

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**STOMALI BİREYLERDE
DESTEK GRUP GİRİŞİMİNİN STOMAYA
UYUM, YAŞAM KALİTESİ VE
KOMPLİKASYON ŞİDDETİ ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

SERAP SAYAR

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İZMİR-2019

TEZ KODU: DEU.HSL.PHD- 2014970160

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**STOMALI BİREYLERDE
DESTEK GRUP GİRİŞİMİNİN STOMAYA
UYUM, YAŞAM KALİTESİ VE
KOMPLİKASYON ŞİDDETİ ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

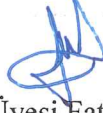
**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

SERAP SAYAR

Danışman Öğretim Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Fatma VURAL

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD- 2014970160

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Öğrencisi Serap SAYAR “Stomalı Bireylerde Destek Grup Girişiminin Stomaya Uyum, Yaşam Kalitesi ve Komplikasyon Şiddeti Üzerine Etkisinin İncelenmesi” konulu doktora tezini 30.09.2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Dr. Öğr. Üyesi Fatma VURAL

BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Özgül KARAYURT

ÜYE

İzmir Ekonomi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi



Prof. Dr. Türkan ÖZBAYIR

ÜYE

Ege Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Özlem BİLİK

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Hatice MERT

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GIERBERGEN

YEDEK ÜYE

Ege Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Murat BEKTAŞ

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR	x
TEŞEKKÜRLER.....	xi
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	5
1.2. Araştırmanın Amacı	8
1.3. Araştırmanın hipotezleri.....	9
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. İntestinal Stoma.....	11
2.1.1. İntestinal Stomaların Sınıflandırılması.....	12
2.1.1.1. Kolostomi.....	12
2.1.1.2. İleostomi.....	15
2.1.1.3. Kalıcı İntestinal Stomalar.....	16
2.1.1.4. Geçici İntestinal Stomalar.....	16
2.2. İntestinal Stoma Komplikasyonları.....	17
2.2.1. Yaygın Görülen Stomal ve Peristomal Komplikasyonlar.....	19
2.3. Stomanın Birey Üzerindeki Etkileri.....	24

2.3.1. Stomanın Fiziksel Alanda Etkisi.....	25
2.3.2. Stomanın Psikolojik Alandaki Etkisi.....	26
2.3.3. Stomanın Sosyal Alandaki Etkisi.....	27
2.4. Stomalı Bireylerde Yaşam Kalitesi.....	28
2.5. Stomaya Uyum.....	29
2.6. Stoma Bakım Hemşireliği.....	30
2.7. Stomalı Bireylerde Psikososyal Destek.....	32
2.7.1 Destek Gruplar.....	33
2.8. Roy Uyum Modeli (RUM)	35
2.9. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması.....	41
2.9.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlaması	41
2.9.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi/Geçerlik-Güvenirlik.....	42

3. GEREÇ VE YÖNTEM

I. AŞAMA METADOLOJİK ARAŞTIRMA

3. Gereç ve Yöntem.....	48
3.1. Araştırmanın Tipi.....	48
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	48
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	48
3.4. Çalışma Materyali.....	49
3.5. Araştırma Değişkenleri.....	49
3.6. Veri Toplama Araçları	49
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi.....	50
3.7.1. Veri Toplama Süreci.....	51
3.8 Verilerin Değerlendirilmesi.....	51
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	52
3.10. Etik Kurul Onayı.....	53

4. BULGULAR.....	54
4. Bulgular.....	54
4.1. Araştırmaya Katılan Stomalı Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	54
4.2. Pittman OCSI'nin Psikolinguistik ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi.....	55
4.2.1. Pittman OCSI'nin Geçerlik Analizlerinin İncelenmesi	56
4.2.2. Pittman OCSI'nin Güvenirlik Analizlerinin İncelenmesi.....	58
4.3. Stomalı Bireylerde Stoma Komplikasyonlarının İnsidansları, Şiddeti ve Madde Puan Ortalamaları.....	59
5. TARTIŞMA.....	62
5. Tartışma.....	62
5.1. Pittman OCSI ^{TR} 'nin Geçerliliğinin İncelenmesi.....	62
5.2. Pittman OCSI ^{TR} 'nin Güvenirliğinin İncelenmesi.....	63
5.3. Stoma Komplikasyonlarının İnsidans ve Şiddetinin İncelenmesi.....	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65

II. AŞAMA YARI DENEYSEL ARAŞTIRMA

3. GEREÇ VE YÖNTEM	66
3. Gereç ve Yöntem.....	66
3.1. Araştırmanın Tipi.....	66
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	66
3.3. Araştırmanın Örneklemi	66
3.4. Çalışma Materyali	70
3.5. Araştırma Değişkenleri	70
3.6. Veri Toplama Araçları.....	70

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	73
3.7.1. Veri Toplama Süreci.....	73
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	78
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	78
3.10. Etik Kurul Onayı	79
3.11. Araştırmanın Kavramsal Yapısı	79
4. BULGULAR.....	81
4. Bulgular.....	81
4.1. Tanımlayıcı Özellikler	81
4.2. Deney ve Kontrol Grubunun Başlangıç, 3. Ay (Destek Grup Girişimi Sonrası) ve 6. Ayda Ostomi Uyum, Yaşam Kalitesi ve Komplikasyon Şiddeti Puan Ortalamaları.....	84
4.3. Destek Grup Girişiminin Stomaya Uyum, Yaşam Kalitesi ve Komplikasyon Şiddetine Etkisi.....	86
4.3.1. Deney ve Kontrol Grubunun Başlangıç, Destek Grup Girişimi Sonrası (3. Ay) ve 6. Ay Verilerinin Karşılaştırılması.....	86
5. TARTIŞMA.....	105
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	113
6.1. Sonuçlar	113
6.2. Öneriler.....	114
7. KAYNAKLAR.....	115
EKLER.....	125
Ek-1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu.....	125
Ek-2. Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi- OCSI^{TR}.....	126

Ek-3. Pittman Ostomy Complication Severity Index- Orijinal Versiyon.....	127
Ek-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu-I.....	128
Ek-5. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Yazılı Kurum İzni.....	130
Ek-6. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Yazılı Kurum İzni	131
Ek-7. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği.....	132
Ek-8. Umut Merkezi Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	133
Ek-9. Destek Grup Toplantılarını Değerlendirme Formu.....	135
Ek-10. Ölçek İzin Yazısı-I.....	137
Ek-11. Ölçek İzin Yazısı-II.....	138
Ek-12. Destek Grup Değerlendirme Formu İzin Yazısı.....	139
Ek-13. Bilgilendirilmiş Onam Formu-II.....	140
Ek-14. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı.....	142
Ek-15. Özgeçmiş.....	144
Ek-16. Tezden Yapılan Bilimsel Yayınlar ve Bildiriler.....	147
Ek- 17. Tezden Yapılan SCI Yayınlar.....	148

Tablo 1. İntestinal Stomaların Sınıflandırması.....	12
Tablo 2. Geçerlik Yöntemleri.....	43
Tablo 1.1. Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	55
Tablo 1.2. OCSI ^{TR} Madde ve Toplam Kapsam Geçerlilik İndeks Puanları.....	57
Tablo 1.3. OCSI ^{TR} Toplam Puan ve OCSI ^{TR} Maddeleri Arasındaki Korelasyon.....	58
Tablo 1.4. OCSI ^{TR} Gözlemciler Arası Uyum Analizi.....	59
Tablo 1.5. OCSI ^{TR} Gözlemciler Arası OCSI ^{TR} Toplam Puan Korelasyon Katsayıları.....	59
Tablo 1.6. Stomalı Bireylerde Stoma Komplikasyonlarının İnsidansları ve Şiddeti	60
Tablo 1.7. OCSI ^{TR} Madde Puan Ortalamaları.....	61
Tablo 2.1. Araştırmanın Gücü.....	68
Tablo 2.2. RUM' e göre yapılandırılmış Destek Grup Girişimi Oturumlarının Konuları.....	77
Tablo 2.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Stomalı Bireylerin Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması.....	82
Tablo 2.4. Kontrol Grubunun OUÖ-23, COHQOL-O ^{TR} ve Pittman OCSI ^{TR} Başlangıç, 3. Ay ve 6. Ay Puan Ortalamaları.....	84
Tablo 2.5. Deney Grubunun OUÖ-23, COHQOL-O ^{TR} ve Pittman OCSI ^{TR} Başlangıç, 3. Ay ve 6. Ay Puan Ortalamaları.....	85
Tablo 2.6. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması.....	86
Tablo 2.7. Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri).....	87
Tablo 2.8. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel İyilik Alt Boyut Puan Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	88
Tablo 2.9. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel İyilik Alt Boyut Puan Sıra Ortalamalarının Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri).....	88
Tablo 2.10. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Psikolojik İyilik Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması.....	89
Tablo 2.11. Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Psikolojik İyilik Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri).....	90

Tablo 2.12. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Kaygı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması	90
Tablo 2.13. Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Kaygı Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)	91
Tablo 2.14. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Manevi İyilik Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması	92
Tablo 2.15. Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Manevi İyilik Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)	93
Tablo 2.16. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması	93
Tablo 2.17. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)	94
Tablo 2.18. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Kabul Etme Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması	95
Tablo 2.19. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Kabul Etme Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)	96
Tablo 2.20. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Kaygı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması	96
Tablo 2.21. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Kaygı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)	97
Tablo 2.22. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Sosyal uyum Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması	97
Tablo 2.23. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Sosyal Uyum Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri).....	98
Tablo 2.24. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Öfke Alt Boyut Puan Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması	99
Tablo 2.25. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Öfke Alt Boyut Puan Sıra Ortalamalarının Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri).....	99
Tablo 2.26. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomi komplikasyon Şiddeti Puan Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması	100
Tablo 2.27. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomi Komplikasyon Şiddeti Puan Sıra Ortalamalarının Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)	100

Tablo 2.28. Deney Grubunun Destek Grup Oturumlarından Memnuniyet Durumları.....101

Tablo 2.29. Deney Grubunun (n=31) Destek Grup Girişiminden Memnuniyetine İlişkin Görüşleri.....102



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Anatomik Lokalizasyonuna ve Yapılış Şekillerine Göre Kolostomiler.....	13
Şekil 2. Bagetli ve Bagetsiz Loop Kolostomi.....	14
Şekil 3. İleostomi.....	16
Şekil 4. Stomal ve Peristomal Komplikasyonlar.....	23
Şekil 5. Stoma Yerinin İşaretlenmesi.....	31
Şekil 6. Stomalı Bireylerde RUM'ne göre Uyum Alanları ve Uyumlu/Uyumsuz Davranışlar.....	40
Şekil 1.1. Araştırma Planı ve Veri Toplama Süreci.....	50
Şekil 1.2. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Kullanılan Yöntemler.....	52
Şekil 2.1. Araştırma Örneklemine Deney ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı.....	69
Şekil 2.2. Araştırma Planı ve Takvimi.....	73
Şekil 2.3. Veri Toplama Süreci.....	75
Şekil 2.4. RUM'ne Göre Yapılandırılmış Destek Grup Girişiminin Kavramsal, Teorik ve Deneysel Yapısı.....	80

KISALTMALAR

KRK	: Kolorektal Kanser
RUM	: Roy Uyum Modeli
OCSI^{TR}	: Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi
OUÖ	: Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği
COHQOL-O^{TR}	: Umut Merkezi Yaşam Kalitesi Ölçeği
KGİ	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
M-KGİ	: Madde Kapsam Geçerlilik İndeksi
Ö-İGİ	: Ölçek İçerik Geçerlilik İndeksi
DEÜ	: Dokuz Eylül Üniversitesi
APR	: Abdominoperineal Rezeksiyon
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve akademik gelişimimde benden değerli desteklerini esirgemeyen, bana yol gösteren, deneyimleri ile beni zenginleştiren tez danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Fatma Vural'a, doktora sürecimde verdiği öneriler ve değerli deneyimleri ile tezimin zenginleşmesinde katkıda bulunan Tez İzlem Komitesi Üyelerim Sayın Prof. Dr. Özgül Karayurt ve Doç. Dr. Hatice Mert'e teşekkür ederim.

Destek grup toplantılarında genel cerrahi toplantı salonunu kullanmam konusunda yardımcı olan Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Öğretim Üyelerine, tezimin metodolojik aşamasında uzman görüşlerini bildiren Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı değerli öğretim üyeleri; Doç Dr. Özlem Bilik, Doç Dr. Yaprak Sarıgöl Ordin, Dr. Öğr. Üyesi Aylin Durmaz Edeer'e

Tezimin her aşamasında desteklerini esirgemeyen, kendimi stomaterapi ünitesinin bir üyesi olarak hissettiren hemşire Deniz Cenana,

Doktora sürecim boyunca hep yanımda olan, beni destekleyen değerli arkadaşım Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Araştırma görevlisi Emel Sütsünbüloğlu'na,

Doktora sürecimin her aşamasında beni destekleyen, fedakarlık eden, yanımda olarak bana güç veren, beni bugünlere getiren annem ve babama,

Tüm yoğunluğuma katlanan, anlayış gösteren, ev hayatı ve sosyal hayatımda bana destek olan, akademik gelişimimi destekleyen, bana ışık tutan ve varlığıyla güç veren, benimle bir kez daha doktora sürecini yaşamak zorunda kalan, hep yanımda olduğunu ve olacağını bildiğim sevgili eşim Ferhat Sayar'a ve bu zorlu süreçte fedakarlığın en büyüğünü yaparak büyüyen minik canım oğlum Yunus Emre Sayar'a sonsuz teşekkürler...

Doktora tezime katkı sağlayan tüm hastalarımın teşekkür ederim.

Serap SAYAR

ÖZET

STOMALI BİREYLERDE DESTEK GRUP GİRİŞİMİNİN STOMAYA UYUM, YAŞAM KALİTESİ VE KOMPLİKASYON ŞİDDETİ ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Serap SAYAR

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Inciraltı/İZMİR

oranserap@gmail.com

Amaç: Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi (OCSI)'nin, stomalı bireylerde, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek ve destek grup girişiminin, stomalı bireylerde stomaya uyum, yaşam kalitesi ve komplikasyon şiddetine etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma metodolojik ve yarı deneysel tipte araştırma tasarımlarından oluşmaktadır. Metodolojik araştırmada, 2-6 aydır stoması olan bireylerden (n:90) veriler toplanmıştır. Yarı deneysel aşamada, kontrol (n:34) ve deney grubu (n:31) olmak üzere stomalı bireylerden veriler, destek grup girişimi öncesi (başlangıç), destek grup girişimi sonrası (üçüncü ay) ve üç ay sonrası (altıncı ay) olarak toplanmıştır. Metodolojik aşamada verilerin analizinde; ölçek içerik geçerliliği gözlemciler arası güvenilirlik istatistikleri, yarı-deneysel aşamada verilerin analizinde, t testi, tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi, Bonferroni analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Metodolojik aşamada, OCSI için, içerik geçerliliği 0.95'tir. Gözlemciler arası güvenilirlik değerini gösteren Kohen Kappa kat sayısı tüm maddeler için 0.70-1.00 arasında bulunmuştur. Pearson korelasyon kat sayısı 0.982 ($p=0.000$) ve sınıf içi korelasyon kat sayısı 0.986 ($p=0.000$)'dir. Yarı deneysel aşamada, deney ve kontrol grubunun başlangıç verilerinde, stomaya uyum, yaşam kalitesi ve OCSI^{TR} puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanırken ($p>0.05$), destek grup girişimi sonrası (3.Ay) stomaya uyum, yaşam kalitesi puan ortalamaları açısından ve 6. Ayda stomaya uyum, yaşam kalitesi, OCSI^{TR} puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Metodolojik aşamada; OCSI^{TR}'nin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu, yarı deneysel aşamada; destek grup girişiminin, stomalı bireylerin yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu, stomaya uyumu arttırdığı ve komplikasyon şiddetini azalttığı görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Destek Grup, Stoma, Uyum, Yaşam Kalitesi, OCSI^{TR}



ABSTRACT

EXAMINATION EFFECTS OF A SUPPORT GROUP INTERVENTION ON STOMA ADAPTATION, QUALITY OF LIFE AND COMPLICATION SEVERITY IN INDIVIDUALS WITH STOMA

Serap SAYAR

Dokuz Eylül University Health Sciences Institute, İnciraltı/İzmir

oranserap@gmail.com

Objective: The aim of this study was to determine the Turkish validity and reliability of the Pittman Ostomy Complication Severity Index (OCSI) and evaluate the effects support group intervention on stoma adaptation, quality of life and complication severity in individuals with stoma.

Method: Research was composed of methodological and quasi-experimental study parts. At methodological phase, data were collected from individuals who had stoma 2-6 months (n:90). At quasi-experimental phase, data were collected from individuals with stoma as control group (n:34) and experimental group (n:31) before the support group intervention (baseline), after the support group intervention (third month) and three months (sixth month). Data were analyzed by scale content validity index, interrater reliability statistics at methodological phase. Data were analyzed by t test, multivariate analysis of variance for repeated measures, Bonferroni analysis at quasi-experimental phase.

Results: At methodological phase, the content validity index for the OCSI was found as 0.95. Cohen Kappa coefficient showing the acceptable interrater reliability changed between 0.70-1.00 for all items. Pearson correlation coefficient was found 0.982 ($p=0.000$) and the intraclass correlation coefficient was found 0.986 ($p=0.000$). At quasi-experimental phase, while there was no statistically significant difference between the groups in terms of adaptation to stoma, quality of life and OCSI^{TR} mean scores in the initial data of experimental and control groups ($p> 0.05$), there was a statistically significant difference between the groups in terms of mean scores of adaptation to stoma, quality of life after the support group intervention (3rd month), and there was a statistically significant difference between the groups in terms of adaptation to stoma, quality of life and OCSI^{TR} mean scores at 6 months ($p <0.05$).

Conclusion: At methodological phase, it was found that the OCSI^{TR} valid and reliable scale. At quasi-experimental phase the the support group intervention was found to be effective in improving the quality of life of individuals with stoma, increasing adaptation to stoma, and reducing the severity of complications.

Key Words: support group, stoma, adaptation, quality of life, OCSI^{TR}



1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin tanımı ve önemi

2018 Global kanser istatistiklerine göre; Kolorektal Kanser (KRK), dünyada sık görülen ve mortalite ile sonuçlanan 10 kanserden, görülme sıklığı bakımından üçüncü, ölüm oranı bakımından ikinci sırada yer almaktadır (Bray ve ark, 2018). Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı’nın 2017 istatistiklerine göre, KRK görülme sıklığı, tüm kanserler içinde, erkeklerde yüz binde 22.8 kadınlarda yüz binde 13.8 olup, her iki cinsiyette de en sık görülen üçüncü kanserdir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017). Ülkemizde yaygın olarak görülen KRK’in tedavisinde, radikal rezeksiyon, end-block rezeksiyon, hemikolektomi, total kolektomi, abdominoperineal rezeksiyon (APR), alt/üst anterior rezeksiyon gibi cerrahi tekniklerle birlikte kemoterapi ya da radyoterapi tedavisi uygulanmaktadır. Tümörün bulunduğu bölgeye göre rezeksiyon sonrasında, anastomoz yapılabilmektedir. Anastomozun uygun olmadığı durumlarda intestinal stoma açılabilir (Akçal ve Ertürk, 2010). İntestinal stoma, iluem ya da kolonun karın duvarına geçici ya da kalıcı olarak ağızlaştırıldığı yapay bir açıklık olarak tanımlanmaktadır. Ağızlaştırılan segment kolon ise “kolostomi”, ileum ise “ileostomi”, olarak isimlendirilmektedir (Akgün ve Yoldaş, 2012). Literatürde, global olarak, KRK teşhisi alan bireylerin büyük bir çoğunluğuna stoma cerrahisi uygulandığı bildirilmektedir (Karabulut ve ark, 2014; Sayar ve Vural, 2017).

Stoma açılması bireylerde fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan çeşitli sorunlara neden olmaktadır (Üstündağ ve ark, 2007; Yaşan ve ark, 2008). Bireyler genellikle yaşam tarzı, beden imajı algısı ve cinsel yaşamda değişiklikler nedeniyle olumsuz olarak etkilenmektedirler (Danielsen ve ark, 2013). Anksiyete, depresyon, benlik saygısı ve öz güvenin azalması, cinsel fonksiyonlarda bozulma, beden imajında bozulma, dışkı sızıntısı, koku olacağı endişesi, istemsiz gaz çıkışları stomalı bireylerde sıklıkla görülen sorunlardır (Üstündağ ve ark, 2007; Pittman ve ark, 2009). Sosyal olarak; bireyler kendini toplumdan izole etme eğilimindedirler. Aile ve yakın çevrelerinin kendilerinden uzaklaştığını düşünürler ve kişiler arası ilişkilerini kısıtlarlar. Stomalı bireylerin çoğu ameliyat öncesi yaptığı sosyal aktiviteleri ameliyat sonrası yapmamaktadır. Bireylerin sosyal çevresi ve ailesiyle ilişkileri olumsuz etkilenmektedir. Stoma açıldıktan sonra çalışmak istememekte ve işi bırakma eğilimindedirler (Üstündağ ve ark, 2007). Yaşan ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları bir çalışmada, stoma açıldıktan sonra bireylerin

bedensel, sosyal, psikolojik ve işlevsel bazı zorluklarla karşılaştığı ve bu nedenle stomanın kalıcı veya geçici olmasına bakılmaksızın yaşamın her alanında bazı kısıtlama veya endişelere yol açtığı ve önemli oranda depresyon ve anksiyeteye neden olduğu bildirilmiştir (Yaşan ve ark, 2008). Stomalı bireyler kontrolsüz defekasyonlarla sosyal ortamlarda başkalarını rahatsız ettiklerini düşünerek utanmaktadırlar. Buna bağlı olarak kendilerini toplumdan soyutlamakta ve içe kapanmaktadırlar (Kılıç ve ark, 2007; Vural, 2012). Karaveli ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, stomalı bireylerin utandıkları, sosyal ortamda dışkı sızıntı olacağı endişesi yaşadıkları, kendi bakımını yapma konusunda güven kaybı ve buna bağlı olarak yakınlarına karşı bağımlılık hissetme ve cilt problemleri yaşamaktan dolayı stres yaşadıkları bildirilmiştir (Karaveli ve ark, 2014). Cotrim ve Pereira'nın (2008) yaptığı bir çalışmada, kolorektal kanserli hastalardan stoması olanların yaşam kalitesi, beden imajı algısı ve sosyal aktivitesinin stoması olmayanlara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (Cotrim ve Pereira, 2008). Pittman ve arkadaşları (2009), stomaya bağlı gelişen komplikasyonlara bağlı olarak bireylerin, ameliyat sonrası cinsel fonksiyonlarında azalma olduğunu ve yaşam kalitelerinin bozulduğunu bildirmiştir (Pittmann ve ark, 2009). Kimura ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da, stomalı bireylerin gaz ve dışkı çıkışı üzerinde kontrol kaybının, psikolojik ve sosyal izolasyona neden olduğu, stomanın kişilerarası ilişkilerini ve beden imajını etkileyen olumsuz duygulara neden olduğu, stomalı hastaların çoğunun kolostomi torbasının kullanımına ilişkin kaygı ve güvensizliği nedeniyle seyahat etme ve spor yapma gibi boş zaman aktivitelerini eskisi gibi sürdüremediği belirtilmiştir (Kimura ve ark, 2013). Dorum ve Vural (2013) çalışmasında, stomalı bireylerin deneyimlerini incelemişler ve stomalı bireylerin stoma açıldıktan sonraki dönemdeki deneyimlerine ilişkin 3 ana tema saptamışlardır. "İlk karşılaşma", "güçlükler" ve "baş etme" ana temalarını oluşturmuştur. "İlk karşılaşma" teması; şok, çaresiz hissetme ve utanma kategorilerinden oluşmaktadır. "Güçlükler" teması ise; günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma, cinsel yaşamı sürdürmede güçlük, sosyal izolasyon ve ekonomik sıkıntı kategorilerinden oluşmaktadır. "Baş etme" teması ise; stomayla yaşamı kabullenme/kabullenmeme, olumlu yönden bakma, kadercilik ve destek sistemler (sosyal, profesyonel) kategorilerinden oluşmaktadır. Bu temalar stomalı bireylerin yaşadıkları sorunların yoğunluğunu göstermektedir (Dorum ve Vural, 2013). Vonk-Klaassen ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir sistematik derlemede de, stomanın yaşam kalitesini negatif olarak etkilediği ve algılanan yaşam kalitesi üzerinde stomayla ilgili problemlerin etkisinin olduğu gösterilmiştir. Stomayla ilişkili bu problemlerin; cinsel problemler, depresif hissetme,

fiziksel olarak görünüşünü beğenmeme, kontrolsüz gaz çıkışları, konstipasyon, giyinme alışkanlığında değişiklik, yorgun hissetme, seyahat zorlukları, stomadan çıkan ses/gürültü nedeniyle hissedilen üzüntü gibi olumsuz duygular olduğu belirtilmiştir (Vonk-Klaassen ve ark, 2016). Ancak literatürde stoma açılmasından uzun dönem sonra bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde olumlu etkiler görüldüğü belirtilmiştir. El-Tawii ve Nightingale (2013) çalışmasında, stomanın bireylerin yaşam kalitesi üzerinde uzun dönem etkilerini incelemişlerdir. Stoma açılmasının üzerinden beş yıl geçen bireylerin kendilerini daha iyi hissettikleri, beden imajı algılarının ve cinsel fonksiyonlarının daha iyi olduğu, hastalıktan önce yaptıkları aktiviteleri yine yapmaktan keyif aldıkları gösterilmiştir (El-Tawii ve Nightingale, 2013).

Stoma komplikasyonları bireylerin yaşamını olumsuz olarak etkileyen faktörlerdendir. Ameliyat tekniğine, ameliyat öncesi yetersiz hazırlığa, ameliyat sonrası yetersiz bakıma ve bireysel özelliklere bağlı olarak stomalı bireylerde, birçok komplikasyon gelişebilmektedir. (Özaydın ve ark, 2013). Bu komplikasyonlar peristomal cilt problemleri, kanama, stenoz iskemisi ve nekroz, retraksiyon, prolapsus, mukokütanöz ayrılma, parastomal fitiktir (Karadağ ve ark, 2008). Ameliyattan sonra bir ay içinde görülen komplikasyonlar erken, bir aydan sonra gelişen komplikasyonlar geç komplikasyonlar olarak isimlendirilmektedir (Brian ve Kann, 2008; Vural, 2012). Geç komplikasyonların yaklaşık %93'ünün ilk 1-6 ay arasında meydana geldiği bildirilmektedir (Husain ve Cataldo, 2008). Salvadalena'nın (2013) çalışmasında stoma açıldıktan sonra ilk üç ay içinde stoma ve peristomal komplikasyonların insidansı incelenmiş ve bireylerin %63'ünde peristomal cilt komplikasyonları geliştiği saptanmıştır (Salvadalena, 2013). Özaydın ve arkadaşlarının yaptığı retrospektif bir çalışmada da, ortalama komplikasyon oranının %48 olarak bildirilmiştir. Peristomal cilt irritasyonu, stoma çevresi enfeksiyonu ve prolapsusun sık karşılaşılan komplikasyonlar olduğu belirtilmiştir (Özaydın ve ark, 2013). Bu komplikasyonlar yara iyileşmesini geciktirir ve bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerini, stomayla yaşama uyumunu zorlaştırır (Burch, 2014). Meydana gelen bu stoma komplikasyonlarını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracına gereksinim vardır. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet Ölçeği (OCSI), Pittmann ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilen ve ameliyat sonrası dönemde gelişen bu komplikasyonların şiddetini değerlendirmek için kullanılan geçerli bir ölçüm aracıdır. Ülkemizde, OCSI'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmamıştır. Aynı zamanda ülkemizde stoma cerrahisi sonrası ostomi komplikasyon şiddetini değerlendiren geçerli bir ölçüm aracı bulunmamaktadır.

Bu nedenle OCSI 'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılmasına gereksinim vardır.

Stoma hemşireleri bireylerin yaşadığı sorunlar ve stomaya uyum üzerinde etkin rol almaktadır (Brunch, 2014). Bireylerin sosyal uyumu yeniden sağlamaya yönelik hemşirelik girişimleri, sosyal destek sistemleri ile bağlantı kuran, bireylerin gücünün farkındalığını arttıran bireysel eğitim ve danışmanlık hizmetlerini içermektedir (Karabulut ve ark, 2014). Etkili hemşirelik bakımı, psikolojik destek, psikoterapi, sosyal destek, diğer stomalı bireylerin organizasyonlarına dahil olma ve bireyleri faaliyete geçirmeyi içeren girişimleri kapsayarak sosyal uyumu arttırmayı gerektirir (Leyk, 2014). Destek gruplar, bireyin gereksinimlerini karşılamada ve sosyal uyumu arttırmada önemli bir araçtır (Aktaş 1997). Yapılan çalışmalar incelendiğinde hem uluslararası hem de ulusal düzeyde, stomalı bireylerde destek grup girişiminin etkisini inceleyen bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Bu nedenle stomalı bireylerin stomaya uyumunu arttırmak, yaşam kalitesini arttırmak, komplikasyon oranı ve şiddetini azaltmak için destek grup girişiminin etkinliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Stomalı bireylerde Roy Uyum Modeli'ne (RUM) göre yapılandırılmış destek grup girişiminin stomaya uyum, yaşam kalitesi ve komplikasyon şiddeti üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanan bu çalışma metodolojik ve yarı deneysel araştırma tipine uygun iki aşamadan oluşmaktadır.

Birinci aşamanın amacı; “Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi”nin stomalı bireylerde Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini belirlemektir.

İkinci aşamanın amacı; RUM'e göre yapılandırılmış destek grup girişiminin stomalı bireylerin stomaya uyum, yaşam kalitesi, ve komplikasyon şiddeti üzerine etkisini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırmanın birinci aşaması metodolojik olduğu için hipotezleri yoktur.

İkinci aşamanın hipotezleri:

⇒ **H₁:** Stomalı bireylerde destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ay ve altıncı ay ***Ostomi Uyum Ölçeği genel puan ortalaması;***

H_{1a}: Stomalı bireylerde destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ay ve altıncı ay ***kabul etme alt boyut puan ortalaması,***

H_{1b}: Stomalı bireylerde destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ay ve altıncı ay ***kaygı/endişe alt boyut puan ortalaması,***

H_{1c}: Stomalı bireylerde destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ay ve altıncı ay ***sosyal uyum alt boyut puan ortalaması,***

H_{1d}: Stomalı bireylerde destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ay ve altıncı ay ***öfke alt boyut puan ortalaması*** kontrol grubuna göre daha yüksektir.

⇒ **H₂:** Stomalı bireylerde destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ay ve altıncı ay ***Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği genel puan ortalaması;***

H_{2a}: Stomalı bireylerde destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ay ve altıncı ay ***fiziksel iyilik alt boyut puan ortalaması,***

H_{2b}: Stomalı bireylerde destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ay ve altıncı ay ***psikolojik iyilik alt boyut puan ortalaması,***

H_{2c}: Stomalı bireylerde destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ay ve altıncı ay ***sosyal kaygı alt boyut puan ortalaması,***

H_{2d}: Stomalı bireylerde destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ay ve altıncı ay ***manevi iyilik alt boyut puan ortalaması*** kontrol grubuna göre daha yüksektir.

⇒ **H₃**: Stomalı bireylerde destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ay ve altıncı ay *Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddeti İndeksi toplam puan ortalaması* kontrol grubuna göre daha düşüktür.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntestinal Stoma

Stoma Yunanca'dan gelen bir kelime olup 'açıklık' veya 'ağız' anlamında kullanılmaktadır. İntestinal stoma ise, bağırsağın karın duvarına ağızlaştırıldığı yapay bir açıklıktır. Ağızlaştırılan bağırsak bölümü ileumda ise ileostomi, kolonda ise kolostomi adını almaktadır. Kolostomi/İleostomi bireylerde kalma sürelerine göre kalıcı ve geçici olarak isimlendirilmektedir. Geçici stomalar kısa süreyle uygulanırken, kalıcı stomalarda birey, distalde yer alan organ veya organların rezeksiyonu ile birlikte boşaltımını yaşamı süresi boyunca batin duvarından gerçekleştirmektedir (Akgün ve ark, 2012; Vural ve Erol, 2013). APR gibi gastrointestinal sistemin bir seviyesinden distalinin rezeke edildiği durumlarda, distalde tümöre bağlı tıkanıklık nedeni ile boşalamayan kolonu boşaltmak, patolojik bir durum iyileşene kadar ve bir anastomozu iyileşme sürecinde dışkıdan korumak amacıyla, Crohn hastalığı, famiyal polipozis, ülseratif kolit, sigmoid volvulus, iskemik kolit, anal inkontinans, anal atrezi, perinenin travmatik defektleri, travma, konjenital anomali durumlarında ve yaygın olarak kolorektal kanserler nedeniyle stoma açılabilir (Alabaz ve Akçam, 2010).

2018 Global kanser istatistiklerine göre; Kolorektal Kanser (KRK), dünyada sık görülen ve mortalite ile sonuçlanan 10 kanserden, görülme sıklığı bakımından üçüncü, ölüm oranı bakımından ikinci sırada yer almaktadır (Bray ve ark, 2018). Türkiyede, Sağlık Bakanlığı'nın 2017 istatistiklerine göre, KRK görülme sıklığı, tüm kanserler içinde, erkeklerde yüz binde 22.8 kadınlarda yüz binde 13.8 olup, her iki cinsiyette de en sık görülen üçüncü kanserdir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017). Literatürde, global olarak KRK insidanslarının artması sonucu, stoma açılmasının da arttığı ve intestinal stomaların başlıca nedeninin KRK olduğu bildirilmektedir (Akgül 2014; Ambe, Kurz, Nitschke, Odeh ve ark, 2018; Anaraki,Vafaie, Behboo, Esmaeilpour ve ark 2012).

Dünya genelinde; Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da yaklaşık 800.000 kişi bir stoma ile yaşamakta ve yılda yaklaşık 120.000 yeni stoma açılmaktadır (Colwell, Pittman, Raizman, Salvadalena, 2018). Ülkemizde ise stoma açılan vaka sayısına ilişkin, kurumların kendi kayıtları dışında ulusal bir istatistik bulunmamaktadır.

2.1.1. İntestinal Stomaların Sınıflandırılması

Stomalar anatomik lokalizasyonu, prognostik faktörler ve fonksiyonuna göre sınıflandırılmaktadır (Alabaz ve Akçam, 2010) (Tablo1).

Tablo 1. İntestinal stomaların sınıflandırması

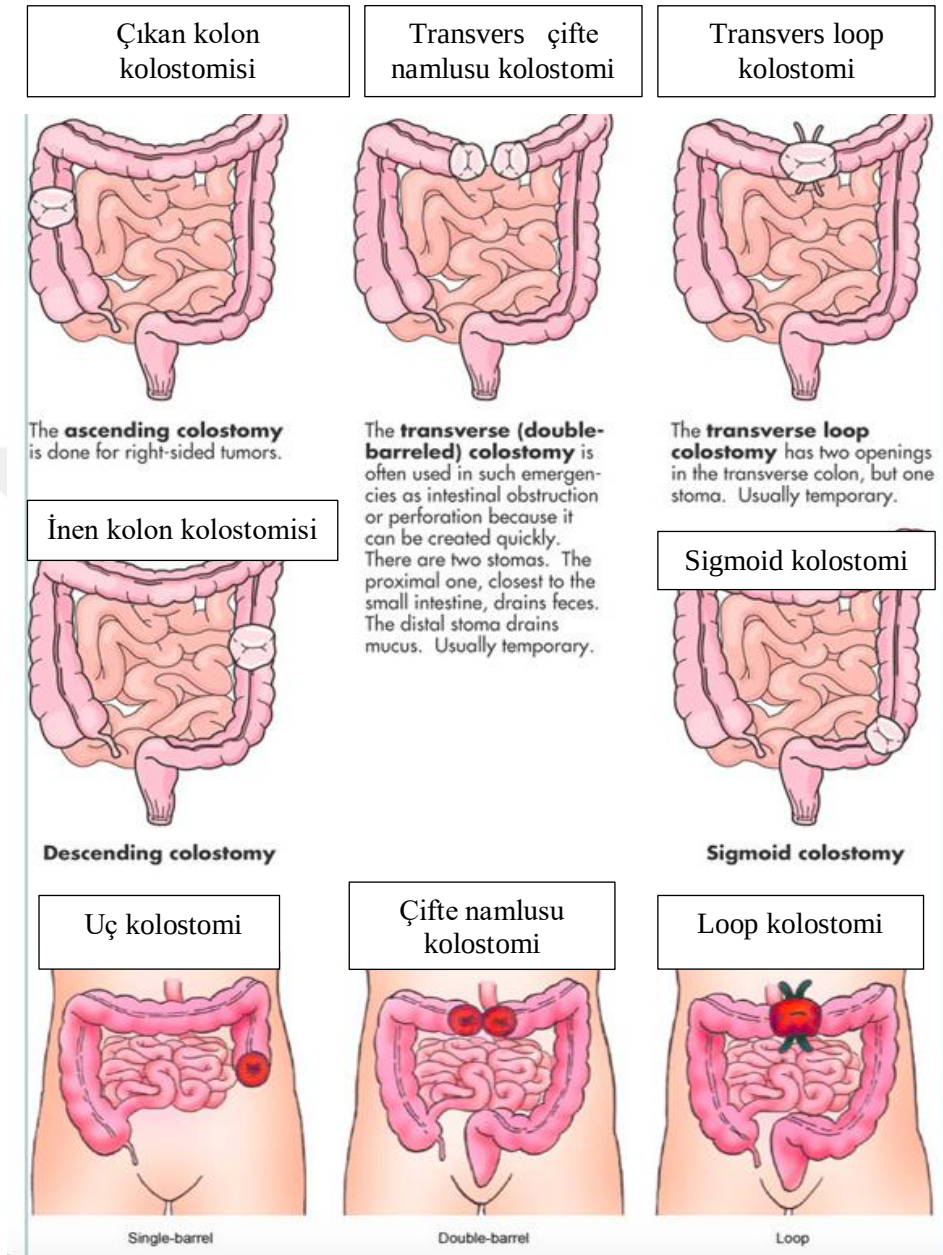
• Anatomik lokalizasyonuna göre KOLOSTOMİ Çekostomi Asenden kolostomi Transvers kolostomi Desenden kolostomi Sigmoid kolostomi İLEOSTOMİ JEJUNOSTOMİ
• Prognostik faktörlere göre Geçici Kalıcı
• Fonksiyonuna göre Barsak dekompresyonu Gaita diversiyonu

(Alabaz ve Akçam 2010)

2.1.1.1. Kolostomi

Kolostomi, ameliyatla kolonun herhangi bir bölümünün kalıcı veya geçici olarak, koruyucu ve tedavi edici amaçla karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Kolostomi rezeke edilemeyen bir tümörde palyatif amaçlı olabileceği gibi radikal bir rezeksiyon sonrası anastomozu korumak amaçlı da yapılabilir. Bunun yanı sıra, anüsün ortadan kaldırılması ya da kullanılmaması gereken durumlarda da kolostomi açılmaktadır. APR'den sonra anüsün işlevini gören bir bölge oluşturmak, tıkanmış ve distansiyon gelişmiş kolonu dekomprese etmek, fekal diversiyon sağlamak da kolostomi açılma amaçları arasında yer almaktadır Akgün ve Yoldaş 2012; Alabaz ve Akçam 2010; Erkoçak, Alabaz ve Karadağ, 2003). Kolostomiler, kolon üzerindeki lokalizasyonuna göre, çıkan (asenden) kolon, inen (desenden) kolon, transvers kolon ve sigmoid kolon kolostomisi ve yapılış şekillerine göre de loop kolostomi, uç (singel barrel)

kolostomi ve çift namlusu (double barrel) kolostomi olarak isimlendirilmektedir (Şekil 1) (Alabaz ve Akçam, 2010; Erkoçak, Alabaz ve Karadağ, 2003).



Şekil 1: Anatomik Lokalizasyonuna ve Yapılış Şekillerine Göre Kolostomiler

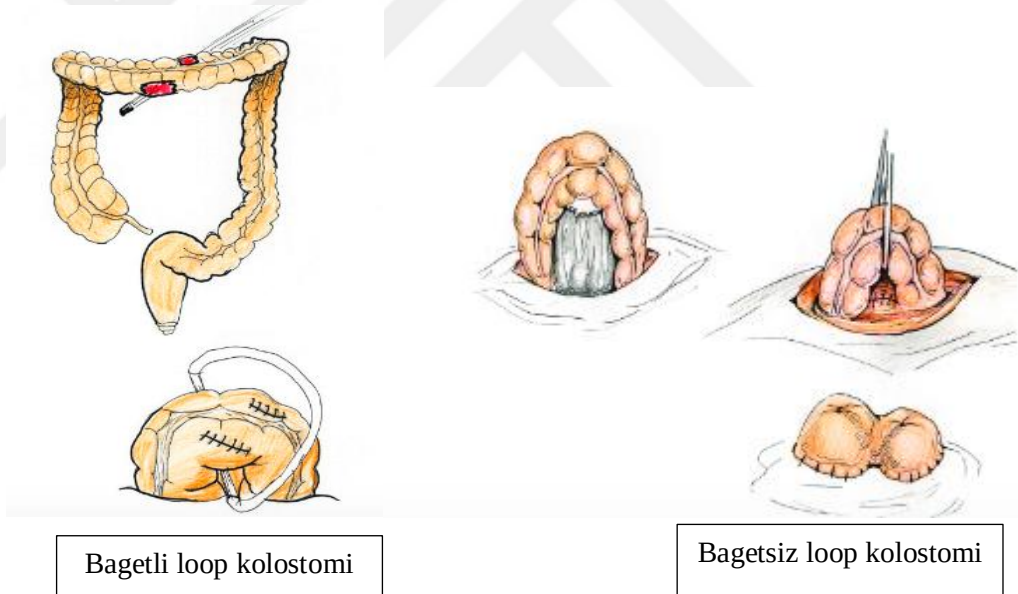
(https://coursewareobjects.elsevier.com/objects/NCLEX/silvestri1e_v1/mod_10/10s01l04057c.htm Erişim tarihi: 06. 08. 2019)

Uç (Single Barrel) Kolostomi: En çok kalıcı kolostomi gerektiği zaman yapılır. APR'den sonra, düzeltilmeyen inkontinans durumlarında, anorektal inflamatuvar bağırsak hastalıklarında,

nörolojik hastalıklar nedeniyle uygulanmaktadır (Akgün ve Yoldaş 2012; Alabaz ve Akçam, 2010; Erkoçak, Alabaz ve Karadağ, 2003).

Çifte Namlusu (double barrel) Kolostomi: Fonksiyonel ve distal bağırsak ucunun karın duvarına ağızlaştırıldığı, genellikle geçici amaçlı açılan, sıklıkla transvers kolon ve sigmoid kolon lezyonlarında uygulanan stoma tipidir. Tıkanıklığa yol açan kolon tümörlerinde ve yaralanmalarında, sigmoid volvulus dışındaki iskemilerde uygulanır (Akgün ve Yoldaş 2012; Alabaz ve Akçam, 2010; Erkoçak, Alabaz ve Karadağ, 2003; Schmelzer, 2014).

Loop Kolostomi: Tıkanıklık, yaralanma, geçici fekal diversiyon gereken durumlarda açılan ve sık kullanılan cerrahi bir yöntemdir. Genellikle geçici süreli açılmaktadır. Bagetli loop kolostomi veya bagetsiz loop kolostomi olarak uygulanabilmektedir (Şekil 2). Bagetin amacı; kolonu yerinde tutmak ve stomanın tam saptırıcılığını sağlamaya yardımcı olmaktır. Loop kolostomiler genelde sağ üst kadrandan yapılır (Alabaz ve Akçam, 2010).



Şekil 2: Bagetli ve Bagetsiz Loop Kolostomi

(Alabaz Ö, Akçam T. İntestinal stomalar. In: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, Editors. Kolon ve Rektum Kanseri. 1. Baskı İstanbul: Seçil Ofset Matbaacılık; 2010. p.671-712'den alınmıştır.)

Çıkan (Asenden) kolon kolostomisi: Çıkan kolon kolostomisi abdomende sağ alt kadranda yer almaktadır. Divertiküller, doğumsal defektler, travmalar, kolon, rektum ve pelvis tümörleri nedeniyle uygulanmaktadır (Gutman, 2011).

Transvers Kolon Kolostomisi: Üst abdomende, ortada ya da sağ taraftadır. Divertikülit, inflamatuvar bağırsak hastalığı, kanser, bağırsak obstrüksiyonu, travma veya doğum anomalileri nedeniyle uygulanmaktadır (Gutman, 2011).

İnen (Desenden) Kolon ve Sigmoid Kolon Kolostomisi: Her iki kolostomi tipi de bağırsak obstrüksiyonu, paraliziler, konjenital defektler, divertiküller, rektum kanseri/sigmoid kolon kanseri nedeniyle uygulanmaktadır. İnen kolon kolostomisi abdomende sol alt kadranda, sigmoid kolon kolostomisi sol iliak fossada yer almaktadır (Gutman, 2011).

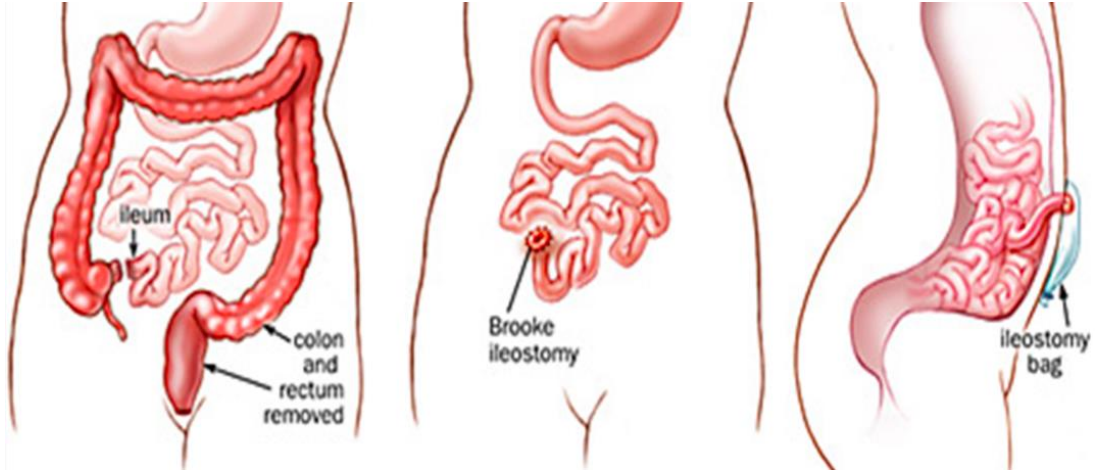
2.1.1.2. İleostomi

İleumun son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılmasıdır (Şekil 3) (Erkoçak, Alabaz ve Karadağ, 2003; Morrow, 2017; Schmelzer, 2014). Genellikle sağ iliak fossada yer almaktadır (McGrath ve Porret, 2005). Kolon ve rektumun tamamen çıkarılması, gerektiğinde veya distaldeki kolorektal, koloanal, ileoanal anastomozu koruyucu amaçla, Ülseratif Kolit, Crohn hastalığı, familial polipozis, travma ve kanser durumlarında uygulanmaktadır (Akgün ve Yoldaş 2012; Morrow, 2017; Schmelzer, 2014). İleostomi uygulamalarında sıklıkla iki yöntem kullanılmaktadır (Erkoçak, Alabaz ve Karadağ, 2003; McGrath ve Porret, 2005).

- Uç (Brooke) İleostomi
- Loop (Turnbull) İleostomi

Uç (Brooke) İleostomi: Uç ileostomi, ileostominin en yaygın görülen tiplerindendir. Stoma genellikle abdomende sağ alt kadranda yer almaktadır. Ülseratif Kolit gibi inflamatuvar bağırsak hastalıkları, multiple yerleşimli kolon kanserleri, familial polipozis durumlarında, sıklıkla kalıcı amaçlı uygulanmaktadır (Alabaz ve Akçam 2010; Erkoçak, Alabaz ve Karadağ, 2003; Morrow, 2017).

Loop (Turnbull) İleostomi: Dışkı akımının geçici saptırılması amacıyla kullanılır. Anal sfinkterleri koruyucu ameliyatlarda, distal anastomozların korunmasında, ileorektal anastomoz, ileal poş anal anastomoz, anal ve abdominal fistüllerin, toksik megakolonun tedavisinde uygulanmaktadır (Alabaz ve Akçam 2010).



Şekil 3: İleostomi

(https://www.hopkinsmedicine.org/IBDsymposium/Presentations_2011/Life%20with%20a%20Pouch%20or%20Stoma_Marohn.pdf Erişim tarihi: 06. 08.2019)

2.1.1.3 Kalıcı İntestinal Stomalar

APR, tüm kolon ve rektumu tutan ağır Crohn vakaları, ileoanal anastomozun mümkün olmadığı durumlar, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, anüs ve rektumun tamamen çıkarılması gereken durumlarda uygulanmaktadır (Akgün ve Yoldaş, 2012; Alabaz ve Akçam 2010; Doubleman, 2013).

2.1.1.4 Geçici İntestinal Stomalar

Boşaltımın devamlılığının sağlanması için geçici olarak açılan ve akut durum geçtikten sonra kapatılan girişimlerdir. Bağırsak geçişinin normal yoldan saptırılarak, bağırsağın distal kısmının dinlenmeye alınması amacıyla yapılmaktadır. Kapatıldıktan sonra bireylerin bağırsak fonksiyonları normale dönmektedir (Alabaz ve Akçam 2010; Doubleman, 2013). Geçici stoma gerektiren en yaygın durumlar; rektum kanseri ve inflamatuvar bağırsak hastalıklarıdır (McGrath ve Porret, 2005).

Stomanın tipi ve yeri, komplikasyonları direkt olarak etkilemektedir. Kapsamlı ve geniş cerrahi deneyime rağmen, intestinal stoma komplikasyonları hala sık görülmekte ve bu komplikasyonlar yüksek morbidite ile sonuçlanarak, ekonomik, fizyolojik ve psikolojik açıdan önemli maliyetlere neden olmaktadır (Brian ve Kann, 2008).

2.2. İntestinal Stoma Komplikasyonları

Stomalı bireylerde, altta yatan patolojiye, cerrahi tekniğe, ameliyat öncesi hazırlığın ve ameliyat sonrası bakımın yetersiz olmasına, bireysel özelliklere bağlı olarak birçok komplikasyon gelişebilmektedir (Özaydın ve ark, 2013). Bireyin yaşı, çalışma durumu, cerrahi teknik, stomanın açılma nedeni, yeri, türü, süresi, ameliyat öncesi bilgilendirme, stoma bakımı ve kullanılan ürünler gibi birçok faktör stoma komplikasyonlarının gelişimini etkilemektedir (Karadağ ve Korkut, 2010). Farklı çalışmalar, komplikasyon gelişmesinde etkili olan, inflamatuvar barsak hastalığı, beden kitle indeksi, komorbidite, diyabet, malignite, karın duvarının şekli, sigara içme, acil cerrahi ve stoma yerinin işaretlenmemesi gibi risk faktörlerini de tanımlamışlardır (Aramugam, Bevan, Macdonald, Watkins ve ark, 2003; Kwiatt ve Kawata, 2013; Parmar, Zammit, Smith, Kenyon ve ark, 2011; Velasco, Escovar, Calvo, 2014).

Yapılan çalışmalarda, stoma açılan bireylerin %21-70'inde komplikasyon görüldüğü bildirilmiştir (Aramugam, Bevan, Macdonald, Watkins ve ark, 2003; Trzcinski, Kresinksa-Kaba, Dziki, 2013; Steinhagen, Colwell, Cannon, 2017). Komplikasyonlar stomal ve peristomal olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır. Stomal komplikasyonlar; stoma prolapsusu, stoma nekrozu, mukokutanöz ayrılma, stoma retraksiyonu, stoma stenozudur. Peristomal komplikasyonlar; stomayı çevreleyen cilt yüzeyinde meydana gelen, poş sisteminin yapışkan bölümü ile kaplı cildin enflamasyonu, yaralanması olarak tanımlanabilir. Peristomal komplikasyonlar, peristomal irritan kontakt dermatit, parastomal herni, peristomal alerjik kontakt dermatit, peristomal travmadır (Beitz ve Colwell, 2014; Colwell, Pittman, Raizman, Salvadalena, 2018).

Jonkers ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında (n:100), bireylerin %82'sinde en az bir ya da daha fazla stomayla ilişkili komplikasyon geliştiği, bu komplikasyonlardan deri irritasyonu (%55), fiksasyon problemleri (%46) ve sızıntının (%40) en yaygın görülen komplikasyonlar olduğu ve bu komplikasyonların gelişme nedeninin stomanın uygun olmayan yere açılması nedeniyle olduğu bildirilmiştir (Formijne Jonkers, Draaisma, Roskott, van Overbeeke ve ark, 2012). Gray ve arkadaşları (2013), en sık görülen komplikasyonun, stomadan gelen içeriğe maruz kalan cildin inflamasyon ve erozyonuyla oluşan peristomal cilt hasarı olduğunu belirtmişlerdir Ayrıca, diğer peristomal cilt hasarı tipleri, mekanik olarak ya da basınç/sürtünme kuvvetiyle oluşan travma veya epidermal sıyrılma, alerjik kontakt dermatit,

folikülit, kandidiyazis ve pyoderma gangrenozumdur (Şekil 4) (Gray, Colwell, Doughty, Goldberg ve ark, 2013). Bir çalışmada, stoma cerrahisinden sonraki ilk yıl içindeki tüm peristomal cilt hasarı insidansının %15-%43 arasında değişmekte olduğu bildirilmiştir (Salvaladena, 2008). Çalışmalar, peristomal komplikasyonların stomalı bireylerde en sık görülen komplikasyon şekli olduğunu göstermektedir. Colwell ve arkadaşlarının (2018) yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada, yeni stomalı 153 bireyin %47'sinde peristomal cilt komplikasyonları geliştiği gösterilmiştir (Colwell, Pittman, Raizman, Salvadalena, 2018). Özaydın ve ark (2013) stoma açılmış olan 96 bireyi 3-16 ay takip etmişler ve ortalama komplikasyon oranının %48 olduğunu ve en sık görülen komplikasyonların da peristomal cilt irritasyonu (%63) ve stoma çevresi enfeksiyonu (%25) olduğunu bildirmişlerdir.

Stomal ve peristomal komplikasyonlar, ameliyattan sonra 30 gün içinde görülen erken komplikasyonlar ve ameliyattan 30 gün sonra görülen geç komplikasyonlar olarak kategorize edilebilir (Ambe, Kurz, Nitschke, Odeh ve ark, 2018; Brian ve Kann, 2008). Literatürde geç komplikasyonların yaklaşık %93'ünün ilk 1-6 ay arasında meydana geldiği bildirilmektedir (Husain ve Cataldo, 2008). Erken dönem komplikasyonlar; kanama, stomal nekroz, retraksiyon, mukokutanöz ayrılma, peristomal deri irritasyonu, peristomal abse/fistül ve akut parastomal herniasyon; geç dönem komplikasyonlar; peristomal deri problemleri, stenoz, retraksiyon, parastomal herni, prolapsus ve fistüldür (Karadağ ve Korkut, 2010). 1616 stomalı hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların %28'inde erken dönem ve %6'sında geç dönem olmak üzere toplamda %34'ünde komplikasyon geliştiği ve en sık görülen komplikasyonun cilt irritasyonu olduğu bildirilmiştir (Park, Del Pino, Orsay, Nelson ve ark, 1999). Uddin ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında stomalı bireylerin %25'inde komplikasyon geliştiği, en yaygın görülen komplikasyonun cilt problemleri olduğu, diğer görülen komplikasyonların mukokutanöz ayrılma, prolapsus, yara enfeksiyonu, herni, fistül, hemoraji, iskemi ve nekroz olduğu bildirilmiştir (Uddin WM, Ullah S, Iqbal Z, Jie W ve ark, 2017). Pittman ve arkadaşlarının (2014) 71 stomalı bireyle yaptığı çalışmada, bireylerin %60'ında sızıntı, %50'sinde peristomal nem ile ilişkili dermatit, %42'sinde ağrı, %39'unda retraksiyon ve %32'sinde kanama olduğu bildirilmiştir (Pittman, Bakas, Ellet, Sloan ve ark, 2014). Ahmad ve arkadaşlarının (2013) 100 kişi ile yaptıkları bir çalışmada da, bireylerin %36.2'si peristomal deri irritasyonu, %5.4'ünde stomal nekroz, %2.7'sinde retraksiyon, %4.7'sinde stoma prolapsusu, %7.4'ünde kanama, %8.1'inde mukokutanöz ayrılma, %4'ünde stomal stenoz,

%4.7'sinde parastomal herni geliştiği bildirilmiştir (Ahmad, Sharma, Saxena, Choudhary, 2013).

2.2.1. Yaygın Görülen Stomal ve Peristomal Komplikasyonlar

Stoma retraksiyonu: Batın dışına alınan bağırsağın periton boşluğuna geri kaçmasıdır (Şekil 4). Erken dönem komplikasyonlardan olan retraksiyon, sıklıkla cerrahi teknikteki yetersizlik nedeni ile oluşmaktadır. Diğer önemli nedenleri; obezite, duvar kalınlığının fazla olması, kısa mezenter, stoma yüksekliğinin cilt seviyesinin üzerinde olmaması, gergin ve loop stomalarda bagetin erken alınmasıdır. Loop stomalarda kolonun altından plastik bir baget geçirilerek retraksiyon önlenmeye çalışılır. Ameliyat sonrası, ortalama yedinci gün baget çekilmelidir (Akgün ve Yoldaş, 2012; Alabaz ve Akçam, 2010). Retraksiyonu önlemek için en iyi yöntem, stomanın kolonda en az 1 cm, ileumda 2-3 cm olacak şekilde stomanın cilt seviyesinin üzerinde oluşturulmasıdır. Stomanın tümüyle retrakte olması cerrahi müdahale gerektirir (Akgün ve Yoldaş, 2012).

Stomal nekroz: Çoğunlukla, stoma açıklığının dar yapılması, ödemli stoma çevresine dar torba takılması gibi nedenlerle gerginliğe bağlı venöz konjesyon veya uygunsuz kanlanma sonucunda görülen erken dönem komplikasyonlardandır (Şekil 4) (Akgün ve Yoldaş, 2012; Alabaz ve Akçam, 2010). Ameliyat sonrası stomanın rengindeki değişim ilk 24-72 saat içinde yakından takip edilmelidir. Stomanın normal rengi açık pembe/pembedir ve ağız içi mukozasına benzemektedir. Eğer mukoza koyu renkli ise (koyu mavi, siyah) iskemi ve nekrozu düşündürmelidir. Stoma nekrozu sıklıkla uç stomalarda görülür (Alabaz ve Akçam, 2010; Erkoçak, Alabaz ve Karadağ, 2003).

Mukokutanöz ayrılma: Doku perfüzyon yetersizliği (diyabet, yaşıllık, steroid kullanımı vb.), uygun olmayan dikiş mateyallerinin kullanılması, dikişlerin gergin olması gibi nedenlerle stomanın cilt ile birleştiği yerden ayrılmasıdır (Şekil 4). Erken dönemde görülen bu komplikasyon genellikle yüzeysel, derin, kısmi ya da tam olabilir. Ayrılmadan hemen sonra, retraksiyon, stenoz, prolapsus gibi diğer problemler de gelişebilir. Yüzeysel ayrılmalar genellikle uygun pansuman materyali ile doldurulur, ayrılma adaptörün altında kalacak şekilde adaptör uygulanır ve kapatılır. Mukokütanöz ayrılma oluştuğunda yara iyileşmesi sağlanıncaya kadar pansuman yapılır. Stoma ve cilt arasına koruyucu macun/pasta sürülür. Mukokutanöz

ayrılma fasyanın altına kadar ilerlemişse cerrahi müdahale gerekir Mukokutanöz ayrılma fasyanın altına kadar ilerlemişse cerrahi müdahale gerekir (Alabaz ve Akçam, 2010).

Peristomal irritan dermatit: En yaygın görülen komplikasyonlardan olan peristomal irritan dermatit, sıklıkla sızıntı nedeniyle dışkının cilde teması ve uygun olmayan malzeme kullanımı nedeniyle oluşmaktadır. Kimyasal irritan dermatit, özellikle ileostomisi olan bireylerde, peristomal bölgedeki derinin bağırsak içerisindeki sindirim enzimlerine maruz kalmasıyla ortaya çıkmaktadır (Karadağ ve Korkut, 2010; Steinhagen, Colwell, Cannon, 2017). Kimyasal dermatit ileostomili bireylerin %34'ünde görülen yaygın bir komplikasyondur (Steinhagen, Colwell, Cannon, 2017). Kimyasal dermatitin önlenmesinde, bireylere, stoma etrafındaki cildi ılık su ile temizlemeleri söylenmelidir. Sabun ve kimyasal madde kullanılmaması gerekir. Adaptör stomanın çapına uygun kesilmeli ya da adaptör çapına uygun hazır kesilmiş torba/adaptör kullanmaları önerilmelidir. Dışkı sızıntısı durumunda cilt koruyucu kullanmaları önerilmelidir. Tedavisinde lokal spreylere, stoma pudraları ve pansumanların kullanılması gerekmektedir (Karadağ ve Korkut, 2010).

Allerjik kontakt dermatit Genellikle torba ya da adaptör yapıştırıcısı gibi stoma bakım malzemelerine karşı alerjik reaksiyon gelişmesiyle oluşur. Alerjik reaksiyon, alerjenin temas ettiği alanda, hafif kızarıklık ve kaşıntı gibi semptomlar ile başlayıp, bül, eritematöz, nemli ve ağrılı lezyonlar şeklinde ilerleyebilir (Şekil 4). Alerjen madde uzaklaştırıldığında cilt genellikle iyileşmeye başlar. Önlenmesi ve tedavisinde; allerjiye neden olan ürün değiştirilmeli ve cilt temizliğinde, sadece ılık su kullanılmalıdır. Bakım sırasında, stoma pudrası, cilt bariyeri ve hypoallerjenik torba/adaptör kullanılabilir (Karadağ ve Korkut, 2010).

Stomal stenoz: Stomanın iç çapının daralmasıdır (Şekil 4). Sıklıkla geç dönemde görülmektedir. İyi mobilize edilemeyen bağırsağın retraksiyonu, peristomal enfeksiyon nedeniyle gelişen fibrozis gibi nedenlerle ve stoma yerinin iyi seçilememesi sonucu meydana gelmektedir. Stenozların çoğunda gaita yumuşatıcılar, parmakla ya da bujilerle stomanın dilatasyonu ve dışkının boşalmasının sağlanması gibi konservatif yöntemler kullanılmaktadır. Darlık fasya seviyesinde ise lokal anestezi ile stomanın üst ve altından (stomanın 5-6 cm uzağından) yapılan küçük insizyonlardan fasyotomi yapılabilir. Nadiren de stoma yerinin değiştirilmesi gerekebilir (Akgün ve Yoldaş, 2012; Alabaz ve Akçam, 2010).

Kanama: Stoma bakımı sırasında minör kanamalar görülmesi olağandır. Sert bir şekilde temizlemeye ve adaptörün çapının dar olmasına bağlı olarak gelişebilir. Major kanama ise alışılmadık bir durumdur. Peristomal varislere bağlı olarak gelişebilir. Kanama durumunda kanayan bölgeye basınç uygulanmalıdır. Ciddi kanamalarda gümüş nitrat koterizasyonu ya da sütür uygulaması gerekmektedir (Akgün ve Yoldaş, 2012).

Psödoverriko lezyonlar (Hiperplazi): Kronik peristomal nem, değişken renk değişimleriyle birlikte kabarıklık ve cilt gibi görünen, stoma çevresinde iyi huylu psödooverrucous değişikliklerine neden olur. Torbanın/adaptörün uygun yerleştirilmemesi sonucu cildin sürekli dışkı ile teması sonucu gelişmektedir. Cilt yüzeyinden kabarıklık siğil görünümündedirler. Gri/beyaz ya da kırmızımsı kahve renklerinde olabilirler. Ağrılıdır ve kolayca kanayabilirler (Karadağ, 2010). Tedavisinde topikal gümüş nitrat kullanılmaktadır. Ciddi lezyonlar cerrahi eksizyon gerektirebilir. Önlemek için; peristomal alanın dışkı ile teması ve aşırı sızıntı önlenmelidir (Steinhagen, Colwell, Cannon, 2017).

Folikülit: Peristomal alandaki kıl foliküllerinin enfeksiyonudur (Şekil 4). Genellikle cildin sık sık tıraş edilmesi ve torbanın/adaptörün ciltten sert bir şekilde çıkartılması sonucu oluşmaktadır. Peristomal alanda kaşıntı, kızarıklık, papüller ve püstüller gibi belirtiler gözlenmektedir. Peristomal bölgedeki kıllar elektrikli tıraş makinesi ve kılların büyüme yönüne doğru tıraş edilerek önlenir. Ayrıca cilt koruyucular kullanılabilir. Tedavisinde; antibakteriyel ve gümüş içeren alginatlı yara örtüleri kullanılmaktadır (Karadağ ve Korkut, 2010).

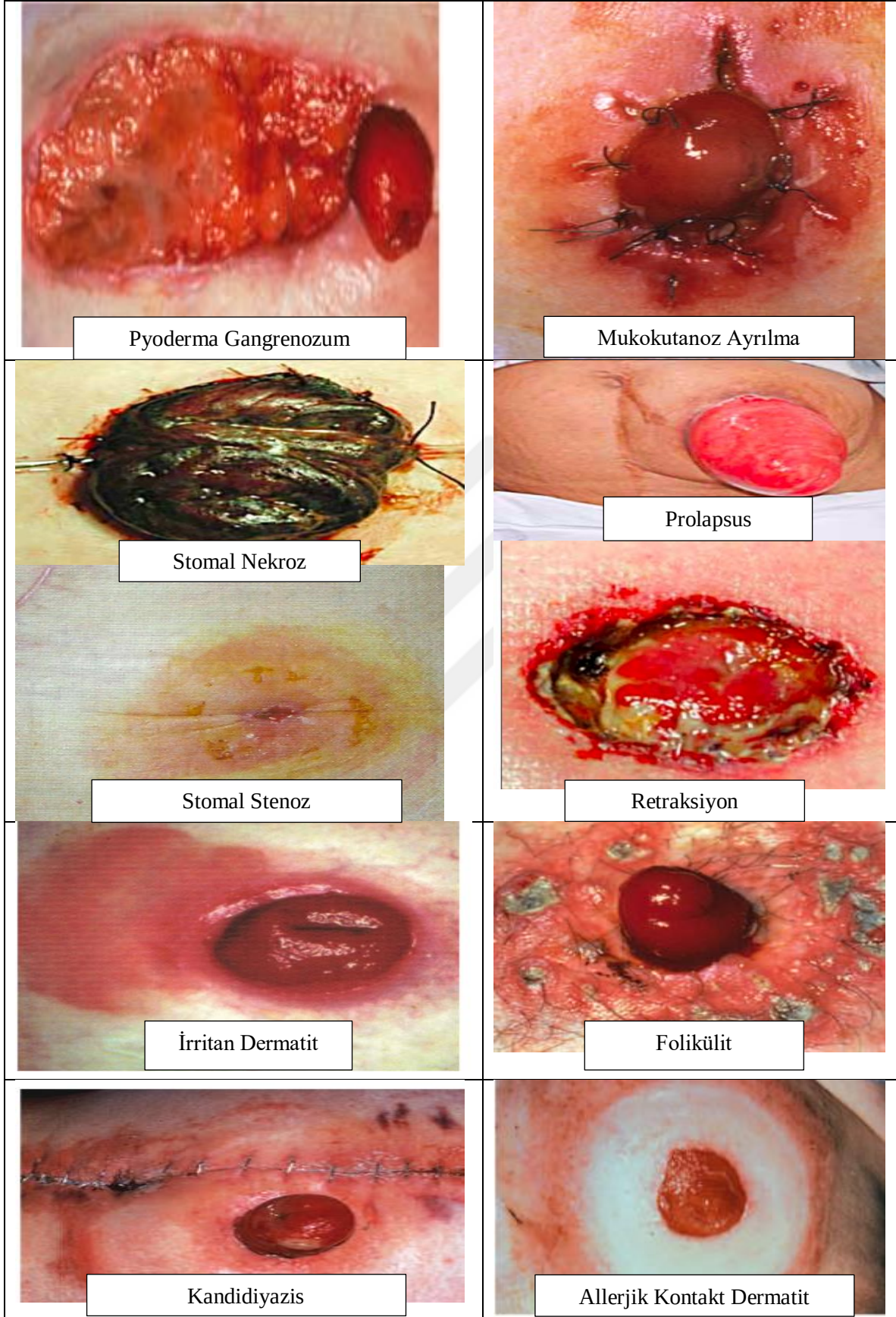
Stoma prolapsusu: Genellikle ameliyattan aylar sonra ortaya çıkar. Stomanın karın duvarından dışarı sarkmasıdır (Şekil 4). Kolostomili hastalarda ileostomili hastalardan daha çok görülür. Ayrıca görülme sıklığı, loop kolostomili olgularda uç kolostomiden daha fazladır. Bu durum genellikle parastomal fıtık ile beraber görülür. Nadiren strangüle olabilir. Hafif dereceli prolapsuslarda hastaya basit redüksiyon tekniği öğretilir (Alabaz ve Akçam, 2010). Strangülasyon gelişirse cerrahi girişim uygulanır (Akgün ve Yoldaş, 2012).

Parastomal herni: Batın insizyonundan stoma açılması, kilo alma, ileri yaş, diğer komorbid hastalıklar, batın duvarının zayıf olması, kronik öksürük gibi karın içi basıncını arttıran durumlar, steroid tedavisi, peristomal ve ameliyat sonrası enfeksiyon ve yetersiz beslenme nedeniyle oluşmaktadır. Tedavisinde sıklıkla cerrahi yöntem kullanılır. Herni gelişme açısından

riskli kişiler yakinen izlenmelidir. Kronik öksürüğün tedavi edilerek, üst solunum yolu enfeksiyonlarının önlenmesi gerekmektedir. Bireye öksürürken stoma bölgesini desteklemesi gibi herni gelişimini kolaylaştıran risk faktörlerini azaltıcı önlemler alınmalıdır (Alabaz ve Akçam, 2010; Erkoçak, Alabaz ve Karadağ, 2003).

Bu komplikasyonlar bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerini ve stomayla yaşama uyumunu zorlaştırır (Burch, 2014). Stoma ve persitomal alana ilişkin problemlerin erken tanımlanması ve zamanında girişim yapılması bireyin yaşam kalitesini arttırmaktadır. Kanıta dayalı rehberler, stomal ve peristomal alandaki problemlerin terminolojisinin standardizasyonunu sağlamak, prevelans ve insidiansı sınıflandırmak için bir ölçüm aracı kullanmayı önermektedir (Goldberg, Aukett, Carmel, Fellows, 2010).





Şekil 4: Stomal ve Peristomal Komplikasyonlar (Erwin-Toth P, Stricker LJ, van Rijswijk L. Peristomal Skin Complications. AJN 2010 Vol. 110, No. 2.P.43-48; Kabir SA, Kabir SL, Smo EA. Indications&complications of intestinal stomas. General Surgery'den alınmıştır).

2.3. Stomanın Birey Üzerindeki Etkileri

Altta yatan patolojiyi ortadan kaldırmak ve bireyin durumunu iyileştirmek amacıyla açılan stomalar, bireyin tüm yaşantısını etkilemektedir. Stoma, hem ilk görüldüğü anda, hem de taburculuktan sonra bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan çeşitli sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Hem kalıcı hem de geçici stomalarda, bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği, yaygın şekilde depresyon ve anksiyeteye neden olduğu bulunmuştur (Kılıç, Taycan, Belli, Özmen, 2007). Ceylan ve Vural'ın (2017) stomalı bireylerle yaptıkları kalitatif çalışmada (n:19), stomalı bireylerin deneyimlerini incelemişler ve bireylerin stoma açıldıktan sonraki dönemdeki deneyimlerine ilişkin 3 ana tema saptamışlardır. "İlk karşılaşma", "güçlükler" ve "baş etme" çalışmanın ana temalarını oluşturmuştur. "İlk karşılaşma" teması; şok, çaresiz hissetme ve utanma kategorilerinden oluşmaktadır. "Güçlükler" teması ise; günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma, cinsel yaşamı sürdürmede güçlük, sosyal izolasyon ve ekonomik sıkıntı kategorilerinden oluşmaktadır. "Baş etme" teması ise; stomayla yaşamı kabullenme/kabullenmeme, olumlu yönden bakma, kadercilik ve destek sistemler (sosyal, profesyonel) kategorilerinden oluşmaktadır. Bu temalar stomalı bireylerin yaşadıkları sorunların yoğunluğunu ve bireyler üzerindeki etkilerini göstermektedir. Çalışmadaki stomalı bireylerin, ifadelerinden bazılarının da aşağıdaki gibi olduğu bildirilmiştir (Ceylan ve Vural, 2017):

"Gözlerimi açtığımda stomaya bakamıyordum. Bu benim için bir şok oldu. Ne olduğuna bakamadım. Dokunamadım (kadın, 78 yaş, kolostomi)",

"Kimse bilmiyor...Bunun hakkında asla konuşmayacağım. Ailem dışında kimseye söylemedim (kadın, 52 yaş, kolostomi)",

"Neredeyse yapacaktım. Yani intiharı düşündüm (kadın, 50 yaş, kolostomi)." ,

"Mesela pazarda sebze ve meyve almak istiyorum, ancak belli bir ağırlıkta onları taşımak zor. Onları taşıyamazsın (erkek , 46 yaş, ileostomi)"

"Seks hayatımız sona erdi. Aslında, samimiyet yok. Samimiyet yok çünkü kokabilir veya gaz çıkışı olabilir. Karım da etkilendi. İlişki sıklığımız çok düşük. Karımın torbaya zarar vermekten korktuğu için ilişkiden kaçtığını düşünüyorum (erkek, 43 yaş kolostomi)"

Stomalı bireylerin taburculuktan sonra evde ilk gün yaşadığı deneyimleri inceleyen kalitatif başka bir çalışmada (n:18) ise, bireylerin daha çok bakımda yetersizlik kaygısı yaşadıkları, kendilerini eksik hissettikleri, stomaya alışamadıkları, stomayı kabullenememe, şok yaşama ve stomaya uyum sorunları, dış görünüşlerinden hoşlanmama, toplumdan izole olacakları korkusu, toplum arasına çıkma korkusu, giyinme ve temizlik açısından kendilerini kirli hissetme ve umutsuzluk yaşadıkları bildirilmiştir (Kara ve Eti Aslan, 2017). McKenzie ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada (n:86), bireylerin %50'sinin vücutları üzerindeki kontrolünü kaybettiği, %45'inin stomanın yaşamlarını kontrolü altına aldığını hissettiği, %47'sinin kendine güvenini kaybettiği, %37'sinin torbanın sızıntısı hakkında endişe ettiği belirlenmiştir (McKenzie, White, Kendall, Finlayson ve ark, 2006).

2.3.1. Stomanın Fiziksel Alanda Etkisi

Stomalı bireylerin yaşadığı fizyolojik sorunların başında; gaz ve koku oluşması, dışkı sızıntısı, deri problemleri, stomal ve peristomal komplikasyonlar gelmektedir (Akgül, 2014; Vural ve Erol, 2012). Ayrıca diyare, konstipasyon, beslenme sorunları, ağrı, kanserli hastalarda kemoterapi ve radyasyon tedavisinin yan etkilerine bağlı bulantı, kusma, yorgunluk, kilo kaybı gibi sorunlar da görülebilmektedir (Akgül, 2014). Stoması olan bireyler ameliyat sonrası dönemde günlük aktivitelerinde azalma olduğunu ve stomalarına zarar vereceği endişesiyle egzersiz yapmaktan çekindiklerini ifade etmektedirler. Dabirian ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada (n:14); bireylerin çoğu stoma açıldıktan sonra fiziksel aktivitelerinin kısıtlandığını, günlük olarak yaptıkları sıradan işlerin azaldığını ve ağırlık kaldırma konusunda kendilerini kısıtladıklarını belirtmişlerdir (Dabirian, Yaghmaei, Rassouli, Tafreshi, 2011). Karaveli ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında (n:20), stomalı bireylerin dışkı sızıntısına bağlı olarak yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği ve dışkı sızıntısı ile ilişkili olarak, utanma, bağımlılık, korku ve stres yaşadıkları belirtilmiştir (Karaveli, Özbayır ve Karaman, 2014). Pittman ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada da (n:239), peristomal deri iritasyonları ve sızıntının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen komplikasyonlar olduğu bulunmuştur (Pittman, Rawl, Schmidt, Grant ve ark, 2008). Gooszen ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan çalışmada (n:76) ise; bireylerin %12'sinin ameliyat sonrası ilk üç ay içinde kendilerini sosyal faaliyetlerden tamamen izole ettikleri; bu bireylerden %72'sinin sızıntı, iritasyon, giyim ve diyet gibi stoma bakımıyla ilgili sorunlar; %38'inin prolapsus ve retraksiyon gibi

komplkasyonlar yaşadıkları belirlenmiştir. Sonuç olarak; sızıntı, peristomal deri iritasyonu, retraksiyon, prolapsus gibi stoma komplkasyonlarının, bireylerin yaşamlarını önemli ölçüde etkilediği, gaz, koku oluşumu gibi yaşadıkları sorunların ve ortaya çıkan stoma komplkasyonlarının yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (Gooszen, Geelkerken, Hermans, Lagaay ve ark, 2000).

2.3.2. Stomanın Psikolojik Alandaki Etkisi

Stomalı bireylerin yaşadığı psikolojik sorunlar:

- Anksiyete,
- Beden imajının değişmesi,
- Benlik saygısı ve öz güvenin azalması,
- Cinsel çekiciliğin kaybı,
- Dışkı sızıntısı ve ses/koku çıkacağı korkusu
- Depresyondur (stndağ, Demir, Zengin, Gl, 2007).

Yaşan ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada (n:53); stoma açıldıktan sonra bireylerin bedensel, sosyal, psikolojik ve işlevsel bazı zorluklarla karşılaştığı ve bu nedenle stomanın kalıcı veya geçici olmasına bakılmaksızın yaşamın her alanında bazı kısıtlama veya endişelere yol açtığı, ve önemli oranda depresyon ve anksiyeteye neden olduğu belirlenmiştir (Yaşan, nal, Gedik, Girgin, 2008). Kimura ve arkadaşlarının (2013) alışmasında (n:40); stomalı bireylerin gaz ve dışkı çıkışı üzerinde kontrol kaybının, psikolojik ve sosyal izolasyona neden olduğu, stomanın kişilerarası ilişkilerini ve beden imajını etkileyen olumsuz duygulara neden olduğu, stomalı hastaların çoğunun stoma torbasının kullanımına ilişkin kaygı ve güvensizliği nedeniyle seyahat etme ve spor yapma gibi boş zaman aktivitelerini eskisi gibi sürdüremediği belirtilmiştir (Kimura, Kamada, Guilhem, Fortes, 2013). Anksiyete ve depresyon sıklıkla, stoma açılmasını takiben görülmekte ve zamanla artabilmektedir (Ayaz, 2008). Ross ve ark.'nın (2007) yapmış oldukları çalışmada (n:249), stomalı bireylerin depresyon düzeyleri oldukça yüksek bulunmuştur (Ross, Abild-Nielsen, Thomsen, Karlsen ve ark, 2007).

Stomalı bireyler beden görünümünde değişim oluştuğu için olumsuz duygular yaşayabilmekte, buna bağlı olarak da psikolojik sorunlarda artış olabilmektedir. Stoma kalıcı ya da geçici de olsa, fiziksel görünümünde değişikliğe yol açarak yeni beden imajına uyum

gerektirmektedir. Bu nedenle, birey için hem beden imajına hem de boşaltım fonksiyonunda oluşan ani değişimi kabullenmek zor olabilmektedir (Ayaz, 2008).

Stoma açılması ile sonuçlanan radikal pelvik cerrahi girişim kadın ve erkeğin her ikisinde cinsel disfonksiyona neden olabilmektedir. Stomalı bireyler cinsel yaşam konusunda kendisini yetersiz, dışlanmış, memnuniyetsiz ve tatminsiz hissederler. Kendilerini görünüm olarak beğenmezler ve eşleri tarafından terk edilme duygusu yaşarlar (Şelimen, 2010). Stomalı bireylerin partnerlerinin tepkisi de cinsel yaşamlarını etkilemektedir. Bireylerin ve partnerlerinin çoğu stomaya zarar vermekten korktukları için eşlerine olumsuz yaklaşmaktadırlar. Partnerlerin olumsuz tepkisi cinsel arzuyu da azaltmaktadır. Cinsel yaşamdaki bu sorunlar bireyleri psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir (Kimura, Kamada, Guilhem, Fortes, 2013). Kolostomisi olan bireylerin partnerlerinin (n:36), yaş, cinsiyet ve sosyal sınıfları eşleştirilmiş olan stoması olmayan bireylerin partnerleri (n:72) ile karşılaştırıldığı çalışmada, kalıcı kolostomisi olanların partnerlerinin yarısının, eşinin performansından tatminsizlik ve kontrol grubuna göre cinsel ilgide ve cinsel ilişki sıklığında azalma deneyimledikleri belirlenmiştir (Silva, Monteiro, Sousa, Vianna ve ark, 2014). Başka bir çalışmada da (n:141), stoması olan bireylerin, olmayanlara göre cinsel fonksiyonun kötü etkilendiği ve beden imajı kaygısının daha çok olduğu bildirilmiştir (Reese, Finan, Haythornthwaite, Kadan ve ark, 2014). Pittman ve arkadaşları da (2009), stomaya bağlı gelişen komplikasyonlara bağlı olarak, ameliyat sonrası cinsel fonksiyonlarda azalma olduğunu bildirmiştir (Pittman, Kozell, Gray, 2009).

2.3.3. Stomanın Sosyal Alandaki Etkisi

Stomalı bireyler, kendini toplumdan kısıtlama ve soyutlama eğilimindedir. Birçok hasta ameliyat öncesi yaptıkları sosyal aktiviteleri ameliyat sonrası yapmamakta, aile ilişkileri ve iş yaşantıları olumsuz etkilenmekte ve stoma açıldıktan sonra işi bırakma, iş veriminde azalma ya da iş değiştirme görülebilmektedir (Üstündağ, Demir, Zengin, Gül, 2007). Kontrolsüz defekasyonlarla sosyal yaşamın değişmesi, utanç verici olarak değerlendirilir; bu durum kaçınma ve sosyal olarak geri çekilme davranışı ile sonuçlanabilir (Kılıç, Taycan, Belli, Özmen, 2007). Karadağ ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında (n:43) bireylerin stomasının sızıntı ve kokuya neden olacağı korkusuyla insanlardan uzak durup, içe kapanarak, yalnız kalmak isteyebildiği, sosyal olarak kendini güvende hissedememe ve güven eksikliği nedeniyle tam bir

sosyal yalıtım yaşadıkları bildirilmiştir (Karadağ, Menteş, Üner, İrkörücü ve ark, 2003). Cotrim ve Pereira'nın (2008) çalışmasında, kolorektal kanserli hastalardan stoması olanların yaşam kalitesi, beden imajı algısı ve sosyal aktivite oranının stoması olmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Cotrim ve Pereira, 2008).

2.4. Stomalı Bireylerde Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; bir bireyin ya da grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır. İntestinal stoma, bireylerde yaşam tarzı değişikliklerine neden olduğu için yaşam kalitesini etkileyen girişimlerden biridir. Stoma açılması bireyin tüm yaşantısını derinden etkileyerek o güne kadar alıştığı ve sürdürdüğünden farklı bir yaşam biçimine uyum sağlamasını gerektirir. Sağlıklı bireyde boşaltım istemli olarak kontrol edilebilen, bağımsızca gerçekleştirilebilen fizyolojik bir durum iken stomalı bireyde; boşaltım biçimi değişerek bireyi bağımsız durumdan bağımlı duruma getirmekte, beden bütünlüğünü bozmakta, birçok fiziksel ve psikososyal sorunu da beraberinde getirmektedir (Ayaz, 2008; Emek, 2016; Kılıç, Taycan, Belli, Özmen, 2007). Nugent ve arkadaşlarının (1999) yapmış oldukları çalışmada, stomalı bireylerin %80'nin (n=391) yaşam tarzında değişikliklerle karşı karşıya kaldığı görülmüştür (Nugent, Daniels, Stewart, Patankar ve ark, 1999). Salome ve arkadaşlarının (2014) yaptığı stomalı bireylerde yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada (n:44); bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamasının 26.16 (en yüksek puan 105) olduğu bulunmuştur (Salomé ve de Almeida, 2014). Pittman ve arkadaşları (2009) stoma komplikasyonları ve cinsel sorunlara bağlı olarak stomalı bireylerin yaşam kalitelerinin bozulduğunu bildirmiştir (Pittman, Kozell, Gray, 2009). Vonk-Klaassen ve arkadaşlarının (2016) yaptığı sistematik derlemede, stomanın yaşam kalitesini negatif olarak etkilediği ve algılanan yaşam kalitesi üzerinde stomayla ilgili problemlerin etkisinin olduğu gösterilmiştir. Stomayla ilişkili bu problemlerin; cinsel problemler, depresif hissetme, fiziksel olarak görünüşünü beğenmeme, kontrolsüz gaz çıkışları, konstipasyon, giyinme alışkanlığında değişiklik, yorgun hissetme, seyahat zorlukları, stomadan çıkan ses/gürültü nedeniyle hissedilen üzüntü gibi olumsuz duygular olduğu belirtilmiştir. Ancak literatürde stoma açılmasından uzun dönem sonra bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde olumlu etkiler görüldüğü belirtilmiştir (Vonk-Klaassen, de Vocht, den Ouden, Eddes ve ark, 2016). El-Tawii ve Nightingale (2013) çalışmasında (n:78), stomanın bireylerin yaşam kalitesi üzerinde uzun dönem etkilerini incelemişlerdir. Stoma açılmasının üzerinden beş yıl geçen bireylerin kendilerini daha iyi hissettikleri, beden imajı algılarının ve cinsel fonksiyonlarının daha iyi

olduğu, hastalıktan önce yaptıkları aktiviteleri yine yapmaktan keyif aldıkları gösterilmiştir (El-Tawil ve Nightingale, 2013).

Stoma açılan bireyler sadece hastalıklarını kabullenmek zorunda kalmamakta, aynı zamanda hayatlarını da stomaya göre düzenlemek zorunda kalmaktadırlar. Bilinmeyenlerle dolu olan bir gelecekle yüz yüze gelmekte ve profesyonel bir bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu nedenle stomalı bireylerin yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, hastanede başlayan girişimler ve hastaneden taburcu olduktan sonra sürdürülen desteğe bağlıdır (Ayaz, 2007).

2.5. Stomaya Uyum

Stomaya bağlı yaşanan sorunlar ve yaşam kalitesindeki değişiklikler, bireyin stomaya uyumunu gerektirmektedir (Ayaz, 2007). Uyum kavramı, bireyin kendisinde olan psikolojik, sosyal ve duygusal değişiklikleri anlamaya çalışması, bu değişiklikleri kabul etmesi, değişikliklere uygun davranış ve tutumlar göstermesi ve çevresiyle uyumlu ilişkiler kurabilmesi olarak tanımlanmaktadır. Sosyal uyum, bireylerin içinde bulunduğu toplumun kurallarına uymayı öğrenmesi, bu kurallar ve değer yargılarına uygun bir davranış geliştirmesidir. Bireylerin ait oldukları toplumun değerlerini, davranışlarını ve bilgilerini kazanma aşamaları sosyalleşme sürecidir. Bu sosyalleşme sürecini aile, kalıtım, bireyin sağlık durumunun günlük yaşam aktivitelerini etkileyip etkilememesi gibi durumlar ve akran grubu etkileyebilmektedir (Karabulut ve ark, 2014). Bireyin genel sağlık durumunun ve beden bütünlüğünün bozulması strese yol açar. Stres bireyin fizyolojik ve psikolojik dengesini bozmaktadır ve bu durum bireyin çevreyle olan etkileşimini de bozarak sosyal uyumunu etkilemektedir (Uğur, 2005). Stoma açılması bireylerin fiziki görünümündeki akut değişiklik, yaşam kalitelerini etkileyen koku, gaz dışkı sızıntısı gibi sorunlar nedeniyle bir stresör kaynağıdır ve bireylerin sosyal uyumunu bozmaktadır. Stoma açılmasını takiben uyum sürecini; bireyin kendine yetebilme duygusu, sosyal destek faktörleri ve sosyodemografik özellikleri gibi pek çok faktör etkileyebilmektedir. Uyum sürecinin zorlaşması ve uzaması ise yaşam kalitesini bozmaktadır (Ayaz, 2007). Literatür, bireyin stomayla yaşama uyumunu sağlamak için ameliyat sonrası en az üç ay geçmesi gerektiğini bildirmektedir

(https://my.clevelandclinic.org/ccf/media/files/Digestive_Disease/HavingColostomy.pdf).

Stoma bakım hemşireleri, stomalı bireylerin yaşadığı sorunlar ve bireylerin sosyal uyumu üzerinde önemli rol oynamaktadırlar (Brunch, 2014).

2.6. Stoma Bakım Hemşireliği

Stoma bakım hemşireliğinde ameliyat öncesi ve ameliyat sonrasında olmak üzere iki önemli nokta (Schmelzer, 2014);

- Bireyin beden imajındaki radikal değişiklik ile baş edebilmesi için sosyal destek sağlanması,
- Birey ve bakım veren kişiye stoma ve stoma bakımı hakkında eğitim verilmesidir.

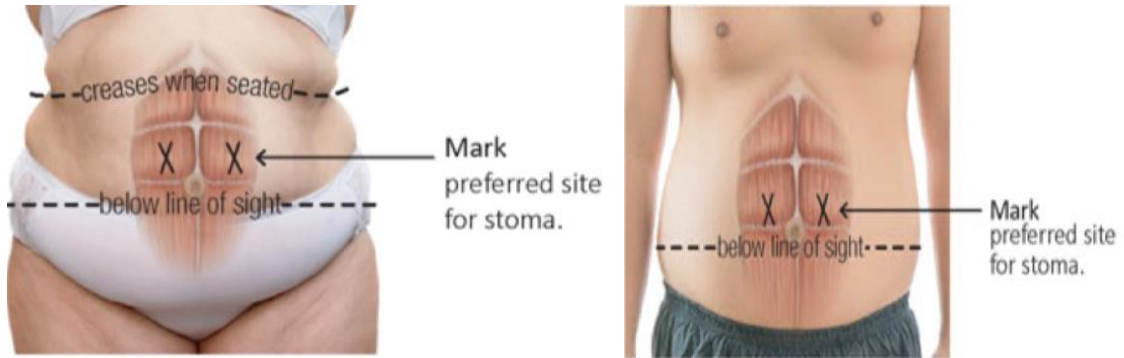
Stoma bakım hemşireliği; birey ve ailesini ameliyata ve ameliyattan sonraki yaşamlarına ilişkin bilgilendirme, ameliyat öncesi stoma bölgesinin belirlenmesi, stoma komplikasyonlarının önlenmesi ve bakım, psikolojik destek sağlama, stoma ile ilgili teknik becerilerin kazandırılması, stoma bakım ürünlerinin doğru kullanımı ve bireyin düzenli izlemine içermektedir (Karadağ, 2010).

Ameliyat öncesi bakım;

Stoma için için fizyolojik hazırlık, öncelikle stoma torbasının güvenli bir şekilde takılmasına olanak sağlayacak şekilde, bireyin net bir şekilde görebileceği, giyinme alışkanlıkları ve aktiviteleri de göz önünde bulundurularak, abdomende düz bir stoma alanının seçilmesini içerir (Schmelzer, 2014). Stoma alanının işaretlenmesi, geçici veya kalıcı bütün hastalarda önerilmektedir- Kanıt düzeyi IC (Clinical Practice Guidelines for Ostomy Surgery, 2015; Goldberg, Aukett, Carmel, Fellows ve ark, 2010). Stomanın uygun olmayan bir alana yerleşmesi, peristomal deri komplikasyonlarına yol açabilmektedir. Stoma yeri işaretlenirken bireyin karnı yatarken, otururken ve ayakta, karın derisi; yara, deri kıvrımı, buruşukluk, kemik çıkıntısı yönünden değerlendirilmelidir. Stoma yeri, bireyin kemer hattından korunmalıdır. Birey stoma yerine kolaylıkla uzanabilmeli ve stomayı rahatça görebilmelidir. İdeal stoma yeri, abdominal rektus kasının içinde olmalıdır (Şekil 5). Stoma hemşiresi ameliyat öncesi dönemde stoma yeri işaretlerken bu hususlara dikkat etmelidir (Karadağ, 2010; Pittman, Rawl, Schmidt, Grant ve ark, 2008; Schmelzer, 2014). Literatürde, stoma yeri işaretlemesinin stoma komplikasyonlarını azalttığı ve bireylerin yaşam kalitelerini olumlu olarak etkilediği

bildirilmektedir (Gök, Özgür, Altunsoy, Üçüncü ve ark, 2019; Karaveli Çakır ve Özbayır, 2018; Person, Ifargan, Lachter, Duek ve ark, 2012). Kalıcı stomalı, stoma yeri uygun olan ve olmayan iki grupta yapılan bir çalışmada, stoma yeri uygun olan bireylerin seksüel zevk alma, fiziksel ve rol fonksiyonu, global yaşam kalitesi puanı stoma yeri uygun olmayan bireylere göre önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. Stoma yeri uygun olmayan hastalarda idrar yapma, gastrointestinal problemler, kilo kaybı, dispne, ağrı, halsizlik, bulantı ve kusma ve uykusuzluk problemleri stoma yeri uygun olanlara göre daha fazla görülmüştür (Mahjoubi, Goodarzi, Sadaghi, 2010).

Ameliyat öncesi bireyin bilgilendirilmesi anksiyeteyi azaltma ve ameliyat sonrası stomalı yaşama uyumu kolaylaştırma açısından çok önemlidir- Kanıt düzeyi IC (Clinical Practice Guidelines for Ostomy Surgery, 2015). Stoma hemşiresi ameliyattan önce bireye sindirim sisteminin anatomisini ve fizyolojisini açıklar. Ameliyatın oluşturacağı fizyolojik değişiklikleri, stomanın ne olduğunu, görünümünü ve fonksiyonu açıklar. Stoma bakım ürünlerini tanıtır. Bireyin koku kontrolü, yara bakımı, kıyafet seçimi, ameliyatın psikoseksüel etkileri ve komplikasyonlar konusundaki bilgi gereksinimlerini karşılar. Bireye, ameliyattan sonra kendi bakımını üstlenmesi konusunda destek olacağını, stoma torbasını boşaltma, stomanın çapını ölçme, peristomal cilt temizliği, adaptörü/ torbayı değiştirme, yardımcı bakım ürünlerini kullanma ve kolostomi irrigasyonu gibi ihtiyaç duyulabilecek teknik becerileri kazandırmada yardımcı olacağını belirterek rahatlamasını sağlar (Ayaz, 2007; Karadağ, 2010).



Şekil 5: Stoma yerinin işaretlenmesi

(WOCN Society and ASCRS Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Colostomy or Ileostomy Surgery'den (2014) alınmıştır).

Ameliyat sonrası bakım;

Ameliyat sonrası erken dönemdeki girişimler; stomanın renk, çap, nemlilik durumu, stomal ödem, gelen içerik yönünden değerlendirilmesini ve gözlemlenmesini içerirken, geç dönemde, bireyin stoma ile günlük yaşam aktivitelerini (beslenme, egzersiz, hijyen, iş ve sosyal yaşam) sürdürmeye yönelik eğitimlerini, periyodik izlemler ile stomalı bireylerin karşılaştıkları sorunların çözümüne yönelik girişimleri içermektedir. Ameliyat sonrası dönemde de, stoma bakımı öğretilerek bilgilendirme ve psikolojik destek sürdürülmelidir (Karadağ, 2010; Schmelzer, 2014). Bireylerin stomaya uyumunu sağlamaya yönelik hemşirelik girişimleri, sosyal destek sistemleri ile bağlantı kuran, bireylerin gücünün farkındalığını arttıran bireysel eğitim ve danışmanlık hizmetlerini içermektedir (Karabulut ve ark, 2014). Etkili hemşirelik bakımı, psikolojik destek, psikoterapi, sosyal destek, diğer stomalı bireylerin organizasyonlarına dahil olma ve bireyleri faaliyete geçirmeyi içeren girişimleri kapsayarak sosyal uyumu arttırmayı gerektirir (Leyk, Ksiazek, Habel, Dobosz ve ark, 2014). Duygusal ve sosyal destek, bireyin beden imajındaki değişiklik ve boşaltım üzerindeki kontrol kaybıyla baş edebilmede özellikle önemlidir (Schmelzer, 2014). Sosyal desteğin kapsamını genellikle, aile üyeleri, yakın akrabalar, arkadaşlar ve sağlık bakım ekibi (hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog vb.) oluşturur. Sosyal destek gereksinimini karşılayan en önemli araçlardan biri destek gruplarıdır (Tuncay, 2010).

2.7. Stomalı Bireylerde Psikososyal Destek

Bireylere fiziksel olduğu kadar psikososyal destek sağlamak ve onların hastalığa uyumlarını artırmak, stoma bakım hemşireliğinin temel girişimlerindendir. Stomalı bireylerin sosyal uyumuna yönelik hemşirelik rolleri arasında; bireysel eğitim ve danışmanlık hizmetlerini sürdürmek, bireyin kendi gücü ile çevresindeki sosyal destek faktörlerini fark etmesini sağlamak ve kullanması konusunda desteklemek, ailesi ve yakınları ile görüşerek desteğin güçlendirilmesini sağlamak yer almaktadır. Bu konuda, stomalı bireylerin diğer stomalı bireylerle bir araya getirilerek destek gruplarının oluşturulması önemlidir (Sayar ve Vural, 2019). Stomalı bireylerin diğer stomalı bireylerle bir araya getirilerek destek gruplarının oluşturulması, bu gruplarda duygu, düşünce ve sorunların paylaşarak bireylerin yalnız olmadıklarının fark ettirilmesini, sorunlara yönelik çözüm önerilerinin paylaşılmasını, sosyal

desteğin arttırılmasını ve bireylerin sosyal uyumunu kolaylaştırmaktadır (Cross ve Hottenstein 2010; Karabulut, Dinç ve Karadağ, 2014).

2.7.1 Destek Grupları

Profesyonel bir danışman tarafından, benzer sorunları ya da gereksinimleri olan bireylerin güvenli bir ortamda, bilgi, deneyim ve sorunlarını paylaştığı, benzer hastalığa sahip kişilerden destek aldığı, bireylerin günlük yaşama uyum sağlamaları ve karşılaştıkları sorunlarla baş edebilme amacına yönelik oluşturulmuş gruplardır (Aktaş, 1997; Yalom 2002). Bireylere umut veren, anlaşılmayı ve kabul edilmeyi destekleyen bir ortam sağlarlar (Cross ve Hottenstein, 2010). Destek gruplarının diğer amaçları; bireylerin baş etme becerilerini güçlendirmek ve bireyleri cesaretlendirmek ortak noktaları konuşmayı sağlamak, deneyim ve durum paylaşımı ile mevcut sorunun üstesinden gelmek için grup üyelerine yardım eden bilgi paylaşımını yapmak, problem çözme stratejilerini araştırmak ve çeşitli baş etme yöntemlerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmektir. Destek grubunun stomalı bireyler için özellikle önemli olan iki amacı; bilgi paylaşımı ve bireyleri cesaretlendirmedir. Bilgi paylaşımı, grup içinde yeni açılan stomayı başarılı bir şekilde yönetmeyi sağlayan çeşitli ve farklı becerilerin olması nedeniyle çok önemlidir. Gruptaki diğer bireylerin deneyimleri, fikir ve tutumları öğrenme için zengin bir kaynak sağlar (Mowdy, 1998). Destek grupları, bireylere, kendi davranışını ve başkalarının sorunlarını değerlendirme ve çözüme yönelik öneriler geliştirme ve diğerlerinin desteği ile bilişsel ve davranışsal değişime yol açacak planlara katılma olanağı sağlamaktadır. Grup üyelerinin her biri, birbirlerine, uygun davranışın öğreniminde model oluşturur ve birey başka bireylere yardım sürecinde kendine yardımcı da öğrenir (Yalom 2002). Bir destek gruba katılmak, stomalı birçok birey için stomaya uyumu en üst düzeye çıkarmada mükemmel bir stratejidir (Cross ve Hottenstein, 2010).

Destek grupları; profesyoneller (hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı vb), akran liderler tarafından yönlendirilen ve online olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır. Destek gruplarının işlerliğini sağlayan en önemli unsur liderdir. Grup liderinin üyelerin özelliklerini ve gereksinimlerini doğru biçimde fark edebilmesi için duyarlı, esnek ve doğal olması önemlidir. Lider, grup uyumunu sağlamalı, doğru ve tutarlı bilgi aktarımı yapmalı, grup üyeleri arasında doğal ve açık iletişimin yanı sıra içtenliği kurmada etkili olmalıdır (Yalom 2002; Tuncay, 2010).

Destek gruplar oluşturulurken, katılan üye sayısının en az üç en fazla on beş kişi olmasına dikkat edilmesi önerilmektedir (Yalom 2002) Destek gruplarının toplanma sıklıkları birey gereksinimleri ve isteklerine göre ayarlanabilmektedir. Yapılan çalışmalarda, grup oturumlarının her hafta, iki haftada bir ve ayda bir şeklinde yapıldığı görülmektedir (Erol Ursavaş ve Karayurt, 2017; Samarel, Tulman, Fawcett, 2002; Sarıgöl Ordin ve Karayurt, 2016).

Grup lideri, uzun süren grup toplantılarının bir kısır döngü yaratarak, tekrarlayıcı ve etkisiz olması nedeniyle ve etkili bir destek grup girişimi için toplantıların ortalama 90 dakikalık zaman dilimi içerisinde olmasına dikkat etmelidir (Yalom 2002).

Dünyanın birçok yerinde stomalı bireylerle, birbirinden farklı birçok destek grup toplantıları düzenlenmektedir. Örneğin; Northwest Community Hastanesi'nde her ay stoma destek grup toplantıları düzenlenmektedir. Bir saat süren grup toplantılarında, konuşmacılarla, firma sunumları, grup desteği ve stoma hemşireleri ile bireylerin sorularına cevap bulması sağlanır (<http://www.nch.org/patients-visitors/support-groups-therapy/ostomy-service>).

Nairobi'de Aga Khan Üniversitesi'nde her ay düzenlenen destek grup toplantılarında bireyler grup kuralları, bilgilendirme, kabul edilebilirlik gibi konuları tartışır. Toplantı öncesinde paketledikleri stoma malzemelerini birbirine dağıtırlar. Bir programda eğitilen ve beceri kazanan grup üyelerinden bazıları ev ziyaretleri yaparak, yeni stoma açılan bireylere yardımcı olur (https://ostomyeurope.org/wp-content/uploads/2017/01/Kenya_2013.pdf).

Mark's Hastanesi'nde "inside out" adı verilen stoma destek grubuyla her iki haftada bir sabah kahvesi şeklinde sosyal toplantılar düzenlenmektedir. Toplantıya katılan bireyler benzer sorunu olan bireylerle görüşür, öneriler paylaşır ve eğlenceli zaman geçirirler (<http://www.stmarkshospital.nhs.uk/about/inside-out-stoma-support-group/>).

Ülkemizde 2000 yılından beri stomaterapi ünitelerinde, stoma açılan bireylere bakım, eğitim ve danışmanlık hizmeti, bu konuda eğitim almış stoma alanında sertifikalı hemşireler tarafından verilmektedir. Ancak ülkemizde stomalı bireylerin sürekli devam ettiği destek gruplar bulunmamaktadır. Literatürde de stomalı bireylere yönelik yapılmış herhangi bir destek grup çalışmasına ulaşılamamıştır. Diğer yandan, Karabulut ve arkadaşlarının (2014) stomalı bireylerde planlı grup etkileşimini incelediği çalışmada (n:23 deney, n:27 kontrol), stoma cerrahisi sonrasında bireylerin diğer stomalı bireyler ile etkileşim halinde olmalarının bireylerin

uyumlarını olumlu etkilediği vurgulanmaktadır (Karabulut, Dinç ve Karadağ, 2014). Carmack ve arkadaşlarının (2011) kolorektal kanserli hastalarla yaptığı çalışmada destek grup girişiminin hastaların yaşam kalitesini yükselttiği gösterilmiştir (Carmack, Basen-Engquist, Yuan, Greisinger ve ark, 2011). Karaciğer transplantasyonu uygulanmış bireylerle yapılan bir çalışmada, destek grup toplantıları aylık olarak düzenlenmiş, toplantılar ortalama 90 dk sürmüş ve toplam altı toplantı gerçekleştirilmiştir. Toplantılarda, önceden hazırlanan kitapçık doğrultusunda bilgilendirme, toplantı konusu ile ilgili deneyim paylaşımı yapılmıştır. Çalışma sonucunda destek grup girişiminin bireylerin bilgi düzeyini arttırmada ve bireylerin yaşadıkları semptomları azaltmada etkili olduğu, bireylerin uyumunu desteklediği ve yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmektedir (Sarigöl Ordin ve Karayurt, 2016). Meme kanserli hastalarda destek grup girişiminin uygulandığı başka bir çalışmada, toplantılar haftalık düzenlenmiş ve ortalama 90 dakika olacak şekilde, toplam dört toplantı yapılmıştır. Destek grup toplantılarında bireylere eğitim verilmiş ve konu ile ilgili deneyim paylaşımı yapılmıştır. Çalışma sonucunda, destek grup girişiminin meme kanseri olan hastaların beden imajlarını, cinsel fonksiyonlarını, sosyal desteği arttırdığı belirtilmiştir (Erol Ursavaş ve Karayurt, 2017) Erken evre meme kanseri olan, randomize kontrollü ve üç gruba ayrılmış kadınlarla Roy Uyum Modeli'ne dayalı destek grup ve eğitim girişimi uygulanan çalışmada ise (n:125), deney grubu (34 kişi) 13 ay kombine bireysel telefon, destek grup ve eğitim almıştır. Kontrol grubu 1 (48 kişi); 13 ay telefonla bireysel destek ve eğitim, kontrol grubu 2 (43 kişi); bir kere eğitim bilgisini içeren mail almıştır. Çalışma sonucunda, deney grubu ve kontrol grubu 1, kontrol grubu 2'ye göre, daha az huzursuzluk yaşadığını, daha az yalnızlık hissettiğini ve sosyal ilişkilerinin daha kaliteli olduğunu bildirmişlerdir (Samarel, Tulman, Fawcett, 2002).

2.8. Roy Uyum Modeli (RUM)

Sister Callista Roy'un 1960'da geliştirdiği ve ilk olarak 1970'de California'da bir hemşirelik lisans programında kullanılmaya başlanılan modelin metaparadigma kavramları insan, çevre, sağlık ve hemşireliktir (Roy, 2009).

İnsan: RUM'a göre, insanlar holistik, adaptif bir sistemdir. Roy; insanı sürekli değişen çevreyle etkileşimde bulunan biyopsikososyal bir varlık olarak tanımlamaktadır. Her insan kendi biyolojik, psikolojik ve sosyal özelliklerine bağlı olarak çevresiyle etkileşime girmektedir. Temel amaç homeostazisin sürdürülmesidir. Hemostazisin sürdürülmesi için; iç

(internal) ve dış (eksternal) uyaranlara karşı uyum yanıtlarının verilmesi gerekmektedir (Roy, 2009). Bu uyum cevaplarının verilmesinde iki önemli uyum sistemi vardır. Bu sistemler regulator (düzenleyici) ve kognator (bilişsel-duygusal) sistemlerdir. Düzenleyici sistem, uyaranlara karşı nöral, endokrin ve kimyasal süreçlerle verilen istemsiz fizyolojik cevapları içerir. Bilişsel-duygusal sistem, uyaranlara karşı öğrenme, sentez etme, yönetim ve duygusal olarak verilen yanıtları içermektedir (Roy, 2009; Vicdan ve Karabacak, 2014).

Roy Uyum Modeli'nde bireylerin gözlenebilen davranışları dört başlıkta toplanmaktadır ve bunlar “uyum alanları (adaptive modes)” olarak isimlendirilmektedir (İşbir ve Mete, 2009; Roy, 2009; Sayar ve Vural, 2017). RUM'nin bu uyum alanları; fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarıdır.

- a) Fizyolojik Alan;** çevreden kaynaklanan uyaranlara karşı kişinin bedensel yanıtlarıdır. İnsanın, fizyolojik gereksinimlerine dayanan bir uyum alanıdır (Roy, 2009; Vicdan ve Karabacak, 2014). Roy'un tanımladığı dokuz temel fizyolojik gereksinim; (1) egzersiz ve dinlenme, (2) beslenme, (3) boşaltım, (4) sıvı-elektrolit, (5) oksijen-dolaşım, (6) endokrin sistem, (7) korunma, (8) his, (9) nörolojik sistem fonksiyonudur (Roy, 2009). Stomalı bireylerde yetersiz beslenme, boşaltımdaki değişim, aktivite-dinlenmede azalma, uyku problemleri, ameliyat sonrası ağrı ve komplikasyon gelişmesi gibi fiziksel durumları içerir.
- b) Benlik Kavramı Alanı;** bireyin kendisi hakkında edindiği inanç ve duyguların bileşiminden oluşmaktadır (Roy, 2009; Vicdan ve Karabacak, 2014). Benlik kavramı alanı altında yatan temel gereksinim bireyler için ruhsal ve spiritüel bütünlüktür. Bireyin kişisel görüşünü yansıtan davranışlar bu uyum alanında ele alınır. Roy benlik kavramını fiziksel benlik ve kişisel benlik olarak iki boyutta ele almıştır. Fiziksel benlik; bireyin kişisel özellikleri, görünüşünü, cinsellik algısı, sağlık ve hastalık durumu, fiziksel olarak kendisini nasıl gördüğü ve hissettiği ile ilişkilidir. Kişisel benlik; bireylerin sahip olduğu özellikleri, beklentileri, değerleri, özgüveni, idealleri ve ahlaki-etik-spiritüel değerleri içerir (Roy, 2009). Stomalı bireylerin deneyimledikleri psikolojik semptomlar, benlik saygısında azalma, beden imajında bozulma, cinsel fonksiyonda değişme ve anksiyete benlik kavramı alanını oluşturmaktadır.

- c) ***Rol Fonksiyon Alanı;*** bireyin toplumdaki pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesini tanımlar. Rol fonksiyon alanının altında yatan temel gereksinim sosyal bütünlük olarak tanımlanmaktadır (Roy, 2009; Vicdan ve Karabacak, 2014). Birincil rol, yaş, cinsiyet ve gelişme dönemleri gibi bireyin yaşamı içinde belirli bir süreç içinde yer alan rollerdir. İkincil roller, anne, baba, meslek sahibi olma gibi gelişim dönemlerinde yer alan birincil rollerini yerine getirirken edindiği rollerdir. Üçüncül roller ise, temelde ikincil roller ile ilişkili olup, birey tarafından seçilen, dernek başkanı olma, bir derneğe üye olma gibi gelişimsel süreçte çok az yeri olan rollerdir (Roy, 2009). Stomalı bireylerde en çok eş, anne veya baba rolleri ve iş yaşamı olumsuz etkilenmektedir.
- d) ***Karşılıklı Bağlılık Alanı;*** Birbirine bağlanma bireyin ayrıcalıklı kişilerle ve destek sistemlerle ilişkilerini kapsar. Bu süreç içinde birey doyum ve sevgi gibi gereksinimlerini karşılayarak ruhsal bütünlüğünü devam ettirir. Bağlılık diğerleri ile yakın ilişki için bir gereksinim, kendi bakımı için destek ve onaylanmak olarak tanımlanır (Roy, 2009; Vicdan ve Karabacak, 2014). Stomalı bireylerde sosyal ilişkilerde bozulma görülmekte ve bireyler stoma bakımı için bir başkasının yardımına gereksinim duyabilmektedir.

Roy'a göre bu dört uyum alanındaki davranışsal yanıtlar uyumlu (adaptif) veya uyumsuz (adaptif olmayan) olarak sınıflandırılır. Uyumlu yanıtlar bireyin bütünlüğünü geliştirmeye yönelik iken, uyumsuz yanıtlar bu bütünlüğü olumsuz yönde etkilemektedir (Roy, 2009).

Çevre: İnsanın davranış ya da gelişimini etkileyen tüm durumlar olarak tanımlanmaktadır. Çevre hem iç hem de dış faktörleri içerir ve çevrenin sürekli değişimi adaptif cevaplar vermesi için kişiyi uyarır. RUM'nde uyaranlar odak (focal), etkileyen (contextual) ve olası (residual) olarak üç grupta sınıflandırılmıştır:

Odak uyaran (focal stimuli); bireyin hemen karşı koyduğu internal ve eksternal uyaranlardır. Bu tez çalışmasında stoma açılması odak uyandır.

Etkileyen uyaran (contextual stimuli); odak uyaranın etkisine katkıda bulunan diğer tüm uyaranlar olarak tanımlanmaktadır. Bu tez çalışmasında bireylerin demografik ve klinik özellikleri etkileyen uyandır.

Olası uyaran (residuel stimuli); henüz etkisi tam olarak açıklanmamış odak ve etkileyen uyaranı etkileyen inanışlar, davranış ve tutumlar, kişisel deneyimler gibi uyaranları tanımlamaktadır. Bu tez çalışmasında bireyin deneyimleri olası uyandır (Roy, 2009; Pearson, Vaughan, Fitzgerald, 2005; Vicdan ve Karabacak, 2014).

Hemşirelik: RUM'ne göre hemşirenin temel amacı bireyin dört uyum alanının herhangi birisine etki ederek uyaranlara karşı uyumunu sağlamak ve sağlığı geliştirmektir. Hemşire bireyin sağlık ve hastalık durumunu iyi tanımalı, baş edebilme mekanizmalarının etkinliğini iyi değerlendirebilmeli ve gerekli hemşirelik girişimlerini bu bilgiler ışığında planlayarak uygulamalıdır (Barış, Gülseven Karabacak, Alpar, 2015; Roy, 2009).

Sağlık: Bireyin çevresiyle entegrasyonu süreci olarak tanımlanmaktadır. RUM'ne göre sağlık, bireyin değişikliklere sürekli olarak uyum sağlayarak, fiziksel, psikolojik ve sosyal bütünlüğünü devam ettirmesidir. Başa çıkma mekanizmaları yetersiz kaldığında sonuç hastalıktır. Birey sürekli olarak uyum yapıyorsa sonuç sağlıklıdır (Roy, 2009).

Bu tez çalışmasında, hem araştırmanın ikinci aşamasında rehber olması hem de modelin önermelerinin test edilmesi amacıyla hemşirelik modellerinden RUM kullanılmıştır. RUM, destek grup girişimi için kavramsal bir çerçeve oluşturmuş ve araştırma bulguların tartışılmasında araştırmaya rehberlik etmiştir.

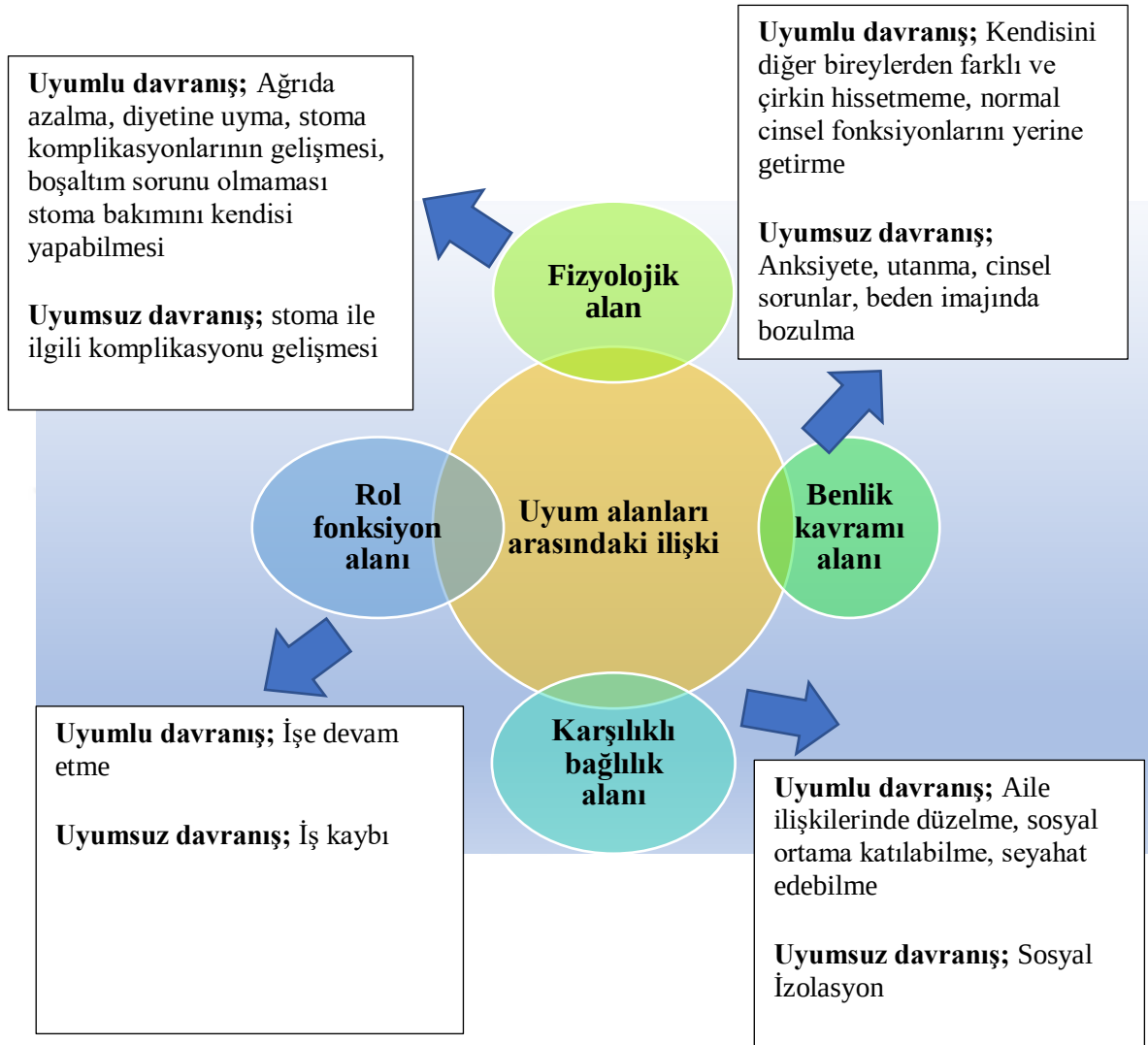
Uyum Seviyesi

Uyum seviyesi, bireyin yanıtının üç aşamada değerlendirildiği, çevresine uyumlu yanıt verme yeteneğidir.

- a) Denge Durumu (Integrated):** Bireyin uyarana olumlu yanıt verebildiği seviyedir. Bireyin yapı ve fonksiyonları yaşamını devam ettirecek, ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeydedir.
- b) Denge Arama Durumu (Compensatory):** Bireyin olumlu yanıtı koruyabilmek için baş etme sistemlerinin devreye girdiği ve yeterli olduğu seviyedir.
- c) Dengesizlik Durumu (Compromised):** Baş etme sistemlerinin yetersiz olduğu ve olumsuz yanıtın verildiği seviyedir (Roy 2009).

Yeni stomalı açılmış bir birey, bedensel görünüm ve boşaltım işlevinde bir değişim yaşayacak ve uyum seviyesine bağlı olarak bu değişime pozitif veya negatif bir şekilde cevap verecektir. Stomalı bireyler için uyum seviyeleri; bireyin stoma açılması sonrası fiziksel, duygusal, sosyal roller ve sosyal ilişkiler boyutunda uyum sağlaması denge durumunu, bireylerin stomanın doğası gereği nedeniyle karşılaştığı fiziksel, duygusal, sosyal roller ve sosyal ilişkilerdeki sorunlarla baş edebilmesi ve uyum sağlaması denge arama durumunu, bireyin stoma açılması sonrası karşılaştığı sorunlarla baş edememesi de dengesizlik durumunu tanımlamaktadır.

Stomalı bireylerde stomanın açılmasıyla beraber dört uyum alanında da uyumsuz yanıtlar gelişmektedir (Şekil 5). Hemşirelik bakımının amacı ise; tanımlanan bu dört uyum alanında da uyumlu yanıtların geliştirilmesidir. RUM'ne göre dört uyum alanında uyumlu yanıtlar geliştirildiğinde bireyin sosyal uyumu da gerçekleşecektir.



Şekil 6: Stomalı Bireylerde RUM'ne göre Uyum Alanları ve Uyumlu-Uyumsuz Davranışlar (Şekil araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.)

Baş etme Sistemleri

RUM'de, bireyin baş etme sistemleri düzenleyici (regulator) ve bilişsel-duygusal (Cognator) alt sistemler olarak sınıflandırılmıştır. Düzenleyici sistemler; nöral, kimyasal ve endokrin başa çıkma yolları aracılığıyla otomatik olarak cevap üretir. Bilgiyi, zihinsel ve otomatik olarak algılayan birey farkında olmadan çözüm yolunu bulur. Bilişsel-duygusal sistemler; öğrenme, karar verme ve duygusal kanallar yolu ile cevap üreten savunma mekanizmasıdır. Bireyin algılama ve bilgi edinme süreci, öğrenme, yönetim ve duygusal baş etmesini içerir. Algılama ve bilgi edinme süreci; bireyin seçici dikkat, kodlama ve hafızaya

alma eylemlerini, öğrenme; taklit etme, pekiştirme ve kavramayı, yönetim; problem çözme ve karar vermeyi, duygusal baş etme ise; savunmaya geçme ya da bağlanma gibi kavramları içerir (Roy, 2009).

Stomalı bireylerin baş etme sistemleri dışkı sızıntısı örneği üzerinden açıklanabilir. Stomalı bireylerin uyum sürecinde dışkı sızıntısı önemli bir sorundur. Bireyin stoma bakımı ve dışkı sızıntısı arasında ilişki kurması bilişsel-duygusal sistemlere örnek olarak verilebilir. Bireylerin kendisi gibi diğer stomalı bireylerin stoma bakım sürecinde dışkı sızıntısı yaşadığını görmesi, stoma bakımı ile dışkı sızıntısı arasında ilişki kurmasını sağlayabilir. Dışkı sızıntısını başka bireylerde de görülmesi, yalnız olmadıklarını hissetmeleri, bu durumla baş etmiş kişilerle tanışmaları bu durumu azaltabilir. Ayrıca bireyin duygusal-bilişsel sistemlerini güçlendirme, stoma bakım malzemelerinin seçimi hakkında bilgi verme, sızıntı yaşayan ve bu durumla baş etmiş kişiler ile bireyleri tanıştırma ve stoma bakımı hakkında eğitim verilmesinde hemşire önemli rol oynamaktadır.

2.9. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması

Belirli bir kültür ve dilde oluşturulan bir ölçek o kültüre özgü kavramlarını ve örneklem özelliklerini taşır. Aynı ölçeğin başka bir dil ve kültürde uygulanabilir olması için bazı sistematik hazırlık çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Yapılan bu sistematik çalışmalar ise ‘ölçek uyarlaması’ olarak adlandırılmaktadır (Aksayan ve Gözüm, 2002). Çoğu İngilizce olarak geliştirilen ölçeklerin kaynak dilden hedef dile çevrilmesi, ölçeğin hem kültürel hem de dilsel olarak eşitliğinin sağlanması için birçok analiz yönteminin kullanılmasını gerektirmektedir (Çapık, Gözüm, Aksayan, 2018). Ölçek uyarlama aşamaları iki ana başlık altında incelenmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002):

1. Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması
2. Psikometrik özelliklerin incelenmesi/Geçerlik-Güvenirlilik

2.9.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlaması

Uyarlama sürecinin ilk adımı ölçeğin çevirisidir. Dil uyarlamasındaki en önemli nokta; çevirmenlerin seçimi ve çeviri tekniğidir. Çevirmen, orijinal ölçeğin kültürü hakkında bilgili olmalı, ancak anadili hedef kültürün (Türkçe) dilinde olmalıdır. Tercihen ölçeğin çeviri işleminde çevirisi yapılan ölçeğin terminolojisine aşina ve bu konuda görüşme/veri toplama

deneyimi olan sağlık profesyonelleri görev almalıdır (apık, Gözüm, Aksayan, 2018). Çeviri konusunda yapılacak uygulama, bir dilden diğer dile çevirme ya da bir dilden diğerine eviri yapıldıktan sonra tekrar asıl diline çevirme şeklinde olmalıdır (Karakoç ve Dönmez, 2014). Bu yöntem geri eviri tekniği olarak adlandırılmaktadır. Geri eviri yönteminde en az iki bağımsız çevirmen olmalıdır. İlk evirmen leği orijinal dilinden hedef dile, ikinci çevirmen hedef dilden orijinal dile çevirmeli ve bu çevirmenler eviri aşamasında birbirine danışmalarına izin verilmemeli ve bağımsız alışmaladırlar (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Ölçeğin çevirisinde, dilde eşdeğerlilik ve kavramda eşdeğerlilik olmak üzere özellikle iki eşdeğerlilik üzerinde durulmaktadır. Dilde eşdeğerlilik, formda hiçbir değişiklik yapmadan birebir çeviriyi anlatır. Kavramsal eşdeğerlilik ise, aynı anlamın kültüre uygun farklı sözcük ve tümcelerle anlatılmasıdır (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Ölçeğin dil uyarlamasından sonraki aşama ise, çevirisi yapılan ölçekteki maddelerin, orjinal ölçekteki maddeler ile aynı anlamı içerip içermediğinin test edilmesidir. Bunun için, ölçeğin maddelerinin yüzey geçerliliğinin (face validity) test edilmesi gerekir. Yüzey geçerlilik için, uzman görüşü ve eşdeğerlik sınamasının yapılması gerekir. Uzman görüşü bazı kaynaklarda geri çeviriden sonra önerilmekle birlikte Dünya Sağlık rgt (DSÖ)'nün nerisi çeviriden sonraki aşamadır. Bu adımın amacı, çevirideki yetersiz ifadeleri/ kavramları tanımlamak ve çözmek, aynı zamanda ileri çevirilerle iki dil arasındaki tutarsızlıkları tespit etmek ve çözmektir. (apık, Gözüm, Aksayan, 2018). Uzman görüşünde; çevirisi yapılan ölçeğin dil uygunluğu ve açıklığı uzmanlar tarafından da değerlendirilir (Aksayan ve Gözüm, 2002). Uzman eleştirileri doğrultusunda maddelerde ufak uyarlamalar yapılması, iyi anlaşılmadığı belirtilen maddelerin yeniden gözden geçirilmesi gerekir (Erefe, 2002).

2.9.2. Psikometrik zelliklerin İncelenmesi/Geçerlik-Güvenirlik

Geçerlik

Geçerlik, bir lme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir (Ercan, 2004). Geerlilikte içerik/kapsam geçerliği ve yapı geçerliği incelenmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Geçerlik Yöntemleri

İçerik/ Kapsam Geçerliği	Yapı geçerliği
Yüzeysel Görünüm Geçerliği Uzman Görüşü	Faktör Analizi - Açıklayıcı Faktör Analizi - Doğrulayıcı Faktör Analizi
Uygulama Geçerliliği/Ölçüt Bağımlı Geçerlilik - Tahminsel (Yordama) Geçerlik - Eşzamanlı Geçerlik	Birleşen ve Ayırt Eden Geçerlilik
	Bilinen Gruplar Karşılaştırması
	Hipotezin test edilmesi

(Aksayan ve Gözüm, 2002; Erefe, 2002)

İçerik/Kapsam Geçerliliği

Ölçeği oluşturan maddelerin, ölçülmek istenen özelliği ölçmede nicelik ve nitelik olarak yeterli olup olmadığının göstergesidir (Aksayan ve Gözüm, 2002).

a) Yüzeysel/Görünüm Geçerliği= Uzman Görüşü: Uzman görüşü alma, içerik geçerliğinde en sık kullanılan yöntemdir. Dilde eşdeğerliliği sağlanan ölçeğin, her maddesinin değerlendirilmesi ile ilgili olarak ölçüm aracı, hakem olarak kabul edilen, konuyla ilgili uzmanların görüşüne sunulur ve uzman değerlendirilmesi istenir. Uzman görüşleri alınırken, uzmanlardan her bir maddeyi Davis tekniğine göre dörtlü likert şeklinde değerlendirmesi istenir (1=madde uygun, 2= madde gözden geçirilmeli, 3= madde ciddi olarak gözden geçirilmeli, 4= madde uygun değil). Uzman görüşleri arasında fikir birliğinin içerik analizi ile test edilmesi gerekmektedir. Her bir madde için ‘‘1’’ ve ‘‘2’’ puan veren uzmanların sayısı toplanıp, toplam uzman sayısına bölünerek madde kapsam geçerlilik indeksi (M-KGİ) hesaplanır. Hesaplanan oranların toplanarak toplam madde sayısına bölünmesiyle de ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi elde edilir. Literatürde kapsam geçerlilik indeksinin 0.80 ve üzerinde olmasının kabul edilebilir bir düzey olduğunu bildirmektedir (Polit ve Beck, 2006).

b) Uygulama Geçerliği / Ölçüt Bağımlı Geçerlik: Ölçüm aracının bazı dış ölçütlerle ilişkisi aranır. Bir ölçekle elde edilen puanlar, bu ölçekle ölçülmek istenen özelliğe sahip olanlarla

olmayanları, ölçülen özellik boyutunda, birbirinden ayırt edebilmelidir. Uygulama geçerliğinin “Eş zamanlı geçerlilik” ve “Tahminsel geçerlilik” olmak üzere iki alt grubu vardır (Tezbaşaran, 2008; Şencan, 2005).

Tahminsel (Yordama) Geçerlik: Ölçme aracından alınan sonuçların, gelecekte gözlenecek, ölçülebilecek bir davranışı, performansı ne düzeyde tahmin edebildiğine bakılmaktadır. Kullanılan ölçüt, performansın gerçek ortamlarda sonradan elde edilen ölçümleridir.

Eş Zamanlı Geçerlilik: Aynı kavramın iki ayrı ölçümün aynı zaman noktasında karşılaştırılması sağlanır. Bu yöntemde daha önceden geçerliliği ve güvenilirliği saptanmış olan bir ölçeğe gereksinim vardır. Bireyin her iki ölçekten aldıkları puanların korelasyonuna bakılır. Aracın ölçüm değeri ile diğer ölçek arasında yüksek korelasyon bulunursa, bu sonuç sınanan aracın geçerli ölçüm yaptığına kanıt sayılır. Belli bir zaman aralığı beklemenin uygun olmadığı durumlarda kullanılır (Aksayan ve Gözüm, 2002; Tezbaşaran, 2008).

Yapı Geçerliği

Belirli bir yapıyı diğer yapılarla karıştırmadan ölçebilen maddeleri seçerek, kendi içinde tutarlı bir ölçek oluşturma amacıyla, birbirleriyle ilgili olduğu düşünülen belirli öğelerin ya da öğeler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür (Tezbaşaran, 2008). Yapı geçerliliğini sınamada; faktör analizi (açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi), birleşen ve ayırt eden geçerliliği ve bilinen gruplar karşılaştırılması ve hipotezin test edilmesinden yararlanılmaktadır.

a) Faktör Analizi: Ölçek maddeleri arasında ilişkilerden yararlanarak yeni yapılar ortaya çıkarır. Temel amaç, aralarında ilişki bulunduğu düşünülen birbiri ile bağlantılı çok sayıda değişkeni gruplandırarak, aralarındaki ilişkilerin anlaşılmasını ve yorumlanmasını kolaylaştırmak için ortak faktör oluşturarak, yapıyı daha az sayıda temel boyuta indirgemektir (Çakmur, 2012; Erefe 2002). Faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin yüksek olması beklenir. Bir faktörle yüksek düzeyde ilişki veren maddelerin oluşturduğu bir küme var ise bu bulgu, o maddelerin birlikte bir kavramı- yapıyı- faktörü ölçtüğü anlamına gelir. (Büyüköztürk, 2002). Açıklayıcı/açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi olarak iki şekilde

gruplandırılmaktadır. Araştırmacının, ölçme aracının ölçtüğü faktörlerin sayısı hakkında bir bilgisinin olmadığı, belli bir hipotezi sınamak yerine, ölçme aracıyla ölçülen faktörlerin doğası hakkında bir bilgi edinmeye çalıştığı inceleme türlerine açıklayıcı faktör analizi, araştırmacının kuramı doğrultusunda geliştirdiği bir hipotezi test etmeye yönelik incelemelerde kullanılan analiz türü doğrulayıcı faktör analizi olarak tanımlanmaktadır (Baydur ve Eser, 2006).

b) Birleşen ve Ayırt Eden Geçerlik: Aynı özellikleri ölçtüğü bilinen ve daha önce geçerlik-güvenirliği yapılmış ölçüm aracının çalışma grubu üzerinde uygulanması, uyarlanan ölçek sonuçları ile karşılaştırılması temeline dayanmaktadır. Çalışmada ilgilenilen iki ya da fazla farklı kavramın ölçümleri arasındaki korelasyon katsayısı düşük ise ayırt edici geçerlilik; her kavram için iki ya da daha fazla farklı ölçüm yoluyla elde edilen puanlar yüksek korelasyon gösterirse, benzer sonuçlu geçerlilik doğrulanmış olmaktadır (Aksayan ve Gözüm, 2002).

c) Bilinen Gruplar Karşılaştırması: Yapının dayandığı kurama bağlı olarak, ölçülmesi istenilen özellik açısından anlamlı olarak farklı puan alabilecek, birbirine benzemediği düşünülen iki ayrı gruba geliştirilen araç uygulanır ve sonuçlar karşılaştırılır. Ölçme sonucunda özelliği bilinen grup ile diğer grup arasında fark olması beklenir (Aksayan ve Gözüm, 2002).

d) Hipotezin Test Edilmesi: Ölçeğin, diğer ölçüm araçlarıyla ilişkisine bakılır. İlgili kaynaklar doğrultusunda, önceden aralarında ilişki olacağı varsayımı kurulan ilişkilerin yönü ve düzeyi korelasyon analiziyle değerlendirilir (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Güvenirlilik

Bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği ne ölçüde doğru ölçtüğünü, ölçeğin üretkenliğini ve sürekliliğini gösteren, ölçümün tutarlı olmasının ölçütüdür. Aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılığı gösterir (Çakmur, 2012). Bir ölçeğin güvenirliğini belirleme yöntemleri; zamana göre değişmezlik, gözlemciler arası uyum ve iç tutarlılık olarak sınıflandırılmaktadır (Ereife 2002).

a) Zamana Göre Değişmezlik: Ölçüm aracının değişik zamanlardaki tekrarlı ölçümlerde benzer ölçüm değerlerini sağladığının sınanmasıdır. Zamana göre değişmezlik özelliği test - tekrar test ölçümleri ve paralel form yöntemi ile değerlendirilir (Ereife, 2002).

Test- Tekrar Test Güvenilirliği: Ölçeğin bir gruba aralıksız ya da iki ile dört hafta gibi bir zaman aralığı ile iki kez uygulandığı, ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilmesinin ve zamana göre değişmezlik gösterebilmesinin sınındığı yöntemdir (Gözüm ve Aksayan, 2003).

Paralel Formlar Güvenilirliği: İki form halinde ve eşdeğer nitelikte geliştirilmiş bir ölçeğin aynı gruba bir ya da iki oturumda uygulanarak elde edilen puanlar arasındaki korelasyon belirlenir. Korelasyonlar pearson momentler çarpımı formülüyle hesaplanır (Gözüm ve Aksayan, 2003).

b) Gözlemciler Arasındaki Uyum: Verilerin gözleme dayalı olarak toplandığı ve birden çok gözlemcinin, önceden eğitilerek ve birbirinden bağımsız olarak, aynı durumu, aynı zamanda, aynı ölçüm aracı ile ölçmeye çalıştıkları durumlarda uygulanır. Bağımsız gözlemcilerin gözlem sonuçları birbirine yakın olması güvenilirliğin yüksek olduğunun göstergesidir (Gözüm ve Aksayan, 2003).

c) İç Tutarlılık: Maddelerinin birbirleriyle ilişkili olarak aynı yapıyı ölçmesidir. Bir ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek üzere test yarılama yöntemi, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı, Kuder-Richardson güvenilirlik katsayıları, madde-toplam puan korelasyonları gibi pek çok yöntem kullanılmaktadır. İç tutarlılık için yaygın olarak cronbach alfa güvenilirlik kat sayısı hesaplanmaktadır. Genel olarak ölçek için elde edilen alpha katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan ölçüt değerler şöyledir: $0.00 < \alpha < 0.40$ = ölçek güvenilir değil, $0.40 < \alpha < 0.60$ = ölçek düşük güvenilirlikte, $0.60 < \alpha < 0.80$ = ölçek oldukça güvenilir, $0.80 < \alpha < 1.00$ = ölçek yüksek derecede güvenilir (Baydur ve Eser, 2006). Cronbach alpha değeri, ölçeğin içerdiği maddelerin birbiriyle ne ölçüde tutarlı olduğunu göstermektedir (Çakmur, 2012).

Araştırmanın **Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma, Sonuç ve Öneriler** bölümleri iki aşamalı olarak incelenmiştir.

I. Aşama: Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi- **Metodolojik araştırma**

II. Aşama: Destek grup girişiminin stomalı bireylerde stomaya uyum, yaşam kalitesi, komplikasyon şiddeti üzerine etkisinin incelenmesi- **Yarı deneysel araştırma**



I. AŞAMA: PITTMAN OSTOMİ KOMPLİKASYON ŞİDDET İNDEKSİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI -METODOLOJİK ARAŞTIRMA

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Bu araştırma, Pittman ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilen “Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi”nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırmanın birinci aşamasına, 2015 Ocak'ta literatür taraması ile başlanarak, Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Hastanesi Genel Cerrahi Klinik ve Yara ve Stoma Polikliniği'nde, 1 Ocak 2017- 30 Temmuz 2017 tarihlerinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Örneklemi:

Araştırmanın örneklemi, DEÜ Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde yatan, genel cerrahi ile yara ve stoma polikliniği'ne gelen, en az iki en fazla altı aydır stoması olan bireyler oluşturmuştur.

Örnekleme dahil olma kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi
- İlk kez stoma açılmış stoması olması
- Konuşma ve işitme probleminin olmaması
- Türkçe konuşabilmesi ve anlayabilmesi
- Kişi, yer ve zaman oryantasyonunun tam olması
- 18 yaş üzerinde olması
- Psikiyatrik hastalık ve bilişsel durumunu etkileyen nörolojik (Alzheimer gibi) bir tıbbi tanısının olmaması
- En az okur-yazar olması

Literatürde örneklem büyüklüğü, ölçekte yer alan madde sayısının 10 katı alınarak hesaplanması önerilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nde dokuz madde olduğu için 90 stomalı birey örnekleme dahil edilmiştir.

3.4. Çalışma Materyali:

Araştırmada çalışma materyali kullanılmadı.

3.5. Araştırma Değişkenleri:

Bağımlı ve bağımsız değişken bulunmamaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları:

Veri toplama aracı olarak; "Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu" (Ek-1) ve "Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi- OCSI^{TR}" (Ek-2) kullanılmıştır.

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu (Ek-1)

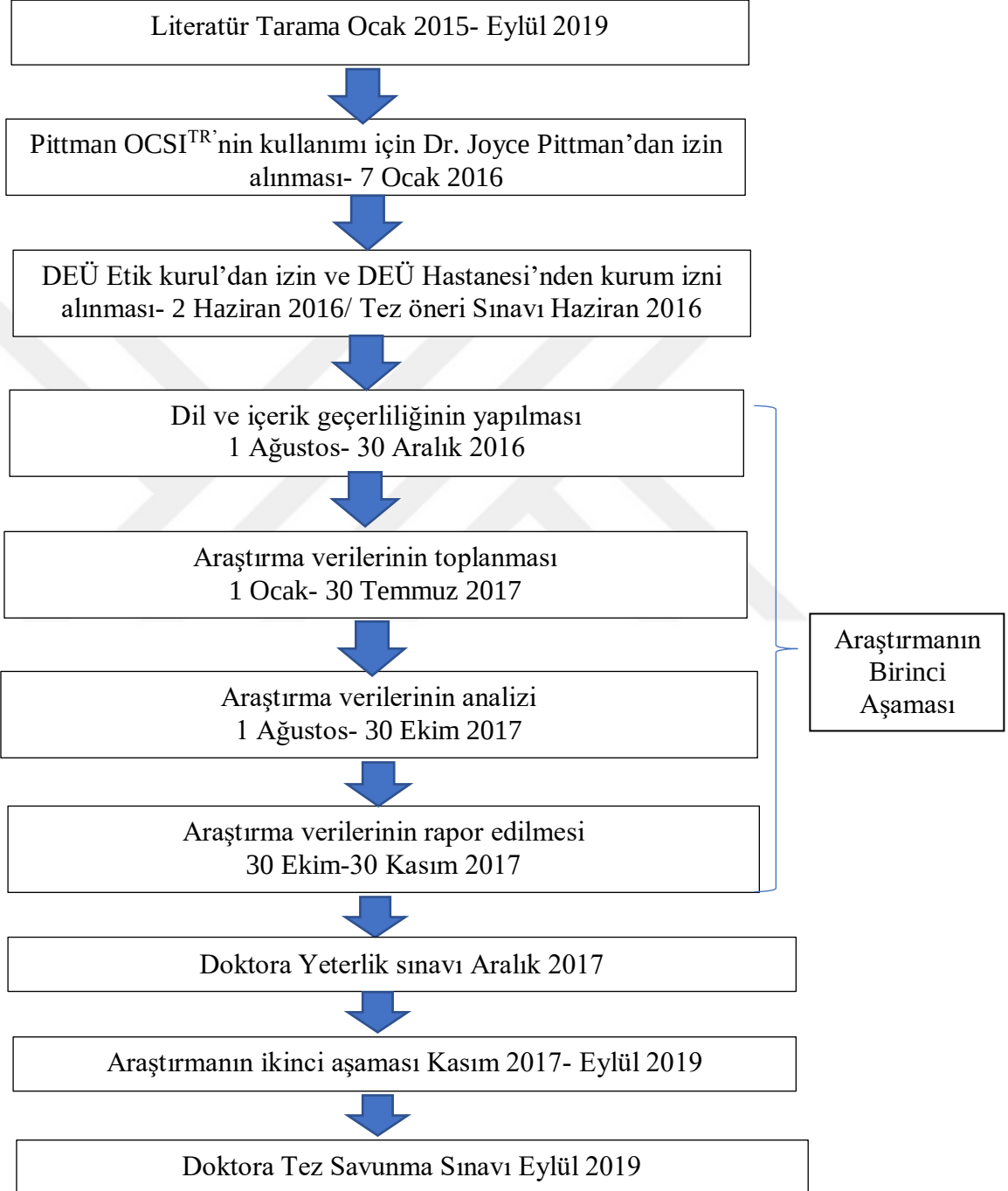
Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu, bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik bilgilerini ve stoması ile ilgili olarak stoma tipi, stoma türü, stoma açılma nedeni, stoma süresi, stoma bakımını yapma durumu, kemoterapi-radyoterapi alma durumu, ameliyat öncesi stoma açılacağına ilişkin bilgilendirilme ve stoma yeri işaretlemesi yapılması durumlarına ilişkin soruları içeren toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi (Pittman OCSI^{TR}) (Ek-2)

Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi-OCSI (Pittman Ostomy Complication Severity Index) (Ek-3), Pittman ve arkadaşları (2014) tarafından ameliyat sonrası dönemde ostomi komplikasyon şiddetini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Dokuz maddeden oluşan Likert tipi ölçeğin her bir maddesi 0-3 puan aralığında değerlendirilmektedir. Her bir madde stoma komplikasyonlarından sızıntı, peristomal iritan dermatit, ağrı, kanama, stomal nekroz, stomal stenoz, retraksiyon, mukokütanoz ayrılma ve hiperplaziden birini içermektedir. "0" puan komplikasyon yokluğunu ve "3" puan çok ciddi komplikasyon olduğunu göstermektedir. Tüm maddelerden elde edilen total puan minimum "0", maksimum "27" olmaktadır. Total olarak alınan en yüksek puan, çok ciddi komplikasyon olduğunu göstermektedir. Ölçeğin alt

boyutları bulunmamaktadır. Ölçeğin maddeleri doğası gereği homojen değildir. Orijinal ölçekte iç tutarlılık kat sayısı hesaplanmamıştır.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi:



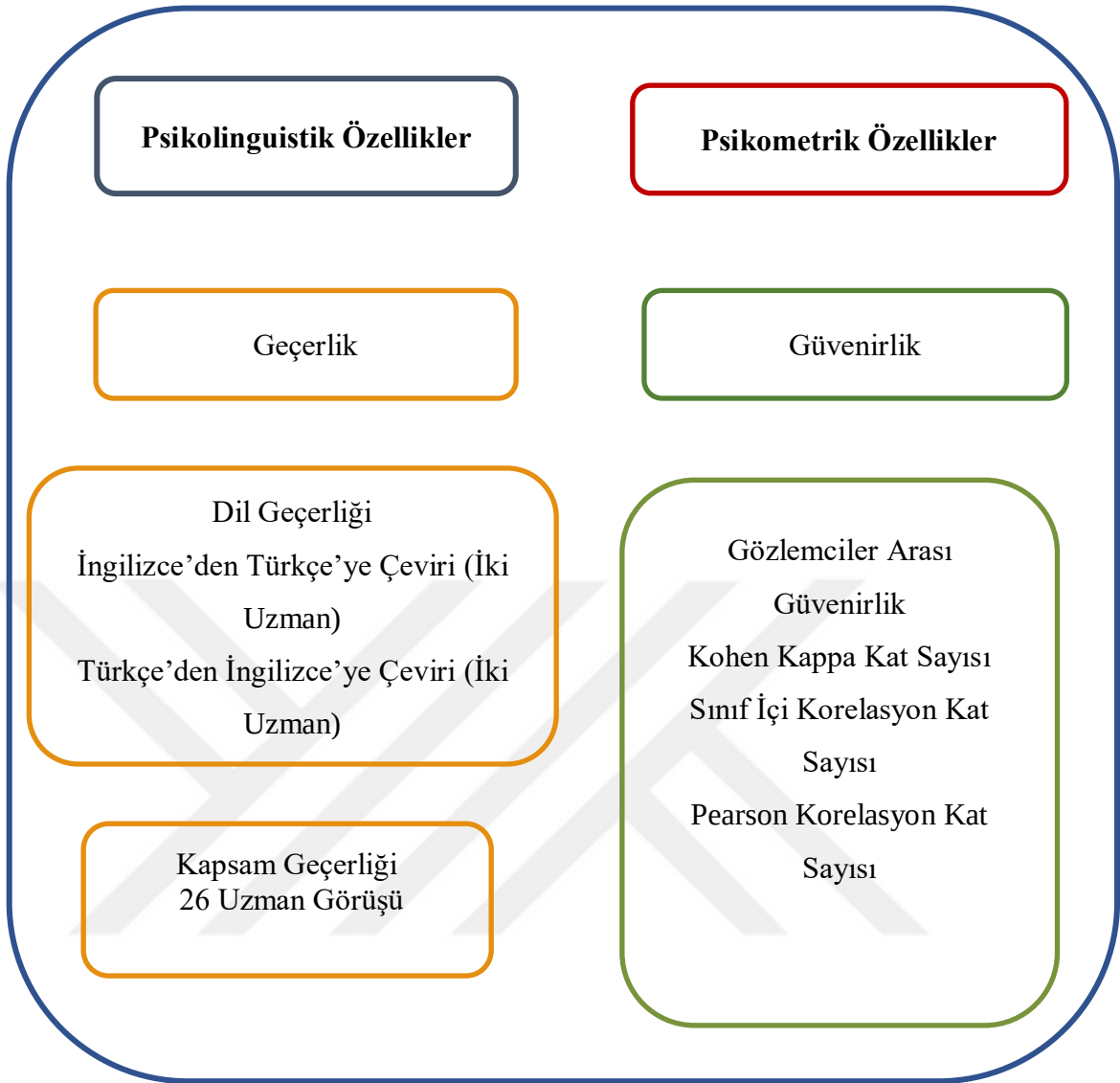
Şekil 1.1. Araştırma Planı ve Veri Toplama Süreci

3.7.1. Veri Toplama Süreci:

Veriler araştırmanın yapıldığı DEÜ Hastanesi'nde ameliyat olmuş, Yara ve Stoma Polikliniği'ne gelen ve DEÜ Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde yatan stomalı bireylerle yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak, araştırmacı tarafından toplandı. Klinik özelliklere ilişkin veriler hasta dosyasından alındı. Örneklem alınan bireylere araştırmacı tarafından araştırmanın amacı ve verilerin toplanması konusunda açıklama yapılarak, yazılı onamları alındı (Ek-4). Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu ve Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi-OCSI^{TR} 90 bireye uygulandı. Gözlemciler arası uyumu belirlemek için 10 bireye indeks, hem araştırmacı hem bir stomaterapi hemşiresi tarafından aynı anda, birbirinden bağımsız bir şekilde uygulandı.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi:

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS 24.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde bireylere ait tanıtıcı bilgiler ile ostomiye ilişkin bilgiler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Geçerlik için, dil geçerliği ve kapsam geçerliği sağlanmıştır. Güvenirlik için, Kohen kappa katsayısı ve sınıf içi korelasyon kat sayısı hesaplanmıştır (Şekil 1.2).



Şekil 1.2. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Türkçe'ye Uyarlanmasında Kullanılan Yöntemler

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Araştırmamızın iki sınırlılığı vardır. Bir sınırlama, gözlemciler arası güvenirliliği test etmek için kullanılan örneklem sayısı azdı. Araştırmanın başlangıcında tüm katılımcılara yönelik gözlemciler arası güvenirlilik test edilmesi amaçlanmıştı. Uygun olmayan koşullar nedeniyle bu mümkün olmadı. Diğer bir sınırlama ise, araştırmanın örneklemi, ameliyattan sonra 2-6 ay arasındaki stomalı bireyler oluşturduğu için bu araştırmanın sonuçları sınırlı bir genellebilirliğe sahiptir. Altı aydan daha uzun süredir stoması olan bireyler için de test edilmesi önerilmektedir.

3.10. Etik Kurul Onayı:

Araştırmaya alınan bireylere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alınmıştır (Ek-4). Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan 2016/15-32 karar numarası ile 02.06.2016 tarihinde izin alınmıştır (Ek-13). Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden (Ek-5), Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'ndan da yazılı izin alınmıştır (Ek-6).



4. BULGULAR

Bulgular iki bölümde verilmiştir. Birinci bölümde örnekleme alınan bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikleri, ikinci bölümde ise Pittman OCSI^{TR}'nin psikolinguistik özellikleri, psikometrik özellikleri ve stomalı bireylerde komplikasyonların insidans ve şiddetleri verilmiştir.

4.1. Araştırmaya Katılan Stomalı Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1.1'de verilmiştir. Örneklem grubundaki bireylerin yaş ortalaması 59.48 ± 13.292 ; %52.2'si kadın, %47.8'i erkek, %87.8'si evli, %60'ı ilköğretim mezunu, %73'4'ü çalışmıyor, %93.3'üne ameliyat öncesi stoma açılacağı konusunda bilgi verilmiş ve stoma yeri işaretlemesi yapılmıştır. Stoma tiplerinin dağılımına bakıldığında, %52.2'si kolostomi, %47.8'si ileostomidir. Açılan stomaların %73.3'ü geçicidir. Bireylerin %46.7'sinin iki aydır stoması olduğu, %76.7'sine kolorektal kanser nedeniyle stoma açıldığı belirlenmiştir. %58.9'u kemoterapi, %44.4'ü radyoterapi almıştır. Bireylerin %80.0'i stoma bakımını kendisi yapmamaktadır.

Tablo 1.1. Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri (n=90)

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler		$\bar{x} \pm SS$	
Yaş		59.48 $\pm$ 13.292	
		n	%
Cinsiyet	Kadın	47	52.2
	Erkek	43	47.8
Eğitim durumu	İlköğretim	54	60.0
	Ortaöğretim	20	22.2
	Yüksek öğretim	16	17.8
Çalışma durumu	Çalışmıyor	66	73.4
	Çalışıyor	24	26.6
Medeni durum	Evli	79	87.8
	Bekar	11	12.2
Stoma türü	Geçici	66	73.3
	Kalıcı	24	26.7
Stoma tipi	Kolostomi	47	52.2
	İleostomi	43	47.8
Stoma süresi	2 ay	42	46.7
	3 ay	13	14.4
	4 ay	10	11.1
	5 ay	9	10.0
	6 ay	16	17.8
Kemoterapi	Aldı	53	58.9
	Almadı	37	41.1
Stoma açılma nedeni	Kanser	69	76.7
	İBH	6	6.7
	Perforasyon	10	11.1
	Diğer	5	5.6
Radyoterapi	Aldı	40	44.4
	Almadı	50	55.6
Ameliyat öncesi eğitim	Aldı	84	93.3
	Almadı	6	6.7
Stoma yeri işaretlemesi	Evet	84	93.3
	Hayır	6	6.7
Stoma bakımını yapma	Kendisi	18	20.0
	Yakını	72	80.0
Toplam		90	100.0

*x: ortalama, SS: standart sapma

4.2. Pittman OCSI'nin Psikolinguistik ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi

Bu bölümde'nin Pittman OCSI'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliği için yapılan analiz sonuçları yer almaktadır. Ölçeğin psikolinguistik özellikleri dil geçerliği ve kapsam geçerliği

çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Psikolinguistik analizler yapılırken ölçek çalışmalarının kültürel adaptasyonunu açıklayan rehberler temel alınmıştır (Beaton, Bombardier, Guillemin, Ferraz, 2000; Gözüm ve Aksayan, 2003; Wild, Grove, Martin, Eremenco, 2005).

4.2.1. Pittman OCSI'nin Geçerlik Analizlerinin İncelenmesi

Ölçeğin geçerliği, dil geçerliği ve içerik geçerliği ile sınanmıştır.

Pittman OCSI'nin Dil Geçerliğinin İncelenmesi

Dil geçerliği kapsamında Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi, önce araştırmacı tarafından, daha sonra her iki dili ve kültürü iyi bilen, ana dili Türkçe olan iki dil uzmanı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Çeviriler sonucunda en uygun ifadeler seçilmiştir ve indeksin Türkçe'den İngilizce'ye çevirisi için daha önce ölçeğin İngilizce halini görmeyen, her iki dili iyi bilen, ana dili Türkçe olan bir çevirmen ve cerrahi hastalıklar hemşireliği alanında doktorasını bitirmiş bir uzman tarafından yapılmıştır. Tekrar İngilizce'ye çevirisi yapılan indeks maddeleri, orijinal indeksin ifadeleri ile karşılaştırılmış ve öneriler doğrultusunda Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi^{TR} (OCSI^{TR}) düzenlenmiştir.

Pittman OCSI'nin İçerik Geçerliğinin İncelenmesi

Dil geçerliği sağlandıktan sonra İndeksin Türkçe ve İngilizce formu iki stomaterapi hemşiresi, bir kolorektal cerrah, tıp fakültesi öğretim üyesi ve 23 cerrahi hastalıkları hemşireliği öğretim üyesinin görüşlerine sunulmuştur. Uzmanlardan her bir maddenin 1-4 (1= uygun, 2= madde gözden geçirilmeli, 3= madde ciddi olarak gözden geçirilmeli, 4= madde uygun değil) arasında puanlandırılarak değerlendirmeleri istenmiştir. Alınan uzman önerileri doğrultusunda indeks maddeleri gözden geçirilerek indekse son şekli verilmiştir. İndekste uzman önerileri doğrultusunda yapılan değişiklikler;

- Madde (Sızıntı) ‘‘yaklaşık 1-2 ay’’, ‘‘yaklaşık 1-2 hafta’’, ‘‘yaklaşık 1-2 gün’’ ifadeleri, ‘‘Ayda yaklaşık 1-2 kez’’, ‘‘Haftada yaklaşık 1-2 kez’’, ‘‘Günde yaklaşık 1-2 kez’’ olarak değiştirilmiştir.
- 2. Maddedeki (Peristomal İrritan Dermatit) ‘‘cilt bütünlüğü bozulmamış’’ ifadesi, ‘‘cilt bütünlüğü tam’’ olarak değiştirilmiştir.
- 3. Maddedeki (Kanama) ‘‘yüzeyel kolaylıkla durdurulan’’ ifadesi ‘‘yüzeyel kolaylıkla durdurulan kanama’’ olarak değiştirilmiştir.

- 4. Maddedeki (Stomal Nekroz) ‘‘Siyah stoma alanı $\leq$ %50’den daha az’’ ifadesi ‘‘Siyah stoma alanı %50 ya da %50’den daha az’’ olarak; ‘‘Siyah stoma alanı $\geq$ 50’den daha fazla’’ ifadesi ‘‘Siyah stoma alanı %50’den daha fazla’’ olarak değiştirilmiştir.
- 6. Maddedeki (Retraksiyon) ‘‘Stoma cilt seviyesi ile aynı’’ ifadesi ‘‘stoma cilt seviyesinde’’ olarak; ‘‘Stoma cildin $\geq$ 2 cm altında ya da stoma gözle görülemiyor’’ ifadesi ‘‘Stoma cildin 2cm ya da 2cm’den daha fazla altında ya da stoma gözle görülemiyor’’ olarak değiştirilmiştir.

Uzman görüşleri doğrultusunda indeksin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) hesaplanmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda yapılan puanlamalar, indeksin madde ve tamamına ait KGİ değerleri Tablo 1.2.’de görülmektedir. KGİ hesaplanırken Polit ve Beck’in (2006) önerdiği Lynn tekniği kullanılmıştır. Lynn tekniğine göre 0.80 değeri minimum ölçüt olarak kabul edilmektedir (Polit ve Beck, 2006). Madde Kapsam Geçerlik İndeksi (M-KGİ), her bir madde için bir ve iki puanlayan uzman sayısı/ toplam uzman sayısı formülü kullanılarak hesaplanmış ve hesaplanan oranlar toplanarak toplam madde sayısına bölünmüştür. Toplam 26 uzman görüşü alınarak hesaplanan M-KGİ 0.88-1.00 arasında ve indeksin ortalama kapsam geçerlilik indeks değeri 0.95 olarak bulunmuştur.

Tablo 1.2. OCSI^{TR} Madde ve Toplam Kapsam Geçerlilik İndeks Puanları

OCSI	Uzmanlardan 1 ve 2 puanlayanlar	Uzmanlardan 3 ve 4 puanlayanlar	Uzman Toplamı	Kapsam Geçerlili k Oranları	Kapsam Geçerlilik İndeksi
Sızıntı	23	3	26	0.88	0.95
Peristomal İrritan Dermatit	26	0	26	1	
Ağrı	26	0	26	1	
Kanama	25	1	26	0.96	
Stomal Nekroz	23	3	26	0.88	
Stomal Stenoz	24	2	26	0.92	
Retraksiyon	25	1	26	0.96	
Mukokutanoz Ayrılma	26	0	26	1	
Hiperplazi	26	0	26	1	

4.2.2. Pittman OCSI'nin Güvenirlik Analizlerinin İncelenmesi

Madde -Toplam Puan Korelasyonları

Dağılım normal olmadığı için indeks madde puanları ile indeksin toplam puanı arasındaki korelasyon Spearman korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. İndeksten alınan toplam puan ile indeks maddeleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, korelasyon kat sayılarının “kanama” 0.21 ile “sızıntı” 0.58 arasında değiştiği saptanmıştır. İndeksten alınan toplam puan ile indeks maddeleri arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır (Tablo 1.3).

Tablo 1.3. OCSI^{TR} Toplam Puan ve OCSI^{TR} Maddeleri Arasındaki Korelasyon (n=90)

OCSI Toplam Puan	OCSI Maddeler	rs	p
	Sızıntı	0.58	0.00
	Peristomal İrritan Dermatit	0.51	0.00
	Ağrı	0.45	0.00
	Kanama	0.21	0.04
	Stomal Stenoz	0.23	0.02
	Retraksiyon	0.44	0.00
	Mukokutanoz Ayrılma	0.23	0.03
	Hiperplazi	0.37	0.00

*rs: spearman korelasyon, ***"Stomal nekroz" örneklem grubumuzdaki hiçbir hastada görülmediği için indeks maddeleri arasında verilmemiştir.

Gözlemciler Arası Güvenirliğin İncelenmesi

Gözlemciler arası güvenirliliği belirlemek için 10 bireye indeks, hem araştırmacı hem bir stomaterapi hemşiresi tarafından aynı anda, birbirinden bağımsız bir şekilde uygulanmıştır. Kabul edilebilir gözlemciler arası güvenirliliği gösteren Kohen Kappa kat sayısı Tablo 1.4'de gösterilmektedir. Kabul edilebilir gözlemciler arası güvenirliliği gösteren Kohen Kappa kat sayısı tüm maddeler için 0.70 ile 1.0 arasında değişmektedir (Tablo 1.4). Pearson Korelasyon ve sınıf içi korelasyon kat sayısı, bağımsız iki gözlemcinin OCSI^{TR} toplam puanları arasında uyumu incelemek için hesaplanmıştır. OCSI^{TR} Toplam puan Pearson korelasyon kat sayısı ve

sınıf içi korelasyon kat sayısı Tablo 1.5’de gösterilmektedir. OCSI^{TR} Toplam puan Pearson korelasyon kat sayısı 0.982 (p=0.000) ve sınıf içi korelasyon kat sayısı 0.986 (p=0.000) olarak bulunmuştur.

Tablo 1.4. OCSI^{TR} Gözlemciler Arası Uyum Analizi (n=10)

OCSI ^{TR} Maddeler	Kappa
Sızıntı	1.0
Peristomal İrritan Dermatit	1.0
Ağrı	1.0
Kanama	1.0
Stomal Nekroz	1.0
Stomal Stenoz	1.0
Retraksiyon	1.0
Mukokutanoz Ayrılma	1.0
Hiperplazi	0.70

Tablo 1.5. OCSI^{TR} Gözlemciler Arası OCSI^{TR} Toplam Puan Korelasyon Katsayıları

OCSI ^{TR} Toplam Puan		p
Pearson Korelasyon Kat Sayısı	0.982	0.000
Sınıf İçi Korelasyon Kat Sayısı (ICC)	0.986	0.000

4.3. Stomalı Bireylerde Stoma Komplikasyonlarının İnsidansları, Şiddeti ve Madde Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılan bireylerin stoma komplikasyonlarının şiddeti ve insidansları Tablo 1.6’da verilmiştir. Bireylerin %17.8’i haftada bir ya da daha fazla, %22’2’si ayda bir yada daha fazla olmak üzere %41.1’inde sızıntı, %25.6’sının hafif ve %14.4’ünün orta şiddette olmak üzere %42.2’sinde peristomal irritan dermatit, %23.3’ünde cilt seviyesinde retraksiyon, %15.6’sında hiperplazi, %8.9’unda mukokutanoz ayrılma, %8.9’unda kanama, %8.9’unda 1-3 şiddetinde ağrı, %2.2’sinde stomal stenoz olduğu saptanmıştır (Tablo 1.6).

Tablo 1.6. Bireylerin Stoma Komplikasyonlarının İnsidansları ve Şiddeti (n=90)

Ostomi Komplikasyonları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sızıntı		
Yok	53	58.9
1-2 kez/ ay	20	22.2
1-2 kez/ hafta	16	17.8
1-2 kez/ gün	1	1.1
Peristomal iritan derratit		
Yok	52	57.8
Hafif	23	25.6
Orta	13	14.4
Şiddetli	1	2.2
Ağrı		
Yok	79	87.8
1-3	8	8.9
4-6	1	1.1
7-10	2	2.2
Kanama		
Yok	82	91.1
Yüzeysel	7	7.8
Orta	1	1.1
Şiddetli	0	0
Stomal stenoz		
Yok	88	97.8
5.parmak kalınlığından daha dar, rahatsızlık yok	1	1.1
5. parmak kalınlığından daha dar, nadiren rahatsızlık	1	1.1
5.parmak giremez, gaita çıkışı yok	0	0
Stomal retraksiyon		
Yok	65	72.2
Cilt seviyesinde	21	23.3
Cildin altında	4	4.4
Cildin 2cm'den daha fazla altında	0	0
Mukokutanöz ayrılma		
Yok	82	91.1
%1-%49	3	3.3
%50-%74	3	3.3
%75-1%00	2	2.2
Hiperplazi		
Yok	76	84.4
%1-%49	8	8.9
%50-%74	4	4.4
%75-%100	2	2.2
Toplam	90	100.0

OCSI^{TR}'de yer alan indeks maddeleri 0-3 arasında değerlendirildiğinde en yüksek puan ortalamasının ‘‘Sızıntı’’ 0.61±0.81 ve ‘‘ Peristomal İrritan Dermatit’’ 0.61±0.8, en düşük puan ortalamasının ise ‘‘Stomal stenoz’’ 0.05±0.38 olduğu saptanmıştır (Tablo 1.7).

Tablo 1.7. OCSI^{TR} Madde Puan Ortalamaları

OCSI ^{TR} Maddeleri	$\bar{X} \pm (SS)$	Maximum-Minimum Aralık
Sızıntı	0.61 $\pm$ 0.81	0-3
Peristomal İrritan Dermatit	0.61 $\pm$ 0.81	0-3
Ağrı	0.18 $\pm$ 0.55	0-3
Kanama	0.10 $\pm$ 0.33	0-2
Stomal Stenoz	0.05 $\pm$ 0.38	0-3
Retraksiyon	0.32 $\pm$ 0.55	0-2
Mukokutanoz Ayrılma	0.16 $\pm$ 0.58	0-3
Hiperplazi	0.24 $\pm$ 0.64	0-3

***‘‘Stomal nekroz’’ örneklem grubumuzdaki hiçbir hastada görülmediği için indeks maddeleri arasında verilmemiştir.

5. TARTIŞMA

5.1. Pittman OCSI^{TR}'nin Geçerliliğinin İncelenmesi

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi hedeflediği özelliği, başka bir özellikle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesini göstermektedir. Ölçüm sonuçlarının ne kadarıyla ölçüm hatasını yansıttığı sorusuna yanıt verebilmek için ölçme aracının geçerliğinin saptanmasına gerek vardır (Gözüm ve Aksayan, 2003). Bu amaçla Pittman OCSI^{TR}'nin geçerliği dil geçerliği ve kapsam geçerliği ile incelenmiştir.

Dil Geçerliği

Kültürler arası uyarlama çalışmalarında orijinal ölçeğin uyarlama yapılacak toplumun kültürüne, diline ve ülkedeki kullanımına uygunluğunun belirlenmesi gerekmektedir (Yıldırım ve Şimşek 2011). Dolayısıyla ölçek sahibinden izin alındıktan sonra dil geçerliği için çeviri, uzlaşma ve geri çevirilerin sentezi sağlanmalıdır. Çeviri, ölçeğin orijinal formdan hedef dile çevrilmesidir. Çevirilerin her iki dili iyi bilen, ana dili hedef dil olan en az iki kişi tarafından yapılması önerilmektedir. Uzlaşma, hedef dile çevrilen birden fazla formun uyumsuzluk ve farklılıklar açısından karşılaştırılarak tek bir forma dönüştürülmesidir. Geri çeviri, tek form haline getirilen ölçeğin tekrar orijinal dile çevrilmesidir. Geri çeviri sürecinin ana dili orijinal dil olan, ölçüm aracını bilmeyen, en az bir çevirmen tarafından yapılması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Yıldırım ve Şimşek 2011). Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi^{TR} (OSCI^{TR})'nin dil geçerliği için istenen kriterler sağlanmıştır. Çeviri ve geri çeviri çalışmaları sonucunda indeks maddeleri birbiri ve orijinal ölçeğin ifadeleri ile karşılaştırılmıştır ve indeksin Türkçe versiyonu hazırlanmıştır.

İçerik Geçerliği

İçerik geçerliği, ölçme aracında bulunan maddelerin, ölçülmek istenen özelliği ölçmede nitelik ve nicelik olarak yeterli olup olmadığı, alanı temsil edip etmediğinin uzmanlar tarafından incelenmesi sonrası, anlamlı maddelerden oluşan bir bütünün oluşturulmasıdır (Büyüköztürk, 2010, Baydur ve Eser). Dil geçerliği sağlanan ölçeğin içerik geçerliğinin sağlanması için en az üç uzman görüşünün alınması önerilmektedir (Polit ve Beck, 2006). Çalışmamızda stoma ile ilgili çalışmaları olan 26 uzman OCSI'nin istenen amaca hizmet edip etmediği ve Türk kültürüne uygunluğunu değerlendirmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda, indeksin, 1.,2.,3.,4. ve 6. maddelerinde gerekli düzenlemeler yapılmış ve indekse son şekli verilmiştir.

Uzman görüşlerinde fikir birliğinin değerlendirilmesinde içerik geçerlik indeksi kullanılmıştır (Polit ve Beck, 2006). Literatürde, madde içerik geçerlik indeksinin (M-İĞİ)

0.78'in, ölçek içerik geçerlik indeksinin (Ö-İĞİ) 0.80'nin üzerinde olması önerilmektedir (Polit ve Beck, 2006). Çalışmamızda, OCSI'nin her bir madde içerik geçerlilik indeksinin M-İĞİ'nin 0.88 ile 1.00 arasında değiştiği saptanmıştır. İndeksin içerik geçerliği kapsamında tüm indeks maddeleri için elde edilen 0.95 KGI, Polit ve Beck'in (2006) önerdiği 0.80 KGI değeri ölçüt alındığında, uzmanlar arasında görüş birliği olduğunu göstermiştir.

Dil ve içerik geçerliği sağlanan ölçeğin ön uygulamasının uygulanacak birey sayısına dair kesin bir kural yoktur (Şencan, 2005). Dil ve içerik geçerliği sağlanan ölçeğin ön uygulaması altı kişi ile yapılmıştır. İndeks maddelerinin araştırmacı tarafından kolay anlaşılabilir olduğu test edilmiştir. Ön uygulama verileri araştırma örneklemine dahil edilmemiştir.

5.2. Pittman OCSI^{TR}'nin Güvenirliğinin İncelenmesi

Güvenirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir (Gözüm ve Aksayan 2003). Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi^{TR}'nin güvenilirliği gözlemciler arası güvenilirlik (Kohen Kappa kat sayısı, Sınıf içi korelasyon kat sayısı, Pearson korelasyon kat sayısı) ve madde toplam puan korelasyonları test edilerek incelenmiştir.

Gözlemciler Arası Güvenirlik

Ölçek çalışmalarında gözlemciler arasındaki uyumu belirleyen güvenilirlik ölçütü, özellikle verilerin gözleme dayalı olarak toplandığı ve birden çok gözlemcinin, birbirinden bağımsız olarak, aynı durumu, aynı zamanda, aynı ölçüm aracı ile ölçmeye çalıştıkları durumlarda uygulanır. Ayrı ayrı gözlem sonuçları birbirine ne kadar yakınsa, sonuçta elde edilen ortalama değerin güvenilirliği de o kadar yüksek olur. Bu amaçla güvenilirliği belirlemek için Kohen Kappa İstatistiği'nin kullanılması önerilmektedir (Beaton, Bombardier, Guillemin, Ferraz, 2000). Kohen Kappa Katsayısının "0" olması tam uyumsuzluğu gösterirken 1'e yaklaşması uyumun göstergesidir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Çalışmamızda Kohen Kappa kat sayısının tüm maddeler için kabul edilebilir güven aralığında ($k = 0.70-1.0$) olduğu ve OCSI^{TR}'nin toplam puanı ile gözlemciler arasında mükemmel korelasyon olduğu ($r=0.986$, $p=0.000$) belirlenmiştir. Orijinal indekste de gözlemciler arasındaki uyumu belirlemek için Kohen Kappa Kat Sayısı tüm maddeler için $k=0.71-1.0$ aralığında ve sınıf içi korelasyon kat sayısı $r = 0.999$ olarak belirlenmiş olup, bulgularımız orijinal indeks ile bu yönde uyumludur. OCSI^{TR}'nin gözlemciler arası uyum yönünden güvenilir bir ölçüm aracı olduğu görülmektedir.

Madde Toplam Puan Korelasyonları

Madde analizinde madde toplam puan korelasyon katsayıları incelenmektedir. Genel olarak, madde-toplam puan korelasyonunun 0.20'den büyük olması önerilmektedir (Büyüköztürk, 2010; Baydur ve Eser, 2006). Çalışmamızda madde- toplam puan korelasyonları 0.21 ile 0.58 arasında değişmektedir. İndeks maddelerinde 0.20'nin altında kalan madde olmamıştır. Literatürde ölçeğin madde toplam puan korelasyonlarının yüksek olması ölçmeyi istediğimiz davranışı ölçmede yeterli ve etkin olduğunun göstergesidir (Büyüköztürk, 2010).

5.3. Stoma Komplikasyonlarının İnsidans ve Şiddetinin İncelenmesi

Bu çalışma aynı zamanda stoma komplikasyonlarının insidansı ve şiddeti hakkında da bilgi vermektedir. Çalışmamızda, bireylerin %73.3'ünde en az bir ostomi komplikasyonu gelişmiştir. Çalışmamızın bulguları, stoma komplikasyonlarının yaygın olduğunu gösteren diğer çalışma bulgularıyla uyumludur (Gray, Colwell, Doughty, Goldberg ve ark, 2013; Pittman, Bakas, Ellet, Sloan ve ark, 2014; Ratliff, Scarano, Donovan, 2005). Arumugam ve ark. 97 bireyin, %50'sinden fazlasında bir veya daha fazla komplikasyon olduğunu bildirmiştir (Aramugam, Bevan, Macdonald, Watkins ve ark, 2003). Sızıntı (%41.1) ve peristomal irritan dermatit (%42.2) çalışmamızda en yaygın görülen komplikasyondur. Orijinal indekste de en yaygın görülen komplikasyon olarak, peristomal irritan dermatit (%50) ve sızıntı (%60) bildirilmiştir. Ülkemizde komplikasyonların hem insidansını hem de şiddetini değerlendirmek için geçerli güvenilir ve bir araç yoktur. Çalışmamızda bireylerin %17.8'inde haftada bir kereden fazla sızıntı ve % 16.6'sında orta ile şiddetli peristomal neme bağlı dermatit, kanaması olanların çoğunda (% 7.8) yüzeysel kanama olduğu saptanmıştır. OCSI^{TR} ayrıntılı bir şekilde stoma komplikasyon şiddetini değerlendiren bir indekstir. Bu nedenle Pittman OCSI^{TR}'in Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonucunda, Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Türkçe formunun, stoma komplikasyonlarının ve bu komplikasyonların şiddetinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır. OCSI^{TR} hem stoma komplikasyonlarını tanılamayı hem de komplikasyon şiddetini değerlendiren, klinikte kullanımı kolay, pratik bir araçtır. İndeksin ülkemizde araştırmalarda ve stoma bakım hemşireliği uygulamalarında kullanılabileceği sonucuna varılmıştır.

İndeksin 2-6 ay stoması olan bireylere uygulanması önerilmektedir. Stoma komplikasyonlarının tanılanması, değerlendirmesinde stoma hemşirelerine yardımcı olacağı ve bakımın geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



II. AŞAMA: ROY UYUM MODELİNE GÖRE YAPILANDIRILMIŞ DESTEK GRUP GİRİŞİMİNİN STOMAYA UYUM, YAŞAM KALİTESİ VE KOMPLİKASYON ŞİDDETİ ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ- YARI DENEYSEL ARAŞTIRMA

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Araştırma yarı deneysel, deney-kontrol gruplu, prospektif- longitudinaldir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırmaya Ocak 2015’de literatür taraması ile başlanarak, DEÜ Hastanesi Yara ve Stoma Polikliniği’nde 1 Kasım 2017- 13 Haziran 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Örneklemi:

Araştırmanın örneklemi DEÜ Hastanesi Yara ve Stoma Polikliniği’ne gelen ve hastaneden taburcu olduktan sonra evde stomasıyla en az iki en fazla altı ay yaşamış olan 65 birey oluşturdu. Araştırma örnekleminin deney ve kontrol grubuna göre dağılımları Şekil 2.1’de verilmiştir.

Örnekleme dahil olma kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi
- İlk kez stoma açılmış stoması olması
- Konuşma ve işitme probleminin olmaması
- Türkçe konuşabilmesi ve anlayabilmesi
- Kişi, yer ve zaman oryantasyonunun tam olması
- 18 yaş üzerinde olması
- Psikiyatrik hastalık ve bilişsel durumunu etkileyen nörolojik (Alzheimer gibi) bir tıbbi tanısının olmaması
- En az okur-yazar olması

Örneklemden çıkarma kriterleri;

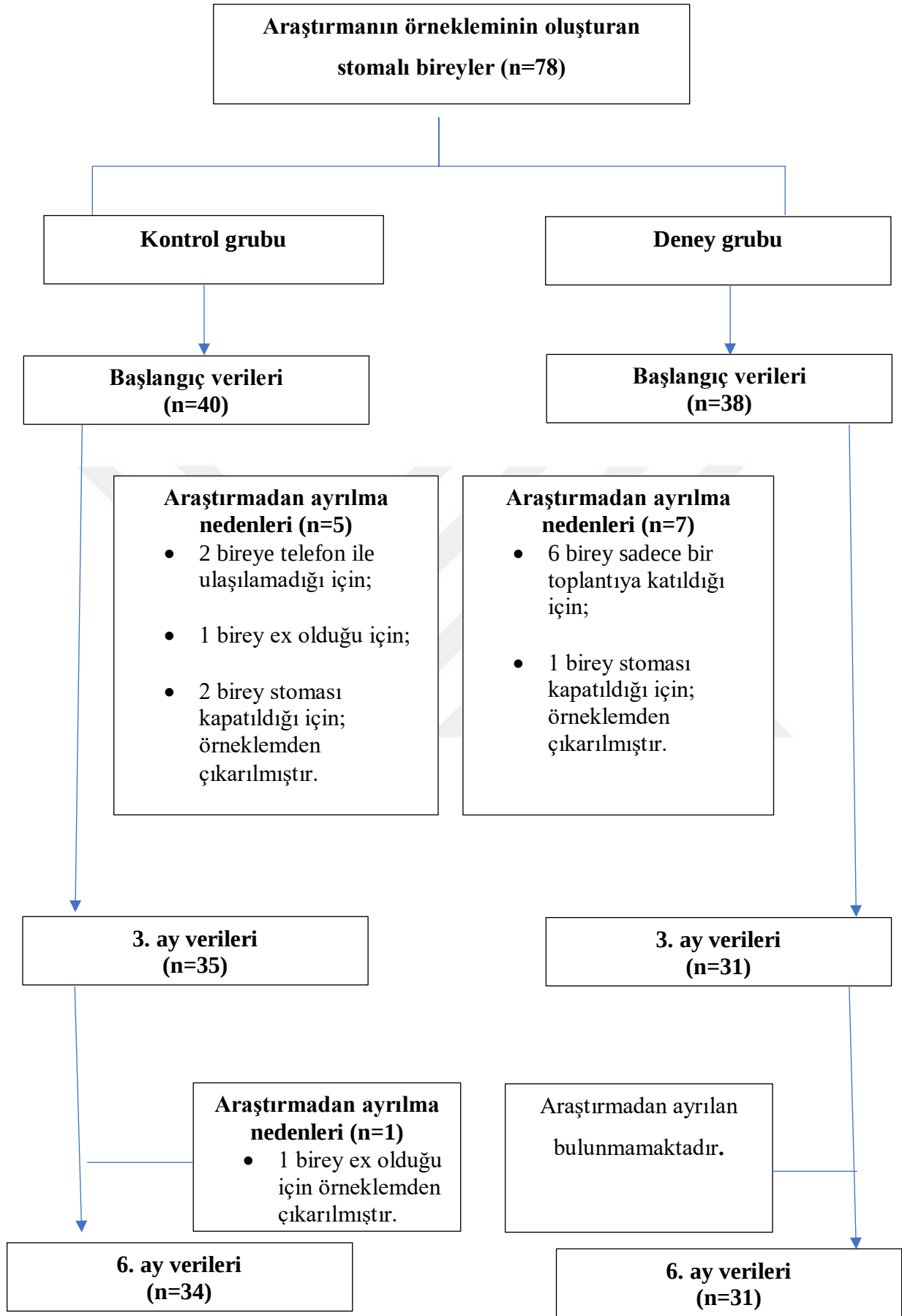
- Veri toplama sürecinde cerrahi girişim gerektirecek bir komplikasyon gelişmesi
- Stomanın kapatılması

Örneklem büyüklüğü:

Stomalı bireylerde destek grup girişiminin sonuçlarını inceleyen bir araştırmaya ulaşamaması nedeniyle araştırmanın örneklem büyüklüğü önceden belirlenemedi. Araştırma öncesi, araştırma verilerinin analizinde parametrik test kullanabilmek için gruplarda 30'un üzerinde birey olmasına karar verildi. Ancak araştırma sonrası, araştırmanın kendi verileriyle G-POWER paket programı kullanılarak güç analizi yapıldı. Araştırma sonrası, araştırmanın örnekleme, deney grubu 31 kişi, kontrol grubu 34 kişi olmak üzere toplam 65 kişiden oluştu. Örneklem sayısı hesabı, Tip I hata (α) 0.50, Tip II hata (β) 0.20 (%80 güç) olarak %95 güven aralığı dikkate alınarak yapıldı. Güç analizinde, araştırmanın bağımlı değişkenleri olan Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği'nin toplam puan ve alt boyut toplam puanları, Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin puan ortalaması ve alt boyutlarının puan ortalaması, Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin toplam puanları kullanıldı. Araştırmanın Gücü Tablo 2.1'de gösterilmiştir. Araştırmanın kendi verileriyle yapılan güç analizi sonucunda; örneklemin gücü 0.05 anlamlılık düzeyinde, ostomi uyum ölçeği ve kabul etme, kaygı, sosyal uyum alt boyutlarında, yaşam kalitesi ölçeği ve fiziksel, psikolojik, sosyal kaygı alt boyutlarında, literatürde kabul edilen %80 gücün üzerinde bulundu (0.936 ile 0.999 arasında). Power analizi, hipotez testi sonucunda gruplar arasında fark olabilmesi için gereken minimum sayıyı vermektedir. Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin manevi iyilik alt boyutu, Ostomi Uyum Ölçeği'nin öfke alt boyutu ve Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi puanlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı için örneklem gücü literatürde yeterli kabul edilen %80'nin altındadır.

Tablo 2.1. Araştırmanın Gücü

	Güç	n	Etki Büyükluğu	Alfa
Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği	0.999	65	0.310	0.05
Kabul etme alt boyutu	0.957	65	0.205	0.05
Kaygı alt boyutu	0.999	65	0.380	0.05
Sosyal uyum alt boyutu	0.977	65	0.220	0.05
Öfke alt boyutu	0.068	65	0.025	0.05
Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği	0.999	65	0.307	0.05
Fiziksel alt boyut	0.999	65	0.384	0.05
Psikolojik iyilik alt boyut	0.936	65	0.194	0.05
Sosyal kaygı alt boyut	0.966	65	0.211	0.05
Manevi iyilik alt boyut	0.051	65	0.006	0.05
Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi	0.053	65	0.139	0.05



Şekil 2.1. Araştırma Örnekleminin Deney ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmada çalışma materyali kullanılmadı.

3.5. Araştırma Değişkenleri:

Bağımlı Değişkenler: Stomalı bireylerin stomaya uyum puanı ortalaması, komplikasyon şiddeti puanı ortalaması, yaşam kalitesi puanı ortalaması

Bağımsız Değişkenler: Destek Grup Girişimi

3.6. Veri Toplama Araçları:

Araştırmanın verileri aşağıda verilen veri toplama araçları ile toplanmıştır.

- Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu (Ek-1)
- Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi (Pittman OCSI^{TR}) (Ek-2)
- Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (OUÖ-23) (Ek-7)
- Umut Merkezi Yaşam Kalitesi Ölçeği (COHQOL-O^{TR}) (Ek-8)
- Destek Grup Toplantılarını Değerlendirme Formu (Ek-9)

- ***Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu (Ek-1)***

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu, bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik bilgilerini ve stoması ile ilgili olarak stoma tipi, stoma türü, stoma açılma nedeni, stoma süresi, stoma bakımını yapma durumu, kemoterapi-radyoterapi alma durumu, ameliyat öncesi stoma açılacağına ilişkin bilgilendirilme ve stoma yeri işaretlemesi yapılması durumlarına ilişkin soruları içeren toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

- ***Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi (Pittman OCSI^{TR}) (Ek-2)***

Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi-OCSI^{TR}, Pittman ve arkadaşları (2014) tarafından ameliyat sonrası dönemde ostomi komplikasyon şiddetini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Dokuz maddeden oluşan Likert tipi ölçeğin her bir maddesi 0-3 puan aralığında değerlendirilmektedir. Her bir madde stoma komplikasyonlarından sızıntı, peristomal irritan dermatit, ağrı, kanama, stomal nekroz, stomal stenoz, retraksiyon, mukokütanoz ayrılma ve hiperplaziden birini içermektedir. 0 puan komplikasyon yokluğunu ve 3 puan çok ciddi

komplifikasyon olduğunu göstermektedir. Tüm maddelerden elde edilen total puan minimum 0, maksimum 27 olmaktadır. Total olarak alınan en yüksek puan, çok ciddi komplifikasyon olduğunu göstermektedir. Bu ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlik güvenirlik çalışması tez kapsamında gerçekleştirilmiştir. Bu ölçek ile ilgili bilgi tezin I. aşamasında yer almaktadır. Ölçeğin kullanımı için e-mail yoluyla 07.01.2016 tarihinde Joyce Pittman'den izin alındı (Ek-10).

- ***Ostomi Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (OUÖ-23) (Ek-7)***

Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (Development and Psychometric Evaluation of the Ostomy Adjustment Inventory-23), Simmons ve arkadaşları (2009) tarafından, stomalı bireylerin stomaya uyum düzeylerinin saptanması amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasını ve geçerlik-güvenirlik çalışmasını Karadağ ve ark. (2011) yapmıştır. Ölçek toplam 23 maddeden oluşmakta olup, kabul etme (1, 3, 4, 6, 9, 14, 15, 19, 23. maddeler), kaygı/endişe (12, 13, 17, 20, 21. maddeler), sosyal uyum (5, 7, 8, 11. maddeler) ve öfke (2 ve 10. maddeler) başlıklarını içeren 4 alt faktör içermektedir. Buna ek olarak 3 madde (16, 18 ve 22) herhangi bir alt faktöre dâhil edilmemiştir. Ölçekteki her bir madde beşli likert tipinde (0-4 puan; Kesinlikle katılıyorum, Katılıyorum, Emin değilim, Katılmıyorum, Kesinlikle katılmıyorum) değerlendirilmektedir. Ölçeğin minimum puanı 0, maksimum puanı 92'dir. Her bir maddeden alınan yüksek puan uyumun arttığını göstermektedir. Ölçekteki 12 madde ise (2, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18 ve 21. maddeler) olumsuz anlam ve ifade içerdiği için ters skorlanmaktadır. Ölçeğin orijinalinde 570 stomalı birey ile yapılan geçerlilik ve güvenirlilik çalışmasında, cronbach alpha kat sayısı 0.93 olarak belirlenmiştir (Simmons ve ark, 2009). Karadağ ve arkadaşları tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ölçeğin geneline ait cronbach alpha katsayısı 0,87'dir (Karadağ ve ark, 2011). Bizim araştırmamızın örnekleminde ölçeğin cronbach alpha kat sayısı 0.94 olarak bulundu. Ölçeğin kullanımı için e-mail yoluyla 15.01.2016 tarihinde Ayişe Karadağ'dan izin alındı (Ek-11).

- ***Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği (COHQOL-O^{TR}) (Ek-8)***

Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği-COHQOL-O, ostomili hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Umut Merkezi Ağrı ve Palyatif Bakım Araştırma Merkezi tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, kanserli hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek için 41 maddeli, Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi adıyla oluşturulmuştur.

Grant ve arkadaşları tarafından (2003), ostomili bireyler için revize edilen 43 maddeli Likert tipi ölçek 10 maddelidir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik- güvenirlik çalışması Erol ve Vural (2012) tarafından yapılmıştır (Erol ve Vural, 2012). Bu ölçekte yaşam kalitesi maddeleri fiziksel iyilik, psikolojik, sosyal ve manevi olmak üzere dört alt boyutta gruplandırılmıştır. Buna göre ölçekteki maddelerin boyutları şöyle tanımlanmaktadır:

- Fiziksel iyilik hali (1- 11 maddeler)
- Psikolojik iyilik hali (12- 24 maddeler)
- Sosyal kaygı (25- 36 maddeler)
- Manevi iyilik hali (37- 43 maddeler)

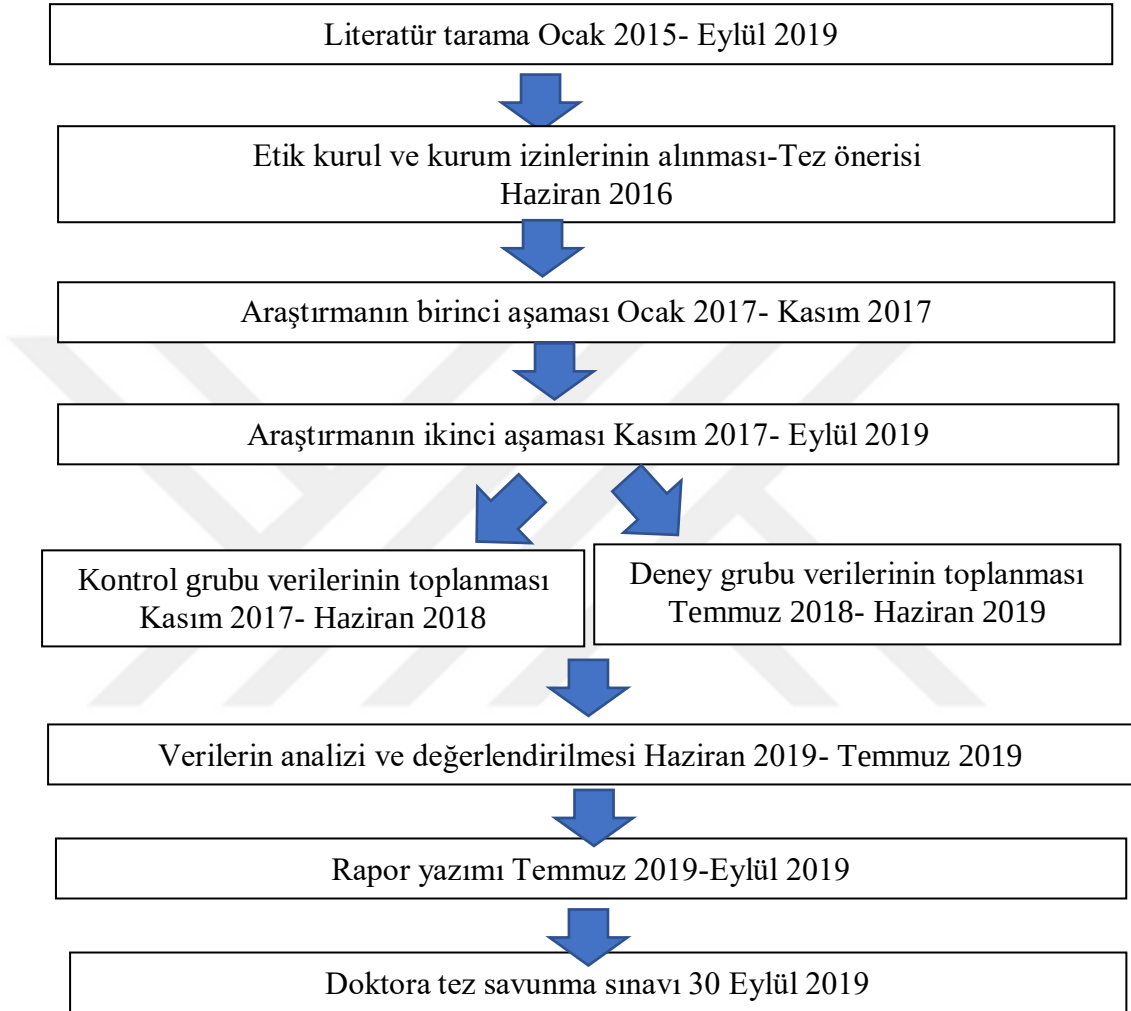
Ölçeğin her bir maddesi 0-10 puan aralığında değerlendirilmektedir. 1. maddeden 12. maddeye kadar; 15, 18, 19, 22-30, 32-34, 37 maddelerin puanları ters çevrilerek skorlanmaktadır. Her bir maddeden alınan puanlar toplanıp, ölçekteki madde sayısına bölünerek ölçeğin puan ortalaması elde edilmektedir. Ölçekten alınan puan ortalamasının artması yaşam kalitesinin yükseldiğini, azalması yaşam kalitesinin düştüğünü göstermektedir. Orijinal ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0.95'dir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun cronbach alpha katsayısı 0.92'dir (Erol ve Vural, 2012). Bizim araştırmamızın örnekleminde de ölçeğin cronbach alpha kat sayısı 0.94 olarak bulundu.

Destek Grup Toplantılarını Değerlendirme Formu (Ek-9)

Grup sürecinden memnuniyeti değerlendirmek amacıyla geliştirilen, toplam 12 sorudan oluşturulmuş bir formdur. Form, Ordin ve Karayurt tarafından 2013 yılında, yedi uzman görüşü alınarak ve 15 hastaya uygulanarak gerekli değişiklikler yapıldıktan sonra oluşturulmuştur. Formdaki yedi soru likert tipidir. Altılı likert olarak değerlendirilen ve yüz ifadelerini içeren formdan, “0” memnuniyetin yüksek olduğunu, “5” memnuniyetin düşük olduğunu göstermektedir. “Grup süreci size yardımcı oldu mu?-Yanıtınız evet ise açıklar mısınız?”, “Grup toplantılarında en çok ve en az hoşlandığınız durum nedir?”, “Grup toplantıları sonrası kendinizde farklı duygular hissediyor musunuz?-Yanıtınız evet ise duygularınızdaki bu farklılığı sağlayan şey neydi?”, “Gruba katıldıktan sonra davranış ve alışkanlıklarınızda değişiklik oldu mu?-Yanıtınız evet ise ne değişti?”, “Gelecek toplantılar için önerilerinizi

yazınız” şeklindeki diğer sorular ise formda yer alan açık uçlu sorulardır. Formun kullanımı için Ordin ve Karayurt’tan izin alınmıştır (Ek-12).

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi:

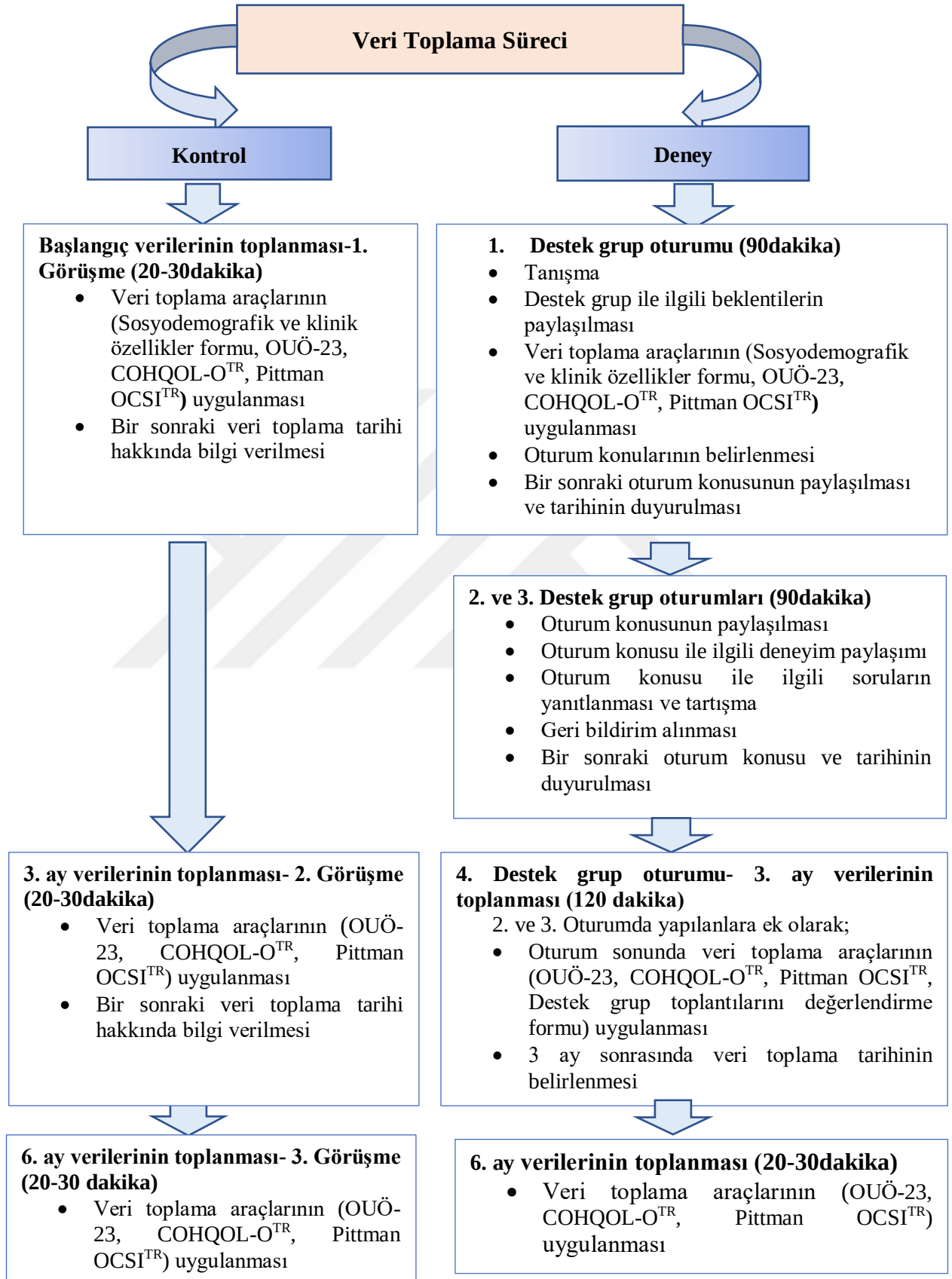


Şekil 2.2. Araştırma Planı ve Takvimi

3.7.1. Veri Toplama Süreci:

Araştırmanın örneklemini belirlemek için, DEÜ Hastanesi’nde ameliyat olmuş, Yara ve Stoma Polikliniği’nde takip edilen örneklem ölçütlerine uyan, İzmir İli ve çevresinde yaşayan stomalı bireylerin listesi oluşturuldu. Kontrol ve deney grubundaki bireylerin birbirleriyle etkileşime geçmemesi için, veri toplama sürecine kontrol grubu ile başlandı. Kontrol grubu için, oluşturulan listedeki bireyler telefon ile arandı. Araştırmaya katılmayı kabul edenlere görüşmek üzere tarih verildi. Görüşmeye gelenlere araştırmanın amacı ve verilerin

toplanması konusunda açıklama yapılarak, yazılı onamları alındı (Ek-13). Kontrol grubundaki bireyler kontrol grubunda olduklarını, destek grup oturumlarına katılmayacaklarını ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacaklarını bilerek araştırmaya katılmayı kabul etti. Kontrol grubundaki bireylere, ilk görüşme, ikinci görüşme (3. ay) ve üçüncü görüşmede (6. ay) veri toplama araçları uygulandı. Kontrol grubu için belirlenen örneklem sayısına ulaşana kadar listeler oluşturularak bireyler telefon ile aranmaya, görüşmeye çağrılmaya ve verilerin toplanmasına devam edildi. Kontrol grubunun örneklemi görüşmelerin hepsine gelen 34 stomalı birey oluşturdu. Kontrol grubunun verileri, araştırmanın başlangıç verilerini oluşturarak, üçüncü ay verileri ve altıncı ay verileri olmak üzere üç defada toplandı (Şekil 2.2). Kontrol grubunun verileri bittikten sonra, deney grubunun verileri toplanmaya başlandı. Deney grubunu oluşturmak için örneklem ölçütlerine uyan, İzmir İli ve çevresinde yaşayan bireylerin listeleri tekrar oluşturuldu. Deney grubu oturumları için, oluşturulan listeden birinci destek grup için bireyler telefon ile arandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere ilk destek grup oturumu için tarih verildi. Oturuma gelen bireylere araştırmanın amacı ve verilerin toplanması konusunda açıklama yapılarak, yazılı onamları alındı. Deney grubundaki bireyler istedikleri zaman araştırmadan ayrılacaklarını bilerek araştırmaya katılmayı kabul etti. Deney grubu için oturumlara devamlılığı sağlayan 31 stomalı birey ile oturumlar yapıldı. 9, 10 ve 12 kişilik üç ayrı destek grup oluşturuldu. Grupların destek grup oturumları, örneklem ölçütlerini karşılayan yeterli birey olmaması sebebiyle eş zamanlı yürütülemedi. İlk destek grubun tüm oturumları bittiğinde, ikinci destek grup için, ikinci destek grubun tüm oturumları bittiğinde, üçüncü destek grup için yeni listeler oluşturuldu ve bireyler telefon ile arandı. Deney grubunun verileri; ilk destek grup toplantısı başlangıcı, destek grup oturumlarını bitimi (üçüncü ayda) ve destek grup oturumları tamamlandıktan üç ay sonra (altıncı ayda) olmak üzere üç defada toplandı (Şekil 2.2).



Şekil 2.3. Veri Toplama Süreci

Araştırmada Uygulanan Destek Grup Girişimi

Destek grup oturumları DEÜ Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı toplantı odasında yapıldı. Toplantı salonunda masa, sandalye, yazı tahtası, bilgisayar, barkovizyon sistemi mevcuttu. Bireylerin yüz yüze iletişimini sağlayacak şekilde karşılıklı oturma düzeni sağlandı. Sosyal etkileşimi sağlamak için destek grup oturumu öncesi kuru pasta, meyve suyu gibi yiyecek ve içecek ikramlarında bulunuldu. Her grupla toplam dört destek grup oturumu yapıldı. Destek grup girişiminin sıklığı ile ilgili bireylerin görüşleri alındı ve bireylerin isteği doğrultusunda ayda bir kez olacak şekilde uygulandı. Oturumların süreleri 90-120 dakika arasında değişen sürelerle devam etti. Destek grup oturumlarına, 6 Temmuz 2018’de başlandı, 13 Haziran 2019’da son buldu. Oturumların konusunu; ilk oturumda, grup üyelerinin konuşmak ve tartışmak istediği konular belirlenerek, grup üyelerinin istedikleri konular oluşturdu (Tablo 2.2). Üç grubun da istediği konular benzerdi ancak her grupla grubun dinamiğine göre konuların oturumlardaki tartışılma sırası farklılık gösterdi. Bireylerin istekleri doğrultusunda oturumların içeriğini oluşturan konular, literatürden (Roy, 2009) yararlanılarak Roy Uyum Modeli’ne göre yapılandırıldı ve içeriğin kavramsal çerçevesi oluşturuldu (Tablo 2.2). Oturumlar, tartışılmak/paylaşılmak istenilen konuyla ilgili deneyim paylaşımı, soruların cevaplanması, bilgilendirme ve tartışma şeklinde interaktif olarak sürdürüldü. Bireylerin destek grup oturumlarına katılımını ve devamlılığını sağlamak için destek grup oturumları sırasında her gruba nazarlıklı anahtarlık, buzdolabı magneti, küçük biblo hediye edilerek, yöresel şekerleme ve lokum ikram edildi.

Tablo 2.2. RUM’ e göre yapılandırılmış Destek Grup Girişimi Oturumlarının Konuları

Destek Grup Oturumlarının Konuları	RUM Uyum Alanları
Stoma komplikasyonları ve gelişen komplikasyonlarla nasıl baş edebildiklerinin konuşulması, Stoma bakımının videolu gösterimi, anlatılması ve stoma bakımında yaşanan zorlukların deneyimlerin paylaşılması, Beslenme ve egzersiz konusunda yaşanan sorunlar ve deneyimlerin paylaşılması, soruların cevaplanması, Stoma kapama ameliyatından sonra, gelişebilecek rahatsızlıklar, yaşanabilecek sorunların ne olduğu hakkında bilgilendirme <i>Bu alan OCSI^{TR} ve Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirilmiştir.</i>	Fizyolojik Uyum Alanı
Stomaya bağlı yaşanan psikolojik sorunların, endişelerin, duyguların paylaşılması, baş etme yöntemleri, kimlerden nasıl yardım alındığının tartışılması <i>Bu alan Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği ve Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirilmiştir.</i>	Benlik Kavramı Uyum Alanı
Stomaya bağlı yaşanan sosyal sorunların (Eş, akraba, dost iletişimi, sosyalleşme) konuşulması <i>Bu alan Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği ve Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirilmiştir.</i>	Rol Fonksiyon Uyum Alanı
Her grup oturumunda deneyim paylaşımı ve oturumlar sırasında bireylerin birbirine psiko-sosyal destek sağlaması ile bu uyum alanı desteklenmiştir. <i>Bu alan destek grup değerlendirme formu ile değerlendirilmiştir.</i>	Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanı

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi:

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edildi.

- Deney ve kontrol grubunda bulunan katılımcıların sosyo-demografik ve klinik özellikleri sayı, yüzde ve aritmetik ortalama alınarak incelendi. Sosyo-demografik ve klinik özellikler bakımından benzer olduğunun gösterilmesinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve ki kare kullanıldı.
- Deney ve kontrol grubunda bulunan katılımcıların araştırmada kullanılan ölçeklerden aldıkları puanlara göre tanımlayıcı istatistikleri (minumum, maksimum, ortalama ve standart sapma) hesaplandı.
- Verilerin normal dağılıma uygunluğu shapiro-wilk testi kullanılarak incelendi. Normal dağılıma sahip ölçümler için parametrik testler, normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için parametrik olmayan testler kullanıldı.
- Deney ve kontrol grubunun yaşam kalitesi, stomaya uyum ve komplikasyon şiddeti puan ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için, normal dağılıma sahip ölçümlerde bağımsız örneklem t (Independent t test), normal dağılıma sahip olmayan ölçümlerde Mann Whitney U testi uygulandı.
- Deney ve kontrol grubunun kendi içindeki ölçümlerinde, yaşam kalitesi, stomaya uyum ve komplikasyon şiddeti puan ortalamalarının zamana göre (başlangıç, üçüncü ay ve altıncı ay) karşılaştırılması için normal dağılıma sahip ölçümlerde, tekrarlı ölçümlerde ANOVA ve normal dağılıma sahip olmayan ölçümlerde Friedman analizi, grupların kendi ölçümleri arasındaki farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için ise Bonferroni analizi yapıldı. Deney ve kontrol grubunun ortalamaları arasında grup, zaman ve grup*zaman etkileşimini değerlendirmek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi yapıldı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları:

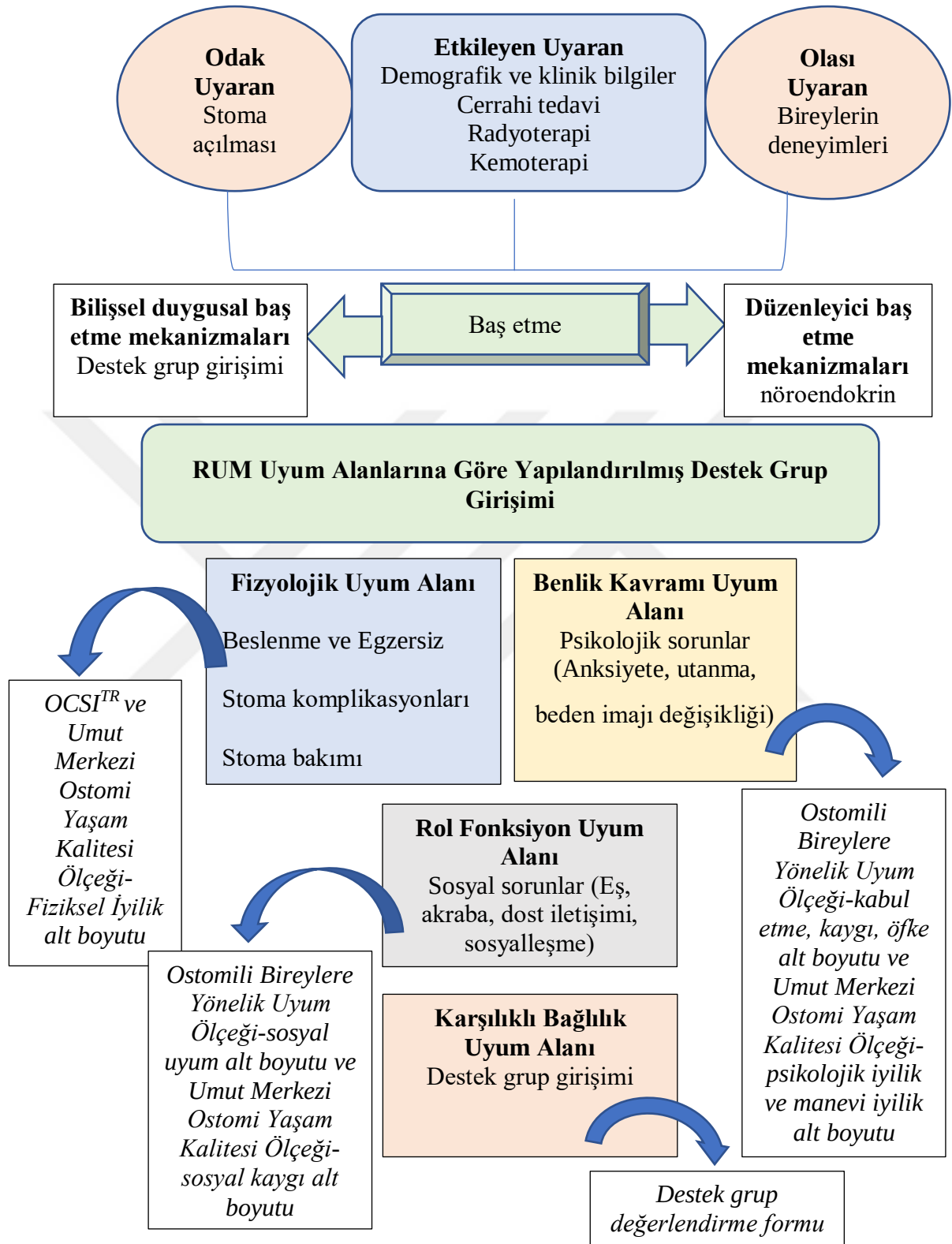
Araştırmamızın sınırlılığı yoktur.

3.10. Etik Kurul Onayı:

Araştırmaya alınan bireylere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alınmıştır (Ek-13). Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan 2016/15-32 karar numarası ile 02.06.2016 tarihinde izin alınmıştır (Ek-14). Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden (Ek-5), Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'ndan da yazılı izin alınmıştır (Ek-6).

3.11. Araştırmanın Kavramsal Yapısı:

Araştırmanın, RUM'nin kavramları, araştırmanın değişkenleri ve destek grup girişimi arasındaki ilişki Şekil 2.3'de gösterilmiştir. Bu çalışmada odak uyaran stoma açılmış olmasıdır. Etkileyen uyaranlar, demografik verileri içeren; stomalı bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, eğitim durumu ve klinik bilgileri içeren; cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapidir. Olası uyaran ise bireylerin deneyimleridir. Araştırmamızda uygulanan destek grup girişimi ile stomalı bireylerin fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık uyum alanlarının etkilenmesi amaçlanmıştır. Fizyolojik uyum alanında etkilenme OCSI^{TR} ve umut merkezi yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel iyilik alt boyutu ile, benlik kavramı uyum alanındaki etkilenme umut merkezi yaşam kalitesi ölçeğinin psikolojik iyilik, manevi iyilik alt boyutu ve ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin kabul etme, kaygı, öfke alt boyutu ile, rol fonksiyon uyum alanındaki etkilenme ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin sosyal uyum alt boyutu ve umut merkezi yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal kaygı alt boyutu ile, karşılıklı bağlılık alanında etkilenme sosyal destek grup toplantılarını değerlendirme formu ile değerlendirilmiştir. Destek grup toplantılarını değerlendirme formu aynı zamanda, destek grup girişiminin etkinliği ve toplantıların katılımcılar tarafından nasıl değerlendirildiği konusunda araştırmacıya bilgi vermektedir.



Şekil 2.4. RUM'ne Göre Yapılandırılmış Destek Grup Girişiminin Kavramsal, Teorik ve Deneysel Yapısı

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Özellikler

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki stomalı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları ve karşılaştırılması Tablo 2.3’de verilmiştir. Kontrol grubunda bulunan stomalı bireylerin yaş ortalaması 53.67 ± 13.07 , %85.3’ü erkek, %52.9’u ilköğretim mezunu, %61.8’i çalışmamakta, %94.1’i evli, %73.5’inin geçici stoması, %50’sinin kolostomisi, %50’sinin ileostomisi, %70.6’sının iki aydır stoması mevcut, %52.9’u kemoterapi almakta, %73.5’ine KRK nedeniyle stoma açılmış, %55.9’u ameliyat öncesi eğitim almış, %55.9’unun ameliyat öncesi stoma yeri işaretlenmiş, %64.7’sinin de stoma bakımını yakını yapmaktadır. Deney grubunda bulunan stomalı bireylerin yaş ortalaması ise 54.52 ± 15.2 , %74.2’si erkek, %29’u ilköğretim mezunu, %64.5’i çalışmamakta, %80.6’sı evli, %80.6’sının geçici stoması, %45.2’sinin kolostomisi, %54.8’inin ileostomisi, %67.7’sinin iki aydır stoması mevcut, %54.8’inin kemoterapi almakta, %67.7’sine KRK nedeniyle stoma açılmış, %64.5’i ameliyat öncesi eğitim almış, %54.8’inin ameliyat öncesi stoma yeri işaretlenmiş, %54.8’inin stoma bakımını yakını yapmaktadır. Deney ve kontrol grubu arasında, yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, stoma türü ve tipi, stoma süresi, stoma açılma nedeni, kemoterapi ve radyoterapi alma durumu, ameliyat öncesi eğitim alma durumu ve işaretleme yapılması, stoma bakımını yapabilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların homojen dağılıma sahip olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 2.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Stomalı Bireylerin Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Dağılımları ve Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu (n=34)		Deney Grubu (n=31)		
		$\bar{x} \pm SS$		$\bar{x} \pm SS$		*p
Yaş		53.67 $\pm$ 13.07		54.52 $\pm$ 15.29		0.364
		n	%	n	%	p
Cinsiyet	Kadın	5	14.7	8	25.8	0.291
	Erkek	29	85.3	23	74.2	
Eğitim durumu	İlköğretim	18	52.9	9	29.0	0.698
	Ortaöğretim	8	23.5	12	38.7	
	Yüksek öğretim	8	23.5	10	32.3	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	21	61.8	20	64.5	0.241
	Çalışıyor	13	38.2	11	35.5	
Medeni durum	Evli	32	94.1	25	80.6	1.000
	Bekar	2	5.9	6	19.4	
Stoma türü	Geçici	25	73.5	25	80.6	1.000
	Kalıcı	9	26.5	6	19.4	
Stoma tipi	Kolostomi	17	50.0	14	45.2	1.000
	İleostomi	17	50.0	17	54.8	
Stoma süresi	2 ay	24	70.6	21	67.7	0.343
	3 ay	7	20.6	9	29.0	
	4 ay	3	8.8	1	3.2	
Kemoterapi	Aldı	18	52.9	17	54.8	0.149
	Almadı	16	47.1	14	45.2	
Stoma açılma nedeni	KRK	25	73.5	21	67.7	0.300
	İBH	3	8.8	5	16.1	
	Perforasyon	4	11.8	3	9.7	
	Diğer	2	5.9	2	6.5	
Radyoterapi	Aldı	12	35.3	11	35.5	0.698
	Almadı	22	64.7	20	64.5	
Ameliyat öncesi eğitim	Aldı	19	55.9	20	64.5	0.477
	Almadı	15	44.1	11	35.5	
Stoma yeri işaretlemesi	Evet	19	55.9	17	54.8	0.289
	Hayır	15	44.1	14	45.2	
Stoma bakımı yapma	Kendisi	12	35.3	9	29.0	1.000
	Yakını	22	64.7	22	71.0	

*p>0.05

4.2. Deney ve Kontrol Grubunun Başlangıç, Destek Grup Girişimi Sonrası (3. Ay) ve 6. Ayda Ostomi Uyum, Yaşam Kalitesi ve Komplikasyon Şiddeti Puan Ortalamaları

Kontrol grubunun başlangıç, üçüncü ay ve altıncı ayda uygulanan ölçeklerden aldıkları minimum (min), maksimum (max), ortalama ($\bar{x}$) ve standart sapma (SS) değerleri Tablo 2.4’de verilmiştir. Kontrol grubunun başlangıç verilerinde, Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin genelinden aldıkları puan ortalamaları 6.62 ± 1.57 , fiziksel iyilik alt boyutu puan ortalaması 7.93 ± 1.57 , psikolojik iyilik alt boyutu puan ortalaması 6.17 ± 2.00 , sosyal kaygı alt boyutu puan ortalaması 6.12 ± 2.11 , manevi iyilik alt boyutu puan ortalaması 6.22 ± 1.78 ; Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği’nin genelinden aldıkları puan ortalaması 54.47 ± 18.55 , kabul etme alt boyutu puan ortalaması 21.56 ± 7.63 , kaygı alt boyutu puan ortalaması 11.74 ± 4.67 , sosyal uyum alt boyutu puan ortalaması 9.44 ± 4.35 , öfke alt boyutu puan ortalaması 3.91 ± 2.37 , Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi puan ortalaması 2.53 ± 3.31 ’dir. Üçüncü ay verilerinde, Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin genelinden aldıkları puan ortalamaları 6.60 ± 1.54 , fiziksel iyilik alt boyutu puan ortalaması 7.72 ± 1.51 , psikolojik iyilik alt boyutu puan ortalaması 6.30 ± 1.92 , sosyal kaygı alt boyutu puan ortalaması 5.88 ± 1.84 , manevi iyilik alt boyutu puan ortalaması 6.63 ± 1.93 , Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği’nin genelinden aldıkları puan ortalaması 54.79 ± 23.57 , kabul etme alt boyutu puan ortalaması 21.29 ± 9.98 , kaygı alt boyutu puan ortalaması 11.91 ± 5.65 , sosyal uyum alt boyutu puan ortalaması 8.50 ± 4.64 , öfke alt boyutu puan ortalaması 4.74 ± 2.44 , Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi puan ortalaması 2.21 ± 2.88 ’dir. Altıncı ay verilerinde, Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin genelinden aldıkları puan ortalamaları 6.81 ± 1.70 , fiziksel iyilik alt boyutu puan ortalaması 7.94 ± 1.58 , psikolojik iyilik alt boyutu puan ortalaması 6.59 ± 2.10 , sosyal kaygı alt boyutu puan ortalaması 6.07 ± 1.98 , manevi iyilik alt boyutu puan ortalaması 6.67 ± 1.93 , Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği’nin genelinden aldıkları puan ortalaması 57.97 ± 24.06 , kabul etme alt boyutu puan ortalaması 22.71 ± 10.40 , kaygı alt boyutu puan ortalaması 12.06 ± 5.98 , sosyal uyum alt boyutu puan ortalaması 9.15 ± 3.99 , öfke alt boyutu puan ortalaması 5.32 ± 2.31 , Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi puan ortalaması 1.71 ± 2.14 ’tür.

Tablo 2.4. Kontrol Grubunun OUÖ-23, COHQOL-O^{TR} ve Pittman OCSI^{TR} Başlangıç, 3. Ay ve 6. Ay Puan Ortalamaları (n=34)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Başlangıç verileri				3. Ay verileri				6. Ay verileri			
	min	max	$\bar{x}$	SS	min	max	$\bar{x}$	SS	min	max	$\bar{x}$	SS
OUÖ-23	14.00	87.00	54.47	18.55	7.0	86.00	54.79	23.57	7.00	89.00	57.97	24.06
Kabul etme	5.00	34.00	21.56	7.63	1.00	36.00	21.29	9.98	1.00	36.00	22.71	10.40
Kaygı	2.00	19.00	11.74	4.67	1.00	20.00	11.91	5.65	0.00	20.00	12.06	5.98
Sosyal uyum	0.00	16.00	9.44	4.35	1.00	16.00	8.50	4.64	1.00	16.00	9.15	3.99
Öfke	0.00	8.00	3.91	2.37	0.00	8.00	4.74	2.44	0.00	8.00	5.32	2.31
COHQOL-O^{TR}	3.70	8.81	6.62	1.57	3.53	8.79	6.60	1.54	2.74	9.26	6.81	1.70
Fiziksel iyilik	4.00	10.0	7.93	1.57	3.00	10.00	7.72	1.51	3.73	10.00	7.94	1.58
Psikolojik iyilik	1.08	9.31	6.17	2.00	2.31	8.92	6.30	1.92	2.31	9.85	6.59	2.10
Sosyal kaygı	2.42	9.75	6.12	2.11	2.25	8.50	5.88	1.84	1.83	8.67	6.07	1.98
Manevi iyilik	2.00	9.57	6.22	1.78	2.14	10.00	6.63	1.93	1.57	10.00	6.67	1.93
Pittman OCSI^{TR}	0.00	11.00	2.53	3.31	0.00	13.00	2.21	2.88	0.00	9.00	1.71	2.14

Deney grubunun başlangıç, üçüncü ay ve altıncı ayda uygulanan ölçeklerden aldıkları minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 2.5’de verilmiştir. Deney grubunun başlangıç verilerinde, Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin genelinden aldıkları puan ortalamaları 6.18 ± 1.43 , fiziksel iyilik alt boyutu puan ortalaması 6.82 ± 1.45 , psikolojik iyilik alt boyutu puan ortalaması 5.82 ± 1.94 , sosyal kaygı alt boyutu puan ortalaması 5.88 ± 1.58 , manevi iyilik alt boyutu puan ortalaması 6.35 ± 1.31 Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği’nin genelinden aldıkları puan ortalaması 48.39 ± 20.87 , kabul etme alt boyutu puan ortalaması 21.71 ± 7.98 , kaygı alt boyutu puan ortalaması 9.00 ± 5.31 , sosyal uyum alt boyutu puan ortalaması 6.94 ± 4.35 , öfke alt boyutu puan ortalaması 3.81 ± 2.73 , Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi puan ortalaması 2.65 ± 2.51 ’dir. Üçüncü ay verilerinde, Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin genelinden aldıkları puan ortalamaları 7.29 ± 1.12 , fiziksel iyilik alt boyutu puan ortalaması 8.40 ± 1.26 , psikolojik iyilik alt boyutu puan ortalaması 6.94 ± 1.45 , sosyal kaygı alt boyutu puan ortalaması 6.91 ± 1.21 , manevi iyilik alt boyutu puan ortalaması 6.82 ± 1.30 , Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği’nin genelinden aldıkları

puan ortalaması 66.48 ± 13.04 , kabul etme alt boyutu puan ortalaması 28.16 ± 4.91 , kaygı alt boyutu puan ortalaması 14.35 ± 3.67 , sosyal uyum alt boyutu puan ortalaması 9.48 ± 2.69 , öfke alt boyutu puan ortalaması 5.29 ± 2.18 , Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi puan ortalaması 0.90 ± 0.94 'dür. Altıncı ay verilerinde, Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin genelinden aldıkları puan ortalamaları 7.65 ± 1.00 , fiziksel iyilik alt boyutu puan ortalaması 8.96 ± 0.97 , psikolojik iyilik alt boyutu puan ortalaması 7.35 ± 1.38 , sosyal kaygı alt boyutu puan ortalaması 7.16 ± 1.16 , manevi iyilik alt boyutu puan ortalaması 7.02 ± 1.25 , Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği'nin genelinden aldıkları puan ortalaması 71.55 ± 10.74 , kabul etme alt boyutu puan ortalaması 29.74 ± 4.19 , kaygı alt boyutu puan ortalaması 15.71 ± 3.26 sosyal uyum alt boyutu puan ortalaması 10.13 ± 2.51 , öfke alt boyutu puan ortalaması 5.84 ± 1.75 , Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi puan ortalaması 0.43 ± 0.68 'dir.

Tablo 2.5. Deney Grubunun OUÖ-23, COHQOL-O^{TR} ve Pittman OCSI^{TR} Başlangıç, 3. Ay ve 6. Ay Puan Ortalamaları (n=31)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Başlangıç verileri				3. Ay verileri				6. Ay verileri			
	min	max	$\bar{x}$	SS	min	max	$\bar{x}$	SS	min	max	$\bar{x}$	SS
OUÖ-23	46.00	91.00	48.39	20.87	44.00	88.00	66.48	13.04	52.00	90.00	71.55	10.74
Kabul etme	3.00	36.00	21.71	7.98	19.00	36.00	28.16	4.91	2.00	36.00	29.74	4.19
Kaygı	0.00	19.00	9.00	5.31	7.00	20.00	14.35	3.67	7.00	20.00	15.71	3.26
Sosyal uyum	1.00	16.00	6.94	4.35	4.00	16.00	9.48	2.69	6.00	16.00	10.13	2.51
Öfke	0.00	8.00	3.81	2.73	1.00	8.00	5.29	2.18	3.00	8.00	5.84	1.75
COHQOL-O^{TR}	3.56	8.74	6.18	1.43	4.88	8.84	7.29	1.12	5.70	9.21	7.65	1.00
Fiziksel iyilik	3.27	9.73	6.82	1.45	4.27	10.00	8.40	1.26	6.27	10.00	8.96	0.97
Psikolojik iyilik	2.15	9.31	5.82	1.94	4.54	9.23	6.94	1.45	4.69	9.77	7.35	1.38
Sosyal kaygı	1.83	9.08	5.88	1.58	4.33	8.83	6.91	1.21	4.25	8.75	7.16	1.16
Manevi iyilik	3.71	8.57	6.35	1.31	3.00	9.00	6.82	1.30	4.29	9.29	7.02	1.25
Pittman OCSI^{TR}	0.00	8.00	2.65	2.51	0.00	3.00	0.90	0.94	0.00	3.00	0.43	0.68

4.3. Destek Grup Girişiminin Stomaya Uyum, Yaşam Kalitesi ve Komplikasyon Şiddetine Etkisi

4.3.1. Deney ve Kontrol Grubunun Başlangıç, 3. Ay (Destek Grup Girişimi Sonrası) ve 6. Ay Verilerinin Karşılaştırılması

Tablo 2.6’da deney ve kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi verilmiştir. Yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında grup, zaman ve grup*zaman etkileşimini değerlendirmek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda, yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları bakımından zaman ($F=53.468$, $p=0.000$), grup*zaman ($F=27.864$, $p=0.000$) etkileşimi ve grup ($F=40.605$, $p=0.000$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2.6).

Tablo 2.6. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Grup	Başlangıç	Üçüncü ay	Altıncı ay		$\&_F$	*p
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$			
Kontrol	6.62 $\pm$ 1.57	6.60 $\pm$ 1.54	6.81 $\pm$ 1.70			
Deney	6.18 $\pm$ 1.43	7.29 $\pm$ 1.12	7.65 $\pm$ 1.00	Grup	40.605	0.000*
				Zaman	53.468	0.000*
				Grup*Zaman	27.864	0.000*

* $p<0.05$, $\&_F$ = Tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi

Deney ve kontrol grubu için zamana göre Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını test edebilmek için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre kontrol grubunun ölçümleri arasında Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($F=1.239$, $p=0.291$) saptanırken, deney grubunun ölçümleri arasında yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($F=90.374$, $p=0.000$) saptanmıştır. Deney grubunun ölçümleri arasındaki farklılığın hangi ölçümler arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Bu sonuca göre farklılığın tüm ölçümler arasında olduğu bulunmuştur. Üçüncü ay ile altıncı aydaki yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının, başlangıçtaki Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasından

daha fazla olduğu ve altıncı ayda Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının ise üçüncü aydan daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 2.7).

Deney ve kontrol grubu arasında başlangıç, üçüncü ay ve altıncı aydaki Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını test edebilmek için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda, başlangıçta deney ve kontrol grubu arasında yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı, ($t=1.164$, $p=0.249$), üçüncü ayda ($t=-2.074$, $p=0.042$) ve altıncı ayda ($t=-2.482$, $p=0.016$) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre, deney grubunun Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının kontrol grubunun Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarından daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 2.7).

Tablo 2.7. Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)

Grup	Başlangıç (1)	Üçüncü ay (2)	Altıncı ay (3)	$\&_F$	*p	Bonferroni
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$			
Kontrol	6.62 $\pm$ 1.57	6.60 $\pm$ 1.54	6.81 $\pm$ 1.70	1.239	0.291	-
Deney	6.18 $\pm$ 1.43	7.29 $\pm$ 1.12	7.65 $\pm$ 1.00	90.374	0.000*	1<2; 1<3; 2<3
t	1.164	-2.074	-2.482			
p	0.249	0.042*	0.016*			

* $p<0.05$, $\&_F$ = Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, t= Bağımsız örneklem t testi

Deney ve kontrol grubu arasında başlangıç, üçüncü ay ve altıncı ayda Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel iyilik alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığı, fiziksel iyilik alt boyut puanları normal dağılıma uymadığından Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiş ve sıra ortalaması kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre, deney ve kontrol grupları arasında başlangıçta ($U=295.000$, $p=0.002$), üçüncü ayda ($U=358.500$, $p=0.027$) ve altıncı ayda ($U=308.000$, $p=0.004$) fiziksel iyilik alt boyut puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (Tablo 2.8).

Tablo 2.8. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel İyilik Alt Boyut Puan Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Başlangıç	Üçüncü ay	Altıncı ay
	Sıra ortalaması	Sıra ortalaması	Sıra ortalaması
Kontrol	39.82	28.04	26.56
Deney	25.52	38.44	40.06
U	295.00	358.500	308.000
p	0.002	0.027*	0.004*

*p<0.05, U= Man Whitney U testi

Deney ve kontrol grubunun Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel iyilik alt boyutu puanlarının zamana göre sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığını test etmek için, fiziksel iyilik alt boyutu puan ortalamaları normal dağılıma uymadığından Friedman analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, kontrol grubunun ölçümleri arasında, fiziksel iyilik alt boyut puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanırken ($X^2=3.313$, $p=0.191$), deney grubunun ölçümleri arasında, fiziksel iyilik puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($X^2=52.317$, $p=0.000$) saptanmıştır. Deney grubunun ölçümleri arasındaki farklılığın hangi ölçümden kaynaklandığını belirleyebilmek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre başlangıç ile üçüncü ay, başlangıç ile altıncı ayda fiziksel iyilik alt boyut puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (Tablo 2.9).

Tablo 2.9. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel İyilik Alt Boyut Puan Sıra Ortalamalarının Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)

Grup	Başlangıç (1)	Üçüncü ay (2)	Altıncı ay (3)	X^2	*p	Bonferroni
	Sıra ortalaması	Sıra ortalaması	Sıra ortalaması			
Kontrol	1.96	1.81	2.24	3.313	0.191	-
Deney	1.08	2.03	2.89	52.317	0.000*	1<2; 1<3

*p<0.05, X^2 = Friedman analizi

Deney ve kontrol grubunun Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği psikolojik iyilik alt boyut puan ortalamaları arasında grup, zaman ve grup*zaman etkileşimini değerlendirmek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, psikolojik iyilik alt boyut puan ortalamaları bakımından zaman ($F= 58.220$, $p=0.000$), grup*zaman ($F=15.331$, $p=0.000$) etkileşimi ve grup ($F=39.974$, $p=0.000$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2.10).

Tablo 2.10. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Psikolojik İyilik Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Grup	Başlangıç	Üçüncü ay	Altıncı ay		$\&_F$	*p
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$			
Kontrol	6.17 $\pm$ 2.00	6.30 $\pm$ 1.92	6.59 $\pm$ 2.10			
Deney	5.82 $\pm$ 1.94	6.94 $\pm$ 1.45	7.35 $\pm$ 1.38	Grup	39.974	0.000*
				Zaman	58.220	0.000*
				Grup*Zaman	15.232	0.000*

* $p<0.05$, $\&_F$ = Tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi

Deney ve kontrol grubu için zamana göre Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği psikolojik iyilik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını test edebilmek için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre kontrol grubunda ölçümler arasında psikolojik iyilik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($F=2.980$, $p=0.058$), deney grubunda ise ölçümler arasında psikolojik iyilik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($F=78.046$, $p=0.000$) saptanmıştır. Deney grubunun ölçümleri arasındaki farklılığın hangi ölçümlerden kaynaklandığını belirleyebilmek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Bu sonuca göre farklılığın tüm ölçümler arasında olduğu bulunmuştur. Üçüncü ay ile altıncı aydaki psikolojik iyilik alt boyut puan ortalaması, başlangıçtaki psikolojik iyilik alt boyut puan ortalamasından daha fazla ve altıncı ayda psikolojik iyilik alt boyut puan ortalaması ise üçüncü aydan daha fazladır (Tablo 2.11).

Deney ve kontrol grubunun başlangıç, üçüncü ay ve altıncı ayda Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği psikolojik iyilik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını test edebilmek için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre, deney ve kontrol grubu arasında başlangıçta ($t=0.725$, $p=0.471$), üçüncü ayda

($t=-1.5003$, $p=0.138$) ve altıncı ayda ($t=-1.729$, $p=0.089$) psikolojik iyilik alt boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (Tablo 2.11).

Tablo 2.11. Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Psikolojik İyilik Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)

Grup	Başlangıç (1)	Üçüncü ay (2)	Altıncı ay (3)	$\&_F$	*p	Bonferroni
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$			
Kontrol	6.17 $\pm$ 2.00	6.30 $\pm$ 1.92	6.59 $\pm$ 2.10	2.980	0.058	-
Deney	5.82 $\pm$ 1.94	6.94 $\pm$ 1.45	7.35 $\pm$ 1.38	78.046	0.000*	1<2;1<3;2<3
t	0.725	-1.503	-1.729			
p	0.471	0.138	0.089			

* $p<0.05$, $\&_F$ = Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, t= Bağımsız örneklem t testi

Deney ve kontrol grubu Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği sosyal kaygı alt boyut puan ortalamaları arasında grup, zaman ve grup*zaman etkileşimini değerlendirmek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda, sosyal kaygı alt boyut puan ortalamaları bakımından zaman ($F= 16.669$, $p=0.000$), grup*zaman ($F=16.881$, $p=0.000$) etkileşimi ve grup ($F=11.767$, $p=0.000$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2.12).

Tablo 2.12. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Kaygı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Grup	Başlangıç	Üçüncü ay	Altıncı ay		$\&_F$	p
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$			
Kontrol	6.12 $\pm$ 2.11	5.88 $\pm$ 1.84	6.07 $\pm$ 1.98			
Deney	5.88 $\pm$ 1.58	6.91 $\pm$ 1.21	7.16 $\pm$ 1.16	Grup	11.767	0.000*
				Zaman	16.699	0.000*
				Grup*Zaman	16.881	0.000*

* $p<0.05$, $\&_F$ = Tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi

Deney ve kontrol grubunda zamana göre sosyal kaygı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını test edebilmek için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre, kontrol grubunda ölçümler arasında sosyal kaygı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($F=0.810$, $p=0.449$), deney grubunda ise ölçümler arasında puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($F=38.138$, $p=0.000$) saptanmıştır. Farklılığın hangi zaman dilimleri arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Buna sonuca göre farklılığın tüm ölçümler arasında olduğu, üçüncü ay ile altıncı aydaki sosyal kaygı alt boyut puan ortalamasının, başlangıçtaki sosyal kaygı alt boyut puan ortalamasından daha fazla olduğu ve altıncı ayda sosyal kaygı alt boyut puan ortalamasının ise üçüncü aydan daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 2.13).

Deney ve kontrol grubu arasında başlangıçtaki sosyal kaygı alt boyut puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını test edebilmek için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre başlangıçta deney ve kontrol grubu arasında sosyal kaygı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanırken ($t=0.500$, $p=0.618$), üçüncü ay ($t=-2.696$, $p=0.009$) ve altıncı ay ($t=-2.733$, $p=0.008$) sosyal kaygı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (Tablo 2.13).

Tablo 2.13. Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Kaygı Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)

Grup	Başlangıç (1)	Üçüncü ay (2)	Altıncı ay (3)	$\&_F$	p	Bonferroni
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$			
Kontrol	6.12 $\pm$ 2.11	5.88 $\pm$ 1.84	6.07 $\pm$ 1.98	0.810	0.449	-
Deney	5.88 $\pm$ 1.58	6.91 $\pm$ 1.21	7.16 $\pm$ 1.16	38.138	0.000*	1<2; 1<3; 2<3
t	0.500	-2.696	-2.733			
p	0.618	0.009*	0.008*			

* $p<0.05$, $\&_F$ = Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, t= Bağımsız örneklem t testi

Deney ve kontrol grubunun Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği manevi iyilik alt boyut puan ortalamaları arasında grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi ile değerlendirildiğinde; manevi iyilik alt boyut puan ortalamaları bakımından zaman ($F=12.681$, $p=0.001$) ve grup ($F=10.020$, $p=0.000$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Grup*zaman ($F=16.881$, $p=0.000$) etkileşimi açısından ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($F=0.358$, $p=0.648$) (Tablo 2.14).

Tablo 2.14. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Manevi İyilik Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Grup	Başlangıç	Üçüncü ay	Altıncı ay		$\&_F$	p
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$			
Kontrol	6.22 $\pm$ 1.78	6.63 $\pm$ 1.93	6.67 $\pm$ 1.93			
Deney	6.35 $\pm$ 1.31	6.82 $\pm$ 1.30	7.02 $\pm$ 1.25	Grup	10.020	0.000*
				Zaman	12.681	0.001*
				Grup*Zaman	0.358	0.648

* $p<0.05$, $\&_F$ = Tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi

Deney ve kontrol grubu için zamana göre Yaşam Kalitesi Ölçeği manevi iyilik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile değerlendirildiğinde; kontrol grubunda ölçümler arasında puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($F=2.378$, $p=0.115$), deney grubunda ise ölçümler arasında puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($F=18.336$, $p=0.000$) saptanmıştır. Farklılığın hangi ölçümler arasında olduğu Bonferroni analizi ile değerlendirildiğinde; farklılığın tüm ölçümler arasında olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, üçüncü ay ile altıncı aydaki manevi iyilik alt boyut puan ortalaması, başlangıçtaki puan ortalamasından daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 2.15).

Deney ve kontrol grubu arasında başlangıçtaki manevi iyilik alt boyut puan ortalamaları açısından farklılık olup olmadığını değerlendirmek için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre deney ve kontrol grubu arasında başlangıç ($t=-0.339$, $p=0.736$) üçüncü ay ($t=-0.469$, $p=0.641$) ve altıncı ay ($t=-0.865$, $p=0.390$) manevi iyilik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 2.15).

Tablo 2.15. Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği Manevi İyilik Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)

Grup	Başlangıç (1)	Üçüncü ay (2)	Altıncı ay (3)	&F	*p	Bonferroni
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$			
Kontrol	6.22 $\pm$ 1.78	6.63 $\pm$ 1.93	6.67 $\pm$ 1.93	2.378	0.115	
Deney	6.35 $\pm$ 1.31	6.82 $\pm$ 1.30	7.02 $\pm$ 1.25	18.336	0.000*	1<2; 1<3
t	-0.339	-0.469	-0.865			
p	0.736	0.641	0.390			

*p<0.05, &F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, t= Bağımsız örneklem t testi

Deney ve kontrol grubunun Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği puan ortalamaları arasında grup, zaman ve grup*zaman etkileşimini değerlendirmek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre, Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeğinin puan ortalamaları bakımından zaman (F=62.178, p=0.000), grup*zaman (F=28.282, p=0.000) etkileşimi ve grup (F=44.788, p=0.000) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 2.16).

Tablo 2.16. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Grup	Başlangıç	Üçüncü ay	Altıncı ay	&F	p
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$		
Kontrol	54.47 $\pm$ 18.55	54.79 $\pm$ 23.57	57.97 $\pm$ 24.06		
Deney	48.39 $\pm$ 20.87	66.48 $\pm$ 13.04	71.55 $\pm$ 10.74	Grup	44.788 0.000*
				Zaman	62.178 0.000*
				Grup*Zaman	28.282 0.000*

*p<0.05, &F= Tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi

Deney ve kontrol grubunun kendi içinde zamana göre Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile test edilmiştir. Analiz sonucuna göre, kontrol grubunda ölçümler arasında ostomi uyum ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (F=1.662, p=0.205), deney grubunda ise ölçümler arasında ostomi uyum ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu (F=82.908, p=0.000) saptanmıştır. Deney grubundaki farklılığın hangi ölçümler arasında olduğunu saptamak için Bonferroni analizi yapılmıştır. Buna sonuca göre, farklılığın tüm ölçümler arasında

olduğu, üçüncü ay ile altıncı aydaki ostomi uyum ölçeği puan ortalamalarının, başlangıçtaki puan ortalamasından daha fazla olduğu ve altıncı aydaki Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği puan ortalamasının ise üçüncü aydan daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 2.17).

Deney ve kontrol grubu Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı, bağımsız örneklem t testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucuna göre, başlangıçta deney ve kontrol grubu arasında Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeğinin puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($t=1.244$, $p=0.218$), üçüncü ay ($t=-2.502$, $p=0.015$) ve altıncı ayda ($t=-2.981$, $p=0.005$) ise ostomi uyum ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu, deney grubunun Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği puan ortalamalarının, kontrol grubunun puan ortalamalarından daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 2.17).

Tablo 2.17. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)

Grup	Başlangıç (1)	Üçüncü ay (2)	Altıncı ay (3)	$\&_F$	p	Bonferroni
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$			
Kontrol	54.47 $\pm$ 18.55	54.79 $\pm$ 23.57	57.97 $\pm$ 24.06	1.622	0.205	
Deney	48.39 $\pm$ 20.87	66.48 $\pm$ 13.04	71.55 $\pm$ 10.74	82.908	0.000*	1<2; 1<3; 2<3
t	1.244	-2.502	-2.981			
p	0.218	0.015*	0.005*			

* $p<0.05$, $\&_F$ = Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, t = Bağımsız örneklem t testi

Deney ve kontrol grubunun Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği kabul etme alt boyut puan ortalama arasında grup, zaman ve grup*zaman etkileşimi, tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi test edildiğinde; kabul etme alt boyut puan ortalamaları bakımından zaman ($F=31.115$, $p=0.000$), grup*zaman ($F=16.268$, $p=0.000$) etkileşimi ve grup ($F=23.115$, $p=0.000$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 2.18).

Tablo 2.18. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Kabul Etme Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Grup	Başlangıç	Üçüncü ay	Altıncı ay		$\&_F$	p
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$			
Kontrol	21.56 $\pm$ 7.63	21.29 $\pm$ 9.98	22.71 $\pm$ 10.40			
Deney	21.71 $\pm$ 7.98	28.16 $\pm$ 4.91	29.74 $\pm$ 4.19	Grup	23.115	0.000*
				Zaman	31.106	0.000*
				Grup*Zaman	16.268	0.000*

*p<0.05, $\&_F$ = Tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi

Grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığının saptanması için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda, kontrol grubunda ölçümler arasında kabul etme alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (F=0.908, p =0.408), deney grubunda ise ölçümler arasında puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (F=61.750, p=0.000). Farklılığın hangi ölçümlerden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, farklılığın tüm ölçümler arasında olduğu, üçüncü ay ile altıncı aydaki kabul etme puan ortalamasının, başlangıçtaki puan ortalamasından daha fazla olduğu ve altıncı ayda kabul etme puan ortalamasının ise üçüncü aydan daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 2.19).

Deney ve kontrol grubu arasında kabul etme alt boyut puan ortalamaları açısından farklılık olup olmadığını test edebilmek için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre deney ve kontrol grubu arasında başlangıç kabul etme alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (t=-0.078, p=0.938), üçüncü ay (t=-3.566, p=0.001) ve altıncı ay (t=-3.634, p=0.001) kabul etme alt boyut puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu, deney grubunun kabul etme puan ortalamaları, kontrol grubunun kabul etme puan ortalamasından daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 2.19).

Tablo 2.19. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Kabul Etme Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)

Grup	Başlangıç (1)	Üçüncü ay (2)	Altıncı ay (3)	& _F	p	Bonferroni
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$			
Kontrol	21.56 $\pm$ 7.63	21.29 $\pm$ 9.98	22.71 $\pm$ 10.40	0.908	0.408	
Deney	21.71 $\pm$ 7.98	28.16 $\pm$ 4.91	29.74 $\pm$ 4.19	61.750	0.000*	1<2; 1<3; 2<3
t	-0.078	-3.566	-3.634			
p	0.938	0.001*	0.001*			

*p<0.05, &_F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, t= Bağımsız örneklem t testi

Deney ve kontrol grubunun kaygı alt boyut puan ortalamaları arasında grup, zaman ve grup*zaman etkileşimini değerlendirmek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Buna göre deney ve kontrol grubunun kaygı alt boyut puan ortalamaları bakımından zaman (F=64.305, p=0.000), grup*zaman (F=38.566, p=0.000) etkileşimi ve grup (F=45.972, p=0.000) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). (Tablo 2.20).

Tablo 2.20. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Kaygı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Grup	Başlangıç	Üçüncü ay	Altıncı ay		& _F	*p
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$			
Kontrol	11.74 $\pm$ 4.67	11.91 $\pm$ 5.65	12.06 $\pm$ 5.98			
Deney	9.00 $\pm$ 5.31	14.35 $\pm$ 3.67	15.71 $\pm$ 3.26	Grup	45.972	0.000*
				Zaman	64.305	0.000*
				Grup*Zaman	38.566	0.000*

*p<0.05, &_F= Tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi

Grupların kendi içinde ölçümleri arasında kaygı alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığını test edebilmek için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, kontrol grubunda zamana göre kaygı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (F=0.173, p=0.841), deney grubunda ise zamana göre kaygı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (F=86.871, p=0.000) bulunmuştur. Farklılığın hangi zaman dilimleri arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Buna göre

farklılığın tüm zaman dilimleri arasında olduğu saptanmıştır. Üçüncü ay ile altıncı aydaki kaygı alt boyut puan ortalaması, başlangıçtaki kaygı puan ortalamasından daha fazla olduğu ve altıncı ayda kaygı puan ortalamasının ise üçüncü aydan daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 2.21).

Deney ve kontrol grubunda kaygı alt boyut puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını değerlendirmek için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre gruplar arasında başlangıç ($t=2.209$, $p=0.031$), üçüncü ay ($t=-2.084$, $p=0.042$) ve altıncı ay ($t=-3.092$, $p=0.003$) kaygı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 2.21).

Tablo 2.21. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Kaygı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)

Grup	Başlangıç (1)	Üçüncü ay (2)	Altıncı ay (3)	$\&_F$	*p	Bonferroni
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$			
Kontrol	11.74 $\pm$ 4.67	11.91 $\pm$ 5.65	12.06 $\pm$ 5.98	0.173	0.841	-
Deney	9.00 $\pm$ 5.31	14.35 $\pm$ 3.67	15.71 $\pm$ 3.26	86.871	0.000*	1<2; 1<3; 2<3
t	2.209	-2.084	-3.092			
p	0.031*	0.042*	0.003*			

* $p<0.05$, $\&_F$ = Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, t= Bağımsız örneklem t testi

Deney ve kontrol grubunun sosyal uyum alt boyut puan ortalamaları arasında grup, zaman ve grup*zaman etkileşimini değerlendirmek için tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda, sosyal uyum puan ortalamaları bakımından zaman ($F=14.460$, $p=0.000$), grup*zaman ($F=17.808$, $p=0.000$) etkileşimi ve grup ($F=9.262$, $p=0.000$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$ (Tablo 2.22).

Tablo 2.22. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Sosyal uyum Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Grup	Başlangıç	Üçüncü ay	Altıncı ay	$\&_F$	p
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$		
Kontrol	9.44 $\pm$ 4.35	8.50 $\pm$ 4.64	9.15 $\pm$ 3.99		
Deney	6.94 $\pm$ 4.35	9.48 $\pm$ 2.69	10.13 $\pm$ 2.51	Grup	9.262 0.000*
				Zaman	14.460 0.000*
				Grup*Zaman	17.808 0.000*

* $p<0.05$, $\&_F$ = Tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans analizi

Sosyal uyum alt boyutta, grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığının saptanması için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre sosyal uyum alt boyutta, kontrol grubunun ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($F=1.737$, $p=0.191$), deney grubunun ise kendi içinde ölçümleri arasında sosyal uyum alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($F=31.976$, $p=0.000$) saptanmıştır. Farklılığın hangi ölçümler arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Buna göre farklılığın tüm ölçümler arasında olduğu bulunmuştur. Üçüncü ay ile altıncı aydaki sosyal uyum alt boyut puanlarının, başlangıçtaki sosyal uyum alt boyut puanından daha fazla olduğu ve altıncı ayda sosyal uyum puan ortalamasının ise üçüncü aydan daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 2.23).

Gruplar arasında sosyal uyum alt boyut puan ortalamaları açısından farklılık olup olmadığını test edebilmek için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre deney ve kontrol grubu arasında başlangıçta sosyal uyum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($t=2.319$, $p=0.024$), kontrol grubunun sosyal uyum alt boyut puan ortalamalarının, deney grubunun puan ortalamasından daha fazla olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında üçüncü ay ($t=-1.056$, $p=0.295$) ve altıncı ay ($t=-1.197$, $p=0.236$) sosyal uyum alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (Tablo 2.23).

Tablo 2.23. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Sosyal Uyum Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)

Grup	Başlangıç (1)	Üçüncü ay (2)	Altıncı ay (3)	$\&_F$	p	Bonferroni
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$			
Kontrol	9.44 $\pm$ 4.35	8.50 $\pm$ 4.64	9.15 $\pm$ 3.99	1.737	0.191	-
Deney	6.94 $\pm$ 4.35	9.48 $\pm$ 2.69	10.13 $\pm$ 2.51	31.976	0.000*	1<2; 1<3; 2<3
t	2.319	-1.056	-1.197			
p	0.024*	0.295	0.236			

* $p<0.05$, $\&_F$ = Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, t= Bağımsız örneklem t testi

Deney ve kontrol grupları arasında başlangıç, üçüncü ay ve altıncı ayda öfke alt boyut puan sıra ortalamaları arasında bir farklılık olup olmadığını test edebilmek için, öfke alt boyut puanları normal dağılıma uymadığından, Mann Whitney U analizi yapılmış ve sıra ortalaması kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre kontrol ve deney grupları arasında başlangıçta ($U=510.000$, $p=0.822$), üçüncü ayda ($U=462.500$, $p=0.390$) ve altıncı ayda ($U=458.500$,

p=0.360) öfke puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (Tablo 2.24).

Tablo 2.24. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Öfke Alt Boyut Puan Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Başlangıç	Üçüncü ay	Altıncı ay
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması
Kontrol	33.50	31.10	30.99
Deney	32.45	35.08	35.21
U	510.000	462.500	458.500
p	0.822	0.390	0.360

*p<0.05, U= Man Whitney U testi

Öfke alt boyutta, grupların kendi içinde ölçümleri arasında fark olup olmadığının saptanması için Friedman analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda öfke alt boyutunda, deney grubunun ($X^2=34.116$, $p=0.000$) ve kontrol grubunun ($X^2=14.077$, $p=0.001$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Her iki grupta da farklılığın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre kontrol grubunda başlangıç ile üçüncü ay arasında, deney grubunda başlangıç ile üçüncü ay, başlangıç ile altıncı ayda öfke puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (Tablo 2.25).

Tablo 2.25. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Öfke Alt Boyut Puan Sıra Ortalamalarının Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)

Grup	Başlangıç (1)	Üçüncü ay (2)	Altıncı ay (3)	X^2	p	Bonferroni
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması			
Kontrol	1.59	2.03	2.38	14.077	0.001*	1<3
Deney	1.32	2.15	2.53	34.116	0.000*	1<2; 1<3

*p<0.05, X^2 = Friedman analizi

Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi verileri normal dağılıma uymadığı için, deney ve kontrol grupları arasında başlangıç, üçüncü ay ve altıncı ay puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını test edebilmek için Mann Whitney U analizi yapılmıştır. Analiz

sonucuna göre deney ve kontrol grupları arasında başlangıçta ($U=473.500$, $p=0.470$) ve üçüncü ayda ($U=422.000$, $p=0.149$), ostomi komplikasyon şiddet puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı, altıncı ayda sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($U=320.500$, $p=0.006$) saptanmıştır. Bu sonuca göre kontrol grubunun ostomi komplikasyon şiddet puanlarının sıra ortalaması, deney grubunun puanlarının sıra ortalamasından daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 2.26).

Tablo 2.26. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomi komplikasyon Şiddeti Puan Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Başlangıç	Üçüncü ay	Altıncı ay
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması
Kontrol	31.43	36.09	38.07
Deney	34.73	29.61	26.18
U	473.500	422.000	320.500
p	0.470	0.149	0.006*

* $p<0.05$, U= Man Whitney U testi

Grupların kendi içinde ölçümleri arasında farklılığın olup olmadığının tespit edilebilmesi için Friedman analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre kontrol grubunun kendi içinde ölçümleri arasında fark olmadığı ($X^2=4.354$, $p=0.113$) Deney grubunun ölçümleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($X^2=29.258$, $p=0.000$). Deney grubundaki ölçümler arasında farklılığın hangi ölçümlerden kaynaklandığını saptamak için Bonferroni analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre başlangıç ile üçüncü ay, başlangıç ile altıncı ayda stomi komplikasyon şiddet puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve üçüncü ay ile altıncı ayın ostomi komplikasyon şiddet puan sıra ortalamalarının başlangıç puan sıra ortalamasından daha az olduğu bulunmuştur (Tablo 2.27).

Tablo 2.27. Deney ve Kontrol Grubunun Ostomi Komplikasyon Şiddeti Puan Sıra Ortalamalarının Zamana Göre Karşılaştırılması (İleri Analizleri)

Grup	Başlangıç	Üçüncü ay	Altıncı ay	X^2	p	Bonferroni
	(1)	(2)	(3)			
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması			
Kontrol	2.21	1.97	1.82	4.354	0.113	-
Deney	2.55	1.88	1.57	29.258	0.000*	2<1;3<1

* $p<0.05$, X^2 = Friedman analizi

Stomalı bireylerin destek grup oturumlarından memnuniyetinin değerlendirilmesi Tablo 2.28’de verilmiştir. Deney grubundaki stomalı bireylerden %87.1’i süreçli ilgili duygularını, %71’i oturumların süresini, %96.8’i bilgilerin anlaşılabilirliğini, %87.1’i yönlendiricinin becerilerini, %80.6’sı oturumlar sırasında konuşma fırsatını, %77.4’ü grup içindeki etkileşimi, % 90.3’ü toplantı yerini ‘‘0’’ olarak skorlamışlardır (Tablo 2.28). Değerlendirme sonucunda, bireylerin destek grup oturumlarından memnun oldukları görülmektedir.

Tablo 2.28. Deney Grubunun Destek Grup Oturumlarından Memnuniyet Durumları

Destek grup toplantıları süreci	 0	 1	 2	 3	 4	 5	Toplam
Süreçle ilgili duygular	n= 27 %87.1	n= 4 %12.9	-	-	-	-	n=31 %100
Oturumların süresi	n= 22 %71	n= 9 %29	-	-	-	-	n=31 %100
Bilgilerin anlaşılabilirliği	n= 30 %96.8	n= 1 %3.2	-	-	-	-	n=31 %100
Yönlendiricinin becerileri	n= 27 %87.1	n= 4 %12.9	-	-	-	-	n=31 %100
Konuşma fırsatı	n=25 %80.6	n= 6 %19.4	-	-	-	-	n=31 %100
Grup içindeki etkileşim	n= 24 %77.4	n= 7 %22.6	-	-	-	-	n=31 %100
Toplantı yeri	n=28 %90.3	n=3 %9.7	-	-	-	-	n=31 %100

Stomalı bireylerin destek grup girişiminden memnuniyetlerine ilişkin görüşleri Tablo 2.29’de verilmiştir.

Tablo 2.29. Deney Grubunun (n=31) Destek Grup Girişiminden Memnuniyetine İlişkin Görüşleri

Madde	Formda Yer Alan Hasta İfadeleri
Grup sürecinin yardımcı olma durumu	“Daha rahatladım, hastalıkla ilgili endişelerim, soru işaretlerim azaldı.” “Stomalı yaşamımıza ışık tuttu. Değişik hastalarla fikir alışverişinde bulunduk. Faydalı oldu” “Diğer insanlarla tanışmak ve yaşananları paylaşmak yardımcı oldu” “Sorunu daha iyi anlıyorum. Bilmediğim çözüm önerilerini öğreniyorum.” “Merak edilen bilgileri edindim, hastaya yaklaşım çok iyi” “Hastalığımla ilgili en iyi şekilde bilgilendim” “Korkularımla baş etmeyi öğrendim” “Başka insanların benzer sorunları olduğunu gördüm” “ Hasta ile ilgilenilmesi güzel” “Kanser gibi daha kötü nedenlerle kalıcı olarak bu durumu yaşayanları görmek, kendi durumumu kabullenmemi sağladı ve şükrettim” “Evet, sosyalleşmeyi sağlıyor”
Grup sürecinde en çok hoşlandığınız durum	“Tüm sorularıma cevap alabildim” “Merak ettiğim şeyler vardı, konuşma fırsatı buldum, sorma fırsatı buldum.” “Samimi bir ortamda, çekinmeden yaşadıklarımı ve duygularımı anlatabilmem” “Olumlu örnekleri görmek, bu hastalıkla baş edebilen kişileri görmek” “Herkesin kendini ifade etmesi ve yaşadığı benzer sorunları anlatması ve çözüm önerilerinin öğrenilmesi”

	“Ameliyatla ilgili psikolojik sorunların konuşulması” “Yapılan bilgi paylaşımı” “Sorunu paylaşıyorum. Zorluklarla nasıl başa çıkılacağını diğer katılımcıların deneyimlerinden öğrendiklerim oluyor” “Burada edindiğimiz dostluklar, arkadaşlıklar” “Benimle aynı kaderi paylaşan kişilerle bir arada olup aynı duyguları yaşamak” “Beynimizin kabul edeceği şekilde bilgi verilmesi memnun edici” “Toplantıyı tertipleyenin yaklaşımını beğendim en çok” “Gruptaki kişilerin samimiyeti”
Grup sürecinin hissettirdiği farklı duygular	“Yeni öğrendiğim bilgileri uygulamaya başladım. Stoma bakımı yapmak çok zor geliyordu, şimdi daha cesaretliyim” “Aynı sorun sadece bende değil, hayat bu, 30 yaşında da oluyor 70 yaşında da demek ki, yalnız değilim” “Kafamdaki karışıklıkları, olumsuzlukları gideriyor” “Diğer hastaların hastalık süreciyle ilgili yaşamlarını dinledik. Bu da bizde farklı duygulara sebep oldu. Olumlu etkiledi.” “Evet hissediyorum, hastalığımın zor bir hastalık olmadığını, yalnız olmadığımı hissettim” “Moralim düzeldi, mutlu hissettim.” “Hissediyorum. Stomalı olmaya şükrediyorum, daha zor durumda olan insanlar var. Sürekli empati kuruyorum” “Bilgilendiğimi düşünüyorum ve iyileşeceğime inancım artıyor” “Rahatlıyorum, cesaretim artıyor” “Kendime olan özgüvenimi sağladı” “Aynı sorunun yalnız bende olmaması beni rahatlatıyor” “Farkındalığım arttı, bilinçlendim.”

Gruba katıldıktan sonra davranış ve alışkanlıklarda değişiklikler	“Hastalık sürecime daha pozitif bakıyorum” “Gruptaki bazı kişilerin kendi işlerini özgürce yapmaları beni etkiledi. Bende yapabilirim dedim ve yapmaya başladım” “Öğrendim, paylaştım, yapamadıklarımı yapabildim” “Spor yapmayı çok seviyorum, durumum nedeniyle spor yapmaktan kaçıyordum ancak şimdi spor yapmaya geri döndüm.” “Daha bilinçli davranıyorum” “Kendi hayatımda stomamdan dolayı kısıtlama yapmamam gerektiğini anladım” “Hastalığıma olan bakış açım değişti. Mücadele etmem gerektiğini farkettim, yürüyüş yapmaya başladım” “Ne olursa olsun yaşamaya çalışmak gerektiğini düşünmeye başladım” “Egzersiz yapmaktan korkuyordum, şimdi spor ve egzersize başladım” “Öğrendiğim yeni bilgileri uygulamaya başladım. Örneğin; stomaya bağlı gelişecek durumlar konusunda daha dikkatliyim”
Gelecek toplantılara ilişkin öneriler	“Toplantılar bizden sonra da devam etmeli” “Bu hastalıktan muzdarip olmuş ve tamamen iyileşmiş kişiler, bu hastalığı atlatmış kişiler toplantılara davet edilebilir.” “Tüm hastalara bu grup toplantısının önemi açıklanmalı ve bu tür çalışmaların devam etmesi” “Bu toplantılar sürekli olsa iyi olur” “Grupla beraber farklı aktiviteler, geziler planlanabilir. Pikniğe gidilebilir örneğin; bir piknik ortamında toplantının biri yapılabilir” “Bu toplantıların kesinlikle faydası olduğunu düşünüyorum ve devamlı yapılması gerektiğini düşünüyorum”

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada RUM'e göre yapılandırılmış, destek grup girişiminin stomalı bireylerde, girişim sonrası üçüncü ay ve altıncı ayda stomaya uyum, yaşam kalitesi ve komplikasyon şiddetine etkisi kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Araştırma bulguları, araştırmanın kavramsal çerçevesini oluşturan RUM'ne dayalı olarak aşağıda yer alan başlıklar altında tartışılmıştır.

Destek Grup Girişiminin Fizyolojik Uyum Alanına Etkisinin İncelenmesi

Fizyolojik uyum, kişinin fizyolojik bütünlüğü ile ilişkilidir ve stoma nedeniyle değişen gereksinimlere uyum sağlamasını gerektirir. Destek grup oturumlarında bireylerin kendi deneyimlerinin ve yaşadıkları sorunlara yönelik çözüm önerilerinin paylaşımı fizyolojik uyumda önemlidir. Destek grup oturumlarında, stomalı bireylerin, stoma komplikasyonları ve gelişen komplikasyonlarla nasıl baş edebildiklerinin konuşulması, stoma bakımında yaşanan zorlukların, deneyimlerin paylaşılması, beslenme ve egzersiz konusunda yaşanan sorunlar fizyolojik uyum alanı kapsamında değerlendirilmiştir. COHQOL-O^{TR} ölçeğinin geneli ve fiziksel iyilik alt boyutu ile Pittman OCSI^{TR}, bu alanı değerlendiren ölçüm araçlarıdır. Bu araştırmada, destek grup girişiminin yaşam kalitesini arttırmada grup*zaman etkileşimi açısından etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 2.6, p<0.05). Bu etkilenmenin girişim sonrasında kaynaklandığı ve etkilenmenin altıncı ayda da devam ettiği bulunmuştur (Tablo 2.7). Bu sonuca göre H₂ hipotezi kabul edilmiştir.

Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin, destek grup girişimi öncesi, destek grup girişimi sonrası (üçüncü ay) ve altıncı ayda COHQOL-O^{TR} fiziksel iyilik alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Girişim öncesi kontrol grubunun fiziksel iyilik alt boyut puan ortalamaları deney grubundan daha fazla olduğu halde, deney grubunun girişim sonrası üçüncü ay ve altıncı ay COHQOL-O^{TR} fiziksel iyilik alt boyut puan ortalamaları kontrol grubundan yüksektir (Tablo 2.8, p<0.05). Yapılan ileri analizde de kontrol grubunun kendi içerisindeki başlangıç, üçüncü ve altıncı ay, COHQOL-O^{TR} fiziksel iyilik alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, deney grubunda, girişim öncesine göre üçüncü ay ve altıncı ayda COHQOL-O^{TR} fiziksel iyilik alt boyut puan ortalamaları anlamlı bir biçimde artış göstermektedir (Tablo 2.9, p<0.05). Araştırma

sonuçlarımıza göre H_{2a} hipotemiz kabul edilmiş olup, destek grup girişiminin fiziksel iyiliği olumlu etkilediğini göstermektedir.

Deney ve kontrol grubu arasında, başlangıçta ve destek grup girişimi sonrası (üçüncü ay) OCSI^{TR} puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamış ($p>0.05$), altıncı ay verilerinde ise iki grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu, deney grubunun OCSI^{TR} puan ortalamalarının kontrol grubundan düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 2.25, $p<0.05$). Bu durumda H₃ hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Kurumun, bireylerin komplikasyonlarını takip eden ve komplikasyon gelişmesi durumunda girişim uygulayan bir stomaterapi hemşiresinin olması nedeniyle komplikasyon sonuçlarının etkilenmiş olabileceği ve girişim sonrası üçüncü ayda iki grup arasında fark olmamasının nedeni olarak düşünülmektedir. Ancak yapılan ileri analizlerde, kontrol grubunun kendi içindeki başlangıç, üçüncü ay ve altıncı ay puan ortalamasında zamanla anlamlı bir değişim olmadığı, deney grubunda ise girişim öncesine göre zamanla girişim sonrası üçüncü ay ve altıncı ayda OCSI^{TR} puan ortalamalarının azaldığı görülmektedir (Tablo 2.29). Bu sonuçlar, destek grup girişiminin komplikasyon şiddetini azaltmada etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırma sonuçları destek grup girişiminin fizyolojik uyumu arttırmada etkili olduğunu göstermektedir.

Literatürde; stomalı bireylerin, dışkı sızıntısı olmadan rahat bir uyku pozisyonu bulamama ile ilgili yorgunluk ve uyku bozuklukları olduğunu, bazı besinlerin gaz ve kokuya neden olduğu, sindirilmediği ya da bağırsaktan kolay geçmediğine ilişkin diyet değişiklikleri gibi fizyolojik sorunların olduğu bildirilmektedir (Grant, McCorkle, Hornbrook, Wendel ve Krouse, 2013). Bireylerin stoma torbasına zarar vermekten korktukları için fiziksel hareketten kaçındıkları, stomalı bireylerin çoğunun peristomal irritan dermatit, dışkı sızıntısı, gaz ve koku, sosyal ilişkilerini kısıtlama deneyimledikleri bildirilmiştir (Burch, 2016; Richbourg, Thorpe, and Rapp, 2007). Bireylerin stoması ile ilgili deneyimlerini inceleyen niteliksel bir çalışmada bireylerin hareket, beslenme, uyku gibi konularda sorunlarının olduğu bildirilmiştir. Fiziksel sorununu katılımcı; “.....Beslenmeme dikkat etmemi söylediler. Eskisi gibi beslenemedim. Fiziksel harekette zorlandım. Eğilip kalkmakta zorlanıyordum. Eskisi gibi uyuyamadım; stomanın olduğu tarafa yatmaya korkuyordum...” şeklinde ifade etmiştir (Kara ve Eti Aslan, 2017). Bu bağlamda araştırmamızın destek grup oturumlarının konuları, literatürde bildirilen fizyolojik sorunlar ile uyumludur. Destek grup girişimi, stomalı bireylerde ilk 1979 yılında yedi yetişkin genç ileostomili hastayla Newyork’ta bir hastanede başlamıştır (Cross ve Hottenstein,

2010). Uzun yıllardır destek grup girişimi uygulanmasına rağmen, literatürde, stomalı bireylerin fizyolojik sorunlar üzerinde destek grup girişiminin etkisini değerlendiren bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Literatürde bazı çalışmalarda, destek grup girişimi uygulanmasa da stomalı bireylerin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunulmuştur. Grant ve arkadaşları (2013), bireylerin stomasını kendi kendisine yönetimi ile ilgili bir program geliştirilmesi üzerinde çalışmışlardır. Programın amacı, bireylere çözüm sunmak yerine, problem çözücüler olmayı öğretmektir. Programa stomalı bireyler, eşleri/bakım verenler ve akranlar dahil edilmiştir. Yetişkin eğitimi içeren altı haftalık program, deneyimli stoma hemşireleri tarafından yürütölmüştür. Çalışmada bireylerin yaşam kaliteleri değerlendirilmiş ve bu çalışma, stomalı bireylerin fiziksel, psikolojik, manevi iyilik ve sosyal uyumunu arttırdığını göstermiştir (Grant, McCorkle, Hornbrook, Wendel ve Krouse, 2013). Stomalı bireylerde öz yeterlik girişiminin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği başka bir çalışmada, kontrol grubuna rutin hemşirelik bakımı verilmiş, deney grubuna rutin hemşirelik bakımının yanında birinci ay sosyal ve psikolojik destek, ikinci ve üçüncü ayda telefon ile aranma ve ziyaret yapılmıştır. Çalışma sonucuna göre deney grubunun yaşam kalitesi puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (Xu, Zhang, Wang, Zhu ve ark, 2018). Stomalı bireylere evde yapılan ziyaretler sırasında uygulanan hemşirelik girişimlerinin (stoma ürünlerinin neler olduğu ve nasıl kullanılacağı, stoma bakımının nasıl yapılacağı, stoma ve günlük yaşam aktivitelerinin devamlılığı, stoma komplikasyonları ve komplikasyonlardan korunmak için yapılacaklar konusunda eğitim) yaşam kalitesine, stomaya uyum ve komplikasyon şiddetine etkisini inceleyen başka bir çalışmada, deney grubunun komplikasyon şiddeti puanlarının kontrol grubuna göre düşük olduğu ancak yaşam kalitesi puanları açısından iki grup arasında fark olmadığı bildirilmiştir (Cengiz, Bahar ve Canda, 2018). Stomalı bireyler dışında literatürde diğer hasta gruplarında destek grup girişiminin yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen araştırmalar mevcuttur. KRK'li bireylere destek grup girişiminin uygulandığı bir araştırmanın sonucunda, destek grup girişiminin, bireylerin yaşam kalitesini yükselttiği bildirilmiştir (Carmack, Basen-Engquist Yuan, Greisinger ve ark, 2011). Bu bağlamda sonuçlarımız, stomalı bireylerin yaşam kalitesini yükseltilmesine yönelik literatür ile uyumludur.

Destek Grup Girişiminin Benlik Kavramı Uyum Alanına Etkisinin İncelenmesi

Benlik kavramı uyum alanı, beden imajı, cinsellik algısı, fiziksel olarak kendisini nasıl gördüğü ve hissettiği, bireylerin sahip olduğu özellikleri, kendi düşünceleri, beklentileri ve

değerlerinden oluşmaktadır (Roy, 2009). Bu araştırmada, destek grup girişimi oturumlarında, stomaya bağlı yaşanan psikolojik sorunların (anksiyete, depresyon, utanma, beden imajı algısı), endişelerin, duyguların paylaşılması, baş etme yöntemleri, kimlerden nasıl yardım alındığının tartışılmıştır. Benlik kavramı uyum alanını değerlendirmek için ölçüm aracı olarak COHQOL-O^{TR} 'nin psikolojik ve manevi iyilik alt boyutu ile OUÖ geneli ve kabul etme, kaygı/endişe, öfke alt boyutları kullanılmıştır.

Bu araştırmada destek grup girişiminin stomaya uyumu arttırmada grup*zaman etkileşimi açısından etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 2.16, $p<0.05$). Bu etkilenmenin destek grup girişimi sonrasında kaynaklandığı ve etkilenmenin altıncı ayda da artarak devam ettiği bulunmuştur. Bu sonuca göre, deney grubunun OUÖ toplam puan ortalamasının destek grup girişimi sonrası (üçüncü) ve altıncı ayda kontrol grubundan daha fazla olduğu görülmekte olup, H₁ hipotezi kabul edilmiştir. (Tablo 2.17). Literatürde stomalı bireylerin uyumu üzerinde destek grup girişiminin etkisini değerlendiren bir çalışmaya ulaşılamamıştır ancak stomalı bireylerin uyumunu değerlendiren diğer girişimsel çalışmalara bakıldığında; stomalı bireylerle yapılan bir çalışmada, planlı grup etkileşimi kullanılarak haftalık toplantılar düzenlenmiştir. Toplantılar altı hafta devam etmiş ve her toplantı ortalama 90 dk sürmüştür. Toplantılarda bilgisayar ve projeksiyon kullanılarak bilgi eksiklerinin giderilmesine yönelik sunu ile anlatım, stoma maketi kullanılarak demonstrasyon yöntemi ile stoma bakım malzemelerinin kullanımı, yuvarlak masa etrafında grup tartışması gibi yöntemler kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda planlı grup etkileşiminin stomalı bireylerin uyumunu arttırdığı bildirilmiştir (Karabulut, Dinç ve Karadağ, 2014). Stomaterapist, fizyoterapist ve cinsel terapi uzmanından oluşan bir ekiple stomalı bireylere verilen danışmanlığın bireylerin stomaya uyumundaki etkisini değerlendirildiği başka bir çalışmada, danışmanlık sonrası ostomi uyum ölçeği puanının anlamlı şekilde yükseldiği bulunmuştur (Danielsan ve Rosenberg, 2014). Cengiz ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında da, stomalı bireylere evde yapılan ziyaretler sırasında uygulanan hemşirelik girişimleriyle birlikte deney grubundaki bireylerin ostomi uyum ölçeği puanlarının yükseldiği saptanmıştır (Cengiz, Bahar ve Canda, 2018). Bu araştırmada, yapılan bu araştırmaların sonuçlarına benzer olarak destek grup girişiminin de uyumu arttırmaya yönelik bir girişim olduğu belirlenmiştir.

Destek grup girişiminin grup*zaman etkileşimi açısından, OUÖ kabul etme ve kaygı/endişe alt boyut puan ortalamalarını arttırmada etkili olduğu bulunmuştur (Tablo 2.18 ve Tablo 2.20, $p<0.05$). Bu etkilenmenin özellikle destek grup sonrasında kaynaklandığı ve

altıncı ayda da artarak devam ettiği bulunmuştur. Başlangıç verilerine bakıldığında, deney grubunun kaygı alt boyut puan ortalaması kontrol grubundan anlamlı derecede düşük olmasına rağmen, girişim sonrası (üçüncü ay) ve altıncı ayda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2.21). Ayrıca, grupların kendi içindeki ölçümlerine bakıldığında da, kontrol grubunun kendi içerisindeki OUÖ kabul etme ve kaygı/endişe alt boyut başlangıç, üçüncü ve altıncı ay puan ortalamaları arasında klinik olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Deney grubunda ise kendi içindeki ölçümleri arasında zamanla anlamlı bir artış olduğu görülmektedir (Tablo 2.19 ve Tablo 2.2, $p<0.05$). Araştırma sonucumuza göre H_{1a} ve H_{1b} hipotezleri kabul edilmiş olup, deney grubunun kontrol grubuna göre stomayı daha fazla kabul ettikleri, motivasyonlarının yükselerek, öz etkililiklerinin arttığı ve stoma ile ilgili kaygı düzeylerinin daha az olduğu söylenebilir. Bireylerin stomayı kabullenmesi, stomaya uyumunu etkileyen faktörler arasındadır (Simmons ve ark, 2007). Yapılan girişimsel çalışmalarda bireylerin stoma uyumları değerlendirilmiş ancak, stomayı kabullenme ve kaygı/endişe boyutunun irdelendiği girişimsel çalışmalara ulaşılamamıştır. Literatürdeki niteliksel tanımlayıcı çalışmalarda bireylerin stomayı kabullenmede zorluk yaşadıkları, stoma hakkında bilgi sahibi olmadıkları için endişe yaşadıkları, beden kontrolünü kaybetmesinin bireyleri üzdüğü, taburcu olduktan sonra belirsizlik yaşadıkları ve stomayı kabullenmek için zamana gereksinim duydukları bildirilmiştir (Lim, Chan, He, 2015; Simmons ve ark, 2007). Gautam ve arkadaşlarının (2016) yaptığı tanımlayıcı bir çalışmada ise stomalı bireylerin kabul etme alt boyut puan ortalamaları 22.01 ± 6.99 ve kaygı/endişe alt boyut puan ortalamaları 8.75 ± 3.89 bulunmuş olup (Gautam, Koirela, Poudel ve ark, 2016), araştırmamızda deney ve kontrol grubunun girişim öncesi başlangıç verilerini desteklemektedir. Dolayısıyla destek grup gibi bir girişim uygulanmadan ostomi uyum puanlarının düşük olduğu söylenebilir. Scardillo ve arkadaşları (2016) stomaya uyum ile dirençlilik arasındaki ilişkiyi gösteren, RUM'ni kavramsal çerçeve olarak kullandığı tanımlayıcı bir çalışmada, araştırmanın örneklemini oluşturan bireyleri destek grup katılımcılarından seçmiş ($n=48$) ve bireylere ostomi uyum ölçeğini dirençlilik ölçeği ile birlikte uygulamıştır. Bireylerin ostomi uyum ölçeği alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; kabul etme (39.13 ± 6.02), sosyal uyum (16.00 ± 4.06), kaygı/endişe (16.85 ± 4.36) ve öfke (8.38 ± 1.61) alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Scardillo, Dunn, Piscotty, 2016). Scardillo ve arkadaşlarının bu sonuçları, araştırmamızda olduğu gibi bir destek grubuna katılımın, bireylerin stomaya olumlu uyum sağlayabileceğini desteklemektedir.

Deney ve kontrol grubu arasında destek grup girişimi sonrası (üçüncü ay) ve altıncı ayda, hem de grupların kendi içindeki ölçümleri arasında OUÖ öfke alt boyut sıra ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış (Tablo 2.24, ve Tablo 2.25, $p > 0.05$), H_{1d} hipotezi kabul edilmemiştir. Üçüncü ay ve altıncı ayda hem deney hem de kontrol grubunun öfke puanları yükselmiş, ancak anlamlı bir farklılık yaratmamıştır. Bu sonuca göre, her iki grupta da öfke alt boyutuna yönelik anlamlı bir farklılığın olmamasının nedeninin; kurumun stomaterapi hemşiresinin girişimlerinin bireylerde stomaya ilişkin yarar algısını arttırarak, öfke duygusunu azalmasını sağladığı düşünülmektedir.

Deney ve kontrol gurubu, COHQOL-O^{TR} manevi iyilik alt boyut puanları arasında grup*zaman etkileşimi açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 2.14. $p > 0.05$). Ancak grupların kendi içindeki ölçümleri arasında kontrol grubunda zamanla bir değişim olmadığı, deney grubunda ise girişim sonrası (üçüncü) ve altıncı ayda anlamlı bir artışın olduğu görülmektedir (Tablo 2.15, $p < 0.05$). Bu durumda H_{2d} hipotezi kabul edilmese de, deney grubunun kendi ölçümleri içindeki anlamlı puan artışı, destek grup girişiminin manevi iyiliği olumlu etkilediğini göstermektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda stomayla yaşama uyum sağlamada bireylerin daha çok kaderci yaklaşım sergilediği bildirilmektedir. Kara ve Et Aslan'ın niteliksel çalışmasında, bireyler stomaya ilişkin; "... *"Bu Allah'tan gelen bir şey. Kader... Varsa yazıda yaşayacağız..."*, *"Stoma benim için sağlık açısından iyi. Allah'tan gelen bir emir, alın yazısı bu..."*, *"Kimse bana destek çıkmadı. Allah'ın verdiği bir şey bu, benim kaderim..."* şeklinde ifadelerde bulunmuşlardır (Kara ve Eti Aslan, 2017). Kuzu ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise rektal karsinom nedeniyle stoma açılan müslüman hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği ancak bireylerin dini inanışlarına ve aktivitelerine katılmaya devam etmekte istekli olduklarını bulunmuştur (Kuzu, Topçu, Uçar, Ulukent ve ark, 2002). Bu çalışmada da hem deney hem kontrol grubunun benzer şekilde kaderci yaklaşımla manevi iyilik alanında stomaya uyumlarının daha az etkilendiği düşünülmektedir. Bu nedenle destek grup girişiminin deney grubunda olumlu etki yaratırken gruplar arasında fark yaratmamış olabileceğini akla getirmektedir.

Destek grup girişiminin grup*zaman etkileşimi açısından COHQOL-O^{TR} psikolojik iyilik alt boyut puan ortalamalarını arttırmada etkili olduğu bulunmuştur (Tablo 2.10, $p < 0.05$). Bu etkilenmenin, özellikle destek grup sonrasında kaynaklandığı ve altıncı ayda da artarak devam ettiği bulunmuştur. Bu sonuca göre, deney grubunun psikolojik iyilik puan ortalamaları,

girişim sonrası (üçüncü ay) ve altıncı ayda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş olup, H_{1d} hipotezini doğrulamaktadır. Literatürde, stoma açılmasının psikolojik sorunlara neden olduğu bildirilmektedir (Jayarajah, Samarasekera, Samarasekera, 2016; Nugent, Daniels, Stewart, Patankar ve ark, 1999; Üstündağ, Demir, Zengin, Gül, 2007). Aynı problemi yaşayan hastalar arasındaki grup etkileşiminin, özellikle psikolojik sorunlara daha fazla değinilerek, hastaların öz bakımları ve duygusal ihtiyaçları için yararlı olacağı vurgulanmaktadır (Silva, dos Sandos, Rosado, Galvao ve ark, 2017). Karabulut ve arkadaşlarının çalışmasında, planlı grup etkileşimi ile hastaların psikolojik olarak birbirlerinden destek aldıkları bildirilmiştir (Karabulut, Dinç ve Karadağ, 2014). Literatür, bulgularımızı, stomalı bireylerin psikolojik olarak olumlu etkilenmeleri yönünden desteklemektedir.

Araştırma sonuçlarımız, destek grup girişiminin stomalı bireylerde RUM'nin benlik kavramı uyum alanında, uyumu arttırmada olumlu etkilere sahip olduğunu göstermektedir.

Destek Grup Girişiminin Rol Fonksiyon Uyum Alanına Etkisinin İncelenmesi

RUM'de rol fonksiyon alanı bireyin toplum içindeki rolleri ve sosyal bütünlüğü ile ilişkilidir. Destek grup oturumlarında stomaya bağlı yaşanan sosyal sorunların (Eş, akraba, dost iletişimi, sosyalleşme) tartışılması rol fonksiyon uyum alanı kapsamında değerlendirilmiştir. Bu uyum alanı COHQOL-O^{TR} sosyal kaygı alt boyut ve OUÖ sosyal uyum alt boyut ölçüm araçlarıyla değerlendirilmiştir. Destek grup girişiminin grup*zaman etkileşimi açısından, COHQOL-O^{TR} sosyal kaygı alt boyut ve OUÖ sosyal uyum alt boyut puan ortalamalarını arttırmada etkili olduğu (Tablo 2.12 ve Tablo 2.22, p<0.05), bu etkilenmenin girişim sonrasında kaynaklandığı ve etkilenmenin altıncı ayda devam ettiği bulunmuştur (Tablo 2.13 ve 2.23, p<0.05). Bu sonuca göre, araştırmamızda, deney grubunun sosyal uyum ve sosyal kaygı alt boyut puanları kontrol grubundan fazla olup, H_{1c} ve H_{2c} hipotezlerini doğrulamaktadır. Destek grup girişiminin, bireylerin, stomayı kabullenmesini sağlayarak, sosyalleşmesini, stomayla yaşamda engel algılarını kaldırmış olabileceği, stoma nedeniyle yerine getiremediği eş, anne/baba, arkadaşlık rollerini yerine getirebileceği düşünülmektedir. Stomalı bireylerde dışkı sızıntısı olabileceği, torbanın patlayabileceği korkusu, istemsiz gaz çıkışı ve koku nedeniyle sosyal izolasyon, işi bırakma ya da değiştirme, kişiler arası ilişkileri kısıtlama, toplum içine çıkmak istememe gibi sorunlar sıklıkla görülmektedir (Üstündağ ve ark, 2007). Stoma açılmasının, bireylerin sosyal çevresiyle ilişkisini, sosyal güvenini olumsuz yönde etkilediği çalışmalarla gösterilmiştir (Majhoubi ve ark, 2010; Thorpe ve Mcarthur, 2017). Literatürde

evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında, stomalı bireylerin sosyal uyum ve kaygı puanlarının arttığı bildirilmiştir (Cengiz, Bahar ve Canda, 2018). Kalıcı kolostomili (n=81) bireylerde, uzman hasta programı kullanılarak, psikososyal uyumun değerlendirildiği bir çalışmada, sosyal yaşam uyum puanı anlamlı olarak artış göstermiştir (Cheng, Xu, Dai ve Yang, 2012). Yapılan bu çalışmalarda uygulanan girişimlerin stomalı bireylerin sosyal uyumlarını olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Bu çalışma da destek grup girişiminin benzer şekilde stomalı bireylerin sosyal uyumlarını arttırdığı, bu sayede RUM'e göre rol fonksiyon uyum alanına olumlu etki sağladığı belirlenmiştir.

Destek Grup Girişiminin Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanına Etkisinin İncelenmesi

RUM'de karşılıklı bağlılık uyum alanının önemli bir boyutu sosyal etkileşimdir. Bu alana yönelik olarak destek grup girişi ile bireylerin ayda bir kez bir araya gelmelerinin, bireylerin birbirlerine deneyime dayalı tavsiyelerde bulunmalarının ve birbirlerine duygusal destek sağlamalarının sosyal ilişki boyutunu olumlu yönde güçlendirdiği ve karşılıklı bağlılık alanında uyumu sağlamayı kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Literatürde de destek grupların bireylere umut veren, anlaşılmayı ve kabul edilmeyi destekleyen bir ortam sağladığı bildirilmektedir (Cross ve Hottenstain, 2010). Aynı zamanda destek grupların bireylerin baş etme becerilerini güçlendirdiği, bireyleri cesaretlendirerek ortak noktaların konuşulmasını sağladığı, deneyimlerin ve mevcut durumun paylaşımı ile yaşanan sorunların üstesinden gelmede etkili olduğu ifade edilmektedir (Mowdy, 1998). Bu bağlamda araştırmamızda, her grup oturumunda deneyimlerin paylaşımı ve oturumlar sırasında bireylerin birbirine psiko-sosyal destek sağlaması ile bu uyum alanı desteklenmiştir. Bireyler diğer stomalı bireylerden destek alırken aynı zamanda onlara da destek olmuşlardır. Bu uyum alanının etkinliğini değerlendirmede destek grup toplantılarını değerlendirme formu kullanılmıştır. Destek gruba katılan bireylerin çoğunluğunun destek grup toplantıları sürecinden oldukça memnun oldukları görülmektedir. Bu memnuniyetlerine ilişkin olarak, *“Gruptaki bazı kişilerin kendi işlerini özgürce yapmaları beni etkiledi. Bende yapabilirim dedim ve yapmaya başladım”*, *“Öğrendim, paylaştım, yapamadıklarımı yapabildim”*, *“Hastalığımın zor bir hastalık olmadığını, yalnız olmadığımı hissettim”* şeklinde ifadelerde bulunmuşlardır. Bu sonuca göre destek grup girişimiyle bireylerin sosyal etkileşimlerinin güçlendirildiği, bu sayede karşılıklı bağlılık uyum alanına olumlu katkılar sağladığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Stomalı bireylerde RUM'ne yapılandırılmış destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ve altıncı ay yaşam kalitesi puanı ortalaması kontrol grubuna göre yüksektir, istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
- Stomalı bireylerde RUM'ne yapılandırılmış destek grup girişimi uygulanan deney grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutlarındaki puan ortalaması girişim öncesine göre üçüncü ay ve altıncı ayda istatistiksel olarak anlamlı biçimde artış göstermiştir.
- Stomalı bireylerde RUM'ne yapılandırılmış destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ve altıncı ay yaşam kalitesi ölçeği fiziksel iyilik, psikolojik iyilik, sosyal kaygı alt boyut puan ortalamaları kontrol grubuna göre yüksektir, istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
- Stomalı bireylerde RUM'ne yapılandırılmış destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ve altıncı ay yaşam kalitesi ölçeği manevi iyilik alt boyut puan ortalamaları kontrol grubuna benzerdir, istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
- Stomalı bireylerde RUM'ne yapılandırılmış destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ve altıncı ay ostomi uyum ölçeği genel puan ortalaması kontrol grubuna göre yüksektir, istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
- Stomalı bireylerde RUM'ne yapılandırılmış destek grup girişimi uygulanan deney grubunun ostomi uyum ölçeğinin tüm alt boyutlarındaki puan ortalaması girişim öncesine göre üçüncü ay ve altıncı ayda istatistiksel olarak anlamlı biçimde artış göstermiştir.
- Stomalı bireylerde RUM'ne yapılandırılmış destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ve altıncı ay ostomi uyum ölçeği kabul etme, kaygı/endişe, sosyal uyum alt boyut puan ortalamaları kontrol grubuna göre yüksektir, istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
- Stomalı bireylerde RUM'ne yapılandırılmış destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ve altıncı ay ostomi uyum ölçeği öfke alt boyut puan ortalaması kontrol grubuna benzerdir, istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

- Stomalı bireylerde RUM'ne yapılandırılmış destek grup girişimi uygulanan deney grubunun üçüncü ay Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi puan ortalaması kontrol grubuna benzerdir, istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
- Stomalı bireylerde RUM'ne yapılandırılmış destek grup girişimi uygulanan deney grubunun altıncı ay Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi puan ortalaması kontrol grubuna göre düşüktür, istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
- Stomalı bireylerde RUM'ne yapılandırılmış destek grup girişimi uygulanan deney grubunun Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi puan ortalaması girişim öncesine göre üçüncü ay ve altıncı ayda istatistiksel olarak anlamlı biçimde azalma göstermiştir.

Genel sonuç olarak; bu araştırma, RUM'ne yapılandırılmış destek grup girişiminin, stomalı bireylerin fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağıllık alanlarında uyumlarını olumlu etkilediği belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda klinik uygulamaya ve araştırmacılara yönelik öneriler şu şekildedir:

Klinik Uygulamaya Yönelik Öneriler:

- Stomalı bireylerin uyumunu hızlandırmaya, yaşam kalitesini arttırmaya ve komplikasyon şiddetini azaltmaya yönelik stomaterapi hemşireleri tarafından destek grup girişiminin uygulanması,
- Uygulanan destek grup girişimlerinin sürekliliğinin sağlanması önerilmektedir.

Araştırmacılara yönelik öneriler:

- Stomalı bireylere yönelik destek grup girişimlerinin yaygınlaştırılması ve yapılan girişim sonuçlarının değerlendirilmesi,
- Stomalı bireylerin uyumunu hızlandırmaya, yaşam kalitesini arttırmaya ve komplikasyon şiddetini azaltmaya yönelik farklı girişimlerin etkilerinin destek grup girişimiyle karşılaştırılması amacıyla yeni araştırmaların planlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Adjusting to a colostomy.

https://my.clevelandclinic.org/ccf/media/files/Digestive_Disease/HavingColostomy.pdf

Erişim tarihi: 08.08.2019.

Ahmad Z, Sharma A, Saxena P, Choudhary A, Ahmed M ve ark. A clinical study of intestinal stomas: its indications and complications. International Journal of Research in Medical Sciences 2013;1(4):536-540.

Akçal T, Ertürk S. Kolon kanseri cerrahisi: ameliyat teknikleri. In: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, Editors. Kolon ve Rektum Kanseri. 1. Baskı İstanbul: Seçil Ofset Matbaacılık; 2010. p.235-48.

Akgül B. Kolostomi ve ileostomi açılmasının bireylerin ibadetleri üzerine etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi 2014.

Akgün EZ, Yoldaş T. İntestinal stoma. Kolon Rektum Hast Derg 2012;22:133-146

Aktaş MA. Grup Süreci ve Grup Dinamikleri. Ankara, Sistem Yayıncılık, 1997.

Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2002; 4(1):9-14

Alabaz Ö, Akçam T. İntestinal stomalar. In: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, Editors. Kolon ve Rektum Kanseri. 1. Baskı İstanbul: Seçil Ofset Matbaacılık; 2010. p.671-712.

Ambe PC, Kurz NR, Nitschke C, Odeh SF ve ark. Intestinal ostomy classification, indications, ostomy care and complication management. Deutsches Ärzteblatt International 2018; 115: 182–7.

Anaraki F, Vafaie M, Behboo R, Esmaeilpour S ve ark. Clinical profile and post-operative life style changes in cancer and non-cancer patients with ostomy. Gastroenterol Hepatol Bed Bench. 2012; 5(1):26–30

Aramugam PJ, Bevan L, Macdonald L, Watkins AJ ve ark. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management. Colorectal Disease.2003;5:49-52.

Ayaz S. Stomalı bireylerde beden imajı ve benlik saygısı. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2008;28(2):154-9.

- Ayaz S. Stomalı bireylerde hemşirenin rolü Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27:86-90.
- Barış N, Gülseven Karabacak B, Alpar E. Roy Adaptasyon Modeli'ne göre bir hemşirelik bakım planı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015;31 (2) :130-139.
- Baydur H, Eser E. Uygulama: yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlemesi. Sağlıkta Birikim 2006; 1(2): 99-123.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz, MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine. 2000;25(24): 3186-3191.
- Beitz JM, Colwell JC. Stomal and peristomal complications: prioritizing management approaches in adults. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing 2014; 41(5):445-454.
- Burch J. Ensuring optimum quality of life in community patients with a stoma. JCN 2014;28.
- Burch J. Exploring quality of life for stoma patients living in the community. Br J Community Nurs 2016 ;21:378-382.
- Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. Kuram ve Uygulamada eğitim yönetimi 2002; 32: 470-482.
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL ve ark. 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.
- Brian R, Kann MD. Early stomal complications. Clin Colon Rectal Surg 2008;21:23-30
- Carmack CL, Basen-Engquist K, Yuan Y, Greisinger A ve ark. Feasibility of an expressive-disclosure group intervention for posttreatment colorectal cancer patients. Cancer November 1, 2011.
- Cengiz B, Bahar Z, Aras E. The effects of patient care results of applied nursing intervention to individuals with stoma according to the health belief model. Cancer Nursing 2018; Vol. 00, No. 0
- Ceylan H, Vural F. Living with stoma - A phenomenological study. J Nurs Res Pract. 2017;1(1): 06-12.
- Colwell JC, Pittman J, Raizman R, Salvadalena G. A randomized controlled trial determining variances in ostomy skin conditions and the economic impact (ADVOCATE Trial). Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing 2018; 45(1):37-42.

Cotrim H, Pereira G. Impact of colorectal cancer on patient and family: implications for care. *Eur J Oncol Nurs* 2008; 12: 217-226.

Cheng F, Xu Q, Dai X, Yang L. Evaluation of the expert patient program in a chinese population with permanent colostomy. *Cancer Nursing*, 2012; 35(1):27-33.

Çakmur H. Araştırmalarda ölçme - güvenilirlik – geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2012; 11(3) 339-344.

Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: güncellenmiş rehber. *FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing* 2018; 26(3): 199-210.

Cross HH, Hottenstein P. Starting and maintaining a hospital-based ostomy support group. *J Wound, Ostomy Continence Nursing*, 2010; 37(4), 393-396.

Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ. Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. *Patient Preference and Adherence*. 2011;5:1-5.

Danielsen AK, Rosenberg J. Patient education after stoma creation may reduce health-care costs. *Danish medical journal*, 2014;61(4), 4659-4659.

Doubleman J. Ostomy 101: colostomy, ileostomy, and urostomy. Understanding the types of ostomy surgeries can help you provide better patient care. *Wound Care Advisor* 2013;2(2):31-36.

El-Tawil A, Nightingale P. Living with stoma: long-term effects on patients' quality of life. *J Clin Cell Immunol* 2013, 4:3.

Emek A. Ostomili hastaların depresyon düzeyi ve yaşam kalitesinin, bakım vericilerin depresyon düzeyi ile ilişkisinin araştırılması. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2016.

Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004; 30 (3); 211-216.

Erefe İ. Veri toplama araçlarının niteliği. In: Erefe İ, editor. *Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri*. İstanbul Odak Ofset, 2002; 169-188.

Erol Ursavaş F, Karayurt Ö. Experience with a support group intervention offered to breast cancer women. *Exp Clin Transplant* 2017;13:54-62.

Erol F, Vural F. Umut merkezi ostomi yaşam kalitesi ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2012 -3

Erkoçak EU, Alabaz Ö, Karadağ A. Stoma. Erkoçak EU, Alabaz Ö, Karadağ A. In: Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D, Editörs. Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları. 1. Baskı. İstanbul: Tasarım Ofset; 2003. p.309-32.

Formijne Jonkers HA, Draaisma WA, Roskott AM, van Overbeeke AJ ve ark. Early complications after stoma formation: a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up. *Int J Colorectal Dis.* 2012; 27:1095–1099.

Gautam S, Koirela S, Poudel A, Paudel D. Psychosocial adjustment among patients with ostomy: a survey in stoma clinics, Nepal. *Nursing: Research and Reviews* 2016;6.

Goldberg M, Aukett LK, Carmel J, Fellows J ve ark. Management of the Patient with a Fecal Ostomy Best Practice Guideline for Clinicians. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2010;37(6):596-598.

Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, Lagaay MB ve ark. Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. colostomy. *Dis Colon Rectum*, 2000;43(5):650- 655.

Gök AFK, Özgür İ, Altunsoy M, Üçüncü MZ ve ark. Complicated or not complicated: Stoma site marking before emergency abdominal surgery. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2019;25(1):60-65.

Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelik Araştırma Dergisi.* 2003;4(1):3-14.

Gutman N. Colostomy guide. A publication of the United Ostomy Associations of America, Inc 2011.

Grant M, McCorkle R, Hornbrook MC, Wendel CS, Krouse R. 2013 Development of a chronic care ostomy self-management program. *Journal of Cancer Education* 2013;28(1), 70-78.

Gray M, Colwell JC, Doughty D, Goldberg M ve ark. Peristomal moisture–associated skin damage in adults with fecal ostomies: a comprehensive review and consensus. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2013; 40(4): 389-99.

Hendren S, Hammond K, Glasgow SC, Perry WB ve ark. Clinical practice guidelines for ostomy surgery. *Dis Colon Rectum* 2015; 58: 375–387

Husain SG, Cataldo TE. Late stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2008; 21:31–40.

Inside Out Stoma Support Group. <http://www.stmarkshospital.nhs.uk/about/inside-out-stoma-support-group/> Erişim Tarihi: 08.08.2019.

İşbir GG, Mete S. Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: bulantı kusma sorunu olan bir gebenin Roy Uyum Modeline göre incelenmesi. DEUHYO ED 2009;2(2):75-86.

Jayarajah U, Samarasekera AM, Samarasekera DN. A study of postoperative anxiety and depression among patients with intestinal stomas. The Sri Lanka Journal of Surgery 2016; 34(2): 6-10.

Kara B, Eti Aslan F. Stomalı Bireylerin Evde İlk Gün Deneyimlerinin İncelenmesi. Turk J Colorectal Dis 2017;27:117-125.

Karabulut HK, Dinç L, Karadağ A. Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study. J Clin Nurs 2014;23(19- 20):2800-13.

Karadağ A, Korkut H. Peristomal cilt komplikasyonları: Önleme, tedavi ve bakım. Ulusal Cerrahi Dergisi. 2010;26(3): 175-179.

Karadağ A, Menteş B, Üner A, İrkörücü O. ve ark. Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. Int J Colorectal Dis 2003;18:234-238.

Karadag A. Stoma terapi ve stoma bakım hemşireliği. In: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, Editors. Kolon ve Rektum Kanseri. 1. Baskı İstanbul: Seçil Ofset Matbaacılık; 2010. p.693-712.

Karadag A, Baykara Göçmen Z, Korkut H, Çelik B. Ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. Ulusal Cerrahi Dergisi 2011; 27(4): 206-211.

Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası Mayıs 2014 / Sayı 40.

Karaveli S, Özbayır T, Kahraman A. Stomalı hastaların sızıntı ile baş etme yöntemlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 30(2): 18-25.

Karaveli Çakır S, Özbayır T. The effect of preoperative stoma site marking on quality of life. Pak J Med Sci 2018;34(1).

Kılıç E, Taycan O, Belli AK, Özmen M. The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning. Türk Psikiyatri Dergisi, 2007; 18(4): 1- 7.

Kimura CA, Kamada I, Guilhem D, Fortes RC. Perception of sexual activities and the care process in ostomized women. J Coloproctol 2013;33(3):145–150.

Kuzu MA, Topçu O, Uçar K, Ulukent S ve ark. Effect of sphincter-sacrificing surgery for rectal carcinoma on quality of life in Muslim patients. *Dis Colon Rectum* 2002 Oct;45(10):1359-66

Kwiatt M, Kawata M. Avoidance and management of stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2013;26(2):112-21.

Leyk M, Ksiazek J, Habel A, Dobosz M ve ark. The influence of social support from the family on health related-quality of life in persons with a colostomy. *J WOCN* 2014; Volume 41/Number 6.

Lim SH, Chan SWC, He HG. Patients' experiences of performing self-care of stomas in the initial postoperative period. *Cancer nursing*, 2015;38(3), 185-193.

Mahjoubi B, Goodarzi KK, Sadaghi HM. Quality of life in stoma patients: appropriate and inappropriate stoma sites. *Worl J Surg* 2010;34:147-152.

McGrath A, Porrett T. Feacal and urinary stomas and the restorative surgical procedures developed to avoid stoma formation. In: McGrath A, Porrett T, editors. *Stoma care*. 1st ed. Blackwell Publishing; 2005.p.17-31.

McKenzie F, White CA, Kendall S, Finlayson A ve ark. Psychological impact of colostomy pouch change and disposal. *BritishJournal of Nursing* 2006;15,308-316.

Morrow B. *Ileostomy guide*. A publication of the United Ostomy Associations of America, Inc 2017.

Mowdy S. The Role of the WOC Nurse in an Ostomy Support Group. *J WOCN* 1998;25:51-54.

Nugent KP, Daniels P, Stewart B, Patankar R ve ark. Quality of life in stoma patients. *Dis Colon Rectum*. 1999 Dec;42(12):1569-74.

Özaydın İ, Taşkın AK, İskender A. Stoma ile ilgili komplikasyonların retrospektif analizi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations* 2013; 4 (1): 63-66.

Park J, Del Pino A, Orsay CP, Nelson RL ve ark. Stoma complications: the Cook County Hospital experience. *Dis Colon Rectum*,1999 Dec;42(12):1575-80.

Parmar KL, Zammit M, Smith A, Kenyon D ve ark. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. *Colorectal Disease*. 2011;13: 935-938.

Person B, Ifargan R, Lachter J, Duek SD ve ark. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life and patients's independence. *Dis Colon Rectum*. 2012 Jul;55(7):783-7.

Pearson A, Vaughan B, Fitzgerald M. *Nursing models for practice*. 3rd edition. Philadelphia: But-terworth-Heinemann Elsevier; 2005. p.253.

Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M ve ark. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with and ostomy. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 2008;35(5), 493-503.

Pittman J, Bakas T, Ellet M, Sloan R ve ark. Psychometric Evaluation of the Ostomy Complication Severity Index. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014;41(2):147-157.

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

Polit DF, Beck CT. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29:489-497.

Ratliff C, Scarano K, Donovan A. Descriptive study of peristomal complications. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2005;32(1):33-37.

Reese JB, Finan PH, Haythornthwaite JA, Kadan M ve ark. Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status. *Support Care Cancer*. 2014 Feb;22(2):461-8.

Richbourg L, Thorpe JM, Rapp CG. Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 2007;4(1), 70-79.

Ross L, Abild-Nielsen AG, Thomsen BL, Karlsen RV ve ark. Quality of life Danish colorectal cancer patients with and without a stoma. *Support Care Cancer*, 2007; 15: 505- 513

Roy CS. *Elements of the Roy adaptation*. Upper Saddle River New Jersey: Pearson Education; 2009. p.35-50.

Salomé GM, de Almeida SA. Association of Sociodemographic and Clinical Factors with the Self-Image and Self-Esteem of Individuals with Intestinal Stoma. *J Coloproctology*. 2014;34(3):159–66.

Salvaladena G. Incidence of complications of the stomal and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2008;35 (6): 506-607.

Samarel N, Tulman L, Fawcett J. Effects of Two Types of Social Support and Education on Adaptation to Early-Stage Breast Cancer. *Res Nurs Health* 2002;25:459-470.

Sarıgöl Ordin Y, Karayurt Ö. Effects of a support group intervention on physical, psychological, and social adaptation of liver transplant recipients. *Experimental and Clinical Transplantation* 2016;3:329-337.

Sayar S, Vural F. Rektum kanseri nedeni ile kolostomi açılan olgunun Roy Uyum Modeli'ne göre hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2017;9(1):91-8.

Sayar S, Vural F. Stomalı Bireylerde Destek Grup Girişimi Yapılmalı mı?. *Turkish Journal of Colorectal Diseases* 2019;29:1-5.

Silva AL, Monteiro PS, Sousa JB, Vianna AL ve ark. Partners of patients having a permanent colostomy should also receive attention from the healthcare team. *Colorectal Disease* published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland 2014;16, 431–434.

Silva NM, dos Santos MA, Rosado SR, Galvao CM. Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review. *Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2950.

Simmons KL, Smith JA, Maekawa A. Development and psychometric evaluation of the ostomy adjustment inventory-23. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2009; 36: 69-76.

Simmons KL, Smith JA, Bobb KA, Liles LLM. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relation-ships. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;60(6):627–635.

Support Groups and Therapy. <https://www.nch.org/patients-visitors/support-therapy-services> Erişim Tarihi: 25.09.2018.

Scardillo J, Dunn KS, Piscotty R. Exploring the relationship between resilience and ostomy adjustment in adults with a permanent ostomy. *J Wound, Ostomy Continence Nursing* 2016;43(3), 274-279.

Schmelzer M. Lower Gastrointestinal Problems. In: Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM ve Bucher L (Editors). *Medical Surgical Nursing Assesment and management of Clinical Problems*. Ninth Edition. Elsevier; 2014. p:981-1004

Steinhagen E, Colwell J, Cannon LM. *Clin Colon Rectal Surg*. 2017;30(3):184-192.

Stoma World Kenya for the Highest Quality of Life of Ostomates. https://ostomyeurope.org/wp-content/uploads/2017/01/Kenya_2013.pdf Erişim Tarihi: 12.12.2018.

Şelimen D. Kolorektal kanserlerde cinsellik ve üreme. In: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, Editors. Kolon ve Rektum Kanserleri. 1. Baskı İstanbul: Seçil Ofset Matbaacılık; 2010. p.775-786.

Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. Birinci Baskı Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.

Tezbaşaran AA. Ölçeğin Psikometrik Özellikleri In: Likert tipi ölçek hazırlama klavuzu. Üçüncü sürüm. Mersin e-kitap; 2008. P. 47-53.

Tuncay T. Kanserle Başetmede Destek Grupları. Toplum ve Sosyal Hizmet 2010;21:59-71.

Thorpe G, McArthur M. Social adaptation following intestinal stoma formation in people living at home: a longitudinal phenomenological study, Disability and Rehabilitation 2017 Nov;39(22):2286-2293.

Trzcinski R, Kresinksa-Kaba T, Dziki A. Therapeutic Management Of Stoma Complications In Selected Patients. Polski Przegląd Chirurgiczny. 2013;85(9):496–504.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR.uzuuun.pdf> Erişim Tarih 01.08.2019.

Uddin WM, Ullah S, Iqbal Z, Jie W ve ark. The prevention and treatment of stoma complications. A report of 152 cases. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences. 2017; 16(3):86-90.

Üstündağ H, Demir N, Zengin N, Gül A. Stomalı hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27: 522-527.

Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden ME, Eddes EH ve ark. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. Qual Life Res 2016 Jan;25(1):125-33.

Velasco MM, Escovar FJ, Calvo AP. Current status of the prevention and treatment of stoma complications. A Narrative Review. GIR ESP. 2014;92(3):149-156.

Vicdan AK, Karabacak BG. Hemşirelik modellerinden: roy adaptasyon modeli. ACU Sağlık Bil Derg 2014; 5(4): 255- 259.

Vural F, Erol F. Ostomili hastalarda yaşam kalitesi nasıl yükseltilir? DEUHYO ED 2013,6 (1), 34-39.

Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S ve ark. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (pro) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *ISPOR*. 2005;8(2): 94–104.

Xu S, Zhang Z, Wang A, Zhu J ve ark. Effect of self-efficacy intervention on quality of life of patients with intestinal stoma. *Gastroenterology Nursing* 2018;41(4):341-346.

Yalom ID. (Çev.) Tangör A, Karaçam Ö. Grup Psikoterapisinin Önemi Teori ve Pratiği. Birinci baskı, Kabalcı Yayınevi, 2002.

Yaşan A, Ünal S, Gedik E, Girgin S. Kalıcı ve geçici ostomi yapılmış kişilerde yaşam kalitesinde değişim, depresyon ve anksiyete. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9: 162-168.

Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. 8. Baskı. Ankara, Seçkin Yayın Evi, 2011.

EKLER

Ek-1. Sosyodemografik & Klinik Özellikler Formu

1. Cinsiyet: () Kadın () Erkek
2. Yaş:
3. Eğitim durumu: () Okur- yazar değil () Okur- yazar () İlköğretim () Lise () Üniversite
4. Meslek: () Çalışmıyor () İşçi () Memur () Serbest Meslek () Emekli () Diğer
5. Medeni durum: () Evli () Bekar
6. Sosyal güvence: () Var () Yok
7. Stomanızın türü: () Geçici () Kalıcı
8. Stoma tipi : () Kolostomi () İleostomi
9. Ne kadar süredir stomanız var?
10. Stoma açılma nedeni: () Kanser () İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı () Perforasyon () Diğer
11. Kemoterapi alma durumu: () Evet () Hayır
12. Radyoterapi alma durumu: () Evet () Hayır
13. Ameliyat öncesi stoma açılacağına dair bilgi (eğitim) verildi mi? () Evet () Hayır
14. Ameliyat öncesi stoma yeri işaretlemesi yapıldı mı? () Evet () Hayır
15. Stoma bakımınızı kim yapıyor? () Kendi () Eşi () Çocuğu () Bakıcı () Diğer

Ek-2. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi- OCSI^{TR}

Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi					
Komplikasyon	Her madde için açıklamaya karşılık gelen puanı ve sağdaki sütunda toplamı işaretleyiniz.				
	0- Yok	1- Hafif	2- Orta	3- Şiddetli	Toplam
Sızıntı	Yok	Ayda yaklaşık 1-2 kez	Haftada yaklaşık 1-2 kez	Günde yaklaşık 1-2 kez	
Peristomal iritan dermatit	Yok	Hafif- Cilt kaybı olmadan kızarıklık ya da döküntü. Cilt bütünlüğü tam	Orta- Stoma çevresinde %50'den daha az cilt kaybıyla birlikte döküntü	Şiddetli- Stoma çevresinde %50'den fazla cilt kaybı	
Ağrı	 0	 1,2,3	 4,5,6	 7,8,9,10	
Kanama (Stoma ya da stoma çevresinde)	Yok	Yüzeysel; kolaylıkla durdurulan kanama	Orta- 10 dakika ya da daha uzun süreli basınç uygulaması, gümüş nitrat (AgNO ₃), koterizasyon ya da hemostatik ajan gerektiren sürekli kanama	Şiddetli- İleri tıbbi girişim gerektiren kanama (sütür, transfüzyon)	
Stomal Nekroz	Yok	Koyu renkli stoma	Siyah stoma alanı %50 ya da %50'den daha az	Siyah/kuru stoma alanı %50'den daha fazla	
Stomal Stenoz	Yok	Stoma açıklığının çapı 5. parmak (serçe parmak) kalınlığından daha dar, ağrı ya da rahatsızlık yok, gaita çıkışı normal	Stoma açıklığının çapı 5. parmak (serçe parmak) kalınlığından daha dar, şerit şeklinde gaita çıkışı, nadiren rahatsızlık	Stoma açıklığı içine herhangi bir parmak giremez, gaita çıkışı 6 saat ya da daha uzun süredir yok Karın ağrısı ve distansiyon	
Retraksiyon	Stoma cilt seviyesinin üzerinde	Stoma cilt seviyesinde	Stoma cilt seviyesinin altında	Stoma cildin 2cm ya da 2cm'den daha fazla altında ya da stoma görülemiyor	
Mukokütanoz Ayrılma	Yok	%1-%49	%50-%74	%75-%100	
Hiperplazi	Yok	%1-%49	%50-%74	%75-%100	
Toplam					

Ek-3. Pittman Ostomy Complication Severity Index- Orjinal Versiyon

Appendix F: Pittman Ostomy Complication Severity Index (OCSI)

Time 2: 30 Days post surgery _____
Subject _____

PITTMAN OSTOMY COMPLICATION SEVERITY INDEX					
For each item mark the score that corresponds to the description and mark in the Total column on the right. Then total all items for total score.					
Complication:	0-None ▼	1-Mild ▼	2-Moderate ▼	3-Severe ▼	Total
Leakage	None	Approx. 1-2x/mo	Approx. 1-2x/wk	Approx. 1-2x/day	
Peristomal Irritant Dermatitis	None	Mild- erythema or rash but no skin loss. Skin intact	Moderate- Rash with skin loss <50% peri-stoma	Severe- Skin loss >50% peri-stoma	
Pain	0 	1, 2, 3 	4, 5, 6 	7, 8, 9, 10 	
Bleeding-stoma or peristoma	None	Superficial; Stopped easily	Moderate-persistent bleeding requiring prolonged pressure ≥10 min, AgNO3, cauterization, or hemostatic agent	Severe-requiring advanced medical intervention (sutures, transfusion)	
Stomal Necrosis	None	Stoma dusky	Stoma black ≤ 50 % or greater	Stoma black/dry > 50%	
Stomal Stenosis	None	Stoma Os <5 th digit diameter, No pain or discomfort, Output normal	Stoma Os < 5 th digit diameter, Ribbon-like output, Occasional discomfort.	Unable to insert any digit into stoma os, No output x ≥6 hrs, Abd pain and distention.	
Retraction	Stoma above skin level	Stoma level with skin	Stoma below level of skin	Unable to see stoma Or Stoma >2cm below skin	
Mucocutaneous Separation	None	1%- 49%	50%-74%	75 %- 100%	
Hyperplasia	None	1%-49%	50%-74%	75%-100%	
Total					

Do not copy without permission. COPYRIGHT2009, Joyce Pittman

Ek-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu-I

Tarih:...../...../.....

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Bay/Bayan

Biz D.E.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisi Serap SAYAR ve D.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı'nda görev yapmakta olan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Fatma VURAL ile “Stomalı Bireylerde Destek Grup Girişiminin Stomaya Uyum, Yaşam Kalitesi ve Komplikasyon Şiddeti Üzerine Etkisinin İncelenmesi” isimli çalışmayı birlikte yürütmekteyiz. Bu çalışmanın amacı stomalı bireylerde komplikasyon şiddetini değerlendirmek için yurtdışında geliştirilmiş Ostomi Komplikasyon Şiddet Ölçeğinin Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği incelemektir. Bu araştırma kapsamında bireylere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Sorulara doğru veya yanlış cevap verme bir durum söz konusu değildir.

Çalışmaya en az iki en fazla altı aydır stoması olan bireylere dahil edilecektir. Bu çalışma DEÜ Hastanesi Yara ve Stoma Polikliniği, Genel Cerrahi kliniğinde yürütülmektedir. Çalışma Ocak 2017/Temmuz 2017 tarihleri arasında yapılacaktır.

Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek, sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. İstedığınız zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Araştırmadan çekilseniz bile tedavi ve bakımınız yapılacaktır. Araştırmanın gidişatı hakkında her aşamada bilgi alabilirsiniz.

Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır.

Araştırma için Etik Kuruldan olumlu görüş alınmış ve Araştırma bilgileri Etik Kurula açıktır. Çalışma ile ilgili ek bilgi için yardımcı araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Ben katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek

zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Bireyin Adı-Soyadı:.....

(Telefon No):.....

İmzası:.....

Araştıracın Adı-Soyadı:.....

(Telefon No):.....

İmzası:.....

Onam alma işlemine tanık olan kişinin Adı- Soyadı:.....

(Telefon No):.....

İmzası:.....

Ek-5. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Yazılı Kurum İzni



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



01 Haziran 2016

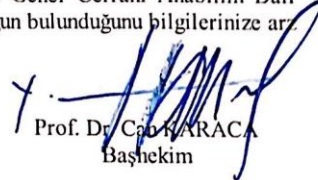
.../.../2016

Sayı : 89859212-090.99  6606
Konu : Münferit Araştırma

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

İlgi:11.04.2016 tarih ve 618 sayılı yazınız.

İlgi yazınız "Stomalı Bireylerde Deset Grup Girişiminin Stomaya Uyum, Yaşam Kalitesi ve Komplikasyon Şiddeti Üzerine Etkisinin İncelenmesi" isimli münferit araştırma Genel Cerrahi klinik ve poliklinikleri ile Yara ve Stomaterapi ünitesinde yürütülebilmesi için Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı'nın onay yazısı ekte sunulmuş olup, Başhekimliğimizce de uygun bulunduğunu bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. Cengiz KARACA
Başhekim

Ek : İlgi Yazı (1 syf)

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı / İZMİR
Telefon: 0232 412 23 14 Faks: 0232 412 97 97
E-Posta: pakize.ozgenc@deu.edu.tr Elektronik Ap: www.deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Pakize ÖZGENÇ
Sözleşmeli Memur

Ek-6. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Yazılı Kurum İzni



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Tel. : (0.232) 412 29 01

İnciraltı 35340 - İZMİR

Sayı : 56797079 - 253 - 169

Konu :

21.04.2016

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ'NE**

İLGİ:99577370-299-4581 sayı ve 15.04.2016 tarihli yazı

Fakültemiz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Fatma VURAL ve doktora programı öğrencilerinden Serap SAYAR ile birlikte yapılması planlanan "Stomalı Bireylerde Destek Grup Girişiminin Stomaya Uyum, Yaşam Kalitesi ve Komplikasyon Şiddeti Üzerine Etkisinin İncelenmesi" isimli münferit çalışmanın kliniğimizde yapılması uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Koray ATILA
Genel Cerrahi A. Bşk.V.

DOKUZ EYLÜL ÜNİ. HST.



21.04.2016 15.02 - 6783
HASTANE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜR

21.4.2016 6783

Ek-7. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği

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

Ek-8. Umut Merkezi Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. Fiziksel güç	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
2. Yorgunluk	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
3. Ostomi etrafındaki deri	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
4. Uyku bozukluğu	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
5. Ağrı ya da acı	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
6. Gaz	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
7. Koku	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
8. Kabızlık	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
9. İshal	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
10. Torba ya da adaptör çevresinden sızıntı	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
11. Genel fiziksel iyilik	Sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ciddi sorun
12. Ostominize alışmak sizin için ne kadar zor oldu?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Oldukça zor
13. Kendinizi ne kadar yararlı hissediyorsunuz?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok yararlı
14. Yaşamınızdan ne kadar memnunsunuz ya da ne kadar zevk alıyorsunuz?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Oldukça çok
15. Ostominizden ne kadar utanıyorsunuz?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok utanıyorum
16. Yaşam kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	Çok kötü 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mükemmel
17. Hatırlayabilme beceriniz nasıl dır ?	Oldukça kötü 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mükemmel
18. Ostominize bakabilmek sizin için ne kadar zor?	Zor değil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok zor
19. Ostominize bakım yapabilmek sizin için ne kadar zor?	Zor değil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok zor
20. Yaşamınızın sizin kontrolünüzde olduğunu ne kadar hissediyorsunuz?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen
21. Dış görünüşünüzden ne kadar memnunsunuz?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok memnunum
22. Ne kadar endişelisiniz?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Aşırı
23. Ne kadar içinize kapanıksınız?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Aşırı
24. Hastalığınızın tekrarlayacağından korkuyor musunuz?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok korkuyorum
25. Yeni insanlarla tanışmakta zorluk çekiyor musunuz?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok zorlanıyorum
26. Hastalığınız ya da tedavisi size ne kadar ekonomik yük getirdi?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Aşırı derecede
27. Hastalığınızın ailenizi ne kadar üzdüğünü düşünüyorsunuz?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok üzüyor
28. Ostominiz yolculuk yapmanızı ne kadar etkiliyor?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen
29. Ostominiz kişisel ilişkilerinizi ne kadar etkiliyor?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen
30. Ostominiz sizi insanlardan ne kadar uzaklaştırıyor?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok fazla
31. Aileniz ve arkadaşlarınızın desteği ihtiyaçlarınızı ne kadar karşılıyor?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok fazla
32. Ostominiz eğlence ve spor etkinliklerinizi ne kadar etkiliyor?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok etkiliyor
33. Ostominiz sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiliyor?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok etkiliyor
34. Ostominiz yakın dostluklar kurmanızı ne kadar etkiliyor?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok etkiliyor
35. Ostomi bakımınızı yaparken ev ortamı mahremiyetinizi korumak için yeterli mi?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok yeterli
36. Yolculuk sırasında ostomi bakımınızı yaptığınız ortam mahremiyetinizi korumak için yeterli mi ?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok yeterli
37. Geleceğiniz hakkında ne kadar belirsizlik yaşıyorsunuz?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Aşırı derecede

38. Yaşamak için bir nedeniniz var mı?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok fazla
39. İç huzurunuz var mı?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok fazla
40. Kendinizi umutlu hissediyor musunuz?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok fazla
41. Dua etmek ya da meditasyon gibi ruhsal etkinlikler ihtiyaçlarınızı karşılamada size ne kadar destek sağlıyor?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen
42. İnanıldığınız dine yönelik uygulamalar yapmak (namaz kılmak gibi) ihtiyaçlarınızı karşılamada size ne kadar destek sağlıyor?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen
43. Ostomili olmak hayatınızda ne kadar olumlu değişikliğe neden oldu?	Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok fazla



Ek-9. Destek Grup Toplantılarını Değerlendirme Formu

Adı- Soyadı: _____

1. Destek grup süreciyle ilgili duygularınızı aşağıdaki ifadeler hangisi en iyi tanımlar?



2. Destek grup toplantılarının süresi aşağıdaki ifadeler hangisi en iyi tanımlar?



3. Verilen bilgilerin anlaşılabilirliğiyle ilgili duygularınızı aşağıdaki yüzlerden hangisi en iyi tanımlar?



4. Destek grupta yönlendiricinin becerileri ilgili duygularınızı aşağıdaki yüzlerden hangisi en iyi tanımlar?



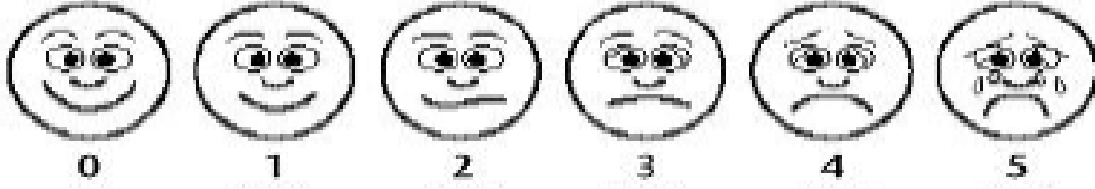
5. Destek grupta konuşma fırsatı ilgili duygularınızı aşağıdaki yüzlerden hangisi en iyi tanımlar?



6. Destek grupta grup içindeki etkileşim ilgili duygularınızı aşağıdaki yüzlerden hangisi en iyi tanımlar?



7. Destek grupta toplantı yeri ilgili duygularınızı aşağıdaki yüzlerden hangisi en iyi tanımlar?



8. Grup süreci size yardımcı oldu mu?

Evet

Hayır

Yanıtınız Evet ise açıklayınız?

9. Grup toplantılarında en çok ve en az hoşlandığınız nedir?

10. Grup toplantıları sonrası kendinizde farklı duygular hissediyor musunuz? Yanıtınız evet ise duygularınızdaki bu farklılığı sağlayan şey neydi?

11. Gruba katıldıktan sonra davranış ve alışkanlıklarınızda değişiklik oldu mu? Yanıtınız Evet ise ne değişti?

12. Gelecek toplantılar için önerilerinizi yazınız

Ek-10. Ölçek İzin Yazısı-I



Pittman, Joyce <jpittma3@iuhealth.org>

Alıcı: ben ▾

İngilizce ▾ > Türkçe ▾ [İletiyi çevir](#)

Serap,

I give permission to use the instrument and welcome more testing. Please keep me informed of your findings.
Congratulations on your studies and best wishes as you work on your study.

Joy(ce)

Joyce Pittman PhD, ANP-BC, FNP-BC, CWOCN
Nurse Practitioner/Team Lead Wound/Ostomy Team
Indiana University Health- Methodist
Adjunct Assistant Professor
Indiana University School of Nursing
1701 Senate Blvd., Room B651
Indianapolis, IN 46202
317-962-0810

...

Ek-11. Ölçek İzin Yazısı-II



AyiŖe Karadağ <akaradag@ku.edu.tr>

Alıcı: ben ▼

Sevgili Serap ,
Ölçeği tezinde kullanabilirsin.
Başarılar



--

AyiŖe Karadağ; Prof. Dr.HemŖirelik Esasları Anabilim Dalı

Koç Üniversitesi HemŖirelik Yüksekokulu

DavutpaŖa Caddesi No:4, 34010 Topkapı, İstanbul

Tel: 0212 3112606

Fax: 0212 3113410

E-Mail: ayisekaradag@gmail.com

Ek-12. Destek Grup Değerlendirme Formu İzin Yazısı



Prof.Dr. Özgül Karayurt <ozgul.karayurt@izmirekonomi.edu.tr>

10:13 (1 dakika)

Alıcı: ben ▼

Sevgili Serap,

Doktor tezinde, 2013 yılında geliştirmiş olduğumuz "destek grup toplantılarını değerlendirme formunu" kullanabilirsin.

Çalışmalarında başarılar dilerim.

Sevgilerimle

Özgül KARAYURT

Professor Doctor

Izmir University of Economics

Faculty of Health Science

Department of Nursing

Balçova/Izmir/TURKEY

Phone: +90 232 2792525/9844



Ek-13. Bilgilendirilmiş Onam Formu-II

Tarih:...../...../.....

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Bay/Bayan

Biz D.E.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisi Serap SAYAR ve D.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı'nda görev yapmakta olan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Fatma VURAL ile “Stomalı Bireylerde Destek Grup Girişiminin Stomaya Uyum, Yaşam Kalitesi ve Komplikasyon Şiddeti Üzerine Etkisinin İncelenmesi” isimli çalışmayı birlikte yürütmekteyiz. Bu çalışmanın amacı stomalı bireylerde destek grup girişiminin stomaya uyum, komplikasyon şiddeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemektir. Bu amaçla sizden stomanız ve yaşamınız hakkında sorular içeren formları doldurmanız istenmektedir. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Sorulara doğru veya yanlış cevap verme bir durum söz konusu değildir.

Deney grubuna Roy Uyum Modeli temel alınarak oluşturulan destek grup girişimi uygulanacaktır. Destek grup girişimi kapsamında her grupta ayda bir olmak üzere 90 dakikalık toplam altı toplantı gerçekleştirilecektir. Kontrol grubuna ise hiçbir girişim uygulanmayacaktır. Çalışmaya en az iki en fazla altı aydır stoması olan bireylere dahil edilecektir. Bu çalışma DEÜ Hastanesi Yara ve Stoma Polikliniği, Genel Cerrahi kliniğinde yürütülmektedir. Çalışma Eylül 2017/Haziran 2019 tarihleri arasında yapılacaktır.

Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek, sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. İstedığınız zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Araştırmadan çekilseniz bile tedavi ve bakımınız yapılacaktır. Araştırmanın gidişatı hakkında her aşamada bilgi alabilirsiniz.

Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır.

Araştırma için Etik Kuruldan olumlu görüş alınmış ve Araştırma bilgileri Etik Kurula açıktır. Çalışma ile ilgili ek bilgi için yardımcı araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Ben katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve

detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

BireyinAdı-Soyadı:.....

(Telefon No):.....

İmzası:.....

Araştıracının Adı-Soyadı:.....

(Telefon No):.....

İmzası:.....

Onam alma işlemine tanık olan kişinin Adı-

Soyadı:.....

(Telefon

No):.....

.....

İmzası:.....

.....

Ek-14. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

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

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	2708-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Stomalı Bireylerde Destek Grup Girişiminin Stomaya Uyum, Yaşam Kalitesi ve Komplikasyon Şiddeti Üzerine Etkisinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÖNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Fatma VURAL Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLÇİSİ 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 ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/15-32	Tarih:02.06.2016
	Yard.Doç.Dr.Fatma VURAL'ın sorumlusu olduğu "Stomalı Bireylerde Destek Grup Girişiminin Stomaya Uyum, Yaşam Kalitesi ve Komplikasyon Şiddeti Üzerine Etkisinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ÇALIŞMA ESASI	ETİK KURUL BİLGİLERİ	
	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
	ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek-15. Özgeçmiş

▼ Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası 55237116796
Doğum Tarihi 27 Kasım 1985
İletişim Adresi
Telefon +90 (505) 910 29 94
E-posta oranserap@gmail.com
Web Adresi

Öğrenim Bilgileri

01 Ocak 2015 - Şu Anda (4 yıl 10 ay)
Doktora, Doktora, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ (DR)

01 Eylül 2008 - 01 Ağustos 2012 (4 yıl)
Yüksek Lisans, Tezli Program, MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Tez Başlığı: Ortopedi servisinde yatan 7?12 yaş grubu çocuk hastalarda postoperatif ağrı yönetiminde müziğin etkisinin incelenmesi
Tez Konusu: Çocuklarda ameliyat sonrası ağrı yönetiminde müziğin etkisi
Tarih: 2012
Tez Danışmanı: DİLEK ERGİN
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 87.0 / 100.0

01 Eylül 2004 - 01 Haziran 2008 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 84.2 / 100.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Eylül 2018 - Şu Anda (1 yıl 2 ay) (Yarı Zamanlı)
ÖĞRETİM GÖREVLİSİ, KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

01 Şubat 2009 - 01 Mart 2018 (9 yıl 2 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

Yabancı Dil Bilgileri

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

▼ Ar-Ge Yetkinlik

Makaleler

1. S. SAYAR & D. ERGİN, Ortopedi Servisinde Yatan Çocuk Hastalarda Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Müziğin Etkisinin İncelenmesi, DEUHYOED, 2019, 2149-0333, 12, 1, 67-73.
2. S. SAYAR & F. VURAL, Stomalı Bireylerde Destek Grup Girişimi Yapılmalı mı?, TÜRK KOLON VE REKTUM HASTALIKLARI DERGİSİ, 2019, 1, 29, 2019, 1-5.
3. S. SAYAR & F. VURAL, Rektum Kanseri Nedeni ile Kolostomi Açılan Olgunun Roy Uyum Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı, Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 2017, 1308-092X, 9, 1, 91-8.
4. G. KARADENİZ, E. YANIKKEREM, Ö. DEDELİ ÇAYDAM, S. SAYAR, D. TALAZ & S. SÜRÜM, Üniversite Öğrencilerinin Yaşlı İstismarına İlişkin Düşünceleri, Aile ve Toplum, Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 2009, 1303-0256, 5, 17, 77-87.

Bildiriler

1. S. SAYAR & F. TÜRK DÜDÜKCÜ, Çocuklarda Ameliyat Sonrası Etkili Ağrı Yönetimi İçin Müzik Terapi Kullanılmalı mı?, Poster Sunumu, I. Uluslararası II. Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi, 02 Mayıs 2019, 03 Mayıs 2019.
2. F. TÜRK DÜDÜKCÜ & S. SAYAR, Öğrenci Hemşirelerin Klinik Yansıma Raporları: Çocuk Kliniği Deneyimi, Poster Sunumu, I. Uluslararası II. Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi, 02 Mayıs 2019, 03 Mayıs 2019.
3. S. SAYAR, Enfeksiyona Yol Açan Risklere Bakış: Ameliyathane ve Ameliyat Ekibine İlişkin Riskler, Davetli Konuşmacı, Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Nasıl Önleyebiliriz? Konulu Toplantı, 13 Nisan 2019, 13 Nisan 2019.
4. S. SAYAR, Diyabetik Ayak, Amputasyon ve Hemşirelik Yönetimi, Davetli Konuşmacı, 5. Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Sempozyumu, 23 Şubat 2019, 24 Şubat 2019.
5. S. SAYAR & F. VURAL, Geçmişten Günümüze Şifa Veren El: Hemşirelik, Tam Metin Bildiri, 1. Uluslararası 3. Ulusal Hemşirelik Tarihi Kongresi, 19 Eylül 2018, 21 Eylül 2018.

-
6. S. SAYAR & F. VURAL, Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksinin Geçerlik ve Güvenirliği, Sözlü Sunum, 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 02 Kasım 2017, 05 Kasım 2017.
 7. S. SAYAR & F. VURAL, Stomalı Bireylerde Destek Grup Girişimi Yapılmalı mı?, Sözlü Sunum, IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi, 16 Mayıs 2017, 20 Mayıs 2017.
 8. S. SAYAR & F. VURAL, Bir Olgu Sunumu: Rektum Kanseri Nedeniyle Stoma Açılan Hastanın Roy Uyum Modeline göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımı, Poster Sunumu, 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, 13 Nisan 2016, 17 Nisan 2016.
 9. S. SAYAR, Günöbirlik Cerrahide Hemşirelik Yaklaşımı, Davetli Konuşmacı, T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Kuzey KHB Genel Sekreterliği İzmir Kuzey Hemşirelik Günleri/ Teorikten Pratiğe Hemşirelik Bakımında Bir Adım İleriye/Ameliyathane ve Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu, 01 Nisan 2016, 03 Nisan 2016.
 10. Ö. KARAYURT, Ö. BİLİK, A. SAVCI, H. TURHAN DAMAR, S. SAYAR, M. KARASAÇ, S. KURTULAN & S. YUSUF, Omurga Cerrahisi Uygulanan Hastaların Ağrı, Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, Sözlü Sunum, I. Omurga Cerrahisi Hemşireliği Sempozyumu, 02 Mayıs 2015, 02 Mayıs 2015.
 11. S. SAYAR & D. ERGİN, Ortopedi Servisinde Yatan 7-12 Yaş Grubu Çocuk Hastalarda Postoperatif Ağrı Yönetiminde Müziğin Etkisinin İncelenmesi., Poster Sunumu, 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi, 22 Mayıs 2013, 23 Mayıs 2013.
 12. A. SAVCI, Ö. BİLİK, S. SAYAR, I. NALBANTOĞLU & Y. KÖSEOĞLU, Bir Olgu Sunumu: Skolyoz Tanısıyla Ameliyat Uygulanan Hastanın Roy Uyum Modeli'ne Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımı, Poster Sunumu, V. Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi, 01 Kasım 2011, 05 Kasım 2011.
 13. D. KILCAN, Ö. BİLİK, S. SAYAR, P. KUZU & Z. KAR, Ortopedi Servisindeki Hastalarda Basınç Yarası Sonuçları, Sözlü Sunum, IV. Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi, 03 Kasım 2009, 08 Kasım 2009.
 14. E. YANIKKEREM, Ö. DEDELİ ÇAYDAM, G. KARADENİZ, S. SAYAR, S. SÜRÜM & D. TALAZ, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapmaya Yönelik Sağlık Davranışları, Poster Sunumu, 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Uluslararası katılımlı, 26 Haziran 2007, 29 Haziran 2007.
 15. G. KARADENİZ, E. YANIKKEREM, Ö. DEDELİ ÇAYDAM, S. SAYAR, D. TALAZ & S. SÜRÜM, Üniversite Öğrencilerinin Yaşlı İstismarına Yönelik Düşünceleri, Poster Sunumu, 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Uluslararası katılımlı, 26 Haziran 2007, 29 Haziran 2007.

Ek-16. Tezden Yapılan Bilimsel Yayınlar ve Bildiriler

1. **Sayar S**, Vural F. Validation and Clinical Experience with a Turkish Language Version of the Pittman Ostomy Complication and Severity Index, Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing, Kabul edildi.
2. **Sayar S**, Vural F. Stomalı Bireylerde Destek Grup Girişimi Yapılmalı mı? Turkish Journal of Colorectal Diseases 2019; 29:1-5.
3. **Sayar S**, Vural F. Rektum Kanseri Nedeni ile Kolostomi Açılan Olgunun Roy Uyum Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2017; 9(1):91-8
4. **Sayar S**, Vural F, Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksinin Geçerlik ve Güvenirliği, 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 2-5 Kasım 2017, Antalya. (Sözel bildiri)
5. **Sayar S**, Vural F, Stomalı Bireylerde Destek Grup Girişimi Yapılmalı mı?, IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi, 16-20 Mayıs 2017, Antalya. (Sözel bildiri)
6. **Sayar S**, Vural F. Bir Olgu Sunumu: Rektum Kanseri Nedeniyle Stoma Açılan Hastanın Roy Uyum Modeli'ne göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımı, ‘‘15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi’’, 13-17 Nisan 2016, Antalya (Poster bildiri).

Ek-17 Tezden Yapılan SCI Yayınlar

1. Sayar S, Vural F. Validation and Clinical Experience with a Turkish Language Version of the Pittman Ostomy Complication and Severity Index, Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing, Kabul Mektubu.

**JWOCN** <em@editorialmanager.com>
Alıcı: ben ▼

25 Eyl 2019 18:35 (6 gün önce) ☆ ↩ ⋮

İngilizce ▼ > Türkçe ▼ İletiyi çevir İngilizce için kapat x

Sep 25 2019 11:32:01:969AM

RE: JWOCN-D-18-00081R1, entitled "Validation and Clinical Experience with a Turkish Language Version of the Pittman Ostomy Complication and Severity Index"

Dear Mrs Sayar,

I am pleased to inform you that your work has been accepted for publication in Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. All manuscript materials will be forwarded immediately to the production staff for placement in an upcoming issue currently scheduled for the upcoming Jan/Feb publication.

Sincerely,

Dr Mikel Gray
Editor
Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing

Stomalı Bireylerde Destek Grup Girişimi Yapılmalı mı?

Should Support Group Intervention be Implemented for Individuals with Stoma?

© Serap Sayar¹, © Fatma Vural²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ÖZ

Bireylerde stomaların varlığı fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden sorunlara neden olmaktadır. Bu nedenle stomalı bireyler stomaya uyum sağlayabilmek için etkili psikososyal girişimlere gereksinim duyarlar. Bu etkili psikososyal girişimlerden birisi de destek gruplarıdır. Destek grupları, kişiler arası ilişkiler yolu ile ortak destek sağlayan, aynı soruna sahip bireylerin oluşturduğu gruplar olarak tanımlanmaktadır. Bireyler genelde, doğal sosyal destek ağıları yetersiz olduğunda ya da psikososyal gereksinimleri karşılanmadığında bu gruplara katılmaya ihtiyacı duyarlar. Destek grup girişiminde diğer grup üyeleri ile deneyimlerin paylaşılması olumlu etkiler yaratmakta, gruba katılım ile yaşanan sorunlara yönelik çözüm yolları geliştirilmektedir. Diğer hasta gruplarıyla yapılan pek çok çalışmada destek grup girişiminin olumlu etkileri olduğu, bireylerin yaşam kalitesini yükselttiği bildirilmektedir. Ülkemizde stomalı bireylere yönelik devam eden bir destek grup girişi bulunmamaktadır ancak stomalı bireyler için stoma ve etkilerine yönelik psikososyal uyumun gelişmesine yardım edebilmek için hemşireler destek grup girişiminin gerekliliği konusunda farkındalık yaratmalı ve bu girişimleri uygulamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Stoma, destek grupları, hemşirelik

ABSTRACT

The presence of stoma in individuals causes physical, psychological and social problems. For this reason, individuals with stoma need effective psychosocial interventions in order to adapt to the stoma. One of these effective psychosocial interventions is support groups. Support groups are defined as groups of individuals with the same problem that provide common support through interpersonal relationships. Individuals generally need to join these groups when natural social support networks are inadequate or if their psychosocial needs are not met. Sharing experiences with other group members in the support group intervention creates positive effects, and solutions are developed for problems with participation in the group. In many studies carried out with other patient groups, support group intervention has positive effects and individuals improve their quality of life. In our country, there is no ongoing support group intervention for individuals with stoma, but in order to help develop psychosocial adaptation to stoma and its effects, nurses should raise awareness about the need for support group intervention and implement these interventions.

Keywords: Stoma, support groups, nursing

Giriş

Uluslararası Kanser Ajansı tarafından yayınlanan Globocan 2012 verilerine göre; kolorektal kanser (KRK), dünyada erkeklerde en sık görülen ikinci ve kadınlarda en sık görülen üçüncü kanser türüdür. Sağlık Bakanlığı'nın 2014 verilerine göre, ülkemizde, KRK'ler hem kadınlarda hem de erkeklerde üçüncü sırada yer almaktadır. Erkeklerde yüz binde 22,8

ve kadınlarda ise yüz binde 13,8 sıklığında görülmektedir.¹ KRK tedavisinde cerrahi tedavi, kemoterapi veya radyoterapi, alternatif olarak adjuvan terapi uygulanabilmektedir ve ameliyat sırasında hastaların çoğuna stoma açılmaktadır.² Stoma açılması, yaygın olarak KRK tedavisinde kullanılan cerrahi bir girişim olsa da, kanser dışında, enflamatuvar barsak hastalıklarının ve travmalarının cerrahi tedavisinde de kullanılmaktadır.³

Sunulduğu kongre: Bu çalışma "16. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (17-20 Mayıs 2017, Antalya).

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Uzm. Hem. Serap Sayar,

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Tel.: +90 505 910 29 94 E-posta: oranserap@gmail.com ORCID ID: orcid.org/0000-0003-4195-0320



Stoma endikasyonları farklılıklar gösterse de, stoma açılması bireylerde dışkı kontrolünün kaybı ve torbaya bağımlı olma nedeniyle yaşam tarzı değişikliklerine neden olmakta, bireylerin fizyolojik, sosyal, psikolojik açıdan çeşitli sorunlar yaşamasına yol açmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.^{4,5,6} Stomalı bireylerde anksiyete, beden imajının değişmesi, benlik saygısı ve öz güvenin azalması, çekiciliğin kaybı, cinsel fonksiyonlarda bozulma, dışkı sızıntısı, ses/koku çıkacağı korkusu ve depresyon sıklıkla görülen sorunlardır.^{5,7,8} Bu sorunlar nedeniyle bireyler kendini toplumdan kısıtlama ve soyutlama eğilimindedirler. Bireylerin aile ilişkileri, iş yaşantıları, sosyal ve cinsel yaşamları olumsuz yönde etkilenmektedir. Aile ve yakın çevrelerinin kendilerinden uzaklaştığına düşünürler ve kişiler arası ilişkilerini kısıtlarlar. Bireylerde, stoma açıldıktan sonra iş bırakma ve iş veriminde azalma sıklıkla gözlenen durumlardır.^{4,5,6} Stomalı bireyler kontrolsüz defekasyonlarla sosyal ortamlarda başkalarını rahatsız ettiklerini düşünerek utanmaktadırlar. Buna bağlı olarak kendilerini toplumdan izole etmekte ve içe kapanmaktadırlar.^{9,10} Yapılan çalışmalarda, stoma açıldıktan sonra gaz ve dışkı çıkışı üzerindeki kontrol kaybının, bireylerde psikolojik ve sosyal izolasyona neden olduğu, stomanın bireylerde, kişiler arası ilişkileri ve beden imajını etkileyen olumsuz duygular oluşturduğu, bireylerin çoğunun kolostomi/ileostomi torbasının kullanımına ilişkin kaygı ve güvensizliği nedeniyle seyahat etme ve spor yapma gibi boş zaman aktivitelerini eskisi gibi sürdüremediği ve stomanın yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği bildirilmektedir.^{11,12}

Stomalı bireylerin çoğu kanser ile de mücadele ettiği için, iyileşmeye giden yolda, kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi gibi sadece tıbbi tedavi protokolleri yeterli olmamaktadır. Tedavi ve iyileşme sürecinde ve sonrasında bireyin psikososyal rahatlığının sağlanması ve sürdürülebilirliği de temel tedavi ölçütleri arasındadır. Bunu sağlayan çok önemli araçlardan biri de sosyal destektir. Sosyal desteğin kapsamını genellikle, aile üyeleri, yakın akraba, arkadaşlar ve sağlık bakım ekibi (hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog vb.) oluşturur. Sosyal destek gereksinimini karşılayan en önemli araçlardan biri destek gruplarıdır.¹³ Bu gruplar bireylerin sosyal uyumu üzerinde önemli rol oynamaktadırlar.⁷ Sosyal uyum, bireylerin içinde bulunduğu toplumun kurallarına uymayı öğrenmesi, bu kurallar ve değer yargılarına uygun bir davranış gelişmesidir. Bireylerin ait oldukları toplumun değerlerini, davranışlarını ve bilgilerini kazanma aşamaları sosyalleşme sürecidir. Bu sosyalleşme sürecini aile, bakım, bireyin sağlık durumunun günlük yaşam aktivitelerini etkileyip etkilememesi gibi durumlar ve akran grubu etkileyebilmektedir.¹⁴ Bireylerin

sosyal uyumunu yeniden sağlamaya yönelik hemşirelik girişimleri; psikolojik destek, psikoterapi, sosyal destek, diğer stomalı bireylerin organizasyonlarına dahil olma ve bireyleri faaliyete geçirmeyi içeren girişimleri kapsar.¹⁵ Stomalı bireylerin diğer stomalı bireylerle bir araya getirilerek destek gruplarının oluşturulması, bu gruplarda duygu, düşünce ve sorunların paylaşarak bireylerin yalnız olmadıklarını fark ettirilmesi, sorunlara yönelik çözüm önerilerinin paylaşılması ve sosyal desteğin artırılması, bireylerin sosyal uyumunu kolaylaştırmaktadır.¹⁴

Bu derlemede, hemşirelerin danışmanlık rollerinden biri olan destek grup girişimlerinin stomalı bireyler üzerine etkilerinin vurgulanması amaçlanmıştır.

Destek Grup Girişimi

Destek Grup Girişiminin Tanımı, Amacı ve Önemi

Destek grup girişimi; profesyonel bir danışman tarafından benzer sorunları ya da gereksinimleri olan bireylere yönelik düzenlenen, bireylerin günlük yaşama uyum sağlamalarında ve karşılaştıkları sorunlarla baş edebilmelerine yönelik planlı ve sistemli bir yardım sürecidir.¹⁴ Destek gruplar, güvenli bir ortamda bireylerin bilgi, deneyim ve sorunlarını paylaşmasına, benzer hastalığa sahip kişilerden destek alınmasını sağlayan gruplardır.^{16,17}

Destek grupların tanımlanan beş genel amacı vardır; destek grup bireylerin baş etme becerilerini güçlendirmeli ve bireyleri cesaretlendirmeli, ortak noktaları konuşmayı sağlamalı, deneyim ve durum paylaşımı ile mevcut sorunun üstesinden gelmek için grup üyelerine yardım eden bilgi paylaşımını, problem çözme stratejilerini araştırmayı ve çeşitli baş etme yöntemlerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmeyi sağlamalıdır. Destek grubun stomalı bireyler için özellikle önemli olan iki amacı; bilgi paylaşımı ve bireyleri cesaretlendirmedir. Bilgi paylaşımı, grup içinde yeni açılan stomayı başarılı bir şekilde yönetmeyi sağlayan çeşitli ve farklı becerilerin olması nedeniyle çok önemlidir. Gruptaki diğer bireylerin deneyimleri, fikir ve tutumları öğrenme için zengin bir kaynak sağlar.¹⁸ Destek gruplar bireylere yalnız olmadıklarını farkına varmalarını, hastalığın üstesinden gelme ve yüzleşme, stresi azaltmada bireylere akran desteği sağlar. Sosyal uyum için temel bilgi ve becerileri kazandırır. Deneyim paylaşımı ile bireyler duygu ve düşüncelerini, problem çözme önerilerini paylaşırlar. Destek gruplar, bireylere, kendi davranışını ve başkalarının sorunlarını değerlendirme ve çözüme yönelik öneriler geliştirme, diğerlerinin desteği ile bilişsel ve davranışsal değişime yol açacak planlara katılma olanağı sağlamaktadır. Grup üyelerinin her biri, birbirlerine, uygun davranışın öğreniminde model oluşturur ve birey başka bireylere yardım sürecinde kendine yardımcı da öğrenir.¹⁶

Destek Grup Girişiminin Yapısı ve İşleyişi

Destek gruplar;

-Online,

-Hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonel liderler tarafından yönlendirilen,

-Akran liderler (self help) tarafından yönlendirilen olmak üzere üç şekilde sınıflandırılmaktadır.¹⁰

Destek gruplarının işlerliğini sağlayan en önemli unsur liderdir. Grup liderinin üyelerin özelliklerini ve gereksinimlerini doğru biçimde fark edebilmesi için duyarlı, esnek ve doğal olması önemlidir. Lider, grup uyumunu sağlamalı, doğru ve tutarlı bilgi aktarımı yapmalı, grup üyeleri arasında doğal ve açık iletişimin yanı sıra içtenliği kurmada etkili olmalıdır. Lider grupta kolaylaştırıcı olarak rol alır. Grup üyelerinin gereksinimlerini değerlendirerek grubun amaçlarını oluşturur.¹³

Destek gruplar oluşturulurken, katılan üye sayısının en az üç en fazla on beş kişi olmasına dikkat edilmesi önerilmektedir.¹⁴ Grup oturumlarının sayısı, süresi, grubun kaç hafta süreceği, üyelerin sayısının önceden belirlenmesi ve bunlar belirlenirken grup üyelerinin durumlarına göre hareket edilmesi önemlidir.¹³ Yapılan çalışmalarda, grup oturumlarının her hafta, iki haftada bir ve ayda bir şeklinde yapıldığı görülmektedir.^{19,20,21} Grup oturumları, tanı sürecinde, tedavide, iyileşme sonrasında ya da palyatif bakım boyunca gerçekleştirilebilmektedir.¹³

Grup içerisinde aynı anda birden fazla kişi konuşamamaktadır. Bu nedenle grup liderinin, üyelere, öncelikle birbirlerini dinlemeleri gerektiği ve herkese söz vereceği yönünde hatırlatmalarını yapması gerekmektedir. Grup lideri, iki saatten uzun süren grup toplantılarının bir kısır döngü yaratarak, tekrarlayıcı ve etkisiz olması nedeniyle ve etkili bir destek grup girişi için toplantıların ortalama 80-90 dk'lık zaman dilimi içerisinde olmasına dikkat etmelidir.¹⁶

Stomalı Bireyler İçin Uluslararası Online Destek Grupları

Stomalı bireyler için dünyada pek çok online destek grup kuruluşu bulunmaktadır. Australian Council of Stoma Association, Federation of Nz Ostomy Societies, United Ostomy Associations of America, Ostomy Canada Society, Colostomy Association bunlardan bazılarıdır (Şekil 1). Bu kuruluşlar aynı durumdaki stomalı bireylerin internet aracılığıyla birbirleri ile konuşarak, deneyim ve duygularını paylaşarak, birbirlerine tavsiyede bulunmasını ve rehber olmasını sağlar.

Dünyada ve Ülkemizde Stomalı Bireylerde Destek Grup Girişimi

Dünyanın birçok yerinde stomalı bireylerle, birbirinden farklı birçok destek grup toplantıları düzenlenmektedir. Örneğin; Northwest Community Hastanesi'nde her ay stoma

Australian Council of Stoma Association (ACSA)	 https://australianstoma.com.au/
Federation of Nz Ostomy Societies (FNZOS)	 http://www.ostomy.org.nz/
United Ostomy Associations of America (UOAA)	 https://www.ostomy.org/
Ostomy Canada Society	 https://www.ostomycanada.ca/
Colostomy Association	 http://www.colostomyuk.org/

Şekil 1. Uluslararası online destek grup kuruluşları

destek grup toplantıları düzenlenmektedir. Bir saat süren grup toplantılarında, konuşmacılar, firma sunumları, grup desteği ve stoma hemşireleri ile bireylerin sorularına cevap bulması sağlanır.²² Nairobi'de Aga Khan Üniversitesi'nde her ay düzenlenen destek grup toplantılarında bireyler grup kuralları, bilgilendirme, kabul edilebilirlik gibi konuları tartışır. Toplantı öncesinde paketledikleri stoma malzemelerini birbirine dağıtırlar. Bir programda eğitilen ve beceri kazanan grup üyelerinden bazıları ev ziyaretleri yaparak, yeni stoma açılan bireylere yardımcı olur.²³ St Mark's Hastanesi'nde "inside out" adı verilen stoma destek grubuyla her iki haftada bir sabah kahvesi şeklinde sosyal toplantılar düzenlenmektedir. Toplantıya katılan bireyler benzer sorunu olan bireylerle görüşür, öneriler paylaşır ve eğlenceli zaman geçirirler.²⁴

Ülkemizde 2000 yılından beri, stoma açılan bireylere stomaterapi ünitelerinde, bakım, eğitim ve danışmanlık hizmeti, bu konuda eğitim almış hemşireler tarafından verilmektedir. Ancak ülkemizde stomalı bireylerin sürekli devam ettiği destek gruplar bulunmamaktadır. Literatürde de stomalı bireylere yönelik yapılmış herhangi bir destek grup çalışmasına ulaşılamamıştır ancak; ülkemizde stomalı bireylerle yapılan bir araştırmada planlı grup etkileşimi kullanılarak haftalık toplantılar düzenlenmiştir. Toplantılar altı hafta devam etmiş ve her toplantı ortalama 90 dk sürmüştür. Toplantılarda bilgisayar ve projeksiyon kullanılarak bilgi eksiklerinin giderilmesine yönelik sunu ile anlatım, stoma maketi kullanılarak demonstrasyon yöntemi ile stoma bakım malzemelerinin kullanımı, yuvarlak masa etrafında grup tartışması, katılımcıların stomalarına yönelik duygularını ifade eden mektup yazmaları ve mektuplarını grup oturumunda okumaları gibi yöntemler kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda planlı grup etkileşiminin stomalı bireylerin sosyal uyumunu artırdığı bildirilmiştir.¹⁴

Literatürde, diğer hasta gruplarında destek grup girişiminin uygulandığı başka çalışmalar da bulunmaktadır. KKK'li bireylere destek grup girişiminin uygulandığı bir araştırmanın sonucunda, destek grup girişiminin, bireylerin yaşam kalitesini yükselttiği bildirilmiştir.²³ Karaciğer transplantasyonu uygulanmış bireylerle yapılan bir araştırmada ise, destek grup toplantıları aylık olarak düzenlenmiş, toplantılar ortalama 90 dk sürmüş ve toplam altı toplantı gerçekleştirilmiştir. Toplantılarda, önceden hazırlanan kitapçık doğrultusunda bilgilendirme, toplantı konusu ile ilgili deneyim paylaşımı yapılmıştır. Araştırma sonucunda destek grup girişiminin bireylerin bilgi düzeyini artırmada ve bireylerin yaşadıkları semptomları azaltmada etkili olduğu, bireylerin uyumunu desteklediği ve yaşam kalitesini artırdığı bildirilmektedir.¹⁰ Erken evre meme kanseri olan, randomize kontrollü ve üç gruba ayrılmış 125 kadına Roy Uyum Modeli'ne dayalı destek grup ve eğitim girişimi uygulandığı bir araştırmada, deney grubunda 34 kadın, üç aşamada ve 13 ay bireysel telefon ve bireylerle destek grup girişimi ve eğitim almış, kontrol grubu 1'de 48 kadın, üç aşamada sadece telefon ile sosyal destek ve eğitim almış, kontrol grubu 2'de 43 kadın, bir kez mail ile sadece eğitim almıştır. Araştırma sonucunda, deney grubu ve kontrol grubu 1, kontrol grubu 2'ye göre, daha az huzursuzluk hali yaşadığını, daha az yalnızlık hissettiklerini ve daha kaliteli ilişkileri olduğunu bildirmişlerdir.²¹

Sonuç

Stomalı bireylerin yaşadığı psikososyal sorunlarla baş etmede ve bireylerin sosyal uyumunu sağlamada, stoma bakım hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Hemşirelerin

sorumlulukları arasında; hastalara fiziksel olduğu kadar psikososyal destek sağlamak ve onların hastalığa uyumlarını artırmak bulunmaktadır. Stomalı bireyin sosyal uyumuna yönelik hemşirelik rolleri arasında; bireysel eğitim ve danışmanlık hizmetlerini sürdürmek, bireyin kendi gücü ile çevresindeki sosyal destek faktörlerini fark etmesini sağlamak ve kullanması konusunda desteklemek, ailesi ve yakınları ile görüşerek desteğin güçlendirilmesini sağlamak yer almaktadır. Bu konuda, stomalı bireylerin diğer stomalı bireylerle bir araya getirilerek destek gruplarının oluşturulması önemlidir.

Ülkemizde sürekli devam eden herhangi bir stomaterapi programı veya destek grup girişimi bulunmamaktadır. Bu nedenle, stomalı bireylerin sosyal uyumunu sağlamak için yaşadıkları sorunları paylaşabilecekleri, sorular sorabilecekleri, bilgi alabilecekleri, birbirlerinin deneyimlerinden yararlanabilecekleri destek grup toplantılarının planlanması, uygulanması ve bu girişimin arttırılması önerilmektedir.

Etik

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: S.S., F.V., Dizayn: S.S., F.V., Veri Toplama veya İşleme: S.S., F.V., Analiz veya Yorumlama: S.S., F.V., Literatür Arama: S.S., F.V., Yazan: S.S., F.V.

Çıkar Çatışması: Bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. TC. Sağlık Bakanlığı Türk Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri 2017; Erişim tarihi: 30.06.2018 https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR_uzuunu.pdf
2. Karaveli S, Özbayır T, Kahraman A. Stomalı Hastaların Sızıntı İle Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;30:18-25.
3. Karadağ A, Korkut H. Peristomal Cilt Komplikasyonları: Önleme, Tedavi ve Bakım. Ulusal Cerrahi Dergisi 2010;26:175-179.
4. Ayaz S. Stomalı Bireylerde Hemşirenin Rolü. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27:86-90.
5. Üstündağ H, Demir N, Zengin N, Gül A. Stomalı hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27:522-527.
6. Yaşan A, Ünal S, Gedik E, Girgin S, Kalıcı ve Geçici Ostomi Yapılmış Kişilerde Yaşam Kalitesinde Değişim, Depresyon ve Anksiyete. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008;9:162-168.
7. Burch J. Ensuring Optimum Quality of Life in Community Patients with a Stoma. JCN 2014;28:21-26.
8. Pittman J, Kozell K, Gray M. Should Woc Nurses Measure Health-Related Quality of Life in Patients Undergoing Intestinal Ostomy Surgery? J Wound Ostomy Continence Nurs 2009;36:254-265.

9. Biliç E, Taştan Ö, Belli AK, Özmen M. Kalıcı Ostomi Ameliyatının Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş Uyumu ve Cinsel İhtiyaçlar Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18:302-310.
10. Vural F. Stomalı Hastalarda Yaşam Kalitesi. Cemahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu Konferans Konuşma Metinleri 2012;33-38.
11. Kimura CA, Kamada I, Guilhem D, Fortes RC. Perception of Sexual Activities and the Care Process in Ostomized Women. *J Coloproctol* 2013;33:145-150.
12. Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden ME, Eddles EH, Schaafsma MJ. Ostomy-Related Problems and their Impact on Quality of Life of Colorectal Cancer Ostomates: A Systematic Review. *Qual Life Res* 2016;25:125-133.
13. Tuncay T. Kanazle Başta olmak üzere Destek Grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2010;21:59-71.
14. Karabulut HK, Dinç L, Karadağ A. Effects of Planned Group Interactions on the Social Adaptation of Individuals with an Intestinal Stoma: A Quantitative Study. *J Clin Nurs* 2014;23:2800-2813.
15. Leyk M, Kizilek J, Habel A, Dobosz M, Kruk A, Tencch S. The Influence of Social Support from the Family on Health Related-Quality of Life In Persons with a Colostomy. *J WOCN* 2014;41:581-588.
16. Yalom ID. (Çev.) Tanager A, Karacan Ö. Grup Psikoterapinin Önemli Teori ve Pratiği. Üçüncü Basım, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1992.
17. Aktaş MA. Grup Süreci ve Grup Dinamikleri. Ankara, Sistem Yayıncılık, 1997.
18. Mowdy S. The Role of the WOC Nurse in an Ostomy Support Group. *J WOCN* 1998;25:51-54.
19. Sarıgül Ödün Y, Kanyurt Ö. Effects of a Support Group Intervention on Physical, Psychological, and Social Adaptation of Liver Transplant Recipients. *Experimental and Clinical Transplantation* 2016;3:329-337.
20. Emel Unvan F, Kanyurt Ö. Experience With A Support Group Intervention Offered to Breast Cancer Women. *Exp Clin Transplant* 2017;13:54-62.
21. Samuel N, Tulman L, Fawcett J. Effects of Two Types of Social Support and Education on Adaptation to Early-Stage Breast Cancer. *Res Nurs Health* 25:459-470.
22. Support Groups and Therapy. Erişim Tarihi: 25.09.2018 <http://www.nch.org/patients-visit/oralsupport-groups-therapy/ostomy-service>
23. Stoma World Kenya for the Highest Quality of Life of Ostomates. Erişim Tarihi: 12.12.2018 https://ostomyeurope.org/wp-content/uploads/2017/01/Kenya_2013.pdf
24. Inside Out Stoma Support Group. Erişim Tarihi: 12.12.2018 <http://www.stmaukhospital.nhs.uk/about/inside-out-stoma-support-group/>
25. Carmack CL, Basen-Engquist K, Yuan Y, Geisinger A, Rodriguez-Bigas M, Wolff RA, Barker T, Baum G, Pennebaker JW. Feasibility of an Expressive-Disclosure Group Intervention for Post-Treatment Colorectal Cancer Patients. *Cancer* 2011;117:4993-5002.

Rektum Kanseri Nedeni ile Kolostomi Açılan Olgunun Roy Uyum Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı

Nursing Care According to Roy Adaptation Model in a Patient with a Colostomy Opened Due to Rectum Cancer: Case Report

Serap SAYAR,*
Fatma VURAL†

*Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD,
Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
†Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD,
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi,
İzmir

Geliş Tarihi/Received: 25.08.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 20.11.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:
Serap SAYAR
Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD,
İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
fatma.vural@deu.edu.tr

ÖZET Rektum kanserinin cerrahi tedavisinde barsak boşaltımını sağlamak için geçici ya da kalıcı kolostomi açılmaktadır. Kolostomi; hastaların fizyolojik, sosyal ve psikolojik açıdan çeşitli sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Kolostomi açılmasıyla başlayan bu zor süreçte hastaların yeni bir yaşam biçimine uyum sağlamları gerekmektedir. Hastanın uyumunu kolaylaştırmak için hemşirelik bakımında Roy Uyum Modelinin kullanılması, hastada insan ve çevre etkileşimine odaklanarak, hemşirelik girişimleri ile bu etkileşimi güçlendirmeyi ve hastanın uyumunu artırmayı sağlamaktadır. Bu çalışmada, kolostomili olgunun Roy Uyum Modeline göre bakım sürecinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahar Kelimeler: Kolostomi; hemşirelik bakımı

ABSTRACT Temporary or permanent colostomy is opened to provide evacuation of the bowel in surgery treatment of rectum cancer. Colostomy causes to lived many problems in terms of physiological, social and psychological in patients. It's necessary that patients should adjust a new life style in that difficult process which begins with opening the colostomy. Using the nursing care according to Roy Adaptation Model based on human and environment interaction provide making stronger this interaction and enhancing the adaptation of patient with nursing interventions. This article was written in an attempt to examine the care process of individuals with a colostomy according to the Roy Adaptation Model.

Keywords: Colostomy; nursing care

Kolorektal kanser (KRK) en sık görülen üçüncü kanser türüdür.¹ Dünyada her yıl bir milyondan fazla kişiye KRK tanısı konulmakta ve bunların %50'sinden fazlasında hastalık metastaz ile seyretmektedir.² KRK'lerin yaklaşık 1/3'ü ise rektum kanseridir.³ Sağlık Bakanlığının 2006 yılında yayınladığı kanser istatistiklerine göre, ülkemizde rektum kanseri insidansı bütün kanserler arasında erkeklerde sekizinci, kadınlarda 10. sıradadır.⁴ KRK kadınlara oranla erkeklerde daha fazla görülmektedir. KRK riski yaşla birlikte artmaktadır. İnsidans 50 yaşından sonra belirgin şekilde artmaya başlamaktadır. KRK hastalarına, yaklaşık %5-10 oranında herediter hastalıklar sebep olmaktadır. Aile öyküsünde KRK olan her üç kişiden birinde KRK görülür. Adenokarsinoma en yaygın tipidir.⁵

Rektum kanserinin en tipik belirtisi rektal kanamadır. Bazı hastalar dışkılama alışkanlıklarında değişiklikten, dışkı çapının incelenmesinden ve dış-

kılmayı takiben tam boşalamama hissinden yakınır. Anal sfinkterlerin, önemli sinir yapılarının ya da kemiğin tümörle infiltrate olduğu durumlarda ağrı ortaya çıkmaktadır.⁶ Rektum kanserleri, lenfatik, hematogen, komşuluk ve transperitoneal yollarla yayılmaktadır. En sık görülen metastaz bölgeleri, bölgesel lenf nodları, karaciğer, akciğer ve peritondur.¹⁻⁷

KRK'nin tedavisinde temel prensip, primer tümörü ve drene olduğu bölgesel lenfatikleri temiz cerrahi sınırlarla çıkartmaktır (Radikal rezeksiyon). Eğer tümöre komşudoku ve organların da tutulumu söz konusu ise, primer tümörle birlikte bunlar da çıkartılmaya çalışılmalıdır (En blok rezeksiyon). Tümör cerrahi girişimle tam olarak çıkartılamıyor ise, mevcut semptomların rahatlatılabilmesi ya da olası komplikasyonların önlenmesi amacıyla; daha kısıtlı rezeksiyonlar, tümörün proksimalinden açılan saptırıcı ostomiler (Kolostomi, ileostomi) ya da köprüleme (Bay pas) gibi palyatif cerrahi işlemler de uygulanabilir.⁸ Rektum kanserinde tercih edilen cerrahi yöntemler; aşağı anterior rezeksiyon [low anterior resection (LAR)], abdominoperineal rezeksiyon (APR), lokal eksizyon, transanal endoskopik mikrocerrahidir.⁹ Uluslararası Kanser Araştırma Derneği, global olarak her yıl bir milyon KRK teşhisi alan bireyin intestinal stoma cerrahisi gerektirdiğini bildirmektedir.¹⁰ Intestinal stoma, barsağın karın duvarına ağzlaştırdığı yapay bir açıklıktır. Her yaşta uygulanabilen intestinal stomalar geçici ya da kalıcı olabilir.¹¹ Kalıcı stoma gereksinimi olan hastalar çalışır iken, sosyal ve cinsel aktivite sırasında birtakım zorluklar deneyimleyebilirler. Hastanın beden imajı değişir ve stomasını yönetmesi zorlaşabilir.¹²

Literatürlerde stoma açılan bireylerin fizyolojik, sosyal ve psikolojik açıdan çeşitli sorunlar yaşadığı bildirilmektedir.¹³⁻¹⁵ Bu sorunlar fiziksel olarak dışkı sızıntısı, gaz çıkışının fazla ve sesli olması, koku, yorgunluk, ağrı, stoma retraksiyonu, stoma etrafındaki cilt problemleri, kabızlık, diyare, iştahsızlık psikolojik olarak; anksiyete, beden imajının değişmesi, benlik saygısı ve öz güvenin azalması, çekiciliğin kaybı, dışkı sızıntısı ve ses/koku çıkacağı korkusu ve depresyondur. Hastalar kendini toplumdan kısıtlama ve soyutlama eğilimindedir. Birçok hasta cerrahi girişim öncesi yaptığı

sosyal aktiviteleri cerrahi girişim sonrası yapmaktan vazgeçmektedir. Hastaların aile ilişkileri ve iş yaşantıları olumsuz etkilenmekte ve kolostomi açıldıktan sonra işi bırakma, çalışma saatlerini azaltma, iş veriminde azalma ve iş değiştirme görülmektedir.¹⁶⁻¹⁸

Stoma hemşireleri stomalı hastaların yaşadığı bu sorunlar ve hastaların stomaya uyumu üzerinde önemli rol oynamaktadır.¹⁷ Stoma hemşireleri, stomalı hastalara özelleşmiş hemşirelik bakımı verilmesini sağlayarak onların yaşam kalitesini artırmaktadır.¹⁸ Hemşirelerin planlayacakları hemşirelik girişimlerini, hemşirelik modellerinden Roy Uyum Modeli (RUM)'ne göre yapılandırmaları ise hastanın stomayla yaşama uyumunu sağlamada yararlı ve kolaylaştırıcı olacaktır. Hemşirelik bakım süreci kullanılırken hemşirelik kuram ve modelleri hemşirelere rehber olmaktadır. Kuram ve modeller; hastanın çevresindeki belirli değişkenlerin bakım üzerindeki etkilerini öngörebilmeyi sağlarken, hemşirelik uygulamalarının sistematize edilmesini kolaylaştırmaktadır.¹⁹

ROY UYUM MODELİ

Sister Callista Roy'un geliştirdiği modelin metaparadigma kavramları insan, çevre, sağlık ve hemşireliktir. Roy; insanı sürekli değişen çevreyle etkileşimde bulunan biyopsikososyal bir varlık olarak tanımlanmaktadır. Her insan kendi biyolojik, psikolojik ve sosyal özelliklerine bağlı olarak çevresiyle etkileşime girmektedir. Hemostazisin sürdürülmesi için; iç (internal) ve dış (eksternal) uyaranlara karşı uyum yanıtının verilmesi gerekmektedir.²⁰ RUM'de hastaların gözlenebilen davranışları dört başlıkta toplanmakta ve bunlar "uyum alanları (adaptive modes)" olarak adlandırılmaktadır.²¹ RUM'nin bu uyum alanları; fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarıdır.

Fizyolojik Alan; Çevreden kaynaklanan uyaranlara karşı kişinin bedensel yanıtlarıdır. İnsanım, fizyolojik gereksinimlerine dayanan bir uyum alanıdır.²²

Benlik Kavramı Alanı; Bireyin kendisi hakkında edindiği inanç ve duyguların bileşiminden oluşmaktadır.²³

Rol Fonksiyon Alanı: Kişinin toplumdaki pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesidir. Rol fonksiyon alanının altında yatan temel gereksinim sosyal bütünlük olarak tanımlanmaktadır.²⁰

Karşılıklı Bağlılık Alanı: Birbirine bağlanma bireyin ayrıcalıklı kişilerle ve destek sistemlerle ilişkilerini kapsamaktadır. Bu süreç içinde birey dayum ve sevgi gibi gereksinimlerini karşılayarak ruhsal bütünlüğünü devam ettirmektedir. Bağlılık diğerleri ile yakın ilişki için bir gereksinim, kendi bakımı için destek ve onaylanmak olarak tanımlanmaktadır.²⁰

Çevre, insanın uyum sistemini etkileyen bütün uyaranları içermektedir. RUM'de uyaranlar; fokal, kontekstual ve rezidüel olarak sınıflandırılmıştır.²⁰⁻²³

Odak uyaran (fokal stimüli): Kişinin hemen karşı koyduğu internal ve eksternal uyaranlardır.²⁰⁻²³

Etkileyen uyaran (Kontekstual stimüli): Odak uyaranın etkisine katkıda bulunan diğer bütün uyaranlar olarak tanımlanmaktadır.²⁰⁻²³

Olası uyaran (Residüel Stimüli): Henüz etkisi tam olarak açıklanmamış odak ve uyaranı etkileyen inançlar, tutumlar, kişisel deneyimlerdir.²⁰⁻²³

RUM'ye göre sağlık; bireyin değişikliklere sürekli olarak uyum sağlayarak fiziksel, psikolojik ve sosyal bütünlüğünü devam ettirme sürecidir. Sağlık ve hastalık bireyin bütün yaşamı boyunca karşılaştığı bir durumdur. Bireyin başa çıkma mekanizmaları yetersiz olursa sonuç hastalıktır. Birey sürekli olarak uyum sağlıyor ise sonuç sağlıktır. RUM'ye göre hemşirelik bir bilimdir ve bu bilimsel bilgi hemşirelik uygulamalarına uyarlanır.²⁴ Hemşirenin temel amacı; dört uyum alanından herhangi birine etki ederek, uyaranlara karşı insanın uyumunu sağlamaktır. Hemşirenin değişikliklere karşı insanın davranışlarına odaklanması öneilmektedir.²⁵

RUM'ye göre kolostomi açılması hastanın yaşamını dört uyum alanında da olumsuz olarak etkilemektedir. Bu nedenle insan ve çevre etkileşimine odaklanarak uygulanan hemşirelik girişimleri ile bu etkileşimin yeniden düzenlenmesi hedeflen-

miştir. Modelin bütüncül hemşirelik bakımının planlanmasını ve uygulanmasını kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

OLGU SUNUMU

Olgu 73 yaşında, 94 kg ağırlığında, 1.60 cm uzunluğunda, ev hanımı ve dört çocuk annesidir. Eşi vefat ettiği için oğlu, gelini ve torunuyla birlikte Konya'da yaşamaktadır. Üç yıl önce başlayan ve bir yıl boyunca rektal kanaması ve pelvik ağrısı olan olgu, yakınmasını söylemeyecek, herhangi bir sağlık kuruluşuna gitmemiştir. Başka bir nedenle gittiği sağlık kuruluşunda yapılan kan tetkiklerinde hemogram değerlerinin normalin altında bulunması nedeni ile durumun araştırılması için genel cerrahi polikliniğine yönlendirilmiştir. İki yıl önce yapılan tetkik ve testler sonucunda kolonda 15 cm'lik kitle saptanan ve rektum kanseri tanısı alan hastaya "LAR" uygulanmış ve geçici kolostomi açılarak beş ay sonra kapatılmıştır. Olgu 2014 yılında beş kür kemoterapi almıştır. 2016 yılında tümörünün nüks etmesi nedeni ile olgu, tetkik ve tedavi için İzmir'de bir üniversite hastanesine başvurmuştur. Pelvik ağrı ve diyare şikâyetleri olan, yapılan muayenede rektum malign neoplazm olduğu saptanan, ve daha önce ameliyat olmuş rektum kanser tanısı olan olguya tümör nüksü nedeni ile APR, omentektomi uygulanmış ve uç (end) kalıcı kolostomi açılmıştır. Olguya ameliyat sonrası hasta kontrollü analjezi (HKA) cihazı intravenöz (IV) olarak takılmıştır. Olgu ameliyat sonrası metronidazol 3x500 mg IV ve sefuroksim 2x750 mg IV tedavi almıştır. Olguya günlük 3000 cc (%5 dekstroz ve serum fizyolojik) sıvı verilmiştir. Hastanın ameliyat öncesi ve sonrası laboratuvar bulguları Tablo 1'de görülmektedir.

Bu çalışma olgudan sözel ve yazılı izin alındıktan sonra, hastadan alınan bilgiler ve literatürler doğrultusunda kolostomili bir bireyin hemşirelik bakımının RUM'ye göre planlanması ve sunulması amacıyla yazılmıştır. Bu çalışmada, APR ameliyatı sonrası kalıcı stoma açılan olgunun ameliyat sonrası erken dönem RUM'ye göre planlanan hemşirelik bakımı Tablo 2'de görülmektedir.

TABLO 1: Olgunun ameliyat öncesi ve sonrası laboratuvar bulguları.

Laboratuvar bulguları	Ameliyat öncesi	Ameliyat sonrası
Kreatinin (CRE)	0,88 mg/dL	0,82 mg/dL
Kan üre azotu (BUN)	10,8 mg/dL	9,4mg/dL
Albumin (ALB)	3,47 g/dL	2,96 g/dL
C-reaktif protein (CRP)	19,5 mg/L	108,5 mg/L
Hemoglobin (HGB)	11,1 g/dL	10,5 g/dL

TARTIŞMA

Stoma açılmasından her birey farklı şekillerde etkilenmektedir ve bu etkiler genellikle yaşam şekli ve beden imajı algısında değişim ile ilişkilidir.²⁵ Hemşireler stomalı hastaların yaşadığı bu değişimlerle baş etmede ve değişimlere uyum sağlamada anahtar rol oynamaktadır. Stomalı hastaların bakımlarında bir hemşirelik modeli doğrultusunda stoma ya uyum süreçlerinin, etkileyen uyarıların ve hasta davranışlarının belirlenmesi; uygun hemşirelik girişimlerinin uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilebilmesine katkı sağlayacaktır.¹⁹⁻²⁰ Stomalı hastalarda stomanın açılmasıyla beraber Roy'un tanımladığı dört uyum alanında da uyumsuz yanıtlar gelişmektedir. Hemşirelik bakımının amacı ise dört uyum alanında da uyumlu yanıtların geliştirilebilmesidir. Hasta, uyumlu davranış geliştirirse hemşirelik girişimi etkili; uyumsuz davranış geliştirirse etkisiz olarak kabul edilmektedir.¹⁹⁻²⁰ Olgumuzun ameliyat sonrası erken dönemde bakımı sırasında saptanan yorgunluk, ağrı, barsak boşaltımının normal olmaması, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, anksiyete, erişkin rollerini yerine getirememesi, aile rutinlerinin bozulması, vb. davranışlar ameliyat sonrası değerlendirilebilecek etkisiz uyum davranışlarıdır. Olgunun yeterli uyuması, komplikasyon gelişmemesi, etkin ağrı yönetimi, bakım sürecinde iş birliği yapması, bakımı ile ilgili sorumluluk almaya istekli olması, olumlu beden imajı, yeni role uyum sağlaması ve sorumluluk alması vb. gibi davranışlar etkili uyum davranışlarıdır.

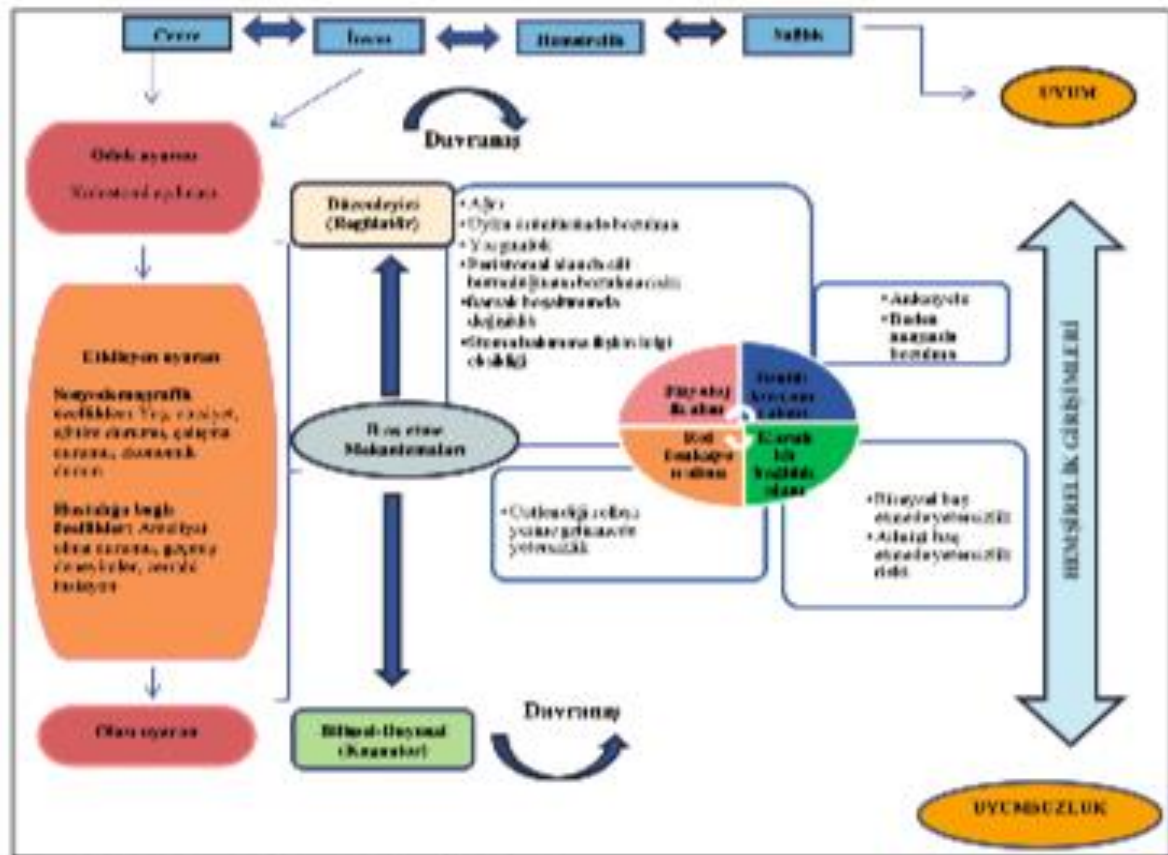
Roy, hemşirelik tanıtlarını "insan adaptif sisteminin uyum durumunu yansıtan bir karar verme süreci" olarak tanımlamaktadır. Bu süreçte uyum ile ilgili gerçek ya da potansiyel problemleri gösteren hemşirelik tanıtlarını belirlemek için hemşirenin

eleştirel düşünme sürecini kullanması gerekmektedir. Böylece hastanın uyum durumuna göre planlanan bir bakım planı ile bütüncül hemşirelik bakımının verilmesi, bireyin RUM'de tanımlanmış bütün uyum alanlarına yönelik gereksinimlerinin karşılanmasını ve uyumunun sağlanmasını kolaylaştıracaktır.¹⁹⁻²⁰ Bu nedenle, rektum kanseri nedeni ile kolostomi açılan olgumuzda hemşirelik tanıtları RUM'i kullanılarak dört uyum alanı kapsamında incelenmiştir. Ağrı, yorgunluk, uyku örüntüsünde bozulma, peristomal alanda cilt bütünlüğünün bozulma riski, barsak boşaltımında değişiklik, stoma bakımına ilişkin bilgi eksikliği tanıtları, fizyolojik alan; anksiyete, beden imajında bozulma tanıtları, benlik kavramı alanı; üstlendiği rolleri yerine getirmede yetersizlik tanısı, rol fonksiyon alanı; bireysel ve aile içi baş etmede yetersizlik tanıtları ise karşılıklı bağımlık alanı içinde değerlendirilmiştir. RUM'de tanımlanan uyum alanları bireyin baş etme sistemlerinin etkinliğini göstermektedir. Her bir uyum alanı birbiriyle etkileşim halindedir ve herhangi bir uyum alanını etkileyen bir uyarının, diğer üç uyum alanını da etkileyeceği açıktır. Bu nedenle her bir uyum alanının diğer alan/alanları nasıl etkilediği hemşire tarafından bilinmelidir. Hastanın uyum durumunu yansıtan ve etkilenen uyum alanı/alanlarına göre, sınıflandırılan hemşirelik tanıtlarının belirlenmesi ile hastanın her bir alana yönelik başarılı uyum yanıtının geliştirilmesini kolaylaştıracak girişimlerin planlanması ve uygulanması çok daha kolay olacaktır.

Bu çalışmada, kolostomi açılmış bir olguya RUM'ye göre bütüncül bakımı içeren hemşirelik girişimleri örnek olarak sunulmuştur. RUM, rektum kanseri nedeni ile kolostomi açılan hastanın fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağımlık alanlarında başarılı uyum yanıtı geliştirilmesini amaçlamaktadır. RUM; hemşirelik girişimlerini planlama, uygulama ve hemşireye rehberlik etmede katkı sağlayan bir modeldir. RUM'nin hemşirelik sürecinde kullanımı veri toplama, hemşirelik girişimlerini belirleme ve girişim sonuçlarını değerlendirmede yardımcı olmaktadır. Bu çalışmanın bakımda model kullanımı konusunda hemşirelere, örnek oluşturacağı ve yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

TABLO 2: devamı

[illegible]



ŞEKİL 1: Kolo stormi hastalarında hemiparaliz, bakurisi ve Ploy Uyur Modeli'ne entegrasyonu

^aGold 1 year as far as of which's point during of a.

Çakar Çatırması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

Yazar Katkıları

Fikir: Fatma Vural; **Tanıtım:** Serap Sayar, Fatma Vural;

Denetleme: Fatma Vural; **Kaynaklar:** Serap Sayar; **Veri toplanması ve/veya işlemi:** Serap Sayar; **Analiz ve/veya yorum:** Serap Sayar, Fatma Vural; **Literatür taraması:** Serap Sayar, Fatma Vural; **Yazıyı Yazan:** Serap Sayar, Fatma Vural; **Eleştirel inceleme:** Fatma Vural.

KAYNAKLAR

1. Kanthan R, Loewy J, Kanthan SC. Skeletal metastases in colorectal carcinomas: a Saskatchewan profile. *Dis Colon Rectum* 1999;42(12):1592-7.
2. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005;55(2):74-108.
3. Jamal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, et al. Cancer statistics, 2008. *CA Cancer J Clin* 2008;58(2):71-96.
4. Bayraktar ZG, Leventoglu S, Montay B. [Individual feelings and opinions regarding the first intestinal excretion following stoma closure: a pilot study]. *Kolon Rektum Hast Derg* 2007;17(2):6-81.
5. Schmetzer M. Nursing management: lower gastrointestinal problems. In: Lewis LS, Deeken SR, Heltkamp MM, Bucher L, eds. *Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2014.p.985-95.
6. Buğra D. [Rectum cancer]. Akıncıoğlu K, Akçal T, Buğra D, editors. *Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları*. 1. Baskı. İstanbul: Tıbbi Ofset; 2003. p.477-510.
7. Şişgin H, Kılınc M, Öztürk B, Gökçe E, Yılmaz A, Barut M, et al. [Colorectal cancer presenting with metastatic spinal cord compression: a case report]. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012;4(2):41-5.
8. Akçal T, Ertürk S. [Surgery of colon cancer: operation techniques]. Bayraktar Z, Zorluoğlu A, Gökçe E, Feriç C, editors. *Kolon ve Rektum Kanseri*. 1. Baskı. İstanbul: Sağlık Ofset Matbaası; 2010. p.239-47.

9. Kuzu MA, Aşlar AK. [Rectum cancer: principles of radical surgery]. Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Tenz C, editörler. *Kolon ve Rektum Kanseri*. 1. Baskı. İstanbul: Sağlık Ofset Matbaacılık; 2010. p.399-434.
10. Karabulut HK, Dinç L, Karadağ A. Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study. *J Clin Nurs* 2014;23(19-20):2800-13.
11. Erkoçak EU, Alabaz Ö, Karadağ A. [Description of stoma, devices, care complications]. Akmandaroglu K, Akçal T, Buğra D, editörler. *Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları*. 1. Baskı. İstanbul: Tasarım Ofset; 2009. p.309-32.
12. Silva AL, Monteiro PS, Sousa JB, Ylanna AL, Oliveira PG. Partners of patients having a permanent colostomy should also receive attention from the health care team. *Colorectal Dis* 2014;16(12):O431-4.
13. Kilig E, Taycan O, Balı AK, Özmen M. [The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning]. *Türk Psikiyatri Derg* 2007;18(4):302-10.
14. Karadağ A, Mantar BB, Ayar S. Colostomy irrigation: results of 25 cases with particular reference to quality of life. *J Clin Nurs* 2005;14(4): 479-85.
15. Karaveli S, Özbayır T, Karacabay K. [Investigating the preoperative and postoperative experiences of patients undergoing colorectal cancer surgery]. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2014;17(2):90-6.
16. Üstündağ H, Demir N, Zengin N, Güla A. [Body image and self-esteem in patients with stoma]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2007;27(4):522-7.
17. Burch J. Ensuring optimum quality of life in community patients with a stoma. *JCN* 2014;28(1):21-6.
18. Karadağ A. [Stoma and wound care nursing: historical development process, roles and functions]. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics* 2015;1(1):1-8.
19. Fawcett J. Implementing nursing models and theories in practice. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2005. p.25-40.
20. Roy CS. Elements of the Roy adaptation model. *The Roy Adaptation Model*. 3rd ed. Upper Saddle River New Jersey: Pearson Education; 2009. p.35-50.
21. İşbir GG, Mete S. [An example of model use in nursing care: examination of a pregnant woman's problem with nausea and vomiting according to the Roy Adaptation Model]. *DEÜHfO ED* 2009;2(2):75-86.
22. Phillips KD, Harris R. Roy's adaptation model in nursing practice. In: Allgood MFL, Torrey AM, eds. *Nursing Theory Utilization and Application*. 5th ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2014. p.263-86.
23. Pearson A, Vaughan B, Fitzgerald M. *Nursing Models for Practice*. 3rd ed. Philadelphia: Butterworth-Heinemann Elsevier; 2005. p.253.
24. Yeloğlu P. [Roy adaptation model]. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. 1. Baskı. İstanbul: Eren Ofset; 2012. p.364-89.
25. Danielsen AK, Burcharth J, Rosenberg J. Spouses of patients with a stoma lack information and support and are restricted in their social and sexual life: a systematic review. *Int J Colorectal Dis* 2013;28(12):1603-12.