

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

**KALICI KOLOSTOMİSİ OLAN BİREYLERDE STOMA
TORBASINA KONULAN LAVANTA ESANSİYEL
YAĞININ KOKUNUN GİDERİLMESİNE, YAŞAM
KALİTESİNE VE STOMA UYUMUNA ETKİSİ**

Burcu DULUKLU

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2018

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

**KALICI KOLOSTOMİSİ OLAN BİREYLERDE STOMA
TORBASINA KONULAN LAVANTA ESANSİYEL YAĞININ
KOKUNUN GİDERİLMESİNE, YAŞAM KALİTESİNE VE
STOMA UYUMUNA ETKİSİ**

Burcu DULUKLU

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK**

ANKARA

2018

**KALICI KOLOSTOMİSİ OLAN BİREYLERDE STOMA TORBASINA
KONULAN LAVANTA ESANSİYEL YAĞININ KOKUNUN
GİDERİLMESİNE, YAŞAM KALİTESİNE VE STOMA UYUMUNA ETKİSİ**

Burcu DULUKLU

Danışman: Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK

Bu tez çalışması 13.08.2018 tarihinde jürimiz tarafından “Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı” nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR

(Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Üye:

Prof. Dr. Hayriye ÜNLÜ

(Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Üye:

Doç. Dr. Hülya BULUT

(Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Üye:

Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU

(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Üye:

Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK

(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

29 Ağustos 2018



Prof. Dr. Diclehan ORHAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 (altı) ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

13.08.2018



Burcu DULUKLU

i

¹“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Burcu DULUKLU

TEŞEKKÜR

“Merak olmadan başarı elde edilemez.”

Marie Skłodowska Curie

Çalışmanın her aşamasında sonsuz bilgi, tecrübe ve anlayışıyla tezimin yürütülmesine katkı sağlayan, akademik hayattaki rol modelim, çok değerli danışman hocam, Sayın Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK’e kazandırdığı çalışma prensibi ve özverisinden dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez izlemelerimde değerli görüşleri ve önerileri ile katkıda bulunan jüri üyesi hocalarım Sayın Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR’a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK’e teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli kurum izinlerini veren Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekim Yardımcısı Sayın Doç. Dr. Levent ÖZTÜRK’e ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu Başkanı Sayın Prof. Dr. Fevzi ALTUNTAŞ’a teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmanın yapıldığı kliniklerde, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği İdari ve Eğitim Sorumlusu Sayın Prof. Dr. Mehmet KILIÇ’a ve Genel Cerrahi Kliniği’nin çok değerli hekimlerinden Sayın Doç. Dr. Soner AKBABA’ya, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Eğitim Sorumlusu Sayın Prof. Dr. Ali Uğur BERBEROĞLU’na teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı başta olmak üzere, Hemşirelik Fakültesi’nin tüm akademik ve idari personeline teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her anında olduğu gibi, doktora eğitimim süresince de varlığından güç aldığım canım annem Pervin GÖKTAŞ’a, anlayış ve özverisiyle desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim Fatih DULUKLU’ya, her daim yanımda olduğunu bildiğim canım ağabeyim Ömer ALTINORDU’ya ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin ilk aşamasından itibaren hayatıma dâhil olan, dünyamı aydınlatan, sevgisine kelimelerin yetmediği, güzeller güzeli, biricik kızım Elif DULUKLU’ya anlayışı, sonsuz sevgisi ve sabrı için en derin teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Duluklu, B. Kalıcı Kolostomisi Olan Bireylerde Stoma Torbasına Konulan Lavanta Esansiyel Yağının Kokunun Giderilmesine, Yaşam Kalitesine ve Stoma Uyumuna Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2018. Bu araştırma kalıcı kolostomisi olan bireylerde stoma torbasına konulan lavanta esansiyel yağının kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan kokunun giderilmesine, yaşam kalitesine ve stoma uyumuna etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak, 28 Kasım 2016-6 Şubat 2018 tarihleri arasında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniklerinde yapılmıştır. Örneklemde deney grubuna 15, kontrol grubuna 15 hasta alınmıştır. En az üç ay önce kalıcı kolostomi açılan deney grubu hastalara alerji testi yapılmasının ardından veri toplama formları ve ölçekler uygulanmış, bilgilendirme formu aracılığıyla gazı ve kokuyu azaltıcı önlemlerle ilgili önerilerde bulunulmuş ve eğitim broşürü doğrultusunda stoma torbasının içinde lavanta esansiyel yağı kullanımı ile ilgili eğitim verilmiştir. Bir ay süre ile stoma torbasının içinde lavanta esansiyel yağı kullanan deney grubu hastalarla bir ayın sonunda veri toplama formları ve ölçekler doğrultusunda ikinci görüşme yapılmıştır. Kontrol grubunda bulunan hastalara ise, veri toplama formları ve ölçekler doğrultusunda görüşme yapılmış, bilgilendirme formu aracılığıyla gazı ve kokuyu azaltıcı önlemlerle ilgili önerilerde bulunulmuştur. Bir ay sonra veri toplama formları ve ölçekler doğrultusunda ikinci görüşme yapılmıştır. Araştırmada ticari olarak piyasada bulunan lavanta esansiyel yağı kullanılmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız örneklem t-testi, eşleştirilmiş t-testi ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamına giren deney ve kontrol grubu hastaların demografik özellikleri; bir ayın sonunda deneyimledikleri gaz, sızıntı, uyku, cilt problemleri ve banyo yapma gibi fiziksel; sosyal ilişkiler, cinsellik, ibadet, kendini soyutlama, beden imgesinin bozulması, bilinmezlik korkusu, kontrol kaybı, özgüven azalması ve baş etmede güçlük gibi psikososyal sorunları deneyimlemeleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Stoma torbasının içinde lavanta esansiyel yağı kullanan deney grubu hastaların kontrol grubu hastalara göre fiziksel sorunlardan olan koku sorununu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az ($p<0,05$) deneyimledikleri; kontrol grubundaki hastalara göre yaşam kalitelerinin ve stoma uyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu çalışmanın farklı hasta grupları üzerinde yapılacak çalışmalara yol göstereceği düşünülmekte ve farklı türde stoması olan hastalar üzerinde yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: kolostomi, yaşam kalitesi, sosyal uyum, koku, lavanta yağı

ABSTRACT

Duluklu, B. The Effect of Lavender Essential Oil Put into Colostomy Bag on Odour Eliminate, Life Quality and Ostomy Adjustment of the Patients with Permanent Colostomy. Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Surgical Nursing Program PhD Thesis, Ankara, 2018.

This research was carried out as a randomized controlled experimental study to evaluate the effect of lavender essential oil put in ostomy bag, to eliminate odor because of uncontrolled gas and stool outlet, quality of life and adjustment to ostomy on permanent colostomy patients, between November 28, 2016 and February 6, 2018 in Ankara Atatürk Training and Research Hospital and Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Training and Research Hospital General Surgery Clinics. Fifteen patients for the experimental group and 15 patients for the control group were included in the study sample. After tested for allergy, data collection forms and scales were applied to experimental group patients whom to be opened permanent colostomy at least three months before, suggestions about gas and odor decreasing measures were given by information form, and they were trained in the direction of training brochure about using lavender essential oil in ostomy bag. Second interview was done in the direction of data collection forms and scales to experimental group patients who used lavender essential oil in ostomy bag for a month at the end of the month. Patients in the control group were interviewed in the direction of data collection forms and scales, and suggestions about gas and odor decreasing measures were given via information form. Second interview was done in the direction of data collection forms and scales after a month. In this study, lavender essential oil was used which exists in the market commercially. The data were assessed by number, percentage, mean, standard deviation, Unpaired t-test, Paired t-test and Chi square. There were no statistically significant differences between the experimental and control groups in the study according to their demographical characteristics; physical problems like gas, leakage, sleep, skin problems and bath, and psychosocial problems like social relationships, sexuality, worship, isolate oneself, body image distortion, fear of unknown, loss of control, loss of self-confidence and difficulty in coping at the end of a month ($p>0,05$). It was determined that experimental group patients who used lavender essential oil in ostomy bag were statistically significantly less experienced odor from physical problems versus control group patients; had higher quality of life and ostomy adjustment than control group patients ($p<0,05$). It is considered that this study will contribute to the other studies which will be carried out on the different patient groups and suggested to perform on patients who has different types of ostomies.

Keywords: colostomy, quality of life, social adjustment, odor, lavender oil

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
RESİMLER VE ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kolorektal Kanserlerin Tanımı, Etiyolojisi ve Patofizyolojisi	5
2.2. Kolorektal Kanser Gelişiminde Rol Oynayan Risk Faktörleri	5
2.2.1. Yaş	6
2.2.2. Polip Varlığı	6
2.2.3. Ailesel Risk Faktörleri	7
2.2.4. Diyet	7
2.2.5. İnflamatuar Bağırsak Hastalığı	8
2.2.6. Yaşam Tarzına ait Risk Faktörleri	8
2.2.7. Diğer Risk Faktörleri	11
2.3. Kolorektal Kanserlerde Tarama ve Tanı Testleri	12
2.4. Kolorektal Kanserlerin Önlenmesi	13
2.5. Kolorektal Kanserlerin Tedavi Yöntemleri	13
2.5.1. Kolorektal Kanserlerde Adjuvan ve Neo-adjuvan Tedavi	14
2.5.2. Kolon Kanserlerinde Cerrahi Tedavi	14
2.5.3. Rektum Kanserlerinde Cerrahi Tedavi	17

2.5.4. Kolorektal Kanserlerde İntestinal Stomalar	21
2.6. Kolostomiyle Yaşam Sırasında Karşılaşılan Güçlükler ve Çözüm Önerileri	27
2.6.1. Diyare ve Konstipasyon	28
2.6.2. Sızıntı	29
2.6.3. Banyo Yapma	30
2.6.4. Giyinme	31
2.6.5. Fiziksel Aktivite	32
2.6.6. Seyahat Etme	33
2.6.7. İbadet Etme	34
2.6.8. Beden İmgesinin Bozulması	36
2.6.9. Cinsel Yaşam	37
2.6.10. Peristomal Cilt Problemleri	38
2.6.11. Yaşam Kalitesi ve Stoma Uyumu	39
2.6.12. Koku	41
3. GEREÇ VE YÖNTEM	43
3.1. Araştırmanın Şekli	43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	43
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	44
3.4. Verilerin Toplanması	49
3.4.1. Veri Toplama Formları, Bilgilendirme Formu ve Eğitim Broşürünün Hazırlanması	49
3.4.2. Araştırmanın Ön Uygulaması	51
3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	52
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	56
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	56
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	56
4. BULGULAR	57
5. TARTIŞMA	72
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	72

5.2. Hastaların İfade Ettikleri Fiziksel ve Psikososyal Sorunlara İlişkin Bulguların Tartışılması	73
5.3. Hastaların Yaşam Kalitelerine ve Stoma ile Yaşama Uyumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	81
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	84
6.1. Sonuçlar	84
6.2. Öneriler	86
7. KAYNAKLAR	87
8. EKLER	
EK 1: Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu	
EK 2: Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK 3: Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği	
EK 4: Bilgilendirme Formu	
EK 5: Eğitim Broşürü	
EK 6: Lavanta Esansiyel Yağı Kimyasal Analiz Sertifikası	
EK 7: Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Kararı	
EK 8: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği Tez Uygulama İzni	
EK 9: T.C. Sağlık Bakanlığı Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu Karar Tutanağı	
EK 10: Deney Grubu Aydınlatılmış Onam Formu	
EK 11: Kontrol Grubu Aydınlatılmış Onam Formu	
EK 12: Ölçek Kullanım İzni	
EK 13: Tez Çalışması Orijinallik Raporu ve Dijital Makbuz	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER ve KISALTMALAR

		Sayfa
AAP	Ailesel Adenomatöz Polipozis	5
APR	Abdominoperineal Rezeksiyon	1
BKİ	Beden Kitle İndeksi	8
BT	Bilgisayarlı Tomografi	12
cm	Santimetre	6
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit	9
HNPCC	Hereditary Non-polyposis Colorectal Carsinoma (Kalıtsal polip olmadan kolorektal karsinoma)	7
KT	Kemoterapi	1
LAR	Aşağı (Low) Anterior Rezeksiyon	18
NCSS-PASS	Number Cruncher Statistical System-Power Analysis and Sample Size (İstatistik paket programı-güç analizi ve örneklem büyüklüğü)	44
NSAİ	Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaç	10
RT	Radyoterapi	1
SP	Serrated (Testere dişli) Polip	9
SPSS	Statistical Package for Social Science (Sosyal bilimler için istatistik programı)	56
TEM	Transanal Endoskopik Mikrocerrahi	18
TME	Total Mezorektal Eksizyon	1

RESİMLER ve ŞEKİLLER

	Sayfa
2.1. Sağ Hemikolektomi	15
2.2. Genişletilmiş Sağ Hemikolektomi	15
2.3. Transvers Kolektomi	16
2.4. Sol Hemikolektomi	16
2.5. Sigmoid Kolektomi	17
2.6. A: Low Anterior Rezeksiyon	19
B: Koloanal anastomoz	
2.7. Abdominoperineal Rezeksiyon	21
2.8. Hartmann's Kolostomi	26
2.9. Miles' Kolostomi	27
3.1. Örneklem Seçimi Akış Şeması	48
3.2. Uygulama Akış Şeması	55

TABLolar

	Sayfa
3.1. Hastaların yaşa ve cinsiyete göre gruplararası karşılaştırması	45
4.1. Hastaların tanıtıcı ve klinik özelliklerinin dağılımı	57
4.2. Hastaların ifade ettikleri fiziksel ve psikososyal sorunlar	60
4.3. Hastaların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırması	66
4.4. Hastaların stoma uyum ölçeği puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırması	68
4.5. Hastaların stoma ile yaşam sırasında karşılaştıkları sorunlarla baş etme yöntemleri	70

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Kolorektal kanserler, kanser nedeniyle meydana gelen hastalık ve ölümlerin başlıca sebeplerinden biri olup, kadınlarda ve erkeklerde en sık gözlenen kanser türlerindendir. Bu kanser türü tanılamada, tedavide ve tarama programlarında kullanılan teknolojiye ilerlemelere rağmen halen tüm dünyada başlıca morbidite nedenlerindendir (1,2). Kolorektal kanserler dünya genelinde en sık görülen üçüncü kanser türü olup, 2012 yılında yaklaşık olarak 1,4 milyon yeni kanser olgusuyla karşılaşmıştır (3). Bu oran, 2035'e kadar yıllık ortalama 2,4 milyon yeni olguya çıkması beklenmektedir (4). Tüm dünyada kolorektal kanser görülme sıklığı 2008-2012 yılları arasında %8,0'dan %9,7'ye çıkmıştır (4,5). Avrupa'da 2012 yılında yeni tanılanan kolorektal kanser olgusu %44,68'dir. 2012 yılı verilerine göre kolorektal kanserler Avrupa'da en sık görülen ikinci kanser türü olup, aynı zamanda %21,4 oranı ile tüm kanser türleri içinde ikinci sırada yer alan morbidite nedenidir (5). Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı'nın 2016 verilerine göre, 2014 yılında kolon ve rektum kanserleri tüm kanserler içinde kadınlarda %8,0 ile ve erkeklerde %9,3 ile üçüncü sırada yer almaktadır (6).

Ülkemizde sık görülen kanser türleri içinde yer alan kolorektal kanserlerin tedavisinde hemikolektomi, total kolektomi, alt/üst anterior rezeksiyon, total mezorektal eksizyon (TME) ya da abdominoperineal rezeksiyon (APR) şeklinde uygulanan cerrahi tedavi, radyoterapi (RT) ve/veya kemoterapi (KT) kullanılmaktadır. Karsinomun bulunduğu alana göre rezeksiyon sonrasında uç uca anastomoz yapılmakta ya da kolostomi açılmaktadır (7). Kalın bağırsağın karın cildine ağızlaştırılmasına kolostomi, cilde ağızlaştırılan kısmına stoma denir (1,7). Stoma Yunanca kökenli bir kelime olup, "açıklık" ya da "ağız" anlamına gelir (8). Gastrointestinal sistemin çeşitli hastalıklarının cerrahi tedavisinde intestinal içeriği dışarı almak amacı ile açılan stoma, yaşam kurtarıcı bir nitelik taşımasının yanında, geçici ya da kalıcı olarak hastaların yaşam boyu defekasyon ihtiyacının karşılamasını da sağlamaktadır (7,9).

Dünya genelinde yapılan kolostomi ameliyatlarının oranları incelendiğinde; Avrupa Birliği üyesi ülkelerde 2011 yılında her yaş grubundan olmak üzere yaklaşık

700,000 bireyde stoma (ileostomi, kolostomi ya da ürostomi) bulunduğu bildirilmiştir. Bu bireylerin %56,0'ında kalıcı türde stoma bulunmakta olup, %0,07 oranı ile en çok uygulanan stoma türü kolostomidir (10). Çin'de ise yaklaşık 1 milyon kişide kalıcı kolostomi bulunduğu belirtilmiştir (11). Dünya üzerindeki diğer ülke örneklerinde olduğu gibi ülkemizde de her yıl kolorektal kanser nedeniyle birçok bireye stoma cerrahisi uygulanmaktadır. Ülkemizde kolostomi açılan olgu sayısına ilişkin veriler yetersiz olmakla birlikte, Aksoy ve ark. (12) tarafından 76 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada; hastaların %55,0'ına benign ya da malign nedenlerle kolostomi açıldığı belirtilmiştir. Karadağ ve ark. (13) tarafından 70 hasta üzerinde yapılan başka bir çalışmada; hastaların %57,1'inin kanser, travma, polip varlığı ya da Crohn hastalığı nedeniyle kalıcı kolostomiye sahip oldukları bulunmuştur.

Hastaların yaşam sürelerini uzatmak; tanı öncesi sahip oldukları yaşam standartlarına dönmelerine yardımcı olabilmek; yaşam kalitelerini arttırmak ve altta yatan patolojiyi iyileştirmek için oluşturulan stoma, aynı zamanda bireyin yaşamında fiziksel, sosyal, bilişsel ve duygusal açıdan birçok soruna neden olabilmektedir (9,14–18). Bunlar arasında boşaltım alışkanlığında değişme, boşaltım kontrolünün kaybı, istemsiz gaz çıkışı, koku gibi fizyolojik; anksiyete, depresyon, intihar düşüncesi, yalnızlık, benlik saygısında azalma gibi psikolojik; ameliyattan sonra işi bırakma, iş değiştirme, yakın arkadaş ve akrabalar ile daha az görüşme, evlilik problemlerinde artma, aile ve arkadaşları tarafından reddedilme, sosyal aktiviteleri sınırlama gibi sosyal ve ekonomik sorunlar yer almaktadır (9,13,15–18). Bu sorunlar stoma ile yaşama uyum sürecini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (13,16,19).

Bu sorunlardan biri olan kontrolsüz gaz ve gaita çıkarma nedeniyle oluşan koku, sosyal izolasyona, kişilerarası ilişkilerin zayıflamasına ve benlik saygısında azalmaya neden olan temel faktördür (9,14,15). Kolostomisi olan hastalarla yapılan çalışmalarda, hastaların kontrolsüz gaz/gaita çıkışı ve koku oluşumu nedeniyle sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (16,20,21). Andersson ve ark. (22) tarafından rektum kanseri nedeniyle stoma açılan kadınlar ile yapılan nitel çalışmada; hastalar kolostomi nedeniyle üzgün olduklarını ve korku yaşadıklarını, bununla birlikte stomanın onlar için yeni bir yaşam şansı olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hastaların gaita sızıntısı ya da gaz çıkarma nedeniyle endişe yaşadıkları belirlenmiştir.

Celasin ve ark. (23) tarafından kolorektal karsinoma nedeniyle ameliyat olmuş ve kolostomi açılmış hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada ise; hastaların %46,0'ı koku oluşumu nedeniyle endişe duyduklarını ifade etmişlerdir.

Stomalı bireylerin yaşadıkları fizyolojik, sosyal ve psikolojik sorunların, bu bireylerin yaşam kalitelerinin azalmasına neden olduğu belirtilmektedir (15,23–25). Bireyin yaşam kalitesinin azalmasına neden olan faktörlerden kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan koku, en sık ifade edilen sorunlardan biridir (20,21,23,26). Kolostomisi olan bireylerde kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan kokunun azaltılması amacı ile birçok önlem alınabilmekte, ancak bu önlemler kokunun giderilmesinde yetersiz kalmakta ve hastalar kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle koku oluşumunu sorun olarak dile getirmektedirler. Bununla birlikte kolostomisi olan bireylerde sosyal uyumun artması için fazla gaz ve koku oluşturacak besinlerin azaltılması gibi koku önleyici girişimlerin uygulanması öneriler arasında yer almaktadır (11,27). Ayrıca kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan kokunun giderilmesini sağlamak amacıyla üretilmiş, içeriğinde limon veya nane esansı bulunan, ticari olarak ulaşılabilen pek çok ürün bulunmaktadır. Ancak sağlık sigortalarının bu ürünlere ödeme yapmaması ve bu ürünlerin ülkemizde sınırlı çeşitlilikte bulunması nedeniyle hastalar ulaşma ve satın alma konusunda sorunlar yaşamaktadır. Ayrıca gözlemlerimize göre hastalar, ürünlerin kimyasal içerikleri nedeniyle stomalarının zarar göreceği konusunda endişe yaşamakta ve bu ürünleri kullanmaktan kaçınmaktadır. Bu nedenle daha doğal, daha kolay ulaşılabilir ve daha ucuz olan bir ürünün araştırılmasına gereksinim duyulmuştur. Kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan kokunun giderilmesinde, daha önce hiç kullanılmamış olan lavanta esansiyel yağı hoş koku oluşturma, yara iyileşmesinin sağlanması, antibakteriyel ve anksiyolitik özelliklere sahip olması gibi nedenlerle geçmişten beri kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda lavanta esansiyel yağının tekrarlayan aftöz lezyonlar, epizyotomi yarası gibi mukozal alanlarda bulunan yaralarda daha hızlı iyileşmenin sağlanmasında etkili olduğu belirtilmektedir (28–33). Koca-Kutlu ve ark. (34) tarafından deney farelerinin sırt yüzeyinde oluşturulan insizyon sonrasında yara iyileşme aşamalarının incelendiği bir çalışmada; yara bakımında lavanta esansiyel yağı kullanılan grupta re-epitelizasyonun ve yara kapanmasının diğer gruplara göre daha hızlı olduğu

bulunmuştur. Literatür bilgilerine ve uzman görüşlerine dayanarak, lavanta esansiyel yağının stomal ve peristomal alana zarar vermeyeceği öngörülmektedir (28–33).

Elde edilen literatürde, kalıcı kolostomisi olan bireylerde kokunun giderilmesine yönelik olarak lavanta esansiyel yağı kullanımına ilişkin çalışma bulunmamaktadır. Kokunun giderilmesinde stoma torbası içinde lavanta yağı kullanımı basit, doğal ve düşük maliyetli bir yöntemdir. Stomalı hastalarla çalışan hemşireler tarafından stoma torbası içinde lavanta esansiyel yağı kullanımının, stoması olan bireylerin yaşam kalitelerini ve stoma ile yaşama uyumlarını arttıracak, kokuyu bir sorun olarak algılamalarını ve sosyal izolasyonlarını azaltacağı, aynı zamanda bu çalışmanın farklı kurumlar ve hasta grupları ile yapılacak çalışmalara örnek teşkil edeceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, kolostomisi olan bireylerde kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan kokunun giderilmesi, bireylerin yaşam kalitelerinin ve stoma uyumlarının artması üzerine stoma torbasının içinde lavanta esansiyel yağı kullanımının etkisini, bu bireylerin yaşadıkları sorunları ve sorunlarla baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışmada aşağıda belirtilen araştırma hipotezleri test edilmiştir.

H₁: Deney ve kontrol grubu hastaların kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan koku problemini deneyimlemeleri açısından iki grup arasında fark vardır.

H₂: Deney ve kontrol grubu hastaların yaşam kalitesi puanları açısından iki grup arasında fark vardır.

H₃: Deney ve kontrol grubu hastaların stoma ile yaşama uyum puanları açısından iki grup arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kolorektal Kanserlerin Tanımı, Etiyolojisi ve Patofizyolojisi

Kolorektal karsinomlar gastrointestinal sistemin en çok rastlanan tümörlerindendir. Amerikan Kanser Derneği'nin tanımına göre kolon ya da rektumda başlayan kanser türüne kolorektal kanser denilmektedir. Kolorektal kanserler başlangıç yerine göre kolon kanseri ya da rektum kanseri olarak adlandırılrsa da birçok yönden benzerlik gösterdikleri için beraber gruplandırılmaktadır (3–5).

Bu karsinomların etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, kolon mukozasını etkileyen genetik ve çevresel faktörler karsinomun gelişmesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Ailesel adenomatöz polipozisi (*Familial Adenomatous Polyposis*, AAP) olan bireylerde kolon kanseri görülme riskinin daha fazla olduğu bilinmektedir. Kolon kanserinin %5,0-10,0'ı ailesel eğilimi olan kişilerde görülür. Kolon kanseri görülmesi açısından yüksek riskli grupta olan bireylerin kolon mukozalarında yer alan kript hücrelerinin proliferatif fonksiyonunda artış olmaktadır. Kript hücrelerinin büyümesinin düzenlenmesindeki bozukluğun (proliferatif fonksiyonun artışının), kanser gelişiminin temelini oluşturduğu düşünülmektedir. Kript epitel hücrelerinin büyümesindeki bu bozukluklar sonucunda ise polipler oluşmaktadır (7,35). Murakami ve ark. (36) tarafından 394 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada; kolon ve rektumda polip bulunan hastaların %10,4'ünde displazi saptanırken, %1,77'sinde invaziv karsinom olduğu belirlenmiştir. Bu durum kolorektal karsinomların tek nedeninin polip varlığı olmadığını göstermektedir.

2.2. Kolorektal Kanser Gelişiminde Rol Oynayan Risk Faktörleri

Kolorektal kanserlerin gelişiminde rol oynadığı düşünülen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında 50 yaş üzerinde olmak; yağdan zengin, posadan fakir diyetle beslenmek; kişisel öyküde kolorektal adenoma, aile öyküsünde kolorektal kansere, AAP'a ya da inflamatuvar bağırsak hastalığına sahip olmak; sigara ve alkol kullanmak; hareketsizlik ve artmış beden kitle indeksi yer almaktadır. Ayrıca bu kanserlerin kentlerde ve gelişmiş ülkelerde daha sık görüldüğü belirtilmektedir (7,37–39).

2.2.1. Yaş

Kolorektal kanserler her yaşta görülebilmekle birlikte, 50 yaşından sonra bu hastalığın görülme sıklığı artış göstermektedir (1). Literatür bilgilerine göre bu kanserlerin %90,0'ı 50 yaş sonrası ortaya çıkmakta ve 70'li yaşlarda görülme sıklığı en yüksek değere ulaşmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde kolorektal kanser görülme sıklığı 40 yaş altında yaklaşık %0,05 iken, bu oran 60 yaş sonrası %3,0-4,0'lara yükselmektedir. Yaş arttıkça kolorektal kanser görülme ve bu kansere bağlı ölüm sıklığı artış göstermektedir. İnvaziv kolorektal kanserler en çok 60-70 yaşlar arasında görülmektedir. Bu nedenle risk grubunda bulunan 50 yaş üzerindeki hastalarda rutin taramalardan geçmesi önerilmektedir (39-41).

2.2.2. Polip Varlığı

Kolorektal kanser gelişimi açısından en önemli risk faktörü kolorektal polip varlığıdır. Juvenil polip, enflamatuvar polip ve hiperplastik polip gibi non-neoplastik polipler kanserleşme açısından risk taşımazken, adenomatöz polipler yüksek riske sahiptir. Kolorektal kanserlerin %90,0'ından fazlası daha önce var olan adenomlardan köken alır (1). Bu sürece adenom-karsinom sekansı denir. Ailesel ve çevresel etkenler ile genlerde peş peşe meydana gelen mutasyonlar sonucu kolon mukozasındaki polipler, displastik değişikliklere, in situ karsinom ve invaziv karsinom gelişimine neden olur. Adenomların büyüklüğü, sayısı ve villöz dokunun fazlalığı kanser gelişim riskini arttırır. Literatür bilgilerine göre, adenomatöz polipler içinde kanser gelişme ihtimali açısından en fazla risk %30,0 ile villöz adenomlara aittir. Bu oran tübüler adenomlarda %5,0 iken, tübülo-villoz adenomlarda %2,02'dir. Buna ek olarak birinci derece akrabasında adenomu olan bireylerde kolorektal kanser gelişme riski iki kat artar. Polip sayısı ve çapına göre kanser gelişme riski değişkenlik göstermektedir. Çapı 1 cm (santimetre)'den küçük olan poliplerin kanserleşme riski %1,0'dan daha azken, çapı 3 cm'yi aşan poliplerde risk %30,0'a ulaşır (1,40)

2.2.3. Ailesel Risk Faktörleri

Literatürde soygeçmişinde kolorektal kanser öyküsü olması önemli risk faktörlerinden biri olarak belirtilmektedir. Kolorektal kanserlerin %2,0'ı ailesinde kolorektal kanser öyküsü olanlarda ortaya çıkarken, %80,0'ı çevresel faktörlerin genlerde mutasyona sebep olmasıyla (sporadik) ortaya çıkar. Ailesinde kolorektal kanser görülmeyen bir bireyde kolorektal kanser görülme riski %6,0 iken, birinci derece yakınlarında kolorektal kanser görülenlerde bu oran %12,0'dır (42). En iyi bilinen ailesel kolorektal kanser tipleri, AAP ve Kalıtsal Polip Olmadan Kolorektal Karsinoma (*Hereditary Non-polyposis Colorectal Carcinoma*, HNPCC)' dır.

AAP, otozomal dominant olarak geçen, erken yetişkinlik çağında kolon veya rektumda yüzlerce adenomatöz polipin geliştiği, kolorektal kanser gelişimi açısından yüksek risk oluşturan kalıtsal bir hastalıktır. Polipler 15 yaş civarında görülmeye başlar ve tedavi edilmeyen hastaların %90,0'ında 45 yaş öncesinde kanser gelişir. AAP tanısı olan hastaların tüm birinci derece akrabaları kolonoskopi ile taranmalıdır, çünkü kolorektal kanser tanısı alan AAP'lı hastalarda 5 yıllık sağkalım oranı %27,0'dır. HNPCC ya da diğer adıyla Lynch sendromu ise, yüksek kolorektal kanser riski taşıyan otozomal dominant bir hastalıktır ve kolorektal kanserlerin %5,0-10,0'ını oluşturur (40). HNPCC'de polip yoktur ya da genel popülasyonla aynı oranda polip görülür. Bu kanser, kolorektal kanserlerin genel özelliklerinden farklı olarak daha genç yaşlarda (ortalama 44 yaş) başlar. Bu nedenle HNPCC açısından riskli olan tüm bireyler 20 yaşından itibaren takip edilmelidir (1,7,40).

2.2.4. Diyet

Yüksek miktarda kalori içeren besinleri tüketmek ve beraberinde fiziksel aktivitenin az olduğu bir yaşam tarzına sahip olmak, kolorektal kanser gelişim riskini arttırmaktadır. Kızartılarak ya da ızgarada yakılarak tüketilen hayvani yağlar ve kırmızı etle beslenen ve düşük miktarda lifli gıda tüketen gelişmiş toplumlarda kolorektal kanserler daha sık görülmektedir. Kanıt değeri düşük olmakla birlikte, et tüketiminin safra asitlerinin salgısını arttırdığı ve bu durumun da kolorektal kanser gelişme riskini arttırdığı ileri sürülmektedir. Hayvan deneyleri, hayvansal yağların kolon mukozası üzerine doğrudan toksik etki yaptığını, erken dönemde malign

değişikliklere sebep olduğunu düşündürmektedir. Bunun yanı sıra beslenmede oleik asitten yüksek olan yağların (zeytinyağı, balık yağı, hindistan cevizi yağı), bitkisel lifli gıdalarla birlikte kullanımının, birçok besinde bulunan kalsiyumun yüksek düzeyde tutulmasının ve yeterli sıvı alımının kolorektal kanserlere karşı koruyucu özellik taşıdığı ifade edilmektedir. Bol posalı gıdalar, kanserojen maddelerin kolon mukozasına temasını azaltarak ve gaita hacmini artırarak, bu maddelerin seyreltilmesini sağlayıp, kolon mukozası üzerine olan etkinin azaltılmasına neden olur (1,7,41,43).

2.2.5. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı

İnflamatuvar bağırsak hastalığı varlığı kolorektal kanser gelişimi açısından önemli risk faktörlerinden biridir. Kronik inflamasyonun epitel hücrelerinde yıkım oluşturarak kolon mukozasında kanserleşme eğilimini arttırdığı düşünülmektedir. Özellikle Crohn hastalığı ve ülseratif kolitle kolorektal kanser arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Kanser gelişim riski hastalığın ciddiyeti, yaygınlığı ve süresi ile ilişkili olup, on yılı aşkın sürede kronik ülseratif kolit varlığında kolorektal kanser gelişme insidansı artış göstermektedir. Ülseratif kolit tanısı konulduktan sonraki ilk on yıl içinde kolorektal kanser gelişme riski %3,0 iken, sonraki on yıl içinde bu oran %15,0'a yükselmektedir (40). Ülseratif kolit tanısı alan hastalarda yedinci yıldan sonra, kolorektal kanser gelişmesi açısından her on yılda bir %10,0 oranında risk artışı bulunmaktadır (41). Crohn hastalığına bağlı koliti olan hastalarda ise kanser gelişme riski daha azdır (7,40,41,44).

2.2.6. Yaşam Tarzına ait Risk Faktörleri

Yaşam tarzına ait risk faktörleri arasında sigara ve alkol kullanımı, beden kitle indeksi (BKİ) ve ilaç kullanımı yer almaktadır.

Sigara ve Alkol Kullanımı

Kronik sigara ve alkol kullanımının kolon adenomu riskini arttırdığı belirtilmektedir. Sigara kullanımının kolorektal kanser gelişimi üzerindeki etkisi kısıtlı olsa da kolorektal kanserlerin hazırlayıcı faktörlerinden olan adenomaların oluşumunu arttırdığı bilinmektedir (1,41). Anderson ve ark. (45) tarafından yapılan bir çalışmada

sürekli sigara kullanan bireylerde sol kolon neoplazisi gelişme riskinin artış gösterdiği bildirilmiştir. Bailie ve ark. (38) tarafından 43 araştırma makalesi üzerinde yapılan bir meta analizde ise sigara içenlerin, içmeyenlere oranla serrated (testere dişli) polip (SP) görülmesi açısından 2,47 kat daha fazla risk altında olduğu bulunmuştur. Bu nedenle sigara içme öyküsü olan bireylerde tarama programlarına daha erken yaşta başlanması önerilmektedir. Alkol (özellikle bira) kullanımının ise kolon kanserinden daha çok rektal kanser görülme riskini arttırdığı belirtilmektedir. Bunun nedeni ise alkolün metaboliti olan asetaldehitin, Deoksiribo Nükleik Asit (DNA) hasarına neden olmasıdır (41,45). Moskal ve ark. (46) tarafından yapılan bir meta analizde yüksek oranda alkol kullanımının erkeklerde kolon kanseri görülme riskini 1,5 kat ve rektum kanseri görülme riskini 1,63 kat arttırdığı bulunmuştur.

Fiziksel Aktivite

Yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite düzeyi ve kolon kanseri arasında zıt ilişki olduğu vurgulanmaktadır. Sedanter yaşam, hormonların ve büyüme faktörlerinin seviyesinde değişmeye, vücut yağ oranında artışa ve kansere karşı koruyucu rolü olan bağışıklık sisteminin zayıflamasına neden olmaktadır. Bununla birlikte artmış fiziksel aktivite ile intestinal geçiş süresinin kısaldığı, immün fonksiyonların düzenlendiği, inflamasyonun, insülin benzeri büyüme faktörlerinin seviyesinin ve hiperinsülinemisinin azaldığı ifade edilmektedir (47,48). Samad ve ark. (48) tarafından yapılan fiziksel aktivite ve kolon kanseri gelişmesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir meta analiz çalışmasında; fiziksel aktivite düzeyleri “meslek gereği” ve “serbest zaman aktivitesi” şeklinde gruplandırılmıştır. Her iki gruplandırmada da fiziksel olarak aktif olan erkeklerde kolon kanseri gelişme riskinde anlamlı oranda azalma olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada elde edilen sonuçlarda kadınlarda serbest zaman aktivitesi olarak yapılan yüksek düzeydeki egzersizin kolon kanserine karşı koruyucu olduğu, ancak meslek gereği aktif olmanın kolon kanserinden korunmada yetersiz kaldığı bulunmuştur.

Beden Kitle İndeksi

Vücut ağırlığının artması ve BKİ (ağırlık/boy²) kolorektal neoplazi gelişimi açısından risk faktörlerindendir. Obezite özellikle erkeklerde kolon kanseri gelişmesi

konusunda önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir (41,49). Murphy ve ark. (49) tarafından yapılan bir çalışmada kolon kanserlerine bağlı ölümlerde yüksek BKİ'nin erkeklerde, kadınlara göre daha fazla risk oluşturduğu bulunmuştur. BKİ 25,0'in üzerinde olan erkeklerde kolon kanseri nedeniyle ölüm ve BKİ arasında anlamlı pozitif ilişki bulunurken, en güçlü pozitif ilişkinin 32,5 ve üzeri BKİ'ye sahip olanlarda bulunduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada kadınlarda 30,0 ve üzerinde olan BKİ'nin kolon kanserleri nedeniyle ölümleri anlamlı düzeyde arttırdığı bulunmuştur. Bailie ve ark. (38) tarafından yapılan bir meta analiz çalışmasında BKİ ve SP gelişimi arasında anlamlı ilişki olduğu, en yüksek BKİ'ye sahip olan bireylerde en düşük BKİ'ye sahip olan bireylere göre SP gelişme riskinin anlamlı oranda fazla olduğu bulunmuştur.

İlaç Kullanımı

Kalsiyum mineralinin kanserden koruyucu özelliği olduğu ifade edilmektedir. Diyetle düzenli olarak kalsiyum alımının adenomatöz polip gelişimini azalttığı yönünde sonuçları olan pek çok çalışma bulunmaktadır (37,41,50). Richter ve ark. (51) tarafından deney fareleri üzerinde yapılan bir çalışmada farelere yüksek yağ ve fosfat, düşük kalsiyum ve D vitamini içeren “Batı tarzı diyet” uygulanmış olup, diyetine kalsiyum takviyesi eklenen grupta kalsiyumun “karsinojenik” batı diyetine karşı koruyucu olduğu ifade edilmiştir. Bunun yanında Rozen (41)'in belirttiği gibi göre, insanlar üzerinde yapılan bir çalışmada diyetle uzun dönem kalsiyum preparatlarının eklenmesinin, kalın bağırsakta adenomatöz poliplerin tekrar oluşumunu %18,0 oranında azalttığı bulunmuştur.

Diyetinde yüksek düzeyde demir alan ve bunun yanında vücudunda yüksek demir rezervine sahip olan (genetik nedenler ya da demir preparatları kullanımı nedeniyle) bireylerde kolorektal kanser gelişme riskinin artış gösterebildiği ifade edilmektedir (41). Bunun oluşum mekanizması, emilemeyen demir kaynaklı serbest radikallerin mukozda hasara neden olduğu şeklinde belirtilmektedir (41,52,53). Steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçların (Non-steroid Anti-inflamatuar İlaç-NSAİ), özellikle aspirinin kolorektal kanserlere karşı koruyucu rolünün olduğu ifade edilmektedir (41,54,55). Ancak bu ilaçların kansere karşı koruyucu özelliğinin doz ve süre ile olan ilişkisi konusunda yeterli kanıt bulunmamaktadır. Bunun yanında bu

ilaçların gastrointestinal kanama gibi yan etkilerinin neoplazi oluşumunu önlemek için göz ardı edilip edilemeyeceği de tartışma konusudur (41).

2.2.7. Diğer Risk Faktörleri

Kolorektal kanserlerin gelişmesinde kolesistektomi ve başka organlara ait kanser varlığı, üreterosigmoidostomi ve cinsiyet diğer risk faktörleri arasında sayılmaktadır.

Kolesistektomi

Beslenmenin etkisiyle safra asitlerinin bağırsaktaki miktarının artışının ve kolesistektomi sonrası meydana gelen sekonder safra asiti artışının kolorektal kanser gelişmesi konusunda etken olabileceği düşünülmektedir. Rozen (41)'in belirttiğine göre, Turunen ve Kivilaasko tarafından yapılan otopsi çalışmasında; kolorektal kanser tanısı olan 304 hastanın %14,8'inde kolesistektomi yapılmış olduğu saptanmıştır. Bunun yanında kadın hastalarla yapılan geniş örneklemli birçok çalışmada kolesistektomiden 15 yıl ve üzerinde süre geçtikten sonra sağ kolon kanseri görülme riskinin arttığı ifade edilmektedir (7,41).

Üreterosigmoidostomi

Üreterosigmoidostomi sonrasında kolorektal kanser gelişme riskinin arttığı ileri sürülmektedir. Mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, kolon bakterilerinin idrarla bir araya gelmesinin ve idrardaki karsinojenlerin varlığının kolon adenom ve karsinomu gelişme riskini tetiklediği düşünülmektedir (7,40,41).

Başka Organlara ait Kanser Varlığı

Prostat, serviks ve vajinal kanser gibi bazı kanser türleri nedeniyle pelvik radyasyona maruz kalmanın rektum kanseri gelişmesi açısından risk oluşturduğu ve bu sürecin ortalama 15 yılı aldığı belirtilmektedir. Bunun yanında meme, uterus ve over kanseri olan kadınlarda kolorektal kanser gelişme riski normal kişilere göre daha yüksektir (1,7,40).

Cinsiyet

Kolorektal kanserlerin anatomik lokalizasyonu cinsiyete göre değişkenlik göstermektedir. Ülkeler arası farklılıklar görülse de kolorektal kanserler erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir. Cinsiyetler arasındaki bu farkın beslenme alışkanlıklarından, alkol ve sigara kullanımından, fiziksel aktivite sıklığından ve kadınlarda koruyucu rol oynadığı düşünülen östrojen ve progesteron gibi hormonlardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir (41,56–58). Türkiye’de kolorektal kanserler erkeklerde yüz binde 22,8 ve kadınlarda ise yüz binde 13,8 oranları ile tüm görülen kanserler arasında üçüncü sırada yer almaktadır (6). Amerika Birleşik Devletleri’nde ise kolorektal kanserler, meme kanseri (%30,0) ve akciğer kanserinden (%12,0) sonra kadınlarda kanser nedeniyle yaşanan ölümlerin üçüncü en sık nedenidir. Erkeklerde ise kolorektal kanserler, prostat kanseri (%29,0) ve akciğer kanserinden (%14,0) sonra, kanser nedeniyle yaşanan ölümlerin üçüncü en sık nedenidir (56).

2.3. Kolorektal Kanserlerde Tarama ve Tanı Testleri

Kolon kanserleri birçok diğer kanser türünde olduğu gibi sessiz ilerleyip geç belirti vermektedir. Bu nedenle belirtiler ortaya çıkmadan önce tümör varlığı saptanmalıdır. Polip ve kanserin erken tanılanması için belirtiler ortaya çıkmadan önce kanser taramalarının yapılması önerilmektedir. Polip saptanması durumunda, erken dönemde yapılan polip eksizyonu, kolorektal kanser gelişiminin önüne geçebilmektedir. Tüm kanser türlerinde olduğu gibi kolorektal kanserlerde de erken tanı, tedavi şansını arttırmaktadır. Bu nedenle, 50 yaş üzerinde olan bireylerde rutin tarama programlarının uygulanması, riskli grupta bulunan bireylerde ise taramalara daha erken dönemde başlanması önerilmektedir. Erken tanı için kullanılmakta olan tarama testlerinin içinde, iki yılda bir yapılan dışkıda gizli kan testi ve on yılda bir yapılan kolonoskopi yer almaktadır (1,7,59).

Kolorektal kanserlerde tanı amacıyla kullanılan yöntemler ise fizik muayene, karsinoembriyonik antijen ölçümü, fleksible sigmoidoskopi, çift kontrastlı baryumlu kolon grafisi, karın ultrasonografisi, transrektal ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT), sanal kolonoskopi (BT kolonoskopi/ kolnografi), manyetik rezonans görüntüleme ve pozitron emisyon tomografidir (40,60,61).

Kolorektal kanser açısından riskli gruba girmeyen bireylerde, 50 yaşından itibaren gaitada gizli kan; 50 yaş üzerinde ise beş yılda bir sigmoidoskopi ve 10 yılda bir kolonoskopi yapılması öneriler arasındadır. Kolon ya da rektumdan polip eksizyonu yapılmış olan hastalarda işlem sonrası 1-3 yıl içinde kolonoskopi yapılması önerilmektedir. Birinci derece (anne, baba, kardeş gibi) akrabalarına kolon kanseri tanısı konulmuş bireyler 40 yaşından ya da tanı konulan akrabasında hastalığın görüldüğü yaştan en geç 8-10 yıl önce kolorektal kanser açısından taranmaya başlanmalıdır. Bununla birlikte ailesinde HNPCC öyküsü olan bireyler için genetik test yapılması, AAP tanısı olan bireylerin genetik danışmanlık alması ve 10-15 yaşından itibaren kolonoskopi ile takip altında tutulmaları önerilmektedir. Özgeçmişinde meme kanseri ya da kadın genital organ kanseri olan kadınların 40 yaşından itibaren, ülseratif kolit tanısı olan bireylerin ise tanı aldıktan sonra periyodik olarak kolonoskopi yaptırmaları önerilmektedir. Kolorektal kanser belirti ve bulguları olan kişilerde bu belirtilerin kökeninin araştırılması önerilmektedir (1,59,61).

2.4. Kolorektal Kanserlerin Önlenmesi

Kolorektal kanser riskini azaltan faktörler arasında bol sebze (özellikle çiğ ve yeşil sebzeler) yemek; nişasta, beta karoten ve lif içeren gıdalar tüketmek; aktif yaşam tarzına sahip olmak; Aspirin ve diğer NSAİ kullanmak; zeytinyağı, fındık yağı, balık yağı gibi oleik asit içeren yağları; kalsiyum, selenyum ve A, C, E vitaminlerini içeren gıdaları tüketmek yer almaktadır (60).

2.5. Kolorektal Kanserlerin Tedavi Yöntemleri

Kolorektal kanserlerin tedavisinde kullanılan yöntemler cerrahi, KT ve/veya RT'dir. Tümörün evrelendirmesi yapıldıktan sonra uygun tedavi yöntemine karar verilir (1,7,40).

Cerrahide amaç, tümörün ve tümörü besleyen bütün lenfatik ve vasküler yapıların çıkarılmasıdır. Kolonun lenfatik sistemi kolon ana arterlerine eşlik ettiği için cerrahi uygulanması gereken sınır, tümör bulunan bölgenin beslendiği arterlere göre çizilmektedir. Tümör ya da adenomla birlikte, aile öyküsü olanlarda tüm kolon risk altında olduğu için, subtotal ya da total kolektomi yapılacak şekilde rezeksiyon yapılması önerilmektedir (60).

Kolon ve rektum kanserlerinde uygulanan cerrahi tedaviler açık ya da laparoskopik olarak, tümörün yerleşimine göre farklılıklar göstermektedir (43,60,62).

2.5.1. Kolorektal Kanserlerde Adjuvan ve Neo-adjuvan Tedavi

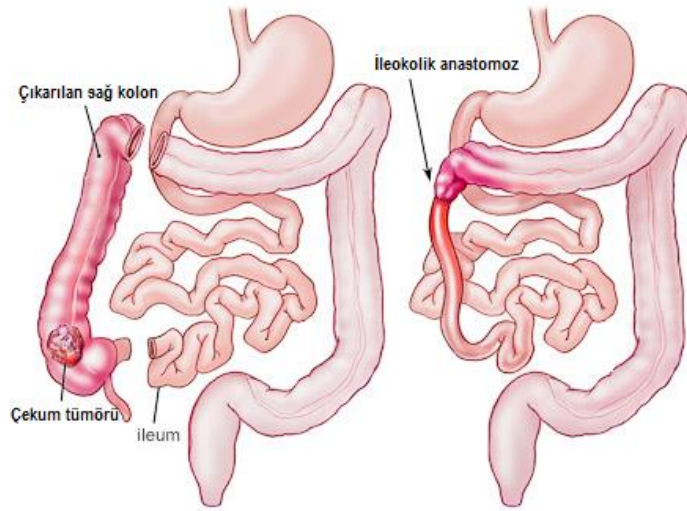
Erken evre rektum kanserli hastaların tedavisinin temeli cerrahidir. Ancak rektum çevresinde lenf nodu tutumu olduğu durumlarda, tümörün bulunduğu alanı sınırlayabilmek için cerrahi tedavinin yanında RT ve KT kullanılmaktadır. Tümörün bağırsak duvarındaki yerleşiminin derin, lenf nodu tutulumunun olduğu durumlarda lokal nüks riski artmakta olup, lokal nüks hastanın genel durumunu ve hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilemektedir. Kolorektal kanserlerde metastazı önlemek ve nüks gelişimini azaltmak amacıyla cerrahi tedavi sonrasında uygulanan sistemik KT'ye adjuvan KT; temiz cerrahi sınırlarla çıkarılması mümkün olmayan ileri evre kolorektal kanserlerde tümör eksizyonunu sağlayabilmek amacıyla cerrahi öncesi uygulanan KT'ye neoadjuvan KT adı verilir (1,43,60).

2.5.2. Kolon Kanserlerinde Cerrahi Tedavi

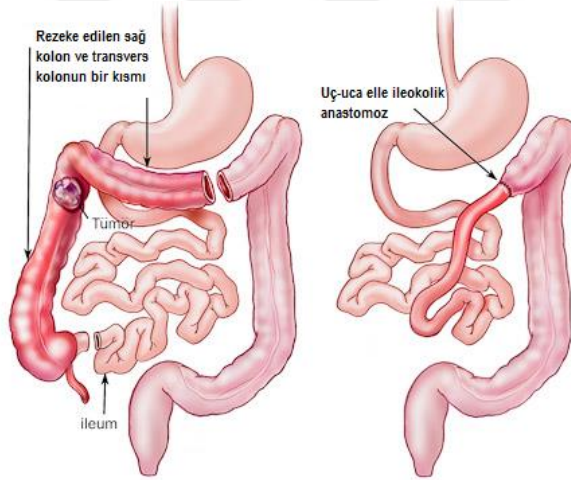
Kolon kanserlerinde uygulanan cerrahi tedaviler tümörün bulunduğu alana göre sol hemikolektomi, genişletilmiş sol hemikolektomi, sağ hemikolektomi, genişletilmiş sağ hemikolektomi, transvers kolektomi, sigmoid kolektomi, subtotal ya da total kolektomidir (60,62,63).

Sağ Hemikolektomi ve Genişletilmiş Sağ Hemikolektomi

Sağ hemikolektomi; çekum, çıkan kolon, hepatik fleksura ve transvers kolonun yarısına kadar olan anatomik bölgede yer alan tümörlerin çıkarılmasında uygulanır. Terminal ileumun son 10 cm'lik bölümü ve sağ kolon, üzerindeki omentumla beraber çıkarılır (Bkz. Resim 2.1.). Genişletilmiş sağ hemikolektomide ise sağ hemikolektomiye ek olarak distal transvers kolon da çıkarılır. Rezeksiyon yapıldıktan sonra, ileum ve transvers kolonun yan yana ya da uç uca anastomozu yapılır (Bkz. Resim 2.2.) (60,62).



Resim 2.1. Sağ Hemikolektomi¹.

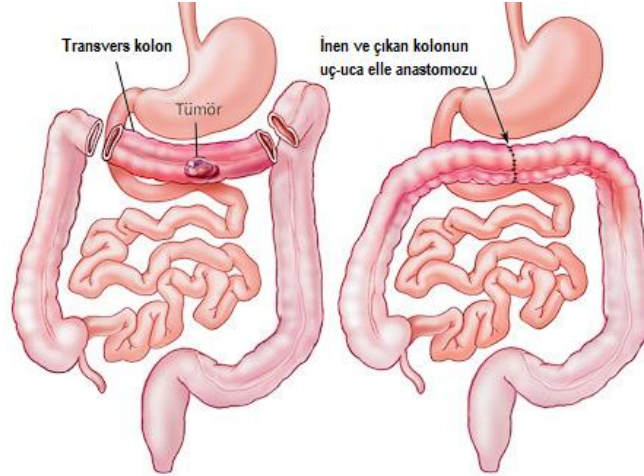


Resim 2.2. Genişletilmiş Sağ Hemikolektomi².

Transvers Kolektomi

Orta ve distal transvers kolonda yer alan tümörlerin çıkarılmasında uygulanır. Transvers kolon çıkarıldıktan sonra kolokolik anastomoz ya da splenik fleksurayı da içine alacak şekilde genişletilmiş sağ hemikolektomi yapılabilir. Bu işlem sonrasında inen kolon ile terminal ileum arasında anastomoz yapılır (Bkz. Resim 2.3.) (60,62).

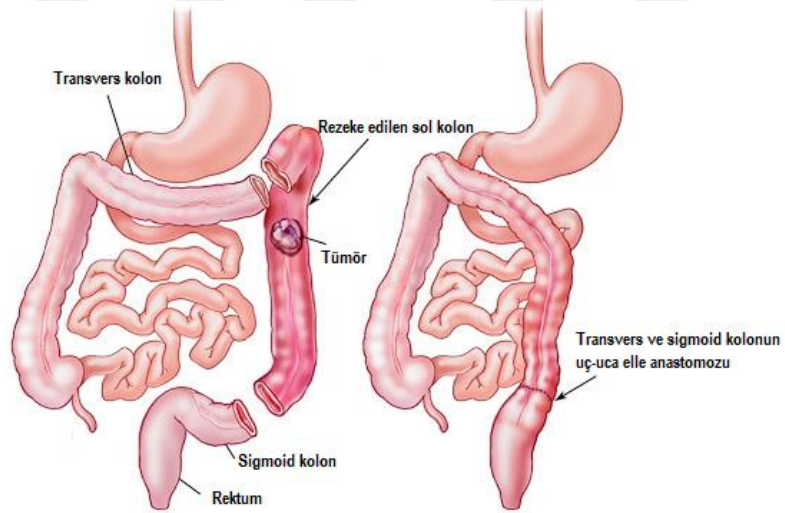
^{1, 2} The Johns Hopkins University (131)'den alınmıştır.



Resim 2.3. Transvers Kolektomi³.

Sol Hemikolektomi

Distal tranvers kolon, splenik fleksura ve inen kolon tümörlerinde sol hemikolektomi uygulanır. Bu rezeksiyondan sonra transvers kolonun proksimali ve sigmoid kolon arasında anastomoz yapılır (Bkz. Resim 2.4.) (60,62).

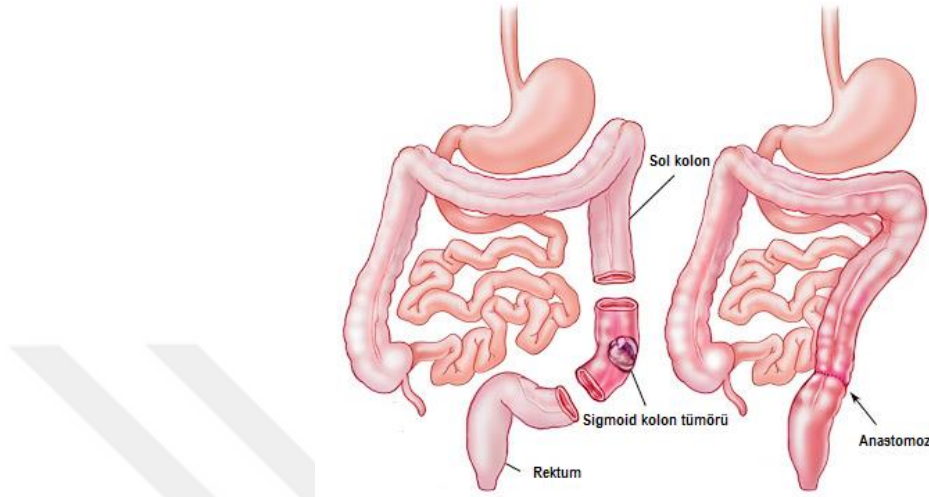


Resim 2.4. Sol Hemikolektomi⁴.

^{3, 4} The Johns Hopkins University (131)'den alınmıştır.

Sigmoid Kolektomi

Sigmoid kolon tümörlerinde uygulanır. Rezeksiyon sonrasında inen kolon ve rektum arasına anastomoz yapılır (Bkz. Resim 2.4.) (60,62).



Resim 2.5. Sigmoid Kolektomi⁵.

Subtotal ve Total Kolektomi

Distal sigmoid kolon ve proksimal 1/3 rektum hariç tutularak yapılan kolon rezeksiyonudur. Distal ileumdan sigmoid kolonun ortasına ya da distaline kadar rezeksiyon yapılır ve sonrasında ileosigmoid anastomoz (ileosigmoidostomi) uygulanır. Subtotal kolektomiye ek olarak tüm sigmoid kolonun çıkarılması (total abdominal kolektomi) işlemine ise total kolektomi adı verilir. Rezeksiyon sonrasında ileum rektum proksimaline (ileorektal anastomoz, ileorektostomi) ya da sigmoid kolona anastomoz edilir (60,64).

2.5.3. Rektum Kanserlerinde Cerrahi Tedavi

Rektumu çevreleyen, yapısında rektumun kan damarlarını ve lenfatiklerini içeren yağ dokusuna mezorektum adı verilmektedir. Rektum kanserlerinde tümörün, çevresindeki mezorektumun ve üreter, mesane, prostat ya da vajina gibi, tümörün

⁵ The Johns Hopkins University (131)'den alınmıştır.

yayılım gösterdiği komşu organların çıkarılması gerekmektedir. Rektum kanserlerinde uygulanan cerrahi rektal bölgede lokal nükse sebep olmamalı; tümör ve bağlantılı olduğu bölgesel lenf nodları tam olarak çıkarılmış olmalı; cerrahi sonrası bağırsak fonksiyon devamlılığı ve sfinkter yapısı korunmalı; anastomoz kaçağı, seksüel ya da üriner disfonksiyon gelişimine karşı özen gösterilmelidir (43,60,63).

Rektum kanserlerinde temel olarak uygulanan cerrahi teknikler TME ya da APR şeklinde uygulanan radikal rezeksiyon, yukarı (high) anterior rezeksiyon, aşağı (low) anterior rezeksiyon (LAR) ve transanal endoskopik mikrocerrahi (TEM) olarak gruplandırılabilir. Bu cerrahi tekniklerden yukarı anterior rezeksiyon, LAR, TME ve TEM (lokal eksizyon) sfinkter koruyucu cerrahi grubuna girerken, APR ya da diğer adıyla Miles' ameliyatı sfinkter koruyucu olmayan cerrahi kategorisinde bulunmaktadır (43,60,62,63).

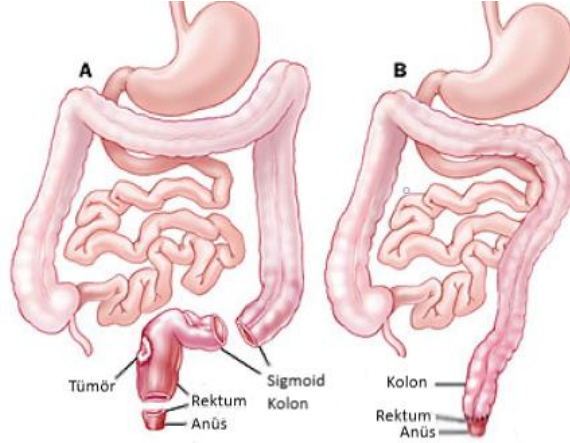
Sfinkter Koruyucu Cerrahi Teknikler

Rektum karsinomlarında rezeksiyon uygularken anal sfinkterin ve böylelikle fekal kontinansın korunması başlıca hedeflerden biridir. Rektum yerleşimli tümörlerde rektumun üçte birlik üst kısmında sfinkter koruyucu cerrahi teknikler rahatlıkla uygulanabilirken, üçte birlik orta kısmında uygulanacak cerrahi türü tartışma konusudur. Rektumun üçte birlik alt kısmında yerleşim gösteren tümörlerde sfinkter koruyucu cerrahi teknikleri kullanmak ise hastanın yaşam kalitesini arttırmakla beraber, lokal nüks riskini de arttırmaktadır (56,65,66).

Aşağı (Low) Anterior Rezeksiyon

Rektumun anatomik yapısı ve tümörün rektumda bulunduğu alan uygulanacak cerrahi yöntemin belirlenmesinde önemli rol oynar. Rezeksiyonun genişliği ve anastomozun düzeyi tümörünün yerleşim yerine göre değişir. Sigmoid kolon ve rektumda yerleşim gösteren tümörlerin transabdominal yoldan çıkarıldığı ameliyatlar anterior ya da aşağı anterior rezeksiyon ameliyatlarıdır ve bu ameliyat rektumun üst ve orta seviyesinde yerleşim gösteren tümörlerde uygulanabilmektedir. Rektum çıkarıldıktan sonra anastomoz yapılan bölgenin peritoneal refleksiyonun üzerinde kaldığı ameliyatlar anterior rezeksiyon, peritoneal refleksiyonun altında kaldığı ameliyatlar ise aşağı anterior rezeksiyon olarak adlandırılır. Kadınlarda vajene,

erkeklerde prostat ve vezikula seminalislere kadar disseksiyon yapıp rezeksiyon gerçekleştirilir (Bkz. Resim 2.6.). Rektum kanserlerinde tanılama ve evreleme çalışmalarını takiben, neoadjuvan tedavinin gerekli olup olmadığına karar verilmelidir (43,60).



Resim 2.6. A: Low Anterior Rezeksiyon, **B:** Koloanal anastomoz⁶.

Total Mezurektal Eksizyon

Mezurektum, endopelvik fasyanın mezorektal fasya adı verilen visseral yaprağı ile bir kılıf gibi sarılmıştır. Böylece mezorektum, mezorektal fasya ile çevre dokulardan ayrılır. Mezorektal fasya, tümör yayılımı açısından bariyer görevi yapmakta ve tümör yayılımını engellemektedir. TME, orta ve aşağı seviyeli rektum kanserlerinin cerrahi tedavisinde kullanılmaktadır. Bu işlemde rektum, mezorektum ve mezorektal fasya ile beraber bir bütün olarak çıkarılmaktadır. Orta ve distal rektumda gelişen kanserlerde TME uygulanmasının nedeni, tümörün embriyolojik olarak son bağırsak mezenterisi içinde sınırlı kalmasıdır (63).

Lokal Eksizyon / Transanal Endoskopik Mikrocerrahi

Rektumun son 10 cm'lik kısmında yerleşmiş olan tümörler sıklıkla transanal yolla çıkarılırken, TEM'de minimal invaziv yolla daha üst seviyelerde yerleşmiş olan

⁶ The Johns Hopkins University (131)'den alınmıştır.

lezyonlara ulaşılabilir. TEM, distal lezyonlara ulaşmanın güç olduğu, özel ekipmanlar ve kapsamlı eğitim gerektiren, pahalı bir cerrahi teknik olması nedeniyle kullanımı yaygın değildir. Bununla birlikte kullanılan ekipmanların çapının geniş olması nedeniyle anal sfinkterde geçici fonksiyonel bozulmaya yol açması da bir diğer negatif yönüdür (43,60).

İntersfinkterik Rezeksiyon Koloanal Anastomoz

Rektum kanserlerinde tümör yerleşiminin anüsten itibaren 7 cm ve altında olduğu durumlarda, kalıcı stoma açılmasından kaçınılmakta ve anal fonksiyonların korunması amaçlanmaktadır. İntersfinkterik rezeksiyon, perineal ya da transabdominal yaklaşımla yapılabilen, 0-5 cm'e kadar rektumun çok aşağı seviyelerinde yerleşim gösteren tümörlerde rezeksiyon yapılarak, hastanın dışkılama fonksiyonunu korumaya yönelik uygulanan internal anal sfinkterin rezeksiyonunu ve kolon ile anal kanal anastomozunu kapsayan tekniktir. Anal sfinkteri koruyarak, hastanın dışkılama fonksiyonunu kaybetmesini önleyen bu yöntem, rektumun çok alt seviyelerini tutan tümörlerde APR'ye alternatif olarak görülmektedir (62,63,67,68).

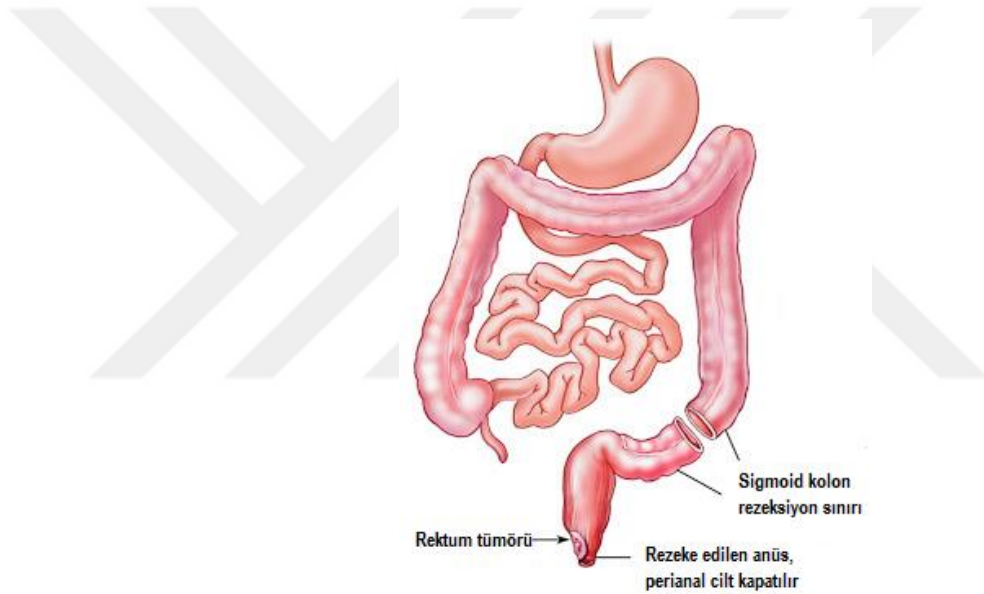
Sfinkter Koruyucu Olmayan Cerrahi Teknikler

Rektum kanserlerinde cerrahi sonrasında bağırsak devamlılığının sağlanması başlıca hedeflerden olmakla birlikte, tümörün yerleşim gösterdiği alana göre anal sfinkteri korumak her zaman mümkün olmamaktadır. Başlıca hedef ostomiden kaçınıp anal sfinkteri korumak olduğunda, tümör tam olarak çıkarılamamakta ve lokal nüks riski artabilmektedir (43,69).

Abdominoperineal Rezeksiyon

APR, anal girimden itibaren 0-5 cm aralığında yerleşim gösteren distal rektum tümörlerinde tümörün, lenf nodlarının, anal kanalın ve anüsün çıkarılıp kapatılması işlemidir (Bkz. Resim 2.7.). Erken evre rektum tümörlerinde sağ kalım açısından başarılı sonuçlar vermektedir. Bu ameliyattan sonra üriner ya da cinsel fonksiyonların etkilenmesi ve perineal alanda yara iyileşmesinde bozukluk gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Tümör çıkarıldıktan sonra distalde temiz cerrahi sınırın kaç cm olması gerektiği ile ilgili konu tartışmalı olmakla birlikte, anal girimden itibaren 5

cm'lik alana kadar olan tümör yerleşimlerinde APR uygulanmaktadır. Bununla birlikte Mentesh (70)'in belirttiğine göre, tümör çıkarıldıktan sonra distal sınırın 1-2 cm olmasının lokal nükse neden olmadığını vurgulayan çalışmalar da mevcuttur. Bu nedenle rektum kanserlerinin cerrahi tedavisinde tümörün yerleştiği bölgenin distal ucundan 2 cm kadar aşağıya inilerek rezeksiyon yapılması ve sonrasında kalıcı kolostomi açılması yeterli görülmektedir. Ameliyat öncesi dönemde stomaterapi hemşiresi tarafından stoma alanı işaretlemesi yapılmalı, ameliyat sonrası dönemde stomaterapi hemşiresi tarafından hasta ve ailesine stoma bakım eğitimi verilmelidir. Literatürde bu ameliyattan sonra %50,0'ın üzerinde üriner ve %16,0 oranında perineal yara komplikasyonları geliştiği bildirilmiştir (43,67,69–71).



Resim 2.7. Abdominoperineal Rezeksiyon⁷.

2.5.4. Kolorektal Kanserlerde İntestinal Stomalar

Bağırsak stoması deri yüzeyi ile gastrointestinal sistem arasında çeşitli nedenlerle oluşturulmuş doğal olmayan bir yoldur. Stomalar geçici ya da kalıcı amaçlarla oluşturulabilirler. Özellikle kalıcı stomalar, bireyin günlük yaşamının bir

⁷ The Johns Hopkins University (131)'den alınmıştır.

parçası olacağı için yerinin seçilmesi ve cerrahisi konusunda özen gösterilmesi gerektirmektedir. Kalıcı stoma uygulanacak hastalara ameliyat öncesi dönemde stoma ve stoma ürünleri hakkında bilgi verilmeli, hastanın tüm soruları cevaplanmalıdır (13,19,72).

Stoma Alanının Belirlenmesi

Stoma oluşturma'nın ilk ve en önemli adımı stoma için uygun yer seçimidir. Bunun için hasta ameliyat öncesi stomaterapi ünitesine yönlendirilerek kalıcı stoma yerinin stomaterapi hemşiresi tarafından işaretlenmesi sağlanmalıdır (43,69,70).

Stoma için uygun alan belirlenmesi obez veya zayıf hastalar için çok farklıdır. Çoğu zaman stoma ayakta iken ideal yerde olmasına rağmen, oturur pozisyondayken belirlenen alan uygun olmamaktadır. Bu nedenle hasta stoma için hem ayakta hem de oturur pozisyonda işaretlenmelidir. Stoma yeri kasık bölgesi, kosta kenarı, göbek, deri katlantıları, daha önce geçirilmiş batin ameliyatlarına bağlı skarlar ve kemer çizgisinden uzak olmalıdır. Stoma çevresinde 5 cm çapta sağlam ve düz deri olması en uygundur. Genelde en uygun yer göbek, pubis ve spina iliaka anterior süperiorun köşelerini oluşturduğu hayali üçgenin merkezidir. İşaretlenen bu yere ameliyat öncesinde stoma torbası adaptörü yapıştırılarak hasta ayakta, oturur ve eğilir pozisyondayken kontrol edilmelidir. Hastanın deri çizgilerine, yağlanma nedeniyle deri katlantılarına ya da giyim tarzına göre stoma yerini kaydırmak gerekebilir. Gerekirse adaptör 24 saat yerinde bırakılmalı ve hastanın görüşü alınmalıdır (40,72).

İleostomi, Türleri ve İleostomiye Bağlı Gelişebilecek Komplikasyonlar

İnce bağırsağın son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılmasına ileostomi denir (73). Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı gibi inflamatuvar bağırsak hastalıkları, AAP, multiple kolon kanserleri veya polipleri, travma veya konjenital anomalilerin cerrahi olarak tedavi edilmesinin ardından ve ileoçekal bölgede perforasyona neden olmuş, anastomoz yapmaktan kaçınılan gecikmiş operasyonlardan sonra distaldeki anastomozu korumak için sıklıkla ileostomi açılmaktadır (40).

İleostominin türü, uç (Brooke) ileostomi, loop ileostomi, kontinan (kock poşu) ileostomi, çifte namlusu ileostomi (Mikulicz)/ çifte namlusu ileostomi-kolostomi (Lahey-Mikulicz) şeklinde olabilir (40).

Uç (Brooke) ileostomi; İnflamatuvar bağırsak hastalıkları, AAP ya da kolon kanserleri nedeniyle uygulanan total proktokolektomi sonrasında 5-6 cm'lik ileum sonu karın duvarına ağızlaştırılır. Uç ileostomi kalıcı türde uygulanmaktadır (40).

Loop ileostomi; Kolon tıkanmalarında ya da distaldeki bir anastomozu korumak için uygulanabilir. Karın duvarındaki açıklık hazırlandıktan sonra karın duvarından rahatça çıkacak uzunlukta bir terminal ileum bölümü, mezenterinde açılan küçük bir delikten geçirilen bir dren ya da baget (Penrose ya da Nelaton) aracılığıyla dışarı alınır. Stoma altındaki dren/ baget ameliyattan 5-7 gün sonra çekilir (40).

Kontinan (Kock poşu) ileostomi; Kontinan türde bir uç ileostomi türüdür. İlk kez 1967'de total proktokolektomi yapılan bir hastada Dr. Nils Kock tarafından uygulanmıştır. Ülseratif kolit ve AAP hastalarında standart ileostomiye alternatif olarak kullanılmaktadır. Terminal ileumdan oluşturulan 15 cm'lik parça ile bir poş ve 12 cm'lik terminal ileum parçasından kontinant bir valv oluşturulmaktadır. Boşaltımın sağlanması için poş günlük olarak drene edilmelidir. Bu ileostominin valvin kontinansı yitirmesi ya da prolapsusu, fistül gelişimi, volvulus, perforasyon ve poşitis gibi komplikasyonları vardır (40,74,75).

Çifte namlusu (Mikulicz) ileostomi; Genellikle ileal poş, travma, Crohn hastalığı ya da ince bağırsak tümörleri nedeniyle ileum rezeksiyonu yapıp ileostomi açıldıktan sonra görülen geç dönem ileal anastomoz kaçaklarında kullanılmaktadır. Bu yöntemde proksimal ve distal ileum uçları karın duvarında aynı delikten çıkarılır. Bu ileostominin kapatılması loop ileostomiye göre daha kolay olduğu için tercih edilebilmektedir (40,74).

Çifte namlusu (Lahey-Mikulicz) ileostomi-kolostomi; Crohn hastalığında, tedavi için geç kalınan sağ kolon tümörlerinde, divertikül ya da sağ kolon perforasyonunda, gecikmiş sağ kolon travmasında, sağ kolonda bulunan yabancı cisimler nedeniyle ve sağ hemikolektomi sonrasında görülen anastomoz kaçaklarında uygulanmaktadır. Genellikle distal ileum ve transvers kolon çifte namlusu şeklinde aynı stomadan deriye ağızlaştırılmaktadır. Dikkatli cerrahi tekniğe ve iyi enterostomal hemşirelik hizmetlerine karşın ileostomi komplikasyonlarına %40,0 oranında

karşılaşılmaktadır. İleostomi açılması sonrasında bağırsak tıkanıklığı, stomal iskemi, mukokütanöz ayrılma, stenoz, retraksiyon, prolapsus, parastomal herni, fistül gelişmesi, deri irritasyonu, kötü koku, diyare, üriner taş oluşumu, safra taşı oluşumu, ülserasyon ve varis kanaması gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir (40,74).

Kolostomi, Türleri ve Kolostomiye Bağlı Gelişebilecek Komplikasyonlar

Gaitanın kalıcı veya geçici olarak anüs dışında doğal olmayan bir yoldan atılmasını sağlayan, kolonun ameliyatla karın duvarına ağızlaştırılmış şekline kolostomi denir. Kolostomi acil durumlarda hayat kurtarmak ya da anastomoz hattını korumak için açılabilir. Bunun yanında uygulanacak cerrahi girişimde anüsü tamamen ortadan kaldırma gerekliliği varsa ya da cerrahi sonrası anüsün kullanılmaması gerekiyorsa da kolostomi açılabilir. Kolostomi açılma amaçları arasında tıkanmış ve distansiyon gelişmiş kolonu dekomprese etmek; perforé olmuş, travmatik, inflamasyonlu ya da tıkaçıcı bir lezyonun rezeksiyonundan önce fekal diversiyon sağlamak; APR sonrasında anüs görevi gören bir alan oluşturmak; patolojinin bulunduğu kolon segmenti çıkartıldıktan sonra gaita çıkışını sağlamak (Mikulicz kolostomi ya da Hartmann operasyonu); distal bölgede bulunan anastomozu korumak; çeşitli nedenlere bağlı fekal inkontinans tedavisi etmek, Fournier gangreni gibi şiddetli perineal sepsis veya anal sfinktere uygulanacak cerrahi girişimler nedeniyle fekal diversiyon sağlamak yer almaktadır (7,27,43,72,74).

Bu amaçlar doğrultusunda geçici ve kalıcı kolostomi olmak üzere iki tür kolostomiden söz etmek mümkündür.

Geçici kolostomi; kolon tıkanmaları, bağırsak perforasyonu, bağırsaklarda görülen doğumsal anomaliler, bağırsaklara uygulanan bir işlem sonrasında güvenli iyileşmesinin sağlanması, ciddi anüs hastalıkları ve yaralanmalarında uygulanabilmektedir (7,27,40).

Kalıcı kolostomi; anüsün veya kolonun son kısmı ve anüsün çıkarılmasının gerektiği, anüs kas yapısının fonksiyon göremediği durumlarda ve kolonun son kısmında kalıcı olarak gelişen hastalıklarda tercih edilmektedir. Kolostominin türü, uç, loop, uç-loop, çift namlusu (Mikulicz), Bishop-Koop, Hartmann veya Miles' kolostomi ya da çekostomi şeklinde olabilir (27,40).

Uç kolostomi: APR sonrasında, şiddetli gaita inkontinansı olduğu durumlarda, rektum tutulumlu ve tedaviye yanıt vermeyen Crohn hastalığında ve paraplejik hastalıklar sebebiyle geçici veya kalıcı olarak uygulanabilir. Stomanın iyi çalışması için dışarı alınmış bağırsak uzunluğunun 3,0-3,5 cm olması önerilmektedir. Stoma boyu daha kısa olursa stoma retraksiyonu görülme riski vardır (40,74).

Loop kolostomi: Transvers, bagekli, bagetsiz ya da uç-loop kolostomi şekillerinde uygulanabilir. Transvers loop kolostomi; kolonda obstrüksiyon, travma, distalde bulunan anastomoz veya perineal yaralar sebebiyle geçici fekal diversiyon sağlanmasının gerektiği durumlarda uygulanır. Loop kolostomiler genellikle sağ üst kadrandan yapılabilmeyle birlikte, sol üst kadrandan transvers kolon ile ya da sol alt kadrandan sigmoid kolon ile de yapılabilir (40,74).

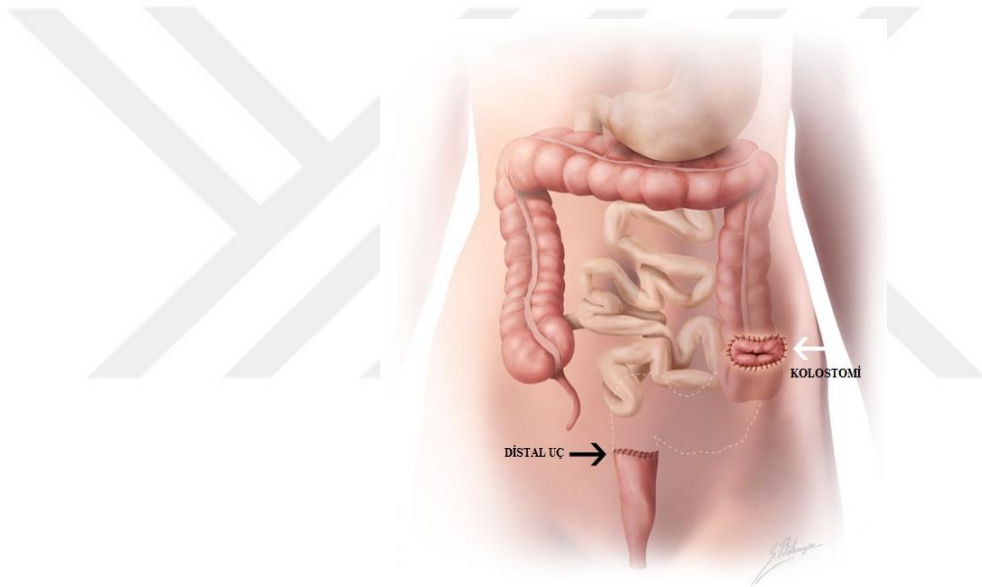
Çekostomi: Günümüzde ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlar nedeniyle son seçenek olarak kullanılmaktadır. Stoma bakımının zorluğu, paryetal periton ile çekumun ayrılması sonucunda periton boşluğuna fekal bulaş ihtimali, dekompresyon ve diversiyon sağlama açısından transvers loop kolostomiye göre başarı şansının daha az olması ve tüp çekostomiye bağlı kateter etrafındaki ciltte sorunlar görülebilmesi nedeniyle tercih edilmemektedir. Tüp çekostomi ise ameliyat sonrası bakımın zor olması ve tüpün tıkanma riski nedeniyle nadir olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte yaşlı, bağımlı, kolon perforasyonu riski ya da distal kolon kanseri tanısı olan bazı hastalarda uygulanabilir (40,74).

Çifte namlusu (Mikulicz) kolostomi: Çıkarılan bağırsağın hem proksimal (fonksiyonel kısım) hem de distal ucunun (distal müköz fistül) karın cildine ağızlaştırıldığı stoma tipidir. Genelde transvers kolon ve sigmoid kolon lezyonlarında, kolon tümörlerinin obstrüksiyona neden olduğu durumlarda ve kolon yaralanmalarının gecikmiş tedavisinde tercih edilir. Lezyonun olduğu kolon çıkarıldıktan sonra kalan kolon uçları aynı stomadan çifte namlusu gibi çıkarılır. Loop kolostomiye göre kapatılması daha kolaydır ve hacmi daha küçüktür (40,74,75).

Bishop-Koop kolostomi: Genellikle sağ kolon veya divertiküllere bağlı perforasyonlarda, Crohn hastalığında, sağ kolon yaralanmalarının tedavisinin geciktiği durumlarda, sağ hemikolektomi kaçaklarında ve sağ kolon veya distal ileumu içeren strangüle inguinal hernilerde tercih edilmektedir. Bu kolostomi türünde sağ

hemikolektominin ardından ileum, transvers kolonun 7-8 cm distaline uç yan olacak şekilde anastomoz edilir ve karın sağ üst kadrana stoma açılır (40,74).

Hartmann kolostomi: Hartmann ameliyatı ilk kez Hartmann tarafından 1923 yılında rektum kanserinin cerrahi tedavisi için kullanılmıştır. Bu kolostomide sigmoid kolon çıkarıldıktan sonra distal uç kendi üzerine gömülür ve proksimal uç, uç kolostomi şeklinde karın duvarına ağızlaştırılır (Bkz. Resim 2.8.). Rektosigmoid alanda ya da rektumun 1/3'lük üst bölümünde yer alan obstrüksiyona ya da perforasyona neden olan tümörlerde, sigmoid volvulusta, perforasyonun eşlik ettiği divertiküler hastalıkta ve distal sigmoid kolon yaralanmalarında tercih edilmektedir (74).

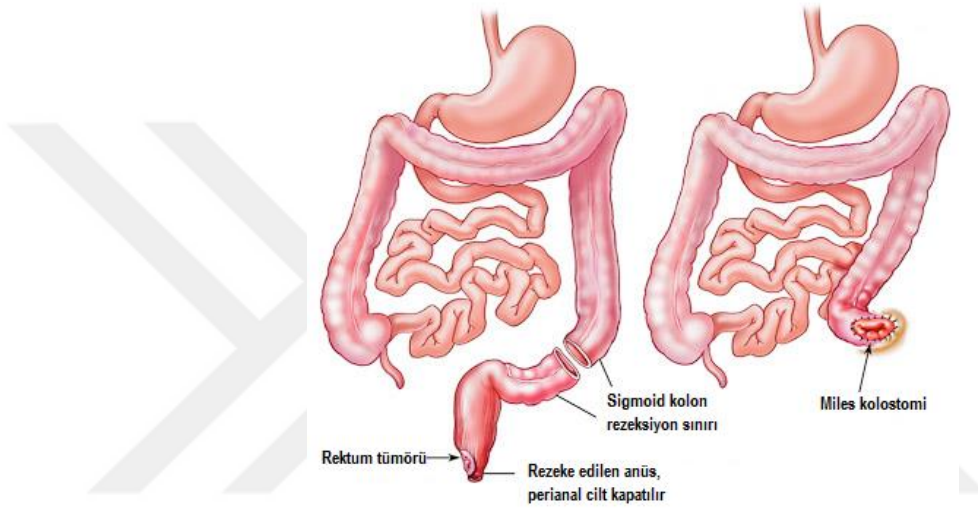


Resim 2.8. Hartmann's Kolostomi⁸.

Kolostomi açılmasını takiben gelişebilecek komplikasyonlar, stomanın uygun alana açılmaması nedeniyle torbadan gaita sızıntısı olması, iskemi, retraksiyon, stenoz, prolapsus ve parastomal hernilerdir (40,72).

⁸Terrone (132)'den alınmıştır.

Miles kolostomi: Bu kolostomi çeşidi kalıcı türde olup, APR sonrasında açılmaktadır (Bkz. Resim 2.9.). Kalıcı kolostomi nedeniyle ameliyat sonrası dönemde meydana gelen morbidite oranı yüksektir. Menteş (70)'in belirttiğine göre, hastaların %18,0'ı üriner disfonksiyon, %66,0'ı stoma kenarından kaçak ve %67,0'ı seksüel disfonksiyon yaşadıklarını belirtmektedir ve hastaların %40,0'ı ameliyat öncesi işlerine geri dönebilmektedir. Sfinkter koruyucu cerrahi ile karşılaştırıldığında, bu hastalar stoma nedeniyle daha fazla fiziksel ve psikososyal sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar (43,67,69).



Resim 2.9. Miles' Kolostomi⁹.

2.6. Kolostomiyle Yaşam Sırasında Karşılaşılan Güçlükler ve Çözüm Önerileri

Stomalı bireyler yaşam kalitelerinin azalmasına sebep olan fiziksel, sosyal, bilişsel ve duygusal açıdan birçok sorunla karşılaşmaktadır. Bu sorunlar bireylerde sosyal izolasyona, kişilerarası ilişkilerinin zayıflamasına, benlik saygılarında ve yaşam kalitelerinde azalmaya neden olmaktadır (7,9,14,15,22,24,25).

⁹ The Johns Hopkins University (131)'den alınmıştır.

Bu bölümde kolostomisi olan bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen ve stomaya uyumunu zorlaştıran sızıntı, koku, diyare ve konstipasyon oluşumu; ibadet etme, beden imgesinin bozulması, banyo yapma, fiziksel aktivite, seyahat etme, giyinme ve cinsel yaşamda karşılaşılan sorunlar ile çözüm önerileri tartışılmıştır.

2.6.1. Diyare ve Konstipasyon

Kolostomisi olan bireylerin ameliyat öncesi dönemde olduğu gibi, ameliyat sonrası dönemde de konstipasyon ya da diyare şikâyetleri olabilmektedir. Hareketsizlik, lifli ve posalı gıdaların az alınması, yetersiz sıvı alımı ve kodein gibi bazı ağrı kesici ilaçlar konstipasyona neden olurken; bakteriyel ya da viral enfeksiyonlar, iyi yıkanmamış sebze ve meyve tüketimi, antibiyotik/ KT/ RT tedavisi alıyor olmak ise diyare yaşanmasına yol açabilmektedir. Literatürde kolostomisi olan bireylerde konstipasyon ve diyare sorunlarına çok sık rastlanmadığı ifade edilmektedir (76,77). Grumann ve ark. (77) tarafından yapılan bir çalışmada; kolostomisi olan bireylerin ameliyat öncesi ve sonrası dönemde konstipasyon ve diyare yaşama oranları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada APR ameliyatı olan bireylerin ameliyat öncesi dönemde ortalama 7,5'inde konstipasyon ve ortalama 16,6'sında diyare görülürken, kolostomi açılmasından 6-9 ay sonra ortalama 1,6'sında konstipasyon ve ortalama 10,0'unda diyare görüldüğü belirlenmiştir.

Diyare ve Konstipasyona Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Stomalı bireylerde eşlik eden bir patoloji olmadığı durumlarda gelişebilen diyare ve konstipasyon, bireyin beslenmesinin düzenlenmesi ile kontrol altına alınabilmektedir. Diyare görüldüğü durumlarda kuru üzüm ve olgunlaşmamış meyvelerin; kola, çay, kahve gibi içeceklerin; lifli, çok yağlı ve baharatlı besinlerin tüketimini azaltmak; beyaz pirinç, muz, patates püresi, elma suyu, beyaz peynir, fıstık ezmesi, şeftali gibi dışkı kıvamını arttıracak gıdaları tüketmek gerekmektedir. Kemoterapi nedeniyle görülen diyarede sıvı alımı bulantıyı arttıracığı için bulantı giderici ilaçların düzenli olarak kullanılması gerekmektedir. Diyare potasyum kaybına neden olduğundan, yüksek oranda potasyum içeren portakal suyu, patates, muz, soya fasulyesi, avokado, nar ve şalgam gibi besinlerin tüketilmesi önerilmektedir.

Konstipasyon gelişmesi durumunda ise beyaz ekmeğin ve buğday ekmeğinin, az pişmiş kahverengi veya beyaz pirincin; elma püresi, yer fıstığı ve muz gibi besinlerin alımını azaltıp; günlük tüketilen sıvı ve taze sebze, meyve miktarını arttırmak, kepek ekmeği tüketmek, kuru meyve ve kuru yemişleri çok iyi çiğnemek önerilmektedir. Bununla birlikte stoma ile yaşam sırasında sağlıklı bağırsak alışkanlığı edinmek için stresten uzak durulmalı, her gün egzersiz yapılmalı ve besin hijyenine önem verilmelidir (27,78,79).

2.6.2. Sızıntı

Stoma torbasından sızıntı olması stomalı bireylerin sıklıkla yaşadığı sorunlardan biridir (78,80). Bununla birlikte sık görülen bu sorunun normal kabul edilmemesi ve önleyici girişimlere uyum sağlanması önerilmektedir. Gooszen ve ark. (80) tarafından yapılan bir çalışmada; stomal retraksiyonu olan ileostomili ve kolostomili hastaların tamamı stoma torbasından sızıntı olduğunu ve bundan dolayı kendilerini sosyal ortamlardan izole ettiklerini dile getirmişlerdir. Bununla birlikte aynı çalışmada, ameliyat öncesi stoma alanı işaretlenemeyen ve eğitim verilemeyen acil cerrahi hastalarında sızıntı, koku oluşumu gibi sorunların ve buna bağlı olarak sosyal izolasyonun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Stoma içeriğinin cilde sızması, adaptörün altında kalan cildin ıslak kalmasına ve deri irritasyonuna neden olmaktadır (23,78). McKenna ve ark. (81) tarafından yapılan bir çalışmada ameliyat öncesi dönemde stoma alanı işaretlenmeyen hastalarda sızıntı ve peristomal cilt irritasyonunun daha sık görüldüğü ve bu hastaların stoma ilişkili yaşam kalitesi puanlarının işaretleme yapılan hasta grubuna göre daha düşük bulunduğu ifade edilmiştir.

Sızıntıya Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Stoma torbaları uygun şekilde kullanıldığında dışkı sızıntısı olması beklenmemektedir. Ancak ameliyat sonrası dönemde büyük ve şişkin olan stoma, 6-8 hafta içinde küçülmeye başlar ve bu küçülme bir yıla kadar devam edebilir (82). Bu süre içinde stoma çapı ölçülmeli ve bu ölçüye uygun stoma torbası kullanılmalıdır. Dışkı sızıntısını engelleyecek öneriler arasında; uygun stoma torbasının kullanılması, adaptörün boyutunun stomayı içine alacak ve cilt görünmeyecek şekilde kesilmiş

olması ve doğru yerleştirilip iyi sabitlenmesi, stoma etrafında pasta kullanılması, adaptörün yapıştırılacağı cildin temiz ve kuru olması, çift parçalı adaptör sistemi kullanılması ve adaptör sisteminin 3 ile 7 gün arasında rutin olarak değiştirilmesi, torbaya gaz ya da gaita dolduğunda sızıntı ihtimali artacağı için torbanın üçte birlik kısmı dolduğunda boşaltılması ya da değiştirilmesi, adaptörün cilde iyi yapışmasını sağlamak için peristomal alanın kuru tutulması ve peristomal kılların tıraş makinesi ya da makas kullanılarak kesilmesi yer almaktadır. Literatürde stoma retraksiyonu olan bireylerin daha sıklıkla deneyimlediği sızıntı sorununa yönelik olarak, bu bireylerin konveks adaptör sistemi kullanmaları da öneriler arasındadır (23,77,78,80,83). Buna rağmen sızıntı olması durumunda dışkı temiz bir bezle su kullanılarak silinmeli ve torba yenilenmelidir. Stomalı bireylere, dışarıdayken sızıntı olma ihtimaline karşı, yanlarında yedek stoma torbası ve iç çamaşırı taşımaları ve sızıntı görülme ihtimalini azaltmak için ostomi kemeri kullanmaları önerilmektedir (27,78,82,84).

2.6.3. Banyo Yapma

Stoması olan bireyler için banyo yapmak bir sorun olarak görülebilmektedir. Bu bireyler banyo yapma esnasında gaita çıkışından ve banyo yapmanın stomalarına zarar vereceğinden endişe duyduklarını ifade etmektedirler (27,85). Cengiz ve ark. (85) tarafından yapılan bir fenomenolojik çalışmada; bazı stomalı hastalar torba değişimi yapacakları gün banyo yaptıklarını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada geçici ileostomisi olan bir kadın hasta, banyo öncesinde stomasını ince bir film tabaka ile örttüğünü belirtmiş ve stoma ile banyo yaparken yaşadığı güçlükleri *“Banyo yapmak zor. Her gün banyo yapmak istiyorum, fakat bunun stomamı etkileyip etkilemeyeceğini bilmiyorum. Sadece torba değişimi yapacağım günlerde banyo yapmamın nedeni bu. Stomamın etrafında bir kızarıklık var, biliyorum ki hemşire buraya bir krem uygulayacak, fakat ben bu ilacın etkisini görebilmek için duş alamayacağım.”* şeklinde ifade etmiştir. Bununla birlikte bu çalışmada stoma torbası takılıyken ya da takılı değilken banyo yapmakta herhangi bir zorluk yaşamadığını ifade eden bireylerin olduğu da belirtilmiştir.

Banyo Yapmaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Stoma torbası ile ya da torbayı çıkararak banyo yapılabilir. Stoma torbaları suya dayanıklı olmakla birlikte zaman zaman banyo yaparken yerinden çıkma ya da oynama ihtimali bulunmaktadır. Gaita ciltte iritan etki gösterebileceği için, cilt temizliğinde stoma torbasının adaptör ile birlikte çıkarılması ideal olan yaklaşımdır. Bununla birlikte adaptörün ciltte 3 ile 7 gün arasında kalabileceği de unutulmamalıdır. Hemşire hastanın stoma torbası takılı değilken gaita çıkışı olma ihtimaline karşı banyo saatini, kolostominin en az aktif olduğu saate göre ayarlanmalı ve bu doğrultuda hastayı bilgilendirmelidir. Birçok stomalı birey banyo için en iyi zamanın sabah bir şeyler yemeden ya da içmeden önce olduğunu ifade etmektedir. Stoma, kanlanması yoğun olan bir alan olduğundan banyo sırasında stomada kanama olması beklenen bir durum olup, hemşire bu konuda hastaya bilgi vermelidir. Hemşire, stomanın temizliğinde sabun ve su kullanmalı, banyodan sonra stomanın etrafındaki cilde adaptörün yapışmasını engelleyecek yağlı kremler ya da losyonlar sürmemelidir. Banyodan sonra stoma ve çevresini kurutmak için saç kurutma makinasının soğuk ayarı kullanılabilir. Bu işlem 5 dakikayı geçmemeli ve makinanın stomadan 15-20 cm uzakta olduğundan emin olunmalıdır. Ancak stoma alanında kızarıklık ya da yara mevcutsa saç kurutma makinası kullanılması önerilmemektedir (27,84,86). Hemşire hasta taburcu olmadan önce taburculuk eğitimi içinde banyo yapma konusunu da almalı; evde bakım ve izlemlerinde hastanın karşılaştığı sorunları, yaşadığı endişe ve korkularını azaltmaya yönelik girişimlerde bulunmalıdır.

2.6.4. Giyinme

Stoması olan bireylerin birçoğu eski kıyafetlerini giyemediklerini ifade etmektedirler. Stoma torbasının kıyafetten belli olması, kemerin stomanın üzerini kapatması, torbaya ani gaz doluşunun kıyafetten belli olması gibi nedenler kıyafet seçimi konusunda stomalı bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Juul ve ark. (87) tarafından 169 intestinal stomalı birey üzerinde yapılan çok merkezli bir çalışmada; bireylerin yaşadıkları sorunu “*Stoma torbam, kıyafet seçimimi kısıtlıyor.*” şeklinde ifade ettikleri bulunmuştur. Bununla birlikte aynı çalışmada, sıcak iklimlerde yaşayan bireyler, ince kıyafetlerin gizliliği engellediğini belirtmiştir.

Giyinmeye Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Hemşire, hastayı stoma ameliyatından sonra özel kıyafetlere gereksinim duyulmadığı, ancak kıyafet seçimi yaparken bazı noktaların göz önünde bulundurulması gerektiği konusunda bilgilendirmelidir. Bunlar arasında; stoma bel hizasında ise kemerin stoma üzerine değil stomanın altına ya da üstüne gelmesi, kıyafetin bağırsak fonksiyonlarını engelleyecek kadar dar olmaması, bedene uygun kıyafetler giyilmesi, stoma torbasını destekleyerek güven vereceği için pamuklu ya da streç iç çamaşırları giyilmesi yer almaktadır (27,88).

2.6.5. Fiziksel Aktivite

Kolostomisi olan bireyler ameliyat sonrası dönemde günlük aktivitelerinde azalma olduğunu ve stomalarına zarar vereceği endişesiyle egzersiz yapmaktan çekindiklerini ifade etmektedir (50,89,90). Dabirian ve ark. (89) tarafından son 6 ay içinde kolostomi açılmış olan bireylerle yapılan bir çalışmada; katılımcıların çoğu kolostomi açıldıktan sonra fiziksel aktivitelerinin kısıtlandığını, günlük olarak yaptıkları sıradan işlerin azaldığını ve ağırlık kaldırma konusunda kendilerini kısıtladıklarını belirtmişlerdir.

Fiziksel Aktiviteye Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Hemşire, hastaya ameliyat sonrası dönemde ameliyat öncesinde yapılan spor ve aktivitelere yavaş yavaş geri dönebileceği; ancak ağırlık kaldırma, futbol, karate, boks ve güreş gibi sporların, stomaya zarar verebileceği için önerilmediği bilgisini vermelidir. Ağır kaldırma özellikle ameliyattan sonraki üç ay içinde parastomal herni gelişmesine neden olabilmektedir. Ancak iyileştikten sonra küçük çocukları ya da market torbası gibi hafif nesneleri kaldırmada herhangi bir problem bulunmamaktadır. Koşu ya da zıplama gibi aktif sporları yaparken, stoma torbasını vücuda sabitleyen ve çok dar olmayan çamaşırlar giyilmelidir. Yüzme ve yürüyüş gibi sporların yapılmasında herhangi bir engel bulunmamaktadır. Yüzme öncesinde tercih edilirse, sıvı geçirmeyen bantlarla stoma torbasının üzeri kapatılabilmektedir. Ayrıca spora başlamadan önce stoma torbasının boşaltılması önerilmektedir (27,78,84,88).

2.6.6. Seyahat Etme

Seyahat etmekten endişe duyma, kolostomisi olan bireylerin sıklıkla ifade ettiği ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen sorunlardan biridir. Kolostomisi olan bireyler evden dışarı çıkmama, uzun süren yolculuklardan kaçınma ve tatile gitmekten endişe duyma gibi birçok sorun yaşamaktadır (25,82,91). Çakmak ve ark. (91) tarafından rektal adenokarsinom nedeniyle kolostomi açılan bireylerle yapılan bir çalışmada; katılımcıların %46,1'i ameliyat sonrası dönemde seyahat etme ve tatile gitme sıklığının azaldığını ifade etmiştir. Krouse ve ark. (25) tarafından rektal kanser nedeniyle kolostomi açılan bireylerle yapılan bir çalışmada; her iki cinsiyette de en sık ifade edilen sorunlardan birinin seyahat sırasında gizliliğin sağlanamaması olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada seyahat sırasında gizliliğin sağlanamaması endişesi nedeniyle kadınların yaşam kalitesi puan ortalamalarının 6,7 ve erkeklerin puan ortalamalarının 5,8 olduğu bulunmuştur.

Seyahat Etmeye Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Hemşire, stomalı bireylerin seyahat etme konusunda endişe yaşayabileceklerini bilmeli ve bu konuda herhangi bir kısıtlama olmadığını belirterek hastalarının rahatlamasını sağlamalıdır. Stomalı bireyler yolculuğa çıkmadan önce stoma torbasını boşaltmış olması ve yeterli miktarda yedek stoma bakım malzemesi bulundurması konusunda bilgi verilmelidir. Özel araç ile seyahat edilmeyecekse, yedek stoma bakım malzemelerini el bagajında taşımak kolaylık sağlamaktadır. Uçakla yapılan yolculuklarda seyahat süresiyle de ilişkili olarak, torbaya gelen gaz miktarında artış olabilmektedir. Uçak yolculuğu sırasında fazla gaz oluşumunu önlemek için yolculuk süresince karbonatlı içecek ve bira tüketiminden kaçınılmalıdır. Uçağın inişi ve kalkışı sırasında kulaklardaki tıkanıklığı önlemek için kullanılan yöntemlerden olan sakız çiğneme ya da şeker emme de benzer şekilde gaz çıkışını arttırmaktadır (27,84,92). Seyahat edilen yerde dizanteri, turist ishali ve giardiya enfeksiyonları gibi intestinal hastalıklara karşı dikkatli olunmalıdır. Mevcut su kaynakları içmek için yeterince temiz değilse, bu su ve sudan üretilen buz tüketilmemeli, yerine şişe su ya da kaynatılıp soğutulmuş su kullanılmalıdır. Su kaynakları temiz olmayan bölgelerde çiğ sebze ve meyve tüketiminden kaçınmak doğru bir tercihtir. Hijyen güvenliği olmayan su ile stoma bakımı, stoma irrigasyonu,

torbanın içini yıkama gibi işlemler de yapılmamalıdır. Uzun süreyle seyahat edilecekse, gidilen bölgedeki malzeme temin edilebilecek yerler öğrenilmelidir (27,84,88).

2.6.7. İbadet Etme

Stoma cerrahisine bağlı olarak kontrolsüz gaita ve sesli gaz çıkışı nedeniyle bireyler, ibadetlerini yerine getirmede endişe ve korku hissetmekte; toplulukta ibadet edememe, ibadet sırasında kendini temiz hissetmeme, ibadet etmek istememe, abdestinin bozulduğunu düşünme gibi sorunlar yaşamakta ve bu konuda bilgi eksiklerinin olduğu belirtilmektedirler (16,85,93,94). Kuzu ve ark. (16) tarafından yapılan bir çalışmada; APR sonrası kalıcı kolostomi açılan bireylerin camide namaz kılma ve diğer sosyal aktivitelere (sinemaya ya da restorana gitme, tatilde seyahat etme vb.) katılma konusunda daha izole yaşadıkları bulunmuştur. Akgül ve ark. (93) tarafından yapılan bir çalışmada; stomalı bireylerin %22,7'si namaz kılma sıklığının azaldığını, %14,0'ı namazı tamamen bıraktığını, %36,0'ı eskisi kadar namaz kıldığını ancak artık evde kıldığını belirtmiştir. Cengiz (85) tarafından yapılan niteliksel bir çalışmada; bir stomalı birey ibadet etme ile ilgili duygularını *“Eskiden cuma günleri namaza giderdim. Ama şimdi torbanın içinde gaita doluyken nasıl namaz kılacağım, çok üzgünüm...”* şeklinde ifade etmiştir. Chia-Chun Li ve ark. (94) tarafından Tayvan'da Hristiyan, Budist ve Taoist kolostomili hastalarla yapılan bir çalışmada; hastaların manevi iyi oluş düzeyleri ile psikososyal uyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur ($p<0.01$). Shaffy ve ark. (95) tarafından Hindistan'da yapılan nitel çalışmada bazı hastalar *“Kendimi dini yerlere gidebilecek kadar iyi hissetmiyorum. Bence vücudum temiz değil. Kendimden utanıyorum.”*; *“Ameliyattan önce günlük olarak dini yerlere giderdim. Fakat şimdi gitmiyorum çünkü vücudum temiz değil. Oraya gitmek için suçlu hissediyorum.”*; *“Bence önceki yaşamımdaki günahlarım nedeniyle bana bu hastalık geldi.”*; *“Ameliyat olduğumda bu duruma geldiğim için Tanrı'ya lanet ettim. Fakat benden çok sorunu olan hastaları görünce onlardan daha şanslı olduğum için Tanrı'ya daha çok inandım. Şimdi bana sağlık vermesi için O'na dua ediyorum.”* ifadelerinde bulunmuşlardır.

İbadet Etmeye Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Stomalı hastalar hangi dine mensup olursa olsun, dini konularda yaşanan sorunlarla ilgili hastalardan alınan yanıtlar benzerlik göstermektedir. Bu nedenle stoma hastaları ile çalışan hemşireler, hastalarla din ayrımı gözetmeksizin empati kurarak, yaşadıkları sorunları ifade etmelerini sağlamalı ve hastanın mensubu olduğu dinin kendisi için sağladığı kolaylıklar konusunda bilgilendirmelidir (27,85,93,96).

İslamiyet özür sahibi kişilerin de ibadet edebilmeleri için bazı kolaylıklar getirmiştir. Diyanet İşleri Başkanlığı (96), stomalı bireylerin kendilerinden istemsiz olarak sürekli gelen idrar ya da dışkı nedeniyle özür sahibi kimselerden sayıldığını belirtilmiştir. Bu nedenle bu bireylerin stomalarından gelen idrar, dışkı veya gazın namaz kılmalarında, Kur'an-ı Kerim okumalarında, oruç tutmalarında ve diğer ibadetlerini yapmalarında sakınca yaratmadığı bildirilmiştir. Bu kapsamda dinen özürlü sayılan kişilerin özür yerinden çıkarak çamaşırına bulaşan kan, idrar, dışkı ve iltihap gibi şeylerin, kişinin özür durumu devam ettiği sürece, miktarı veya hacmi ne olursa olsun namaz kılmaya engel oluşturmadığı bildirilmiştir. Diyanet İşleri Başkanlığı (96)'nın yayınladığı fetvada stomalı bireylerin ibadetleri sırasında dikkat etmeleri gereken noktalar şu şekilde açıklanmıştır:

“Stomalı bireyler her namaz vakti için abdest alır ve vakit içerisinde dilediği kadar farz ve nafile namaz kılabilirler. Stoma hastalarının kendilerinden sürekli gelen dışkı ve gazdan dolayı yeniden abdest almalarına gerek yoktur. Bu akıntının namazda olması da hükmü değiştirmez. Abdesti bozan başka bir sebep olmadıkça kişi bu haliyle istediği kadar namaz kılabilir. Ancak yeni vaktin girmesiyle abdesti bozulmuş olacağından tekrar abdest alması gerekir. Kur'an'ı ezberden veya tablet, telefon, bilgisayar gibi aletlerden okumak ve dinlemek için abdestli olmak şart değildir. Çoğunluk Kur'an-ı Kerim'e doğrudan dokunmak için abdestli olmayı gerekli görmektedir. Stoma torbası suya dayanıklı olup, bununla banyo yapmak mümkün olduğu için bu şekilde gusül abdesti alınabilir. Stoma torbası takılı iken gusül abdesti alınması durumunda torbanın vücuda yapıştırıldığı kısım elle mesh edilir ve torbanın sarktığı yerin altında kalan kısımda kuru yer

kalmamasına özen gösterilir. Ancak hem genel vücut temizliğinin iyi yapılması hem de gusülde yıkanması gereken yerlerin tam yıkanması için stoma torbasının çıkarılarak gusül abdesti alınması daha yerinde olacaktır. Stoma torbası ister tıkalı iken isterse çıkarılarak yıkanılması durumunda devam eden sızıntıdan dolayı ne abdeste ne de gusle bir zarar gelmez. Böyle bir durumda abdeste ve gusle yeniden başlamaya gerek yoktur. Stomalı bireylerin eğer sağlık açısından başka engelleri yoksa namazlarını normal şekliyle kılmaları gerekir. Hastalığından dolayı (ameliyat sonrası dikişlerin açılması, stomanın zarar görmesi vb.) namazda rükû ve secde yapamayan kişi kolayına geldiği şekilde ayakta; yere veya tabure, sandalye, sedir vb. şeyler üzerine oturarak namazını usulüne uygun olarak ima ile kılabilir. Stomalı bireylerden gerek abdest esnasında veya sonrasında gerek namaz esnasında meydana gelen akıntılar abdeste ve namaza zarar vermez”.

2.6.8. Beden İmgesinin Bozulması

Beden imgesi, kendi bedenimizin zihnimizde biçimlendirdiğimiz resmidir, yani bedenimizin kendimize görünen biçimidir. Stoma açılmasını gerektiren durumlar bedenin görünüm ve fonksiyonlarında değişime neden olmaktadır. Kolostomi açılması sonrasında birçok bireyde beden imgesinde ve benlik saygısında azalma olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (17,95,97,98). Stomalı bireylerin yaklaşık %20,0'ının ameliyat sonrası beden imajında değişmeye bağlı önemli psikolojik sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir. Şok, nefret, tiksinti, izolasyon, utanç, depresyon, yıkım ve kabul etmeme bu sorunlardan bazılarıdır (17,44,86,93,97).

Stoma cerrahisi sonrasında beden imajındaki değişikliklere yetersizlik hissi yaşamanın; beden üzerindeki kontrolün kaybedildiğini, artık normal bir birey olunamayacağını ve normal bir yaşantının olamayacağını düşünmenin neden olabileceği ifade edilmektedir (97). Üstündağ ve ark. (98) tarafından yapılan bir çalışmada; kolostomisi olan hastaların beden imajı puan ortalamaları 69,06 (en yüksek puan 96) iken, benlik saygısı puan ortalamaları 147,5 (en yüksek puan 200) olarak bulunmuştur. Kılıç ve ark. (97) tarafından yapılan bir çalışmada da; kalıcı stoması olan

kadın hastalarda beden imgesi puanlarının daha düşük olduğu, ancak bu hastaların cinsel fonksiyonlarının daha iyi olduğu bulunmuştur.

Beden İmgesinin Bozulmasına Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Kolostomili bireylerin yeni fiziksel özelliklerini sağlıklı bir beden imajıyla birleştirmelerine yardımcı olmak için hasta eğitimi yapılması ve hastaların öz bakımlarına katılması, kolostomiye yönelik girişimlerin hasta tarafından ya da hastayla birlikte yapılması önerilmektedir. Kolostomi açılması ameliyatından önce ve sonra hastaya stoma bakım hemşiresi tarafından peristomal cilt bakımı, stoma torbasının değişimi, stoma bakımı için gerekli malzemelere ulaşabilme yolları, komplikasyonları önlemeye yönelik girişimler ve bu komplikasyonların erken belirti ve bulguları, beslenme, kıyafet seçimi, kolostomi irrigasyonu ve sosyal aktiviteleri içeren eğitim verilmeli, eğitim verilirken bireysel özellikler göz önünde bulundurulmalı ve eğitimin sürekliliği sağlanmalıdır. Eğitim ile hastaların süreci daha hızlı kabulleneceği, stoma bakımı konusunda destek alacağı ve fiziksel sorunlarla baş etme yöntemlerini öğreneceği, kendi bakımını bağımsızca gerçekleştirebileceği, stomaya bağlı yaşadıkları sorunlar azaldıkça stoma uyumlarının artacağı ve böylelikle stoma ile yaşamı daha kolay kabullenecekleri bildirilmektedir (44,93,97,98).

2.6.9. Cinsel Yaşam

Stoma açılması cinsel sağlığı uzun dönemde etkileyebilmekte ve cinsel disfonksiyon gelişmesi ile sonuçlanabilmektedir. Rektal kanser ameliyatları sonrasında hem kadın hem de erkek hastalarda sinir hasarına bağlı olarak seksüel disfonksiyon gelişebilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde erkek hastalarda ereksiyon ve ejakülasyon sorunları görülebilenken, kadın hastalarda disparoniya, lubrikasyonun ve orgazmın yitimi gibi sorunlar meydana gelmektedir (14,99). Angenete ve ark. (100) tarafından yapılan bir çalışmada; erkek hastaların %44,0'ı, kadın hastaların %35,0'ı ameliyat sonrası dönemde orgazmda azalma olduğunu ifade etmiştir. Aynı çalışmada erkek hastaların %74,0'ı ereksiyon sorunu yaşadığını belirtirken, kadın hastaların %86,0'ı cinsel aktivite sırasında ağrı duyduğunu belirtmiştir.

Stoma cerrahisi sonrasında cinsel yaşamda karşılaşılan sorunlar, sıklıkla beden imajı ile ilişkilidir. Stoması olan birçok birey, cinsel konularla ilgili kaygı

yaşamaktadır (17,101). Persson ve ark. (101) tarafından stoma açılmasının üzerinden ortalama 8,5 hafta geçen bireylerle yapılan niteliksel bir çalışmada; bireyler cinsel aktivite konusunda isteksiz olduğunu dile getirmiştir. Bu çalışmaya katılan hastalardan bazıları yeterince güçlü hissetmediğini ve bir kadın hasta cinsel aktivitenin ağrıya neden olacağından endişe ettiğini belirtmiştir. Tüm katılımcılar cerrahiden sonra çekiciliklerinin azaldığını hissettiklerini belirtirken, bir kadın hasta cinsel ilişki esnasında daha çekici hissetmek için stoma torbasını da içine alan uzun bir bluz satın aldığını belirtmiş ve *“Stomadan sonra cinsel ilişki artık hiç de eğlenceli değil.”* ifadesini kullanmıştır.

Cinsel Yaşama Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Cinsellik bütüncül hemşirelik bakımının bir parçası olup, hemşirelerin, bakım verdikleri bireyin cinsel sağlığını değerlendirebilmesi ve bu alanda eğitim verebilmesi gerekmektedir. Bunun için hemşirelerin cerrahi tedavi, KT ve RT'nin cinsel fonksiyonlar ve beden imajı üzerinde olan etkileri, insan cinselliğinin anatomi ve fizyolojisi hakkında bilgi sahibi olmaları; cinsel konuları birey ile tartışabilmeleri; cinsellikle ilgili konularda hastayı yargılamadan ele alarak, bireyin cinsellikle ilgili endişelerini ifade etmesine fırsat vermeleri ve mahremiyete özen göstermeleri gerekmektedir. Ameliyat sonrası dönemde bireyin temel ihtiyaçları karşılandıktan sonra cinsel gereksinimleri ele alınmalıdır. Bununla birlikte stomalı birey ve cinsel partneri ile de cinsellik ve cinsel aktivite ile ilgili konuşulmalıdır. Etkili ve rahat bir cinsel ilişki için ilişkiden önce stoma torbasının boşaltılması ya da değiştirilmesi; eşinin torbayı görmesinden rahatsızlık duyan bireylerin torba kılıfı, tıpa, kep gibi ürünler kullanmaları önerilmektedir (14,27,78,83).

2.6.10. Peristomal Cilt Problemleri

Peristomal cilt problemleri geç dönem stoma komplikasyonlarından biridir. Peristomal cilt problemleri altta yatan bir hastalığa, kimyasal tahrişe, mekanik travmaya, mantarlara bağlı enfeksiyonlara ya da folikülite, kontakt dermatit gibi immünolojik nedenlere, stoma içeriğinin cilde sızmasına, cildin ıslak kalmasına, adaptörün ya da torbanın gereğinden sık değiştirilmesine, bariyer amacıyla kullanılan pasta gibi stoma bakım malzemelerinin ya da adaptörün altında kalan yapıştırıcı

maddelerin ciltten temizlenmesi sırasında oluşan travmaya, torbanın cilde sürtünmesine ve stoma bakımının uygun yapılmamasına bağlı olarak ortaya çıkabilir (102). Lyon ve ark. (103) tarafından 325 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada; hastaların %73,0'ı stoma torbasının kullanılmasını engelleyen cilt problemleri yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Peristomal Cilt Problemlerine Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Peristomal cilt problemlerinin görülmemesi için stoma alanının temizliğinin ılık su ve kalıntı bırakmayan sabunlarla yapılması, adaptörün boyutunun stomayı içine alacak şekilde kesilmiş olması, deri yüzeyinin kurduğundan emin olunması, cilde gaita sızıntısını önlemek amacıyla pasta kullanılması önerilmektedir (14,27).

2.6.11. Yaşam Kalitesi ve Stoma Uyumu

Yaşam kalitesi, bireylerin kendi kültürleri ve değerler sistemi içinde durumları algılama şeklidir. Kişinin fiziksel fonksiyonlarını, psikolojik durumunu, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkilerini, çevre etkilerini ve inançlarını kapsamaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise, bireyin yaşamında algıladığı fiziksel, mental ve sosyal alanı ve fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ifade etmektedir. Tıbbi tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak yaşam kalitesi kavramı kronik hastalıkların yönetiminde ve cerrahide giderek önem kazanmıştır (13,23,80,89,104,105).

Salome ve ark. (104) tarafından Brezilya'da yaşayan stomalı bireylerde yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada; bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamasının 26,16 (en yüksek puan 105) olduğu bulunmuştur. Thamilselvam ve ark. (105) tarafından Malezya'da, kolostominin yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin incelendiği 102 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada; 90 hasta toplumun onları kabul etmediğini düşündüğü için sosyal aktivitelere ve kutlamalara katılamadığını; 60 hasta aile üyeleri tarafından ihmal edildiğini; 65 hasta partneriyle cinsel paylaşımının olmadığını; aile üyelerinin kendileri evdeyken kolostomi torbasını değiştirmesini istemediklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca aynı çalışmada; stomalı bireyler tarafından deneyimlenen bu sorunların, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Gooszen ve ark. (80) tarafından Hollanda'da geçici ileostomi ve geçici kolostominin

yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin incelendiği 76 hasta ile yapılan bir çalışmada; hastaların %12,0'ı ameliyat sonrası ilk üç ay içinde kendilerini sosyal faaliyetlerden tamamen izole ettiklerini ifade etmişlerdir. Sosyal anlamda izole olan bu hasta grubu içinde hastaların %72,0'ı sızıntı, irritasyon, giyim ve diyet gibi stoma bakımıyla ilgili sorunlar; %38,0'ı prolapsus ve retraksiyon gibi komplikasyonlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Dabirian ve ark. (89) tarafından İran'da son 6 ay içinde kolostomi açılmış olan bireylerle yapılan niteliksel bir çalışmada; bireyler aile içi ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, seyahat etme, dini konular, cinsel fonksiyonlar, bedensel ve psikolojik değişiklikler, ekonomik zorluklar ve sosyal aktiviteler ile ilgili sorunlar yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Dünya üzerinde farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda ortaya konulduğu gibi, ülkemizde de stoma cerrahisi sonrasında bireylerin yaşam kalitelerinin etkilendiği görülmektedir. Ülkemizde Celasin ve ark. (23) tarafından 93 rektal karsinoma hastası ile yapılan bir çalışmada; 50 hastaya stoma cerrahisi uygulanmıştır. Bu hastaların ameliyattan önce ve ameliyat sonrası 15-18. aylarda yapılan yaşam kalitesi ölçümlerinde, ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları ortalama 90 iken, ameliyat sonrası dönemde 85 puan olmuştur. Hastaların ameliyat öncesi dönemde fiziksel rol kısıtlılığı puanları 37,5 ve enerji puanları 55 iken, ameliyat sonrası dönemde sırasıyla 25 puana ve 50 puana düşmüştür. Hastaların sosyal fonksiyon ve zihinsel sağlık puanlarında ameliyat öncesi ve sonrası dönemde değişim olmazken; ağrının olmaması, duygusal rol kısıtlılığı ve sağlığın genel algısı puanlarında ameliyat öncesi döneme göre yükselme olduğu saptanmıştır.

Stoma cerrahisi çoğu zaman yaşam kurtaran bir cerrahi girişim olmasına rağmen bireyin pek çok sorunla karşı karşıya kalmasına sebep olabilmekte ve bu nedenle stoma ile yaşama uyum sürecini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (16,19,89,106–109). Stomalı bireylerin yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen bu sorunlar arasında hastalık, tedavi süreci ve beden görünümündeki değişimler nedeniyle yaşanan fizyolojik (boşaltım alışkanlığında değişme, boşaltım kontrolünün kaybı, istemsiz gaz çıkışı ve koku) sorunlar; anksiyete, depresyon, intihar düşüncesi, yalnızlık ve benlik saygısında azalma gibi psikolojik sorunlar; ameliyattan sonra işi bırakma veya iş değiştirme, finansal sorunlar yaşama, yakın arkadaş ve akrabalar ile daha az görüşme, evlilik problemlerinde artma, kendini diğerlerinden farklı görme, kendinden utanma, aile ve arkadaşları tarafından reddedilme korkusu

hissetme ve sosyal aktivitelerini sınırlama gibi sosyal sorunlar yer almaktadır (13,17,107,108). Bununla birlikte bu bireylerde görülen yoğun depresyon, mortalite artışı ile ilişkilendirilmektedir (18).

Yapılan çalışmalarda, kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa uyumunun tanısını kabullenenlerde (110) ve çevresinden destek görenlerde (111) daha iyi, ancak sosyal aktivite düzeyi kısıtlı olan bireylerde daha kötü olduğu (17) ifade edilmektedir.

Yaşam Kalitesi ve Stoma Uyumuna Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Stoma ile yaşayan bireylerin stoma uyumlarının ve yaşam kalitelerinin hasta eğitimi ve sosyal destek sağlanarak artacağı belirtilmektedir. Bununla birlikte bu bireylerin stoma üzerindeki kişisel kontrolünün ve stoma bakım becerilerinin artırılması öneriler arasındadır. Kanser tanısı alan bireylerin rutin değerlendirmeleri sırasında ruh sağlığı uzmanları tarafından depresyon taramalarının yapılması da önerilmektedir (89,109,112,113).

Stoma, bireyin günlük yaşamının bir parçası olacağı ve yaşam kalitesini etkileyeceği için yerinin seçilmesine ve cerrahisine özen gösterilmeli; stoma bakım hemşireleri tarafından hasta ve ailesine etkili eğitim verilmeli ve taburculuk sonrası dönemde hastanın düzenli olarak evde izlem, takip ve bakımı yapılmalı; herhangi bir sorun yaşanması durumunda danışılacak üniteler hakkında bilgi verilmeli; sosyal etkileşimi sağlamak için ostomi destek grupları kurulmalıdır. İyi planlanmış bir cerrahi süreç, bireyi “*hayat boyu ceza*” denilebilecek komplikasyon ve sorunların gelişiminden korumaktadır (72).

2.6.12. Koku

Kolostomisi olan bireyler stomalarından hoş olmayan koku çıkacağı endişesini taşırlar. Bu bireyler kontrolsüz gaz çıkışı ve koku oluşumu nedeniyle sosyal ve psikolojik açıdan yaşam kalitelerinin azalmasına neden olan utanma, sosyal izolasyon, ameliyat öncesi yaptıkları sosyal faaliyetleri yapamama, işi bırakma/ değiştirme, depresyon, öfke ve suçluluk gibi birçok sorun yaşamaktadır (9,20,21,27).

Kokuya Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Kolostomisi olan bireylerde fazla gaz oluşumunu önlemek için yemeklerin düzenli olarak yenilmesi; yemek yerken hava yutmamak için konuşulmaması; içeceklerin pipet ile içilmemesi; sigaranın ve sakız çiğnemenin azaltılması; gaz oluşumunu arttıran fasulye, nohut, bira ve asitli içecekler, lahana, salatalık, süt ürünleri ve mantar gibi besinlerin azaltılması; koku oluşumunu önlemek için balık, yumurta, soğan, sarımsak, yeşil sebzeler, salatalık, peynir, lahana ve kuru baklagiller gibi besinlerin azaltılması; yoğurt, yayık ayranı ve nane şekeri gibi kokuyu baskılayan besinlerin tüketilmesi önerilmektedir (27,83). Bunun dışında koku oluşumunu önlemek için uygun bireylerde (sigmoid ya da inen kolona açılan kolostomilerde) kolostomi irrigasyonu yapılması; torba içinde koku önleyici ürünlerin kullanılması; stoma ağzında gaita tıkaçı oluşması, torbanın açılmasına neden olabileceğinden, torba içinde kayganlaştırıcıların kullanılması; torbanın iyi yerleştirilmesi, düzenli aralıklarla boşaltılması, yıkanması ya da değiştirilmesi ve filtreli torba kullanılması alınabilecek önlemler arasındadır (27,78,98). Kokunun önlenmesine yönelik geliştirilen bu ürünler ve yöntemlere rağmen, stomalı bireyler koku sorunuyla karşı karşıya kalabilmektedir (11,22).

Bu çalışmada kolostomi torbasının içinde lavanta esansiyel yağı kullanımı kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan kokunun giderilmesine dolayısıyla yaşam kalitesini ve stomaya uyumu arttıracığına yönelik olan ürünlere alternatif olarak düşünülmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma kalıcı kolostomisi olan bireylerde stoma torbasına konulan lavanta esansiyel yağının kokunun giderilmesine, yaşam kalitesine ve stoma uyumuna etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü çalışma olarak yapılmıştır. Ayrıca bu bireylerin yaşadıkları sorunlar ve sorunlarla baş etme yöntemleri belirlenmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde yürütülmüştür.

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde üç genel cerrahi kliniği bulunmaktadır. Toplam 59 yatak kapasitesine sahip bu kliniklerde 22 hemşire, 14 araştırma görevlisi, 8 eğitim görevlisi, 3 başasistan ve 6 uzman hekim görev yapmaktadır. I. Cerrahi ve III. Cerrahi kliniklerinde toplam 27 yatak bulunmakta, 08.00-16.30 vardiyasında üç, 16.30-08.00 vardiyasında ise iki hemşire görev yapmaktadır. II. Cerrahi kliniğinde ise 12'si plastik cerrahi ve 20'si genel cerrahi olmak üzere toplam 32 hasta yatağı bulunmaktadır. Klinikte 08.00-16.30 vardiyasında üç, 16.30-08.00 vardiyasında ise iki hemşire görev yapmaktadır. Bu hastanede stomaterapi ünitesi bulunmaktadır ve üniteye 1 hemşire ile 1 hekim görev yapmaktadır. Hemşire hastanede farklı ünitelerde yatan, çoğunlukla yatağa bağımlı olan ve kronik yarası olan hastalara bakım vermektedir. Stoması olan bireyler, üniteye başvurmaları durumunda hemşire tarafından değerlendirilmekte ve hastalara taburcu olacakları gün stoma torbası satan yetkililer tarafından stoma ürünlerinin kullanımı ile ilgili kısa bilgi verilmektedir.

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, hastane ana binasında üçüncü ve dördüncü katlarda hizmet vermektedir. Genel Cerrahi kliniklerinde toplam 72 yatak bulunmakta olup 25 hemşire, 13 araştırma görevlisi, 10 eğitim görevlisi, 6 başasistan ve 13 uzman hekim görev yapmaktadır. Üçüncü kat Genel Cerrahi kliniğinde toplam 36 yatak bulunmakta olup 08.00-17.00 vardiyasında dört, 17.00-08.00 vardiyasında ise iki hemşire görev

yapmaktadır. Dördüncü kat Genel Cerrahi kliniğinde ise toplam 36 yatak bulunmakta olup 08.00-17.00 vardiyasında dört, 17.00-08.00 vardiyasında ise iki hemşire görev yapmaktadır. Bu hastanede stomaterapi ünitesi bulunmamaktadır.

Her iki hastanenin Genel Cerrahi kliniklerinde de hastalara ameliyat sonrası dönemde kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan kokunun giderilmesini sağlamak amacıyla filtreli kolostomi torbası kullanmaları önerilmekte, ancak hastalara stoma bakımı ve yaşanan güçlüklerle nasıl baş edecekleri konusunda hemşire tarafından eğitim verilmemektedir. Her iki hastane hastalara stoma bakımı konusunda eğitim verilmemekte; hastaneler ve firmalar koku önleyici girişimlere yönelik benzer önerileri sunmakta ve stoma torbasının satın alındığı firmalara göre gruplar homojen dağılım göstermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde kalıcı kolostomi açılan hastalar oluşturmaktadır.

Literatür taraması sonucunda kalıcı kolostomisi bulunan hastalarda kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan kokunun giderilmesinde stoma torbasının içinde herhangi bir ürün kullanımına ilişkin araştırma bulunmaması nedeniyle, örneklem büyüklüğünün belirlenmesi amacıyla pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmada deney grubu için 10 hasta ve kontrol grubu için 10 hasta örnekleme alınmıştır. Pilot çalışma ön uygulamadan bağımsız olarak yürütülmüştür. Pilot çalışma sonrasında deney ve kontrol grubundaki hastaların yaşam kalitesi puanları arasındaki ortalama fark 23,13 ve stoma uyum puanları arasındaki ortalama fark 6,9 puan olarak bulunmuştur. Örneklem büyüklüğü hesaplamasında NCSS (Number Cruncher Statistical System)-PASS (Power Analysis and Sample Size) programı kullanılmıştır. Yaşam kalitesi ölçeği için % 80,0 güç ve $\pm 30,0$ puanlık standart sapma ile gruplar arası 30,0 puanlık farkı anlamlı bulmak için deney ve kontrol gruplarına en az alınması gereken hasta sayısı 14 olarak belirlenmiştir. Deney ve kontrol gruplarına en az 14 kişinin alınması durumunda gruplar arasında 8 puanlık stoma uyumu farkı ve ± 8 puanlık standart sapma, %80,0 güç ile anlamlı bulunmuştur. Pilot çalışma sonrasında elde edilen ortalama puan farkı baz alınarak çalışmanın alfa güvenirlik düzeyi 0,05 ve gücü %80,0

olacak şekilde deney ve kontrol gruplarına en az alınması gereken hasta sayısı 14 olarak belirlenmiştir. Buna dayanarak deney grubuna 15 ve kontrol grubuna 15 hasta alınmıştır. Araştırma pilot çalışma sonrası belirlenen örneklem büyüklüğüne ulaşıldıktan sonra sonlandırılmıştır.

Çalışmanın örnekleme seçilirken hastane kayıtlarından bilgilerine ulaşılan hastalar telefon ile aranmış, dâhil edilme kriterlerine uyan hastalar yaşa ve cinsiyete göre tabakalandırılıp, günlere göre randomize edilmiştir. Bu hastalardan araştırmaya katılmayı kabul edenler tek günlerde deney, çift günlerde kontrol grubunda olacak şekilde gruplara atanmıştır. Randomizasyon sonrasında deney ve kontrol gruplarının yaş ve cinsiyete göre homojenliğini doğrulamak için ki-kare testi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonrasında gruplar arasında yaş ve cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (Bkz. Tablo 3.1.).

Tablo 3.1. Hastaların yaşa ve cinsiyete göre gruplararası karşılaştırması

Hastaların Tanıtıcı	Deney (n: 15)		Kontrol (n: 15)		İstatistiksel Değerlendirme
	n	%	n	%	
Yaş					
40-64	9	60,0	11	73,3	χ^2 : 0,600* p: 0,896
≥65	6	40,0	4	26,7	
Cinsiyet					
Kadın	5	33,3	5	33,3	χ^2 : 0,000* p: 1,000
Erkek	10	66,7	10	66,7	

*: Fisher's Kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Literatür bilgilerine göre kolostomi açılan hastalarının stoma ile yaşama uyum sağlamaları ortalama üç ayı bulmaktadır (85,93,106,114). Bu nedenle araştırma örneklemini Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde en az üç ay önce kalıcı kolostomi açılan hastalar oluşturmuştur.

Katılımcıların araştırma örneklemine dâhil edilme kriterleri;

- Ameliyat sonrasında kalıcı kolostomi açılmış olması,
- Stomaya bağlı bir komplikasyon gelişmemiş olması,
- Lavanta esansiyel yağının kokusundan rahatsızlık duymuyor olması,
- Lavanta esansiyel yağına karşı alerjik reaksiyon oluşmaması,

- Zihinsel engeli ya da algılama sorunu olmaması ve iletişim güçlüğü yaşanmaması,
- Psikiyatrik hastalığı olmaması,
- 18 yaş ve üzerinde (yetişkin) olmasıdır.

Katılımcıların araştırma örneklemeden hariç tutulma kriterleri;

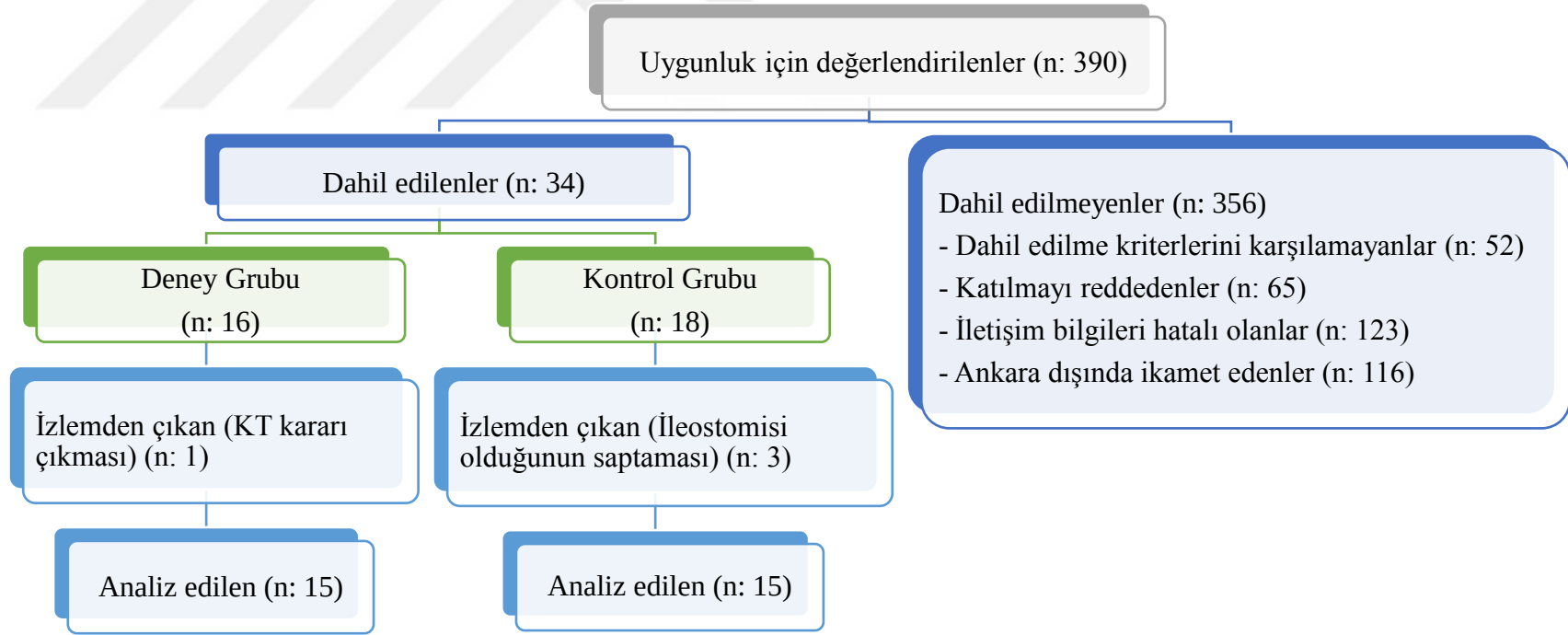
- Koku oluşumunu engellemek amacıyla stoma torbasının içine herhangi bir ürün ilave ediyor olması,
- Araştırmadan ayrılmak istemesi,
- Uygulama esnasında kemoterapi alıyor olması,
- Araştırma sürecinde hayatını kaybetmiş olması,
- Ankara dışında ikamet ediyor olması,
- Prolapsus, parastomal fıtık, stenoz, geç obstrüksiyon, peristomal cilt problemleri, stomal fistül, metabolik komplikasyonlar gibi geç dönem komplikasyonları gelişmiş olmasıdır.

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kolostomi açılmış olan ve hastane kayıtlarından iletişim bilgilerine ulaşılabilen 193 hasta telefon ile aranmış, 118 hasta sistemdeki iletişim bilgilerinin hatalı olması, 14 hasta hayatını kaybetmiş olması, 1 hasta KT alıyor olması, 42 hasta Ankara ili dışında ikamet ediyor olması, 38 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmemesi ve 16 hasta kolostomisinin kapatılması nedeniyle örnekleme dâhil edilememiştir. Telefon ile ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden deney grubundan 6, kontrol grubundan 8 hasta olmak üzere, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden toplam 14 hasta çalışmaya davet edilerek örnekleme dâhil edilmiştir (Bkz. Şekil 3.1.).

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kolostomi açılmış olan ve hastane kayıtlarından iletişim bilgilerine ulaşılabilen 197 hasta telefon ile aranmış, 5 hasta sistemdeki iletişim bilgisinin hatalı olması, 15 hasta hayatını kaybetmiş olması, 5 hasta KT alıyor olması, 74 hasta Ankara ili dışında ikamet ediyor olması, 27 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmemesi ve 1 hasta kolostomisinin kapatılması nedeniyle örnekleme dâhil edilememiştir. Telefon ile ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden deney grubundan 9, kontrol grubundan 7 hasta olmak üzere, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve

Araştırma Hastanesi’nden toplam 16 hasta çalışmaya davet edilerek örnekleme dâhil edilmiştir (Bkz. şekil 3.1.).





Şekil 3.1. Örneklem Seçimi Akış Şeması

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Formları, Bilgilendirme Formu ve Eğitim Broşürünün Hazırlanması

Araştırma verilerinin toplanmasında literatür bilgileri doğrultusunda (13,19,27,74) araştırmacı tarafından oluşturulan “Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu”, “Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği” kullanılmıştır (EK-1, EK-2, EK-3). Deney ve kontrol grubu hastalara yapılan bilgilendirmede literatür bilgileri doğrultusunda (27,82–84,86,88) araştırmacı tarafından oluşturulan “Bilgilendirme Formu” kullanılmıştır (EK-4). Deney grubu hastalara stoma torbasının içinde lavanta esansiyel yağı kullanımı ile ilgili verilen eğitimde araştırmacı tarafından oluşturulan “Eğitim Broşürü” kullanılmıştır (EK-5). Eğitim broşürü için üç uzmandan görüş alınmıştır.

Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu

Bu form literatür bilgilerine dayanarak araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, iki bölümden oluşmuştur. Formun birinci bölümünde; hastanın yaşı; cinsiyeti; stoma torbasını satın aldığı firma; sistemik hastalığı bulunup bulunmadığı; sistemik hastalıklara yönelik düzenli ilaç kullanımı olup olmadığı ve varsa ne kullandığı; tanısı; hastaya uygulanan cerrahi girişim; kolostomi türü; kolostomi açılma tarihi; kolostomi torbasının değişimini kimin yaptığı; kolostomi torbasını ne sıklıkla değiştirdiği ve kolostomi torbasını ne sıklıkla boşalttığı yer almaktadır. Formun ikinci bölümünde ise; hastanın kolostomi ile yaşam sırasında yaşadığı fiziksel ve psikososyal güçlükler ve baş etme yöntemleriyle ilgili sorular bulunmaktadır (EK-1).

Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu çalışmada 2006 yılında Baxter ve ark. (106) tarafından geliştirilen “Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği (A Stoma Quality of Life Scale)” kullanılmıştır (EK-2). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında Karadağ ve ark. (13) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek, stomalı bireylerin yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş 21 maddelik bir değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,87’dir. Ölçeğin ilk iki maddesi (birinci bölümü) bireyin yaşamından genel

memnuniyeti ile ilgilidir. Birinci soru şu anki memnuniyet durumunu gösterirken ve kısa süre içinde oluşan değişikliklerde daha faydalı olabilirken, ikinci soru bir önceki aya ilişkin memnuniyet durumunu yansıtmaktadır. Birinci bölüm 0 ile 100 arasında puanlanmaktadır (0: tam memnuniyetsizliği, 100: tam memnuniyeti göstermektedir).

Ölçeğin ikinci bölümü 5’li likert tipindedir (1-5 puan; Asla, Nadiren, Ara sıra, Sık sık, Her zaman şeklinde birden beşe kadar sıralanmış sorulardan oluşur) ve maddeler üç alt boyutta gruplandırılmıştır. Bu boyutlar sırası ile iş/sosyal yaşam (6 madde), cinsellik/beden imajı (5 madde) ve stoma fonksiyonu (6 madde)’dur. Ölçekte ayrıca hiçbir alt boyuta girmeyen ekonomik durumla ilgili 1 madde ve cilt tahrişi ile ilgili 1 madde bulunmaktadır. Bu ölçek şu şekilde hesaplanmaktadır:

- İş/Sosyal Yaşam alt boyutu: $25 \times (12 + S3 + S4 - S5 - S6 - S18 + S19) / 6$
- Cinsellik/Beden İmajı alt boyutu: $25 \times (1 + S7 + S8 - S9 + S12 + S15) / 5$
- Stoma Fonksiyonu alt boyutu: $25 \times (24 - S10 - S11 + S13 - S14 - S16 - S17) / 6$

Her bir alt boyut 100 puan üzerinden (0: yaşam kalitesinin kötü, 100 yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterir) değerlendirilmektedir. Ölçeğin her bir alt boyutu için minimum ve maksimum puanlar sırası ile 0 ve 100’dür ve her bir alt boyuttan alınan yüksek puan yaşam kalitesinin arttığını gösterir. Eğer ölçekte herhangi bir alt boyutta iki soru cevapsız bırakılmışsa ilgili alt boyut değerlendiremeye alınmaz, ancak bir soru boş bırakılmışsa değerlendirilebilir.

Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği

Bu çalışmada 2009 yılında Simmons ve ark. (109) tarafından geliştirilen “Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (Development and Psychometric Evaluation of the Ostomy Adjustment Inventory-23)” kullanılmıştır (EK-3). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında Karadağ ve ark. (19) tarafından yapılmıştır. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (OUÖ-23) stomalı bireylerin stomaya uyum düzeylerinin saptanması amacıyla geliştirilmiş 23 maddelik kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,874’tür. Bu ölçek kabul etme (1, 3, 4, 6, 9, 14, 15, 19, 23. maddeler), kaygı/endişe (12, 13, 17, 20, 21. maddeler), sosyal uyum (5, 7, 8, 11. maddeler) ve öfke (2 ve 10. maddeler) başlıklarını içeren 4 alt faktörden oluşmaktadır. Buna ek olarak 3 madde (16, 18 ve 22) herhangi bir alt faktöre dâhil edilmemiştir. Ölçekte her bir madde 5’li likert tipinde

(0-4 puan; Kesinlikle katılıyorum, Katılıyorum, Emin değilim, Katılmıyorum, Kesinlikle katılmıyorum) değerlendirilmektedir. Ölçeğin minimum puanı 0, maksimum puanı 92'dir ve her bir maddeden alınan yüksek puan uyumun da arttığını göstermektedir. Ölçekteki 12 madde (2, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18 ve 21. maddeler) olumsuz ifadeler içerdiği için ters skorlanmaktadır.

Bilgilendire Formu

Bilgilendire formu literatür bilgilerine dayanarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (EK-4). Bu formda;

- Doktor tarafından önerilen özel bir diyetin varlığı,
- Günlük sıvı tüketimi ile ilgili öneriler,
- Fazla gaz oluşumunu önlemeye yönelik uygulamalar ve
- Koku oluşumunu azaltmaya yönelik beslenme önerileri yer almıştır.

Eğitim Broşürü

Araştırmacı tarafından oluşturulan eğitim broşürü (EK-5), stoma torbasının içinde lavanta esansiyel yağı kullanımına ilişkin bilgiler içermektedir. Stoma torbasının içinde kullanılan lavanta esansiyel yağı %35,214 oranında Linalool ve %34,880 oranında Linalyl acetate içermektedir (EK-6). Stoma torbasının içinde lavanta esansiyel yağı kullanım basamakları şunlardır:

Hasta bir ay süreyle;

- Her torba değişiminde stomasını temizler.
- Temiz stoma torbasının içine 10 damla lavanta esansiyel yağı damlatır.
- Stoma torbasının dışından eli ile ovalama işlemi yaparak, torbanın içindeki lavanta esansiyel yağını torbanın içine eşit şekilde dağıtır.
- Stoma torbasını adaptöre yerleştirir.
- Kıyafetlerini giyer.

3.4.2. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması, veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğinin ve çalışma deseninin test edilmesi amacıyla 28 Kasım 2016-2 Aralık 2016 tarihleri arasında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniği'nde

kontrole gelen, örnekleme girme özelliğine sahip iki deney grubu hasta üzerinde yürütülmüştür. Ön uygulamaya katılan hastalar, uygulamada ve formlarda herhangi bir değişiklik yapılmaması nedeniyle çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmanın uygulaması örnekleme girme özelliğine sahip olup, bilgilendirilmiş onamlar doğrultusunda çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile 2 Aralık 2016-6 Şubat 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmacı tarafından sistem üzerinden isimlerine ve iletişim bilgilerine ulaşılan hastalar telefon ile aranarak çalışmaya davet edilmiştir. Deney grubunu bilgilendirme formu doğrultusunda beslenme önerilerinde bulunulan ve stoma torbasının içinde lavanta esansiyel yağı kullanan hastalar, kontrol grubunu ise bilgilendirme formu doğrultusunda beslenme önerilerinde bulunulan hastalar oluşturmuştur.

Kolostomi açılmasının üzerinden en az üç ay geçen hastalar araştırmacı tarafından telefon ile kliniğe çağırılmış ve hastalarla Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde ünite sorumlu hemşireleri tarafından önerilen bir odada gerçekleştirilmiştir. Hastaneye gelemeyeceğini bildiren hastalarla ise hastaların evlerinde, iş yerlerinde ya da evlerine yakın olan bir kafeteryada görüşme yapılmıştır.

Deney Grubu Hastaların Uygulama Basamakları

- Birinci görüşmede deney grubu hastaların uygulama basamakları şunlardır:
 - I. Hastaların ön kol içi yüzüne bir damla lavanta esansiyel yağı damlatılıp, lokal reaksiyon gelişimi gözlenerek alerji testi yapılmıştır.
 - II. “Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu I. Bölüm” hastaların kendilerinden ve tıbbi kayıtlarından alınan bilgilerle araştırmacı tarafından; “Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği” araştırmacı rehberliğinde, hastalar tarafından doldurulmuştur.
 - III. Hastalarla “Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu II. Bölüm” de yer alan kolostomi ile yaşam sırasında yaşadıkları güçlükler ve bu güçlüklerle

baş etmede kullandıkları yöntemlere ilişkin ortalama 60 dakika süren görüşme yapılmıştır.

IV. “Bilgilendirme formu” kullanılarak, hastalara kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan kokunun giderilmesine ve fazla gaz oluşumunu önlemeye yardımcı olacak beslenme önerilerini içeren uygulamalarla ilgili bilgi verilmiştir.

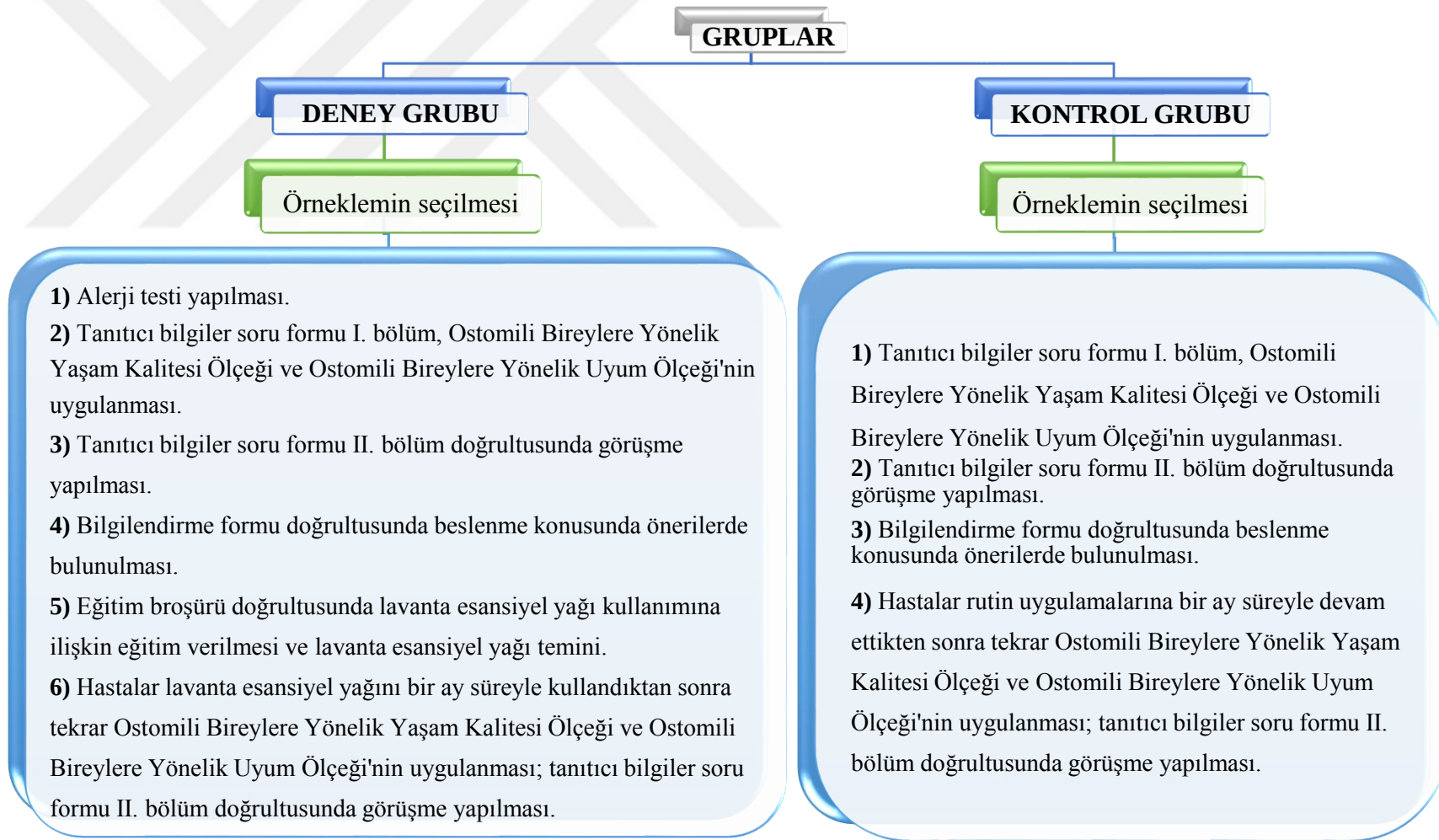
V. “Eğitim Broşürü” kullanılarak, hastalara rutin uygulamalarının yanında kolostomi torbası değişimi sırasında temiz torbalarının içine 10 damla lavanta esansiyel yağı damlatmaları ve yağı torbanın tüm iç yüzeyine yaymaları ile ilgili ortalama 15 dakika süren eğitim verilmiştir. Bu eğitim sırasında uygulama önce araştırmacı tarafından yapılmış, sonra araştırmacının gözetiminde hastaya yaptırılmıştır. Deney grubu hastalara araştırmacı tarafından bir ay süre ile kullanmaları için lavanta esansiyel yağı temin edilmiştir.

- İkinci görüşmede deney grubu hastaların uygulama basamakları şunlardır:
 - I. Hastalar stoma torbalarının içinde lavanta esansiyel yağını bir ay kullandıktan sonra “Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu II. Bölüm” de yer alan kolostomi ile yaşam sırasında yaşadıkları güçlükler ve bu güçlüklerle baş etmede kullandıkları yöntemlere ilişkin tekrar ortalama 60 dakika süren görüşme yapılmıştır.
 - II. “Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği” araştırmacı rehberliğinde, hastalar tarafından tekrar doldurulmuştur.

Kontrol Grubu Hastaların Uygulama Basamakları

- Birinci görüşmede kontrol grubu hastaların uygulama basamakları şunlardır:
 - I. “Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu I. Bölüm” hastaların kendilerinden ve tıbbi kayıtlarından alınan bilgilerle araştırmacı tarafından; “Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği” araştırmacı rehberliğinde, hastalar tarafından doldurulmuştur.

- VI. Hastalarla “Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu II. Bölüm” de yer alan kolostomi ile yaşam sırasında yaşadıkları güçlükler ve bu güçlüklerle baş etmede kullandıkları yöntemlere ilişkin ortalama 60 dakika süren görüşme yapılmıştır.
- VII. “Bilgilendirme formu” kullanılarak, hastalara kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan kokunun giderilmesine ve fazla gaz oluşumunu önlemeye yardımcı olacak beslenme önerilerini içeren uygulamalarla ilgili bilgi verilmiştir.
- IV. Hastalara bir ay süre ile rutin uygulamalarına devam etmeleri konusunda bilgilendirme yapılmıştır.
- İkinci görüşmede kontrol grubu hastaların uygulama basamakları şunlardır:
 - III. İlk görüşmeden bir ay sonra “Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu II. Bölüm” de yer alan kolostomi ile yaşam sırasında yaşadıkları güçlükler ve bu güçlüklerle baş etmede kullandıkları yöntemlere ilişkin tekrar ortalama 60 dakika süren görüşme yapılmıştır.
 - I. “Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği” araştırmacı rehberliğinde, hastalar tarafından tekrar doldurulmuştur.



Şekil 3.2. Uygulama Akış Şeması

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirmeleri SPSS (Statistical Package for Social Science) 23 kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler olarak nitel veriler için sayı ve yüzde; nicel veriler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarına ilişkin yapılan Kolmogorov-Smirnov normallik testi sonucunda tüm parametreler için $p>0,05$ olduğundan, parametreler normal dağılım gösterdiği sonucuna varılmıştır. Bu nedenle lavanta esansiyel yağı kullanan ve kullanmayan gruplardaki hastaların yaşam kaliteleri ve stomaya uyum durumları arasında farklılık olup olmadığı ortalamalar için parametrik testlerden bağımsız örneklem t-testi, eşleştirilmiş t-testi ve oranlar için parametrik olmayan testlerden ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu (28/05/2015-99950669/140), T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği (28/11/2016-28295788-799) ile T.C. Sağlık Bakanlığı Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu'ndan (15/12/2016 tarih) gerekli yazılı izinler (EK-7, EK-8, EK-9) alınmıştır. Araştırmaya katılan deney (n:15) ve kontrol (n:15) grubu hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek, aydınlatılmış onam formları (EK-10, EK-11) doğrultusunda izin alınmıştır. Ölçeklerin kullanımı için yazarlardan izin alınmıştır (EK-12).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Yapılan bu araştırmanın sonuçları Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniklerinde ameliyat olan ve kalıcı kolostomi açılan hastalarla sınırlıdır. Sonuçlar kalıcı kolostomisi olan tüm hastalara genellenemez.

4. BULGULAR

Bu bölümde kolostomi torbasının içinde lavanta esansiyel yağı kullanımının kokunun giderilmesine, yaşam kalitesine ve stoma uyumuna etkisinin incelendiği 30 hastadan elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı ve klinik özelliklerinin dağılımı

Hastaların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri	Deney (n: 15)		Kontrol (n: 15)		İstatistiksel Değerlendirme
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	5	33,3	5	33,3	χ^2 : 0,000* p: 1,000
Erkek	10	66,7	10	66,7	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	4	26,7	7	46,7	χ^2 : 1,292** p: 0,450
Çalışmıyor	11	73,3	8	53,3	
Sistemik Hastalıklar					
Var	10	66,7	11	73,3	χ^2 : 0,159* p: 1,000
Yok	5	33,3	4	26,7	
Düzenli İlaç Kullanımı					
Var	10	66,7	11	73,3	χ^2 : 0,159* p: 1,000
Yok	5	33,3	4	26,7	
Hastane					
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	6	40,0	8	53,3	χ^2 : 0,536** p: 0,715
Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi	9	60,0	7	46,7	
Ameliyat Öncesi Tanı					
Rektosigmoid kolon tümörü	-	-	1	6,7	χ^2 : 3,333***/p: 0,564
Rektum tümörü	15	100,0	12	80,0	
Fournier gangreni	-	-	2	13,3	
Yapılan Ameliyat					
Low Anterior Rezeksiyon	-	-	4	26,7	χ^2 : 4,615*/p: 0,433
Abdominoperineal Rezeksiyon	15	100,0	11	73,3	
Kolostomi Türü					
Hartmann Kolostomi	-	-	4	26,7	χ^2 : 4,615*/p: 0,099
Miles' Kolostomi	15	100,0	11	73,3	

*: Fisher's Kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır.

** : Yates Ki-kare testi kullanılmıştır.

***: Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 4.1. (Devam) Hastaların tanıtıcı ve klinik özelliklerinin dağılımı

Hastaların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri	Deney (n: 15)		Kontrol (n: 15)		İstatistiksel Değerlendirme
	n	%	n	%	
Stoma Bakımı Veren Kişi*					
Kendisi	13	86,7	13	86,7	χ^2 : 0,000**/p: 1,000
Eşi	1	6,7	5	33,3	χ^2 : 3,333**/p: 0,169
Bakıcısı	1	6,7	-	-	-
Torba Markası					
Firma I	7	46,7	7	46,7	χ^2 : 2,286**
Firma II	5	33,3	2	13,3	p: 0,319
Firma III	3	20,0	6	40,0	
Torba boşaltma durumu					
Evet	5	33,3	10	66,7	χ^2 : 3,333***
Hayır	10	66,7	5	33,3	p: 0,143
Kolostomi Torbasının Boşaltılma Sıklığı					
Günde 1 kez	-	-	3	20,0	-
Günde 2 kez	5	33,3	6	40,0	χ^2 : 0,144**/p: 0,763
Günde 3 kez	-	-	1	6,7	-
Kolostomi Torbasını Değiştirilme Sıklığı					
Günde 1 kez	6	40,0	9	60,0	χ^2 : 1,200**/p: 0,439
Günde 2 kez	7	46,7	5	33,3	χ^2 : 0,556**/p: 0,564
İki günde 1 kez	2	13,3	1	6,7	χ^2 : 0,370**/p: 0,564
Hastaların Tanıtıcı ve Klinik Özellikleri	Deney (n: 15)		Kontrol (n: 15)		İstatistiksel Değerlendirme
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		
Yaş	59,6±9,694		58,3±9,582		t: 0,360 p: 0,722
Kolostomi ile yaşam süresi (yıl)	7,0±6,190		3,8±1,598		t: 1,950 p: 0,069

*: Kontrol grubunda bulunan hastalarda bir hastanın birden fazla bakım vericisi olduğu için n katlanmıştır.

Yüzde n üzerinden alınmıştır.

**: Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır.

***: Yates Ki-kare testi kullanılmıştır.

Hastaların tanıtıcı ve klinik özelliklerine yönelik bulgular Tablo 4.1.'de gösterilmiştir. Deney ve kontrol grubu hastaların yaşı, cinsiyeti, çalışma durumu, sistemik hastalıkları, düzenli ilaç kullanım durumu, ameliyat öncesi tanısı, yapılan ameliyatı, ameliyatının yapıldığı hastane, kolostomi türü, stoma torbasını satın aldığı firma, stomasına bakımı veren kişi, torba boşaltma durumu, kolostomi torbasının boşaltılma sıklığı, kolostomi torbasını değiştirilme sıklığı ve kolostomi ile yaşam süresi incelenmiş; tüm bu değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Tabloda gösterilmemekle birlikte deney grubunda bulunan hastalarda diabetes mellitus (n:1), hipertansiyon (n:5),

kardiyovasküler sistem hastalığı (n:1), solunum sistemi hastalığı (n:1), gastrit (n:1), ülser (n:1), sedef (n:1), benign prostat hipertrofisi (n:2) ve hipotiroid (n:2) olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise diabetes mellitus (n:6), hipertansiyon (n:7), kardiyovasküler sistem hastalığı (n:3), depresyon (n:2) ve epilepsi (n:1) olduğu saptanmıştır.



Tablo 4.2. Hastaların ifade ettikleri fiziksel ve psikososyal sorunlar

Sorunlar		1.Görüşme				İstatistiksel Değerlendirme	2.Görüşme				İstatistiksel Değerlendirme
		Evet		Hayır			Evet		Hayır		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Fiziksel Sorunlar											
Gaz	Deney	15	100,0	0	0	χ^2 : 1,034*	13	86,7	2	13,3	χ^2 : 0,370*
	Kontrol	14	93,3	1	6,7	p: 1,000	14	93,3	1	6,7	p: 1,000
Koku***	Deney	15	100,0	0	0	χ^2 : 1,034*	0	0	15	0	χ^2 : 26,250**
	Kontrol	14	93,3	1	6,7	p: 1,000	14	93,3	1	6,7	p: 0,000
Sızıntı	Deney	12	80,0	3	20,0	χ^2 : 1,429*	6	40,0	9	60,0	χ^2 : 0,536**
	Kontrol	9	60,0	6	40,0	p: 0,427	8	53,3	7	46,7	p: 0,715
Uyku	Deney	13	86,7	2	13,3	χ^2 : 0,000*	12	80,0	3	20,0	χ^2 : 0,240
	Kontrol	13	86,7	2	13,3	p: 1,000	13	86,7	2	13,3	p: 1,000
Cilt Problemleri	Deney	13	86,7	2	13,3	χ^2 : 1,677*	12	80,0	3	20,0	χ^2 : 0,682
	Kontrol	10	66,7	5	33,3	p: 0,390	10	66,7	5	33,3	p: 0,682
Banyo Yapma	Deney	11	73,3	4	26,7	χ^2 : 0,159*	9	60,0	6	40,0	χ^2 : 0,600
	Kontrol	10	66,7	5	33,3	p: 1,000	11	73,3	4	26,7	p: 0,700
Diğer	Deney	12	80,0	3	20,0	χ^2 : 0,240*	11	73,3	4	26,7	χ^2 : 0,186
	Kontrol	13	86,7	2	13,3	p: 1,000	12	80,0	3	20,0	p: 1,000

*: Fisher's Kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır.

**: Yates Ki-kare testi kullanılmıştır.

***: Hastaların kokuyu sorun olarak ifade etme durumlarının beklenen frekansları deney ve kontrol grupları için birinci görüşmede 14,5 iken, ikinci görüşmede 7,0'dır.

Tablo 4.2. (Devam) Hastaların ifade ettikleri fiziksel ve psikososyal sorunlar

Sorunlar		1.Görüşeme				İstatistiksel Değerlendirme	2.Görüşeme				İstatistiksel Değerlendirme
		Evet		Hayır			Evet		Hayır		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Psikososyal Sorunlar (Devam)											
Sosyal İlişkiler	Deney	11	73,3	4	26,7	χ^2 : 0,159*	12	80,0	3	20,0	χ^2 : 0,186*
	Kontrol	10	66,7	5	33,3	p: 1,000	11	73,3	4	26,7	p: 1,000
Cinsellik	Deney	13	86,7	2	13,3	χ^2 : 0,370*	13	86,7	2	13,3	χ^2 : 0,370*
	Kontrol	14	93,3	1	6,7	p: 1,000	14	93,3	1	6,7	p: 1,000
İbadet	Deney	11	73,3	4	26,7	χ^2 : 0,186*	9	60,0	6	40,0	χ^2 : 1,429*
	Kontrol	12	80,0	3	20,0	p: 1,000	12	80,0	3	20,0	p: 0,427
Kendini Soyutlama	Deney	8	53,3	7	46,7	χ^2 : 0,000**	9	60,0	6	40,0	χ^2 : 0,000**
	Kontrol	7	46,7	8	53,3	p: 1,000	8	53,3	7	46,7	p: 1,000
Özgüven Azalması	Deney	4	26,7	11	73,3	χ^2 : 0,600*	2	13,3	13	86,7	χ^2 : 5,400*
	Kontrol	6	40,0	9	60,0	p: 0,700	8	53,3	7	46,7	p: 0,050
Beden İmgesinin Bozulması	Deney	3	20,0	12	80,0	χ^2 : 2,400*	5	33,3	10	66,7	χ^2 : 0,000**
	Kontrol	7	46,7	8	53,3	p: 0,245	6	40,0	9	60,0	p: 1,000

*: Fisher's Kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır.

**: Yates Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 4.2. (Devam) Hastaların ifade ettikleri fiziksel ve psikososyal sorunlar

Sorunlar		1.Görüşeme				İstatistiksel Değerlendirme	2.Görüşeme				İstatistiksel Değerlendirme
		Evet		Hayır			Evet		Hayır		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Psikososyal Sorunlar (Devam)											
Bilinmezlik Korkusu	Deney	7	46,7	8	53,3	χ^2 : 2,297** p: 0,130	9	60,0	6	40,0	χ^2 : 2,727* p: 0,215
	Kontrol	12	80,0	3	20,0		13	86,7	2	13,3	
Kontrol Kaybı	Deney	1	6,7	14	93,3	χ^2 : 2,160* p: 0,330	1	6,7	14	93,3	χ^2 : 1,154* p: 0,598
	Kontrol	4	26,7	11	73,3		3	20,0	12	80,0	
Baş Etmede Güçlük	Deney	6	40,0	9	60,0	χ^2 : 0,134** p: 0,714	9	60,0	6	40,0	χ^2 : 0,000** p: 1,000
	Kontrol	8	53,3	7	46,7		9	60,0	6	40,0	
Diğer	Deney	3	20,0	12	80,0	χ^2 : 0,000* p: 1,000	4	26,7	11	73,3	χ^2 : 0,186* p: 1,000
	Kontrol	3	20,0	12	80,0		3	20,0	12	80,0	

*: Fisher's Kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır.

**: Yates Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 4.2.'de hastaların ifade ettikleri fiziksel ve psikososyal sorunlara ilişkin veriler yer almaktadır. Birinci görüşmede deney ve kontrol gruplarında yer alan hastaların ifade ettikleri gaz, koku, sızıntı, uyku, cilt problemleri ve banyo yapma gibi fiziksel; sosyal ilişkiler, cinsellik, ibadet, kendini soyutlama, özgüven azalması, beden imgesinin bozulması, bilinmezlik korkusu, kontrol kaybı ve baş etmede güçlük gibi psikososyal sorunlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

İkinci görüşmede ise deney ve kontrol gruplarında yer alan hastaların ifade ettikleri gaz, sızıntı, uyku, cilt problemleri ve banyo yapma gibi fiziksel; sosyal ilişkiler, cinsellik, ibadet, kendini soyutlama, beden imgesinin bozulması, bilinmezlik korkusu, kontrol kaybı ve baş etmede güçlük gibi psikososyal sorunlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Bununla birlikte ikinci görüşmede deney grubu hastaların kontrol grubu hastalara göre koku sorununu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az deneyimledikleri bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların ifade ettikleri sorunlar sırasıyla incelendiğinde;

Hastaların ifade ettikleri fiziksel sorunlardan gaz sorununu birinci görüşmede deney grubu hastaların tamamı deneyimlediğini belirtmişken, ikinci görüşmede %86,7'si gaz sorunu yaşadığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda bulunan hastaların birinci ve ikinci görüşmeleri arasında gaz sorunu açısından bir değişiklik olmadığı görülmektedir.

Koku sorunu açısından grup içi değişiklikler incelendiğinde, birinci görüşmede deney grubu hastaların tamamı koku sorunu yaşadığını belirtmişken, ikinci görüşmede deney grubu hastaların tamamı koku sorununun ortadan kalktığını ifade etmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise birinci görüşmede %93,3'ü koku nedeniyle sorun yaşadığını belirtmişken, ikinci görüşmede koku sorununu deneyimleyenlerin oranında herhangi bir değişiklik olmamıştır.

Sızıntı sorunu açısından bakıldığında, birinci görüşmede deney grubunda bulunan hastaların %80,0'ı, kontrol grubunda bulunan hastaların %60,0'ı bu sorunu deneyimlediklerini ifade ederken, ikinci görüşmede deney grubu hastaların %40,0'ının ve kontrol grubu hastaların %53,3'ünün sızıntı sorununu deneyimledikleri bulunmuştur.

Birinci görüşmede deney grubu hastaların %73,3'ü ve kontrol grubu hastaların %66,7'si banyo yapma ile ilgili sorunlar yaşadığını belirtmişken, ikinci görüşmede hastaların banyo yapma ile ilgili yaşadıkları sorunların oranı deney grubunda %60,0 ve kontrol grubunda %73,3 olarak bulunmuştur.

Tabloda belirtilmemekle birlikte diğer fiziksel sorunlar arasında stomanın kıyafetlerden belli olması (1. Görüşme: Deney: %60,0, Kontrol: %46,7; 2. Görüşme: Deney: %60,0, Kontrol: %46,7); ağır kaldıramama (1. Görüşme: Deney: %6,7, Kontrol: 0; 2. Görüşme: Deney: %6,7, Kontrol: %6,7); pantolonun/eteğin kemerinin stomanın üzerine denk gelmesi (1. Görüşme: Deney: %73,3, Kontrol: %60,0; 2. Görüşme: Deney: %66,7, Kontrol: %53,3) ve denizde/hamamda huzursuz olma (1. Görüşme: Deney: 0, Kontrol: %20,0; 2. Görüşme: Deney: 0, Kontrol: %20,0) yer almaktadır.

Birinci görüşmede deney grubunda bulunan hastaların % 73,3'ü ve kontrol grubunda bulunan hastaların %66,7'si stoma nedeniyle sosyal ilişkilerinin olumsuz yönde etkilendiğini ifade etmişken, bu oranlar ikinci görüşmede deney grubunda bulunan hastalar için %80,0 ve kontrol grubunda bulunan hastalar için %73,3 olarak bulunmuştur.

Hastaların ibadet etme ile ilgili yaşadıkları sorunlar incelendiğinde, birinci görüşmede deney grubu hastaların %73,3'ü bu konuyla ilgili sorunlar yaşadığını ifade etmişken, ikinci görüşmede bu oranın %60,0'a düştüğü bulunmuştur. Kontrol grubunda bulunan hastaların ise bu sorunu ifade etme oranları %80,0 olarak bulunmuş olup, kontrol grubunda bulunan hastaların ibadet etme konusunda yaşadıkları sorunlar açısından birinci ve ikinci görüşmeleri arasında herhangi bir fark olmadığı saptanmıştır.

Birinci görüşmede deney grubunda bulunan hastaların %26,7'si ve kontrol grubunda bulunan hastaların %40,0'ı stoma nedeniyle özgüvenlerinde azalma olduğunu ifade etmişken, bu oranlar ikinci görüşmede deney grubunda bulunan hastalar için %13,3 ve kontrol grubunda bulunan hastalar için %53,3 olarak bulunmuştur.

Tabloda belirtilmemekle birlikte diğer psikososyal sorunlar arasında makatta fantom ağrı (1. Görüşme: Deney: %6,7, Kontrol: 0; 2. Görüşme: Deney: %6,7,

Kontrol: 0) ve ev dışındayken stoma torbasının dolması (1. Görüşme: Deney: %13,3, Kontrol: %20,0; 2. Görüşme: Deney: %20,0, Kontrol: %20,0) yer almaktadır.



Tablo 4.3. Hastaların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırması

Yaşam Kalitesi Ölçeği	1.Görüşme	2.Görüşme	<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Genel Memnuniyet Alt Boyutu Deney Kontrol	71,3 $\pm$ 15,976 54,0 $\pm$ 30,659	74,0 $\pm$ 14,540 55,3 $\pm$ 27,996	t^b : 1,468 t^b : 0,877	p^b : 0,164 p^b : 0,433
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>	t^a : 1,942 p^a : 0,066	t^a: 2,292 p^a: 0,032		
İş/Sosyal Yaşam Alt Boyutu Deney Kontrol	59,7 $\pm$ 19,772 50,0 $\pm$ 20,544	65,2 $\pm$ 16,796 44,7 $\pm$ 20,511	t^b : -1,387 t^b : 1,379	p^b : 0,187 p^b : 0,190
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>	t^a : 1,323 p^a : 0,197	t^a: 3,004 p^a: 0,006		
Cinsellik/Beden İmajı Alt Boyutu Deney Kontrol	53,3 $\pm$ 17,078 46,3 $\pm$ 13,425	61,7 $\pm$ 19,334 44,0 $\pm$ 18,047	t^b : -1,963 t^b : 0,476	p^b : 0,070 p^b : 0,641
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>	t^a : 1,248 p^a : 0,222	t^a: 2,587 p^a: 0,015		
Stoma Fonksiyonu Alt Boyutu Deney Kontrol	41,4 $\pm$ 21,331 43,1 $\pm$ 21,191	51,3 $\pm$ 23,660 38,9 $\pm$ 19,213	t^b: -2,271 t^b : 1,226	p^b: 0,039 p^b : 0,241
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>	t^a : -0,228 p^a : 0,822	t^a : 1,587 p^a : 0,124		
Genel Yaşam Kalitesi Deney Kontrol	299,7 $\pm$ 63,019 248,8 $\pm$ 86,597	326,3 $\pm$ 67,049 253,5 $\pm$ 62,239	t^b : -1,774 t^b : -0,287	p^b : 0,098 p^b : 0,778
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>	t^a : 1,841 p^a : 0,076	t^a: 3,078 p^a: 0,005		

a: Gruplar arası değerlendirme b: Grup içi değerlendirme

Tablo 4.3.'de hastaların yaşam kalitesi genel ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Birinci görüşmede hastaların genel memnuniyet, iş/sosyal yaşam, cinsellik/beden imajı, stoma fonksiyonu alt boyut ve genel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

İkinci görüşmede ise alt boyut puanlarından stoma fonksiyonu puan ortalaması açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$); genel memnuniyet, iş/sosyal yaşam, cinsellik/beden imajı alt boyutları ve genel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu anlamlı farkı deney grubu hastalarının genel yaşam kalitesinden; genel memnuniyet, iş/sosyal yaşam ve cinsellik/beden imajı alt boyutlarından elde edilen yüksek puanlar oluşturmaktadır.

Yaşam kalitesi ölçeği genel puan ortalaması, grup içi değişimler açısından incelendiğinde; hem deney hem kontrol grubunda bulunan hastaların birinci ve ikinci görüşmedeki yaşam kalitesi genel puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Ancak tablo incelendiğinde hastaların genel yaşam kalitesi puan ortalamalarının deney grubunda $26,6\pm4,03$, kontrol grubunda ise $4,7\pm24,358$ puan arttığı görülmektedir.

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki grup içi değişimler incelendiğinde; deney grubunda bulunan hastaların birinci ve ikinci görüşmelerinden elde edilen stoma fonksiyonu alt boyut puan ortalamaları arasında $9,9\pm2,329$ puan ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). İstatistiksel düzeyde anlamlı fark bulunmamakla birlikte, deney grubunda bulunan hastaların genel memnuniyet alt boyut puanının $2,7\pm1,436$ puan, iş/sosyal yaşam alt boyut puanının $5,5\pm2,976$ puan ve cinsellik/beden imajı alt boyut puanının $8,4\pm2,256$ puan artış gösterdiği bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.4. Hastaların stoma uyum ölçeği puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırması

Stoma Uyum Ölçeği	1.Görüşme	2.Görüşme	<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Kabul Etme Alt Boyutu Deney Kontrol	26,0 $\pm$ 4,105 20,1 $\pm$ 5,284	26,3 $\pm$ 5,216 21,3 $\pm$ 5,548	t^b : -0,233 t^b : -1,356	p^b : 0,819 p^b : 0,196
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>	t^a : 3,434 p^a : 0,002	t^a : 2,543 p^a : 0,017		
Kaygı/Endişe Alt Boyutu Deney Kontrol	8,6 $\pm$ 3,247 8,5 $\pm$ 4,764	11,3 $\pm$ 3,132 7,2 $\pm$ 3,668	t^b : -3,122 t^b : 1,699	p^b : 0,007 p^b : 0,111
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>	t^a : 0,045 p^a : 0,965	t^a : 3,319 p^a : 0,003		
Sosyal Uyum Alt Boyutu Deney Kontrol	8,5 $\pm$ 2,899 6,5 $\pm$ 3,136	9,1 $\pm$ 3,020 5,9 $\pm$ 2,850	t^b : -1,404 t^b : 1,503	p^b : 0,182 p^b : 0,155
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>	t^a : 1,753 p^a : 0,091	t^a : 3,046 p^a : 0,005		
Öfke Alt Boyutu Deney Kontrol	4,2 $\pm$ 2,455 3,5 $\pm$ 2,099	5,3 $\pm$ 1,831 3,5 $\pm$ 1,807	t^b : -1,658 t^b : 0,000	p^b : 0,120 p^b : 1,000
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>	t^a : 0,879 p^a : 0,387	t^a : 2,710 p^a : 0,011		
Genel Stoma Uyum Deney Kontrol	55,1 $\pm$ 11,259 45,1 $\pm$ 13,951	60,9 $\pm$ 9,187 45,1 $\pm$ 10,901	t^b : -2,704 t^b : -0,031	p^b : 0,017 p^b : 0,976
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>	t^a : 2,160 p^a : 0,039	t^a : 4,274 p^a : 0,000		

a: Gruplar arası değerlendirme b: Grup içi değerlendirme

Tablo 4.4.'de hastaların stoma uyumu genel ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Birinci görüşmede deney ve kontrol grubu hastaların kaygı/endişe, sosyal uyum ve öfke alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanırken ($p>0,05$); stoma uyumu genel ve kabul etme alt boyut puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grubu hastaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre birinci görüşme için deney grubu hastaların stoma uyumu genel ve kabul etme alt boyut puanları kontrol grubu hastalara göre daha yüksektir.

İkinci görüşmede ise kabul etme, kaygı/endişe, sosyal uyum, öfke alt boyut puan ortalamaları ve stoma uyumu genel puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre deney grubu hastalardan elde edilen kabul etme, kaygı/endişe, sosyal uyum ve öfke alt boyut puan ortalamaları ile stoma uyumu genel puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Deney ve kontrol gruplarında stoma uyum ölçeği genel puan ortalamalarının grup içi değişimlerine bakıldığında, deney grubunda birinci görüşmede elde edilen puan ortalaması $55,1\pm 11,259$ iken, ikinci görüşmede genel stoma uyum puanının $60,9\pm 9,187$ 'ye çıktığı görülmektedir. Deney grubunda bulunan hastaların birinci ve ikinci görüşmeleri arasında elde edilen ortalama $5,8\pm 2,072$ 'lik puan artışı istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubunda bulunan hastaların stoma uyum ölçeği genel puan ortalamalarında ise birinci ve ikinci görüşmeler arasında farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Stoma uyum ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki grup içi değişimler incelendiğinde; deney grubunda bulunan hastaların birinci ve ikinci görüşmelerinden elde edilen kaygı/endişe alt boyut puan ortalamaları arasında $2,7\pm 0,115$ puan ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). İstatistiksel düzeyde anlamlı fark bulunmamakla birlikte, deney grubunda bulunan hastaların kabul etme alt boyut puanının $0,3\pm 1,111$, sosyal uyum alt boyut puanının $0,6\pm 0,121$ ve öfke alt boyut puanının $1,1\pm 0,624$ artış gösterdiği bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.5. Hastaların stoma ile yaşam sırasında karşılaştıkları sorunlarla baş etme yöntemleri

Baş Etme Yöntemleri	Deney		Kontrol	
	n ^a	%	n ^b	%
Gece adaptörü/torbayı kontrol etme	38	6,8	144	17,1
Besin kısıtlama/öğün atlama	27	4,8	90	10,7
Açık havada/tuvalette gazı boşaltma	58	10,4	68	8,1
Uzun süre evden uzak kalmama	29	5,2	63	7,5
Giyim tarzı değişikliği	50	8,9	50	5,9
Kendini soyutlama	54	9,6	49	5,8
Yakın/eş desteği görme	22	3,9	41	4,9
Hayatındaki değişimleri kabul etmeye çalışma	33	5,9	41	4,9
Stoma üzerine baskı yapma	31	5,5	34	4,0
Ortamı havalandırma	11	2,0	34	4,0
Sık adaptör/torba değiştirme	29	5,2	24	2,9
Banyo sonunda adaptör değiştirme	23	4,1	24	2,9
Sırt üstü/sağ yan yatma	19	3,4	24	2,9
Adaptörün altını temizleme/yıkama	21	3,8	19	2,3
Yedek malzeme bulundurma	13	2,3	17	2,0
Adaptörü yapıştırmadan önce cildini havalandırma	22	3,9	17	2,0
Ostomi pudrası/sprey/mendil/pasta kullanma	14	2,5	17	2,0
Durumunu bilenlerle görüşme	24	4,3	17	2,0
Eşinden ayrılma/yatak ayırma	10	1,8	11	1,3
Dua etme	10	1,8	5	0,6
Banyo sıklığında azalma	6	1,1	16	1,9
Diğer	16	2,9	36	4,3
TOPLAM	560	100,0	841	100,0

a, b: Birden fazla sorun için aynı baş etme yöntemi kullanıldığı için n katlanmıştır.

Tablo 4.5.'te deney ve kontrol gruplarında bulunan hastaların stomaya ilişkin karşılaştıkları sorunlarla baş etme yöntemleri yer almaktadır.

Hastaların, fiziksel ya da psikososyal sorunları ile başetmek için gece adaptörü ya da torbayı kontrol ettiği (n^a:38, n^b: 144); besin kısıtlaması yaptığı ya da öğün

atladığı (n^a:27, n^b: 90); açık havada yalnız olacağı bir yer bularak ya da tuvalete giderek torbasına dolan gazı boşalttığı (n^a:58, n^b: 68); uzun süre evden uzak kalamadıkları (n^a:29, n^b: 63) ve giyim tarzını değiştirdiği (n^a:50, n^b: 50) belirlenmiştir.

Tabloda belirtilmemekle birlikte, deney ve kontrol grubu hastaların kullandıkları diğer baş etme yöntemleri ise ibadet etmeyi bırakma (n^a: 2, n^b: 14), bir yere gideceği ya da uzun yola çıkacağı zaman kabız olmaya çalışma (n^a: 0, n^b: 8), uyurken stomasının üzerine dönmek için dar bir kanepede yatma (n^a: 0, n^b: 7), adaptörü flaster ile cildine bantlama (n^a: 4, n^b: 3), gaz sesi çıktığında sandalye çekerek ya da kahkaha atarak gürültü yapma (n^a: 0, n^b: 2), açık havada ya da gürültülü ortamlarda bulunmayı tercih etme (n^a: 5, n^b: 0), yaz mevsiminde sık torba ve adaptör değiştirebilmek için kış mevsiminde torba ve adaptör biriktirme (n^a: 4, n^b: 0), tuvalete duş taktırıp tuvalette duş alma (n^a: 0, n^b: 2) ve dışarda torba değişimi yaparsa çöpünü eve getirme (n^a: 1, n^b: 0) yer almaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma kapsamında deney ve kontrol gruplarından elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bireylerin daha uzun süre yaşamalarını sağlamak; sağlıklı ve üretken bir yaşama dönmelerine yardımcı olabilmek; yaşam kalitelerini arttırmak ve altta yatan patolojiyi iyileştirmek için oluşturulan stoma, aynı zamanda bireyin yaşamında fiziksel, sosyal, bilişsel ve duygusal açıdan birçok sorunlara neden olabilmektedir. Bu sorunlar stoma ile yaşama uyum sürecini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (13–16,19).

Literatürde kolostomi açılması gerekliliğini ortaya çıkaran kolorektal kanserlerin erkeklerde ve 50 yaş üzerinde daha sık görüldüğü ifade edilmektedir (6,41). Çalışmamızda da literatür bilgileri ile benzer şekilde, erkek hasta sayısının daha fazla olduğu, deney ve kontrol gruplarındaki hastaların ortalama yaşlarının $58,95 \pm 9,638$ olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.1.). Bu benzerliğin kolorektal kanser gelişimi açısından 50 yaş üzerinde olmanın ve erkek cinsiyete sahip olmanın risk faktörü olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Kolorektal kanserlerin özellikle ileri yaşta görülme nedeni olarak yaşla birlikte risk faktörlerine olan maruziyetin artması gösterilmektedir. Erkek cinsiyette kolorektal kanserlerin görülme oranının daha fazla olmasının nedeni ise beslenme ve yaşam tarzı; alkol/sigara tüketimi ve kadınlarda koruyucu rolü olduğu düşünülen östrojen ve progesteron gibi hormonlardır (41,57,112).

Araştırma kapsamında değerlendirilen hastaların çalışma durumlarına bakıldığında, deney ve kontrol grubunda bulunan hastaların yarısından fazlasının çalışmıyor olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.1.). Benzer şekilde Salome ve ark. (104) ve Liao ve ark. (108) tarafından yapılan çalışmalarda da hastaların yarıdan fazlasının çalışmıyor ya da emekli olduğu bulunmuştur (104,108). Bu benzerliğin nedeni olarak, kolorektal kanserlerin ileri yaşta daha sık görülmesi ve bu dönemde emeklilik hakkının elde edilmesi ya da kanser ve stoma nedeniyle malulen emekli olunması gösterilebilir.

Çalışmamızda deney ve kontrol grubuna alınan hastaların üçte ikisinden fazlasının sistemik hastalığı olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.1.). Aminisani ve ark.

(112) tarafından kolorektal kanser tanısı alan hastalarda yaşam kalitesinin ölçüldüğü bir çalışmada, bizim çalışmamızla benzer şekilde hastaların %68.2'sinin eşlik eden hastalıklarının olduğu bulunmuştur. Bu benzerliğin kolorektal kanserlerin 50 yaş üzerinde daha sık görülmesinden kaynaklandığı ifade edilebilir.

Lynch ve ark. (20) tarafından kolorektal kanserlerde stoma cerrahisi sonrasında hastaların yaşadıkları sorunları ortaya koymak için yapılan bir çalışmada hastaların %69,2'sine rektum ve %30,8'ine kolon kanseri nedeniyle cerrahi uygulandığı bulunmuştur. Thamilselvam ve ark. (105) tarafından Malezya'da, kolostominin yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin incelendiği 112 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada; hastaların %74,1'inin kalıcı, %25,9'unun ise geçici türde kolostomisinin olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda hastaların tamamına yakınının rektum kanseri olduğu ve bu hastaların çoğunluğunun Miles' kolostomisi bulunduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1.). Çalışmamızda rektum kanserli ve Miles' kolostomili hasta sayısının daha fazla olmasının nedeni, tümörün rezeksiyon sınırının anüse 5 cm'den daha yakın olduğu rektum kanserlerinde çalışma örneklemimizle uygun olacak şekilde kalıcı (Miles') kolostomi açılmasının gerekliliğidir.

5.2. Hastaların İfade Ettikleri Fiziksel ve Psikososyal Sorunlara İlişkin Bulguların Tartışılması

Stomalı bireyler kontrolsüz gaz çıkışı nedeniyle sosyal ve psikolojik açıdan sorunlar yaşadıklarını ifade etmektedirler. Literatür bilgilerine göre, kontrolsüz gaz çıkışı nedeniyle oluşan ses ve kokunun bireyde psikolojik strese, utanmaya ve sosyal izolasyona neden olduğu belirtilmektedir (9,13–18,108). Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarında gaz çıkarma sorunları incelendiğinde; birinci ve ikinci görüşmede gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.2.). Birinci görüşmede deney grubu hastaların tamamı, ikinci görüşmede ise %86,7'si gaz sorunu yaşadığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda bulunan hastaların birinci ve ikinci görüşmeleri arasında gaz sorunu açısından bir değişiklik olmadığı belirlenmiştir. Bir katılımcı kontrolsüz gaz çıkışı nedeniyle 40 dakikalık yolculukta torba gaz dolduğu için 3 kez otobüsten indiğini; bir başka katılımcı sessizliğin kendisini tedirgin ettiğini, sosyal bir insan olduğunu ve dışarda elini sürekli stomasının üzerinde tuttuğunu, bir ses çıksa “benden mi acaba” diye rahatsız olduğunu; bir başka

katılımcı ise bir gün otobüste sesli gaz çıkınca birinin “ne yapıyorsun koca adam” diye kızdığını ve kendisinin de “tutamadım ne yapayım” diye cevap verdiğini belirtmiştir. Çalışmamıza dâhil edilen hastaların çoğunluğu gaz sorunu ile baş etme yöntemi olarak açık havada ya da tuvalette torbasına dolan gazı boşalttığını, kontrolsüz gaz çıkışını engellemek için elini ya da kıyafetini stomasının üzerine bastırdığını, besin kısıtladığını ya da öğün atladığını, ortamı havalandırdığını, durumunu bilenlerle görüştüğünü ya da kendini toplumdan soyutladığını ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.5.). Krouse ve ark. (115) tarafından 599 kolostomili hastanın yaşam kalitesi üzerine yapılan bir çalışmada; hastaların %78,0’ı gaz nedeniyle sorun yaşadığını ifade etmiştir. Bu çalışmanın bulgularıyla bizim çalışmamızın bulguları benzerlik göstermektedir. Deney grubundaki hastaların gazın gelişmesini önlemeye yönelik yapılan bilgilendirme nedeniyle stoma ile yaşama daha iyi uyum sağlayarak, gaz sorununu daha az ifade ettikleri söylenebilir.

Kolostomisi olan bireyler stomadan hoş olmayan koku çıkacağı endişesi ile sosyal ve psikolojik açıdan yaşam kalitelerinin azalmasına neden olan utanma, sosyal izolasyon, ameliyat öncesi yaptıkları sosyal faaliyetleri yapamama, işi bırakma/değiştirme, depresyon, öfke ve suçluluk gibi birçok sorunlar yaşamaktadırlar (9,20,21,27). Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre, birinci görüşmede deney ve kontrol gruplarında bulunan hastaların koku sorunu yaşamaları konusunda gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmazken ($p>0,05$), ikinci görüşmede deney grubu hastaların koku sorununu grup içi ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Birinci görüşmede deney grubu hastaların tamamı koku sorunu yaşadığını belirtmişken, ikinci görüşmede bu hastaların tamamı koku sorununun ortadan kalktığını ifade etmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise %93,3’ü hem birinci hem de ikinci görüşmede koku nedeniyle sorun yaşadığını belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.2.). Çalışmamızda deney grubuna dâhil edilip stoma torbasının içinde lavanta esansiyel yağı kullanan hastalardan biri stoma torbasının içinde lavanta esansiyel yağı kullandığı için memnun olduğunu, eşinin de olumlu etkilendiğini ve torba değişimi yaparken eşinin fark etmediğini, camları açmak zorunda kalmadığını ifade etmiştir. Başka bir hasta lavanta esansiyel yağının kokuyu %50 oranında baskıladığını, burnuna hep lavanta kokusu geldiğini ve bundan sonra da alıp kullanmaya devam edeceğini belirtmiştir. Bir diğer hasta gaita gelince bile lavantanın

gaita kokusunu bastırıldığını, lavanta esansiyel yağının koku sorununu %80 oranında çözdüğünü ve lavanta yağı alıp kullanmaya devam edeceğini ifade etmiştir. Başka bir hasta ise lavanta kokusunun koku sorununu %50'nin üzerinde çözdüğünü ve ikinci şişesini aldığını belirtmiştir. Kontrol grubundan bir hasta çalıştığını, evlere tamir yapmaya gittiğini, filtreyi bantlamasa çok koku olduğunu ve insan içine çıkamayacağını ifade etmiştir. Çalışmamıza dâhil edilen hastaların çoğunluğu koku sorunu ile baş etme yöntemi olarak açık havada ya da tuvalette torbasına dolan gazı boşalttığını, kontrolsüz gaz çıkışını engellemek için elini ya da kıyafetini stomasının üzerine bastırıldığını, besin kısıtladığını ya da öğün atladığını, sık torba değiştirdiğini, ortamı havalandırdığını, kendini toplumdaki soyutladığını ya da durumunu bilenlerle görüştüğünü belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.5.). Annells (21) tarafından stomalı hastaların kontrolsüz gaz çıkarma deneyimleri ile ilgili yapılan bir fenomenolojik çalışmada hastaların birçoğu artık normal olmayacağını, koktuğunu, başka şansı olmadığını ve sürekli gazlı olduğunu dile getirmiştir. Çakmak ve ark. (91) tarafından kalıcı stoması olan hastaların eşlerinin yaşam kalitesi ile ilgili yapılan bir çalışmada; stoma bakımı yaparken eşlerin %53,5'i kokunun temel sorun olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda ise kalıcı kolostomisi olan bireylerde stoma torbasının içinde lavanta esansiyel yağı kullanımının ve koku önleyici girişimlere yönelik yapılan bilgilendirmenin, gaz oluşumu ve sızıntı sorunlarının devam ediyor olmasına rağmen, koku sorunu ile baş etme konusunda etkili olduğu söylenebilir.

Stoması olan bireylerde sıklıkla yaşanan bir diğer sorun torbadan sızıntıdır. Bu sorun normal kabul edilmemeli; kokuya, cilt komplikasyonlarına, sosyal izolasyona, depresyona ve stoma uyumunda azalmaya neden olabileceğinden hasta ve ailesine baş etme yöntemlerinin öğretilmesi gerekmektedir (78,80). Çalışmamızın örnekleme dâhil edilen hastaların sızıntı sorununu deneyimlemeleri konusunda birinci ve ikinci görüşmelerinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamakla birlikte ($p>0,05$), deney ve kontrol gruplarında bulunan hastalara verilen danışmanlık nedeniyle hastaların ikinci görüşmelerinde bu sorunu daha az deneyimledikleri görülmektedir (Bkz. Tablo 4.2.). Çalışma örneklekimizde bulunan hastaların birçoğu sızıntı sorunu ile baş etme yöntemi olarak korse ya da kalın sıkı kıyafetler giyerek stomasının üzerine baskı yaptığını, dışarı çıkacağı zaman öğün atladığını, sık sık

adaptör/torba değiştirdiğini, yanında yedek malzeme taşıdığını, gece uyanıp torbasını ve adaptörünü kontrol ettiğini ya da kendini toplumdan soyutladığını belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.5.). Gooszen ve ark. (80) tarafından yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamızla benzer olarak, ileostomili ve kolostomili hastaların tamamı stoma torbasından sızıntı olduğunu ve bundan dolayı kendilerini sosyal ortamlardan izole ettiklerini dile getirmişlerdir. Çalışmamızdan elde edilen bulgular ile literatürdeki bu benzerliğin stoma ürünlerin kalitesinin artmasına rağmen yeterli konforu sağlayamamasından, hastaların doğru ürünü seçme konusunda yeterince bilgilendirilmemesinden ve çalışmanın yapıldığı hastanelerde stoma bakım hemşiresi olmadığı için hastaların yaşadıkları sorunları danışacak bir birim bulamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle hemşire tarafından hasta ve ailesine stoma bakımının öğretilmesi ve stoma ile yaşam sırasında yaşadıkları sorunlar konusunda hemşiresinden danışmanlık alması önerilmelidir.

Stomalı bireyler uyku esnasında kontrolsüz gaz çıkışı nedeniyle sızıntı olacağı endişesi ile kesintisiz uyuyamadıklarını ve gece stoma bakımı yapmak için birçok kez uyandıklarını belirtmişlerdir (25,111). Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre uyku nedeniyle yaşanan sorunlar açısından birinci ve ikinci görüşmelerde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bununla birlikte deney grubunda bulunan hastaların birinci ve ikinci görüşmeleri arasında uyku sorunu yaşama oranlarının %86,7'den %80,0'a düştüğü bulunmuştur ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.2.). Çalışmamızda deney grubundaki %6,7'lik bu farkın gaz önleyici girişimler konusunda yapılan bilgilendirmeden ve torba içine konulan lavantadan kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızdan elde edilen veriler hastaların ifade ettikleri uyku sorunun çoğunlukla gece gaz dolması, sızıntı endişesi ve sol yan ya da yüz üstü yatamamaktan kaynaklandığını ortaya koymuştur. Çalışma kapsamımıza alınan hastalardan biri düzenli bir uykusunun olmadığını, 30-40 dakikada bir uyanıp torbasının açılıp açılmadığını kontrol ettiğini, gaz dolsa ya da ishal olsa torbasının açıldığını belirtmiştir.

Çalışma kapsamında değerlendirdiğimiz hastaların çoğunluğu uyku sorunlarını gece korse giyip stomanın üzerine baskı yaparak, gece gaz doluşunu ve adaptörün sağlamlığını kontrol ederek, sırt üstü ya da sağ yan yatarak ve başkasının evinde kalmayarak baş ettiğini ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.5.). Juul (87)'un

çalışmasında belirttiğine göre, Voergaard ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise hastaların %42,0'nın torbanın balonlaşması nedeniyle gece sık sık uyandıkları belirtilmiştir. Juul ve ark. (87) tarafından intestinal stomalı hastaların yaşam kaliteleri ile ilgili çalışmaların tarandığı bir sistematik derlemede hastalar gün boyu yorgun hissettiklerini, stomaları nedeniyle uykularının kesintiye uğradığını, bazı pozisyonlarda uyumaktan kaçındıklarını ve gece evde olmamanın sıkıntı verici olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmalardan elde edilen bulgular ile bizim çalışmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Stomalı bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen sorunlar üzerine yapılan çalışmalarda; peristomal cilt sorunlarına çok sık rastlanıldığı ve bu sorunların hastaların yaşam kalitelerini azaltıp, tedavileri için ek maliyete neden olduğu belirtilmektedir (100,111,112). Bu sorunun görülme nedenleri arasında adaptörün gereğinden daha sık değiştirilmesine bağlı oluşan travma, adaptör altına sızıntı, cildin nemli kalması, terleme ve alerjik reaksiyonlar sayılabilmektedir (102). Bizim çalışmamızda ise peristomal cilt problemleri açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.2.). Ancak bulgular incelendiğinde, deney grubu hastalarının ikinci görüşmede bu sorunu daha az yaşadığı bulunmuştur. Çalışmamıza dâhil ettiğimiz hastaların çoğunluğu peristomal cilt sorunları ile baş etme yöntemi olarak sık adaptör ya da torba değişimi yaptıklarını; adaptörü yapıştırmadan önce ciltlerini havalandırdıklarını; adaptörün altına sızıntı olması durumunda yıkadıklarını; ostomi pudrası, bariyer sprey ya da mendil kullandıklarını belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.5.). Richbourg ve ark. (112) tarafından stomalı hastaların taburculuk sonrasında yaşadıkları güçlükler ile ilgili yapılan bir çalışmada; stoması olan hastaların %82,0'ı cilt irritasyonu yaşadığını ifade etmiştir. Bu çalışmanın bulgularıyla bizim çalışmamızın bulguları benzerlik göstermektedir. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre deney grubu hastalar için birinci ve ikinci görüşmeler arasındaki %6,7'lik farkın, stoma bakımı konusunda hastalara yapılan bilgilendirme ve danışmanlıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

İntestinal stoması olan bireyler, stoma açıldıktan sonra banyo yapmak gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede sorunlar yaşadıklarını belirtmektedirler (114,115). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgulara göre birinci görüşmede deney grubunda bulunan hastaların %73,3'ü banyo yapma ile ilgili sorunlar yaşadıklarını

ifade ederken; ikinci görüşmede bu oran %60,0 olmuştur. Birinci ve ikinci görüşmelerde deney grubunda bulunan hastaların banyo yapma konusunda yaşadıkları sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakla ($p>0,05$) birlikte, deney grubunun birinci ve ikinci görüşmeleri arasında bu sorunu deneyimleme açısından %13,3'lük bir azalma olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.2.). Çalışmamızda yer alan hastalardan biri banyoya torbasını çıkarıp girdiğini ve stomasından gaita geldiğini, stomasının etrafını temizlemek için saatlerce banyodan çıkamadığını ifade ederken; bir diğer hasta sabah adaptörü değiştirdiyse akşam banyo yapmak istese bile yapamadığını ve 2 gün beklediğini belirtmiştir. Çalışma örneklemimizde bulunan hastaların çoğu banyo yapma ile ilgili yaşadıkları sorunlarla sabah aç karnına ya da en az 5 saat açlıkla banyo yaparak; hayatlarındaki değişimleri kabul etmeye çalışarak; banyoyu torba ile yapıp, banyo sonunda torbasını çıkarıp stomasını yıkayarak; eskisinden daha az sıklıkta banyo yaparak ya da tuvalete düş taktırıp tuvalette düş alarak baş ettiklerini belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.5.). O'Connor ve ark. (116) tarafından rektum kanseri olan hastaların bilgi gereksinimlerinin araştırıldığı bir çalışmada; hastaların ortalama 4,7'si banyo yapıp yapamayacağı ile ilgili bilgi gereksinimi olduğunu dile getirmiştir. Palomero-Rubio ve ark. (117) tarafından kolostomi açılan hastaların ameliyat sonrası deneyimlerinin derinlemesine görüşme yöntemi ile belirlendiği nitel çalışmada; 38 yaşında, çalışan bir kadın hasta görüşme sırasında ağlayarak *"Hemşire bana torbanın hiç görünmeyeceğini ve sorun olmayacağını söyledi. En büyük kızım benimle banyo yapmayı çok severdi. Fakat beni banyoda böyle gördüğü zaman bu nedenle reddedecek. Uzun vadede her şeyin iyi olacağını söylediler, lanet olsun..."* ifadelerini kullanmıştır. Çalışmamızda ikinci görüşmede deney grubunda banyo yapma ile ilgili yaşanan sorunlardaki azalmanın yapılan bilgilendirme ve danışmanlıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde hangi din ya da mezhebe sahip olduklarına bakılmaksızın, stoma açılan bireylerin ortak olarak dile getirdikleri sorunlardan biri de ibadet etme ile ilgili yaşadıkları güçlüklerdir (16,85,89,93,95). Bizim çalışmamızda da birinci görüşmede deney grubunda bulunan hastaların %73,3'ü, kontrol grubunda bulunan hastaların ise %80,0'ı ibadet etme ile ilgili sorunlar yaşadıklarını ifade ederken; bu oranlar ikinci görüşmede deney grubu için %60,0 ve kontrol grubu için %80,0 olmuştur. Birinci ve ikinci görüşmelerde deney ve kontrol gruplarında bulunan

hastaların ibadet etme konusunda yaşadıkları sorunlara arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış ($p>0,05$) olmakla birlikte, deney grubunun birinci ve ikinci görüşmeleri arasında bu sorunu deneyimleme açısından %13,3'lük bir azalma olmuştur (Bkz. Tablo 4.2.). Çalışma kapsamında görüşme yapılan bir hasta kendini kirli hissettiğini, Allah'ın ibadetlerini kabul etmeyeceğini düşündüğünü belirtmiştir. Başka bir hasta ise eskiden vakit namazlarını kıldığını, Cuma namazına gittiğini, ancak abdestinin kalmadığını ve kalben huzursuz olduğunu ifade etmiştir. Çalışma örneklemimizde bulunan hastaların birçoğu ibadet etme ile ilgili yaşadıkları sorunlarla dua ederek, ibadet etmeyi bırakarak ya da hayatındaki değişimleri kabul etmeye çalışarak baş ettiklerini belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.5.). Dabirian ve ark. (89) tarafından yapılan bir çalışmada stoma açılan bir hasta ibadet etme konusunda yaşadığı sorunları *"Camide namaz kılmaya gittiğimde kendimi namaz grubuna katmayı uygun görmüyorum. Çünkü ibadet, dua ya da diğer dini görevleri yerine getirebilecek kadar temiz olmadığımndan endişe ediyorum."* şeklinde ifade etmiştir. Hastalarla yapılan görüşmeler sırasında ifade ettikleri sorunlara yönelik yönlendirmeler ve bilgi paylaşımları yapılmış, hastalara Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından verilen ve Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği'nin web sitesinde yayınlanan fetva hakkında bilgi verilmiş ve gerekli dokümanlar paylaşılmıştır (96). İbadet etme konusunda yaşanan sorunlarda deney grubundaki bu azalmanın, yapılan bilgilendirmelere bağlı olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda stomalı bireylerin stomalarından hoş olmayan koku çıkması, sesli gaz çıkışını kontrol edememeleri, stomalarının kıyafetlerinden görülmesi, sızıntı olması ve kendilerini temiz hissetmemeleri gibi nedenlerle özgüvenlerinde azalma olduğu belirtilmektedir (101,115,117,118). Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre birinci görüşmede deney grubunda bulunan hastaların %26,7'si özgüveninde azalma olduğunu belirtirken, bu oranın kontrol grubunda %40,0 olduğu bulunmuştur. İkinci görüşmede ise deney grubunda bulunan hastaların özgüven azalması sorununu %13,3 oranında deneyimledikleri bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.2.). Çalışmamıza dâhil edilen hastalardan biri eskiden denize girdiğini ama şuanda şortla kenarda oturduğunu belirtmiştir. Bir kadın hasta ise pis hissettiğini, koktuğunu ve insanların O'nun elinden bir şey yemek istemediğini ifade etmiştir. Çalışma grubumuza dâhil edilen hastalar özgüven azalması sorunu ile bir yere

gidecekleri zaman gaz ve gaita çıkışı olmaması için birkaç gün öncesinden besin kısıtlayarak ya da öğün atlayarak, kapalı bir ortamdayken torbasına gaz dolarsa açık havaya ya da tuvalete gidip yalnızken gazı boşaltarak, dışarı çıktıkları zaman kısa süre içinde evlerine geri dönerek, stomasının belli olmayacağı kıyafetler seçerek, kalabalık ortamlardan kendilerini soyutlayarak, stoması olduğunu bilenlerle görüşerek, gaz çıkacağını hissettiği zaman stomasının üzerine eliyle ya da kıyafetleriyle baskı yaparak, evde stoma bakımı yaptığında ortamı havalandırarak, dışarı çıkarken yanında yedek malzeme bulundurarak, sızıntı olmaması için adaptörü ciltlerine bantlayarak, eşinden ayrılarak ya da yatağını ayırarak, açık hava ya da gürültülü ortamlarda bulunmayı tercih ederek, dışarda torba değişimi yapması gereken durumlarda çöpünü eve getirerek baş ettiklerini belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.5.). Zhang ve ark. (120) tarafından kolostomisi olan hastalarda yaşam kalitesi ölçümünün yapıldığı bir çalışmada; hastaların ortalama 3,72'si stomalarından dolayı kendilerini kirli hissettiklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgulara dayanarak, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ($p>0,05$), hastaların özgüvende azalma sorunu deneyimlemeleri açısından deney grubundaki %13,4'lük azalmanın birinci görüşme sırasında yapılan bilgilendirmeden ve stoma torbası içinde lavanta esansiyel yağı kullanımından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Stoması olan bireylerin, kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle yaşadıkları sorunlardan biri de bedenlerine yönelik hissettikleri kontrol kaybı algısıdır (116,117,121,122). Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre birinci görüşmede deney grubunda bulunan hastaların %6,7'sinin, kontrol grubunda bulunan hastaların ise %26,7'sinin kontrol kaybı sorununu deneyimledikleri bulunmuştur. İstatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte ($p>0,05$) ikinci görüşmede kontrol grubunda bulunan hastaların kontrol kaybı sorunu yaşama oranları %20,0'a düşerken, deney grubunda herhangi bir değişiklik olmamıştır. (Bkz. Tablo 4.2.). Çalışmamızda değerlendirmeye alınan hastalardan biri kendi bedeni üzerindeki hükmünü kaybettiğini, yola çıkarken kabız olmak için ilaç aldığını dile getirmiştir. Çalışmamıza dâhil edilen hastalar kontrol kaybı sorunu ile hayatlarındaki değişimleri kabul etmeye çalışarak, bir yere gidecekleri zaman gaz ve gaita çıkışı olmaması için besin kısıtlayarak ya da öğün atlayarak, torbasına gaz dolarsa açık havaya ya da tuvalete gidip yalnızken gazı boşaltarak, toplumdan ve durumlarını bilmeyenlerden kendilerini

soyutlayarak, stoması olduğunu bilenlerle görüşerek, gaz çıkmaması için stomasının üzerine eliyle ya da kıyafetleriyle baskı yaparak, evde stoma bakımı yaptığında ortamı havalandırarak, eşinden ayrılarak ya da yatağını ayırarak ve yakınlarından ya da eşinden destek görerek baş etmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.5.). Zhang ve ark. (120) tarafından kolostomisi olan hastalarda yaşam kalitesi ölçümünün yapıldığı bir çalışmada; hastaların ortalama 3,34'ü stomasından dolayı bedeni ile ilgili kontrolünü kaybettiğini düşündüğünü dile getirmiştir. Bizim çalışmamızda deney grubunda kontrol kaybı sorununun artış olmamasının ve kontrol grubunda bu sorunun görülme oranının azalmasının, hastalara yapılan bilgilendirmeden ve ayrıca deney grubunda bulunan hastaların stoma torbalarının içinde lavanta esansiyel yağı kullanımından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. Hastaların Yaşam Kalitelerine ve Stoma ile Yaşama Uyumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Yapılan çalışmalarda stoma cerrahisi sonrasında hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği ve stoma ile yaşama uyumda sorunlar yaşadıkları ortaya konulmuştur (21,68,123–127). Çalışmamıza dâhil edilen hastaların yaşam kalitesi ölçeği puanları incelendiğinde; deney grubu hastaların tüm yaşam kalitesi puanlarının ikinci görüşmede arttığı, kontrol grubunda ise genelde azaldığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.3.). Literatür incelendiğinde; kolostomisi olan hastalarda gaz nedeniyle meydana gelen kokunun giderilmesine yönelik girişimlerin ve eğitimin hastaların yaşam kalitesinin arttırdığı görülmektedir (68,127,128). Huang ve ark. (124) tarafından Miles' ameliyatı geçiren hastalar üzerinde sürekli hemşirelik bakımının yaşam kalitesi, öz bakım yeterliliği ve stomal komplikasyonlar üzerine olan etkisinin incelendiği bir çalışmada; diyet önerileri ve psikososyal uyumun artırılması amacıyla haftada bir kez telefon takipleri yapılarak stoma bakım hemşireliği hizmeti verilen hastaların, standart hemşirelik bakımı verilen hastalara göre yaşam kaliteleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Danielsen ve ark. (128) tarafından stoma hastalarına verilen eğitimin yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin incelendiği bir sistematik derlemede; eğitimin stoma yönetimi konusundaki yeterliliği, stoma ile ilişkili bilgi düzeyini ve stoma ile yaşama psikososyal uyumu istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde arttırdığı bulunmuştur. Literatürde stomalı hastalarda gaz kokusunun önlenmesine yönelik torba içinde lavanta esansiyel yağı

kullanımı ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamış olup, bizim çalışmamızda; hastalara yapılan bilgilendirmenin ve stoma torbası içinde lavanta esansiyel yağı kullanımının genel yaşam kalitesini ve yaşamdan genel memnuniyeti arttırdığı; iş, sosyal yaşam, cinsellik, beden imajı ve stoma fonksiyonu ile ilgili deneyimlenen sorunları azalttığı söylenebilir.

Çalışmamıza dâhil edilen hastaların stoma uyum ölçeği değerleri incelendiğinde; deney grubu hastaların tüm stoma uyum puanlarının ikinci görüşmede arttığı, kontrol grubunda ise değişmediği ya da azaldığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.4.). Literatür incelendiğinde; kolostomisi olan hastalara yapılan danışmanlık ve eğitimin hastaların stoma uyumlarını arttırdığı görülmektedir (68,127,128). Ancak stomaya uyumu arttırmaya yönelik girişimlerin danışmanlık ve eğitimle sınırlı kaldığı belirlenmiştir. Cheng ve ark. (127) tarafından Çin’de kalıcı kolostomisi olan hastalara verilen eğitim programı sonrasında stoma ile yaşama uyumun değerlendirildiği çalışmada; hastalara bir araştırmacı ve bir stomaterapi hemşiresi tarafından 5 gün ve günde 2 saat süren; psikososyal uyum, öz bakım ve öz yönetim konularını kapsayan genel bilgileri, deneyim paylaşımlarını, kolostomi ile yaşam sırasında beslenme ve egzersiz önerilerini, sık görülen stoma komplikasyonlarını, bu komplikasyonları önleme ve baş etme yöntemlerini içeren kapsamlı bir eğitim verilmiştir. Eğitim öncesinde ve sonrasında yapılan ölçümlerde, hastaların toplam stoma uyum puanlarının ortalama 47,59’dan, 53,37’ye çıktığı bulunmuştur ($p<0,01$). Karadağ ve ark. (71) tarafından 135 stomalı hastanın sosyal uyumlarının incelendiği çok merkezli bir çalışmada; hastalara stomaterapi hemşireleri tarafından danışmanlık ve eğitim verilmiş olup, stoma açıldıktan sonra birinci ve altıncı aylarda stomaya uyum ölçümleri yapılmıştır. Birinci ölçümün sonunda genel stoma uyumu ortalama puanı 48,63 iken, bu değer ikinci ölçümde 50,59’a yükselmiştir ($p>0,05$) (71). Zhang ve ark. (130) tarafından kolostomili hastalarda taburculuk sonrası stomaterapi hemşiresi tarafından telefonla takibin ameliyat sonrası uyuma etkisinin incelendiği bir çalışmada; deney grubuna alınan hastaların stoma uyumlarının, memnuniyet düzeylerinin, stoma öz yeterliliklerinin daha yüksek ve komplikasyon gelişim oranlarının kontrol grubunda bulunan hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da literatür ile benzer şekilde, birinci ve ikinci görüşmede deney ve kontrol gruplarında bulunan hastaların genel stoma uyum puan ortalamalarının

sırasıyla birinci görüşme için $55,1 \pm 11,259$ ve $45,1 \pm 13,951$ puan, ikinci görüşmede ise $60,9 \pm 9,187$ ve $45,1 \pm 10,901$ olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda bulunan hastalardan elde edilen ölçümler bahsedilen çalışmalardan elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte çalışmamızdan elde ettiğimiz deney grubu genel puan ortalamasının Karadağ ve ark. (71) ve Cheng ve ark. (127) tarafından yapılan çalışmadan elde edilen puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. İkinci görüşmede elde edilen puan ortalamalarının literatürde belirtilen puan ortalamalarından daha yüksek olması, bizim çalışmamıza dâhil edilen hastalara yapılan bilgilendirmenin ve kokunun giderilmesine yönelik olarak stoma torbası içine lavanta esansiyel yağının konulması ile açıklanabilir. Bizim çalışmamızda ikinci görüşmede deney grubu hastaların stomaya uyum ölçeğinin tüm alt boyutları puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Bkz. Tablo 4.4.). Karadağ ve ark. (71) tarafından hastaların stomaya uyumları ile ilgili yapılan çalışmada; stomaya uyum ölçeğinin kabul etme, kaygı/endişe, sosyal uyum ve öfke alt boyut puanlarının, ikinci görüşmede arttığı belirlenmiştir. Çalışmamızda kontrol grubunda bulunan hastalardan birinci ve ikinci görüşmelerde elde edilen alt boyut puanları, Karadağ ve ark. (71) tarafından yapılan çalışmadan elde edilen alt boyut puanları ile benzerlik göstermektedir. Deney grubundaki hastalara yapılan bilgilendirmenin ve stoma torbası içinde lavanta esansiyel yağı kullanımının genel stoma uyumunu, stoma ile yaşam sırasında karşılaşılan durumları kabul etmeyi ve sosyal uyumu arttırdığı; stoma ile yaşam nedeniyle deneyimlenen kaygıyı, endişeyi ve öfkeyi azalttığı söylenebilir.

Sonuç olarak çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgulara göre; stoma torbası içinde lavanta esansiyel yağı kullanan deney grubu hastalarının kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan koku problemini, kontrol grubu hastalarına göre daha az deneyimledikleri; yaşam kalitelerinin ve stoma ile yaşama uyumlarının, kontrol grubu hastalarına göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte gaz oluşumu ve sızıntı sorunlarının tamamen ortadan kalkmamış olmasına rağmen, ikinci görüşmede kokunun hastalar tarafından bir sorun olarak daha az dile getirilmesi, stoma torbası içinde lavanta esansiyel yağı kullanımının koku sorununu çözmede etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlara göre H_1 , H_2 ve H_3 hipotezleri kabul edilmiştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kolostomisi olan bireylerde kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan kokunun giderilmesinde, kolostomisi olan bireylerin yaşam kalitelerinin ve stoma ile uyumlarının artmasında stoma torbasının içinde lavanta esansiyel yağı kullanımının etkili olduğu bulunan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1.1. Deney ve kontrol grubu hastaların yaşı, cinsiyeti, çalışma durumu, sistemik hastalıkları, düzenli ilaç kullanım durumu, ameliyat öncesi tanısı, yapılan ameliyatı, kolostomi türü, stomasına bakımı veren kişi, torba boşaltma durumu, kolostomi torbasının boşaltılma sıklığı, kolostomi torbasını değiştirilme sıklığı ve kolostomi ile yaşam süresi incelenmiş; tüm bu değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.1.).

6.1.2. Birinci görüşmede deney ve kontrol gruplarında yer alan hastaların ifade ettikleri gaz, koku, sızıntı, uyku, cilt problemleri ve banyo yapma gibi fiziksel; sosyal ilişkiler, cinsellik, ibadet, kendini soyutlama, özgüven azalması, beden imgesinin bozulması, bilinmezlik korkusu, kontrol kaybı ve baş etmede güçlük gibi psikososyal sorunlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.2.).

6.1.3. İkinci görüşmede deney ve kontrol gruplarında yer alan hastaların ifade ettikleri gaz, sızıntı, uyku, cilt problemleri ve banyo yapma gibi fiziksel; sosyal ilişkiler, cinsellik, ibadet, kendini soyutlama, beden imgesinin bozulması, bilinmezlik korkusu, kontrol kaybı ve baş etmede güçlük gibi psikososyal sorunlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.2.). İkinci görüşmede deney grubu hastaların kontrol grubu hastalara göre koku sorununu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az deneyimledikleri bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.2.).

6.1.4. Birinci görüşmede, yaşam kalitesi ölçeği genel memnuniyet, iş/sosyal yaşam, cinsellik/beden imajı, stoma fonksiyonu alt boyut ve genel yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.3.). İkinci görüşmede yaşam kalitesi ölçeği stoma fonksiyonu alt boyut puan ortalaması açısından deney ve kontrol grupları arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.3.). İkinci görüşmede yaşam kalitesi ölçeği genel memnuniyet, iş/sosyal yaşam, cinsellik/beden imajı alt boyutları ve genel yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.3.).

6.1.5. Deney grubundaki hastaların birinci ve ikinci görüşmedeki yaşam kalitesi ölçeğinin stoma fonksiyonu alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.3.). Deney grubundaki hastaların birinci ve ikinci görüşmedeki genel yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.3.). Kontrol grubundaki hastaların birinci ve ikinci görüşmedeki yaşam kalitesi ölçeği genel ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.3.).

6.1.6. Birinci görüşmede deney ve kontrol grubu hastaların stoma uyum ölçeği kaygı/endişe, sosyal uyum ve öfke alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.4.). Birinci görüşmede deney ve kontrol grubu hastaların stoma uyum ölçeği kabul etme alt boyut ve genel stoma uyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.4.).

6.1.7. İkinci görüşmede deney ve kontrol grubu hastaların stoma uyum ölçeği tüm alt boyut ve genel stoma uyum puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.4.).

6.1.8. Deney grubundaki hastaların birinci ve ikinci görüşmedeki stoma uyum ölçeğinin kabul etme, sosyal uyum ve öfke alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.4.). Deney grubundaki hastaların birinci ve ikinci görüşmedeki stoma uyum ölçeğinin genel stoma uyumu ve kaygı/endişe alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). (Bkz. Tablo 4.4.).

6.1.9. Kontrol grubundaki hastaların stoma uyum ölçeğinin genel ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). (Bkz. Tablo 4.4.).

6.1.10. Çalışmamıza alınan hastaların ifade ettikleri sorunlarla en çok gece uyanıp adaptörü ya da torbayı kontrol ederek, besin kısıtlayarak ya da öğün atlayarak,

açık havada ya da tuvalette yalnızken torbaya dolan gazı boşaltarak, dışarı çıktıklarında kısa süre içinde eve dönerek ve giyim tarzı değişikliği yaparak baş ettikleri bulunmuştur. Hastalar yaşadıkları sorunlarla baş etmek için daha az sıklıkta durumlarını bilenlerle görüştiklerini, eşlerinden ayrıldıklarını ya da yataklarını ayırdıklarını ve sıkıntılı anlarında dua ettiklerini ifade etmişlerdir.

6.2. Öneriler

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

6.2.1. Stoma torbası içinde lavanta esansiyel yağı kullanımının, düşük maliyetli, kolay ulaşılabilir bir yöntem olarak kolostomili hastaların yaşam kalitelerini ve stoma uyumlarını arttırması ve koku sorunlarını azaltması nedeniyle, hastalara bir tercih olarak sunulması,

6.2.2. Çalışmanın daha geniş bir örneklem grubunda uygulanması,

6.2.3. Kolostomili hastalarda stoma torbasının içinde kullanılan lavanta esansiyel yağının yaşam kalitesi ve stoma uyumunu arttırması, koku sorununu azaltması nedeniyle ileostomi ya da ürostomi gibi farklı türde stoması olan hasta grupları üzerinde, farklı esansiyel yağlar kullanılarak yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Ertürk S. Kolorektal Kanserler: Epidemiyoloji, Etiyolojide Rol Oynayan Etkenler, Tarama ve Kemoprevansiyon. Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, Editörler. Kolon ve Rektum Kanserleri. İstanbul: Seçil Ofset; 2010.
2. Düzköylü Y, Bektaş H, Sarı YS, Koç O, Bilsel Y, Güneş ME. Akut Mekanik Barsak Obstrüksiyonu Nedeniyle Opere Edilen Kolorektal Kanser Olgularının Elektif Şartlarda Ameliyat Edilen Olgularla Karşılaştırılması. Kolon Rektum Hast Derg. 2013;23:89-95.
3. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al., World Cancer Research Data [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi 6 Şubat 2015]. Erişim adresi: <https://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/worldwide-data>
4. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al., Colorectal cancer statistics [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi 2 Şubat 2017]. Erişim adresi: <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/colorectal-cancer-statistics>
5. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H et al. Cancer Incidence and Mortality Patterns in Europe: Estimates for 40 Countries in 2012. Eur J Cancer. 2013;49(6):1374–403.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistiği Yıllığı [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi 15 Mart 2015]. Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>
7. Sayek İ. Temel Cerrahi. 4. baskı. Ankara:Güneş Tıp Kitabevi;2012.
8. Harputlu, D., Stoma Bakımı [Internet]. 2013 [Erişim Tarihi 15 Mart 2015]. Erişim Adresi: http://www.tkrcd.org.tr/upload/video/stoma/pdf/stoma_bakimi.pdf
9. Grant M, McCorkle R, Hornbrook MC, Wendel CS, Krouse R. Development of a Chronic Care Ostomy Self-Management Program. J Cancer Educ. 2013;28(1):70–8.
10. Eucomed Background Paper-Access to Ostomy Supplies and Innovation. Guiding Principles for European Payers [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi 16 Mart 2015]. Erişim Adresi:[http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource_items/files/2002012_MTE_Access to Ostomy Supplies and Innovation Guiding Principles for European Payers_Backgrounder.pdf](http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource_items/files/2002012_MTE_Access%20to%20Ostomy%20Supplies%20and%20Innovation%20Guiding%20Principles%20for%20European%20Payers_Backgrounder.pdf)
11. Luo BJ, Qin HY, Zheng MC. Correlation Between Social Relational Quality and hope among patients with permanent colostomies. Int J Nurs Sci. 2014;1(4):405–9.
12. Aksoy N, Ay S, Eryılmaz MA, Demirgöl R, Sevinç B, Karahan Ö. Kolon Ameliyatlı Hastaların Kolonoskopik Bulguları ve Anostomoz Hattının Değerlendirilmesi. Kolon Rektum Hast Derg. 2014;24:75-80.
13. Karadağ A, Öztürk D, Çelik B. Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. Turkish J Surg. 2011;21:173–81.

14. Ayaz S. Stomalı Bireylerin Cinsel Sorunlarına Yaklaşım. *Türkiye Klin J Med Ethics*. 2008;16:89–93.
15. Lim SH, Chan SWC, Lai JH, He HG. A Randomized Controlled Trial Examining the Effectiveness of a Stoma Psychosocial Intervention Programme on the Outcomes of Colorectal Patients with a Stoma: Study Protocol. *J Adv Nurs*. 2015;71(6):1310–23.
16. Kuzu MA, Topçu Ö, Uçar K, Ulukent S, Ünal E, Erverdi N et al. Effect of Sphincter-Sacrificing Surgery for Rectal Carcinoma on Quality of Life in Muslim Patients. *Dis Colon Rectum*. 2002;45(10):1359–66.
17. Brown H, Randle J. Living with a stoma: A Review of the Literature. *J Clin Nurs*. 2005;14(1):74–81.
18. Pinquart M, Duberstein P. Depression and Cancer Mortality: a Meta-analysis. *Psychol Med*. 2010;40(11):1797–810.
19. Karadağ A, Göçmen ZB, Korkut H, Çelik B. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Turkish J Surg*. 2011;27(4):206–11.
20. Lynch BM, Hawkes AL, Steginga SK, Leggett B, Aitken JF. Stoma Surgery for Colorectal Cancer. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2008;35(4):424–8.
21. Annells M. The Experience of Flatus Incontinence From a Bowel Ostomy: A Hermeneutic Phenomenology. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2006;33(5):518–524.
22. Andersson G, Engström Å, Söderberg S. A chance to live: Women's Experiences of Living with a Colostomy after Rectal Cancer Surgery. *Int J Nurs Pract*. 2010;16(6):603–8.
23. Celasin H, Karakoyun R, Yilmaz S, Elhan AH, Erkek B, Kuzu MA. Quality of Life Measures in Islamic Rectal Carcinoma Patients Receiving Counselling. *Colorectal Disease*. 2011;13(7):170–5.
24. Burch J. Ensuring Optimum Quality of Life in Community Patients with a Stoma. *J Community Nurs*. 2014;28(1):21–6.
25. Krouse RS, Herrinton LJ, Grant M, Wendel CS, Green SB, Mohler MJ et al. Health-related Quality of Life Among Long-Term Rectal Cancer Survivors with an Ostomy: Manifestations by Sex. *J Clin Oncol*. 2009;27(28):4664–4670.
26. Khan MA, Jamal S, Rashid R, Ahmad N. Quality of Life Assessment in Patients with Neurocysticercosis. *J Community Health*. 2011;7(4):222–7.
27. Akıl Y, Alabaz Ö, Baykara ZG, Cihan R, Coşkun N, Eşrefgil G ve ark., Kolostomi ile Yaşam [Internet]. [Erişim Tarihi 10 Nisan 2015]. Erişim Adresi: http://www.yoihd.org.tr/userfiles/formlar/kolostomi_ile_yasam.pdf
28. Sheikhan F, Jahdi F, Khoei EM, Shamsalizadeh N, Sheikhan M, Haghani H. Episiotomy Pain Relief: Use of Lavender Oil Essence in Primiparous Iranian Women. *Complement Ther Clin Pract*. 2012;18(1):66–70.
29. Vakilian K, Atarha M, Bekhradi R, Chaman R. Healing Advantages of Lavender Essential Oil During Episiotomy Recovery: A Clinical Trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2011;17(1):50–3.

30. Baccaglini L. There is Limited Evidence that topical lavender oil is Effective For Palliative Treatment of Recurrent Aphthous Stomatitis. *J Evid Based Dent Pract.* 2013;13(2):47–9.
31. Jones C. The Efficacy of Lavender Oil on Perineal Trauma: A Review of the Evidence. *Complement Ther Clin Pract.* 2011;17(4):215–20.
32. Altaei D. Topical Lavender Oil for the Treatment of Recurrent Aphthous Ulcers. *Am J Dent.* 2012;25(1):39–43.
33. Lusby PE, Coombes AL, Wilkinson JA. Comparison of Wound Healing Following Treatment with *Lavandula x allardii* Honey or Essential Oil. *Phyther Res.* 2006;20:755–7.
34. Koca Kutlu A, Ceçen D, Gürgen SG, Sayın O, Cetin F. A Comparison Study of Growth Factor Expression following Treatment with Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, Saline Solution, Povidone-Iodine, and Lavender Oil in Wounds Healing. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2013;1-10.
35. Reya T, Clevers H. Wnt Signalling in Stem Cells and Cancer. *Nature.* 2005;434(7035):843–50.
36. Murakami T, Sakamoto N, Ritsuno H, Shibuya T, Osada T, Mitomi H et al. Distinct Endoscopic Characteristics of Sessile Serrated Adenoma/Polyp with and without Dysplasia/Carcinoma. *Gastrointest Endosc.* 2017;85(3):590–600.
37. Stegeman I, Wijkerslooth TR, Stoop EM, Van Leerdam ME, Dekker E, Van Ballegooijen M et al. Colorectal cancer risk factors in the detection of Advanced Adenoma and Colorectal Cancer. *Cancer Epidemiol.* 2013;37(3):278–83.
38. Bailie L, Loughrey MB, Coleman HG. Lifestyle Risk Factors for Serrated Colorectal Polyps: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology.* 2017;152(1):92–104.
39. Emir S, Sözen S, Kanat BH, Özkan Z, Yazar FM, Kavlakoglu B et al. Mekanik Bağırsak Tıkanıklığına Neden Olan Kolorektal Kanselerde Morbidite ve Mortaliteye Etki Eden Faktörler. *Uluslararası Temel ve Klin Tıp Derg.* 2014;2(1):18–23.
40. Gülay H. Temel ve Sistemik Cerrahi. İzmir:Güven Kitabevi;2005.
41. Rozen P, Young GP, Levin B, Spann S. Colorectal Cancer in Clinical Practice Prevention, Early Detection and Management. London:Taylor & Francis Group; 2002.
42. Bullard KM, Rothenberger DA. Colon, Rectum, and Anus. Brunnicardi C, Editor. *Schwartz's Principles of Surgery.* 8th. Edition. New York: McGraw Hill; 2004.
43. Terzi, C., Rektum Kanseri [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 1 Mart 2017]. Erişim adresi: <http://www.tcdcerrahi.org/bolum/674>
44. Registered Nurses' Association of Ontario. Ostomy Care and Management [Internet]. 2009 [Erişim Tarihi 1 Şubat 2017]. Erişim adresi: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/ostomy-care-management>

45. Anderson JC, Attam R, Alpern Z, Messina CR, Hubbard P, Grimson R et al. Prevalence of Colorectal Neoplasia in Smokers. *Am J Gastroenterol.* 2003;98(12):2777–83.
46. Moskal A, Norat T, Ferrari P, Riboli E. Alcohol İntake and Colorectal Cancer Risk: A Dose-Response Meta-Analysis of Published Cohort Studies. *Int J Cancer.* 2007;120(3):664–71.
47. Wolin KY, Yan Y, Colditz GA, Lee IM. Physical Activity and Colon Cancer Prevention: A Meta-Analysis. *Br J Cancer.* 2009;100(4):611–6.
48. Samad AKA, Taylor RS, Marshall T, Chapman MAS. A Meta-Analysis of the Association of Physical Activity with Reduced Risk of Colorectal Cancer. *Color Dis.* 2005;7(3):204–13.
49. Murphy TK, Calle EE, Rodriguez C, Kahn HS, Thun MJ. Body Mass Index and Colon Cancer Mortality in a Large Prospective Study. *Am J Epidemiol.* 2000;152(9):847–54.
50. Lieberman DA, Prindiville S, Weiss DG, Willett W. Risk Factors for Advanced Colonic Neoplasia and Hyperplastic Polyps in Asymptomatic İndividuals. *Jama.* 2003;290(22):2959–67.
51. Richter F, Newmark HL, Richter A, Leung D, Lipkin M. Inhibition of Western-Diet İnduced Hyperproliferation and Hyperplasia in Mouse Colon by Two Sources of Calcium. *Carcinogenesis.* 1995;16(11):2685–9.
52. Ashmore JH, Lesko SM, Miller PE, Cross AJ, Muscat JE, Zhu J et al. Association of Dietary and Supplemental Iron and Colorectal Cancer in a Population-Based Study. *Eur J Cancer Prev.* 2013;22(6):506–11.
53. Nelson RL. Iron and Colorectal Cancer Risk: Human Studies. *Nutr Rev.* 2001;59(5):140-148.
54. Baron JA, Cole B. A Randomized Trial of Aspirin to Prevent Colortectal Adenomas in Patients with Previous Colorectal Cancer. *N Engl J Med.* 2003;348:891–9.
55. Wallace K, Grau MV, Ahnen D, Snover DC, Robertson DJ, Mahnke D et al. The Association of Lifestyle and Dietary Factors with the Risk for Serrated Polyps of the Colorectum. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009;18(8):2310–7.
56. Corman ML, Allison SI, Kuehne J. Handbook of Colon & Rectal Surgery. McAllister L, Gerace G, Parker E, Editors. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2002.
57. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016.
58. Zorluoğlu A. Kolorektal Kanserlerde Kemoprevansiyon. *Türkiye Klin J Surg.* 2004;9(2):167–72.
59. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları [İnternet]. 2017 [Erişim Tarihi 20 Şubat 2017]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/484-kolorektal-kanser-tarama-programi-ulusal-standartlari.html>

60. Tarhan, Ö., Kolon ve Rektum Kanseri (Kolonrektal Adenokanser) [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 5 Şubat 2017]. Erişim adresi: <http://www.turkcerrahi.com/wp-content/uploads/kolon-ve-rektum-kanseri.pdf>
61. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Anal Kanal Kanseri [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi 13 Şubat 2017]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/414-anal-kanal-kanseri.html>
62. Akçal T, Ertürk S. Kolon Kanseri Cerrahisi: Ameliyat Teknikleri. Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, Editörler. Kolon ve Rektum Kanseri. İstanbul:Seçil Ofset;2010.
63. Kuzu MA, Aşlar K. Rektum Kanseri: Radikal Cerrahi İlkeleri. Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, editörler. Kolon ve Rektum Kanseri. Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, Editörler. Kolon ve Rektum Kanseri. İstanbul:Seçil Ofset;2010.
64. Kuzu MA, Demirkıran M. Kolon Kanserinin Küratif Cerrahi Tedavisi. Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D, Editörler. Kolon, Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları. Ankara: Tasarım Ofset;2003.
65. Kaçar S, Gürkan A, Varilsüha C, Doğan M, Kahya M, Karaca C. Rektum Kanseri Sfinkter Koruyucu Ameliyatlarda Sağkalımı Etkiler mi? Ulusal Cerrahi Derg. 2001;17(4):248–53.
66. Güner S, Gürel M. Distal Rektum Karsinomlarında Sfinkter Koruyucu Operasyonlar. J Turgut Özal Med Cent. 1994;1(4):334–41.
67. Spanos CP. Intersphincteric Resection for Low Rectal Cancer: An Overview. Int J Surg Oncol. 2012;1-5.
68. Çalışkan C, Korkut M. Aşağı Yerleşimli Rektum Tümörlerinde İntersfinkterik Rektum Rezeksiyonu: Beş Olgunun Sunumu. Ulusal Cerrahi Derg. 2010;26(3):161–4.
69. Alabaz Ö. Kolon Kanseri Tedavi Sonuçları. Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D, Editörler. Kolon, Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları. Ankara: Tasarım Ofset;2003.
70. Menteş B, Leventoğlu S. Abdominoperineal Rezeksiyon. Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, editörler. Kolon ve Rektum Kanseri. Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, Editörler. Kolon ve Rektum Kanseri. İstanbul:Seçil Ofset;2010.
71. Karadağ A, Karabulut H, Baykara ZG, Harputlu D. A Prospective, Multicentered Study to Assess Social Adjustment in Patients With an Intestinal Stoma in Turkey Article. Ostomy Wound Manag. 2015;61(10):16–29.
72. Wexner SD, Fleshman JW. Kolon ve Rektum Cerrahisi: Abdominal Ameliyatlarda Yanar H, Editör. İstanbul:İstanbul Tıp Kitabevi;2015.
73. Akıl Y, Alabaz Ö, Baykara ZG, Cihan R, Coşkun N, Eşrefgil G ve ark., İleostomi ile Yaşam [Internet]. [Erişim Tarihi 10 Nisan 2015]. Erişim Adresi: http://www.yoihd.org.tr/userfiles/formlar/Ileostomi_Ile_Yasam.pdf

74. Alabaz Ö, Akçam T. İntestinal stomalar. Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, Editörler. Kolon ve Rektum Kanserleri. İstanbul:Seçil Ofset; 2010.
75. Akgün E, Yoldaş T. Intestinal stoma. Turk J Colorectal Dis. 2012;22:133–46.
76. Bloemen JG, Visschers RGJ, Truin W, Beets GL, Konsten JLM. Long-term Quality of Life in Patients with Rectal Cancer: Association with Severe Postoperative Complications and Presence of a Stoma. Dis Colon Rectum. 2009;52(7):1251–8.
77. Grumann MM, Noack EM, Hoffmann IA, Schlag PM. Comparison of Quality of Life in Patients Undergoing Abdominoperineal Extirpation or Anterior Resection for Rectal Cancer. Ann Surg. 2001;233(2):149–56.
78. United Ostomy Association of Canada. A Handbook for New Ostomy Patients [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi 6 Şubat 2017]. Erişim adresi: <http://www.vcn.bc.ca/ostomyvr/NEW PATIENTS EDITION 5th printing web.pdf>
79. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional Bowel Disorders. Gastroenterology. 2006;130(5):1480–91.
80. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, Lagaay MB, Gooszen HG. Quality of Life with a Temporary Stoma. Dis Colon Rectum. 2000;43(5):650–5.
81. McKenna LS, Taggart E, Stoelting J, Kirkbride G, Forbes GB. The Impact of Preoperative Stoma Marking on Health-Related Quality of Life. J Wound, Ostomy Cont Nurs. 2016;43(1):57–61.
82. Martinson J, Moore C, Hamburg G, Fischer A. The Patient with Colostomy [Internet]. 2004 [Erişim Tarihi 2 Haziran 2017]. Erişim adresi: https://www.cedars-sinai.edu/Patients/Programs-and-Services/Colorectal-Cancer-Center/Services-and-Treatments/Documents/colostomy_booklet2.pdf
83. Settlemyre, I. New Ostomy Patient Guide [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 16 Mart 2017]. Erişim adresi: https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/05/All-In-One-New-Patient-Guide_2018.pdf
84. Horn, C. Having a Colostomy [Internet]. 1998 [Erişim Tarihi 16 Mart 2017]. Erişim adresi: http://my.clevelandclinic.org/Documents/Digestive_Disease/HavingColostomy.pdf
85. Cengiz B, Bahar Z. Perceived Barriers and Home Care Needs when Adapting to a Fecal Ostomy: A Phenomenological Study. J Wound, Ostomy Cont Nurs. 2017;44(1):63–8.
86. Northwestern Memorial Hospital Wound Ostomy and Continence Nurses. A Patient's Guide to Colostomy Care [Internet]. 2007 [Erişim Tarihi 17 Mart 2017]. Erişim adresi: <http://www.nmh.org/ccurl/580/761/colostomy-care-guide-09-07.pdf>
87. Juul K, Prieto L. Quality of Life with an Intestinal Stoma. Semin Colon Rectal Surg. 2008;19(3):167–73.
88. Hooper J, Gutman N. Colostomy Guide [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 16 Temmuz 2017]. Erişim adresi: <https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/03/ColostomyGuide.pdf>

89. Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ. Quality of Life in Ostomy Patients: A Qualitative Study. *Patient Prefer Adherence*. 2010;5:1–5.
90. Smith DM, Loewenstein G, Rozin P, Sherriff RL, Ubel PA. Sensitivity to Disgust, Stigma, and Adjustment to Life with a Colostomy. *J Res Pers*. 2007;41(4):787–803.
91. Çakmak A, Aylaz G, Kuzu MA. Permanent Stoma not only Affects Patients' Quality of Life but also that of Their Spouses. *World J Surg*. 2010;34(12):2872–6.
92. Canadian Society of Intestinal Research. Travelling with an Ostomy [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 25 Ocak 2018]. Erişim adresi: <https://www.badgut.org/information-centre/ostomies/travelling-with-an-ostomy/>
93. Akgül B, Karadağ A. The Effect of Colostomy and Ileostomy on Acts of Worship in the Islamic Faith. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2016;43(4):392–7.
94. Li CC, Rew L, Hwang SL. The Relationship Between Spiritual Well-Being and Psychosocial Adjustment in Taiwanese Patients With Colorectal Cancer and a Colostomy. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2012;39(2):161–9.
95. Shaffy SK, Das K, Gupta R. Psychosocial Experiences of the Patients with Colostomy/Ileostomy: A Qualitative Study. *Indian J Soc Psychiatry*. 2014;30(1–2):28–34.
96. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği. Stoma ve İbadet [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi 1 Ağustos 2017]. Erişim adresi: http://www.yoihd.org.tr/images/cust_files/170724095711.pdf
97. Kılıç E, Taycan O, Belli AK, Özmen M. The Effect of Permanent Ostomy on Body Image, Self-Esteem, Marital Adjustment, and Sexual Functioning. *Turkish J Psychiatry*. 2007;18(4):1–8.
98. Üstündağ H, Demir N, Zengin N, Gül A. Stomalı Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. *Türkiye Klin J Med Sci*. 2007;27:522–7.
99. Eveno C, Lamblin A, Mariette C, Pocard M. Sexual and Urinary Dysfunction after Proctectomy for Rectal Cancer. *J Visc Surg*. 2010;147(1):e21–30.
100. Angenete E, Asplund D, Andersson J, Haglind E. Self Reported Experience of Sexual Function and Quality after Abdominoperineal Excision in a Prospective Cohort. *Int J Surg*. 2014;12(11):1221–7.
101. Persson E, Hellström AL. Experiences of Swedish Men and Women 6 to 12 Weeks after Ostomy Surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2002;29(2):103–8.
102. Karadağ A, Korkut H. Peristomal Cilt Komplikasyonları: Önleme, Tedavi ve Bakım. *Turkish J Surg*. 2010;26(3):175–9.
103. Lyon CC, Smith AJ, Griffiths CEM, Beck MH. The Spectrum of Skin Disorders in Abdominal Stoma Patients. *Br J Dermatol*. 2000;143(6):1248–60.
104. Salomé GM, de Almeida SA. Association of Sociodemographic and Clinical Factors with the Self-Image and Self-Esteem of Individuals with Intestinal Stoma. *J Coloproctology*. 2014;34(3):159–66.

105. Thamilselvam P, Khairuzi S, Fadzli IM. Quality of Life after Colostomy. *Reviews of Progress*. 2013;19(1):4–7.
106. Baxter NN, Novotny PJ, Jacobson T, Maidl LJ, Sloan J, Young-Fadok TM. A Stoma Quality of Life Scale. *Dis Colon Rectum*. 2006;49(2):205–12.
107. Simmons KL, Smith JA, Bobb KA, Liles LLM. Adjustment to Colostomy: Stoma Acceptance, Stoma Care Self-Efficacy and Interpersonal Relationships. *J Adv Nurs*. 2007;60(6):627–35.
108. Liao C, Qin Y. Factors Associated with Stoma Quality of Life among Stoma Patients. *Int J Nurs Sci*. 2014;1(2):196–201.
109. Simmons KL, Smith JA, Maekawa A. Development and Psychometric Evaluation of the Ostomy Adjustment Inventory-23. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2009;36(1):69–76.
110. Abraído-Lanza A. Social Support and Psychological Adjustment Among Latinas With Arthritis: A Test of a Theoretical Model. *Ann Behav Med*. 2004;27(3):162–71.
111. Giese-Davis J, Hermanson K, Koopman C, Weibel D, Spiegel D. Quality of Couples' Relationships and Adjustment to Metastatic Breast Cancer. *J Fam Psychol*. 2000;14(2):251–66.
112. Aminisani N, Nikbakht H, Jafarabadi MA, Shamshirgaran SM. Depression, Anxiety, and Health Related Quality of Life among Colorectal Cancer Survivors. *J Gastrointest Oncol*. 2017;8(1):81–8.
113. Maass SWMC, Roorda C, Berendsen AJ, Verhaak PF, Bock GH. The Prevalence of Long-Term Symptoms of Depression and Anxiety after Breast Cancer Treatment: A Systematic Review. *Maturitas*. 2015;82(1):100–8.
114. Camilleri-Brennan J, Steele R. Prospective Analysis of Quality of Life and Survival Following Mesorectal Excision for Rectal Cancer. *Br J Surg*. 2001;88(12):1617–22.
115. Krouse R, Grant M, Ferrell B, Dean G, Nelson R, Chu D. Quality of Life Outcomes in 599 Cancer and Non-Cancer Patients with Colostomies. *J Surg Res*. 2007;138(1):79–87.
116. Richbourg L, Thorpe JM, Rapp C. Difficulties Experienced by the Ostomate After Hospital Disc. *J Wound Ostomy Cont Nurs*. 2007;34(1):70–9.
117. O'Connor G, Coates V, O'Neill S. Exploring the Information Needs of Patients with Cancer of the Rectum. *Eur J Oncol Nurs*. 2010;14(4):271–7.
118. Palomero-rubio R, Pedraz-marcos A, Palmar-santos AM. Approaching the Experience of People through the Process of a Colostomy. *Enfermería Clínica (English Ed)*. 2018;28(2):81–8.
119. Tseng HC, Wang HH, Hsu YY, Weng W. European Plethodontid Salamanders on the Forest Floor: Local Abundance is Related to Fine-Scale Environmental Factors. *Kaohsiung J Med Sci*. 2004;20(2):70–7.

120. Recalla S, English K, Nazarali R, Mayo S, Miller D, Gray M. Ostomy Care and Management a Systematic Review. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2013;40(5):489–500.
121. Zhang JE, Wong FKY, Zheng MC, Hu AL, Zhang HQ. Psychometric Evaluation of the Ostomy Adjustment Scale in Chinese Cancer Patients with Colostomies. *Cancer Nurs*. 2015;38(5):395–405.
122. Thorpe G, McArthur M, Richardson B. Healthcare Experiences of Patients Following Faecal Output Stoma-Forming Surgery: A Qualitative Exploration. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(3):379–89.
123. Moreira CNO, Marques CB, Salomé GM, D Cunha DR, Pinheiro FAM. Health Locus of Control, Spirituality and Hope for Healing in Individuals with Intestinal Stoma. *J Coloproctology*. 2016;36(4):208–15.
124. Ambe PC, Kurz NR, Nitschke C, Odeh SF, Moslein G, Zirngibl H. Intestinal Ostomy. *Dtsch Arztebl Int*. 2018;115(11):182–7.
125. Huang L, Yu H, Sun A, Xu F, Xia C, Gao D et al. Effects of Continuing Nursing on Stomal Complications , Self-Care Ability and Life Quality after Miles' Operation for Colorectal Carcinoma. 2018;11(2):1021–6.
126. Cotrim H, Pereira G. Impact of Colorectal Cancer on Patient and Family: Implications for Care. *Eur J Oncol Nurs*. 2008;12(3):217–26.
127. Cheung YL, Molassiotis A, Chang AM. The Effect of Progressive Muscle Relaxation Training on Anxiety and Quality of Life After Stoma Surgery in Colorectal Cancer Patients. *Psychooncology*. 2003;12(3):254–66.
128. Cheng F, Xu Q, Dai XD, Yang LL. Evaluation of the Expert Patient Program in a Chinese Population with Permanent Colostomy. *Cancer Nurs*. 2012;35(1):27–33.
129. Danielsen AK, Burcharth J, Rosenberg J. Patient Education has a Positive Effect in Patients with a Stoma: A Systematic Review. *Color Dis*. 2013;15(6):276–83.
130. Zhang JE, Wong FKY, You LM, Zheng MC, Li Q, Zhang BY et al. Effects of Enterostomal Nurse Telephone Follow-up on Postoperative Adjustment of Discharged Colostomy Patients. *Cancer Nurs*. 2013;36(6):419–28.
131. The Johns Hopkins University. Sporadic (Nonhereditary) Colorectal Cancer [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi 29 Haziran 2018]. Erişim adresi: https://www.hopkinsmedicine.org/gastroenterology_hepatology/_pdfs/small_large_intestine/sporadic_nonhereditary_colorectal_cancer.pdf
132. Terrone D, Lepanto L, Billiard J, Olivié D, Murphy-Lavallée J, Vandenbroucke F et al. A Primer to Common Major Gastrointestinal Post-Surgical Anatomy on CT- A Pictorial Review. *Insights Imaging*. 2011;2:631–8.

8. EKLER

EK-1: Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu

<u>LBÖLÜM</u>	Hastane:	Tarih:
Hastanın;	Firma :	Tel:
1) Adı-Soyadı: 2) Yaşı: 3) Cinsiyeti: a) Kadın b)Erkek 4) Sistemik Hastalıklar a) Yok b) DM c) HT d) Kardiyovasküler Sistem Hastalığı e) Solunum Sistemi Hastalığı f) Diğer (Açıklayınız): 5) Düzenli İlaç Kullanımı a) Yok b) Var (Açıklayınız): 6) Ameliyat Öncesi Tanı a) Sol Kolon Tümörü b) Sigmoid Kolon Tümörü c) Rektosigmoid Kolon Tümörü d) Rektum Tümörü e) Anal İnkontinans f) Divertikülozis Koli g) Diğer (Açıklayınız):	7)Kolostomi Açılma Tarihi: 8) Yapılan Ameliyat a) Sol Hemikolektomi b) Sigmoid Kolektomi c) High Anterior Rezeksiyon d) Low Anterior Rezeksiyon e) Abdominoperineal Rezeksiyon f) Diğer (Açıklayınız): 9) Kolostomi Türü a) Hartmann Kolostomi b) Loop Kolostomi c) Miles' Kolostomi d) Diğer (Açıklayınız): 10) Kolostomi Torbasının Değişimini Kimin Yaptığı a) Kendisi b) Diğer (Açıklayınız): 11) Kolostomi Torbasının Boşaltılma Sıklığı: 12) Kolostomi Torbasını Değiştirilme Sıklığı:	

EK-1: (Devam) Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu

II.BÖLÜM							
13) Yaşanılan Güçlükler ve Baş Etme Yöntemlerini Açıklayınız;							
	Yaşanılan Güçlükler	Görüşme	Görülme Durumu		Cevabınız “Evet” ise açıklayınız.	Baş Etme Yöntemleri	
			Evet	Hayır			
Fiziksel Güçlükler	Gaz	(1)					
		(2)					
	Koku	(1)					
		(2)					
	Sızıntı	(1)					
		(2)					
	Uyku	(1)					
		(2)					
	Cilt Problemleri	(1)					
		(2)					
	Banyo Yapma	(1)					
		(2)					
	Diğer (Açıklayınız)	(1)					
		(2)					
	Psikososyal Güçlükler	Sosyal İlişkiler	(1)				
			(2)				
Cinsellik		(1)					
		(2)					
İbadet		(1)					
		(2)					
Kendini Soyutlama		(1)					
		(2)					
Özgüven Azalması		(1)					
		(2)					
Beden İmgesinin Bozulması		(1)					
		(2)					
Bilinmezlik Korkusu		(1)					
		(2)					
Kontrol Kaybı		(1)					
		(2)					
Baş Etmede Güçlük	(1)						
	(2)						
Diğer (Açıklayınız)	(1)						
	(2)						

EK-2: Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği

Hastanın Adı-Soyadı:		Tarih:				
1.BÖLÜM						
1) Şu anda genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyeti aşağıdaki çizgi üzerinde 0-100 arasında derecelendirip bir puanı daire içine alarak işaretleyiniz. <i>0 tamamen memnuniyetsizliği, 100 tamamen memnuniyeti göstermektedir.</i> 0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 ___ 100						
2) Geçen ay genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyeti aşağıdaki çizgi üzerinde 0-100 arasında derecelendirip bir puanı daire içine alarak işaretleyiniz. <i>0 tamamen memnuniyetsizliği, 100 tamamen memnuniyeti göstermektedir.</i> 0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 ___ 100						
2.BÖLÜM						
<i>Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.</i>						
İFADELER	Asla (1)	Nadiren (2)	Ara sıra (3)	Sık sık (4)	Her zaman (5)	
3) Zevk aldığım hobilere katılabiliyorum.						
4) Arkadaşlarımla dışarı çıkabiliyorum.						
5) Stomam okula devam etmeme veya çalışmama engel oluyor.						
6) Stomam yüzünden seyahat etmek konusunda endişem oluyor.						
7) Cinsel aktiviteden zevk alıyorum.						
8) Kendimi çekici hissediyorum.						
9) Cinsel partnerim (eş/arkadaş) stomamdan sıkıntı duyuyor.						
10) Başkalarının stomamı öğrenmesi beni rahatsız ediyor.						
11) Torbamı boşaltmaya ihtiyaç duyduğum zaman gizliliğimin sağlandığı bir alanın olmamasından endişe duyuyorum.						
12) Elbiselerimin içinde kendimi rahat hissediyorum.						
13) Yediğim yiyeceklerden memnunum.						
14) Koku problemim var.						
15) Bir arkadaşım ya da aile üyelerinden biriyle stomam hakkındaki duygularımı ve endişelerimi paylaşabiliyorum.						
16) Gaz çıkışından utanıyorum (sesli gaz çıkışı ya da torbanın hızlı doluşu).						
17) Stoma malzemesinden sızıntı olacağından endişe duyuyorum.						
18) Sosyal ortamlar sıkıntı duymama sebep oluyor.						
19) Ameliyattan önce yaptığım ev işlerini ve aile görevlerini yerine getirebiliyorum.						

EK-3: Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği

Sayın katılımcı,
Aşağıdaki ifadeler stomanızla ilgili duygularınızı ortaya koymanız için düzenlenmiştir. Her bir ifadeyi okuduktan sonra sizin için durumunuzu tanımlayan seçeneğin altındaki kutucuğa (X) işareti koyunuz.

Lütfen hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

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

EK-4: Bilgilendirme Formu

**KOLOSTOMİLİ BİREYLER İÇİN ÖNERİLEN
GAZ VE KOKU ÖNLEYİCİ GİRİŞİMLER**

- Doktorunuz tarafından özel bir diyet uygulamanız önerilmediyse besin alımında herhangi bir kısıtlamaya gitmenize gerek yoktur.
- Sizi rahatsız eden yiyecekleri deneme yanılma yoluyla bulabilirsiniz, bu yüzden bir besini ilk kez yiyecekseniz yanında başka bir besin tüketmemeye dikkat edin.
- Yiyecekleri iyice çiğneyerek tüketin.
- Günde 2-3 litre su tüketmeye özen gösterin.
- Fazla gaz oluşumunu önlemek için;
 - Öğünlerinizi düzenli olarak tüketmeye özen gösterin.
 - Yemek yerken hava yutmamak için konuşmamaya özen gösterin.
 - Gaz oluşumunu arttırdığı bilinen fasulye, nohut, bira ve asitli içecekler, lahana, salatalık, süt ürünleri ve mantar gibi besinlerin tüketimini azaltın.
- Koku oluşumunu azaltmak için ise;
 - Torbanın iyi yerleştirildiğinden emin olun.
 - Sosyal güvenlik kurumları tarafından ödemesi yapılan filtreli torbalardan kullanabilirsiniz.
 - Koku oluşturduğu bilinen balık, yumurta, soğan ve sarımsak, yeşil sebzeler, salatalık, peynir, lahana ve kuru baklagiller gibi besinlerin tüketimini azaltın.
 - Yoğurt, yayık ayranı ve nane şekeri gibi kokuyu baskıladığı bilinen besinlerin tüketilmesini arttırabilirsiniz.

EK-5: Eğitim Broşürü**STOMA TORBASININ İÇİNDE
LAVANTA ESANSİYEL YAĞI KULLANIMI**

Uygulamaya her torba değişiminde,
bir ay süre ile devam edin.



Stomanızı temizleyin.



Temiz stoma torbanızın içine 10 damla
lavanta esansiyel yağı damlatın.



Stoma torbanızı dıştan elinizle ovuşturarak lavanta
esansiyel yağının torbanın içine eşit şekilde
yayılmasını sağlayın.



Stoma torbanızı adaptöre yerleştirin.



Kıyafetlerinizi giyin.

EK-6: Lavanta Esansiyel Yağı Kimyasal Analiz Sertifikası

NATUROİL GIDA VE KİMYA SANAYİİ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ
 Çorum Asfaltı Galerici Sitesi No:16 SUNGURLU
 Tel: 0 364 313 01 01 Faks: 0 364 313 00 99
info@naturoil.com www.naturoil.com

ANALİZ SERTİFİKASI
 (Certificate of Analysis)

Yağın Adı **LAVANTA YAĞI**
 Cas Numarası **8000-28-0**
 Üretim Tarihi **05.09.2016**

Son Kullanma Tarihi **05.09.2019**
 Lot Numarası **00026**

Name	R- Time	Area %
Tricyclene	8,389	0,021
Pinene < alpha - >	8,826	0,201
Camphene	9,355	0,196
Sabinene	10,322	0,084
Pinene < beta - >	10,409	0,179
1 - Octen - 3 - ol	10,638	0,037
3 - Octanone	10,884	0,817
Myrcene	11,034	0,501
3 - Octanol	11,244	0,161
1,6 - Octadien - 3- ol , 3,7 - dimethyl - acetate	11,499	0,040
delta - 3 - Carene	11,705	0,052
1 - Hexyl acetate	11,940	0,983
Cymene < para - >	12,275	0,037
beta - Phellandrene	12,436	1,230
1,8 - Cineole	12,535	3,689
cis - Ocimene	12,842	0,896
Ocimene < (E) - , beta - >	13,236	1,260
gamma - Terpinene	13,606	0,022
trans Sabinene hydrate	13,958	0,038
Linalool oxide < tran s - >	14,159	0,322
alpha - Terpinolene	14,753	0,306
Linalool	15,504	35,214
Propanoic acid , hexyl ester	15,564	0,232
Octene < 3 - acetoxyl - >	15,775	0,405
3 - Octyl acetate	16,229	0,174
Camphor	16,993	4,294
isobutyrate < hexyl - >	17,132	0,327
L - borneol	17,805	2,826
Epoxylinalol	18,129	0,025
4 - Terpineol	18,202	0,066
Cryptone	18,555	0,131
Butyrate < hexyl - >	18,773	2,440
isoborneol	19,225	0,045
Acetic acid, octyl ester	19,495	0,094
Nerol	20,141	0,186
hexyl 2 - methylbutanoate	20,410	0,207
Butanoate < hexyl - 3,- methyl - >	20,589	0,203
Linalyl acetate	21,309	34,880
Decyl alcohol	21,695	0,021
Bornyl acetate	22,238	0,057
Lavandulyl acetate	22,388	1,734
Tiglate < hexyl - >	23,756	0,453
3- Nonanol , 1,2	24,502	0,068
Neryl acetate	24,918	0,266
Calarene	25,468	0,074
Geranyl acetate	25,576	0,400
Hexanoate < hexyl - >	25,643	0,158
Sesguithujene < 7 - epi - >	25,801	0,091
trans - Caryophyllene	26,846	1,303
Bergamotene < alpha - trans - >	27,326	0,052
Coumarin	27,405	0,032
Sesguiphellandrene < beta - >	27,563	0,039
Farnesene < (E) - , beta - >	27,985	0,862
Geranyl butyrate	28,245	0,043
alpha - Cubebene	28,462	0,057
Germacrene D	28,859	0,423
Geranyl propionate	29,675	0,322
Cadinene < gamma - >	29,901	0,054
Cedrene < beta - >	30,167	0,028
Caryophyllene oxide	32,085	0,146
Muurolol < alpha - , epi - >	33,779	0,062
alpha - Bisabolol	34,983	0,400
Carotol	35,275	0,034

EK-7: Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Kararı

**TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI
ETİK KURULU KARAR ÖRNEĞİ**

SAYI : 99950669/140

28.05.2015

KONU : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

SAYIN

BURCU DULUKLU

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 28 Mayıs 2015 tarih ve 07 Sayılı toplantısında sunulan **"Kalıcı Kolostomisi Olan Bireylerde Stoma Torbasına Konulan Lavanta Esansiyel Yağının Kokunun Giderilmesine, Yaşam Kalitesine ve Stoma Uyumuna Etkisi"** başlıklı araştırma projesi öneriniz incelenmiş, etik ve bilimsel ilkelere uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof.Dr. Osman ÖZCAN
Başkan

Prof. Dr. Ali AKÇAY

Doç. Dr. Esra GÜNDÜZ

Doç. Dr. Bülent BOZKURT
Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. Ayşe Esra YILMAZ

Doç. Dr. Özlem EVLİYAĞLU

Doç. Dr. Nurhayat BAYAZIT

Doç. Dr. Hilmi DEMİRİN

Doç. Dr. Mehmet KAYA

Doç.Dr.Rüveyda İrem DEMİRİNOĞLU

Yrd.Doç. Dr. Ayşe GÜREL
Raportör

Yrd.Doç.Dr. Duygu AYDIN

Avukat Meltem BAĞCI

Yasin GÜRSOY

EK-8: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği Tez Uygulama İzni

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
- ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ
11/11/2016 13:27 - 28295788 - 799 - E 9910
0003336879



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU**
Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 28295788-799
Konu : TEZ UYGULAMA İZNİ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 04/11/2016 tarihli ve 28295788-1563 sayılı yazımız.

Fakülteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK'in danışmanlığını yaptığı, Burcu DUDUKLU'nun "**Kalıcı Kolostomisi Olan Bireylerde Stoma Torbasına Konulan Lavanta Esansiyel Yağının Kokunun Giderilmeine, Yaşam Kalitesine ve Stoma Uyumuna Etkisi**" başlıklı doktora tez çalışmasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Doç.Dr.Levent ÖZTÜRK
Hastane Yöneticisi a.
Başhekim Yardımcısı

28.11.2016
Evrak Birliği
Diyadin KIVRAK

Bilkent Yolu Lodumlu Mevkii 3. kilometre
Faks No:3122912726
e-Posta:ruyam.akin@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Eğitim Planlama Birimi

Bilgi için:Rüyam AKIN
Unvan:TIBBİ TEKNOLOG
Telefon No:3122912525-4064

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bc211a4f-a261-4e40-88ee-6dd159685f77 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-9: T.C. Sağlık Bakanlığı Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu Karar Tutanağı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ABDURAHMAN YURTARSLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

EĞİTİM PLANLAMA KURULU KARAR TUTANAĞI

Karara Esas Olan Evraklar			Mevzuun Maniyeti ve Hülasaası
Tarihi	No	Nerden Gönderildiği	
15.12.2016			

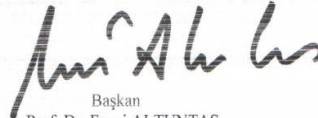
Kararın Metni

Toplantı Tarihi : 15.12.2016 Perşembe günü saat: 14.00
Başkanın Adı ve Soyadı: Prof. Dr. Fevzi ALTUNTAŞ

Hastanemiz Eğitim Planlama Kurulu : 15.12.2016 Perşembe günü, saat 14.00'da toplanmış ve aşağıdaki konu karara bağlanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Hemşire Burcu DULUKLU tarafından yürütülecek olan "Kalıcı Kolostomisi Olan Bireylerde Stoma Torbasına Konulan Lavanta Esansiyel Yağının Kokunun Giderilmesine, Yaşam Kalitesine ve Stoma Uyumuna Etkisi" başlıklı tez çalışmasının Cerrahi Kliniğinde yapmak istemesi hususu EPK'da görüşülmüş olup, ilgili klinikten uzman bir doktor gözetiminde ve Kliniğin Eğitim Sorumlusundan izin alındıktan sonra uygun olduğuna;

Oy Birliğiyle Karar Verilmiştir.


Başkan
Prof. Dr. Fevzi ALTUNTAŞ
Hastane Yöneticisi


Üye
Prof. Dr. D. Zafar GUNGÖR
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği
Eğitim ve İdari Sorumlusu

Üye
Doç. Dr. Suat KUTUN
Genel Cerrahi Kliniği Eğitim Görevlisi

Üye
Doç. Dr. Bilgin Kadri ARIBAŞ
Radyoloji Kliniği Eğitim ve İdari
Sorumlusu

Üye
Doç. Dr. Gonca OĞUZ
Anestezi ve Rea. Eğitim Görevlisi

KATILMADI

Sekreter
Doç. Dr. Lütfi DOĞAN
Cerrahi Onkoloji

EK-10: Deney Grubu Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Deney Grubu)

(Araştırmacının Açıklaması)

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Kalıcı Kolostomisi Olan Bireylerde Stoma Torbasına Konulan Lavanta Esansiyel Yağının Kokunun Giderilmesine, Yaşam Kalitesine ve Stoma Uyumuna Etkisi”dir.

Bu araştırmanın amacı, kalıcı kolostomisi olan bireylerde kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan kokunun giderilmesinde, bireylerin yaşam kalitelerinin ve stoma ile uyumlarının artmasında stoma torbasının içinde lavanta esansiyel yağı kullanımının etkisini belirlemektir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz öncelikle ön kol iç yüzeyinize bir damla lavanta esansiyel yağı damlatılarak alerji testi yapılacaktır. Daha sonra sizinle “Veri Toplama Araçları” doğrultusunda bir görüşme yapılacak, size “Bilgilendirme Formu” doğrultusunda fazla gaz ve koku oluşumunu önlemeye yönelik önerilerde bulunulacak ve “Eğitim Broşürü” aracılığı ile bireysel eğitim verilecektir. Sonraki aşamada sizden rutin olarak uyguladığınız kolostomi bakımına ek olarak, kolostomi torbası değişimi sırasında temiz kolostomi torbasının içine 10 damla lavanta esansiyel yağı damlatmanız ve bu uygulamaya her torba değişiminde olmak üzere, bir ay süre ile devam etmeniz istenecektir. Bu uygulamanın ilki görüşme esnasında araştırmacı tarafından size uygulanacak, sonra araştırmacının gözetiminde sizin yapmanız istenecektir. Araştırmacı tarafından size bir ay süre ile kullanmanız için lavanta esansiyel yağı temin edilecektir. Son aşamada ise sizinle “Veri Toplama Araçları” doğrultusunda, ilk görüşmeden bir ay sonra olacak şekilde tekrar görüşme yapılacaktır.

Bu araştırmada yer almanız öngörülen süre bir aydır.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizin sorumluluklarınız; önerilen uygulamaları araştırmacının verdiği eğitim doğrultusunda yapmak, araştırmanın uygulaması süresince kolostomi torbanızın içinde koku önleyici herhangi başka bir ürün kullanmamak, araştırmadan çekilmeyi düşünüyorsanız bu durumu önceden araştırmacıya bildirmek, verilerin toplanması esnasında araştırmacıya eksiksiz ve doğru bilgi vermektir.

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan kokunun giderilmesi ile yaşam kalitenizin ve stoma ile yaşama uyumunuzun artmasıdır ve bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0533 473 20 70 numaralı telefonda Arş. Gör. Burcu Duluklu’ya başvurabilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ve bakımda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı

tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

(Katılımcının Beyanı)

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının,

Adı-Soyadı: Burcu DULUKLU

Görevi: Araştırma Görevlisi

Adresi: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Altındağ/Ankara

Tel: 0533 473 20 70

Tarih:

İmza:

Görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi/Yakınlık derecesi:

Adresi:

Tel:

Tarih:

İmza:

EK-11: Kontrol Grubu Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Kontrol Grubu)

(Araştırmacının Açıklaması)

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Kalıcı Kolostomisi Olan Bireylerde Stoma Torbasına Konulan Lavanta Esansiyel Yağının Kokunun Giderilmesine, Yaşam Kalitesine ve Stoma Uyumuna Etkisi”dir.

Bu araştırmanın amacı, kalıcı kolostomisi olan bireylerde kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan kokunun giderilmesinde, bireylerin yaşam kalitelerinin ve stoma ile uyumlarının artmasında stoma torbasının içinde lavanta esansiyel yağı kullanımının etkisini belirlemektir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizinle “Veri Toplama Araçları” doğrultusunda bir görüşme yapılacak ve size “Bilgilendirme Formu” doğrultusunda fazla gaz ve koku oluşumunu önlemeye yönelik önerilerde bulunulacaktır. Sonraki aşamada sizden rutin olarak uyguladığınız kolostomi bakımına devam etmeniz istenecektir. Son aşamada ise sizinle “Veri Toplama Araçları” doğrultusunda, ilk görüşmeden bir ay sonra olacak şekilde tekrar görüşme yapılacaktır.

Bu araştırmada yer almanız öngörülen süre bir aydır.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizin sorumluluklarınız; araştırmanın uygulaması süresince kolostomi torbanızın içinde koku önleyici herhangi başka bir ürün kullanmamak, araştırmadan çekilmeyi düşünüyorsanız bu durumu önceden araştırmacıya bildirmek, verilerin toplanması esnasında araştırmacıya eksiksiz ve doğru bilgi vermektir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ya da rahatsızlık söz konusu değildir. Ancak çalışmadan elde edilecek sonuçlar doğrultusunda kontrolsüz gaz ve gaita çıkışı nedeniyle oluşan kokunun giderilmesi ile kolostomisi olan hastaların yaşam kalitelerinin ve stoma ile yaşama uyumlarının artması beklenmektedir ve bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0533 473 20 70 numaralı telefondan Arş. Gör. Burcu Duluklu’ya başvurabilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ve bakımda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi

makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

(Katılımcının Beyanı)

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının,

Adı-Soyadı: Burcu DULUKLU

Görevi: Araştırma Görevlisi

Adresi: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Altındağ/Ankara

Tel: 0533 473 20 70

Tarih:

İmza:

Görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi / Yakınlık derecesi:

Adresi:

Tel:

Tarih:

İmza:

EK-12: Ölçek Kullanım İzni

Subject: Re: Ölçek İzin Yazısı
To: "Burcu DULUKLU" <duluklu@hacettepe.edu.tr>
Date: 18/04/15 22:07
From: "AYİŞE KARADAĞ" <ayise@gazi.edu.tr>

Sayın Duluklu,
 Yukarıda belirtmiş olduğunuz ölçekleri doktora tezinizde kullanabilirsiniz.

Prof. Dr. AyiŖe Karadağ
 Koç. Üniversitesi HemŖirelik Yüksekokulu
 Yazarları adına

----- Orijinal Mesaj -----
Kimden: "Burcu DULUKLU" <duluklu@hacettepe.edu.tr>
Kime: ayise@gazi.edu.tr
Gönderilenler: 17 Nisan Cuma 2015 14:04:03
Konu: Ölçek İzin Yazısı

Sayın AyiŖe Hocam,

1. 2006 yılında Baxter, Novotny, Jacobson, Maidl, Sloan ve Young-Fadok tarafından geliştirilen "A Stoma Quality of Life Scale" isimli ölçeğın, 2011 yılında Öztürk ve Çelik ile geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığınız "Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeğı" nin Türkçe uyarlamasını ve
2. 2009 yılında Simmons, Smith ve Maekawa tarafından geliştirilen "Development and Psychometric Evaluation of The Ostomy Adjustment Inventory-23" isimli ölçeğın, 2011 yılında Baykara-Göçmen, Korkut ve Çelik ile geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığınız "Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeğı" nin Türkçe uyarlamasını;

Doktora tezimde kullanmak istiyorum. Kararınızı yazılı olarak belirtebilirsiniz çok sevinirim.
 Zamanınızı ayırdığınız için Ŗimdiden çok teşekkür ederim.
 Saygılarımla.

EK-13: Tez Çalışması Orijinallik Raporu ve Dijital Makbuz

KALICI KOLOSTOMİSİ OLAN BİREYLERDE STOMA TORBASINA KONULAN LAVANTA ESANSİYEL YAĞININ KOKUNUN GİDERİLMESİNE, YAŞAM KALİTESİNE VE STOMA UYUMUNA ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

%8	%6	%4	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.ulusalcerahidergisi.org İnternet Kaynağı	%1
2	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<%1
3	Submitted to Dokuz Eylul Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1
4	mucizyedokun.com İnternet Kaynağı	<%1
5	www.tkrcd.com İnternet Kaynağı	<%1
6	fahriyetisir.com İnternet Kaynağı	<%1
7	dspace.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to Istanbul University	



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin **Turnitin**'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen:	Burcu Duluklu
Ödev başlığı:	KALICI KOLOSTOMISI OLAN BİREY...
Gönderi Başlığı:	KALICI KOLOSTOMISI OLAN BİREY...
Dosya adı:	TURN_T_N_PhD_TEZ.docx
Dosya boyutu:	2.22M
Sayfa sayısı:	90
Kelime sayısı:	20,537
Karakter sayısı:	143,396
Gönderim Tarihi:	29-Ağu-2018 02:40PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası:	994500718



9. ÖZGEÇMİŞ

I. BİREYSEL BİLGİLER

ADI SOYADI: Burcu DULUKLU	DOĞUM YERİ/ TARİHİ: ANKARA/ 11.04.1985	UYRUĞU: T.C.
YAZIŞMA ADRESİ: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Adnan Saygun Caddesi D-Blokları 1. Kat 06100-Samanpazarı / ANKARA		
TELEFON: 0 (312) 305 15 80/ 133	FAKS: 0 (312) 312 70 85	E-POSTA: duluklu@gmail.com

II. EĞİTİM

ÖĞRENİM DÖNEMİ	DERECE	ÜNİVERSİTE	ÖĞRENİM ALANI
2013/Bahar- 2018/Bahar	Doktora	Hacettepe Üniversitesi	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
2008/Güz - 2012/Bahar	Yüksek Lisans	Hacettepe Üniversitesi	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
2003/Güz- 2007/Bahar	Lisans	Ankara Üniversitesi	Hemşirelik

III. MESLEKİ DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	GÖREV TÜRÜ	KURULUŞ
Ağustos 2007-Ocak 2009	Acil Servis Hemşiresi	Bayındır Hastanesi Söğütözü
Şubat 2009-Ağustos 2011	Acil Servis Hemşiresi	Medicana International Ankara Hastanesi
Eylül 2011-Aralık 2011	Supervisor Hemşire	Medicana International Ankara Hastanesi
Ocak 2012-Ekim 2013	Öğretim Görevlisi	İlk ve Acil Yardım Programı
Ekim 2013-Halen	Araştırma Görevlisi	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

IV. BİLİMSEL FAALİYETLER

Uluslararası bilimsel toplantılar

- Duluklu B, Erbaş A. Responsibility of Nurses at Patient Examination and Protect Evidence Related to Surgical Forensic Cases, 2nd International Clinical Nursing Research Congress, Poster Bildiri, İstanbul, 2015
- Çelik SŞ, Duluklu B. Quality of Life for Patients with Arterio-Venous Ulcer, EORNA, Poster Bildiri, Roma, 2015

Ulusal bilimsel toplantılar

- Duluklu B, Çelik SŞ. Sol Kolon ve/veya Rektum Cerrahisi Sonrası Bağırsak Fonksiyonlarının Başlamasında Sakız Çiğnemenin Rolü, XIV. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi / VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Sözel Bildiri, Antalya, 2013
- Talas MS, Duluklu B. Türkiyede Postoperatif Ağrı Kontrolünde Kullanılan Non-Farmakolojik Hemşirelik Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Tamamlayıcı ve Destekleyici Bakım Uygulamaları (Kanıttan Uygulamaya) Kongresi, Poster Bildiri, Kayseri, 2015
- Özdemir Z, Duluklu B, Çelik SŞ. İnce Bağırsak Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, XV. Türk Kolon Ve Rektum Cerrahisi Kongresi, VIII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Poster Bildiri, Antalya, 2015
- Özdemir Z, Duluklu B, Çelik SŞ. Yaşlı Bireylerde Kolostomi ve İleostomi Bakımı, XV. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi, VIII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Poster Bildiri, Antalya, 2015
- Duluklu B, Çelik SŞ. Kolostomi ve İleostomisi Olan Hastalarda İbadet Gereksiniminin Karşılanma Durumu: Sistemik Derleme, XVI. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi / IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Antalya, 2017
- Duluklu B, Çelik SŞ. ERAS Protokolleri ve Hemşirelik Bakımı: Sistemik Derleme, 1.ERAS Kongresi, Poster Bildiri, Ankara, 2018.

Kitap veya kitaplarda bölüm yazarlığı

- Duluklu B. Hastane Öncesi Acil Tıp, Ed: Yavuz S, Yavuz G, *Bölüm: Yumuşak Doku Yaralanmaları*, 1. Bs, Ankara Nobel Tıp Kitabevi, 2017.

Diğer Yayınlar

- Şenol Çelik S, Duluklu B. Yaşlı Bireylerde Konstipasyonun Önlenmesine Yönelik Uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Uygulama ve Araştırma Merkezi GEBAM Bülteni, 2014, Ankara.

Projeler

- Basınç Yaralanmalarının Prevalansı, Önlenmesi ve İyileştirilmesi; Türkiye’de Çok Merkezli Bir Çalışma, Proje Araştırmacısı, Koç Üniversitesi – SANERC, 2018 (Devam Ediyor)

Eğitim - Gelişim Etkinlikleri

Panel

- Temel ve İleri Yaşam Desteği Uygulamaları, Ankara Üniversitesi, 2012 (Katılımcı)
- Transplantasyon ve Transplantasyon Yapılan Hastada Hemşirelik Yaklaşımı, Başkent Üniversitesi, 2014 (Katılımcı)
- Multipl Travmalı Hastanın Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı, GATA Hemşirelik Yüksekokulu, 2014 (Katılımcı)
- Ritim Bozuklukları, Ankara Üniversitesi, 2014 (Katılımcı)

Sempozyum

- Acil Durumlarda ve Afetlerde İlk Yardımın Önemi, Hacettepe Üniversitesi, 2014 (Katılımcı)
- 1.Hemşirelikte Kariyer Sempozyumu, Hacettepe Üniversitesi, 2015 (Düzenleme Kurulu Üyesi)

Organizasyon Düzenleme

- Dünya Ostomililer Günü, The Ankara Otel, 2017 (Düzenleme Kurulu Üyesi)

Kurs

- Bilimsel Yayıncılık Kursu, Hacettepe Üniversitesi, 2014 (Katılımcı)
- Standart İlk Yardım Eğitimi, Hacettepe Üniversitesi, 2014 (Eğitimci)
- Üroloji Hemşireliği Kursu, Özel Koru Ankara Hastanesi, 2018 (Eğitimci)
- Standart İlk Yardım Eğitimi, Hacettepe Üniversitesi, Nisan 2018 (Eğitimci)
- Standart İlk Yardım Eğitimi, Hacettepe Üniversitesi, Mayıs 2018 (Eğitimci)

Konferans

- Küresel Kanser Kontrolü, Hacettepe Üniversitesi, 2014 (Katılımcı)

Çalıştay

- Üniversitelerde İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi, 2014 (Katılımcı)

Eğitim Sertifikası

- e-Eğitmen Sertifika Programı, Ankara Üniversitesi, 2013 (Katılımcı)
- İlk Yardım Eğitici Eğitimi Sertifika Programı, Klinisyen İlk Yardım, 2013 (Katılımcı)
- Yara Bakım Hemşireliği Sertifika Programı, Koç Üniversitesi - SANERC, 2017 (Katılımcı)

Ödüller

- XIV. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi / VII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi Sözel Bildiri Birincilik Ödülü, Antalya, 2013