

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KOLOREKTAL KANSERLİ STOMA AÇILAN
HASTALARDA STANDARDA DAYALI VERİLEN
BAKIMIN PERİSTOMAL CİLT
KOMPLİKASYONLARINA VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

CAHİDE AYIK

**HEMŞİRELİK ESASLARI
DOKTORA TEZİ**

İZMİR-2020

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2016970113

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KOLOREKTAL KANSERLİ STOMA AÇILAN
HASTALARDA STANDARDA DAYALI VERİLEN
BAKIMIN PERİSTOMAL CİLT
KOMPLİKASYONLARINA VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ
HEMŞİRELİK ESASLARI
DOKTORA TEZİ**

CAHİDE AYİK

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Dilek ÖZDEN

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2016970113

İçindekiler Tablosu

TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
KISALTMALAR.....	vii
TEŞEKKÜR	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
1.1. <i>Problemin Tanımı ve Önemi</i>	3
1.2. <i>Araştırmanın Amacı</i>	7
1.3. <i>Araştırmanın Hipotezleri</i>	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. <i>Kolorektal Kanserler</i>	8
2.2. <i>Boşaltım Amaçlı Bağırsak Stomaları</i>	11
2.2.1. <i>Stomanın Tanımı</i>	11
2.2.2. <i>Boşaltım Amaçlı Stoma Türleri</i>	12
2.2.3. <i>Preoperatif Hazırlık ve Stoma Bölgesinin İşaretlenmesi</i>	13
2.2.4. <i>Ameliyat Sonrası Stoma Bakımı</i>	15
2.3. <i>Stomal ve Peristomal Cilt Komplikasyonları</i>	18
2.3.1. <i>Peristomal Cilt Komplikasyonları</i>	21
2.3.2. <i>Stomal Komplikasyonlar</i>	30
2.4. <i>Stomalı Bireylerin Yaşadığı Psikososyal Problemler</i>	35
2.5. <i>Stoma ve Yaşam Kalitesi</i>	38
2.6. <i>Stoma Bakımında Algoritma Kullanımı</i>	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM	42
3.1. <i>Araştırmanın tipi</i>	42
3.2. <i>Araştırmanın Yeri ve Zamanı</i>	42
3.3. <i>Araştırmanın Evreni ve Örneklemi</i>	43

3.4. Çalışma Materyali	45
3.4.1. Ön Uygulama	56
3.4.2. Uygulama.....	56
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	58
3.6. Veri Toplama Araçları	58
3.6.1. Bireysel Özellikler Tanıtım Formu (Ek-1)	58
3.6.2. Peristomal Cilt Aracı (Ek-2)	59
3.6.3. Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-3)	60
3.7. Araştırma Planı	61
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	62
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	62
3.10. Etik Kurul Onayı.....	63
4. BULGULAR.....	64
5. TARTIŞMA.....	83
5.1. Standart Stoma Bakım Programının Peristomal Cilt Komplikasyonlarına Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması	83
5.2. Standart Stoma Bakım Programının Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması	86
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	90
7. KAYNAKLAR	92
8. EKLER	111

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Stomalı Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri.....	65
Tablo 4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Stomaya ait Tanıtıcı Özellikleri.....	67
Tablo 4.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Stoma Bakımına ait Tanıtıcı Özellikleri.....	69
Tablo 4.4. Girişim ve Kontrol Gruplarında Zamana Göre Peristomal Cilt Komplikasyonları Gelişme Durumları	71
Tablo 4.4.a. Kontrol Grubundaki Hastaların Peristomal İritan Dermatit Gelişme Durumlarının Zamana Göre İleri Analizi.....	74
Tablo 4.5. Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre Peristomal Cilt Aracı REK Skoru Dağılımı.	76
Tablo 4.5.a. Kontrol Grubundaki Hastaların Peristomal Cilt Aracı REK Skoru Puan Ortalamalarının Zamana Göre İleri Analizi.....	77
Tablo 4.6. Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı	78
Tablo 4.7. Peristomal İritan Dermatit Gelişen Hastalarda Stoma Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	82

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Tüm Yaş Gruplarındaki Erkeklerde En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018).....	8
Şekil 2. Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018).....	9
Şekil 3. Kolorektal Kanser Risk Faktörleri.....	10
Şekil 4. Stoma Bölgesinin İşaretlenmesi.....	14
Şekil 5. Yaşam Kalitesi, Stomaya Uyum ve Spiritüelite Arasındaki İlişki.....	37
Şekil 6. Standart Stoma Bakım Programı.....	50
Grafik 4.1. Girişim ve Kontrol Gruplarında Zaman İçerisinde İrritan Dermatit Gelişme Durumlarının Dağılımı.....	75
Grafik 4.2. Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı	81

KISALTMALAR

GLOBOCAN	: Global Burden of Cancer Study
IARC	: International Agency for Research on Cancer
ERAS	: Enhanced Recovery After Surgery
NHS	: National Health Service
SYK	: Stoma Yaşam Kalitesi
PİD	: Peristomal İritan Dermatit
REK	: Renk değişikliği, Erozyon, Kontrolsüz Doku Büyümesi
DGİ	: Değerlendirme, Girişim, İzlem
WOCN	: Wound, Ostomy and Continence Nursing
WCET	: World Council of Enterostomal Therapists
ADVOCATE	: A Randomized Controlled Trial Determining Variances in Ostomy Skin Conditions and the Economic Impact
DET	:Discoloration, Erosion, Tissue

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimimde ve tez aşamasında sabır ve özveri ile desteğini yanımda hissettiğim, rol modeli olarak aldığım ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum çok değerli tez danışmanı hocam Doç. Dr. Dilek ÖZDEN'e,

Tezimin değerlendirilmesinde değerli görüşleri için saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Ayten ZAYBAK, Prof. Dr. Dilek SARI, Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA, Dr. Öğ. Üyesi Deniz HARPUTLU'ya ve aynı zamanda lisans üstü eğitimimde değerli katkıları olan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN'a,

Klinik gelişimime katkı sunan, rol modeli olarak aldığım, veri toplama sürecinde her zaman destekleyen ve çalışma alanlarını benimle paylaşan hemşireler Deniz CENAN, Aysel KAHRAMAN, Nilgün CANAVAR ve Hülya ECEMİŞ'e,

Uygulama alanında kolaylık sağlayan ve işbirliğine açık olan Ege Üniversitesi Proktoloji birimindeki hocalarım Prof. Dr. Erhan AKGÜN, Prof. Dr. Cemil ÇALIŞKAN, Doç. Dr. Tayfun YOLDAŞ ve Uzman Dr. Osman BOZBIYIK'a,

Çalışmaya katılmayı kabul eden değerli hastalara,

Tez çalışmam süresince beni yalnız bırakmayan ve özveriyle destekleyen yol arkadaşlarım Buse BAHITLI ve Merve Aliye AKYOL'a,

Çalışmam süresince ve eğitim hayatım boyunca beni her zaman motive eden, başarılarımın en büyük kaynağı çok değerli AİLEM'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Araş. Gör. Cahide AYİK

ÖZET

KOLOREKTAL KANSERLİ STOMA AÇILAN HASTALARDA STANDART DAYALI VERİLEN BAKIMIN PERİSTOMAL CİLT KOMPLİKASYONLARINA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Cahide AYIK

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

cahideayk@gmail.com

Amaç: Kolorektal kanserli stoma cerrahisi geçiren hastalarda, Standart Stoma Bakım programının peristomal cilt komplikasyonları ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmış tek kör yarı deneysel bir çalışmadır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini kolorektal cerrahi geçiren ve yeni stoma açılan 33 girişim ve 35 kontrol grubu olmak üzere toplam 67 hasta oluşturmuştur. Girişim grubundaki hastalara Standart Stoma Bakım programı uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalara hastanenin prosedürüne uygun olarak eğitim verilmiştir. Veriler stoma açıldıktan sonra 7. gün, 2., 6. ve 12. hafta olmak üzere Peristomal Cilt Aracı ve Stoma Yaşam Kalitesi ölçeği doldurularak elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi, eşleştirilmiş t testi, Friedman test ve tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Standart Stoma Bakım programında yer alan hastalarda kontrol grubuna göre post-operatif 2., 6., ve 12. haftalarda daha az peristomal irritan dermatit görülmüştür (sırasıyla; %27.3 vs. %51.4, %27.3 vs. %65.7, %15.2 vs. %37.1; $p < .05$). Kontrol grubunun Renk, Erezyon, Kontrolsüz doku büyümesi skorunun girişim grubuna göre 6. haftada yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=.011$). Çalışmada her iki grupta yer alan hastalarda zaman içerisinde (6. ve 12. haftalarda) yaşam kalitesinde artma olduğu ($p=.000$), ancak girişim grubundaki yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre daha fazla arttığı bulunmuştur ($p=.000$).

Sonuç: Bu çalışma ile uygulanabilir çok bileşenli bir stoma bakım programı geliştirmiştir. Standart Stoma Bakım programı kolorektal kanserli stomalı hastalarda peristomal cilt komplikasyonlarını azaltmaktadır ve stoma yaşam kalitesini artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal Kanser, Stoma, Peristomal Cilt Komplikasyonu, Yaşam Kalitesi.

ABSTRACT

THE EFFECT OF STANDARD-BASED CARE ON PERISTOMAL SKIN COMPLICATIONS AND QUALITY OF LIFE OSTOMY CREATION PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER

Cahide AYİK

Dokuz Eylul University, Faculty of Nursing

cahideayk@gmail.com

Objective: To examine the effect of the Standard Ostomy Care program on peristomal skin complications and quality of life in patients with colorectal cancer who underwent ostomy creation.

Method: A single blind quasi-experimental study. Sixty-seven participants were recruited the study. Standard Ostomy Care program was applied to the patients in the intervention group (n=33). Patients in the control group (n=35) were trained in accordance with the hospital's procedure. Data were obtained by completing the Peristomal Skin Tool and Stoma Quality of Life scale at 7 days, 2, 6 and 12 weeks after ostomy creation. Chi-square test, independent-samples t tests, paired t test, Friedman test and repeated measures variance analysis were used to evaluate the data.

Findings: Patients in the Standard Ostomy Care program had less peristomal irritant dermatitis at 2, 6, and 12 weeks post-operatively compared to the control group (respectively; 27.3% vs. 51.4%, 27.3% vs. 65.7%, 15.2% vs. 37.1%; $p < .05$). The Discoloration, Erosion, Tissue Growth score of the control group was higher in the 6th week compared to the intervention ($p = .011$). There was an increase in the quality of life ($p = .000$) in patients in both groups over time, however the quality of life in the intervention group increased more than the control group ($p = .000$).

Result: This study developed a feasible and effective multi-component stoma care program. The Standard Ostomy Care program reduced peristomal skin complications and improved stoma quality of life in stoma patients with colorectal cancer.

Key words: Colorectal Cancer, Stoma, Peristomal Skin Complication, Quality of Life.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Son yıllarda kolorektal kanserlere yakalanma sıklığı, hem ülkemizde hem de gelişmiş ülkelerde hızla artmaktadır (IARC, 2018; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018). Kolorektal kanserler, tüm dünyada kadınlarda ikinci sırada (%9.5) ve erkeklerde üçüncü sırada (%10.9) yer alan en çok görülen kanserlerden biridir (IARC, 2018). Dünya çapında 2035 yılında 2,5 milyon yeni kolon ve rektum kanseri tanısı konulacağı tahmin edilmektedir (Arnold ve ark., 2017; Bray ve ark., 2018; Dekker, Tanis, Vleugels, Kasi, & Wallace, 2019; Wolf ve ark., 2018). Türkiye’de ise kolorektal kanserler %8.3 oranı ile kadınlarda ve %9.3 oranı ile erkeklerde en çok görülen kanser türleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Şekil 1,2) (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018). Tedavisi genellikle cerrahi olan kolorektal kanserde hastaların %10’una kalıcı stoma açılmaktadır (Vonk-klaassen, Vocht, Ouden, Eddes, & Schuurmans, 2016). Her yıl Amerika’da yaklaşık olarak 130.000 kişinin stoma cerrahisi geçirdiği ve yaklaşık olarak bir milyon kişinin fekal ya da üriner diversiyonları olduğu bildirilmektedir (United Ostomy Associations of America, 2015).

Stoma, kolorektal kanserler, inflamatuvar barsak hastalıkları veya travma gibi nedenlerden dolayı dışkı çıkışını sağlamak amacıyla bağırsakların karın duvarına ağızlaştırılması olarak uygulanan yaygın bir cerrahi girişimdir (Tam ve ark., 2014). Stoma açılması hayat kurtaran bir girişim olmakla birlikte, stoma açılan hastalar, ameliyat öncesi ve sonrası ilk dönemde fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanda birçok zorluk yaşamaktadır (Dabirian, Yaghmaei, Rassouli, & Tafreshi, 2011; Thorpe & McArthur, 2017; Vonk-klaassen ve ark., 2016). Richbourg, Thorpe ve Rapp (2007) stomalı hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra karşılaştıkları sorunları incelediği tanımlayıcı çalışmasında, en çok hastaların yaşadığı sorunun %76 oranında peristomal cilt iritasyonu olduğunu bildirmiştir.

Stomal ve peristomal cilt komplikasyonları ostomi ile yaşamının olumsuz sonuçları olarak kabul edilmektedir (Ayik, Özden, & Cenan, 2020; Carlsson, Fingren, Hallén, Petersén, & Lindholm, 2016; Salvadalena, 2008). Son yıllarda cerrahi teknik ve stoma bakımı için sağlanan ilerlemelere rağmen peristomal cilt komplikasyonu görülme oranı %10 ile %76 arasında değişmektedir (Baykara ve ark., 2014; Carlsson ve ark., 2016; Cottam, Richards, Hasted, & Blackman, 2007; Koc ve ark., 2017; Lindholm ve ark., 2013; Pearson ve ark., 2020; Persson ve ark., 2010; Ratlif, 2010; Salvadalena, 2013; Sung, Kwon, Jo, & Park, 2010; Richbourg, Thorpe & Rapp, 2007). Bu konuda 1616 hasta ile yapılan geniş çaplı retrospektif

çalışmada da %34 oranında stoma komplikasyonları geliştiği ve bu komplikasyonların %28'inin stoma açıldıktan sonra bir ay süre içerisinde gelişen erken dönem komplikasyonları olduğu belirtilmiştir. En sık görülen erken dönem komplikasyonu %12 oranında peristomal iritan dermatit olarak bildirilmiştir (Park ve ark., 1999). Persson ve ark. (2010) iki yıl izlem yaptıkları stomalı bireylerde, taburcu olduktan 2 hafta sonra bir ya da daha fazla komplikasyon geliştiğini ve ileostomili bireylerde en sık peristomal cilt komplikasyonu oluştuğunu bildirmektedir (Persson ve ark., 2010). Türkiye'de yapılan retrospektif çalışmalarda da stomalı bireylerin yaklaşık olarak üçte birinde peristomal cilt komplikasyonları görüldüğü belirtilmektedir (Baykara ve ark., 2014; Koc ve ark., 2017).

Peristomal cilt komplikasyonları kimyasal, mekanik, altta yatan hastalık ve enfeksiyon gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir. Peristomal cilt komplikasyonlarının en yaygın nedeni genellikle cildin stoma çıkısına maruz kalmasından kaynaklanan peristomal nemle ilişkili hasardır ve peristomal iritan dermatit olarak da tanımlanmaktadır (Colwell & Beitz, 2007; Gray ve ark., 2013). Peristomal iritan dermatitin oluşmasına en çok neden olan faktörler arasında uygun olmayan stoma ürünleri kullanma, stomanın uygun konumlandırılmaması ve sızıntı yer almaktadır (Alvey & Beck, 2008; Kwiatt & Kawata, 2013; Pearson ve ark., 2020; Tam ve ark., 2014). Mekanik faktörler, adaptörün ciltten ayrılırken yapışkan kısmının neden olduğu cilt hasarını içermektedir (LeBlanc, Whiteley, McNichol, Salvadalena, & Gray, 2019). Peristomal cilt komplikasyonları nedenine bakılmaksızın hastaların yaşamlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Peristomal cilt komplikasyonları yaşam kalitesi, cinsel aktivite ve sosyal etkileşimlerin azalmasına, uyku problemlerine ve sağlık bakım maliyetlerinin artmasına yol açabilmektedir (Malik, Lee, & Harikrishnan, 2018; Nichols, 2018; Nichols, Goldstine, & Inglese, 2019; Pittman, Ellett, Sloan, & Rawl, 2014; Taneja ve ark., 2017). Aynı zamanda peristomal alanda oluşan komplikasyonlar, hastaların ağrı duymasına ve stoma torba sistemini sürdürmede zorlanmalarına neden olmaktadır (Nagano ve ark., 2019; Ratliff, 2014). Bu durum hastanın stomaya uyumunu zorlaştırmakta, günlük yaşam aktivitelerine dönmesini engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (Mahjoubi , Moghimi , Mirzaei & Bijari 2005; Erwin-Toth, Thompson, Davis, 2012). Konu ile ilgili, Nichols ve Inglese (2018), peristomal cilt komplikasyonlarının yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alanları üzerinde ölçülebilir etkileri olduğunu göstermiştir. Çalışma bulguları, artan peristomal cilt sağlığının, artan sağlık yararlanımı ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Nichols & Inglese, 2018).

Yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik, sosyal, bilişsel ve manevi bileşenlerden oluşan çok boyutlu bir kavramdır (Krouse ve ark., 2007) ve stoma açılması ile bireyin fiziksel görünüm

ve boşaltım alışkanlıklarındaki değişiklikler yaşamın tüm alanlarını etkileyebilmektedir. Nichols (2016) stomalı hastaların, genel popülasyona göre fiziksel işlevlerdeki kısıtlamaların yaşam kalitesini etkileyecek kadar daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Santos ve ark. (2016) kanser korkusuna ek olarak, kalıcı stomalı hastaların istemsiz bağırsak hareketlerine, bağırsak mukozasına maruz kalmaya, dışkı sızıntısına ve hoş olmayan kokuya dayanamadıklarını belirtmektedir (Santos, Augusto ve Gomboski, 2016). Stomalı hastaların yaşadığı fiziksel problemler, bireyin benlik saygısı ve beden imajını etkileyerek psikolojik ve sosyal sorunları tetiklemektedir (Ayaz-Alkaya, 2019; Nagano ve ark., 2019). Stomalı hastalar depresyon, anksiyete, düşük benlik saygısı, cinsel sorunlar, inkar, yalnızlık, umutsuzluk ve damgalanma gibi psikolojik problemler yaşayabilmektedir. Bunun yanı sıra izolasyon, seyahatten kaçınma, iş ve aile sorunları gibi yaşam kalitesini etkileyen sosyal problemlerle de karşılaşabilmektedir (Ayaz-Alkaya, 2019; Dabirian ve ark., 2011; Spiers, Smith, Simpson, & Nicholls, 2016; Thorpe & McArthur, 2017).

Stomalı hastaların yaşadıkları peristomal cilt komplikasyonlarını azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada stoma bakımı konusunda uzman olan stoma ve yara bakım hemşirelerine büyük sorumluluk düşmektedir (Goldberg ve ark., 2018). Ameliyat sonrası dönemde hastalar sağlıklı bir cilt için optimal bakımı aldığında ve bakım sırasında bu bilgiyi kullandığında birçok peristomal cilt komplikasyonu azaltılabilir ve önlenir (Xu ve ark., 2018; Zhou ve ark., 2019). Ayrıca peristomal cilt komplikasyonlarının önlenmesi tedavisinden daha kolay ve ucuz bir yöntemdir (Karadağ & Korkut, 2010). Bununla birlikte cildi temiz, kuru tutmak ve dışkı, travma, kimyasal hasara maruz kalmamak, hasta ve hasta yakının ameliyat öncesi dönemde bilgilendirilmeleri, temel cilt bakımı bilgisi ve uygulanması ile uygun stoma ürünlerinin kullanılması peristomal komplikasyonların önlenmesinde anahtar unsurdur (Karadağ & Korkut, 2010; Stelton, Zulkowski, & Ayello, 2015). Stoma bölge işaretlemesinin yapılması ve stoma komplikasyonlarının takibi komplikasyonları önlemek açısından son derece önemlidir (Hsu, Lin, Hsu, Lai, & Wu, 2020; Person ve ark., 2012). Bu nedenle hastanın eve taburcu edilmeden önce hemşire tarafından gerekli becerilerin kazandırılması cilt sağlığını sürdürmek açısından son derece önemlidir. Ancak kolorektal cerrahi işlemlerin gelişmesi hastanede yatış süresini kısaltmaktadır. Bu durum hastanede hastaların stoma bakımını öğrenmek için daha az süre kalmasına neden olmakta ve evde sıklıkla peristomal cilt komplikasyonları ile karşılaşmalarına yol açabilmektedir (Alvey & Beck, 2008).

Türkiye'de stoma ve yara bakım hemşiresi tüm hastanelerde bulunmamaktadır ve stoma komplikasyonları olan hastalar için standart bir protokol bulunmamaktadır. Hastaneden taburcu olduktan sonraki dönemde düzenli takip yapılmamaktadır ve hastalar stomayla ilgili

bir problemleri olduğunda bir doktoru veya bir stoma ve yara bakım hemşiresini ziyaret edebilmektedir (Harputlu ve Özsoy, 2018).

Stoma komplikasyonlarının yönetiminde ve sorunların çözülmesinde hemşirelerin veya uzman olmayan sağlık profesyonellerinin kullanımına yönelik araçlar geliştirilmiştir. Bu amaçla araştırma kanıtlarına ve uzman klinik yargısına dayalı olarak tercih edilen uygulamaları belirli sıralı bir standart çerçevesinde sunmak için algoritmalar geliştirilmiştir (Bare ve ark., 2017; Beitz, Gerlach, & Schafer, 2014b; Kalashnikova, Achkasov, Fadeeva, & Vorobiev, 2011). Algoritmalar, kullanıcıların bir klinik sorunun önemli bilişsel bileşenlerini ve süreçlerini görselleştirmelerini sağlayan grafik bakım haritalarıdır. Klinisyenlere belli bir konunun kademeli olarak değerlendirilmesini sağlarlar (Beitz ve ark., 2014b). Beitz ve ark. (2010) deneyimsiz hemşirelerin kullanımına yönelik uzmanların klinik kararlarına dayanan spesifik komplikasyonlar için optimal müdahaleleri tanımlamak ve önerilen stoma ve peristomal komplikasyon girişimlerine yönelik geçerli ve standart bir araç oluşturmak amacıyla bir algoritma geliştirmiştir. Daha sonra Bare ve ark. (2017) uygun hemşirelik ve stoma bakımı ile maliyet etkinliğini artırmak, komplikasyonları azaltmak, hasta memnuniyetini artırmak amacıyla evde sağlık sistemlerinde kullanımı için bu algoritmayı uyarlamıştır. Ancak hastaların kullanılabileceği algoritmalara rastlanmamıştır.

Klinik rehberlerde de ostomi cerrahisinin hayatın her alanına getireceği zorluklara iyi hazırlanmış olan kişinin daha kısa bir uyum süresi olabileceği (Kanıt Düzeyi: C) belirtilmektedir (Goldberg ve ark., 2018). Hastaların stoma ve peristomal ciltte meydana gelecek değişiklikleri izlemeleri komplikasyonların tanımlanmasında önemli rol oynamaktadır. Klinik deneyimlerimiz ve ilgili literatür, hastaların komplikasyonlu görünümün normal olduğunu düşünebildiğini veya fark etmeyebildiklerini göstermektedir. Bu nedenle stomalı bireylerin yaşadıkları sorunların azaltılmasını ve uyumlarının artırılmasını sağlayacak standart yaklaşımlara gereksinim duyulmaktadır (Beitz ve ark., 2014b, 2010; Kalashnikova ve ark., 2011). Optimal postoperatif rehabilitasyonu sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak için çok az kanıta dayalı, sistematik ostomi kendi kendine yönetim programları mevcut olmakla birlikte (Sun ve ark., 2018; Zhang ve ark., 2020) daha çok post-operatif (Altuntas ve ark., 2012; Danielsen & Rosenberg, 2014; Lim, Chan, Chow, ve ark., 2019; Sun ve ark., 2018; Wang ve ark., 2018; Xu ve ark., 2018) dönemde program uygulandığı; her iki dönemi kapsayan programların yer almadığı bildirilmektedir (Faury, Koleck, Foucaud, M'Bailara ve ark., 2017). Stomalı hastalara yaşam kalitesinde meydana gelen birçok değişikliğe uyum sağlamak için sistematik olarak yardımcı olmak için kanıta dayalı bir program müdahalesine ihtiyaç vardır.

Özetle; son yıllarda peristomal cilt komplikasyonları hemşireleri ilgilendiren güncel bir konudur. Ameliyat sonrası dönemde hastaların kanıta dayalı uygulamalarla geliştirilmiş standarda dayalı çok yönlü bakım ve eğitim programlarının oluşturulması komplikasyonların önlenmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında son derece önemlidir. Peristomal cilt komplikasyonlarının erken tanınmasında hastaları desteklemek, problemleri çözmek, stoma bakımını uygun bir şekilde yönetebilmek ve yaşam kalitesini artırabilmek için standartlaştırılmış çözümler sunmak gerekmektedir. Stoma ile ilgili literatürde sağlık profesyonellerinin kullanması için komplikasyonlara yönelik (Kalashnikova ve ark., 2011), stoma ürünlerinin seçilmesine ve stoma bakımına yönelik (Beitz ve ark., 2014b, 2010) ve evde sağlık bakım hizmetlerinde kullanımına yönelik (Bare ve ark., 2017) algoritmalar mevcuttur. Yapılan diğer çalışmalar stoma bölge işaretlemesi (Hsu ve ark., 2020), eğitimsel müdahaleler (Fauray, Koleček, Foucaud, Bailara, & Quintard, 2017), bilişsel davranışçı terapi, gevşeme eğitimi ve destekleyici grup terapisini (Ohlsson-Nevo, Karlsson, & Nilsson, 2016; Stokes ve ark., 2017) içermektedir. Ancak kanıta dayalı uygulamalar ile oluşturulmuş pre-operatif ve post-operatif dönemi kapsayan bakım standardı, düzenli takip ve komplikasyon yönetiminin yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalara gereksinim duyulduğu belirlenmiştir. Bu çalışma ile stoma bakımı, yönetimi ve komplikasyonların azaltılmasına standart bir yaklaşım sunmak hedeflenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı kolorektal kanserli stoma açılan bireylerde Standart Stoma Bakım programı doğrultusunda verilen eğitimin peristomal cilt komplikasyonlarına ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₀₋₁: Kolorektal kanserli yeni stoma açılan bireylerde Standart Stoma Bakım programının peristomal cilt komplikasyonları üzerinde etkisi yoktur.

H₀₋₂: Kolorektal kanserli yeni stoma açılan bireylerde, Standart Stoma Bakım programının yaşam kalitesi üzerinde etkisi yoktur.

H₁₋₁: Kolorektal kanserli yeni stoma açılan bireylerde Standart Stoma Bakım programının peristomal cilt komplikasyonları üzerinde etkisi vardır.

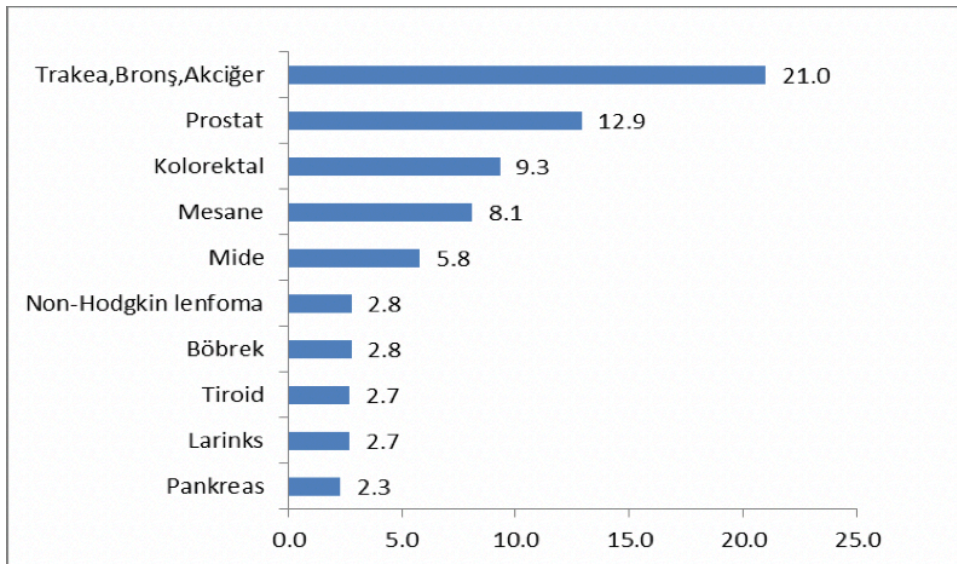
H₁₋₂: Kolorektal kanserli yeni stoma açılan bireylerde, Standart Stoma Bakım programının yaşam kalitesi üzerinde etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

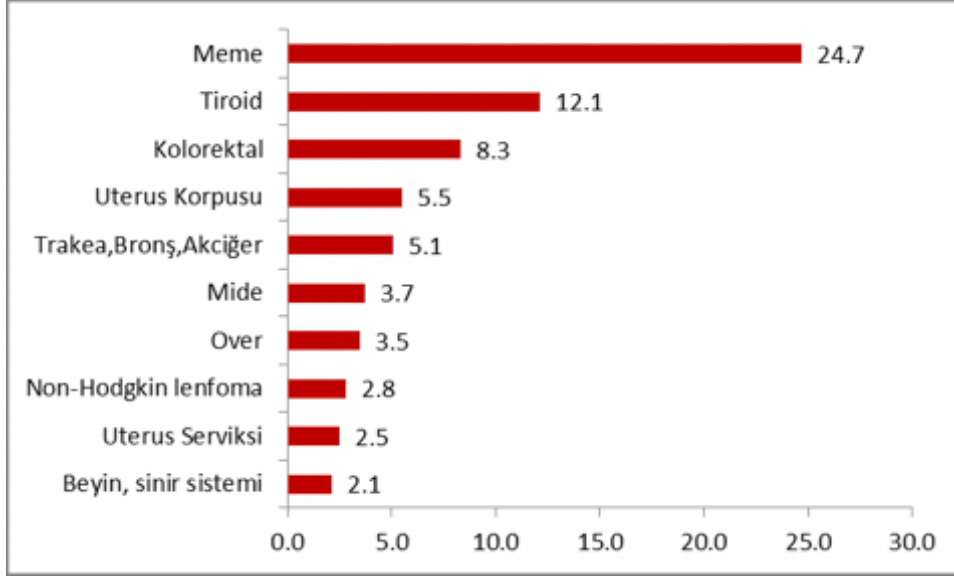
2.1. Kolorektal Kanserler

Son yıllarda kolorektal kanserlere yakalanma sıklığı, hem ülkemizde hem de gelişmiş ülkelerde hızla artmaktadır (IARC, 2018; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018). Kolorektal kanserler, tüm dünyada kadınlarda ikinci sırada (%9.5) ve erkeklerde üçüncü sırada (%10.9) yer alan ve en çok görülen kanserlerden biridir (IARC, 2018). Kolorektal kanserli hastaların %65'i beş yıl süre ile hayatta kalmaktadır (Siegel, Miller, & Jemal, 2019). Kadınlarda, insidans ve mortalite erkeklerden yaklaşık olarak %25 daha düşüktür. Kolorektal kanserlerin epidemiyolojisi coğrafi bölgelere göre değişmekte olup, en yüksek oranlar en gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Ayrıca 50 yaş altındaki genç bireylerde rektum kanserinde ciddi artış dikkat çekmektedir. Bununla birlikte, dünya çapında 2035 yılında 2,5 milyon yeni kolon ve rektum kanseri tanısı konulacağı tahmin edilmektedir (Arnold ve ark., 2017; Bray ve ark., 2018; Dekker ve ark., 2019; Wolf ve ark., 2018).

ABD'de rektal kanserlerin 44.180 yeni hastayı etkileyeceği, kolon kanserlerinin ise 101.420 kişiyi etkileyeceği tahmin edilmektedir (Siegel, Miller, & Jemal, 2019). Türkiye'de ise kolorektal kanserler %8.3 oranı ile kadınlarda ve %9.3 oranı ile erkeklerde en çok görülen kanser türleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Şekil 1,2) (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018). Erkeklerde yüz binde 23.1 ve kadınlarda ise yüz binde 14.4 sıklıkta görülmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018).

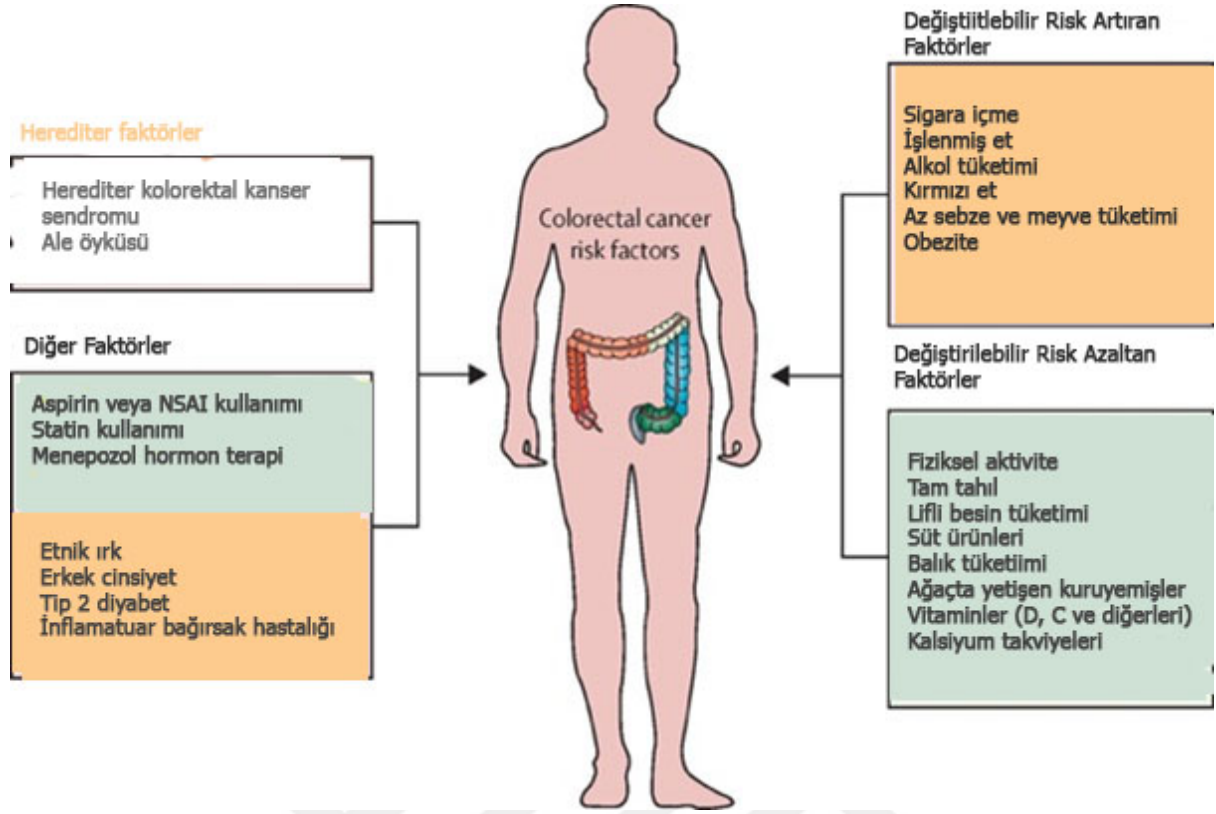


Şekil 1. Tüm Yaş Gruplarındaki Erkeklerde En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018)



Şekil 2. Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanselerlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018)

Kolorektal kanser gelişme riski hem çevresel hem de genetik faktörlerden etkilenmektedir. Kolorektal kanser gelişiminde yaş (>50), sigara, alkol tüketimi, kolorektal adenom ve karsinom varlığı, inflamatuvar barsak hastalıkları, obezite, yaşam tarzı ve yüksek ısıda pişirilen kırmızı et (heterosiklik aminler), şeker ve yağ (kolesterol) oranından yüksek kalorili, lifsel komponenti olmayan beslenme alışkanlığı rol oynamaktadır (Botteri ve ark., 2008; Büyükdoğan, 2009; Cai, Li, Ding, Chen, & Jin, 2014; Dekker ve ark., 2019; Kyrgiou ve ark., 2017). Epidemiyolojik alan çalışmalarında, erkek cinsiyet ve artan yaş ile hastalık insidansı arasında güçlü bir ilişki gösterilse de buna karşılık, 50 yaşından küçük bireylerde, özellikle rektum ve sol taraflı kolon kanseri olmak üzere kolorektal kanser oranlarında önemli artış gözlenmiştir (Bailey ve ark., 2015; Kasi ve ark., 2019; Wolf ve ark., 2018). Kolorektal kanserli hastalarda genetik faktörler de önemli rol oynamakta olup hastaların yaklaşık %10-20'sinin aile öyküsünde de kolorektal kanser tanısı bulunmaktadır (Dekker ve ark., 2019). Yapılan çalışmalarda kolorektal kanserin kalıtım derecesinin %12-35 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Czene, Lichtenstein, & Hemminki, 2002; Lichtenstein ve ark., 2000; Schoen ve ark., 2015).



Şekil 3. Kolorektal Kanser Risk Faktörleri (Dekker ve ark., 2019)

Kolorektal kanser ileri evrelere kadar genellikle asemptomatik seyretmektedir ve hastalarda rektal kanama, bağırsak alışkanlıklarında değişiklik, kilo kaybı, anemi veya karın ağrısı gibi çok çeşitli semptomlar görülebilmektedir. Klinik tabloya ek olarak kolonoskopi tanı aşamasında önemli bir yere sahiptir ve 45 yaş ve üstü bireylerde rektal kanama mevcut ise kolonoskopi yapılması önerilmektedir. Daha genç hastalarda, kolorektal kanser için yüksek risk faktörleri (ailesinde kolorektal kanser öyküsü, dışkıya bulaşan kan, bağırsak alışkanlığında değişiklik) değerlendirilmelidir (Dekker ve ark., 2019). Anamnez ve kolonoskopinin yanı sıra rehberler tam kan sayımı ve tanı koymak için karsino embriyonik antijen konsantrasyonlarının kullanımını da önermektedir (Lbianca ve ark., 2013).

Kolorektal kanserlerin primer tedavisi cerrahidir, ek olarak neoadjuvan tedavi ve immunoterapi uygulanabilmektedir. Postoperatif radyoterapinin aksine, birçok çalışma rekürrens riskini azaltmada preoperatif radyoterapinin daha etkili olduğunu bildirmektedir (Ma ve ark., 2017). Kolorektal kanser, cerrahi, radyoterapi ve kemoterapinin yanı sıra karın ağrısı, rektal kanama ve yorgunluk gibi nedenlerle yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Bu nedenle perioperatif bakım, bireyin günlük yaşamına daha hızlı dönebilmesini sağlayacak

şekilde planlanmalıdır (Dekker ve ark., 2019; Gustafsson ve ark., 2013; Jakobsson, Idvall, & Wann-Hansson, 2016; Ljungqvist, Scott, & Fearon, 2017).

Tedavi ve cerrahi teknikteki ilerlemeler göz önünde bulundurulduğunda, yakın gelecekte kolorektal kanserden kurtulanların sayısının artması beklenmektedir. Cerrahi girişimler yaşamın sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesini amaçlamakla birlikte fonksiyon kaybı, beden imajında değişim gibi yeni sorunlara da yol açabilmektedir (Karadağ, 2010). Kolorektal kanserlerde cerrahi geçiren hastaların yaklaşık %10'unda cerrahi tedavi kalıcı bir bağırsak ostomisi ile sonuçlanmaktadır (Vonk-klaassen ve ark., 2016). Bağırsak ostomisine sahip olmak, yaşam boyu adaptasyon ve yönetim gerektiren fiziksel değişim ile sonuçlanır. Stoma bakımı ve uygun ekipman kullanımı, stomaya ilişkin engellerin kaldırılmasında ve birçok hastanın stomaya uyum sağlamasında ve en temel etkindir (Mols, Lemmens, Bosscha, Van Den Broek, & Thong, 2014). Bu etkenler uygun bir şekilde yönetilmediğinde stoma bakımına ayrılan zamanın artması (Danielsen, Soerensen, Burcharth, & Rosenberg, 2013; Su ve ark., 2016), sızıntı (Bulkley ve ark., 2018; Gray ve ark., 2013), peristomal cilt problemleri (Gray ve ark., 2013; Nichols, 2018; Steinhagen, Colwell, & Cannon, 2017; Stelton ve ark., 2015), sosyal izolasyon (Thorpe & McArthur, 2017), anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinde azalma (Ayık, Özden, & Cenan, 2019; Baxter ve ark., 2006; Erwin-Toth, Thompson, & Davis, 2012; Iqbal, Kujan, Bowley, Keighley, & Vaizey, 2016; Ito ve ark., 2012; Su ve ark., 2016) gibi birçok birbiri ile ilişkili sorunlar ortaya çıkmaktadır.

2.2. Boşaltım Amaçlı Bağırsak Stomaları

2.2.1. Stomannın Tanımı

Stoma, gastrointestinal ya da üriner sisteme ilişkin kanserlerin, inflamatuvar bağırsak hastalıklarının ve travmaların cerrahi tedavisinde kullanılan yaygın bir girişimdir. Ostomi ise dışkı veya idrar çıkışını sağlamak amacıyla bağırsağın karın duvarında oluşturduğu cerrahi açıklıktır (Bladder & Bowel Community, 2019; Cronin, 2013; O'Flynn, 2019).

Her yıl yaklaşık olarak 130.000 kişinin stoma cerrahisi geçirdiği ve Amerika'da yaklaşık olarak bir milyon kişinin fekal ya da üriner diversiyonları olduğu bildirilmektedir (United Ostomy Associations of America, 2015). Kolostomi Birliği'ne (2016) göre, İngiltere de 120.000 kişinin stoması olduğu ve her yıl 21.000 kişiye üriner ya da bağırsak stomaları açıldığı tahmin edilmektedir.

Stomalar kalıcı ya da geçici amaçla açılabilir. Geçici stomalar, ameliyat bölgesinde dışkının geçişini önleyerek bölgenin iyileşmesini sağlamak amacıyla açılmaktadır. Kalıcı

stomalar rektum kanserleri (anüse 5 cm'den daha yakın kitleler) ve inflamatuvar bağırsak hastalıkları nedeniyle yaşam boyu kalacak şekilde açılmaktadır (Cronin, 2013). Peristomal cilt sızıntısını önlemek için ileostomi ve ürostomilerin ciltten yüksekliğinin en az 2 cm olması önerilmektedir (Kanıt Düzeyi: C - Sınıf I) (Goldberg ve ark., 2018). Mümkün olduğunda, kolostomiler için de cilt seviyesinin üzerinde stoma açılması tavsiye edilmektedir (Tavsiye Derecesi: Düşük kaliteli kanıtlara dayanan güçlü öneri, 1C) (Hendren ve ark., 2015).

Stoma Açılmasına Neden Olan Durumlar (Burch, 2011b, 2017c; Murken & Bleier, 2019);

- Kolon, rektum ve mesane kanserleri
- Ülseratif kolit veya Crohn hastalığı dahil inflamatuvar bağırsak hastalığı
- İmperefor anüs gibi konjenital malformasyonlar
- Divertiküler hastalık
- Bağırsak obstrüksiyonu, ileum veya travmalar

Stoma Açılmasını Gerekli Cerrahi Prosedürler (Burch, 2017a; Burch & Sica, 2008; Cronin, 2012; Murken & Bleier, 2019);

- Sub-total kolektomi nedeniyle geçici end ileostomi açılması
- Sistektomi nedeniyle kalıcı ürostomi açılması
- Rektumun abdominoperineal rezeksiyonu nedeniyle kalıcı end kolostomi açılması
- Low anterior rezeksiyon veya ileo anal pouch anastomoz nedeniyle geçici loop ileostomi açılması
- Anterior rezeksiyon nedeniyle loop ileostomi yada loop transver kolostomi açılması
- Panproktokolektomi nedeniyle kalıcı end ileostomi açılması
- Hartmann's prosedürü nedeniyle geçici veya kalıcı end kolostomi açılması
- Sigmoid kolektomi nedeniyle geçici loop ileostomi yada loop transver kolostomi açılması

2.2.2. Boşaltım Amaçlı Stoma Türleri

Kolostomi

Kalın bağırsağın dışarı doğru 10-15 mm çıkıntı olacak şekilde karın duvarına ağızlaştırılması işlemidir. İngiltere'de her yıl, en sık kolorektal kanser nedeniyle 6400 bireye kolostomi açılmaktadır (Colostomy UK, 2019). Kolostomi oluşturmak için kullanılan kolonun en yaygın bölümü desenden veya sigmoid kolondur. Bu alana açılan kolostomilerde şekilli gaita görülür, günde 1-2 defa dışkılamama mevcuttur ve sindirici enzim içermez. Bununla birlikte transver kolona da kolostomi açılabilir. Transver kolonda genellikle yumuşak, yarı katı şekilli ve günde 1-3 defa olacak şekilde bir dışkı çıkışı mevcuttur ve dışkının kıvamı kişiden kişiye ve diyetle göre değişebilir (Burch, 2014, 2017c; Cronin, 2013; O'Flynn, 2019).

İleostomi

İleumun genellikle terminal kısmının cerrahi ile karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. İngiltere'de her yıl, en çok inflamatuvar bağırsak hastalığı nedeniyle 9000 ileostomi oluşur (NHS, 2016). Dışkı gevşek bir kıvama sahiptir ve sindirici enzimler içermektedir. İleostomide günlük 600-800 ml çıktı miktarı mevcuttur. Torbanın günlük 5-7 kez boşaltılmasını gerektirir; adaptörlerin ise 3 günde bir değiştirilmesi önerilmektedir (Burch, 2014, 2017c; Cronin, 2013; O'Flynn, 2019; Black, 2012). Peristomal cilt komplikasyonlarını önlemek için ostomi açılırken yüksekliğinin 20 mm kadar olması önerilmektedir (Cronin, 2013; Goldberg ve ark., 2018).

Ürostomi

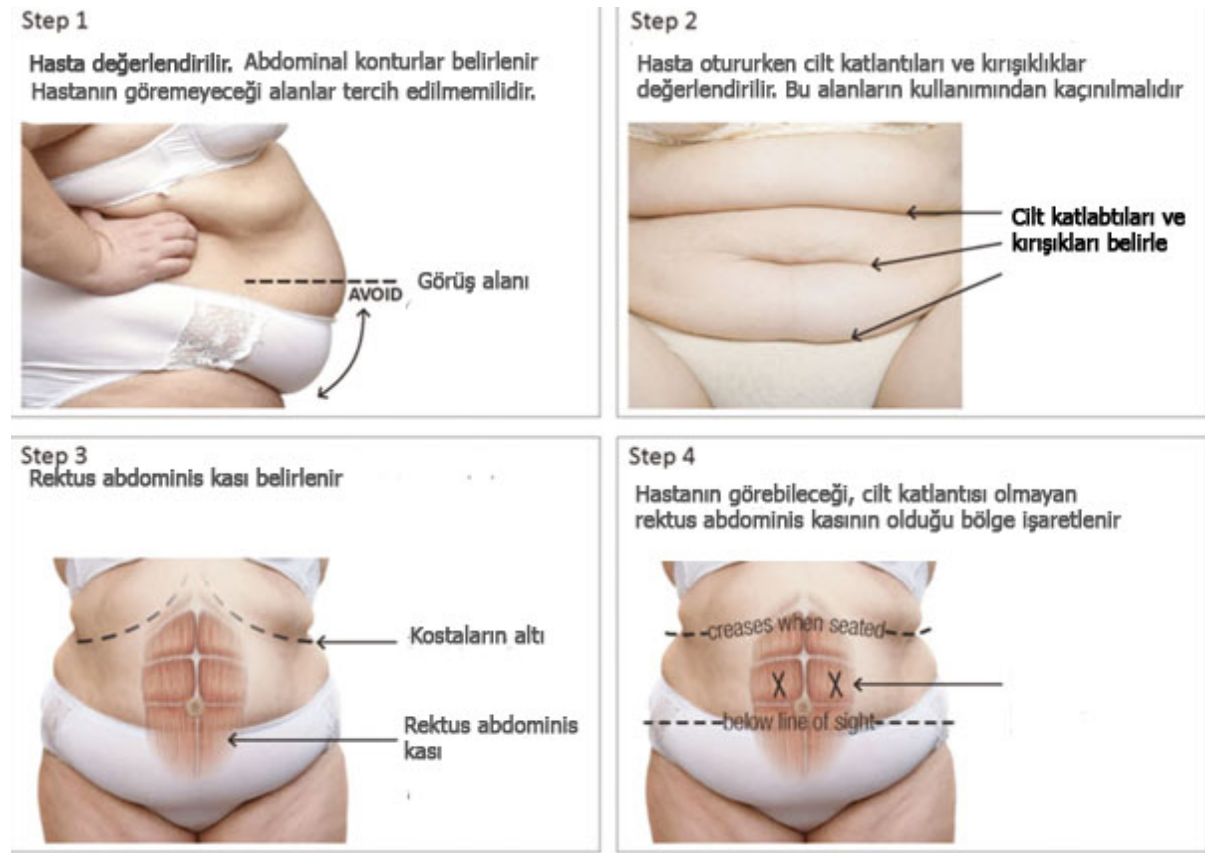
İleal conduit olarak da adlandırılmaktadır. İdrar çıkışı sağlamak için, ileum yoluyla diversiyon oluşturulur (Burch, 2017c; O'Flynn, 2019). İngiltere'de, en sık mesane kanseri nedeniyle her yıl 800 ürostomi açılmaktadır (Urostomy Association, 2019). Sıvı tüketimine bağlı olmakla birlikte günlük gelen idrar miktarı 1500 ml kadardır (Cronin, 2013).

2.2.3. Preoperatif Hazırlık ve Stoma Bölgesinin İşaretlenmesi

Hemşirelik rehberleri ve yapılan çalışmalar, stoma açılacak bireylere stoma ve yara bakım hemşiresi tarafından preoperatif hazırlık (Kanıt Düzeyi: B) yapılması konusunda görüş birliği sağlamıştır (Cronin, 2012; Goldberg, Aukett, Carmel, Fellows, & Pittman, 2010; Goldberg ve ark., 2018; Miller ve ark., 2017; Salvadalena ve ark., 2015). Preoperatif hazırlık içeriği; gastrointestinal sistem anatomisi ve fizyolojisi hakkında kısa bir bilgilendirme, ostomi ürünlerinin tanıtılması, yaşam tarzının düzenlenmesi, stoma bölge işaretlemesi ve psikolojik hazırlıktan oluşmaktadır (Goldberg ve ark., 2010). Preoperatif stoma bölge işaretlemesi ve eğitim, hastanın ve ailenin bilgi ihtiyaçları ile birlikte bireysellik, değerlerine saygıyı içeren hasta merkezli bir yaklaşım sağlar. Ayrıca, preoperatif dönemde psikososyal destek sağlamaya yardımcı olur (Cronin, 2012; Miller ve ark., 2017; Salvadalena ve ark., 2015).

Stoma bölge işaretlemesi, stoma cerrahisi sonrası yaşam kalitesini, kişisel bağımsızlığı ve stomaya uyumu artıran önemli bir hemşirelik uygulamasıdır (Hsu ve ark., 2020; Karaveli Çakır & Özbayır, 2018; Roveron, Toma, & Barbierato, 2016; Salvadalena ve ark., 2015). Stoma bölgesinin uygun seçimi, adaptör/torba sisteminin peristomal cilde tam oturmasını sağlar, adaptörün ciltte kalış süresini artırır ve hastanın stoma bakımında bağımsızlığını destekler (Baykara ve ark., 2014; Hendren ve ark., 2015; Maydick, 2016; McKenna, Taggart, Stoelting, Kirkbride, & Forbes, 2016; Person ve ark., 2012). Ayrıca rehberler de stoma bakımında hastanın bağımsızlığını artırmak, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesini sağlamak ve postoperatif komplikasyonları azaltmak için eğitilmiş bir klinisyen tarafından

ameliyat öncesi stoma bölge işaretlemesinin yapılmasını önermektedir. (Kanıt Düzeyi: B - Sınıf I) (Goldberg ve ark., 2018; Hendren ve ark., 2015). Bununla birlikte, Hsu ve ark. (2020) yaptıkları metanalizde preoperatif dönemde stoma bölge işaretlemesinin, stoma ve peristomal cilt komplikasyonlarını azalttığını ve preoperatif bakım standardı olarak düşünülmesini belirtmektedir (Hsu ve ark., 2020). Preoperatif stoma bölge işaretlemesi güçlü bir şekilde önerilmekle birlikte, intraoperatif koşulların uygun bölgeye stoma açılmasına engel olabileceği kabul edilmektedir. Stoma bölgesi, bağırsağın durumuna göre son olarak cerrah tarafından seçilir (Salvadale ve ark., 2015). Ayrıca acil cerrahi gibi durumlarda stoma bölge işaretlemesi ve eğitimi mümkün olmayabilmektedir.



Şekil 4. Stoma Bölgesinin İşaretlenmesi (Salvadale ve ark., 2015)

Stoma bölge işaretlemesinde birey ayakta dururken, sırt üstü yatarken, otururken ve öne doğru eğilirken abdomen farklı açılardan değerlendirilir. Stoma bölgesi işaretlenirken en önemli noktalardan biri rektus abdominis kasının seçilmesidir. Ek olarak, bölge işaretlemesinde abdominal konturlar, bireyin hareketliliği, tekerlekli sandalye kullanımı ve postürü göz önünde bulundurulur. Sarkık karın, cilt kıvrımları, skar yada suture izleri, herni, iliak çıkıntı, pantolon kemeri, görme ve el becerisi değerlendirilerek bölge seçimi yapılması önerilmektedir. Ayrıca hastanın tanısı, yaşı, mesleği, stoma ile ilgili önceki deneyim ve

stomanın yeri ile ilgili tercihleri de sorgulanır. Cerrahın tercihi, planlanan cerrahi ya da stoma tipi, kullanılan bağırsak bölümü göz önünde bulundurularak işaretleme yapılır (Şekil 4.) (Roveron ve ark., 2016; Salvadalena ve ark., 2015).

2.2.4. Ameliyat Sonrası Stoma Bakımı

2.2.4.1.Stomanın ve Peristomal Cildin Genel Değerlendirilmesi

Stomalı bireylerde komplikasyon gelişimini önlemek, uygun bakımı sağlayabilmek ve stomaya uyumu artırmak için stomanın ve peristomal cildin kapsamlı değerlendirilmesi son derece önemlidir. Yapılan çalışmalar ve hemşirelik rehberleri stomalı bireylerin fiziksel değerlendirmesinde, stoma, peristomal cilt, hastanın karakteristik özellikleri, yaşam tarzı faktörleri ve adaptör/torba sisteminin değerlendirilmesini önermektedir (Tablo 2.1) (Gray ve ark., 2013; Miller ve ark., 2017).

Tablo 2.1. Stoma ve Peristomal Cildin Genel Değerlendirmesi (Gray ve ark., 2013)

Boyutlar	Genel Değerlendirme
Stoma (Gray ve ark., 2013; Herlufsen ve ark., 2006; Nybaek & Jemec, 2010; Vujnovich, 2008; Woo, Sibbald, Ayello, Coutts, & Garde, 2009)	✓ Stomanın tipi ✓ Stoma açıklığı, yüksekliği, şekli, boyutu ve fonksiyonu ✓ Stoma açılma süresi ✓ Loop stomalarda distal lümen çıkıntısının derecesi ✓ Yetersiz stoma fiksasyonu ve yüksekliği (kolostomi yüksekliğinin < 0.5 mm, ileostomi yüksekliğinin < 20 mm olması) ✓ Mukokutanöz hatta fistül oluşması ✓ Stomanın distal lümeninin retrakte yada cilt ile aynı seviyede olması ✓ Günlük çıktı miktarının > 1500 ✓ Çıktının miktarı, hacmi ve özelliği (katı/şekilli, yarı şekilli, sıvı/şekilsiz) ✓ Boşaltım ile ilişkili ağrı hakkında değerlendirilmesi
Peristomal Cilt (Colwell & Beitz, 2007; Colwell ve ark., 2011; Goldberg ve ark., 2018; Gray ve ark., 2013; Kelly, 2012; Lyon, Smith, Griffiths, & Beck, 2000; Nybaek, Lophagen, Karlsmark, Bang Knudsen, & Jemec, 2010; Vujnovich, 2008; Woo ve ark., 2009)	✓ Cilt bütünlüğünün değerlendirilmesi - Peristomal ciltteki değişikliklerin değerlendirilmesi; ○ Eritem ○ Ciltte aşınma/erezyon/soyulma ○ Cildin nemi ○ Ödem ○ Kabarcık ○ Maserasyon - Peristomal cildin diğer deri hasarları yönünden incelenmesi; ○ Hipergranülasyon ○ Uydu şeklinde görülen makülopapüler döküntü ○ Kabuklanma ○ Siğil benzeri lezyonlar ✓ Peristomal alandaki kılların varlığı ve dağılımı ✓ Adaptör altında kalan cilt ile açıkta kalan cilt alanlarının karşılaştırılması ✓ Hasarlı cildin dışkı sızıntısı ile doğrudan temas edip etmemesi ✓ Bireyin yatarken, otururken ve ayaktaiken obezite, herni, skar, cilt katlantısı, dren, gibi peristomal cilt düzlemini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ✓ Peristomal cilt hasarına katkıda bulunabilecek faktörler açısından değerlendirilmesi: ○ Mukokutanöz ayrılma ○ Mukozal transplantasyon

Ostomi Ürünleri (Agarwal & Ehrlich, 2010; Colwell ve ark., 2011; Gray ve ark., 2013; Nybaek & Jemec, 2010; H. Nybaek ve ark., 2010; Woo ve ark., 2009)	✓ Stoma ve peristomal cilde uygun adaptörlerin seçilmesi ✓ Cilde uygun stoma ürünlerinin seçimi ✓ Torba ve adaptörün ciltte kalış süresinin belirlenmesi ✓ Cilt altına sızıntı olup olmadığının değerlendirilmesi ✓ Bireyin stoma ürünlerine erişiminin sağlanması
Hasta Özellikleri (Colwell, McNichol, & Boarini, 2017; Cottam ve ark., 2007; Gray ve ark., 2013; Shiraishi ve ark., 2019)	✓ Yaş ✓ Vücut ağırlığı değişiklikleri (kilo kaybı ya da alımı), BKİ ✓ Stoma bakımını yapabilme ✓ İlaç kullanımı ve komorbid hastalıklar
Yaşam Tarzı Faktörleri (Colwell ve ark., 2011; Gray ve ark., 2013; Taneja ve ark., 2017)	✓ Cilt bakım rutini (temizleme ve kurulama şekli) ✓ Adaptör uygulama ve çıkarma şekli ✓ Bireyin stomaya uyumu ✓ Finansal kaynaklar ✓ Yeni yaşam şekline uyum yeteneği ve problem çözme ✓ Hareket düzeyi ✓ Beslenme

2.2.4.2. Stoma Ürünlerinin Seçilmesi

Stoma yönetiminin amacı, uygun bakım sağlamak, peristomal cilt komplikasyonlarını önlemek ve komplikasyon geliştiğinde ise etkilerini en aza indirmektir (Rolstad ve Erwin-Toth, 2004; Chandler, 2015). Sağlıklı peristomal cilt için dışkı sızıntısını önlemek ve adaptörün yapışmasını sağlamak esastır (Cronin, 2012; O’Flynn, 2019). Kanıt rehberleri, sızıntıyı önleyen ve belirli bir süre sızdırmazlık sağlayarak peristomal cildi koruyan adaptör/torba sistemleri kullanılmasını önermektedir. Bu bağlamda, rehberlerde etkili bir adaptör/torba sisteminin seçiminde, stoma ve yara bakım hemşiresinin hastayı desteklemesi belirtilmektedir. Adaptör/torba sistemi seçilirken stomanın tipi ve yeri, abdominal konturlar, yaşam tarzı, kişisel tercihler, görme durumu ve bakım yapabilme becerisi gibi faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekir. Adaptör ile stoma arasında 2-3 mm’lik boşluk kalacak şekilde adaptörün cilde oturması sağlanır. Stoma cilt seviyesinde ya da retrakte ise ve ya cilt kıvrımları olduğunda sızdırmazlık sağlanamıyorsa konveks adaptör kullanılması önerilmektedir. Adaptörün yapışkanlığını artırmak yada sızıntıyı önlemek için stoma kemeri, bantlar gibi ek stoma ürünleri kullanılabileceği de belirtilmektedir (Kanıt Düzeyi C - Sınıf I)

(Beitz & Colwell, 2016; Goldberg ve ark., 2018). Bununla birlikte, literatürde sızıntının önlenmesine yardımcı olabilecek uygulamalar ve ürünler olduğu belirtilmiştir (Cronin, 2008; (Beitz & Colwell, 2014; Chandler, 2015; Colwell ve ark., 2017; Hoeflok ve ark., 2017; Liu, Chen, Luo, Liu, & Tang, 2017; Szewczyk, Majewska, Cabral, & Hölzel-Piontek, 2014);

- ✓ Cilt temizliği su ile yapılır, düzenli sabun ya da alkol içeren ürün kullanımından kaçınılır.
- ✓ Esnek (moldable) hidrokolloid adaptörler, nemi emerek cilt maserasyonunu en aza indirir ve cildi korur.
- ✓ Stoma pastaları sızdırmaz bir bariyer oluşturur.
- ✓ Konveks adaptörler, cilt kıvrımları ya da stoma yüksekliği cilt ile aynı seviyede olan kötü konumlandırılmış stomalarda sızıntıyı önler.

2.3.Stomal ve Peristomal Cilt Komplikasyonları

Stoma açılması bireylerin sağ kalım oranlarını artırmakta ancak stoma ile ilgili komplikasyonlar ostomi ile yaşamının olumsuz sonuçları olarak kabul edilmektedir (Pittman ve ark., 2008; Salvadalena, 2008). Stoma komplikasyonu ile ilgili literatür, stoma cerrahisi sonrası değişen oranda (%10-76) en az bir stoma komplikasyonu geliştiğini bildirmektedir (Arumugam ve ark., 2003; Cottam ve ark., 2007; Gray ve ark., 2013; Parmar ve ark., 2011; Ratliff ve ark., 2005; Salvadalena, 2008; Stelton, 2019; Richbourg, Thorpe & Rapp, 2007).

Komplikasyonlar erken ve geç dönem komplikasyonları olarak incelenebildiği gibi stomal ve peristomal cilt komplikasyonları olarak da sınıflandırılmaktadır (Karadağ & Korkut, 2010; Parmar ve ark., 2011; Persson ve ark., 2010; Ratliff, 2010; Ratliff ve ark., 2005; Salvadalena, 2013). Stomal komplikasyonları; parastomal herni nekroz, stenoz, prolapsus, mukokütanoz ayrılma, stomal fistül ve travma oluşturmaktadır. Peristomal cilt komplikasyonları ise, peristomal varisler, mantar enfeksiyonu, peristomal sütür granlomları, iritan kontakt dermatit, alerjik kontakt dermatit ve psödo-varikoz lezyonlardır (Tablo 2) (Beitz & Colwell, 2014, 2016). Yapılan geniş çaplı prospektif çalışmada (n=3.970), ameliyattan sonraki 3 hafta içinde 1.329 (%34) hastada bir yada daha fazla stomal ve peristomal cilt komplikasyonları geliştiği bildirilmektedir (Cottam ve ark., 2007). Persson ve ark. (2010) iki yıl izlem yaptıkları stomalı bireylerde en sık taburcu olduktan 2 hafta sonra bir yada daha fazla komplikasyon geliştiğini ve ileostomili bireylerde en sık cilt komplikasyonu oluştuğunu bildirmektedir (Persson ve ark., 2010). Türkiye’de yapılan retrospektif çalışmalarda da stomalı bireylerin yaklaşık olarak üçte birinde stomal ya da peristomal cilt komplikasyonları görüldüğü belirtilmektedir (Baykara ve ark., 2014; Koc ve ark., 2017). Ayrıca yapılan çalışmalar, yaş, cinsiyet, stoma bölgesinin işaretlenmesi, stomanın türü ve yüksekliği, cerrahi prosedür (acil/planlı), cerrahi teknik, stoma bölgesi, beden kitle endeksi ve altta yatan hastalık

gibi faktörlerin komplikasyon riskini artırdığına işaret etmektedir. Ancak çalışma sonuçlarının değişkenlik gösterdiği de dikkat çekmektedir (Carlsson ve ark., 2016; Cottam ve ark., 2007; Koc ve ark., 2017; Nybæk ve ark., 2009; Parmar ve ark., 2011; Salvadalena, 2013).

Stomal ve peristomal komplikasyonlar hem tıp hem de hemşirelik literatüründe sıklıkla tartışılan güncel bir konudur. Bununla birlikte, birçok araştırma, komplikasyonların nasıl yönetileceği veya uygun stoma ekipmanının nasıl seçileceğine dair derlemelerdir (Burch, 2011a, 2014, 2017a, 2017c; Goldberg ve ark., 2010; Gray ve ark., 2013; Prinz ve ark., 2015). Yapılan araştırmaların, çalışma tasarımlarının sıklıkla korelasyonel, stoma ve peristomal komplikasyonların insidanslarının belirlenmesine ve yaşam kalitesine ilişkin etkilerinin incelenmesine odaklanmaktadır (Iqbal ve ark., 2016; LeBlanc, Whiteley, McNichol, Salvadalena, & Gray, 2019; Nagano ve ark., 2019; Pittman ve ark., 2008; Salvadalena, 2013). Diğer çalışmalar ise, stoma ve peristomal komplikasyonların önlenmesi veya tedavisi için müdahalelerin etkinliğini belirlemeye yöneliktir (Lowry, McLister, McCreadie, & Davis, 2015; Rippon, Perrin, Darwood, & Ousey, 2017; Saad ve ark., 2014; Szewczyk ve ark., 2014; Weidmann, Al-Niaimi, & Lyon, 2014).

Pek çok komplikasyonun yönetiminde anahtar, komplikasyon gelişmesini önlemektir (Beitz & Colwell, 2014; Stelton ve ark., 2015). Stoma cerrahisinin tekniğinin iyi olması ve stoma ve yara bakım hemşiresi tarafından komplikasyonların akıllıca yönetimi, hastanın iyileşmesinde önemli faktörlerdir (Cottam ve ark., 2007).

Tablo 2.2. Stomal ve Peristomal Cilt Komplikasyon Tanımları

Peristomal cilt komplikasyonları (Beitz & Colwell 2014, 2016; Colwell & Beitz, 2007)

Peristomal Herni: Parastomal alanda abdominal fasyada defekt oluşması

Peristomal varisler: Stoma bölgesinde meydana gelen büyük portosistemik venöz kollateral kan damarları

Peristomal kandidiyaz: İltihap, enfeksiyon veya cilt hastalığına neden olan mantar organizmalarının (Candida) peristomal bölgeyi aşırı kaplaması

Peristomal folikülit: Staphylococcus aureus'un neden olduğu peristomal cildin kıl foliküllerinin iltihabı

Psödovarikoz lezyonlar: Peristomal bölgede kronik neme maruz kalma ve tahrişe bağlı siğil benzeri lezyonlar

Peristomal piyoderma gangrenozum: Stoma çevresinde meydana gelen etiyojisi bilinmeyen ülseratif cilt durumu

Peristomal sütür granülomları: Tutulan veya duyarlı sütür materyali alanlarında cilt / stoma tabanında meydana gelen aşırı granülasyon dokusu

Peristomal iritan kontakt dermatit: Cildin fekal veya idrar drenajına veya kimyasal preparatlara maruz kalmasından kaynaklanan hasar (Peristomal Nemle İlişkili Cilt Hasarı olarak da bilinir)

Peristomal alerjik kontakt dermatit: Kimyasal öğelere/unsurlara aşırı duyarlılıktan kaynaklanan inflamatuvar cilt yanıtı

Peristomal travma: Deri travmasına sekonder peristomal epidermis kaybı

Stomal komplikasyonlar

Stomal prolapsus: Stomadaki bağırsağın teleskopik görünümü

Stomal nekroz: Kan akışının azalmasına bağlı stoma dokusunun ölümü

Mukokütanöz ayrılma: Stomanın peristomal ciltten ayrılması

Stomal retraksiyon: Normal stoma çıkıntısının cilt seviyesine veya bu seviyenin altına gerilemesi

Stomal stenoz: Stoma dokusunun ciltte veya fasyal düzeyde daralması veya büzülmesine bağlı olarak stomal çıktının azalması

Stomal fistül: Stoma ve çevre doku arasında anormal bir bağlantı

Stomal travma: Sıklıkla basınç veya fiziksel kuvvetle ilişkili stoma mukozasında hasar

2.3.1. Peristomal Cilt Komplikasyonları

Son yıllarda cerrahi teknik ve stoma bakımı için sağlanan ilerlemelere rağmen peristomal komplikasyon prevalansı %10 ile %76 arasında değişmektedir (Ayık ve ark., 2020; Baykara ve ark., 2014; Carlsson ve ark., 2016; Cottam ve ark., 2007; Gray ve ark., 2013; Koc ve ark., 2017; Lindholm ve ark., 2013; Persson ve ark., 2010; Salvadalena, 2013; Sung ve ark., 2010; Ratlif, 2010). Peristomal cilt komplikasyonları en yaygın görülen stoma komplikasyonudur, genellikle stoma açıldıktan sonra ilk aylarda görülmektedir (Ayık ve ark., 2020; Colwell ve ark., 2017; LeBlanc ve ark., 2019; Parmar ve ark., 2011; Salvadalena, 2013; Shiraishi ve ark., 2019). Bu nedenle stoma ve yara bakım hemşirelerin peristomal ciltte olan değişikliklerin nedenini ve nasıl tedavi edileceğini bilmesi son derece önemlidir (Boyles & Hunt, 2016; O'Flynn, 2019). Peristomal ciltte meydana gelecek değişiklikleri anlamak için derinin anatomi ve fizyolojisinin bilinmesi gerekmektedir.

Deri vücudun en büyük organıdır ve homeostaziyi sağlayan çok önemli görevleri bulunmaktadır (Tortora & Derrickson, 2009). Derinin temel görevi; koruma ve birinci savunma hattı oluşturmak, dokunma ile duyu organı olarak görev almak, vücut ısını ayarlamak, salgılama yapmak ve artık maddeleri atmak, D vitamini üretmeye yardım etmek ve sıvı elektrolit dengesini sağlamaktır (Turkington & Dover, 2007; Tortora & Derrickson, 2009; Hampton & Stephen- Haynes, 2005). Deri, 4 ile 5.5 arasında bir pH aralığına sahiptir. Bu durum, cilt yüzeyini dış etkilere, hasar ve yaralanmalara, özellikle aşırı nem, bakteri ve sürtünme yüzeylerine karşı korur (Tortora ve Derrickson, 2009). Derinin aşırı asit ya da alkaliye maruz kalması, derinin pH'ını bozar ve cilt epidermal sıyrık, enfeksiyon ve yara gelişimine karşı savunmasız kalır (Bateman & Roberts, 2013).

Derinin epidermis, dermis ve subkutan doku olmak üzere üç tabakası vardır (Kanitakis, 2002). Epiderminin en dışta bulunan tabakası stratum korneumda bulunan seramid, hücrelerin sıvı kaybını önler ve mikroorganizmaların girişi için fiziksel bariyer oluşturur (Hill and Wertz, 2009). Ayrıca bariyer seçicidir ve merhem gibi ilaçların emilimini sağlar (Craven, Hirnle & Jensen, 2015). Bu bariyerin bakımı cildi korumak için gereklidir, çünkü kuruluk veya aşırı hidrasyon cildin bozulmasına yatkınlık sağlar ve yanlış adaptör/torba kullanımına bağlı sürtünme veya kesme kuvvetleri nedeniyle hasara daha duyarlı hale getirir (Hahler, 2006). Epiderminin en içte bulunan tabakası derinin en üstteki yüzeyinin sürekli dökülmesiyle ölü hücrelerin yerine yeni hücrelerin gelmesini sağlar.

Epidermis altında bulunan derminin en dış tabakası tabakası avasküler yapısı nedeniyle atıkların atılımını ve oksijenasyonu sağlar. Kollajen (dayanıklı fibroz protein tabakası), sinirler ve kan damarları orta dermal tabakayı oluşturur (Kanitakis, 2002). Dermis cildin

fiziksel özelliklerini ve yapısal bütünlüğünü onarır. Dermisin %70'ini oluşturan kollajen doku yara iyileşmesi için son derece önemlidir.

Hipodermis tabakası ise; dermisin altında bağ dokusunda oluşan destek gören tabakadır. Yağ hücrelerini kaplayan gevşek bağ doku dokusu, lenf, sinirler ve kan damarlarını içerir. Alt deri tabakalarını destekler (Craven, Hirnle & Jensen, 2015). Bir endokrin organ olarak kabul edilen deri altı yağ dokusu vücuda yalıtım sağlar ve enerji için bir depo görevi görür. Aynı zamanda altta yatan kemik ve kas dokusuna koruma ve bağlanma sağlar (James ve ark. 2006).

Bazı faktörler cilt hasarına katkıda bulunabilir. Cilt hasarına katkıda bulunan intrensik faktörleri epidermisin incilmesi, dermal matriks ve subkutan doku kaybı, yaşlanma, azalan vaskülerite, elastikiyet, nem dengesi ve diyabet, böbrek yetmezliği, hipertansiyon ve immünsüpresyon komorbiditeler oluşturmaktadır (Boyles & Hunt, 2016). Rudoni (2008) ve Cronin (2008) dış faktörleri şu şekilde tanımlamıştır:

- Kuru cilt
- Maserasyon ve adaptörün aşınması
- Kötü hijyen
- Adaptör ile stoma arasında 3 mm'den daha fazla boşluk olması
- Sızıntı
- Folikülit

Boyles ve Hunt (2016) ise, bazı etnik grupların cilt hasarına daha yatkın olduklarını bildirmektedir. Koyu tenli olan bireylerin açık tenli bireylere göre derilerinin daha sert olduğunu ve bu nedenle daha açık tenli bireylerin daha fazla risk altında olduğunu bildirmektedir. Hastaları değerlendirirken bu önemli bir faktördür.

Peristomal Cilt Komplikasyonları Nedenleri (Woo ve ark., 2009);

- Ostomi ürünlerinden kaynaklı mekanik travma ve cilt sıyrılması
- Enfeksiyon (bakteri ve mantar)
- Güçlü alkali, dışkı veya idrar gibi zararlı kimyasal ve tahriş edici maddeler
- Pyoderma gangrenosum, sedef hastalığı gibi cilt hastalıkları
- Cilt alerjenleri

Genel peristomal cilt komplikasyonlarının önlenmesinde hemşirelik bakım yönetimi olarak; preoperatif dönemde stoma ve yara bakım hemşiresi yada eğitilmiş stoma klinisyeni tarafından stoma açılacak bölge işaretlenmesi (Kanıt düzeyi B), peristomal cildin güvenilir peristomal ölçme araçları ile değerlendirilmesi (Kanıt düzeyi B) ve stoma ve yara bakım hemşiresi, klinisyenler, hasta ve hasta yakının yaygın peristomal ve stoma

komplikasyonlarının etiyolojisini bilmesi ve ayırt etmesi (Kanıt düzeyi B) önerilmektedir (Goldberg ve ark., 2018; Hendren ve ark., 2015; Stelton ve ark., 2015; World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014).

Genel peristomal cilt komplikasyonların tedavisi ile ilgili kanıt rehberlerinde hemşirelik uygulamaları yer almaktadır (Goldberg ve ark., 2010, 2018; Hendren ve ark., 2015; Stelton ve ark., 2015; World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014). Bu bağlamda, uygun bakım sağlayabilmek için komplikasyon oluşumunun altında yatan neden belirlenir ve komplikasyon yönetimi sağlanır. Peristomal cilt ve adaptörün arkasındaki yapışkan kısım incelenerek dışkı ya da idrar sızıntısı varlığı belirlenir ve sızıntının cildi etkileyip etkilemediği değerlendirilir. Peristomal cildin iyileşmesini sağlamak için adaptör değiştirme sıklığı belirlenir (Kanıt Düzeyi: C-Sınıf I) (Goldberg ve ark., 2018). Peristomal cilt komplikasyonu geliştiğinde stoma pudraları ve bariyer spreylere kullanılabilir. Hastaya, içerisinde sabun ve alkol içeren ürünlerle stoma ve cilt bakımı yapmaması konusunda bilgi verilir (Beitz & Colwell, 2016; O'Flynn, 2019).

Rehberlerde peristomal cildi korumak için hastaya uygun adaptör seçilmesi ve cilde dışkı sızıntısını önleyecek ostomi bariyerlerinin (adaptörlerin) kullanılması (Kanıt düzeyi B) da önerilmektedir (World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014). Peristomal cilt kıvrımı ya da stoma retraksiyonu olduğu durumlarda konveks adaptörler tercih edilmektedir (Colwell ve ark., 2017, 2011; Goldberg ve ark., 2018; Hoeflok ve ark., 2017; Karadağ, 2016). Konveks adaptörler cilde baskı oluşturması nedeniyle bazı özel durumlarda (Pyoderma gangrenosum, kaput medusa, mukokütanöz ayrılma, peristomal herni, prolapsus ve erken postoperatif dönem) dikkatli bir şekilde kullanılmalıdır (Colwell ve ark., 2017; Karadağ, 2016; Miller ve ark., 2017). Ayrıca literatürde hemşirelerin ürün seçimine yardımcı olacak araçlar da bulunmaktadır (Bare ve ark., 2017; Nagano ve ark., 2019; Richbourg, Fellows, & Arroyave, 2008).

2.3.1.1.Peristomal İrritan Kontakt Dermatit

Peristomal irritan kontakt dermatit, nemle ilişkili cilt komplikasyonları olarak da adlandırılmaktadır ve en yaygın görülen peristomal cilt komplikasyonudur (Colwell ve ark., 2017). Peristomal irritan kontakt dermatitin prevalansını ve insidans oranlarını belirlemek zordur (Colwell ve ark., 2011). Salvadalena (2013) prospektif olarak komplikasyonları incelediği çalışmada %61 oranında irritan kontakt dermatit geliştiğini bildirmektedir.

Peristomal irritan kontakt dermatitin etiyoloji ve patofizyolojisi kısmen anlaşılmamaktadır ve etiyolojisi çok faktörlüdür (Colwell ve ark., 2011; Gray ve ark., 2011). Temel neden, stomadan gelen drenajın (idrar ya da gaita) cilde sızması ve cildin uzun süre

nemli kalmasıdır (Gray ve ark., 2013; Karadağ, 2016). Ancak terleme, banyo, yüzme gibi suya maruziyet veya yara drenajı da komplikasyon oluşumuna katkıda bulunabilir (Colwell ve ark., 2011). Ayrıca yaş, oklüzyon, travma, adaptörün ciltte kalma süresi ve stomanın çapından daha geniş kesilmesi, kötü konumlandırılmış veya retrakte stoma gibi nedenler stomal drenajın peristomal cilde sızmasına katkıda bulunan faktörlerdir (Gray ve ark., 2011, 2013; Karadağ, 2016). Adaptörün altındaki terleme, hiperhidrasyona ve transepidermal su kaybına yol açarak cildi tıkadığından irritan dermatite katkıda bulunabilir. Cildin erozyonu, stomal drenajın miktarına, içeriğine ve bileşimine (örn. enzimler, bakteriler), cilt nem seviyelerine ve düzenli veya uzun süreli aşınmaya bağlıdır (Colwell ve ark., 2011; Gray ve ark., 2011, 2013). Sızıntının peristomal cilde temas etmesi, asidik olan cilt pH'ını alkali hale getirerek geçirgenliği artırır ve içeriğindeki enzimler ve irritanların etkisiyle inflamasyon sürecine neden olur, peristomal alanda kızarıklık gözlenir (Karadağ, 2016; Steinhagen ve ark., 2017). Epidermis kaybına bağlı olarak bölge nemlidir. İritasyon devam ederse, adaptörün ciltte kalış süresi kısalır ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenir (Nagano ve ark., 2019; Nybaek, Knudsen, Laursen, Karlsmark, & Jemec, 2010).

Peristomal irritan kontakt dermatit genellikle uygun stoma açılması ve stoma bakımı ile önlenir. Yeni bir stoma, açıldıktan sonra en az 6 hafta boyunca şekil ve boyut değiştirdiğinden, adaptörün stomanın boyutuna ve şekline uygun olmasını sağlamak için her değişimde tekrarlı ölçüm yapılması önerilir (O'Flynn, 2019; Stelton, 2019). Cilt kıvrımlarının yanı sıra prolapsus, retraksiyon gibi stoma komplikasyonları olan hastalar komplikasyon açısından risk altındadır ve dikkatli bir şekilde takip edilmesi gerekir (Chandler, 2015; Kwiatt & Kawata, 2013). Stoma ve yara bakım hemşiresine erişememe, komplikasyon gelişimi açısından diğer en önemli risktir. Stoma uyumu ile ilgili küçük sorunlar yaşam kalitesini ve bağımsızlıkta azalma, hastaneye geri yatma ve maliyeti artırmaya yol açabilir (Gray ve ark., 2013; Kwiatt & Kawata, 2013; Nagano ve ark., 2019; Nybaek ve ark., 2010; Taneja ve ark., 2017). Bu nedenle peristomal irritan dermatitin önlenmesinde hemşirelik bakımı anahtar unsurdur, stoma ve yara bakım hemşiresine önemli roller düşmektedir.

Peristomal irritan kontakt dermatitin değerlendirilmesinde hemşire inspeksiyon ile ilk olarak cilt rengi ve bütünlüğüne, daha sonra cilt tahrişi veya maserasyonunun yeri, şekli, boyutu ve dağılımına bakmalıdır. Stoma ve yara bakım hemşiresi hastaları kullanılan ürünler, sporsal faaliyetler (özellikle su sporları), beslenme, tıbbi durumdaki değişiklikler, ilaç değişikliği, dışkının özelliği ve hacmi, günlük torba değişim sıklığı ve uygulamayı nasıl yaptığı, adaptör değişim sıklığı ve ciltte kalma süresi yönünden değerlendirmelidir (Colwell ve ark., 2011; Gray ve ark., 2013). Ayrıca değerlendirme yapılırken, peristomal cilt

değişikliklerinin derecesini ve şiddetini uygun şekilde belirlemek için standart bir değerlendirme aracı kullanılmalıdır (Colwell ve ark., 2011; Goldberg ve ark., 2018; Stelton ve ark., 2015; World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014).

Hemşirelik bakımında, daha ciddi cilt problemlerini önlemek için erken tanı önemlidir. Tedavisinde peristomal cilt hasarının nedeni belirlenir, cilt hasarını ve sızıntıyı önleyebilecek adaptör/torba sistemi tercih edilir. Ürostomili bireylerde, idrar sızıntısını önlemek için geceleri ürostomi torbasını drenaj torbasına bağlaması tavsiye edilebilir. Peristomal ciltteki kızamık alanlara stoma pudrası ve bariyer sprey kullanılır. Siğil benzeri lezyonlar gümüş nitrat ile koterize edilerek lokal tedavi uygulanır. Etkilenilen alan sirke ve su ile temizlenir. Lezyonların malignite kaynaklı olup olmadığı değerlendirilir (Kanıt Düzeyi: C-Sınıf I) (Beitz & Colwell, 2016; Colwell ve ark., 2017; Goldberg ve ark., 2018; World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014). Peristomal ciltteki aşırı nem mantar enfeksiyonu ile sonuçlanabilir, dikkatli takip edilmelidir. (Colwell ve ark., 2011).

2.3.1.2.Peristomal Alerjik Kontakt Dermatit

Peristomal alerjik kontakt dermatit, peristomal cildin, adaptör veya adaptörü çevreleyen flaster, pasta, pudra gibi bakım ürünlerine verdiği alerjik yanıttır. Alerjik dermatitler nadir görülmektedir. Peristomal cilt üzerinde eritem, erezyon, kabarcıklar, kaşıntı ve ağrı oluşmaktadır. Alerjik dermatiti, irritan dermatitten ayıran en önemli fark peristomal alandaki erezyon ve kızarıklığın ürünün yapıştırıldığı alanla sınırlı olmasıdır (Agarwal & Ehrlich, 2010; Cressey ve ark., 2017; Karadağ, 2016; Nybaek & Jemec, 2010).

Alerjik dermatitin tanısında, şüphelenilen ürünün az bir kısmı 2 ila 7 gün boyunca hastanın cildinin farklı bir bölgesine yerleştirilir ve bölge alerjik reaksiyon yönünden incelenir. Alerjik reaksiyon gelişmezse, alerji testi yapılabilir (Cressey ve ark., 2017; Steinhagen ve ark., 2017). Alerjik kontakt dermatitin yönetiminde alerjiye neden olan ürünlerin kullanımı sonlandırılır ve yeni ürünler ile değiştirilir (Beitz & Colwell, 2014, 2016). Semptomları azaltmak için, lokal antihistaminik, steroid içerikli spreyler kullanılabilir ve hasta dermatoloji uzmanına yönlendirilir (Nybaek & Jemec, 2010; O'Flynn, 2019; Rippon ve ark., 2017). İnflamasyonu azaltmak için bir çalışmada, stoma ve yara bakım hemşireleri alüminyum asetat astrenjan solüsyon kullanımını önermektedir (Beitz & Colwell, 2016). Adaptörün yapışmasını önleyen krem ve merhemler kullanılmamalıdır. Gerekli durumlarda adaptör/torba sistemlerinin değişim sıklığı gözden geçirilir ve cilt iyileşinceye kadar adaptör/torba sistemlerinin daha sık değiştirilmesi gerekebilir (Kanıt Düzeyi: C - Sınıf I) (Goldberg ve ark., 2018).

2.3.1.3.Peristomal Travma

Adaptörlerin peristomal cilde tekrar tekrar uygulanması epidermisin travmasına ya da soyulmasına neden olmaktadır (Stelton, 2019; Stelton ve ark., 2015). Epidermis soyulması cildin bariyer özelliğini azaltmaktadır ve idrar veya dışkı maruziyeti enfeksiyon oluşumuna yol açmaktadır. Ayrıca epidermisteki hasar ağrı oluşumuna yol açmaktadır (White, 2014). Peristomal ciltte meydana gelen soyulmalar, adaptörün yapışmasını önleyebilmektedir ve semptomlar şiddetlenebilmektedir (Alvey & Beck, 2008; Rippon ve ark., 2017).

Peristomal travmanın yönetiminde yaralanmanın nedeni belirlenir. Daha fazla yaralanmayı önlemek için adaptörün nasıl çıkarıldığı belirlenir ve uygun ürün kullanımı teşvik edilir. Etkilenen alanlarda stoma pudrası veya emici yara bakım örtüsü kullanılır. Bantlar cilt hasarına katkıda bulunuyorsa, kenarı bant olmayan adaptör kullanılır. Adaptör değiştirilirken yapışkan sökücü sprej kullanılır. Bozulmamış ancak hassas olan cildi korumak amacıyla bariyer filmler kullanılabilir (Kanıt Düzeyi: C - Sınıf I) (Beitz & Colwell, 2016; Goldberg ve ark., 2018; Stelton ve ark., 2015).

Peristomal travmanın diğer bir nedeni konveks adaptör veya stoma kemeri kullanılmasına bağlı olarak basınç yarası gelişmesidir (Burch & Sica, 2008). Basınç yarası genellikle parastomal herni ile ilişkilendirilir. Adaptörün sert kısımları, herni gelişen bölgelerde tam veya kısmi kalınlıkta basınç yarası gelişmesine neden olabilir (Steinhagen ve ark., 2017; World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014). Yeterli bir sızdırmazlık sağlamak için konveks bir adaptör gerekiyorsa, yumuşak veya esnek bir adaptör kullanılması tercih edilmelidir (Colwell ve ark., 2017; Liu ve ark., 2017; Steinhagen ve ark., 2017; Szweczyk ve ark., 2014).

Basınç yarasının neden olduğu peristomal travmanın hemşirelik yönetiminde basıncın kaynağı belirlenir, hemşire tarafından yara bakımı sağlanır ve alternatif adaptör/torba sistemi kullanılır. Yara iyileşmesinde aşırı nemi azaltmak için stoma pudrası, aljinat ve poliüretan köpük gibi emici yara bakımı ürünleri kullanılır. Adaptörün altında nemi azaltmak için yara iyileşene kadar torba sisteminin daha sık değiştirmesi sağlanır (Kanıt Düzeyi: C - Sınıf I) (Goldberg ve ark., 2018; Steinhagen ve ark., 2017).

2.3.1.4.Psödovarikoz Lezyonlar

Psödovarikoz lezyonlar peristomal cildin aşırı nemli olmasına ya da kronik irritasyona bağlı oluşabilen siğil benzeri lezyonlardır. Literatürde hiperplazi, granülom, overgranülasyon olarak da adlandırılabilir (Karadağ, 2016; Stelton, 2019). Erken ve geç dönemde görülebilmekte, insidansı %6.3-16.7 arasında değişmektedir (Ayık ve ark., 2020; Carlsson ve ark., 2016; Lindholm ve ark., 2013; Persson ve ark., 2010; Sung ve ark., 2010). Genellikle

alkali idrar nedeniyle ürostomi hastalarında gelişme olasılığı daha yüksektir, ancak fekal ostomili bireylerde de görülmektedir (Carlsson ve ark., 2016; Colwell ve ark., 2011; Lindholm ve ark., 2013). Psödovarikoz lezyonlar grimsi beyaz veya kırmızımsı kahverengi renklerde hipertrofik, siğil benzeri lezyonlardan oluşmaktadır. Hastalar genellikle ağrı, kaşıntı ve kanama tarif etmektedir (Steinhagen ve ark., 2017; Stelton, 2019).

Psödovarikoz lezyonların yönetiminde, stomanın çapına uygun bir şekilde adaptör açıklığı sağlanır. Gerekli durumlarda, aşırı granülom bölgelerine gümüş nitrat uygulanır. Adaptör uygulanmadan önce nemi azaltmak için etkilenen bölgeye stoma pudrası uygulanır (Kanıt Düzeyi: C - Sınıf II) (Burch, 2014; Goldberg ve ark., 2018). Bununla birlikte idrarın asitleştirilmesi ve lezyonların sirkeyle temizlenmesi önerilmektedir. Cilt bariyer spreyleri ve pasta kullanılması veya esnek (moldable) adaptör tercih edilmesi önerilmektedir (Liu ve ark., 2017; Szewczyk ve ark., 2014). Ayrıca adaptörlerin haftada üç defa değiştirilmesi önerilmektedir (Beitz & Colwell, 2016; Colwell ve ark., 2011). Lezyonlara kortikosteroid uygulanabilir ve ciddi lezyonlar cerrahi eksizyon gerektirebilir (Burch, 2014).

2.3.1.5. Peristomal Varisler (Caput Medusa)

Portal hipertansiyon, peristomal cildin sistemik venöz dolaşımı ve stomanın portal dolaşımı arasında portosistemik kollateralizasyonu ile peristomal varis oluşumunda rol oynar. Bu durum, kılcak kan damarlarının stoma çevresinde halka görünümünde yapı oluşturmasıyla caput medusa oluşumuna neden olabilir (Pennick & Artioukh, 2013; Stelton, 2019). Peristomal varisler %3-5 oranında nadir görülen bir komplikasyondur (Pennick & Artioukh, 2013), ancak kanama olduğunda bakım ve tedavi zorlaşmaktadır (Krishnamurty, Blatnik, & Mutch, 2017). Peristomal varisleri önlemenin en iyi yöntemi, portal hipertansif hastalarda stoma oluşturmaktan kaçınmaktır. Eşlik eden primer sklerozan kolanjitli inflamatuvar bağırsak hastalığı, stoma varislerinin ortaya çıktığı en yaygın durumdur (Pennick & Artioukh, 2013). Stomal varise bağlı kanamalar mukütanöz hatta veya peristomal ciltte odak noktalarından ortaya çıkabilir. Bu durum, sütür ligatürü, kompresyon veya koagülasyon ile geçici olarak tedavi edilebilir (Krishnamurty ve ark., 2017).

Akut kanama durumunda doğrudan basınç uygulanır, ağır vakalarda ise koter veya jel köpük kullanılabilir. Stomalı bireylerde kanamayı önlemek için adaptörler ciltten ayrılırken yapışkan sökücü kullanılır. Kanamaya ve yaralanmaya neden olabilecek sert ostomi ürünleri kullanımından kaçınılır. Ayrıca adaptör değişim sıklığının azaltılması ve peristomal alanın nazikçe temizlenmesi önerilir. Varislerin etiyolojisini ve olası tedaviyi belirlemek için ekip çalışması sağlanır (Kanıt Düzeyi: C - Sınıf I) (Beitz & Colwell, 2016; Goldberg ve ark., 2018; Stelton, 2019).

2.3.1.6. Peristomal Folikülit

Peristomal folikülit, yüzeysel kıl foliküllerinin enfeksiyonudur. Başlıca nedenleri; adaptörün ciltten sert ve dikkatsiz çıkartılarak cilt bütünlüğünün bozulması ve gram pozitif bakterilerin (*Staphylococcus aureus*) enfeksiyonuna neden olmasıdır (Karadağ, 2016; Morales-Mendoza ve ark., 2014; Steinhagen ve ark., 2017; Stelton, 2019). Folikülit, kıl foliküllerinde kızarıklık, kaşıntı, toplu iğne başı büyüklüğünde papül veya püstül şeklinde tek tek veya küme halinde lezyonlar ile karakterize şekilde görülmektedir (Karadağ, 2016; Morales-Mendoza ve ark., 2014).

Folikülitin önlenmesinde ve tedavisinde; peristomal alandaki kılların elektrikli traş makinesi veya makasla temizlenmesi, torba/adaptör sisteminin ciltten uygun bir şekilde çıkartılması önerilmektedir. Adaptörün ciltten ayrılmasını kolaylaştırmak için yapışkan çözücü spreylere kullanılabilir ya da su ile adaptör çevresi ıslatılabilir. Peristomal alan antibakteriyel sabun kullanılarak temizlenebilir ve aşırı kullanımından kaçınılmalıdır (Beitz & Colwell, 2016; O'Flynn, 2019; Steinhagen ve ark., 2017; Stelton ve ark., 2015). Ciddi durumlarda topikal antibiyotik pudra kullanılır. Tıraş sıklığı azaltılır veya makas kullanılır. Kalıcı stoması olan bireylerde sürekli folikülit ile karşılaşılıyorsa kalıcı epilasyon yöntemleri düşünülebilir. Stomalı bireylere komplikasyon yönetimi konusunda eğitim verilir (Kanıt Düzeyi: C - Sınıf II) (Goldberg ve ark., 2018). Çok fazla lezyonun varlığında, dermatoloji konsültasyonu ile iyonik gümüş içeren antibakteriyel pudra ve losyonların kullanılması değerlendirilir (Kwiatt & Kawata, 2013; Steinhagen ve ark., 2017).

2.3.1.7. Peristomal kandidiyaz (Mantar Enfeksiyonu)

Temel nedeni *Candida* ve türleri olan mantar enfeksiyonunda sadece stratum corneum etkilenmektedir. Peristomal cildin ıslak nemli ve karanlık bir ortam olması ve cilt florasının bozulması mantar oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Ayrıca; stomalı bireyin kullandığı ilaçlar (antibiyotikler, immunosupratifler), diyabetes mellitus, anemi ve obezite mantar oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Mantar enfeksiyonunda peristomal alanda kıl foliküllerinin dışında uydu görünümünde papül şeklinde lezyonlar, ilerleyen dönemlerde plaklar, kaşıntı ve yanma görülmektedir (Karadağ, 2016; Stelton, 2019).

Mantar enfeksiyonunun önlenmesinde; peristomal alanın kuru tutulması, sızıntıların önlenmesi önerilmektedir. Peristomal cildi kurutmak için literatürde soğuk ayarlı bir saç kurutma makinesinin kullanılmasını öneren çalışmalarda yer almaktadır (Beitz & Colwell, 2016; Colwell ve ark., 2011). Tedavisinde ise krem olmayan topikal antifungal pudralar kullanılabilir ve daha sonraki aşamalarda sistemik antifungal ilaçlar kullanılabilir. Etkilenen alandaki nem elimine edilir ve adaptörün altı nemliyse adaptörü değiştirmesi konusunda

bilgilendirilir (Kanıt Düzeyi: C-Sınıf I) (Goldberg ve ark., 2018; Stelton, 2019). Alkolsüz sıvı cilt bariyeri ile antifungal veya gümüş pudra kullanılabilir. Nemi azaltmak için gümüş emdirilmiş bir yara bakım örtüsü kullanılabilir (Beitz & Colwell, 2016; Colwell ve ark., 2011).

2.3.1.8.Peristomal Pyoderma Gangrenozum

Pyoderma gangrenozum, inflamatuvar bağırsak hastalığı, artrit, multipl miyelom ve malignite ile ilişkili olduğu düşünülen ülseratif bir cilt bozukluğudur. Pyoderma gangrenozumlu bireylerin yaklaşık %2-30'unda inflamatuvar bağırsak hastalığı da bulunmaktadır (Hadi & Lebwohl, 2011; Kwiatt & Kawata, 2013; Uchino ve ark., 2012). Deri lezyonları küçük püstüller olarak başlar ve nekrotik kenarları olan büyük yüzeysel ülserlere ilerler. Bu ülserler son derece ağrılı olabilir ve bazen yönetimi hastaneye yatışı gerektirebilir (Kwiatt & Kawata, 2013).

Peristomal pyoderma gangrenozum insidansı stoma hastalarında %0.6, Crohn hastalığı ve stoma hastalarında %3.8 olarak bildirilmiştir; bununla birlikte, gerçek insidans tam olarak bilinmemektedir. Risk faktörleri arasında Crohn, inflamatuvar bağırsak hastalığı, kadın cinsiyeti, otoimmün bozukluklar, lokalize peristomal travma ve obezite bulunmaktadır (Kwiatt & Kawata, 2013; Wu ve ark., 2013).

Peristomal piyoderma gangrenozumun etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir (Krishnamurty ve ark., 2017), ancak sızıntı veya tahriş gibi travmanın rol oynadığı öne sürülmüştür (Colwell ve ark., 2011). Peristomal pyoderma gangrenozumun tedavisinde topikal ve sistemik steroidler kullanılmaktadır (Krishnamurty ve ark., 2017; O'Flynn, 2019). Kanıt rehberleri, ülser ağrı yönetiminin sağlanmasını, sekonder bir enfeksiyon yönünden değerlendirilmesini ve altta yatan nedene yönelik tedavi edilmesini önermektedir. Adaptörün yapışmasını sağlamak için aşırı nem azaltılır ve adaptör değişim sıklığı belirlenir. Ülserli alanlara aljinat veya jel şeklinde yara bakım örtüsü uygulanır. Hafif seyreden pyoderma gangrenozum vakalarında takrolimus ile topikal tedavinin iyileşmeyi sağlayabileceği düşünülmektedir (Kanıt Düzeyi: C-Sınıf II) (Goldberg ve ark., 2018). Topikal takrolimus üzerine metilen mavisi/gentian köpük ya da hidrofiber kullanımının etkili olduğunu savunan stoma ve yara bakım hemşireleri de bulunmaktadır. Bazı stoma ve yara bakım hemşireleri ise ağrı yönetimi için leptospermum ballı köpük önermektedir (Beitz & Colwell, 2016). Topikal tedaviye yanıt alınmayan daha şiddetli pyoderma gangrenozum olan bireyler için sistemik tedavi ihtiyacı belirlenir. Bu durumda, oral prednizon, dapson ve minosiklin kullanımı, siklosporin, 6-merkaptopürin, siklofosfamid kullanılabileceği bildirilmektedir (Kanıt Düzeyi:

C -Sınıf II). Ayrıca infliximab gibi anti-tümör nekroz faktörü (anti-TNF) ajanlarını kullanımı da önerilmektedir (Kanıt Düzeyi: B - Sınıf I) (Goldberg ve ark., 2018).

2.3.2. Stomal Komplikasyonlar

2.3.2.1. Parastomal Herni

Parastomal herni, stoma açılmasına bağlı olarak oluşan insizyonel hernidir (Beitz & Colwell, 2014, 2016). Parastomal herni insidansı, %5.8-40.0 değişen oranlarda görülmektedir ve takip süresine, stoma tipine (end ileostomiler için %1.8-28.3 ve loop ileostomiler için %0-6.2 ve end kolostomiler için % 4.0-48.0 ve loop kolostomi için %0-30.8) ve hasta özelliklerine bağlı olarak büyük oranda değişmektedir. (Akgün & Yoldaş, 2012; Ayık ve ark., 2020; Carlsson ve ark., 2016; Krishnamurty ve ark., 2017; Kwiatt & Kawata, 2013; Lindholm ve ark., 2013; Murken & Bleier, 2019; Nastro ve ark., 2010; Persson ve ark., 2010; Sung ve ark., 2010).

Herni görünümü psikososyal stres ve utanç kaynağı olması nedeniyle stomalı bireylerin yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilir (Association of Stoma Care Nurses, 2016; Krishnamurty ve ark., 2017; Murken & Bleier, 2019). Bu nedenle hastaların yaşam kalitesinin düzenli takip edilmesi önemlidir. Önlenmesinde hastalara rektus kaslarını kuvvetlendirecek egzersizler önerilebilir. Post-operatif dönemde hastaların 3-5 kg'dan ağır kaldırmaması önerilir. Tüm hastalara yüksek belli ve likralı iç çamaşırları tavsiye edilebilir. Risk grubunda olan kişilerin destekleyici ürün kullanması teşvik edilir (Association of Stoma Care Nurses, 2016; World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014).

Parastomal herni hemşirelik yönetiminde, kanıt rehberleri sıklıkla esnek malzemeden oluşan adaptör kullanımı, korse ve cerrahi onarım önermektedir (Goldberg ve ark., 2018; World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014). Parastomal hernili birey yaşlı ve komplikasyon gelişme riski yüksek ise erken bir aşamada onarılması daha iyi olabilir (Kanıt Düzeyi: C - Sınıf I) (Goldberg ve ark., 2018; Szewczyk ve ark., 2014). Diğer durumlarda yeniden herni oluşması riski yüksek olduğu için cerrahi onarım son çare olarak önerilmektedir. Hernili bireylerde kolostomi irigasyonu yerine laksatif kullanılması tavsiye edilmektedir (Beitz & Colwell, 2016). Stomalı bireyler, stomanın renginde koyulaşma, aralıksız ağrı, gaz, dışkı veya idrar çıkışı olmaması, distansiyon, bulantı-kusma ve iştahsızlık olduğunda acile başvurması konusunda bilgilendirilir. Bağırsak sıkıştığında ya da stomada renk değişikliği olduğunda acil müdahale için cerrahiye sevk edilir (Kanıt Düzeyi: C - Sınıf I) (Goldberg ve ark., 2018; Stelton, 2019; World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014).

2.3.2.2. Stomal Prolapsus

Prolapsus, bağırsağın normal görünümünden (stoma yüksekliği: ileostomi 20 mm, kolostomi: 10 mm) daha fazla cildin dışına çıkması ve sarkmasıdır. Stoma prolapsusu genellikle geç dönem komplikasyondur ve insidansı %1 ile 25 arasında değişmektedir (Ayık ve ark., 2020; Carlsson ve ark., 2016; Kwiatt & Kawata, 2013; Lindholm ve ark., 2013; Murken & Bleier, 2019). Hem loop hem de end stomalarda görülmekle birlikte loop transver kolostomilerde (%7–26) end kolostomilere (%2–3) ve ileostomilere (%1–3) göre daha yüksek oranda görülmektedir (Arumugam ve ark., 2003; Murken & Bleier, 2019; Sung ve ark., 2010) ve loop stomaların distal ucu daha çok sarmaktadır (Krishnamurty ve ark., 2017; Kwiatt & Kawata, 2013).

Hemşirelik yönetiminde ise; prolapsuslu bireylerde, stomanın çalışma durumu, kusma ve stoma bölgesinde karın ağrısı gibi semptomlar değerlendirilir. Stoma üzerinde iskemi, ülserasyon belirtileri değerlendirilir. (Association of Stoma Care Nurses, 2016; World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014). Stomalı birey veya yakını, prolapsusu azaltma teknikleri ve stomanın sarkan kısmındaki renk değişiklikleri yönünden değerlendirmesi konusunda bilgilendirilir. Stomanın rengi koyulaştığında veya iskemik olduğunda acile başvurmaları gerektiği hakkında bilgilendirilir. Stomaya kan akışı olmadığında acil cerrahi için hasta yönlendirilir (Kanıt Düzeyi: C - Sınıf I) (Goldberg ve ark., 2018). Prolapsusu azaltmaya yardımcı olmak için, stomalı bireylerin en az 10 dakika boyunca sırt üstü uzanması ve hafif basınçla birlikte serin kompres uygulanması tavsiye edilmektedir (Beitz & Colwell, 2016).

Prolapsusun hemşirelik bakımında, travmayı önlemek için stomaya uygun boyutta torba/adaptör sistemlerinin seçilmesi (Kanıt Düzeyi: C - Sınıf I) ve torbayı kayganlaştırıcı ürünler kullanılması önerilmektedir (Goldberg ve ark., 2018; Murken & Bleier, 2019). Adaptörün esnekliğini arttırmak için esnek (moldable) teknoloji ve oluşabilecek kesikleri önlemek amacıyla ring pasta kullanılması önerilmektedir (Beitz & Colwell, 2014, 2016; World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014). Adaptör ile cilt arasında 5 mm'lik boşluk bırakılır ve cilt problemlerini önlemek amacıyla bariyer spre ve pasta uygulanması önerilir. Stomalı bireylerin, stomanın büyüklüğünden korkma, torbayı uygulamada zorluk yaşama ve giysilerinin altında stomanın daha belirgin olması durumunda desteklenmeleri gerekmektedir (Association of Stoma Care Nurses, 2016).

2.3.2.3. Mukokütanoz Ayrılma

Mukokütanoz ayrılma, stomalı bireylerde erken dönem komplikasyonlardan biridir ve insidansı literatürde %3.7–24 arasında bildirilmektedir (Ayık ve ark., 2020; Cottam ve ark.,

2007; Kwiatt & Kawata, 2013; Lindholm ve ark., 2013; Park ve ark., 1999; Parmar ve ark., 2011; Persson ve ark., 2010; Sung ve ark., 2010). Cottam ve ark. (2007) da ostomi ameliyatından sonraki üç hafta içinde, Lindholm ve ark. (2013) acil cerrahi olan stomalı bireylerde ilk iki hafta içerisinde mukokütanoz ayrılma geliştiğini bildirmektedir (Cottam ve ark., 2007; Lindholm ve ark., 2013). Mukokütanoz ayrılma, ameliyat sonrası erken dönemde yara oluşmasına ve adaptörden sızıntı olmasına neden olabilir. Bu durum, adaptör değişimini zorlaştırabilir ve stomalı bireylerin stomaya uyumunu azaltabilir (Steinhagen ve ark., 2017).

Hemşirelik bakımında, ayrılma alanları normal salin ile yıkanır (Steinhagen ve ark., 2017; World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014). Yüzeysel ayrılmalarda pudra kullanımı önerilirken, ayrılma derinleştikçe gümüş aljinat ve hidrojel gibi yara örtüleri ile doldurulması önerilmektedir (Goldberg ve ark., 2018; World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014). Enfeksiyon riski varsa sistemik tedaviye ek olarak antimikrobiyal bir pansuman kullanması önerilmektedir. Enfeksiyon meydana geldiğinde uygun sistematik antibiyotik tedavisi uygulanır (Kanıt Düzeyi: C-Sınıf II) (Beitz & Colwell, 2016; de Miguel Velasco, Jiménez Escovar, & Parajó Calvo, 2014; Goldberg ve ark., 2018; Murken & Bleier, 2019). Torba adaptör sisteminin sürekli değiştirilmesi peristomal cilde zarar verebilir (Beitz & Colwell, 2016). Erken teşhis ve yara bakımı çok önemlidir. Daha büyük veya çevresel ayrılma, retraksiyon veya stenoz gibi daha uzun süreli komplikasyonları önlemek için cerrahi revizyon gerektirebilir (Murken & Bleier, 2019).

2.3.2.4. Stomal Nekroz

Yeni açılan stomalarda vasküler bozukluk, stomanın yüzeysel kısmına lokalize olabilir veya fasya seviyesinin altına kadar uzanabilir ve post-operatif erken dönemde nekroz oluşumuna yol açabilir. Kısmi veya yüzeysel nekroz %2-20 oranında daha sık görülmekle birlikte tam/derin nekroz %0.37-3 arasında görülmektedir (Cottam ve ark., 2007; Kwiatt & Kawata, 2013; Lindholm ve ark., 2013; Nastro ve ark., 2010; Park ve ark., 1999; Parmar ve ark., 2011; Persson ve ark., 2010). Nekrozun başlıca nedenleri; acil cerrahi, bağırsağın yetersiz mobilizasyonu, bağırsağa yetersiz arteriyel kan akışı veya bağırsağın venöz drenajına neden olan aşırı mezenterik rezeksiyon ve fasyal açıklığın yetersiz olmasıdır. Obezite başlıca risk faktörüdür ve loop stomalarda daha az görülmektedir (Krishnamurty ve ark., 2017; Murken & Bleier, 2019; World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014).

Stomal nekroz hemşirelik yönetiminde, obez bireylerde, mezenterin cerrahi diseksiyon derecesini azaltabilen ve stomada vasküler bozulmayı en aza indirebilecek üst abdominal kadrana bölge işaretlemesi yapılması önerilmektedir (Kanıt Düzeyi: C-Sınıf II) (Goldberg ve ark., 2018). Stomada meydana gelecek değişiklikleri incelemek amacıyla ameliyattan sonraki

ilk dönemde şeffaf torba kullanılır ve post-operatif 72 saat boyunca her 8 saatte bir stoma değerlendirilir (World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014). İskemi ve nekroz seviyesine göre bakım yönetimi sağlanır. Nekroz yüzeysel ise stoma izlenir ve zamanla üst doku tabakasındaki nekroz dokusu azalarak kırmızı canlı bir stoma ortaya çıkabilir. İskemi ve nekroz daha derin ise nekrotik ostomi dokusunun debridmanının gerekli olup olmadığını belirler. Nekroz fasyal dokunun altındaysa, stomalı birey acil cerrahi revizyon için yönlendirilir (Kanıt Düzeyi: C-Sınıf II) (Goldberg ve ark., 2018).

2.3.2.5. Retraksiyon

Retraksiyon genellikle stoma açıldıktan sonraki 6 hafta içinde gelişmektedir ve cilt yüzeyinin altında sonlanan stoma olarak tanımlanmaktadır. Retraksiyon görülme oranı %1-40.1 arasında değişmektedir (Ayık ve ark., 2020; Carlsson ve ark., 2016; Cottam ve ark., 2007; Cronin, 2013; Krishnamurty ve ark., 2017; Sung ve ark., 2010) ve postoperatif erken dönemde görülmektedir (Cottam ve ark., 2007; Krishnamurty ve ark., 2017; Kwiatt & Kawata, 2013; Murken & Bleier, 2019; Parmar ve ark., 2011). Retraksiyon genellikle peristomal iritan dermatit, mukokutanöz ayrılma ve peristomal apse gibi ek komplikasyonlarla ilişkilidir (Kwiatt & Kawata, 2013; Stelton, 2019). Retrakte stoma, sızıntıya daha yatkındır ve dışkının cilde sızıntısı peristomal iritan dermatite neden olur. Yeni açılan stomalarda erken dönemde gelişen akut retraksiyon, mukokutanöz hattın ciltten ayrılmasına neden olabilir. Loop stomalarda, retraksiyon geliştiğinde dışkı akışının yönü değişebileceği için daha fazla sorun teşkil edebilir (Kwiatt & Kawata, 2013).

Hemşirelik bakımında, stoma retrakte veya cilt ile aynı hizada olduğunda stomanın yüksekliğini cilt seviyesinin üzerine artırmak için konveks adaptör kullanılması önerilmektedir (Kanıt Düzeyi: C-Sınıf II) (Beitz & Colwell, 2016; Colwell ve ark., 2017; Goldberg ve ark., 2018; Hoeflok ve ark., 2017; Martin & Vogel, 2012; World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014). Bunun yanı sıra konveks adaptörler yeterli olmadığı durumlarda, stoma kemeri ile desteklenmesi önerilmektedir (Beitz & Colwell, 2016; Cottam ve ark., 2007; Hoeflok ve ark., 2017; Krishnamurty ve ark., 2017). Ancak konveks ürünlerin riskleri göz önünde bulundurulmalıdır (Goldberg ve ark., 2018; Hoeflok ve ark., 2017). Bu durumlarda esnek torba adaptör sistemleri de kullanılabilir (Beitz & Colwell, 2016). Adaptör/torba sisteminin yeteri kadar ciltte kalış süresi sağlanamazsa ve komplikasyonlar devam ederse stomayı revize etmek için cerrahi müdahale sağlanır (Kanıt Düzeyi: C-Sınıf II) (Goldberg ve ark., 2018).

2.3.2.6. Stomal Stenoz

Stenoz, stomadan dışkı akışını engelleyen, cilt veya fasiyal düzeyde meydana gelen stoma açıklığının daralmasıdır (Beitz & Colwell, 2014). Stomal stenoz, %1.4-15 oranında görülür ve sıklıkla end kolostomili bireylerde görülür (Carlsson ve ark., 2016; Lindholm ve ark., 2013; Murken & Bleier, 2019; Persson ve ark., 2010; Sung ve ark., 2010). Stomal stenoz erken ya da geç dönemde görülebilir. Ameliyattan hemen sonraki dönemde stenoz genellikle cerrahi tekniğe bağlı veya bağırsak ödemeine sekonder olarak ortaya çıkar. Geç dönemdeki stenoz, iskemi, peristomal apse, Crohn hastalığı ve malignite gibi çeşitli nedenlerden kaynaklanabilir. Mukokütanoz ayrılma ve retraksiyon durumlarında, sekonder yara iyileşmesi ve kontraktür oluşması da stenoza neden olabilir (Krishnamurty ve ark., 2017; Murken & Bleier, 2019; Stelton, 2019; World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014).

Stomal stenozun hemşirelik yönetiminde; yüksek lifli besinlerin tüketimi, bol sıvı alımı, opioid analjezik kullanımında dışkı yumuşatıcı ajanların verilmesi, eğitimli sağlık personeli tarafından nazıkçe stomanın dilatasyonu ve cerrahi revizyon önerilmesi yer almaktadır. Stoma dilatasyonu, boşaltıma yardımcı olmak için sadece geçici olarak yapılır. Kanıt eksikliğinden dolayı, dilatasyon uzun süreli bir uygulama olarak önerilmez.—Stomal birey, dışkı çıkışı yoksa acile başvurması hakkında bilgilendirilir (Association of Stoma Care Nurses, 2016; Beitz & Colwell, 2016; Goldberg ve ark., 2018; Murken & Bleier, 2019; Stelton, 2019). Hemşire peristomal cildi değerlendirir, hasta ile iş birliği kurar ve komplikasyon riskini en aza indirir. Hastanın ürostomisi varsa idrar çıkışı izlenir ve gerektiği durumlarda böbrek fonksiyon durumları değerlendirilir (Association of Stoma Care Nurses, 2016).

2.3.2.7. Stomal Fistül

Stoma ve çevre doku arasında anormal bir bağlantı oluşumudur (Beitz & Colwell, 2014, 2016). Nadir görülen bir komplikasyondur (Ayık, Özden & Cenan 2020).

Fistül oluşumuna neden olabilecek altta yatan medikal durumlar (malignite, crohn hastalığı) değerlendirilir. Hemşirelik bakımında peristomal cildi koruyacak uygun torba/adaptör sistemleri kullanımı sağlanır (Kanıt Düzeyi: C - Sınıf I) (Goldberg ve ark., 2018). Stomayı ve fistülü içine alacak konveks adaptör, stoma ve fistül içeriğinin ayrılması gerektiği durumlarda ise pediatrik torba adaptör sistemlerinin kullanılması önerilmektedir (Beitz & Colwell, 2016). Eğer stomal fistül adaptör/torba sisteminde değişiklikler yapılarak yönetilemiyorsa stomanın yerini değiştirmek için cerrahi revizyon düşünülür (Kanıt Düzeyi: C - Sınıf I) (Goldberg ve ark., 2018).

2.3.2.8. Yüksek Volümlü Stoma ve Sıvı Elektrolit Dengesizlikleri

Yüksek volümlü dışkı ileostomili bireylerde günlük dışkı miktarının 1500 ml'den fazla olması olarak tanımlanmaktadır (Association of Stoma Care Nurses, 2016). Risk faktörleri arasında ileri yaş, ileostomi, diyabet ve proktokolektomi bildirilmektedir (Fish ve ark., 2017; Takeda, Takahashi, Haraguchi, Miyoshi, & Hata, 2019). Yüksek volüm çıkışından kaynaklanan dehidratasyon, postoperatif erken dönemde hastaneye tekrar yatışların en sık nedenidir ve %16-42 oranında görülmektedir (Fish ve ark., 2017; Justiniano ve ark., 2018; Kwiatt & Kawata, 2013; Messaris ve ark., 2012; Murken & Bleier, 2019; Steinhagen ve ark., 2017). Yapılan çalışmalar ileostomili bireylerde dehidratasyon oluşumuna neden olan yüksek volümlü stomanın en sık post-operatif 3-8 günleri arasında görüldüğünü vurgulamaktadır. Bu hastaların %7'si için yüksek volümlü dışkı çıkışı uzayabilir ve sürekli tedavi gerektirebilir (Baker & Greening, 2009; Kwiatt & Kawata, 2013). Ayrıca tekrarlı hastaneye yatışı olan bireylerde sadece akut böbrek hasarına değil kronik böbrek yetmezliğine de neden olabileceği belirtilmektedir. Bu dönemde hastalar dışkı çıkışı açısından dikkatli takip edilmeli ve hastaneden taburcu edilirken için sıvı elektrolit dengesi kontrol edilmelidir. Hiponatremiyi önlemek için glikoz-elektrolit dengeli içecekler kullanılmalıdır (Kwiatt & Kawata, 2013).

Yüksek volümlü stoması olan ileostomili bireylerde sızıntı problemleri, peristomal cilt komplikasyonları ve genel iyileşmede gecikmeler görülmektedir. Bu durum psikolojik iyiliği ve uyumu etkileyebilmektedir (Baker & Greening, 2009). Bu nedenle, risk altındaki bireylerin hastaneden taburcu olmadan önce yeterince eğitilmesi ve takip edilmesi büyük önem taşımaktadır. İleostomili bireyler taburcu edilmeden önce torba boşaltımı ve dışkı miktarı ölçümü konusunda bilgilendirilmeli, beslenme konusunda eğitim verilmelidir (Goodey & Colman, 2016; Murken & Bleier, 2019). Bununla birlikte literatürde teknoloji kullanımının hasta takibini kolaylaştırdığını bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır (Bednarski ve ark., 2018). Bednarski ve ark (2018) telekonferans (Face time) ile takip ettikleri yüksek volümlü stomalı bireylerde hasta sonuçlarını iyileştirmek için erken müdahale sağlayabildiğini bildirmiştir.

2.4.Stomalı Bireylerin Yaşadığı Psikososyal Problemler

Stoma açılması ile bireyin fiziksel görünüm ve boşaltım alışkanlıklarındaki değişiklikler yaşamın tüm alanlarını etkileyebilmektedir. Stomalı bireyler fiziksel sorunların yanı sıra, psikolojik, sosyal ve spiritüel sorunlar da yaşamaktadır (Ayaz-Alkaya, 2019; Cengiz & Bahar, 2017; Thorpe, Arthur, & McArthur, 2016; Thorpe & McArthur, 2017).

Stomalı hastalar depresyon, anksiyete, düşük benlik saygısı, cinsel sorunlar, inkar, yalnızlık, umutsuzluk ve damgalanma gibi psikolojik problemler yaşayabilmektedir Bunun

yanı sıra izolasyon ve sosyal aktivitelere katılımda azalma, seyahatten kaçınma, iş, sosyal ve aile sorunları gibi sosyal problemlerle de karşılaşılabilir (Ayaz-Alkaya, 2019; Dabirian ve ark., 2011; Spiers, Smith, Simpson, & Nicholls, 2016; Thorpe & McArthur, 2017). Thorpe ve McArthur (2017) kalitatif çalışmasında stoma açılan hastaların sosyal ilişkilerinde bozulma, sosyal güven ve özerklikte azalma olduğunu bildirmektedir. Dabirian ve ark. (2014) da kolostomi açıldıktan sonra stomalı hastaların aile sorunlarıyla karşılaştıklarını, ekonomik, seksüel, bilişsel ve mental problemler yaşadığını belirtmiştir. Türkiye’de yapılan kalitatif çalışmada da stomalı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin ve sosyal yaşamlarının kısıtlandığı, eşleri tarafından beğenilmeme korkusu ve cinsel problemler yaşadıkları, hastaların stomadan rahatsız oldukları ve kabullenmede zorlandıkları bildirilmektedir (Cengiz & Bahar, 2017).

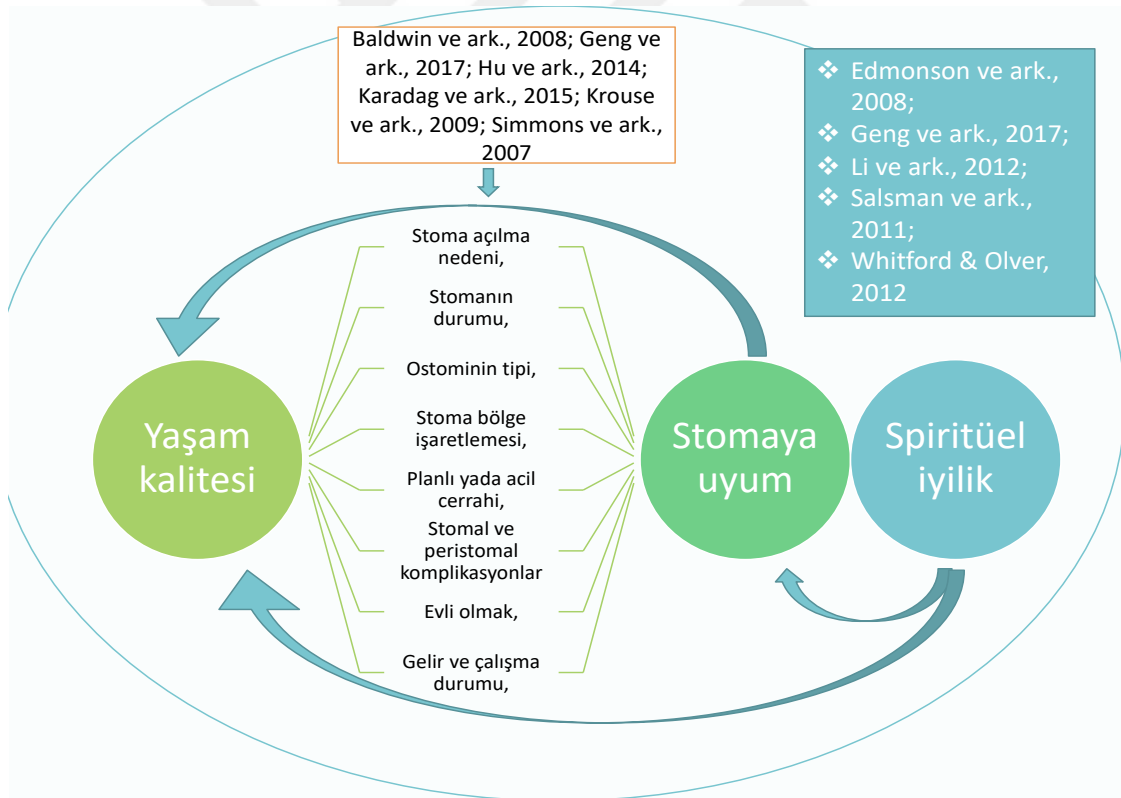
Çalışmalar, stomalı bireylerin yaşadıkları problemlerin stomaya uyumu zorlaştırdığını, günlük yaşam aktivitelerine dönmesini engellediğini ve yaşam kalitesini azalttığını açıkça göstermektedir (Geng, Howell, Xu, & Yuan, 2017; Karadag ve ark., 2015; Karadağ ve ark., 2003; Vonk-klaassen ve ark., 2016) (Şekil 5). Hu ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada, kolostomisi olan bireylerin %63.6’sının orta ve %33.3’ünün düşük düzeyde stomaya uyumlarının olduğunu, öz bakım yeterliliği, sosyal destek, eşlerin stomayı kabullenmesi, stomaya karşı antipati ve koku oluşma endişesinin stomaya uyumu etkilediğini belirtmektedir (Hu ve ark., 2014).

Stomaya uyumu ve yaşam kalitesini etkileyen bir diğer faktörün spiritüalite olduğu belirtilmektedir (Ayık ve ark., 2019; Bulkley ve ark., 2013; Li, Rew, & Hwang, 2012) (Şekil 5). Stoma açılması gibi bireylerin yaşamlarında değişikliğe neden olan durumlar, yaşamın anlamını sorgulama, iç huzurda azalma gibi spiritüel distres olarak tanımlanan tablo ile karşılaşmasına neden olmaktadır. Stomalı hastaların spiritüel yaşam kalitelerini inceleyen çalışmada bireylerin umut ve yaşamın anlamı alanlarında önemli derecede azalma olduğu belirtilmektedir (Baldwin ve ark., 2008). Oysaki, spiritüalite fiziksel ve zihinsel durumu, düşünceleri ve davranışları etkileyen bütünleştirici bir güçtür. Li, Rew ve Hwang (2012) kolorektal kanserli kolostomisi olan Tayvanlı hastalarla yaptıkları çalışmada stoma cerrahisinden sonra spiritüalitenin aile ilişkilerini güçlendirdiğini ve psikososyal uyumda önemli bir faktör olduğunu bildirmektedir. Spiritüel iyilik varoluşsal ve dinsel boyutu olan geniş bir kavramdır. Yapılan çalışmalar, stoma açılmasından en çok etkilenen gruplardan birinin Müslümanlar olduğunu göstermektedir (Iqbal ve ark., 2016).

Spiritüel iyilik, sadece tanı alınmasından ya da tedaviden sonraki hafta ve aylarda değil, uzun dönemli bir etkiye sahip olabilmektedir (Baldwin ve ark., 2008; Bulkley ve ark.,

2013; Li ve ark., 2012). Bu nedenle hemşirelerin gözden kaçırmaması gereken önemli faktörlerden biri spiritüel bakım gereksinimleridir. Spiritüel bakım ihtiyaçlarının desteklenmesi, bakım kalitesi, hasta memnuniyeti (Hodge ve ark., 2016) ve yaşam kalitesinin artmasını (Ayık ve ark., 2019) ve depresyon, anksiyete (Elham, Hazrati, Momennasab, & Sareh, 2015) ve maliyetin azalmasını sağlamaktadır.

Stoma ile yaşamak ve stomaya uyum sağlamak zaman isteyen bir süreçtir (Karadağ ve ark., 2015). Bu süreci desteklemek için hemşireler, stomalı bireylere gevşeme eğitimi, destekleyici grup terapisi, bilişsel davranışçı terapi, duygusal ve sosyal destek, dinleme ve danışmanlık gibi bazı hemşirelik girişimlerini psikososyal sorunları çözmek ve önlemek için uygulayabilir. Ayrıca, hastaneden taburcu olduktan sonra hastaları düzenli takip etmek, danışmanlık vermek ve stoma destek grupları gibi sosyal platformlar oluşturmak sorunların çözülmesinde önemli faktörlerdir (Ayaz-Alkaya, 2019; Lim, Chan, & He, 2015; Lim, Chan, Lai, & He, 2015; Wen ve ark., 2019).



Şekil 5. Yaşam Kalitesi, Stomaya Uyum ve Spiritüel İyilik Arasındaki İlişki

2.5.Stoma ve Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, belirli bir hastalık veya tedavi durumunda fiziksel, psikolojik, sosyal, bilişsel ve manevi bileşenlerden oluşan çok boyutlu bir kavramdır (Krouse ve ark., 2007). Nichols (2016), stomalı bireylerin zihinsel sağlık, canlılık, sosyal işlev ve duygusal rolün genel popülasyona göre bozulmuş olduğunu göstermektedir (Nichols, 2016).

Stomalı bireylerde, ostomi öz yönetimi beceri eksikliği, peristomal cilt sorunları, sızıntı, koku, gaz ve uyku problemleri nedeniyle fiziksel alanda sorunlar yaşanabilmektedir (Cengiz & Bahar, 2017; Dabirian ve ark., 2011; Gray ve ark., 2013; Ratliff, 2014; Vonk-klaassen ve ark., 2016; Baykara, Leventoğlu & Menteş, 2007). Stomalı bireylerin fiziksel görünümlerindeki ve fonksiyonlarındaki değişiklikler, bireyin benlik saygısı ve beden imajını etkileyerek psikolojik ve sosyal sorunları tetiklemektedir. Sistematik bir derlemede, cinsel problemler, depresyon, gaz, konstipasyon, beden imajında bozulma, kıyafetlerde değişiklik, seyahat zorlukları, yorgun hissetme gibi ostomi ile ilgili sorunların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini de açıkça ortaya koymaktadır (Vonk-klaassen ve ark., 2016).

Stomalı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri de peristomal cilt komplikasyonlarıdır (Lyon ve ark., 2000; Nichols, 2018; Nichols, Goldstine, & Inglese, 2019; Nybaek ve ark., 2010). Peristomal alanda oluşan komplikasyonlar hastaların ağrı duymasına ve adaptör/torba sistemini sürdürmede zorlanmalarına neden olmaktadır (Nagano ve ark., 2019; Ratliff, 2014). Aynı zamanda komplikasyonlar stoma ile ilgili ürünlerin ve stoma torba değişim sıklığının artmasına neden olarak sağlık bakımı maliyetinin artmasına yol açmaktadır (Bare ve ark., 2017; Taneja ve ark., 2017). Nichols ve Inglese (2018), peristomal cilt komplikasyonlarının sağlık hizmeti ve yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alanları üzerinde ölçülebilir etkileri olduğunu göstermiştir. Çalışma bulguları, artan peristomal cilt sağlığının, artan sağlık yararlanımı ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Nichols & Inglese, 2018).

Stoma açılmasından en çok etkilenen gruplardan biri Müslümanlardır (Iqbal ve ark., 2016). Dünya nüfusunun yaklaşık dörtte birini oluşturan Müslümanlar (Inhorn & Serour, 2011), Türkiye nüfusunun ise %99.2'sini oluşturmaktadır (Turkish Directorate of Religious Affairs, 2014). Müslüman topluluklarda stoma yoluyla istemsiz gaz ve dışkının çıkması, bağırsak ve mesane boşaltımında gizlilik üzerine yüksek değer ve belirli ibadet eylemlerini geçersiz kılma inancı dini uygulamaları etkilemekle birlikte stomanın kabul edilmesini, stomaya uyumu zorlaştırmakta ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (Akgül & Karadağ, 2016). Bu konu ile ilgili yapılan sistematik derlemede, Müslüman olan stomalı bireylerin Müslüman olmayanlara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (Iqbal ve ark., 2016).

Stomalı bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik olarak stoma ve yara bakım hemşirelerinin ameliyat sonrası dönemde stoma bakımı için gerekli beceri ve taburculuk eğitimi vermesi, taburculuk sonrası dönemde düzenli hasta takibi yapması çok önemlidir. Yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik hemşirelik rehberlerinde, yaşam kalitesinde ciddi azalma yaşayan bireylerin uygun sağlık profesyonellerine yönlendirilmesi, ameliyattan sonra stomalı bireylerin 12 ay boyunca takip edilmesi ve sosyal destek grupları hakkında bilgi verilmesi yer almaktadır (Goldberg ve ark., 2018).

2.6. Stoma Bakımında Algoritma Kullanımı

Dünyada ve ülkemizde teknolojideki ve stoma hemşireliğindeki gelişmelere rağmen stoma ile ilgili yaşanan sorunlar güncel bir konudur (Ayaz-Alkaya, 2019; LeBlanc ve ark., 2019; Mols ve ark., 2014; Nichols, 2018). Hastanede kalış süresinin kısalması, stoma bakımı öğretimi ve rehabilitasyon için sınırlı bir zaman tanımaktadır (Bare ve ark., 2017; Beitz ve ark., 2010). Uluslar arası Yara Stoma ve Kontinans Hemşireler Topluluğu (WOCN Society) stoma ve yara bakım hemşirelerinin zamanlarının yaklaşık %20'sini stoma bakımına ayırdıklarını, %4.1'i hastaları uzun süreli takip ettiklerini bildirmiştir (WOCN Society, 2012). Bu nedenle hasta ile stoma bakımı, problemlerle baş etme, stoma ve peristomal komplikasyonların yönetimi konusunda genellikle sınırlı deneyim veya bilgi paylaşılmaktadır (Bare ve ark., 2017; Beitz ve ark., 2014b). Ülkemizde yapılan kalitatif bir çalışmada stomalı bireyler pre-operatif dönemde aldıkları kapsamlı bilgiyi unuttuklarını, bilgi eksikliklerinin olduğunu, hastaneye erişim için kısıtlı kaynakların bulunduğunu ve stoma ve yara bakım hemşiresi tarafından evde ziyaret edilmek istediklerini, sızıntı ve gaz problemlerinin günlük yaşam aktivitelerini etkilediğini ve problemlerin çözümünde kaynak aradıklarını belirtmiştir (Cengiz & Bahar, 2017). Konu ile ilgili, Werth, Schutte ve Stommel (2014) de kesitsel çalışmasında taburculuk sonrası hangi eğitim içeriğini faydalı olduğunu değerlendirmiştir. Çalışmanın sonucunda hastaların büyük çoğunluğu ilk olarak ostomi öz bakımını, ikinci ise günlük yaşam aktivitelerine yönelik verilen eğitimin en yararlı olduğunu belirtmiştir. Buna karşın ise; karşılanmayan eğitim ihtiyaçlarının sızıntı ve komplikasyonlara yönelik bilgi verilmemesi olduğunu bildirmiştir. Yapılan başka bir kalitatif çalışmada da stomalı bireyler taburcu olmadan önce komplikasyonlar ve yaşanacak problemler hakkında bilgilendirilmek istediklerini belirtmiştir (Dabirian ve ark., 2011).

Stoma veya peristomal komplikasyonların önlenmesi ve erken müdahale yaşam kalitesinin artmasını ve maliyetin azalmasını sağlamaktadır (Neil, Inglese, Manson, & Townshend, 2016; Ohlsson-Nevo ve ark., 2016; Seo, 2019; Taneja ve ark., 2017). Klinik rehberlerde de ostomi cerrahisinin hayatın her alanına getireceği zorluklara iyi hazırlanmış

olan kişinin daha kısa bir uyum süresi olabileceği (Kanıt Düzeyi: C) belirtilmektedir (Goldberg ve ark., 2018). Hastaların stoma ve peristomal ciltte meydana gelecek değişiklikleri izlemeleri komplikasyonların tanımlanmasında önemli rol oynamaktadır. Klinik deneyimlerimiz ve ilgili literatür, hastaların komplikasyonlu görünümün normal olduğunu düşünebildiğini veya fark etmeyebildiklerini göstermektedir. Bu nedenle stomalı bireylerin yaşadıkları sorunların azaltılmasını ve uyumlarının artırılmasını sağlayacak standart yaklaşımlara gereksinim duyulmaktadır (Beitz ve ark., 2014b, 2010; Kalashnikova ve ark., 2011).

Bakım standartları, hemşirelerin hastalar için gerekli olan bakımı verme konusunda açıklık sağlar. Standartlar, gerekli kaynakları, bakım süreçlerini ve hasta için beklenen etkiyi kısa, ölçülebilir ve gözlemlenebilir bir şekilde yapılmasına fırsat sunar. Açık bir klinik standart, hemşirelik uygulamalarında bakımın yeni fikirler ışığında sürekli olarak değerlendirilmesini sağlar, böylece bakım uygulamaları her hastanın hak ettiği mükemmelliğe doğru ilerleyebilir (Parkin & Bullock, 2005). Günümüzde, kanıta dayalı klinik standartların uygulanması, sadece bakım kalitesini ve hasta güvenliğini artırmak için değil aynı zamanda tıbbi hataları ve israfı azaltmak, klinik ortamlarda sürekliliği sağlamak, sağlık bakımını ve sistemini hastalar için daha uyumlu hale getirmektedir (Beitz ve ark., 2010). Ayrıca standarda dayalı verilen bakım hasta memnuniyetinin artırır (Keeley, Wolf, Regul, & Jadwin, 2015). Bu nedenle, yaşamın tüm alanlarını etkileyen stoma açılmasında da hastaları normal yaşamlarına hızlıca döndürmek ve stomaya uyumlarının artırılabilmesi için standart yaklaşımlara gereksinim duyulmaktadır. (Beitz ve ark., 2014b; Forsmo ve ark., 2016).

Stoma bakımında genellikle sağlık çalışanlarına yönelik standart araçlar yada algoritmalar bulunmaktadır (Bare ve ark., 2017; Beitz ve ark., 2010; Faury, Koleček, Foucaud, M'Bailara, & Quintard, 2017; Forsmo ve ark., 2016; Lim, Chan, Lai, ve ark., 2015). Bu yaklaşımlardan birisi multidisipliner bir ekip gerektiren ve cerrahi sonrası iyileşmeyi hızlandırmak amacıyla geliştirilmiş ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokolüdür. Forsmo ve ark. (2016) ERAS protokolü uygulanan kolorektal cerrahi geçiren hastalarda hastaneden kalış süresinin daha kısa olduğunu bildirmektedir. Bunun yanı sıra genellikle deneyimsiz sağlık çalışanlarına yönelik oluşturulan, araştırma kanıtlarına ve uzman klinik yargısına dayalı olarak tercih edilen uygulamaları belirli sıralı bir standart çerçevesinde sunmak için algoritmalar geliştirilmiştir (Bare ve ark., 2017; Beitz & Colwell, 2014, 2016; Beitz ve ark., 2014). Algoritmalar, kullanıcıların bir klinik sorunun önemli bilişsel bileşenlerini ve süreçlerini görselleştirmelerini sağlayan grafik bakım haritalarıdır. Klinisyenlere belli bir konunun kademeli olarak değerlendirilmesini sağlarlar (Beitz ve ark.,

2014). Stoma ile ilgili literatürde sağlık profesyonellerinin kullanması için komplikasyonlara yönelik (Kalashnikova ve ark., 2011), stoma ürünlerinin seçilmesine ve stoma bakımına yönelik (Beitz ve ark., 2014a, 2010) ve evde sağlık bakım hizmetlerinde kullanımına yönelik (Bare ve ark., 2017) algoritmalar mevcuttur. Beitz, Gerlach ve Schafer (2014) stoma bakımına yönelik senaryolar oluşturduğu çalışmada interaktif dijital algoritma kullanan hemşirelerin klinik karar verirken büyük çoğunluğunun doğru uygulamalarda bulunduğunu belirtmektedir. Bare ve ark. (2017) hemşirelerin kullandığı ostomi algoritmasının, klinik sonuçları, hemşirelik bilgisini ve güvenini geliştiren yararlı bir kaynak olduğunu, evde sağlık bakım hizmetlerinde güvenle kullanılabileceğini göstermiştir. Bununla birlikte hemşirelerin peristomal cilt komplikasyonları etiyojisine göre belirlemesi ve sınıflandırması, objektif gözlemlerle standart bir değerlendirme sağlaması ve uygun girişimleri planlaması için Peristomal Cilt Aracı geliştirilmiştir (Martins ve ark. 2008). Aracın geçerlilik çalışması Jemec ve ark. (2011) tarafından yapılmıştır. Ülkemizde ise Harputlu ve Özsoy (2016) tarafından aracın Türkçe güvenilirlik ve geçerliliğini sağlanmıştır. Ancak komplikasyon yönetiminde hastaların kullanımına yönelik bir algoritmaya rastlanmamıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Bu araştırma kolorektal kanserli stoma açılan hastalarda, Standart Stoma Bakım programının peristomal cilt komplikasyonları ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla planlanmış tek kör yarı deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Şubat 2017 tarihinde literatür tarama ile başlamış olup; Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik kurulundan (27/07/2017, Ek-6) onay alınmıştır. Araştırmanın verileri, Ege Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi sevisinde 4 Şubat 2019 tarihinde toplanmaya başlanmıştır ve Mayıs 2020 tarihinde sonlandırılmıştır. Doktora tez savunma sınavı Kasım 2020’de yapılarak tez sonlandırılmıştır.

Ege Üniversitesi Genel cerrahi anabilim dalı Özofago-Gastrik Cerrahi, Endokrin Cerrahisi, Kolorektal Cerrahi, Meme Cerrahisi, Hepatobiliyer Cerrahi, Cerrahi Enfeksiyon ve Beslenme çalışma grupları olarak çalışmaktadır. Kolorektal cerrahi bölümünde 3 profesör, 1 doçent ve 1 uzman doktor görev almaktadır.

Genel cerrahi servisi; ameliyathane, genel cerrahi yoğun bakım, servis yoğun bakım ve yatan hasta servis olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır ve 108 yatak ile hizmet sunmaktadır. Servis, 31 tane tek kişilik oda, 11 tane üç kişilik oda ve 3 tane beş kişilik odadan oluşmaktadır. Serviste üç sorumlu hemşire olmak üzere 42 hemşire çalışmaktadır. Bu serviste hemşireler 2 vardiya (07.30-15.30, 15.30-07.30) şeklinde çalışmaktadır. Bir hemşire yaklaşık olarak 12-18 hastaya bakım hizmeti vermektedir.

Kolorektal cerrahi geçiren hastalar, ameliyat sonrası ilk 24 saat genel cerrahi yoğun bakım servisinde yakın takip edilmektedir. Anestezinin etkileri geçtikten sonra servise yatırılmaktadır ve ortalama 7-10 gün boyunca hastanede yatmaktadır.

Ege Üniversitesi Genel Cerrahi kliniğinde 1 Ocak 2019 ve 31 Mayıs 2020 tarihleri arasında 105 hasta stoma (kolostomi veya ileostomi açılması) cerrahisi geçirmiştir. Hekim tarafından ameliyat kararı verilen ve ayakta takip edilebilen hastalara servis yoğun bakım biriminde ameliyat sabahı pre-operatif hazırlık yapılmaktadır. Ayaktan hazırlık yapılamayan hastalar ise anestezi hazırlığının ve kontrollerin yapılabilmesi için ameliyattan önce hastaneye yatırılmaktadır.

Ege Üniversitesi hastanesinin stoma ve yara bakım ünitesi bulunmaktadır. Toplam iki hemşire ile hizmet vermektedir. Hemşirelerden bir tanesi stoma ve yara bakım hemşiresi sertifikasına sahiptir. Hastalara post-operatif dönemde stoma ve yara bakım hemşiresi

tarafından stoma bakım becerilerine ve günlük yaşam aktivitelerine yönelik eğitim verilmektedir. Ameliyat öncesi dönemde stoma bölge işaretlemesi ve preoperatif hazırlık yapılmamaktadır. Stoma ve yara bakım ünitesinde hastalar düzenli olarak takip edilmemektedir, yalnızca problem yaşayan hastalar başvurmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi Hastanesi'nde kolorektal cerrahi geçiren hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise; Ege Üniversitesi Hastanesi'nde kolorektal kanser tanısı ile planlı stoma cerrahisi geçiren hastalar oluşturmuştur.

Örnekleme Dahil Olma Kriterleri

- ✓ Çalışmaya katılmak için gönüllü olan ve kendilerinden yazılı bilgilendirilmiş onam alınan,
- ✓ Kolorektal kanser tanısı olan,
- ✓ Planlı kolorektal cerrahi geçiren,
- ✓ Kalıcı veya geçici end & loop ileostomi veya kolostomi açılan,
- ✓ 18 yaşından büyük hastalar

Örneklemden Dışlanma Kriterleri

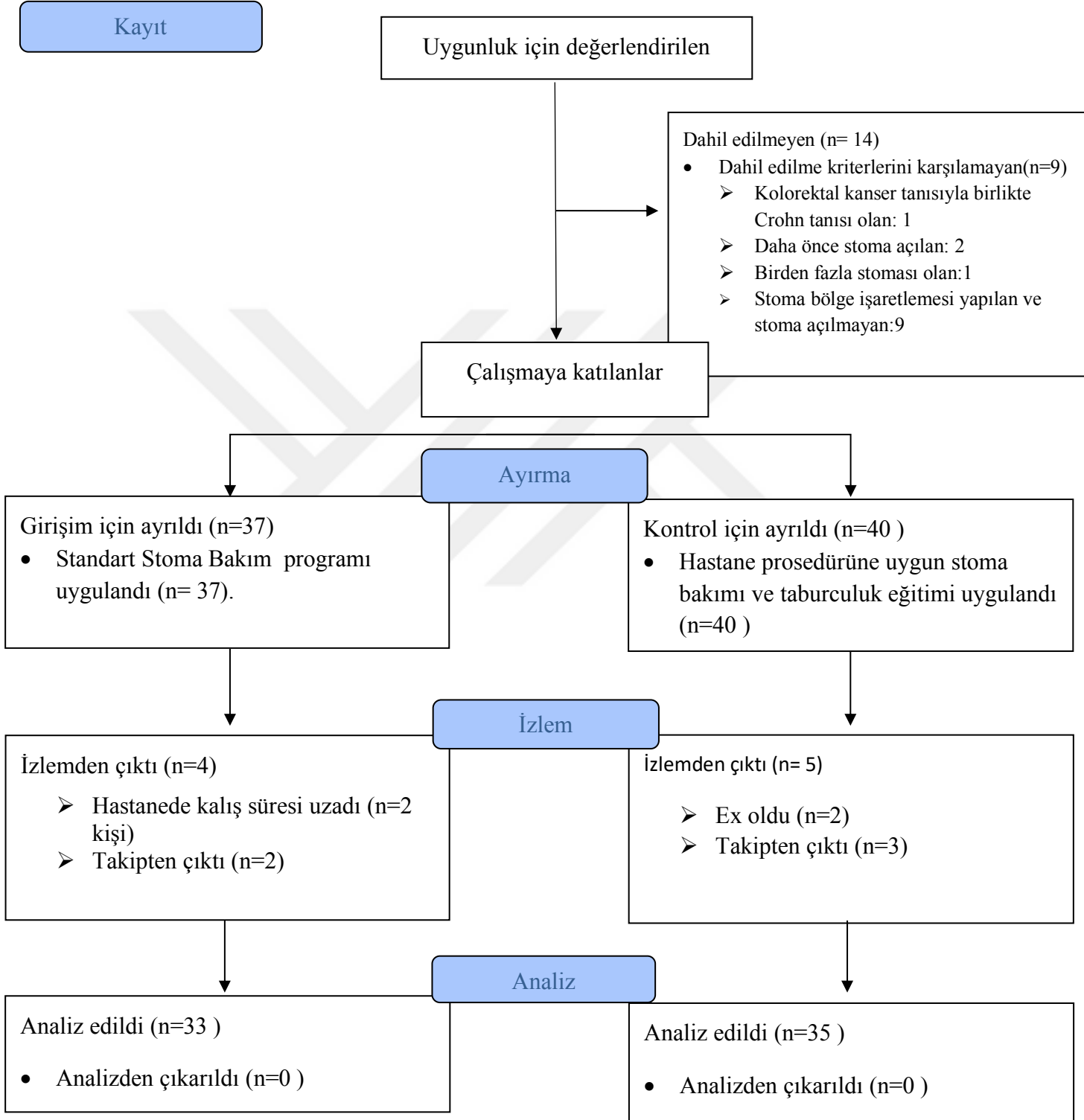
- ✓ Daha önce stoma cerrahisi geçirmiş,
- ✓ Cerrahi komplikasyonlar nedeni ile hastanede yatış süresi en az 1 hafta uzamış,
- ✓ İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan
- ✓ İki ya da daha fazla stomalı hastalar

Bu araştırmanın örneklem büyüklüğüne güç analizi yapılarak karar verilmiştir. G-Power istatistik programında Stokes ve ark. (2017) çalışmasındaki peristomal iritasyon oluşma oranları kullanılarak, Tip 1 hata 0.05 ve Tip 2 hata 0.05 (%95) baz alınarak yapılan güç analizinde her bir grup için hesaplanan örneklem büyüklüğü 16 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda, bu çalışmadan farklı olarak yaşam kalitesinin de değerlendirilmesi, kayıp verilerin göz önünde bulundurulması ve parametrik test varsayımlarının sağlanması amacıyla her bir grupta en az 35 kişiye ulaşılması planlanmıştır.

Araştırmaya katılması için toplam 91 hastaya ulaşılmıştır ve 14 hasta örneklem dışı kalmıştır. Araştırmaya toplam 77 hasta dâhil edilmiştir ve 5 hastanın izlemiden çıkması, 2 hastanın ex olması ve 2 hastanın hastanede kalış süresinin uzaması nedeniyle 9 hasta örneklem dışı bırakılarak toplam 68 hastaya (35 kontrol ve 33 çalışma) ulaşılmıştır. Veriler tamamlandıktan sonra G-Power 3.0.10 istatistik programında 2., 6. ve 12. hafta Stoma Yaşam

Kalitesi ölçeği puan ortalamaları kullanılarak yapılan güç analizinde araştırmanın gücü %99 olarak belirlenmiştir.

Çalışma Akış Şeması



3.4.Çalışma Materyali

Ostomi eğitimi, stoma ve yara bakım hemşiresi gibi uzmanlaşmış bir hemşire tarafından sağlanan pre-operatif ve post-operatif bileşeni içermelidir (Kanıt: Seviye B). Bu nedenle araştırmanın yürütülmesi için pre-operatif ve post-operatif bileşeni içeren “**Standart Stoma Bakım Programı**” literatür doğrultusunda (Association of Stoma Care Nurses, 2016; Beitz & Colwell, 2016; Chaudhri, Brown, Hassan, & Horgan, 2005; Faury, Koleck, Foucaud, M'Bailara, ve ark., 2017; Goldberg ve ark., 2018; Grant, Mccorkle, Hornbrook, Wendel, & Krouse, 2013; Kalashnikova ve ark., 2011; Krouse ve ark., 2016; Lim, Chan, Lai, ve ark., 2015; Ohlsson-Nevo ve ark., 2016; Prinz ve ark., 2015; Werth, Schutte, & Stommel, 2014) oluşturulmuştur. Standart Stoma Bakım Programı, pre-operatif hazırlık ve post-operatif eğitim olmak üzere iki bölümden ve beş adımdan oluşmaktadır (Şekil 6).

Standart Stoma Bakım programının birinci adımını pre-operatif hazırlık oluşturmaktadır. Stoma açılan bireylerde pre-operatif hazırlık içeriğinde; pre-operatif eğitim, stoma bölge işaretlemesi (Kanıt Düzeyi: B) ve psikolojik destek yer almaktadır. Stoma bölge işaretlemesi adımları literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Salvadalea ve ark., 2015; American Society of Colon and Rectal Surgeons Committee Members; Wound Ostomy Continence Nurses Society Committee Members., 2007). Pre-operatif eğitimde; sindirim sistemi, bağırsakların anatomi ve fizyolojisi (Kanıt Düzeyi: B), stomanın normal görünümü, tek ve çift parçalı adaptör/torba sistemleri, stoma açılmasının günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi yer almaktadır (Adım 1).

Standart Stoma Bakım programının ikinci, üçüncü ve dördüncü adımlarını post-operatif eğitim oluşturmaktadır. Post-operatif eğitimin içeriğini; “Stoma Bakımı ve Beceri Eğitimi (Adım 2)”, “Stoma Öz-yönetimi ve Taburculuk Eğitimi (Adım 3)” ve “Komplikasyon Yönetimi (Adım 4)” oluşturmaktadır.

Stoma bakımı ve beceri eğitiminin içeriğinde, aşamalı olarak stoma günlük bakım becerileri yer almaktadır. Birinci seansta, adaptörün torba ile birlikte değişimi ve torbanın boşaltılması işlem basamaklarının araştırmacı tarafından demonstrasyon yöntemiyle gösterilmesi ve hasta/hasta yakınının adaptör kesme işlemine dahil edilmesi yer almaktadır. İkinci seansta, torbanın değiştirilmesi işlem basamaklarının araştırmacı tarafından gösterilmesi ve hasta/hasta yakınının torba boşaltımını bağımsız gerçekleştirebilmesi bulunmaktadır. Üçüncü seansta, araştırmacı ile birlikte hasta/hasta yakının adaptörün torba ile birlikte değiştirmesi işlemi yer almaktadır. Dördüncü seansta, torbanın değiştirilmesi ve boşaltılması işleminin araştırmacı denetiminde hasta/hasta yakını tarafından bağımsız gerçekleştirmesi yer almaktadır. Beşinci seansta, araştırmacı denetiminde adaptörün torba ile

birlikte değişimi ve torbanın boşaltılması uygulamalarının hasta/hasta yakını tarafından bağımsız yapılması bulunmaktadır (Adım 2).

Stoma öz-yönetimi ve taburculuk eğitiminin içeriğinde, stomanın günlük bakımı, fiziksel sorunlar ile baş etme (üçüncü seans), genel problemler ile baş etme ve günlük yaşam aktiviteleri (dördüncü seans) ve komplikasyon yönetimi (beşinci seans) yer almaktadır.

Hemşirelik kanıt rehberlerinde hastaların yaşam kalitesinin artırılmasında hasta takiplerinin önemli olduğu bildirilmektedir (Goldberg ve ark., 2018). Yapılan araştırmalar incelendiğinde komplikasyonların sıklıkla 2., 4., 6. ve 12. haftalarda geliştiği bildirilmiştir (Salvadelen, 2008, 2013; Lindholm ve ark., 2013; Persson ve ark., 2010). Bu nedenle Standart Stoma Bakım programının beşinci adımı 2., 6., 12. haftalarda hastaların düzenli takibi oluşturmaktadır (Adım 5).

Komplikasyon Yönetimi Algoritması

Girişim grubundaki hastaların kullanımına yönelik, stoma açıldıktan sonra komplikasyonları belirlemek ve stoma bakımını yönetebilmek için komplikasyon yönetimi algoritması kullanılmıştır. Komplikasyon Yönetimi Algoritması araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Beitz & Colwell, 2016; Beitz ve ark., 2010; Deborah ve ark., 2012; Goldberg ve ark., 2018; Kalashnikova ve ark., 2011; Lowry ve ark., 2015; Stelton ve ark., 2015) hazırlanmıştır. Algoritmalar, bir problemi çözmek için iyi tanımlanmış talimatların ve açık adım prosedürlerin bir dizisinden oluşur. Tanı için algoritma iki ana prensibe dayanmaktadır: sendromik yaklaşım ve optimal tanısal uygunluk. Bir sendromik yaklaşım, belirli tipte ostomi komplikasyonları için en önemli semptomların seğimini kolaylaştırır (Beitz, Gerlach, & Schafer, 2014a; Beitz ve ark., 2010; Kalashnikova ve ark., 2011). Stoma ile ilgili komplikasyonların tanılanması ve tedavisi için uzman olmayan hemşireler tarafından kullanılması için ilk olarak 2011 yılında Kalashnikova ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu çalışmada oluşturulan komplikasyon yönetimi algoritması ve literatür doğrultusunda hastaların kullanımı için komplikasyonları tanılamaya yönelik basamaklar oluşturulmuştur. Alanında uzman 3 öğretim üyesi, stoma ve yara bakım hemşiresi ve hastalardan algoritmaya yönelik görüş alınmıştır.

En sık karşılaşılan komplikasyonlara yönelik hastaların komplikasyon yönetimini sağlayan uygulamalar araştırmacı tarafından oluşturulan “İleostomi Rehberi” ve “Kolostomi Rehberi” eğitim kitabında yer almaktadır. Bu eğitim kitabının içerisinde yer alan “Stoma Bakımı Problem Çözme” bölümünde bakıma yönelik neler yapılacağı yer almaktadır. Algoritmanın kullanımı kolay olup, stoma ve peristomal alanın tam bir şekilde değerlendirilmesini sağlamaktadır. Algoritmada yer alan komplikasyonlar hastaya normal

stoma ve cilt hakkında bilgi sağlamaktadır. Kanıta dayalı rehberler doğrultusunda ve klinik yargıya dayalı oluşturulan algoritma düzenli takip yapılmasını desteklemektedir.

İleostomi ve Kolostomi Rehberi

İleostomi ve kolostomi rehberi, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (American College of Surgeons, 2016; Association of Stoma Care Nurses, 2016; Burch, 2014, 2017b; Goldberg ve ark., 2010; United Ostomy Associations of America, 2017; Werth ve ark., 2014; World Council of Enterostomal Therapists (WCET), 2014) hazırlanmış eğitim kitabıdır. Kitabın içerisinde sindirim sistemi ince/kalın bağırsaklar ve anatomisi, ileostomi, kolostomi, adaptör/torba sistemleri, adaptörün ve torbanın değiştirilmesi, torbanın boşaltılması, günlük yaşam aktiviteleri, stoma bakımı ve problem çözme ilgili bilgiler yer almaktadır (Ek- 11). Kitap oluşturulduktan sonra alanında uzman 3 öğretim üyesi, stoma ve yara bakım hemşiresinden uzman görüşü alınmıştır.

Standart Stoma Bakım Programı

Pre-operatif Hazırlık

- ✓ Stoma bölgesinin işaretlenmesi (Adım 1)
- ✓ Pre-operatif eğitim (Adım 1)

Stoma açılan bireylerde pre-operatif eğitim aşağıdakileri içermelidir;

- Stoma bölgesinin işaretlenmesi (Kanıt Düzeyi :B)
- Sindirim sistemi ve kalınbağırsak anatomisi ve fizyolojisi (Kanıt Düzeyi :B)
- Stoma nedir ve stomanın normal görünümü nasıldır?
- Tek ve çift parçalı adaptör/torba sistemleri
- Stoma cerrahisi ile günlük yaşama aktiviteleri nasıl etkilenir?
- Psikolojik hazırlık

Post-operatif Eğitim

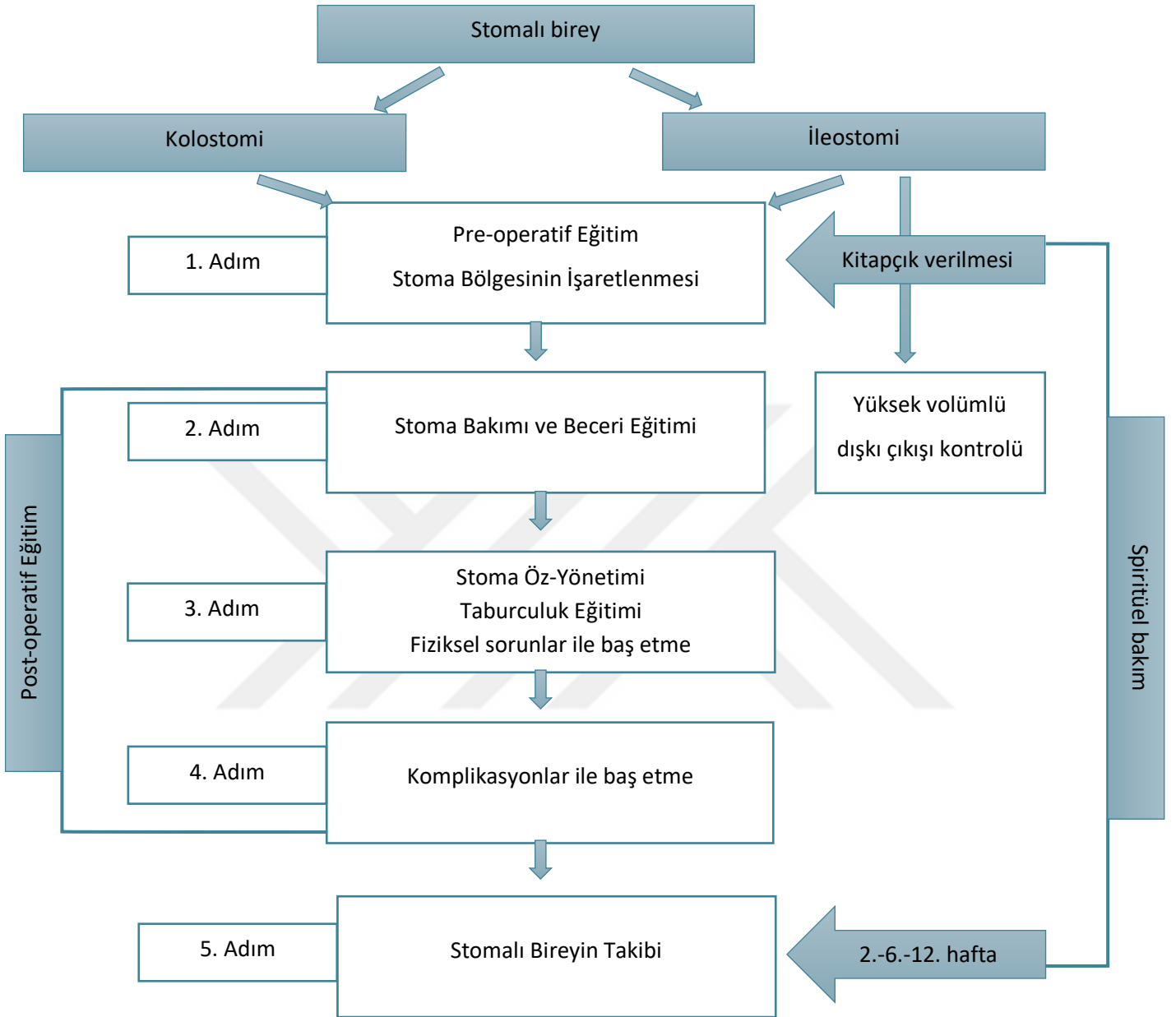
- Stoma bakımı ve beceri eğitimi (Adım 2)
- Stoma öz-yönetimi ve taburculuk eğitimi (Adım 3)
- Komplikasyon yönetimi (Adım 4)

Post-operatif Takip

- Stoma açıldıktan sonra 2., 6., ve 12. haftalarda hastaların düzenli olarak takip edilmesi (Adım 5)

Stoma Yaşam Kalitesinin Alt Bileşenleri	
Fiziksel Alan	Sosyal İyilik ve Beden İmajı
Stomanın günlük bakımı ve torba/adaptör sisteminin değiştirilmesi (Bakınız Beceri Eğitimi) ○ Fiziksel sorunlar ile baş etme ◆ Koku, gaz, sızıntı, deri problemleri ○ Genel problemeler ile baş etme ◆ Halsizlik, yorgunluk ve uyku problemleri ○ Ağrı ○ Beslenme ○ Giyim ○ Banyo ○ Stomal ve peristomal komplikasyonları ve önlenmesi ○ Konstipasyon ve diyare	Sosyal ve beden imajı eğitimi aşağıda yer alan alanları içermelidir; ○ Sosyal/kişiler arası ilişkiler ○ İletişim becerileri ○ Acil durumlarda yapılması gerekenler ○ Seyahat ○ İş ve sosyal yaşama dönüş ○ İzolasyon ○ Stoma öncesi yaşam aktivitelerine dönüş ○ Stoma oluşturma öncesi ve sonrası yaşam arasındaki uyum ○ Cinsellik ve mahremiyet ○ Kolorektal cerrahi ve stoma oluşturma ile ilgili yaygın cinsel problemler
Psikolojik Alan	Spiritüel Alan
Stoma sonrası en çok yaşanan psikolojik sorunlar; depresyon, anksiyete, kederdir. Stoma cerrahisi sonrası yapılan eğitim aşağıdaki alanları içermelidir; ○ Destek kaynakların kullanılması ○ Pozitif davranış oluşturmak için destekleme ○ Etkili ve sağlıklı başa çıkma, ○ Yaşam tarzı davranışlarının sürekliliği ○ Stresle başa çıkma becerisinin geliştirilmesi ○ Korku ve olumsuz duyguların paylaşılması ○ Belirsizliğin azaltılması ○ İhtiyaçların belirlenmesi	○ Manevi faaliyetler ○ Umutlu olma ○ Hayatta kalama nedeni ○ İç barış duygusu

Şekil 6. Standart Stoma Bakım Programı



1. Adım- Pre-operatif Hazırlık

Uygulamalar

Eğitim yöntemi; Anlatma, video izleme, kitapçık

Süre

Stoma bölgesinin işaretlenmesi (Kanıt Düzeyi :B)	
Sindirim sistemi ve kalınbağırsak anatomisi ve fizyolojisi (Kanıt Düzeyi :B)	15 dk
Stoma nedir ve stomanın normal görünümü nasıldır? Tek ve çift parçalı torba/adaptör sistemleri	10 dk
Stoma cerrahisi ile günlük yaşama aktiviteleri nasıl etkilenir?	10 dk
Psikolojik hazırlık	

1. Adım- Pre-Operatif Hazırlık

Stoma Bölge İşaretleme

Hastanın değerlendirilmesi (yaş, cinsiyet, BKİ, mesleği, abdomenin fiziksel görünümü ve herni varlığı vb.)
İlk olarak hastanın oturur pozisyonda kemer ve pantolon askısının belirlenmesi

Abdominal bölge açılarak çeşitli pozisyonlarda (ayakta, otururken, uzanırken ve öne eğilme) abdomenin kırışıklık, skar, cilt kıvrımları, abdominal kontur ve cilt turgoru yönünden gözlemlenmesi

Hasta supine pozisyonundayken rektus kasının belirlenmesi

Birinci yöntem;

Hastanın destek almadan başını kaldırması ve abdomene doğru bakması; bu esnada her iki elle kasılmış olan rektus kası sınırlarının değerlendirilmesi

İkinci yöntem;

Bacaklarını dizlerini bükmeden yukarı doğru kaldırması; bu esnada rektus kası sınırlarının değerlendirilmesi

Üçüncü yöntem;

Sırt üstü pozisyonda olan bireyin başını yana doğru çevirerek öksürmesi; bu esnada rektus kası sınırlarının değerlendirilmesi

Stoma bölgesini umblikus ile krista iliaka anterior arasına çizilen hayali çizginin orta noktası olarak belirleme

Belirlenen stoma bölgesinin etiket yerleştirilerek veya kalemle işaretlenmesi

Hastaya uygun adaptörü etiketin üzerine yerleştirilerek stomanın insizyon hattına uzaklığın değerlendirilmesi

Hastanın oturtulması ve bölgenin uygunluğunun ve görme alanı içinde olup olmadığının değerlendirilmesi

Hastanın ayağa kaldırılması ve bölgenin uygunluğunun ve görme alanı içinde olup olmadığının değerlendirilmesi

Stoma bölgesinin cilt kıvrımları ya da bireyin göremeyeceği bir yerde olduğunda etiketin yeri değiştirilmesi

Hastanın supine pozisyona alınması
Belirlenen stoma bölgesi etiketin üzerinden işaretleme kalemle daire içine alınması ve etiketin kaldırılması ve dairenin içine çarpı işaretinin konularak işaretlemenin sonlandırılması

Obez hastalarda işaretleme mümkünse hastanın görebileceği üst abdominal kadrana yapılmalıdır. Tekerlekli sandalye kullanan hastalarda işaretlemenin oturur pozisyonda, omurilik hasarı olan bireylerin olağan pozisyonunda işaretleme yapılır

2. Adım- Stoma Bakımı ve Beceri Eğitimi

- Stomalı bireye uygun ürün seçimi

Beceri eğitimi

Uygulamalar

Eğitim yöntemi; Anlatma, Demonstrasyon, video izleme, kitapçık

Ortalama Süre* <i>Birinci Seans</i> 45-60 dk	▪ Hastanın yoğun bakımda stomasının değerlendirilmesi ▪ Torbanın adaptörle birlikte değiştirilmesi ve hasta/hasta yakınının gözlemesi ▪ Torbanın boşaltılması ve hastanın gözlemesi ▪ Hastanın adaptör kesme işlemine dahil edilmesi
<i>İkinci Seans</i> 30 dk	▪ Torbanın değiştirilmesi ve hasta/hasta yakınının gözlemesi ▪ Hasta/hasta yakınının torba boşaltımını gerçekleştirmesi
<i>Üçüncü Seans</i> 45-60 dk	Stoma ve yara bakım hemşiresi gözetiminde; ▪ Hasta/hasta yakınının adaptörü torba ile değiştirmesi ▪ Peristomal alanı temizlemesi ve kurulaması ▪ Hastanın yeni torbayı takması
<i>Dördüncü seans</i> 20 dk	Stoma ve yara bakım hemşiresi gözetiminde; ▪ Hastanın stoma bakımını ve torba değişimini bağımsız olarak yapabilmesi
<i>Beşinci seans</i> 30 dk	Stoma ve yara bakım hemşiresi gözetiminde; ▪ Hastanın stoma bakımını ve torba-adaptör değişimini bağımsız olarak yapabilmesi

*Araştırmacı tarafından uygulama esnasında hesaplanmıştır.

3. Adım- Stoma Öz-yönetimi ve Taburculuk Eğitimi

Uygulamalar	Zaman
Stomanın günlük bakımı ◆ Torba ve adaptör değişim zamanları, stomanın ve peristomal cildin normal görünümü	1.-5. seans
Fiziksel sorunlar ile baş etme ◆ Koku, gaz, sızıntı ◆ Konstipasyon ve diyare	Dördüncü seans
Genel problemler ile baş etme ◆ Halsizlik, yorgunluk, ağrı ve uyku problemleri	Beşinci Seans
Günlük yaşam aktiviteleri ◆ Beslenme, banyo, giyim, ibadet, kaçınılması gereken uygulamalar, acil durumlar	Beşinci Seans
Stomal ve peristomal komplikasyonlar ve önlenmesi	Beşinci seans

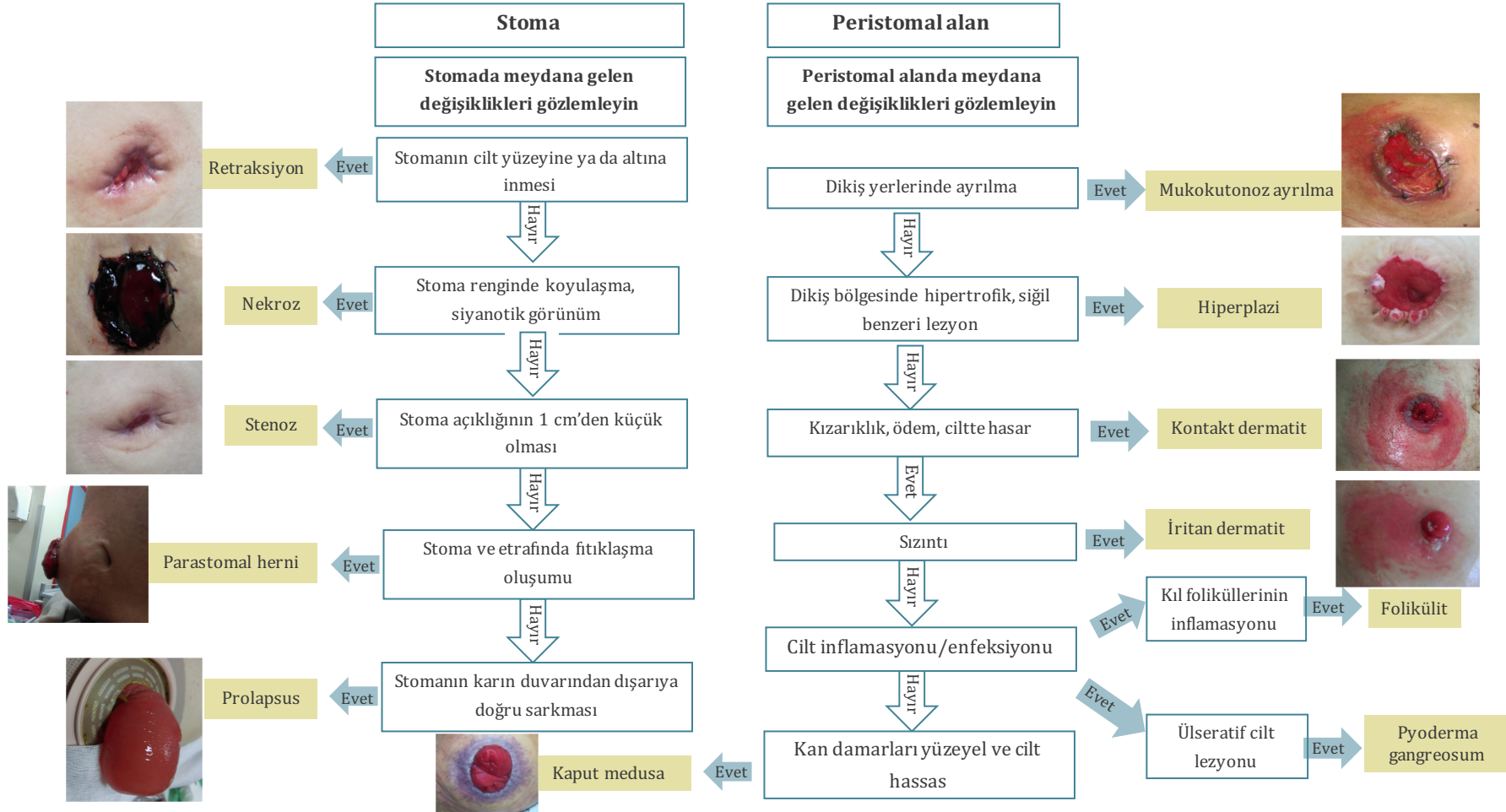
4. Adım- Komplikasyon Yönetimi

Komplikasyon Yönetimi Algoritması

Komplikasyonlar ile Baş Etme Algoritması

Stoma komplikasyonları

Size verilen kitapçıkta yer alan talimatları uygulayınız



3.4.1. Ön Uygulama

Hazırlanan Standart Stoma Bakım programının, anket formunun ve kullanılan ölçeklerin işlerliğini belirlemek amacıyla, Ege Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde 4-18 Şubat 2019 tarihleri arasında iki hastayla ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra kontrol grubuna da araştırmacı tarafından eğitim verilmesinin iç güvenirliliği artıracakı düşünülmüştür ve kontrol grubundaki hastalara hastanenin prosedürüne uygun eğitim verilmiştir. Ön uygulama yapılan kişiler örneklem dışı bırakılmıştır.

3.4.2. Uygulama

Araştırmanın uygulanmasında, ilk olarak örnekleme dâhil olma kriterlerine uygun kolorektal cerrahi geçirmesi planlanan hastalar belirlenmiştir. Ameliyat listesinden planlı kolorektal cerrahi geçiren hastalar belirlenerek girişim ve kontrol gruplarına atanmıştır. Girişim ve kontrol grupları arasında oluşabilecek kontaminasyonu önlemek amacıyla ilk olarak kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki her hastaya hasta odasında çalışmanın amacı anlatılmış, yazılı onamları alındıktan sonra “Bireysel Özellikler Tanıtım Formu” araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Çalışma tasarımı körlüğün sağlanabilmesi için her iki gruba araştırmacı tarafından eğitim verilmiş olup, hastalara hangi grupta yer aldığına dair bilgi verilmemiştir.

Girişim grubundaki bireylere, Standart Stoma Bakım Programı doğrultusunda eğitim verilmiştir. Stoma açılacak dış vaka olarak hazırlanan hastalara ameliyat sabahı, yatan hastalara ise bir önceki gün pre-operatif hazırlık yapılmıştır. Bu doğrultuda, hastaya pre-operatif eğitim verildikten sonra stoma ve yara bakım hemşiresi ile birlikte stoma bölge işaretlemesi yapılmıştır. Pre-operatif eğitim programı doğrultusunda bireyselleştirilerek yapılmıştır. Adaptör/torba sistemlerini görmek istemeyen hastalara bu kısım anlatılmamıştır. Psikolojik hazırlıkta, hastalarla güvene dayalı iletişim kurulmuş, hasta bu süreçte desteklenmiş ve post-operatif dönemde yaşamındaki değişimlere uyum sağlaması için araştırmacı tarafından destek olacağı bilgisi paylaşılmıştır.

Post-operatif birinci günde çalışma grubundaki hastalar yoğun bakımda ziyaret edilerek stomaları değerlendirilmiştir. Post-operatif ikinci günde stoma bakımı ve beceri eğitimine başlanmıştır. Post-operatif süreçte, stoma bakımı ve beceri eğitimi ile ilgili beş ayrı seansta eğitim verilmiştir. Birinci seans eğitiminde; adaptörün torba ile birlikte değişimi ve torbanın boşaltılması araştırmacı tarafından demonstrasyon yöntemi ile anlatılmış, hasta tarafından gözlenmiştir. Bu esnada adaptörün kesilmesi ve torbanın boşaltılması/ boşaltılabilir alt ucunun klemplenmesi gibi basit işlemlerin yapılması istenerek hasta eğitime dahil edilmiştir. Eğitim tamamlandıktan sonra kolostomi hastalarına “Kolostomi Rehberi”,

ileostomili hastalara “İleostomi Rehberi” eğitim kitabı verilmiştir. İkinci seans eğitiminde torbanın değiştirilmesi ve boşaltılması araştırmacı tarafından demonstrasyon yöntemiyle gösterilmiştir. Aynı seansta araştırmacı tarafından stomanın günlük bakımına yönelik eğitim verilmiştir. Üçüncü seans eğitiminde araştırmacı ile birlikte hasta/hasta yakının adaptörün torba ile birlikte değiştirilmesi işlemi gerçekleştirilmiştir. Hastanın yapamadığı beceri adımları araştırmacı tarafından tekrar anlatılarak gösterilmiştir. Aynı seansta araştırmacı tarafından fiziksel sorunlara yönelik (koku, gaz, sızıntı) eğitim verilmiştir. Dördüncü seans eğitiminde, torbanın değiştirilmesi ve boşaltılması araştırmacı denetiminde hasta/hasta yakını tarafından bağımsız olarak gerçekleştirilmiştir. Aynı seansta araştırmacı tarafından günlük yaşam aktivitelerine ve genel problemler ile baş etmeye yönelik eğitim verilmiştir. Beşinci seans eğitiminde, araştırmacı denetiminde hasta/hasta yakını tarafından adaptörün torba ile birlikte değişimi ve torbanın boşaltılması işlemleri bağımsız olarak gerçekleştirilmiştir. Bu işlemler gerçekleştirildikten sonra, kontrol grubundan farklı olarak stomal ve peristomal cilt komplikasyonlarına yönelik araştırmacı tarafından eğitim verilmiş ve “*Komplikasyon Yönetimi Algoritması*” nasıl kullanılacağına ilişkin bilgi verilmiştir. Ayrıca Yara, Ostomi, İnkontinans Hemşireleri Derneği tarafından hazırlanmış “Çift parçalı sistem, ileostomi torbasının değiştirilmesi” videosu ileostomili hastalar ile, “Tek parçalı sistem, kolostomi torbasının değiştirilmesi” isimli video ise kolostomili hastalar ile paylaşılmış ve izlemesi için önerilmiştir. Araştırmacının iletişim bilgileri paylaşılıp, komplikasyon veya problem yaşandığında ulaşılması istenmiştir. Çok bileşenli müdahale programı yalnızca stoma ile ilgili bilgi düzeyini arttırmak için tekrarlayan eğitimler ile sınırlı değildi. Ayrıca programda aile üyeleri eğitime dahil edilmiş, hastalar düzenli olarak takip edilmiş ve sorun yaşadıklarında araştırmacıya ulaşmıştır.

Peristomal cilt komplikasyonları ilk olarak post-operatif 7. günde Peristomal Cilt Aracı ile değerlendirilmiştir. Daha sonra hasta 2., 6. ve 12. haftalarda takip edilmiştir. Bu esnada araştırmacı tarafından peristomal cilt aracı ile komplikasyonlar stoma ve yara bakım hemşiresiyle birlikte değerlendirilmiş ve hastalardan Stoma Yaşam Kalitesi ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Kontrollere gelemeyen hastalardan fotoğraf istenmiştir ve problem olan hastalar stoma ve yara bakım polikliniğine çağırılmıştır.

Kontrol grubundaki hastalar araştırmacı tarafından post-operatif birinci günde yoğun bakımda ziyaret edilerek stomaları değerlendirilmiştir. Kontrol grubundaki hastalara post-operatif ikinci günden itibaren stoma bakımı beceri ve günlük yaşam aktivitelerine yönelik hastanenin prosedürüne uygun olarak verilmiştir. Stoma bakımı beceri eğitiminde adaptörün torba ile değiştirilmesi, torbanın boşaltılması ve değiştirilmesi, günlük yaşam aktiviteleri

(beslenme, banyo ve yüzme, egzersiz ve etkinlik, iş ve sosyal yaşam, seyahat, hastaneye başvurusu gereken durumlar) yer almaktadır. Hastanede stoma bölge işaretlemesi yapılmamaktadır ve pre-operatif eğitim verilmemektedir. Bu nedenle bu grupta bulunan hastalara bu uygulamalar yapılmamıştır. Peristomal komplikasyonlar ilk olarak post-operatif 7. günde Peristomal Cilt Aracı ile değerlendirilmiştir. Araştırmacının iletişim bilgileri paylaşılıp, komplikasyon veya problem yaşandığında ulaşılması istenmiştir. Daha sonra peristomal komplikasyonlar 2., 6. ve 12. haftalarda, stoma ve yara bakım hemşiresiyle birlikte araştırmacı tarafından aynı ölçüm aracıyla tekrar değerlendirilmiştir. Hastalardan ise 2., 6. ve 12. haftalarda Stoma Yaşam Kalitesi ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Formlar doldurulurken anlaşılmayan noktalar açıklanmış ve formu dolduramayan hastalar için ölçek maddeleri araştırmacı tarafından okunmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; Standart Stoma Bakım programı doğrultusunda verilen eğitim ve bakımdır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Peristomal cilt komplikasyon oranları ve stoma yaşam kalitesi puan ortalamasıdır.

Araştırmanın kontrol değişkenleri; Yaş, cinsiyet, stoma açılma nedeni, kronik hastalık, daha önce ameliyat olma durumu, eğitim durumu, meslek, medeni durum, stoma tipi, yapılan ameliyat, stoma süresi, BKİ, sigara içme durumu, stomanın açıldığı bölge ve kanama varlığıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; Bireysel Özellikler Tanıtım Formu, Peristomal Cilt Aracı ve Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanarak elde edilmiştir.

3.6.1. Bireysel Özellikler Tanıtım Formu (Ek-1)

Bireysel Özellikler Tanıtım Formu, literatür doğrultusunda (Nybæk ve ark., 2009; Parmar ve ark., 2011; Persson ve ark., 2010; Salvadalena, 2008; Salvadalena, 2013; Yara Ostomi İnkontinans Hemşireler Derneği, <https://www.yoihd.org.tr/sayfa.aspx?id=78>) araştırmacı tarafından hazırlanmış bireyin demografik, bireysel ve stomaya ait özelliklerini tanılamaya yönelik formdur. Bu form; hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, medeni durumu, BKİ, kronik hastalıkları, daha önce ameliyat olma durumu gibi demografik ve bireysel özelliklerini, ameliyat şekli ve türü, stoma türü, stoma açılma nedeni, stomanın açıldığı bölge, stomanın nemi, yüksekliği, şekli, peristomal cilt, sızıntı, kullanılan stoma ürünü, kullanılan adaptör/torba sistemi, stoma bakımını yapma durumları, ameliyat öncesi ve sonrası neo-

adjuvan tedavi gibi bireye ve stomaya ait özellikleri içeren sorulardan oluşmaktadır. Bireysel özellikler tanıtım formu post-operatif dönemde 7. günde araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Sızıntı geliştiği zaman ayrıca değerlendirilmiştir. Stoma bakımlarını yapma durumları hasta taburcu olduktan sonra düzenli takiplerde değerlendirilmiştir.

3.6.2. Peristomal Cilt Aracı (Ek-2)

Peristomal cilt aracı, farklı ülkelerden 12 stoma ve yara bakım hemşiresi, dermatolog görüşleri ve stoma ürünü geliştiren firma desteği ile birlikte oluşturulmuştur (Martins ve ark. 2008). Araçta, REK skoru ve DGI rehberinden oluşan iki bölüm bulunmaktadır. REK skoru, Renk değişikliği, Erozyon, Kontrolsüz doku büyümesi bölümlerinden, DGI rehberi ise, Değerlendirme, Girişim, İzlem bölümlerinden oluşmaktadır.

1-REK Skoru Hesaplama Rehberi:

Renk değişimi, erozyon, kontrolsüz doku büyümesi kelimelerinin baş harflerinin birleşiminden oluşan REK skoru, peristomal cildin durumunu değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Rehber değerlendirmeler arasında peristomal ciltteki değişiklikleri belirlemeye yardımcı olmaktadır. Peristomal cilt erozyon, renk ve kontrolsüz doku büyümesi kriterlerine göre değerlendirilir ve her bir kriterde etkilenen alanın büyüklüğü ve şiddetine puanlar verilerek REK skoru hesaplanır. Büyüklük için verilen en yüksek puan 3, en düşük puan 0 iken şiddet için en yüksek puan 2, en düşük puan 0'dır ve araçtan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 15'tir (Martins ve ark. 2008; The Ostomy Skin Tool 2011; Harputlu & Özsoy, 2016).

2-DGI Rehberi:

Değerlendirme, girişim, izlem kelimelerinin baş harflerinin kısaltılmasıyla oluşan DGI rehberinde, irritan dermatit, alerjik dermatit, mekanik travma, altta yatan bir hastalık ve enfeksiyon nedenli olmak üzere beş tane peristomal cilt komplikasyonu yer almaktadır. Bu rehber, peristomal cilt komplikasyonlarının genel görünümü, komplikasyonun nedeni ve hemşirelik girişimleri hakkında bilgi sağlayan üç bölümden oluşmaktadır. DGI rehberi, komplikasyon nedeni belirlenerek soruna yönelik girişimler uygulanmasını sağlar ve rehberde toplam 22 sorun 78 hemşirelik girişimi yer almaktadır.

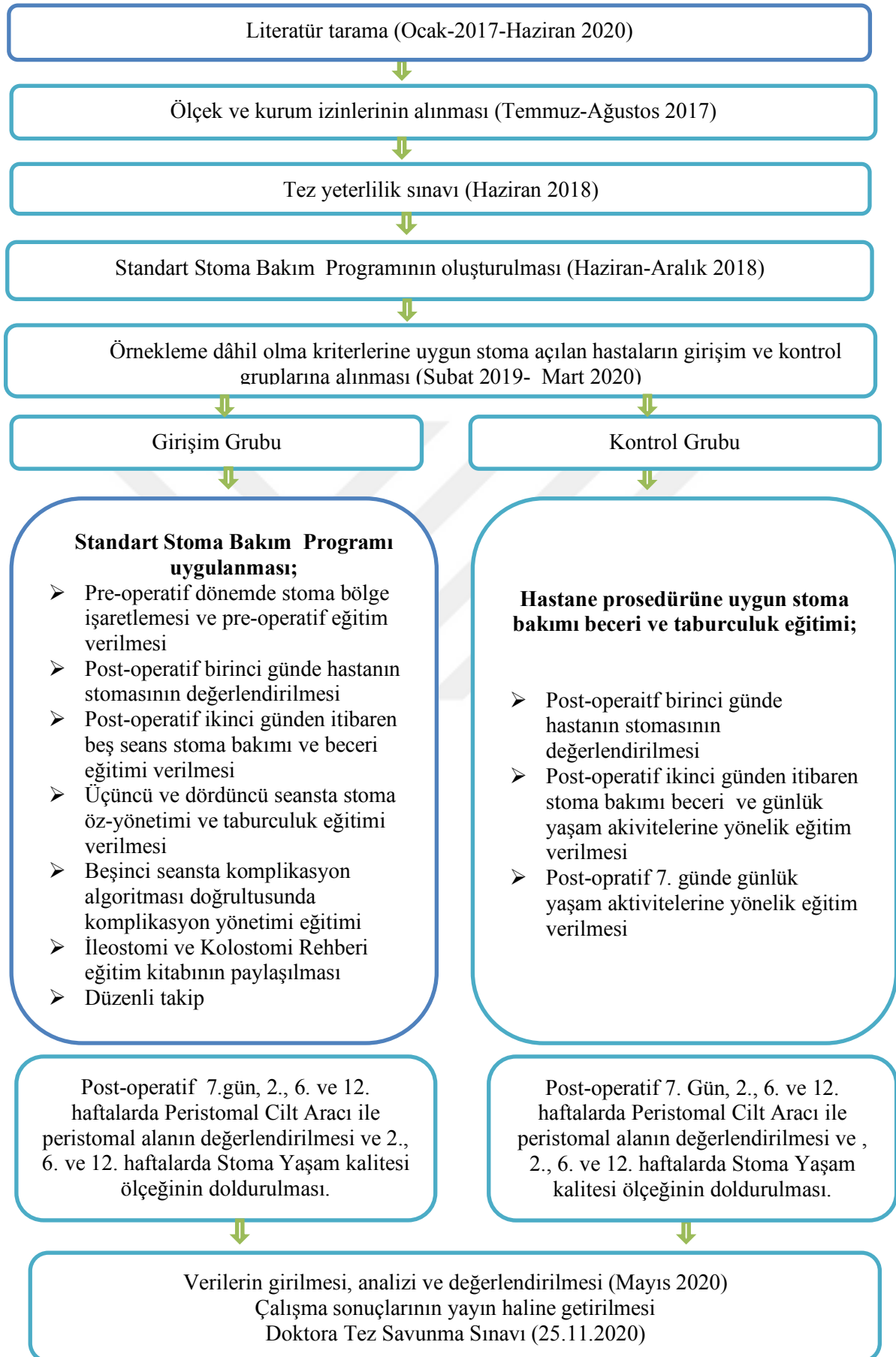
Ülkemizde aracın geçerlik ve güvenilirliği Harputlu ve Özsoy tarafından 2016 yılında yapılmıştır. Peristomal cilt aracının gözlemciler içi uyum katsayısı çok iyi düzeyde (0,83-1) ve gözlemciler arası uyum katsayısı da orta-iyi (0,51-0,77) düzeyde olarak bildirilmiştir (Harputlu & Özsoy, 2016).

3.6.3. Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-3)

Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği, stomalı bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla Baxter ve ark. (2006) tarafından oluşturulmuştur. Ölçeğin orijinal formu 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe formu, 19 maddeden oluşmaktadır ve ilk iki maddesi hariç diğer 17 madde beşli likert tipindedir. Ölçeğin ilk iki maddesi bireyin yaşamında genel memnuniyeti ile ilgilidir ve 0 ile 100 puan arasında sıfır tam memnuniyetsizliği yüz ise tam memnuniyeti gösterecek şekilde değerlendirilmektedir. Diğer maddeler üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar sosyal yaşam, cinsellik/beden imajı ve stoma fonksiyonundan oluşmaktadır. Ölçeğin puanlamasında her bir alt boyut 100 puan (0 yaşam kalitesinin kötü, 100 yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterir) üzerinden değerlendirilmektedir.

Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenirliği Karadağ ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılmış olup, cronbach alfa değeri 0.87'dir (Karadağ, Öztürk, & Çelik, 2011). Bu araştırmada hesaplanan cronbach alfa değeri 2. Hafta ölçümlerinde 0.782, 6. hafta ölçümlerinde 0.786, 12. hafta ölçümlerinde 0.881'dir.

3.7. Araştırma Planı



3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Uygulama öncesi, sırası ve sonrasında; araştırmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında SPSS 24.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli sayısal değişkenlerin normal dağılıma sahip olup olmadığı diklik çarpıklık ve histogram ile bakılmıştır. Hastaların demografik ve stomaya ait özelliklerini değerlendirmek için yüzdelik oranlar ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların demografik & stomaya ait özelliklerini ve peristomal cilt komplikasyonlarını karşılaştırmak için ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır. Peristomal cilt komplikasyonlarında zamana göre değişim olup olmadığı Cochran Q testi ile değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizler; normal dağılım olan durumlarda bağımsız gruplarda t testi, normal dağılım olmayan durumlarda MannWhitney U testi ile değerlendirilmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların 7. gün, 2., 6. ve 12. haftalarda Peristomal Cilt Aracı REK skoru puan ortalaması arasında fark olup olmadığı Friedman varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Zamana göre çıkan farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon testi uygulanmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların 2., 6. ve 12. haftalarda yaşam kalitesi puan ortalaması arasında fark olup olmadığı tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, çalışmaya sadece Türkçe konuşan hastalar dahil edilmiştir bu nedenle farklı dili konuşan hastalar için çalışma sonuçları genellenemeyebilir. İnsan gücü, zaman ve maddi kaynaklar gibi faktörler göz önünde bulundurularak, bu çalışmada aynı coğrafi alanda 3 aylık müdahale ile yalnızca 67 hastaya ulaşılmıştır. Ayrıca hastaların stoması olmadığı için, ameliyat öncesi stoma yaşam kalitesi değerlendirememiştir. Müdahale programımızda stoma açıldıktan sonra cinsel işleve yönelik özel olarak değinilmemiştir. Girişim ve kontrol grubunun birbirinden etkilenmemesi için ilk olarak kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiş ve randomizasyon sağlanamamıştır. Çalışma sadece kolorektal kanserli stomalı hastalar ile yapıldığı için inflamatuvar bağırsak hastalığı, perforasyon gibi farklı nedenle stoma açılmış ve ürotomili hastalar için genellenemez.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmacı tarafından araştırmanın amacı ve detayları anlatıldıktan sonra Gönüllü Olur Formu (Ek-4) ile hastadan, araştırmanın yürütüleceği Ege Üniversitesi Hastanesi'nden (Ek-5) ve Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek-6, Karar tarihi: 27.07.2017, Karar No:2017/19-26) ve araştırmada kullanılan Peristomal Cilt Aracına ilişkin Harputlu'dan (Ek-7), Stoma Yaşama Kalitesi ölçeğine ilişkin Karadağ'dan (Ek-8) ve videoların izletilmesi için Yara, Ostomi, İnkontinans Hemşireleri Derneği'nden (Ek-9) yazılı izin alınmıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde, kolorektal kanserli stoma cerrahisi geçiren hastalarda Standart Stoma Bakım programının peristomal cilt komplikasyonları ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular yer almaktadır.



Tablo 4.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Stomalı Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri (n=68)

Tanımlayıcı Özellik	Girişim Grubu (n=33)		Kontrol Grubu (n=35)		Toplam (n=68)		x ² , p
Yaş							
X ± SS	57.67 ± 13.28		62.43 ± 12.40		60.11 ± 12.96		t= 1.529 p= .131
	n	%	n	%	n	%	
Yaş Grupları							
54 yaş ve altı	11	33.3	10	28.6	21	30.9	X ² = .180
55 yaş ve yukarısı	22	66.7	25	71.4	47	69.1	p= .671
Cinsiyet							
Kadın	12	36.4	15	42.9	27	39.7	X ² = .299
Erkek	21	63.6	20	57.1	41	60.3	p= .584
Medeni Durum							
Bekâr	10	30.3	7	20	17	25	X ² = .962
Evli	23	69.7	28	80	51	75	p= .327
Eğitim Durumu							
Okur-yazar değil	0	0	1	2.9	1	1.5	X ² = 6.733 p= .151
Okuryazar	3	9.1	0	0	3	4.4	
İlköğretim	17	51.5	23	65.7	40	58.8	
Ortaöğretim	6	18.2	8	22.9	14	20.6	
Üniversite	7	21.2	3	8.6	10	14.7	
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	7	21.2	7	20	14	20.6	X ² = .015
Çalışmıyor	26	78.8	28	80	54	79.4	p= .902
Alışkanlıkları							
Yok	26	78.8	20	57.1	46	67.6	X ² = .5128 p= .163
Sigara	6	18.2	9	25.7	15	22.1	
Alkol	1	3	4	11.4	5	7.4	
Sigara ve alkol	0	0	2	5.7	2	2.9	
Kronik Hastalık							
Evet	16	48.5	11	31.4	27	39.7	X ² = 2.064
Hayır	17	51.5	24	68.6	41	60.3	p= .151
Düzenli İlaç Kullanma Durumu							
Evet	20	60.6	14	40	34	50	X ² = 2.885
Hayır	13	39.4	21	60	34	50	p= .089
Daha Önce Geçirilmiş Ameliyat							
Evet	20	60.6	17	48.6	37	54.4	X ² = .992
Hayır	13	39.4	18	51.4	31	45.6	p= .319
Ameliyat Öncesi Neoadjuvan Tedavi							
Evet	31	93.9	30	85.7	61	89.7	p= .429*
Hayır	2	6.1	5	14.3	7	10.3	
Toplam	33	100	35	100	68	100	

* Beklenen sayı 5'in altında olduğu için Fisher Düzeltmeli ki-kare kullanılmıştır.

Tablo 4.1’de araştırmaya dâhil edilen stomalı hastaların sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Girişim grubundaki stomalı hastaların yaş ortalaması 57.67 ± 13.28 iken, kontrol grubunda olan hastaların yaş ortalaması 62.43 ± 12.40 ’dir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede yaş değişkeni açısından iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p = .131$).

Girişim grubundaki stomalı hastaların %63.6’sı erkek, %69.7’si evli ve %21.2’si çalışmaktadır. Kontrol grubundaki bireylerin ise %57.1’i erkek, %80’i evli ve %20’si çalışmaktadır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, girişim ve kontrol grubundaki hastalarda cinsiyet ($p = .584$), medeni durum ($p = .327$) ve çalışma durumu ($p = .902$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.1 eğitim durumu ve alışkanlıklar yönünden incelendiğinde, girişim grubundaki hastaların yaklaşık yarısının (%51.5) ilköğretim mezunu olduğu, büyük çoğunluğunun (%78.8) alkol ya da sigara kullanmadığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise %65.7’si ilköğretim mezunu olan hastaların %57.1’nin sigara ya da alkol kullanmadığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, girişim ve kontrol grupları arasında eğitim durumu ($p = .151$) ve alışkanlıklar ($p = .163$) açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Girişim grubundaki stomalı hastaların %48.5’inin kronik hastalığı olduğu, %60.6’sının düzenli ilaç kullandığı ve %60.6’sının daha önce ameliyat geçirdiği belirlenirken kontrol grubundaki stomalı hastaların %31.4’ünün kronik hastalığı olduğu, %40’ının düzenli ilaç kullandığı ve %48.6’sının daha önce ameliyat geçirdiği saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, iki grup arasında kronik hastalık ($p = .151$), düzenli ilaç kullanma ($p = .089$) ve daha önce ameliyat geçirme durumları ($p = .319$) açısından fark olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Stomaya ait Tanıtıcı Özellikleri (n=68)

Tanımlayıcı Özellik	Girişim Grubu (n=33)		Kontrol Grubu (n=35)		Toplam (n=68)		X ² , p
	n	%	n	%	n	%	
Tanı							
Kolon kanseri	2	6.1	5	14.3	7	10.3	p= .429*
Rektum kanseri	31	93.9	30	85.7	61	89.7	
Stoma türü							
End kolostomi	12	36.4	13	37.1	25	36.8	X ² = 3.482 p= .323
Loop kolostomi	4	12.1	10	28.6	14	20.6	
End ileostomi	1	3.0	1	2.9	2	2.9	
Loop ileostomi	16	48.5	11	31.4	27	39.7	
Stoma bölgesi							
Sol alt kadran	12	36.4	13	37.1	25	36.8	X ² = 3.446 p= .328
Sol üst kadran	1	3	3	8.6	4	5.9	
Sağ alt kadran	17	51.5	12	34.3	29	42.6	
Sağ üst kadran	3	9.1	7	20	10	14.7	
Ameliyat türü							
Kolektomi	1	3	2	5.7	3	4.4	X ² = 5.597 p= .231
LAR	22	66.7	20	57.1	42	61.8	
APR	10	30.3	8	22.9	18	26.5	
İntestinal rezeksiyon	0	0	1	2.9	1	1.5	
Hartman	0	0	4	11.4	4	5.9	
Stoma süresi							
Geçici	20	60.6	22	62.9	42	61.8	X ² = .036 p= .849
Kalıcı	13	39.4	13	37.1	26	38.2	
Stomanın nemi							
Nemli	32	97	34	97.1	66	97.1	p= 1.000*
Kuru	1	3	1	2.9	2	2.9	
Stomanın şekli							
Yuvarlak	28	84.8	24	68.6	52	76.5	X ² = 2.501 p= .114
Oval	5	15.2	11	31.4	16	23.5	
Peristomal cilt							
Sert	7	21.2	5	14.3	12	17.6	X ² = 3.296 p=.192
Yumuşak	26	78.8	27	77.1	53	77.9	
Çok yumuşak	0	0	3	8.6	3	4.4	
Baget kullanılma durumu							
Var	20	60.6	21	60	41	60.3	X ² = .003 p= .959
Yok	13	39.4	14	40	27	39.7	
Kanama							
Var	0	0	2	5.7	2	2.9	p= .493*
Yok	33	100	33	94.3	66	97.1	
Toplam	33	100	35	100	68	100	

APR: Abdomino periaanal rezeksiyon

LAR: Low anterior rezeksiyon

* Beklenen sayı 5'in altında olduğu için Fisher Düzeltmeli ki-kare kullanılmıştır.

Tablo 4.2’de girişim ve kontrol grubundaki hastaların stomaya ait tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Tablo 4.2 incelendiğinde girişim ve kontrol grubundaki bireylerin büyük çoğunluğunun rektum kanseri tanısıyla (sırasıyla; %93.9, %85.7) ameliyat olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol gruplarında hastaların yaklaşık yarısından çoğunun Low Anterior Rezeksiyon (LAR) cerrahisi geçirdiği (sırasıyla; %66.7, %57.1) ve stoma cilde sabitlenirken baget kullanıldığı (sırasıyla; %60.6, %60) belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede girişim ve kontrol grupları arasında hastalık tanısı ($p = .429$), ameliyat türü ($p = .231$) ve baget kullanımı ($p = .959$) açısından fark olmadığı gözlenmiştir ($p > 0.05$).

Girişim grubundaki hastaların %48.5’ine loop ileostomi, %51.5’ine sağ alt kadranda ve %60.6’sına geçici olarak stoma açılmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise %31.4’üne loop ileostomi, %34.3’üne sağ alt kadranda ve %62.9’una geçici olarak stoma açılmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, iki grup arasında stoma türü ($p = .323$), süresi ($p = .849$) ve açılma bölgesi ($p = .328$) yönünden fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Girişim grubundaki hastaların %97’sinin stoması nemli, %84.8’inin stoması yuvarlak şekilli ve %78.8’inin peristomal cildi yumuşak olarak gözlenmiştir. Kontrol gruplarındaki hastaların ise %97.1’inin stomasının nemli olduğu, %68.6’sının stoması yuvarlak şekilde ve %77.1’inin peristomal cildi yumuşak olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede iki grup arasında stomanın nemi ($p = 1.000$), şekli ($p = .114$) ve peristomal cilt ($p = .192$) açısından istatistiksel olarak bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Stoma Bakımına ait Tanıtıcı Özellikleri (n=68)

Tanımlayıcı Özellik	Girişim Grubu (n=33)		Kontrol Grubu (n=35)		Toplam (n=68)		X ² , p
	n	%	N	%	n	%	
Stoma bakımı yapan							
Kendisi yapıyor	15	45.5	14	40	29	42.6	X ² = .710 p= .701
Başkası yapıyor	10	30.3	14	40	24	35.3	
Gerektiğinde yardım alıyor	8	24.2	7	20	15	22.1	
Stoma bakımını yapmaya engel durum**							
Evet	3	9.1	6	17.1	9	13.2	p= .478*
Hayır	30	90.9	29	82.9	59	86.8	
Torba adaptör sistemi							
Tek parça düz	1	3	1	2.9	2	2.9	X ² = .289 p= .865
Çift parça düz	29	87.9	32	91.4	61	89.7	
Çift parça konveks	3	9.1	2	5.7	5	7.4	
Sızıntı**							
Evet	4	12.1	12	34.3	16	23.5	X ² = 4.637 p= .031
Hayır	29	87.9	23	65.7	52	76.5	
Peristomal cilt kıvrımları							
Var	3	9.1	16	45.7	19	27.9	X ² = 11.315 p= .001
Yok	30	90.9	19	54.3	49	72.1	
Toplam	33	100	35	100	68	100	

* Beklenen sayı 5'in altında olduğu için Fisher Düzeltmeli ki-kare kullanılmıştır.

** Hasta taburcu olduktan sonra takip esnasında değerlendirilmiştir.

Tablo 4.3'te girişim ve kontrol grubundaki hastaların stoma bakımına ait tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Girişim grubundaki stomalı hastaların %45.5'i, kontrol grubundaki hastaların %40'ı stoma bakımlarını kendisi yapmaktadır. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun (sırasıyla; %90.9, %82.9) stoma bakımını yapmaya engel bir durumlarının olmadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, iki grup arasında stoma bakımını yapma durumları açısından istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir (p= .701, p= .478). Girişim ve kontrol grubundaki stomalı hastaların büyük çoğunluğunun çift parçalı düz adaptör kullandığı (sırasıyla; %87.9, %91.4) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=.865).

Tablo 4.3 peristomal cilt kıvrımları ve sızıntı açısından incelendiğinde, girişim grubundaki hastaların %9.1'inde, kontrol grubundaki hastaların ise %45.7'sinde peristomal

cilt kıvrımları bulunmaktadır. Girişim grubundaki hastaların %12.1'inde, kontrol grubundaki hastaların %34.3'ünde sızıntı olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede sızıntı ($p= .031$) ve peristomal cilt kıvrımları ($p= .001$) açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.



Tablo 4.4. Girişim ve Kontrol Gruplarında Zamana Göre Peristomal Cilt Komplikasyonları Gelişme Durumları (n=68)

Zaman			7. gün		2. hafta		6. hafta		12. hafta		
Komplikasyon	Grup	Oluşma durumu	n	%	n	%	n	%	n	%	Cochran Q (p)
Peristomal İrritan Dermatit	Girişim (n=33)	Gelişti	3	9.1	9	27.3	9	27.3	5	15.2	7.714
		Gelişmedi	30	90.9	24	72.7	24	72.7	28	84.8	(.052)
	Kontrol (n=35)	Gelişti	9	25.7	18	51.4	23	65.7	13	37.1	15.635
		Gelişmedi	26	74.3	17	48.6	12	34.3	22	62.9	(.001)
X ²			X ² = 3.230		X ² = 4.140		X ² = 10.075		X ² = 4.220		
P			p=.072		p= .042		p=.002		p=.040		
Peristomal Alerjik Dermatit	Girişim	Gelişti	0	0	0	0	2	6.1	2	6.1	6.000
		Gelişmedi	33	100	33	100	31	93.9	31	93.9	(.112)
	Kontrol	Gelişti	1	2.9	2	5.7	1	2.9	1	2.9	.692
		Gelişmedi	34	97.1	33	94.3	34	97.1	34	97.1	(.875)
P			p=1.000*		p=.493*		p=.608*		p=.608		
Mekanik Travma	Girişim (n=33)	Gelişti	0	0	3	9.1	4	12.1	1	3	6.667
		Gelişmedi	33	100	30	90.9	29	87.9	32	97	(.083)
	Kontrol (n=35)	Gelişti	1	2.9	4	11.4	6	17.1	3	8.6	6.500
		Gelişmedi	34	97.1	31	88.6	29	82.9	32	91.4	(.090)
P			p=1.000*		p=1.000*		p=.735*		p=.614*		
Caput Medusa	Girişim (n=33)	Gelişti	0	0	0	0	1	3	1	3	3.000
		Gelişmedi	33	100	33	100	32	97	32	97	(.392)
	Kontrol (n=35)	Gelişti	0	0	1	2.9	1	2.9	1	2.9	3.000
		Gelişmedi	35	100	34	97.1	34	97.1	34	97.1	(.392)
P					p=1.000*		p=1.000*		p=1.000*		
Peristomal Abse	Girişim (n=33)	Gelişti	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Gelişmedi	33	100	33	100	33	100	33	100	
	Kontrol (n=35)	Gelişti	0	0	2	5.7	2	5.7	1	2.9	4.714
		Gelişmedi	35	100	33	94.3	33	94.3	34	97.1	(.194)
P					p=.493*		p=.493*		p=1.000*		

* Beklenen sayı 5'in altında olduğu için Fisher Düzeltmeli ki-kare kullanılmıştır.

Tablo 4.4’de girişim ve kontrol grubundaki stomalı hastaların zamana göre peristomal irritan dermatit gelişme durumları yer almaktadır. Stoma açıldıktan sonra 7. gün değerlendirmelerinde, girişim grubundaki hastaların %9.1’inde kontrol grubundaki hastaların %25.7’sinde irritan dermatit geliştiği, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=.072$). Stoma açıldıktan sonra 2. hafta değerlendirmelerinde, girişim grubundaki hastaların %27.3’ünde kontrol grubundaki hastaların %51.4’ünde irritan dermatit geliştiği ve iki grup arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptanmıştır ($p=.042$). Stoma açıldıktan sonra 6. hafta değerlendirmelerinde, girişim grubundaki hastaların %27.3’ünde, kontrol grubundaki hastaların %65.7’sinde irritan dermatit geliştiği ve iki grup arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=.002$). Stoma açıldıktan sonra 12. hafta değerlendirmelerinde, girişim grubundaki hastaların %15.2’sinde, kontrol grubundaki hastaların %37.1’inde irritan dermatit geliştiği ve iki grup arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu bulunmuştur ($p=.040$).

Tablo 4.4’te girişim grubundaki hastalarda irritan dermatitin zaman içerisindeki gelişme durumları incelendiğinde, zaman içerisindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (*Cochran Q*=7.714, $p=.052$) (Grafik 1). Kontrol grubundaki hastalarda irritan dermatitin zaman içerisindeki gelişme durumları incelendiğinde, zaman içerisindeki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (*Cochran Q*=15.635, $p=.001$).

Tablo 4.4’te girişim grubundaki hastalarda alerjik dermatitin zaman içerisindeki gelişme durumları incelendiğinde, stoma açıldıktan sonra 7. gün ve 2. hafta değerlendirmelerinde alerjik dermatit gelişmediği, 6. hafta %6.1, 12. hafta %6.1 oranında geliştiği ve zaman içerisindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (*Cochran Q*=6.000, $p=.112$). Kontrol grubu hastalarında alerjik dermatitin zaman içerisindeki gelişme durumları incelendiğinde, stoma açıldıktan sonra 7. gün %2.9, 2. hafta %5.7, 6. hafta %2.9, 12. hafta %2.9 oranlarında alerjik dermatit geliştiği ve zaman içerisindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (*Cochran Q*=.692, $p=.875$). Girişim ve kontrol grupları 7. gün, 2., 6. ve 12. hafta alerjik dermatit gelişme durumlarına göre karşılaştırıldığında, iki grup arasında haftalara göre alerjik dermatit gelişmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.4’te, girişim grubundaki hastalarda mekanik travma nedenli komplikasyonun zaman içerisindeki gelişme durumları incelendiğinde, stoma açıldıktan sonra 7. gün mekanik travma nedenli komplikasyon gelişmediği, 2. hafta %9.1, 6. hafta %12.1, 12. hafta %3 oranında geliştiği ve zaman içerisindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (*Cochran Q*= 6.667, $p=.083$). Kontrol grubundaki hastalarda mekanik travma

nedenli komplikasyon gelişme durumları incelendiğinde, stoma açıldıktan sonra 7. gün (%2.9), 2. hafta (%11.4), 6. hafta (%17.1) ve 12. hafta (%8.6) değerlendirmelerinde zaman içerisindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (*Cochran Q*=6.500, $p=.090$). Girişim ve kontrol grupları 7. gün, 2., 6. ve 12. hafta mekanik travma gelişme durumları incelendiğinde, iki grup arasında haftalara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.4'te girişim grubundaki hastalarda caput medusanın zaman içerisindeki gelişme durumları incelendiğinde, stoma açıldıktan sonra 7. gün ve 2. hafta komplikasyon gelişmediği; 6. hafta %3, 12. hafta %3 oranında geliştiği ve zaman içerisindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (*Cochran Q*= 3.000, $p=.392$). Kontrol grubundaki hastalarda, caput medusanın zaman içerisindeki gelişme durumları incelendiğinde, stoma açıldıktan sonra 7. gün gelişmediği, 2. hafta %2.9, 6. hafta %2.9, 12. hafta %2.9 oranında geliştiği ve zaman içerisindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (*Cochran Q*=3.000, $p>0.05$). Girişim ve kontrol gruplarına göre stoma açıldıktan sonra 7. gün, 2., 6. ve 12. hafta caput medusa gelişme durumları incelendiğinde, iki grup arasında haftalara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.4'te girişim grubu hastalarında peristomal abse gelişme durumunun zaman içerisindeki dağılımı incelendiğinde, stoma açıldıktan sonra 7. gün, 2. hafta, 6. hafta ve 12. hafta komplikasyon gelişmediği belirlenmiştir. Kontrol grubu hastalarında peristomal absenin zaman içerisindeki gelişme durumları incelendiğinde, stoma açıldıktan sonra 7. gün %0, 2. hafta %5.7, 6. hafta %5.7 ve 12. hafta %2.9 oranında geliştiği, zaman içerisindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (*Cochran Q*=4.714, $p=.194$). Girişim ve kontrol gruplarına göre stoma açıldıktan sonra 7. gün, 2., 6. ve 12. hafta peristomal abse gelişme durumları incelendiğinde, iki grup arasında haftalara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

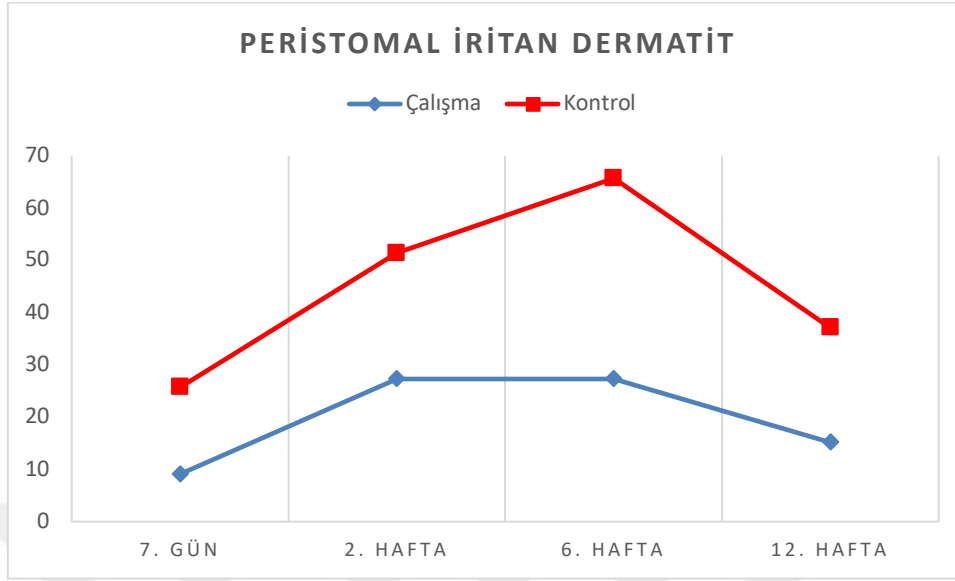
Tablo 4.4.a. Kontrol Grubundaki Hastaların Peristomal İrritan Dermatit Gelişme Durumlarının Zamana Göre İleri Analizi (n=35)

Zaman	McNemar Test p değeri
7. Gün – 2. Hafta	0.22
7. Gün – 6. Hafta	0.003*
7. Gün – 12. Hafta	.388
2. Hafta - 6. Hafta	.180
2. Hafta – 12. Hafta	.332
6. Hafta – 12. Hafta	.013

*Bonferroni düzeltmesi yapılarak değerlendirilmiştir. İkili karşılaştırmaların sayısı 6 olduğu için p değeri $0.05/6=0.008$ 'den küçük olan karşılaştırma istatistiksel olarak kabul edilmiştir.

Kontrol grubunda peristomal irritan dermatit gelişiminde zamana göre farkın hangi ölçümden kaynaklandığını değerlendirmek için ileri analiz yapılmıştır. Ölçümler ikişerli olarak Bonferroni düzeltmeli McNemar testi ile karşılaştırılmıştır. Cochran Q testindeki istatistiksel anlamlılığın 7. gün ve 6. hafta ölçümlerinde gelişen komplikasyonlardan kaynaklandığı ($p=.003$) görülmektedir (Tablo 4.4.a).

Grafik 4.1. Girişim ve Kontrol Gruplarında Zaman İçerisinde İrritan Dermatit Gelişme Durumlarının Dağılımı



Grafik 4.1.'de girişim ve kontrol grubundaki stomalı hastaların zamana göre peristomal irritan dermatit gelişme durumları yer almaktadır.

Grafiksel sunum incelendiğinde, tüm değerlendirmelerde peristomal irritan dermatit gelişme oranlarının girişim grubunda daha düşük olduğu; her iki grupta da 2. ve 6. hafta değerlendirilmelerinde peristomal irritan dermatit oranlarında artış olduğu, 12. hafta değerlendirmelerinde ise tekrar azalma olduğu belirlenmiştir (Grafik 4.1).

Tablo 4.5. Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre Peristomal Cilt Aracı REK Skoru Dağılımı (n=68)

	Girişim Gurubu (n=33)				Kontrol Grubu (n=35)				Mann Whitney U test, p
	$\bar{X} \pm SS$	Min	Max	Median	$\bar{X} \pm SS$	Min	Max	Median	
7. gün	0.45 $\pm$ 1.20	0	4	0	1.11 $\pm$ 2.04	0	8	0	U=483.000, p=.119
2. hafta	1.21 $\pm$ 1.87	0	5	0	2.28 $\pm$ 2.76	0	7	0	U=462.500, p=.113
6. hafta	1.51 $\pm$ 2.44	0	7	0	2.91 $\pm$ 2.49	0	8	3	U=384.500, p=.011
12. hafta	0.97 $\pm$ 2.01	0	8	0	1.94 $\pm$ 2.92	0	10	0	U=490.000, p=.189
Friedman test	FX ² = 7500, p=.058				FX ² = 18.252, p=.000				

Tablo 4.5’de girişim ve kontrol gruplarına göre Peristomal Cilt Aracı REK skoru dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.5 incelendiğinde girişim grubunun Peristomal Cilt Aracı REK Skoru puan ortalamaları 2. hafta, 6.hafta ve 12.hafta puan ortalamaları sırasıyla 0.45 ± 1.20 , 1.21 ± 1.87 , 1.51 ± 2.44 , 0.97 ± 2.01 ’dir. Yapılan analizde, zaman içerisindeki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($FX^2=7500$, $p=.058$). Kontrol grubunun Peristomal Cilt Aracı REK Skoru puan ortalamaları 2. hafta, 6.hafta ve 12.hafta puan ortalamaları sırasıyla 1.11 ± 2.04 , 2.28 ± 2.76 , 2.91 ± 2.49 ve 1.94 ± 2.92 olduğu ve zaman içerisindeki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($FX^2=18.252$, $p=.000$).

Grubun REK skoruna etkisi incelendiğinde, 6. hafta değerlendirmelerinde kontrol grubunun REK skorunun (2.91 ± 2.49) girişim grubuna (1.51 ± 2.44) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($U=384.500$, $p=.011$).

Tablo 4.5.a. Kontrol Grubundaki Hastaların Peristomal Cilt Aracı REK Skoru Puan Ortalamalarının Zamana Göre İleri Analizi (n=35)

Zaman	Wilcoxon test	P
7. Gün – 2. Hafta	-2.193	0.028
7. Gün – 6. Hafta	-3.377	0.001*
7. Gün – 12. Hafta	-1.357	.175
2. Hafta - 6. Hafta	-1.562	.118
2. Hafta – 12. Hafta	-.733	.464
6. Hafta – 12. Hafta	-1.745	.081

*Bonferroni düzeltmesi yapılarak değerlendirilmiştir. İkili karşılaştırmaların sayısı 6 olduğu için p değeri $0.05/6=0.008$ ’den küçük olan karşılaştırma istatistiksel olarak kabul edilmiştir.

Kontrol grubu hastalarında Peristomal Cilt Aracı REK skoru puan ortalamalarındaki zamana göre farkın hangi ölçümden kaynaklandığını değerlendirmek için ileri analiz yapılmıştır. Ölçümler ikişerli olarak wilcoxon testi ile karşılaştırılmıştır. Friedman testindeki istatistiksel anlamlılığın 7. gün ve 6. hafta ölçümlerinde gelişen komplikasyonlardan kaynaklandığı ($p=.001$) görülmektedir (Tablo 4.5a).

Tablo 4.6. Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı (n=68)

Stoma Yaşam Kalitesi ve Alboyutları	Girişim Gurubu (n=33) $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu (n=35) $\bar{X} \pm SS$	Grup etkisi F (p)	Zaman etkisi F (p)	Grup*zaman etkileşimi F (p)
Stoma Yaşam Kalitesi					
2. hafta	61.61 $\pm$ 15.83	48.46 $\pm$ 12.59			
6. hafta	71.25 $\pm$ 10.99	52.45 $\pm$ 12.28	37.619 (.000)	20.614 (.000)	2.512 (.095)
12. hafta	76.32 $\pm$ 15.10	55.75 $\pm$ 18.07			
İş ve Sosyal Yaşam					
2. hafta	60.10 $\pm$ 25.85	32.74 $\pm$ 21.42			
6. hafta	74.75 $\pm$ 15.02	43.69 $\pm$ 24.03	41.860 (.000)	19.371 (.000)	.212 (.760)
12. hafta	78.53 $\pm$ 21.07	50.36 $\pm$ 29.07			
Cinsellik/Beden İmajı					
2. hafta	49.24 $\pm$ 12.99	43.71 $\pm$ 12.45			
6. hafta	57.57 $\pm$ 15.01	45.57 $\pm$ 12.35	13.908 (.000)	12.122 (.000)	2.948 (.056)
12. hafta	62.42 $\pm$ 18.33	48.43 $\pm$ 15.13			
Stoma Fonksiyonu					
2. hafta	75.50 $\pm$ 20.83	68.93 $\pm$ 18.06			
6. hafta	81.44 $\pm$ 13.26	68.09 $\pm$ 14.95	14.974 (.000)	3.791 (.025)	4.384 (.014)
12. hafta	88.00 $\pm$ 13.25	68.45 $\pm$ 22.10			

Tablo 4.6’da girişim ve kontrol gruplarına göre stoma yaşam kalitesi ve altboyut puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.6 incelendiğinde, girişim grubunun stoma yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları 2. hafta, 6. hafta ve 12. hafta puan ortalamaları sırasıyla 61.61 ± 15.83 , 71.25 ± 10.99 , 76.32 ± 15.10 ’dur. Kontrol grubunun stoma yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları 2. hafta, 6.hafta ve 12.hafta puan ortalamaları sırasıyla 48.46 ± 12.59 , 52.45 ± 12.28 ve 55.75 ± 18.07 ’dir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede grup ($F=37.619$ $p=.000$) ve zamana ($F=20.614$ $p=.000$) göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Ancak grup*zaman etkileşimine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($F=2.512$, $p=.095$).

Stoma Yaşam Kalitesi ölçeğinin iş ve sosyal yaşam alt boyutu incelendiğinde, girişim grubunun 2. hafta, 6.hafta ve 12.hafta puan ortalamaları sırasıyla 60.10 ± 25.85 , 74.75 ± 15.02 , 78.53 ± 21.07 ’dir. Kontrol grubunun iş ve sosyal yaşam alt boyutu puan ortalamaları 2. hafta, 6. hafta ve 12. hafta puan ortalamaları sırasıyla 32.74 ± 21.42 , 43.69 ± 24.03 ve 50.36 ± 29.07 ’dir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede grup ($F= 41.860$, $p=.000$) ve zamana ($F=19.371$, $p=.000$) göre iş ve sosyal yaşam alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Ancak grup*zaman etkileşimine göre iş ve sosyal yaşam alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($F=.212$, $p=.760$).

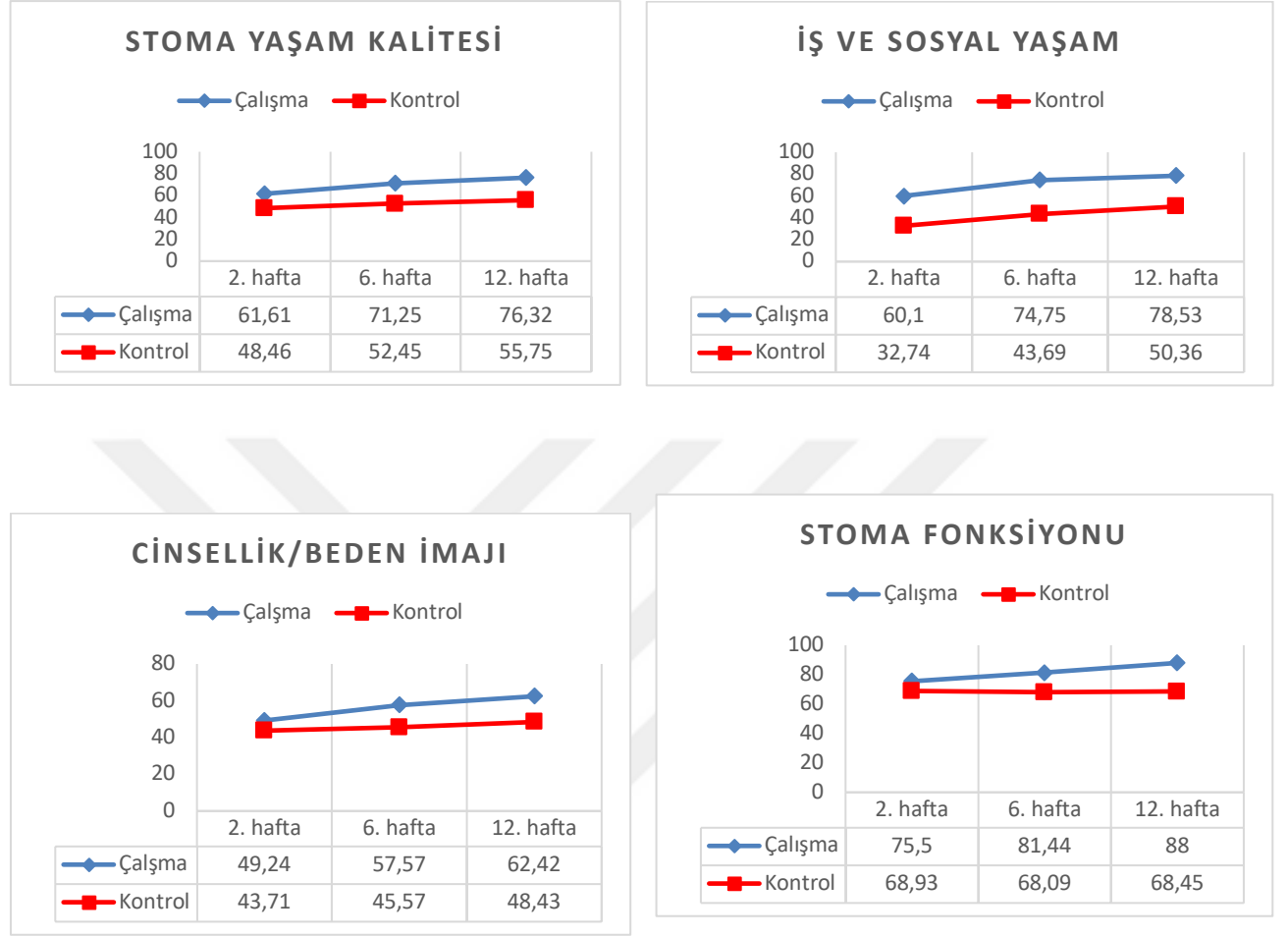
Stoma Yaşam Kalitesi ölçeğinin cinsellik/beden imajı alt boyutu incelendiğinde, 2. hafta, 6.hafta ve 12.hafta puan ortalamaları sırasıyla 49.24 ± 12.99 , 57.57 ± 15.01 , 62.42 ± 18.33 ’tür. Kontrol grubunun cinsellik/beden imajı alt boyutu puan ortalamaları 2. hafta, 6. hafta ve 12. hafta puan ortalamaları sırasıyla 43.71 ± 12.45 , 45.57 ± 12.35 ve 48.43 ± 15.13 ’dür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede grup ($F= 13.908$, $p=.000$) ve zamana ($F=12.122$, $p=.000$) göre cinsellik/beden imajı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Ancak grup*zaman etkileşimine göre cinsellik/beden imajı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($F=2.948$, $p=.056$).

Stoma Yaşam Kalitesi ölçeğinin stoma fonksiyonu alt boyutu incelendiğinde, 2. hafta, 6.hafta ve 12.hafta puan ortalamaları sırasıyla 75.50 ± 20.83 , 81.44 ± 13.26 , 88.00 ± 13.25 ’tir. Kontrol grubunun stoma fonksiyonu alt boyutu puan ortalamaları 2. hafta, 6.hafta ve 12.hafta puan ortalamaları sırasıyla 68.93 ± 18.06 , 68.09 ± 14.95 ve 68.45 ± 22.10 ’dur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede grup ($F=14.974$, $p=.000$), zaman ($F=3.791$, $p=.025$) ve

grup*zaman etkileşimine ($F=4.384$, $p=.014$) göre stoma fonksiyonu alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.



Grafik 4.2. Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Dağılımı



Grafik 4.2 de stoma yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının girişim ve kontrol grubuna göre zaman içerisindeki eğimi yer almaktadır.

Grafiksel sunum incelendiğinde, her iki grupta da yaşam kalitesinin 6. ve 12. haftalarda iyileştiği, tüm değerlendirmelerde girişim grubunun yaşam kalitesi puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Grafik 4.2).

Grafiksel sunum incelendiğinde, stoma yaşam kalitesinin iş & sosyal yaşam ve cinsellik & beden imajı alt boyut puan ortalamalarının her iki grupta zamanla iyileştiği; tüm ölçümlerde girişim grubundaki iyileşmenin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaşam kalitesinin stoma fonksiyonu alt boyutunun grafiksel sunumu incelendiğinde ise girişim grubunda 6. ve 12. haftalarda artış gözlenirken, kontrol grubunda bir değişim olmadığı belirlenmiştir (Grafik 4.2).

Tablo 4.7. Peristomal İritan Dermatit Gelişen Hastalarda Stoma Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=68)

Peristomal İritan Dermatit					
		Gelişti		Gelişmedi	
	n	± SS	n	± SS	
2. hafta SYK	27	51.45 ± 18.74	41	57.08 ± 12.95	t=1.362 p=.181
6. hafta SYK	32	56.04 ± 16.75	36	66.50 ±11.28	t=3.049 p=.003
12. hafta SYK	18	55.34 ± 14.89	50	69.47 ±19.79	t=2.757 p=.008

Tablo 4.7’de peristomal iritan dermatit gelişen hastalarda stoma yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde, peristomal iritan dermatit gelişen hastaların 2. hafta stoma yaşam kalitesi puan ortalaması 51.45 ± 18.74 iken, gelişmeyen hastaların ise 57.08 ± 12.95 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=.181$). Altıncı hafta değerlendirmelerinde, peristomal iritan dermatit gelişen hastaların stoma yaşam kalitesi puan ortalamasının (56.04 ± 16.75) gelişmeyen hastalara (66.50 ± 11.28) göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=.003$). Peritomal iritan dermatit gelişen hastaların 12. hafta stoma yaşam kalitesi puan ortalamasının (55.34 ± 14.89) gelişmeyen hastalara (69.47 ± 19.79) göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p=.008$).

5. TARTIŞMA

Stoma açılması hayat kurtaran bir cerrahi prosedür olmakla birlikte yaşamı değiştiren bir olaydır (Hoon, Chi & Hong-Gu, 2013, Salvadelana ve ark. 2020). Stoma açılması beden imajında, üriner veya fekal eliminasyonda, peristomal ciltte ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin birçok bileşeninde değişikliklere neden olmaktadır (Geng, Howell, Xu, & Yuan, 2017; Nichols, 2016, 2018). Hastaların bu değişikliklere nasıl uyum sağladıkları, stoma bakımının önemli bir yönünü oluşturmaktadır.

Standart Stoma Bakım programında bireylerin stomaya uyumu hedeflenerek (McKenna ve ark., 2016; Zhang, Xian, Yang, Zhang, & Wang, 2019) pre-operatif dönemde stoma bölge işaretlenmesi ve pre-operatif eğitim yer almıştır (Goldberg ve ark., 2018). Post-operatif dönemde stoma bakım becerilerinin öğretilmesi, günlük yaşam aktiviteleri, fiziksel ve genel sorunlar ile baş etme, komplikasyonlara yönelik eğitim verilmesi ile stoma bakım öz yönetimi ve öz-yeterlilikleri artırılması hedeflenmiştir. Çok bileşenli müdahalemizin amacı, yalnızca stoma ile ilgili bilgi düzeyini arttırmak için tekrarlayan eğitimler ile sınırlı değildi. Ayrıca çalışmamızda aile üyeleri eğitime dahil edilmiş, hastalar düzenli olarak takip edilmiş ve sorun yaşadıklarında araştırmacıya ulaşmıştır. Çalışmamızda uygulanan programının içeriği, stomalı hastaların yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan çalışmalarda yer alan müdahaleler ile tutarlılık göstermektedir (Salvadelana, Colwell, Skountrianos, & Pittman, 2020; Xu ve ark., 2018; Zhang ve ark., 2020; Zhou ve ark., 2019).

5.1. Standart Stoma Bakım Programının Persitomal Cilt Komplikasyonlarına Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Peristomal cilt komplikasyonları stoma ile yaşamanın olumsuz sonuçları olarak kabul edilmektedir (Salvadelana, 2008), komplikasyonların önlenmesi ve yönetimi uluslararası önceliğe sahiptir. Peristomal cilt komplikasyonlarının önlenmesinde çoklu müdahale programların önemli olduğu vurgulanmaktadır (Salvadelana ve ark., 2020). Sınırlı kanıtlar, stoma öz yönetimi konusundaki eğitimin bu peristomal cilt komplikasyonlarının insidansını azaltabileceğini göstermektedir (Zhou ve ark., 2019). Çalışmamızda, Standart Stoma Bakım programı doğrultusunda eğitim verilen hastalarda post-operatif 2., 6., ve 12. haftalarda kontrol grubuna göre daha az peristomal irritan dermatit görülmüştür (Tablo 4.4). Bu nedenle “Kolorektal kanserli yeni stoma açılan bireylerde Standart Stoma Bakım programının persitomal cilt komplikasyonları üzerinde etkisi vardır.” **H₁₋₁ hipotezi** kabul edilmiştir. Çalışma sonuçlarımız çok bileşenli stoma bakımı eğitiminin peristomal irritan dermatit gelişimini azalttığına yönelik sınırlı prospektif çalışma ile benzerlik göstermektedir (Harputlu

& Özsoy, 2018; Zhang ve ark., 2020; Zhou ve ark., 2019). Çalışmamızla paralel Çin’de yapılan randomize kontrollü çalışmada (n=48), hemşire liderliğinde çok bileşenli müdahale programının ve hasta takibinin ürostomili hastalarda peristomal iritan dermatit oranını azalttığını bildirilmiştir (Zhou ve ark., 2019). Ülkemizde yapılan çalışmada da (n=35) düzenli olarak yapılan ev ziyaretlerinin stomalı hastalarda peristomal iritan dermatit gelişimini azalttığı belirtilmiştir (Harputlu & Özsoy, 2018). Wang ve ark. (2018) evde bakım mobil uygulamanın stomalı hasta sonuçlarına etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmada (n=203), stoma komplikasyonlarının mobil uygulama grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu bildirmektedir.

Çalışmamızda dikkat çeken bir diğer önemli sonuç kontrol grubunda 2. ve 6. haftalarda komplikasyon görülme oranında girişim grubuna göre fazla artış görülmesi ve 12. hafta değerlendirmelerinde komplikasyon oranlarında azalma görülmesidir (Tablo 4.4, $p<0.05$). Bu durum girişim grubunda komplikasyonların erken dönemde önlenmesi ile açıklanabilir. Ayrıca kontrol grubundaki bireylerin de düzenli olarak takip edilmesi ve problemlerinin çözülmesine bağlı olarak da 12. hafta ölçümlerinde komplikasyon görülme oranında azalma söz konusu olabilir. Çalışma sonuçlarımız ile paralel Zhang ve ark. (2013) hemşire ile telefon görüşmesi alan hastaların almayan hastalara göre taburculuk sonrası 1. ve 3. aylarda stoma komplikasyonlarının anlamlı olarak daha az olduğunu göstermiştir (Zhang ve ark., 2013).

Peristomal iritan dermatitin etiyolojisi çok faktörlüdür ve temel neden, stomadan gelen drenajın (idrar ya da gaita) cilde sızması ve cildin uzun süre nemli kalmasıdır (Colwell ve ark., 2011; Gray ve ark., 2013). Hastanın yaşı, oklüzyon, travma, adaptörün ciltte kalma süresi, stomanın çapından daha geniş kesilmesi, kötü konumlandırılmış veya retrakte stoma gibi nedenler stomal drenajın peristomal cilde sızmasına katkıda bulunan faktörlerdir (Gray ve ark., 2011, 2013; Karadağ, 2016). Konu ile ilgili kanıt rehberlerinde (Goldberg ve ark., 2018; Hendren ve ark., 2015) ve meta-analiz sonuçlarında (Hsu ve ark., 2020) pre-operatif stoma bölge işaretlemesinin peristomal cilt komplikasyonlarını azaltabileceği, pre-operatif bakımının ayrılmaz ve standart bir bileşeni olabileceği vurgulanmaktadır. Ülkemizde çok merkezli ve retrospektif olarak yapılan çalışmada (n=748) pre-operatif stoma bölge işaretlemesinin stoma ve peristomal cilt komplikasyonlarını azalttığı bildirilmektedir (Baykara ve ark., 2014). Çalışmamızda Standart Stoma Bakım programı grubundaki hastaların stoma bölgesinin işaretlenmiş olması ve cilt katlantısına bağlı sızıntı probleminin girişim grubunda (n=4) kontrol grubuna (n=12) göre az görülmesi komplikasyon gelişimini azaltmış olabilir (Tablo 4.3). Ayrıca çalışmamızda hastalara algoritma doğrultusunda

komplikasyonlara yönelik eğitim verilmesi hastaların farkındalıklarını artırdığı; böylece komplikasyonların erken dönemde fark edilmesine ve önlenmesine katkı sağladığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, Standart Stoma Bakım programında yer alan hastaların peristomal cildin görsel değerlendirilmesi (renk değişikliği, erozyon ve kontrolsüz doku büyümesi [REK]) skorunun kontrol grubuna göre düşük olması (Tablo 4.5) Standart Stoma Bakım programının peristomal cilt komplikasyonlarını azaltmada başarılı olduğunu göstermektedir.

Peristomal cilt komplikasyonlarına neden olan bir diğer önemli faktör mekanik travmalardır. Mekanik travma, stoma ürünlerinin kullanımına bağlı olarak meydana gelen ciltteki değişikliklerdir. Adaptörlerin yapışkan kısımlarının ciltten ayrılırken eritem, erozyon, bül, vezikül gibi cilt bütünlüğünde bozulmaya neden olması ya da konveks adaptör veya stoma kemeri kullanılmasına bağlı olarak basınç yarısı gelişmesi gibi nedenlere bağlı olarak görülmektedir (LeBlanc ve ark., 2019; Stelton, 2019; Stelton ve ark., 2015). Mekanik travmaların prevalansı tam olarak bilinmemektedir ve klinisyenler, medikal yapıştırıcıların neden olduğu cilt yaralanmalarını araştırma ve eğitim için önemli bir alan olarak tanımlamışlardır (LeBlanc ve ark., 2019; McNichol, Lund, Rosen, & Gray, 2013). Ülkemizde düzenli ev ziyaretleri şeklinde yapılan yarı deneysel çalışmada da (n=35) mekanik travma girişim (%16.7) ve kontrol (%11.8) gruplarında düşük oranlarda bulunmuştur (Harputlu & Özsoy, 2018). Salvadalena ve ark. (2020) ostomi cilt bariyerlerinin stoma bakımı ve peristomal cilt komplikasyonlarının üzerindeki etkisini inceledikleri çok merkezli randomize kontrollü ADVOCATE çalışmasında hastaların %16.4'ünde mekanik travma geliştiğini bildirmektedir (Salvadalena ve ark., 2020). Benzer şekilde çalışmamızda hem girişim hem de kontrol grubunda 2., 6., ve 12. haftalarda düşük oranlarda mekanik travma gelişmiştir. Çalışmamızda her iki grupta da hastaların taburcu olmadan önce beceri eğitimlerini bağımsız olarak gerçekleştirmesi ve düzenli olarak takip edilmesine bağlı olarak mekanik travma oranları düşük çıkmış olabilir. Elde edilen çalışma sonuçlarımız ve literatür doğrultusunda, taburculuk planlamasından önce hastaların stoma bakımının tüm yönlerini bağımsız olarak yönetebilmesinin önemli olduğu söylenebilir.

Peristomal alerjik dermatit, peristomal cildin, adaptör veya adaptörü çevreleyen flaster, pasta, pudra gibi bakım ürünlerine verdiği alerjik yanıttır. Alerjik dermatitler ilk kullanımda görülebildiği gibi daha sonraki kullanımlarda da görülebilmektedir. Peristomal alerjik dermatitler nadir (%0.5–4.7) görülmektedir (Cressey ve ark., 2017; Herlufsen ve ark., 2006) ve çalışmamızda da hem kontrol hem girişim grubunda çok düşük bir oranda görülmüştür. Girişim grubundaki bir hastada pastaya karşı, diğer hastalarda adaptöre karşı

alerji gelişmiştir. Çalışma sonuçlarımız ile ülkemizde ev ziyaretleri şeklinde yapılan çalışma (n=35) sonuçları ile benzerlik gösterirken (Harputlu & Özsoy., 2018), Salvadalena ve ark. (2020) ABD, Kanada ve Avrupa'dan 25 farklı klinikten katılımcıların katıldığı çok merkezli randomize kontrollü (ADVOCATE) çalışmasında (n=153) hiçbir hastada alerjik dermatit görülmemiştir (Salvadalena ve ark., 2020). Ayrıca yapılan çalışmalarda çoğunlukla komplikasyonların “peristomal cilt komplikasyonları” olarak genel gruplanması ya da çoğunlukla sık görülen peristomal iritan dermatitlere yoğunlaşılmasına bağlı olarak komplikasyon oranlarını tartışmak zordur.

Altta yatan hastalığa bağlı peristomal cilt komplikasyonları arasında caput medusa (peristomal varis), psoriasis, atopatik dermatit, pyoderma gangrenosum, benign veya malign lezyonlar görülebilmektedir (Harputlu & Özsoy, 2016; Martin ve ark., 2008, Jemec ve ark., 2011). Çalışmamızda hem girişim hem de kontrol grubunda bir hastada caput medusa görülmüştür. Peristomal varisler %3-5 oranında (Pennick & Artioukh, 2013) nadir görülen bir komplikasyondur. Nitekim çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir (Harputlu & Özsoy, 2018; Salvadalena ve ark., 2020).

Enfeksiyona bağlı peristomal cilt komplikasyonları arasında pyoderma gangrenosum, peristomal abse folikülit ve mantar enfeksiyonu görülebilmektedir (Harputlu & Özsoy, 2016; Martin ve ark., 2008, Jemec ve ark., 2011). Çalışmamızda iki hastada peristomal abse gelişmiştir. Peristomal abse %2.7- 14.8 oranında görülmektedir (Kann, 2008; Park ve ark., 1999). Çalışma sonuçlarımız ve ilgili literatür doğrultusunda persitomal cilt komplikasyonlarının tedavisinde etiolojinin belirlenmesinin ve değerlendirirken standart ölçüm araçlarının kullanımının önemli olduğu çıkarımı yapılabilir.

5.2. Standart Stoma Bakım Programının Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, belirli bir hastalık durumunda fiziksel, psikolojik, sosyal, bilişsel ve manevi bileşenlerden oluşan çok boyutlu bir kavramdır (Krouse ve ark., 2007). Stomalı bireylerin zihinsel sağlık, sosyal işlev ve duygu durumları genel popülasyona göre bozulması (Nichols, 2016) ve hastaların kanser korkusuna ek olarak istemsiz bağırsak hareketleri, dışkı sızıntısı ve peristomal cilt problemlerine maruz kalması yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Nichols, 2015; Santos ve ark., 2016). Bununla birlikte, yaşam kalitesi stomaya uyum, öz yeterlilik, bireysel stoma yönetimi, psikososyal destek gibi birçok faktörden etkilenen çok bileşenli bir olgudur (Ayık ve ark., 2019; Geng ve ark., 2017; Su ve ark., 2016). Bu nedenle yeni stoma açılan hastaların taburcu olmadan önce günlük

yaşamlarına dönmelerini sağlayacak becerileri öğrenmeleri son derece önemlidir. Bununla birlikte uzun vadeli psikolojik destek, tedavi ve bakım klinisyenlerin odak noktası olmalıdır.

Çok yönlü müdahalelerin olduğu çalışmamızda, stoma açıldıktan sonra 2., 6. ve 12. haftalarda Standart Stoma Bakım programında yer alan hastaların kontrol grubundaki hastalara göre yaşam kalitesi daha yüksektir (Tablo 4.6, $p<0.01$). Bunun sonucunda “Kolorektal kanserli yeni stoma açılan bireylerde, Standart Stoma Bakım programının yaşam kalitesi üzerinde etkisi vardır.” **H₁₋₂ hipotezi** kabul edilmiştir. Nitekim çalışma bulgularımızı Amerika (Krouse ve ark., 2016), Çin (Zhang ve ark., 2020; Zhou ve ark., 2019), Danimarka (Danielsen & Rosenberg, 2014) ve ülkemizde (Harputlu & Özsoy, 2018) yapılan çalışmalar da desteklemektedir. Zhang ve ark. (2020) kolorektal kanserli kalıcı stoması olan hastalarla yaptıkları randomize kontrollü çalışmasında (n=108) "Doğru Zamanlama" ya dayalı hastane-aile bütüncül bakım modelinin psikolojik dayanıklılığı, öz bakım yeteneğini ve yaşam kalitesini etkili bir şekilde artırdığını, komplikasyonları azalttığını ve kalıcı stomalı hastaların sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini bildirmektedir (Zhang ve ark., 2020). Krouse ve ark. (2016) kronik bakım modeline dayalı stoma özyönetim programının etkisini değerlendirdikleri tek gruplu yarı deneysel çalışmasında (n= 38) stomalı hastaların öz yeterliliklerini, yaşam kalitesini, fiziksel ve sosyal iyiliklerini arttığını bildirmektedir (Krouse ve ark., 2016). Ancak, Lim ve ark. (2019) Singapur’da yaptıkları randomize kontrollü çalışmada (n=53) STOMA psiko-sosyal müdahale programının stomaya uyumu artırdığını fakat yaşam kalitesinde bir iyileşme olmadığını bildirmektedir (Lim, Chan, Chow, ve ark., 2019). Çalışma sonuçlarındaki farklılık Lim ve arkadaşlarının psikososyal boyuta odaklanmaları, sadece postoperatif dönemde girişim yapılmış olması ve örneklem büyüklüğünün daha küçük olması ile açıklanabilir.

Stomalı hastaların stomaya uyumlarını ve yaşam kalitesini artırmada stoma öz yönetimini gerçekleştirmeleri önemli bir yer tutmaktadır. Wen ve ark. (2019) randomize kontrollü çalışmasında (n=92) transteorik model ile oluşturdukları hasta merkezli, erişilebilir yardım ve dinamik eğitim sağlayan müdahale programının, stomalı hastaların öz yönetim davranışları üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Wen ve ark., 2019). Xu ve ark. (2018) da randomize kontrollü çalışmasında (n=48) üç ay boyunca uyguladıkları öz yeterlilik programının yaşam kalitesinin stoma fonksiyonunu artırdığını bildirmektedir (Xu ve ark., 2018). Benzer şekilde çalışmamızda da yaşam kalitesinin stoma fonksiyonu ve iş/sosyal yaşam alt boyutlarında görülen iyileşme (Tablo 4.6) bakım becerilerinin öğretilmesi, günlük yaşam aktiviteleri ve karşılaşılabilecekleri sorunları içeren taburculuk eğitimi ile stoma öz yönetiminin sağlanması ile açıklanabilir. Çalışmamızda peri-operatif dönemde yüz yüze

bireysel eğitimler verilmesi, çözümü bulmayı kolaylaştıran görsel algoritmaların kullanılması ve programda yer alan eğitim konularını pekiştirmek ve özetlemek için geliştirilen eğitim kitapçığının olması yaşam kalitesinin artmasında önemli rol oynamış olabilir. Aynı zamanda, çalışmamızda hasta ile birlikte aile üyelerine de stoma bakımının öğretilmesi sosyal destek sistemlerinin kurulmasını sağlayarak ve aile iletişimini güçlendirerek yaşam kalitesini artırmış olabilir. Çalışma sonuçlarımız ve ilgili literatür doğrultusunda, stomalı hastaların ve yakınlarının yazılı ve görsel materyallerin yer aldığı eğitim programlarına dahil edilmesi yaşam kalitesinin artırılmasında önemli olduğu söylenebilir.

Kolorektal kanserli hastalarda kanser tanısı ve stoma açılması ile ilgili belirsizlik en önemli endişelerden biridir ve hastalar endişelerinin en çok ameliyat öncesi dönemde baskın olduğu bildirilmektedir (Carlsson, Berndtsson, Hallén, Lindholm, & Persson, 2010; Lim ve ark., 2014). Hastalar için ameliyat öncesi dönemde stomanın nasıl görüldüğünü bilmesi, tartışabilmesi ve aile üyelerinin katılımıyla stoma torbalarına dokunması önemli kilometre taşlarından biridir (Goldberg ve ark., 2018; Harris, Kelly, & Parise, 2020; Prinz ve ark., 2015). İlgili literatür doğrultusunda, çalışmamızda ameliyat öncesi dönemde pre-operatif stoma bölge işaretlemesi yapılması ve pre-operatif eğitim verilmesinin erken dönemde zihinsel hazırlık sağladığı ve hastaların endişelerini azaltarak yaşam kalitesinin artmasına neden olduğu düşünülmektedir. McKenna ve ark. (2016) Amerika’da yaptıkları yarı deneysel kohort çalışmasında (n=59) stoma bölgesi işaretlenen hastaların yaşam kalitesinin işaretlenmeyen hastalara göre daha yüksek olduğunu bildirmektedir (McKenna ve ark., 2016). Ülkemizde yapılmış yarı deneysel çalışmada (n=60) da stoma bölge işaretlemesi yapılan hastaların yapılmayan hastalara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Karaveli Çakır & Özbayır., 2018).

Çalışmamızdan elde edilen bir diğer önemli sonuç stoma açıldıktan sonra üç aylık zaman diliminde her iki gruptaki katılımcıların yaşam kalitesinde artış olmasıdır (Grafik 4.2). Nitekim çalışma bulgularımız literatürde yer alan çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir (Wen ve ark., 2019). Konu ile ilgili çalışmalar stomalı hastaların üç altı ay içerisinde stomaya uyum sağladıklarını ve yaşam kalitesini artırdığını bildirmektedir (Carlsson, Berndtsson, Hallén, Lindholm, & Persson, 2010). Bu durum, yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğunu ve gelişmek için zamana ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Bununla birlikte çalışma süresince kontrol grubundaki hastaların da düzenli takip edilmesi ve araştırmacıya hastaların telefon ile ulaşabilmesi her iki grupta da yaşam kalitesindeki artışa neden olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar kolorektal kanserli stomalı hastalarda telefon takiplerinin moral verdiğini ve izolasyon duygusuyla daha iyi başa çıktıklarını

vurgulamaktadır (Beaver ve ark., 2010; Zhang, Wong, You ve Zheng , 2012; Zheng, Zhang, Qin, Fang ve Wu, 2013). Lim ve ark. (2018) yaşam kalitesini artırmaya yönelik STOMA psiko-sosyal programın etkisinin incelendiği kalitatif çalışmada (n=13) stomalı hastalar, telefonla yapılan takibin kendilerine bakıldığını hissettirdiğini, telefonda sorulan soruların şüphelerini azalttığını, genel moral düzeylerini ve başa çıkma becerilerini geliştirdiğini bildirmektedir. Aynı çalışmada katılımcılar telefon ile takip çağrılarının, bireysel yüz yüze yapılan oturumların ve eğitim kitapçığının birbirlerini tamamladıkları ve gerekli olduğunu vurgulamaktadır (Lim, Chan, Lai, & He, 2019).

Çalışmamızda peristomal cilt komplikasyonları gelişen hastaların gelişmeyen hastalara göre yaşam kalitesi daha düşüktür (Tablo 4.7). Nichols (2018) kesitsel çalışmasında (n= 2329) peristomal cilt komplikasyonları olan hastaların sosyal etkileşimlerinin ve refahlarının olumsuz etkilendiğini bildirmektedir (Nichols, 2018). Ayrıca peristomal alanda oluşan komplikasyonlar hastaların ağrı duymasına ve torba-adaptör sistemini sürdürmede zorlanmalarına neden olarak günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (Maydick-Youngberg, 2017; Nichols, 2018; Nichols ve ark., 2019; Pittman ve ark., 2008). Bu nedenle çalışmamızda Stoma Bakım Standardı grubunda yer alan hastalarda daha düşük oranlarda peristomal cilt komplikasyonları görülmesi yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre daha yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

Stomalı tüm hastalar, günlük stoma bakım ihtiyaçlarını ve ortaya çıkabilecek sorunları nasıl belirleyip yönetecekleri konusunda bilgi almayı ve yeterli bilgiye sahip sağlık uzmanları tarafından bakılmayı hak eder. Hemşireler hastaların bakım ihtiyaçlarını değerlendirmek, stomaya uyumu ve ameliyat sonrası günlük yaşama dönmelerini sağlamak açısından önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçların hemşirelik bakımında kullanılması stomalı hastalarda görülen peristomal cilt komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması açısından önem taşımaktadır. Stoma Öz-bakım programı, geleneksel hasta eğitimini tamamlayabilir, hastaların stoma bakımı yeterliliğine ulaşmasını sağlayabilir ve hasta sonuçlarını iyileştirmek amacıyla standart bir araç olarak kullanılabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Kolorektal kanserli stomalı hastalarda çok bileşenli Standart Stoma Bakım programının peristomal cilt komplikasyonlarını azalttığı ve stoma yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır.

- Çalışmamızda Standart Stoma Bakım programında yer alan hastalarda stoma açıldıktan sonra 2., 6., ve 12. haftalarda kontrol grubuna göre daha az peristomal iritan dermatit görülmüştür ($p<0.05$). Ayrıca, kontrol grubunda en fazla 2. ve 6. hafta değerlendirmelerinde peristomal iritan dermatit gelişmiştir.
- Girişim grubunun Peristomal Cilt Aracı REK Skoru puan ortalamalarının 7. Gün, 2. hafta, 6. hafta ve 12.hafta ölçümlerinde düşük olduğu ve zaman içerisindeki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Kontrol grubunun Peristomal Cilt Aracı REK skoru puan ortalmalarının 2. ve 6. hafta değerlendirilmelerinde artış olduğu, 12. hafta değerlendirmelerinde ise tekrar azalma olduğu ve zaman içerisindeki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- Grubun REK skoruna etkisi incelendiğinde, 6. hafta değerlendirmelerinde kontrol grubunun REK skorunun girişim grubuna göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- Çalışmamızda girişim ve kontrol gruplarında 2., 6., ve 12. haftalarda mekanik travma, alerjik iritan dermatit, caput medusa ve peristomal abse açısından fark olmadığı ($p>0.05$) ve her iki grupta da düşük oranlarda geliştiği saptanmıştır.
- Çalışmamızda her iki grupta yer alan hastalarda zaman içerisinde (2., 6., ve 12. haftalarda) yaşam kalitesinde artma olduğu, ancak girişim grubundaki yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde daha fazla arttığı bulunmuştur ($p<0.05$).

Öneriler;

- Hastaların ameliyat öncesi dönemden ameliyat sonrası döneme sorunsuz bir iyileşme sağlamak ve oluşabilecek peristomal cilt komplikasyonlarını önlemek için oluşturduğumuz Standart Stoma Bakım programının klinik ortamlarda rutin bakıma entegre edilmesi,
- Kolorektal kanserli stoma açılacak bireylerin ameliyat öncesi dönemde stoma bölgesinin işaretlenmesi ve preoperatif danışmanlık verilmesi,
- Stoma bakımı öğretilirken stoma ve peristomal cilt komplikasyonlara yönelik algoritma doğrultusunda eğitim verilmesi,

- Standart stoma bakım programının diğer hasta sonuçları üzerinde etkisini belirlemek için çalışmanın farklı örneklem gruplarında ve geniş popülasyonda tekrarlanması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Agarwal S, Ehrlich A. Stoma dermatitis: Prevalent but often overlooked. *Dermatitis*. 2010;21(3):138-147. doi:10.2310/6620.2010.09103
2. 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):392-397. doi:10.1097/WON.0000000000000237
3. Akgün E, Yoldaş T. Intestinal stoma. *Turkish Journal of Colorectal Disease*, 22(4), 133-146.
4. Altuntas YE, Kement M, Gezen C, ve ark. The role of group education on quality of life in patients with a stoma. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2012;21(6):776-781. doi:10.1111/j.1365-2354.2012.01360.x
5. Alvey B, & Beck DE. Peristomal dermatology. *Clin Colon Rectal Surg*. 2008; 21(1), 41–44. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1055320>
6. American College of Surgeons. Ostomy Home Skill Kit. What is a colostomy or ileostomy? 2016. <https://www.facs.org/education/patient-education/skillsprograms/%0Dostomy-program/adult-ostomy>.
7. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut*. 2017;66(4):683-691. doi:10.1136/gutjnl-2015-310912
8. Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, ve ark. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management. *Color Dis*. 2003;5(1):49-52. doi:10.1046/j.1463-1318.2003.00403.x
9. Association of Stoma Care Nurses U. National Clinical Guidelines. 2215 Constitution Avenue, NW, Washington, DC 20037-2985: The American Pharmacists Association; 2016.
10. Ayaz-Alkaya S. Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. *Int Wound J*. 2019;16(1):243–9.
11. Ayik C, Özden D, Cenan D. Relationships among spiritual well-being, adjustment, and quality of life in patients with a stoma: A Cross-sectional, Descriptive Study. *Wound Manag Prev*. 2019;65(5):40-47. doi:10.25270/wmp.2019.5.4047
12. Ayik C, Özden D, Cenan D. Ostomy complications, risk factors, and applied nursing care: A Retrospective, Descriptive Study. *Wound Manag Prev*. 2020;66(9), 20–30. <https://doi.org/10.25270/wmp.2020.9.2030>

13. Bailey CE, Hu CY, You YN, ve ark. Increasing disparities in the age-related incidences of colon and rectal cancers in the United States, 1975-2010. *JAMA Surg.* 2015;150(1):17-22. doi:10.1001/jamasurg.2014.1756
14. Baker M, Greening L. Practical management to reduce and treat complications of high-output stomas. *Gastrointest Nurs.* 2009;7(6):10-17. doi:10.12968/gasn.2009.7.6.43344
15. Baldwin CM, Grant M, Wendel C, ve ark. Influence of intestinal stoma on spiritual quality of life of U.S. veterans. *J Holist Nurs.* 2008;26(3):185-199. doi:10.1177/0898010108315185
16. Bare K, Drain J, Timko-Progar M, ve ark. Implementation of an evidence-based and content validated standardized ostomy algorithm tool in home care. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2017;44(3):262-266. doi:10.1097/WON.0000000000000319
17. Bateman SD, Roberts S. Moisture lesions and associated pressure ulcers: Getting the dressing regimen right. *Wounds UK.* 2013;9(2):97-102
18. 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):205-212. doi:10.1007/s10350-005-0275-6
19. Baykara ZG, Demir SG, Karadag A, ve ark. A Multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal Complications. *Ostomy Wound Manag.* 2014;60(5):16-26.
20. Baykara ZG, Leventoğlu S, Menteş B. Stoması Kapatılan Bireylerin İlk Barsak Boşaltımına İlişkin Duygu ve Düşünceleri Bir Pilot Çalışma. *Kolon Rektum Hast Derg* 2007;17:76-81
21. Bednarski BK, Slack MDRS, Katz MSM, ve ark. Assessment of ileostomy output using telemedicine. *Dis Colon Rectum.* 2018; 61 (1):77-83. doi:10.1097/DCR.0000000000000945
22. Beitz JM, Colwell JC. Stomal and peristomal complications: Prioritizing management approaches in adults. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2014;41(5):445-454. doi:10.1097/WON.0000000000000052
23. Beitz JM, Colwell JC. Management approaches to stomal and peristomal complications: a narrative descriptive study. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2016;43(3):263-268. doi:10.1097/WON.0000000000000215
24. Beitz JM, Gerlach MA, Schafer V. Construct validation of an interactive digital algorithm for ostomy care. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2014a;41(1):49-54. doi:10.1097/01.WON.0000438016.75487.cc

25. Beitz JM, Gerlach M, Ginsburg P, ve ark. Content validation of a standardized algorithm for ostomy care. *Ostomy Wound Manag.* 2010;56(10):22-38.
26. Bladder & Bowel Community. What is a stoma? <http://whhttps://www.bladderandbowel.org/bowel/stoma/what-is-a-stoma/>. Published 2019. Accessed April 16, 2020.
27. Botteri E, Iodice S, Bagnardi V, Raimondi S, Lowenfels AB, Maisonneuve P. Smoking and colorectal cancer: a meta-analysis. *JAMA.* 2008;300(23):2765-2778. doi:10.1001/jama.2008.839
28. Boyles A, Hunt S. Care and management of a stoma: maintaining peristomal skin health. *Br J Nurs.* 2016;25(17):S14-S21.
29. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492
30. Bulkley JE, McMullen CK, Grant M, Wendel C, Hornbrook MC, Krouse RS. Ongoing ostomy self-care challenges of long-term rectal cancer survivors. *Support Care Cancer.* 2018;26(11):3933-3939. doi:10.1007/s00520-018-4268-0
31. Bulkley J, McMullen C, Hornbrook M, ve ark. Spiritual well-being in long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Psychooncology.* 2013;22(11):2513-2521. doi:10.1002/pon.3318.
32. Burch J. Peristomal skin care: The essentials of good care. *Br J Nurs.* 2011a;20(4):208. doi:10.12968/bjon.2011.20.4.208
33. Burch J. Peristomal skin care and the use of accessories to promote skin health. *Br J Nurs.* 2011b;20(Sup3):S4-S10. doi:10.12968/bjon.2011.20.Sup3.S4
34. Burch J. Care of patients with peristomal skin complications. *Nurs Stand.* 2014;28(37):51-57. doi:10.12968/bjhc.2014.20.6.264
35. Burch J. Exploring quality of life for stoma patients living in the community. *Br J Community Nurs.* 2016;21(8):378-382. doi:10.12968/bjcn.2016.21.8.378
36. Burch J. Care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. *Nurs Stand.* 2017a;31(41):40-45. doi:10.7748/ns.2017.e10177
37. Burch J. Complications of stomas: Their aetiology and management. *Br J Community Nurs.* 2017b;22(8): 380–383. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.8.380>
38. Burch J. Preoperative care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. *Nurs Stand.* 2017c;31(36):40-43. doi:10.7748/ns.2017.e10161

39. Burch J, Sica J. Common peristomal skin problems and potential treatment options. *Br J Nurs.* 2008;17(17).
40. Büyükdoğan M. Kolorektal kanserde genetik ve etyolojik faktörler. *Selçuk Tıp Derg.* 2009;25(3):171-180
41. Cai S, Li Y, Ding Y, Chen K, Jin M. Alcohol drinking and the risk of colorectal cancer death: A meta-analysis. *Eur J Cancer Prev.* 2014;23(6):532-539. doi:10.1097/CEJ.0000000000000076
42. Carlsson E, Berndtsson I, Hallén AM, Lindholm E, Persson E. Concerns and quality of life before surgery and during the recovery period in patients with rectal cancer and an ostomy. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2010;37(6):654-661. doi:10.1097/WON.0b013e3181f90f0c
43. Carlsson E, Fingren J, Hallén A-M, Petersén C, Lindholm E. The prevalence of ostomy-related complications 1 year after ostomy surgery: A Prospective, descriptive, clinical study. *Ostomy Wound Manag.* 2016;62(10):34-48.
44. 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):63-68. doi:10.1097/WON.0000000000000271
45. Chandler P. Preventing and treating peristomal skin conditions in stoma patients. *Br J Community Nurs.* 2015;20(8):386-388. doi:10.12968/bjcn.2015.20.8.386
46. Chaudhri S, Brown L, Hassan I, Horgan AF. Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: A randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum.* 2005;48(3):504-509. doi:10.1007/s10350-004-0897-0
47. Colostomy UK. Comprehensive information for ostomates. 2019. <http://www.colostomyuk.org/information/> (accessed 27 February 2019)
48. Colwell JC, Beitz J. Survey of wound, ostomy and continence (WOC) nurse clinicians on stomal and peristomal complications: a content validation study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007;34(1):57-69. doi:10.1097/00152192-200701000-00010
49. Colwell JC, McNichol L, Boarini J. North America Wound, Ostomy, and Continence and Enterostomal Therapy Nurses current ostomy care practice related to peristomal skin issues. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2017;44(3):257-261. doi:10.1097/WON.0000000000000324
50. Colwell JC, Ratliff CR, Goldberg M, ve ark. MASD Part 3: Peristomal moisture-associated dermatitis and periwound moisture-associated dermatitis: A consensus. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2011;38(5):541-553. doi:10.1097/WON.0b013e31822acd95

51. Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Color Dis.* 2007;9(9):834-838. doi:10.1111/j.1463-1318.2007.01213.x
52. Craven RF, Hirnle C, Jensen S, eds. (2013). *Hemşirelik Esasları: İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları*. Uysal N, Çakırcalı E, çeviri editörleri. 7. Baskı. Ankara: Palme Yayıncılık; 2015.
53. Cressey BD, Belum VR, Scheinman P, ve ark. Stoma care products represent a common and previously underreported source of peristomal contact dermatitis. *Contact Dermatitis.* 2017;76(1):27-33. doi:10.1111/cod.12678
54. Cronin E. Dermatological care for stoma patients. *NRC Journal.* 2008;10(8):382–386. <https://doi.org/10.12968/nrec.2008.10.8.30628>
55. Cronin E. What the patient needs to know before stoma siting: an overview. *Br J Nurs.* 2012;21(22):1234-1237. doi:10.12968/bjon.2012.21.22.1234
56. Cronin E. Dietary advice for patients with a stoma. *Gastrointest Nurs.* 2013;11(3):14-24. doi:10.12968/gasn.2013.11.3.14
57. Czene K, Lichtenstein P, Hemminki K. Environmental and heritable causes of cancer among 9.6 million individuals in the Swedish Family-Cancer Database. *Int J Cancer.* 2002;99(2):260-266. doi:10.1002/ijc.10332
58. Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ. Quality of life in ostomy patients: A qualitative study. *Patient Prefer Adherence.* 2011;5:1-5. doi:10.2147/PPA.S14508
59. Danielsen AK, Rosenberg J. Health related quality of life may increase when patients with a stoma attend patient education a case-control study. *PLoS One.* 2014;9(3):1-6. doi:10.1371/journal.pone.0090354
60. Danielsen AK, Soerensen EE, Burcharth K, Rosenberg J. Learning to live with a permanent intestinal ostomy: Impact on everyday life and educational needs. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2013;40(4):407-412. doi:10.1097/WON.0b013e3182987e0e
61. de Miguel Velasco M, Jiménez Escovar F, Parajó Calvo A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto [Current status of the prevention and treatment of stoma complications. A narrative review]. *Cir Esp.* 2014;92(3):149-156. doi:10.1016/j.ciresp.2013.09.011
62. Deborah N, Pare T, Keenan E, Marcet BSNK, Tizio BSS, Poylin V. Ileostomy pathway virtually eliminates readmissions for dehydration in new ostomates. *Dis Colon Rectum.* 2012;12:1266-1272. doi:10.1097/DCR.0b013e31827080c1

63. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. *Lancet*. 2019;394(10207):1467-1480. doi:10.1016/S0140-6736(19)32319-0
64. Elham H, Hazrati M, Momennasab M, Sareh K. The Effect of need-based spiritual/religious intervention on spiritual well-being and anxiety of elderly people. *Holist Nurs Pract*. 2015;29(3):136-143. doi:10.1097/HNP.0000000000000083
65. Erwin-Toth P, Thompson SJ, Davis JS. Factors impacting the quality of life of people with an ostomy in North America: Results from the dialogue study. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2012;39(4):417-422. doi:10.1097/WON.0b013e318259c441
66. Faury S, Koleck M, Foucaud J, M'Bailara K, Quintard B. Patient education interventions for colorectal cancer patients with stoma: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2017;100(10):1807-1819. doi:10.1016/j.pec.2017.05.034
67. Fish DR, Mancuso CA, Garcia-Aguilar JE, et al. Readmission after ileostomy creation. *Ann Surg*. 2017;265(2):379-387. doi:10.1097/SLA.0000000000001683
68. Forsmo HM, Pfeffer F, Rasdal A, Sintonen H, Körner H, Erichsen C. Pre- and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery. *Int J Surg*. 2016;36:121-126. doi:10.1016/j.ijsu.2016.10.031
69. Geng Z, Howell D, Xu H, Yuan C. Quality of life in chinese persons living with an ostomy: a multisite cross-sectional study. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2017;44(3):249-256. doi:10.1097/WON.0000000000000323
70. Goldberg M, Aukett LK, Carmel J, Fellows J, Pittman J. Management of the patient with a fecal ostomy: best practice guideline for clinicians. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2010;37(6):596-598. doi:10.1097/WON.0b013e3181f97e37
71. Goldberg M, Colwell J, Burns S, et al. WOCN Society Clinical Guideline: Management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy —An Executive summary. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2018;45(1):50-58. doi:10.1097/WON.0000000000000396
72. Goodey A, Colman S. Safe management of ileostomates with high-output stomas. *Br J Nurs*. 2016;25(22):S4-S9. doi:10.12968/bjon.2016.25.22.S4
73. 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):70-78. doi:10.1007/s13187-012-0433-1

74. Gray M, Black JM, Baharestani MM, ve ark. Moisture-associated skin damage: Overview and pathophysiology. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2011;38(3):233-241. doi:10.1097/WON.0b013e318215f798
75. Gray M, Colwell JC, Doughty D, ve ark. Peristomal moisture-associated skin damage in adults with fecal ostomies: a comprehensive review and consensus. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2013;40(4):389-399. doi:10.1097/WON.0b013e3182944340
76. Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, ve ark. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. *World J Surg.* 2013;37(2):259-284. doi:10.1007/s00268-012-1772-0
77. Hadi A, Lebwohl M. Clinical features of pyoderma gangrenosum and current diagnostic trends. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64(5):950-954.e2. doi:10.1016/j.jaad.2010.01.049
78. Hahler B. An overview of dermatological conditions commonly associated with the obese patient. *Ostomy Wound Manage.* 2006;52(6):34-47
79. Hampton S, Stephen-Haynes J. Skin maceration: assessment, prevention and treatment. In: White RJ (ed) *Skin care in wound management: Assessment, prevention and treatment.* Wounds UK publishing, Aberdeen: 2005; 87-106
80. Harputlu D, Özsoy SA. Stoma çevresi cilt komplikasyonlarının tanılanmasında bir araç : Peristomal Cilt Aracı. *Florence Nightingale Journal of Nursing.* 2016;24(1): 38-48.
81. Harputlu D, Özsoy SA. A Prospective, experimental study to assess the effectiveness of home care nursing on the healing of peristomal skin complications and quality of life. *Ostomy Wound Manag.* 2018;64(10):18-30. doi:10.25270/owm.2018.10.1830
82. Harris MS, Kelly K, Parise C. Does Preoperative ostomy education decrease anxiety in the new ostomy patient ? A quantitative comparison cohort study. *J Wound Ostomy Cont Nurs.* 2020;47(2):137-139. doi:10.1097/WON.0000000000000623
83. Hendren S, Hammond K, Glasgow SC, ve ark. Clinical practice guidelines for ostomy surgery. *Dis Colon Rectum.* 2015. doi:10.1097/DCR.0000000000000347
84. Herlufsen P, Olsen AG, Carlsen B, ve ark. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *Br J Nurs.* 2006;15(16):854-862.
85. Hill JR, Wertz P. Structures of the ceramides from porcine palatal stratum corneum. *Lipids.* 2009;44(3): 291-95. doi: 10.1007/s11745-009-3283-9
86. Hoeflok J, Salvadalena G, Pridham S, Droste W, McNichol L, Gray M. Use of convexity in ostomy care: Results of an international consensus meeting. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2017;44(1):55-62. doi:10.1097/WON.0000000000000291

87. Hoon LS, Chi Sally CW, Hong-Gu H. Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: a review of the literature. *Eur J Oncol Nurs.* 2013;17(6):883-891. doi:10.1016/j.ejon.2013.05.001
88. Hsu M-Y, Lin J-P, Hsu H-H, Lai H-L, Wu Y-L. Preoperative stoma site marking decreased stoma and peristomal complications. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2020;47(3):249-256. doi:10.1097/WON.0000000000000634
89. Inhorn MC, Serour GI. Islam, medicine, and Arab-Muslim refugee health in America after 9/11. *Lancet.* 2011;378(9794):935-943. doi:10.1016/S0140-6736(11)61041-6
90. Iqbal F, Kujan O, Bowley DM, Keighley MRB, Vaizey CJ. Quality of life after Ostomy surgery in muslim patients a systematic review of the literature and suggestions for clinical Practice. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2016;43(4):385-391. doi:10.1097/WON.0000000000000235
91. Ito N, Ishiguro M, Uno M, ve ark. Prospective longitudinal evaluation of quality of life in patients with permanent colostomy after curative resection for rectal cancer: A preliminary study. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2012;39(2):172-177. doi:10.1097/WON.0b013e3182456177
92. Jakobsson J, Idvall E, Wann-Hansson C. General health and state anxiety in patients recovering from colorectal cancer surgery. *J Adv Nurs.* 2016;72(2):328-338. doi:10.1111/jan.12841
93. James WD, Berger TG, Elston DM. Andrews' diseases of the skin: Clinical Dermatology (10th edn) Elsevier Saunders, Philadelphia, 2006.
94. Jemec GB, Martins L, Claessens I, ve ark. Assessing peristomal skin changes in ostomy patients: validation of the Ostomy Skin Tool. *Br J Dermatol.* 2011;164(2):330-335. doi:10.1111/j.1365-2133.2010.10093.x
95. Justiniano CF, Temple LK, Swanger AA, ve ark. Readmissions with dehydration after ileostomy creation. *Dis Colon Rectum.* 2018;61(11):1297-1305. doi:10.1097/DCR.0000000000001137
96. Kalashnikova I, Achkasov S, Fadeeva S, Vorobiev G. The development and use of algorithms for diagnosing and choosing treatment of ostomy complications: results of a prospective evaluation. *Ostomy Wound Manag.* 2011;57(1):20-27.
97. Kanitakis J. Anatomy, histology and immunohistochemistry of normal human skin. *Eur J Dermatol.* 2002;12(4): 390–401.
98. Kann BR. Early stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2008;21(1):23-30. doi:10.1055/s-2008-1055318

99. Karadağ A, Öztürk D, Çelik B. Ostomili bireylere yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeğinin türkçeye uyarlanması. *Kolon ve Rektum Hastalıkları Derg.* 2011;21(4):173–181.
100. Karadağ A. Peristomal cilt komplikasyonları: tanılama, önleme, tedavi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg.* 2016;3(1). <https://dergipark.org.tr/hunhemsire/issue/24447/259126>.
101. Karadağ A, Korkut H. Peristomal cilt komplikasyonları: Önleme, tedavi ve bakım. *Ulus Cerrahi Derg.* 2010;26(3):175-179. doi:10.5097/1300-0705.UCD.496-10.02
102. Karadağ A., Harputlu D., Göçmen Baykara Z., Karabulut H., Öztürk D., Ören Hin A. “Tek Parçalı Sistem Kolostomi Torbasının Değiştirilmesi”. *Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği*, 2013, Ankara
103. Karaveli Çakır S, Özbayır T. The effect of preoperative stoma site marking on quality of life. *Pakistan J Med Sci.* 2018;34(1):149-153. doi:10.12669/pjms.341.14108
104. Kasi PM, Shahjehan F, Cochuyt JJ, Li Z, Colibaseanu DT, Merchea A. Rising proportion of young individuals with rectal and colon cancer. *Clin Colorectal Cancer.* 2019;18(1):e87-e95. doi:10.1016/j.clcc.2018.10.002
105. Keeley P, Wolf Z, Regul L, Jadwin A. Effectiveness of standard of care protocol on patient satisfaction and perceived staff caring. *Clin J Oncol Nurs.* 2015;19(3):352-360. doi:10.1188/15.CJON.352-360
106. Kelly C. WOC nurse consult: peristomal complication. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2012;39(4):425-427. doi:10.1097/won.0b013e31825ce75a
107. Koc U, Karaman K, Gomceli I, ve ark. A retrospective analysis of factors affecting early stoma complications. *Ostomy Wound Manag.* 2017;63(1):28-32.
108. Krishnamurthy DM, Blatnik J, Mutch M. Stoma complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017;30(3):193-200. doi:10.1055/s-0037-1598160
109. 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. doi:10.1016/j.jss.2006.04.033
110. Krouse RS, Grant M, McCorkle R, ve ark. A chronic care ostomy self-management program for cancer survivors. *Psychooncology.* 2016;25(5):574-581. doi:10.1002/pon.4078
111. Kwiatt M, Kawata M. Avoidance and management of stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2013;26(02):112–21. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0033-1348050>

- 112.Kyrgiou M, Kalliala I, Markozannes G, ve ark. Adiposity and cancer at major anatomical sites: umbrella review of the literature. *BMJ*. 2017;356:j477. Published 2017 Feb 28. doi:10.1136/bmj.j477
- 113.Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD, ve ark. Early colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2013;24 Suppl 6:vi64-vi72. doi:10.1093/annonc/mdt354
- 114.LeBlanc K, Whiteley I, McNichol L, Salvadalena G, Gray M. Peristomal medical adhesive-related skin injury: Results of an international consensus meeting. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2019;46(2):125-136. doi:10.1097/WON.0000000000000513
- 115.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):161–169. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e318244afe0>
- 116.Lichtenstein P, Holm NV, Verkasalo PK, ve ark. Environmental and heritable factors in the causation of cancer--analyses of cohorts of twins from Sweden, Denmark, and Finland. *N Engl J Med*. 2000;343(2):78-85. doi:10.1056/NEJM200007133430201
- 117.Lim SH, Chan SWC, Chow A, Zhu L, Lai JH, He HG. Pilot trial of a STOMA psychosocial intervention programme for colorectal cancer patients with stomas. *J Adv Nurs*. 2019;75(6):1338-1346. doi:10.1111/jan.13973
- 118.Lim SH, Chan SWC, He HG. Patients' experiences of performing self-care of stomas in the initial postoperative period. *Cancer Nurs*. 2015;38(3):185-193. doi:10.1097/NCC.0000000000000158
- 119.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):1310-1323. doi:10.1111/jan.12595
- 120.Lim SH, Chan SWC, Lai JH, He HG. A qualitative evaluation of the STOMA psychosocial intervention programme for colorectal cancer patients with stoma. *J Adv Nurs*. 2019;75(1):108-118. doi:10.1111/jan.13821
- 121.Lindholm E, Persson E, Carlsson E, Hallén A-M, Fingren J, Berndtsson I. Ostomy-related complications after emergent abdominal surgery. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2013;40(6):603-610. doi:10.1097/won.0b013e3182a9a7d9

- 122.Liu G, Chen Y, Luo J, Liu A, Tang X. The Application of a moldable skin barrier in the self-care of elderly ostomy patients. *Gastroenterol Nurs.* 2017;40(2):117-120. doi:10.1097/SGA.0000000000000143
- 123.Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced recovery after surgery a review. *JAMA Surg.* 2017;152(3):292-298. doi:10.1001/jamasurg.2016.4952
- 124.Lowry N, McLister A, McCreadie K, Davis J. An electronic approach to minimising moisture-associated skin damage in ostomy patients. *Med Hypotheses.* 2015;85(2):192-196. doi:10.1016/j.mehy.2015.04.031
- 125.Lyon CC, Smith AJ, Griffiths CEM, Beck MH. The spectrum of skin disorders in abdominal stoma patients. *Br J Dermatol.* 2000;143:1248-1260. doi:10.1046/j.1365-2133.2000.03896.x
- 126.Ma B, Gao P, Wang H, ve ark. What has preoperative radio(chemo)therapy brought to localized rectal cancer patients in terms of perioperative and long-term outcomes over the past decades? A systematic review and meta-analysis based on 41,121 patients. *Int J Cancer.* 2017;141(5):1052-1065. doi:10.1002/ijc.30805
- 127.Malik T, Lee MJ, Harikrishnan AB. The incidence of stoma related morbidity - a systematic review of randomised controlled trials. *Ann R Coll Surg Engl.* 2018;100(7):501-508. doi:10.1308/rcsann.2018.0126
- 128.Martin ST, Vogel JD. Intestinal stomas. Indications, management, and complications. *Adv Surg.* 2012;46(1):19-49. doi:10.1016/j.yasu.2012.04.005
- 129.Martins L, Tavernelli K, Serrano JLC. Introducing a peristomal skin assessment tool. *WCET J.* 2008;28(2): 8-13.
- 130.Maydick D. A descriptive study assessing quality of life for adults with a permanent ostomy and the influence of preoperative stoma site marking. *Ostomy Wound Manag.* 2016;62(5):14-24.
- 131.Maydick-Youngberg D. A Descriptive study to explore the effect of peristomal skin complications on quality of life of adults with a permanent ostomy. *Ostomy Wound Manag.* 2017;63(5):10-23.
- 132.McKenna LS, Taggart E, Stoelting J, Kirkbride G, Forbes GB. The impact of preoperative stoma marking on health-related quality of life: A comparison cohort study. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2016;43(1):57-61. doi:10.1097/WON.0000000000000180
- 133.McNichol L, Lund C, Rosen T, Gray M. Medical adhesives and patient safety: state of the science consensus. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2013;40(4):365-380. doi:10.1097/WON.0b013e3182995516

134. Messaris E, Sehgal R, Deiling S, ve ark. Dehydration is the most common indication for readmission after diverting ileostomy creation. *Dis Colon Rectum*. 2012;55(2):175-180. doi:10.1097/DCR.0b013e31823d0ec5
135. Miller D, Pearsall E, Johnston D, ve ark. Enhanced recovery after surgery: Best practice guideline for care of patients with a fecal diversion. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2017;44(1):74-77. doi:10.1097/WON.0000000000000297
136. Mohammed S, Anaya DA, Awad SS, Albo D, Berger DH, Artinyan A. Sphincter preservation rates after radical resection for rectal cancer in the united states veteran population: opportunity for improvement in early disease. *Ann Surg Oncol*. 2015;22(1):216-223. doi:10.1245/s10434-014-4101-z
137. Mols F, Lemmens V, Bosscha K, Van Den Broek W, Thong MSY. Living with the physical and mental consequences of an ostomy: A study among 1-10-year rectal cancer survivors from the population-based PROFILES registry. *Psychooncology*. 2014;23(9):998-1004. doi:10.1002/pon.3517
138. Morales-Mendoza Y, Fernández-Martínez R, Fabián-Victoriano MR, ve ark. Candida species isolation in peristomal skin in patients with abdominal stomas and correlation to clinical signs: A descriptive pilot study. *Adv Ski Wound Care*. 2014;27(11):500-504. doi:10.1097/01.ASW.0000455691.96993.ab
139. Murken D, Bleier J. Ostomy-related complications. *Clin Colon Rectal Surg*. 2019;32(03):176-182. doi:10.1055/s-0038-1676995
140. Nagano M, Ogata Y, Ikeda M, Tsukada K, Tokunaga K, Iida S. Peristomal Moisture-Associated Skin Damage and independence in pouching system changes in persons with new fecal ostomies. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2019;46(2):137-142. doi:10.1097/WON.0000000000000491
141. Nastro P, Knowles CH, McGrath A, Heyman B, Porrett TRC, Lunniss PJ. Complications of intestinal stomas. *Br J Surg*. 2010;97(12):1885-1889. doi:10.1002/bjs.7259
142. Neil N, Inglese G, Manson A, Townshend A. A Cost-Utility Model of care for peristomal skin complications. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2016;43(1):62-68. doi:10.1097/WON.0000000000000194
143. Nichols T, Goldstine J, Inglese G. A multinational evaluation assessing the relationship between peristomal skin health and health utility. *Br J Nurs*. 2019;28(5):S14-S19. doi:10.12968/bjon.2019.28.5.S14
144. Nichols TR. Quality of life in persons living with an ostomy assessed using the SF36v2. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2016;43(6):616-622. doi:10.1097/WON.0000000000000279

- 145.Nichols TR. Health utility, social interactivity, and peristomal skin status: : A Cross-Sectional Study. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2018;45(5):1. doi:10.1097/WON.000000000000045
- 146.Nichols TR, Inglese GW. The Burden of peristomal skin complications on an ostomy population as assessed by health utility and the physical component summary of the SF-36v2®. *Value Heal.* 2018;21(1):89-94. doi:10.1016/j.jval.2017.07.004
- 147.NHS website. Ileostomy: overview. 2016. www.nhs.uk/conditions/ileostomy (accessed 27 February 2019)
- 148.Nybaek H, Jemec GBE. Skin problems in stoma patients. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2010;24(3):249-257. doi:10.1111/j.1468-3083.2010.03566.x
- 149.Nybæk H, Knudsen D, Laursen T, Jemec T. Skin problems in ostomy patients: A Case-control study of risk factors. *Acta Derm Venereol.* 2009;89(1):64-67. doi:10.2340/00015555-0536
- 150.Nybaek H, Lophagen S, Karlsmark T, Bang Knudsen D, Jemec GBE. Stratum corneum integrity as a predictor for peristomal skin problems in ostomates. *Br J Dermatol.* 2010;162(2):357-361. doi:10.1111/j.1365-2133.2009.09418.x
- 151.Nybaek H, Knudsen DB, Laursen TN, Karlsmark T, Jemec GBE. Quality of life assessment among patients with peristomal skin disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2010;22(2):139-143. doi:10.1097/MEG.0b013e32832ca054
- 152.O'Flynn SK. Peristomal skin damage: assessment, prevention and treatment. *Br J Nurs.* 2019;28(5):s6-s12. doi:10.1016/j.jacc.2007.07.083
- 153.Ohlsson-Nevo E, Karlsson J, Nilsson U. Effects of a psycho-educational programme on health-related quality of life in patients treated for colorectal and anal cancer: A feasibility trial. *Eur J Oncol Nurs.* 2016;21:181-188. doi:10.1016/j.ejon.2015.10.002
- 154.Park JJ, Del Pino A, Orsay CP, ve ark. Stoma complications: the Cook County Hospital experience. *Dis Colon Rectum.* 1999;42(12):1575-1580. doi:10.1007/BF02236210
- 155.Parkin C, Bullock I. Evidence-based health care: Development and audit of a clinical standard for research and its impact on an NHS trust. *J Clin Nurs.* 2005;14(4):418-425. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01080.x
- 156.Parmar KL, Zammit M, Smith A, Kenyon D, Lees NP. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. *Color Dis.* 2011;13(8):935-938. doi:10.1111/j.1463-1318.2010.02325.x

157. Pearson R, Knight SR, Ng JCK, Robertson I, McKenzie C, Macdonald AM. Stoma-related complications following ostomy surgery in 3 acute care hospitals: A Cohort Study. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2020;47(1):32-38. doi:10.1097/WON.0000000000000605
158. Pennick MO, Artioukh DY. Management of parastomal varices: Who re-bleeds and who does not? A systematic review of the literature. *Tech Coloproctol.* 2013;17(2):163-170. doi:10.1007/s10151-012-0922-6
159. Person B, Ifargan R, Lachter J, Duek SD, Kluger Y, Assalia A. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. *Dis Colon Rectum.* 2012;55(7):783-787. doi:10.1097/DCR.0b013e31825763f0
160. Persson E, Berndtsson I, Carlsson E, Hallén A-M, Lindholm E. Stoma-related complications and stoma size - a 2-year follow up. *Colorectal Dis.* 2010;12(10):971-976. doi:10.1111/j.1463-1318.2009.01941.x
161. Pittman J, Bakas T, Ellett M, Sloan R, Rawl SM. Psychometric evaluation of the Ostomy Complication Severity Index. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2014;41(2):147-157. doi:10.1097/WON.0000000000000008
162. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2008;35(5):493-503. doi:10.1097/01.won.0000335961.68113.cb
163. Prinz A, Colwell JC, Cross HH, Mantel J, Perkins J, Walker CA. Discharge planning for a patient with a new ostomy: Best practice for clinicians. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2015;42(1):79-82. doi:10.1097/WON.0000000000000094
164. Ratliff CR. Early peristomal skin complications reported by WOC nurses. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2010;37(5):505-510. doi:10.1097/WON.0b013e3181edac57
165. Ratliff CR. Factors related to ostomy leakage in the community setting. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2014;41(3):249-253. doi:10.1097/WON.0000000000000017
166. Ratliff CR, Scarano K a, Donovan AM, Colwell JC. Descriptive study of peristomal complications. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2005;32(1):33-37. doi:10.1097/01.WON.0000264821.50119.1e
167. Richbourg L, Fellows J, Arroyave WD. Ostomy pouch wear time in the United States. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2008;35(5):504-508. doi:10.1097/01.WON.0000335962.75737.b3

168. Richbourg L, Thorpe JM, Rapp CG. Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2007;34(1):70-79. doi:10.1097/00152192-200701000-00011
169. Rippon M, Perrin A, Darwood R, Ousey K. The potential benefits of using aloe vera in stoma patient skin care. *Br J Nurs.* 2017;26(5):S12-S19. doi:10.12968/bjon.2017.26.5.S12
170. Rolstad BS, & Erwin-Toth P. Peristomal Skin Complications: Prevention and Management. *Ostomy Wound Manage.,* 2004;50(9), 68–77. <http://journals.lww.com/00129334-200911000-00010>
171. Roveron G, De Toma G, Barbierato M. Italian Society of Surgery and Association of Stoma Care Nurses Joint Position Statement on Italian Society of Surgery and Association of Stoma Care Nurses Joint Position Statement on Preoperative Stoma Siting. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2016;43(2):165-169. doi:10.1097/WON.0000000000000204
172. Rudoni C. A service evaluation of the use of silicone-based adhesive remover. *Br J Nurs.* 2008;17(2):S4–S9. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17. Sup1.28143>
173. Saad WEA, Schwaner S, Lippert A, ve ark. Management of stomal varices with transvenous obliteration utilizing sodium tetradecyl sulfate foam sclerosis. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2014;37(6):1625-1630. doi:10.1007/s00270-014-0880-7
174. Salvadalena G. Incidence of complications of the individuals with colostomy , ileostomy , and urostomy: A Systematic Review. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2008;35(6):596-607.
175. Salvadalena G, Colwell JC, Skountrianos G, Pittman J. Lessons learned about peristomal skin complications. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2020; Publish Ah(August):357-363. doi:10.1097/WON.0000000000000666
176. Salvadalena GD. The incidence of stoma and peristomal complications during the first 3 months after ostomy creation. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2013;40(4):400-406. doi:10.1097/WON.0b013e318295a12b
177. Salvadalena G, Hendren S, McKenna L, ve ark. WOCN Society and ASCRS Position Statement on preoperative stoma site marking for patients undergoing colostomy or ileostomy surgery. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2015;42(3):249-252. doi:10.1097/WON.0000000000000119
178. Santos VL, Augusto FS, Gomboski G. Health-Related Quality of Life in Persons With Ostomies Managed in an Outpatient Care Setting. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2016;43(2):158-164. doi:10.1097/WON.0000000000000210

- 179.Schoen RE, Razzak A, Yu KJ, ve ark. Incidence and mortality of colorectal cancer in individuals with a family history of colorectal cancer. *Gastroenterology*. 2015;149(6):1438-1445.e1. doi:10.1053/j.gastro.2015.07.055
- 180.Seo HW. Effects of the frequency of ostomy management reinforcement education on self-care knowledge, self-efficacy, and ability of stoma appliance change among Korean hospitalised ostomates. *Int Wound J*. 2019;16. doi:10.1111/iwj.13047
- 181.Shiraishi T, Nishizawa Y, Nakajima M, ve ark. Risk factors for the incidence and severity of peristomal skin disorders defined using two scoring systems. *Surg Today*. 2019;50(3):284-291. doi:10.1007/s00595-019-01876-9
- 182.Spiers J, Smith JA, Simpson P, Nicholls AR. The treatment experiences of people living with ileostomies: an interpretative phenomenological analysis. *J Adv Nurs*. 2016;72(11):2662-2671. doi:10.1111/jan.13018
- 183.Steinhausen E, Colwell J, Cannon L. Intestinal stomas-Postoperative stoma care and peristomal skin complications. *Clin Colon Rectal Surg*. 2017;30(03):184-192. doi:10.1055/s-0037-1598159
- 184.Stelton S. Stoma and peristomal skin care: A Clinical Review. *Am J Nurs*. 2019;119(6):38-45. doi:10.1097/01.NAJ.0000559781.86311.64
- 185.Stelton S, Zulkowski K, Ayello EA. Practice implications for peristomal skin assessment and care from the 2014 world council of enterostomal therapists international ostomy guideline. *Adv Skin Wound Care*. 2015;28(6):275-284. doi:10.1097/01.ASW.0000465374.42350.0f
- 186.Stokes AL, Tice S, Follett S, ve ark. Institution of a preoperative stoma education group class decreases rate of peristomal complications in new stoma patients. *J Wound Ostomy Cont Nurs*. 2017;44(August):1-5. doi:10.1097/WON.0000000000000338
- 187.Su X, Qin F, Zhen L, ve ark. Self-efficacy and associated factors in patients with temporary ostomies. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2016;43(6):623-629. doi:10.1097/WON.0000000000000274
- 188.Sun V, Ercolano E, McCorkle R, ve ark. Ostomy telehealth for cancer survivors: Design of the Ostomy Self-management Training (OSMT) randomized trial. *Contemp Clin Trials*. 2018;64(July 2017):167-172. doi:10.1016/j.cct.2017.10.008
- 189.Sung YH, Kwon I, Jo S, Park S. Factors affecting ostomy-related complications in Korea. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2010;37(2):166-172. doi:10.1097/WON.0b013e3181cf7b76

190. Szewczyk MT, Majewska G, Cabral M V, Hölzel-Piontek K. The effects of using a moldable skin barrier on peristomal skin condition in persons with an ostomy: results of a prospective, observational, multinational study. *Ostomy Wound Manage.* 2014;60(12):16—26. <http://europepmc.org/abstract/MED/25485549>.
191. Şenol Çelik S., Karadağ A., Göçmen Baykara Z., Karabulut H., Öztürk D., Ören Hin A. “Çift Parçalı Sistem İleostomi Torbasının Değiştirilmesi” . Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği, 2013, Ankara
192. Takeda M, Takahashi H, Haraguchi N, Miyoshi N, Hata T. Factors predictive of high-output ileostomy: a retrospective single-center comparative study. 2019:482-487. doi:10.1007/s00595-018-1756-2
193. Tam KW, Lai HC, Hou WH, Ko WS ve ark. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing interventions for peristomal skin care. *Ostomy Wound Manage.* 2014; 60(10), 26–33.
194. Taneja C, Netsch D, Rolstad BS, Inglese G, Lamerato L, Oster G. Clinical and economic burden of peristomal skin complications in patients with recent ostomies. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2017;44(4):350-357. doi:10.1097/WON.0000000000000339
195. Thorpe G, Arthur A, McArthur M. Adjusting to bodily change following stoma formation: a phenomenological study. *Disabil Rehabil.* 2016;38(18):1791-1802. doi:10.3109/09638288.2015.1107768
196. Thorpe G, McArthur M. Social adaptation following intestinal stoma formation in people living at home: a longitudinal phenomenological study. *Disabil Rehabil.* 2017;39(22):2286-2293. doi:10.1080/09638288.2016.1226396
197. Tortora G, Derrickson B. Principles of anatomy and physiology: organization, support, movement and control systems of the human body (12th edn). 2009; JohnWiley & Sons, New Jersey
198. Turkington C, Dover J. *Skin Deep* (3rd edn). 2007; Checkmark Books, NYC
199. Turkish Directorate of Religious Affairs. Survey on Religious Life in Turkey. Ankara; 2014. <http://www2.diyaret.gov.tr/StratejiGelistirme/Afisanlari/dinihayat.pdf>.
200. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Trkiye_Kanser_statistikleri_2016.pdf Erişim tarihi: 22.10.2020
201. Uchino M, Ikeuchi H, Matsuoka H, ve ark. Clinical Features and management of parastomal pyoderma gangrenosum in inflammatory bowel Disease. *Digestion.* 2012;85(4):295-301. doi:10.1159/000336719

202. Uluslar arası Kanser Ajansı [IARC].
http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx Erişim tarihi: 22.10.2020
v.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Türkiye_Kanser_statistikleri_2016.pdf Erişim tarihi:
203. United Ostomy Associations of America. Ileostomy Guide. United Ostomy Associations of America, Inc; 2017 <https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/03/IleostomyGuide.pdf>.
204. Urostomy Association. Information. Guides for patients. 2019. <https://urostomyassociation.org.uk/information/> (accessed 27 February 2019)
205. Vonk-klaassen SM, Vocht HM, Ouden MEM, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates : a systematic review. *Qual Life Res.* 2016;25(1):125-133. doi:10.1007/s11136-015-1050-3
206. Vujnovich A. Pre and post-operative assessment of patients with a stoma. *Nurs Stand.* 2008;22(19):50-58. doi:10.7748/ns2008.01.22.19.50.c6315
207. Wang QQ, Zhao J, Huo XR, ve ark. Effects of a home care mobile app on the outcomes of discharged patients with a stoma: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs.* 2018. doi:10.1111/jocn.14515
208. Weidmann AK, Al-Niaimi F, Lyon CC. Correction of skin contour defects in leaking stomas by filler injection: A Novel Approach for a difficult clinical problem. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2014;4(2):271-279. doi:10.1007/s13555-014-0058-x
209. Wen SL, Li J, Wang AN, ve ark. Effects of transtheoretical model-based intervention on the self-management of patients with an ostomy: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs.* 2019;28(9-10):1936-1951. doi:10.1111/jocn.14731
210. Werth SL, Schutte DL, Stommel M. Bridging the gap: Perceived educational needs in the inpatient to home care setting for the person with a new ostomy. *J Wound, Ostomy Cont Nurs.* 2014;41(6):566-572. doi:10.1097/WON.0000000000000081
211. White M. Using silicone technology to maintain healthy skin in stoma care. *Br J Nurs* 2014; 23(22): 16–20.
212. Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, ve ark. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(4):250-281. doi:10.3322/caac.21457
213. Woo KY, Sibbald RG, Ayello EA, Coutts PM, Garde DE. Peristomal skin complications and management. *Adv Skin Wound Care.* 2009;22(11):522-534. doi:10.1097/01.ASW.0000305497.15768.cb

214. World Council of Enterostomal Therapists (WCET). WCET International Ostomy Guideline Recommendations. WCET J. 2014;34(2):26-28. https://www.wcetn.org/assets/Publications/wcet_april-june_2014f_iog_recommandations.pdf%0Ahttp://www.wcetn.org/assets/Publications/wcet_april-june_2014f_iog_recommandations.pdf
215. Wound, Ostomy and Continence Nursing Society. WOC Nursing Productivity and Salary Survey . Mount Laurel, NJ : 2012.
216. Wu X, Mukewar S, Kiran RP, Remzi FH, Hammel J, Shen B. Risk factors for peristomal pyoderma gangrenosum complicating inflammatory bowel disease. J Crohn's Colitis. 2013;7(5):e171-e177. doi:10.1016/j.crohns.2012.08.001
217. Xu S, Zhang Z, Wang A, Zhu J, Tang H, Zhu X. Effect of Self-efficacy intervention on quality of life of patients with intestinal stoma. Gastroenterol Nurs. 2018;41(4):341-346. doi:10.1097/SGA.0000000000000290
218. Zhang JE, Wong FKY, You LM, ve ark. Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients. Cancer Nurs. 2013;36(6):419-428. doi:10.1097/NCC.0b013e31826fc8eb
219. Zhang X, Gao R, Lin JL, ve ark. Effects of hospital-family holistic care model on the health outcome of patients with permanent enterostomy based on the theory of 'Timing It Right.' J Clin Nurs. 2020;29(13-14):2196-2208. doi:10.1111/jocn.15199
220. Zhang Y, Xian H, Yang Y, Zhang X, Wang X. Relationship between psychosocial adaptation and health-related quality of life of patients with stoma: A descriptive, cross-sectional study. J Clin Nurs. 2019;28(15-16):2880-2888. doi:10.1111/jocn.14876
221. Zhou H, Ye Y, Qu H, Zhou H, Gu S, Wang T. Effect of ostomy care team intervention on patients with ileal conduit. J Wound, Ostomy Cont Nurs. 2019;46(5):413-417. doi:10.1097/WON.0000000000000574

8. EKLER

Ek-1. Bireysel Özellikler Tanıtım Formu

TLF:.....

1. Değerlendirme tarihi:.....

Taburculuk Tarihi:.....

2. Değerlendirme tarihi:.....

H. Kalış Süresi:.....

3. Değerlendirme tarihi:.....

4. Değerlendirme tarihi:.....

Hasta rumuz:		Grup: 1. () Kontrol		2. () Çalışma	
Hasta tanısı:					
1. () kolon ca		2. () Rektum Ca		3. () Peritoneal carcinomatosis	
Kronik hastalık:					
1. () Evet		2. () Hayır			
İlaç kullanımı:					
1. () Evet		2. () Hayır			
Geçirilmiş Ameliyat:					
1. () Evet		2. () Hayır			
Yaş:.....	Kilo:	Boy:.....	BKİ:.....		
Cinsiyet:					
1. () Kadın		2. () Erkek			
Eğitim Durumunuz:					
1. () Okuryazar değil		2. () Okur-yazar		3. () İlkokul mezunu	
4. () Ortaokul mezunu		5. () Lise mezunu		6. () Üniversite mezunu	
Meslek					
1. () Çalışıyor		2. () Çalışmıyor		3. () Emekli	
Medeni durum:					
1. () Evli		2. () Bekar			
Sosyal güvencesi:					
1 () Var		2. () Yok			
Ameliyat tarihi: / ... /					
Alışkanlıkları:					
1. () yok		2. () sigara			
3. () Alkol		4. () Diğer			
Radyoterapi / kemoterapi alma durumu (ameliyattan önce)					
1. () Evet		2. () Hayır			
KT sayısı:.....		RT sayısı:.....			
Eğitim alma durumu:					
1. () Evet		2. () Hayır			
Stoma bölgesinin işaretlenmesi					
1. () Var		2. () Yok			
Hastanın stoma bakımını yapmasına engel bir durum var mı?					
1. () Var		2. () Yok			
Ameliyat şekli					
1. () Planlı		2. () Acil			
Yapılan ameliyat:					
1. () Hemikolektomi		5. () HİPEK			
2. () Kolostomi /ileostomi açılması		6. () APR			
3. () LAR		7. () Sigmoid rezeksiyon			
4. () Laporotomi		8. () Diğer.....			
Stoma türü					

1. () End kolostomi	2. () Loop Kolostomi	3. () End İleostomi
4. () Loop İleostomi	5. () Ürostomi	
Stoma süresi;		
1. () Kalıcı	2. () Geçici	
Stoma Bölgesi:		
1. () Sol alt kadrın	2. () Sol üst kadrın	
3. () Sağ alt kadrın	4. () Sağ üst kadrın	
Stomanın nemi:		
1. () Nemli	2. () Kuru	
Stomanın yüksekliği:		
1. () Tomurcuk	2. () Ciltle aynı seviyede	3. () Retrakte 4. () Prolapsus
Stomanın şekli:		
1. () Yuvarlak	2. () Oval	3. () Şekilsiz
Parastomal cilt:		
1. () Sert	2. () Yumuşak	3. () Çok yumuşak
Stomanın çapı:		
1. değ	2. değ	3. değ 4. değ
Bagetin varlığı:		
1. () Var	2. () Yok	
Kanama:		
1. () Var	2. () Yok	
Mukukütenoz ayrılma:		
1. () Yok	2. () Derin	3. () Yüzeyel
Kullandığı Torba/Adaptör Sistemi:		
1. () Tek parçalı düz adaptör	2. () Tek parçalı konveks adaptör	
3. () Çift parçalı düz adaptör	4. () Çift parçalı konveks adaptör	
Stoma torbasının değiştirilme sıklığı:.....		
Stoma adaptörünün değiştirilme sıklığı:.....		
Stomadan peristomal alana sızıntı olma durumu:		
1. () Evet	2. () Hayır	
Peristomal alanda kıvrım varlığı:		
1. () Var	2. () Yok	
Stoma Çevresinde Düzensizlikler:		
1. () Skar	2. () Cilt kıvrımları	3. () Drenler 4. () Stend 5. () Herni
Taburcu olduğu tarih ve kalış süresi:.....		
Eğitimin verildiği kişi:		
Stoma bakımını kim yapıyor?		
1. () Kendisi yapıyor	2. () Başkası yapıyor (Belirtiniz.....)	
3. () Kendisi yapıyor, gerektiğinde yardım alıyor		
Hastaya ilişkin notlar:.....		

Ek-2. Peristomal Cilt Aracı

DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ	1	2	3	4
1. RENK DEĞİŞİKLİĞİ	Puan	puanı	puanı	puanı
Renk değişikli görülen alanının büyüklüğünün değerlendirilmesi				
Normal cilt	0	0	0	0
Adaptörün altında kalan alanın %25'inden azı etkilenmiş	1	1	1	1
Adaptörün altında kalan alanın %25-50'si etkilenmiş	2	2	2	2
Adaptörün altında kalan alanın %50'sinden fazlası etkilenmiş	3	3	3	3
Renk değişikliğinin şiddeti	+	+	+	+
Peristomal ciltte hafif kızarıklık veya renk değişikliği	1	1	1	1
Yoğun kırmızı, masere ve ileri problemlere yol açabilecek cilt	2	2	2	2
2. EREZYON	Puan	Puanı	Puanı	Puanı
Erezyon görülen alanının büyüklüğünün değerlendirilmesi				
Normal cilt	0	0	0	0
Adaptörün altında kalan alanın %25'inden azı etkilenmiş	1	1	1	1
Adaptörün altında kalan alanın %25-50'si etkilenmiş	2	2	2	2
Adaptörün altında kalan alanın %50'sinden fazlası etkilenmiş	3	3	3	3
Erezyonun Şiddeti +	+	+	+	+
Sadece epidermiste (cildin üst tabakasında) hasarın olması 1	1	1	1	1
Akıntı, kanama, ülserasyonla birlikte dermiste (cildin alt katları)	2	2	2	2
3. KONTROLSÜZ DOKU BÜYÜMESİ	Puan	Puanı	Puanı	Puanı
KontROLSÜZ doku büyümesi görülen alanının büyüklüğünün değerlendirilmesi				
Normal cilt	0	0	0	0
Adaptörün altında kalan alanın %25'inden azı etkilenmiş	1	1	1	1
Adaptörün altında kalan alanın %25-50'si etkilenmiş	2	2	2	2
Adaptörün altında kalan alanın %50'sinden fazlası etkilenmiş	3	3	3	3
KontROLSÜZ doku büyümesinin şiddeti	+	+	+	+
Sadece adaptörün altında doku büyümesini olması	1	1	1	1
Doku büyümesi ile birlikte kanama ve ağrının da görülmesi	2	2	2	2

REK Skoru= Renk değişikliği puanı+erezyon puanı+kontROLSÜZ doku büyümesi puanı

Değerlendirme ve Girişim Rehberi

A-Peristomal Cilt Komplikasyonu: İrritan Dermatit			
Genel görünüm	var	yok	
Ciltte kızamıklık veya renk değişikliği ve/veya			
Epidermis kaybı ve/veya			
Nemli cilt yüzeyi ve/veya			
Cilt yüzeyinde kanama olması ve/veya			
Hiperplazi ve/veya			
Ciltte yara veya ülserleşme ve/veya			
Maserasyon			
Komplikasyon Nedeni		Hemşirelik Girişimleri	
Sorun 1: Stomanın yapısı cildin dışkı, idrar veya diğer sıvılarla temasına mı neden oluyor?		1-Konveks adaptör kullan 2-Konveks adaptörü pasta, halka ve kemer gibi aparatlarla birlikte kullan 3-Stoma tipi uygunsa irrigasyon yöntemi öner 4-Cerrahi onarım için hastayı yönlendir	
Sorun 2: Adaptörün, stomanın çapından daha geniş olması nedeniyle mi cilt, dışkı, idrar veya diğer sıvılarla temas ediyor?		5- Adaptörün açıklığının stomanın çapına uygun olup olmadığını değerlendir. Adaptörü elle yada keserek stomanın çapına göre şekillendir. 6-Stomanın çapı değişiyorsa, bariyer halka, pasta veya şekillendirilebilir adaptör kullan.	
Sorun 3: Adaptörün yapışkan kısmı, dışkı, idrar veya diğer sıvılara maruz kaldığı için mi aşınıyor?		7-Adaptörü daha sık değiştir 8- Adaptörün yapışkan kısmını kontrol ederek sızıntının nereden kaynaklandığını değerlendir, buna göre yapışkan ve cilt koruma ürünü kullan 9- Fazla miktarda ve çok sıvı dışkı varsa, diyet önerisinde bulun ve/veya uygun ilaç kullanımı için hekimine yönlendir	
Sorun 4: Kullanılan ürünün cilde iyi yapışmaması, dışkı, idrar veya diğer sıvıların cilde temasına mı neden oluyor?		10- Adaptörü uygulamadan önce cildi iyice kurula 11- Erozyon nedeniyle oluşan nemli cildi kuru tutmak ve iyileştirmek için ürün kullan (stoma pudrası gibi) 12- Düz olmayan ciltlerde, düz bir zemin oluşturmak için ek ürün kullan (pasta, halka gibi) 13-Daha esnek yapışkan, kemer ve konveks adaptör kullan 14-KontROLSÜZ doku büyümesini önlemek için gümüş nitrat veya steroid ile tedavi için hastayı hekime yönlendir 15- Uygun yetişkin bireylerde ve stoma yapısı uygunsa irrigasyon yöntemini öner	
Sorun 5: Hasta cildi için sabun, çözücü, yapışkan kaldırıcı veya kimyasal içerikli ürünler mi kullanıyor?		16-Temizleme tekniğini değerlendir ve cilt irritasyonuna neden olan ürünleri kullanma	
Sorun 6: Hasta peristomal alanda, ağrı, yanma veya kaşıntı mı hissediyor?		17-Kullanılan adaptör veya ek ürünleri değiştir 18- Hastayı alerjik reaksiyonlar yönünden	

	değerlendir 19-İkincil enfeksiyon yönünden değerlendir
--	---

B-Peristomal Cilt Komplikasyonu: Alerjik Dermatit

Genel görünüm	var	Yok	
Adaptörün yapışkan kısmının cilde temas ettiği yerlerde kızarıklık ve tahriş			
Komplikasyon Nedeni			Hemşirelik Girişimleri
Sorun7: Hastaya uygulanan ürün nedeniyle veya uygulanan adaptör şeklinde hastada alerji ve papül, plak, ödem ve/veya renk değişikliği mi var?			20-Alerjik materyaller içeren adaptör veya ek ürün kullanmaktan kaçın 21-Alerjeni tanımlamak için patch testi uygula. Alerjen patch testi ile değerlendirilemiyorsa hastayı lab. testi için hekimine yönlendir 22- Bariyer film gibi cilt koruyucu ürünler kullan 23-Steroid kullanımı için hekime yönlendir
Sorun 8: Peristomal cilt problemi, kullanılan ürün, cilt koruyucu veya tedavinin değişiminden mi kaynaklanıyor?			24- Ek ürün kullanımını sonlandır, cildi temizlemek için yalnızca su kullan ve cildi birkaç gün sonra tekrar değerlendir 25-Alerjeni tespit etmek için patch testi uygula 26-Oral ya da topikal antihistaminik kullanımı için hekime yönlendir
Sorun 9: Hastanın vücudunda sistemik cilt döküntüleri mi var?			27-Diyete eklenen yeni yiyecek olup olmadığı belirle 28-Yeni bir ilaç kullanılmaya başlandıysa, ilacın özelliklerini araştır 29-Neden olan allerjeni tanımlamak için laboratuvar testine başvur

C-Peristomal Cilt Komplikasyonu: Mekanik Travma

Genel görünüm	var	yok	
Renk değişikliği ve/veya			
Epidermis kaybı ve/veya			
Nemli cilt yüzeyi ve/veya			
Cilt yüzeyinde kanama ve/veya			
Ağrı ve/veya			
Düzensiz sınırları olan lezyonlar			

Komplikasyon Nedeni	Hemşirelik Girişimleri
Sorun 10: Hastanın konveks adaptör, kemer, kıyafet veya obezite gibi nedenlerden dolayı basınç riski mi var?	30-Kemer kullanıyorsa gerekli olup olmadığını, konveks adaptör kullanıyorsa daha hafif ve daha yumuşak adaptör kullanılıp kullanılmayacağını değerlendir 31-Sürtünme ve baskıya neden olabilecek diğer faktörleri değerlendir, yaşam şekli düzenlemeleri üzerine tavsiyelerde bulun 32-Uygun stoması olan yetişkinlere adaptör kullanımından kaçınmak için irrigasyon yöntemini öner
Sorun 11: Sürtünme, kanama, lezyonlar ve sıyrılmanın nedeni, adaptörün yapışkan kenarları mı?	33- Adaptörü her uygulamada farklı yüzeyin üzerine gelecek şekilde kes veya ürünü değiştir 34-Bariyer film gibi cilt bariyeri kullan
Sorun 12: Adaptörün yapışkan yüzeyinin ciltten ayırma ve temizleme tekniği çok mu sert?	35-Bireyin yapışkanı ciltten kaldırma tekniğini değerlendir, gerekirse yapışkan çıkarıcı ürün kullan 36-Temizleme tekniği ve kullanılan temizleme ürününü değerlendir
Sorun 13: Adaptörün çok sık mı değiştirilmesi gerekiyor?	37-Mevcut adaptör ve ek ürünleri değiştir 38- Adaptörün yapışkan özelliğini arttıracak ek ürünler kullan 39-Daha az yapışkan özellikte olan adaptör kullan
Sorun 14: Cilt çok sık mı tıraş ediliyor?	40- Hastanın tıraş tekniğini değerlendir ve yalnızca gerektiğinde tıraş etmesini öner 41- Kıllar çok hızlı uzuyorsa hastaya lazer tedavisi yaptırabileceği önerisinde bulunulabilir 42-Povidon-iyodin uygulanabilir. Eğer follikülit geliştirse, enfeksiyon ile ilgili rehberi izle

D-Peristomal Cilt Komplikasyonu: Altta yatan bir hastalık kaynaklı		
Genel görünüm	var	yok
Tek tek veya küme halinde lezyonlar		
Lezyonlarda kalınlaşma veya ülserleşme		
Kırmızıdan mora renk değişikliği		
Kanlı veya pürülan eksuda		
Ülserleşen bölgelerde nekroz		
Kızarıklık, kalınlaşmış gümüşümsü beyaz, pul pul plaklar		
Fistül		
Komplikasyon Nedeni	Hemşirelik Girişimleri	
Sorun 15: Cilt kırmızı ve eksudalı veya yer yer kuru alanların olması nedeniyle kaşıntılı mı? Neden: muhtemelen egzama veya atopik dermatittir	43- Etkilenmiş alanlara hekim önerisi doğrultusunda steroid uygula 44-Adaptörü hastanın cildine uygulamadan önce steroidin tam olarak cilt tarafından emildiğinden emin ol 45-Eğer cilt nemli-ıslaksa yüksek emici özellikte	

	adaptör veya ek ürün kullan
Sorun 16: Ciltte düzensiz, çıkıntılı, kalınlaşmış, gümüşümsü beyaz pul pul plaklar veya sedef hastalığı öyküsü var mı? Neden: muhtemelen psoriasis (sedef)	46- Etkilenmiş alana hekim önerisine göre steroid uygula 47-Temizleme tekniğini değerlendir 48-Yumuşak ve esnek adaptör ve ek ürün kullan
Sorun 17: Ciltte mavimsi mor renk değişikliği ve/veya venlerde belirgin dilatasyon var mı? Neden: muhtemelen caput medusa (peristomal varis)	49-Kanamadan korumak için cildi dikkatli bir şekilde temizle 50- Adaptörü normalden daha az sıklıkta değiştir ve yumuşak, esnek, tekli sistem ürün kullan ve ikili sistem, kemer gibi basınca neden olabilecek malzemeleri kullanmaktan kaçın 51-Stomanın cilt ile birleştiği hattaki varisleri, kanama yönünden düzenli olarak değerlendir 52-Eğer kanama olursa, direk basınç uygula ardından hekim ile birlikte gümüş nitrat veya kanamayı durdurmak için topikal ajan uygula. Eğer çok fazla kanama varsa, ileri tedaviye yönlendir 53-Altta yatan hastalığın tedavisi için hastayı yönlendir
Sorun 18: Ciltte düzensiz, ağrılı, kenarları mor olan ülserler ve/veya hastada Crohn hastalığı, ülseratif kolit veya romatoid artirit hikayesi var mı? Neden: muhtemelen pyoderma gangrenosumdur	54-Hekim önerisine göre sistemik steroid veya immunosupresif ilaçlar kullan 55-Adaptörü daha seyrek değiştir ve kemer kullanmadan yumuşak ve esnek adaptörü tercih et 56-Ağrı ve ülser kontrolü sağla 57-Altta yatan hastalığın tedavisi için hastayı yönlendir
Sorun 19: Ciltte kırmızı, ödemli, palpe edilebilir nodüller veya karnabahar görünümünde lezyonlar var mı? Neden: benign veya malign lezyonlar	58-Kuru lezyonlar için, yumuşak ve esnek adaptör kullan 59-Lezyonlardan gelen çıktı varsa, drene edilebilen torba kullan 60-Adaptörün stoma çapına uygun kesildiğinden ve lezyondan gelen drenajın tamamının torbaya geldiğinden emin ol 61-Koku giderici ürün öner 62-Doku büyümesi peristomal alanda şekil bozukluğu veya stomanın şeklinde veya büyüklüğünde değişiklik yapıyorsa daha sık izlenmesi gerekir 63-Altta yatan hastalığın tedavisi için hastayı hekime yönlendir

E-Peristomal Cilt Komplikasyonu: Enfeksiyon nedenli		
Genel görünüm	var	yok
Renk değişikliği (kızarıklık, hiperpigmentasyon)		
Ortası beyaz kırmızı papüller		
Maserasyon (cildin nemli, beyazımsı renkte olması ve yumuşaması) ve		
periferinde tek tek lezyonlar olması		

Papüller, pistüller (follikülitler)		
Ödem ve şişlik		
Komplikasyon Nedeni	Hemşirelik Girişimleri	
Sorun 20: Kıl köklerinin etrafında papül, kırmızı kabuklu alanlar ve kırmızı pistüller var mı? Neden: muhtemelen follikülitis	64-Peristomal alanı tıraş etme tekniğini değerlendir ve tıraş etme sıklığını azalt 65-Adaptörü yapışkan çıkarıcı yardımıyla çıkar 66- Peristomal cilt iyileşene kadar, antibakteriyel sabun ile temizlenebilir 67-Antibakteriyel olarak povidon iyodin kullanılabilir 68-Abse veya sellülit gelişmesine neden olabilen, derin, çok ve inatçı follikülitler için hekim önerisine göre oral antibiyotik kullan	
Sorun 21: Ciltte genel veya lokal olarak tek tek püstüller ve maserasyonla birlikte kırmızı, ciltten kabarık, kaşıntılı lezyonlar mı var (isilik şeklinde)? Neden: muhtemelen mantar enfeksiyonu	69-Enfeksiyonun nedenini belirle (örn; adaptörden dışkı sızıntısı) 70-Cildi güzelce temizle ve tamamen kurula 71-Antifungal pudra, sprey veya gümüşlü pudra uygulanabilir 72-Cilde povidon iodin veya antibakteriyel uygula 73-Emiciliği arttıran adaptör veya ek ürün kullan 74- Adaptör değişim sıklığını değerlendir Adaptörü, ya normalden daha seyrek değiştir ya da uygulanan tedavi ile birlikte hergün değiştir 75- Vücudun başka bir bölgesinde mantar enfeksiyonu varsa hastayı hekime yönlendir	
Sorun 22: Cilt kırmızı, şiş ve ağrılı mı? Neden: muhtemelen absedir	76- Sıvı dolu apselerin drene olmasına izin veren adaptör kullan 77- Abse çok derinde ise yaranın; gaita, idrar veya diğer vücut sıvıları ile temasını önlemek ve iyileşen alanları korumak için pansuman gerekebilir 78-Sistemik semptomlar varsa, hekim önerisine göre antibiyotik kullan	

Ek-3. Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. Bölüm

1. Şu anda genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyeti aşağıdaki çizgi üzerinde 0 – 100 arasında derecelendirip bir puanı daire içine alarak işaretleyiniz.

0 tamamen memnuniyetsizliği, 100 tamamen memnuniyeti göstermektedir.

0 ____ 10 ____ 20 ____ 30 ____ 40 ____ 50 ____ 60 ____ 70 ____ 80 ____ 90 ____ 100

2. Geçen ay genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyeti aşağıdaki çizgi üzerinde 0 – 100 arasında derecelendirip bir puanı daire içine alarak işaretleyiniz.

0 tamamen memnuniyetsizliği, 100 tamamen memnuniyeti göstermektedir.

0 ____ 10 ____ 20 ____ 30 ____ 40 ____ 50 ____ 60 ____ 70 ____ 80 ____ 90 ____ 100

	Asla	Nadiren	Ara Sıra	Sık sık	Her zaman
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					

Hastaya İlişkin Notlar:.....

Radyoterapi / kemoterapi alma durumu (ameliyattan önce)

1. () Evet

2. () Hayır

KT sayısı:.....

RT sayısı:.....

Ek-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

“Kolorektal Kanserli Stoma Açılan Hastalarda Standarda Dayalı Verilen Bakımın Peristomal Cilt Komplikasyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi” isimli araştırmanın amacı stoma algoritması ve kanıta dayalı rehberlerle oluşturulan stoma bakım standardı doğrultusunda verilen bakımın peristomal cilt komplikasyonlarına ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir.

Stoma, dışkı çıkışını sağlamak amacıyla bağırsakların karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Stoma açılan bireylerde, cerrahi işleme, altta yatan patolojiye, kimyasal yaralanmaya, travmaya, dokunun harabiyetine, yetersiz ameliyat öncesi hazırlığa ya da ameliyat sonrası dönemde bakımdaki eksikliğe bağlı olarak birçok komplikasyon gelişebilmektedir. Bu komplikasyonlardan en sık gelişen peristomal cilt komplikasyonudur. Stomanızın etrafındaki cilt (peristomal cilt) hasar görürse, bu durum acı verici olabilir ve enfeksiyona yol açabilir. Ayrıca torba sisteminizin adaptörünün cildinize yapışmasını zorlaştırır. Stoma bakımını doğru ve uygun bir şekilde yapmak, hem peristomal cilt sağlığını, hem de konforunuzu korumanın anahtarıdır.

Bu araştırma bilimsel bir temel üzerine kurulmuş olup yapılacak olan standarda dayalı bu bakım ve eğitimin peristomal cilt komplikasyonlarınız ve yaşam kalitenizi nasıl etkilediği incelenecektir. Yapılacak olan uygulama ile ameliyatınıza bağlı yaşadığınız sorunların çözümünde size destek sağlamak hedeflenmektedir. Bu uygulama tedavinizde herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır. Şayet peristomal cilt komplikasyonlarınızda azalma ve yaşam kalitenizde bir artma olursa stoma algoritması ve bakım standardı tıbbi yaklaşımın iyileştirilmesi için önerilerek, literatüre ışık tutacağı düşünülmektedir.

Araştırmamız çalışma ve kontrol grubundan oluşmaktadır. Kontrol grubunda iseniz herhangi bir uygulama yapılmadan peristomal cilt bölgeniz ameliyat sonrası yedinci günde, 2., 4., 6., ve 12., haftalarda değerlendirilecek ve yaşam kalitenizi ölçen sorulara yanıt vermeniz istenecektir. Bu yanıtlarınız araştırmacı tarafından değerlendirilerek diğer gruplarla karşılaştırılacaktır. Çalışma grubunda iseniz, ameliyat sonrası dönemde stomanız değerlendirilecektir ve ameliyat sonrası ikinci, dördüncü ve altıncı günlerde kanıt rehberlerine göre hazırlanmış olan stoma bakım standardı doğrultusunda eğitim verilecektir. Daha sonra peristomal cilt bölgeniz ameliyat sonrası yedinci günde, 2., 6., ve 12., haftalarda değerlendirilecek ve yaşam kalitenizi ölçen sorulara yanıt vermeniz istenecektir.

Formları doldurmak yaklaşık olarak 10 dakikanızı alacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Sorulara doğru veya yanlış cevap verme durumu söz konusu değildir. İstedığınız zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir.

Araştırmada size ait bilgilerin gizliliğine gerekli özen ve saygı gösterilecektir. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında sizin kişisel bilgileriniz özenle korunacaktır ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Ancak araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde sizin tıbbi bilgilerinize ulaşabilir.

Bu araştırmaya katılmayı ret edebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavi de herhangi bir değişiklik olmayacaktır. İsteddiğiniz zaman çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca bu çalışmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ücret de ödenmeyecektir. Aynı zamanda çalışmada kullanılan malzemeler hastanın SGK kurumundan karşılanmayacaktır.

Ben, (katılımcı adı)....., araştırmacı Cahide AYİK tarafından sözlü ve yazılı olarak araştırmanın amacı, olası yan etkileri ve diğer detayları hakkında bilgilendirildim. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Bu çalışma konusunda sorularım cevaplandı ve yukarıda yer aldığı gibi yeterince bilgilendirildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde, çalışmadan istediğim zaman, herhangi bir neden belirtmeden çekebilme hakkına sahip olduğumu biliyorum. Katılımcı olarak herhangi bir sorunum olduğunda araştırmacıyı arayabileceğim. Çalışmaya katılmak için düşünmem için yeterli zaman tanındı. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan, kendi bireysel onayım ile katılıyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Tarih:.....

Katılımcının Adı/Soyadı:

Adresi/Tel:

İmzası:.....

Araştırmacının Adı/Soyadı:.....

Telefon:.....

İmzası:.....

Ek-5. Kurum İzni

SDP : 703.99 - 99 - Diğer
Evrak No : 91829616-703.99-50708
Evrak Tarihi : 18-05-2018 ve Sayısı : 16/05/2018-E.37425



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği
İdari ve Mali Hizmetler Müdürlüğü
Yönetim Bürosu



Sayı : 44173712-703.99
Konu : ARAŞ. GÖR. CAHİDE AYİK İN
ÇALIŞMA İZNİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

İlgi : 12/04/2018 tarihli ve 656 sayılı yazı.

Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında görevli Araş. Gör. Cahide AYİK' in "Kolorektal Kanseri Stoma Açılan Hastalarda Standarda Dayalı Verilen Bakımın Peristomal Cilt Komplikasyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli çalışmanın verilerini Hastanemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalından toplayabilmesi uygun bulunmuştur. Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Tuncay GÖKSEL
Başhekim V.

Evrakı Doğrulamak İçin: https://edys.ege.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BE6LK9LEC

Üniversite Cad. No:9 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 390 45 15 Faks No: +90 (232) 390 16 89
E-Posta: hastaneyonetimburos@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Serap ŞAHİN
Unvan: Birim Sorumlusu
Telefon No: 4554



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması https://edys.ege.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BE6LK9LEC adresinden yapılabilir.

SDP : 703.99 - 99 - Diğer
Evrak No : 91829616-703.99-50708
Evrak Tarihi : 15/05/2018 ve Sayısı: 15/05/2018-E.138845



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 38661575-770
Konu : Araş.Gör.Cahide AYİK'in Araştırma
İzni

EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ
(Yönetim Bürosu)

İlgi : 25/04/2018 tarihli ve 119163 sayılı yazı.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında görevli Araş. Gör. Cahide AYİK' in "Kolorektal Kanseri Stoma Açılan Hastalarda Standart Dayalı Verilen Bakımın Peristomal Cilt Komplikasyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli çalışmanın verilerini Anabilim Dalımızdan toplayabilmesi hususu Akademik Kurulumuzda görüşülerek uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. M.Sinan ERSİN
Anabilim Dalı Başkanı

Ek:2 (iki) sayfa

SDP : 703.99 - 99 - Diğer
Evrak No : 91829616-703.99-50708
Evrak Tarihi : 18-05-2018



AKADEMİK KURUL KARARLARI

TARİH: 02.05.2018 SAAT: 09.00
YER: 4. Kat Toplantı Salonu

7)E.Ü.T.F. Hastanesi Başhekimliği Yönetim Bürosunun 25.04.2018 tarih ve 119163 sayılı, Araş. Gör. Cahide AYLIK' in araştırma izni konulu yazısı görüşülmüştür. "Kolonorektal Kanseri Stoma Açılan Hastalarda Standarda Dayalı Verilen Bakımın Peristomal Cilt Komplikasyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli çalışmanın verilerinin Anabilim Dalımızdan toplanabilmesi uygun bulunmuştur.

Ek-6. Etik Kurul

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.
Sayı : 1750

27.07.2017

Sayın Doç.Dr.Dilek ÖZDEN,

Kurulumuz tarafından 27.07.2017 tarih ve 3491-GOA protokol numaralı 2017/19-26 karar numarası ile görüşülen **“Kolorektal Kanserli Stoma Açılan Hastalarda Standarda Dayalı Verilen Bakımın Peristomal Cilt Komplikasyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi”** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43
	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3491-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kolorektal Kanserli Stoma Açılan Hastalarda Standarda Dayalı Verilen Bakımın Peristomal Cilt Komplikasyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Dilek ÖZDEN Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Ek-7. Ölçek Kullanım İzni

11.07.2017

Peristomal Cilt Aracı - cahideayk@gmail.com - Gmail

from:(deniz.harputlu@izmirkonomi.edu.tr)

Gmail için masaüstü bildirimlerini [etkinleştirmek üzere burayı tıklayın](#). [Daha faz](#)

Gmail

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu
Yıldızlı
Önemli
Gönderilmiş Postalar
Taslaklar (34)
[İmap]/Sent
Deleted Messages
Junk
Unwanted
Diğer

 Cahide

 Merve Aliye Akyol

Peristomal Cilt Aracı

Gelen Kutusu x



Cahide Ayik Sayın Hocam, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fa... 21 Nis



deniz harputlu <deniz.harputlu@izmirkonomi.edu.t 21 Nis

Alıcı: bana

Cahide merhaba,
bu araci nasıl bir calismada kullanmak istiyorsun? Ve stoma bakimi hakkında deneyimin var mi?
bu aracin guvenirlilik calismasini doktora tezimin bir bolumu olarak yapmistim ve henuz makale olarak yayinlanmadi fakat tezimden bakabilirsin (yok tez veri tabaninda).
Araci kullanabilirsin ve son hali tezimdaki hali. Calismanin sonuclari ile ilgili beni de bilgilendirebilirsen sevinirim.

calismalarinda basarilar ve kolayliklar dilerim
Deniz Harputlu

----- Original Message -----

From: Cahide Ayik <cahideayk@gmail.com>
To: deniz harputlu <deniz.harputlu@ieu.edu.tr>
Sent: Fri, 21 Apr 2017 12:47:40 +0300 (EEST)
Subject: Peristomal Cilt Aracı

Sayın Hocam,

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde araştırma görevlisiyim.
Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız "Peristomal Cilt Aracı" değerlendirme aracını yapacağımız bir çalışmada kullanmak istiyorum. Eğer ölçeğin kullanımına izin verirseniz, bu ölçeğin son şeklini ve değerlendirilmesini öğrenebilir miyim?
Teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.
Saygılarımla

--

*Ara**ş**. Gör. Cahide Ayik*

Ek-8. Ölçek Kullanım İzni

Ölçek Kullanım İzni



Gelen Kutusu x



Cahide Ayik <cahideayik@gmail.com>

12 Tem (2 gün önce) ☆



Alıcı: Ayiſe, Ayiſe ▾

Sayın Hocam,
Ben Dokuz Eylül Hemſirelik Fakültesinde araştırma görevlisiyim. Doç. Dr. Dilek Özden hocanın danışmanlığında doktora tezimde kullanmak üzere Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yaptığınız "**Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği**" ni kullanmak istiyoruz. Ölçeğin kullanımına yönelik izin verir misiniz?
Dilek hocanın danışmanlığında yapacağımız başka bir münferit çalışma için ise "**Ostomili Bireyelere Yönelik Uyum Ölçeği**"nin kullanımına ihtiyaç duymaktayız. Ölçeğin kullanımına ilişkin izin verir misiniz?
Eğer ölçeklerin kullanımına izin vererseniz, bu ölçeklerin son şeklini ve değerlendirilmesini öğrenebilir miyim?
Teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.
Saygılarımla



Ayiſe Karadağ

12 Tem (2 gün önce) ☆



Alıcı: Hatice, Deniz, bana ▾

Sevgili Cahide,
Her iki ölçeği de çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.
Detayları Hatice Hanım ve Deniz Hanım sizinle paylaşacaklardır.
En iyi dileklerle

Ayiſe KARADAĞ; RN., ET/WOCN., MsN., PhD., Prof.Dr.

Koç University School of Nursing

Associate Dean

Ek-9. Video Kullanım İzni



YARA OSTOMİ İNKONTİNANS HEMŞİRELERİ DERNEĞİ

Sayı : 35

Tarih : 4.5.2019

Sayın Cahide AYIK

"Kolorektal Kanserli Stoma Açılan Hastalarda Standarda Dayalı Verilen Bakımın Peristomal Cilt Komplikasyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu doktora tez çalışmanızda, Derneğimiz tarafından geliştirilen eğitim DVD'lerini kullanılması, tezinizin ilgili bölümünde aşağıda belirtildiği gibi kaynak gösterilmesi koşuluyla uygun bulunmuştur.

Kaynak Gösterimi

Karadağ A., Harputlu D., Göçmen Baykara Z., Karabulut H., Öztürk D., Ören Hin A. "Tek Parçalı Sistem Kolostomi Torbasının Değiştirilmesi". Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği, 2013, Ankara

Şenol Çelik S., Karadağ A., Göçmen Baykara Z., Karabulut H., Öztürk D., Ören Hin A. "Çift Parçalı Sistem İleostomi Torbasının Değiştirilmesi". Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği, 2013, Ankara

Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA
Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği
Yönetim Kurulu Başkanı

Ek-10. Özgeçmiş

Öğrenim Bilgileri

20 Eylül 2016 - Şu Anda (4 yıl 2 ay)
Doktora, Doktora, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HEMŞİRELİK ESASLARI (DR)
Diploma Numarası: -
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.91 / 4.0

25 Eylül 2014 - 24 Ağustos 2016 (1 yıl 11 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HEMŞİRELİK ESASLARI (YL)
Diploma Numarası: 201607834
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.52 / 4.0

01 Eylül 2008 - 01 Haziran 2012 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

Deneyim / İşyeri Bilgileri

11 Nisan 2014 - Şu Anda (6 yıl 7 ay) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

01 Ocak 2013 - 01 Mart 2014 (1 yıl 3 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
BAŞKANLIĞI ADIYAMAN İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
ADIYAMAN KAHTA DEVLET HASTANESİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: Orta)

Ar-Ge Yetkinlik

Kitaplar

D. ÖZDEN, G. GÜROL ARSLAN, N. ALAN, F. Y. ALP, İ. YILMAZ, C. AYİK, G. GÖKTUNA & B. ERTUĞRUL, Hemşirelik Temel Beceri Uygulama Rehberi, ISBN: 978-605-9259-37-8: O7Tıp Kitabevi, Kitap.

C. AYİK & D. ÖZDEN, İleostomi Rehberi, ISBN: 978-975-441-523-0: Dokuz Eylül üniversitesi Matbaası, Kitap.

C. AYİK & D. ÖZDEN, Kolostomi Rehberi, ISBN: 978-975-441-522-3: Dokuz Eylül Üniversitesi Matbaası, Kitap.

D. ÖZDEN, G. GÜROL ARSLAN, İ. YILMAZ & C. AYİK, Trakeostomi Bakımı Hasta ve Hasta Yakınları Eğitim Kitapçığı: Dokuz Eylül Üniversitesi Matbaası, 01 Eylül 2020, Kitap.

Makaleler

G. G. ARSLAN, D. OZDEN, N. ALAN, İ. YILMAZ, C. AYİK & G. GOKTUNA, Examination of nursing drug administration practices via central venous catheter: An observational study, JOURNAL OF VASCULAR ACCESS, 2020, 1129-7298, 21, 4, 426-433.

C. AYİK, D. ÖZDEN & D. CENAN, Ostomy Complications, Risk Factors, and Applied Nursing Care: A Retrospective, Descriptive Study, Wound Management & Prevention, 2020, 2640-523, 66, 9, 20730.

C. AYİK, D. OZDEN & D. CENAN, Relationships Among Spiritual Well-being, Adjustment, and Quality of Life in Patients With a Stoma: A Cross-sectional, Descriptive Study, WOUND MANAGEMENT & PREVENTION, 2019, 2640-5237, 65, 5, 40-47.

G. GÜROL ARSLAN, D. ÖZDEN, G. GÖKTUNA & C. AYİK, A Study on the Satisfaction of Students for the Time Spent Watching Video-based Learning during their Basic Nursing Skills? Training, International Journal of Caring Sciences, 2018, 1791-5201.

C. AYİK, G. GÜROL ARSLAN & D. ÖZDEN, Nursing Diagnosis According to NANDA and NIC Practices of Ostomy Creation Patient with Colorectal Cancer, Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2018, 1308-092X, 10, 3, 251-262.

C. AYİK & D. OZDEN, The effects of preoperative aromatherapy massage on anxiety and sleep quality of colorectal surgery patients: A randomized controlled study, COMPLEMENTARY THERAPIES IN MEDICINE, 2018, 0965-2299, 36, 93-99.

Bildiriler

D. CENAN & C. AYİK, Piyoderma Gangrenozum Olan İleostomili Bireye Yaklaşım: Olgu Sunumu, Poster Sunumu, XVII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi ve X. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi, 09 Nisan 2019, 13 Nisan 2019.

C. AYİK, D. ÖZDEN & D. CENAN, The Relationship Between Spiritual Well-being, Ostomy Adjustment And Quality Of Life In Patients With Ostomy., Sözlü Sunum, Wcet 22nd Biennial Congress 2018, 15 Nisan 2018, 18 Nisan 2018.

C. AYİK & D. ÖZDEN, Kolorektal Cerrahi Hastasında Ameliyat Öncesi Yapılan Aromaterapi Masajının Ansiyete Ve Uyku Kalitesine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma, Sözlü Sunum, 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 05 Kasım 2017, 08 Kasım 2017.

G. GÜROL ARSLAN, D. ÖZDEN, N. ALAN, İ. YILMAZ, C. AYİK & G. GÖKTUNA, Santral Venöz Kateterden Puşe (bolus) Yöntemi ile İlaç Uygulamalarının İncelenmesi, Sözlü Sunum, 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, 29 Haziran 2017, 01 Temmuz 2017.

D. ÖZDEN, G. GÜROL ARSLAN, F. YILMAZ, C. AYIK, S. AYDIN & S. DÜZTEPELİLER, Cerrahi Kliniğinde Yatan Hastaların Ağrı Özellikleri Ve En Sık Yapılan Hemşirelik Uygulamalarının Belirlenmesi, Poster Sunumu, 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 09 Eylül 2015, 12 Eylül 2015.

G. GÜROL ARSLAN, D. ÖZDEN, C. AYIK & G. GÖKTUNA, Hemşirelik Mesleksel Beceri Eğitiminde Video Temelli İnteraktif Eğitim Yönteminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Sözlü Sunum, 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 10 Eylül 2015, 12 Eylül 2015.

Projeler

KURUMSAL (BAP V.B.), ARAŞTIRMACI, Hemşirelerin Lisans, Lisansüstü ve Hizmet İçi Eğitimlerinde Kullanma Amaçlı Simülasyon Laboratuvarının Kurulması, Yürütülen Kuruluş: HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI (Devam ediyor) .

Ödüller

Üniversite, Kurum veya Kuruluşların Verdiği Ödüller, Ulusal, Leman Birol Ve 17nci Erefe Araştırma Ödülleri, Poster Bildiri Birincilik Ödülü, Ödül Alınan Kurum: TÜRK HEMŞİRELER DERNEĞİ, TÜRKİYE, 11 Mayıs 2018.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0