

**T.C.**  
**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**  
**DOKTORA PROGRAMI**

**STOMALI HASTALARA VERİLEN VİDEO DESTEKLİ  
STOMA BAKIMI EĞİTİMİNİN AMELİYAT SONRASI  
ANKSİYETE, STOMAYA UYUM VE KOMPLİKASYONLARA  
ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

**Senem GÜNEŞ KARA**  
**DOKTORA TEZİ**

**Danışman**  
**Doç. Dr. Rahşan ÇAM**

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF-21011 proje numarası ile desteklenmiştir.

**AYDIN-2023**

## KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı çerçevesinde Senem GÜNEŞ KARA tarafından hazırlanan “Stomalı Hastalara Verilen Video Destekli Stoma Bakımı Eğitiminin Ameliyat Sonrası Anksiyete, Stomaya Uyum ve Komplikasyonlara Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 04/08/2023

Üye (T.D.)	: Doç. Dr. Rahşan ÇAM	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Nurdan GEZER	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Üye	: Doç. Dr. Yıldız DENAT	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Üye	: Prof. Dr. Neriman AKANSEL	Uludağ Üniversitesi
Üye	: Doç. Dr. Esmâ ÖZŞAKER	Ege Üniversitesi

### ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün ..... tarih ve ..... sayılı oturumunda alınan ..... nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü V.

## TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmamın tüm aşamalarında, bilgi ve birikimi ile yanımda olan ve her türlü konuda desteğini gönülden hissettiğim, mesleki olarak her yönden rol model aldığım sadece tez danışmanım değil aynı zamanda yaşam danışmanım olan Doç. Dr. Raşan ÇAM hocama,

Doktora eğitimim boyunca yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Sultan ÖZKAN ve Dr. Öğr. Üyesi Nurdan GEZER hocama, tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve girişimlerini paylaşan hemşirelik mesleğini en iyi şekilde taşıyan öğrencilerine rol model olan tez izleme komitemde bulunmasından onur duyduğum Doç. Dr. Yıldız DENAT hocama, tezime olan katkılarından dolayı tez jürisi Prof. Dr. Neriman AKANSEL ve Doç. Dr. Esmâ ÖZŞAKER hocama,

Tez çalışmamda her aşamasında destek olan her saniye ulaşabildiğim, çalışmaktan asla yorulmayan aynı zamanda girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim sonrası komplikasyon değerlendirmesini yapan bağımsız gözlemci Dr. Öğr. Üyesi Büşra ŞAHİN hocama, Doktora eğitim sürecinde her zaman yanımda olan en yakın arkadaşlarım Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Ezgi ARSLAN, Dilara ŞAHAN ve Havva YÖNEM AMAÇ'a,

Tez çalışmamı yürüttüğüm sürede çalışmama izin veren ve destekleyen Aydın Atatürk Devlet Hastanesi, Aydın Devlet Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinin Yönetim Birimlerine, Genel Cerrahi Kliniklerinde görevli hemşire hekim ve personellere,

Hayatım boyunca manevi desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, bu günlere gelmemde büyük emeği olan ve çok sevdiğim aileme, doktora eğitimin boyunca emekleri, sabrı ve desteği için hayat arkadaşım Bircan KARA'ya ve bu süreçte dünyaya gelen hayattaki en değerli hazinem canım oğlum Mehmet Kaan KARA'ya,

En içten dileklerle teşekkürlerimi sunarım.

Senem GÜNEŞ KARA

# İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	i
TEŞEKKÜR .....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	ix
RESİMLER DİZİNİ .....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
ÖZET .....	xiii
ABSTRACT .....	xv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri .....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Kolorektal Kanserler .....	7
2.2. Türkiye’de ve Dünya’da Kolorektal Kanserler .....	7
2.3. Kolorektal Kanserlerde Etiyolojik Faktörler .....	8
2.4. Kolorektal Kanserlerde Taramanın Önemi.....	11
2.5. Kolorektal Kanserlerin Evrelendirilmesi.....	13
2.6. Kolorektal Kanserlerin Tedavi Seçenekleri.....	14
2.6.1. Kemoterapi ve Yan etkileri.....	15
2.6.2. Radyasyon Terapisi ve Yan Etkileri.....	15
2.6.3. Cerrahi Tedaviler ve Hemşirelik Yönetimi .....	16
2.7. Stoma Cerrahisi ve Hemşirelik Yönetimi.....	17
2.7.1. Süresi ve Amacına Göre Stomalar .....	18

2.7.2. Yapılış Şekillerine Göre Stomalar .....	19
2.7.3. Stoma Cerrahisinde Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Yönetimi .....	20
2.7.4. Stoma Cerrahisinde Ameliyat Sonrası Dönemde Hemşirelik Yönetimi .....	21
2.7.5. Taburculuk Sonrası Stoma Açılan Bireyde Hemşirelik Yönetimi .....	22
2.7.5.1. Taburculuk Sonrası Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi .....	23
2.7.5.2. Taburculuk Sonrası Stoma ve İletişim .....	23
2.7.5.3. Taburculuk Sonrası Stoma ve Solunum Fonksiyonları .....	24
2.7.5.4. Taburculuk Sonrası Stoma ve Yeme İçme .....	25
2.7.5.5. Taburculuk Sonrası Stoma ve Boşaltım .....	25
2.7.5.6. Taburculuk Sonrası Stoma ve Kişisel Hijyen.....	26
2.7.5.7. Taburculuk Sonrası Stoma ve Fiziksel Aktivite .....	27
2.7.5.8. Taburculuk Sonrası Stoma ve Çalışma Hayatı ve Sosyal Hayat .....	27
2.7.5.9. Taburculuk Sonrası Stoma ve Cinsellik .....	28
2.7.5.10. Taburculuk Sonrası Stoma ve Uyku.....	29
2.7.6. Stoma Komplikasyonlarını Önleme ve Hemşirelik Yönetimi.....	29
2.8. Stomalı Hastalarda Hasta Eğitimi.....	34
3. GEREÇ ve YÖNTEM .....	38
3.1. Araştırmanın Türü .....	38
3.2. Araştırma Yapıldığı Zaman.....	38
3.3. Araştırma Yapıldığı Yer .....	38
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi.....	38
3.5. Randomizasyon ve Körlük.....	40
3.6. Veri Toplama Araçları.....	42
3.6.1. Hasta Tanılama Formu .....	42
3.6.2. Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği .....	42
3.6.3. Stomalı Bireylerde Uyum Ölçeği .....	44

3.6.4. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi .....	44
3.7. Araştırmanın Akışı .....	45
3.8. Pilot Uygulama .....	49
4.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	49
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	49
3.11. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	50
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	51
4. BULGULAR .....	52
4.1. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....	52
4.2. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Ziyaretlere Göre Durumluk- Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	55
4.3. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Ziyaretlere Göre Ostomi Uyum Alt Boyut Parametrelerin Karşılaştırılması.....	56
4.4. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	61
4.5. Hastaların Tüm Değişken Gruplarında Durumluk – Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	62
4.6. Hastaların Tüm Değişken Gruplarında Ostomi Uyum Ölçeği Genel Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	67
4.7. Hastaların Tüm Değişken Gruplarında Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi Genel Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	70
4.8. Kontrol Grubundaki Hastaların Yaş ve BKI ile Durumluk- Sürekli Anksiyete, Ostomi Uyum, Pittman Komplikasyon Şiddet İndeksi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması .....	73
4.9. Girişim Grubundaki Hastaların Yaş ve BKI ile Durumluk- Sürekli Anksiyete, Ostomi Uyum, Pittman Komplikasyon Şiddet İndeksi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması .....	74

4.10. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Stoma Çapı ile Durumluk- Sürekli Anksiyete, Ostomi Uyum, Pittman Komplikasyon Şiddet İndeksi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması.....	75
5. TARTIŞMA.....	77
5.1. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Demografik Özelliklerinin Tartışılması.....	77
5.2. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Ziyaretlere Göre Ostomi Uyum Alt Boyut Parametrelerin Tartışılması .....	80
5.3. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Ziyaretlere Göre Durumluk- Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Tartışılması .....	85
5.4. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi Puan Ortalamasının Tartışılması .....	87
5.5. Hastaların Tüm Değişken Gruplarında Durumluk – Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Tartışılması .....	90
5.6. Hastaların Tüm Değişken Gruplarında Ostomi Uyum Ölçeği Genel Toplam Puan Ortalamalarının Tartışılması .....	92
5.7. Hastaların Tüm Değişken Gruplarında Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi Genel Toplam Puan Ortalamalarının Tartışılması .....	94
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	96
KAYNAKLAR.....	98
EKLER .....	113
<b>Ek 1.</b> Hasta Tanılama Formu .....	113
<b>Ek 2.</b> Durumluk Süreklilik Kaygı Ölçeği.....	118
<b>Ek 3.</b> Stomalı Bireylerde Uyum Ölçeği .....	120
<b>Ek 4.</b> Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi .....	121
<b>Ek 5.</b> Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (BGOF).....	122
<b>EK 6.</b> Etik Kurul Onayı.....	124
<b>Ek 7.</b> Etik Kurul Kurum Ekleme Sonrası Onayı .....	125
<b>Ek 8.</b> Kurum İzin Yazısı (Aydın İl Sağlık Müdürlüğü) .....	126

<b>Ek 9.</b> Kurum İzin Yazısı (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi).....	127
<b>Ek 10.</b> Stomalı Bireylerde Uyum Ölçek İzni .....	128
<b>Ek 11.</b> Pittman Komplikasyon Şiddet İndeksi Ölçek İzni .....	129
<b>Ek 12.</b> Durumluk- Süreklilik Kaygı Ölçek İzni .....	130
<b>BİLİMSEL ETİK BEYANI</b> .....	131
<b>ÖZ GEÇMİŞ</b> .....	132



## SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

<b>AJCC</b>	: Amerikan Kanser Ortak Komitesi
<b>BGOF</b>	: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu
<b>BKI</b>	; Beden Kitle İndeksi
<b>BT</b>	: Bilgisayarlı Tomografi
<b>FAP</b>	: Familial Adenomatöz Polipozis
<b>GGK</b>	: Gaitada Gizli Kan
<b>HNPCC</b>	: Herediter Nonpolipozis Kolorektal Kanser
<b>IARC</b>	: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
<b>IOA</b>	: Uluslararası Ostomi Birliği
<b>IUCC</b>	: Uluslararası Kanserle Savaş Birliği
<b>KRK</b>	: Kolorektal Kanser
<b>OCSI</b>	: Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi
<b>OUÖ</b>	: Ostomi Uyum Ölçeği
<b>PET</b>	: Pozitron Emşsyon Tomografisi
<b>STAI-I</b>	: Durumluk Anksiyete Ölçeği
<b>STAI-II</b>	: Süreklilik Anksiyete Ölçeği

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1.</b> KRK Gelişiminde etiyolojik faktörler (Akman, 2016; Genç, 2019; Duluklu, 2018; American Cancer Society 2014). .....	10
<b>Şekil 2.</b> Kolorektal kanserde klinik belirtiler (Genç, 2019). .....	11
<b>Şekil 3.</b> KRK Taramalarında kullanılan yöntemler (Genç, 2019).....	12
<b>Şekil 4.</b> 1936 Dukes sınıflaması (Akman, 2016). .....	13
<b>Şekil 5.</b> Astler-Coller sınıflaması (Akman, 2016).....	13
<b>Şekil 6.</b> TNM sınıflaması (Akman, 2016).....	14
<b>Şekil 7.</b> Evrelemenin temel bileşenleri (Akman, 2016). .....	14
<b>Şekil 8.</b> Kolorektal kanserlerde kemoterapi tedavisi (Akman, 2016; Çakır, 2019). .....	15
<b>Şekil 9.</b> Sağlıklı bir stomanın özellikleri (Tuğba ve diğerleri., 2023; Yılmaz, 2018).....	18
<b>Şekil 10.</b> Stoma türleri (Scott-Conner ve Chassin, 2014). .....	19
<b>Şekil 11.</b> Stoma açılırken dikkat edilmesi gereken kurallar (Arslantaş, 2019). .....	21
<b>Şekil 12.</b> Stoma Komplikasyonları (Arslantaş, 2019).....	30
<b>Şekil 13.</b> İleostomi ve kolostominn en sık görülen komplikasyonları (Ambe ve diğerleri, 2018). .....	32
<b>Şekil 14.</b> Consort akış diyagramı. ....	48

## RESİMLER DİZİNİ

<b>Resim 1.</b> Uç (terminal) kolostomi.....	19
<b>Resim 2.</b> Loop ileostomi. ....	20
<b>Resim 3.</b> Stomanın erken ve geç dönem komplikasyonları (a. Stoma çevresi irritan dermatit, b. ostomi nekrozu, c. ostomi prolapsusu, d. Ostomi retraksiyonu, e. Ostomi darlığı, f. Parastomal herni) (Ambe ve diğerleri, 2018). ....	33
<b>Resim 4.</b> Sık görülen stoma komplikasyonlarının resimleri. Sol üstten saat yönünde: mukokutanöz ayrılma, peristomal kontakt dermatit, stoma stenozu ve stoma nekrozu (Douglas ve diğerleri, 2019).....	34
<b>Resim 5.</b> Olası blok sayısı.....	40
<b>Resim 6.</b> Rastgele blok ataması .....	41
<b>Resim 7.</b> Rastgele blok atama sonucu hasta dağılımı .....	41

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Kontrol ve girişim grubundaki hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması .....	52
<b>Tablo 2.</b> Kontrol ve girişim grubundaki hastaların ziyaretlere göre durumluk kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	55
<b>Tablo 3.</b> Durumluk kaygı puanı tekrarlı ölçüm sonuçları.....	56
<b>Tablo 4.</b> Kontrol ve girişim grubundaki hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	56
<b>Tablo 5.</b> Kontrol ve girişim grubundaki hastaların ostomi uyum ait boyut parametrelerinin ziyaretler bazında karşılaştırılması.....	59
<b>Tablo 6.</b> Girişim grubu hastalarının ostomi uyumunda ziyaret etkisinin ikili karşılaştırma sonuçları .....	60
<b>Tablo 7.</b> Ostomi uyum ölçeğinin hasta ziyaretlerindeki tekrarlı ölçüm sonuçları .....	61
<b>Tablo 8.</b> Kontrol ve girişim grubundaki hastaların pittman ostomi komplikasyon şiddet indeks puan ortalamalarının karşılaştırılması .....	62
<b>Tablo 9.</b> Hastaların tüm değişken gruplarında durumluk kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42) .....	62
<b>Tablo 10.</b> Hastaların tüm değişken gruplarında sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42) .....	65
<b>Tablo 11.</b> Hastaların tüm değişken gruplarında ostomi uyum ölçeği genel toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42).....	68
<b>Tablo 12.</b> Hastaların tüm değişken gruplarında pittman ostomi komplikasyon şiddet indeksi total puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42) .....	71
<b>Tablo 13.</b> Kontrol grubundaki hastaların yaş ve BKİ ile durumluk- sürekli anksiyete, ostomi uyum, pittman komplikasyon şiddet indeksi puan ortalamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırması .....	74

<b>Tablo 14.</b> Girişim grubundaki hastaların yaş ve BKİ ile durumluk- sürekli anksiyete, ostomi uyum, pittman komplikasyon şiddet indeksi puan ortalamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırması .....	75
<b>Tablo 15.</b> Kontrol ve girişim grubundaki hastaların stoma çapı ile durumluk- sürekli anksiyete, ostomi uyum, pittman komplikasyon şiddet indeksi puan ortalamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırması.....	76

## ÖZET

### STOMALI HASTALARA VERİLEN VİDEO DESTEKLİ STOMA BAKIMI EĞİTİMİNİN AMELİYAT SONRASI ANKSİYETE, STOMAYA UYUM VE KOMPLİKASYONLARA ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

**Kara Güneş S. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, Aydın, 2023.**

**Giriş:** Bağırsakta stoma açılmasının primer nedeni olan kolorektal kanserler, dünyada morbidite ve mortaliteyi artıran bir sorun haline gelmiştir. Stoma cerrahisi hastalarda normal boşaltım biçiminde değişime yol açan cerrahi uygulamadır. Stoma cerrahisi sağlığın sürdürülmesi ya da yeniden kazandırılması, yaşam süresinin uzatılması, organ fonksiyonlarının en üst düzeye çıkarılması, ağrının giderilmesi ve görünümün düzeltilmesinde etkin bir tedavi yöntemi olmasının yanı sıra, bireyin fizyolojik, sosyal, psikolojik ve emosyonel açıdan çeşitli sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Bu nedenle cerrahi süreçteki hasta eğitim ve danışmanlığı, hasta bakımının vazgeçilmez bir parçası ve önemli bir hemşirelik girişimidir.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, stomalı hastalara verilen video destekli stoma bakımı eğitiminin hastalarda ameliyat sonrası anksiyete, stomaya uyum ve komplikasyonlara etkisinin değerlendirilmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma, doktora tez kapsamında çift kör randomize kontrollü girişimsel türde Ocak 2021 ve Eylül 2022 tarihleri arasında Aydın Atatürk Devlet Hastanesi, Aydın Devlet Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinin Genel Cerrahi Kliniklerinde örnekleme alınma kriterlerini karşılayan 21 girişim grubu (ameliyat sonrası dönemde video destekli stoma bakımı eğitimi alan) ve 21 kontrol grubu olmak üzere 42 hasta ile gerçekleştirildi. Hastaların girişim ya da kontrol grubunda yer alma durumunun belirlenmesi için bilgisayar yardımıyla rastgele blok randomizasyon yöntemi kullanıldı. Araştırma verileri, “Hasta Tanılama Formu”, “Durumluk Süreklilik Kaygı Ölçeği”, “Stomaya Uyum Ölçeği” ve “Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi” ile toplandı. Ameliyat sonrası dönemde girişim grubundaki hastalara video destekli stoma bakımı eğitimi verilirken,

kontrol grubundaki hastalara düz anlatım ve demostrasyon yöntemli ile eğitim verildi. Araştırma süreci boyunca hastaların anksiyete düzeyini belirlemek, stomaya uyumunu ve komplikasyon değerlendirmesi yapabilmek için hastalara 3 farklı zaman diliminde ziyaret yapılarak hasta takibi sonlandırıldı.

**Bulgular:** Çalışmamızda hastaların tüm değişken gruplarında Durumluk--Sürekli Kaygı ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği, girişim ve kontrol grubu hastalarında orta düzeyde anksiyete görüldüğü; Girişim grubunun Ostomi Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamalarını, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu; Girişim grubunun Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeks (OCSI) total puan ortalamasının kontrol grubu hastalarına göre daha düşük olduğu belirlendi.

**Sonuç ve Öneriler:** Stoma cerrahisi uygulanan hastalara, cerrahi süreçte verilen video destekli stoma bakımı eğitiminin ameliyat sonrası dönemde hastaların anksiyete düzeyini etkilemediği, her iki hasta grubunda da orta düzeyde anksiyete görüldüğü; girişim grubu hastalarında ostomi uyum ölçeği genel puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubu hastalarına göre daha düşük olduğu, ve girişim grubu hastalarının zamanla ostomi uyumunun azaldığı, girişim grubu hastalarının pittman ostomi komplikasyon şiddet indeks puan ortalamasının kontrol grubu hastalarına göre daha düşük olduğu belirlendi. Sonuç olarak; stomalı hastalara verilen video destekli stoma bakım eğitimi komplikasyonları azaltmada etkili olduğu görüldü. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların anksiyete düzeyini azaltmak için hastaların dikkatini başka yöne çekerek video eğitim dışında diğer eğitim yöntemlerini de içeren karma eğitim yöntemlerinin kullanılması veya müzik dinletisi, aromaterapi gibi alternatif tedavi yöntemlerinin uygulanması; hastaların stomaya uyumlarını arttırmak için hastalara video destekli stoma bakımı eğitimi ve perioperatif danışmanlığın hastanın kliniğe ilk kabul edildiği andan itibaren başlayarak bütün cerrahi süreçte dinamik olarak devam etmesi ve tekrarlanması, ayrıca hastalara stomanın yeni açıldığı göz önünde bulundurularak hastaların 1., 3. ve 6. ay gibi daha uzun zaman diliminde periyodik olarak takip edilerek uyum düzeylerinin değerlendirilmesi, stomaya ilişkin komplikasyonları değerlendirirken Pittman Ostomi Şiddet İndeksi gibi geçerliliği ve güvenilirliği sağlanan bir ölçüm aracının kullanılarak hasta bakımında ortak bir dil kullanılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta Eğitimi, Komplikasyonlar, Stoma Cerrahisi, Stomaya Uyum.

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF VIDEO-ASSISTED STOMA CARE TRAINING GIVEN TO STOMA PATIENTS ON POSTOPERATIVE ANXIETY, STOMA COMPLIANCE, AND COMPLICATIONS: A RANDOMIZED CONTROLLED STUDY

**Kara Güneş S. Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences, Surgical Diseases Nursing Doctoral Thesis, Aydın, 2023.**

**Introduction:** Colorectal cancer, which is the primary cause of stoma opening in the intestine, has become a problem that increases morbidity and mortality in the world. Stoma surgery is a surgical application that leads to a change in the normal evacuation pattern in patients. Stoma surgery, in addition to being an effective treatment method in maintaining or regaining health, prolonging life span, maximizing organ functions, relieving pain and improving appearance, can cause the individual to experience various physiological, social, psychological and emotional problems. Therefore, patient education and counseling in the surgical process is an indispensable part of patient care and an important nursing initiative.

**Objective:** The aim of this study is to evaluate the effect of video-assisted stoma care training given to patients with stoma on postoperative anxiety, stoma compliance and complications.

**Material and Methods:** This study was conducted in a double-blind randomized controlled experimental type within the scope of doctoral thesis, between January 2021 and September 2022, in the General Surgery Clinics of Aydın Atatürk State Hospital, Aydın State Hospital and Aydın Adnan Menderes University Practice and Research Hospital, in 21 intervention groups (in the post-operative period) who met the sampling criteria. The study was carried out with 42 patients (who received video-assisted stoma care training) and 21 control group. Randomized block randomization method was used to determine the status of the patients in the intervention or control group. Research data were collected with “Patient Diagnosis Form”, “State Continuity Anxiety Scale”, “Stoma Adjustment Scale” and “Pittman Ostomy Complication Severity Index”. In the postoperative period, video-assisted stoma care training was given to the patients in the intervention group, while the patients in the control group were trained with



plain lecture and demonstration methods. During the research process, patients were visited in 3 different time periods in order to determine the anxiety level of the patients, to evaluate their compliance with the stoma and to evaluate complications.

**Results:** In our study, the State-Trait Anxiety scale scores of the patients in all variable groups did not show a statistically significant difference, and moderate anxiety was observed in the intervention and control group patients; The intervention group's overall total score on the Ostomy Adjustment Scale and the sub-dimension mean scores were lower than those of the control group; It was determined that the Pittman Ostomy Complication Severity Index (OCSI) total score average of the intervention group was lower than that of the control group patients.

**Conclusion and Suggestions:** It was found that the video-assisted stoma care training given to the patients who underwent stoma surgery during the surgical process did not affect the anxiety level of the patients in the postoperative period, and moderate anxiety was observed in both patient groups; It was determined that the overall ostomy compliance scale mean score and sub-dimension mean score of the intervention group patients were lower than the control group patients, and the ostomy compliance of the intervention group patients decreased over time, and the pittman ostomy complication severity index score average of the intervention group patients was lower than the control group patients. In conclusion; Video-assisted stoma care training given to patients with stoma was found to be effective in reducing complications. In line with these results, in order to reduce the anxiety level of the patients, the use of mixed education methods including other education methods other than video education by diverting the attention of the patients or the application of alternative treatment methods such as music concerts and aromatherapy; In order to increase the compliance of the patients with the stoma, the video-assisted stoma care education and perioperative counseling to the patients should be continued and repeated dynamically throughout the surgical process starting from the first admission of the patient to the clinic, and also considering that the stoma was newly opened to the patients in the 1st, 3rd and 6th months. It is recommended to use a common language in patient care by using a measurement tool with validity and reliability, such as the Pittman Ostomy Severity Index, while evaluating the complications related to stoma.

**Key Words:** Adaptation to Stoma, Complica, Patient Education, Stoma Surgery.

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Yunanca kökenli bir kelime olan “stoma”, ağız ya da açıklık anlamına gelmektedir (Ahmad ve diğerleri, 2013). Stoma, ağız veya ağız benzeri kısım; abdominal yüzeye getirilen tüp şeklindeki organın dışa yapay açılımı olarak tanımlanmaktadır (Öztürk ve Karadağ, 2019). Gastrointestinal ve üriner sistemdeki organlardan herhangi birisinin bir nedene bağlı olarak geçici ya da kalıcı süre ile cilde (beden dışına) ağızlaştırılması stoma olarak adlandırılır (Özaydın ve diğerleri, 2013). Ostomi ise, gaita ve idrarın stoma yoluyla dışarıya doğru yönlendirilmesini sağlamak amacıyla uygulanan cerrahi girişim olarak tanımlanabilir (Baysan ve diğerleri, 2019). En sık görülen ostomi türlerinden ileostomi, ince bağırsağın cilde ağızlaştırılması, kolostomi ise; kalın bağırsağın cilde ağızlaştırılması olarak tanımlanmaktadır (Vural ve Erol, 2013; Recalla ve diğerleri, 2013).

Stoma cerrahisi uygulanmasını gerektiren en önemli nedenlerin başında kolon ve rektum kanseri yer almakta olup, diğer nedenler bağırsak tıkanması crohn hastalığı, ülseratif kolit, enflamatuvar bağırsak hastalığı, konjenital bağırsak anomalileri, kalın bağırsakta kontrol edilemeyen kanama, bağırsak yaralanması, bağırsak iskemisi, divertiküler bağırsak hastalıkları mesane ve omurilik travmaları olarak sıralanabilir (Duluklu, 2018; Baysan ve diğerleri, 2019). Karadağ ve diğerlerinin (2015) araştırmasında; 70 hastanın %57,1'inin kansere, travmaya, polip varlığına veya Crohn hastalığına bağlı olarak kalıcı kolostomiye sahip oldukları belirtilmektedir.

Kolorektal kanserler (KRK), Türkiye’de ve Dünya’da morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir halk sağlığı sorunudur (Arslantaş ve Karahan, 2019). Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde, dünya nüfusundaki artış ve nüfusun yaşlanması sonucu tahmini olarak 2025 yılında toplam 19,3 milyon yeni kanser vakasının olacağı öngörülmektedir (Kara ve Eti Aslan, 2017).

Kanserlerin tedavisinde genellikle primer tedavi cerrahidir ve ek olarak hastalara kemoterapi, radyasyon terapisi tedavileri de uygulanabilmektedir. Kolorektal kanserlerin cerrahi tedavisinde çoğunlukla hastalara stoma açılmaktadır (Kaya ve Aygin, 2020). Cerrahi

prosedür, tümör tarafından etkilenen bölgenin ve bağırsağın etkilenen kısmının çıkarılmasını içerir, Günümüzde kolorektal kanserler ve diğer nedenlere bağlı olarak stoma cerrahisi uygulanan, stoma ile yaşamını devam ettiren birey sayısı giderek artmaktadır (Çevik ve diğerleri, 2020). Kolorektal kanser insidansı, Türkiye veri tabanlarına göre 100.000 erkekte 25,1 ve kadında 14,7'dir (WHO, 2021; Yücel ve diğerleri, 2014). Ayrıca yine aynı verilere göre tüm kanser türleri içinde her iki cinsiyette ve tüm yaş gruplarında %20,6 ile 4. sırada, erkeklerde %26,2 ile 3. sırada, kadınlarda %16,2 ile 3. sırada bildirilmektedir (WHO, 2022).

Kolorektal kanserler için cerrahi tedavi, günümüzde tedavi edici olma özelliğini korumaktadır ve tedavinin içeriğini, geçici veya kalıcı olarak uygulanan stoma cerrahisi ya da anastomoz (kolonun rektumun yeniden bağlanması) cerrahisi oluşturmaktadır (Dong ve diğerleri, 2017; Wendel ve diğerleri, 2014).

Sağlığı sürdürülmek veya yeniden kazandırmak, yaşam süresinin uzatmak, organ fonksiyonlarının en üst seviyeye çıkarmak, ağrıyı gidermek ve görünümü düzeltmek amacıyla uygulanan kolorektal cerrahi girişimler, etkin bir tedavi yöntemi olmakla birlikte, bireyin beden imajını etkileyen, var olan alışlagelmiş boşaltım sisteminin değişimiyle olumsuz sonuçlara da yol açabilen uygulamalardır (Karakurt ve Fındık, 2019; Çakır ve Çelik, 2019). Andersson ve diğerlerinin (2010) yaptıkları nitel araştırmada; hastalar kolostomiye sahip olmanın onlarda üzüntü ve korkuya neden olduğunu ve stomanın onlara yeni bir yaşam şansı sunduğunu ancak dışkı sızması veya istemsiz gaz çıkarma nedeniyle kaygı duydukları belirtilmektedir.

Kolorektal cerrahi hastalarında ameliyat sonrası stoma açılış veya açılmasın hastalar fizyolojik, sosyokültürel ve psikolojik birçok sorunla karşılaşmaktadır. Kolorektal cerrahi girişim uygulanan hasta ve yakınlarının ameliyat sonrası dönemde kaygılarını en aza indirmek, tedavi sürecine uyumunu sağlamak ve ameliyat sonrası bakım ve evde bakım döneminde karşılaşılabilecekleri sorunlarla baş etme mekanizmalarını geliştirerek olabilecek komplikasyonları önlemek amacıyla hemşirelik eğitim ve danışmanlık hizmetleriyle desteklenmesi çok önemlidir (Altıntaş ve Vural, 2017).

Günümüzde bilim ve teknolojiadaki hızlı değişimler bilgi üretiminde de hızla artışa yol açmaktadır. Cerrahi süreçte hastaların tedavi ve bakımlarına etkin ve aktif olarak katılımlarını sağlamada temel araç eğitimidir. Başka bir ifadeyle hasta eğitimi sağlıkla ilgili sorunları belirleyerek, sağlığı geliştirme davranışları kazandırarak bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve emosyonel olarak tam bir iyilik halinde olmasını amaçlamaktadır. Ayrıca hasta eğitiminin sağlık yönetimindeki önemi de unutulmamalıdır (Targan, 2019).

Cerrahi süreçte hasta eğitimi, hasta bakım ve yönetiminin vazgeçilmez bir parçası ve önemli bir hemşirelik girişimidir. Literatürü incelediğimizde, Türkiye’de ve Dünya’da yapılan araştırmalar, cerrahi süreçte hastalara verilen eğitimin anksiyete ve ağrıyı azaltmada pozitif etkilerinin olduğu belirtilmektedir. Cerrahi süreçte eğitim ve danışmanlık hizmeti alan hastaların almayan hastalara göre daha az analjeziye, sedasyona ve antiemetik ilaçlara ihtiyaç duydukları, ameliyat sonrası dönemde hastanede yatış süresinin kısaldığı ve daha erken taburculuk kararı alındığı bildirilmektedir. Ayrıca planlı hasta eğitimi ile hastaların bilgilendirilmesi ve taburculuğu için ayrılan süre de azalmaktadır. Bu durum cerrahi sürecin her aşamasında planlı prosedürlerin uygulanmasının önemini vurgulamaktadır. Cerrahi sürecin her aşamasında hastaların bilgi gereksinimlerinin olduğu, hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin önemi bilinmektedir. Hastaların ihtiyaç duydukları bilgiler, öncelik sıralamasına uygun hemşirelik bakımın ve bu sıralamanın doğru belirlenmesi, hastaya verilecek taburculuk eğitiminin de doğru planlanmasına ve eğitimin etkinliğinin sürekli değerlendirilmesine imkan sağlayacaktır. Hastalara eğitim verilirken, hastalık değil hasta merkezli yaklaşımla ve eğitimler bireye özgü planlanarak verilmelidir. Verilmesi planlanan eğitimlerde; hastaların kişisel değerleri, sahip olduğu özellikler, aile ve çevresi, hastalığı algılama biçimi, hastalığa bakış açıları, daha önceki hastalık ve hastane girişimleri göz önünde bulundurulmalıdır (Öztürk, 2013; Yıldız, 2015; Şahin ve diğerleri, 2015; Ünal, 2018).

Cerrahi süreçte hastalar ve yakınları, hastalığın ve uygulanacak tedavinin seyri, dikkat etmesi gereken kurallar, tedavinin istenmeyen etkileri ve gelişebilecek komplikasyonlarla ilgili bilgiye sahip olmak isterler. Bu nedenle planlanan eğitimlerde bireylerin öğrenim biçimleri, sağlık okuryazarlığı ve sahip olduğu kültürel değerler dikkate alınmalı, verilen eğitimin anlaşılabilirliği konusunda geri bildirim alınmalıdır. Yapılan araştırmalarda etkin yapılan sözel hasta eğitiminin, taburculuk sonrası hastaların bakım yeteneklerini geliştirdiği ve morbidite ve mortaliteyi azalttığı belirtilmektedir (Yıldız, 2015).

Stoma cerrahisi uygulanan hastaların, evde bakım döneminde daha az zorluk yaşamaları, minimum anksiyete düzeyi ve hastaneye geri yatışları önlemek amacıyla planlı taburculuk eğitimi verilmesi önerilmektedir. Planlı taburculuk eğitimi, ameliyat olan hastaların iyileşme süreçlerini olumlu yönde etkilemekte ve ameliyattan sonraki süreçte komplikasyon gelişim riskini minimize etmektedir. Bütün cerrahi prosedürler dahil olmak üzere stoma cerrahisinde de hasta eğitimi hastanın kliniğe ilk başvurduğu andan başlayarak hastanın taburculuğuna kadar ve hatta evdeki bakım sürecini de kapsayacak şekilde dinamik olarak devam etmelidir. Başarılı bir eğitim için ekip çalışması önemlidir. Ekipte bulunan herkes

üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmelidir. Ekibin en önemli parçası olan biz hemşireler, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde hastayla en çok iletişim kuran, zaman geçiren kişi olarak, koordinasyonu sağlama ve hastanın eğitim planlayıp hazırlama ve uygulamada etkin bir role sahiptir (Ünal, 2018).

Sağlık eğitimi sürecinde hemşire, hastaların iletişimini ve anlaşılmasını kolaylaştırmak için bilgi kaynaklarını ve özel materyalleri kullanabilir. Hemşirelik ve sağlık teknolojileri, bakımda açık bir ilerlemeyi temsil eder ve hastalara ve ailelerine sunulan yardımı doğrudan iyileştirir. Bu nedenle, bu kaynaklar, hastaların belirli olayları anlamalarına yardımcı olmak ve hastaların yaşadığı değişikliklere daha hızlı uyum sağlamalarını desteklemek için de yararlı olabilir (Krau, 2015).

Sağlık eğitimi stratejileri, bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığıyla sunulan işbirlikçi uygulamaları ve özerk öğrenmeyi mümkün kılan araçlar gibi çeşitli teknolojik kaynakları içerir. Bu kaynaklar arasında eğitici video, bilgi sağlayan ve eleştirel farkındalığı ve sağlığın teşvikini destekleyen didaktik ve teknolojik bir araçtır. Eğitim videoları, öğrenme ve öğretmedeki uygulanabilirliklerinin önemini gösteren bir dizi pedagojik deneyimde kullanılmıştır ve görüntüler, metin ve ses gibi çeşitli öğeleri tek bir çatı altında birleştirir (Görmez ve Perez, 2013).

McGee ve Peterson (2020) ostomi eğitim videosunu izleterek yaptıkları çalışmalarında, hastaların %50'sinden daha fazlasının ostomi ile sorun yaşadıklarınla kiminle temas kuracağını bilmediği ve çoğunluğunun sosyal bir alana gittiklerinde ostomiyi kabul ettiklerini, hastaların bildirdiği en yüksek güven seviyesinin ostomi torbasının boşaltılmak ve değiştirmek olduğu belirtilirken, hastaların %30'unun ostomi ile ilgili sorunlara bağlı olarak taburcu olduktan sonra acil servise başvurdukları bildirilmektedir.

Dalmolin ve diğerlerinin (2016) yaptığı niteliksel araştırmada, 16 katılımcı (8 hasta, 8 hasta bakımına katılan aile üyesi olmak üzere) ile bir stoma terapi hemşiresi liderliğinde odak grup görüşmesi gerçekleştirildi. Araştırma, ilk olarak, tanışma ve katılımcıları bir araya getirme, ikinci olarak, katılımcıları stoma ve kanserin bakımı ve öz bakımı ile ilgili deneyimleri hakkında konuşmaya teşvik etmek için bir grup diyalogu, son olarak ise katılımcılara stoma açılan hastaların deneyimi hakkında bir giriş, ardından bir aile üyesinin kanser ve yeni yaşam tarzı hakkındaki düşünceleri ile stoma ve stoma torbasının yönetimi, stoma bakım ürünleri ve doğru bakım yöntemlerini içeren eğitici videonun izletildiği 3 aşamadan oluşmaktadır. Çalışmada sonuç olarak, kullanılan sağlık eğitimi videosunun, alışılmış hemşirelik

uygulamalarını geliştirebileceği, stoma torbasının temizlenmesi ve değiştirilmesi de dahil olmak üzere stoma bakımını destekleyebildiği ve yönlendirebildiği için etkili olduğu, ayrıca eğitim videosundaki aileyi cesaretlendirme yaklaşımı, stomalı hastaların kabul, uyum ve bakım sürecini desteklediği ve yaşadıkları sağlık/hastalık bağlamını olumlu yönde değiştirdiği bildirilmektedir.

Crawford ve diğerlerinin (2012) 68 stomalı hasta ile iki eğitim yöntemini karşılaştırdıkları çalışmada, kontrol grubuna stoma bakım hemşireleri tarafından verilen geleneksel eğitim, girişim grubuna ise stoma bakım hemşireleri tarafından verilen geleneksel eğitime ek olarak DVD ile eğitim verildiği ve araştırmanın sonucunda stomalı hastalara ilk kez ameliyat sonrası dönemde öz bakımı öğretirken, hemşire eğitimi artı DVD yönteminin tek başına hemşire eğitimi kadar etkili olduğu bildirilmektedir.

Yapılan araştırmalarda hastaların anlatılanların %20'sini, okuduklarının %40'ını ve multimedya ile %80'ini hatırlayabildikleri bildirilmektedir. Perioperatif sürecin her aşamasında hastanın planlanan cerrahi girişime ilişkin endişe ve kaygıların olumsuz etkilerini azaltmak için literatürde de eğitim ve danışmanlık uygulanması öneriler arasında yer almaktadır. Bu nedenle hasta eğitiminde öğretim sürecinin etkinliğini sağlamak amacıyla çeşitli öğretim yöntemi ve tekniği geliştirilmiştir. Hasta eğitiminde sözel anlatıma ek olarak eğitimin görsel içeriklerle de desteklenmesi önem kazanmakta ve günümüzde tüm yöntemlerin kombine kullanılmasında artış görülmektedir. (Öztürk, 2013; Yıldız, 2015).

Teknolojinin bir unsuru olan videolar, ses kayıtlarının ve görsel nitelikli gelişmiş stoma bakım ürünlerinin kullanılması ile stoma cerrahisi geçiren bireylerin stoma bakım becerisini öğrenmesini ve bireylerin kendilerini yeterli hissetmelerini kolaylaştıran teknolojik uygulamalardır. Video destekli eğitim, görsel ve işitsel verilerle aktarılanı somutlaştırması, gerçek hayatla ilişkili senaryoların daha kolay aktarılması ve birden fazla duyuya hitap etmesi açısından son derece önemli bir yöntemdir (Özdemir, 2019).

Literatürde stomalı hastaların uyum ve kaygı düzeyini inceleyen birçok tanımlayıcı çalışma bulunurken, hastalara video eğitim verilerek stoma bakımı bilgi ve beceri geliştirme ve eğitimin uyum, anksiyete ve komplikasyonlara etkisini değerlendiren çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle literatürdeki çalışmalardan farklı olarak stomalı hasta ve ailelerine mevcut deneyimle başa çıkmaları için ihtiyaç duydukları bilgi, beceri ve özgüveni sağlamak amacıyla, bir eğitim etkinliği geliştirmek, doğrulamak, uygulamak ve değerlendirmek üzere bir eğitim videosunu hazırladık. Bu eğitim videosu, stoma bakımına yönelik bilgi kaynağı

olan, hasta ve aileleri güçlendiren ve onları bu yeni durumunu kabul etmeye teşvik eden bir kaynak olarak tasarlandı.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Stoma cerrahisi geçiren hastalara stoma bakımı beceri eğitiminde video destekli öğretiminin kullanıldığı çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu çalışmanın amacı, stomalı hastalara verilen video destekli stoma bakımı eğitiminin ameliyat sonrası anksiyete, stomaya uyum ve komplikasyonlara etkisini belirlemektir.

## **1.3. Araştırmanın Hipotezleri**

Araştırmamızda test edilen araştırma hipotezleri aşağıda belirtilmektedir.

**H1:** Stomalı hastalara verilen video destekli stoma bakımı eğitimi ameliyat sonrası dönemde anksiyeteyi etkiler.

**H2:** Stomalı hastalara verilen video destekli stoma bakımı eğitimi ameliyat sonrası dönemde stomaya uyumu etkiler.

**H3:** Stomalı hastalara verilen video destekli stoma bakımı eğitimi ameliyat sonrası dönemde komplikasyonu etkiler.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kolorektal Kanseler

Sindirim sisteminde sıklıkla karşılaşılan kanser türü olan kolorektal kanser (KRK), kolonun bölümlerinde ve rektumda oluşan kanser türüdür (Öztürk Kaynar, 2016). KRK, kökenini kolon mukozasını kapsayan epitel hücrelerden almaktadır (Sütsünbüloğlu, 2021). KRK, yüksek insidans, artan morbidite ve mortalite, aynı zamanda tedavisinin yüksek maliyetli olması gibi nedenlerden dolayı Türkiye ve Dünya genelinde önemi giderek artan bir halk sağlığı sorunudur (Ertem ve diğerleri, 2022). Bununla birlikte Ülkemizde ve Dünya’da sık görülen risk faktörlerinin kontrol altına alınması ile önleneyen ve erken tanı konulması ile tedavi edileeyen bir hastalıktır (Saruhan, 2022).

### 2.2. Türkiye’de ve Dünya’da Kolorektal Kanseler

Tüm dünyada ağır seyri olan hastalık türlerinden ve ölümlerle sonuçlanan kanser çeşitlerinden birisi olan kolorektal kanserlere bağlı mortalite ve morbidite oranları dünyanın çeşitli bölgelerinde farklılık göstermektedir (Ünal ve diğerleri, 2019). KRK, insan yaşamını fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve emosyonel açıdan etkilemektedir. Literatürdeki araştırmalarda, dünya nüfusundaki yaşlanma ve nüfusun hızla artması sonucu 2025 yılında toplam 19,3 milyon yeni kanser vakası olacağı tahmin edilmektedir (Kara ve Eti Aslan, 2017). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) verilerine göre KRK, dünya genelinde kansere bağlı ölümlerin %9,4’ünü oluşturmakta ve kansere bağlı ölümlerin en yaygın ikinci nedenidir (WHO, 2021).

Dünya sağlık örgütü uluslararası kanser araştırmaları 2020 verilerine göre dünya çapında tüm kanser türleri içindeki yeni vakaların oranı, her iki cinsiyette ve tüm yaş gruplarında %19,5 ile 4. sırada, erkeklerde %23,4 ile 3. sırada, kadınlarda ise %16,2 ile 2. sırada gösterilmektedir. Kolorektal kanser insidansı, Türkiye veri tabanlarına göre 100.000 erkekte 25,1 ve kadında 14,7’dir (WHO, 2021). Ülkemizde ise yine aynı verilere göre tüm kanser türleri içinde her iki cinsiyette ve tüm yaş gruplarında %20,6 ile 4. sırada, erkeklerde %26,2 ile 3. sırada, kadınlarda ise %16,2 ile 3. sırada bildirilmektedir (WHO, 2022). KRK insidans ve



mortalite oranları, sosyoekonomik durum, genetik, beslenme ve çevresel faktörler gibi etkenlere bağlı olarak ülkeler arasında farklılık göstermektedir (Erçolak, 2016; Thanikachalam ve Khan, 2019).

KRK insidansının en yüksek olduğu bölgeler; Avusturya-Yeni Zelanda, Avrupa ve Kuzey Amerika'dır. İnsidansın en düşük olduğu ülkeler ise; Çin, Hindistan ve Afrika'dır (Tak ve diğerleri, 2017). Yaşla birlikte hastalık görülme hızının arttığı (85 yaş üzerinde en yüksek) ayrıca ailede kolon kanseri öyküsü olan ve polip bulunan kişilerde daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Çelik, 2021). KRK gelişiminde sosyokültürel faktörlerin (siyah ırkta beyaz ırka göre daha fazla görülmesi) ve sosyoekonomik durumun (gelir düzeyi yüksek olanlarda düşük olanlara göre daha fazla görülmesi) etkili olduğu ve kentsel alanlarda yaşayanların kırsal alanlarda yaşayanlara oranla KRK insidansının daha fazla olduğu da bildirilmektedir (Bray ve diğerleri, 2018; Saruhan, 2022). Ayrıca kültürler arası beslenme tarzındaki değişimlerin kolorektal kanser insidansının coğrafi bölgelere göre farklılık göstermesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Tak ve diğerleri, 2017).

### **2.3. Kolorektal Kanselerde Etiyolojik Faktörler**

KRK etiyojisinde etkili olan çevresel ve genetik faktörlerin KRK gelişme riskini arttırdığı bilinmektedir. Genetik faktörler KRK riskini en fazla tetikleyen etken olsa dahi, farklı risk faktörlerinin de KRK gelişiminde etkili olabileceği bildirilmektedir (Çakır, 2019). Bireylerin yaşam tarzı ve alışkanlıklarıyla ilgili birçok faktörün KRK ile ilişkili olduğu görülmektedir (Yılmaz ve Emre, 2021). Kolorektal kanserlerin oluşmasında etkili risk faktörlerinin bilinmesi, tarama, tedavi ve kontrol programlarında büyük öneme sahiptir. KRK gelişiminde birçok risk faktörü bulunmakla birlikte, bütün risk faktörleri tam olarak bilinmemektedir. KRK risk faktörlerinin başlıcaları arasında, 50 yaş ve üzerinde olmak, kolon ya da rektumun iç duvarında polip bulunması, ailede KRK öyküsünün olması, ülseratif kolit veya Chron hastalığı, kalıtsal deformiteler, sigara ve alkol kullanım öyküsü, kırmızı etten zengin beslenme ve obezite olarak sıralanabilir (Akyüz, 2016; Genç, 2019).

İyi huylu adenomatöz poliplerin genellikle 10 yıl ve üzeri bir süreçte kanserleşmesi sonucu kolorektal kanserler oluşur. Poliplerin 5 mm'den küçük olması invaziv malignite riskini sıfırlarken, 1 cm'den büyük olması adenomlarda 10 yılda malignite gelişme oranı %15'e

çıkarmaktadır. Bireyler konjenital olarak mutant genlere sahip ise adenom oluşumu ve adenomların karsinoma dönüşümü daha hızlı olur. Bu kanserlere örnek olarak Familial Adenomatöz Polipozis (FAP) ve Herediter Nonpolipozis Kolorektal Kanser (HNPCC) gösterilebilir (Koç, 2014; Polat, 2015).

Kanser morbiditesini arttırmada adenomların sayısı ve boyutu, adenomların yapısal villöz komponentlerinin fazla olması gibi özellikler etkilidir. Kolorektal kanserlerin gelişiminde etkili olan etiyolojik faktörler geniş bir yelpazeye sahip olup bu faktörler Şekil 1 de belirtilmektedir (Koç, 2014; Genç, 2019).

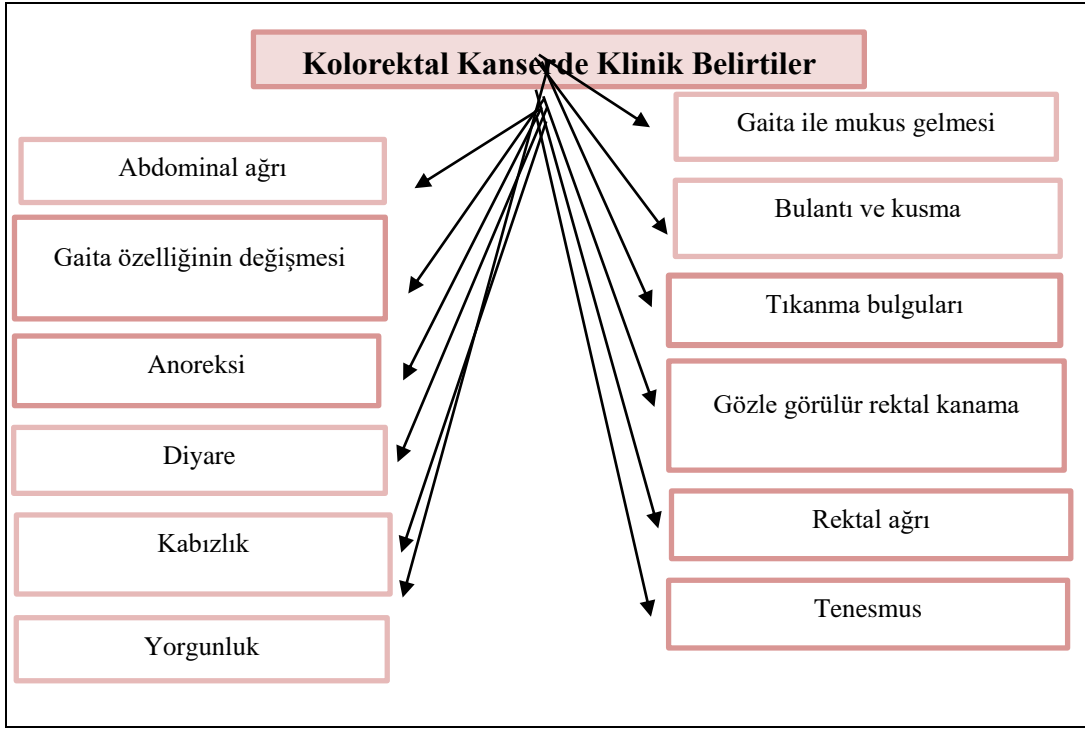
KRK Türkiye’de ve Dünya’da görülme sıklığı açısından ilk üç sırada yer alan KRK, genellikle yaşlı toplumlarda görülmektedir. KRK risk oranı 40 yaşın üzerindeki kişilerde her dekatta iki kat artmaktadır. KRK de erken teşhis hayat kurtarıcı olmanın yanı sıra önemi tartışılmazdır. Ancak hastalara erken teşhis konabilmesi için hastalık belirtilerinin başlaması gerekir. Farklı çalışmalarda KRK varlığını gösteren genellikle 10-15 adet belirti bildirilmektedir. Bu belirtiler Şekil 2 de sıralanmaktadır.

Bireylerin diyare, konstipasyon ve gaita özelliğinin değişmesi literatürde, barsak alışkanlığında değişiklik” olarak tanımlanmaktadır. Anemi, çoğunlukla hastalarda ilk karşılaşılan bulgudur. Diğer bulgular ise kilo kaybı ve gaitada gizli kanın (GGK) görülmesidir. KRK tanılama aşamasında anemi gözden kaçmaması gereken önemli bir bulgudur.

Gizli rektal kanama ve abdominal kitle gibi hayati semptomların spesifitesinin %95 den fazla olduğu bildirilmektedir. Tenesmus; rektal kanserlerin pelvik taban kaslarını tutmasına bağlı, obturator veya siyatik sinir tutulumu sonucu nöropatik ağrı sendromuna bağlı olarak görülebilmektedir. Hematokezya kolon kanserine oranla rektal kanserlerde daha sık olmaktadır. Demir eksikliği anemisi, genellikle gecikmiş tanılamada kan kaybı sonucunda gelişmektedir. Gizli kolonik kanama, evreden bağımsız olarak bölgesel tutulumla bağlı ortaya çıkmaktadır. Çekum ve çıkan kolon tümörlerinde, kolonun diğer bölümlerinin tutulumlarına göre günlük kan kaybı daha fazla miktarda olmaktadır. Bağırsak alışkanlıklarındaki değişiklik daha çok sol kolon tutulumlarında ortaya çıkmaktadır. Kolorektal kanserlerin diğer olası belirtileri ise; abdominal distansiyon, bulantı, kusma, kilo kaybı, halsizliktir. KRK, hastaların yaklaşık %20’sinde uzak metastaza bağlı belirtiler ile ortaya çıkmaktadır. Ayrıca KRK’de intraabdominal, retroperitoneal ya da abdominal duvar absesi nedeniyle odağı bilinmeyen ateş görülebilir (Öztürk Kaynar, 2016).

<b>KRK Gelişiminde Etiyolojik Faktörler</b>	
<p><b>Genetik Risk Faktörleri ve Genetik Yatkınlık:</b> Kolorektal kanser riskinde belirgin artışa neden olan bazı genlerdeki mutasyonlardan bahsedilmektedir. Kolorektal kanserler kalıtsal ise bireyler mutant genlerle dünyaya gelir. Bazı durumlarda çevresel etkenlere bağlı olarak doğumdan sonra da gelişebilir. KRK olgularının %5'i genetik yatkınlığa dayandırılmaktadır. KRK oluşumuna neden olan en yaygın genetik duyarlılık sendromu, Lynch sendromu olarak bilinmektedir.</p>	<p><b>Cinsiyet:</b> Cinsiyete göre KRK riski erkeklerde kadınlardan %60 daha yüksektir ve inflamatuvar barsak hastalığı tanısından 40 yıl sonra kümülatif KRK görülme sıklığı erkekler için %8,3 iken kadınlarda bu oran %3,5'tir.</p>
<p><b>Beslenme ile İlişkili Risk Faktörleri:</b> Doymuş veya doymamış yağ oranı yüksek ve az lifli beslenme, yoğun olarak alkol, sigara, şekerli besinlerle ve sık beslenmek, işlenmiş et ürünlerini fazla tüketmek KRK gelişimini arttıran faktörlerdendir. KRK riskini azaltan faktörler ise, kalsiyum, selenyum, A, C, E vitaminleri ve karotenoidler içerikli beslenmedir.</p>	<p><b>Coğrafi Farklılıklar:</b> Kolorektal kanserin dağılımı bölgesel farklılıklar göstermekte olup, kolorektal kanser görülme oranları siyahi erkek ve kadınlarda yüksek iken Asya ve Pasifikli kadın ve erkeklerde oran daha düşüktür.</p>
<p><b>Yaş:</b> KRK insidansının ve ölüm oranlarının diğer kanser türlerinde olduğu gibi yaşla birlikte arttığı bilinmektedir. Buna bağlı olarak yaş, KRK morbidite ve mortalitesini etkileyen önemli bir risk faktörüdür. Yeni KRK olgularının %90'dan fazlası ve KRK'ya bağlı ölümler, 50 yaşın üzerindeki insanlarda meydana gelmektedir. İnvaziv kolorektal kanserler en çok 60-70 yaşlar arasında görülmektedir. Bu nedenle risk grubunda bulunan 50 yaş üzerindeki hastalarda rutin taramalardan geçmesi önerilmektedir.</p>	<p><b>Aile Öyküsü:</b> Ailesinde kolorektal kanserli birey olan kişilerde kolorektal kanser gelişme riskinin 1,5-2 kat arttığı tahmin edilirken, güçlü kanıtlar olmamasına rağmen 2. ve 3. derece akrabalarında kolorektal kanserli birey olan kişilerde kanser görülme riskinin 2-3 kat arttığı düşünülmektedir.</p>
<p><b>Etnik Köken:</b> Kolorektal kanserlerin büyük çoğunluğu ırk / etnik gruplar ile anlamlı çeşitlilik göstermektedir.</p>	<p><b>Sağlık Öyküsü:</b> Kolorektal kanserlerin çoğunluğu daha önce var olan adenomlardan kaynaklanmakta olup, kolorektal hastalık ya da inflamatuvar barsak hastalık öyküsü anlamlı olarak KRK riskini arttırmaktadır. Kolorektal polip varlığı kolorektal kanser gelişimi açısından en önemli risk faktörüdür.</p>
<p><b>Sigara ve Alkol Tüketimi:</b> Önlenebilir bir risk faktörü olan sigara içimi, KRK dahil birçok kanser tipi ile ilişkilidir. Sigara içme öyküsü olan bireylerde tarama programlarına daha erken yaşta başlanması önerilmektedir. Alkol tüketiminin de KRK riskini artırıcı yönde etkisi bulunmaktadır.</p>	<p><b>Diyabet:</b> Diyabet ve artmış KRK riski arasındaki ilişki giderek güçlenmektedir. Diyabetli bireyler ve diyabetli olmayan bireyler karşılaştırıldığında, sigara içiciliği, obezite, fiziksel aktivite ve diğer risk faktörleri kontrol altına alındıktan sonra kolon ve rektum kanser riskinin diyabetli bireylerde daha fazla olduğu bilinmektedir. Kronik insülin kullanımının diyabetli bireylerde kolorektal kanser riskini artırabileceği bildirilmektedir.</p>
<p><b>Fiziksel Aktivite:</b> Kolon kanseri riskini arttıran önemli risk faktörlerinden bir diğeri fiziksel inaktivitedir. Fiziksel aktivite, bel çevresi, bel-kalça oranı ile KRK riski arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır.</p>	<p><b>Diyet:</b> Kırmızı veya işlenmiş et tüketimi birçok çalışmada KRK riskini arttırdığı, özellikle pişirme yöntemi ve süresi çok önemli olup is ve duman ile temas etmiş, yanmış ve yüzeyi koyu kahverengi ise selim ve malign KRK gelişimi için risk faktörüdür. Dünya Kanser Araştırması Vakfı/Amerikan Kanser Araştırması Enstitüsü diyet lifi, özellikle kahvaltılık gevrekler ve tam tahıl içeren besinlerin tüketiminin KRK'ya karşı koruyuculuğu olduğunu bildirmektedir.</p>
<p><b>Obezite :</b> Tüm dünyada obezite görülme sıklığı giderek artmakta ve büyük bir tehdit oluşturmaktadır.</p>	<p><b>İlaçlar ve Yan Ürünler:</b> Tedavi amaçlı kullanılan Post-menapozal hormonlar, kardiyovasküler hastalıklarda kullanılan statinler ve osteoporozda kullanılan bifosfonatlar gibi belirli ilaçlar da KRK'ya karşı koruyucu olabilmektedir.</p>

**Şekil 1.** KRK Gelişiminde etiyolojik faktörler (Akman, 2016; Genç, 2019; Duluklu, 2018; American Cancer Society 2014).



**Şekil 2.** Kolorektal kanserde klinik belirtiler (Genç, 2019).

#### 2.4. Kolorektal Kanserlerde Taramanın Önemi

Ölüm oranı yüksek olan hastalıklar arasında yer kanser, günümüzde sürekli gelişim gösteren teknolojiye, kanserden korunma, erken tanı ve tedavi ile ilgili araştırmalar yapılmasına rağmen önlenememektedir (Genç, 2019). Kolorektal kanserlerin gelişim seyri yavaş olup semptomatik hâle geldikleri zaman ise hastalık genellikle ileri evreye ulaşmıştır. Hastalığın prognozunu etkileyen en önemli etkenlerden biri tanı anındaki evredir. Lokalize hastalık evresinde beş yıllık sağ kalım %93 iken, ileri evre kanserlerde bu oran %8'i geçmemektedir. Semptom olmayan hastalarda kolorektal kanseri tanımak için, toplumun bilinçlendirilmesi ve KRK tarama testlerinin uygulanması gereklidir. Yapılan tarama testleri ile erken evre kanseri ya da prekanseröz lezyonun saptanma ihtimali yüksektir. Literatürdeki araştırmalar, tarama ve izlemin mortaliteyi azalttığını göstermektedir (Sancaktar ve Tuncer, 2021).

Günümüzde kanseri önleme ve kontrol altına almada en önemli stratejinin korunma ve erken teşhis olduğu bilinmekle birlikte koruyucu sağlık hizmetleri açısından KRK birinci basamak sağlık kurumlarında çok önemli bir yere sahiptir. KRK, aile öyküsü ve diğer risk faktörleri gibi bireysel risk değerlendirmesinin etkin olarak yapılması ve dışkıda gizli kan testi,

sigmoidoskopi, kolonoskopi vb. tetkikleri içeren etkili tarama yöntemleriyle erken evrede tanılanabilen ve tedavisi mümkün olan bir hastalıktır. Kolorektal kanserlerin prognozunun yavaş seyrine bağlı olarak aile hekimlerinin KRK vakalarını tespit etme ihtimalleri yüksektir (Sancaktar ve Tuncer, 2021).

KRK tarama programlarında amaç, KRK’i erken evrede tespit etmek, hastalık morbidite ve mortalitesini azaltmaktır.

KRK Taramalarında Kullanılan Yöntemler
-Gaitada Gizli Kan Testleri (GGK),
-Fekal DNA Testi,
-Sigmoidoskopi,
-Kolonoskopi,
-Bilgisayarlı Tomografi
-Kolonografi
-Kapsül Endoskopi

**Şekil 3.** KRK Taramalarında kullanılan yöntemler (Genç, 2019).

Kolorektal kanserlerle ilgili bilinen gerçeklerden biri, erken evrede teşhis edilen kolorektal kanser olgularının tedavilerinin mali yükünü azaltmak ve böylelikle ülke ekonomisine yüksek oranda katkı sağlamasıdır. Ülkemizde sağlık altyapısı ve imkanları ve bölgesel farklılıklara rağmen her bölgede uygulanabilen en ideal tarama yöntemi, iki yılda bir uygulanması gereken GGK ve 10 yılda bir yapılması önerilen kolonoskopi yöntemleridir (Genç, 2019).

Batı toplumlarında yaygın olarak kullanılan KRK tarama programları maalesef ülkemizde yaygın kullanılmamaktadır. Bu durumun başlıca nedenleri arasında, KRK ile ilgili bilgi eksikliğinin olması, yanlış sağlık inanç ve tutumları yer almaktadır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının vazgeçilmez parçası olan biz hemşirelerin KRK’nın önlenmesinde bireylerin farkındalık sahibi olmasını sağlama ve bireylerin KRK hakkındaki sağlık inançlarını göz önüne alarak, risk, engel ve yarar gibi sağlık algılarının değiştirilmesinde büyük role sahip olduğu unutulmamalıdır (Genç, 2019).

## 2.5. Kolorektal Kanserlerin Evrelendirilmesi

Kolorektal kanserli hastalarda etkin bir hasta anamnezi, fiziksel muayene, laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemleri ile tanılama yapılır. Kolonoskopi, rektoskopi ve biyopsi ile kanser tanısı kesinleştirildikten sonra evrelendirme yapılır. KRK’de evrelendirme hastaya etkin tedaviyi uygulamada oldukça önemlidir. Hastalığın vücuttaki yayılımı primer olarak Pozitron emşyon tomografisi (PET), bilgisayarlı tomografi (BT) ve cerrahi eksplorasyon ile belirlenir. Tümör evreleme yaşam süresinin belirlenmesinde çok önemlidir. Evrelemede günümüzde sıklıkla kullanılan üç sınıflandırma sistemi bulunmaktadır; eski evreleme sistemlerinden Dukes Sınıflandırması (Şekil 4), ve bunun Astler-Coller Modifikasyonu (Şekil 5) kullanılmaktaydı. Günümüzde Amerikan Kanser Ortak Komitesi (AJCC; American Joint Committee on Cancer) ve Uluslararası Kanserle Savaş Birliği’nin (IUCC; International Union for Cancer Control) oluşturduğu TNM sınıflandırılması kullanılmakta olup tedavi kararları bu sınıflamaya göre verilmektedir (Şekil 6) (Akman, 2016).

<b>Evre A</b>	Tümör kolon duvarında sınırlı, muskularis propriayı aşmamış
<b>Evre B1</b>	Tümör tüm kolon duvarını tutup muskularis propriayı uzanmış, penetre etmemiş. Lenf bezi tutulumu yok.
<b>Evre B2</b>	Tüm duvarı tutmuş len nodu tutulumu yok
<b>Evre C1</b>	Bölgesel lenf bezlerinde metastaz yok
<b>Evre C2</b>	Mezenterik kan damarları etrafındaki lenf bezlerinde metastaz mevcu
<b>Evre D</b>	Uzak metastaz

**Şekil 4.** 1936 Dukes sınıflaması (Akman, 2016).

<b>Evre A</b>	Tümör mukozada sınırlı
<b>Evre B1</b>	Tümör submukozaya sınırlı, lenf bezi invazyonu yok
<b>Evre B2</b>	Tümör kas tabakasına sınırlı, lenf bezi invazyonu yok
<b>Evre C1</b>	Tümör barsak duvarını aşmadığı halde lenf bezi metastazı mevcut
<b>Evre C2</b>	Tümör barsak duvarını aşmış ve lenf bezi metastazı mevcut

**Şekil 5.** Astler-Coller sınıflaması (Akman, 2016).

<b>PRİMER TÜMÖR (T)</b>
Tx: Primer tümörü bilinmeyen T0: Primer tümör yok Tis: Karsinoma insitu T1:Tümör submukozaya invaze T2:Tümör muskularis propriaya invaze T3:Tümör subseroza veya nonperitonealize perikolik dokuya invaze T4:Tümör visseral peritona perforo olmuş veya diğer organ ve dokulara direkt invazyon göstermiş
<b>BÖLGESEL LENF NODÜLLERİ (N)</b>
Nx: Bölgesel lenf nodları değerlendirilememekte N0: Bölgesel lenf nodu metastazı yok N1: Perikolik 1-3 lenf nodunda metastaz N2: Perikolik 4'ten fazla lenf nodunda metastaz N3: Ana arter kökünde lenf nodu pozitifliği
<b>UZAK METASTAZ (M)</b>
Mx: Uzak metastaz varlığı değerlendirilememekte M0: Uzak metastaz yok M1: Uzak metastaz mevcut

**Şekil 6.** TNM sınıflaması (Akman, 2016).

<b>Evrelemenin temel bileşenler;</b>	<b>TNM Sınıflaması</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kanserin başlangıç noktası,</li> <li>- Tümör sayısı ve büyüklüğü,</li> <li>- Lenf nodları yayılımı,</li> <li>-Hücre tipi ve derecesi (kanserin normal hücrelere ne kadar benzediği)</li> <li>-Metastaz varlığı</li> </ul>	<p><b>T</b> tümörü belirtir (boyutu ve ne kadar yayıldığı), <b>N</b> lenf nodlarının (bezlerinin) durumunu belirtir. <b>M</b> ise kanserin metastaz yapıp yapmadığını belirtir. T, N ve M'den sonra gelen bazı rakam ve harfler tümör, lenf nodu ve metastaz ile ilgili ayrıntılar için kullanılmaktadır.</p>

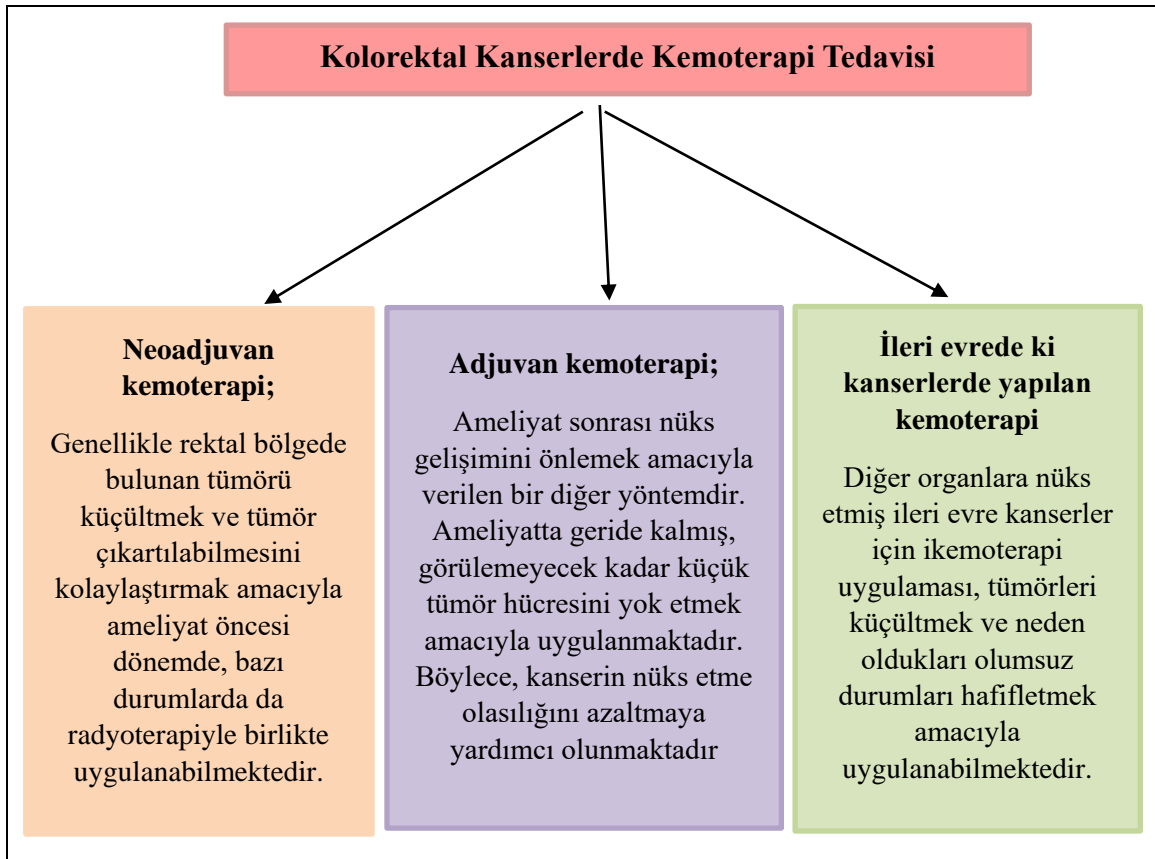
**Şekil 7.** Evrelemenin temel bileşenleri (Akman, 2016).

## 2.6. Kolorektal Kanserlerin Tedavi Seçenekleri

Her iki cinsiyette de yaygın olarak görülen sindirim sistemi kanserlerinden biri olan KRK, erken dönemde belirti göstermeyen bir kanser türüdür. Cerrahi yöntem KRK türünün tedavisinde en sık uygulanan tedavi seçeneği olmakla birlikte radyasyon terapisi ve kemoterapi

de uygulanan diğer tedavi seçenekleridir (Zhang ve diğerleri, 2015; Siegel, ve diğerleri, 2016). KKK tanısı konulan hastaların tedavi düzenlemesi hastalığın evresine göre yapılmaktadır. Kolorektal kanserlerde tedavide amaç, kansere bağlı olabilecek ölümleri önlemek, hastaların yaşam kalitelerini yükseltmektir. Kolorektal kanserlerin tedavisinde tümörün cerrahi yolla eksize edilmesi, destek tedavisi veya adjuvan terapisi sağlanır (Çavdar, 2018; Akyüz, 2016).

### 2.6.1. Kemoterapi ve Yan etkileri



Şekil 8. Kolorektal kanserlerde kemoterapi tedavisi (Akman, 2016; Çakır, 2019).

### 2.6.2. Radyasyon Terapisi ve Yan Etkileri

KRK' de radyasyon terapisi tek başına ya da küratif amaçlı kemoterapi ile birlikte kullanılmasının yanı sıra, palyatif amaçlı olarak da yaygın olarak kullanılmaktadır (Tam ve Wu, 2019; Karadede, 2019). Tümörün tamamen eksize edilemediğinde, lokal nüksü azaltma



amacıyla cerrahi girişimden sonra radyoterapi düşünülebilmektedir (Topçul ve Çetin, 2015). Özellikle rektal bölge tümörlerinde uygulanan radyasyon tedavisi, kolon tümörlerine uygulanan radyasyon tedavisi ile karşılaştırıldığında tedavi edici özelliği daha fazla olabilmektedir. Ameliyat öncesi dönemde yüksek dozda radyoterapi uygulaması, sfinkter fonksiyonunu koruyarak, primer tümörün rezeke edilmesine olanak sağlayabilmektedir (Çakır, 2019). Kolon kanserinde, tümörün tamamen cerrahi rezeksiyonundan önce ya da sonra radyoterapi yapılmasına gerek duyulmamaktadır (Tam ve Wu, 2019). Kolon kanseri için kabul edilmiş bir neoadjuvan tedavi olmamakla birlikte, orta ve ileri evre rektal kanser için, neoadjuvan radyoterapi veya radyoterapi ile kemoterapinin kombine uygulanması, önerilmektedir (Kuipers ve diğerleri, 2015). Radyoterapi tedavisi sıklıkla ciltte tahrişler olmak üzere halsizlik, bulantı, diyare gibi çok fazla yan etkiye neden olduğundan sadece tümör yatağına ve rezeke edilemeyen metastatik lenf nodlarına uygulanmalıdır (Karadede, 2019).

### **2.6.3. Cerrahi Tedaviler ve Hemşirelik Yönetimi**

KRK için cerrahi birincil tedavi yöntemidir ve kolon kanserinde cerrahi girişim barsak dokusunu tümörle birlikte çıkarma işlemidir. Uygulanması planlanan cerrahi girişim, tümörün bulunduğu bölgeye ve kanserin evresine göre değişmektedir ve uygulanan cerrahi de farklılık göstermektedir (Avcı ve Gümüştay, 2018). KRK tanısı erken evrede tespit edilen hastaların, uygulanan cerrahi tedavi sonrasında prognozlarının iyi seyrettiği bildirilmektedir (Haddock, 2017). Uygulanacak cerrahi girişim; tümörün bulunduğu yer ve evreye göre açık ya da laparoskopik olarak uygulanmaktadır (Çakır, 2019).

Cerrahi hemşireleri perioperatif sürecin her aşamasında hastalara eğitim ve danışmanlık hizmeti vermelidir. Ameliyat öncesi dönemde cerrahi hemşiresinin hastalara planlayıp uyguladığı eğitim ve danışmanlık hizmetleriyle hastaların yaşayacakları kaygı minimuma inecek ve gelişebilecek olası komplikasyonlar önlenilebilecektir. Aynı zamanda hastanede kalış süresinde ve analjezi ihtiyacında da azalma olacaktır. Ameliyat sonrası dönemde oral alıma mümkün olan en kısa sürede başlanmalı ve intravenöz yolla verilen sıvılar oral alım başladıktan sonra kademeli olarak durdurulmalıdır. Ameliyat sonrası dönemde oral beslenmeye erken başlanması, gelişebilecek postoperatif komplikasyonları ve hastanede kalış süresini azaltmada etkilidir. Postoperatif ağrı kontrolünde opioidlerin kullanılması gastrointestinal sistemi, santral sinir sistemini olumsuz etkilediğinden ağrı kontrolünde mümkünse opioid türevi

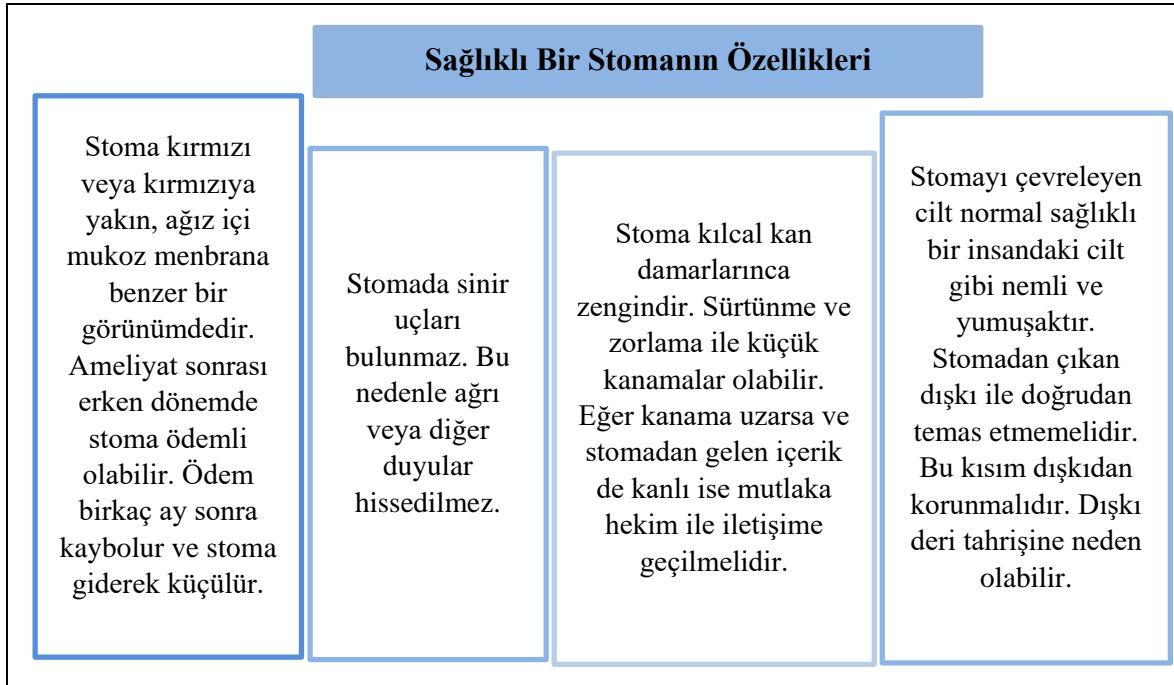
analjeziklerin kullanılmaması önerilmektedir. Ameliyat esnasında takılan kateterlerin özellikle de üriner kateterlerin erken dönemde çıkarılması ve mobilize edilmesi gerekmektedir. Erken mobilizasyon sağlanamayan hastaların pnömoni açısından risk altında olmaları unutulmamalıdır. Bulantı ve kusmayı önlemek ya da en aza indirmek amacıyla hastalara antiemetik ilaçlar kullanılabilir (Solak Kabataş ve Özbayır, 2016).

## **2.7. Stoma Cerrahisi ve Hemşirelik Yönetimi**

Stoma dışardan bir cerrahi işlem sonucunda gastrointestinal sistem veya idrar yollarının karın duvarına ağızlaştırılmasıyla gaita veya idrar çıkış yönüne müdahale edilerek değiştirilmesidir. Stomada, insan vücudunda meydana gelen atıkların vücuttan dışarı atılması amacıyla istemli kontrol edilebilen sfinkler kaslarının devre dışı bırakılması, barsak hareketleri üzerindeki istemli kontrolün tamamen kaybolması söz konusudur (Patricia Black, 2000). Stomanın ilk kayıtlarının Aristo zamanında, bağırsak tıkanıklığından kaynaklı ağızlaştırmalar rapor edilmektedir. 1700' lü yıllarda da savaş sonucu oluşan travmalarda stoma açıldığı, bu girişimin başarıyla sonuçlandığı ve yaralı askerlerin yaşadığı raporlarda yer almaktadır (Pat Black, 2009).

En çok görülen stoma türleri kolostomi, ileostomi ve ürostomidir. Bireylere stoma açılmasındaki primer amaç; patolojik durumların geçici veya kalıcı olarak elimine etmek, yaşam süresini uzatılmak, yaşam kalitesini yükseltmek ve hastaların aktif bir yaşantıya dönmelerine olanak sağlamaktır (Näverlo ve diğerleri, 2023). Stomalar hastalığın durumu, bireyin özel durumu ve patolojinin türüne göre geçici veya kalıcı olarak açılabilir. Kolon ya da rektumun karın duvarına ağızlaştırılması ile açılan kolostomi, rektal kanserler, divertiküler hastalık, kolon kanseri nedeniyle açılabilir (Panattoni ve diğerleri 2023; Boyles ve Hunt, 2016 (Ülseratif kolit veya Crohn hastalığı gibi inflamatuvar bağırsak hastalıklarında, ileumun veya ince bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılması ise). ileostomi olarak adlandırılır (www.tkrcd.org.tr). Amerika' da yaklaşık 450.000-500.000 stomalı bireyin olduğu tahmin edilmektedir (S. N. Zafar ve diğerleri, 2016). Bu sayının İngiltere' de ise 100.000' den fazla olduğu ileri sürülmektedir (Boyles ve Hunt, 2016; M. Zafar ve Mahar, 2021). Ülkemizdeki veriler incelendiğinde ise yılda ortalama 8205 bireye stoma açılmaktadır (Yılmaz ve diğerleri, 2021).

Stomalar süresi ve amacına göre, yerine göre ve yapılan cerrahi tekniğe göre sınıflandırılır. İnflamatuvar bağırsak hastalıkları ve kolorektal kanserlerde stoma türlerinden genellikle kolostomi ve ileostomi tercih edilmektedir (Cengiz ve Bahar, 2017). Geçici stoma açılması çoğunlukla inflamatuvar bağırsak hastalıkları ve travmatik bağırsak yaralanmalarında patolojik durum sonlanana kadar bağırsaktaki iyileşmeyi sağlamak amacıyla açılmakta ve genellikle 2-5 ay gibi bir süre sonra kapatılmaktadır ((Burch, 2014). Kalıcı stoma ise, konjenital anomaliler ya da bağırsak kanseri gibi bir hastalığa bağlı olarak rektum veya anüsün işlevini kaybetmesi sonucu, distaldeki organ ya da organların rezeksiyonuyla boşaltımı sağlamak için açılmakta ve ömür boyu kalmaktadır (Burch ve Slater, 2012).



**Şekil 9.** Sağlıklı bir stomanın özellikleri (Tuğba ve diğerleri., 2023; Yılmaz, 2018).

### 2.7.1. Süresi ve Amacına Göre Stomalar

Stomalar süresi ve amacına göre geçici veya kalıcı olabilmektedir. Stomanın geçici veya kalıcı olmasını cerrahinin türü, var olan patolojinin özelliği veya hastanın özelliği etkileyebilmektedir.

## Süresi ve Amacına Göre Stoma Türleri

### Geçici Stomalar

Farklı bir bağırsak cerrahisine yardımcı olmak ve akut durumların geçmesi için uygulanan girişimler ile açılan stomalar geçici stoma olarak adlandırılmaktadır. Bağırsak normal yolunu saptırarak fekal çıkışın yolunu değiştirmek ve bağırsağı dinlenmeye ya da iyileşmeye alma amacı ile uygulanır. Akut durum ortadan kalktığıında fekal yol eski durumuna getirilerek normal akış sağlanır. Geçici stomalar açılırken, hastalığın ve hastanın özelliği göz önünde bulundurularak lup, doublebarrel ve Hartman protokolleri uygulanabilir.

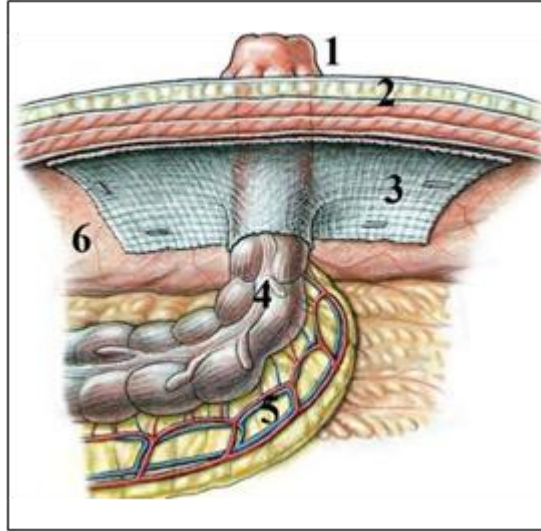
### Kalıcı Stomalar

Rektal anostomozun yapılamadığı cerrahi olgularda uygulanan, genellikle aşağı rektum tümörleri ve rektum sfinkler kaslarının kalıcı olarak yaralandığı travmalarda uygulanan, rektum ile sfinkler kaslarının beraber alındığı durumlarda bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılarak bireyin bu şekilde yaşamını sürdürmek zorunda kaldığı stoma türüdür

Şekil 10. Stoma türleri (Scott-Conner ve Chassin, 2014).

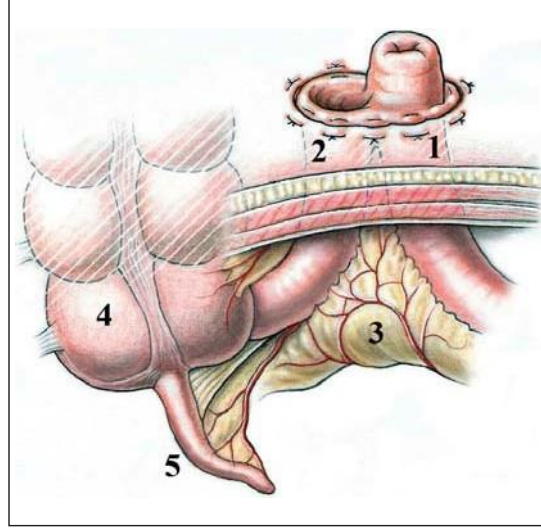
### 2.7.2. Yapılış Şekillerine Göre Stomalar

Yapılış şekline göre stomalar uç ve loop stoma olmak üzere ikiye ayrılır. Kalın veya ince bağırsağın tek açıklık ile karın duvarına tüm lümenin ağızlaştırılması uç stoma, kalın veya ince bağırsağın bir kısmının kesilerek çift açıklıkla içinden cam veya plastik çubuk geçirilerek karın duvarına ağızlaştırılması ise loop stoma olarak adlandırılır (Arslantaş, 2019).



Resim 1. Uç (terminal) kolostomi.

1. Son ostomi; 2. karın duvarı; 3. yapay ağ; 4. kolon; 5. mezenteriyum; 6. Periton

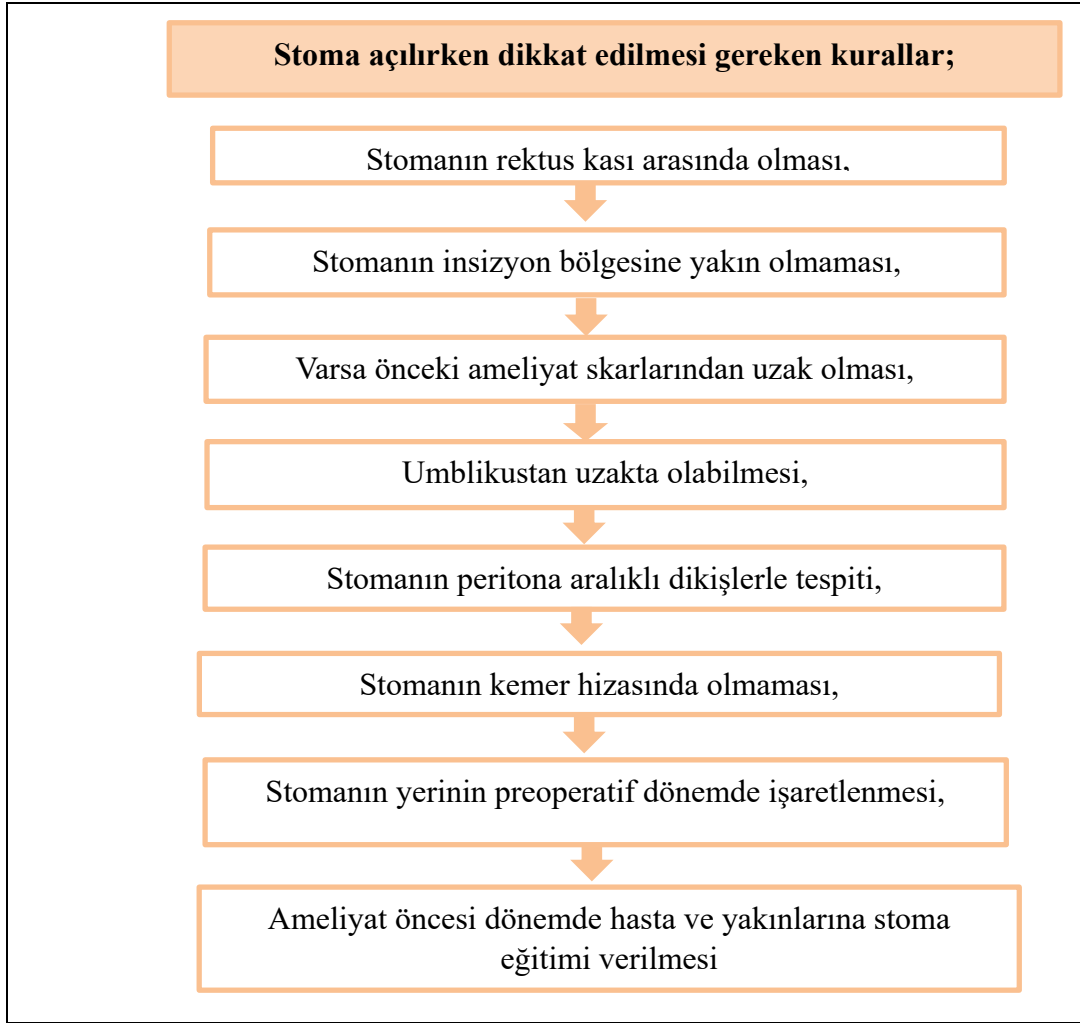


**Resim 2.** Loop ileostomi.

1. İnce bağırsağın proksimal segmenti; 2. distal segment; 3. mezenteriyum, 4. çekum; 5. EK

### **2.7.3. Stoma Cerrahisinde Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Yönetimi**

Ameliyat öncesi dönemde hastalara eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanmasının stomanın işlevsel yönetimini sağlamak ve stoma ile yaşama hazır olma açısından gerekli olduğu bildirilmektedir. Ameliyat öncesi dönemde stoma eğitimi almayan ya da yetersiz eğitim verilen hastalarda stoma ile ilişkili komplikasyonların arttığı, hastaların hastanede yatış sürelerinin uzadığı, sağlık bakım maliyetinin arttığı görülmektedir. Ayrıca stoma eğitiminin yetersiz olması hastalarda sıklıkla psikososyal sorunlara da neden olmaktadır. Stoma eğitimine ameliyat sonrası dönemde başlamanın hasta ve yakınlarını zor duruma düşürdüğü bildirilmektedir (Karaveli ve diğerleri, 2014). Bu nedenle eğitim ve danışmanlık hizmetleri hastaların kliniğe ilk kabul edildikleri andan başlayarak, hastalara stoma nedir, stoma vücudun hangi bölgesinde bulunur, stomanın işlevi, stomanın görüntüsü ile ilgili konular hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır. Eğitimin içeriğinde stoma bakımında kullanılacak malzemeleri tanıtmak, stoma bakımının ne zaman, nasıl ve hangi yöntemlerle yapılacağına yer verilmelidir. Gerekli ise ameliyat öncesinde mekanik bağırsak hazırlığı yapılmalıdır (Arslantaş, 2019).



**Şekil 11.** Stoma açılırken dikkat edilmesi gereken kurallar (Arslantaş, 2019).

#### **2.7.4. Stoma Cerrahisinde Ameliyat Sonrası Dönemde Hemşirelik Yönetimi**

Stoma Hemşiresi, stoma cerrahisi sonrası gelişebilecek olası stoma komplikasyonlarını erken tanılamak ya da önlemek için anahtar kişidir. Literatürde, ameliyat öncesinde stoma yerinin belirlenmesi, peristomal cildin değerlendirilmesi, hastanın izlem ve takibi, hasta ve yakınına verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin komplikasyon oluşumunu önlemede etkili olduğu bildirilmektedir. Literatürdeki araştırmalar, stoma cerrahisi öncesi eğitim verme ve stoma bölgesinin işaretlenmesi ile komplikasyon oranının azaldığını bildirmektedir (Arslantaş, 2019). Kozan ve Gültekin'in (2018) araştırmasında, hastaların %63,1'inin ameliyat öncesi dönemde stoma bölgesinin işaretlendiği %36,9'una ise işaretleme yapılmadığı ve %5,95'inde parastomal herni komplikasyonunun geliştiği belirlendi. Özyayın ve diğerlerinin (2013) çalışmasında,

stoma cerrahisi uygulanan hastaların eğitimi, düzenli izlem, sürekli danışmanlık ve uygun stoma bakım ürünlerin doğru kullanımı hakkında hasta ve yakınlarına eğitim verilmesinin komplikasyon oranına olumlu etkisinin olduğunu belirtilmektedir (Özaydın ve diğerleri, 2013).

### **Stoma Cerrahisi Sonrası Hemşirelik Bakımının;**

- Hasta ve yakınlarının stoma bakımını öğrenmesi,
- hastanın stoma cerrahisi sonrası yeni yaşamına uyum sağlaması,
- Hastaların yaşayacağı fiziksel, psikososyal sorunların minimum düzeye inmesi,
- Gelişebilecek olası komplikasyonların önlenmesi,

-Hastaların stomaya uyum ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için son derece önemli olduğu bildirilmektedir (Dayılar ve diğerleri, 2017).

Açılan stoma ameliyattan sonraki süreçte stoma bakım hemşiresi tarafından; renk, etrafındaki cilt ve dokular, gelen içerik, stoma çapı, stoma ağzı, sutürler yönünden düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. Stoma cerrahisi uygulanan hasta ve yakınlarına verilecek eğitim; kolostomi/ileostomi bakımı, torba değişimi, malzeme temini, cilt bakımı, gelişebilecek olası komplikasyonların bilinmesi ve gözlenmesi, hastanın beslenmede dikkat etmesi gerekenler, kolostomi irrigasyonu, sosyal yaşam ve uyum ile ilgili konuları içermelidir. Planlı cerrahi prosedürlerde eğitime ameliyat öncesi dönemde başlanılmalı, ameliyat sonrası dönemde hastanın ağrısı, hareket kısıtlılığı, halsizliği ve yorgunluğu nedeniyle eğitime aile yakınları da katılarak başlanılmalı ve hasta odasına alınıp rahatlatıldıktan sonra stoma bakım hemşiresi tarafından eğitime başlanmalıdır. Eğitim de; hastaların kişisel özellikleri dikkate alınmalı ve eğitimin sürekliliği sağlanmalıdır (Karadağ,2016; Dayılar ve diğerleri, 2017).

### **2.7.5. Taburculuk Sonrası Stoma Açılan Bireyde Hemşirelik Yönetimi**

Stoma açılması bireylerin yaşamlarını olumsuz etkilemekle beraber yeme içme, sosyal yaşam, uyku gibi birçok yaşamsal aktivitesini olumsuz etkilemektedir. Doğumdan ölüme kadar bireylerin bütün yaşam süreleri boyunca bakım aktiviteleri ile bireylerin yaşam kalitesini

yükseltmeyi ve bireyin bağımsızlığını en üst düzeyde tutmayı hedefleyen hemşirelik mesleği, bireye sağlamış olduğu bakım ile süreçlerin yönetiminde oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu bağlamda hemşirelik yönetiminin kalitesi ve bilimsel metotlarla sürdürülmesi bireylerin yaşam kalitelerini ve komplikasyon süreçlerini doğrudan etkilemektedir (Aysel ve diğerleri., 2023; Kara ve Aslan, 2017).

### **2.7.5.1. Taburculuk Sonrası Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi**

Güvenli çevrenin oluşturulması ve sürdürülmesi bireylerin yaşamda kalabilmeleri için oldukça önemlidir. Günlük yaşamın sürdürülmesinde olumsuz olayların meydana gelmemesi amacıyla birtakım önlemler alınmaktadır. Hemşirelerin bakım aktivitelerini devam ettirebilmeleri için güvenli ortam oldukça önemlidir. Güvenli çevrenin sağlanması hemşirelik yönetimi için ne kadar önemli ise hastalar içinde o kadar önemlidir (Aktaş ve Koçaşlı, 2020). Yapılan çalışmalarda bireylerin taburculuk sonrası özellikle evde ve dışarda sosyalleşirken stoma bakımını yapmakta uygun ve güvenli bir ortamı bulamadıkları bu ortamın yaratılmadığı ifade ettikleri rapor edilmektedir (Özkaya ve Atar, 2021; Su ve diğerleri., 2016). Bu nedenle stoma bireyleri hem psikolojik hem de fiziksel anlamda olumsuz etkileyen bir cerrahi uygulamadır. Karadağ ve diğerlerinin yaptığı çalışmada bireylerin sızıntı ve koku nedeniyle toplumdan izole oldukları, kendilerine güvenli bir ortam oluşturmak için yalnız kalmak istedikleri görüldü (Karadağ ve diğerleri., 2003). Kara ve Eti Aslan' nın çalışmasında da benzer bir sonuca rastlanmış bireylerin evde güvenli bir çevre oluşturmasında sorun yaşadıkları ve aile içinde bile izole olmak istedikleri ve stoma bakımını yaparken kendilerini güvende hissetmedikleri bildirilmektedir (Kara ve Aslan, 2017). Shaffy ve diğerlerinin (2012) çalışmasında ise abdominal stomalı bireylerin zamanla sosyal anlamda kendilerini güvenli bir ortamda hissedemedikleri ve güven eksikliğinin de tam bir sosyal izolasyona neden olabileceği belirtilmektedir.

### **2.7.5.2. Taburculuk Sonrası Stoma ve İletişim**

İnsanı diğer varlıklardan ayıran en önemli özelliği sosyal bir varlık olması ve çevre ile sürekli bir iletişim halinde olmasıdır. İletişim sözel veya sözel olmayan yollar ile kurulabilir.



İnsanın normal dışı bir durum ile karşılaşması iletişime olan ihtiyacını daha da arttırmaktadır. Özellikle yakın çevresi ve ailesi ile olan iletişimi artmaktadır. İletişimin kurulamaması durumunda psikiyatrik sorunlar ortaya çıkmakta aile ve eş uyumunu olumsuz etkilemektedir (Choudhary ve Kaur, 2020). Yapılan çalışmalarda stomada koku ve sızıntı olması nedeniyle bireylerin aileleri ve eşleri ile iletişimden kaçındıkları ve bu durumda stomaya uyum süreçlerini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Humphreys, 2017). Ayrıca stoma nedeniyle bireylerin benlik saygısındaki azalma iletişimlerini olumsuz yönde etkilemekte buna bağlı olarak da bireyler hastalıkları veya stoma ile ilgili hiçbir şekilde konuşmak istememekte ve kendilerini ifade etmemektedir. Bu durumda stomaya uyumu büyük oranda etkilediği düşünülmektedir (Cengiz ve Bahar, 2017).

### **2.7.5.3. Taburculuk Sonrası Stoma ve Solunum Fonksiyonları**

Oksijen bütün vücut için önemli bir elementtir. Bu elementin vücut içinde kullanılması için bireylerin soluk alıp vermeleri gerekmektedir. Bireylerin yaşamlarının ilk dakikalarından itibaren bu aktiviteyi yerine getirmekte ve diğer aktivitelerini yerine getirmesi ve devam ettirebilmesi için soluk alıp vermelidir.

Stoma cerrahi bir operasyon ile bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Ameliyat sonrası erken ve geç dönemde ortaya çıkan solunum ile ilişkili komplikasyonlar mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır. Cerrahi sonrası en çok görülen solunum sistemi komplikasyonları atelettazi, pnömoni, solunum güçlüğü, tpulmoner enfeksiyonlardır (Saraçoğlu ve diğerleri., 2014). Cerrahi girişimden sonra hastalar evde birçok sorun ile karşılaşabilmektedir. Dal ve diğerlerinin (2012) çalışmasında, cerrahi girişim geçiren hastaların %15,8' inde solunum problemleri geliştiği belirtilmektedir. Karın kaslarının solunum ile doğrudan ilişkisi vardır. Batın cerrahisi uygulanan hastalarda da karın kaslarını etkin kullanamadıkları için etkili bir solunum yapamadıkları düşünülmektedir. Bu durumda stomaya uyum sürecini olumsuz etkilemektedir.

#### **2.7.5.4. Taburculuk Sonrası Stoma ve Yeme İçme**

İnsan yaşamını sürdürebilmesi için ve gereken besinleri alabilmesi yutma ve emme refleksi ile dünyaya gelir. İnsan bedeni gereksinimi olan besin ve suyu almadan canlılığını sürdüremez. Bireylerin beslenme alışkanlıkları, beslenme tercihleri, yaş gibi fizyolojik ve sosyokültürel etmenlerle şekillenmektedir. Yememin de en az solunum kadar yaşamsal öneme sahip olduğu bildirilmektedir (Velioğlu, 2012).

Stoma normal fizyolojik süreciyle, besin emilimi ve atılımında birtakım değişiklikler yapmaktadır. Bu değişikliklerin de beden gereksiniminden az beslenmeye ve dehidratasyona yol açtığı görülmektedir (Fazio ve diğerleri, 2012). Akbulut' un (2011) çalışmasında abdominal stomaya sahip olanların risk altında olduğu, beslenme değişiklikleri ve düzenleri hakkında bireylerin bilgilendirilmesi gerektiği ve sağlık profesyonellerinin bu konuda hastalara rehber olması gerektiği söylenmektedir. Aynı zamanda taburculuk sonrası bu bireylerin beslenme yetersizliği riskinden dolayı evde de beslenme taramalarının ve kontrollerinin yapılması gerektiği ifade edilmektedir (Akbulut, 2011).

#### **2.7.5.5. Taburculuk Sonrası Stoma ve Boşaltım**

Boşaltım aktivitesi beden sisteminin fizyolojik süreçlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkan gaita ve idrarın dışarı atılması ile oluşmaktadır. Boşaltım gereksinimi yeme ve içme gibi günlük yaşamda vazgeçilmez ve önemli bir yere sahiptir (Velioğlu, 2012). Sağlıklı bir bireyde çocukluk çağından itibaren istemli ve bağımsız bir şekilde başlayan ve yetişkinlik döneminde sürdürülebilen bir gereksinim olan boşaltım, çok özel (mahrem), gizli bir fonksiyon olmakla beraber kişilerin özel alanlarında gerçekleştirdikleri bir yaşam aktivitesi olarak da bilinmektedir (Velioğlu, 2012).

Stoma aşılın bireylerde doğuştan var olan fizyolojik süreçlerin değişmesi ile birlikte mahremiyet doğrudan açığa çıkmaktadır. Boşaltım alışkanlıklarımızı etkileyen sosyokültürel inanç ve tutumlar stoma açılan hastaların duygu ve düşüncelerini ifade etmesini zorlaştırarak utanç duygusunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Newcombe, 2016). Bu durumda bireylerin stomaya uyumunu olumsuz etkilemektedir. Stoma açılan bireylerde var olan fizyolojik akışın değiştiği ve bazı bireylerde sıvı elektrolit dengesizliği geliştiği, bu dengesizlik

sorunlarının yönetilmesi ve düzeltilmesi gerekmektedir (Goodey ve Colman, 2016). Hayden ve diğerlerinin (2013) stomalı bireylerle yaptığı çalışmasında, bireylerin boşaltım sorunları yaşadığı, sonrasında sıvı elektrolit dengelerinde bozulma meydana geldiği, hastaneye tekrar başvuruların olduğu ve stomaya uyumsuzluk nedeniyle hastanede kalış süresinin uzadığı belirtilmektedir (Hayden ve diğerleri, 2013). Yapılan benzer başka bir çalışmada fizyolojik akıştaki değişime bağlı istemsiz gaz çıkışı yaşandığı ve bununda sosyal izolasyon riskini arttırdığı bildirilmektedir (Burch, 2017). Feddern ve diğerlerinin (2015) çalışmasında ise hastaların %58' inin istemsiz dışkı çıkışından yakındıkları ve rahatsızlık duydukları saptandı (Feddern ve diğerleri, 2015). Sun ve diğerlerinin (2021) çalışmasında da hastaların boşaltım gereksinimlerini halka açık yerlerde gerçekleştirdikleri, halka açık tuvaletlerin stoma torbasını boşaltmak için uygun olmadığını bu durumun bireylere stomaya uyumda zorluk çıkardığı belirtilmektedir (Z. Sun ve diğerleri, 2021).

#### **2.7.5.6. Taburculuk Sonrası Stoma ve Kişisel Hijyen**

Kişilerin sahip olduğu kültürel değerler ve yaşadığı toplumun normlarına göre temizlik, hijyen temiz giyinme kavramları değişkenlik gösterir. Kişilerin temiz olması, kişilerin görünümlerinin iyi olması ve kendilerine güven duyması için gerektiği kadar, sosyal sorumluluk sahibi olma yönünden de önemli olduğu düşünülmektedir (Velioğlu, 2012).

Stomalı bireylerin bakıma ve temizliğe karşı algılarının değişimi bireylerde benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır. Bu bağlamda stomalı bireylerin dış görünüşlerine daha çok dikkat etmeleri gerektiği ifade edilmektedir. Yapılan bir araştırmada stomaya sahip erkek bireylerin çoğunun kemer yerine pantolon askısı tercih ettikleri; stomalı bireylerin ameliyattan önceki giysilerini giyemedikleri ve tamamını değiştirmek zorunda kaldıkları belirtilmektedir (Feddern ve diğerleri, 2015; Näverlo ve diğerleri, 2023). Bu nedenle stomaya uyumda zorluk çektikleri ve stoma bakımını gerçekleştirirken giyim ve hijyen konularında zorlandıkları ifade edilmektedir (Burch, 2017). Bu yüzden hemşirelerin bu konuda hastalarına taburculuk öncesi ve taburculuk sonrasında rehberlik etmeleri, bu konu ile ilgili bireyleri önceden uyardıkları ve bireyleri bu duruma hazırlamaları büyük önem arz etmektedir.

### **2.7.5.7. Taburculuk Sonrası Stoma ve Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivite bireyler için hayati öneme sahiptir. Fiziksel aktivite bireylerin yürümesi, kalkması, oturması, konuşmasını sağlayan kaslar tarafından sağlanır. Bireyin diğer hayati fonksiyonlarını bağımsızca yerine getirmesi fiziksel aktivite ile doğrudan ilişkilidir. Hastalık öyküsü, yaş, geçmiş travmalar, geçirilen cerrahi girişimler, konjenital sekel ya da anomaliler fiziksel aktiviteyi kısıtlamada etkili olabilmektedir (Öztürk ve diğerleri, 2021; Velioglu, 2012).

Stomalı bireyler dışkının depolandığı bir torba ve aparata ihtiyaç duydukları için bazı aktivite, hareket ve spor faaliyetinden vazgeçmek zorunda kalabilmektedirler. Sun ve diğerlerinin (2014) yaptıkları araştırmada, bireylere stoma ile ilgili yaşadıkları sorunlar sorulduğunda, bireylerin torbanın sızdırması, yoğun fiziksel hareket yapamama gibi cevapları verdikleri görülmektedir. Amerika’ da Nichols (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, stomalı bireylerin egzersiz ve fiziksel aktivite kısıtlamalarına diğer bireylerden daha yatkın olduğu belirlendi (Nichols, 2015). Yapılan benzer başka bir çalışmada ise stomalı bireylerin stoma torbasına zarar vermektan korktukları için bazı aktiviteleri yapmaktan kaçındıkları belirtilmektedir (Burch, 2017). Bu durumda stomaya uyumu olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Stomalı bireyler stomaya ne kadar çok uyum sağarlarsa bağımsızlıklarını en üst seviyede tutmuş olurlar. Bununda hemşirelik bakımı ve yaklaşımları ile doğrudan ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hemşirelik bakımı ve yönetimi bu bireylerde ne kadar çok kaliteli olursa stomaya uyumun o derece yüksek olacağı ifade edilmektedir (Karadağ ve diğerleri, 2011).

### **2.7.5.8. Taburculuk Sonrası Stoma ve Çalışma Hayatı ve Sosyal Hayat**

Taburculuk sonrası yaşamın sürdürülebilmesi için ve yaşam kalitesinin artırılabilmesi için oldukça önemli olan çalışma ve sosyal hayat bireylerin normale dönmesini sağlar. İnsanın biyo-psiko-sosyokültürel bir bütün olduğu göz önünde bulundurulmalı ve yapılacak olan girişimler buna göre planlanmalıdır. Bu bütünlüğün sürdürülebilmesi içinde bireylerin herhangi bir uğraş sahibi olması ve çalışması gerekmektedir. Yaşamlarını idame ettirecek kadar çalışan sağlıklı bireyler boş vakitlerinde kendisine zevk verecek bir aktiviteler seçer ve boş vakitlerinde

diğer insanlar ile bir araya gelerek sosyalleşirler. Çalışma ve sosyal hayat mental ve fiziksel aktiviteleri içerdiğinden sağlık üzerinde olumlu ve olumsuz etkileri olduğu ifade edilmektedir (Öztürk ve diğerleri, 2021; Veliöğlu, 2012). Abdominal stomaya sahip bireyler hastaneden sonraki süreçte yaşadıkları sosyal izolasyon ile işe geri dönüşlerde ve sosyal aktivitelerinde sorun yaşamaktadır. Literatürdeki bir araştırmada, bireylere stoma açıldıktan sonra büyük oranda sosyal aktivite ve eğlenmeyi bıraktığı ya da azalttığı belirtilmektedir (El-Rahman ve diğerleri, 2020). Yapılan diğer bir nitel çalışmada ise stomalı bireylerin kokudan ve sızıntıdan çekindikleri ve utandıkları için bu tür aktivitelere katılmak istemediklerini söyledikleri görüldü (Shaffy ve diğerleri, 2012).

### **2.7.5.9. Taburculuk Sonrası Stoma ve Cinsellik**

Günümüzde cinsellik bireylerin üreme ve devamlılığını sürdürme olarak algılanmaktadır. Ancak cinsellik erişkin sağlıklı bireylerde, sadece insan neslinin devamlılığını sağlamak için var olan bir olgu değildir. Stomalı bireylerin beden bütünlüklerinin bozulması, kokunun neden olduğu olumsuz durumlar, sosyal izole olmaları, boş vakitlerinin değerlendirememesi, bireylerin beslenme alışkanlıklarının değişmesi, stoma bakımındaki zorluklar, seksüel problemleri de beraberinde getirmektedir (Burch, 2015).

Stomalı bireyler cinselliği bir tabu olarak görmekte ve bu konu hakkındaki görüş ve düşüncelerini sağlık profesyonelleri ile paylaşmamaktadır. Cinsellik kültürel değerler ve toplumsal yapıya bağlı olarak mahrem bir konu olarak görülmektedir. Literatürdeki araştırmalarda stomanın cinsellik üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu görülmektedir. Özellikle abdominal stoması olan kadın bireylerin daha çok sorun yaşadığı bildirilmektedir (Danielsen ve diğerleri, 2013). Literatürde diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar ortaya çıkmakta ve bireylerin cinsel olarak %34,31'inin kendilerini çekici bulmadıklarını bazen çirkin hissettiklerini ifade ettikleri görüldü. Aynı çalışmada bireylerin %47,06'sı kendi bedenlerinden utandıklarını ifade ettikleri bildirilmektedir (Pierzak ve diğerleri, 2016). Benzer başka bir çalışmada ise stomalı bireylerin %35,3'ünün eşlerinin yanında utandıklarını ve seksüel aktivite sırasında partnerlerine dokunmak istemediklerini ve cinsel ilişkiyi reddettikleri belirtilmektedir (Poletto ve Silva, 2013). Bu durumda bireylerdeki stoma uyumunu olumsuz yönde etkilediği düşünölmektedir.

### **2.5.7.10. Taburculuk Sonrası Stoma ve Uyku**

Bütün canlıların temel ihtiyaçlarından biri de uykudur. Canlılar arasında süre ve zaman ritmi bazında farklılıklar gösterebilir. Günlük yaşamdaki stresten kurtulmada ve bedeni dinlendirmede uykudan yararlanır. Bireyler yetersiz uyuduklarında, huzursuz, stresli olurlar bununla birlikte uyku bozukluklarının neden olduğu çeşitli hastalıklar meydana gelir (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013; Velioğlu, 2012).

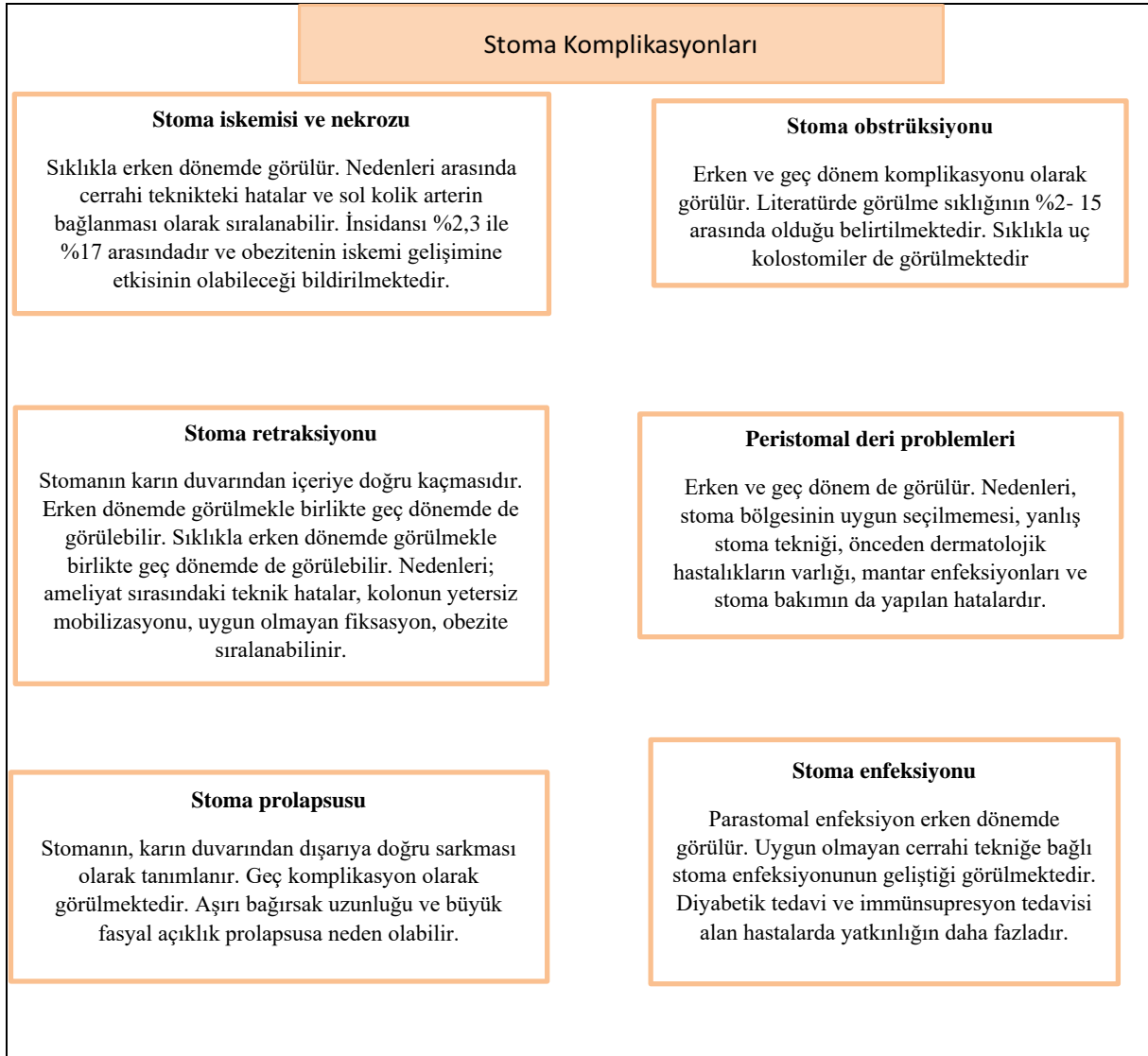
Stoma fizyolojik sürecin müdahale edildiği ve değiştiği, bazı durumlarda istemli kasların geçici veya kalıcı olarak devre dışı bırakıldığı bir durumdur. Stomalı birey dışkının depolanabildiği bir torbaya gereksinim duymakta ve bu atıkların depolandığı torbanın varlığı ile ilişkili uyku sorunları görülmektedir. Stomalı bireylerin cerrahi girişim sonrası sağlıklı uyku alışkanlıklarının sürdürülmesi son derece önemlidir (Milbury ve diğerleri, 2013; Ton ve diğerleri, 2021). Yapılan bir çalışmada stomalı bireylerin %35' inin hastaneden taburcu olduktan sonra evde uyku problemi ile karşılaştığı belirlendi (Richbourg ve diğerleri, 2007). Yapılan başka bir çalışmada da benzer bir sonuç elde edildiği taburculuk sonrası uyku problemi yaşayan bireylerin %32 olduğu ve bu problemin uyku sırasında yaşanacak olan sızıntıdan korkuya bağlı geliştiği belirtilmektedir (Shaffy ve diğerleri, 2012). Bu durumda da bireylerin diğer fizyolojik süreçlerinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir. Bireylerdeki stomaya uyumun uyku sağlığını da olumlu etkileyeceği ve bu durumda bireylerin tetiklenecek olan olumsuz fizyolojik durumları önlenecektir. Bu bağlamda bireylerin taburculuk sonrası bakım planlamaların da uykuya yönelik girişimlerinin uygulanması ve bu konuda bireylere gerekirse uyku konusunda terapi yapılması gerekmekte, bununla beraber uyku bozukluğu ortaya çıkan bireylerin psikososyal birimlerden destek alması sağlanmalıdır.

### **2.7.6. Stoma Komplikasyonlarını Önleme ve Hemşirelik Yönetimi**

Ostomiye bağlı komplikasyonların insidansına ilişkin literatür raporları %10 ile %70 arasında değişmektedir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada, Nastro ve diğerlerinin (2010) çalışmasında 1216 ostomi hastasının 681'inde komplikasyon geliştiği ve bu durumun %56 morbidite oranına karşılık geldiği bildirilmektedir.

Ostomi komplikasyonları erken ve geç dönem komplikasyonlar olarak ikiye ayrılır. İlk 30 günde gelişen kanama, hematoma oluşumu, ostomi ödemi, kutanöz tahriş, bazen ülserasyon (Şekil a) ve ostomi nekrozu (Şekil b) erken dönem komplikasyonlar olarak tanımlanır.

Erken komplikasyonlar genellikle konservatif olarak tedavi edilir. Kutanöz erozyon ve ülserasyon rutin cilt ve ostomi bakımı ile iyi yönetilebilir. Ostominin hematoma ve ödemi özel bir tedavi gerektirmez. Ostominin nekrozu ve retraksiyonu ancak ostomi fonksiyonu bozulduğunda revizyon cerrahisini gerektirir (Ambe ve diğerleri, 2018).



Şekil 12. Stoma Komplikasyonları (Arslantaş, 2019)

Erken dönem komplikasyonların en yaygın iki nedeni suboptimal ostomi pozisyonu ve eksik bakımdır. Uluslararası Ostomi Birliği (International Ostomy Association-IOA), stoma cerrahisi uygulanması planlanan hastada stoma yerinin belirlenmesinin hastanın bir hakkı olduğunu bildirmektedir (Stelton ve diğerleri, 2015). Ameliyat öncesi dönem hasta hazırlık sürecinde stoma bölgesinin işaretlenmesi, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi, kanıta dayalı rehberlerde kanıt B düzeyinde yer almaktadır (Baykara ve diğerleri, 2014; Burch, 2011). Ayrıca raporlarda, stoma bölgesinin ameliyat öncesi dönemde işaretlenmemesi sonucu stoma açılan bireylerin birçoğunda sızıntı oluşumuna bağlı cilt komplikasyonlarının geliştiği bildirilmektedir (Gök ve diğerleri 2019).

Hastanın stoma bölgesi belirlenirken; hasta üç pozisyonda değerlendirilmelidir. Sırtüstü, oturur ve ayrıca ayakta iken değerlendirilen hastada, stomanın açılacak bölgenin uygunluğu bireyin stoma bölgesini görebilmesi açısından değerlendirilme yapmasına olanak sağlamaktadır. Stoma açılacak bölgeyi belirlerken hastanın göbek deliğinden, varsa daha önceki stoma yerinden, skar dokularından, cilt katlantılarından, kemik çıkıntısı olan yerlerden, insizyon bölgelerinden ve varsa dren yerlerinden uzakta olması dikkat edilecek hususlar arasında yer almaktadır (WCET, 2014). Ayrıca stoma bölgesi işaretlenirken, hastanın yaşı, ek hastalık öyküsü, alışkanlıkları, hastanın vücut tipi, stoma açılma nedeni, geçici ya da kalıcı stoma olup olmadığı dikkate alınarak uygun alanın belirlenmesi gerekmektedir (Kozan ve Gültekin, 2018).

Hsu ve diğerlerinin (2020) preoperatif stoma yeri işaretlemesi yapılan ve yapılmayan 2 hasta grubunu karşılaştıran 2109 hastayı içeren on çalışmayı inceleyen meta analiz araştırmasında, stoma cerrahisi uygulanan ve bağırsak ostomisi olan hastalardan stoma bölgesi işaretlenenler, işaretlenmeyen hastalara göre daha az komplikasyon yaşadığı ve daha az parastomal herni ve peristomal cilt komplikasyonlarının görüldüğü bildirilmektedir. Baykara ve diğerlerinin (2014) 748 hasta ile retrospektif olarak yaptıkları çalışmada, hastaların %38.4'ünün ameliyat öncesi dönemde stoma yerinin işaretlendiği bildirilmektedir. Stoma yeri işaretlemenin komplikasyon gelişimiyle ilgili sonuçlarına bakıldığında ise, ameliyattan önce stoma bölgesi belirlenen hastalarda %22,9, stoma bölgesi belirlenmeyende ise %46 oranında komplikasyon geliştiği, ameliyat öncesi stoma bölgesinin belirlenmemesinin komplikasyon gelişiminde anlamlı rol oynadığı bildirilmektedir.



Komplikasyon tipi	İleostomi (%)	Kolostomi (%)
İrritan dermatit	25–34%	7–20%
Parastomal herni	9–22%	18–40%
Ostomi darlığı	2–17%	1–14%
Ostomi retraksiyonu	11–24%	1–8%
Ostomi prolapsusu	8–75%	2–18%
İleus	11–18%	0–7%

**Şekil 13.** İleostomi ve kolostominin en sık görülen komplikasyonları (Ambe ve diğerleri, 2018).

Geç dönem komplikasyonları, ameliyattan 30 günden fazla bir süre sonra meydana gelen komplikasyonlardır. Bunlar arasında en sık görülenleri, stoma prolapsusu (Şekil c), stoma retraksiyonu (Şekil d) ve stoma darlığı (Şekil e) ile birlikte parastomal herni (Şekil f) olarak sınıflanır. Geç komplikasyonların ortaya çıkma nedenleri hasta veya cerrahi teknik ile ilgili olabilir. Örneğin, obezite ve karın içi basıncın yükselmesi gibi hasta faktörlerinin stoma prolapsusu ve parastomal herni riskini büyük ölçüde arttırdığı gösterilmiştir. Cerrahi teknikle ilgili olarak, aşırı büyük bir açıklık parastomal herni için predispozan bir faktördür, ostomi modifiye etmek için kullanılan bağırsak döngüsünün çok fazla mobilizasyonu prolapsusa eğilimi artırır (Ambe ve diğerleri, 2018).

Geç dönem komplikasyonlar konservatif veya cerrahi olarak tedavi edilebilir. Semptomların devam etmesi ve ostominin fonksiyonel bozukluğu cerrahi revizyon endikasyonlarıdır. Özellikle parastomal hernilerde obezite, steroidlerle tedavi, sekonder ostomi oluşturma, septik komplikasyonlar gibi tanımlanabilir risk faktörleri vardır.

Ayrıca Ambe ve diğerlerinin (2018) çalışmasında, dehidratasyonun (elektrolit imbalance) ileostomili hastalarda sık görülen bir komplikasyon olduğunu ve araştırmacılar kendi deneyimlerimize göre, dehidrasyonun derecesini hafif dehidrasyondan diyaliz gerektiren böbrek yetmezliğine kadar değişebileceğini bildirilmektedir. Bu komplikasyon hem ostomi oluşturulduktan hemen sonra hem de haftalar veya aylar sonra gözlenebilir. Klinik olarak anlamlı dehidratasyonun ileostomili hastaların yaklaşık %20'sinde meydana geldiği bildirilmektedir (Shabbir ve Britton, 2010). Messaris ve diğerlerinin 603 ileostomi hastasının analizini yaptıkları çalışmada, 60 günlük hastaneye yeniden kabul oranını %16,9 olduğu ve en sık kabul nedeninin %43,1 oranla dehidratasyon olgularından oluştuğu bildirilmektedir.



**Resim 3.** Stomanın erken ve geç dönem komplikasyonları (a. Stoma çevresi irritan dermatit, b. ostomi nekrozu, c. ostomi prolapsusu, d. Ostomi retraksiyonu, e. Ostomi darlığı, f. Parastomal herni) (Ambe ve diğeri, 2018).



**Resim 4.** Sık görülen stoma komplikasyonlarının resimleri. Sol üstten saat yönünde: mukokutanöz ayrılma, peristomal kontakt dermatit, stoma stenozu ve stoma nekrozu (Douglas ve diğerleri, 2019).

## 2.8. Stomalı Hastalarda Hasta Eğitimi

Hasta eğitimi, özellikle onkolojik cerrahi hastalarına zaman ve maliyet açısından etkin, destekleyici bakım sunmanın en önemli yollarından biridir. Kanser tanısı konulan birey ve ailesinin eğitiminde temel amaç; hastalığın seyrini düzeltmek, kişisel bakım ve yeterliliği sağlamak, önerilen tedaviyi sürdürmek, tedavinin yan etkilerini tanımak/kontrol etmek ve günlük yaşam aktivitelerini devamlılığını sağlamak gibi konularda hasta ve ailesine destek vermektir. Onkolojik kolorektal cerrahi hastalarında ameliyat sonrası stoma açılışın veya açılmasının hastalar fizyolojik, sosyokültürel ve psikolojik birçok sorunla karşılaşmaktadır. Kolorektal cerrahi girişim uygulanan hasta ve yakınlarının ameliyat sonrası dönemde kaygılarını en aza indirmek, tedavi sürecine uyumunu sağlamak ve ameliyat sonrası bakım ve evde bakım döneminde karşılaşılabilecekleri sorunlarla baş etme mekanizmalarını geliştirerek olabilecek komplikasyonları önlemek amacıyla hemşirelik eğitim ve danışmanlık hizmetleriyle

desteklenmesi çok önemlidir (Altıntaş ve Vural, 2017).

Günümüzde bilim ve teknolojiadaki hızlı değişimler bilgi üretiminde de hızla artışa yol açmaktadır. Cerrahi süreçte hastaların tedavi ve bakımlarına etkin ve aktif olarak katılımlarını sağlamada temel araç eğitimidir. Başka bir ifadeyle hasta eğitimi sağlıkla ilgili sorunları belirleyerek, sağlığı geliştirme davranışları kazandırarak bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve emosyonel olarak tam bir iyilik halinde olmasını amaçlamaktadır. Ayrıca hasta eğitiminin sağlık yönetimindeki önemi de unutulmamalıdır (Targan, 2019).

Cerrahi süreçte hastaların anksiyete düzeyini azaltmak, stres yönetimini geliştirmek ve hastaların memnuniyet düzeylerini arttırmak amacıyla hasta eğitimi önemli role sahiptir. Cerrahi süreçte hasta eğitimi, hasta bakım ve yönetiminin vazgeçilmez bir parçası ve önemli bir hemşirelik girişimidir. Literatürü incelediğimizde, Türkiye’de ve Dünya’da yapılan araştırmalar, cerrahi süreçte hastalara verilen eğitimin anksiyete ve ağrıyı azaltmada pozitif etkilerinin olduğu belirtilmektedir. Cerrahi süreçte eğitim ve danışmanlık hizmeti alan hastaların almayan hastalara göre daha az analjeziye, sedasyona ve antiemetik ilaçlara ihtiyaç duydukları, ameliyat sonrası dönemde hastanede yatış süresinin kısaldığı ve daha erken taburculuk kararı alındığı bildirilmektedir. Ayrıca planlı hasta eğitimi ile hastaların bilgilendirilmesi ve taburculuğu için ayrılan süre de azalmaktadır. Bu durum cerrahi sürecin her aşamasında planlı prosedürlerin uygulanmasının önemini vurgulamaktadır. Cerrahi sürecin her aşamasında hastaların bilgi gereksinimlerinin olduğu, hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin önemi bilinmektedir. Hastaların ihtiyaç duydukları bilgiler, öncelik sıralamasına uygun hemşirelik bakımın ve bu sıralamanın doğru belirlenmesi, hastaya verilecek taburculuk eğitiminin de doğru planlanmasına ve eğitimin etkinliğinin sürekli değerlendirilmesine imkan sağlayacaktır. Hastalara eğitim verilirken, hastalık değil hasta merkezli yaklaşımla ve eğitimler bireye özgü planlanarak verilmelidir. Verilmesi planlanan eğitimlerde; hastaların kişisel değerleri, sahip olduğu özellikler, aile ve çevresi, hastalığı algılama biçimi, hastalığa bakış açıları, daha önceki hastalık ve hastane deneyimleri göz önünde bulundurulmalıdır (Öztürk, 2013; Yıldız, 2015; Şahin ve diğerleri, 2015; Ünal, 2018).

Hastaların kültürleri, inançları, duygusal durumları, öğrenme arzuları, fiziksel veya bilişsel düzeyleri ve iletişim engelleri göz önünde bulundurularak hasta öğrenim gereksinimleri belirlenmeli ve hasta eğitimleri planlanmalıdır. Her bireyin ayrı olduğu ve eğitim planlaması yapılırken öncelikli gereksinimler bütün hastalar için ayrı olarak ele alınmalıdır. Cerrahi süreçte hastalar ve yakınları, hastalığın ve uygulanacak tedavinin seyri, dikkat etmesi gereken kurallar,

tedavinin istenmeyen etkileri ve gelişebilecek komplikasyonlarla ilgili bilgiye sahip olmak isterler. Bu nedenle planlanan eğitimlerde bireylerin öğrenim biçimleri, sağlık okuryazarlığı ve sahip olduğu kültürel değerler dikkate alınmalı, verilen eğitimin anlaşılabilirliği konusunda geri bildirim alınmalıdır. Yapılan araştırmalarda etkin yapılan sözel hasta eğitiminin, taburculuk sonrası hastaların bakım yeteneklerini geliştirdiği ve morbidite ve mortaliteyi azalttığı belirtilmektedir (Yıldız, 2015).

Taburculuk planlaması ve hazırlığı eksik yapılan hastalar çeşitli komplikasyonlar ile karşılaşabilmektedir. Hastalara uygulanan cerrahi girişimlerden sonra hastalar sıklıkla yara bakımı, ağrı yönetimi, gelişebilecek komplikasyonların takibi, semptom yönetimi, eliminasyonlar ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik konularda bilgiye gereksinim duymaktadırlar. Bu gereksinimleri karşılamanın en etkin yolu uygun taburculuk planlanmasını sağlamaktır. Stoma cerrahisi uygulanan hastaların, evde bakım döneminde daha az zorluk yaşamaları, minimum anksiyete düzeyi ve hastaneye geri yatışları önlemek amacıyla planlı taburculuk eğitimi verilmesi önerilmektedir. Planlı taburculuk eğitimi, ameliyat olan hastaların iyileşme süreçlerini olumlu yönde etkilemekte ve ameliyattan sonraki süreçte komplikasyon gelişim riskini minimize etmektedir. Bütün cerrahi prosedürler dahil olmak üzere stoma cerrahisinde de hasta eğitimi hastanın kliniğe ilk başvurduğu andan başlayarak hastanın taburculuğuna kadar ve hatta evdeki bakım sürecini de kapsayacak şekilde dinamik olarak devam etmelidir. Başarılı bir eğitim için ekip çalışması önemlidir. Ekipte bulunan herkes üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmelidir. Ekibin en önemli parçası olan biz hemşireler, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde hastayla en çok iletişim kuran, zaman geçiren kişi olarak, koordinasyonu sağlama ve hastanın eğitim planlayıp hazırlama ve uygulamada etkin bir role sahiptir (Ünal, 2018). McGee ve Peterson (2020) ostomi eğitim videosunu izleterek yaptıkları çalışmalarında, hastaların %50'sinden daha fazlasının ostomi ile sorun yaşadıklarıyla kiminle temas kuracağını bilmediği ve çoğunluğunun sosyal bir alana gittiklerinde ostomiyi kabul ettiklerini, hastaların bildirdiği en yüksek güven seviyesinin ostomi torbasının boşaltılmak ve değiştirmek olduğu belirtilirken, hastaların %30'unun ostomi ile ilgili sorunlara bağlı olarak taburcu olduktan sonra acil servise başvurdukları bildirilmektedir.

Yapılan araştırmalarda hastaların anlatılanların %20'sini, okuduklarının %40'ını ve multimedya ile %80'ini hatırlayabildikleri bildirilmektedir. Perioperatif sürecin her aşamasında hastanın planlanan cerrahi girişime ilişkin endişe ve kaygıların olumsuz etkilerini azaltmak için literatürde de eğitim ve danışmanlık uygulanması öneriler arasında yer almaktadır. Bu nedenle hasta eğitiminde öğretim sürecinin etkinliğini sağlamak amacıyla çeşitli öğretim yöntemi ve

tekniki geliştirilmiştir. Hasta eğitiminde sözel anlatıma ek olarak eğitimin görsel içeriklerle de desteklenmesi önem kazanmakta ve günümüzde tüm yöntemlerin kombine kullanılmasında artış görülmektedir. (Öztürk, 2013; Yıldız, 2015).

Teknolojinin önemli bir parçası olan videolar, ses kayıtlarının ve görsel nitelikli gelişmiş stoma bakım ürünlerinin kullanılması ile stoma cerrahisi geçiren bireylerin stoma bakım becerisini öğrenmesini ve bireylerin kendilerini yeterli hissetmelerini kolaylaştırmak amacıyla hazırlanan teknolojik uygulamalardır. Video destekli eğitim, görsel ve işitsel verilerle aktarılanı somutlaştırması, gerçek hayatla ilişkili senaryoların daha kolay aktarılması ve birden fazla duyuya hitap etmesi açısından son derece önemli bir yöntemdir (Özdemir, 2019).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma, çift kör randomize kontrollü girişimsel türde bir çalışma olup son test kontrol gruplu desen kullanıldı.

#### **3.2. Araştırma Yapıldığı Zaman**

Araştırma, 24/06/2021 – 04/08/2023 tarihleri arasında tamamlandı.

#### **3.3. Araştırma Yapıldığı Yer**

Bu araştırma, Aydın Atatürk Devlet Hastanesi, Aydın Devlet Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinin Genel Cerrahi Kliniklerinde yapıldı. Çalışmanın yapılabilmesi için Aydın Atatürk Devlet Hastanesi, Aydın Devlet Hastanesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli kurum izinleri ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'den etik kurul izni alındı.

#### **3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi**

Araştırmanın evrenini Aydın Atatürk Devlet Hastanesi, Aydın Devlet Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinin Genel Cerrahi Kliniklerinde yatan ve stoma cerrahisi uygulanacak hastalar oluşturdu. 2020 Mart ayında başlayan pandemi sürecinde elektif vakaların iptal edilmesi nedeniyle yıllık vaka sayıları önceki yıllara göre değişkenlik gösterdi. Şu an günümüz koşullarında da küresel salgın COVID-19

pandemisinin devam etmesi nedeniyle 2020 Mart - 2021 Mart arasında stoma açılan hasta sayısı Aydın Atatürk Devlet Hastanesinde 36, Aydın Devlet Hastanesinde 40, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde 88 hasta olmak üzere araştırma evreni 164 hastadan; araştırmanın örnekleme ise blok rastgele örnekleme tekniği kullanılarak, Aydın Atatürk Devlet Hastanesi, Aydın Devlet Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinin Cerrahi Kliniklerinde yatan ve stoma cerrahisi uygulanan hastalar oluşturdu. Örneklem sayısı, Lin ve diğerlerinin (2016), ‘‘The effect of an anaesthetic patient information video on perioperative anxiety’’ çalışması doğrultusunda G \* Power güç analizi %95 güç, 0.05 anlamlılık ve 1.2 etki büyüklüğü ile kontrol grubu için 19, girişim grubu için 19 olmak üzere 38 hasta olarak hesaplandı. Ancak örnek alınan çalışmada veri kaybı mevcut değildi. Girişimsel bir çalışmada kayıpları %10 ya da %15’ in altında tutmak yanlılığı azaltmada önemli kabul edilmekte ve kayıplara bağlı yanlılığı kontrol etmede örnek büyüklüğünü arttırmanın yararlı olduğu vurgulanmaktadır (Akın ve Koçoğlu,2017). Bu nedenle olası veri kaybı göz önünde bulundurularak 38 hasta olarak hesaplanan örneklem sayısının %10’u kadar yedek hasta çalışmaya eklenerek araştırmanın örneklemini, kontrol grubu 21 girişim grubu 21 olmak üzere 42 hasta oluşturdu. Çalışmamızda örneklem grubunun hepsi çalışmaya dahil edildi ve veri kaybı olmadı.

#### **Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri**

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- Okur- yazar olmak,
- 18 yaşından büyük olmak,
- İşitme ve konuşma sorunu bulunmamak,
- Kendisini ifade etmesini engelleyen bilişsel probleme sahip olmamak,
- Stoma cerrahisi uygulanıp kolostomi veya ileostomiye sahip olmak.

#### **Araştırmadan Dışlama Kriterleri**

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek,
- Kliniğe yatışı yapılmadan direk acil servisten ameliyata alınmak,



• Ameliyattan sonra 3 gün ve üzeri yoğun bakım ünitelerinde yatmak (Girişim ve kontrol grubunu ameliyattan sonra 48 -72 saat arasında kliniğe yatışı yapılan yoğun bakım takibi sonlanan hastalardan oluşmaktadır).

• Stoma cerrahisi sonrası en az bir ay (30 gün) stoması (kolostomi, ileostomi) takip edilemeyen hastalar.

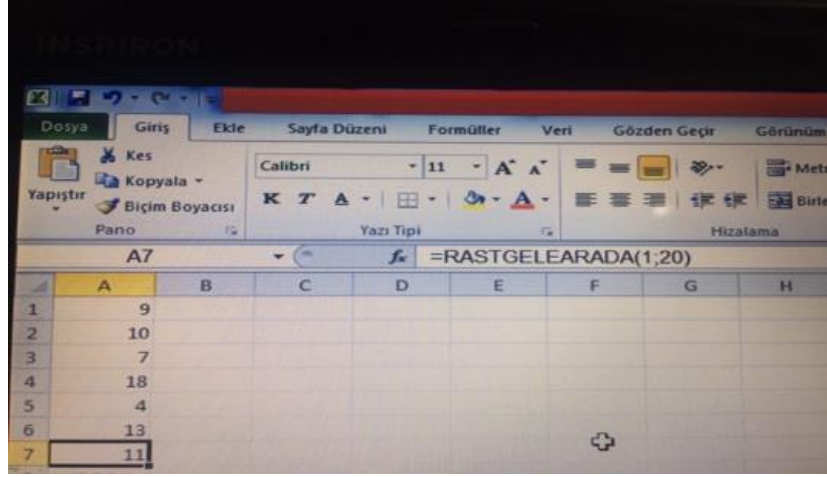
### 3.5. Randomizasyon ve Körleme

#### Randomizasyon

Araştırmada gruplar ve karşılaştırma olduğu için randomizasyon yapıldı. Araştırmanın örnekleme blok rastgele örnekleme tekniği kullanılarak randomize edildi. Blok rastgele randomizasyon tekniğinde, örnekleme 42 kişi olarak planlanan bu araştırmada hastalar 21 girişim, 21 kontrol olmak üzere ikiye ayrıldı ve her bir grupta 21 kişi olacak biçimde atama yapıldı. Random atama yapılırken örnekleme 42 kişi bloklara ayrıldı ve blokları basit rastgele seçim yöntemi ile seçildi. Her blokta 3 tane girişim (D), 3 tane de kontrol (K) hastası olacak biçimde 6'lı bloklama yapılan çalışmada tüm olası blok sayısı 20 tane olarak hesaplandı. Bilgisayar ortamında yapılan random atama resim 5, resim 6, ve resim 7 de gösterildi.

1	KKKDDD	11	KKDDDK
2	DKKKDD	12	KDKKDD
3	KKKDDD	13	KKDKDD
4	KKKDDD	14	KKKDDD
5	KDDKKD	15	DDKKKD
6	KKKDDD	16	KKDDKD
7	DDKKDK	17	KKDKDD
8	KKDDDK	18	DDKKKD
9	KKKDDD	19	DDDKKK
10	DDDKKK	20	KKKDDD

**Resim 5.** Olası blok sayısı



**Resim 6.** Rastgele blok ataması

BLOK NUMARASI	BLOK
9	KKKDDD
10	DDDKKK
7	DDKKDK
18	DDKKKD
4	KKKDDD
13	KKDKDD
11	KKDDDK

**Resim 7.** Rastgele blok atama sonucu hasta dağılımı

### **Körleme**

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastalar hangi gruba dahil olduğunu bilmemektedir. Bu nedenle katılımcılar arasında körleme yapıldı. Ayrıca sorumlu araştırmacıların girişim ve kontrol grubundaki hastaları bilmeleri nedeniyle araştırmada yanlılığı önlemek amacıyla araştırmacılar arasında da körleme yapıldı. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların eğitim sonrası komplikasyon değerlendirmesi bağımsız gözlemci olarak Dr. Öğr. Üyesi Büşra Şahin tarafından yapıldı. Araştırma hem katılımcıların hem de araştırmacıların körlenmesi ile çift kör randomize kontrollü girişimsel türde planlandı.

### 3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya ait veriler;

“Hasta Tanılama Formu” (Ek 1),

“Durumluk Süreklilik Kaygı Ölçeği” (Ek 2),

“Stomaya Uyum Ölçeği” (Ek 3),

“Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi” (Ek 4) ile toplandı.

#### 3.6.1. Hasta Tanılama Formu

Bu form araştırmacının konuyla ilgili literatür taraması sonucu oluşturuldu. (Duduklu, 2018; Arslantaş, 2019). Bu form stomalı bireylerin sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmeye ilişkin bilgileri içeren 14 soru, ameliyat öncesi dönem (bireyin stoması ve ameliyatı hakkında bilgilendirilme durumu, stoma bölgesinin işaretlenmesinin yapılıp yapılmadığı, kemoterapi/radyoterapi alma durumu ve ameliyatının acil/ planlı olup olmadığı) içeren 4 soru ve ameliyat sonrası döneme (ilk 24 saat içinde, yapılan ameliyat, stoma tipi, stoma süresi, stoma bölgesi, stoma rengi, stoma nemi, stoma yüksekliği, stomanın şekli, parastomal cilt, stoma çapı, bağıntı varlığı, kanama varlığı, mukokütanöz ayrılma olup olmadığı ve stoma bakımında engel durum/durumlar olup olmadığı gibi) ilişkin bilgileri içeren 12 soru olmak üzere toplam 30 sorudan oluştu. Anket sorularına verilen yanıtlar katılımcıların ifadelerine göre araştırmacı tarafından dolduruldu.

#### 3.6.2. Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği

Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI-I), 1970 yılında Spielberger tarafından geliştirildi ve Türkçe formu Öner N ve diğerleri tarafından uyarlanarak geçerlik güvenirlik çalışması yapıldı. Anksiyete düzeyi STAI-I’de “(1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamıyla” şeklinde puanlanır iken, Süreklilik Anksiyete Ölçeği (STAI-II)’de seçenekler ise (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklindedir.

a. Kimlere Uygulanabilir: 14 yaş üstü bireylere uygulanabilir.

b. Uygulama Süresi: Zaman sınırlaması yoktur. Ortalama 10 dakikada yanıtlanabilir.

c. Kapsamı: Envanterin, her biri 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır.

1. Durumluk Kaygı Ölçeği: Bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

2. Sürekli Kaygı: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler.

d. Materyali: İki ölçek iki ayrı sayfada Form TX-1 ve TX-2 şeklinde basılmıştır.

**Ölçeğin Yanıtlanması:** Durumluk Kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre “hiç”, “biraz” , “çok”, ve tamimiyle” şıklarından birinin seçilmesi, Sürekli Kaygı Ölçeğinin yanıtlanmasında ise maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre “hemen hiçbir zaman” , “bazen” , çok zaman” , ve “ hemen her zaman” şıklarından birinin seçilmesi istenir.

**Ölçeğin Puanlanması:** Ölçeklerde “doğrudan (düz)” ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1’e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk Kaygı Ölçeğinde 10 tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler), Sürekli Kaygı ölçeğinde ise 7 tane (21,26,27,30,33,36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır.

**Puanlama iki şekilde yapılabilir:**

**Elle Puanlama:** Doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer Durumluk kaygı ölçeği için 50, sürekli kaygı ölçeği için ise 35 dir.

**Puanların Yorumlanması:** Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. Uygulamalarda saptanan ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir.

STAI form TX-1/2’deki sınır değerlere göre hastanın kaygı durumu 0-19 arası puanda kaygı yok, 20-39 puanda kaygı hafif, 40-59 puanda kaygı orta, 60- 79 puanda kaygı ağır, 80 ve

üzeri için panik, şiddetli kriz olarak yorumlanmıştır. Türkçe formun iç tutarlığı ve güvenilirliği Kuder Richardson alfa güvenilirliğinde Durumluk Anksiyete Ölçeği için 0,94 ile 0,96 arasında bulunmuştur. Ölçek izni araştırmanın etik yönünde verilmiştir. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, kısa ifadelerden oluşan bir öz- değerlendirme anketi olup, ölçek sorularına verilen yanıtlar katılımcıların ifadelerine göre katılımcılar tarafından dolduruldu.

### **3.6.3. Stomalı Bireylerde Uyum Ölçeği**

Simmons ve diğerleri tarafından (2009) ostomili bireylerin ostomiye uyum düzeylerinin saptanması amacıyla geliştirilen 23 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Karadağ ve diğerleri tarafından (2011) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapıldı. Ostomi Uyum Ölçeği; 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 boyuttan oluşmaktadır. Buna ek olarak 3 madde (16, 18 ve 22) herhangi bir alt boyuta dâhil edilmedi. Ölçekte her bir madde 5'li likert tipinde 0-4 puan (Kesinlikle katılıyorum, Katılıyorum, Emin değilim, Katılmıyorum, Kesinlikle katılmıyorum) değerlendirilmektedir. Ölçek puanı 0-92 puan arasında değişmektedir. Ölçek maddelerinden her bir maddeden alınan puanın yüksek olması uyumun arttığını göstermektedir. Ölçekteki 12 madde (2, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18 ve 21. maddeler) olumsuz ifadeler içerdiği için ters skorlanmaktadır Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında (570 ostomi hastası ile yapıldı) Cronbach alfa değeri 0,93 ve test-tekrar test değerlendirmesinde korelasyon değeri (r) 0,83 olarak belirlendi. Ölçek izni araştırmanın etik yönünde verildi. Stomaya Uyum Ölçeği bir öz değerlendirme ölçeği olup, ölçek sorularına verilen yanıtlar katılımcıların ifadelerine göre katılımcılar tarafından dolduruldu.

### **3.6.4. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi**

Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi (Pittman Ostomy Complication Severity Index –OCSI), stoması olan bireylerin takip sürecinde (operasyondan 30 gün sonra) erken ameliyat sonrası dönemde gelişen komplikasyonların sıklığını ve şiddetini değerlendirmek için Joyce Pittman tarafından 2014 yılında geliştirildi. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Arslantaş ve

Karahan (2019) tarafından yapıldı. OCSI, içerik geçerlilik indeksi (CVI = 0,9), madde sayısı (k = 0.71-1.0), maddelerin toplam puan ile arasındaki anlamlılığı (ICC = 0.991, P ≤ .001) olarak bulundu. OCSI formatı, 0 ile 3 puan arasında (minimum 0, maksimum 27) değişen dokuz bireysel maddeyle birlikte Likert benzeri bir ölçeği ve tek tek öğeleri toplayarak hesaplanan toplam puanı içerir. 0'ın anlamı komplikasyonun mevcut olmadığını, 3 ise komplikasyonun şiddetli olduğunu göstermektedir. Ele alınan komplikasyon maddeleri sırasıyla; akıntı, peristomal iritan dermatit, ağrı kanama, stomal nekroz, stomal stenoz, retraksiyon, mukokütanöz ayırma ve hiperplazidir. Toplam puanın yüksek olması daha ciddi ostomi komplikasyonları olduğunu göstermektedir. Geçerlilik güvenilirliğin yapıldığı çalışmada sık görülen komplikasyonlar arasında sızıntı (%60), peristomal neme bağlı dermatit (%50), stoma ağrısı (%42), retraksiyon (%39) ve kanama (%32) bildirildi. Ölçek izni araştırmanın etik yönünde verildi. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi bir öz değerlendirme ölçeği olmayıp, ölçek soruları araştırmacıların körlenmesi nedeniyle bağımsız gözlemci Dr. Öğr. Üyesi Büşra ŞAHİN tarafından dolduruldu.

### **3.7. Araştırmanın Akışı**

Araştırma katılımcıları, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaşından büyük, işitme ve konuşma sorunu olmayan, kendisini ifade etmesini engelleyen bilişsel probleminin olmayan, stoma cerrahisi olan ve cerrahi sonrası en az bir ay (30 gün) stoması (kolostomi, ileostomi) takip edilecek hastaları içerdi.

Araştırma, örnekleme alınma kriterlerini karşılayan 21 girişim grubu (ameliyat sonrası dönemde video destekli stoma bakımı eğitimini alan) ve 21 kontrol grubu olmak üzere 42 hasta ile planlandı. Hastaların girişim ya da kontrol grubunda yer alma durumunun belirlenmesi için bilgisayar yardımıyla rastgele blok randomizasyon yöntemi kullanıldı. Ameliyat sonrası dönemde girişim grubundaki hastalara video destekli stoma bakımı eğitimi verilirken, kontrol grubundaki hastalara düz anlatım ve demonstrasyon yöntemli ile eğitim verildi. Araştırma süreci boyunca hastaların anksiyete düzeyini belirlemek, stomaya uyumunu ve komplikasyon değerlendirmesi yapabilmek için hastalara 3 farklı zaman diliminde ziyaret yapıldı. Birinci ziyarette, girişim ve kontrol grubunda yer alan hastalar ile ameliyattan sonra 48-72. saatler arasında klinikte tanışılarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formu dolduruldu. hastaların sosyodemografik ve tanımlayıcı özelliklerinin yer aldığı 30 soruluk anket formu araştırmacı

tarafından, anksiyete ve stomaya uyum ölçek soruları ise katılımcılar tarafından dolduruldu..

İkinci ziyarette, taburculuk kararı verildikten sonra girişim grubundaki hastalara video destekli eğitim kontrol grubundaki hastalara ise düz anlatım ve demonstrasyon yöntemiyle eğitim verilerek hastaların durumluk anksiyete ve stomaya uyum düzeyleri tekrar değerlendirildi.

Üçüncü ziyarette ise, taburcu olduktan en az bir ay sonra hastalarla poliklinik kontrollerinde görüşüldü ve hastalar durumluk anksiyete, stomaya uyum ve komplikasyon açısından değerlendirilerek hasta takibi sonlandırıldı.

Hasta takip ve değerlendirilmeleri hasta mahremiyetini korumak amacıyla klinikte yattıkları süreç içerisinde hasta odalarında (tek kişilik olmayan hasta odalarında paravan perdeler kullanıldı) ve taburculuk sonrası kontrol süreçlerinde ise servislerin pansuman odasında yapıldı. Girişim grubundaki hastalara stoma bakımını içeren video destekli eğitim, BAP proje desteği alınarak sağlanan notebook bilgisayar ile hasta odasında araştırmacı eşliğinde izletildi. Girişim grubundaki hastalara verilen stoma bakımı eğitim videosu; hastaların stoma bakımı ile ilgili bilgi, beceri ve güvenini geliştirerek olası komplikasyonları önlemek amacıyla araştırmacı tarafından tasarlandı ve çekildi. Stoma bakım eğitim videosu iki ana bölümü içerdi. Birinci bölümde araştırmacının kendisi kamera karşısına geçerek stomanın ne olduğu, hangi nedenlere bağlı olarak açıldığı, yeni oluşan bir dışkılama sistemine ilişkin uyum süreci, hastaların bu uyum sürecinde karşılaşılabilecekleri zorluklar, stoma ve günlük yaşam aktiviteleri, stomanın hastalık değil geçici veya kalıcı olarak oluşturulan yeni bir yaşam tarzı olduğu, stoma bakımının doğru yapılmasının önemi, stoma komplikasyonları gibi bilgileri sözlü olarak aktardı. Araştırmacı bu bilgileri kamera karşısında sözlü olarak aktarırken ekranın sol tarafı boş bırakılarak önemli bilgiler montajlama aşamasında ekranın sol tarafında yazılı olarak vurgulandı. İkinci bölümde ise etkin ve doğru stoma bakımı yapabilmek için, stoma bakımında kullanılan malzemeler ve işlevleri tek tek anlatılarak araştırmanın yapıldığı hastanelerden birinde yatan video çekimini kabul eden bir hasta üzerinde stoma bakımı adım adım uygulandı. Eğitim videosunda stoma bakımı yapılan hastanın mahremiyeti korunarak çekim yapıldı. Ayrıca hastadan video çekimini kabul ettiğine dair yazılı ve sözlü onam alındı. Videonun birinci bölümü 11,30 dakika, ikinci bölüm ise 8,32 dakika olmak üzere videonun ortalama izlenim süresi 20 dakikadır. Videonun ikinci bölümündeki hastaya adım adım uygulanan stoma bakımı araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Araştırmacı Kara'nın 'Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği' sertifikası bulunmakta olup, bir sağlık kurumunda aktif olarak

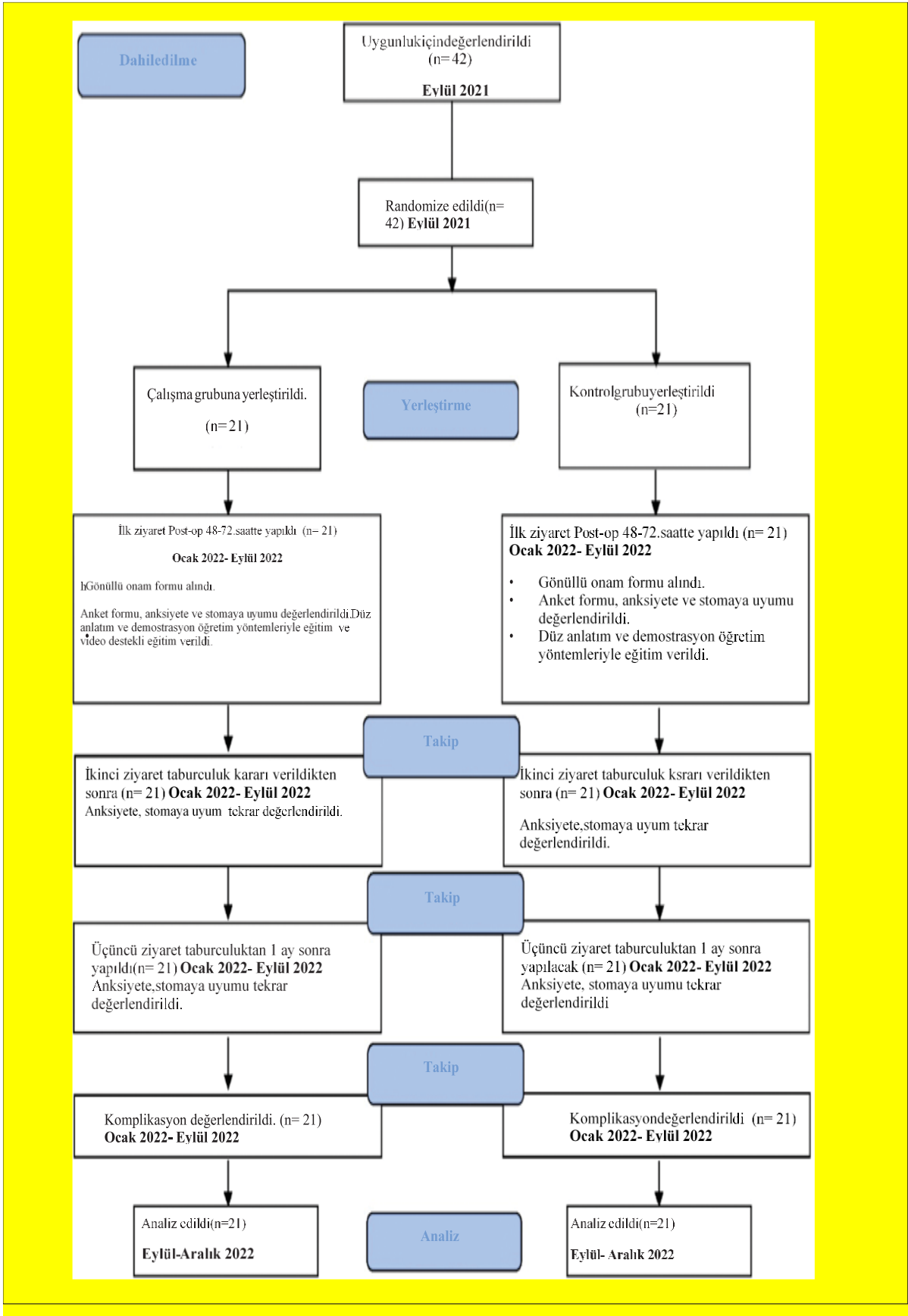
stoma ve yara bakım hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Eğitim videosunun iki bölümü de çekildikten videolar bileştirildi. Eğitim videosunun içeriği hazırlanırken literatür doğrultusunda Ülkemizde bu konuda aktif görev yapan Yara Ostomi İnkontinans Hemşireler Derneği'nin resmi sitesi incelendi. Hastalara stoma bakım videosu araştırmacı tarafından izletilirken hastaların anlamadığı yerlerde video durdurularak soru sormalarına izin verildi ve sorular araştırmacı tarafından yanıtlandı. Taburcu olan hastalarla bir ay sonraki kontrollerinde komplikasyon değerlendirmesi yapabilmek için iletişim bilgileri alındı. Aynı zamanda araştırmacı kendi iletişim bilgilerini de katılımcılarla paylaşarak taburculuk sonrası evde geçirdikleri bu bir aylık süreçte aktif iletişim kuruldu. Kontrol grubundaki hastalara ise eğitimi videosunda yer alan bilgiler düz anlatım ve demostrasyon yöntemi ile araştırmacı tarafından anlatıldı.

#### **Stoma bakımı eğitimin temel konu başlıkları;**

- Stomanın tanımı ve stoma açılmasının nedenleri,
- Ülkemizde ve Dünyada görülme sıklığı,
- Stoma bölgesinin belirlenmesi ve işaretlenmesi,
- Stoma bakımının önemi,
- Stoma komplikasyonları,
- Hasta ve ailesinin stoma bakımındaki rolü,
- Stoma bakımında kullanılan malzemeler ve işlevleri,
- Tek ve çift parçalı sistem stoma torbasının değiştirilmesinde uygulanan işlemler,
- Stoma ile yaşamda beslenme,
- Gaz ve koku yönetimi,
- Duş alırken dikkat edilmesi gerekenler,
- Hareket ve egzersiz
- Cinsel yaşam gibi bireyin günlük aktivitelerini nasıl gerçekleştireceğine yönelik stoma bakım eğitimi verildi.

Ocak 2021 ve Ağustos 2023 tarihleri arasında yapılan araştırmanın, çalışma planından tez raporunun hazırlanmasına ve sunumuna kadar olan araştırma süreç Consort Akış Diyagramında (Şekil 14) gösterildi.





Şekil 14. Consort akış diyagramı.

### **3.8. Pilot Uygulama**

Araştırmanın yapıldığı tarih aralığında pandemi nedeniyle elektif ameliyatların ve buna bağlı hasta sayılarının azalması sonucu pilot uygulama yapılmadı.

### **4.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

#### **Bağımlı/Değişkenler**

Stoma cerrahisi geçiren hastaların durumluk-süreklilik anksiyete puanı.

Stoma cerrahisi geçiren hastaların stomaya uyum puanı.

Stoma cerrahisi geçiren hastaların Pittman Komplikasyon indeks şiddeti puanı.

#### **Bağımsız Değişkenler**

Eğitim durumu, yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi gibi hastanın sosyodemografik ve tanıtıcı özellikleri.

### **3.10. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı onam (BGOF) (Ek 5), Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul'undan izin (Ek 6, Ek 7) alındı. Elde edilen verilerin isim belirtmeden rapor halinde sunulacağı ve sadece bilimsel amaçla kullanılacağı açıklandı Ayrıca araştırmanın yapılacağı Aydın Atatürk Devlet Hastanesi, Aydın Devlet Hastanesinin bağlı olduğu İl Sağlık Müdürlüğünden (Ek 8) ve Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinden (Ek 9) kurum izni alındı. Stomalı Bireylerde Uyum ölçeği için ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacı Prof. Dr. Ayişe Karadağ (Ek 10) ve Pittman Komplikasyon Şiddet İndeksi için ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacı Doç. Dr. Elif Karahan'dan (Ek 11) 18/03/2021 tarihinde e-mail yoluyla izin alındı. Durumluk- Süreklilik Kaygı ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını

yapan araştırmacı Prof. Dr. Necla Öner'den (Ek 12) 03/06/2021 tarihinde e-mail yoluyla izin alındı. Ayrıca kontrol grubundaki hastalara araştırma bittikten sonra girişim grubundaki hastalara verilen video destekli stoma bakımı eğitimi verildi.

### 3.11. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu gibi demografik bilgilerin yer aldığı sorular ile sorulara verilen yanıtlarda bireylerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanıldı.

Kontrol-Girişim gruplamasına göre kategorik değerkenlerin karşılaştırılmasında çapraz tablolar oluşturuldu, sayı (n), yüzde (%) ve ki kare ( $\chi^2$ ) test istatistiği verildi.

Çalışmada yer alan değerkenlerin normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Değerkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde Ort $\pm$ SS (Standart Sapma) ve Medyan (eyreklikler Arası Genişlik-ÇAG, Interquartile Range - IQR) değerleri verildi.

Kontrol ve Girişim gruplarına göre Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı, Ostomi Uyum (Kabul Etme, Kaygı/Endişe, Sosyal Uyum, Öfke, Genel Toplam) ve Pittman Ostomi Komplikasyon şiddet İndeks değerlerinin karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem t testi kullanıldı.

Kontrol ve Girişim gruplarında yer alan hastaların 1.Ziyaret- 2.Ziyaret -3.Ziyaret Durumluk Kaygı ve Ostomi Uyum (Kabul Etme, Kaygı/Endişe, Sosyal Uyum, Öfke, Genel Toplam) ölçek puanlarının karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (repeated measures ANOVA) testi kullanıldı.

Grup faktörü (girişim ve kontrol grubu), zaman faktörünün (1.Ziyaret, 2.Ziyaret ve 3.Ziyaret) ve her iki faktörün etkileşiminin Durumluk Kaygı ve Ostomi Uyum (Kabul Etme, Kaygı/Endişe, Sosyal Uyum, Öfke, Genel Toplam) ölçek puanları üzerindeki etkisi iki yönlü karma varyans analizi (two way mixed ANOVA) ile incelendi.

Eğitim durumu, medeni durumu, gelir durumu gibi ikiden fazla kategorik değerkenlere göre hastaların Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı, Ostomi Uyum Genel Toplam ve Pittman Ostomi Komplikasyon şiddet İndeks değerlerinin karşılaştırılmasında gruplarda dengeli

dağılım olmadığı için Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine başvuruldu.

Yaş ile Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı, Ostomi Uyum (Kabul Etme, Kaygı/Endişe, Sosyal Uyum, Öfke, Genel Toplam) ve Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeks değerlerinin arasında yapılan korelasyon analizinde pearson korelasyon katsayısı verildi. BKİ ve Stoma Çapı Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı, Ostomi Uyum (Kabul Etme, Kaygı/Endişe, Sosyal Uyum, Öfke, Genel Toplam) ve Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeks değerlerinin arasında yapılan korelasyon analizinde ise spearman korelasyon katsayısı verildi.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

### **3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Çalışmamıza başlamadan önce araştırmanın yürütülmesi planlanan hastanelerin cerrahi klinik sorumlu hekimleri ile görüşülerek video destekli stoma bakımı eğitimine ameliyat öncesi dönemde başlanarak ameliyat sonrası dönemde de tekrarlanması konusunda uzman görüşü alındı. Ancak alınan uzman görüşleri sonucunda ameliyat öncesi dönemde hastalara video destekli stoma bakımı eğitimi vermenin hastalarda anksiyeteye neden olabileceği ve ameliyat olma kararından vazgeçme riski oluşturabileceği, bu nedenle eğitimin ameliyat sonrası dönemde verilmesi kararı alındı. Cerrahi girişimler özellikle de stoma cerrahisi gibi beden imajını etkileyen, hastalara fiziksel, sosyal, psikolojik ve emosyonel desteği cerrahi sürecin her aşamasında gerektiren cerrahi uygulamalarda hasta eğitiminin hasta kliniğe kabul edildiği andan itibaren başlanması gerekmektedir Bu nedenle bu durum bizim araştırmamız için bir sınırlılıktır. Cerrahi süreçte eğitim ve danışmanlık hizmetinin yürütecek stoma bakım hemşirelerinin ve stoma terapi ünitesinin çalışmanın yürütüldüğü devlet hastanelerinde bulunmaması üniversite hastanesinde görevli olan stoma ve yara bakım hemşiresinin araştırma verilerini topladığımız tarihlerde izinli olması araştırmamızın diğer bir sınırlılığıdır. Ayrıca pandemi nedeniyle elektif ameliyatlara ertelenmesi sonucu araştırmanın örneklem sayısına ulaşabilmek için çalışmanın üç farklı hastanede yapılması da bizim için bir sınırlılıktır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Kontrol grubundaki hastaların beden kitle indeksi (BKI) ortalaması  $27,25 \pm 5,11$ , girişim grubundaki hastaların BKI ortalaması  $23,93 \pm 3,39$ 'tür. Kontrol ve girişim grupları arasında BKI değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $z=2,076$ ,  $p=0,038$ ). Stoma şekillerine baktığımızda, kontrol grubunda yer alan hastaların %42,9'nun ( $n=9$ ) stoma şekli yuvarlak, %47,6'sı ( $n=10$ ) oval, %9,5'i ( $n=2$ ) şekilsiz iken, girişim grubunda yer alan hastaların %81'inin ( $n=17$ ) stoma şekli yuvarlak, %19'nun ( $n=4$ ) oval olduğu belirlendi. Girişim grubu ile kontrol grubu arasında stoma şekilleri dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ( $\chi^2=7,931$ ,  $p=0,019$ ).

Çalışmada yer alan kontrol ve girişim grubu hastalarının BKI ve Stoma şekilleri hariç diğer parametrelerin benzer olduğu saptandı ( $p>0,05$ ). Pandemiye bağlı olarak elektif ameliyat sayılarının azalması nedeniyle BKI ve stoma şekillerinde homojenlik sağlanamadı (Tablo 1).

**Tablo 1.** Kontrol ve girişim grubundaki hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması.

	Tüm Olgular Ort±SS Medyan (ÇAG)	Kontrol Grubu Ort±SS Medyan (ÇAG)	Girişim Grubu Ort±SS Medyan (ÇAG)	t, Z, $\chi^2$	P
Yaş	60,31±14,85 62,00 (14,75)	62,76±12,44 65,00 (18,50)	57,86±16,88 60,00 (20,50)	$t=1,072$	0,290
BKI	25,59±4,61 25,61 (4,75)	27,25±5,11 26,67 (4,91)	23,93±3,39 25,06 (5,83)	$z=2,076$	<b>0,038</b>
Stoma Çapı	14,79±19,46 4,50 (9,38)	11,55±18,46 4,50 (2,00)	18,02±20,34 4,50 (41,25)	$z=0,712$	0,476
<b>Cinsiyet, n (%)</b>					
Kadın	16 (38,1)	9 (42,9)	7 (33,3)	$\chi^2=0,404$	0,525*
Erkek	26 (61,9)	12 (57,1)	14 (66,7)		
<b>Eğitim Durumu n (%)</b>					
Okur yazar	5 (11,9)	4 (19,0)	1 (4,8)	$\chi^2=6,818$	0,235**
İlkokul	22 (52,4)	13 (61,9)	9 (42,9)		
Ortaokul	4 (9,5)	1 (4,8)	3 (14,3)		
Lise	6 (14,3)	2 (9,5)	4 (19,0)		
Üniversite	4 (9,5)	1 (4,8)	3 (14,3)		
Lisansüstü	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (4,8)		

**Tablo 1.** Kontrol ve girişim grubundaki hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması  
(devamı).

<b>Çalışma Durumu n (%)</b>					
Çalışan	5 (11,9)	2 (9,5)	3 (14,3)	$\chi^2=1,716$	0,633**
Emekli	23 (54,8)	11 (52,4)	12 (57,1)		
Çalışmıyor	7 (16,7)	3 (14,3)	4 (19,0)		
Diğer	7 (16,7)	5 (23,8)	2 (9,5)		
<b>Medeni Hali n (%)</b>					
Evli	33 (78,6)	15 (71,4)	18 (85,7)	$\chi^2=1,521$	0,467**
Bekar	5 (11,9)	3 (14,3)	2 (9,5)		
Diğer	4 (9,5)	3 (14,3)	1 (4,8)		
<b>Sosyal Güvence n (%)</b>					
Var	42 (100,0)	21 (100,0)	21 (100,0)	-	-
<b>Gelir Durumu n (%)</b>					
Gelir giderden az	14 (33,3)	9 (42,9)	5 (23,8)	$\chi^2=2,879$	0,237**
Gelirim gidere eşit	27 (64,3)	12 (57,1)	15 (71,4)		
Gelirim giderimden fazla	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (4,8)		
<b>Kimlerle Yaşıyorsunuz n (%)</b>					
Yalnız	3 (7,1)	3 (14,3)	0 (0,0)	$\chi^2=5,967$	0,051**
Ailemle	38 (90,5)	17 (81,0)	21 (100,0)		
Diğer	1 (2,4)	1 (4,8)	0 (0,0)		
<b>Tıbbi Tanı n (%)</b>					
Kolon CA	10 (23,8)	5 (23,8)	5 (23,8)	$\chi^2=2,327$	0,312*
Rektum CA	10 (23,8)	7 (33,3)	3 (14,3)		
Diğer malignite ve hastalıklar	22 (52,4)	9 (42,9)	13 (61,9)		
<b>Bilinen Alerji Öykünüz n (%)</b>					
Var	2 (4,8)	0 (0,0)	2 (9,5)	-	0,244**
Yok	40 (95,2)	21 (100,0)	19 (90,5)	-	*
<b>Kronik Hastalık n (%)</b>					
Var	23 (54,8)	11 (52,4)	12 (57,1)	$\chi^2=0,096$	0,757*
Yok	19 (45,2)	10 (47,6)	9 (42,9)		
<b>Daha Önce Geçirilen Ameliyat n (%)</b>					
Var	22 (52,4)	10 (47,6)	12 (57,1)	$\chi^2=0,382$	0,537*
Yok	20 (47,6)	11 (52,4)	9 (42,9)		
<b>Alışkanlıklarınız n (%)</b>					
Yok	31 (73,8)	16 (76,2)	15 (71,4)	$\chi^2=0,123$	0,726*
Sigara	11 (26,2)	5 (23,8)	6 (28,6)		
<b>Stoma Hakkında Bilgilendirme Durumu n (%)</b>					
Evet	20 (47,6)	9 (42,9)	11 (52,4)	$\chi^2=0,382$	0,537*
Hayır	22 (52,4)	12 (57,1)	10 (47,6)		
<b>Stoma Bölgesi İşaretleme Durumu n (%)</b>					
Evet	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (4,8)	-	0,500**
Hayır	41 (97,6)	21 (100,0)	20 (95,2)	-	*
<b>Kemoterapi veya Radyoterapi Alma Durumu n (%)</b>					
Kemoterapi	4 (9,5)	2 (9,5)	2 (9,5)	$\chi^2=2,463$	0,482**
Radyoterapi	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (4,8)		
Kemoterapi ve Radyoterapi	4 (9,5)	3 (14,3)	1 (4,8)		
Tedavi yok	33 (78,6)	16 (76,2)	17 (81,0)		

**Tablo 1.** Kontrol ve girişim grubundaki hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması  
(devamı).

<b>Ameliyat Şekli n (%)</b>					
Acil	20 (47,6)	7 (33,3)	13 (61,9)	$\chi^2=3,436$	0,064*
Planlı	22 (52,4)	14 (66,7)	8 (38,1)		
<b>Yapılan Ameliyat n (%)</b>					
Low anterior rezeksiyon	2 (4,8)	1 (4,8)	1 (4,8)	$\chi^2=2,713$	0,438**
İleostomi açılması	18 (42,9)	11 (52,4)	7 (33,3)		
Kolostomi açılması	21 (50,0)	9 (42,9)	12 (57,1)		
Diğer	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (4,8)		
<b>Stoma Tipi n (%)</b>					
End Kolostomi	8 (19,0)	4 (19,0)	4 (19,0)	$\chi^2=5,894$	0,117**
Loopkolostomi	10 (23,8)	2 (9,5)	8 (38,1)		
End ileostomi	6 (14,3)	3 (14,3)	3 (14,3)		
Loop ileostomi	18 (42,9)	12 (57,1)	6 (28,6)		
<b>Stoma Süresi n (%)</b>					
Kalıcı	10 (23,8)	6 (28,6)	4 (19,0)	$\chi^2=0,525$	0,469*
Geçici	32 (76,2)	15 (71,4)	17 (81,0)		
<b>Stoma Bölgesi n (%)</b>					
Sol alt kadrın	13 (31,0)	6 (28,6)	7 (33,3)	$\chi^2=0,111$	0,739*
Sağ alt kadrın	29 (69,0)	15 (71,4)	14 (66,7)		
<b>Stoma Rengi n (%)</b>					
Suluk pembe	4 (9,5)	4 (19,0)	0 (0,0)	-	0,053** *
Kırmızımsı pembe	38 (90,5)	17 (81,0)	21 (100,0)		
<b>Stoma Nemli n (%)</b>					
Nemli	38 (85,7)	16 (76,2)	20 (95,2)	-	0,092** *
Kuru	6 (14,3)	5 (23,8)	1 (4,8)		
<b>Stoma Yüksekliği n (%)</b>					
Tomurcuk	35 (83,3)	15 (71,4)	20 (95,2)	$\chi^2=5,014$	0,082**
Ciltle aynı seviyede	6 (14,3)	5 (23,8)	1 (4,8)		
Retrakte	1 (2,4)	1 (4,8)	0 (0,0)		
<b>Stoma Şekli n (%)</b>					
Yuvarlak	26 (61,9)	9 (42,9)	17 (81,0)	$\chi^2=7,931$	<b>0,019**</b>
Oval	14 (33,3)	10 (47,6)	4 (19,0)		
Şekilsiz	2 (4,8)	2 (9,5)	0 (0,0)		
<b>Parastomal Cilt n (%)</b>					
Sert	12 (28,6)	6 (28,6)	6 (28,6)	$\chi^2=0,001$	0,999*
Yumuşak	30 (71,4)	15 (71,4)	15 (71,4)		
<b>Baget n (%)</b>					
Var	3 (7,1)	3 (14,3)	0 (0,0)	-	0,116** *
Yok	39 (92,9)	18 (85,7)	21 (100,0)		
<b>Kanama n (%)</b>					
Yok	42 (100,0)	21 (100,0)	21 (100,0)	-	-

t:Bağımsız Örneklem t testi, z:Mann Whitney U Testi,  $\chi^2$ :Ki kare Testi

\*Pearson ki kare değeri verilmiştir, \*\*Likelihood ratio değeri verilmiştir \*\*\*Fisher Exact değeri verilmiştir

## 4.2. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Ziyaretlere Göre Durumluk- Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kontrol ve girişim grupları arasında 1.ziyarete Durumluk Kaygı ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı ( $p=0,677$ ). Ayrıca Kontrol ve girişim grupları arasında 2. ve 3. ziyarete Durumluk Kaygı ölçek puanları açısından da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubundaki hastaların Durumluk Kaygı ölçek puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (1. ziyaret, 2. ziyaret, 3. ziyaret) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ( $p=0,450$ ). Girişim grubundaki hastaların Durumluk Kaygı ölçek puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (1. ziyaret, 2. ziyaret, 3. ziyaret)) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p=0,108$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2.** Kontrol ve girişim grubundaki hastaların ziyaretlere göre durumluk kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Kontrol Grubu		Girişim Grubu		p*
	Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Ort±SS	Medyan (ÇAG)	
<b>DSKÖ</b>					
1.Ziyaret	44,05±5,31	43,00 (6,00)	44,81±6,41	44,00 (8,00)	0,677 <sup>a</sup>
2.Ziyaret	44,57±4,09	44,00 (6,00)	46,09±6,17	45,00 (5,50)	0,351 <sup>a</sup>
3.Ziyaret	45,43±3,93	45,00 (6,00)	47,09±4,18	48,00 (4,50)	0,191 <sup>a</sup>
<b>p**</b>	0,450 <sup>b</sup>		0,108 <sup>b</sup>		

p\* (Kontrol-Girişim gruplar arası), p\*\* (1-2-3. zamanlar arası)

a: Bağımsız Örneklem t Testi b: Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA Testi

Gruplar arasında Durumluk Kaygı ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ( $F=1,006$ ;  $p=0,322$ ). Durumluk Kaygı ölçek puanı genel anlamda zamana bağlı anlamlı farklılık göstermemektedir ( $F=2,913$ ;  $p=0,060$ ) Grup\* Zaman etkileşimine baktığımızda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edildi ( $F=0,205$ .  $p=0,815$ ).



**Tablo 3.** Durumluk kaygı puanı tekrarlı ölçüm sonuçları.

		Kontrol Grubu	Girişim Grubu	Test İstatistiği	
		Ort±SS	Ort±SS	F	P
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>	1.Ziyaret	44,05±5,31	44,81±6,41	F <sup>1</sup> =1,006	p <sup>1</sup> =0,322
	2.Ziyaret	44,57±4,09	46,09±6,17	F <sup>2</sup> =2,913	p <sup>2</sup> =0,060
	3.Ziyaret	45,43±3,93	47,09±4,18	F <sup>3</sup> =0,205	p <sup>3</sup> =0,815

F<sup>1</sup>=Gruplar arası, F<sup>2</sup>= zamana bağlı ölçümler arası, F<sup>3</sup>=zaman x grup

Kontrol grubundaki hastaların Sürekli Kaygı ölçek puan ortalaması 43,86±6,66, girişim grubunda yer alan hastaların Sürekli Kaygı ölçek puan ortalaması 44,62±5,86'dir. Kontrol ve girişim grupları arasında Sürekli Kaygı ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı (t=0,393, p=0,696) (Tablo 4).

**Tablo 4.** Kontrol ve girişim grubundaki hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Kontrol Grubu	Girişim Grubu	Test İstatistiği	
	Ort±SS	Ort±SS	t	P
<b>SKÖ</b>	43,86±6,66	44,62±5,86	t=0,393	0,696

t:Bağımsız Örneklem t Testi

#### 4.3. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Ziyaretlere Göre Ostomi Uyum Alt Boyut Parametrelerin Karşılaştırılması

Kontrol ve girişim grupları arasında 1.ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı (p=0,069). Kontrol grubundaki hastaların 2. ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puan ortalaması 24,81±3,52, girişim grubundaki hastaların 2. ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puan ortalaması 20,00±5,18'dir. Kontrol ve girişim grupları arasında 2.ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi(p=0,001). Ayrıca Kontrol ve girişim grupları arasında 3.ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi (p<0,001). Kontrol grubundaki hastaların 3.ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puan

ortalaması girişim grubuna göre daha yüksektir. Kontrol grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (1. ziyaret, 2. ziyaret, 3. ziyaret)) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ( $p=0,389$ ). Girişim grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (1. ziyaret, 2. ziyaret, 3. ziyaret)) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $p<0,001$ ). Girişim grubundaki hastaların zamana bağlı Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puan ortalamaları azalmaktadır.

Kontrol grubundaki hastaların 1. ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puan ortalaması  $16,62\pm 3,53$ , girişim grubundaki hastaların 1. Ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puan ortalaması  $14,24\pm 2,74$ 'tür. Kontrol ve girişim grupları arasında 1. ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $p=0,019$ ). Kontrol grubundaki hastaların 2. ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puan ortalaması  $16,19\pm 2,99$ , girişim grubundaki hastaların 2. ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puan ortalaması  $11,57\pm 2,92$ 'dir. Kontrol ve girişim grupları arasında 2. ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ). Ayrıca Kontrol ve girişim grupları arasında 3. ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ). Kontrol grubundaki hastaların 3. ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puan ortalaması girişim grubuna göre daha yüksektir. Kontrol grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (1. ziyaret, 2. ziyaret, 3. ziyaret) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ( $p=0,748$ ). Girişim grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (1. ziyaret, 2. ziyaret, 3. ziyaret)) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ( $p<0,001$ ). Girişim grubundaki hastaların zamana bağlı Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puan ortalamaları azalmaktadır.

Kontrol grubundaki hastaların 1. ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Sosyal Uyum puan ortalaması  $14,09\pm 2,34$ , girişim grubundaki hastaların 1. ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Sosyal Uyum puan ortalaması  $12,48\pm 2,16$ 'dir. Kontrol ve girişim grupları arasında 1. ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Sosyal Uyum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $p=0,025$ ). Kontrol grubundaki hastaların 2. ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Sosyal Uyum puan ortalaması  $14,52\pm 2,20$ , girişim grubundaki hastaların 2. ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Sosyal Uyum puan ortalaması  $10,14\pm 2,17$ 'tür. Kontrol ve girişim grupları arasında 2. ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Sosyal Uyum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık

olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ). Ayrıca Kontrol ve girişim grupları arasında 3.ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Sosyal Uyum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ). Kontrol grubundaki hastaların 3.ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Sosyal Uyum puan ortalaması girişim grubuna göre daha yüksektir. Kontrol grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Sosyal Uyum puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (1.ziyaret, 2.ziyaret, 3.ziyaret)) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ( $p=0,234$ ). Girişim grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Sosyal Uyum puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (1.ziyaret, 2.ziyaret, 3.ziyaret)) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $p<0,001$ ). Girişim grubundaki hastaların 2.ve 3.ziyaret Ostomi Uyum ölçeği Sosyal Uyum puan ortalaması 1.ziyarete göre azalmaktadır.

Kontrol ve girişim grupları arasında 1.ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Öfke puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $p=0,127$ ). Kontrol grubundaki hastaların 2. ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Öfke puan ortalaması  $7,05\pm 1,56$ , girişim grubundaki hastaların 2. ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Öfke puan ortalaması  $4,76\pm 1,41$ 'dir. Kontrol ve girişim grupları arasında 2.ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Öfke puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ). Ayrıca Kontrol ve girişim grupları arasında 3.ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Öfke puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ). Kontrol grubundaki hastaların 3.ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Öfke puan ortalaması girişim grubuna göre daha yüksektir. Kontrol grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Öfke puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (1.ziyaret, 2.ziyaret, 3.ziyaret)) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ( $p=0,770$ ). Girişim grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Öfke puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (1.ziyaret, 2.ziyaret, 3.ziyaret)) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $p<0,001$ ). Girişim grubundaki hastaların zamana bağlı Ostomi Uyum ölçeği Öfke puan ortalamaları azalmaktadır.

Kontrol grubundaki hastaların 1. ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalaması  $72,71\pm 9,32$ , girişim grubundaki hastaların 1.ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalaması  $63,67\pm 9,69$ 'dir. Kontrol ve girişim grupları arasında 1.ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $p=0,004$ ). Kontrol grubundaki hastaların 2. ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalaması  $71,67\pm 8,99$ , girişim grubundaki hastaların 2. ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalaması  $53,67\pm 10,68$ 'dir. Kontrol ve girişim grupları arasında 2.ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı

farklılık olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ). Ayrıca Kontrol ve girişim grupları arasında 3.ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ). Kontrol grubundaki hastaların 3.ziyarete Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalaması girişim grubuna göre daha yüksektir. Kontrol grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (1.ziyaret, 2.ziyaret, 3.ziyaret)) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ( $p=0,547$ ). Girişim grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (1.ziyaret, 2.ziyaret, 3.ziyaret)) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $p<0,001$ ). Girişim grubundaki hastaların zamana bağlı Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalamaları azalmaktadır (Tablo 5).

**Tablo 5.** Kontrol ve girişim grubundaki hastaların ostomi uyum ait boyut parametrelerinin ziyaretler bazında karşılaştırılması.

	Kontrol Grubu		Girişim Grubu		p*
	Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Ort±SS	Medyan (ÇAG)	
<b>OUÖ-Kabul Etme</b>					
1.Ziyaret	25,33±4,13	25,00 (7,50)	22,57±5,36	22,00 (7,50)	0,069
2.Ziyaret	24,81±3,52	24,00 (5,00)	20,00±5,18	20,00 (8,00)	<b>0,001</b>
3.Ziyaret	24,28±4,21	25,00 (4,50)	14,52±1,72	14,00 (2,00)	<b>&lt;0,001</b>
<b>p**</b>	0,389		<b>&lt;0,001</b>		
<b>OUÖ-Kaygı/Endişe</b>					
1.Ziyaret	16,62±3,53	16,00 (4,00)	14,24±2,74	14,00 (3,50)	<b>0,019</b>
2.Ziyaret	16,19±2,99	17,00 (4,00)	11,57±2,92	11,00 (5,00)	<b>&lt;0,001</b>
3.Ziyaret	16,09±2,99	16,00 (4,50)	8,19±1,63	8,00 (2,00)	<b>&lt;0,001</b>
<b>p**</b>	0,748		<b>&lt;0,001</b>		
<b>OUÖ-Sosyal Uyum</b>					
1.Ziyaret	14,09±2,34	14,00 (3,00)	12,48±2,16	12,00 (3,00)	<b>0,025</b>
2.Ziyaret	14,52±2,20	15,00 (3,00)	10,14±2,17	10,00 (3,50)	<b>&lt;0,001</b>
3.Ziyaret	14,52±2,20	15,00 (3,00)	10,14±2,17	10,00 (3,50)	<b>&lt;0,001</b>
<b>p**</b>	0,234		<b>&lt;0,001</b>		
<b>OUÖ-Öfke</b>					
1.Ziyaret	6,95±1,72	7,00 (2,00)	6,09±1,84	6,00 (2,00)	0,127
2.Ziyaret	7,05±1,56	7,00 (2,50)	4,76±1,41	5,00 (2,00)	<b>&lt;0,001</b>
3.Ziyaret	6,86±1,65	7,00 (3,00)	3,33±0,86	3,00 (1,00)	<b>&lt;0,001</b>
<b>p**</b>	0,770		<b>&lt;0,001</b>		
<b>OUÖ-Genel Toplam</b>					
1.Ziyaret	72,71±9,32	73,00 (13,00)	63,67±9,69	65,00 (12,50)	<b>0,004</b>
2.Ziyaret	71,67±8,99	72,00 (14,50)	53,67±10,68	55,00 (17,50)	<b>&lt;0,001</b>
3.Ziyaret	70,86±10,59	72,00 (13,00)	40,95±4,56	39,00 (8,00)	<b>&lt;0,001</b>
<b>p**</b>	0,547		<b>&lt;0,001</b>		

p\* (Kontrol-Girişim gruplar arası), p\*\* (1-2-3. zamanlar arası) a: Bağımsız Örneklem t Testi b: Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA Testi.

Zaman etkisinin anlamlı olduğu ölçüm değerleri için, hangi zaman aralığının bu anlamlılığa etki ettiğinin gösterilmesinde ikili karşılaştırma analizi (Post-Hoc) yapıldı. Girişim grubu OUÖ-Kabul Etme, OUÖ-Kaygı/Endişe, OUÖ-Öfke, OUÖ-Genel Toplam puanları ikili karşılaştırma sonuçlarına baktığımızda 1.ziyaret-2.ziyaret, 1.ziyaret-3.ziyaret, 2.ziyaret-3.ziyaret arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $p<0,001$ ). OUÖ-Sosyal Uyum puanları ikili karşılaştırma sonuçlarına baktığımızda 1.ziyaret-2.ziyaret, 1.ziyaret-3.ziyaret arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $p<0,001$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6.** Girişim grubu hastalarının ostomi uyumunda ziyaret etkisinin ikili karşılaştırma sonuçları.

Girişim Grubu	1.Ziyaret-2.Ziyaret	1.Ziyaret-3.Ziyaret	2.Ziyaret-3.Ziyaret
	P	P	P
OUÖ-Kabul Etme	<0,001	<0,001	<0,001
OUÖ-Kaygı/Endişe	<0,001	<0,001	<0,001
OUÖ-Sosyal Uyum	<0,001	<0,001	0,999
OUÖ-Öfke	<0,001	<0,001	0,002
OUÖ-Genel Toplam	<0,001	<0,001	<0,001

Kontrol ve girişim grubu hastalar arasında Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $F=26,911$ ;  $p<0,001$ ). Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puanı genel anlamda zamana bağlı anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=32,684$ ;  $p<0,001$ ) Grup\* Zaman etkileşimine baktığımızda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi ( $F=19,798$ ;  $p<0,001$ ).

Kontrol ve girişim grubu hastalar arasında Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $F=53,939$ ;  $p<0,001$ ). Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe genel anlamda zamana bağlı anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=22,384$ ;  $p<0,001$ ) Grup\* Zaman etkileşimine baktığımızda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi ( $F=15,988$ ;  $p<0,001$ ).

Ostomi Uyum ölçeği tekrarlı ölçümlerde mix ANOVA sonuçları Tablo 7’de özetlenmektedir.

**Tablo 7.** Ostomi uyum ölçeğinin hasta ziyaretlerindeki tekrarlı ölçüm sonuçları.

		Kontrol Grubu	Girişim Grubu	Test İstatistiği	
		Ort±SS	Ort±SS	F	P
<b>OUÖ-Kabul Etme</b>	1.Ziyaret	25,33±4,13	22,57±5,36	F <sup>1</sup> =26,911	p <sup>1</sup> < <b>0,001</b>
	2.Ziyaret	24,81±3,52	20,00±5,18	F <sup>2</sup> =32,684	p <sup>2</sup> < <b>0,001</b>
	3.Ziyaret	24,28±4,21	14,52±1,72	F <sup>3</sup> =19,798	p <sup>3</sup> < <b>0,001</b>
<b>OUÖ-Kaygı/Endişe</b>	1. Ziyaret	16,62±3,53	14,24±2,74	F <sup>1</sup> =53,939	p <sup>1</sup> < <b>0,001</b>
	2. Ziyaret	16,19±2,99	11,57±2,92	F <sup>2</sup> =22,384	p <sup>2</sup> < <b>0,001</b>
	3. Ziyaret	16,09±2,99	8,19±1,63	F <sup>3</sup> =15,988	p <sup>3</sup> < <b>0,001</b>
<b>OUÖ-Sosyal Uyum</b>	1. Ziyaret	14,09±2,34	12,48±2,16	F <sup>1</sup> =30,166	p <sup>1</sup> < <b>0,001</b>
	2. Ziyaret	14,52±2,20	10,14±2,17	F <sup>2</sup> =11,739	p <sup>2</sup> < <b>0,001</b>
	3. Ziyaret	14,52±2,20	10,14±2,17	F <sup>3</sup> =24,681	p <sup>3</sup> < <b>0,001</b>
<b>OUÖ-Öfke</b>	1. Ziyaret	6,95±1,72	6,09±1,84	F <sup>1</sup> =30,411	p <sup>1</sup> < <b>0,001</b>
	2. Ziyaret	7,05±1,56	4,76±1,41	F <sup>2</sup> =21,513	p <sup>2</sup> < <b>0,001</b>
	3. Ziyaret	6,86±1,65	3,33±0,86	F <sup>3</sup> =18,661	p <sup>3</sup> < <b>0,001</b>
<b>OUÖ-Genel Toplam</b>	1. Ziyaret	72,71±9,32	63,67±9,69	F <sup>1</sup> =58,786	p <sup>1</sup> < <b>0,001</b>
	2. Ziyaret	71,67±8,99	53,67±10,68	F <sup>2</sup> =51,902	p <sup>2</sup> < <b>0,001</b>
	3. Ziyaret	70,86±10,59	40,95±4,56	F <sup>3</sup> =37,519	p <sup>3</sup> < <b>0,001</b>

*F<sup>1</sup>=Gruplar arası, F<sup>2</sup>= zamana bağlı ölçümler arası, F<sup>3</sup>=zaman x grup*

#### **4.4. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi Puan Ortalamasının Karşılaştırılması**

Kontrol grubundaki hastaların Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi (OCSI) Total puan ortalaması 3,62±2,31, girişim grubunda yer alan hastaların OCSI -Total puan ortalaması 0,38±0,59'dir. Kontrol ve girişim grupları arasında OCSI -Total puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi (p<0,001). Ayrıca Kontrol ve girişim grupları arasında OCSI -Akıntı, OCSI -Stoma Çevresi İrritan Dermatit OCSI -Ağrı, OCSI -Stoma Çevresi Kanama, OCSI -Stoma Darlığı, OCSI -Retraksiyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi (p<0,05). Girişim grubundaki hastaların OCSI -Akıntı, OCSI -Stoma Çevresi İrritan Dermatit, OCSI -Ağrı, OCSI -Stoma Çevresi Kanama, OCSI -Stoma Darlığı, OCSI -Retraksiyon puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür (Tablo 8).

**Tablo 8.** Kontrol ve girişim grubundaki hastaların pittman ostomi komplikasyon şiddet indeks puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Kontrol Grubu		Girişim Grubu		Test İstatistiği	
	Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Ort±SS	Medyan (ÇAG)	z	P
OCSI -Akıntı	0,52±0,60	0,00 (1,00)	0,05±0,22	0,00 (0,00)	z=3,125	<b>0,002</b>
OCSI-İrritan Dermatit	0,81±0,60	1,00 (1,00)	0,19±0,40	0,00 (0,00)	z=3,426	<b>0,001</b>
OCSI -Ağrı	0,81±0,68	1,00 (1,00)	0,00±0,00	0,00 (0,00)	z=4,743	<b>&lt;0,001</b>
OCSI-Stoma Çevresi Kanama	0,29±0,46	0,00 (1,00)	0,00±0,00	0,00 (0,00)	z=2,614	<b>0,009</b>
POKŞİ-Stoma Nekrozu	0,14±0,36	0,00 (0,00)	0,00±0,00	0,00 (0,00)	z=1,776	0,076
OCSI-Stoma Darlığı	0,52±0,51	1,00 (1,00)	0,14±0,36	0,00 (0,00)	z=2,587	<b>0,010</b>
OCSI -Retraksiyon	0,29±0,56	0,00 (0,50)	0,00±0,00	0,00 (0,00)	z=2,351	<b>0,019</b>
OCSI-Mukokütanöz Ayrılma	0,09±0,30	0,00 (0,00)	0,00±0,00	0,00 (0,00)	z=1,432	0,152
OCSI -Hiperplazi	0,14±0,36	0,00 (0,00)	0,05±0,22	0,00 (0,00)	z=1,039	0,299
OCSI -Total	3,62±2,31	3,00 (3,00)	0,38±0,59	0,00 (1,00)	z=5,018	<b>&lt;0,001</b>

z:Mann Whitney U Testi

#### 4.5. Hastaların Tüm Değişken Gruplarında Durumluk – Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan hastaların tüm değişken gruplarında Durumluk Kaygı ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9.** Hastaların tüm değişken gruplarında durumluk kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42).

		DSKÖ PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS		t; $\chi^2$	p
Cinsiyet	Kadın	44,62±3,68		t=0,169	0,866
	Erkek	44,31±6,89			
Eğitim Durumu	Okuryazar	43,20±4,60		$\chi^2=3,601$	0,608
	İlkokul	43,59±5,28			
	Ortaokul	48,75±10,96			
	Lise	43,17±4,91			
	Üniversite	46,25±4,57			
	Lisansüstü	N/A			

**Tablo 9.** Hastaların tüm değişken gruplarında durumluk kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42) (devamı).

<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışan	44,40±12,46	$\chi^2=0,632$	0,889
	Emekli	45,04±5,06		
	Çalışmıyor	42,71±3,95		
	Diğer	44,14±3,76		
<b>Medeni Hali</b>	Evli	44,94±5,66	$\chi^2=0,603$	0,740
	Bekar	40,60±7,60		
	Diğer	45,00±4,24		
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir giderden az	43,93±6,09	$\chi^2=2,597$	0,273
	Gelirim gidere eşit	44,41±5,71		
	Gelirim giderimden fazla	N/A		
<b>Kimlerle Yaşıyorsunuz</b>	Yalnız	43,67±5,69	$\chi^2=0,537$	0,764
	Ailemle	44,45±5,98		
	Diğer	N/A		
<b>Tıbbi Tanı</b>	Kolon CA	42,00±4,29	$\chi^2=3,652$	0,161
	Rektum CA	46,60±4,83		
	Diğer malignite ve hastalıklar	44,54±6,58		
<b>Bilinen Alerji Öykünüz</b>	Var	48,00±5,66	t=0,886	0,381
	Yok	44,25±5,85		
<b>Kronik Hastalık</b>	Var	43,96±5,35	t=0,573	0,570
	Yok	45,00±6,46		
<b>Daha Önce Geçirilen Ameliyat</b>	Var	45,14±6,17	t=0,822	0,416
	Yok	43,65±5,48		
<b>Alişkanlıklarınız</b>	Yok	44,45±5,70	t=0,042	0,966
	Sigara	44,36±6,45		
<b>Stoma Hakkında Bilgilendirme Durumu</b>	Evet	45,75±5,00	t=1,418	0,164
	Hayır	43,23±6,36		
<b>Kemoterapi veya Radyoterapi Alma Durumu</b>	Kemoterapi	42,75±1,50	$\chi^2=1,620$	0,655
	Radyoterapi	N/A		
	Kemoterapi ve Radyoterapi	47,00±6,48		
	Tedavi yok	44,24±6,16		
<b>Ameliyat Şekli</b>	Acil	43,30±6,86	t=1,203	0,236
	Planlı	45,45±4,63		
<b>Yapılan Ameliyat</b>	Lowanteriorrezeksiyon	44,00±4,24	$\chi^2=0,218$	0,975
	İleostomi açılması	44,28±6,39		
	Kolostomi açılması	44,71±5,79		
	Diğer	N/A		



**Tablo 9.** Hastaların tüm değişken gruplarında durumluk kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42) (devamı).

<b>Stoma Tipi</b>	End Kolostomi	43,75±5,72	$\chi^2=5,039$	0,169
	Loopkolostomi	45,60±6,31		
	End ileostomi	48,00±6,63		
	Loop ileostomi	42,89±5,13		
<b>Stoma Süresi</b>	Kalıcı	44,80±6,58	t=0,228	0,821
	Geçici	44,31±5,68		
<b>Stoma Bölgesi</b>	Sol alt kadran	44,31±6,00	t=0,089	0,930
	Sağ alt kadran	44,48±5,85		
<b>Stoma Rengi</b>	Soluk pembe	45,00±1,82	t=0,204	0,840
	Kırmızımsı pembe	44,37±6,11		
<b>Stoma Nemli</b>	Nemli	44,08±5,59	t=0,939	0,353
	Kuru	46,50±7,29		
<b>Stoma Yüksekliği</b>	Tomurcuk	43,74±5,29	$\chi^2=1,859$	0,395
	Ciltle aynı seviyede	48,17±8,23		
	Retrakte	N/A		
<b>Stoma Şekli</b>	Yuvarlak	42,58±4,50	$\chi^2=4,493$	0,106
	Oval	47,86±6,95		
	Şekilsiz	44,50±2,12		
<b>Parastomal Cilt</b>	Sert	47,08±6,83	t=1,928	0,061
	Yumuşak	43,37±5,12		
<b>Baget</b>	Var	45,00±5,29	t=0,174	0,863
	Yok	44,38±5,93		

t:Bağımsız Örneklem t Testi,  $\chi^2$ =Kruskal Wallis Testi, N/A: Not Availabl

Çalışmaya katılan hastaların tüm değişken gruplarında Sürekli Kaygı ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0.05) (Tablo 10).

**Tablo 10.** Hastaların tüm değişken gruplarında sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42).

		<b>SKÖ PUANI</b>		<b>Test İstatistiği*</b>	
		<b>Ort±SS</b>	<b>t; <math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	45,81±5,84	t=1,299	0,201	
	Erkek	43,27±6,34			
<b>Eğitim Durumu</b>	Okur yazar	46,20±7,36	$\chi^2=2,224$	0,817	
	İlkokul	44,04±6,42			
	Ortaokul	41,00±8,12			
	Lise	44,17±5,78			
	Üniversite	46,00±4,39			
	Lisansüstü	N/A			
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışan	42,80±7,43	$\chi^2=2,971$	0,396	
	Emekli	43,61±6,13			
	Çalışmıyor	47,57±4,93			
	Diğer	44,00±6,95			
<b>Medeni Hali</b>	Evli	44,85±6,27	$\chi^2=1,467$	0,480	
	Bekar	42,80±7,19			
	Diğer	41,00±4,08			
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir giderden az	45,21±6,28	$\chi^2=1,741$	0,419	
	Gelirim gidere eşit	43,48±6,18			
	Gelirimgiderimden azla	N/A			
<b>Kimlerle Yaşıyorsunuz</b>	Yalnız	44,33±0,58	$\chi^2=1,562$	0,458	
	Ailemle	44,03±6,41			
	Diğer	N/A			
<b>Tıbbi Tanı</b>	Kolon CA	40,90±4,04	$\chi^2=4,042$	0,132	
	Rektum CA	46,70±8,59			
	Diğer malignite ve hastalıklar	44,64±5,32			
<b>Bilinen Alerji Öykünüz</b>	Var	44,50±0,71	t=0,060	0,952	
	Yok	44,22±6,37			
<b>Kronik Hastalık</b>	Var	43,78±5,90	t=0,518	0,607	
	Yok	44,79±6,69			
<b>Daha Önce Geçirilen Ameliyat</b>	Var	45,91±5,68	t=1,885	0,067	
	Yok	42,40±6,38			
<b>Alışkanlıklarınız</b>	Yok	44,64±6,27	t=0,709	0,483	
	Sigara	43,09±6,19			
<b>Stoma Hakkında Bilgilendirme Durumu</b>	Evet	44,30±6,87	t=0,061	0,952	
	Hayır	44,18±5,71			

**Tablo 10.** Hastaların tüm değişken gruplarında sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42) (devamı).

<b>Kemoterapi Radyoterapi Durumu</b>	<b>veya Alma</b>	Kemoterapi	37,75±4,64	$\chi^2=7,477$	0,058
		Radyoterapi	N/A		
		Kemoterapi Radyoterapi	ve 46,00±7,79		
		Tedavi yok	44,39±5,49		
<b>Ameliyat Şekli</b>		Acil	43,20±5,26	t=1,034	0,308
		Planlı	45,18±6,95		
<b>Yapılan Ameliyat</b>		Lowanterior rezeksiyon	39,00±2,83	$\chi^2=3,255$	0,354
		İleostomi açılması	43,56±7,13		
		Kolostomi açılması	45,29±5,58		
		Diğer	N/A		
<b>Stoma Tipi</b>		End Kolostomi	46,12±5,54	$\chi^2=3,916$	0,271
		Loopkolostomi	43,00±4,62		
		End ileostomi	48,00±7,67		
		Loop ileostomi	42,83±6,49		
<b>Stoma Süresi</b>		Kalıcı	44,90±5,28	t=0,382	0,704
		Geçici	44,03±6,54		
<b>Stoma Bölgesi</b>		Sol alt kadran	43,77±5,26	t=0,324	0,748
		Sağ alt kadran	44,45±6,67		
<b>Stoma Rengi</b>		Soluk pembe	45,75±6,84	t=0,507	0,615
		Kırmızımsı pembe	44,08±6,22		
<b>Stoma Nemli</b>		Nemli	43,94±6,23	t=0,746	0,460
		Kuru	46,00±6,36		
<b>Stoma Yüksekliği</b>		Tomurcuk	43,69±6,12	$\chi^2=2,613$	0,271
		Ciltle aynı seviyede	46,17±6,55		
		Retrakte	N/A		
<b>Stoma Şekli</b>		Yuvarlak	42,77±5,63	$\chi^2=4,523$	0,104
		Oval	46,21±6,85		
		Şekilsiz	49,50±3,53		
<b>Parastomal Cilt</b>		Sert	43,92±6,39	t=0,648	0,835
		Yumuşak	44,37±6,24		
<b>Baget</b>		Var	46,67±10,02	t=0,698	0,489
		Yok	44,05±5,98		

t:Bağımsız Örneklem t Testi,  $\chi^2$ =Kruskal Wallis Testi, N/A: Not Available

#### 4.6. Hastaların Tüm Değişken Gruplarında Ostomi Uyum Ölçeği Genel Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kadın hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalaması  $72,37 \pm 11,76$ , erkek hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalaması  $65,61 \pm 8,83$ 'dir. Cinsiyete göre hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $t=2,122$ ,  $p=0,040$ ). Stoma Hakkında Bilgilendirme Durumuna göre hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $t=2,329$ ,  $p=0,025$ ). Stoma Hakkında Bilgilendirme alan hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalaması almayan hastalara göre daha düşüktür. Stoma tipi End Kolostomi olan hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalaması  $69,37 \pm 5,26$ , Loop kolostomi olan hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalaması  $60,10 \pm 9,43$ , End ileostomi olan hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalaması  $76,83 \pm 11,28$ , Loop ileostomi hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalaması  $69,28 \pm 10,02$  olduğu belirlendi. Stoma tipine göre hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $\chi^2=10,371$ ,  $p=0,016$ ).

Diğer değişkenlerin Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 11'de özetlenmektedir. Yapılan karşılaştırmalara göre Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puanları ile "Cinsiyet", "Stoma Hakkında Bilgilendirme Durumuna?", "Stoma Tipi", "Gelir Durumu" Sorularına verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi ( $p<0,05$ ).

**Tablo 11.** Hastaların tüm değişken gruplarında ostomi uyum ölçeği genel toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42).

		<b>OUÖ-GENEL TOPLAM PUANI</b>	<b>Test İstatistiği*</b>	
		<b>Ort±SS</b>	<b>t; <math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	72,37±11,76	t=2,122	<b>0,040</b>
	Erkek	65,61±8,83		
<b>Eğitim Durumu</b>	Okur yazar	74,80±13,53	$\chi^2=8,075$	0,152
	İlkokul	70,27±7,76		
	Ortaokul	61,75±10,63		
	Lise	65,17±15,01		
	Üniversite	61,50±8,74		
	Lisansüstü	N/A		
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışan	63,00±5,79	$\chi^2=7,704$	0,053
	Emekli	66,35±10,23		
	Çalışmıyor	74,28±12,15		
	Diğer	71,86±9,87		
<b>Medeni Hali</b>	Evli	68,88±8,95	$\chi^2=1,025$	0,599
	Bekar	65,00±16,42		
	Diğer	66,50±15,86		
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir giderden az	73,71±12,17	$\chi^2=9,157$	<b>0,010</b>
	Gelirim gidere eşit	65,92±8,13		
	Gelirimgiderimden fazla	N/A		
<b>Kimlerle Yaşıyorsunuz</b>	Yalnız	74,00±16,82	$\chi^2=3,825$	0,148
	Ailemle	67,13±9,36		
	Diğer	N/A		
<b>Tıbbi Tanı</b>	Kolon CA	66,20±8,85	$\chi^2=0,751$	0,687
	Rektum CA	70,00±9,54		
	Diğermalignite ve hastalıklar	68,27±11,70		
<b>Bilinen Alerji Öykünüz</b>	Var	63,50±4,95	t=0,646	0,522
	Yok	68,42±10,63		
<b>Kronik Hastalık</b>	Var	68,43±10,02	t=0,165	0,870
	Yok	67,89±11,21		
<b>Daha Önce Geçirilen Ameliyat</b>	Var	70,14±10,76	t=1,276	0,209
	Yok	66,05±9,91		
<b>Aışkanlıklarınız</b>	Yok	69,06±10,92	t=0,908	0,369
	Sigara	65,73±8,99		
<b>Stoma Hakkında Bilgilendirme Durumu</b>	Evet	64,45±9,06	t=2,329	<b>0,025</b>
	Hayır	71,59±10,64		

**Tablo 11.** Hastaların tüm değişken gruplarında ostomi uyum ölçeği genel toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42) (devamı).

<b>Kemoterapi veya Radyoterapi Alma Durumu</b>	Kemoterapi	65,50±3,41	$\chi^2=2,483$	0,478
	Radyoterapi	N/A		
	Kemoterapi ve Radyoterapi	70,00±7,61		
	Tedavi yok	67,91±11,26		
<b>Ameliyat Şekli</b>	Acil	67,00±11,32	t=0,700	0,488
	Planlı	69,27±9,72		
<b>Yapılan Ameliyat</b>	Low anterior rezeksiyon	65,00±8,48	$\chi^2=2,385$	0,496
	İleostomi açılması	69,44±10,79		
	Kolostomi açılması	66,86±10,48		
	Diğer	N/A		
<b>Stoma Tipi</b>	End Kolostomi	69,37±5,26	$\chi^2=10,371$	<b>0,016</b>
	Loop kolostomi	60,10±9,43		
	End ileostomi	76,83±11,28		
	Loop ileostomi	69,28±10,02		
<b>Stoma Süresi</b>	Kalıcı	70,50±8,16	t=0,797	0,430
	Geçici	67,47±11,08		
<b>Stoma Bölgesi</b>	Sol alt kadran	66,61±10,58	t=0,650	0,520
	Sağ alt kadran	68,89±10,49		
<b>Stoma Rengi</b>	Soluk pembe	74,00±12,49	t=1,175	0,247
	Kırmızımsı pembe	67,58±10,21		
<b>Stoma Nemli</b>	Nemli	67,17±10,26	t=1,584	0,121
	Kuru	74,33±10,27		
<b>Stoma Yüksekliği</b>	Tomurcuk	67,17±10,41	$\chi^2=3,387$	0,184
	Ciltle aynı seviyede	70,33±6,44		
	Retrakte	N/A		
<b>Stoma Şekli</b>	Yuvarlak	66,65±10,40	$\chi^2=2,865$	0,239
	Oval	69,21±9,46		
	Şekilsiz	81,00±14,14		
<b>Parastomal Cilt</b>	Sert	69,17±10,69	t=0,379	0,707
	Yumuşak	67,80±10,51		
<b>Baget</b>	Var	75,67±7,02	t=1,297	0,202
	Yok	67,61±10,51		

t:Bağımsız Örneklem t Testi,  $\chi^2$ =Kruskal Wallis Testi, N/A: Not Available

#### 4.7. Hastaların Tüm Değişken Gruplarında Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi Genel Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Stoma Hakkında Bilgilendirme Durumuna göre hastaların OCSI Total puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $t=2,213$ ,  $p=0,033$ ). Stoma Hakkında Bilgilendirme alan hastaların OCSI total puan ortalaması almayan hastalara göre daha düşüktür. Stoma tipi End Kolostomi olan hastaların OCSI total puan ortalaması  $1,00\pm1,77$ , Loop kolostomi olan hastaların OCSI total puan ortalaması  $0,80\pm1,23$ , End ileostomi olan hastaların OCSI total puan ortalaması  $3,33\pm3,38$ , Loop ileostomi hastaların OCSI total puan ortalaması  $2,67\pm2,30$  olduğu belirlendi. Stoma tipine göre hastaların OCSI total puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $\chi^2=8,938$ ,  $p=0,030$ ). Stoma rengine göre hastaların OCSI total puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $t=3,571$ ,  $p=0,001$ ). Stoma rengi soluk pembe olan hastaların OCSI total puan ortalaması  $5,50\pm3,51$ , kırmızımsı pembe olan hastaların  $1,63\pm1,89$ 'tür. Ayrıca Stomanın nem durumuna göre hastaların OCSI total puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $t=2,390$ ,  $p=0,022$ ). Stoması nemli olan hastaların OCSI total puan ortalaması stoması kuru olan hastaların göre daha düşüktür.

Diğer değişkenlerin OCSI total puanlarının karşılaştırılması Tablo 12'de özetlenmektedir. Yapılan karşılaştırmalara göre OCSI total puanları ile “Kimlerle Yaşıyorsunuz”, “Stoma Hakkında Bilgilendirme Durumuna?”, “Stoma Tipi“, “Stoma Rengi”, “Stoma Nemi” Sorularına verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi ( $p<0,05$ ).

**Tablo 12.** Hastaların tüm değişken gruplarında pittman ostomi komplikasyon şiddet indeksi total puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42).

		POKŞI TOTAL PUAN		
		Ort±SS	t; $\chi^2$	p
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	2,50±2,80	t=1,090	0,282
	Erkek	1,69±1,99		
<b>Eğitim Durumu</b>	Okur yazar	4,00±3,87	$\chi^2=2,996$	0,701
	İlkokul	1,91±1,87		
	Ortaokul	1,25±1,89		
	Lise	2,17±3,06		
	Üniversite	0,75±0,96		
Lisansüstü	N/A			
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışan	1,20±1,30	$\chi^2=0,367$	0,947
	Emekli	2,08±2,39		
	Çalışmıyor	2,43±3,31		
	Diğer	1,86±1,86		
<b>Medeni Hali</b>	Evli	1,76±2,14	$\chi^2=1,165$	0,559
	Bekar	2,60±3,29		
	Diğer	3,25±2,87		
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir giderden az	3,00±3,16	$\chi^2=2,760$	0,252
	Gelirim gidere eşit	1,56±1,65		
	Gelirim giderimden fazla	N/A		
<b>Kimlerle Yaşıyorsunuz</b>	Yalnız	4,33±2,31	$\chi^2=6,403$	<b>0,041</b>
	Ailemle	1,66±2,06		
	Diğer	N/A		
<b>Tıbbi Tanı</b>	Kolon CA	2,00±1,94	$\chi^2=0,162$	0,922
	Rektum CA	1,70±1,49		
	Diğer malignite ve hastalıklar	2,14±2,83		
<b>Bilinen Alerji Öykünüz</b>	Var	0,50±0,71	t=0,928	0,359
	Yok	2,07±2,37		
<b>Kronik Hastalık</b>	Var	1,52±1,65	t=1,480	0,147
	Yok	2,58±2,91		
<b>Daha Önce Geçirilen Ameliyat</b>	Var	1,95±2,42	t=0,131	0,897
	Yok	2,05±2,30		
<b>Alışkanlıklarınız</b>	Yok	2,06±2,57	t=0,297	0,768
	Sigara	1,82±1,60		
<b>Stoma Hakkında Bilgilendirme Durumu</b>	Evet	1,20±1,32	t=2,213	<b>0,033</b>
	Hayır	2,73±2,81		



**Tablo 12.** Hastaların tüm değişken gruplarında pittman ostomi komplikasyon şiddet indeksi total puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=42) (devamı).

<b>Kemoterapi veya Radyoterapi Alma Durumu</b>	Kemoterapi	1,75±2,06	$\chi^2=0,243$	0,970
	Radyoterapi	N/A		
	Kemoterapi ve Radyoterapi	1,50±1,73		
	Tedavi yok	2,12±2,49		
<b>Ameliyat Şekli</b>	Acil	2,00±2,85	t=0,001	0,999
	Planlı	2,00±1,82		
<b>Yapılan Ameliyat</b>	Low anterior rezeksiyon	1,50±2,12	$\chi^2=7,343$	0,062
	İleostomi açılması	2,89±2,52		
	Kolostomi açılması	1,38±2,06		
	Diğer	N/A		
<b>Stoma Tipi</b>	End Kolostomi	1,00±1,77	$\chi^2=8,938$	<b>0,030</b>
	Loopkolostomi	0,80±1,23		
	End ileostomi	3,33±3,38		
	Loop ileostomi	2,67±2,30		
<b>Stoma Süresi</b>	Kalıcı	1,60±2,27	t=0,615	0,542
	Geçici	2,12±2,38		
<b>Stoma Bölgesi</b>	Sol alt kadran	1,31±2,06	t=1,296	0,202
	Sağ alt kadran	2,31±2,42		
<b>Stoma Rengi</b>	Soluk pembe	5,50±3,51	t=3,571	<b>0,001</b>
	Kırmızimsı pembe	1,63±1,89		
<b>Stoma Nemli</b>	Nemli	1,67±1,91	t=2,390	<b>0,022</b>
	Kuru	4,00±3,69		
<b>Stoma Yüksekliği</b>	Tomurcuk	1,71±1,92	$\chi^2=2,978$	0,226
	Ciltle aynı seviyede	2,67±3,39		
	Retrakte	N/A		
<b>Stoma Şekli</b>	Yuvarlak	1,77±2,08	$\chi^2=5,943$	0,051
	Oval	1,50±1,40		
	Şekilsiz	8,50±0,71		
<b>Parastomal Cilt</b>	Sert	2,58±3,42	t=1,024	0,312
	Yumuşak	1,77±1,75		
<b>Baget</b>	Var	3,67±2,31	t=1,292	0,204
	Yok	1,87±2,32		

t:Bağımsız Örneklem t Testi,  $\chi^2$ =Kruskal Wallis Testi, N/A: Not Available

#### **4.8. Kontrol Grubundaki Hastaların Yaş ve BKI ile Durumluk- Sürekli Anksiyete, Ostomi Uyum, Pittman Komplikasyon Şiddet İndeksi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması**

Kontrol grubundaki hastaların Yaş ile SKÖ, 1.ziyaret OUÖ Sosyal Uyum, 1. ziyaret OUÖ Genel Toplam arasında zayıf düzeyde, 2. ziyaret OUÖ Öfke, 2. ziyaret OUÖ Genel Toplam, 3. ziyaret OUÖ Kaygı/Endişe, 3. ziyaret OUÖ Öfke, 3. ziyaret OUÖ Genel Toplam puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. ( $r=0,472;p=0,031$ ,  $r=0,433;p=0,049$   $r=0,531;p=0,013$   $r=0,537;p=0,012$   $r=0,514;p=0,017$   $r=0,437;p=0,047$   $r=0,446;p=0,043$ ,  $r=0,508;p=0,019$ ). Yaş ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). BKI ile 3. ziyaret OUÖ Kaygı/Endişe, OCSI-Hiperplazi puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ( $r=0,472;p=0,031$ ,  $r=0,438;p=0,047$ ). BKI ile OCSI-Stoma Nekrozu puanı arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi= $-0,562$ ,  $p=0,008$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13.** Kontrol grubundaki hastaların yaş ve BKI ile yurumluk- sürekli anksiyete, ostomi uyum, pittman komplikasyon şiddet indeksi puan ortalamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırması.

	YAŞ		BKİ*	
	R	p	r	P
1. ziyaret DSKÖ	0,189	0,412	0,151	0,513
2. ziyaret DSKÖ	0,264	0,248	0,287	0,208
3. ziyaret DSKÖ	0,076	0,744	-0,091	0,695
SKÖ	0,472	<b>0,031</b>	0,277	0,223
1. ziyaret OUÖ Kabul Etme	0,303	0,181	0,410	0,065
1. ziyaret OUÖ Kaygı/Endişe	0,305	0,178	0,302	0,183
1. ziyaret OUÖ Sosyal Uyum	0,433	<b>0,049</b>	0,067	0,774
1. ziyaret OUÖ Öfke	0,407	0,067	0,126	0,585
1. ziyaret OUÖ Genel Toplam	0,531	<b>0,013</b>	0,336	0,137
2. ziyaret OUÖ Kabul Etme	0,409	0,066	0,223	0,330
2. ziyaret OUÖ Kaygı/Endişe	0,260	0,254	0,199	0,388
2. ziyaret OUÖ Sosyal Uyum	0,402	0,071	-0,106	0,648
2. ziyaret OUÖ Öfke	0,537	<b>0,012</b>	0,037	0,873
2. ziyaret OUÖ Genel Toplam	0,514	<b>0,017</b>	0,165	0,476
3. ziyaret OUÖ Kabul Etme	0,285	0,211	0,236	0,303
3. ziyaret OUÖ Kaygı/Endişe	0,437	<b>0,047</b>	0,472	<b>0,031</b>
3. ziyaret OUÖ Sosyal Uyum	0,402	0,071	-0,106	0,648
3. ziyaret OUÖ Öfke	0,446	<b>0,043</b>	0,166	0,472
3. ziyaret OUÖ Genel Toplam	0,508	<b>0,019</b>	0,313	0,168
OCSI-Akıntı	0,004	0,986	0,110	0,634
OCSI-Stoma Çevresi	-0,080	0,731	-0,119	0,608
OCSI-Ağrı	0,001	0,999	0,189	0,412
OCSI-Stoma Çevresi Kanama	0,290	0,202	0,131	0,573
OCSI-Stoma Nekrozu	-0,014	0,951	-0,562	<b>0,008</b>
OCSI-Stoma Darlığı	-0,034	0,882	-0,039	0,865
OCSI-Retraksiyon	0,189	0,411	0,087	0,706
OCSI-Mukokütanöz Ayrılma	0,153	0,507	0,281	0,217
OCSI-Hiperplazi	-0,048	0,836	0,438	<b>0,047</b>
OCSI-Total	0,087	0,708	0,029	0,901

r:Pearson İlişki Katsayısı \*Spearman İlişki Katsayısı

#### 4.9. Girişim Grubundaki Hastaların Yaş ve BKİ ile Durumluk- Sürekli Anksiyete, Ostomi Uyum, Pittman Komplikasyon Şiddet İndeksi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması

Girişim grubundaki hastaların Yaş ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Ayrıca BKİ ile diğer değişkenler arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14.** Girişim grubundaki hastaların yaş ve BKİ ile durumluk- sürekli anksiyete, ostomi uyum, pittman komplikasyon şiddet indeksi puan ortalamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırması.

	YAŞ		BKİ*	
	R	p	r	P
1. ziyaret DSKÖ	-0,224	0,330	0,114	0,623
2. ziyaret DSKÖ	-0,267	0,242	0,058	0,802
3. ziyaret DSKÖ	-0,265	0,246	0,069	0,765
SKÖ	-0,132	0,570	0,062	0,790
1. ziyaret OUÖ Kabul Etme	-0,132	0,570	-0,275	0,228
1. ziyaret OUÖ Kaygı/Endişe	0,276	0,226	0,088	0,706
1. ziyaret OUÖ Sosyal Uyum	0,298	0,189	0,047	0,839
1. ziyaret OUÖ Öfke	-0,061	0,794	0,072	0,756
1. ziyaret OUÖ Genel Toplam	0,108	0,641	-0,201	0,383
2. ziyaret OUÖ Kabul Etme	-0,149	0,518	-0,279	0,221
2. ziyaret OUÖ Kaygı/Endişe	0,122	0,598	0,013	0,956
2. ziyaret OUÖ Sosyal Uyum	-0,063	0,785	-0,171	0,458
2. ziyaret OUÖ Öfke	-0,071	0,760	-0,297	0,191
2. ziyaret OUÖ Genel Toplam	-0,062	0,790	-0,171	0,458
3. ziyaret OUÖ Kabul Etme	-0,135	0,560	-0,387	0,083
3. ziyaret OUÖ Kaygı/Endişe	-0,210	0,362	-0,250	0,274
3. ziyaret OUÖ Sosyal Uyum	-0,063	0,785	-0,171	0,458
3. ziyaret OUÖ Öfke	0,104	0,654	-0,101	0,664
3. ziyaret OUÖ Genel Toplam	-0,133	0,565	-0,291	0,200
OCSI-Akıntı	0,151	0,513	0,111	0,632
OCSI-Stoma Çevresi	0,151	0,512	0,001	0,999
OCSI-Ağrı	-	-	-	-
OCSI-Stoma Çevresi Kanama	-	-	-	-
OCSI-Stoma Nekrozu	-	-	-	-
OCSI-Stoma Darlığı	0,111	0,632	0,247	0,280
OCSI-Retraksiyon	-	-	-	-
OCSI-Mukokütanöz Ayrılma	-	-	-	-
OCSI-Hiperplazi	-0,310	0,171	-0,277	0,224
OCSI-Total	0,056	0,810	0,055	0,813

*r*:Pearson İlişki Katsayısı \**Spearman İlişki Katsayısı*

#### 4.10. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Stoma Çapı ile Durumluk- Sürekli Anksiyete, Ostomi Uyum, Pittman Komplikasyon Şiddet İndeksi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması

Kontrol grubundaki hastaların Stoma çapı ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Girişim grubundaki hastaların Stoma çapı ile 2. ziyaret OUÖ Kaygı/Endişe, 2. ziyaret OUÖ Sosyal Uyum, 2. ziyaret OUÖ Genel Toplam, 3. ziyaret OUÖ Sosyal Uyum puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ( $r=0,471;p=0,031$ ,  $r=0,500;p=0,021$ ,  $r=0,451;p=0,040$ ,

r=0,500;p=0,021). Ayrıca girişim grubunda hastaların Stoma çapı ile 3. ziyaret OUÖ Öfke puanı arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi (r=-0,473, p=0,030) (Tablo 15).

**Tablo 15.** Kontrol ve girişim grubundaki hastaların stoma çapı ile durumluk- sürekli Anksiyete, ostomi uyum, pittman komplikasyon şiddet indeksi puan ortalamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırması.

	KONTROL GRUBU		GİRİŞİM GRUBU	
	STOMA ÇAPI*		STOMA ÇAPI*	
	R	P	R	P
1. ziyaret DSKÖ	0,183	0,428	0,003	0,991
2. ziyaret DSKÖ	0,436	<b>0,048</b>	-0,111	0,632
3. ziyaret DSKÖ	0,146	0,526	-0,198	0,389
SKÖ	0,272	0,233	0,045	0,848
1. ziyaret OUÖ Kabul Etme	0,085	0,714	0,267	0,243
1. ziyaret OUÖ Kaygı/Endişe	-0,064	0,782	0,297	0,192
1. ziyaret OUÖ Sosyal Uyum	-0,114	0,624	0,264	0,248
1. ziyaret OUÖ Öfke	0,141	0,542	-0,147	0,525
1. ziyaret OUÖ Genel Toplam	0,024	0,918	0,306	0,178
2. ziyaret OUÖ Kabul Etme	0,072	0,757	0,359	0,110
2. ziyaret OUÖ Kaygı/Endişe	-0,238	0,299	0,471	<b>0,031</b>
2. ziyaret OUÖ Sosyal Uyum	-0,039	0,866	0,500	<b>0,021</b>
2. ziyaret OUÖ Öfke	0,075	0,746	-0,084	0,717
2. ziyaret OUÖ Genel Toplam	-0,100	0,667	0,451	<b>0,040</b>
3. ziyaret OUÖ Kabul Etme	-0,015	0,948	0,100	0,665
3. ziyaret OUÖ Kaygı/Endişe	0,105	0,651	0,097	0,676
3. ziyaret OUÖ Sosyal Uyum	-0,039	0,866	0,500	<b>0,021</b>
3. ziyaret OUÖ Öfke	0,092	0,692	-0,473	<b>0,030</b>
3. ziyaret OUÖ Genel Toplam	0,096	0,679	0,217	0,345
OCSI-Akıntı	0,107	0,643	0,151	0,514
OCSI-Stoma Çevresi	0,154	0,504	-0,061	0,791
OCSI-Ağrı	-0,384	0,078	-	-
OCSI-Stoma Çevresi Kanama	0,109	0,638	-	-
OCSI-Stoma Nekrozu	0,234	0,307	-	-
OCSI-Stoma Darlığı	-0,189	0,412	-0,253	0,269
OCSI-Retraksiyon	0,182	0,429	-	-
OCSI-Mukokütanöz Ayrılma	0,182	0,431	-	-
OCSI-Hiperplazi	-0,023	0,920	0,340	0,132
OCSI-Total	0,009	0,968	-0,065	0,781

\*Spearman İlişki Katsayısı

## 5. TARTIŞMA

Stomalı hastalara verilen video destekli stoma bakımı eğitiminin ameliyat sonrası anksiyete, stomaya uyum ve komplikasyonlara etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulgularının tartışma süreci yedi ana başlıkta ele alındı.

- Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Demografik Özelliklerinin Tartışılması
- Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Ziyaretlere Göre Ostomi Uyum Alt Boyut Parametrelerin Tartışılması
- Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Ziyaretlere Göre Durumluk- Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Tartışılması
- Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi Puan Ortalamasının Tartışılması
- Hastaların Tüm Değişken Gruplarında Durumluk – Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Tartışılması
- Hastaların Tüm Değişken Gruplarında Ostomi Uyum Ölçeği Genel Toplam Puan Ortalamalarının Tartışılması
- Hastaların Tüm Değişken Gruplarında Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi Genel Toplam Puan Ortalamalarının Tartışılması

### 5.1. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Kontrol grubunda bulunan stomalı hastaların yaş ortalaması  $62,76 \pm 12,44$ , BKİ değeri  $27,25 \pm 5,1$ , %57,1'i erkek, %80,9'u okur-yazar veya ilköğretim mezunu, %52,4'ü emekli, %71,4'ü evli, tamamı sosyal güvenceye sahip, %57,1'inin geliri giderine eşit, %81'i ailesiyle yaşıyor, %57,1'i kolon ve rektum kanseri, tamamının bilinen alerji öyküsü yok, %76,2'si sigara kullanmıyor, %57,1'i stoma hakkında bilgiye sahip değil, tamamının stoma bölgesi işaretli değil, %76,2'si kemoterapi veya radyoterapi tedavisi almıyor, %66,7'sinin ameliyatı planlı, %52,4'üne ileostomi ve %57,1'ine loop ileostomi açıldığı, %71,4'üne stomanın geçici olarak

açıldığı, %71,4'ünün stomasının sağ alt kadranda olduğu, %81'inin stomasının kırmızımsı pembe renkte ve %76,2'sinin nemli olduğu, %71,4'ünün stomasının yüksekliği tomurcuk ve %47,6'sının şeklinin oval olduğu, %71,4'ünün parastomal cildin yumuşak olduğu, %85,7'sinin stomasında baget bulunmadığı ve tamamında kanama olmadığı belirlendi.

Girişim grubunda bulunan stomalı hastaların yaş ortalaması  $57,86 \pm 16,88$ , BKI değeri  $23,93 \pm 3,39$ , %66,7'si erkek, %54,3'ü ortaokul ve üzeri öğrenim durumuna sahip, %57'si emekli, %85,72'si evli, tamamı sosyal güvenceye sahip, %71,4'ünün geliri giderine eşit, tamamı ailesiyle yaşıyor, %61,9'una diğer malignite ve hastalıklar nedeniyle stoma açıldığı, %90,5'inin bilinen alerji öyküsü olmadığı, %57,1'inin kronik hastalık öyküsü olduğu, %57,1'inin daha önce ameliyat geçirdiği, %71,4'ünün sigara kullanmadığı, %52,4'ünün stoma hakkında bilgilendirildiği, %95,2'sinde stoma bölgesinde işaretleme yapılmadığı, %81'ine kemoterapi veya radyoterapi uygulanmadığı, %61,9'unun ameliyatının acil şartlarda yapıldığı, %57,1'ine kolostomi açıldığı ve %38,1'inin loop kolostomi olduğu, %81'inin stomasının geçici olarak ve %66,7'sinin sağ alt kadranda açıldığı, tamamının stomasının kırmızımsı pembe renkte ve %95,2'sinin nemli olduğu, %95,2'sinin stomasının yüksekliği tomurcuk ve %81'inin şeklinin yuvarlak olduğu, %71,4'ünün parastomal cildin yumuşak olduğu, tamamının stomasında baget bulunmadığı ve kanama olmadığı tespit edildi.

Çalışmamızda bağımsız değişkenlerden hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin BKI ve stoma şekilleri bulguları elde edildi. Çalışma sonuçlarımıza göre, kontrol grubundaki hastaların beden kitle indeksi (BKI) ortalaması  $27,25 \pm 5,11$ , girişim grubundaki hastaların BKI ortalaması  $23,93 \pm 3,39$  olduğu görülmektedir. Pandemi döneminde elektif vakala sayolarının azalması nedeniyle örneklem homojenize olmadığı için BKI bulgusu elde edildi.

Çalışmamızda stoma şekillerine baktığımızda, kontrol grubunda yer alan hastaların %42,9'nun stoma şekli yuvarlak, %47,6'sı oval, %9,5'i şekilsiz iken, girişim grubunda yer alan hastaların %81,0'inin stoma şekli yuvarlak, %19,0'nun oval olduğu belirlendi. Girişim grubu ile kontrol grubu arasında stoma şekilleri dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ( $\chi^2=7,931, p=0,019$ ).

Literatürdeki araştırmaları incelediğimizde, bizim çalışmamıza benzer şekilde Arslantaş'ın (2019) araştırmasında da hastaların %73,3'ünün stomasının yuvarlak şekilde olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda stoma şekillerinin farklı olmasının nedenini cerrahların ameliyat tekniklerinin farklı olmasındadır.

Çalışmamızda yer alan kontrol ve girişim grubu hastalarının BKİ ve Stoma şekilleri hariç diğer parametrelerin benzer olduğu saptandı ( $p>0,05$ ).

Çalışmamıza benzer şekilde Sayar'ın (2019) çalışmasında da kontrol ve girişim grubu arasında, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, 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 bildirilmektedir.

Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı farklılık ifade etmese de hastaların sosyodemografik ve tanıtıcı özelliklerine ilişkin ilgili literatürü incelediğimizde, stoma cerrahisinde en temel neden kolorektal kanserlerdir. Bunun dışında bağırsak tıkanıklığı, doğumsal anomaliler, bağırsaklarda kontrol edilemeyen kanama, bağırsak travmaları, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, bağırsak iskemisi gibi nedenlerle de stoma açılabilir (Duluklu, 2018; Baysan ve diğerleri, 2019). Çalışmamızın verilerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmasa da Arslantaş'ın (2019), Çevik ve diğerlerinin (2020), Karabulut ve diğerlerinin (2014) çalışmalarında bizim çalışmamıza benzer şekilde hastaların çoğuna kolon ve rektum kanseri nedeniyle stoma açıldığı görüldü.

Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması  $60,31\pm 14,85$ 'dir. Literatürü incelediğimizde bizim çalışmamıza benzer şekilde Duruk ve diğerlerinin (2021) çalışmasında %37,1'inin 61 yaş ve üstü grupta, Karagöz (2019) araştırmasında yaş ortalamasının  $60,4\pm 13,2$ , Çevik ve diğerlerinin (2021) çalışmasında da hastaların %53,5'inin 45-64 yaş grubu arasında olduğu bildirilmektedir.

Duruk ve diğerlerinin (2021) çalışmasında hastaların %57,1'inin erkek, %88,6'sının evli, bizim çalışmamızda hastaların %61,9'unun erkek, %78,6'sının evli olduğu ve çalışma bulgularının benzerlik gösterdiği görüldü.

Çevik ve diğerlerinin (2021) çalışmasında da hastaların %71,8'i geçici stoma, %81,7'sine stoma cerrahisi öncesi stoma bölgesinin işaretlenmediği belirtilmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulguların bizim çalışmamızın bulgularıyla benzer olduğu görülmektedir.

Literatürü incelediğimizde Gidergelmez ve Tuna'nın (2022) çalışmasında hastaların %91,8'inin evli, % 73,8'inin ise gelirin giderine eşit, beden kitle indeks ortalamaları (BKİ) 25,16, %60,7'sinin kronik hastalığının olmadığı bildirilmektedir. Bu çalışmanın bulgularının



bizim çalışmamızın bulguları ile benzer olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda gruplara göre hastaların demografik özellikleri bulgularının literatürdeki çalışmaların bulgularıyla benzer olduğu söyleyebiliriz.

## **5.2. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Ziyaretlere Göre Ostomi Uyum Alt Boyut Parametrelerin Tartışılması**

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, stoma cerrahisi uygulanan hastalarda hemşire tarafından eğitim ve danışmanlık verilen girişim grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre stomaya uyumlarının daha iyi olduğu ve stomaya uyumu arttırmada planlı profesyonel bireye özgü bakımın önemi vurgulanmaktadır (Akıl ve Taylan, 2020).

Çalışmamızda, kontrol ve girişim grupları arasında birinci ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yok iken, ikinci ve üçüncü ziyarette kontrol ve girişim grupları arasında Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi. Kontrol grubundaki hastaların üçüncü ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puan ortalamasının girişim grubuna göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Literatür incelendiğinde, Akıl ve Taylan'ın (2020) araştırmasında eğitim düzeyi düşük olan hastaların stomalarını kabul etme düzeylerinin daha iyi olduğu, eğitim seviyesi yükseldikçe hastaların stomalarına uyum sorunlarını ve sosyal uyum sorunlarının arttığı, Karabulut ve diğerlerinin (2014) çalışmasında eğitim seviyesi yükseldikçe uyum sorunlarının arttığı, Karagöz'ün (2019) araştırmasında ilköğretim ve daha düşük eğitim grubunda bulunan hastaların stoma uyumlarının lise ve üstü eğitim alan hastalardan yüksek olduğuna vurgu yapılmaktadır. Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre eğitim düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmasa da girişim grubundaki hastaların eğitim düzeyi kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksektir. Çalışmamızdaki bu sonuçlar doğrultusunda kontrol grubundaki hastaların girişim grubundaki hastalara göre ostomiye kabul etme puan ortalamalarının yüksek olmasının nedeni eğitim seviyesi düşük olan hastaların hastalıkları kadenci yaklaşımla daha kolay kabul edebileceği, eğitim seviyesi yükseldikçe hastaların sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda daha çok bilinçlenerek beklentilerinin artması sonucu ostomiye kabul etme ve uyum sorunları yaşayabileceklerini söyleyebiliriz.

Kontrol grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (birinci ziyaret, ikinci ziyaret, üçüncü ziyaret) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmezken; girişim grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (birinci ziyaret, ikinci ziyaret, üçüncü ziyaret) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi. Girişim grubundaki hastaların zamana bağlı Ostomi Uyum ölçeği Kabul Etme puan ortalamaları azalmaktadır.

Literatür incelendiğinde, Karabulut ve diğerlerinin (2014) araştırmasında, stoma bakımına ilişkin eğitim alan girişim grubu hastalarının stomaya uyum düzeyinin zaman içinde arttığı, kontrol grubu hastalarında değişmediği, Cheng ve diğerlerinin (2012) araştırmasında, stoma bakımına yönelik programa katılan hastaların uyum puanının, program başlamadan önce aldıkları uyum puanından anlamlı derecede yüksek olduğu, Nam ve diğerlerinin (2019) bireylerin zaman içinde stomaya uyumunu inceledikleri çalışmada, sağlık profesyonelleri tarafından eğitim verilen hastalarda psikososyal uyumunun zaman içinde arttığı bildirilirken, literatürdeki bu sonuçlardan farklı olarak Duruk ve diğerlerinin (2021) tanımlayıcı türde yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde ostomi uyum ölçeğinin kabul etme ve öfke alt boyutlarında 1. ve 2. görüşme ile 4. görüşme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve puan ortalamasının zaman içinde azaldığı, Karagöz'ün (2019) girişimsel türde hastane ve ev ziyareti yaparak gerçekleştirdiği çalışmada hastaların stoma uyum ölçeği alt grup değerlendirmelerinde kabul etme düzeylerinin ikinci değerlendirmede azaldığı görüldü. Staffy ve diğerlerinin (2012) çalışmasında stomaya sahip bireylerin eşlerinin stomayı sorun olarak görmeleri sonucu stomayı kabullenmelerinin daha zor olacağı bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda anlamlı farklılık olmasa da girişim grubundaki hastaların tamamının evli olması hastaların evlilik ve sosyal yaşamlarında uyum sorunlarını arttırdığı düşünülebilir.

Kontrol ve girişim gruplarının birinci, ikinci ve üçüncü ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puanlarının farklı olduğu ve kontrol grubundaki hastaların üçüncü ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puan ortalamasının girişim grubuna göre daha yüksek olduğu görüldü. Kontrol grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (birinci ziyaret, ikinci ziyaret, üçüncü ziyaret) değişmezken, girişim grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (1.zaman,2.zaman,3.zaman) arasında farklılık olduğu ve girişim grubundaki bireylerin zamana bağlı Ostomi Uyum ölçeği Kaygı/Endişe puan ortalamalarının azaldığı görüldü.

Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde, Karagöz'ün (2019) çalışmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde stomalı hastaların ölçek alt gruplarından kaygı/endişe durumlarında stoma uyum puan ortalamalarının hastanede bakım döneminde (1.değerlendirmede) yüksek ve eve gittiğinde (2.değerlendirmede) düşük olduğu görüldü. Bu durumun nedeni, stoma cerrahisi hastaların beden imajını etkileyen, yıllardır var olan bağırsak alışkanlığının değişimine neden olan bir cerrahi girişimdir ve hastalar bu durumla hastane ortamında daha kolay baş edebilmektedir. Dolayısıyla kaygı, endişe, anksiyete, öfke duygularını daha az yaşamakta ve sağlık profesyonellerinin de desteğiyle bu durumla baş edebilmektedirler. Ancak taburculuğu planlanıp evde bakım süreci başladığı zaman hastalar kaygı/endişe durumlarıyla baş edebilmede sorunlar yaşamaya başlamakta ve buna bağlı stomaya uyumlarının azaldığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda, kontrol ve girişim grupları arasında birinci, ikinci ve üçüncü ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Sosyal Uyum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi. Ayrıca kontrol grubundaki hastaların üçüncü ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Sosyal Uyum puan ortalamasının girişim grubuna göre daha yüksek olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Sosyal Uyum puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (birinci ziyaret, ikinci ziyaret, üçüncü ziyaret) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken, girişim grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Sosyal Uyum puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (birinci ziyaret, ikinci ziyaret, üçüncü ziyaret) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi. Girişim grubundaki hastaların ikinci ve üçüncü ziyaretteki Ostomi Uyum ölçeği Sosyal Uyum puan ortalaması birinci ziyarete göre azalmaktadır.

Literatürü incelediğimizde, Karagöz'ün (2019)girişimsel türde hastane ve ev ziyaretleri yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde hastaların sosyal uyum düzeylerinin zamana bağlı olarak ikinci değerlendirilmede azaldığı belirtilmektedir. Bu durumun nedeni şu şekilde açıklanabilir. Stoma cerrahisi uygulanan hastalar özellikle ostomi torbasının sızdırması, koku, istemsiz gaz çıkarma gibi birçok sorun yaşamaktadır. Stomalı hastalar hastanede yattıkları süre içerisinde sağlık profesyonellerinden özelliklede hastaya birebir bakım veren hemşirelerden gerek ameliyat öncesi, sırası ve sonrası döneme ilişkin gerekse taburculuğa hazırlanma hatta evde bakımı da içeren konularda eğitim, danışmanlık ve psikolojik destek alırlar. Ancak hastalar taburculuk sonrası evdeki bakım sürecinde gerek günlük yaşam aktiviteleri, gerek sosyal yaşantıları gerekse aile ve arkadaş ilişkilerinde zorluklarla karşılaşılırlar. Buna bağlı olarak hastaların stomaya uyumlarında azalma olabileceği

düşünülebilir. Literatürde stomalı hastaların sosyal uyumunu etkileyen sosyal sorunlara yönelik yapılan birçok araştırma mevcuttur.

Kontrol ve Girişim grupları arasında birinci ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Öfke puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmezken, kontrol ve girişim grupları arasında ikinci ve üçüncü ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Öfke puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi. Kontrol grubundaki hastaların üçüncü ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Öfke puan ortalamasının girişim grubuna göre daha yüksek olduğu görüldü. Kontrol grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Öfke puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (birinci ziyaret, ikinci ziyaret, üçüncü ziyaret) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmezken, girişim grubundaki hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi. Girişim grubundaki bireylerin zamana bağlı Ostomi Uyum ölçeği Öfke puan ortalamaları azalmaktadır.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, Duruk ve diğerlerinin (2021) çalışmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde ostomi uyum ölçeğinin öfke alt boyutunda 1. ve 2. görüşme ile 4. görüşme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve puan ortalamasının zaman içinde azaldığı belirtilmektedir. Bu durumun nedeni, stoma cerrahisi uygulanan hastalarda beden imajında ve bağırsak alışkanlığında istemsiz değişim olmaktadır. Stoma cerrahisi uygulanan hastalar bu durumu hastanede yatarken daha kolay tolere edebilmektedir. Buna bağlı olarak hastanede kaygı, endişe, anksiyete, öfke gibi duyguları daha az yaşamakta ve sağlık profesyonellerinin de desteğiyle bu durumla daha kolay baş edebilmektedirler. Ancak taburculuğu planlanıp evde bakım sürecine doğru ilerleyen süreçte hastalar stoma torbasının sızdırması, koku, istemsiz gaz çıkarma gibi durumlara bağlı öfke duygularının arttığı ve buna bağlı stomaya uyumlarının azaldığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda, kontrol ve girişim grupları arasında birinci, ikinci ve üçüncü ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi. Kontrol grubundaki hastaların üçüncü ziyarette Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalaması girişim grubuna göre daha yüksektir.

Kontrol grubundaki hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (birinci ziyaret, ikinci ziyaret, üçüncü ziyaret) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmezken, girişim grubundaki hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi. Girişim grubundaki hastaların zamana bağlı Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalamaları azaldığı görüldü.

Literatürü incelediğimizde, Gidergelmez ve Tuna'nın (2022) çalışmasında, hastaların ostomili bireylere yönelik uyum ölçeği genel puan ortalamasının  $39,14 \pm 19,43$  olduğu; Scardillo ve diğerlerinin (2016) araştırmasında ise ostomi uyum ölçeği genel toplam puan ortlamasının  $93,04 \pm 16,05$  olduğu; Danielsan ve Rosenberg (2014) sağlık profesyonellerinden oluşan bir ekip tarafından verilen danışmanlık hizmetinin stomalı bireylerde stomaya uyum düzeyine etkisinin incelendiği başka bir çalışmada, danışmanlık hizmeti sonunda ostomi uyum ölçeği puan ortalamasının anlamlı derecede yükseldiği; Cengiz ve diğerlerinin (2018) yaptığı çalışmada, stomalı bireylere evde yapılan ziyaretler sırasında uygulanan hemşirelik girişimleriyle birlikte girişim grubundaki bireylerin ostomi uyum ölçeği puanlarının yükseldiği; Sayar (2019) çalışmasında stomalı hastalarda destek grup girişiminin stomaya uyumu arttırmada etkili olduğu bildirilmektedir. Araştırmaya göre; bu destek gruplarındaki hastalar bilgi gereksinimlerine, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarına göre stomaterapi ünitelerinden sürekli destek almaktadır. Gidergelmez ve Tuna'nın (2022) çalışmasında ise hastalar bir destek grubunun üyesi değildir ve bilgi gereksinimlerini destekleyecek bir stomaterapi danışmanlığını düzenli almamaktadır. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde araştırmanın yürütüldüğü kurumlarda stomaterapi ünitesi ve stomaterapi hemşiresi bulunmaması hastaların sosyal uyumlarını olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir. Stomalı bireylerin stoma ile yaşamayı öğrenmesi için hastaların ihtiyaç duyduğu konular belirlenerek, planlı bir taburculuk eğitimi yapılması büyük önem taşımaktadır. Çalışmamızda kontrol grubundaki hastalara demonstrasyon ve düz anlatım yöntemiyle, girişim grubundaki hastalara ise video destekli stoma bakımı eğitimini taburculuk kararı verildiği zaman bir kere uygulamamız kurumlarda bu eğitimlerin devamlılığını sağlayacak stoma bakım hemşirelerinin bulunmaması hastaların ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğine göre ostomiye uyum genel toplam puanını etkilediğini söyleyebiliriz. Hastaların cerrahi süreçte stomaya uyumlarını etkileyen ve bu süreci en az kaygı ve komplikasyonsuz geçirmelerini sağlayan en önemli etken hasta eğitimidir. Hastalara taburculuk eğitimine hastanın servise yatışından itibaren başlanması gerekir. Bu nedenle hastaların stomaya uyum puan ortalamalarının düşük olmasının başka bir nedeni cerrahi kliniklerinde perioperatif süreçte yeterli eğitim ve danışmanlık hizmeti almadıkları ile açıklanabilir.

### 5.3. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Ziyaretlere Göre Durumluk- Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Tartışılması

Stoma cerrahisi uygulanan hastalarda; inkar duygusu, stomayı kabul etmeme, anksiyete, depresyon ve öfke duygularının ortaya çıktığı bildirilmektedir (Ongün ve diğerleri, 2021). Literatürü incelediğimizde stoma cerrahisi uygulanan hastaların yoğun anksiyete yaşadıklarını ve bu anksiyeteye bağlı olarak hastalarda sürekli endişe durumu, sinirlilik hali veya depresyon duygularının gözlemlendiğini bildiren kaynaklar bulunmaktadır (Çakır ve Bayır, 2018; Sceats ve diğerleri, 2020; Moraes ve diğerleri, 2020). Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemi kapsayan cerrahi sürecin bütün aşamalarında hastalara psikososyal destek sağlanması sonucu hastalarda görülen anksiyete ve depresyon oranlarının azaldığı ve buna bağlı olarak hastaların daha çabuk iyileştiği, yaşam kalitelerinin arttığı gözlenmektedir (Sceats ve diğerleri, 2020; Danielsen ve diğerleri, 2013; Çakır ve Özbayır, 2016). Literatürdeki bu bilgiler doğrultusunda stoması cerrahisi uygulanan hastaların gerek beden imajında değişim gerekse var olan boşaltım alışkanlığının değişimi gibi nedenlere bağlı olarak hastaların anksiyete düzeyleri ve psikolojik olarak desteklenme ihtiyaçları artar. Hastaların cerrahi süreçte bu duygularla başa çıkmasını kolaylaştırmanın en etkili yolu ise hastalara hemşireler tarafından verilen cerrahi süreçteki eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin etkinliğidir.

Çalışmamızda kontrol ve girişim grupları arasında 1. 2. ve 3. ziyarette Durumluk Kaygı ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmedi. Kontrol ve girişim grubundaki hastaların Durumluk Kaygı ölçek puanlarının değerlerinin zamana bağlı üç ölçümü (1.ziyaret, 2. ziyaret, 3. ziyaret) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi.

Literatürü incelediğimizde, Başibüyük'ün (2014) 60 stoma cerrahisi 60 diğer cerrahi hastası ile tanımlayıcı türde yaptığı çalışmada, cerrahi girişim olarak stoma açılan hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde anksiyetenin yükseldiği bildirmektedir. Bahayi'nin (2018) de hastalara eğitim vermeden sadece ziyaret yaparak karşılaştırma yaptığı çalışmasında, eve ziyaret gerçekleştirilen girişim grubu hastalarının %94'ünde, ziyaret gerçekleştirilmeyen kontrol grubu hastalarının ise %72'sinde orta seviyede anksiyete belirtisi olduğu belirtilmektedir. Çakır ve Özbayır'ın (2016) çalışmasında, kontrol ve girişim grubundaki hastaları arasında ameliyattan önce ve ameliyattan 6 ay sonra Durumluk Kaygı ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu ve kontrol

grubundaki hastaların durumluk sürekli kaygı puanlarının girişim grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Yaşan ve diğerlerinin (2008) 53 hasta ile yaptığı araştırmada, hastaların %41.5'ine kalıcı, %58.4'üne geçici ostomi uygulandığı ve anksiyete oranının %56.6 olduğu kalıcı ve geçici ostomili hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görüldü.

Literatürü incelediğimizde, Hawking ve price (1993) çalışmasında total histerektomi operasyonu geçirmiş olan hastalara verilen video yöntemiyle yapılan eğitimde, eğitim alan hastaların %68'inde rahatlama görüldüğü ve ağrı puanlarının kontrol grubuna göre gerilediği bildirildi. Guimarães ve diğerlerinin. (2022) robotik cerrahi ameliyatı geçiren hastalarla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada eğitim alan grubun %80 oranında eğitimi yeterli bulunduğu ve eğitim alan grup ile almayan grup arasında anlamlı farklılıklar saptandığı bildirildi. Kutay ve diğerleri (2020) tarafından yapılan ve bariatrik cerrahi öncesi hastaların ameliyat ile ilgili sorularını yanıtlamak için hazırlanan video eğitimlerin hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeylerini azalttığını ve bununla beraber ameliyat öncesi bilgilendirmenin video şeklinde yapılmasının hastaları ameliyat öncesi rahatlattığı belirtildi. Farshad ve diğerleri (2022) tarafından yapılan video konferans ve yüzyüze eğitim verilen hastalarda 2. Ziyarete video konferans yönteminin ostomili hastalarda uyumunu büyük oranda arttırdığı bildirildi.

Literatürde ayrıca stoma cerrahisi dışında cerrahi girişim uygulanan ve eğitim, müzik dinletisi vb. hemşirelik girişimlerinin uygulandığı birçok çalışma olduğu görülmektedir. Stoma açılın veya açılmasın her cerrahi girişim hastalarda kaygı ve anksiyeteye neden olmaktadır. Çetinkaya ve Karabulut'un (2010) batın cerrahisi geçirecek olan hastalara ameliyat öncesi dönemde verilen eğitimin kaygı ve ağrı üzerine etkisini incelikleri çalışmada, eğitici ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının, ameliyat sonrası dönemde hastaların anksiyete ve ağrı düzeyleri üzerine azaltıcı etkisi olmasını beklediklerini ve yapılan istatistiksel analizler sonucunda, bu hemşirelik yaklaşımın hastaların anksiyete ve ağrı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etki yarattığı; Çermikli'nin (2021) günübirlik jinekolojik cerrahi uygulanan kadınlara verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeylerine etkisini incelediği çalışmada, kontrol ve müdahale grubundaki kadınların ağrı düzeyleri ve durumluluk anksiyete düzeyleri arasında bir farklılık saptanmadığı; Çebi'nin (2019) görsel medyanın oral cerrahi öncesi ve sonrası anksiyete üzerine etkilerinin değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, oral cerrahi işlem öncesinde video ile yapılan görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete seviyesini önemli düzeyde arttırdığını; Doğrusöz'ün (2021) koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastalarda müziğin anksiyete ve ağrı düzeyine etkisini incelediği çalışmasında, kontrol ve müdahale grubundaki

hastaların, cerrahi işlem öncesi ve sonrası durumluk anksiyete düzeylerinde düşme gözlemlendiğini; Şimşek ve diğerlerinin (2018) açık kalp ameliyatı geçirecek hastalarda preoperatif eğitimin anksiyeteye etkisini inceledikleri çalışmada, preoperatif eğitimin postoperatif dönemdeki anksiyete düzeyleri, yoğun bakım ve hastanede kalış süresi üzerinde etkili olmadığı, Kara ve Andsoy'un (2018) pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete durumu ve konforuna etkisini incelediği çalışmada, ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete ve konforu üzerinde etkili olmadığını; Cengizhan'ın (2018) anjiyografi öncesi planlı hasta eğitiminin durumluk, sürekli ve ölüm kaygısı üzerine etkisini değerlendirdiği araştırmasında, girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi sürekli kaygı düzeylerinin, kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ve girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi durumluk kaygı düzeylerinin, kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ve eğitimin etkili olduğu bildirilmektedir.

Çalışmamıza göre durumluk sürekli anksiyete puan ortalamaları girişim ve kontrol grubunda zamana bağlı etkili olmadığı görülmektedir. Konuyla ilgili literatürü incelediğimizde bizim çalışmamızı destekleyen çalışmalar kadar karşıt görüş bildiren çalışmalarda bulunmaktadır. Hastaların bedenlerindeki değişimi kabullenmeleri oldukça zor bir süreç olup hastalar bu süreçte stomayı görme ve dokunma konusunda bile anksiyete yaşamaktadırlar. Cerrahi girişim uygulanacak hastaların sosyodemografik özellikleri ve daha önce hastane girişimini olması, cerrahi girişim süresi, geçirilmiş ameliyat girişiminin olması gibi faktörler hastalarda anksiyete düzeyini etkilediği çalışmalarla da kanıtlanmıştır. Literatürdeki farklı sonuçların nedeninin, hastaların sosyodemografik ve cerrahi sürece ilişkin özelliklerine bağlı olduğu söylenebilir.

#### **5.4. Kontrol ve Girişim Grubundaki Hastaların Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi Puan Ortalamasının Tartışılması**

Cerrahi süreçte hastalara cerrahi hemşireleri ya da özel dal hemşiresi olan stoma bakım hemşireleri tarafından verilen her bireye özgü bakım, eğitim ve danışmanlığın komplikasyonları önleme ya da en aza indirme de etkisi birçok çalışma ile kanıtlanmıştır.

Çevik ve diğerlerinin (2021) ostomili bireylerin ostomiye uyumlarının ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastaların yarısından fazlasının ostomi



bakımı hakkında sorun yaşadığı; bu sorunların %40,7'sinin ostomi bakımı, %25,9'unun cilt irritasyonu ve %12,9'ununda stoma bakım ürünlerini uygulanma konusunda olduğu bildirilmektedir. Literatürde stoması olan bireylerin en sık yaşadıkları sorun cilt irritasyonudur. Özaydın ve diğerlerinin (2013) çalışmasında en çok görülen komplikasyonların peristomal cilt irritasyon ve ostomi çevresi enfeksiyonu olduğu; McKenna ve diğerlerinin (2016) yaptığı bir araştırmada ameliyat öncesi dönemde stoma bölgesi işaretlenmeyen hastalarda sızıntı ve peristomal cilt irritasyonunun daha sık görüldüğü; Sayar'ın (2019) çalışmasında da bireylerin %17.8'i haftada bir ya da daha fazla, %22'2'si ayda bir ya da daha fazla olmak üzere %41.1'inde sızıntı, %25.6'sının hafif ve %14.4'ünün orta şiddette olmak üzere %42.2'sinde peristomal iritan dermatit, %23.3'ünde cilt seviyesinde retraksiyon, %15.6'sında hiperplazi, %8.9'unda mukokutanöz ayrılma, %8.9'unda kanama, %8.9'unda 1-3 şiddetinde ağrı, %2.2'sinde stomal stenoz olduğu bildirilmektedir.

Çalışmamızda kontrol grubundaki hastaların OCSI -total puan ortalaması  $3,62 \pm 2,31$ , girişim grubunda yer alan hastaların OCSI-total puan ortalaması  $0,38 \pm 0,59$ 'dir. Kontrol ve Girişim grupları arasında OCSI-total puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $p < 0,001$ ). Ayrıca kontrol ve girişim grupları arasında OCSI-Akıntı, OCSI -Stoma Çevresi irritasyon, OCSI -Ağrı, OCSI -Stoma Çevresi Kanama, OCSI -Stoma Darlığı, OCSI -Retraksiyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $p < 0,05$ ). Girişim grubundaki hastaların OCSI-Akıntı, OCSI -Stoma Çevresi irritasyon, OCSI -Ağrı, OCSI-Stoma Çevresi Kanama, OCSI-Stoma Darlığı, OCSI-Retraksiyon puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptandı.

Literatür incelendiğinde, Sayar (2019) stomalı hastalara destek grup girişimi uyguladığı çalışmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde girişim ve kontrol grubu arasında, başlangıçta ve destek grup girişimi sonrası (üçüncü ay) OCSI puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark olmadığını altıncı ay verilerinde ise iki grup arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ve girişim grubunun OCSI puan ortalamalarının kontrol grubundan düşük olduğunu belirtmektedir. Bu durumun nedeni, hastaların komplikasyonlarını takip ederek komplikasyon gelişmesi durumunda ise hastayı ilgili hekim ve sağlık kurumuna yönlendirerek hastalarla mobil olarak sürekli iletişim sağlamamızın komplikasyon sonuçlarını etkilenmiş olabileceğini ve ayrıca hastalara verilen video destekli stoma bakımı eğitiminin komplikasyon şiddetini azaltmada etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Literatürde stoma hastalara komplikasyonları önlemeye ve hastaların yaşam kalitelerini yükseltmeye yönelik çalışmalar bulunmasına rağmen, stomalı hastalarda video destekli stoma bakımı eğitiminin anksiyete, stomaya uyum ve komplikasyonlara etkisini inceleyen çalışmaya ulaşılamadı. Literatürde bazı çalışmalarda, video destekli eğitim uygulanmasa da stoma cerrahisi uygulanan hastaların yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik girişimlerde bulunulmuştur. Xu ve diğerlerinin (2018) stomalı bireylerde öz yeterlik girişiminin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmasında, kontrol grubu hastalarına rutin hemşirelik bakımı uygulanırken, girişim grubu hastalarına rutin hemşirelik bakımına ek olarak birinci ayda sosyal ve psikolojik destek, ikinci ve üçüncü ayda telefon ile aranma ve ziyaret yapıldı. Araştırmanın sonucunda girişim grubu hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamasının kontrol grubu hastalarına göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Grant ve diğerlerinin (2013), bireylerin stomasını kendi kendisine yönetimi ile ilgili bir program geliştirilmesi üzerinde yaptıkları çalışmalarında, programa stomalı bireyler, eşleri/bakım verenler ve akranları dahil ederek, deneyimli stoma hemşireleri tarafından altı haftalık program uygulayarak bireylerin yaşam kaliteleri değerlendirildi ve bu çalışma, stomalı bireylerin fiziksel, psikolojik, manevi iyilik ve sosyal uyumunu arttırdığını göstermektedir. Cengiz ve diğerlerinin (2018) evde yapılan ziyaretler sırasında uygulanan hemşirelik girişimlerinin hastaların yaşam kalitesi, stomaya uyum ve komplikasyon şiddetine etkisini inceledikleri başka bir çalışmada, girişim grubu hastalarının komplikasyon şiddeti puan ortalamalarının kontrol grubu hastalarına göre daha düşük olduğu fakat yaşam kalitesi puanları açısından iki grup arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmektedir.

Literatürde hastalara uygulanan bu girişimler dışında stoma komplikasyonlarının değerlendiren retrospektif çalışmalarda bulunmaktadır. Özyayın ve diğerlerinin (2013) stoma ile ilgili komplikasyonların retrospektif analizini yaptıkları çalışmada, ortalama komplikasyon oranı %48, elektif ve acil şartlarda açılan stomaların komplikasyon oranlarının benzer olduğu, en sık görülen komplikasyonların ise peristomal cilt irritasyonu, stoma çevresi enfeksiyonu ve prolapsus olduğu, en yüksek komplikasyon oranı loop kolostomide görüldüğü bildirilmektedir. Ayrıca bu çalışmada cerrahi prensiplere titizlikle uyulması, düzenli izlem, hasta eğitimi ile mortalite ve morbidite azaltılabileceğine vurgu yapılmaktadır. Orğan ve diğerlerinin (2022) stomalı hastalarda tekrar hastaneye yatış endikasyonlarını inceledikleri çalışmada, hastaların %19.6'sında taburculuk sonrası komplikasyon geliştiği ve bu komplikasyonların da %31.8'ini peristomal cilt komplikasyonlarından, %31.8'inin de stomaya ilişkin fonksiyon bozukluklarından kaynaklandığı, stoma cerrahisi geçirmiş hastaların %45.5'inin taburculuk

sonrası tekrar hastaneye yattığı ve tekrar hastaneye yatan hastaların %33.3'ünde hastaneye yatış nedeninin stoma ile ilgili yaşanan sorunlar olduğu bildirilmektedir.

### **5.5. Hastaların Tüm Değişken Gruplarında Durumluk – Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Tartışılması**

Çalışmamızda, araştırmaya katılan hastaların tüm değişken gruplarında Durumluk - Sürekli Kaygı ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ve hastaların durumluk – sürekli kaygı ölçek puanları sonucu orta düzeyde kaygı yaşadıkları görüldü.

Cerrahi girişim kararı, hem psikolojik hem de fizyolojik yönden bireyleri etkiler. Hastaneye yatış ve tedavi durumunda hastalarda %10-30 oranında anksiyete görülürken cerrahi girişim kararı verilen hastalarda ameliyat öncesi dönemde bu oran %80'e kadar yükselebilmektedir. Cerrahi sürecin tümünde gelişebilen anksiyete, hastaların kişilik yapıları ve sosyo-demografik özelliklerine bağlı olabileceği gibi geçireceği cerrahi girişimin tipine, önceden geçirilmiş hastalık ve/veya cerrahi işlem deneyimlerine, postoperatif ağrı, sakatlık ya da ölüm korkusu gibi durumlara bağlı olarak değişkenlik gösterir (Mingir ve diğerleri, 2014: Erkilic ve diğerleri, 2017).

Literatürü incelediğimizde, Çakır ve Özbayır'ın (2016) stoma cerrahisinden önce ve sonra hastaların anksiyete düzeylerini değerlendirdikleri çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların cinsiyet, medeni durum, kronik hastalığa sahip olma durumu, daha önce ameliyat olma durumu ile durumluk ve sürekli anksiyete skorları arasında anlamlı bir fark saptanmadığı bildirilmektedir. Bu durumun nedeni hastalara stoma açılma veya açılma tüm cerrahi girişimler hastalar için hafif düzeyde de olsa bir anksiyete kaynağıdır. Stoma açılması planlanan hastaların, cinsiyet ayrımı olmaksızın anksiyete, korku, beden imajı kaybı ve depresyon gibi çeşitli duygu durumu içerisine girmesi orta düzeyde anksiyete yaşamalarına neden olabileceği düşünülebilir.

Literatürde stoma cerrahisi planlanan hastalarda eğitim sonrası anksiyete düzeyi bakılan çalışmalar sınırlıdır. Ancak stoma cerrahisi dışında cerrahi girişim uygulanan ve eğitim sonrası anksiyete düzeyi değerlendirilen birçok çalışma bulunmaktadır. Şimşek ve diğerlerinin (2018) açık kalp ameliyatı olacak hastalara preoperatif verilen eğitimini postoperatif anksiyeteye etkisini değerlendirdiği çalışma da, hastalara preoperatif verilen eğitimin postoperatif anksiyete

düzeyini, yoğun bakımda ve hastanede kalış süresini etkilemediği; Kara ve Andsoy'un (2018) pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete durumu ve konforuna etkisi inceledikleri çalışmada, ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete ve konforu üzerinde etkili olmadığı; Cengizhan'ın (2018) anjiyografi öncesi planlı hasta eğitiminin durumluk, sürekli ve ölüm kaygısı üzerine etkisi üzerine yaptığı çalışmada, sürekli kaygı ölçeği incelendiğinde girişim grubunda eğitim öncesi sürekli kaygı düzeylerinin, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu, Durumluk kaygı ölçeğine ilişkin bulgular incelendiğinde girişim grubunda eğitim öncesi durumluk kaygı düzeyleri, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu bildirilmektedir. Ayrıca literatürde eğitim uygulaması dışında müzik dinletisi gibi farklı uygulamalar sonrası anksiyete düzeyi değerlendirilen çalışmalarda bulunmaktadır Birgül'ün (2014) kapalı kolesistektomi ameliyatı olacak hastalarda lavanta yağının ameliyat öncesi kaygı düzeyine etkisini değerlendirdiği çalışmasında, girişim grubundaki hastaların lavanta yağı uygulaması sonrası kaygı düzeylerinin uygulama öncesi ölçülen kaygı düzeylerine göre anlamlı bir şekilde azaldığı; Ayan'ın (2023) koroner by-pass cerrahisi sonrası müzik dinletisinin anksiyete, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında, müzik dinletisinin sürekli ve durumluk anksiyeteyi 2. Haftadan itibaren azalttığı; Dursun'un (2018) kalp damar cerrahisi planlanan hastalarda ameliyat öncesinde müzik dinletmenin cerrahi korku ve anksiyete üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, girişim grubu hastalarının durumluk anksiyete puan ortalamasının kontrol grubu hastalarına göre belirgin bir farkla daha düşük olduğu bildirilmektedir.

Literatürde cerrahi hastalarının durumluk-sürekli anksiyete düzeylerini değerlendiren tanımlayıcı çalışmalarda bulunmaktadır. Örem'in (2018) göğüs cerrahisi hastaları ile yaptığı çalışmasında, durumluluk- anksiyete düzeyi ve sürekli anksiyete düzeyi orta derecede olduğu ve daha önce hastane deneyimi olması, cerrahi girişim süresi, geçirilmiş operasyon deneyiminin olması, yattığı odadan memnun olup olmanın konfor ve anksiyeteyi etkilediği; Biçensoy'un (2015) gününbirlik cerrahi hastaları ile yaptığı çalışmasında, hastaların ameliyat öncesi dönemde durumluk ve sürekli kaygılarının orta düzeyde olduğu hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında, yaşın ilerlemesi ile birlikte hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeyinin arttığı ancak sadece sürekli kaygıdaki artışın istatistiksel açıdan önemli olduğu; Balkaya ve diğerlerinin (2021) COVID-19 pandemisinde elektif cerrahi uygulanacak hastalarla yaptıkları çalışmada, hastaların durumluk anksiyete puanları orta düzeyde sürekli anksiyete puanları ise hafif düzeyde, hastaların yaşı ile durumluk

anksiyete düzeyleri arasında negatif yönde, sürekli anksiyete düzeyleri ile pozitif yönde ilişki olduğu, cinsiyet, geçirilmiş ameliyat öyküsü, eğitim düzeyi ile durumluk-sürekli anksiyete puanları açısından farklılık olmadığı görüldü.

## **5.6. Hastaların Tüm Değişken Gruplarında Ostomi Uyum Ölçeği Genel Toplam Puan Ortalamalarının Tartışılması**

Literatürü incelediğimizde ostomi uyumunu değerlendiren araştırmalarda; hastaların sosyodemografik ve tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim, meslek gibi) içeren verilerin ostomiye uyumu etkileyebileceği belirtilirken, tam tersi bu verilerin ostomiye uyumu etkilemediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (Karabulut, Dinç ve Karadağ, 2014). Arslan Toprak (2020) çalışmasında, hastaların yaşı, sosyoekonomik durumu, medeni hali, sürekli ilaç kullanım öyküsü, tümörün bulunduğu bölgeye ait özellikler, ostominin türü gibi veriler ile hastaların genel stoma uyumu, kaygı/endişe, sosyal uyum, öfke alt ölçek boyutu arasında istatistiksel farklılıklar olmadığı belirtilmektedir. Benzer şekilde İslamtürk (2018) çalışmasında, hastaların yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, sürekli ilaç kullanım öyküsü, tümörün ve inflamasyonun bulunduğu bölge, ostominin türü ile genel stoma uyum ölçeği puanları arasında da anlamlı istatistiksel bir fark olmadığını bildirmektedir. Çevik ve diğerleri (2021) çalışmasında, hastaların tanımlayıcı özelliklerinden olan yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum ile Ostomi Uyum Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını belirtmektedir. Riemenschneider tarafından yapılan benzer bir çalışmada da (2015) hastaların cinsiyet, yaş, çalışma durumu ostominin tipi ve tıbbi tanı ile ostomiye uyum arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü. Duruk ve diğerlerinin (2021) çalışmasında yaş, eğitim düzeyi, medeni durum gibi diğer sosyodemografik özelliklerin ve stoma açılma zamanı, stomanın geçici ya da kalıcı açılmış olması, stoma tipi gibi stomaya ait özelliklerin hastaların stomaya uyumu üzerinde istatistiksel olarak etkili olmadığı, Karadağ ve diğerlerinin (2015) eğitim durumu ve gelir düzeyinin ostomi uyum puanını etkilemediği, Çevik ve diğerlerinin (2020) çalışmasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve ekonomik durumla ostomi uyumu arasında ilişki olmadığı belirtilmektedir.

Çalışma sonuçlarımıza göre, kadın hastaların Ostomi Uyum Ölçeği Genel Toplam puan ortalaması  $72.37 \pm 11.76$ , erkek hastaların ise  $65.61 \pm 8.83$ 'dir. Cinsiyete göre hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve

erkek hastaların kadın hastalara göre stomaya daha az uyum sağladıkları görüldü. Çalışmamıza benzer şekilde Kara ve Aslan (2017) tarafından yapılan araştırmada erkek hastaların ilk gün intestinal stomaya alışamadıkları, intestinal stomayı kabullenememe (şok yaşama) ve intestinal stomaya uyum sorunları yaşadıkları; Duruk ve diğerlerinin (2021) çalışmasında kadın hastaların ölçek puanının, erkek hastalardan daha yüksek olduğu; Karabulut ve diğerlerinin (2014) çalışmasında da stomaya uyum ölçek puanları arasında anlamlı farklılık çıkmasa da kadınların ölçek uyum puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptandı. Literatürde araştırmamızdan farklı sonuçlara ulaşan araştırmalara da rastlanmıştır. Akıl ve Taylan 'nın (2020) araştırmasında, çalışmamıza benzer şekilde cinsiyet değişkeninin stomaya uyumu etkilediği ancak cinsiyeti kadın olan hastaların sosyal uyum ve stomaya genel uyum sorunlarını daha fazla yaşadığı; benzer şekilde Karadağ ve diğerlerinin ostomisi olan bireyler ile yaptıkları (2015) çalışmasında, yaş, cinsiyet, eğitim ve meslek durumlarının ostomiye uyumlarını etkilediği, kadınların ostomi uyum ölçek puanının erkeklere göre daha düşük olduğu belirtilmektedir. Araştırmalar arasındaki bu farklılığın nedeni, bireyler arasındaki sosyokültürel çeşitlilik ve stoma bakımına yönelik bireylere verilen eğitimin niteliğinden, kadın hastaların stomaya uyum düzeylerinin yüksek olmasının, erkeklere göre kendi bakımlarını daha rahat yapabilmelerinden kaynaklandığı söylenebilir.

Stoma Hakkında Bilgilendirme Durumuna göre hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $t=2.329$ ,  $p=0.025$ ). Stoma Hakkında Bilgilendirme alan hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalaması almayanlara göre daha düşüktür.

Literatür incelendiğinde araştırma verileri; ameliyat öncesi dönemde yeterli eğitim ve danışmanlık almayan hastalarda psikolojik sorunların daha çok gözlemlendiği ve hastalarda stomaya uyumun daha zor olduğu vurgulanmaktadır (Çevik ve diğerleri, 2021; Nam ve diğerleri, 2019). Stoma cerrahisi uygulanan hastalarla yapılan diğer araştırmalarda ise hastalara ameliyat öncesi dönemde verilen eğitim ve danışmanlığın hastaları önemli düzeyde rahatlattığı, stres ve anksiyeteyi azalttığı, stoma cerrahisi uygulanmadan önce ve cerrahi girişimden sonra verilen eğitim ve danışmanlığın stomaya uyum sürecini pozitif yönde etkilediği, hastanede yatış süresini ve komplikasyonların gelişme riskini azalttığı belirtilmektedir (Nam ve diğerleri, 2019; Harris ve diğerleri, 2020; Forsmo ve diğerleri, 2016). Ancak Çevik ve diğerlerinin (2021) çalışmasında da bizim çalışmamızla benzer olarak ameliyat öncesi dönemde ostomi açılacağı bildirilen hastaların ostomi açılacağı bildirilmeyenlere göre ostomi uyum ölçek toplam puanı ve ölçek alt gruplarından kabullenme toplam puan ortalamaları daha düşük olduğu

bildirilmektedir. Literatürde çalışmamızdan farklı olarak Karadağ ve diğerlerinin (2015) araştırmasında ameliyat öncesi bilgilendirilme durumlarının ostomi uyum puanını etkilediği ve ostomi açılmasından bilgisi olan hastaların ostomi uyum puanları daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Araştırmalar arasındaki bu farklılığın nedeninin, ameliyat öncesi bilgilendirmenin hekim tarafından yapılıyor olması ve hemşirenin bu bilgilendirmede yer almamasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışma sonuçlarımıza göre stoma tipi End Kolostomi olan hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalaması  $69.37 \pm 5.26$ , Loop kolostomi olan hastaların ise  $60.10 \pm 9.43$ , End ileostomi olan hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puan ortalaması  $76.83 \pm 11.28$ , Loop ileostomi olan hastaların ise  $69.28 \pm 10.02$  olduğu belirlendi. Stoma tipine göre hastaların Ostomi Uyum ölçeği Genel Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi.

Literatürdeki makaleler incelendiğinde, Akıl ve Taylan'ın (2020) çalışmasında kolostomisi olan hastaların ileostomisi olan hastalara göre öfke duygusunu daha az yaşadığı bildirilmektedir. Stoma tipine göre elde edilen araştırma verilerinin farklı olmasının nedeni ileostomisi olan hastaların kolostomisi olan hastalara göre, dışkılarının daha sıvı, yakıcı özellikte ve miktarının fazla olmasına bağlı olarak stoma bakımı doğru yapılmadığı takdirde dışkının stoma etrafındaki ciltte peristomal cilt problemlerine neden olabileceği söylenebilir.

## **5.7. Hastaların Tüm Değişken Gruplarında Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi Genel Toplam Puan Ortalamalarının Tartışılması**

Çalışmamızda diğer değişkenlerin OCSI total puanlarının karşılaştırılması Tablo 12'de özetlendi. Yapılan karşılaştırmalara göre OCSI total puanları ile “Kimlerle Yaşıyorsunuz”, “Stoma Hakkında Bilgilendirme Durumuna?”, “Stoma Tipi”, “Stoma Rengi”, “Stoma Nemli” Sorularına verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi. Stoma Hakkında Bilgilendirme alan hastaların OCSI total puan ortalaması almayan hastalara göre daha düşük olduğu, stoma tipine göre hastaların OCSI total puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu, stoma rengi soluk pembe olan hastaların OCSI total puan ortalaması  $5,50 \pm 3,51$ , kırmızımsı pembe olan hastaların ise  $1,63 \pm 1,89$  ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, stoması nemli olan hastaların OCSI total puan ortalaması stoması kuru

olan bireylere göre daha düşük olduğu görüldü .Arslantaş'ın (2019) çalışmasında girişim grubundaki hastaların Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi (OCSI) toplam puanı ile hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldığında cinsiyet, stoma bölgesi ve bağetin varlığı ile istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu, ameliyat şekli, stoma hakkında bilgilendirilme durumu, stoma işaretleme, yapılan ameliyat, stoma tipi, stoma süresi ile OCSI toplam puanının arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmektedir.

Çalışmamızda, hastaların %26,2'sinde akıntı, %45,2'sinde stoma çevresi iritan dermatit, %35,7'sinde ağrı, %14,2'sinde stoma ya da çevresinde kanama, %7,4'ünde stoma nekrozu, %35,3'ünde stoma darlığı, %11,9'unda retraksiyon, %4,7'sinde mukokütanöz ayrılma, %9,5'inde hiperplazi komplikasyonu geliştiği ve en sık gelişen komplikasyonların sırasıyla stoma çevresi iritan dermatit, stoma darlığı ve akıntı görüldü.

Literatürü incelediğimizde bizim çalışmamıza benzer şekilde Pittman ve diğerlerinin (2014) çalışmasında, yaygın komplikasyonlar arasında sızıntı (%60), peristomal nemle ilişkili dermatit (%50), stoma ağrısı (%42), retraksiyon (%39) ve kanama (%32) görüldüğü; Arslantaş'ın /2019) çalışmasında, hastaların %20'sinde akıntı, %44,4'ünde stoma çevresinde iritan dermatit, %23,3'ünde ağrı, %2,2'sinde mukokütanöz ayrılma, 4.4'ünün stoma yada çevresinde hafif düzeyde kanama, %2.2'sinin stoması cilt ile aynı düzeyde, %1.1'inin stoması cilt seviyesinin altında, %1.1'inin de stoması cilt seviyesinin 2 cm altında olduğu ve tamamında stoma nekrozu ve stomal darlık görülmediği bildirilmektedir.

Stomada komplikasyon gelişmesini önlemede kontrol edilebilir en etkili yöntem stoma bölgesinin ameliyat öncesi işaretlenmesidir. Literatürde stoma yerinin preoperatif işaretlenmesinin başta cilt problemleri olmak üzere daha düşük komplikasyon oranları ile sonuçlandığı ve daha iyi bir yaşam kalitesi sunduğu bildirilmektedir. Kozan ve Gültekin'in (2018) kolostomi açılan hastaları retrospektif olarak değerlendirilerek parastomal herni gelişiminde rol oynayan faktörleri inceledikleri çalışmada, kolostomi açılan hastalar arasında stoma yeri işaretlenmeyenlerde parastomal herni riskinin arttığı belirtilmektedir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Stoma cerrahisi uygulanan stomalı hastalara, cerrahi süreçte verilen video destekli stoma bakımı eğitiminin ameliyat sonrası anksiyete, stomaya uyum ve komplikasyonlara etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü türde gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları aşağıda belirtilmektedir.

Stoma cerrahisi uygulanan hastalara, cerrahi süreçte verilen video destekli stoma bakımı eğitiminin ameliyat sonrası dönemde hastaların anksiyete düzeyini etkilemediği, her iki hasta grubunda da orta düzeyde anksiyete görüldüğü (H<sub>1</sub> hipotezi red edildi).

Girişim grubu hastalarında ostomi uyum ölçeği genel puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubu hastalarına göre daha düşük olduğu ve girişim grubu hastalarının zamanla ostomi uyumunun azaldığı saptandı. (H<sub>2</sub> hipotez kabul edildi).

Girişim grubu hastalarının pittman ostomi komplikasyon şiddet indeksi puan ortalamasının kontrol grubu hastalarına göre daha düşük olduğu belirlendi. Sonuç olarak; stomalı hastalara verilen video destekli stoma bakım eğitimi komplikasyonları azaltmada etkili olduğu görüldü. (H<sub>3</sub> hipotezi kabul edildi).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Hastaların anksiyete düzeyini azaltmak için hastaların dikkatini başka yöne çekerek video eğitim dışında diğer eğitim yöntemlerini de içeren karma eğitim yöntemlerinin kullanılması veya müzik dinletisi, aromaterapi gibi alternatif tedavi yöntemlerinin uygulanması; hastaların stomaya uyumlarını arttırmak için hastalara video destekli stoma bakımı eğitimi cerrahi süreçteki danışmanlığın hastanın kliniğe ilk kabul edildiği andan itibaren başlayarak bütün cerrahi süreçte dinamik olarak devam etmesi ve tekrarlanması;

Hastalara stomanın yeni açıldığı göz önünde bulundurularak hastaların 1., 3. ve 6. ay gibi daha uzun zaman diliminde periyodik olarak takip edilerek uyum düzeylerinin değerlendirilmesi, bireye özgü planlı taburculuk eğitimi verilmesi ve eğitim yöntemlerinin bireysel özellikler dikkate alınarak tercih edilmesi, stomaya ilişkin komplikasyonları değerlendirirken Pittman Ostomi Şiddet İndeksi gibi geçerliliği ve güvenilirliği sağlanan bir ölçüm aracının kullanılarak hasta bakımında ortak bir dil kullanılması;

Hastalara verilecek olan video destekli eğitimlerin yanında maketler kullanılarak ve hastalara maketler üzerinde uygulama yaptırılarak eğitim içeriğinin zenginleştirilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Ahmad, Z., Sharma, A., Saxena, P., Choudhary, A., Ahmed, M. A. (2013). Clinical study of intestinal stomas: its indications and complications. *International J Res Med Sci*;1(4):536–40.
- Akbulut, G. (2011). Nutrition in stoma patients: a practical view of dietary therapy. *International Journal of Hematology and Oncology*; 32(4):61-66.
- Akıl Y., Taylan S. (2020). Bağırsak stomalı hastaların stomaya uyumlarını etkileyen faktörler: ilişkisel çalışma. *Cukurova Med. J.*; 45(2):428-438.
- Akman, G. (2016). *Kolorektal Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik, Sakarya.
- Aktaş, D., & Koçalışlı, S. (2020). Kolorektal Kanser Cerrahisi Sonrası Önemli Bir Sorun: Fekal İnkontinans. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(1), 36-43.
- Akyüz, S. (2016). *Kolorektal Kansere Bağlı Stoma Açılan Ve Açılmayan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılaştırılması*. T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Altıntaş, S., Vural, F. (2017, Mayıs 16-20). Kolorektal Kanserli Hastalarda Web Tabanlı Eğitim Yapılmalı mı? (Sözel Bildiri). 16. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi, Antalya.
- Ambe, P.C., Kurz, N.R., Nitschke, C., Odeh, S.F., Möslin, G., Zirngib, H. (2018). Intestinal Ostomy- Classification, Indications, Ostomy Care and Complication Management. *Deutsches Ärzteblatt International / Dtsch Arztebl Int*; 115: 182–7.
- American Cancer Society. (2014). *Cancer Facts & Figures*; Atlanta.
- Andersson G, Engström Å, Söderberg S. A. (2010). chance to live: Women's Experiences of Living with a Colostomy after Rectal Cancer Surgery. *Int J Nurs Pract*;16(6):603–8.
- Arslantaş A. (2019). *Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği*. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.

- Avcı, G. G., Gümüşay, Ö. (2018). Kolorektal kanserlerde güncel tedavi yaklaşımı. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 10(1): 1-7.
- Ayan, F.S. (2023). *Koroner By-Pass Cerrahisi Sonrası Müzik Dinletisinin Anksiyete, Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi*. Doktora Tezi, T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlık Anabilim Dalı İnterdisipliner Yaşlı Sağlık ve Bakımı Doktora Programı, Aydın
- Aysel, Ö., Baykara, Z. G., Eyüboğlu, G., Emine, A., & Leventoğlu, S. (2023). Zor Bir Stomanın Yönetimi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 3(2), 63-69.
- Bahayi, K. (2015). *İleostomi ve kolostomi ameliyatı olan hastaların depresyon anksiyete ve cinsel işlev bozukluk düzeylerinin saptanması*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü. İstanbul
- Balkaya, A.N., Karaca, Ü., Yılmaz, C., Ata, F. (2021). COVID-19 Pandemisinde Elektif Cerrahi Uygulanacak Hastaların Preoperatif Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 47 (2) 233-239, DOI: <https://doi.org/10.32708/uutfd.913827>.
- Başıbüyük, M. (2014). *Stomal Hastalarda Erken Dönemde Anksiyete*. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Baykara, ZG., Demir, SG., Karadağ, A., Harputlu, D., Kahraman, A., Karadağ, S., Hin, AO., Togluk, E., Altınoy, M., Erdem, S., Cihan, R. (2014). A multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications. *Ostomy Wound Manage* 60: 16-26,
- Baysan, A., Yıldırım, Y., Fadıloğlu, Z.Ç., Ayker, F. (2019). Stoması Olan Bireylerin Wiedenbach'ın Hemşirelik Kuramına Dayalı Eğitimi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*;12(1):20-25.
- Black, P. (2000). Practical stoma care. *Nursing Standard (through)*, 14(41), 47.
- Black, P. (2009). Stoma care nursing management: cost implications in community care. *British Journal Of Community Nursing*, 14(8), 350-355.
- Biçensoy, G. (2015). *Günübirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri*. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Malatya

- Bilik, Ö., Ordin, Y., Deveci, Z., Çelik, B., Sütsünbüloğlu, E., Karayurt, Ö. (2020). Ameliyat Öncesi Açlık Süresinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. *DEUHFED*, 13 (2), 43-48.
- Birgül, S.(2014). *Kapalı Kolesistektomi Ameliyatı Olacak Hastalarda Lavanta Yağının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyine Etkisi*. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Bitirme Projesi. Malatya
- Boyles, A., & Hunt, S. (2016). Care and management of a stoma: maintaining peristomal skin health. *British Journal of Nursing*, 25(17):14-21.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., Jemal, A. (2018). Global Cancer Statistics GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424. doi.org/10.3322/caac.21492.
- Burch, J. (Ed.). (2008). *Stoma Care*. John Wiley & Sons.
- Burch J. (2011). Stoma management: enhancing stoma management. *British Journal of Community Nursing* 16(4): 162-166.
- Burch, J., & Slater, R. (2012). Enhanced recovery after surgery: benefits for the stoma care patient. *British Journal of Nursing*, 21(6): 16-21.
- Burch, J. (2014). Stoma care in the community. *British Journal Of Community Nursing*, 19(8): 396-400.
- Burch, J. (2015). Examining stoma care guidance for nurses. *Gastrointestinal Nursing*, 13(6): 17-25.
- Burch, J. (2017). Care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. *Nursing Standard*; 31(41).
- Cengiz, B., Bahar, Z. (2017). Perceived barriers and home care needs when adapting to a fecal ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 44(1): 63-68.
- Cengiz B, Bahar Z, Aras E. (2018). The effects of patient care results of applied nursing intervention to individuals with stoma according to the health belief model. *Cancer Nursing*; Vol. 00, No. 0

- Cengizhan, Ş. (2018). *Anjiyografi Öncesi Planlı Hasta Eğitiminin Durumluk, Sürekli ve Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı, Gaziantep
- Choudhary, M., & Kaur, H. (2020). Experiences of living with intestinal ostomy: A qualitative meta-synthesis. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(4): 421.
- Crawford, D., Texter, T., Hurt, K., VanAelst, R., Glaza, L., Vander Laan, K.J. (2012). Traditional Nurse Instruction Versus 2 Session Nurse Instruction Plus DVD for Teaching Ostomy Care. *J Wound Ostomy Continence Nurs*;39(5):529-537.
- Çakır, H. (2019). *Cerrahi Tedavi Uygulanan Kolorektal Kanserli Hastaların Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Nevşehir
- Çakır SK, Özbayır T. (2018). Assessment of patient anxiety levels before and after stoma surgery. *Turk J Colorectal Dis.*; 28:159-163. doi: 10.4274/tjcd.15046.
- Çavdar İ. (2018). Alt sindirim sisteminin cerrahi hastalıkları ve bakımı p.203-242. Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G editors. *Cerrahi hemşireliği 2*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul
- Çebi, A.T. (2019). Görsel Medyanın Oral Cerrahi Öncesi ve Sonrası Anksiyete Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. *Adıyaman Üni. Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3); 1746 – 1756.
- Çelik, S. (2021). *Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar*. Ankara: Çukurova Nobel tıp Kitabevi: Adana
- Çermikli, S. (2021). *Günöbirlik Jinekolojik Cerrahi Uygulanan Kadınlara Verilen Eğitimin Kaygı ve Ağrı Düzeylerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Çetinkaya, F., Karabulut, N. (2010). Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 13: 2.

- Çevik B., Uğurlu Z., Abbasoğlu A., Karahan A., Saltan Ç. (2021). Ostomili Bireylerin Ostomiye Uyumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Huhemfad-Johufon*, 8(1);75-84.
- Dal, Ü., Bulut, H., & Demir, S. G. (2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1): 34-40.
- Dalmolin, A. Girardon-Perlini, NMO., Coppetti, LC., Rossato, GC., Gomes, JS., Silva, M. (2016). Educational video as a healthcare education resource for people with colostomy and their families. *Rev Gaúcha Enferm.*;37:68373. doi: [http:// dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016](http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016).
- Danielsen, A. K., Burcharth, J., & Rosenberg, J. (2013). Spouses of patients with a stoma lack information and support and are restricted in their social and sexual life: a systematic review. *International Journal of Colorectal Disease*, 28, 1603-1612.
- Danielsen, AK., Rosenberg, J. (2014). Patient education after stoma creation may reduce healthcare costs. *Danish medical journal*;61(4): 4659-4659.
- Dayılar H, Oyur G, Kamer E, Sarıçiçek A, Cengiz F, (2017). Hacıyanlı M. Kolon Ameliyatı Öncesi Hastaların Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Turk J Colorectal Dis*; 27: 6-Doğrusöz, P. (2021). *Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Müziğin Anksiyete ve Ağrı Düzeyine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi T.C. Maltepe Üniversitesi. Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği, İstanbul.
- Douglas, R. Murken, MD., Joshua I. S., Bleier, MD. (2019). Ostomy-Related Complications. *Clin Colon Rectal Surg*; 32:176–182.
- Duluklu, B. (2018). *Kalıcı Kolostomisi Olan Bireylerde Stoma Torbasına Konulan Lavanta Esansiyel Yağının Kokunun Giderilmesine, Yaşam Kalitesine ve Stoma Uyumuna Etkisi*. Doktora Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara
- Dursun, A. (2018). Kalp Damar Cerrahisi Planlanan Hastalarda Ameliyat Öncesinde Müzik Dinletmenin Cerrahi Korku ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin Hemşirelik Anabilim Dalının Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı. Gaziantep

- Duruk, N., Kazan, E., Dinçer, N. (2021). İntestinal Stomalı Bireylerin Stomaya Uyumunu Etkileyen Faktörler: Tanımlayıcı Çalışma. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*;13(3):637-48.
- Erçolak, V. (2016). Kolorektal Kanselerde Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*; 8(1), 11-15.
- Erkilic, E., Kesimci, E., Soykut, C., Doger, C., Gumus, T., Kanbak, O. (2017). Factors associated with preoperative anxiety levels of Turkish surgical patients: from a single center in Ankara. *Patient Prefer Adher*;11: 291–296. <https://doi.org/10.2147/PPA.S127342>
- Ertem, Ö., Koçkaya, G., Çay Şenler, F., Öter, V., Ökçin, S., Öztürk, F. (2022). Türkiye’de Kolorektal Kanser Taramalarının Maliyet Etkililik Analizi. *Sosyal Güvence Dergisi*;21: 686-721. doi:10.21441/sosyalguvence.1138993.
- Forsmo, HM., Pfeffer F., Rasdal, A., Sintonen, H., Körner, H., Erichsen, C. (2016). Pre- and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery. *Int J Surg*;36(A):121-126.
- El-Rahman, A., Ali, W., Mekkawy, M. M., & Ayoub, M. T. (2020). Effect of Nursing Instructions on Self Care for Colostomy Patients. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 8(23), 96-105.
- Fazio, V. W., Church, J. M., & Wu, J. S. (2012). Atlas of intestinal stomas: *Springer Science & Business Media*.
- Feddern, M. L., Emmertsen, K., & Laurberg, S. (2015). Life with a stoma after curative resection for rectal cancer: a population based cross sectional study. *Colorectal Disease*, 17(11): 1011-1017.
- Grant, M., McCorkle, R., Hornbrook, MC., Wendel, CS., Krouse, R. (2013). Development of a chronic care ostomy self-management program. *Journal of Cancer Education*; 28(1): 70- 78.
- Genç, Z. (2019). Birinci Basamağa Başvuran Bireylerin Kolorektal Kansere Yönelik Sağlık İnançlarının Gaitada Gizli Kan Testi Yaptırma Durumlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.



- Gidergelmez, T., Tuna, A. (2022). Ostomili Hastaların Bilgi Gereksinimlerinin Ve Ostomiye Uyumlarının Belirlenmesi. *PASHİD*; 3(1):46-62
- Goodey, A., & Colman, S. (2016). Safe management of ileostomates with high-output stomas. *British Journal of Nursing*, 25(22):4-9. doi:10.12968/bjon.2016.25.22.S4
- Gómez, IDC., Pérez RC. (2013). Del vídeo educativo a objetos de aprendizaje multimedia interactivos: un entorno de aprendizaje colaborativo basado en redes sociales. *Tendencias Pedagógicas*;(22):59-72
- Guimarães, E. M. R., Barbosa, I. V., Carmo, T. G. D., Probo, D. R. G., & Rolim, K. M. C. (2022). Construction and validation of an educational video for patients in the perioperative period of robotic surgery. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75.
- Gök AFK, Özgür İ, Altunsoy M, Üçüncü MZ, Bayraktar A, Bulut MT, et al. (2019). Complicated or not complicated: Stoma site marking before emergency abdominal surgery. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*; 25: 60-65
- Haddock, M. G., (2017). Intraoperative radiation therapy for colon and rectal cancers: a clinical review, *Radiation Oncology*; 12(11):1-8
- Harris MS, Kelly K, Parise C. (2020). Does preoperative ostomy education decrease anxiety in the new ostomy patient? A quantitative comparison cohort study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*;47(2):137-9.
- Hayden, D. M., Pinzon, M. C. M., Francescatti, A. B., Edquist, S. C., Malczewski, M. R., Jolley, J. M.ve ark. (2013). Hospital readmission for fluid and electrolyte abnormalities following ileostomy construction: preventable or unpredictable? *Journal of Gastrointestinal Surgery*; 17: 298-303.
- Hawkins, R., & Price, K. (1993). The effects of an education video on patients' requests for postoperative pain relief. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 10: 32-32.
- Heidari-Beni, F., Esmailian, S., Yousefi, F., Zarei, M. R., & Farahani, M. A. (2022). Comparison of face-to-face education and multimedia software education on adjustment of patients with intestinal ostomy: a randomized controlled trial. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 49(2): 152-157.

- Hsu, Mei-Yu; Lin, Jui-Ping; Hsu, Hsiao-Hui; Lai, Hsing-Ling; Wu, Yu-Lin (2020). Preoperative Stoma Site Marking Decreases Stoma and Peristomal Complications. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*; 47(3), 249–256. doi:10.1097/WON.0000000000000634.
- Humphreys, N. (2017). Sexual health and sexuality in people with a stoma: a literature review. *Gastrointestinal Nursing*, 15(10), 18-26.
- İslamtürk, F. (2018). *Kolostomili Hastalarda Stomalı Yaşama Uyumlarının ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Kara, B., Aslan, F. E. (2017). Investigation of the stoma individuals home first day experience. *Turk J Colorectal Dis*, 27, 117-125.
- Kara, M., Andsoy, I. (2018). Pilonidal Sinüs Ameliyatı Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Anksiyete Durumu ve Konforuna Etkisi. *HSP* 2018;5(3):397-403.
- Karabulut HK, Dinç L, Karadağ A. (2014). Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study. *J Clin Nurs.*;23(19-20):2800-13.
- Karadağ, A., Menteş, B. B., Üner, A., Irkörüçü, O., Ayaz, S., & Özkan, S. (2003). Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *International Journal of Colorectal Disease*;18: 234-238.
- Karadağ, A., Göçmen, Z. B., Korkut, H., & Çelik, B. (2011). Ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Ulusal Cerrahi Dergisi*; 27(4): 206-211.
- Karadağ A, Karabulut H, Baykara ZG, Harputlu D. A. (2015). Prospective, Multicentered Study to Assess Social Adjustment in Patients With an Intestinal Stoma in Turkey Article. *Ostomy Wound Manag.*;61(10):16–29.
- Karadağ A. (2016). Peristomal Cilt Komplikasyonları: Tanılama, Önleme, Tedavi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 3(1):72–83.
- Karadede, Ö. (2019). *Kolostomili Bireylerde Sosyal Desteğin Uyuma Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul.

- Karagöz G. (2019). *İntestinal Stomalı Hastalarda Stoma Uyumu ve Etki Eden Bireysel Özelliklerin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, T.C Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı. Edirne.
- Karaveli S, Özbayır T, Karacabay K. (2014). Kolorektal kanser ameliyatı geçiren hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yaşadıkları sorunların incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 17(2):90-96
- Kaya Ö, Aygin D. (2020). Stomanın cinsel yaşam üzerindeki etkileri. *Androloji Bülteni*; ;22:194–198.
- Krau, S,D. (2015). Technology in nursing: the mandate for new implementation and adoption approaches. *Nurs Clin North Am.*;50(2):11-12
- Koç Ş, Esin M.N. (2014). *Kolorektal Kanser Risk Danışmanlığının Riskli Bireylerin Birincil ve İkincil Koruma Davranışlarını Geliştirmeye Etkisi*. Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul
- Kozan, R., Gültekin, A. (2018). Parastomal Herni Gelişiminde Kontrol Edilebilir Risk Faktörü; Preoperatif İşaretleme. *Turk J Colorectal Dis*; 28(4):172-176’de yayımlanan İngilizce makalenin ‘birebir’ Türkçe versiyonudur. DOI: 10.4274/tjcd.35492
- Kuipers EJ., Grady WM., Lieberman D., Seufferlein T., Sung JJ., Boelens PG., vandeVelde CJ., Watanabe T. (2015). Colorectal Cancer, *Nat Rev Dis Primers*, 1:1-51,.
- McGee, J. ve Peterson, M. (2020). The Impact Of Post-Operative Ostomy Education. Submitted to the School of Nursing and The Graduate Faculty of the University of Kansas in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Practice.
- McKenna, LS., Taggart, E., Stoelting, J., Kirkbride, G., Forbes, GB. (2016). The impact of preoperative stoma marking on health-related quality of life: A comparison cohort study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*;43(1):57-61.
- Messarıs E, Sehgal R, Deiling S, et al.: (2012). Dehydration is the most common indication for readmission after diverting ileostomy creation. *Dis Colon Rectum*; 55: 175–80.
- Mingır, T, Ervatan Z,Turgut, N. (2014). Spinal anaesthesia and perioperative anxiety. *Turk J Anaesth Reanim*; 42: 190-5. <https://doi.org/10.5152/TJAR.2014.99705>.

- Milbury, K., Cohen, L., Jenkins, R., Skibber, J. M., & Schover, L. R. (2013). The association between psychosocial and medical factors with long-term sexual dysfunction after treatment for colorectal cancer. *Supportive Care in Cancer*, 21, 793-802.
- Moraes, JT, Borges, EL, Santos, CF, Silva, ME, Sá FS. (2020). Prevalence of anxiety and depression in persons with ostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurse.*;47(6):595-600. doi: 10.1097/WON.0000000000000718.
- Nam KH, Kim HY, Kim JH, Kang KN, Na SY, Han BH. (2019). Effects of social support and self-efficacy on the psychosocial adjustment of Korean ostomy patients. *Int Wound*;16(1):13-20.
- Nastro, P., Knowles, CH., McGrath, A., Heyman, B., Porrett, TR., Lunniss, PJ (2010). Complications of intestinal stomas. *Br J Surg*; 97: 1885–9.
- Näverlo, S., Strigård, K., Gunnarsson, U., & Edin-Liljegren, A. (2023). Patients' experiences of living with a stoma in rural areas in Northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*; 82(1), 2221767.
- Newcombe, T. (2016). The importance of the ward nurse's role in patient education following stoma surgery. *Journal of Stomal Therapy Australia*; 36(3), 17-19.
- Nichols, T. R. (2015). Health-Related quality of life in community-dwelling persons with ostomies. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing.*; 42(4), 374-377.
- Ongün, P., Yılmaz, N.B , Kırtıl, Y. (2021). Stomalı Bireylerde Anksiyete, Cinsellik ve Yaşam Kalitesi: Sistemik Derleme. *THDD*; 2 (2): 41-52.
- Orğan, E., Topçu, S., Özkan, M. (2022). Bağırsak Stoması Bulunan Hastaların Tekrar Hastaneye Yatış Nedenlerinin İncelenmesi. *Ordu University J Nurs Stud.*; 5(3), 306-312 DOI:10.38108/ouhcd.1022578.
- Ören, B. (2018). Göğüs Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. *HSP*;5(3):324-332
- Özaydın, İ., Taşkın, A.K., İskender, A. (2013). Stoma ile ilgili komplikasyonların retrospektif analizi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*; 4 (1): 63-66.
- Özdemir, H. (2019). *Video Destekli Öğretimin Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelik Süreci Uygulama Becerileri ve Klinik Performansta Öz-Yeterlikleri Üzerine Etkisi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Özkaya, B. Ö., & Atar, B. (2021). COVID-19 pandemisinde kolostomili hastanın hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 3(1), 111-114.
- Öztürk, D. (2013). *Web Destekli Öğretimin Öğrencilerin Mesane Kateterizasyonunu Öğrenmelerine Etkisi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Öztürk ve Karadağ, (2019). Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği'nin Tarihsel Gelişim Süreci: Türkiye Örneği. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*;16 (1): 73-78.
- Öztürk, N., Balmumcu, A., Ersungur, E. (2021). *Evde Hasta Bakımı İlke Ve Uygulamaları-I: Akademisyen Kitabevi*.
- Öztürk Kaynar, G. (2016). *Kolorektal Kanserli Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. İzmir
- Panattoni, N., Mariani, R., Spano, A., Leo, A. D., Iacorossi, L., Petrone, F. ve ark. (2023). Nurse specialist and ostomy patient: Competence and skills in the care pathway. A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*; 1:1-15.
- Pierzak, M., Głuszek, S., Koziel, A., & Wychowaniec, M. (2016). Quality of life of patients with an intestinal stoma constructed in the course of treatment of rectal and sigmoid colon cancer. *Medical Studies/Studia Medyczne*, 32(1), 37-44.
- Pittman J, Bakas T, Ellett M, Sloan R, Rawl SM. (2014). Psychometric Evaluation of the Ostomy Complication Severity Index. *J Wound Ostomy Continence Nurs*; 41(2): 147-157
- Polat S, Kara A. (2015). *Kolorektal Kanser Hücrelerinde Melatonin ve Cisplatin Uygulamasının Otofaji ve Apoptoz Üzerine Etkilerinin Araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, Erzurum:
- Poletto, D., & Silva, D. M. G. V. d. (2013). Living with intestinal stoma: the construction of autonomy for care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21: 531-538.
- Recalla, S., English, K., Nazarali, R., Mayo, S., Miller, D., Gray, M.. (2013). Ostomy care and management a systematic review. *J Wound Ostomy Continence Nurs*;40(5):489–500.

- Richbourg, L., Thorpe, J. M., & Rapp, C. G. (2007). Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*; 34(1), 70-79.
- Riemenschneider, K. (2015). Uncertainty and Adaptation Among Adults Living with Incontinent Ostomies, *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*;42(4):361-367.
- Saglam, K., Kayaalp, C., Aktas, A., & Sumer, F. (2020). Educational video addition to the bariatric surgery informed consent process: a randomized controlled trial. *Obesity Surgery*, 30, 2693-2699.
- Sancaktar, E., Tuncer, Ö. (2021). Erişkin Kişilerin Kolorektal Kanser Risk Faktörleri ve Erken Tanı Yöntemleri Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. *Türk Aile Hek Dergisi*; 25(2):53-8 doi: 10.5222/tahd.2021.63825.
- Saraçoğlu, A., Yavru, A., Küçükgöncü, S., Tüzüner, F., Karadeniz, M., Başaran, B.ve ark. (2014). Predictive factors involved in development of postoperative pulmonary complications. *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*, 42(6), 313.
- Saruhan, Ç. (2022). Kolorektal Kanserlerin Cerrahi Tedavi Sürecinde Hemşirelik Bakımı. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*; 7(3): 637-656
- Sceats LA., Dehghan MS., Rumer KK., Trickey A., Morris AM., Kin C. (2020). Surgery, stomas, and anxiety and depression in inflammatory bowel disease: a retrospective cohort analysis of privately insured patients. *Colorectal Dis.*; 22(5):544-553. doi: 10.1111/codi.14905.
- Scott-Conner, C. E., & Chassin, J. L. (2014). Concepts and Strategies of Surgery. Chassin's Operative Strategy in General Surgery: *An Expositive Atlas*, 3-4.
- Shabbir J, Britton DC (2010). Stoma complications: a literature overview. *Colorectal Dis*; 12: 958–64.
- Shaffy, Kaur, S., Das, K., & Gupta, R. (2012). Physical, nutritional and sexual problems experienced by the patients with colostomy/ileostomy: a qualitative study. *Nursing & Midwifery Research Journal*, 8(3), 210-222.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Jemal, A. (2016). Cancer statistics. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(1), 7-30.

- Solak Kabataş, M., & Özbayır, T. (2016). Kolorektal cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü: Sistematik Derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 5(3), 120-132.
- Stelton, S., Zulkowski, Ayello, EA., (2014). Practice implications for peristomal skin assessment and care from the World Council of Enterostomal Therapists International Ostomy Guideline. *Advances in Skin & Wound Care June* 28(6): 274-285
- Su, X., Qin, F., Zhen, L., Ye, X., Kuang, Y., Zhu, M.ve ark. (2016). Self-efficacy and associated factors in patients with temporary ostomies. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*; 43(6), 623-629.
- Sun, V., Grant, M., McMullen, C. K., Altschuler, A., Mohler, M. J., Hornbrook, M. C.ve ark. (2014). From diagnosis through survivorship: health-care experiences of colorectal cancer survivors with ostomies. *Supportive Care in Cancer*, 22:1563-1570.
- Sun, Z., Zhao, Y., Liu, L., & Qin, J. (2021). Clinical outcomes of ileostomy closure before adjuvant chemotherapy after rectal cancer surgery: an observational study from a chinese center. *Gastroenterology research and practice*,; 1: 20-21.
- Sütsünbuloğlu, E. (2021). *Kolorektal Kanserli Hastalarda Perioperatif Hemşire Danışmanlığının Hasta Sonuçlarına Etkisi*. Doktora Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul.
- Şahin, L., & Aşçıoğlu, M. (2013). Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*; 22(1): 93-98.
- Şahin, S., İyigün E., Açıkel, C. (2015). Kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastaların bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*; DOI: 10.5455/pmb.1-1406189204.
- Şimşek, A., Şimşek, Ş., Alpar, Ş. (2018). Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastalara Verilen Preoperatif Eğitimin: Postoperatif Dönemde Anksiyete ve İyileşme Süreci Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 34 (3):45-62.
- Tak, K., Ahn, E., Kim, E. (2017). Increase in dietary protein content exacerbates colonic inflammation and tumorigenesis in azoxymethane-induced mouse colon carcinogenesis. *Nutrition Research and Practice*; 11(4), 281-289. doi:10.4162/nrp.2017.11.4.281.

- Targan, F. (2019). *Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Hastaların Bilgi Ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Tam, S. Y., Wu, V. W., (2019). A review on the special radiotherapy techniques of colorectal cancer, *Frontiers in oncology*; 9: 1-9
- Thanikachalam, K., Khan, G. (2019). Colorectal cancer and nutrition. *Nutrients*, 11(1):164. doi:10.3390/nu11010164.
- Topçul, M., Çetin İ., (2015). In book: “Clinical Diagnosis and Therapy of Colorectal Cancer, Chapter: Treatment Of Colon Cancer”, Omics Electric eBook Publishing, Foster City, Editors: Schneider R, 1-15,.
- Ton, M., Watson, N. F., Sillah, A., Malen, R. C., Labadie, J. D., Reedy, A. M.ve ark. (2021). Colorectal Cancer Anatomical Site, *Sleep Quality. Cancers*, 13(11): 2578.
- Tuğba, M., Yücel, A., & Özkan, Y. (2023). Stoma Bakımının Yönetimi: Olgu Sunumu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*; 27(1), 45-53.
- Ünal, N. G., Coşgun, G., Korkut, M., Özütemiz, A. Ö., Doğanavşargil, B., Çakar, B., ... & Haydaroğlu, A. (2019). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Veri Tabanındaki Kolorektal Kanserli Olguların Epidemiyolojik ve Genel Sağ Kalım Özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*; 58, 68-77.
- Ünal, Y. (2018). *Ameliyat Öncesi Verilen Planlı Eğitimin Hastanın Ameliyata Bağlı Kaygı Ve Ağrı Algısı Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Velioğlu, P. (2012). Hemşirelikte kavram ve kuramlar: Akademi basın ve yayıncılık.
- Vural, F., Erol, F. (2013). Ostomili Hastalarda Yaşam Kalitesi Nasıl Yükseltilir. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*;6 (1), 34-39.
- Yaşan, A., Ünal, S., Gedik, E., Girgin, S. (2008). Kalıcı ve geçici ostomi yapılmış kişilerde yaşam kalitesinde değişim, depresyon ve anksiyete. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*;9:162-168.
- Yıldız, T. (2015). Cerrahi Hasta Eğitiminde Kullanılan Güncel Yöntemler: Hastalık Merkezli Değil, Hasta Merkezli Eğitim. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; 5(2)



- Yılmaz, G., Harputlu, D., Pala, Mİ., Mert, T., Çakıt, H., Sücüllü, İ., Kuzu, MA. (2021). Türkiye’de stoma açılan hastaların kesitsel değerlendirmesi. *Turk J Colorectal Dis.*;31:136-142. doi: 10.4274/tjcd.galenos.2020.2020-10- 1.
- Yılmaz, M. A.-D. K. B. (2018). Cerrahi Onkoloji. Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları, 227.
- Yılmaz, S., Emre, N. (2021). 50-70 yaş arası kişilerin kolorektal kanser risk faktörleri ve erken tanısına yönelik bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi* doi:<https://dx.doi.org/10.31362/patd.928850>.
- Zafar, M., & Mahar, W. A. (2021). Comparison of Mean Duration of Postoperative Ileus following Ileostomy Reversal with Gum Chewing versus without Gum Chewing. *International Journal of Surgery and Medicine*, 7(3), 42-42.
- Zafar, S. N., Changoor, N. R., Williams, K., Acosta, R. D., Greene, W. R., Fullum, T. M.ve ark. (2016). Race and socioeconomic disparities in national stoma reversal rates. *The American Journal of Surgery*, 211(4), 710-715.
- Zhang, X., Shi, H., Tang, H., Fang, Z., Wang, J., Cui, S. (2015). miR-218 inhibits the invasion and migration of colon cancer cells by targeting the PI3K/Akt/mTOR signaling pathway. *International Journal Of Molecular Medicine*, 35(5), 1301-1308.
- WCET. WCET (2014). International Ostomy Guideline. Zulkowski K, Ayello EA, Stelton S, (Eds). Perth, Australia.
- WHO, (2022). International Agency for Research on Cancer Erişim Tarihi: 04.12.2022.
- World Health Organization. (2021). WHO International Agency for Research on Cancer. Erişim tarihi: 27.12.2022.
- Xu S., Zhang, Z., Wang, A., Zhu, J. et. al. (2018). Effect of self-efficacy intervention on quality of life of patients with intestinal stoma. *Gastroenterology Nursing*; 41(4):341-346.

## EKLER

### Ek 1. Hasta Tanılama Formu

#### STOMALI HASTALARA VERİLEN VİDEO DESTEKLİ STOMA BAKIMI EĞİTİMİNİN AMELİYAT SONRASI ANKSİYETE, STOMAYA UYUM VE KOMPLİKASYONLARA ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

STOMALI HASTALARA VERİLEN VİDEO DESTEKLİ STOMA BAKIMI EĞİTİMİNİN AMELİYAT SONRASI ANKSİYETE, STOMAYA UYUM VE KOMPLİKASYONLARA ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA adlı çalışma Rahşan ÇAM ve Senem GÜNEŞ tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma stomalı hastalara verilen video destekli eğitimin ameliyat sonrası anksiyete, stomaya uyum ve komplikasyonlara etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Anketteki sorulara vereceğiniz cevaplar tamamen gizli kalacaktır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Anket 30 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 15 dk zamanınızı alacaktır. Anket soruları araştırmacı eşliğinde cevaplanacak ve anket formu araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları araştırma ekibinde yer alan (Danışman Doç. Dr. Rahşan ÇAM'a 0505 827 63 63 veya rahsancam77@gmail.com, Öğrenci Senem GÜNEŞ'e 0544 915 03 01 veya beyazmelek\_0687@hotmail.com ) uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz.

<b>HASTA NO:</b> <b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>
<b>1) YAŞINIZ:</b>
<b>2) CİNSİYETİNİZ:</b> a. Kadın b. Erkek
<b>3) BEDEN KİTLE İNDEKSİNİZ (KG/BOY<sup>2</sup>): (Araştırmacı tarafından hesaplanacak)</b> a. Boy uzunluğunuz: b. Vücut ağırlığınız:
<b>4) EĞİTİM DURUMUNUZ:</b> a. Okur-Yazar b. İlkokul c. Ortaokul d. Lise e. Üniversite f. Lisansüstü
<b>5) ÇALIŞMA DURUMUNUZ:</b> a. Çalışan b. Emekli c. Çalışmıyor d. Diğer( Belirtiniz.....)
<b>6) MEDENİ HALİNİZ:</b> a. Evli b. Bekar c. Diğer (Belirtiniz.....)
<b>7) SOSYAL GÜVENCENİZ:</b> a. Var b. Yok
<b>8) GELİR DURUMUNUZ:</b> a. Gelirim giderimden az b. Gelirim giderime eşit c. Gelirim giderimden fazla
<b>9) KİMLERLE YAŞIYORSUNUZ:</b> a. Yalnız b. Ailemlec. Diğer (Belirtiniz.....)

<b>10) TIBBİ TANINIZ:</b> a. Kolon CA b. Rektum CAc. Diğer Malingnite ve hastalıklar
<b>11) BİLİNER ALERJİ ÖYKÜNÜZ</b> a. Var b. Yok
<b>12) KRONİK HASTALIĞINIZ:</b> a. Var b. Yok
<b>13) DAHA ÖNCE GEÇİRDİĞİNİZ AMELİYATINIZ</b> a. Var (belirtiniz.....) b. Yok
<b>14) ALIŞKANLIKLARINIZ</b> (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) a. Yok b. Sigara c. Alkol d. İlaç e. Diğer( Belirtiniz.....)
<b>AMELİYAT ÖNCESİ DEĞERLENDİRME</b>
<b>15) STOMA HAKKINDA BİLGİLENDİRİLİME DURUMUNUZ</b> (Bu soruya cevabınız evet ise parantez içine kim tarafından bilgilendirildiğinizi belirtiniz.) a. Evet ( belirtiniz.....) b. Hayır
<b>16) STOMA BÖLGESİ İŞARETLENME DURUMU:</b> a. Evet b. Hayır
<b>17) KEMOTERAPİ VE/VEYA RADYOTERAPİ ALMA DURUMU</b> a. Kemoterapi b. Radyoterapi c. Kemoterapi ve radyoterapi birlikte d. Tedavi yok
<b>18) AMELİYAT ŞEKLİ</b> a. Acil b. Planlı
<b>AMELİYAT SONRASI DEĞERLENDİRME</b>
<b>19) YAPILAN AMELİYAT</b> a. Low Anterior Rezeksiyon b. İleostomi Açılması c. Kolostomi Açılması d. Diğer (Fournuer Gangren, Sigmoid Rezeksiyon, Sağ Hemikolektomi)

<b>20) STOMA TİPİ</b> a. End Kolostomi b. LoopKolostomi c. End İleostomi d. Loop İleostomi
<b>21) STOMA SÜRESİ</b> a. Kalıcı b. Geçici
<b>22) STOMA BÖLGESİ</b> a. Sol Alt Kadran b. Sol Üst Kadran c. Sağ Alt Kadran d. Sağ Üst Kadran Diğer
<b>23) STOMA RENGİ</b> a. Soluk Pembe b. Kırmızımsı Pembe c. Siyanotik d. Nekrotik
<b>24) STOMA NEMİ</b> a. Nemli b. Kuru
<b>25) STOMA YÜKSEKLİĞİ</b> a. Tomurcuk b. Ciltle Aynı Seviyede c. Retrakte d. Prolapsus
<b>26) STOMANIN ŞEKLİ</b> a. Yuvarlak b. Oval c. Şekilsiz
<b>27) PARASTOMAL CİLT</b> a. Sert b. Yumuşak c. Çok Yumuşak

<b>28) STOMA ÇAPI:</b>
<b>29) BAGET</b> a. Var b. Yok
<b>30) KANAMA</b> a. Var b. Yok

## Ek 2. Durumluk Süreklilik Kaygı Ölçeği

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği toplam kırk maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içermektedir. Durumluk Anksiyete Envanteri kişinin kendisini belirli bir anda nasıl hissettiğini, Süreklilik Anksiyete Envanteri ise kişinin genellikle kendini nasıl hissettiğini belirten ifadelerden oluşan bir ölçüm aracıdır.

### DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra şu anda kendinizi nasıl hissettiğinizi tek bir rakamı daire içine alarak belirtiniz.

	HEMEN HİÇ	BİRAZ	OLDUKÇA	TAMAMEN
1-Kendimi sakin hissediyorum	1	2	3	4
2-Kendimi güvende hissediyorum	1	2	3	4
3-Huzursuzum	1	2	3	4
4-Pişmanlık duygusu içindeyim	1	2	3	4
5-Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4
6-İçimde bir sıkıntı hissediyorum	1	2	3	4
7-İleride olabilecek kötü olayları düşünerek üzülüyorum	1	2	3	4
8-Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
9-Kendimi kaygılı hissediyorum	1	2	3	4
10-Kendimi rahat içinde hissediyorum	1	2	3	4
11-Kendime güvenim olduğumu hissediyorum	1	2	3	4
12-kendimi sinirli hissediyorum	1	2	3	4
13-İçimde bir huzursuzluk var	1	2	3	4
14-Çok gergin olduğumu hissediyorum	1	2	3	4
15-Sükûnet içindeyim	1	2	3	4
16-Halimden memnunum	1	2	3	4
17-Endişe içindeyim	1	2	3	4
18-Kendimi fazlasıyla heyecanlı ve şaşkın hissediyorum	1	2	3	4

19-Kendimi neşeli hissediyorum	1	2	3	4
20-Keyfim yerinde	1	2	3	4

### SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra genel olarak kendinizi nasıl hissettiğinizi tek bir rakamı daire içine alarak belirtiniz.





	HEMEN	BİRAZ	OLDUKÇA	TAMAMEN
	HİÇ			
1-Keyfim yerinde	1	2	3	4
2-Çabuk yoruluyorum	1	2	3	4
3-Olur olmaz hallere ağlayacak gibi olurum	1	2	3	4
4-Diğerleri kadar mutlu olmayı isterdim	1	2	3	4
5-Çabuk karar verdiğim için fırsatları kaçıırım	1	2	3	4
6-Kendimi dinç hissederim	1	2	3	4
7-Sakin, kendime hakim ve soğuk kanlıyım	1	2	3	4
8-Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar	1	2	3	4
biriktiğini hissederim				
9-Gerçekten çok önemli olmayan endişelerim	1	2	3	4
var				
10-Mutluyum	1	2	3	4
11-Her şeyi kötü tarafından alırım	1	2	3	4
12-Kendime güvenim yok	1	2	3	4
13-Kendimi güvende hissederim	1	2	3	4
14-Kendimi hüznü ( kederli ) hissederim	1	2	3	4
15-Sıkıntı ve güçlük veren durumlardan	1	2	3	4
kaçarım				
16-Hayatımdan memnunum	1	2	3	4
17-Aklımdan bazı önemsiz düşünceler geçer	1	2	3	4
ve beni rahatsız eder				
18-Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım	1	2	3	4
ki unutamam				
19-Tutarlı insanım	1	2	3	4
20-Son zamanlarda beni düşündüren konular	1	2	3	4
yüzünden gerginlik ve huzursuzluk içindeyim				



### Ek 3. Stomalı Bireylerde 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 atlatamadım.					
11. Stoma nedeniyle aktivitelerimi sınırladım.					
12. Stoma nedeniyle her zaman hasta bir birey olacağımı hissediyorum.					
13. Stomanın sızdırabileceği, kokabileceği ve ses çıkarabileceğini sürekli düşünüyorum.					
14. Stoma nedeniyle meydana gelen değişiklikleri kabul ettim.					
15. Bana yeni bir yaşam olanağı verdiği için stomaya minnettarım.					
16. Stomaya bakım yapmak zordur.					
17. Stomadan dolayı seksüel açıdan daha az çekici olduğumu düşünüyorum.					
18. Bir stomaya sahip olmak beni öfkeliendiriyor.					
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 4. Pittman Ostomi Komplikasyon Şiddet İndeksi

<b>PITTMAN OSTOMİ KOMPLİKASYON ŞİDDET İNDEKSİ</b>					
<b>Her bir öge için sağ taraftaki toplam sütunundaki açıklamaya ve işarete karşılık gelen skoru işaretleyin.Ardından toplam skor için tüm öğeleri toplayın.</b>					
<b>Komplikasyon:</b>	<b>0-Yok</b> ▼	<b>1-Hafif</b> ▼	<b>2-Orta</b> ▼	<b>3-Şiddetli</b> ▼	<b>Total</b> ▼
Akıntı	Yok	Yaklaşık 1-2 kez/ ay	Yaklaşık 1-2 kez/ haftada	Yaklaşık 1-2 kez/ günde	
Stoma çevresi irritan dermatit	Yok	Eritem ya da döküntü var ama cilt kaybı yok. Cilt bütünlüğü sağlam	Stoma çevresinde %50'den az cilt kaybı ile döküntü/kızarıklık	Stoma çevresinde %50'den fazla cilt kaybı	
Ağrı	0 	1,2,3 	4,5,6 	7,8,9,10 	
Stoma ya da çevresinde kanama	Yok	Yüzeysel; kolayca duran	10 dk veya daha uzun basınç, gümüş nitrat (AgNO3),koterizasyon, hemostatik ajan gerektiren sürekli kanama	İleri tıbbi müdahale gerektiren kanama (sütur, transfüzyon)	
Stoma nekrozu	Yok	Koyu renkli stoma	Stomanın yarısı veya daha fazlasında siyah renk görünümü	Stomanın yarısından çoğusiyah/kuru	
Stoma darlığı	Yok	Stoma ağzı serçe parmak çapından az, ağrı ya darahatsızlık yoksa, gaita çıkışı normale	Stoma ağzı serçe parmak çapından az, şerit tarzı gaita çıkışı, bazen rahatsızlık hissi	Stoma ağzına parmak girmiyorsa,6 saat veya daha fazla süredir gaita çıkışı yoksa, abdominal ağrı ve distansiyon Varsa	
Retraksiyon	Stoma cilt seviyesinin üzerinde	Stoma cilt ile aynı düzeyde	Stoma cilt seviyesinin altında	Stoma cilt seviyesinin 2 cm altında ya da görülemiyor	
Mukokütanöz ayrılma	Yok	1%- 49%	50%-74%	75 %- 100%	
Hiperplazi	Yok	1%- 49%	50%-74%	75 %- 100%	
Total					

İzinsiz kopyalanamaz. COPYRIGHT2009,  
Joyce Pittman

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

**Araştırmacılar Tarafından Yapılan Bilgilendirme:**

" STOMALI HASTALARA VERİLEN VİDEO DESTEKLİ STOMA BAKIMI EĞİTİMİNİN AMELİYAT SONRASI ANKSİYETE, STOMAYA UYUM VE KOMPLİKASYONLARA ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA" adlı araştırma stomalı hastalara verilen video destekli eğitimin ameliyat sonrası anksiyete, stomaya uyum ve komplikasyonlara etkisini belirlemek amacıyla planlandı. Araştırma randomize kontrollü girişimsel türde yapılacaktır. Örneklemeye kriterlerine uygun olan hastalar rastgele blok randomizasyon ile girişim ve kontrol olmak üzere iki gruba dağıtılacaktır. Araştırmaya katılan her hasta araştırmacı Rahşan ÇAM ve Senem GÜNEŞ ile ameliyat sonrası 6-72. saat arasında yoğun bakım takibi sonlanarak kliniğe yatışı yapıldıktan sonra tanışacak ve bilgilendirilmiş onamları alınacaktır. 30 soruluk anket formunda yer alan hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, kronik hastalıkları, medeni durumları, çalışma durumları, daha önce ameliyat olma durumlarını içeren 14 soruluk genel değerlendirme ve 4 sorudan oluşan ameliyat öncesi değerlendirme ve 12 sorudan oluşan ameliyat sonrası değerlendirme bölümü hastaların ifadeleriyle, ameliyat sonrası dönem değerlendirmeleri de araştırmacının gözlemleriyle araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

Stoma cerrahisi olan hastalar girişim ve kontrol olmak üzere iki gruba ayrılacaktır. Girişim ve kontrol grubu ameliyattan sonra 6.-72 saat arasında kliniğe yatışı yapılan yoğun bakım takibi sonlanan hastalardan oluşacaktır. Girişim grubundaki hastalara ameliyat sonrası dönemde yaklaşık 10 dakika süren klinikte uygulanan rutin hemşirelik bakımı ve stoma bakımı, adaptör/torba değişimi, torbanın boşaltılması gibi konuları içeren taburculuk öncesi sözlü eğitim ile birlikte aynı konuları içeren video destekli eğitim verilmesi planlanmaktadır. Kontrol grubundaki hastalara da taburculuk öncesi yaklaşık 10 dakika süren klinikte uygulanan rutin hemşirelik bakımı ve stoma bakımı, adaptör/torba değişimi, torbanın boşaltılması gibi konuları içeren taburculuğu yönelik sözlü eğitim verilecektir. Kontrol ve girişim grubundaki bütün hastaların anksiyete düzeyleri ve stomaya uyum düzeyleri ameliyat sonrası dönemde eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilecektir. Kontrol ve girişim grubundaki bütün hastalar anksiyete ve stomaya uyum açısından ameliyat sonrası dönemde eğitim öncesi ve sonrası ön test ve son test olarak değerlendirilecektir. Taburcu olan hastalar taburculuk sonrası bir aylık sürede anksiyete, stomaya uyum ve komplikasyonlar açısından takip edilecek ve değerlendirilecektir. Ameliyattan bir ay sonra girişim ve kontrol grubundaki hastalar anksiyete düzeyi, stomaya uyum açısından tekrar değerlendirilerek ve pittman komplikasyon şiddet indeksi ile hastaların komplikasyon varlığı değerlendirilerek

hastaların takibi sonlandırılacaktır. Hastaların son ziyaretleri ameliyattan bir ay sonra poliklinik kontrolünde olacak ve hasta değerlendirilmesi servislerin pansuman odalarında yapılacaktır. Girişim ve kontrol grubundaki hastalar anksiyete düzeyi, stomaya uyum açısından tekrar değerlendirilerek ve komplikasyon şiddet indeksi ile komplikasyon gelişme durumu değerlendirilerek hastaların takibi sonlandırılacaktır. Hasta takip ve değerlendirilmeleri klinikte yattıkları süreç ve taburculuk sonrası kontrol süreçlerinde hasta mahremiyetini korumak amacıyla servilerin pansuman odasında yapılacaktır. Araştırmaya katılan hastalara uygulanacak hemşirelik bakım girişimlerinin hiçbir riski bulunmamaktadır. İstedığınız zaman araştırmadan ayrılmanızda herhangi bir sakınca yoktur.

Aşağıda imzası olan ben " STOMALI HASTALARA VERİLEN VİDEO DESTEKLİ STOMA BAKIMI EĞİTİMİNİN AMELİYAT SONRASI ANKSİYETE, STOMAYA UYUM VE KOMPLİKASYONLARA ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA" başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Bu çalışmayı yürüten Rahşan ÇAM ve Senem GÜNEŞ, çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istediği ve yan etkilerle karşılaşsam ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve/veya yazılı bilgi verdi. Araştırmacı Rahşan ÇAM ve Senem GÜNEŞ 'a çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım. Araştırmacı Rahşan ÇAM ve Senem GÜNEŞ'a bilgilerin ayrıntılarını açıklamama ve benimle ilgili sınırları koruması şartıyla benimle bu çalışmayı yapmasına izin veriyorum. Çalışma boyunca tüm kurallara uymayı, araştırmacı Rahşan ÇAM ve Senem GÜNEŞ ile tam bir uyum içinde çalışmayı ve konuyla ilgili herhangi bir sorun çıktığında hemen onu aramayı kabul ediyorum. Bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamamayı, yayın, rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanılmasını kabul ediyorum. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

**Katılımcının**

Adı Soyadı:

Tarih:

Telefon No:

İmza:

**Araştırmacının**

Unvanı, Adı Soyadı Doç. Dr. Rahşan ÇAM /

Telefon Numarası:

0505 827 63 63 /

Adres:

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD/

İmza:

## EK 6. Etik Kurul Onayı

DÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 06.07.2021-47314



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-21347915-050.04.04-47314  
Koru : 2021/018 nolu Etik Kurul Başvurunuz  
Hk.

Sayın Doç. Dr. Raşan ÇAM  
Öğretim Üyesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 24.06.2021 tarihinde yapılan 11 sayılı olağan toplantısında çalışmanıza onay verilmiş olup çalışmanızla ilgili alınan I nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

### KARAR: I

**Protokol No:** 2021/018

**Sorumlu Yürütücü:** Doç. Dr. Raşan ÇAM

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nca Öğretim Üyesi Doç. Dr. Raşan ÇAM'ın "Stomalı Hastalara Verilen Video Destekli Stoma Bakımı Eğitiminin Ameliyat Sonrası Anksiyete, Stomaya Uyum ve Komplikasyonlara Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı araştırmasına 11.06.2021 tarihli Etik Kurul toplantısında verilen düzeltme sonrası yeniden yapmış olduğu başvurusu 24.06.2021 tarihli Etik Kurul toplantısında, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde (kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; taahhüt edilen bittikten sonra nihai raporun, BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı- soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve Veri Toplama Formu/Anketlerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Turhan DOST  
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BSMK9051V5 Pin Kodu: 52932 Belge Takip Adresi: <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSMK9051V5&eS=47314>  
Adres: Merkez Kampüs Enstitüler Binası Efeler/AYDIN Bilgi için: Orkan ERKAYIRAN  
Telefon: 0256 214 47 45 Faks: 0256 214 66 87 Unvanı: Raportör  
e-Posta: saglikbilimleri@adu.edu.tr Web: akademik.adu.edu.tr/erstitu/saglik/ Tel No: 2910  
Kep Adresi: adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## Ek 7. Etik Kurul Kurum Ekleme Sonrası Onayı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 25.01.2022-129059



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-21347915-050.04.04-129059  
Konu : 2021/018 nolu Etik Kurul Başvurunuz  
Hk.

Sayın Doç. Dr. Rahşan ÇAM  
Öğretim Üyesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21.01.2022 tarihinde yapılan 01 sayılı olağan toplantısında çalışmanıza onay verilmiş olup çalışmanızla ilgili alınan I nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

### KARAR: I

**Protokol No:** 2021/018

**Sorumlu Yürütücü:** Doç. Dr. Rahşan ÇAM

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na Öğretim Üyesi Doç. Dr. Rahşan ÇAM'ın "Stomalı Hastalara Verilen Video Destekli Stoma Bakımı Eğitiminin Ameliyat Sonrası Anksiyete, Stomaya Uyum ve Komplikasyonlara Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı araştırması 24.06.2021 tarihli Etik Kurul toplantısında onay verilmiş olup, 21.01.2022 tarihli Etik Kurul toplantısında, değişiklik başvurusu sebebiyle başvuru yeriden araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, **çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde (kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla)** gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı- soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve Veri Toplama Formu/Anketlerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Turhan DOST  
Kurul Başkanı

*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

Belge Doğrulama Kodu: BSULULTK5K

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSULULTK5K&eS=129059>

Adres: Merkez Kampüs Enstitüler Binası Efeler/AYDIN

Telefon: 0256 214 47 45 Faks: 0256 214 66 87

e-Posta: saglikbilimleri@adu.edu.tr Web: akademik.adu.edu.tr/erstitu/saglik/

Keşif Adresi: adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Orkun ERKAYIRAN

Unvanı: Raportör

Tel No: 2910



*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

## Ek 8. Kurum İzin Yazısı (Aydın İl Sağlık Müdürlüğü)

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 22.09.2021-78154



T.C.  
AYDIN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-44021967-605.01  
Konu : Araştırma İzni (Doç. Dr. Rahşan  
ÇAM, Senem GÜNEŞ)

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Senem GÜNEŞ'in 11/08/2021 tarihli dilekçesi.

Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Senem GÜNEŞ, Doç. Dr. Rahşan ÇAM danışmanlığında, Aydın Atatürk Devlet Hastanesi ve Aydın Devlet Hastanesinde “**Stomalı Hastalara Verilen Video Destekli Stoma Bakımı Eğitiminin Ameliyat Sonrası Anksiyete, Stomaya Uyum ve Komplikasyonlara Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma**” konulu tez çalışması yapmayı planlamaktadır.

Sağlık kuruluşunun fiziksel kapasitesi, personel kapasitesi, hizmet sayısındaki artış da göz önünde tutularak COVID-19 tanısı olan ve olmayan hastalar ve sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak amacıyla sağlık kuruluşunda bulunulan süre içinde maske takılması, en az bir metre mesafe arayla sosyal mesafe kurallarının göz önünde bulundurulması, kâğıt-dosya, kırtasiye malzemelerinin ortak kullanımından kaçınılması, çalışma esnasında kimlik taşınması, hizmetin aksamasına mahal verilmemesi, çalışma bitiminde, nihai sonuç raporunun en geç iki hafta içerisinde tarafımıza iletilmesi şartı ile söz konusu çalışmanın yapılması uygun görülmüş olup Müdürlük Makamından alınan onay yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerini arz ve rica ederim.

Uzm. Dr. Mustafa EKİCİ  
Müdür a.  
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Eki: Makam Onayı

Dağıtım: Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü (Sağlık Bilimleri Enstitüsü)  
Aydın Atatürk Devlet Hastanesi  
Aydın Devlet Hastanesi

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü-Sağlık Hizmetleri Birimi

Telefon: Faks No: 02562151611

e-Posta: hanife.kacmaz@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Dahili Tel. Numarası: 1607

Bilgi için: HANİFE KAÇMAZ

HEMŞİRE

Telefon No: (0 256) 213 50 00

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**Ek 9. Kurum İzin Yazısı (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi)**

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 11.02.2022-136613



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği  
Yazı İşleri Birimi

Sayı :E-97594401-804.99-136613  
Konu :Çalışma ile ilgili

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 09.02.2022 tarihli ve E-19504407-300-135473 sayılı yazınız.

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi Senem GÜNEŞ'in Öğretim Üyesi Doç. Dr. Rahşan ÇAM'ın danışmanlığında yürüttüğü "Stomalı Hastalara Verilen Video Destekli Stoma Bakımı Eğitiminin Ameliyat Sonrası Anksiyete, Stomaya Uyum ve Komplikasyonlara Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" isimli tezi ile ilgili olarak Mart 2022 - Eylül 2022 tarihleri arasında Hastanemizde veri toplanması talebiniz kişisel verileri korunması kanunu dikkate alınarak yapılması İdaremizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Gülnur TAŞÇI BOZBAŞ  
Başhekim

*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

Belge Doğrulama Kodu :BSDLVCU0VT

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSDLVCU0VT&eS=136613>

Adres:ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN  
Telefon:0256 218 18 00 / 3235 / 3234 Faks:0256 213 60 64  
e-Posta:hastane@adu.edu.tr Web:www.hastane.adu.edu.tr  
Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Tuğba TÜRK  
Unvanı: Tıbbi Sekreter



*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*



**Ek 10.** Stomalı Bireylerde Uyum Ölçek İzni



**Ayişe Karadağ**

Kime: senem güneş

18.03.2021 Per 16:48



Sevgili Senem,  
Stomalı Bireylerde Uyum Ölçeği'ni tez çalışmada kullanmana izin veriyoruz.  
Çalışmalarında başarı ve kolaylık diliyorum.  
Prof. Dr. Ayişe Karadağ  
Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

[iOS için Outlook](#) uygulamasını edinin

---

**Gönderen:** senem güneş


<beyazmelek\_0687@hotmail.com>


**Gönderildi:** Thursday, March 18, 2021 6:19:28 PM

**Kime:** Ayişe Karadağ <akaradag@ku.edu.tr>

**Konu:** Fwd: Ölçek izni

**Ek 11.** Pittman Komplikasyon Şiddet İndeksi Ölçek İzni



**elif dirime**   
Kime: senem güneş  
18.03.2021 Per 18:58

Sevgili Senem,  
Ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçeğin nasıl değerlendirildiği ve ölçeğin Türkçe versiyonu yayınladığımız makalede yer alıyor. Sorularınız olursa yanıtlayabilirim. Rahşan hocama selamlar,  
Tez çalışmanızda başarılar dilerim.

[Android'de Yahoo Postadan gönderildi](#)

21:49"18e' 18 Mar 2021 Per tarihinde, senem güneş <beyazmelek\_0687@hotmail.com> şunu yazdı:

|

## Ek 12. Durumluk- Süreklilik Kaygı Ölçek İzni

03.06.2021

### İlgili Kuruma,

Prof Dr. Necla Öner, "Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ile ilgili tüm haklarını YÖRET Vakfına devretmiştir. Ölçek kullanımı için izin yazıları Prof. Dr. Necla Öner adına YÖRET Vakfı Başkanı Sibel Erenel imzası ile vakıf tarafından göndermektedir.

Aydın Adnan Menderes üniversitesinde tez çalışması yapan Rahşan ÇAM ve Senem GÜNEŞ'in, Stomalı Hastalara Verilen Video Destekli Stoma Bakımı Eğitiminin Ameliyat Sonrası Anksiyete, Stomaya Uyum Ve Komplikasyonlara Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma konulu doktora tezinde "Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necla Öner



**T.C.**  
**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİLİMSEL ETİK BEYANI**

“Stomalı Hastalara Verilen Video Destekli Stoma Bakımı Eğitiminin Ameliyat Sonrası Anksiyete, Stomaya Uyum ve Komplikasyonlara Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma” başlıklı doktora tezimdaki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Senem GÜNEŞ KARA

04/08/20

## ÖZGEÇMİŞ

**Soyadı, Adı** : KARA GÜNEŞ Senem  
**Uyruk** : T.C.  
**Doğum yeri ve tarihi** : DİYARBAKIR / 15.03.1987  
**Telefon** : 0 544 915 03 01  
**E-posta** : beyazmelek\_0687@hotmail.com  
**Yabancı dil** : İngilizce

### EĞİTİM

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Balıkesir Üniversitesi	2005-2009
Yüksek Lisans	Cerrahi Hastalıkları Hmş	Haliç Üniversitesi	2011-2013
Doktora	Cerrahi Hast. Hemş	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	2018-devam

### İŞ DENEYİMİ

KURUM	YIL
İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi B Servisi	2009-2010
İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, HPB Cerrahi Servisi, Beyin Cerrahi Servisi	2010-2016
İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, Acil Servis, Genel Cerrahi Servisi	2016-2019
Aydın Atatürk Devlet Hastanesi Ortopedi Servisi, KBB-Göz-Plastik Cerrahi Servisi	2019-2022
Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yara Bakım Polikliniği	2022- devam

## **Yüksek Lisans Tezleri**

Gastrointestinal (GİS) ve Hepatopankreatobiliyer (HPB) Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyleri Danışman Prof. Dr. Neriman AKYOLCU

## **YAYINLAR**

### **Yazılan Uluslararası kitaplar veya kitaplarda bölümler.**

Sultan ÖZKAN, Senem GÜNEŞ. (2020), Acil Hasta Naklinin Temel İlkeleri ve Acil Tanılama. Sağlık Bilimlerinde Teori ve Araştırmalar, Gece Kitaplığı Yayınevi, Cilt 1 Bölüm 34.

### **Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler**

#### **Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi Volüm:25 Sayı:1 Mart 2015**

Prostat Kanserli Olgunun Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı

Ostomili Hastaların Değerlendirilmesi

Ülseratif Kolit Tanılı Olgunun Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeline Göre Planlanıp Uygulanan Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakım Planı

Apandisit Ön Tanısı İle Ameliyatı Planlanıp Karsinoid Tümör Bulgusu Elde Edilen Olgu Sunumu

Kolorektal Kanserler Olgu Sunumu

Nöroendokrin TM Tanılı Olgu Sunumu

Cerrahi Girişim Sonrası Pnömoni Gelişen Olgu Sunumu

Kolorektal Kanserler ve Hemşirelik Bakımı

Stoma Komplikasyonları

Basınç Ülserleri ve Olgu Sunumu

Stoma Komplikasyonları Olgu Sunumu

Stoma Hemşiresinin Cerrahideki Yeri ve Önemi

Senem GÜNEŞ, Sultan ÖZKAN. (2021). Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Transferi. Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi, Cilt:1, Sayı:3.

Senem GÜNEŞ, Sultan ÖZKAN. (2020). Acil Serviste Ateşli Silah Yaralanması Sonucu Renal Travmalı Hastada Hemşirelik Yönetimi Olgu Sunumu. Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon

Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi, Cilt:1, Sayı2.

Nebahat ŞENOL, Bircan KARA, Senem GÜNEŞ KARA. (2023). Bir Kalite Göstergesi Olarak Hastane Enfeksiyonları ve Hemşirenin Enfeksiyonu Önlemedeki Önemi. Uluslararası Sterilizasyon Cerrahi Enfeksiyon Hemşireliği Dergisi, Cilt:2, Sayı:3.

### **Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan bildiri kitabında basılan bildiriler**

1. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı İlkeler ve Uygulamalar Ameliyat Sırası Önlemler 3. Uluslararası 11. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi 2019 Poster Bildiri
2. Kalça Ve Diz Protezi Ameliyatlarında Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü (Eras): Multidisipliner Bir Programın Tanımı 9. Ulusal 1. Uluslararası Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi 2019 Poster Bildiri
3. Transseksüel Hastanın Perioperatif Bakımı 3. Uluslararası 11. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi 2019 Poster Bildiri

### **Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan bildiri kitabında basılan bildiriler**

1. Gastrointestinal (GİS) ve Hepatopankreatobiliyer (HPB) Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyleri Yüksek Lisans Tezi 3. Temel Hemşirelik Bakım Kongresi 2014 –Sözlü Bildiri
2. Periampuller TM Tanılı Olgu Sunumu ve Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakım Planı 3. Temel Hemşirelik Bakım Kongresi 2014 –Poster Bildiri
3. Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemde Yaşadıkları Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirmesi 3. Temel Hemşirelik Bakım Kongresi 2014 –Poster Bildiri
4. Yetişkin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Lisans Mezunu Hemşirelerin El Yıkama Uygulamalarındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi 3. Temel Hemşirelik Bakım Kongresi 2014 –Poster Bildiri
5. Pankreatikoduodenektomi operasyonu - Olgu sunumu 3. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Sözlü Bildiri
6. Koledok eksplorasyonu ve koledokoduodonestomi operasyonu: Olgu sunumu 3. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Sözlü Bildiri

7. Açık ve laparoskopik cerrahi yöntem uygulanan karaciğer kist hidatik tanılı olguların karşılaştırılması ve hemşirelik bakımı 3. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Sözlü Bildiri
8. Kolesistolityazis, kolesistektomi ve kolesistektominin komplikasyonları 3. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Sözlü Bildiri
9. Akut pankreatit ve hemşirelik bakımı 3. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Sözlü Bildiri
10. Pankreas kanseri ve hemşirelik bakımı 3. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Sözlü Bildiri
11. Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi ve hemşirelik bakımı 3. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Sözlü Bildiri
12. Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) yöntemi ile koledoktan fasciola hepatica ekstirpasyonu 3. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
13. Subtotal pankreatektomi ve retroperitoneal lenf bezi diseksiyonu operasyonu uygulanan olgu sunumu - hemşirelik bakımı 3. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
14. Tıkanma sarılıkları ve manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi (MRKP): Olgu sunumu 3. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
15. Sleeve gastrektomi: Olgu sunumu 3. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
16. Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi sonrası pankreatit gelişen: Olgu sunumu 3. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
17. Tip 2 diyabetin cerrahi tedavisi: Olgu sunumu 3. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
18. Periapuller bölge tümörü: Olgu sunumu 3. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
19. Safra yolu yaralanmaları: Olgu sunumu 3. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri



20. Prostat Kanseri Olgunun Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı VIII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Sözlü Bildiri
21. Ostomili Hastaların Değerlendirilmesi VIII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Sözlü Bildiri
22. Ülseratif Kolit Tanılı Olgunun Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeline Göre Planlanıp Uygulanan Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakım Planı VIII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
23. Apandisit Ön Tanısı İle Ameliyatı Planlanıp Karsinoid Tümör Bulgusu Elde Edilen Olgu Sunumu VIII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
24. Kolorektal Kanserler Olgu Sunumu VIII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
25. Nöroendokrin TM Tanılı Olgu Sunumu VIII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
26. Cerrahi Girişim Sonrası Pnömoni Gelişen Olgu Sunumu VIII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
27. Kolorektal Kanserler ve Hemşirelik Bakımı VIII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
28. Stoma Komplikasyonları VIII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
29. Basınç Ülserleri ve Olgu Sunumu VIII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
30. Stoma Komplikasyonları Olgu Sunumu VIII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
31. Stoma Hemşiresinin Cerrahideki Yeri ve Önemi VIII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2015 Poster Bildiri
32. Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Ameliyat Edilen Hastalarda Soğuk Uygulamanın Analjezik Etkisi İzmir Kuzey Hemşirelik Kongresi 2017 Sözlü Bildiri
33. Acil Servise Göğüs Ağrısı İle Gelen Hastaya Yaklaşım 4. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi 2017 Sözlü Bildiri

34. Acil Servise Başvuran Kolorektal Cerrahi Girişim Gerektiren Vaka Sunumu' 4. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi 2017 Poster Bildiri
35. Acil Servise Hipokalemi Şikayeti İle Başvuran Kolostomili Hastada Hemşirelik Yönetimi 4. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi 2017 Poster Bildiri
36. Mide Ca Nedeni İle Opere Olan Hastada Ameliyat Bölgesinde Ağrı Şikayeti İle Acil Servise Başvuran Hastada Hemşirelik Yönetimi 4. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi 2017 Poster Bildiri
37. Acil Servise Başvuran Yabancı Madde İçme Olgu Sunumu 4. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi 2017 Poster Bildiri
38. Acil Serviste Hiperglisemili Hasta Yönetimi 4. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi 2017 Poster Bildiri
39. Acil Serviste Hipoglisemi Yönetimi 4. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi 2017 Poster Bildiri
40. Oral Beslenme Yetersizliği Olan Hastalarda Ağız Bakımının Önemi 4. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi 2017 Poster Bildiri
41. Anevrizma Olgu Sunumu 4. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi 2017 Poster Bildiri
42. Kolorektal Cerrahi Girişim Gerektiren Acil Vakaların Yönetimi 4. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi 2017 Poster Bildiri
43. Yetişkinde Trakeobronşiyal Yabancı Cisim Aspirasyonu 4. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi 2017 Poster Bildiri
44. Acil Serviste Hipertansiyonlu Hastaya Yaklaşım 4. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi 2017 Poster Bildiri
45. Lenf Ödem- Olgu Sunumu 4. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi 2017 Poster Bildiri
46. Kanser Tanısı Alan Ve Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Ağız Sağlığının Değerlendirilmesi 16. Ulusal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2018 Sözlü Bildiri
47. Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi Sonrası Komplikasyon Gelişen Hastada Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü 16. Ulusal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2018 Poster Bildiri
48. Obezite Cerrahisi Uygulanan Hasta Bakımında Hemşirelik Yönetimi 16. Ulusal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2018 Poster Bildiri

49. Açık ve Laparoskopik Cerrahi Yöntem Uygulanan Karaciğer Kist Hidatik Tanılı Olguların Karşılaştırılması 16. Ulusal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2018 Poster Bildiri
50. Pankreas CA Tanısı Alan ve Cerrahi Girişim Uygulanan Olgu Sunumu 16. Ulusal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2018 Poster Bildiri
51. Basınç Ülseri Gelişen Hastada Yara Bakımı 16. Ulusal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2018 Poster Bildiri
52. Geriatrik Hastalarda Cerrahi Girişim Sonrası Gelişen Pulmoner Komplikasyonların Yönetiminde Hemşirenin Rolü 16. Ulusal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2018 Poster Bildiri
53. Stoma Komplikasyonlarının Yönetiminde Cerrahi Hemşiresinin Rolü 16. Ulusal Cerrahi Hemşireliği Kongresi 2018 Poster Bildiri
54. Oral Beslenme Yetersizliği Olan Hastalarda Ağız Bakımının Önemi 2. Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Poster Bildiri
55. Ameliyat Sonrası Bilinç Bozukluğunun Metabolik Nedenlerine Yaklaşım Ve Hemşirelik Bakımının Önemi Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Poster Bildiri
56. Kanser Tanısı Alan Yaşlı Hastalarda Cerrahi Girişim Sonrası Pulmoner Komplikasyon Gelişme Riski Ve Hemşirelik Bakımının Önemi Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Poster Bildiri
57. Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi Sonrası Komplikasyon Gelişen Olgu Sunumu Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Poster Bildiri
58. Hepatopankreatobiliyer Cerrahi Ve Tıkanma Sarılıklarında Hastaya Yaklaşım Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Poster Bildiri
59. Karaciğer Kist Hidatik Tanılı Olgularda Uygulanan Farklı İki Cerrahi Yöntemin Karşılaştırılması Ve Hemşirelik Bakımı Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Poster Bildiri
60. Kolorektal Kanserler – Olgu Sunumu Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Poster Bildiri
61. Whipple Operasyonu Yapılan Hastada Kan Şekeri Regülasyonunun Önemi-Olgu Sunumu Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Poster Bildiri
62. Cerrahi Girişim Sonrası Pnömoni Gelişen Olgu Sunumu Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım

Hemşireliği Kongresi Poster Bildiri

63. Akut Pankreatitte Hemşirelik Yaklaşımı Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Poster Bildiri
64. Bir Ortopedi Kliniğinde Pelvis Ve Diz Ameliyatı Olan Hastalarda Taraf Cerrahisi İşaretleme Durumlarının Retrospektif İncelenmesi 10. Ulusal Ortopedi Ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi, 2022

## **ÖDÜLLER**

Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Ameliyat Edilen Hastalarda Soğuk Uygulamanın Analjezik Etkisi İzmir Kuzey Hemşirelik Kongresi 2017 Sözlü Bildiri 2. Lik Ödülü