıklığı incelendiğinde yorgunluk dışındaki tüm bulgular için hiçbir zaman yaşamadığını ifade eden ergenlerin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Ergenlerin %37’sinin yorgunluk, %20,3’ünün de iştahsızlığı bazen yaşadıkları belirlenmiştir.

Mahjoubi B (63) ve ark. tarafından yapılan çalışmada, Kuzu MA (64) ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda benzer bulgulara rastlanmıştır. Kronik hastalıklar yaşam boyu tıbbi tedavi, bakım ve izlem gerektiren, alışlagelmiş yaşam şeklini değiştiren ya da yaşam şeklinde kalıcı değişikliklere yol açan hastalıklardır Tenderich (65). Kolostomili bireylerde kolon ve jejunumda meydana gelen kalıcı anastomoz bireyin yaşantısını etkiler. Hastalık sürecinde sürekli ilaç kullanma gereksinimi, beslenmenin zaman zaman farklılaşması ya da sıvı kısıtlamaları gibi değişiklikler zorunlu hale gelir. Yaşı ilerlemiş, yalnız yaşayan, öz-bakım gücü yetersiz bireylerde kolostomili yaşama uyum azalmakta ve bireylerde depresyon vb ruhsal bozukluklara sebep olmaktadır.

Tablo 6.11 de Hastaların stoma ile ilgili bilgilendirilme isteklerine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları verilmiştir. Stomalı hastalara yönelik terapi programları geliştirilmeli konusuna katılan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları, stomalı hastalara yönelik terapi programları geliştirilmeli konusuna katılmayan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sonuç olarak stomalı yaşama uyum sağlamış ve baş etmede etkili olan stomalı bireylerin, stomalı yaşama yeni katılan ve halihazırda stomayı kullanan bireylere yönelik terapi programları geliştirmelerini gerekli bulmuştur.

Haftalık stoma eğitimi seansları yapılarak, bireysel bakım ve bireylere stoma değişimleri eğitimleri verilmeli konusuna katılan yanıtını hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları, hayır yanıtını verenlerin öz-bakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kara'nın (66), Batkın ve Çetinkaya'nın (61) yaptığı araştırmada eğitim alan hastaların öz-bakım gücünün  $95,60\pm 22,00$ , almayanların ise  $77,51\pm 25,00$  puan aldıkları belirtilmiş olup çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Günümüzde kolostomili bireylerin eğitimi, poliklinik ve kliniklerde yapılmaktadır. Çoğu zaman bu ortamların hem kalabalık olmasında hem de bireysel engeller sebebiyle eğitim yapılamamakta ya da amacına ulaşamamaktadır Sonuç olarak, hastaya özel, onun benimseyip uygulayabileceği şekilde, güncel ve sürekli

olan eğitim programlarının yapılmasının, bakım ve kendi kendini tedavi yönünde bilgilendirilmesinin ve tüm sağlık çalışanlarını bu işleme dahil etmenin yararlı olacağı belirtilmektedir Bekkers (67).

Hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının stoma temizliği hakkında detaylı bilgi almayı isteme, stoma ve bağıetme ile ilgili eğitimler almak isteme, stomanın neden olabileceği durumlar hakkında bilgi almak isteme, ilaç kullanımını hakkında bilgi sahibi olmak isteme, stoma konusunda değişik eğitim videoları olmalı konusuna katılma, stoma eğitimi broşür ve kitapları yaygınlaşmalı konusuna katılma, stoma eğitim poliklinikleri açılmalı konusuna değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık göstermemiş olup, grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır( $p>0.05$ ). Bunun nedeni ise stomalı bireylerin, stomalı yaşama alışma süreçlerinde aldıkları eğitimin yetersiz olmasıdır..Hastaların stoma eğitimi ve stoma ile yaşam, stoma ve aile bir çok konuda eğitimler yetersiz kaldığı için ve kendi kendilerine baş etme yöntemlerini geliştirmek zorunda kalmalarından dolayı, kolostomili yaşam ile yapılabilecek eğitimlere karşı umutsuz bir bakış açısı geliştirmişlerdir.

## 8.SONUÇ

Kolostomili bireylerin öz-bakım gücünün, özbakım gücü ölçeği kullanılarak değerlendirilmesi için planlanan bu çalışma sonucunda;

Araştırmaya katılan hastaların %51' i 40-65 yaş arasında, %60,7'si bayan, %39,3'ü erkek, %72,4'ü il merkezinde yaşamakta, %43,4'ü ortaöğretim mezunu, %20,4'ü lisans mezunu, , %44,9'u emeklidir. Yine araştırmamıza katılanların %96,4'ünün sağlık güvencesinin olduğu saptanmıştır.

Stomalı hastaların hayatlarında hastalığa bağlı değişiklikler olup olmadığına bakıldığında %43,9'u hastalık öncesi döneme göre genel enerji düzeyi azaldığını belirtmiştir. Aynı zamanda hastaların, %66,8'i hayatında hastalığa bağlı değişiklikler olduğunu belirtmişlerdir. (Tablo 6.1).

Kolostomili bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamaları  $103,60 \pm 7,24$  (74-127) olarak bulunmuştur ve orta düzeyde olduğu saptanmıştır(Tablo 6.6).

Cinsiyet, eğitim durumu, sağlık güvencesi, hayatında hastalığa bağlı değişiklikler yaşayanların öz-bakım gücü puan ortalamaları değerlendirildiğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir(Tablo 6.8)( $p < 0,05$ ).

Kolostomi bakımını kendisi yapan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları kolostomi bakımını ailesinden biri ile yapan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur(Tablo 6.10) ( $p < 0,05$ ).

Stomalı hastalara yönelik terapi programları geliştirilmeli konusuna katılan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları, stomalı hastalara yönelik terapi programları geliştirilmeli konusuna katılmayan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Haftalık stoma eğitimi seansları yapılarak, bireysel bakım ve bireylere stoma değişimleri eğitimleri verilmeli, stomalı hastalara yönelik terapi programları geliştirilmeli konusuna katılan yanıtını hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları,

hayır yanıtını verenlerin öz-bakım gücü puan ortalamalarından yüksek bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(Tablo 6.11)(p <0,05).

Kolostomi ile yaşamın aynı zamanda bir halk sağlığı sorunu olduğu unutulmamalıdır. Stoma ile ilgili pre-op post-op gerekli tüm eğitimlerin verilmesi, ihtiyaca yönelik eğitimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde halk sağlığı hemşirelerine de önemli roller düşmektedir. Bu yüzden hastaların bakımına formalardan ziyade, evde bakım hemşirelerinin sayılarının arttırılması, gerekli eğitimleri vermek üzere stoma ve yara bakım hemşirelerinin sayılarının arttırılması

Kolostomili bireylere verilen eğitimin içeriğinde stoma temizliği, stoma ve başetme ile ilgili eğitimler, stomanın neden olabileceği durumlar, ilaç kullanımı hakkındaki konularda eğitimin yetersiz kalması nedeniyle bu sorunlara vurgu yapılması

Eğitimlerde stoma ve cinsellik konularının daha rahat konuşulabileceği ortamın hazırlanması

Kolostomili bireylerin ostomili yaşama uyumu ve özbakımda yeterliliği değerlendirilerek eğitimlerin verilmesi

Stoma enfeksiyonları ve stomanın temizliği konularında kendi kendilerine baş etme yöntemleri geliştirene kadar destekleyici terapi programları geliştirilmesi

Stoma ile yaşamın hastane kliniklerinde, ayrı bir poliklinik olarak işlev görmesi ve yaygın hale getirilmesi, bu konuda stoma ve yara bakım hemşirelerinin sayılarının arttırılması gerektiği kanaatindeyiz.



## 9.KAYNAKLAR

1. The International Agency for Research on Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide.http:// www.dep.iarc.fr/globocan/ database
2. Ferlay J, Parkin DM, Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008.Eur J Cancer.46(4):765-81,2010.
3. Simmons KL, Smith JA, Bobb KA. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. Journal of Advanced Nursing. 60(2); 627-35, 2007.
4. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Morbidite; Cinsiyete Göre En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı. Yayın No:832,Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2010.
5. Butler DL. Early postoperative complications following ostomy surgery. J Wound Ostomy Continence Nursing. 36(5): 513-519, 2009.
6. Yaşan A, Ünal S, Gedik ve ark. Kalıcı ve geçici ostomi yapılmış kişilerde yaşam kalitesinde değişim, depresyon ve anksiyete. Anatolian Journal of Psychiatry. 9: 162-168,2008.
7. Harris RP, Daly KJ, Jones LS, et al. Stoma formation for functional bowel disease. Colorectal Dis. 6: 280–284,2004.
8. Karadağ A, Menteş BB, Üner A. İmpact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. İnt J Colorectal Dis.18:234-238,2003.
9. Ayaz S. Stomalı Bireylerde Hemşirenin Rolü, Türkiye Klinikleri J Med Sci.21(1): 86-90,2007.
10. Kılıç E ve ark. Kalıcı kolostomi ameliyatının beden algısı, benlik saygısı, eş uyumu ve cinsel işlevler üzerine etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi.18:1-9,2007.
11. Randle J. Living with stoma: a review of literature. J Clin Nurs. 14:78 84,2005.
12. United Ostomy Association publication, which was distributed to attendees at the WOCN conference: ostomy surgeries and the ostomy population. pages: 1-2, June 2011.
13. Karadağ A, Menteş B, Ayaz S. Results of 25 cases with particular referans to quality of life. J Clin Nurs. 14: 479- 485,2005.

14. Smeltzer SC, Bare BG. Textbook of medical-surgical nursing.p:1037-1352, 10th Ed.USA:Lippincott,2006.
15. Hyland, P. Gastroenterology Nursing. J Clin Nurs. 25(6): 241-244,2002.
16. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, Lagaay MB, Gooszen HG. Quality of life with a temporary stoma: ileostomy and colostomy. Dis Colon Rectum.43:650–655,2000.
17. Swan E. Colostomy, management and quality of life for the patient. Br J Nurs. 20:24-28,2011.
18. Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D. Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları. Türk Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi.2:309-329,2004.
19. Pittman J, Kozell K, Gray M. Should WOC nurses measure health-related quality of life in patients undergoing intestinal ostomy surgery? J Wound Ostomy Continence Nurs.36:254–265,2009.
20. Goligher JC. Extroperitoneal colostomy or ileostomy. Br J Surg.46:97-103,2008.
21. Cnowless SR, Gass C, Marcae F. Illness perceptions in IBD influence psychological status, sexual health and satisfaction, body image and relational functioning: A preliminary exploration using Structural Equation Modeling. J Crohn's Col. 7(9):344–50,2003.
22. Roskott AM. Early complications after stoma formation: a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up. 9 :120-132,2002.
23. Garden HP, Nivatvongs S. Principals and practice of surgery for the Intestinal stomas. P.1117-1180,3th ed. St. Louis: Br J Surg, 1999.
24. Korkut MA, Osmanoğlu H, Aydede H ve ark. Loop kolostomi total diversiyon sağlıyormu? Kolon Rektum Hast Derg.4:73-75,1994.
25. Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik Balcı S, Aydın İ. Hemşirelerin iletişim becerileri. Dicle Tıp Dergisi.38:49-56,2011.
26. Dale M, Mosdell, MD, Raymond C, Dobernec, MD. Mortality and Morbidity of Ostomy Closure. Am J Surg.162:633-637,1991.
27. Hamzaoğlu İ, Baca B, Ertem M, Taşkın M, Ersan Y, Akçal T. Ve ark. Ülseratif Kolit Nedeniyle Restoratif Proktokolektomi Uygulanan 54 Hastanın

- Klinik Sonuçları. X. Ulusal Kolon ve Rektum cerrahi dergisi.36:102-108, 2003.
28. Hu A, Zhang MF, Chen MX, et al. Correlation between adjustment with self-care ability in patients with colostomy. *Am J Surg.* 42: 50-58,2010.
  29. Öncel, M. Kolostomi- ileostomi endikasyonları III. Kolo-Proktoloji ve StomaTerapi Sempozyumu,p.109-113. bölüm 12-14. Adana,Çukurova,2007.
  30. Bayer I, Chaimof CH. A new approach to primary strengthening of colostomy with Marlex mesh to prevent paracolostomy hernia. *Surg Gynecol Obstet* ;163:579- 580,1986.
  31. Üstündağ H, Demir N, Zengin N, Gül A. Stomalı hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. *Turkiye Klinikleri J Med Sci.* 27: 522- 523,2007.
  32. Nugent KP, Daniels P, Stewart BS, et al. Quality of life in stoma patients. *Dis Colon Rectum*; 42:1569-1574,1999.
  33. Persson E, Hellstrom AL. Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 29:103-108,2002.
  34. Ross L, Nielsen AG, Thomsen BL, Karlsen RV, Johansen C. Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 15:505–513,2007.
  35. Person MD, The Impact of Preoperative Stoma Site Marking on the Incidence of Complications, Quality of Life, and Patient's Independence. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 15:120-128,2012.
  36. Mutlu S, Şelimen D. Kalıcı abdominal stomalı hastalarda beden imajı değişiminin yaşam kalitesine etkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*,s.102-16,İstanbul, 2006.
  37. Wills E. *Theoretical Basis for Nursing*.p.143-147, 4th ed.USA:Lippincott, 2007.
  38. Karadağ A, Menten B, Ayaz S. Colostomy irrigation: results of 25 cases with particular reference to quality of life. *J Clin Nurs.* 14(4):479–485,2005.
  39. Nascimento CMS; The ostomy patient's living experience: a contribution to nursing care. *Texto contexto Enferm.* 20(3): 557-64,2011.

40. Aydın H, Kement M, Zafer F, Öncel M. Stomalı hastaların yaşam kalitelerine etkili faktörler. III. Kolo-Proktoloji ve Stoma-Terapi Sempozyumu Kitabı,s.109-113,Adana,2007.
41. Tortumluoğlu G, Okanlı A, Erci B. Gebelerin Aile Ortamını Algılamaları ile Öz bakım Gücü Arasındaki İlişki, Hemşirelik Yüksekokulu dergisi. 6(1): 24-36,2003.
42. Rosenberg M, Schooler C, Schoenbach C, Rosenberg F. Globalesteem and specific self-esteem: different concepts, differentoutcomes.Am Sociol Rev.60:141–56,1995.
43. Nahçıvan N. Sağlıklı gençlerde “Öz-bakım gücü” ve aile ortamının etkisi Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, s.116-18, İstanbul,1993.
44. Özdemir, S. Uludağ, F, Bakır, S. Kliniklerimizde Barsak Stoması açılan Bireylerin Psikolojik Durumlarının Değerlendirilmesi. III. Kolo-Proktoloji ve Stoma- Terapi Sempozyumu Kitabı. s.106-107. Adana, 2007.
45. Grimland, J. Medical surgical nursing critical thinking in client care. J Clin Nurs.16: 453- 490,2004.
46. Çavdar İ. Kolostomili hastaların kolostomilerine uyumlarında hemşirelik eğitiminin etkinliği. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi,s.118-208,İstanbul,2005.
47. Danielsen AK, Soerensen EE, Burcharth K, Rosenberg J.Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impacton everyday life and educational needs. J Wound OstomyContinenence Nurs;40:407–12,2013.
48. Gaber H. Study to identify the level of knowledge and self care performance of the colostomy patients and its effects on their quality of life. J Wound OstomyContinenence Nurs. 6:46-48,2008.
49. Tawil A, Nightingale P.Living with stoma:Long-term effects on patients. Journal of Advanced Nursing 43:1072-1078,2013.
50. Fakhryalsadat Anaraki, Mohamad Vafaie, Clinical profile and post-operative lifestyle changes in cancer and non-cancer patients with ostomy.Gastroenterol Hepatol Bed Bench.(5):2-5,2012.

51. Bazaliński D, Life satisfaction and self-efficacy in patients with stoma. *Am J Surg.* (7) :14-18,2014.
52. Wang Y. Multimedia education programme for patients with a stoma:effectiveness evaluation. *Journal of Advanced Nursing.* 67(1), 68–76,2010.
53. Salomé G.Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma, *Journal of Advanced Nursing.*34(4);231-239, 2014.
54. Harputlu D. Kolostomi ve İleostomili Bireylerde Benlik Saygısı, Kolon Rektum Hast Derg;17:178-185, 2007.
55. Şahan E. Kronik böbrek yetmezliği tanısı ile izlenen adölesanlarda yaşam kalitesi ve özbakım gücü, *BÜHYO Dergisi.*5(2);52-58,2010.
56. Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *CÜHYO Dergisi* ;4(1);41-49,2000.
57. Ören G, Söyük S, Yürügen B.Sürekli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Öz-bakıma İlişkin Tutumları ve Sosyo-demografik Özellikleri ile Öz-bakım Arasındaki ilişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *BÜHYO Dergisi.* 6 (3);64-66,2000.
58. Yeşilbalkan Ö. Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz Yeterlilik ve Öz Yeterliliğini Etkiyen Faktörler. *Ege Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi,*s.110-18, İzmir,2001.
59. Yazıcı S. Annelerin öz-bakım gücü, sağlıklı bebeklerin sorunlarını çözme becerileri ve bu sürece hemşirenin eğitici rolünün etkisi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi,* s.96-102, İstanbul,1995.
60. Pasinlioğlu T, Gebelerin öz-bakım gücü ve özbakım gücünü artırmada hemşirenin eğitici rolünün etkisi. *Uluslararası Katılımlı 5. Ulusal Hemşirelik Kongresi,* s.135-149, İzmir, 1997.
61. Batkın D, Çetinkaya F. Diabetes Mellitus Hastalarının Ayak Bakımı ve Diabetik Ayak Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi;*14: 6-12,2005.
62. Piwonka MA, Merino JM. A multidimensional modelling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs;* 26: 298-305, 1999.

63. Mahjoubi B, Moghimi A, Mirzaei R, Bijari A. Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. *Colorectal Dis.*7:582-87,2005.
64. Kuzu MA, Topcu O, Ucar K, Ulukent S, Unal E, Erverdi N, et al. Effect of sphincter-sacrificing surgery for rectal carcinoma on quality of life in Muslim patients. *Dis Colon Rectum.* 45:1359-66,2002.
65. Tenderich A. The crisis in diabetes education: Essential care that's riddled with problems and what we can do to fix it. *Dis Diabetes Healt.* 34:123-5,2007.
66. Kara B. Tip I Diabet Hastalarının Öz-bakım Gücünün incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.67-76,Ankara,1999.
67. Bekkers MJ, van Knippenberg FC, Borne HW, Henegouwen GP. Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: the role of self-efficacy. *Psychosom Med.* 58: 183-91,1996.

## 10.EKLER

### Ek-1 :Kişisel Özellikleri Tanıtıcı Anket Formu

#### STOMALI HASTALARDA ÖZBAKIM GÜCÜNÜN BELİRLENMESİ

Sayın katılımcı,

Stoması olan bireylerde, öz bakım gücü, özbakım gücünü nelerin etkilediğini, hastalığın seyrinin öz bakımda etkili olup olmadığını, sosyo-demografik özelliklerin öz bakım gücü üzerindeki etkisini araştırmaktayım.

Ostomili bir birey olarak, durumsal değişkenlerin yaşam kalitenizi ve özbakım gücünüzü ne yönde etkilediğini bilmem konusunda sizin görüşleriniz çok değer taşımaktadır.Bu konuda sizi tanıtan bir anket ve özbakımını ölçmek için bir ölçek doldurmanız istenecektir.Sorular ve ölçekte yer alan ifadeler tamamen sizin deneyimleriniz ile ilgili olup doğru yada yanlış yanıtı yoktur.

Formlarda isminizi belirtmeniz gerekmemektedir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz tamamen gizli kalacak, bu çalışma dışında hiçbir şekilde kullanılmayacaktır.

Katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Çalışmaya katılmayı

kabul ediyorum

kabul etmiyorum

1.Cinsiyet

1.Erkek

2.Kadın

2. Yaşınız

1.18-25 yaş 2.25-40 yaş 3.40-65 yaş 4.65 yaş ve üstü

3. Yerleşim yeriniz (Sürekli oturduğunuz yer )

1)Köy 2) İlçe merkezi 3) İl merkezi

4. Evdeki toplam birey sayısı: .....

5. Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1.Anne 2.Baba 3.Kardeş 4.Hala dayı teyze vs 5.Eş 6.Çocuklar

6. Eğitim durumunuz:

1. Okuryazar değil
2. Okur yazar
3. İlkokul
4. Ortaöğretim
5. Lisans
6. Yüksek lisans
7. Doktora



7. Mesleğiniz nedir?

1. Memur
2. İşçi
3. Serbest meslek erbabı
4. Öğrenci
5. Diğer.....

8. Sağlık güvenceniz var mı?

1. Evet
2. Hayır (SORU: 9' a GEÇİNİZ)

9. Sağlık güvencenizin türü nedir?

- 1.Bağ-Kur
- 2.SSK
- 3.Emekli Sandığı
- 4.Diğer.....

10. Hastalık öncesi dönemle karşılaştığımızda genel enerji düzeyiniz nasıldı?

- 1.Azaldı
- 2.Arttı
- 3.Değişmedi

11. Hayatınızda hastalığınıza bağlı değişiklikler oldu mu?

1.Hayır (SORU:13'E GEÇİNİZ)

2.Evet

12. Hangi değişiklikler oldu? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Fiziksel aktivite/egzersiz düzeyim azaldı.
2. Beslenmem değişti, istediğim yiyecekleri yiyemiyorum.
3. Sıvı alımım kısıtlandı.
4. Vücuduma bakamıyorum.
5. Sürekli ilaç kullanmam gerekiyor.
6. Kendi kendime banyo yapamıyorum.
7. Yardımsız tuvalet ihtiyacımı gideremiyorum.
8. Kendi kendime giyinip soyunamıyorum.
9. Uykusuzluk yaşıyorum.
10. Arkadaşlarımla birlikte aktivitelere katılamıyorum.
11. Kendi kendime karar veremiyorum.
12. İçe kapandım, hiçbir şeyden zevk almıyorum.
13. Diğer (Açıklayınız)

.....

13. Hastalandığımızdan dolayı yapamadığınız aktivitelerde size kim yardım ediyor?

1. Arkadaşlarım
2. Kardeşlerim
3. Babam
4. Annem

5. Eş
6. Çocuklar
7. Diğer .....

14. Son bir ay içinde, aşağıdaki bulgulardan hangisini /hangilerini ne sıklıkta yaşadınız?

TABLO

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
Bulantı-kusma					
İştahsızlık					
Yorgunluk					
Ödem(vücutta şişme)					
Şişkinlik(gaz çıkaramama)					
Cilt komplikasyonları(kızarıklık,şişlik)					
Diğer .....					

15. Ne kadar zamandır stoma ekipmanları kullanıyorsunuz?

1.1-6 hafta arası

2.2-12 ay arası

3.1-3 yıl arası

4.3 yıl ve sonrası

16.Kolostomi konusunda şikayetiniz var mı?

1.Evet

2.Hayır

EVET ise

17.Şikayet sebeplerini işaretleyiniz.(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

1.Koku

2.Ağrı

3.Kızarıklık

4.Kabızlık

5.Kötü görünüm

18.Kolostomi iş hayatınızı etkiliyor mu?

1.Evet

2.Hayır

evet ise

19.Hangi sebeplerle iş hayatınızı etkiliyor?

1.Lokalizasyonu

2.Koku vs

3.Hareket kabiliyeti

4.Sık sık değişim ihtiyacı/zamandan çalma

5.Diğer.....

19.Kolostomi bakımını kiminle yapıyorsunuz?

1.Kendim

2.Ailemden biri

3.Sağlık kuruluşu yardımı ile

4.Diğer.....

20. Hastalığınızla ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

1.Hayır

2.Evet

EVET İSE:

21. Aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

1.Hayır

2.Evet

HAYIR İSE;

22. Neleri bilmek isterdiniz?

1. Stoma temizliği
2. Stoma ve bu durumla baş etme teknikleri
3. Stomanın neden olabileceği sorunlar

4. Stomanın enfeksiyonuna neden olabilecek durumlar
5. İlaç kullanımı
6. Diğer.....

23.Stoma konusunda sizce ne tür eğitimler yaygın kullanılabilir.(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz).

1. Stoma konusunda değişik eğitim videoları olmalı
2. Stoma eğitimi broşür ve kitapları yaygınlaşmalı
3. Hastanelerde stoma eğitim poliklinikleri açılmalı
4. Stomalı hastalara yönelik terapi programları geliştirilmeli
5. Haftalık stoma eğitimi seansları yapılarak, bireysel bakım ve bireylere stoma değişimi eğitimleri verilmeli
6. Diğer.....

TEŞEKKÜRLER....

## Ek-2 : Özbakım Gücü Ölçeği

Ek 2. ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ AÇIKLAMA: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.						Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim										
2.Kendimi beğeniyorum.										
3.Sağlığımla ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.										
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum										
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.										
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.										
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.										
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım										
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.										
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.										

11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.					
12.Dengeli beslenirim.					
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.					
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.					
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
17.Kararlarımı sonuna kadar uygulayırım.					
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygulayırım					
20.Kendimle dostum.					
21.Kendime iyi bakarım.					
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.					
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.					
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25.Yaşam bir zevktir.					
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum					



27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum					
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.					
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım					
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					

## EK-3: Anket Çalışması

T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sayı : 31034136 - 302.08.01 / 183  
Konu: Canan ERAYDIN  
Anket Çalışması

18.08.2015

### KONVATEK SAĞLIK ÜRÜNLERİ LMT ŞTİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Canan ERAYDIN'ın, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "*Stomali Hastalarda Özbakım Gücünün Belirlenmesi*" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Müdürlüğünüzde yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.



Yrd.Doç.Dr.Mehmet OZANSOY  
Müdür Yardımcısı  
Müdür Vekili

#### DAĞITIM:

Konvatek Sağlık Ürünleri Lmt.Şti. G.Müdürlüğüne  
Koloplast Sağlık Ürünleri Lmt.Şti.G.Müdürlüğüne

Tel: (0212) 453 49 10  
Faks: (0212) 531 75 55  
Web: www.medipol.edu.tr  
Bilgi için: gerbatu@medipol.edu.tr

Adres: Atatürk Bulvarı, No:27, 34083  
Unkapanı/İSTANBUL

## 11.ETİK KURUL ONAYI



MEDİPOL  
UNV

T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 10840098-604.01.01-E 963  
Konu : Etik Kurulu Kararı

08/07/2015

Sayın Canan Eraydın

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Stomalı Hastalarda Ozbakım Yukunun Belirlenmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

\*belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre PROF. DR. HANEFİ ÖZBEK tarafından 08.07.2015 tarihinde e-imzalanmıştır.  
İmza Kodu: http://212.156.114.142/ezmza/default.aspx?Code=C5A6E350XC

Kavacık Mahallesi Ekinciler Caddesi No: 19 Beykoz / İSTANBUL  
Tel: (216) 681 5100 Faks: (212) 531 7555

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR  
FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Stomalı Hastalarda Özbakım Yükünün Belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Canan Eraydın			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	07.07.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	07.07.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 353		Tarih: 07.07.2015			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

\* Toplantıda Bulunma

## 12.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler			
Adı	Canan	Soyadı	ERAYDIN
Doğum Yeri	Tire	Doğum Tarihi	06/03/1990
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	29128984788
E-mail	eraydincanan@gmail.com	Tel	554 988 75 22
Eğitim Düzeyi			
	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı	
Doktora/Uzmanlık			
Yüksek Lisans	Medipol Üniversitesi	2014-2016	
Lisans	İstanbul Üniversitesi (Farabi Bursu ile geçiş) Namık Kemal Üniversitesi(Yatay Geçiş) Maltepe Üniversitesi	2012-2013 2010-2012 2009-2010	
Lise	İzmir Tire Şehit Ali İbrahim Karaoğlanoğlu Lisesi, YDA	2004–2008	
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum	Süre-Yıl	
1.Yoğun Bakım Hemşiresi	Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	01.09.2014 – Devam ediyor	
2. Onkoloji - KİT Hemşiresi	Yeditepe Üniversitesi Hastanesi	01.10.2013 - 01.08.2014	
3. Onkoloji Servis Hemşiresi	Acıbadem Maslak Hastanesi	17.09.2012 - 30.10.2012	
4.Yaz stajı	Namık Kemal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	03.09.2012 - 15.09.2012	
5.Yaz Stajı	Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	09.07.2012 - 17.08.2012	
Yabancı dilleri	Okuduğunu anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	iyi	iyi	iyi
Fransızca	orta	zayıf	zayıf

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	YDS	İELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	50							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES puanı	71,98240	72,85935	68,84396
Diğer			

#### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office	Çok iyi
Microsoft Powerpoint	Çok iyi
Microsoft Excel	İyi