

**T.C.**  
**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**

**HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN KOLOSTOMİ VE İLEOSTOMİ**  
**AÇILAN HASTALARDA ÖZ-BAKIM GÜCÜNE OLAN ETKİSİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İLKAY ÇULHA**

**DANIŞMAN**  
**PROF.DR.NEDİME KÖŞGEROĞLU**

**ŐUBAT-2014**



**T.C.**  
**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**

**HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN KOLOSTOMİ VE İLEOSTOMİ**  
**AÇILAN HASTALARDA ÖZ-BAKIM GÜCÜNE OLAN ETKİSİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İLKAY ÇULHA**

**DANIŞMAN**  
**PROF.DR.NEDİME KÖŞGEROĞLU**

**ŐUBAT-2014**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

İlkay Çulha'nın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Hemşirelik Eğitiminin Kolostomi ve İleostomi Açılan Hastalarda Öz-bakım Gücüne Olan Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "KABUL" edilmiştir.

Tarih

Doç. Dr. K.Setenay ÖNER

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU (Danışman)

Üye

Doç. Dr. Güler BALCI ALPARSLAN

Üye

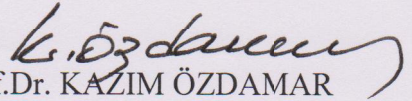
Yrd. Doç. Dr. Özlem ÖRSAL

Üye

Yrd. Doç. Dr. Ayfer AÇIKGÖZ

Üye:

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 07/02/2014 tarih ve 989/4594 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

  
Prof.Dr. KAZIM ÖZDAMAR

Enstitü Müdürü

## ÖZET

### **Hemşirelik Eğitiminin Kolostomi ve İleostomi Açılan Hastalarda Öz-Bakım Gücüne Olan Etkisinin Değerlendirilmesi**

**Amaç:** Bu çalışma, hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda öz-bakım gücüne olan etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Çalışma, 1 Ocak 2013-1 Kasım 2013 tarihleri arasında Eskişehir Tıp Fakültesi Hastanesi, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Eskişehir Devlet Hastanesi cerrahi servislerinde yapılan bir deney araştırmasıdır. Araştırmada; deney grubunda 32, kontrol grubunda 32 olmak üzere toplam 64 birey yer almaktadır. Veri toplama aracı olarak 2 bölümden oluşan veri toplama formu ile öz-bakım gücü ölçeği kullanılmıştır. İlk görüşmede; deney grubuna stoma cerrahisi sonrası araştırmacı tarafından eğitim verilmiştir. Kontrol grubuna araştırmacı tarafından eğitim verilmemiş, bireyler rutin servis bakımı ve hizmeti almışlardır. 3 hafta sonra, iki grup ile son görüşme gerçekleştirilmiştir. Deney ve kontrol grubunun ilk ve son görüşmedeki öz-bakım gücü ve stoma bilgi puanları değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS Windows 15.0 programı kullanılarak, ki-kare testi, bağımsız gruplarda t-testi, oneway anova, mann- whitney U testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmamızda deney ve kontrol grubunun ilk görüşmedeki öz-bakım gücü puanları arasında anlamlı bir fark yokken ( $p>0.05$ ), son görüşmede (eğitim sonrası) iki grubun öz-bakım gücü puanları arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ). İlk görüşmede iki grubun stoma bilgi puanları arasında anlamlı bir fark yokken ( $p>0.05$ ), son görüşmedeki (eğitim sonrası) stoma bilgi puanları arasında ileri düzeyde anlamlı fark ( $p<0.001$ ) bulunmuştur. Deney grubundaki bireylerin ilk görüşmedeki öz-bakım gücü ve stoma bilgi puanları arasında bir ilişki bulunmazken ( $p>0.05$ ), son görüşmedeki (eğitim sonrası) öz-bakım gücü ve stoma bilgi puanları arasında çok önemli düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=0.466$ ,  $p<0.01$ ).

**Sonuç:** Stomalı bireylere verilen eğitimin, öz-bakım gücü ve stoma bilgi puanlarını arttırdığı, eğitim sonrasında öz-bakım gücü ve stoma bilgi puanları arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Öz-bakım gücü, öz-bakım, eğitim, hemşirelik, stoma

## SUMMARY

### **The Evaluation of The Effect of Nursing Education on Self-Care Agency of Patients with Colostomy and Ileostomy**

**Objective:** This study was carried out to evaluate the effect of nursing education on self-care agency of patients with colostomy and ileostomy.

**Method:** This research is an intervention study that was carried out at Eskişehir Osmangazi University Hospital, Eskişehir State Hospital, Eskişehir Yunus Emre State Hospital surgery services between 1 January 2013-1 November 2013. Research group consist of total 64 patients, 32 of which was study group, 32 of which was control group. Data collection form, that consist of 2 parts and Self-Care Agency Scale (SCAS) were used as data collection tools. In study education was given to study group after ostomy surgery. Patients, which are control group, weren't informed by researcher and these patients had routine service care. We aim to evaluate self-care agency and knowledge score of ostomy. With SPSS 15.0 package program for statistical evaluation of data, chi-square test, t test, correlation analysis ,ne way anova, mann whitney U tests were used.

**Bulgular:** There was found no difference related to self-care agency between among groups at first interview ( $p>0.05$ ). But there was a significant difference related to self-care agency between among groups at last interview ( $p<0.001$ ). Similir to this, there was no difference ( $p>0.05$ ) related to ostomy knowledge score between among groups at first interview, a significant difference was found related to ostomy knowledge score at last interview among groups ( $p<0.001$ ). Also there was found a positive correlation between self-care agency and ostomy knowledge score at last interview ( $r=0.466$ ,  $p<0.01$ ).

**Conclusion:** It was found that; education which was given to patients with colostomy and ileostomy had a positive effect on self-care agency and ostomy knowledge. After education it was found that there was a correlation between self-care agency and ostomy knowledge.

**Keywords:** Self-care agency, self-care, education, nursing, ostomy

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI .....	iv
ÖZET .....	v
SUMMARY .....	vii
TABLolar DİZİNİ .....	xi
KISALTMALAR .....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Gastrointestinal Sisteminin Anatomi ve Fizyolojisi .....	4
2.2.Stomanın Tanımı ve Barsak Stoması Tipleri .....	5
2.3.Stoma Bakım Ürünleri .....	7
2.3.1.Stoma Torbası Türleri .....	7
2.3.2. Yardımcı Bakım Ürünleri .....	9
2.4.Kolostomi İrrigasyonu .....	9
2.5. Stoma Bakımı ve Stoma ile Yaşam .....	10
2.5.1. Kolostomili ve İleostomili Hastalarda Görülen Komplikasyonlar .....	10
2.5.2.Torbanın Değiştirilmesi / Boşaltılması ve Deri Bakımı .....	14
2.5.3.Koku ve Gaz Kontrolü.....	15
2.5.4.Diyetin Düzenlenmesi .....	16
2.5.5.Çalışma ve Sosyal Yaşam.....	17
2.5.6. Banyo ve Giyinme.....	17
2.5.7. Seyahat ve Tatil.....	18
2.5.8. Cinsel Yaşam .....	18
2.5.9.Egzersiz-Spor .....	19
2.5.10. Hamilelik .....	19
2.5.11. İbadet .....	20
2.5.12. İlaç Kullanımı .....	20
2.6. Öz- Bakım ve Öz-Bakım Gücü .....	21
2.7.Eğitim ve Öz-Bakım, Öz-Bakım Gücü.....	24
2.8. Eğitim ve Hemşirelik .....	26
2.9. Stomalı Bireyin Eğitimi ve Hemşirenin Stomalı Bireyin Eğitimindeki Rolü...29	



3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Hipotezleri.....	32
3.2. Araştırmanın Şekli.....	32
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Zaman .....	32
3.3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yerlerin Özellikleri.....	32
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	33
3.5. Verilerin Toplanması .....	33
3.5.1. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri.....	33
3.5.1.1. Kişisel Veri Toplama Formu (Ek-1) .....	34
3.5.1.2. Öz-bakım Gücü Ölçeği (Ek-2) .....	34
3.5.1.3. Eğitim Kitapçığı (Ek-3).....	35
3.6. Araştırmanın Ön Uygulanması.....	35
3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	35
3.7.1. Deney Grubuna Veri Toplama Araçlarının Uygulanması ve Eğitimin Verilmesi .....	37
3.7.2. Kontrol Grubuna Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	37
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi .....	38
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	38
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	39
4. BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA .....	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
6.1. Sonuçlar .....	65
6.2. Öneriler .....	66
7. KAYNAKLAR DİZİNİ.....	67
8. EKLER DİZİNİ.....	75
EK-1: KİŞİSEL VERİ TOPLAMA FORMU.....	75
EK-2: ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ .....	79
EK-3: EĞİTİM KİTAPÇIĞI.....	82
EK-4: EĞİTİM İÇERİĞİ.....	92
EK-5: ETİK KURUL İZİN YAZISI.....	103

EK-6: ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İZİN YAZISI .....	107
EK-7: KAMU HASTANELER BİRLİĞİ İZİN YAZISI .....	109
EK-8: ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (DENEY GRUBU) .....	111
EK-9: ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KONTROL GRUBU) .....	113
9. ÖZGEÇMİŞ .....	114

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştıma Planı.....	36
Tablo 4.1. Çalışma Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik zellikleri.....	41
Tablo 4.2. Çalışma Grubundaki Bireylerin Sosyal Destek Algıları.....	42
Tablo 4.3. Çalışma Grubundaki Bireylerin Hastalık yküsü ve Cerrahi Girişime Ait zellikleri .....	44
Tablo 4.4. Çalışma Grubundaki Bireylerin Cerrahi Girişim ncesi ve Sonrası Bilgi Alma Durumlarına İlişkin İfadeleri.....	46
Tablo 4.5. Çalışma Grubundaki Bireylerin İlk ve Son Görüşmedeki z-Bakım Gücü Düzeyleri .....	47
Tablo 4.6. Çalışma Grubundaki Bireylerin İlk ve Son Görüşmedeki z-Bakım Gücü Puanları.....	47
Tablo 4.7. Çalışma Grubundaki Bireylerin İlk ve Son Görüşmedeki Bilgi Puanları.....	48
Tablo 4.8. Çalışma Grubundaki Bireylerin Bazı Sosyo-Demografik zelliklerine Göre z-bakım Gücü Puanları .....	49
Tablo 4.9. Çalışma Grubundaki Bireylerin Hastalık yküsü ve Cerrahi Girişime Ait Bazı zelliklerine Göre z-Bakım Gücü Puanları.....	50
Tablo 4.10. Çalışma Grubundaki Bireylerin Sosyal Destekten Algılarına Göre z-bakım Gücü Puanları.....	51
Tablo 4.11. Çalışma Grubundaki Bireylerin Bazı Sosyo-Demografik zelliklerine Göre Bilgi Puanları .....	53
Tablo 4.12. Çalışma Grubundaki Bireylerin Hastalık yküsü ve Cerrahi Girişime Ait Bazı zelliklerine Göre Bilgi Puanları .....	54
Tablo 4.13. Çalışma Grubundaki Bireylerin Sosyal Destek Algılarına Göre Bilgi Puanları.....	55

## **KISALTMALAR**

**CDC** : Central Disease of Control (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi)

**DM**: Diyabetes Mellitus

**GİS**: Gastrointestinal Sistem

**HT** : Hipertansiyon

**KOAH**: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

**MI**: Miyokard Infarktüsü

**RNAO**: Registered Nurses' Association of Ontario (Ontario Kayıtlı Hemşireler Birliği)

**SCAS**: Self-care Agency Scale (Öz-bakım gücü ölçeği)

**SE**: (Standart Error) Standart hata

**SS**: Standart sapma

**X**: Aritmetik ortalama

**WHO**: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan, yaşamda sağlıklı olmayı hedefler. Sağlık, insanın doğuştan kazandığı vazgeçilemez bir haktır. Ancak hastalık, sağlıklı olmayı geçici ya da kalıcı olarak engelleyebilir. Sağlık, hastalıklara rağmen kişinin kendini iyi hissetmesidir. Hastalıkta bireyin kendini iyi hissetmesinde, hastalığın türü, süresi, tedavi biçimi yanında, hastanın hastalığa verdiği anlam da belirleyicidir. Her insanın temel gereksinimleri aynı olmasına karşın, bu gereksinimleri karşılama biçimleri öznedir (Köşgeroğlu, 2013). Ayrıca boşaltım gibi bireysel mahremiyeti içeren bir gereksinimin karşılanması tüm kültürlerde gizliliği içerir. Boşaltım, bireylerde istemli olarak kontrol edilebilen ve bağımsız gerçekleştirilen temel insan gereksinimlerinden birisidir. Ancak barsaklarda crohn hastalığı, ülseratif kolit, inflamatuvar barsak hastalığı, anorektal kanserler, travma gibi hastalıkların varlığında, bu gereksinimin farklı yollarla karşılanması gerekebilir. Stoma, gastrointestinal sistem organlarından herhangi birisinin geçici ya da kalıcı olarak cerrahi işlem ile karın duvarına ağızlaştırılması işlemidir. Bu durumda atıkların atılımı karın duvarından stoma aracılığıyla sağlanmaktadır (Strode, 2009; Şelimen, Akgün & Erdim, 1998). Kalın barsağın dışarı ağızlaştırılması ile oluşan kolostomide anüsteki gibi sfinkter kası bulunmaması nedeniyle barsak hareketleri ve dışkı boşaltımı kontrol edilemez. İleostomi, ince barsağın son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılması işlemi olup değişik nedenlerle kalın barsak ve rektumun ameliyatla tamamen alındığı ya da devre dışı bırakıldığı durumlarda açılmaktadır. İleostomilerde de, kolostomilerde olduğu gibi dışkı çıkışı kontrol edilemez. Dışkı daha sıvı, daha yakıcı nitelikte ve fazla miktardadır. Buna bağlı olarak uygun bakım yapılmadığında ya da akıntı varlığında dışkının peristomal alanı tahriş etme riski yüksek olmakta ve çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu komplikasyonların çoğunluğu, peristomal cilt irritasyonu ve stoma çevresi enfeksiyonudur (Özaydın, Taşkın & İskender, 2013).

Stomalı bireylerin fiziksel, biyo-psikososyal sorunları yoğun olarak yaşadıkları yapılan çalışmalarla desteklenmektedir. En sık yaşanan sorunlar arasında; gaz ve koku oluşumu, dışkı sızıntısı, deri problemleri, yorgunluk, iştahsızlık, hazımsızlık, bulantı, ishal, kabızlık, fitiklar, ağrı yer almaktadır (Çavdar, 1999; Black, 2009; Dabirian, Yaghmaei,

Rassouli, & Tafresh, 2010). Richbourg ve ark. (2007) stomalı hastaların deri problemleri, dışkı sızıntısı, kötü koku, bağımsızlığın azalmasına bağlı depresyon ve anksiyete yaşadıklarını bildirmektedir (Richbourg, Thorpe & Rapp, 2007). Ayrıca stomalı bireyler, stomalarının sızıntı ve kokuya neden olacağı korkusuyla çevrelerindeki insanlardan uzaklaşıp yalnız kalmak istemeleri ve kendilerini güvensiz hissetmelerine bağlı olarak sosyal izolasyon yaşamaktadırlar (Karadağ, 2007). Nugent ve ark.(1999)'nın kolostomili ve ileostomili 391 birey üzerinde yaptığı araştırmada kolostomili bireylerin %43.0'ü, ileostomili hastaların %45.0'i cinsel yaşamlarıyla ilgili problem yaşadıklarını iletmişlerdir (Nugent, Daniel, Stewart, Patankar, & Johnson, 1999). Stomalı bireylerin iş yaşantıları da olumsuz etkilenmekte; bireylerde ameliyat sonrası işi bırakma, çalışma saatlerinde azalma, iş veriminde azalma ve iş değiştirme durumları görülebilmektedir. Nugent ve ark.(1999)'nın çalışmalarında kolostomili bireylerin %8'inin, ileostomili bireylerin %11'inin bu nedenle işlerini değiştirdikleri belirlenmiştir (Nugent et al., 1999). Birçok stomalı birey de, ameliyat öncesi yaptığı sosyal aktiviteleri ameliyat sonrası yapmamaktadır (Engel, Kerr, Schlesinger, Eckel, Sauer, & Hölzel, 2003). Bireylerin bu psiko-sosyal iyilik durumları, otokontrol, anksiyete, depresyon, boş zaman aktiviteleri, iş durumunun belirlenmesi, mesleki roller, fonksiyonel duruma ait özellikleri, yaşam kalitesinin içeriğini oluşturmaktadır. (Balcı, 2003). Stoma cerrahisinin bireylerin yaşam kalitelerini etkilediği yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (Anaraki et al.,2012; Mutlu, 2006) Bu nedenle, yaşam kalitesini etkileyen durumlar öz-bakım gereksinimlerinin karşılanmasıyla da yakından ilişkili olmaktadır (Balcı, 2003).

Doğuştan bağımlı olan insan, geliştikçe bağımsızlık kazanmakta ve öz-bakımını gerçekleştirebilmektedir. Bireyin temel gereksinimlerini karşılayabilmesi için gerekli olan etkinlikleri yerine getirebilmesi öz-bakım, bu etkinlikleri yerine getirebilme yeteneği ise öz-bakım gücü olarak tanımlanmaktadır. Öz-bakım gücü bütün bireylerde var olduğu gibi; yaş, cinsiyet, gelişimsel durum, beden imajı, sosyokültürel ve ekonomik durum, aile, sağlık durumu gibi etmenlerden etkilenebilmektedir (Ay, 2010; Samancıoğlu, Özel & Esen, 2010). Hasta bireyin öz-bakım gücünün yeterli olabilmesi için hastalığı hakkında bilgi sahibi olması gereklidir (Velioğlu, 1999). Bireyin öz-bakım gücünün geliştirilmesinde, hastalığa uyum sağlamasında ve öz-bakım sorumluluklarını yerine getirebilmesinde ise

eğitim önemli bir yere sahiptir (Kars, 2004). Hastaların cerrahi girişimler sonrasında değişen yaşam koşullarına uyumlarında, öz-bakım düzeylerinin ve öz-bakım güçlerinin geliştirilmesinde diğer sağlık çalışanlarına oranla hasta ile direkt iletişim kuran ve daha uzun süreli birlikte olan hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir (Rideout, 1987). Hemşirenin eğitici rolü kapsamında hasta ve ailelerine verdiği eğitim, hastaların kendi öz-bakımlarına katılımlarını arttırmaktadır (Çavdar, 1999; Birol, 2004; Altıparmak et al., 2011; Öztürk, Çilingir & Hintistan, 2011). Hemşirelik bakım ve eğitiminin öz-bakım gücü ve bağımsızlık durumunun artmasına neden olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir (Kars, 2004; Kaya ve Acaroğlu, 2005; Kalpalp, 2006). Ayrıca, cerrahi sonrası erken dönemde bireyler, stoma ile yaşamın nasıl olacağı hakkında bilgilendirilmek istemektedirler (Gao, 2012). Ülkemizde her sağlık kuruluşunda stoma bakım hemşiresinin bulunmamasına bağlı olarak bireyin stoma ile yaşamaya alışma sürecinde ve eğitiminde klinik hemşirelerine büyük görev ve sorumluluklar düşmektedir (Karadağ, 2007; Tüzer, 2007). Gelişmiş sağlık bakım hizmeti veren ülkelerde konuya yönelik rehberler oluşturulmuş olup, RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) Ostomi Bakım ve Yönetimi Rehberi'nde (2009) ostomi yönetimi, sağlık ve öz-bakımda yeterliliğin planlanması III. düzey kanıt olarak belirtilmiştir. Stomalı birey odaklı verilen eğitim ise IV. kanıt düzeyindedir (Ostomy Care and Management, 2009).

Ülkemizde stomalı bireylerde eğitimin öz-bakım gücüne etkisini araştıran çalışmalara rastlanmamıştır. Bu amaçla; hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda öz-bakım gücüne olan etkisinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.Gastrointestinal Sisteminin Anatomi ve Fizyolojisi

Gastrointestinal sistem (GİS) ağızdan başlayıp anüse kadar devam eden bir sistem olup temel görevi vücudun sıvı, elektrolit, besin gereksinimini karşılamak ve besin artıklarını dışarı atmaktır. Sindirim, ağızda çiğneme ile başlar. Çiğneme ile iyice parçalanan besin maddeleri yemek borusu aracılığı ile mideye geçer. Mide asidi ve çeşitli kimyasal maddeler - enzimler, besinleri sıvı bir karışım haline gelinceye kadar parçalar. Sıvı haldeki besin maddeleri mideden ince barsağa geçer. Besin maddelerinin büyük bir bölümü ince barsaklardan emilerek kana karışır. İnce barsaklardan emilemeyen besin maddeleri kalın barsağa geçer. Kalın barsaklar sıvı ve elektrolit emiliminde ve dışkının depolanmasında görev alırlar. Gastrointestinal sistemden günde 800-1000 ml kadar sıvı absorbe olmaktadır. Sindirilemeyen yiyecek artıkları kalın barsağı terk ederken yoğun bir kıvamda olup dışkı (feçes) adını alır. Dışkı rektumda depolanır ve anüs yoluyla dışarı atılır. Dışkının kalın bağırsak hareketleri ile rektuma gelmesiyle birlikte doğan defekasyon ihtiyacı sonrası rektum kasılır, anüsteki iç anal sfinkter gevşer. Aynı anda dış anal sfinkterin gevşemesiyle defekasyon gerçekleşir. Anüste bulunan anal sfinkter dışkılama işlemini istemli olarak kontrol etmemizi sağlar (Karadağ, Menteş, Ayaz, İrkörücü & Alabaz, 2003; United Ostomy Associations of America, Colostomy Guide, 2011).

**İncebarsak** yaklaşık 5-6 metre metre uzunluğunda, 4 cm genişliğinde olup gastrointestinalde en uzun bölümü oluşturmaktadır. Duedonum, ileum ve jejunum olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. Alınan besinler persitalizm ile ilerlerken ince barsaklarda sindirilir ve emilirler (Guyton & Hall, 1996; Burch, 2008).

**Kalınbarsak** yaklaşık 2 metre uzunluğunda, 5cm genişliğinde olup temel görevi suyun ve vücudun gereksinimi olan sodyum, kalsiyum ve potasyum gibi elektrolitlerin emilimi ve dışkının vücuttan atılmasına kadar saklanmasıdır. Çekum, çıkan kolon (assenden), yatay kolon (transvers), inen kolon (desenden), sigmoid kolon, rektum ve anüs bölümlerinden oluşmaktadır (Guyton & Hall, 1996; Burch, 2008; United Ostomy Associations of America, Ileostomy Guide, 2011).



## 2.2.Stomanın Tanımı ve Barsak Stoması Tipleri

Barsaklar, normalde yaşam için gerekli olan besinlerin sindirimi sonucu vücut için gerekli olanların emilimini, gereksiz olanların atılımını sağlarlar. Bu fizyolojik akımın herhangi bir nedenle kesintiye uğraması/akmaması sonucu boşaltım sağlanamaz. Bu durumda boşaltımın sağlanabilmesi için çeşitli cerrahi girişimler uygulanır. Uygulanan cerrahi girişimlerden biri de barsağa stoma açılmasıdır (Karadağ et al., 2003a; Karadağ, 2004).

Stoma, Yunanca kökenli bir kelime olup ağız, açıklık anlamına gelmektedir.GIS organlarının, cerrahi deney ile vücut dışına ağızlaştırılması anlamına da gelmektedir (Şelimen et al., 1998; Potter, 2000; Toth, 2002; Taylor, Lillis, Lemone & Lynn, 2008). Anüsün tersine stomada sfinkter kontrolü yoktur, buna bağlı olarak dışkı kontrolü yoktur. Stomada sinir uçları yoktur, bu nedenle ağrı hissi duyulmaz (Şelimen et al.,1998; United Ostomy Associations of America, Ileostomy Guide, 2011).

İdeal bir stoma yuvarlak ve tomurcuk şeklinde olup dışı doğru çıkıktır. Fakat oval ya da kenarları düzensiz stoma tipleri de bulunmaktadır (Karadağ, 2008). İdeal stoma parlak kırmızı renktedir. Cerrahi sonrası şişkin (ödemli) olup, gerçek boyutuna cerrahiden 6-8 hafta sonra ulaşmaktadır. Barsak stomaları açıldıkları bölgeye göre; kolostomi, ileostomi olarak adlandırılmaktadırlar (Carabajal, 1997; Şelimen et al.,1998; Toth, 2002; Potter et al.,2008).

**Kolostomi:** Kolostomi kolonun cerrahi işlemle karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Barsağın hastalıklı kısmı by-pass yapıldıktan veya alındıktan sonra kolonun ucu karna ağızlaştırılır. Kolostomi açılma nedenleri; crohn hastalığı, bağırsak kanserleri, kolon obstrüksiyonu, divertikül hastalığı, konjenital anormallikler, travmalar, bağırsak iskemisi, radyasyon enteriti, fekal inkontinans, Hirschprung's hastalığıdır (Şelimen et al., 1998; Black, 2000; Colostomy Guide, 2004). Kolostomi ile bir hastalık ya da yaralanma sonrası dışkının geçebileceği yeni bir yol oluşturulmaktadır. Sindirim ve vücut kimyası kolostomiye bağlı olarak değişmemektedir. Kolostomi açıldıktan sonra, barsaklar eskisi gibi çalışmaya devam edecektir, fakat anüs geçici ya da kalıcı olarak kullanılmayacaktır (Toth, 2002).

Geçici kolostomi; fekal içeriğin kolonun patolojik bölgesinden geçişini engelleyerek iyileşmeye zaman kazandırmak, distalde yapılan kolon anastomozunun güvenliğini sağlamak ve neden ortadan kalktığına ikinci bir girişimle stomanın kapatılmasını sağlamak için transvers kolonun sağ yarısına birkaç ay kalacak şekilde yapılır (Şelimen et al., 1998; Karadağ et al., 2003a; Özbaş, 2003).

Kalıcı kolostomi; anüs çevresi dokuların ve rektumun çıkarılmasının zorunlu olduğu patolojik süreçlerde ve çoğunlukla rektum kanserinin tedavisinde sigmoid kolona uygulanmakta ve bireyde anüsün görevini üstlenmektedir (Şelimen et al., 1998; Karadağ et al., 2003a; Özbaş, 2003).

Kolostomiler genellikle kalın barsaktaki yerlerine göre çıkan (assenden) kolostomi, yatay (transvers) kolostomi, inen (dessenden) kolostomi ve sigmoid kolostomi olarak adlandırılmaktadırlar (Toth, 2002; Sylvia, 2008). Kolostomide stomanın açıldığı kalın barsağın segmentine göre dışkının kıvamı da değişmektedir. Transvers kolostomide dışkı yumuşak ve tahriş edici özellikte, desending ve sigmoid kolostomide daha katı, şekilli ve tahriş edici etkisi daha düşük olmaktadır (Karadağ, 2008). Çıkan (assending) kolostomi, batında sağ tarafta yer almaktadır. Genellikle acil olarak açılan geçici bir durumdur. Çıktı sıvı olmakta ve sindirim enzimleri içermektedir. Bu enzimler parastomal alanı tahriş edebilmekte bu nedenle bu alanın temizliğine dikkat edilmelidir. Fonksiyonlar post operatif 3. veya 4. günlerde başlamaktadır (Şelimen et al.,1998; Toth, 2002). Transvers kolostomi; abdomenin ortasında yer alır, genellikle dairesel ve çift silindir şeklindedir. Fonksiyon genellikle 5-7. günlerde başlar; dışkı macunumsu kıvamda ve kokuludur (Toth, 2002). Genellikle öğünlerden sonra çıktı olmakta fakat ne zaman olacağı tahmin edilememektedir (Karadağ, 2008). İnen (dessending) ve sigmoid kolostomi batında alt sol tarafta bulunmaktadır. İnen kolostomi sigmoid kolostomiden biraz daha yukarıda yer almaktadır. Genellikle barsak kanseri olduğu zaman yapılmaktadır. Çıktı yarı katı veya katı, kokuludur. Acil veya elektif vakalarda geçici veya kalıcı olarak uygulanmakta olup fonksiyon genellikle 7.-10. günlerde başlamaktadır (Şelimen et al., 1998; Toth, 2002; Doubleman, 2013). İnen (dessending) ve sigmoid kolostomide barsak boşaltımı bireyin ameliyattan önceki alışkanlığı gibidir (Karadağ, 2008). Kalın barsaktaki gaz oluşumunun

daha fazla olması nedeniyle kolostomisi olan bireylerin filtreli torba kullanmaları gerekmektedir. Kolostomi sonrası barsağın tekrar çalışmaya başladığının göstergesi olan gaz çıkışı 2-4 gün içinde olabilmektedir (Karadağ, 2010). Kolostomiler, cerrahi teknik ve ağızlaştırılma şekillerine göre de sınıflandırılabilirler (uç-end- kolostomi, loop kolostomi, Hartman prosedürü ya da çifte namlusu-double barrel-kolostomi gibi) (Lynch & Lavoie 2013).

**İleostomi:** İleumun son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılmasıyla oluşur. İleostomi açılma nedenlerini ülseratif kolit, crohn hastalığı, travmalar, darlık, genetik, radyasyon enteriti ve kanserler oluşturmaktadır. Bu işlemde sıklıkla kolonun tamamı çıkarılmaktadır (Black, 2000; Burch, 2011; Doubleman, 2013). Ameliyat sonrasında hemen dışkı çıkışı olmamakta, 72 saat içinde çıktı gelmesi beklenmektedir. İleostomide 2-3 gün boyunca gaz çıkışı ve yeşil sıvı çıkışı olmaktadır. Besin alımı başladıkça çıktı yoğunlaşarak rengi kahverengiye dönmektedir (Potter, 2000). Kolondan geçiş olmamasına bağlı olarak ileostomide fekal çıktı kolostomi çıktısından daha sıvı olmaktadır. Bu nedenle ileostomili birey cerrahi sonrasında sıvı Emilimi ve dehidratasyon problemleri yaşayabilmektedir (Black, 2000; Bak, 2008;Burch, 2011). İleostomiden kayıp cerrahi sonrası günlük 1500 ml. olabilmekte ve tuz içermektedir. Daha sonraki günlerde sıvı kaybı 600-800 ml.'ye düşmektedir. İleostomi tipleri; loop ileostomi ve uç ileostomidir (Black, 2000; Karadağ et al., 2003a).

## **2.3.Stoma Bakım Ürünleri**

### **2.3.1.Stoma Torbası Türleri**

Stomalı bireyler için farklı türde torba sistemleri bulunmaktadır. Bunlar boşaltılabilir ve altı kapalı olmak üzere; tek parçalı ve iki parçalı torbalardır (Vujnovich, 2008). Genellikle stomalı birey tercihi ve gereksinimi doğrultusunda tek ya da iki parçalı torba kullanılabilir fakat özel durumlarda sadece bir tanesi uygun olabilmektedir; örneğin iki parçalı torba sistemi deri irritasyonunu azaltmak için kullanılabilir (Burch, 2011). Stomanın boyutu ve yerine, çıktının miktarı ve tipine, kişinin el becerisi ve görme

durumuna uygun ürün seçimi komplikasyon gelişimini önleyen bir diğer yöntemdir (Toth, 2006).

**Tek parçalı altı kapalı torba:** Adaptör ve torbanın bir arada olduğu sistem olup düz, hazır kesilmiş-kesilebilir, kendinden filtreli-filtresiz, şeffaf ve opak çeşitleri vardır. Kolostomi için kullanımı uygundur. Hastanın adaptörün çapını kesmeye yönelik (yaşlılık, gözlerin iyi görmemesi, ya da ilişkin fiziksel kısıtlılık vb.) sorunu olması durumunda hazır kesilmiş torbalar tercih edilir. Torbanın 2/3'si dolunca çıkartılıp yenisiyle değiştirilir. (Black, 2000; Toth, 2006; Karadağ, 2010; Burch, 2011).

**Tek parçalı boşaltılabilir torba:** Adaptör ve torbanın bir arada olduğu sistem olup düz, hazır kesilmiş-kesilebilir, kendinden filtreli-filtresiz, şeffaf ve opak çeşitleri vardır. Hastanın adaptörün çapını kesmeye yönelik (yaşlılık, gözlerin iyi görmemesi, ya da ilişkin fiziksel kısıtlılık vb.) sorunu olması durumunda hazır kesilmiş torbalar tercih edilebilir. Torbaların alt kısmı açık ve klemp ile kapatılır (Black, 2000; Toth, 2006; Karadağ, 2010; Burch, 2011). Torbanın 2/3'si dolunca alt ucundaki klemp açılarak çıktı tuvalete boşaltılır ve klemp yeniden takılır (Karadağ, 2010).

**İki parçalı torbalar:** İleostomi için en uygun sistem olup torba ve adaptör olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadırlar. Adaptör, torbayı destekleyen ve torbanın vücuda yapışmasını sağlayan parçadır. Adaptörün düz, hazır kesilmiş- kesilebilir çeşitleri; torbaların altı kapalı, boşaltılabilir, kendinden filtreli-filtresiz, şeffaf ve opak çeşitleri vardır (Black, 2000; Toth, 2006; Karadağ, 2010; Burch, 2011). Çift parçalı torba cildi koruyarak tahriş olmasını önlemektedir. Adaptör torbayı destekleyen, torbanın vücuda yapışmasını sağlayan parçası olup kauçuk, metal, kağıt, yapışkan veya plastikten yapılabilen, yumuşak, sert, düz veya konveks çeşitleri olabilmektedir. Dışkı sızıntısı ve adaptörün altında kaşınma, yanma gibi sorunlar olmadıkça adaptörler ciltte 3-7 gün kalabilmektedir. Altı kapalı torbaların 2/3'si doldukça atılır, alttan boşaltılmalı torbalar ise 2/3'si doldukça boşaltılır ve 48 saatte bir değiştirilmelidir (Karadağ, 2010).

### 2.3.2. Yardımcı Bakım Ürünleri

**Pasta:** Adaptör açıklığının kenarına uygulanarak, adaptör ile stoma arasındaki boşlukların doldurulmasını, torbanın yerinde kalmasını sağlar ve peristomal alanı akıntıların olumsuz etkilerinden korur. Alkol içermesi nedeniyle deride yanmaya neden olabileceği için adaptör / torba yerleştirilmeden önce en az 1 dakika kuruması beklenmelidir (Karadağ, 2010; United Ostomy Associations of America Ileostomy Guide, 2011).

**Pudra:** Hassas, nemli deride koruyucu ve emici bir tabaka oluşturur. Pudra kullanıldığında pudranın fazlası ciltten uzaklaştırılarak torbanın güvenli bir şekilde yapışması sağlanır (Tüzer, 2007; Karadağ, 2010).

**Kemer:** Adaptör ve torba için destek sağlayarak hastanın kendini güvende hissetmesini sağlar. (Karadağ, 2010; United Ostomy Associations of America Ileostomy Guide, 2011).

**Koku gidericiler:** Torba içindeki çıktının kötü kokmasını engellemek amacıyla kullanılan tablet, jel, spreya ya da sıvı formları olan kimyasallardır. Oral ya da spreya şeklinde preparatlar da kullanılabilir. Koku gidericiler boş torbanın alt yarısına yerleştirilmelidir (Karadağ, 2010).

**Filtre:** Kokuyu önleyerek gaz çıkışına izin verir. Tek parçalı ve çift parçalı torbalarda 8–12 saat süreyle kullanılabilir (Tüzer, 2007).

**Torba kılıfı:** Torbanın cilde temas ederek oluşturduğu nemi emer; nemin oluşturabileceği cilt tahrişi, mantar enfeksiyonunu önler. Torbanın görülmesini engelleyerek kişilerde beden imajını güçlendirebilir (Karadağ, 2010).

### 2.4. Kolostomi İrrigasyonu

Kolostomi irrigasyonu, stoma aracılığıyla 24-48 ya da 72 saatte bir kalın barsak içerisine belli miktarda sıvı verilerek barsak içeriğinin boşaltılması işlemidir. Kalıcı kolostomisi olan hastaların yaşadıkları sorunların önlenmesine ve yaşam kalitelerinin

arttırılmasına yönelik alternatif bir yöntemdir (Karadağ, 2003). Barsak içerisine verilen sıvının oluşturacağı mekanik basınçla barsakta peristaltik hareket oluşur, barsak boşalır ve dışkının kontrollü çıkışı sağlanır. İrrigasyon işlemine başlayabilmek için kişinin isteği, öğrenme çabası, hazır oluşu, yaşam tarzı, evinin durumu, prognozun iyi olması, beslenme alışkanlığının düzenli olması, descending kolon ya da sigmoid kolona stoma açılmış olması gereklidir (Karadağ, 2003; Korkmaz, 2012). İrrigasyon ile kişi kaybettiği boşaltım kontrol gücünü tekrar kazanmakta, kontrolsüz gaz, koku çıkışı ve dışkı sızıntısı azalmakta, cilt problemleri azalmaktadır. İrrigasyon işleminin dezavantajları da bulunmaktadır; işlem uzun sürmekte ve zaman almakta, barsak perforasyonu ve distansiyon riski bulunmaktadır (Karadağ, 2003). Ameliyattan sonraki 6-8. haftada beslenme ve barsak alışkanlıkları normale döndüğünde bu işleme başlanabilir. İshal, radyasyon enteriti ve stoma çevresi fitikleri, radyoterapi ve kemoterapi tedavileri durumlarında, irritable barsak sendromunda, fiziksel ve mental engellerin bulunduğu durumlarda, geçici kolostomilerde, tekrar ameliyat gerektiren durumlarda uygulanmamaktadır (Potter, 2000; Milne, Corbett & Dubuc, 2003). İleostomilerdeki fekal içeriğin sıvı olması ve kontrol edilebilmesinin zor olması nedeniyle ileostomilerin irrigasyonu yapılmaz (Taylor et al., 2008).

## **2.5. Stoma Bakımı ve Stoma ile Yaşam**

### **2.5.1. Kolostomili ve İleostomili Hastalarda Görülen Komplikasyonlar**

Stoma açılması sonrası, cerrahi tekniklere, hastalığın ilerlemesine, öz-bakım uygulamalarına bağlı komplikasyonlar gelişebilmektedir. Yapılan çalışmalarda komplikasyon gelişme oranları %23.5-%50 arasında değişen oranlardadır (Karadağ, 2004; Robertson, Leung, & Hughes, 2005; Özaydın et al., 2013). Bu komplikasyonların çoğu hem ileostomi hem kolostomilerde ortaya çıkabilmekte ve genellikle erken postoperatif dönemde görülmektedirler. Deri irritasyonu ve metabolik komplikasyonlar ileostomide daha fazla görülmektedir (Şelimen et al., 1998; Kann, 2008). İleostomide günde yaklaşık 500 ml sıvı ve yaklaşık 60 mEq sodyum kaybedilir. Bir nedenle önlem alınmadığında dehidratasyon tablosu gelişebilmektedir. Kronik dehidratasyon ve sıvı kaybı üriner sistem taşlarına neden olabilmektedir (%3-13). Bazı komplikasyonlar tıbbi tedavi ile düzelebilmekte iken prolapsus, iskemi, stenoz, retraksiyon, herniasyon gibi komplikasyonlar yeniden cerrahi girişim gerektirebilmektedir (Şelimen et al., 1998;

Sökücü, 1999; Kumcağız, Malazgirt & Kaya, 2000). Bu komplikasyonlar nedeniyle bireyin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmekte, sağlık bakım hizmetlerinin maliyeti artmaktadır. Acil ya da elektif stoma cerrahisinde, asepsiye uyum, düzenli izlem, hasta eğitimi ve danışmanlık ve uygun ürünlerin doğru kullanımı ile mortalite ve morbiditenin azaltılabileceği belirtilmektedir (Çavdar, 1999; Özaydın et al., 2013). Bu nedenle hasta ve ailesine stomaya bağlı karşılaşılabileceği sorunlar ve stoma komplikasyonları konusunda bilgi verilmesi önemlidir.

**Peristomal Deri İrritasyonu:** En yaygın görülen stoma komplikasyonu olup stomadan gelen drenajın cilde sızması, cildin ıslak kalması, adaptörün/torbanın çok sık değiştirilmesi, yapıştırıcıların çıkartılması sırasında oluşan travma, sürtünme, adaptöre karşı gelişen alerjik reaksiyon, kimyasal tahriş ve stoma bakımının uygun yapılmaması gibi nedenlere bağlı olarak gelişmektedir (Özaydın et al., 2013). Peristomal deri komplikasyonları torbanın yerleştirilmesini zorlaştırarak sızıntıya, koku oluşumuna, bireyin istediği kıyafetleri giyememesine, bu nedenlere bağlı olarak bireyde sosyal izolasyona, anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir. Bu durumlar sonucunda bireyin günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenmekte ve bireyin yaşam kalitesinde azalma görülmektedir (Karadağ, 2004; Akçam, Alabaz, & Parsak, 2005). Stoma torbalarının sızdırması önlenmeli, stoma bakımının doğru ve düzenli yapılması sağlanmalıdır. Aliminyum hidroksit, çinko oksit içeren krem ve losyonlar kullanılabilir (Özaydın et al., 2013).

**Nekroz /İskemi:** Kuru, benekli, koyu kırmızıdan siyah renge kadar değişik renkte mukoza ile karakterizedir. İskemi 12-24 saatte fark edilir. En çok postoperatif 3-5. günlerde görülmekte olup kolonda tıkanıklığa neden olabilir (Toth, 2002). Shabbir ve Britton (2010) birçok çalışmayı değerlendirdikleri derlemelerinde kolostomilerde nekroz görülme oranını %1-10, ileostomilerde bu oranı %1-5 olarak belirtmektedirler (Shabbir & Britton, 2010).

**Parastomal Herni/Fıtık:** Kolostomilerde stoma çevresinde sarkma olarak görülen geç dönem komplikasyonlardandır. Parastomal herni görülme sıklığı %30-%50 arasında olabilmektedir. Herni oluşumunda yaşlılık, kronik öksürük, şişmanlık, malnütrisyon, steroid kullanımı, peristomal enfeksiyonlar, teknik nedenler risk faktörlerinden

sayılabilmektedir (Black, 2000; Duruk, 2007; Isrelsson, 2008). Post-operatif dönemde hastalar cerrahi sonrası ilk üç ay aşırı zorlamalardan, ağır kaldırmaktan, karın içi basıncını arttıran öksürük, kabızlığa bağlı ıkınma gibi durumlardan kaçınmalıdırlar. Eğer işleri nedeniyle buna maruz kalıyorlarsa destekleyici kemer kullanmaları önerilmektedir (Black, 2000; Duruk, 2007).

**Stoma Retraksiyonu:** Kolostominin erken dönem komplikasyonlarından biri olan stoma retraksiyonunun nedenleri arasında kolonun yetersiz mobilizasyonu, stoma üzerindeki sürekli gerilme, obezite, yetersiz beslenme, kortikosteroid kullanımı, stoma yüksekliğinin cilt seviyesinden yeterli yükseklikte olmaması retraksiyonu sayılabilir. Stomanın tümüyle karın içine kaçması acil cerrahi işlem gerektirir (Sökücü, 1999; Akgün & Yoldaş, 2012).

**Prolapsus:** Stomanın karın derisinden dışarı aşırı derecede sarkması durumudur. Prolabe barsak kolayca kanayabilirken, lokal kirlenmeye yol açar (Sökücü, 1999). En sık transvers kolostomilerde görülmekle birlikte prolapsusu fazla olmayan ve belirgin semptomun olmadığı vakalarda cerrahi gerekli değildir (Akgün & Yoldaş, 2012).

**Alerjik Kontakt Dermatit:** Cildin belirli madde ve ürünlere karşı hassasiyetine bağlı oluşmaktadır. Sabun, deterjan ve çözücüler kuruluk, çatlak ve dermatitlere neden olan iritanlardır. Deri kırmızı, şiş, irrite, sulu veya kanlı olabilir. Kaşınma, yanma, batma vardır. Alerjiye yol açtığı düşünülen torba/adaptör ya da diğer ürünler kullanılmaz. Uygun cilt bakımı yapılarak cilt korunur (Tüzer, 2007; Karadağ, 2010).

**İrritan Dermatit:** Sindirim enzimleri, dışkı içindeki maddeler, sabun, çözücüler gibi bazı kimyasallar, akıntı, kullanılan ürünler deri bütünlüğünde bozulmaya neden olabilir. Bölge kırmızı, nemli ve ağrılıdır. Torba/adaptör sistemi değiştirilmesi, dermatite neden olduğu düşünülen ürünlerin kullanılmaması, cilt bütünlüğü bozulmuş ise cilt koruyucu pudra kullanılması yapılacak girişimlerdenidir (Tüzer, 2007; Karadağ, 2010).

**Obstrüksiyon:** Barsaktaki yapışıklıklar, lokal tümör rekürrensi, gaita sertleşmesi, parastomal alanda ince barsak sıkışması gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan bir



kompliksiyondur. İleostomilerde sık rastlanır. Patlamış mısır, patates kabuğu, domates kabuğu, fındık tıkanmaya neden olabilen yiyeceklerdir. Obstrüksiyonun önlenmesi için yiyecekler çok iyi çiğnenmeli, uygun miktarda sıvı alınmalıdır. Obstrüksiyonlarda karın ağrısı, mide bulantısı, kusma, stomal çıktı olmaması gibi belirtiler görülür (Kumcağız et al., 2000; Fawcett, 2012). Tıkanıklık durumunda laksatifler kullanılmaz; ılık su ile duş alınması, bireyin karnına masaj yaparak arkın kaslarını rahatlatması önerilir (Duruk, 2007).

**Mantar Enfeksiyonu:** Etkeni candida albicans olup uzun süreli antibiyotik kullanımı, peristomal alanın antibakteriyel sabunla sık temizlenmesi, diabetes mellitus, immunosupresyon, ilaçlar, adaptörün altına nemli kalması gibi farklı nedenlere bağlı gelişebilmektedir. Kaşıntı vardır ve lezyonların merkezi parlak kırmızı renktedir. Mantar enfeksiyonunu önlemek için; peristomal alan kuru tutulmalı, adaptör/torba uygun şekilde yerleştirilerek sızıntı önlenmelidir. Antifungal krem, pudra ve spreylere adaptörün altında kalan cilde uygulanmalıdır. Stoma torba kılıfı önerilir (Kann, 2008; Karadağ & Korkut, 2010).

**Mekanik Travma:** Dış güçler, basınç, gerilme, sürtünme ve yırtılma ile ciltte oluşan zedelenmedir. Uygun olmayan adaptör ve torba sisteminin kullanılması, cildin hassas olması, kilo değişikliği, peristomal fitik mekanik travma nedenlerindedir (Tüzer, 2007).

**Folikülit:** Kılların travmatik bir şekilde çıkartılmasına bağlı olarak gelişen kıl foliküllerinin enfeksiyonudur. Peristomal cildin sık tıraş edilmesi, yanlış tıraş tekniği kullanılması, torbanın adaptörün ciltten sert çıkartılması gibi nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir. Önlemek için; stoma çevresindeki kıllar makasla kesilmeli ya da elektrikli tıraş makinesi kullanılarak bölge temizliği yapılmalıdır (Milne et al., 2003; Karadağ, 2010).

## 2.5.2.Torbanın Değiştirilmesi / Boşaltılması ve Deri Bakımı

Torbanın boşaltılması ve değiştirmesi ile ilgili bilgiler öz-bakıma yönelik ilk adımı oluşturmaktadır (Carter, Harker, Shallow & Waller, 2008). Hasta otururken, sırt üstü yatarken, ya da ayakta torba değiştirilebilir. İşlemden önce el yıkanmalı, işlem sırasında eldiven giyilmelidir; bu mikroorganizmaların taşınmasını ve geçişini önler. Adaptörün ve torbanın altında sızıntı olup olmadığı gözlenmelidir. Stoma torbasının değiştirilmesi, boşaltılması için en uygun zaman herkes için farklı olabilmektedir. Bazı kişiler banyo yaparken, bazıları yemeklerden 2 saat sonra ya da stoma az aktif iken stoma bakımını yapmayı tercih etmektedirler (Ostomy Care And Management, 2009). Kolostomiden dışkı çıkışı günde üç kereden haftada üç kereye kadar değişirken, ileostomide günde üç veya altı kere dışkı çıkışı olabilmektedir (Burch, 2011 ; Piras & Hurley, 2011).

Kolostomi torbasının deride kalma süresini etkileyen bazı faktörler vardır. Bunlar; havanın sıcaklığı, kullanılan malzemenin tipi, deri özelliği, yaranın varlığı, diyet, aktivite, stoma torbasının bulunduğu bölge ve dışkıdır. Sıcak ve nemli iklimlerde, yüzme ve terlemeye neden olan durumlar torbanın kullanım süresini kısaltabilmektedir (Dolgun, 2013). Her torba değişiminde stoma görünümü ve çevresindeki deri bütünlüğü kontrol edilmelidir. Stoma çevresindeki derinin temizliğinin ılık su ve yumuşak bir bezle yapılması yeterlidir. Sonrasında cilt iyice kurulanmalıdır. Stoma çevresindeki deri, dışkıda safra asitleri ve sindirim enzimlerinin bulunmasından dolayı kolayca tahriş olabilir; ilk belirtiler kızarıklık ve isilik gibi kabartılardır. Stoma çevresindeki deri, deri koruyucularıyla korunmalıdır. Temizlik amacıyla sabun, yağlı, parfümlü, ya da deodorantlı temizleyiciler, alkol, alkollü mendil-havlu deri sorunlarına neden olabileceği için kullanılmamalıdır (şelimen et al., 1998; Ostomy Care And Management, 2009). Bu maddeler derinin doğal yağını emer ve tahriş olma riskini arttırır. İyileşmeyen cilt problemlerinde profesyonel destek alınmalıdır. Cilt problemlerini önlemek için; alttan boşaltmalı, iki parçalı torba, kapaklı torbalar kullanılmalı, adaptör stoma çapına uygun kesilmeli, cilt iyice kurulandıktan sonra adaptör yerleştirilmeli, torba değişimleri sırasında dışkı sızıntısı olup olmadığı kontrol edilmelidir. Stoma çevresindeki kıllar makasla kesilmeli ya da elektrikli

traş makinesi kullanılmalıdır. İntestinal mukozada küçük kan damarlarının fazla olmasından dolayı stoma parmakla tırmalandığında, havluyla ovalandığında kolaylıkla kanayabilir (Şelimen et al., 1998).

Tek parça torba sistemi 1-2 günde, çift parçalı sistem 3-7 günde bir değiştirilmelidir. Sızıntı olması durumunda torba/adaptörün değiştirilmesi gelişebilecek sorunların erken dönemde belirlenmesini sağlar. Torbasının 1/3'ü veya 1/2'si dolmuşsa boşaltılmalıdır (Potter et al., 2008) Torba çıkartılırken cilt elle desteklenmelidir. Stoma çevresi ılık suyla ıslatılmış mendil pamuk, peçete ile temizlenmelidir. İlk önce stomanın üzerindeki çıktı silinip daha sonra stoma çevresinde devam edilmelidir. Peristomal alan, kuru bez ya da havlu ile iyice kurulanmalıdır. Stoma ölçüm cetveli kullanılarak stoma çapı ölçülür. Stoma çapı ameliyattan sonraki dönemde küçülmeye başlar, adaptörün stomanın çapına göre kesilmesi normal kan dolaşımını sürdürmesini sağlayarak dışkının cilt ile temasını önler. Gerektiği durumlarda antialerjik cilt bariyeri ve stoma kemeri kullanılabilir. Torbanın alt ucundaki klemp sıkıca kapatılmalıdır. Torbanın adaptöre yapışma durumu kontrol edilir. Stomanın nemli ve kırmızımsı pembe renkte olması ve ciltte tahriş olmaması enfeksiyon olmadığını gösterir (Milne et al., 2003).

### **2.5.3.Koku ve Gaz Kontrolü**

Koku ve gaz yönetimi intestinal stomalı bireyler için ortak bir sorundur. İnce barsağın düşük seviyede bakteri içermesine bağlı olarak ileostomili bireyler kolostomili bireylerden daha az koku ve gaz problemi yaşamaktadırlar (Doughty, 2008). Gaz geçişinin kokulu ve gürültülü olması hastaların sosyal ilişkilerinde bozulmaya neden olabilmektedir. Kullanılan torbanın koku geçirmeyen özel maddeden yapılmış olduğu, iyi yerleştirilirse kokunun normalde dışarı çıkmayacağı, sadece torbayı değiştirirken dışarı çıkacağı hastaya anlatılmalıdır. Filtreli torba kullanımı ve filtrelerin önerilen sürede (genellikle 12 saatte bir) değiştirilmesi, uygun temizliğin yapılması, torbanın boşaltım sonrası ılık su ile çalkalanması, stoma deodorantları, aspirin tabletler, ağız spreylерinin kullanımı koku sorununa çözüm olabilmektedir (Şelimen et al., 1998; Çavdar, 1999; Potter et al., 2008). Balık, yumurta, soğan, sarımsak, yeşil sebzeler, salatalık, peynir, lahana, karnabahar, iyi

pışmemiş kuru baklagiller gibi bazı besinler kokuyu arttırırken; yoğurt, yayık ayranı, nane şekeri, taze maydonoz, kızılıık suyu kokuyu azaltır. Fazla gaz oluşumunu önlemek için; yemekler düzenli olarak yenmelidir; yiyecekler iyice çiğnenmeli, yemek yerken hava yutmamak için konuşulmamalı, asitli içecekler tüketilmemeli, sakız çiğneme, pipet kullanma ve sigara içmekten kaçınılmalıdır (Şelimen et al., 1998; Çavdar, 1999; Potter et al., 2008). Kokuyu azaltmada günde 2-3 kez bizmutlu tabletlerin çiğnenmesi, lomotil gibi dışkıyı katılaştıran ilaçların kullanılması önerilmektedir (Korkmaz, 2011).

#### **2.5.4.Diyetin Düzenlenmesi**

Stomalı hastalarda diyet önemli bir yer oluşturmaktadır. Hastaların yeme alışkanlıkları beslenme dengesi ve barsak fonksiyonları üzerine etkilidir. Az posa bırakan hafif, yumuşak bir diyet önerilir. Öğün araları düzenli olmalı, ilk kez tüketilecek bir besin önce yanında bir şey tüketilmeden ve az miktarda yenilerek ne sonuç doğuracağı gözlenmelidir. Günde en az 1.5-2 lt sıvı almaları gerekmekte, ishal durumunda bu miktar artabilmektedir (Şelimen et al., 1998; Potter et al., 2008). İleostomi yoluyla normalden daha fazla miktarda tuz ve su kaybı (yaklaşık 500 ml sıvı ve yaklaşık 60 mEq sodyum) olması nedeniyle ileostomili bireyler daha çok su ve tuz tüketmelidirler. Bir nedenle önlem alınmadığında dehidratasyon ve elektrolit kaybı gelişebilmektedir. Sıvı kaybının fazla olacağı yoğun çalışma durumunda ve sıcak iklimlerde sıvı tüketimi arttırılmalıdır (A Guide to Living with a Colostomy, 2005).

Bazı lifli gıdaların (lahana, taze fasulye, portakal, marul, patlamış mısır, kereviz) fazla alımı ishale neden olabilir. Bu gıdaların mümkün olduğunca az miktarda tüketilmesi, iyice çiğnenmesine özen gösterilmelidir. Patlamış mısır, fındık gibi yiyeceklerin tıkanıklığa neden olmaması için iyice çiğnenerek tüketilmelidir. Alkollü içecekler özellikle bira sulu dışkıya neden olabilir. İshal geliştiğinde, yağlı yiyeceklerin tüketimi azaltılmalı; pirinç lapası, muz, şeftali, elma, havuç, yoğurt, makarna, ekmek, tarhana çorbası, patates püresi tüketilmelidir. Kabızlığı önlemek için ise taze meyve ve sebzeler, kuru erik, kuru kayısı, kuru üzüm, kepekli ekmek tüketilebilir (Şelimen et al., 1998). Kalp, diyabet ya da diğer sağlık problemleri olan stomalı birey için ise uygun diyetler belirlenmelidir (A Guide to Living with a Colostomy, 2005).

Kilo değişimleri stomanın fiziksel durumunu etkilemekte ve çökme, fitikleşme gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu nedenle ideal vücut ağırlığı korunmalıdır (Duruk, 2007).

### **2.5.5.Çalışma ve Sosyal Yaşam**

Her cerrahi işlemde olduğu gibi stoma cerrahisinde de bireyin eski gücünü kazanması için zaman gerekmektedir. Ameliyattan 6-8 hafta sonra birey çalışma hayatına başlayabilmekte; fakat ağır kaldırmayı gerektiren işler stoma herniasyonu ve prolapsusa neden olabilmektedir. Eğer bireyin işi buna yönelikse destekleyici kemerler kullanılabilir. İş yerinde yedek olarak stoma bakım malzemelerin bulundurulması bireye acil durumlarda kolaylık sağlar (A Guide to Living with an Ileostomy, 2005).

Stomalı bireyler günlük işlerinde, hobilerinde kendilerini sınırlamakta, sosyal hayatlarında bozulma yaşayabilmektedirler (Engel et al., 2003; McKenzie et al., 2006). Kadınlar özellikle ev işleri, erkekler ise öncelikle işlerini sürdürmede sorunlar yaşamaktadırlar (Çavdar, 1999).

### **2.5.6. Banyo ve Giyinme**

Stomalı bireyler stomanın, torba ve adaptörün giysilerin altından belli olacağı endişesi ile eski elbiselerini giymekten kaçınmakta, koyu renkli ve bol giysileri tercih etmektedirler (Karadağ et al., 2003a ). Stoma bel hizasındaysa, beli sıkı etek- pantolon giyilmemeli, kemer kullanılmamalıdır (Karadağ et al., 2003a; A Guide to Living with a Colostomy, 2005). Stoma torbası takılı iken ya da torba çıkartılarak banyo yapılabilir. Su ve sabun stomaya zarar vermez, stomadan içeriye girmez. Adaptör ve torbalar suya dayanıklıdır. Uzun süre suyla temas halinde torbanın yerinde olup olmadığı, sızıntı olup olmadığı kontrol edilmelidir. İleostomide dışkı düzensiz olduğu için ileostomili bireyler banyo yaparken torba kullanmaları önerilmektedir (Karadağ et al., 2003(a); A Guide to Living with an Ileostomy, 2005).

### **2.5.7. Seyahat ve Tatil**

Stomalı birey fiziksel ve ruhsal olarak iyileştiği, stoma bakımını yapabildiği sürece istediği yere, istediği araçla gidebilir. Seyahat öncesi torba mutlaka boşaltılmalıdır. Emniyet kemeri stomanın alt kısmından ya da üst kısmından geçirilmelidir. Uçakla yolculuk sırasında kabin basıncı dolayısıyla daha çok gaz oluşabilir. Seyahat sırasında stoma bakımı için yedek torba ve stoma malzemelerinin bulunduğu bir çanta taşınması bireye kolaylık sağlar. Gidilen yerde stoma malzemelerinin temin edileceği yerlerin adreslerinin belirlenmesi de önemlidir (Şelimen et al., 1998). Sıcak bölgelere yapılacak yolculuklarda terlemeye bağlı olarak stomalı bireyler daha fazla sıvı tüketmek zorunda kalmakta ve fazla sayıda torbaya ihtiyaç duyabilmektedirler (Çavdar, 1999).

### **2.5.8. Cinsel Yaşam**

Cinsel yaşantının normale dönmesi için biraz zamana ihtiyaç vardır. Stoma cerrahisi her iki eşi de etkileyeceğinden anlayış ve yeterli iletişim önemlidir (Şelimen et al., 1998; A Guide to Living with a Colostomy, 2005). Bazı ameliyatlar sonucunda sinirlerde herhangi bir hasar oluşmuşsa; kadınların cinsel ilişki sırasında ağrı, cinsel organın iç yüzeyinde sertleşme ve organın daralması, abdominoperineal rezeksiyon geçiren erkek hastaların (%30-100) erektil impotans deneyimlemeleri nedeniyle daha ileri danışmanlığa ihtiyaçları olabilmektedir. Parasempatik sinire olan hasar ve duyu kaybının seksüel performans üzerinde ciddi etkisi olabilmektedir (Kanan, 2003).

Hastaların cinsellik konusunda endişelerini paylaşmaları için cesaretlendirilmeleri ve desteklenmeleri gerekmektedir (Dorum & Vural, 2012). Stomalı hastalara cinsel yaşama uyumda kolaylık sağlayabilecek bilgiler verilmelidir. Stomada kötü görüntüyü önlemek için, cinsel ilişki öncesi torba boşaltılmalıdır. Daha küçük torba kullanma, stoma torbasını örtmek için özel kılıflar ya da tıpa kullanımı, cinsel yaşam ile ilgili duygularını partneri ile paylaşması, sevgisini sarılma, el-ele tutuşma gibi davranışlarla ifade etmesi, partneri ile aynı yatakta yatma alışkanlığını sürdürmesi önerilmektedir (Şelimen et al., 1998; Çavdar &

Özbaş, 2008). Bölgedeki kötü kokuyu önlemek için, torbanın içerisine deodorant tabletleri ve aspirin tablet atılabilir, özel filtreli torbalar kullanılabilir (Şelimen et al., 1998).

### **2.5.9.Egzersiz-Spor**

Stomalı bireyler stomalarına zarar gelebileceğini düşünmeleri, gaz-koku oluşumu nedeniyle spor yapmayı bırakabilmektedirler (Gürkan, Aslan, Akgün & Şelimen, 1999; Karadağ et al., 2003a). Stomalı bireyler ameliyattan 1-2 hafta sonra hastalanmadan önce yaptıkları fiziksel aktivitelere devam edebilirler. Fakat boks, güreş, ağırlık kaldırma, futbol gibi direkt temas gerektiren aktiviteler stomalı bireyler için uygun değildir. Yürüyüş, bisiklete binme, yüzme stomalı bireyler için en uygun aktivitelerdir (Şelimen et al., 1998; Duruk, 2007). Spora başlamadan önce, özellikle yüzme öncesi torba boşaltılmalı ya da değiştirilmelidir. Terleme, sıcak ve banyo gibi etkenler torbanın yapışıklığını azaltabileceğinden bireyler yanlarında yedek torba bulundurmalıdırlar. Denize girerken erkeklere şort tipi mayo, kadınlara tek parçalı desenli mayolar, torba yerine stoma kepi takmaları önerilmektedir Torba ile havuza, denize girme kararı hastanın kendi seçeneğinde olan bir durum olup, ayna karşısında ıslandığında ve mayo vücuda yapıştığında nasıl görüneceğine bakarak kararını verebilir (Çavdar, 1999).

### **2.5.10. Hamilelik**

Tıbbi bir sakınca olmadığı sürece stomalı kadınlar hamile kalabilmektedir. Hamilelik için skar dokusunun oluşarak iyileşmesinin beklenmesi başvurulan yöntemlerdendir. Hamilelikte büyüyen uterus nedeniyle stomanın genişliği artabilir, stomayı görmede, torbayı değiştirmede hasta zorluklar yaşayabilir (Şelimen et al., 1998; Black, 2000). Böyle bir durumda stomayı görmek için ayna kullanılabilir, birinden yardım alınması gerekebilir ve düzenli sağlık kontrollerine gidilmelidir (Aukamp & Sredl, 2004). Stomalı bir kadın bebeğini emzirebilir ancak bebeğin torba üzerine yaratacağı basınçla sızıntı olma olasılığı nedeniyle emzirmeden önce stoma torbası boşaltılmalıdır. Stomalı kadınlar gebelikten korunmak için doğum kontrol hapı kullanıyorlarsa, hapın emilemeden dışkı ile

atılabileceği durumuna bağlı olarak başka yöntemler kullanılması önerilmektedir (Şelimen et al., 1998; Black, 2000).

### **2.5.11. İbadet**

Din ve kültürel faktörler bireyin ve ailenin stomaya karşı tepkisini etkileyebilmektedir. Bazı kültürlerde stomanın 'kirli' olarak kabul edilmesi stomaya uyumu zorlaştırabilmektedir (Carter, Harker, Shallow & Waller, 2008). Stoma, oruç tutmaya engel değildir fakat oruç tutmak yetersiz sıvı alımına, kabızlık, diyare, bulantı, barsaktaki sıvının azalmasına neden olabilmekte; özellikle ileostomili hastalarda dehidratasyon görülebilmektedir (Black, 2000). Namaz kılarken stomanın çalışması ise kişiyi zor durumda bırakabilmektedir (Dalgıç, 1999). Stomanın abdest almaya, namaz kılmaya engel olmadığı, ibadet sırasında torbaya gaz ve dışkı çıkışının olmasının ibadeti olumsuz etkilemediği iletilmektedir (Karadağ et al., 2003).

### **2.5.12. İlaç Kullanımı**

Ağızdan alınan ilaçların çoğunun emilimi ince barsaklarda gerçekleştiği için ileostomisi olan bireylerde ilaç emilimi yeterli olmayabilir (Potter et al., 2008). İlaç emiliminin gerçekleşip gerçekleşmediğini anlamak için şeffaf torbalar kullanılabilir. Bazı ilaçlar ishal ve kabızlığa neden olabilirken bazıları dışkı ve idrar renginde, kokusunda değişikliğe neden olabilir. Antibiyotikler ve vitaminler koku artışına neden olabilirler. Bu nedenle kullanılan ilaçların özelliklerinin bilinmesi önemlidir. Doktor önerisi olmadan ilaç kullanılmamalıdır. Herhangi bir nedenle ilaç kullanılması gerekli olduğu durumlarda stomanın olduğu iletilmeli, ilacın absorbe olup olmadığını anlamak için torba kontrol edilmelidir. İlaç emiliminin gerçekleşip gerçekleşmediğini anlamak için şeffaf torbalar kullanılabilir (Şelimen et al., 1998). Laksatifler sıvı ve elektrolit dengesizliğine neden olabileceği için tehlikeli olabilmektedir (Milne et al., 2003; Bak, 2008; Potter et al., 2008). İlaçların sıvı, çiğnenebilen, ya da enjeksiyonluk formlarının kullanımı önerilmektedir (Milne et al., 2003).



## 2.6. Öz- Bakım ve Öz-Bakım Gücü

Cerrahi alanında yaşanan hızlı gelişmeler ve tedavi seçeneklerindeki artış, başta kanser olmak üzere pek çok kronik hastalığı olan bireyin daha uzun yaşamasını sağlamaktadır. Uzun yaşam beraberinde kaliteli yaşam kavramını gündeme getirmektedir. Bu kavram ise, hasta bireyin kendi öz-bakımına katılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Öz-bakım ve öz-bakım kuramı Dorothea Orem tarafından geliştirilmiştir. Bireyin temel gereksinimlerini karşılayabilmesi, sağlık ve iyilik durumlarını koruyabilmesi için kendilerine düşeni yapmaları öz-bakım, bu etkinlikleri yerine getirebilme yeteneği ise, öz-bakım gücü olarak tanımlanmaktadır. Birey, öz- bakım gereksinimini kendisi gidermeye başlarsa sonuç olumludur (Çavdar, 1999; Erdil & Elbaş, 2002; Tüzer, 2007). Orem, bu olumlu sonucu “recovery” yani “iyileşme” olarak adlandırır (Pektekin, 2013).

Orem'in kuramı ile ilgili 5 önermesi vardır:

1. İnsanın yaşamını sürdürebilmesi, yeterlilik çerçevesinde hareket etmesi için sürekli bir güce gereksinimi vardır.
2. İnsanın kendinin ve başkasının öz-bakımını yapacak ve gereksinimlerini belirleyecek gücü vardır.
3. Yetişkin bir insanın yaşamını sürdürme/işlevlerini yerine getirmede gerekli olan öz-bakım becerisi bireysel farklılık gösterir.
4. İnsan, kendisi ve diğerleri için gereksinimlerin tanımlanması ve gerekli gücü toplamada değişik yollar geliştirir.
5. Bir grup halinde birlikte yaşayan, sorumluluk paylaşan insanlar, hem kendilerinin hem de öz-bakım yetersizliği olan bireyin öz-bakım gücü kazanmasında sorumluluk sahibi olmaktadır (Pektekin, 2013).

Doğuştan bağımlı olan insan, geliştikçe bağımsızlık kazanır, kendi sağlığını korumak ve sürdürebilmek için öz-bakımını gerçekleştirmesi gerekmektedir. Ancak birey hastalık, sakatlık ve cerrahi girişimlere bağlı durumlarda temel gereksinimlerini karşılayamaz ve bağımlı hale gelerek kendi öz-bakımını gerçekleştirmekte zorlanabilmektedir. Hastalık ve tedaviye bağlı fizyolojik değişiklikler, bireylerin ruhsal ve sosyal sorunlar yaşamasına neden olmakta, bu durum bireylerin yeni yaşam biçimlerine uyum yapmasını zorlaştırarak

öz-bakım gereksinimlerini karşılamada yetersizliğe yol açmaktadır. Eğer bireyde öz-bakım yetersizliği varsa bunu giderebilecek güce sahip olup olmadığı değerlendirilir. Güç varsa sorun yok demektir. Öz-bakım gücü ile fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, sosyal fonksiyon arasında pozitif bir ilişki olması nedeniyle, öz-bakım gücü yaşam kalitesini de olumlu yönde etkilemektedir (Karadağ, et al.,2003; Üstündağ & Zengin, 2008; Gül et al., 2010; Altıparmak et al., 2011; Pektekin, 2013).

Orem'e göre bir erişkin kendi sağlık ve iyiliği için çaba göstermelidir. Öz-bakımın gerçekleştirilmesi için ise öz-bakım yeteneği ve öz-bakım gücü gereklidir. Bireyin öz-bakım gücünü kullanabilmesi için de bazı özelliklere sahip olması gerekir. Bunlar; kendine dikkat etme, fiziksel enerjisini kullanma ve kontrol etme, karar verirken öz-bakım anlayışı içinde yargılama, güdüleme, öz-bakım kararını verme ve uygulama, eylemlerini sıraya koyma, eylemlerini gerçekleştirmede sürekliliği sağlama gibi özelliklerdir. Öz-bakım gücü, bütün bireylerde var olduğu gibi; yaş, cinsiyet, gelişimsel durum, çevre, sosyo-ekonomik durum, aile, sağlık durumu, kronik hastalıklar, cerrahi girişimler, eğitimi, yaşam deneyimleri, bireyin gelişimi sırasındaki kültürel etkilerle kazandığı, sahip olduğu değerler, kendine güven ve saygı, günlük yaşamdaki olanakları kullanabilme durumları, fiziksel enerjisini kontrol etme ve başlatma becerisi, algısal ve bilişsel durumu, iletişim becerisi, öz-bakımı hakkında karar verebilme, teknik bilgi elde etme ve uygulama becerisi, hedeflerine ulaşabilmek için öz-bakım davranışlarını düzenleme, sosyal destek eksikliği gibi etmenlerden etkilenebilmektedir (Balcı, 2003; Düzöz, 2005; Bakoğlu, Şekerci, Yaman& Çevik, 2009; Avdal & Kızılcı, 2010).

Samancıoğlu ve ark. (2010), öz-bakım gücünün yaş, cinsiyet, gelişimsel durum, sosyo-ekonomik durum ve aile gibi etmenlerden etkilenebileceğini belirtmektedirler. Bu etmenlerdeki farklılıklara bağlı olarak öz-bakım gereksinimlerinin karşılanma düzeyleri de bireysel değişiklikler gösterebilmektedir. Öz-bakım gücü yüksek olan bireyler, yüksek benlik saygısı ve benlik kavramına sahip olmalarına bağlı olarak sağlığı koruyan ve geliştiren davranışlarda bulunabilmektedirler (Samancıoğlu et al., 2010).

Öz-bakım gereksinimleri 3 grupta toplanmaktadır (Balcı, 2003; Kars, 2004; Pektekin, 2013):

*-Evrensel öz-bakım gereksinimleri;* günlük yaşam gereksinimleri ile ilgili temel insan gereksinimleri olup güvenli çevre, beslenme, dinlenme, boşaltım gibi gereksinimleri içermektedir. Yaş, ırk, sosyo-kültürel uyum, gelişim durumu, yaşam biçimi, ailevi faktörler, genetik faktörler, öz-bakım kaynaklarının yeterliliği bu gereksinimleri etkileyen durumlardır. Bireyin bu gereksinimleri karşılandığında ise öz-bakım ve sağlığı olumlu etkilenir. Gereksinimlerin karşılanmadığı durumlar denge bozukluklarına neden olur; sonuçta dengesi bozulan insan da terapötik öz-bakım gereksinimi duyar.

*-Gelişimsel öz-bakım gereksinimleri;* gebelik, doğum, eş kaybı gibi dönemlerdeki öz-bakım gereksinimleridir.

*-Sağlıktan sapmada öz-bakım gereksinimleri;* rahatsızlıklar, sakatlık ve hastalık olaylarında karşılaşılan bazı ek öz-bakım gereksinimleridir. Hastalık durumundaki öz-bakım gereksinimleri tıbbi tedavi, tedavinin düzenlenmesi ve uygulanması, hastalık durumuna uyum sağlayabilme, yeni yaşam şekline alışabilme gibi durumları içermektedir.

Orem'e göre hemşireliğin amacı; bireye öz-bakımını başarabilmesi için yardım etmek, ailesini de içine alarak uygun hemşirelik eğitimi ve danışmanlık ile öz-bakımını sağlamada ve yönetmede yeterli hale getirmektir (Avdal & Kızılcı, 2010). Hastalık durumunda öz- bakım yeterli sürdürülemediği için, bireyin bakım gereksinimlerinin karşılanması, öz- bakım gücünün kazandırılmasına yönelik olarak Orem, 3 çeşit hemşirelik sistemi tanımlamıştır (Samancığlu, Özel & Esen, 2010; Pektekin, 2013):

*1.Tümüyle Eksikliği Giderme:* Hasta öz-bakımını sağlamada yetersizdir ve öz-bakımına katılamamaktadır. Öz-bakım gücü ve gereksinimi arasındaki denge bozulmuştur. Hastanın öz- bakım gereksiniminin karşılanması gerekmektedir.

2. *Kısmen Eksikliği Giderme:* Hemşire, hastanın yapamadığı öz-bakım davranışlarında yardımda bulunarak hastayla birlikte bakıma katılır.

3. *Destekleyici Eğitsel:* Orem, bu sistem içindeki hemşirelik girişimlerini bireye destek verme, rehberlik yapma, birey için yapma- gösterme, uygun bir çevre hazırlama ve eğitim şeklinde tanımlamıştır. Hastanın öz-bakım davranışlarını gerçekleştirebilmesi için hemşirenin eğitici, rehberlik edici, destekleyici rollerine ihtiyaç vardır. Çünkü, her bireyin öz-bakımını gerçekleştirebilmek için öğrenebilme yeteneği vardır. Hemşire, hastanın bilgi gereksinimini, öz-bakım uygulama yetersizliğini, motivasyon eksikliğini gidererek hastanın kendi bakımını üstlenmesine, öz-bakım gücünün gelişmesine yardımcı olur.

Pektekin, Orem'e göre öz-bakımın hem uygulama hem de tedaviye yönelik bir yaklaşımı içeren pozitif bir eylem olduğundan bahsetmektedir. Öz-bakım ve hemşirelik, hem entelektüel hem de uygulama aşamasını içerir. Hemşirelik hasta hemşire arasındaki karşılıklı sosyal bir etkileşim olarak tanımlanmıştır (Pektekin, 2013). Orem'e göre hemşire, bireylere sağlıklarını devam ettirebilmelerinde, hastalık durumlarında bunlarla baş edebilmelerinde onlara yardım eden sağlık profesyonelidir (Bırol, 2004). Buna yönelik olarak hemşirelikte 5 farklı yardım etme yöntemi tanımlanmıştır. Bunlar; birey adına davranmak/yapmak, rehberlik etmek, destek olmak, öğretmek, şimdiki ve gelecekteki zorunlu gereksinimlerini karşılayabilecek duruma gelebilmesi için bireyin gelişimini sağlayacak ortam oluşturmaktır. Bireye yardım gereksiniminin belirlenmesi, yardımı nasıl alacağı ile ilgili karar verilmesi entelektüel aşama; yardıma başlaması ve sürdürmesi de uygulama aşamasıdır. Öz-bakım öğrenilen bir süreç olarak kabul edildiği için hemşire, öz-bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hastanın yetersiz kaldığı durumda öncelikle hastanın öz-bakım gücünü değerlendirmeli, bilgilerini, yetersizliklerini belirlemeli, hastayı bilgilendirmeli, yönlendirmeli, hastaya hastalığı ile baş edebilmesini öğretmek yaşamını kontrol edebilme yeteneği kazanmasına yardımcı olmalıdır (Balci, 2003; Pektekin, 2013).

## **2.7.Eğitim ve Öz-Bakım, Öz-Bakım Gücü**

Hasta eğitiminin gerçekleştirilmesinde temel öge, hasta ve ailesinin her aşamaya katılımının sağlanmasıdır. Hemşirenin aile ve bireye vereceği eğitimde amaç; sağlığın

devamı ve hastalıkların önlenmesi, sağlığın yeniden kazandırılması ve hastalıkla baş etmeye yönelik davranışlar kazanmalarını sağlamak, karar alabilme yeteneklerini arttırmaktır. Bu amaçlara ulaşıldığında bireyin kendi öz-bakımına katılımı sağlanır ( Bayat, 2005; Şenyuva & Taşocak, 2007).

Cerrahi sonrası iyileşme sürecinde bireylerin, beden imajı değişikliğini kabullenebilmeleri ve sonraki yaşamlarını olabildiğince bağımsız sürdürebilmeleri için gerekli bilgi ve beceriyi öğrenme gereksinimleri vardır. Hastalığa uyumda zorlandıklarında öğrenmeye karşı ilgisiz de olabilirler. Her iki durumda da hastaya ve ona destek veren ailesine eğitim verilmesi önem taşır (Bayat, 2005; Karazeybek & Özbayır, 2005; Kaya, 2009). Diğer taraftan bireyler arası etkileşim dikkate alındığında aile bireylerinin birinde var olan sağlık sorunu diğer aile üyelerini de etkileyebileceği bir gerçektir. Kronik sağlık sorunu hastanın düşünsel süreçlerini ve öz-bakımını olumsuz etkilediği durumlarda ailenin desteği büyük önem taşımakta, bu durum hastanın iyileşme sürecini hızlandırmakta, yan etkileri önlemekte, endişe ve korkuyu azaltmaktadır (Aygül & Ulupınar, 2012).

Virginia Henderson'un "Bireyde gerekli güç, istek, bilgi olsaydı hastalanmazdı; hemşire, bireye gerekli bilgi, güç ve istek kazanmasını sağlayan kişidir." ifadesi, hastalığa uyum sağlamada bilginin ve gücün önemini belirtirken, hastanın bilgi ve güç kazanmasında hemşirenin eğitici rolüne de vurgu yapılmaktadır (Bayat, 2005; Birol, 2004). Hemşirenin eğitici rolü, bireye ve duruma özgüdür. Hemşire, sağlık bakımı ve hastalıkla ilgili kavramları, tedavi ve bakım planını açıklar; hasta ve ailesinin bakıma katılmasını sağlar; hasta ve ailesinin hastalığın etkileri ile baş edebilmelerine, değişen yaşam koşullarına uyum sağlamasına, destek kaynaklarını tanıyıp kullanmasına, doğru kararlar vermesine yardımcı olur (Erdemir, 1998; Karamanoğlu, Özer & Tuzcu, 2009). Hemşirelerin, hasta ihtiyaçlarını hastalarla birlikte belirlemesi, eğitimleri planlaması, desteklemesi hastaların öz-bakım güçlerini artırır (Çavdar, 1999; Birol, 2004; Altıparmak et al., 2011).

Hasta eğitiminde basit bilgi transferi olmalı; etkili eğitimde gönüllülük ve hasta katılımı esas alınmalıdır. Hastaya özbakımını sağlama eğitimi, hastanın katılımının

sağlanabildiği en kısa sürede yapılmalıdır (Slusarska, Zarzycka, Wysoki'nski & Sadurska, 2004).

## **2.8. Eğitim ve Hemşirelik**

Hemşirelik bireylerin, ailenin, toplumun fizyolojik, psikososyal gereksinimlerinin bütüncül ve hümanistik yaklaşımla tanımlanması ve karşılanması ile ilgilenmektedir (Avşar & Kaşıkçı, 2009). Başka bir anlamda hemşirelik, her yaş ve sosyo-ekonomik durumdaki bireye, günlük yaşam aktivitelerinde temel ihtiyaçlarını karşılamak ve sağlıkları ile ilgili sorunlarla başedebilmelerine yardımcı olmak üzere yapılan faaliyetler, gösterilen tepkiler, iletişim ve ilişkiler sürecidir (Velioğlu, Pektekin, & Şanlı, 1991). Buna bağlı olarak hemşire, hasta bireyin tedavi ve bakım sürecine, hastalığın olumsuz etkilerini daha iyi tolere etmesine, fiziksel ve psikososyal bütünlüğünü korumasına, sağlığını kazanmasına yönelik davranışlar geliştirebilmesine ve kendine yeterli olabilme yeteneğini en kısa zamanda kazanabilmesine yardım etmektedir. Sağlam ya da hasta bireye yardım etmek, hemşirenin temel sorumluluğudur. Son yıllarda sağlık bakımı ve tedavisinin yanı sıra sağlığın korunması ve geliştirilmesinin önemi üzerinde durulmaktadır. Hekim genellikle organizmanın hastalıklı kısmına odaklanan bir yaklaşım benimserken hemşire, bireyin bütünlüğünün ve devamlılığının sağlanmasına yönelik bir görev üstlenir (Taylan, 2009). Buna bağlı olarak hemşirelerin etkin eğitim rolünü üstlenmeleri gerekmektedir (Kaya, 2009).

Bireyin sağlığını sürdürmesi ya da hasta bireyin sağlığını kazanması ve buna yönelik davranışlar kazanabilmesi için gerekli bilgi, güç ve istek kazanmasına yönelik olarak hemşirenin; tedavi edici, bakım verici, eğitici, yönetici, karar verici ve hasta hakları savunucu, rehabilitasyon ve danışmanlık rolleri vardır. Bu rollerin içinde hasta/sağlıklı bireye ve ailesine eğitim verme önemli bir yer tutar. Eğitici rolü ile hemşire hastada, hastalıkla ilgili bir farkındalık durumu yaratır, hastaya hastalığın seyir şeklini ve etkilerini öğretir, hastalığın yarattığı sorunlar ile başedebilmesi için gerekli davranışları ve yardımcı kaynakları tanıtır. İnanç, değer ve motivasyondan etkilenen sağlık davranışları hakkında verilen bilgi, hastanın sağlıkla ilgili bilgi edinmesi, özümsemesi ve davranışa dönüştürmesi haline gelir (Erdemir, 1998; Velioğlu, 1999; Karamanoğlu et al., 2009; Vural, 2012). Son

zamanlarda hemşirenin eğitici rolü, uyum ve memnuniyetin artırılması için bir anahtar rol olarak görülmektedir (Avşar & Kaşıkçı, 2009; Lo, Wang, Wu, Hsu, Chang, & Hayter, 2011). Ulusal ve uluslararası kuruluşlar, hasta eğitiminde hemşirenin sorumluluklarını vurgulamakta, ilgili yasa ve yönetmeliklerde sorumluluklar özellikle belirtilmektedir. Tüm bunlar, hemşirenin hasta eğitimini bilimsel ve sistematik bir yaklaşımla öğrenme-öğretme süreci doğrultusunda yerine getirmesini zorunlu kılmaktadır (Kaya, 2009).

Sağlık sistemindeki değişim ve gelişmeler, daha karmaşık fakat daha etkili tedavi stratejileri sayesinde hastaların hastanede kalış süresi azalmaktadır. Bu değişim ve gelişmeler sağlıklı/hasta bireyin, ailesinin ve yakınlarının eğitiminin sistematik, sürekli ve nitelikli bir şekilde yapılmasını gerektirmektedir (Tracy & Mayer, 2000; Olgun & Ulupınar, 2004; Kaya, 2009). Günümüzde hasta eğitimi önem kazanırken hasta eğitime olan ihtiyaç da giderek artmaktadır. Bireyin, hastalığa yönelik sorunlarla başa çıkabilmesi, hastalığa uyum sağlaması, yaşam biçimlerinde değişiklikler yapması ve karar alma becerilerinin artması için eğitime gereksinimi vardır. Hasta eğitimi, hastanın potansiyeli doğrultusunda mümkün olan en kısa zamanda fiziksel, psikolojik ve sosyal hayatında kendine yetebilecek duruma gelmesi, var olan ya da olası sorunları giderecek, sağlığı geliştirip sürdürmesini sağlayacak davranış değişikliği kazanmasına yardımcı olmayı amaçlayan öğrenim deneyimlerinin bileşiminden oluşan bir süreçtir. Eğitimin amacı; bireye bakımda motive edici ve aktif karar almasını sağlayıcı bilgi sağlamak, öz-bakımı için gerekli olan yeteneği kazandırmak ve yeni durumu üzerinde kontrol sağlayabilmesinde minimum becerileri kazandırmaktır. Hastaların hastalığa uyumlarında ve sağlıklı davranışlar kazanmalarında eğitimin önemli olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Avşar & Kaşıkçı, 2009; Hoving, Visser, Mullan, Borne, 2010).

Hastanede yapılan hasta eğitimi; hastanın uyumu ve memnuniyetinin artırılması, hastanede kalış süresinin azaltılması, morbidite ve mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ya da komplikasyonların azaltılması gibi amaçları olan önemli bir uygulama olup, hasta haklarının giderek daha fazla önem kazandığı günümüz toplumu için moral, etik ve yasal açılardan da önemli bir konudur (Avşar, 2006). Hasta hakları yönetmeliğinin 15. maddesinde hastaların bilgi isteme haklarının olduğu belirtilmektedir.

Bu hak eğitim sürecini de başlatır. Özellikle kanser hastaları tanı, tedavi ve tedavinin yan etkileri, hastalığın iş hayatına, kişisel ilişkilerine ve yaşamlarına olan etkilerini bilmek isterler (Tracy & Mayer, 2000).

Hastanın kendi durumu, tedavi, uygulama ve bakım aşamaları hakkındaki bilgi eksikliğinin hastadaki stres durumunu artırıyor olması da hasta eğitiminin hastanelerdeki önemini arttırmaktadır. Eğitim, hasta anksiyetesini azaltıp, hastanede kalma süresini azaltmaktadır. Hastanın eğitime ve iyileşmesine etki eden eşler, çocuklar, medya gibi negatif ve pozitif rol oynayan etmenler de vardır. Hastaya sosyal destek sağlayan bireylerin olması, ihtiyaçlarının karşılanması ve duygusal destek açısından hastaya rol model olması nedeniyle yararlı olabilmektedir. Bu nedenle; hasta eğitiminde eşlerin, çocukların, ailenin de ele alınması hasta açısından önemlidir. Hasta eğitimi hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır (Hoving et al., 2010).

Hasta eğitiminde hastanın öğrenme gereksinimleri ve hazır bulunuşluk düzeyi, hastanın geçmiş bilgi ve deneyimleri, eğitim içeriği, yöntem, kullanılacak araç- gereç, eğitimin yapılacağı ortam ve süre önemli unsurlardır. 20 dakikalık eğitimler hastanın dikkatini toplaması, güçlenmesi bakımından önemlidir. Eğitimde özellikle kültür, yaş gibi değişkenlere uygun olarak kullanılan dil sade ve basit olmalıdır. Eğitim sonrasında eğitim içeriğinin yazılı olarak verilmesi önemlidir ve hastanın bilgilendirilmesi hem etik hem de yasal bir zorunluluktur (Şenyuva & Taşocak, 2007). Gelişen teknolojiyle birlikte hasta eğitiminde yeni yöntemler kullanılsa da yazılı materyaller halen önemini korumaktadır (Karazeybek & Özbayır, 2005). Eğitimde farklı araç ve yöntemin birlikte kullanılması eğitim etkinliğini ve kalıcılığını artırırken broşür, kitapçık, maket, afiş, bilgisayar destekli barkovizyon/ slayt, video gibi yazılı ve görsel materyallerin kullanılması, düzenlatım, tartışma, demonstrasyon, soru cevap yöntemlerinin kullanılması daha iyi sonuçlara ulaşabilmeyi sağlar (Tracy & Mayer, 2000; Aygül & Ulupınar, 2012).

Profesyonel hemşirelik uygulamalarının önemli bir parçası olan hasta eğitiminin gerçekleştirilmesini etkileyen faktörler vardır. Eğitimin hemşirelik bakımında önemli bir



yeri olduğunu fakat zaman yetersizliği, hemşire insan gücünün yetersizliği ve hasta sayısındaki fazlalık gibi nedenlerle bu görevlerini yerine getiremediklerini bilinmektedir (Marcum, Ridenour, Shaff , Hammons & Taylor, 2002) . Özel hastanelerde yatan hastaların ameliyat öncesi, sonrası ve taburculukta eğitim verildiği, ancak bu eğitimlerin devlet hastanelerinde düzenli ve sistemli olmadığı belirtilmektedir. (Aygül & Ulupınar, 2012; Avşar & Kaşıkçı, 2009). Farklı eğitim düzeyinde bulunan hemşirelerin mesleği algılama, uygulama, mesleki çabaları gibi farklı özellikleri hemşirelerin hasta eğitimini yeterince yerine getirmelerini olumlu/olumsuz etkileyebilmektedir (Avşar & Kaşıkçı, 2009).

## **2.9. Stomalı Bireyin Eğitimi ve Hemşirenin Stomalı Bireyin Eğitimindeki Rolü**

Stoma açılmasına bağlı olarak bireyin sadece boşaltım biçimi değil, aynı zamanda benliği, kendine olan saygısı, bağımsızlık duygusu, cinsel yaşamı, beslenme durumu, sosyal yaşamı, çalışma hayatı, giyinme durumu, öz-bakım öğrenme ve fonksiyonel yetenekleri etkilenmektedir (Sabuncu, Gülseven & Şenturan, 1999). Birey hem hastanede kaldığı süreç boyunca hem de taburcu olduktan sonra stoma ile baş etmek zorunda kalmaktadır. Bireyin stoma öz-bakımını günlük yaşam aktivitelerine entegre edebilmesi için desteklenmesi, motive edilmesi gerekmektedir (Ewing, 2006; Martinez, 2005; Black, 2009;).

Öz-bakım, hastanın gerekli bilgiyi öğrenmesi, anlaması ve sağlık durumunu iyileştirebilmek için bu bilgiyi uygulamaya dönüştürebilmesini kapsar. Dinamik ve esnek eğitim programları hastanın hastalık ve tedavi hakkında bilgisinin artmasını sağlayarak cerrahi sonrası öz-bakımının sağlanmasında destek olabilmektedir (Lo, Wang, Wu, Hsu, Chang, & Hayter, 2011). Planlı ameliyatlarda eğitim, hastanın kabulü ile başlasa da acil ameliyat gerektiren durumlarda ameliyat öncesi bilgilendirme yeterli olamamaktadır. Buna bağlı olarak stoma cerrahisi sonrasında öz-bakım eğitiminin mümkün olan en kısa sürede başlanması önemlidir. Genellikle stomalı bireylerin stoma bakımında özellikle öz-bakım ve diyet hakkında bilgi eksikliği bulunmakta, ileriki yaşam için gerekli bilgiler yanında anatomik bilgiler de edinmek istemektedirler. Gereksinimlerine yönelik verilen destekleyici eğitim ile bireyler öz-bakımlarını gerçekleştirebilmektedirler (Potter, 2000;

Gao, 2012). Stoma açıldıktan sonra hastanın öz-bakımını gerçekleştirebilmesi psikolojik iyileşmede de önemli bir belirleyici olmaktadır (Bekkers, Knippenberg, Dulmen, Borne, & Henegouwen, 1997). Stomanın vücudunda ve yaşam tarzında oluşturacağı değişiklikleri bilen, kendi stoma bakımını yapabilen bireylerin stomaya ve stomalı yaşama uyumları daha kolay olabilmektedir (Ayaz, 2007).

Stomalı bireyin yeni yaşam biçimine uyumu, sonraki yaşamında gerekli olabilecek bilgiye sahip olması, bakımını kendisi sürdürebilecek güce sahip olması aldığı eğitim ile ilgilidir (Oshea, 2001; Karadağ, 2004). Hasta katılımlı eğitim, beden imajındaki değişikliği kabullenebilmesi, bakım ve fiziksel sorunlarla nasıl baş edebileceğini öğrenmesi, kendi bakımını bağımsızca yapabilmesi açısından çok önemlidir, örneğin iyi düzenlenmiş diyet hastada oluşabilecek gaz oluşumunu önleyecek, filtreli torba kullanımı koku çıkışını engelleyerek hastanın bu konudaki sıkıntılarını azaltacaktır (Gürkan et al., 1999). Stomalı bireylere hastanede kaldıkları süre boyunca, taburculukta eğitim verildiği takdirde öz-bakım güçlerini en az 2-3 haftalık süre içinde kazanabilmektedirler (Black, 2004; Richbourg et al., 2007; Dabirian et al., 2010). Stomalı bireyin eğitimi ve öz-bakım desteğinin sağlanması sağlık ekibi içinde hastayla en fazla iletişimi bulunan hemşirenin sorumluluğundadır (Ewing, 2006; Avila, Neves, Vargas, Bento, Esteves, & Vieira, 2008; Black, 2009).

Hemşirenin stomalı bireyde yapacağı eğitimin içeriği belirli konuları içermelidir. Hastaya gastrointestinal anatomisi ve işleyişi, stoma ile ilgili kavramlar, stomanın rengi, görünümü, büyüklüğü ve işlevi, stomanın düzenli ölçülmesi, stoma torbasının değiştirilmesi ve boşaltılması, beslenmenin düzenlenmesi, cinsellik, giyinme, iş yaşamı ve sportif faaliyetler üzerine olan/olabilecek etkileri, peristomal cilt bakımı, oluşabilecek peristomal cilt komplikasyonları ve önlemek için dikkat etmesi gerekenler, stoma bakım ürünleri ve yardımcı ürünler, bu ürünlere nereden ve nasıl ulaşabileceği, gaz ve koku oluşumunun önlenmesi, hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği konularında eğitim verilmeli, cerrahi sonrası mümkün olan en kısa sürede hasta kendi bakımını üstlenmesine teşvik edilmelidir (Duruk, 2007; Karadağ, 2010; Burch, 2011; Lynch & Lavoie, 2013).

Eğitimde hasta yakınının/ailesinin de yer alması önemli ve gereklidir; ancak hastanın öz-bakımında, başka bir kişiye tamamen bağımlı olmamasına da dikkat edilmelidir. Hasta ve ailesinin stomayı tıbbi bir olaydan çok, normal yaşantının sürdürülebilmesi için cerrahi işlemle oluşturulan yeni bir organ olarak görmesinin sağlanması ile hastanın öz-bakım gücünü kısa sürede kazanarak fiziksel ve psikososyal olarak kaliteli yaşam sürmesi sağlanabilir (Slusarska et al., 2004; Karadağ, 2010; Yıldız, 2011). Eğitim sadece etik bir konu değil aynı zamanda yasal bir zorunluluktur. Hasta ailesinin de eğitime katılmasıyla aile, hasta ve stoma üzerine yoğunlaşmak yerine hastanın nasıl hissettiği üzerine yoğunlaşabilmektedir (Turnbull, 2008). Hasta eğitiminde farklı yöntemler kullanılmalı, renkli ve resimli eğitim kitapçıklarından ve hastaların düzeylerine uygun hazırlanmış eğitim CD'lerinden, videolardan yararlanılmalıdır. Öğretilenlerle ilgili eğitim materyalleri hastaya verilerek istediği zaman tekrar yararlanması sağlanmalıdır (Karadağ, 2010). Hastaların sözel olarak bilgilendirilmeleri dışında bu eğitimin desteklenmesi için hastalara yazılı materyallerin verilmesi gereklidir. Eğitim materyalleri okunması kolay, amacı özetleyen, önemli kısımları adım adım anlatan, şekillerle ve resimlerle desteklenmiş olmalıdır (Turnbull, 2008).

### 3.GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1.Araştırmanın Hipotezleri

- ✓ Kolostomi ve ileostomi açılan hastalara verilen eğitim bireylerin öz-bakım gücünü etkiler.
- ✓ Kolostomi ve ileostomi açılan hastalara verilen eğitim bireylerin hastalık hakkındaki bilgi puanlarını etkiler.
- ✓ Kolostomi ve ileostomi açılan hastaların bilgi puanları ile öz-bakım güçleri arasında ilişki bulunmaktadır.
- ✓ Kolostomi ve ileostomi açılan hastalara verilen eğitim bireylerin öz-bakım gücünü etkilemez.
- ✓ Kolostomi ve ileostomi açılan hastalara verilen eğitim bireylerin hastalık hakkındaki bilgi puanlarını etkilemez.
- ✓ Kolostomi ve ileostomi açılan hastaların bilgi puanları ile öz-bakım güçleri arasında ilişki bulunmamaktadır.

#### 3.2.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda öz-bakım gücüne olan etkisini değerlendirmek amacıyla planlanan yarı deneysel bir araştırmadır.

#### 3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Zaman

Araştırma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eskişehir Devlet Hastanesi ve Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi'nde 1 Ocak 2013-1 Kasım 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür.

##### 3.3.1.Araştırmanın Yapıldığı Yerlerin Özellikleri

*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde;* toplam 77 yataklı 2 genel cerrahi servisi bulunmaktadır. Servisin toplam hemşire sayısı 14 olup;

hemşireler 08:00-20:00 ve 20:00- 08:00 olarak çalışmaktadırlar. Hastanede stoma hemşiresi bulunmamaktadır.

*Eskişehir Devlet Hastanesinde;* toplam 64 yataklı 2 genel cerrahi servisi bulunmaktadır. Servislerdeki toplam hemşire sayısı 20 olup; hemşireler 08:00- 16:00 ve 16:00-08:00 olarak çalışmaktadırlar. Hastanede stoma hemşiresi bulunmamaktadır.

*Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesinde;* toplam 64 yataklı genel cerrahi servisi bulunmaktadır. Servisin toplam hemşire sayısı 22 olup; 08:00-16:00 ve 16:00-08:00 olarak çalışmaktadırlar. Hastanede stoma hemşiresi bulunmamaktadır.

Çalışmamızda bu hastaneleri seçmemizin nedeni; araştırmanın sürdürüleceği hastane çalışanları ile olumlu işbirliği kurulabilmesi, ulaşımın kolay olabileceğinin düşünülmesi ve Eskişehir'de son 5 yılda özel hastanelerin açılmaya başlamış olmasıdır.

### **3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Eskişehir il sınırları içinde bulunan Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eskişehir Devlet Hastanesi ve Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesinde 1 Ocak 2013 - 1 Kasım 2013 tarihleri arasında kolostomi ve ileostomi açılmış ve cerrahi kliniklerinde yatan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini bu süreler içinde psikolojik hastalığı bulunmayan, iletişim problemi olmayan, kalıcı kolostomi ve ileostomi açılan, 18-65 yaş arasında olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden ilk 32 kişi deney grubu, sonraki 32 kişi kontrol grubu olmak üzere 64 hasta oluşturmuştur.

### **3.5.Verilerin Toplanması**

#### **3.5.1.Veri Toplama Araçları ve Özellikleri**

Araştırmada veriler, konuya yönelik literatür (Çavdar, 1999; Gürkan, et al., 1999; Büyükkaya, Fesci, & Akdemir, 2006; Mutlu, 2006; Duruk, 2007;Gül, Üstündağ, & Zengin,

2010) incelemesi sonucunda araştırmacının hazırladığı kişisel veri toplama formu ile öz - bakım gücü ölçeği kullanarak toplanmıştır.

### **3.5.1.1. Kişisel Veri Toplama Formu (Ek-1) :**

Bu form araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır (Çavdar, 1999; Gürkan, et al., 1999; Büyükkaya, Fesci, & Akdemir, 2006; Mutlu, 2006; Duruk, 2007; Gül, Üstündağ, & Zengin, 2010). Form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde stoma açılan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadıkları yer, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek ve hastalık, tanı süresi gibi sosyo-demografik ve hastalık öyküsüne ilişkin 35 soru yer almaktadır. İkinci bölümde bireyin stoma ile ilgili bilgilerini belirlemeye ilişkin 20 soru bulunmaktadır. Bu soruların doğru, yanlış ve bilmiyorum seçenekleri bulunmaktadır. Bu bölümdeki ifadelerden 5'i yanlış (1,11,14,19,20) iken; diğer ifadeler doğrudur. İfadeleri doğru yanıtlayanlara "1 puan" verilirken, yanlış yanıtlayanların ve "bilmiyorum" seçeneğini işaretleyenlerin puanı "0 puan " olarak kabul edilmiştir.

### **3.5.1.2. Öz-bakım Gücü Ölçeği (Ek-2) :**

Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilen ölçeğin ölkemizde Nahçıvan (2004) tarafından sağlıklı gençlerde, Pınar (1993) tarafından kronik hastalıklarda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve Türkçeye uyarlanmıştır. Bireylerin kendi kendine bakma yeteneklerini belirlemek amacıyla kullanılan öz-bakım gücü ölçeğinin Türkçe formunda 35 madde bulunmakta ve her bir maddeye 0'dan 4'e kadar puanlar verilmektedir. Bu maddelerden 8'i; (3,6,9,13,19,22,26,31) negatif olarak değerlendirilmekte ve puanlama tersine döndürölmektedir. Ölçekten alınacak en yüksek puan 140'tır. Ölçek değerlendirilmesinde 24-64 puan kötü; 65-100 puan orta; 101-112 puan iyi; 113-140 çok iyi öz-bakım gücü düzeyi olarak belirlenmiştir Ölçeğin kronik hastalıklarda yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda güvenilirliği 0.80, iç tutarlılığı 0.89'dur (Bakoğlu & Yetkin, 2000). Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılığı (cronbach's alpha- $\alpha$ ) 0.7 olarak bulunmuştur ( $0.6 < \alpha < 0.8$  oldukça güvenilir).

### **3.5.1.3.Eğitim Kitapçığı (Ek-3)**

Eğitim kitapçığında; stomanın tanımı, stoma açılma nedenleri, stoma açılması sonrası yaşamında ne tőr değişiklikler yapması gerektiği konularında bilgiler bulunmaktadır.

### **3.6.Araştırmanın Ön Uygulaması**

Araştırmanın ön uygulaması, uygulama izninin diğer hastanelerden önce çıkması nedeniyle 1 Ocak-1 şubat 2013 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniğinde yatan 5 hastaya uygulanmıştır. Ön uygulamada bireylerle tanıştıktan sonra Ek-1 deki kişisel veri toplama formu ve Ek-2 deki öz- bakım gücü ölçeği uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulama süresi Ek-1 için 35 dakika, Ek-2 için 35 dakika olmak üzere toplam 50-60 dakika sürmüştür. Formların uygulanmasından sonra slayt, video yöntemleri kullanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim verilmiştir. Bu eğitimin içeriği eğitim kitapçığı ile aynıdır. Ön uygulama sonrası anlaşılmayan yerler düzeltilmiştir.

### **3.7.Veritoplama Araçlarının Uygulanması**

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eskişehir Devlet Hastanesi ve Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesinde cerrahi kliniklerde yatan ve araştırmaya katılma kriterlerine uyan, araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler deney ve kontrol grubu olarak ayrılmıştır. İlk 32 birey deney grubunu, sonraki 32 birey kontrol grubunu oluşturmuştur.

**Tablo 3.1. Araştımaya planı**

<b>Deney Grubu (n=32)</b>	<b>Kontrol Grubu (n=32)</b>
<b>İlk Görüşme</b>	<b>İlk Görüşme</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>-Kişisel veri toplama formu uygulandı.</li><li>-Öz-bakım gücü ölçeği uygulandı.</li><li>-Bireysel eğitim verildi. Eğitimler, slayt, video gösterimi şeklinde yürütüldü.</li><li>-Eğitim kitapçığı verildi.</li><li>-İletişim bilgileri alındı.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Kişisel veri toplama formu uygulandı.</li><li>-Öz-bakım gücü ölçeği uygulandı.</li></ul>
<b>Son görüşme (ilk görüşmeden 3 hafta sonra)</b>	<b>Son Görüşme (ilk görüşmeden 3 hafta sonra)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Kişisel veri toplama formu 2. bölümü uygulandı.</li><li>-Öz-bakım gücü ölçeği uygulandı.</li><li>-Gereksinime yönelik eğitim tekrarlandı.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Kişisel veri toplama formu 2. bölümü uygulandı.</li><li>-Öz-bakım gücü ölçeği uygulandı.</li><li>-Etik açıdan gereksinime yönelik eğitim verildi.</li><li>-Eğitim kitapçığı verildi.</li></ul>



### **3.7.1. Deney Grubuna Veri Toplama Araçlarının Uygulanması ve Eğitimin Verilmesi**

Eğitim öncesi deney grubuna çalışma hakkında bilgi verilmiş, yazılı ve sözlü onayları alındıktan sonra kişisel veri formu ve öz-bakım gücü ölçeği uygulanmıştır. Bu formlardan elde edilen bilgiler ve hasta ile yapılan plan doğrultusunda hasta odasında bireysel eğitim verilmiştir. Deney grubundaki bireylerin öz-bakım güçlerini arttırmaya yönelik ilgili literatür taranarak eğitim planı ve içeriği (Ek-4) hazırlanmış ve uygulanmıştır (Şelimen, Akgün, & Erdim, 1998; Türk Ostomi Cerrahi Derneği, 2001a; Türk Ostomi Cerrahi Derneği, 2001b; Karadağ, Menteş, Ayaz, İrkörücü, & Alabaz, 2003; A Guide to Living with a Colostomy and Ileostomy, 2005). Eğitimler; slayt, video gösterimi yöntemleri kullanılarak verilmiştir. Eğitimler sırasında düz anlatım, soru-cevap yöntemleri kullanılmıştır. Bireylere eğitim sonrası araştırmacı tarafından hazırlanmış olan eğitim kitapçıkları verilmiştir (Ek-3). Verilen eğitimin bireylerde davranış değişikliği meydana getirebilmesi için 3 hafta sonra ikinci görüşme planlanmıştır (Black, 2004; Richbourg et al., 2007; Dabirian et al., 2010). Deney grubundaki bireylerle 3 hafta sonra telefon ile görüşülerek kişisel veri toplama formunun 2. bölümü ve öz-bakım gücü ölçeği uygulandı.

### **3.7.2. Kontrol Grubuna Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Kontrol grubundaki 32 kişiye çalışma hakkında bilgi verilerek, yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra kişisel veri toplama formu, öz-bakım gücü ölçeği uygulanmıştır. Bu gruptaki hastalara hastanede araştırmacı tarafından eğitim verilmemiş, hastalar rutin servis bakımı almıştır. Bireylerle ilk görüşmeden 3 hafta sonra telefon ile görüşülerek kişisel veri toplama formunun ikinci bölümü ve öz-bakım gücü ölçeği uygulanmıştır. Etik açıdan uygun olması bakımından hazırlanan eğitim kitapçığının içeriği anlatıldıktan sonra bireylere verilmiş/ulaştırılmıştır.

### **3.8.Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen bulguların değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 15.0 paket programı kullanılmıştır.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (mean, median, standart sapma, standart hata) yanı sıra deney ve kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik verileri ve hastalık ile ilgili değişkenlerinin değerlendirilmesinde ki-kare, Fisher's ki-kare testleri kullanılmıştır. Öz-bakım gücü ve bilgi puan ortalamalarının belirlenmesinde Mann-whitney U testi ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla korlasyon analizi kullanılmıştır. Öz-bakım gücü ve bilgi puan ortalamaları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde One-way anova, bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 alınmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yürütülebilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kuruluna başvurularak izin alınmış (Ek-5) bunu takiben Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi başhekimliğinden (Ek-6) ve Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi ve Eskişehir Devlet Hastanelerinin bağlı olduğu Kamu Hastaneler Birliği'nden (Ek-7) yazılı izinler alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalara, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, yazılı ve sözlü onayları alınmıştır (Ek-8). Araştırmada kontrol grubunu oluşturan bireylere de son görüşmede ilgili formlar uygulandıktan sonra eğitim ve eğitim kitapçıkları verilmiştir. Araştırma kriterlerine uymayan kalıcı/ geçici kolostomi ve ileostomi açılmış bireylere ve ailelerine de eğitim verilmiş olup, bu bireylerin verileri araştırmada kullanılmamıştır.

### 3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- ✓ Araştırma sonucunda elde edilen veriler çalışılan bölge ile sınırlı kalmaktadır.
- ✓ Araştırma için Eskişehir'deki 3 büyük hastanenin cerrahi klinikleri tercih edilmiştir. Bu hastaneler çevre illerden en fazla hastanın sevk edildiği hastanelerdir. Eskişehir'de son 5 yılda özel hastanelerin açılmaya başlamış olması nedeniyle özel hastaneler tercih edilmemiştir.
- ✓ Ameliyattan 3 hafta sonrası görüşme planlanması sonrasında telefon değişiklikleri nedeniyle hastalara ulaşamama, ulaşılan hastalardan Eskişehir ili sınırları dışında yaşayanların kontrol randevularına yaşadıkları şehirde devam etmelerine bağlı sadece telefon ile iletişim kurulmuştur.
- ✓ Literatürde stomalı bireylerin stomaterapi ile değerlendirilerek ameliyat öncesi dönemden başlanarak, ameliyat sonrası dönem izlem, eğitim ve danışmanlığın yapılması üzerinde durulmaktadır. Çalışmamız ameliyattan sonraki dönemi içermekte olup, uzun süreli izlem için kurumlarda bir birimin (stomaterapi ünitesi) olmaması, bireylerin il dışında ikamet etmeleri nedeniyle uzun süreli izlem yapılamaması araştırmayı sınırlayan faktörlerdendir.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde kolostomi ve ileostomi açılan, 32'si deney grubunda, 32'si kontrol grubunda yer alan 64 hastaya ilişkin tanıtıcı bilgiler, hastalık ve ameliyatları, öz-bakım düzeyleri, hastalıklarına yönelik bilgi düzeyleri ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1'de çalışma grubundaki bireylerin sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Deney grubunun %68.8'i erkeklerden oluşmaktadır ve çoğunluğu evlidir (%90.6). Yaş ortalaması  $50.87 \pm 7.19$  olup %65.6'sı lise mezunu ve %53.1'i ilde ikamet etmektedir. Bireylerin %78.1'inin aile tipi çekirdek aile olup, %87.5'i çocuk sahibidir ve %53.1'inin 3 ve üstü sayıda çocuğu vardır. Deney grubundaki bireylerin çalışma durumu %25.0 oranında olup yarısından çoğu emeklidir (%62.5). Bireylerin tümünün sosyal güvencesi olup, gelirlerini algılama durumlarına bakıldığında büyük çoğunluğu (%90.6) gelirini gideri ile eşit olarak belirtmiştir. Kontrol grubunun ise %65.6'sını erkekler oluşturmakta olup deney grubundan farklı olarak çoğunluğu (%37.5) 36-45 yaş grubu arasındadır. Deney grubuna benzer şekilde kontrol grubunun %65.6'sı lise mezunu olup %50.0'ı emeklidir ve çoğunluğu çalışmamaktadır (%68.8). Bireylerin %68.8'i ilde ikamet etmekte olup deney grubuna benzer şekilde %87.5'i çocuk sahibidir ve %68.8'inin 2 çocuğu vardır. Bireylerin %75.0'ının aile tipleri çekirdek ailedir. Kontrol grubundaki tüm bireylerin sosyal güvenceleri mevcut olup büyük çoğunluğu (%87.5) gelir algılama durumlarını "Gelirim giderim ile eşit" olarak belirtmişlerdir. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin sosyo-demografik bulguları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.1. Çalışma Grubundaki Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri**

	Deney grubu		Kontrol grubu		Toplam <sup>1</sup>		p
	Sayı (n=32)	%	Sayı (n=32)	%	Sayı (n=64)	%	
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	10	31.3	11	34.4	21	32.8	p>0.05
Erkek	22	68.8	21	65.6	43	67.2	
<b>Yaş</b>							
36-45	10	31.3	12	37.5	22	34.4	p>0.05
46-55	13	40.6	11	34.4	24	37.5	
56 +	9	28.1	9	28.1	18	28.1	
<b>Yaş ortalaması (mean±ss)</b>	50.87± 7.19		50.75±6.47		50.81±6.78		
<b>Medeni durumu</b>							
Bekar	3	9.3	5	15.6	8	12.5	p>0.05
Evli	29	90.6	27	84.4	56	87.5	
<b>Eğitim durumu</b>							
Ortaokul	7	21.9	6	18.8	13	20.3	p>0.05
Lise	21	65.6	21	65.6	42	65.6	
Üniversite	4	12.5	5	15.6	9	14.1	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>							
Evet	28	87.5	28	87.5	56	87.5	p>0.05
Hayır	4	12.5	4	12.5	8	12.5	
<b>Yerleşim yeri</b>							
Köy	4	12.5	3	9.4	7	10.9	P>0.05
İlçe	11	34.4	7	21.9	18	28.1	
İl	17	53.1	22	68.8	39	60.9	
<b>Meslek</b>							
Memur	2	6.3	6	18.8	8	12.5	p>0.05
İşçi	5	15.6	4	12.5	9	14.1	
Emekli	20	62.5	16	50.0	36	56.3	
Ev hanımı	5	15.6	6	18.8	11	17.2	
<b>Çalışma durumu</b>							
Evet	8	25.0	10	31.3	18	28.1	p>0.05
Hayır	24	75.0	22	68.8	46	71.9	
<b>Geliri algılama durumu</b>							
Gelir giderden az	3	9.4	4	12.5	7	10.9	p>0.05
Gelir gidere eşit	29	90.6	28	87.5	57	89.1	
Gelir giderden fazla	-	-	-	-	-	-	

<sup>1</sup>Satırlar toplamı alınmıştır.

Tablo 4.2’de çalışma grubundaki bireylerin sosyal destekten yararlanma durumları ile ilgili veriler verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin tümü çevresinden bir şekilde destek almış olduklarını iletmişlerdir. Deney grubundaki bireylerin en çok aileden (%71.11) daha sonra akraba (%8.89) ve arkadaşlarından (%20) sosyal destek aldıkları belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin sosyal destek aldıkları bireyler sırasıyla aile (%61.56), arkadaşları (%23.07) ve akrabaları (%15.38)’dır. Belirli bir kurum ya da kuruluştan destek alma oranı deney grubunda %78.1, kontrol grubunda %62.5’tir. Çalışmaya katılan tüm bireylerin sosyal destek aldıklarını ifade ettikleri kurum hastanelerdir.

**Tablo 4.2. Çalışma Grubundaki Bireylerin Sosyal Destek Algıları**

	Deney grubu		Kontrol grubu		Toplam <sup>1</sup>		P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Sosyal destek alınan kişiler<sup>2</sup></b>							
Aile	32	71.11	32	61.53	64	65.98	p>0.05
Akraba	4	8.89	8	15.38	12	12.37	
Arkadaş	9	20.00	12	23.07	21	21.64	
<b>Kurum ve kuruluşlardan destek alma</b>							
Evet (Hastane)	25	78.1	20	62.5	45	70.3	p>0.05
Hayır	7	21.9	12	37.5	19	29.7	

<sup>1</sup>Satırlar toplamı alınmıştır.

<sup>2</sup>Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.3’te çalışma grubumuzu oluşturan bireylerin hastalık öyküleri ve cerrahi girişime ait özellikleri verilmiştir. Çalışmamıza katılan bireylerin tümü daha önce ailelerinde stoma açılması ile ilgili bir deneyimleri olmadığını iletmişlerdir. Deney grubunun %43.8’inin mevcut kronik hastalıkları varken %71.9’unun daha önce hastane deneyimlerinin olduğu belirlenmiştir. Bireylerde en fazla görülen kronik hastalık hipertansiyondur (%57.89). Deney grubunu oluşturan bireylerin ameliyat olma nedenleri arasında kanser/tümör (%71.9) ve enfeksiyon (%28.1) yer almaktadır. Yapılan ameliyatların %78.1’i planlanmıştır. Veri toplama aşamasında bireylerin çoğunluğu (%81.3) ameliyat sonrası 4. gündedir. Kontrol grubunun %53.1’inin mevcut kronik

hastalığı vardır ve en çok görülen hastalık deney grubundaki gibi hipertansiyondur (%47.36). Çalışmamızda bu gruptaki bireylerin büyük çoğunluğunun (%84.4) daha önceden hastane deneyiminin var olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin %87.5'inin ameliyatları planlanmış olup yapılan ameliyat nedenlerinin %78.1'ini kanser/tümör oluştururken geri kalan %21.9 'unu enfeksiyonlar oluşturmuştur. Veri toplama aşamasında bireylerin çoğunluğu (%73.1) ameliyat sonrası 4. gündedir. Deney grubunu oluşturan bireylerin yarısında (%50.0) kolostomi bulunurken diğer yarısında (%50.0) ileostomi bulunmaktadır ve bu oranlar kontrol grubu için de aynıdır. Deney grubundaki bireylerin %71.9'u, kontrol grubunun %68.8'i kendilerine kalıcı olarak stoma açıldığını bilgisine sahiptirler. Çalışmayı katılan tüm bireylerin çoğunluğu (%57.14) stoma bakımından kendisinin sorumlu olduğunu iletmiştir. Anatomik olarak farklı özelliklere sahip olan kolostomi ve ileostominin yaratabileceği farklılıkları en aza indirebilmek için iki gruptaki kolostomili ve ileostomili bireyleri eşit almayı planlayarak gerçekleştirdiğimiz çalışmamızda hastalık ve ameliyat ile ilgili özellikleri bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.3. Çalışma Grubundaki Bireylerin Hastalık Öyküsü ve Cerrahi Girişime Ait Özellikleri**

	Deney grubu		Kontrol grubu		Toplam <sup>1</sup>		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Hastane deneyimi</b>							
Var	23	71.9	27	84.4	50	78.1	p>0.05
Yok	9	28.1	5	15.6	14	21.9	
<b>Mevcut kronik hastalık</b>							
Var	14	43.8	17	53.1	31	48.4	p>0.05
Yok	18	56.3	15	46.9	33	51.6	
<b>Kronik hastalık türleri <sup>2</sup></b>							
Hipertansiyon	11	57.89	9	47.36	20	52.63	p>0.05
Diyabet	3	15.78	7	36.84	10	26.3	
KOAH	2	10.52	3	15.78	5	13.16	
Kalp hastalıkları	3	15.78	-	-	3	7.9	
<b>Tıbbi tanısı</b>							
Enfeksiyon	9	28.1	7	21.9	16	25.0	p>0.05
Kanser/ tümör	23	71.9	25	78.1	48	75.0	
<b>Yapılan ameliyat türü</b>							
İleostomi	16	50.0	16	50.0	32	100.0	p>0.05
Kolostomi	16	50.0	16	50.0	32	100.0	
<b>Ameliyatın aciliyet türü</b>							
Planlanmış	25	78.1	28	87.5	53	82.81	p>0.05
Acil	7	21.9	4	12.5	11	17.18	
<b>Stoma bakımından kimin sorumlu olduğu <sup>2</sup></b>							
Hemşire	-	-	-	-	-	-	p>0.05
Doktor	-	-	-	-	-	-	
Kendisi	29	58.0	27	56.25	56	57.14	
Ailesi	21	42.0	21	43.75	42	42.85	

<sup>1</sup> Satırlar toplamı değerlendirilmiştir.

<sup>2</sup> Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.



Tablo 4.4'te bireylerin cerrahi öncesi ve sonrasında bilgi alma durumlarına ilişkin ifadelerine yer verilmiştir. Deney grubunu oluşturan bireylerin büyük çoğunluğu (%71.9) ameliyat öncesi bilgilendirilirken yarıya yakını (%56.52) bu bilginin yeterli olmadığını ifade etmiştir. Bu bilgilendirme büyük oranda (%78.26) doktorlar tarafından yapılmıştır. Hemşireler tarafından bilgilendirilme oranı ise daha düşüktür (%21.73). Deney grubundaki bireylerin tamamı (%100.0) ameliyat sonrası bilgilendirilmiş olup bu bilgilendirilme sırasıyla firma elemanı (%61.9), doktor (%23.81) ve hemşire (%14.28) tarafından yapılmıştır. Gruptaki bireylerin %75'i bu bilgilendirmelerin yeterli olmadığını ifade etmiştir. Ameliyat sonrası yapılan bilgilendirme içeriğini oluşturan konular ise sırasıyla stoma ve çevresindeki alanın değerlendirilmesi (%15.49), cilt bakımı (%14.08), ilaç kullanımı (%12.68), Stoma açılmasını gerektiren durumlar (%11.27), beslenme (%11.27), stoma bakım ürünleri (%9.86), karşılaşılabilecekleri sorunlar (%9.86), cinsel yaşam (%8.45), stomanın işleyişi ve stomadan gelen içeriğin özellikleri (%7.04) olup günlük bireylerin tamamı günlük yaşam aktiviteleri hakkında bilgilendirilmediklerini ifade etmişlerdir. Kontrol grubunun ameliyat öncesi ve sonrası dönemlerdeki özellikleri değerlendirildiğinde grubun çoğunluğu (%71.9) ameliyat öncesi dönemde bilgilendirilmiş olup bu bilgilendirilme çoğunlukla (%73.91) doktorlar tarafından yapılmıştır. Bireylerin hemşireler tarafından bilgilendirme durumu ise doktorlara göre daha düşüktür (%26.08). Bilgilendirilen bireylerin %73.91 'i ise bu bilgilendirmeyi yeterli bulmadıklarını ifade etmişlerdir. Kontrol grubundaki bireylerin de tamamı (%100.0) ameliyat sonrası bilgilendirilmiş olup en fazla bilgilendirme sırasıyla firma elemanı (%62.79) ve doktor (%25.58) tarafından yapılmıştır. Bireylerin çoğunluğu (%73.91) bu bilgilendirmenin yeterli olmadığını düşünmektedir. Kontrol grubundaki bireylerin ameliyat sonrası en fazla bilgi aldıkları 4 konu beslenme (%100.0), stomanın işleyişi ve stomadan gelen içeriğin özellikleri (%12.20), karşılaşılabilecekleri sorunlar (%11.38) ve stoma açılmasını gerektiren durumlar (%11.38) iken en az stoma bakım ürünleri hakkında (%3.25) bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin bilgi aldıkları "stoma açılmasını gerektiren durumlar", "stomanın işleyişi ve stomadan gelen içeriğin özellikleri", "cilt bakımı", "stoma bakım ürünleri", "beslenme" ve "günlük yaşam aktiviteleri" konuları arasında önemli düzeyde fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.4. Çalışma Grubundaki Bireylerin Cerrahi Girişim Öncesi ve Sonrası Bilgi Alma Durumlarına İlişkin İfadeleri**

	Deney grubu		Kontrol grubu		Toplam <sup>1</sup>		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Ameliyat öncesi bilgi alma durumu</b>							
Evet	23	71.9	23	71.9	46	71.9	p>0.05
Hayır	9	28.1	9	28.1	18	28.1	
<b>Ameliyat öncesi bilgi veren kişi</b>							
Hemşire	5	21.73	6	26.08	11	23.9	p>0.05
Doktor	18	78.26	17	73.91	35	76.08	
<b>Verilen bilginin yeterliliğini algılama</b>							
Yeterli	10	43.47	6	26.08	16	34.78	p>0.05
Yeterli değil	13	56.52	17	73.91	30	65.21	
<b>Ameliyat sonrası bilgiyi veren kişi<sup>2</sup></b>							
Hemşire	6	14.28	5	11.63	11	14.28	p>0.05
Doktor	10	23.81	11	25.58	21	23.81	
Firma elemanı	26	61.90	27	62.79	53	61.9	
<b>Verilen bilginin yeterliliğini algılama</b>							
Yeterli	8	25.0	8	25.0	16	25.0	p>0.05
Yeterli değil	24	75.0	24	75.0	48	75.0	
<b>Bilgi içeriği<sup>2</sup></b>							
-Stoma açılmasını gerektiren durumlar	8	11.27	14	11.38	22	11.34	p<0.05*
-Stoma ve çevresindeki alanın değerlendirilmesi	11	15.49	10	8.13	21	10.82	p>0.05
-Stomanın işleyişi ve stomadan gelen içeriğin özellikleri	5	7.04	15	12.20	20	10.31	p<0.05*
-Cilt bakımı	10	14.08	6	4.88	16	8.24	p<0.05*
-Stoma bakım ürünleri	7	9.86	4	3.25	11	5.67	p<0.05*
-Karşılaşılabileceğiniz sorunlar	7	9.86	14	11.38	21	10.82	p>0.05
-Beslenme	8	11.27	32	26.01	40	20.62	p<0.05*
-Günlük yaşam aktiviteleri	0	0.0	12	9.76	12	6.19	p<0.05*
-İlaç kullanımı	9	12.68	8	6.50	17	8.76	p>0.05
-Cinsel yaşam	6	8.45	8	6.50	14	7.22	p>0.05

\* 0.05 düzeyinde farklılık vardır.

<sup>1</sup>Satırlar toplamı değerlendirilmiştir.

<sup>2</sup>Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.5'te çalışmaya katılan, deney ve kontrol grubunda bulunan bireylerin hastanedeki ve 3 hafta sonraki öz-bakım gücü puanları gruplandırılmıştır. Deney grubundaki bireylerin %96.9'unun hastanedeki öz-bakım gücü puanı orta düzeyde (65-100) iken eğitim sonrasında yine bireylerin %96.9'unun aynı düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin %93.8'inin öz-bakım gücü orta (65-100) düzeyde iken bireylerin tamamının (%100.0) 3 hafta sonraki öz-bakım gücü orta düzeyde (65-100) bulunmuştur.

**Tablo 4.5. Çalışma Grubundaki Bireylerin İlk ve Son Görüşmedeki Öz-bakım Gücü Düzeyleri**

	İlk görüşme (Hastanede)				Son görüşme (3 hafta sonra)			
	Deney grubu		Kontrol grubu		Deney grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kötü (24-64)	0	0.0	2	6.2	0	0.0	0	0.0
Orta (65-100)	31	96.9	30	93.8	<b>31</b>	<b>96.9</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>
İyi (101-112)	1	3.1	0	0.0	<b>1</b>	<b>3.1</b>	0	0.0
Çok iyi (113-140)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Toplam</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>

Çalışma grubundaki bireylerin ilk görüşme ve son görüşmedeki öz-bakım gücü puanları tablo 4.6'da verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin son görüşmedeki öz-bakım gücü puanları arasında ileri düzeyde önemli farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.6. Çalışma Grubundaki Bireylerin İlk ve Son Görüşmedeki Öz-bakım Gücü Puanları**

	Deney grubu		Kontrol grubu		İstatistiksel Analiz <sup>1</sup>
	Medyan±SE	Min-Max	Medyan±SE	Min-Max	
<b>İlk görüşme</b> (Hastanede)	71.50±1.78	65.00-112.00	72.07±1.35	61.00-91.00	U=498.00 p>0.05
<b>Son görüşme</b> (3 hafta sonra)	87.00±1.48	72.00-107.00	74.00±1.22	69.00-92.00	U=137.00 <b>p&lt;0.001</b>

<sup>1</sup>Mann-Whitney U testi

Çalışma grubundaki bireylerin ilk görüşme ve son görüşmedeki bilgi puanları tablo 4.7'de verilmiştir. Deney ve kontrol grubunun son görüşmedeki (3 hafta sonra) bilgi puanları arasında ileri düzeyde önemli farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.7. Çalışma Grubundaki Bireylerin İlk ve Son Görüşmedeki Bilgi Puanları**

	Deney grubu		Kontrol grubu		İstatistiksel Analiz <sup>1</sup>
	Medyan±SE	Min-Max	Medyan±SE	Min-Max	
<b>İlk görüşme</b> (Hastanede)	4.00±0.78	1.00-15.00	5.00±0.70	3.00-15.00	U=371.00 p>0.05
<b>Son görüşme</b> (3 hafta sonra)	14.00±0.43	9.00-19.00	7.50±0.70	5.00-19.00	U=209.00 <b>p&lt;0.001</b>

<sup>1</sup> Mann-Whitney U testi

Tablo 4.8 'de çalışma grubundaki bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile ilk ve son görüşmedeki öz-bakım gücü puanları verilmiştir. İlk görüşme ve son görüşmede deney grubundaki bireylerden yaş gruplarına göre en yüksek öz-bakım gücü puanı 56 ve üstü yaştaki bireylere (79.33±14.88) aittir. Kontrol grubunda ise 36-45 yaş grubu aralığındaki bireylerin ilk (75.50±7.69) ve son görüşmedeki (79.00±7.13) öz-bakım gücü puanları diğer yaş gruplarından yüksek bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin ilk ve son görüşmede yaş gruplarına öz-bakım gücü puanları arasında farklılık saptanmamıştır. Cinsiyetlere göre öz-bakım gücü puanları incelendiğinde; ilk ve son görüşmede cinsiyetlere göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Son görüşmede deney grubundaki erkeklerin öz-bakım gücü puanı (90.68±9.05) yüksek iken, kontrol grubunda kadınların öz-bakım gücü (80.54±7.51) puanı yüksek bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki bireylerden üniversite mezunu olan bireylerin son görüşmedeki öz-bakım gücü puanları ortaokul ve lise mezunu olan bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Buna rağmen deney ve kontrol grubu bireylerin eğitim durumlarına göre öz-bakım gücü puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Deney grubuna dahil olup çalışan ve çalışmayan bireylerin son görüşmedeki öz-bakım gücü puanları birbirine yakın bulunmuştur (89.62±6.73, 89.12±9.01). Kontrol grubundaki çalışmayan bireylerin son görüşmedeki öz-bakım gücü puanları çalışanlardan daha yüksek bulunmuş (77.90±7.41) olup aralarında anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.8. Çalışma Grubundaki Bireylerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Öz-Bakım Gücü Puanları**

	İlk görüşme (Hastanede)		Son görüşme (3 hafta sonra)	
	Deney grubu	Kontrol grubu	Deney grubu	Kontrol grubu
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
<b>Yaş</b>				
36-45	70.50±3.17	75.50±7.69	88.40±6.36	79.00±7.13
46-55	74.53±8.72	70.54±8.17	89.61±8.66	75.09±7.06
56 +	79.33±14.88	74.55±6.67	89.66±10.67	76.44±6.46
<b>İstatistiksel analiz</b>	F=1.932 p>0.05	F=1.331 p>0.05	F=0.07 p>0.05	F=0.006 p>0.05
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	72.00±4.89	77.2±7.81	86.10±5.98	80.54±7.51
Erkek	75.81±11.60	71.57±7.01	90.68±9.05	75.04±5.92
<b>İstatistiksel analiz</b>	t=-0.994 p>0.05	t=0.427 p>0.05	t=-1.094 p>0.05	t=0.63 p>0.05
<b>Eğitim düzeyi</b>				
Ortaokul	70.66±5.88	72.57±10.96	84.71±8.84	76.16±3.68
Lise	71.95±11.65	76.33±4.92	89.38±5.39	75.28±9.27
Üniversite	83.60±2.06	69.25±5.81	96.50±5.90	84.8±3.31
<b>İstatistiksel analiz</b>	F=1.018 p>0.05	F=1.03 p>0.05	F=2.805 p>0.05	F=2.866 p>0.05
<b>Çalışma durumu</b>				
Evet	75.62 ±10.40	71.20±7.43	89.62±6.73	74.80±5.41
Hayır	74.29±10.16	74.59±7.72	89.12±9.01	77.90±7.41
<b>İstatistiksel analiz</b>	t=0.319 p>0.05	t=-,509 p>0.05	t=0.143 p>0.05	t=-,865 p>0.05

Çalışma grubundaki bireylerin hastalık öyküsü ve cerrahi girişime ait özelliklerine göre ilk ve son görüşmedeki öz-bakım gücü puanlarına ait veriler tablo 4.9’da verilmiştir. Deney grubundaki ameliyat öncesi bilgi almayan bireylerin eğitimden sonraki (son görüşme) öz-bakım gücü puanı ortalaması (91.88±8.16), bilgi alan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasından (88.21±8.44) yüksek bulunmuş olup aralarında anlamlı fark yoktur (p>0.05). Kontrol grubunda da ameliyat öncesi bilgi almayan ve alan bireylerin öz-bakım gücü puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05). Deney grubundaki ek

bir kronik hastalığı (HT, KOAH, DM, kalp hastalıkları) olan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması (79.21±10.16), kronik hastalığı olmayanların puanından (89.27±7.05) düşük olup; aralarında önemli düzeyde fark bulunmaktadır (p<0.05).

Çalışmaya katılan bireyler tümör/kanser, enfeksiyona bağlı nedenlerle ameliyat olmuşlar ve bireylere kalıcı olarak ileostomi ve kolostomi açılmıştır. Deney ve kontrol grubundaki ileostomili bireylerin öz-bakım gücü puanları ilk ve son görüşmede kolostomili bireylerden yüksek bulunmuş fakat her iki grupta da yapılan ameliyat türüne göre puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 4.9. Çalışma Grubundaki Bireylerin Hastalık Öyküsü ve Cerrahi Girişime Ait Bazı Özelliklerine Göre Öz-Bakım Gücü Puanları**

	İlk görüşme (Hastanede)		Son görüşme (3 hafta sonra)	
	Deney grubu	Kontrol grubu	Deney grubu	Kontrol grubu
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
<b>Mevcut kronik hastalık</b>				
Var	77.57±12.63	73.52±7.24	79.21±10.16	76.11±6.89
Yok	72.33±7.08	73.53±8.40	89.27±7.05	77.86±7.06
<b>İstatistiksel analiz</b>	t=1.488 p>0.05	t=1.114 p>0.05	t=9.35 <b>p&lt;0.05</b>	t=-0.21 p>0.05
<b>Yapılan ameliyat türü</b>				
İleostomi	75.43±12.53	74.5±7.57	90.31±9.58	77.93±6.40
Kolostomi	73.81±7.14	72.56±7.91	88.18±7.17	75.93±7.46
<b>İstatistiksel analiz</b>	t=0.450 p>0.05	t=0.798 p>0.05	t=0.710 p>0.05	t=0.837 p>0.05
<b>Ameliyat öncesi bilgi alma</b>				
Evet	75.73±11.32	73.04±7.79	88.21±8.44	76.26±7.21
Hayır	71.77±5.28	74.77±7.69	91.88±8.16	78.66±6.12
<b>İstatistiksel analiz</b>	t=1.000 p>0.05	t=0.447 p>0.05	t=-1.116 p>0.05	t=-1.113 p>0.05

Tablo 4.10’da çalışma grubundaki bireylerin sosyal destek algılarına göre ilk ve son görüşmedeki öz-bakım gücü puanları verilmiştir. Deney grubundaki hastaneden sosyal destek aldığını ifade eden bireylerin eğitimden 3 hafta sonraki öz-bakım gücü puan ortalaması (90.00±8.12), sosyal destek almadığını ifade eden bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasından (86.57±9.48) yüksek bulunmuş olup aralarında anlamlı farklılık yoktur ( $p>0.05$ ). Kontrol grubundaki hastaneden destek aldığını ifade eden bireylerin hem hastanedeki öz-bakım gücü puan ortalaması (76.50±7.61) hem de son görüşmedeki öz-bakım gücü puan ortalaması (79.50±7.34) herhangi bir kurum/kuruluştan destek almadığını ifade eden bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamalarından yüksek olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin tümü ailesinden sosyal destek aldığını ifade ederken; son görüşmede deney grubunda akrabalarından destek alan bireylerin, kontrol grubunda ise arkadaşlarından destek alan bireylerin öz-bakım gücü puanları daha yüksek olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.10. Çalışma Grubundaki Bireylerin Sosyal Destekten Algılarına Göre Öz-Bakım Gücü Puanları**

	İlk görüşme (Hastanede)		Son görüşme (3 hafta sonra)	
	Deney grubu	Kontrol grubu	Deney grubu	Kontrol grubu
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
<b>Sosyal destek alınan kişiler <sup>1</sup></b>				
Aile	74.62±10.07	73.53±7.68	89.25±8.40	76.93±6.91
Akraba	83.25±10.17	71.50±9.38	87.50±8.38	75.12±7.10
Arkadaş	76.55±8.97	75.33±7.22	83.88±3.14	78.00±6.90
<b>İstatistiksel analiz</b>	F=1.230 p>0.05	F=3.131 p>0.05	F=1.335 p>0.05	F=2.291 p>0.05
<b>Kurum ve kuruluşlardan destek alma</b>				
Evet	74.76±10.43	76.50±7.61	90.00±8.12	79.50±7.34
Hayır	74.14±9.40	68.58±4.83	86.57±9.48	72.66±3.14
<b>İstatistiksel analiz</b>	t=0.141 p>0.05	t=2.064 p>0.05	t=0.953 p>0.05	t=2.973 p>0.05

<sup>1</sup>Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çalışma grubundaki bireylerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile ilk ve son görüşmedeki bilgi puanları tablo 4.11'de verilmiştir. Deney grubundaki bireylerden ilk görüşmedeki en yüksek bilgi puanı ( $7.00 \pm 4.50$ ) 56 ve üstü yaştaki bireylere ait iken eğitimden 3 hafta sonraki en yüksek bilgi puanı ( $14.69 \pm 2.81$ ) ise 46-55 yaş grubundaki bireylere ait olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Deney grubundaki bireylerin ilk ve son görüşmedeki bilgi puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Kontrol grubunda ise 36-45 yaş grubu aralığındaki bireylerin hastanedeki bilgi puanları en yüksek olup ( $8.00 \pm 4.70$ ), 3 hafta sonraki en yüksek bilgi puanının ( $11.08 \pm 5.03$ ) da aynı gruba ait olduğu sonucuna ulaşılmıştır fakat kontrol grubundaki bireylerin de yaş gruplarına göre öz-bakım gücü puanları arasında fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Cinsiyetlere göre bilgi puanları incelendiğinde; eğitim öncesi deney grubundaki kadınların bilgi puanları yüksek iken ( $7.90 \pm 5.48$ ), eğitim sonrasında erkeklerin bilgi puanları kadınlardan daha yüksek bulunmuş ( $14.77 \pm 1.68$ ) olup anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Kontrol grubunda ise kadınların hastanedeki ( $6.81 \pm 4.30$ ) ve 3 hafta sonraki ( $10.27 \pm 5.12$ ) bilgi puanları erkeklerden yüksek olarak bulunmuş olmasına rağmen aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Deney ve kontrol grubundaki üniversite mezunu olan bireylerin ilk ve son görüşmedeki bilgi puanları ortaokul ve lise mezunu olan bireylerden daha yüksektir. Deney grubunda ilk görüşmedeki bilgi puanları eğitim düzeylerine göre farklılık göstermezken; son görüşmede aralarında ileri düzeyde önemli fark saptanmıştır ( $p < 0.001$ ). Kontrol grubunun ise ilk ve son görüşmedeki bilgi puanları eğitim düzeylerine göre farklılık göstermektedir ( $p < 0.001$ ).



**Tablo 4.11. Çalışma Grubundaki Bireylerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bilgi Puanları**

	İlk görüşme (Hastanede)		Son görüşme (3 hafta sonra)	
	Deney grubu	Kontrol grubu	Deney grubu	Kontrol grubu
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
<b>Yaş</b>				
36-45	4.80±5.00	8.00±4.70	14.00±2.40	11.08±5.03
46-55	5.46±4.09	5.09±2.58	14.69±2.81	8.27±3.71
56 +	7.00±4.50	6.55±4.06	13.88±2.02	8.44±4.71
<b>İstatistiksel analiz</b>	F=0.592 p>0.05	F=0.790 p>0.05	F=0.350 p>0.05	F=0.392 p>0.05
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	7.90±5.48	6.81±4.30	13.10±3.41	10.27±5.12
Erkek	4.68±3.59	6.47±3.90	14.77±1.68	8.90±4.33
<b>İstatistiksel analiz</b>	t=-1.470 p>0.05	t=1.479 p>0.05	t=1.697 p>0.05	t=-2.44 p>0.05
<b>Eğitim düzeyi</b>				
Ortaokul	7.28±4.71	6.16±4.53	11.14±1.67	8.6±3.38
Lise	4.71±3.53	5.09±2.27	14.76±1.67	7.76±3.40
Üniversite	8.00±7.52	13.4±1.14	17.00±1.63	17.0±1.87
<b>İstatistiksel analiz</b>	F=1.549 p>0.05	F=10.28 p<0.001	F=18.574 p<0.001	F=9.887 p<0.001

Tablo 4.12’de çalışma grubundaki bireylerin hastalık öyküsü ve cerrahi girişime ait bazı özellikleri ile ilk ve son görüşmedeki bilgi puanları karşılaştırılmaktadır. Deney grubuna dahil olup kronik hastalığı olan ve olmayanların ilk görüşmedeki bilgi puanları birbirine yakın düzeyde (5.78±4.11, 5.61±4.80) iken eğitim sonrasında, kronik hastalığı olan bireylerin bilgi puan ortalaması daha yüksek olarak bulunmuştur fakat aralarında anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır (p>0.05). Kontrol grubuna dahil olup kronik hastalığı olmayan bireylerin ise ilk görüşme (7.00±4.62) ve son görüşmedeki bilgi puan ortalaması (10.26±4.75) kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olarak bulunmuş olmasına rağmen aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05). Çalışmaya katılan bireyler tümör/kanser ve enfeksiyona bağlı nedenlerle ameliyat olmuşlar ve bireylere kalıcı olarak ileostomi ve kolostomi açılmıştır. Deney grubundaki bireylerin yapılan ameliyat

türüne (ileostomi, kolostomi) göre bilgi puanları arasında anlamlı fark saptanmamış olup, aynı şekilde kontrol grubundaki bireylerin yapılan ameliyat türüne (ileostomi, kolostomi) göre bilgi puanları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Ameliyat öncesi bilgi alan ve almayan bireylerin ilk ve son görüşmedeki bilgi puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Çalışmaya katılan deney ve kontrol grubuna dahil olan bireylerin tümü ameliyatları sonrası bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Son görüşmedeki deney grubundaki bireylerin bilgi puanı ortalamaları ( $14.25\pm 2.43$ ) kontrol grubunun bilgi puanı ortalamasından ( $9.37\pm 4.58$ ) yüksek bulunmuştur.

**Tablo 4.12. Çalışma Grubundaki Bireylerin Hastalık Öyküsü ve Cerrahi Girişime Ait Bazı Özelliklerine Göre Bilgi Puanları**

	İlk görüşme (Hastanede)		Son görüşme (3 hafta sonra)	
	Deney grubu	Kontrol grubu	Deney grubu	Kontrol grubu
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
<b>Kronik hastalık</b>				
Var	5.78±4.11	6.23±3.41	13.71±2.23	8.58±4.41
Yok	5.61±4.80	7.00±4.62	14.66±2.56	10.26±4.75
<b>İstatistiksel analiz</b>	t=-1.41 p>0.05	t=,198 p>0.05	t=0.108 p>0.05	t=-1.626 p>0.05
<b>Yapılan ameliyat</b>				
İleostomi	6.18±4.63	6.68±4.31	13.43±2.70	10.0±4.76
Kolostomi	5.18±4.33	6.50±3.75	15.06±1.87	8.75±4.64
<b>İstatistiksel analiz</b>	t=-1.973 p>0.05	t=0.561 p>0.05	t=0.630 p>0.05	t=-,169 p>0.05
<b>Ameliyat öncesi bilgi alma</b>				
Evet	6.13±4.67	6.65±3.79	14.34±2.30	9.13±4.18
Hayır	4.55±3.81	6.44±4.66	14.00±2.87	10.0±5.78
<b>İstatistiksel analiz</b>	t=.350 p>0.05	t=0.759 p>0.05	t=0.898 p>0.05	t=-2.120 p>0.05

Tablo 4.13'te çalışma grubundaki bireylerin sosyal destek algılarına göre ilk ve son görüşmedeki bilgi puanlarını verilmiştir. Deney grubunda hastaneden sosyal destek aldığını ve almadığını ifade eden bireylerin eğitimden 3 hafta sonraki bilgi puanı ortalamaları birbirine yakın düzeyde bulunmuştur (14.12±2.43, 14.71±2.56). Kontrol grubuna dahil olan bireylerden hastaneden sosyal destek aldığını ifade edenlerin bilgi puanı ortalaması (10.75±5.29), destek almadığını ifade eden bireylerin bilgi puan ortalamasından (7.08±1.31) yüksek olarak bulunmuş olup aralarında anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ). Son görüşmede kontrol grubundaki bireylerin bilgi puanları birbirine yakın bulunmuştur. Deney grubunda akrabalarından destek aldıklarını ifade edenlerin bilgi puanları en yüksek olarak bulunmuş olup aileden destek alanların bilgi puanına yakındır.

**Tablo 4.13. Çalışma Grubundaki Bireylerin Sosyal Destek Algılarına Göre Bilgi Puanları**

	İlk görüşme (Hastanede)		Son görüşme (3 hafta sonra)	
	Deney grubu	Kontrol grubu	Deney grubu	Kontrol grubu
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
<b>Sosyal destek alınan kişiler <sup>1</sup></b>				
Aile	5.68±4.44	6.59±3.98	14.25±2.43	9.37±4.58
Akraba	4.25±1.89	6.62±4.34	14.75±0.95	9.37±4.53
Arkadaş	5.22±3.86	7.41±4.31	12.88±2.47	9.91±4.88
<b>İstatistiksel analiz</b>	F=0.539 p>0.05	F=0.736 p>0.05	F=2.416 p>0.05	F=0.267 p>0.05
<b>Kurum ve kuruluşlardan destek alma</b>				
Evet (Hastane)	5.24±4.10	7.75±4.60	14.12±2.43	10.75±5.29
Hayır	7.28±5.59	4.66±1.23	14.71±2.56	7.08±1.31
<b>İstatistiksel analiz</b>	t=-0.564 p>0.05	t=2.04 p>0.05	t=-1.709 p>0.05	t=2.972 p>0.05

<sup>1</sup>Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Öz-bakım gücü ve bilgi puanları arasındaki korelasyonu incelediğimizde deney grubundaki bireylerin ilk görüşmedeki bilgi puanları ve öz-bakım gücü puanları arasında ilişki bulunmazken ( $r=-0.05$ ,  $p>0.05$ ); son görüşmede aralarında çok önemli düzeyde ilişki saptanmıştır. ( $r=0.466$ ,  $p<0.01$ ).

## 5. TARTIŞMA

Stoma cerrahisi, var olan bir patalojiyi ortadan kaldırmak ve hastanın durumunu iyileştirmek amacı taşımaktadır. Stoma açılması, stomayı ilk gördükleri andan itibaren bireyleri etkilemekte; bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal açılardan sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir (Vural & Erol, 2013). Stoma cerrahisi sonrasında; öz-bakım, beden imajı, sosyal destek, psiko-sosyal destek gibi faktörler hastanın uyumunu etkileyebilmektedir (Piwonka & Merino, 1999).

Bu çalışmada kalıcı abdominal stoma (kolostomi ve ileostomi) açılan bireylerin cerrahi sonrası yaşayabilecekleri sorunları da içine alan bir eğitim verilerek, eğitimin öz-bakım güçlerine etkisi araştırılmış, elde edilen bulgular bu bölümde literatür bilgisi dahilinde tartışılmıştır.

Literatürde farklı nedenler (kolorektal kanser, tümör, divertikülit, obstrüksiyon, travma, inflamatuvar barsak hastalıkları) stoma (kolostomi, ileostomi) endikasyonu olarak belirtilmektedir (A Guide to Living with a Colostomy, 2005; A Guide to Living with a Ileostomy, 2005; Bak, 2008; Strode, 2009). Çalışmamızda da hastalara stoma açılma nedenleri arasında kanser/tümör (%75.0) ve enfeksiyon (%25.0) yer almaktadır. Alpar ve ark. (1999), bizim çalışmamıza yakın oranlarda kanser ve tümöre bağlı (%72.2), enfeksiyon ve travmaya bağlı (%27.8) stoma açılmış olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Alpar, Sabuncu & Karabacak, 1999). Karabulut ve ark. (2012) en çok tümörlere bağlı (%51.74) stoma endikasyonu saptamış olup, bizim bulgumuzdan düşüktür. Aynı çalışmada enfeksiyona bağlı stoma açılma oranı da çalışmamızdan düşük olarak bulunmuştur (%6.96). (Karabulut, et. al, 2012). Bilindiği gibi kolorektal kanserler vb. gibi durumlar genetik geçişli olmaktadır (Mutlu, 2006). Çalışma grubumuzdaki bireylerin daha önceden ailelerinde stoma açılması ile ilgili bir deneyimleri olmadığını iletmiş olmaları, tüm kolorektal cerrahilerde stoma açılmamasına bağlanabilir.

Türkiye'de 2011 Halk Sağlığı Kurumu'nun verilerine göre erkeklerdeki kolorektal kanser/hastalık insidansı (%26.3) kadınlardan daha fazladır (%15.3) (saglikbakanligi.com, 2013). Çalışmamıza katılan hastaların yarısından fazlasını (% 67.2) erkek hastalar oluşturmuş olup bu verileri desteklemektedir. Ülkemizde Çavdar (1999)'ın çalışmasında bu

oran (%73.3) çalışmamızdan yüksek bulunurken, Üstündağ ve Zengin (2008), Karabulut ve ark. (2012) daha düşük oranlar (%57, %60.0) saptamışlardır. Kanselerin türleri ve insidansları farklı ülkelere göre farklılık gösterebilmektedir. Yapılan farklı çalışmalarda bireylerin yarısından fazlasını erkekler oluşturmakta olup oranlar (%60.94, %57) çalışmamızdan biraz düşüktür (Lo et al., 2011; Kingsley et al., 2007) Ito ve Kazuma (2005)'nin çalışmasında ise stomalı bireylerin %72'sini erkekler oluşturmaktadır.

Stoma cerrahisi her yaştan bireye uygulanabilmektedir (Boyacı et al., 1999; Yıldız, 2011; Karabulut, et al., 2012). Çalışmamızın yaş ortalaması  $50.81 \pm 6.78$ 'dir. Bulgumuz Hastalık Kontrol Merkezinin (CDC-Centers for Disease Control and Prevention) 50 yaşın üzerindeki bireylerin kolorektal hastalık açısından risk grubu olduğu bilgisi ile uyumludur (CDC, 2013). Üstündağ ve Zengin (2008)'in yaptığı çalışmadaki yaş ortalaması ( $53 \pm 11$ ) çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Çalışmamızda 65 yaş üstü bireylerin örneklemini oluşturması bu ortalamayı etkilemiş olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Dünya nüfusunun 2/3 'si solunum ve dolaşım sistemi hastalıkları, kanser ve diyabet gibi kronik hastalıklardan yaşamını kaybetmektedir (WHO, 2010). Çalışmamıza katılan bireylerin %48.4'ünde kronik hastalıklar bulunmakta olup en fazla orana sahip hastalık hipertansiyondur (%52.63). Çalışmamıza katılan bireylerdeki diğer hastalıklar da DM (%26.3), KOAH (%13.16) ve kalp hastalıkları (%7.9) olarak bulunmuştur. Stomalı bireylerle yapılan bir çalışmada bireylerin %36.3'ünde ek bir kronik hastalık olduğu saptanmıştır (Marguis, Merrel, & Jambon, 2003). Addis (2003) 'in çalışmasında stomalı bireylerde en çok görülen hastalıklar hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalıkları olduğu belirtilmektedir. Bulgularımız, araştırma sonuçları ile uyum göstermektedir.

Yapılacak uygulamalar hakkında hastanın bilgilendirilmesinin ve eğitilmesinin hastalığı kabullenme, kendisi hakkında karar verebilme ve öz-bakımını gerçekleştirmede etkili bir yere sahip olduğu literatürde belirtilmektedir (Çavdar,1999; Black, 2009; Lo et al, 2011) Çalışmamızda, ameliyat öncesi dönemde hastaların %71.9'unun bilgilendirildikleri, bilgilendirilen hastaların %34.78'inin bu bilgilendirmeyi yeterli bulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çavdar (1999)'ın stomalı bireylerle yaptığı çalışmasında ameliyattan önce hastaların bilgilendirilme oranı (%80.0) bizim oranımızdan yüksek bulunmuş olup bu bilgilendirmeyi hastalar "bilgilendirme yapıldı" (%70.0) ve "çok az bilgilendirme yapıldı"

(%10.0) şeklinde değerlendirmişlerdir. Çalışmamızda ameliyat öncesi bilgilendirmenin çoğunluğu (%76.08) doktorlar tarafından yapılmış olup hemşirelerin bilgilendirme yapma oranları daha düşük (%23.91) bulunmuştur. Mutlu (2006)'nun çalışmasında ameliyat öncesi bilgilendirme yapılan bireylerin (%79.3) tümü (%100.0) doktorlar tarafından bilgilendirilmiş olup bu durum, doktorların ameliyat öncesi bilgilendirmede daha etkin olduğu konusunda çalışmamızı destekler niteliktedir.

Ameliyat sonrası dönemde hastaların bilgilendirilme durumlarını incelediğimizde; çalışmamıza katılan bireylerin tümünün stoma hakkında bilgilendirildiği sonucuna ulaşılmış olup bu bulgu hastalar adına yararlıdır; fakat hastaların büyük çoğunluğunun (%75.0) ameliyat sonrası yapılan bilgilendirmeyi yetersiz bulmuş olması düşündürücüdür. Gürkan ve ark. (1999)'nın yaptığı çalışmada ameliyat sonrası bilgilendirilme oranı (%91.1) bizim çalışmamızdaki orana yakın bulunurken, Mutlu (2006)'nun çalışmasında bu oran %60.3 olup daha düşüktür. Ameliyat sonrası bilgilendirmede çok farklı oranların bulunmasının nedenleri; sağlık çalışanlarının sayılarındaki dağılım eşitsizliği, stoma bakım/tedavi girişimlerindeki görev dağılımı ve stoma bakımında sorumluluk almayı istememe ve farklı bakış açıları olarak düşünülebilir. Kanan ve ark.(1999)'nın sağlık çalışanlarının stomaya bakışlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastanın stoma hakkında bilgilendirilmesinde doktorların %44.1 'i bu bilgilendirmeyi doktorların yapması gerektiğini, hemşirelerin %48.8'inin de bilgilendirmede kendilerinin sorumlu olduklarını belirtmişlerdir. Stoma hakkında bilgilendirmenin stoma ürünleri firma elemanlarınca yapılması gerektiğini ileten çalışanların oranı ise %14.61'dir. Bu durum hastanın profesyonel kişilerce eğitilmesi gerektiği durumunun sağlık çalışanları tarafından desteklediğini göstermektedir. Çalışmamızda ise ameliyat sonrası hastalar %62.35 oranında firma elemanları tarafından bilgilendirilmekte olup bu oran hemşire ve doktorlardan daha yüksektir. Mutlu (2006)'nun çalışmasında bilgilendirilen bireylerin %11.4'üne bilgi doktor tarafından, %88.6'sına firma elemanı tarafından verildiği belirlenmiş olup hastalar ameliyattan sonra hemşireler tarafından bilgilendirilmediklerini iletmışlerdir. Çalışmamızdan farklı olarak, Karadağ ve ark.(2003) stomalı bireylerin çoğunluğunun (%49.2) hemşireler tarafından, %36.1'inin firma elemanları tarafından bilgilendirilmiş olduklarını saptamışlardır. Bu farklı oranların nedenleri çalışmaların yapıldığı evrenlerin farklılığı ve stomaterapi hemşirelerinin bulunma durumuna

bağlanabilir. Tüzer (2007)'in çalışmasında stomaterapi ünitesinden destek alan hastaların bilgilendirilme oranları %17 olarak bulunurken, hastaların %61.7 oranında da firma elemanlarınca bilgilendirildiklerini iletmeleri hastaların stomaterapi ünitelerden yeterli danışmanlık almadıklarını da bize göstermektedir.

Çalışmamıza dahil olan hastaların büyük çoğunluğu (%87.5) evlidir ve stomalı evli bireyler yapılan cerrahi işleme ya da eş uyumuna bağlı olarak cinsellikle ilgili problemler yaşayabilmektedirler (Black, 2004; Kılıç et al.,2007; Çavdar & Özbaş, 2008). Bu nedenle stoma cerrahisi sonrası tüm bireylerin, stoma ile cinsel yaşam hakkında bilgilendirilmesi, bireylerin hastalık öncesi yaşamlarına daha kısa sürede dönmelerine yardımcı olması bakımından önemlidir (Ayaz, 2008). Çalışmamızda stomalı bireylerin ameliyat öncesi ya da sonrası cinsellikle ilgili bilgilendirilme oranı %21.87 olarak bulunmuş olup, bu konuyla ilgili bir çalışmaya ulaşamamıştır. Bu durum bize cinselliğin, sağlık personelinin üzerinde az durduğu bir konu olduğunu göstermektedir.

Stoma açılmasına bağlı bireylerde günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma, ev işlerini yapmada zorlanma gibi sorunların da görülebileceği literatürde belirtilmektedir. (Mutlu, 2006; Engel et al, 2003; Dabirian et al, 2011) Çalışmamızı oluşturan hastaların yarısından fazlası (%56.25) emekli olup, %17.18'si ev hanımıdır ve çoğunluğu (%71.9) çalışmamaktadır. Bu nedenle sosyal hayatlarını eskisi gibi sürdürmede zorlanma yaşayabilecekleri dikkate alınarak ameliyat sonrası dönemde hastalar bu konularda daha dikkatli bir şekilde bilgilendirilmelidirler. Gürkan ve ark.(1999)'nın çalışmasında, çalışmaya katılan stomalı bireylerden sadece %8.5'i günlük aktiviteler hakkında bilgilendirildiklerini ifade ederken, bizim çalışmamızda günlük aktiviteler hakkında bilgilendirilen hastaların oranı daha yüksek bulunmuştur (%18.75). Günlük yaşam aktiviteleri yanında sosyal yaşam, seyahat etme, denize girme, ibadet etme gibi konularında sorunlar yaşayabildikleri bilinen hastalara verilen eğitimlerin bu konuları içermesi büyük önem taşımaktadır.

Yapılan bir çalışmada hastaların en çok beslenme ve basit stoma anatomisi hakkında bilgi sahibi olmak istedikleri sonucuna ulaşılmıştır (Gao, 2012). Çalışmamızda beslenme ile ilgili bilgi alan hastaların oranı ise daha yüksek (%62.5) bulunmuş olup, stomanın işleyişi ve gelen içeriğin özellikleri (%40.6), stoma açılmasını gerektiren durumlar (%31.3)

hakkında hastaların bilgilendirildikleri sonucuna ulaşılmıştır. Gürkan ve ark.(1999) stomalı hastaların yarıya yakınınının (%42.5) beslenme hakkında bilgilendirildiği, gastrointestinal sistemin anatomik yapısı ve stomanın işleyişi ile ilgili hiçbir hastanın bilgilendirilmediği sonucuna ulaşmışlardır. Çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki bireylerin beslenme, hakkında bilgilendirilme durumları arasında fark bulunması ( $p<0.05$ ), ameliyat sonrası rutin bir bilgilendirmenin olmadığını göstermektedir.

Bireylerin kendi sorumluluklarını yerine getirebilme yeterliliği olan öz- bakım gücü; yaş, cinsiyet, gelişimsel durum, çevre, sosyo-ekonomik durum, hastalık, aile, sosyal destek gibi etmenlerden etkilenebilmektedir (Veliöglü, 1999). Bu açılarından çalışma bulguları değerlendirildiğinde; farklı yaş gruplarındaki bireylerin farklı öz-bakım gücü puanlarına sahip olduğunu görmekteyiz. Çalışmamızı bu açıdan değerlendirdiğimizde, farklı yaş grubundaki bireylerin öz-bakım gücü puanlarının orta düzeyde olup birbirine yakın olduğu sonucuna ulaşmaktayız. Ayrıca, deney grubundaki 56 yaş ve üstü bireylerin eğitimden 3 hafta sonraki öz-bakım gücü düzeyleri ( $89.66\pm 10.67$ ) diğer yaş grubundaki bireylerden ( $88.40\pm 6.36$ ,  $89.61\pm 8.66$ ) daha yüksek olarak bulunmuştur. Artan yaşa bağlı gelişimsel öz-bakım gereksinimlerinin arttığını düşündüğümüzde bireylerin bu sorumluluğa sahip olduklarını söyleyebiliriz. Çalışmamızda farklı yaş gruplarına göre öz-bakım gücü puanlarında farklılık saptanmamış ( $p>0.05$ ) olup bu sonuç Tuncay (2010)'ın çalışmasına benzerdir.

Bireyler sahip oldukları hastalık, hastalığın özelliği ve sürece göre farklı öz-bakım gücüne sahip olabilmektedirler (Kars, 2004; Mutlu, 2006). Çalışmamızda, deney grubunu oluşturan kadınların hastanedeki ( $72.00\pm 4.89$ ) ve eğitimden 3 hafta sonraki ( $86.10\pm 5.98$ ) öz-bakım gücü puanları erkeklerden ( $75.81\pm 11.6$ ,  $90.68\pm 9.05$ ) daha düşük olarak bulunmuştur. Kars (2004) 'ın çalışmasında deney grubundaki kadınların hastanedeki öz-bakım gücü puanı erkeklerden yüksek iken; eğitimden 3 hafta sonra erkeklerden daha düşük olarak bulunmuştur. Büyükkaya (2006)'nın çalışmasında sirozlu erkek hastaların öz-bakım gücü puanı kadınlardan daha düşük olarak bulunmuştur. Çalışmamızda cinsiyete göre öz-bakım gücü puanları arasında anlamlı fark bulunmamış olup ( $p>0.05$ ) Yurtsever ve Kuyurtar (2005), Kars(2004), Tuncay(2010)'ın bulguları çalışmamızı desteklemektedir. Bu farklılıkların aile içi sorumlulukların dağılımından ve farklı eğitim düzeylerinden kaynaklandığı düşünülebilir.



Çalışmamızda deney grubundaki bireylerin eğitimden 3 hafta sonraki öz-bakım gücü puanları eğitim düzeylerine göre değerlendirildiğinde üniversite mezunu olan bireylerin öz-bakım gücü puanı ( $84.8 \pm 3.31$ ), lise ( $75.28 \pm 9.27$ ) ve ortaokul mezunu ( $76.16 \pm 3.68$ ) olanlardan daha yüksek olarak bulunmuş olup aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Çalışmamıza benzer şekilde Ricka ve Evers (2004), Tuncay (2010) çalışmalarında eğitim düzeyinin öz-bakım gücünü etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır ( $p > 0.05$ ). Bakoğlu ve Yetkin (2000), Kao ve Ku (1997) çalışmalarında artan eğitim düzeyi ile birlikte öz-bakım gücünün arttığını saptamışlardır. Sağlığını iyi olarak algılayan bireylerin öz-bakım gücü düzeyleri de yüksek olmaktadır (Mutlu, 2006). Bu açıdan bakıldığında eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin de sağlıklarını daha olumlu algıladıkları düşünülebilir.

Sosyal destek, bireyin sağlığını sürdürmesi ve hastalıklarla başedebilme mekanizması geliştirebilmesinde gereklidir (Ardahan, 2006). Gao (2012), çalışmasında arkadaşlardan ve aileden alınan sosyal desteğin diğerlerinden daha etkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Çalışmamızda 3 hafta sonraki deney grubunun bulguları değerlendirildiğinde; ailesinden destek aldığını belirten bireylerin öz-bakım gücü puanları ( $89.25 \pm 8.40$ ) diğerlerine (arkadaş, akraba) göre daha yüksek bulunmuştur. Deney grubunu oluşturan ve hastaneden destek aldığını belirten bireylerin eğitimden 3 hafta sonraki öz-bakım gücü puanı ( $90.00 \pm 8.12$ ), destek almayan bireylerden ( $74.76 \pm 10.43$ ) daha yüksek bulunmuş olup, bu puan aileden destek aldığını belirten bireylerin puanlarına ( $89.25 \pm 8.40$ ) yakındır. Aksel (2010)'in çalışmasında ailesi ile yaşayıp onlardan destek aldığını belirten bireylerin öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılması, Kao ve Ku (1997)'nin sosyal desteğin öz-bakım gücü üzerinde pozitif etkisi olduğu sonucuna ulaşmış olması ( $p < 0.001$ ) çalışmamızı desteklemektedir.

Çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerin (deney grubunda) son görüşmedeki öz-bakım gücü düzeyleri arasında önemli düzeyde farklılık ( $p < 0.05$ ) saptanmış olup bulgumuz Aksel (2010)'in çalışmasına benzerdir. Yaman (2008) ise çalışmasında, ek bir kronik hastalığı olanların öz-bakım gücü düzeylerini daha yüksek saptamıştır. Kronik hastalıkların yaşam şeklinde, günlük yaşam aktivitelerinde, kendilerine bakım düzeylerinde değişikliğe neden olması bakımından öz-bakım gücü üzerinde etkisi olabileceği düşünülebilir.

Bireylerin yaşam biçimlerini, beslenme alışkanlıklarını, aktivitelerini değiştiren stoma cerrahisi yaşam kalitesini de etkilemekte (Vural & Erol, 2013), bu durum öz-bakım gereksinimlerinin de karşılanmasıyla yakından ilişkili olmaktadır (Balcı,2003). Stoması olan bireyler, cerrahi girişim deneyimi, cerrahi sonrası boşaltımda yaşanan değişiklikler, yeni rol ve görevleri nedeniyle öz-bakım gücü desteği duyan bireyler haline gelmektedirler (Black, 2009). Öz-bakım gücünü arttıran faktörlerden biri de eğitimidir (Jaarsma et. al., 1999; Kars,2004). Çalışmamızda deney grubunu oluşturan bireylerin 3 hafta sonraki öz-bakım gücü puanı ( $89.25\pm 8.4$ ) kontrol grubunu oluşturan bireylerin puanından ( $76.93\pm 6.91$ ) daha yüksek olup literatürle uyumludur ( $p<0.001$ ). Eğitimin öz-bakım gücünü arttırdığı sonucuna ulaşan diğer çalışmalar (Jaarsma et. al., 1999; Kars,2004; Kalpalp, 2006; Park & Lee, 2010; Kim, 2011) bulgumuzu destekler nitelikte olup stomalı bireylere verilen eğitimin öz-bakım gücüne etkisinin değerlendirildiği bir çalışma bulunmamaktadır. Bu konuda stomalı bireylere verilen eğitimin olumlu öz-bakım davranışları kazandırdığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Turnbull, 2008; Lo et. al., 2011).

Çalışmamızdaki deney ve kontrol grubundaki bireylerin 3 hafta sonraki öz-bakım gücü puanları arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulunurken ( $p<0.001$ ), öz-bakım gücü puanlarını kötü (24-64), orta (65-100), iyi (101-112), çok iyi (113-140) olarak gruplandırdığımızda deney grubunun çoğunluğunun (%96.9) hastanedeki ve eğitimden 3 hafta sonraki öz-bakım gücü düzeyinin orta (65.00-100.00) düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde kontrol grubundaki bireylerinin öz-bakım gücü düzeylerinin kötü/orta düzeylerde bulunmuş olması; cerrahi geçiren bireylerin öz-bakım gücü düzeylerinde belirgin azalma yaşayabilecekleri ve buna bağlı olarak öz-bakım gücü düzeylerinde artış sağlanması için daha etkili ve tekrarlı eğitim, sonrasında da danışmanlığın gerekli olduğunu bize göstermektedir. Kars (2004)'ın MI sonrası hastalarla yaptığı çalışmasında, deney grubunu oluşturan bireylerin öz-bakım gücü düzeyi orta düzeyde iken, eğitim sonrasında çok iyi düzeye yükseldiği saptanmıştır. Stomalı bireylerle bu konuda yapılan çalışmalar yetersiz olup, öz-bakım gücünü değerlendiren çalışmalara baktığımızda farklı hastalıklara bağlı olarak farklı düzeylerde (orta, iyi, çok iyi) öz-bakım gücü puanları saptanmıştır (Kars,2004; Bakoğlu, & Yetkin 2000).

Öz-bakım davranışları kişinin sahip olduğu bilgidan etkilenmektedir (Lo et al.,2011). Çalışmamızda deney grubundaki bireylerin 3 hafta sonraki öz-bakım gücü ve bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r= 0.466$ ,  $p<0.05$ ). Lo ve ark. (2010), stoma hakkında bilgi sahibi olmanın öz-bakım davranışları üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kars (2004) ise çalışmasında öz-bakım gücü ve bilgi puan düzeyleri arasında bir ilişki saptamamıştır ( $p>0.05$ ).

Çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki bireylerin son görüşmedeki (3 hafta sonra) bilgi puanları eğitim düzeyi yükseldikçe artış göstermektedir ( $p<0.001$ ). Kars (2004) ve Yaman (2008) çalışmamıza benzer sonuçlara ulaşmıştır. Bu durum eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin bilginin önemini kavrama, anlama becerilerinin fazla olabileceğini bize göstermektedir.

Kronik hastalıkların bulunması yaşam kalitesinde düşüşe neden olabileceği gibi bireyler daha fazla öz-bakım gereksinimine ihtiyaç duyabilmektedirler (Balcı,2003). Hastanın yönlendirilmesi ve bilgilendirilmesi bu bakımdan önemlidir. Çalışmamıza katılan, deney ve kontrol grubuna dahil olan bireylerin kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre bilgi puanları değerlendirildiğinde mevcut bir kronik hastalığı (HT, DM, KOAH, kalp hastalıkları gibi) olmayan bireylerin kronik hastalığı olanlara göre biraz daha yüksek bilgi puanlarının olduğu saptanmıştır (Tablo 12).

Araştırma grubundaki bireylerin tümünün ameliyat sonrası dönemde stoma hakkında bilgilendirilmiş olması sevindiricidir. Bireyin hastalığı ve bakımı hakkında bilgilendirilmesi, hastalığına uyumunu ve hastalığı yönetmedeki etkinliğini de arttırmaktadır (Kars, 2004). Çalışmamızdaki bireyleri ameliyat sonrası bilgi alma durumlarına göre incelediğimizde; deney ve kontrol grubundaki bireylerin hastanedeki bilgi puanları birbirine yakın iken, 3 hafta sonra bilgi puanları arasında ileri düzeyde farklılık bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Eğitimin bilgi puanı düzeyi üzerinde pozitif etkisi olduğu söylenebilir. Kars (2004)'ın çalışmasında deney grubundaki bireylerin hastanedeki bilgi puanının yetersiz düzeyde iken, eğitimden sonra yeterli düzeye yükselmesi bizim bulgumuzu desteklemektedir. Gül ve ark. (2010) ise böbrek nakli yapılan bireylerin öz-bakım gücünü inceledikleri çalışmalarında hastalık hakkında yapılan bilgilendirmenin öz-bakım gücünü etkilemediğini saptamışlardır ( $p>0.05$ ).

Çalışmamızda son görüşmedeki bilgi puanı düzeyleri incelendiğinde; deney grubundaki bireylerin bilgi puanının (14.25±9.25) kontrol grubundaki bireylerin puanlarından (9.37±4.58) daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmış olup sonucumuz ileri düzeyde anlamlılık ( $p<0.001$ ) taşımaktadır. Lo ve ark. (2010), Cheng ve ark. (2012)'nin çalışmalarında eğitim sonrasında hastaların hastalıkları ile ilgili bilgi puanlarının arttığı belirlenmesi bulgumuzu destekler niteliktedir. Çalışmadaki bu sonuçlar stomalı bireylere verilen eğitimin bireylerin hastalıkları hakkında bilgisinin artmasında etkili olduğunu ve bilgilendirmenin gerekli olduğunu göstermektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

Hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda öz-bakım gücüne olan etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen yarı deneysel çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir;

Çalışma grubumuzdaki bireylerin (deney ve kontrol) sosyo-demografik verileri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Çalışma grubumuzdaki bireylerin stoma cerrahisi öncesi bilgilendirilme oranı %71.9 olup tamamı (%100.0) cerrahi sonrasında bilgilendirilmişlerdir. Ameliyat sonrası dönemde bireyler en çok (%62.35) stoma bakım ürünü firma elemanları tarafından bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir. Stoma açılmasını gerektiren durumlar, stomanın işleyişi ve stomadan gelen içeriğin özelliği, stoma bakım ürünleri, cilt bakımı, beslenme ve günlük yaşam aktiviteleri hakkında bilgilendirilme durumlarına göre çalışma grubunu oluşturan bireyler arasında önemli düzeyde fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Çalışmamıza katılan bireylerin %23.9'u ameliyat öncesi, %12.94'ü ameliyat sonrası hemşireler tarafından bilgilendirilmişlerdir. Stomalı bireylerin %46.9'u ameliyat öncesi bilgilendirmenin yetersiz olduğunu, %75.0'nın ameliyat sonrası bilgilendirmenin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızı oluşturan deney ve kontrol grubunun ilk görüşmedeki öz-bakım güçleri arasında anlamlı farklılık ( $p>0.05$ ) bulunmazken; son görüşmede ileri düzeyde önemli fark ( $p<0.001$ ) saptanmıştır. Benzer şekilde deney ve kontrol grubu bireylerinin son görüşmedeki bilgi puanları arasında ileri düzeyde önemli fark saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

Yaş grupları, cinsiyet, eğitim düzeyleri, çalışma durumu, yapılan ameliyat türüne göre öz-bakım gücü puanları arasında anlamlı farklılık ( $p>0.05$ ) saptanmamış olup, kurum ve kuruluşlardan (hastane) destek alanların almayanlara göre, kronik hastalığı olmayan bireylerin olanlara göre daha yüksek öz-bakım gücü puanlarına sahip olduğu bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin eğitim düzeyi arttıkça bilgi puanlarının arttığı saptanmış olup, son görüşmede aralarında ileri düzeyde önemli fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ).

İlk görüşmede deney grubunun öz-bakım gücü ve bilgi puanı arasında bir ilişki bulunmamışken ( $r=-0.05$ ,  $p>0.05$ ), eğitimden 3 hafta sonra önemli düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=0.466$ ,  $p<0.01$ ).

## 6.2.Öneriler

- ✓ Stomalı bireylerin öz-bakım gücü düzeyini inceleyen daha geniş örneklemlili, daha uzun izlemlili çalışmalar yapılması,
- ✓ Stomalı bireylerin öz-bakım gücü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar yapılması,
- ✓ Kurumlarda çalışan hemşirelerin stoma hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılması,
- ✓ Stoma cerrahisi sonrası bireylere evde bakım hizmeti içerisinde stoma öz-bakım eğitimi verilmesi ve bunun etkisini inceleyen çalışmalar yapılması önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ

Addis, G. (2003). The effect of home visits after discharge on patients who have had an ileostomy or a colostomy. *Journal of Enterostomal Therapy Nursing*, 23(1), 26-33.

Akçam, A. T., Alabaz, O., & Parsak, C. K. (2005). Stoma komplikasyonları (Ostomy complications). *Ostomi Dergisi*, 1, 7-9.

Akgün, Z. E., & Yoldaş, T. (2012). İntestinal stoma. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 22, 133-146.

Aksel, Ş. (2010). Kronik hastalığı olan hastaların öz-bakım gücü ve evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). KKTC Yakınoğu Üniversitesi ,Sağlık Bilimleri Enstitüsü. KKTC

Alpar, S., Sabuncu, N., & Karabacak, Ü. (1999). Kolostomili bireylerin öfke ifade tarzlarının değerlendirilmesi, *Hemşirelik Forumu*, 2(2), 67-71.

Altıparmak, S., Fadiloğlu, Ç., Gürsoy, S., & Altıparmak, O. (2011). Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz-bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine*, 50(2), 95-102.

Anaraki, F., , Roobic, M., Behboo, R., Maghsoodi, M., Esmailpour, S., Safae, A. (2012). Quality of life outcomes in patients living with stoma. *Indian J Palliat Care*, 12(3), 176- 180. doi: 10.4103/0973-1075.105687.

Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(2), 68-75.

Avdal, Ü. E., & Kızılcı, S. (2010). Diyabet ve öz-bakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(3), 164-168.

Aukamp, V., & Sredl , D. (2004). Collaborative care management for a pregnant woman with an ostomy. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 10, 5–12.

Avila,HCB., Neves, IAP., Vargas, PIT., Bento PFS., Esteves, TS., & Vieira, MHM. (2008). The person with an ostomy: alterations in self-care and adaptation strategies. *Nursing: Revista de Formacao Continua em Enfermagem Nursing Portugal*, 18 (230), 24-6, 28-31.

Avşar, G. (2006). Klinik hemşirelerin uyguladıkları hasta eğitiminin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yükseklisans Tezi). Erzurum.

Avşar, G., & Kaşıkçı, M. (2009). Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(3), 67-73.

Ay, A. F. (2010). Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Ayaz, S. (2007). Stomalı bireylerde hemşirenin rolü, *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* , 27, 86-90.

Ayaz, S. (2008). Stomalı bireylerin cinsel sorunlarına yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 16(2), 18-93.

Aygül, S., & Ulupınar, S. (2012). Hemşirenin hasta eğitimindeki rolüne yönelik hastaların görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(1), 1-9.

- Bak, P. (2008). Teaching ostomy patients to regain their independence. *American Nurse Today*, 3(3): 30-35.
- Bakoğlu, E., Şekerci, K., Yaman, S., & evik, M. (2009). Periton Diyalizli hastalarda z-Bakım Gücü. *Fırat Sağlık Hizm Derg*, 4, 65-78.
- Bakoğlu, E., Yetkin, A. (2000). Hipertansiyonlu Hastaların z-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *C.. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,4(1), 41-49.
- Balcı, G. (2003). Özbakım gücü ve yaşam kalitesinin etkilendiği bazı durumlar ve hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2, 69-75.
- Bayat, M. (2005). Öğretim Süreci Ve Hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(Ek sayı),66-72..
- Bekkers, M.J., Knippenberg, F.C., Dulmen, A.M., Borne, H.W., & Henegouwen, G.P. (1997). Survival and psychosocial adjustment to stoma surgery and nonstoma bowel resection: A 4-year follow-up. *J of Psychosom Res.*, 42, 235-244.
- Birol, L. (2004). *Hemşirelik Sreci. Etki Matbaacılık Yayıncılık, İzmir.*
- Black, P. (2000). Practical stoma care. *Nursing Standard*, 14(41), 47-53.
- Black, P. (2009). Stoma care nursing management: cost implications in community care. *British Journal of Community Nursing*, 14(8), 350 - 355.
- Black, P. K. (2004). Psychological, sexual, and cultural issues for patients with the stoma. *Br J Nurs.*,13, 692–695.
- Boyacı, M., rsal, ., zcan, İ., KŐgerođlu, N.,Tre, B., Koku, N.Tokar, B., İlhan, H. (1999). Kolostomi açılan ocuklarda ailelerin kolostomi bakımına yönelik yaŐadığı glkler. *Hemşirelik Forumu Stoma Sayısı*, 2(5): 254- 256.
- Burch, J. (2008). *Stoma Care. John Wiley & Sons Ltd.Blackwell Publishing.*
- Burch, J. (2011). Stoma management: enhancing stoma management. *British Journal of Community Nursing*, 16(4), 162-166.
- Büyükkaya, D., Fesci, H., Akdemir, N. (2006). Karaciğer sirozu olan hastaların z-bakım glerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2).
- Carabajal, B. (1997). Practical Points in the Care of Patients Recovering From A Colostomy. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 12(3), 188-190.
- Carter, D., Harker, G., Shallow, S., & Waller, S. (2008). *Stoma Care for Health Care Assistants.Secure.Care. <http://www.securicaremedical.co.uk/Portals/38/docs/Stoma-Care-for-HCAs.pdf>*
- avdar, İ. (1999). Kolostomili hastaların kolostomilerine uyumlarında hemşirelik eğitiminin etkinliği, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı, İstanbul.
- Çavdar, İ., & zbaŐ, A. (2008). Stoma ve Cinsellik. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi ,79-81.
- CDC (Central Health of Disease).(2013). <http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/sfl/>



- Cheng,F., Xu, Q., Dai, X. D.,Yang, L. L. (2012). Evaluation of expert patient programme in a china population with permanent colostomy. *Cancer Nursing*, 35(1), 27-33.
- Dabirian, A., Yaghmaei, F., Rassouli, M., & Tafreshi, Z, M. (2010). Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. *Dove Press Journal*, 5(1), 5.
- Dalgıç, G. (1999). Stomalı Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Hemşirelik Forumu*, 2(9), 262-266.
- Dolgun, E. (2013). Özel Durumlarda Evde Bakım: Kolostomi. Fadıloğlu, Ertem, Aykar (Ed.). *Evde Sağlık ve Bakım*, 241. Göktuğ, Ankara.
- Doubleman, J. (2013). Colostomy,ileostomy,urostomy. *Wound Care Advisor*,2(2),31-36.
- Doughty, B. D.(2008). History of Ostomy Surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 35(1), 34-38.
- Dorum,H., & Vural, F. (2012). Stomada Cinsellik Neden Önemlidir?DEUHYO ED,5(4),171-174.
- Duruk, N. (2007). Hemşirelerin intestinal stoma bakımına ilişkin bilgileri, (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara.
- Düzöz, G. T. (2005). Hipertansiyonlu hastalarda öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu*, 22, 6.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger- Raab, A., Eckel, R., Sauer, H., & Hölzel, D. (2003). Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. *Annals of Surgery*, 238(2), 203-213.
- Erdemir, F. (1998). Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2, 1.
- Erdil, F., & Elbaş, Ö. N. (2002). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği.Ankara.
- Ewing, G. (2006). The nursing preparation of stoma patients for self-care. *Journal of Advanced Nursing*, 14(5), 411-420.
- Fawcett, T.W.M. (2007). Pouches and stomas.*Medicine*, 35(6), 311-316.
- Gao,Y. (2012). New stoma patients' experiences during post-operatif nursing care. School of Health and Social Studies Degree Programme, JAMK University of Applied Science.China.
- Gül, A., Üstündağ, H., & Zengin, N. (2010). Böbrek nakli yapılan hastalarda öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 20(1), 7-11.
- Guyton, A., Hall, J. (1996). *Texbook Of Medical Physiology Tıbbi Fizyoloji*. Çavuşoğlu, H (Ed.). (9.bs.). 808-812, Nobel Kitabevi, Ankara.
- Gürkan, A., Aslan, F.E., Akgün, M., & Şelimen, D. (1999). İstanbul'da yaşayan kolostomili bireylerin taburculuk sonrası evde karşılaştıkları sorunları saptamaya yönelik retrospektif bir çalışma. *Hemşirelik Forumu*, 2(3), 33-41.
- Horn, V. C.(1992). *Having a Colostomy Booklet*. The Cleveland Clinic Foundation. Department of Graphic Services. Cleveland, Ohio.

- Hoving, C., Visser A., Mullan, D. P., & Borne, B. (2010). A history of patient education by health professionals in Europe and North America: From authority to shared decision making education, *Patient Education and Counseling*, 78, 275-281, doi:10.1016/j.pec.2010.01.015
- Isrelsson, L. (2008). Parastomal Hernias. *Surgical Clinics of North America*, 88(1), 113-125.
- Ito, N., Tanaka, M., Kazuma, K. (2005). Health-related quality of life among persons living in Japan with a permanent colostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 32(3), 178-183.
- Jaarsma ,T., Halfens, R., Abu-Saad, H., Dracupt, K., Gorgels, T., Ree, J., Stappers, J. (1999). Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *European Hearth Journal*, 20, 673-682.
- Kalpalp, B. (2006). Adölesan annelere verilen eğitimin öz güven ve öz-bakım güçlerine etkisinin değerlendirilmesi. (Yükseklisans Tezi), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, İzmir.
- Kanan, N., Çavdar, İ. (1999). Sağlık Çalışanlarının Stomaya Bakışı. *Hemşirelik Formu Stoma Sayısı*, 2(5), 221-224.
- Kanan, N. (2003). Kolorektal kanserlerde bakım. *Onkoloji Hemşireliği Sempozyumu 1 Sempozyum Özet Kitabı*, 61-63.
- Kann, R. B. (2008). Early Stomal Complications. *Rectal Surgery*, *Clin Colon Rectal Surg.* 21(1), 23-30.
- Kao, C., Ku, N. (1999) A study on the self-care abilities and related factors of colostomy patients during pre-discharge period *Nursing Research*,5(5), 413.
- Karabulut M., Gönenç, M., Kalaycı, U. M., Baş, K. Köneş, O., Kocataş, A., Alış, H. (2012). Alt Gastrointestinal Cerrahide Stoma Tercihini Ne Olmalı? *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 23(1):6-10, doi: 10.5505/jkartaltr.2012.78557
- Karadağ, A. (2003). Kolostomi İrrigasyonu. *Türk Hemşireler Dergisi*, 54(2), 7-10.
- Karadağ, A., Menteş, B., Ayaz, S., İrkörücü, O., & Alabaz, Ö. (2003). Kolostomili ve İleostomili Hastaların Bakımına Yönelik Rehber Kitap. Ayhun Ofset. Ankara. (a)
- Karadağ, A., Menteş, B., Üner, A., İrkorucu, O., Ayaz, S., & Özkan, S. (2003). Impact of stomatherapy on quality of life with permanent colostomies or ileostomies. *Int J Colorectal Dis*, 18, 234-238.
- Karadağ, A. (2004). Barsak stoması açılan hastalarda hemşirelik bakımı. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 14, 26-31.
- Karadağ, A. (2007). Stomaterapi ünitelerinin ve stoma bakım hemşiresinin kolorektal cerrahideki yeri ve önemi. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 17, 46-52.
- Karadağ, A. (2008). Stoma ve Stomal Alanın Değerlendirilmesi. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 18(2), 63-70.
- Karadağ, A. (2010). Stomaterapi ve stoma bakım hemşireliği. Baykan, A., Zorluoğlu, A., Geçim, E., & Terzi, C.(Ed.). *Kolon ve rektum kanserleri*, İstanbul. 693-712. [http://www.tkrcd.org.tr/KolonRektumKanserleri/041\\_karadag.pdf](http://www.tkrcd.org.tr/KolonRektumKanserleri/041_karadag.pdf)

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

Karamanoğlu, Y. A., Özer, G. F. & Tuğcu, A. (2009). Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(1), 12-17.

Karazeybek, A. E., & Özbayır, T. (2005). Histerektomi Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Eğitimin Etkinliğinin Saptanması *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21 (2), 1-11.

Kaya, H., & Acaroğlu, R. (2005). Omurilik yaralanması olan hastalarda hemşirelik bakım ve eğitimin bağımlılık-bağımsızlık ve öz-bakım gücü üzerine etkisi. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 15(1), 56-68.

Kaya,H. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Türkiye Klinikleri J Nurs.*, 1(1), 19-23.

Kars, T. (2004). Myokard enfarktüsü sonrasında bireylere verilen eğitimin öz-bakım gücü üzerine etkisi. (Yükseklisans Tezi), Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Sivas

Kılıç, E., Taycan, O., Belli, K. A.,& Özmen, M.(2007). Kalıcı ostomi ameliyatının beden algısı, benlik saygısı, eş uyumu ve cinsel işlevler üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 302-310.

Kingsley, L., Simmons, J. A., & Smith K. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance , stoma care self efficiency and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 627-635.

Kim, H. S. (2011). Development and evaluation of self-care agency promoting programme for prostatectomy patients.*Internal Journal of Urological Nursing*, 5(1), 34-44.

Korkmaz, D. F. (2012). Gastrointestinal stomalar. Karadakovan, A., & Aslan, F. E. (Ed.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 738-739.

Köşgeroğlu, N. (2013). *Hemşirelik ve Estetik*. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul.

Kumcağız, H., & Malazgirt, Z., & Kaya, E. (2000). Stoma Tipleri ve Sorunları.*O.M.Ü Tıp Dergisi*, 17(4), 284-292.

Lo S.F., Wang Y.T., Wu L.Y., Hsu M.Y., Chang S.C. & Hayter M. (2011) Multimedia education program for patients with a stoma: effectiveness evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 68-76.

Lynch, S., & Lavoie, K. (2013). *Ostomy Overview: Care of the Patient with an Ostomy*. Amn Healthcare Services.rn.com.

Marcum, J., Ridenour, M., Shaff, G., Hammons, M., & Taylor, M. A. (2002). Study of professional nurses' perceptions of patient education. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(3), 112-118

Marquis, P., Marrel, A., Jambon, B. (2003). Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. *Ostomy Wound Manage*, 49(2), 48-55.

Milne, C., Corbett, Q. L., & Dubuc, L. D. (2003). *Wound, Ostomy and Continence Nursing Secrets* Hanley&Belfus inc., 312, The curtis center indepenca square West Philadelphia

Martínez, L, A. (2005). Self-Care for Stoma Surgery: Mastering Independent Stoma Self-Care Skills in an Elderly Woman. *Johns Hopkins University School of Nursing, Baltimore, Maryland Nursing Science Quarterly*, 18(1), 66-69.

- Mutlu, S. (2006). Kalıcı Abdominal Stomalı Hastalarda Beden İmajı Değişiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. (Yükseklisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, İstanbul.
- Nugent, K.P., Daniels, P., Stewart, B., Patankar, R., & Johnson, C. D. (1999). Quality of life in stoma patients. *Dis Colon Rectum*, 42(15), 69-74.
- Olgun, N., Ulupınar, S. (2004). Hasta Güçlendirme ve Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi. *Diyabet Forumu Dergisi*, 1(1-2), 57-65.
- Oshea, H. (2001). Teaching the adult ostomy patient. *Journal Wound Ostomy and Continence Nursing*, 28(1), 47-54.
- Ostomy Care and Management. (2009). Best practice guidelines. <http://rnao.ca/bpg/guidelines/ostomy-care-management>
- Özaydın, İ., Taşkın, K. A., & İskender, A. (2013). Stoma ile ilgili komplikasyonların retrospektif analizi. *JCEI-Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 4(1), 63-66.
- Özbaş, A. (2003). Kolostomili hastanın bakımı onkoloji hemşireliği sempozyumu , Sempozyum Özet Kitabı. İstanbul.
- Öztürk, H., Çilingir, D., Hindistan, S. (2011). Hastaların Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Hemşirelerin Yaptığı Eğitimlerini Değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 4(4):153-8.
- Park, H., Lee, H., (2010). Effects of empowerment education program for hemodialysis patients on self-efficacy, self care agency, self care activities and physiologic parameters. *Korean J Rehab Nurs*, 13(2); 151-160.
- Pektekin, Ç. (2013). Hemşireliğin Felsefesi-Kuramlar ve Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. İstanbul Tıp Kitabevi.
- Piras, S., & Hurley, S. (2011). Ostomy Care: Are you prepared? *Nursing made Incredibly Easy!*, 46-48.
- Piwonka, M.A., Merino, J. M. (1999). A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *J Wound Ostomy Continence Nursing*, 26(6), 298-305.
- Potter, K. (2000). *Surgical Oncology of the Pelvis: Ostomy Planning and Management*. *Journal of Surgical Oncology*, 73(2), 37-42.
- Potter, P., Perry, G. A. (2008). *Fundamentals of Nursing*. Elsevier Australia,
- Richbourg, L., Thorpe, J. M., & Rapp, C. G. (2007). Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 34(1), 70-79.
- Ricka, R., Evers, G.C.(2004). The manner of care, self-care and quality of life dialysis patients. *Pflege*, 17(1).
- Rideout, B. W. (1987). The patient with an ileostomy. *Nursing Management and Patient Education Nurs Clin North Am.*, 22(2), 53-62.
- Robertson, I., Leung, E., & Hughes, D. (2005). Prospective analysis of stoma-related complications *Colorectal Dis.*, 7, 279-285.

Sabuncu, N., Gülseven, B., & Şenturan, L. (1999). Kolostomili bireylerin umutsutluk düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu*, 2(2), 57-62.

Sağlık Bakanlığı (2013). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2952/istatistik-yilliklari.html> (2013-12-22).

Samancıoğlu, S., Özel, F., & Esen, A. (2010). Orem'in öz-bakım teorisine göre sistemik lupus eritematozuslu hastanın bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(1), 85-101.

Shabbir, J., & Britton, C.D. (2010). Stoma complications: a literature overview. *Colorectal Disease*, 12(10), 958-964.

Slusarska, B., Zarzycka, D., Wysokiński, M., & Sadurska, A. (2004). Patient Education in Nursing-Polish Literature Condition. *Patient Education and Counseling*, 53, 31-40.

Sökücü, N. (1999). Stoma sorunları. *Hemşirelik Forumu Stoma Sayısı*, 2(5), 217-220.

Strode, J. D. (2009). How do people adjust to living with a stoma? A research project in partial fulfillment of the degree for Master of Nursing. The Waikato Institute of Technology School of Health.

Sylvia, E. S. (2008). Nutrition and diagnosis-related care. [http://books.google.com/books?id=zLniRalmWuoC&pg=PA416&dq=types+of+colostomy&hl=en&ei=qDXOTr6WNIHY8AOc7pwH&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDcQ6AEwAA#v=onepage&q=types%20of%20colostomy&f=false](http://books.google.com/books?id=zLniRalmWuoC&pg=PA416&dq=types+of+colostomy&hl=en&ei=qDXOTr6WNIHY8AOc7pwH&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDcQ6AEwAA#v=onepage&q=types%20of%20colostomy&f=false) (2013-08-12).

Şelimen, D., Akgün, M., & Erdim, A. (1998). Stoma Bakımı. Marmara Üniversitesi Teknik Eğitim Fakültesi Döner Sermaye İşletmesi Matbaası. İstanbul.

Şenyuva, E., Taşocak, G. (2007). Hemşirelerin Hasta Eğitim Etkinlikleri ve Hasta Eğitim Süreci, *İÜFN Hemşirelik Dergisi*, 15(59), 100-106.

Taylan, S. (2009). Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirenin Bağımsız Rollerini. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, (Yüksek Lisans Tezi), Adana .

Taylor, P., Lillis, C., Lemone, P., Lynn, P. (2008). *Fundamentals of Nursing*. 6. Edition Lippincott Williams and Wilkins a Wolter Kluwerbusiness.

The Canadian Association for Enterostomal Therapy. (2005). A Guide to Living with a Colostomy (Booklet). From <http://www.caet.ca/caet-english/documents/caet-guide-to-living-with-a-colostomy.pdf>

The Canadian Association for Enterostomal Therapy. (2005). A Guide to Living with an Ileostomy (Booklet). From <http://www.caet.ca/caet-english/documents/caet-guide-to-living-with-an-ileostomy.pdf>

Toth, E, P. (2002). Ostomi bakımı seminer notları, Koç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi, Sanerc, , İstanbul.

Toth, E, P. (2006). Ostomy care and rehabilitation in colorectal cancer seminars in oncology nursing, 22(3), 174-177.

Tracy, T. J., & Mayer, K. D. (2000). Perspectives on cancer patient education, *Seminars in Oncology Nursing*, 16(1), 47-56.

Turnbull, B. G. (2008). Using Education to Increase Self-Care for the Person with an Ostomy. <http://www.o-wm.com/content/using-education-increase-self-care-person-with-ostomy>

- Tuncay, P.(2010). Koroner kalp hastalığı olan bireylerin öz-bakım gücü.(Yüksek Lisans Tezi). Yakındoğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. KKTC.
- Tüzer, H. (2007). Abdominal stomalı hastaların stoma bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. (Yükseklisans Tezi), Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- United Ostomy Associations of America, Inc. Colostomy Guide. (2011). Accessed at [www.ostomy.org/ostomy\\_info/pubs/uoa\\_colostomy\\_en.pdf](http://www.ostomy.org/ostomy_info/pubs/uoa_colostomy_en.pdf)
- United Ostomy Associations of America, Inc. Ileostomy Guide. (2011). Accessed at [www.ostomy.org/ostomy\\_info/pubs/uoa\\_ileostomy\\_en.pdf](http://www.ostomy.org/ostomy_info/pubs/uoa_ileostomy_en.pdf)
- Üstündağ, H., & Zengin, N. (2008). Baş boyun kanseri nedeni ile cerrahi girişim geçiren hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(1), 63-68.
- Velioglu,P.(1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Akademi Basın. İstanbul.
- Velioglu, P., Pektekin, Ç., & Şanlı, T. (1991). Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. T.C Anadolu Üniversitesi Yayınları No:497.
- Vujnovich, A. (2008). Pre and post-operative assessment of patients with a stoma. Nursing Standard, 22(19), 50-56.
- Vural, F. (2012). Stomalı hastalarda yaşam kalitesi. Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, Cerrahi bakım ve yaşam kalitesi sempozyum kitapçığı, 33-37.
- Vural, F., Erol, F. (2013). Ostomili Hastalarda Yaşam Kalitesi Nasıl Yükseltilir? DEUHYO ED, 6(1), 34-39.
- WHO. (2010). Global status report on noncommunicable diseases. From [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/) (2013-12-01).
- Yıldız, T. (2011). Bir Henoch-Schönlein Purpurası Komplasyonu: Stoma. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 12(1), 37-40.
- Yurtsever, S., Kuyurtar, F. (2005). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve öz-bakım gücü. Nefroloji Hemşireleri Dergisi, 26-32.

## 8. EKLER DİZİNİ

### EK-1: KİŞİSEL VERİ TOPLAMA FORMU

#### Bölüm 1

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz: a)Kadın b) Erkek

3- Eğitim durumunuz: a) Okur-yazar b) İlkokul c) Ortaokul d)Lise d) Üniversite

4- Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar c)Boşanmış d) Dul

5- Çocuğunuz var mı?

a) Evet b)Hayır (7.Soruya geçiniz)

6-Sahip olduğunuz çocuk sayısı nedir?

a)Bir b)İki c)Üç ve daha fazla

7- Yerleşim yeriniz nedir?

a) Köy b) İlçe c) İl

8- Mesleğiniz nedir?

a) Öğrenci b) Memur c) İşçi d) Emekli e) Serbest meslek f) Ev hanımı

9- Şu anda çalışıyor musunuz?

b) Evet b)Hayır

10- Geliriniz giderinizi karşılıyor mu?

a)Gelirim giderimi az karşılıyor

b) Gelir gidere denk

c) Gelirim giderimi fazlasıyla karşılıyor

11- Sosyal güvenceniz var mı?

a) Var(belirtiniz).....

b)Yok

12- Birlikte yaşadığınız bireyler kimlerdir?

a)Yalnız b)Çekirdek aile c)Geniş aile d)Diğer

13-Daha önce hastane deneyiminiz var mı?

a)Evet b) Hayır

14-Mevcut kronik hastalığınız var mı?

a)Evet b)Hayır (16.Soruya geçiniz.)

15-Mevcut kronik hastalığınız nedir?.....

16- Şu an hastanede bulunmanızı gerektiren hastalığınızın tanısı nedir?

.....

17- İlk tanınızın konulduğu günden bu güne kadar geçen zaman nedir?.....

18- Yapılan ameliyatınızın türü nedir?

a) İnce barsağın cilde ağzlaştırılması (İleostomi açılması)

b) Kalın barsağın cilde ağzlaştırılması (Kolostomi açılması)

19-Ameliyattan sonra kaçınıcı gündesiniz?.....

20-Ameliyatınızın aciliyet türü nedir?

a)Planlanmış

b) Acil

21-Ameliyatınızdan önce ameliyatınız ve stoma açılması hakkında bilgi verildi mi?

a)Evet

b) Hayır(24. Soruya geçiniz)

22-Bilgi kim tarafından verildi?

a)Hemşire

b)Doktor

c)Diğer.....

23-Verilen bilginin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

a)Evet

b) Hayır

24-Ameliyattan önce stoma yerini(ameliyat yerini) kim belirledi?

a)Kendim

b)Doktor

c)Hemşire

25-Stomanızın tipi nedir?

a)Kalıcı

b) Geçici

c)Bilmiyorum

26-Ailenizde bu tür ameliyat geçiren ve stoması olan birey var mı?

a)Evet

b) Hayır

27-Ameliyat sonrası stoma bakımı konusunda bilgi/ eğitim verildi mi ?

a)Evet

b)Hayır ( 31. soruya geçiniz)

28- Bilgi/eğitim kim tarafından verildi?

a)Hemşire

b)Doktor

c)Diğer.....



**29-**Verilen bilginin/eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

- a)Evet    b)Hayır

**30-**Aşağıdaki konulardan hangisi/ hangileri verilen bilgi/eğitim içeriklerindedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- a) Stoma açılmasını gerektiren durumlar  
b) Stoma ve çevresindeki alanın değerlendirilmesi  
c) Stomanın işleyişi ve stomadan gelen içeriğin özellikleri  
d) Cilt bakımı  
e) Stoma bakım ürünleri  
f) Karşılaşılabileceğiniz sorunlar  
g) Beslenme  
h) Günlük yaşam aktiviteleri (çalışma, eğlence, spor, banyo yapma, gebelik)  
i) İlaç kullanımı  
j) Cinsel yaşam

**31-** Sizce stoma bakımından kim sorumludur?

- a) Hemşire    b)Doktor    c) Kendim    d) Aile üyeleri  
e)Diğer.....

**32-**İlk tanınız konulduğu günden bu güne kadar sosyal destek aldınız mı?

- a)Evet    b)Hayır(36. Soruya geçiniz)

**33-**Sosyal desteği kimlerden alıyorsunuz?

- a)Aile    b) Akraba    c)Arkadaş  
d)Diğer.....

**34-**İlk tanınız konulduğu günden bu güne kadar kurum veya kurumlardan destek aldınız mı?

- a)Evet    b)Hayır

**35-**Destek aldığınız kurum ve kuruluşlar nelerdir?

- a)Hastane

- b)Diğer.....

**Bölüm 2:** Aşağıda stoma bakımına ilişkin ifadeler verilmiştir. Doğru olduğunu düşünüyorsanız "**Doğru**", yanlış olduğunu düşünüyorsanız "**Yanlış**", cevabı bilmiyorsanız "**Bilmiyorum**" kutusunu işaretleyiniz.

		<b>Doğru</b>	<b>Yanlış</b>	<b>Bilmiyorum</b>
1	Stomanın yeri dışkının özelliğini etkilemez.			
2	Dışkının içeriği stoma çevresini tahriş edebilir.			
3	Stoma nemli ve kırmızımsı pembe renktedir.			
4	Kilo değişimi stomanın çapını değiştirir.			
5	Spora başlamadan önce torba boşaltılmalıdır.			
6	Ağır kaldırmak stomayı olumsuz etkileyebilir.			
7	Stomalı olmak seyahat etmeye engel değildir.			
8	Antibiyotikler ve vitaminler koku artışına neden olabilirler.			
9	Aşırı lifli yiyecekler ve gazlı içecekler gaz oluşumunu arttırır.			
10	Yoğurt, maydonoz kokuyu azaltan yiyeceklerdir.			
11	Stomanın çapı ameliyattan sonraki günlerde değişebilir.			
12	Torba değişimi için en uygun zaman sabah erkenden ya da yemeklerden sonradır.			
13	Altan boşaltmalı torba kullanıldığında torbanın 1/3 ya da yarısı dolduğunda boşaltılması gerekir.			
14	Torbanın tamamı dolunca değiştirilir.			
15	Sızıntı yoksa adaptörler 3-7 günde bir değiştirilebilir.			
16	Filtreli torba kullanıldığında filtrelerin 12 saatte bir değiştirilmesi gerekir.			
17	Tek parçalı torba sistemi 1-2 günde bir değiştirilebilir.			
18	Deri tahrişini önlemek için çift parçalı torba kullanılmalıdır.			
19	Stoma temizliği için mutlaka sabun kullanılır.			
20	Stomanın üzeri temizlenirken ağrı hissedilir.			

## EK-2: ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

**Açıklama:** Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 madde bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkate okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duyularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölümü (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1. Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim					
2. Kendimi beğeniyorum.					
3. Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.					
4. Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum.					
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.					
6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7. Kendime bakmadığım zaman yardım ararım					
8. Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.					
9. Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim					
10. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					

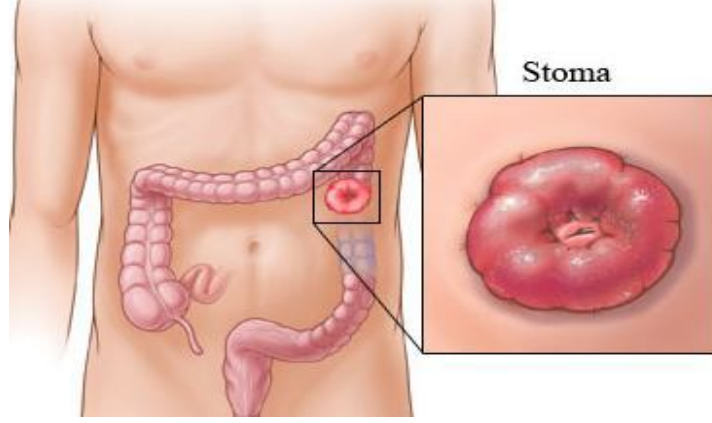
	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.					
12.Dengeli beslenirim.					
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.					
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım					
15.Sağlığımın çok daha iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum					
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum					
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım					
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum					
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.					
20.Kendimle dostum.					
21.Kendime iyi bakarım					
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.					
23.Düzenli olarak istirahat ederim.					
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
25.Yaşam bir zevktir.					
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiriyorum.					
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlerim.					
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29.Sağlıklı kalmam için ne tür yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum					
30.Vücudumun çalışmasıyla ilgili her şeye ilgi duyuyorum.					
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.					
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.					
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
34.Son sağlık kontrolümün Tarihini hatırladığım gibi gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım					






**EK-3: EĞİTİM KİTAPÇIĞI**

# **STOMA İLE YAŞAM**

# STOMA İLE YAŞAM






[http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni\\_tasarim/files/stoma\\_bakimi.pdf](http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/stoma_bakimi.pdf)

-  Barsak stoması, barsağın karın duvarına ağızlaştırıldığı açıklığa verilen isimdir.
-  Stomalar geçici veya kalıcı olabilir. Geçici stomalar, stoma açılmasını gerektiren durum ortadan kalktıktan sonra kapatılırken, kalıcı stomalar yaşam boyu kalır.
-  Stomada normal şartlarda ağrı duyusu yoktur.
-  Stomanın görünümü: stoma nemli ve kırmızımsı pembe renktedir.
-  Barsak hareketleri bireyin isteği dışında gerçekleştiğinden stomalı hastalar gaz veya dışkı çıkışını kontrol edemezler.


Barsak stomaları ikiye ayrılmaktadır:

1. Kolostomi
2. İleostomi

## KOLOSTOMİ NEDİR?

-  Kolostomi, ameliyatla kalın barsağın karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Kolostomi barsak içeriğinin dışarı atılmasını sağlar.
-  Stomanın açıldığı yere göre dışkının kıvamı değişir. Stoma anüsten ne kadar uzakta ise dışkı o derece suludur.
-  Kalın barsakta gaz oluşumu daha fazla olduğu için kolostomisi olan bireylerin filtreli torba kullanmaları gerekir.

## İLEOSTOMİ NEDİR?

-  İleostomi, ince barsağın son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Geçici veya kalıcı olabilir.



Kolostomide olduğu gibi ileostomide de dışkı çıkışı kontrol edilemez. İleostomide dışkı sıvı halde, yakıcı nitelikte ve fazla miktardadır.

### **STOMALI BİREYLERİN KARŐILAŐABİLECEKLERİ SORUNLAR:**

Gaz ve koku oluşumu, dışkı sızıntısı, deri problemleri, alerjik reaksiyonlar, yorgunluk, iştahsızlık, hazımsızlık, bulantı, ishal, kabızlık, ağrı, enfeksiyon, kanama, barsak tıkanması.

## **STOMA İLE YAŞAM**

### **DERİ BAKIMI**



Her torba değişiminde stoma görünümü ve çevresindeki deri bütünlüğü kontrol edilmelidir.



Stoma çevresindeki derinin temizliği ılık su ve yumuşak bir bezle yapılmalıdır. Stoma bir havlu, bez ile ovuşturulmamalıdır. Cilt iyice kurulanmalıdır, gerekirse özel bakım ürünleri kullanılmalıdır.



Dışkının içeriğindeki bazı kimyasal maddeler stoma çevresinde tahrişe neden olabilir; ilk belirtiler kızarıklık ve isilik gibi kabartılardır. Cilt problemlerini önlemek için ;alttan boşaltmalı, iki parçalı torba, kapaklı torbalar kullanılmalı, adaptör stoma çapına uygun kesilmeli, cilt iyice kurulandıktan sonra adaptör yerleştirilmeli, torba değişimleri sırasında dışkı sızıntısı var mı kontrol edilmelidir.



Stoma çevresindeki kıllar makasla kesilmeli ya da elektrikli traş makinesi kullanılmalıdır.



İyileşmeyen cilt problemlerinde profesyonel destek alınmalıdır.

### **BANYO YAPMA VE GİYİNME**



Stoma torbası takılı iken ya da torba çıkartılarak banyo yapılabilir. Su ve sabun stomaya zarar vermez. Adaptör ve torbalar suya dayanıklıdır.







Denize girerken erkeklerin şort tipi mayo, kadınların ise tek parçalı desenli mayoları tercih etmeleri ve torba yerine stoma kepi takmaları önerilmektedir.





Stomalı bireyler normal günlük kıyafetlerini giyebilirler. Stoma bel hizasındaysa, beli sıkı etek- pantolon giymekten, kemer takmaktan kaçınılmalıdır.









## SPORTİF FAALİYETLER


-  Ameliyattan 1-2 hafta sonra hastalanmadan önce yapılan fiziksel aktiviteler yapılabilir.
-  Spora başlamadan önce, özellikle yüzme öncesi torba boşaltılmalıdır.
-  Boks, güreş, ağırlık kaldırma gibi aktiviteler uygun değildir.
-  Terleme, sıcak ve banyo gibi etkenler torbanın yapışıklığını azaltabileceğinden bireyler yanlarında yedek torba bulundurmalıdırlar.

## İŞE DÖNME VE SOSYAL YAŞAM


-  Ameliyattan 6-8 hafta sonra çalışma hayatına devam edilebilir. Stoma temizliğinde kullanılan bazı malzemelerin iş yerinde yedek olarak bulundurulması stoma bakımında kolaylık sağlar.
-  Stomalı bireylerin mümkün olan en kısa sürede sosyal yaşama dönmeleri tavsiye edilmektedir.


## BESLENME


-  Kilo değişimleri stomanın fiziksel durumunu etkiler; çökme, fitikleşme gibi durumlar gelişebilir bu nedenle ideal vücut ağırlığı korunmalıdır.
-  İleostomi yoluyla normalden daha fazla miktarda tuz ve su kaybı olması nedeniyle ileostomili bireyler daha çok su ve tuz tüketmelidirler.
-  Bazı lifli gıdaların (lahana, taze fasulye, portakal, marul, patlamış mısır, kereviz, ananas) fazla alımı ishale neden olabilir. Bu gıdaların mümkün olduğunca az miktarda tüketilmesi, iyice çiğnenmesi, günde en az 1,5–2 litre su içilmesine özen gösterilmelidir.
-  Patlamış mısır, fındık gibi yiyeceklerin tıkanıklığa neden olmaması için iyice çiğnenerek tüketilmelidir.
-  Alkollü içecekler özellikle bira sulu dışkıya neden olabilir.
-  İlk kez tüketilecek olan bir gıda maddesi önce yanında başka bir şey alınmadan az miktarda yenilerek ne sonuç doğuracağı gözlenmelidir.

 İshal geliştiğinde, yağlı yiyeceklerin tüketimi azaltılmalı; pirinç lapası, muz, elma, havuç yoğurt, makarna, ekmeK, tarhana çorbası tüketilmelidir. Kabızlığı önlemek için ise taze meyve ve sebzeler, kuru erik, kuru kayısı, kuru üzüm, kepekli ekmeK tüketilebilir.


## KOKU-GAZ OLUŞUMU


 Kullanılan torba iyi yerleştirilirse koku normalde dışarı çıkmaz, sadece torbayı değiştirirken dışarı çıkar. Filtreli torba kullanımı ve filtrelerin önerilen sürede (genellikle 12 saatte bir) değiştirilmesi koku çıkışını engellemektedir. Stoma deodorantları, aspirin tabletler, ağız spreyleri kokuyu azaltmada kullanılabilir.


 Balık, yumurta, soğan, sarımsak, yeşil sebzeler, salatalık, peynir, lahana, karnabahar, iyi pişmemiş kuru baklagiller gibi bazı besinler kokuyu arttırırken; yoğurt, yayık ayranı, nane şekeri, taze maydonoz, kızılıK suyu kokuyu azaltır.


 Fazla gaz oluşumunu önlemek için; yemekler düzenli olarak yenmelidir, yiyecekler iyice çiğnenmeli,yemek yerken hava yutmamak için konuşulmamalı, sakız çiğnemekten ve sigara içmekten kaçınılmalıdır.

## SEYAHAT


 Seyahat etme konusunda herhangi bir kısıtlama yoktur. Stomalı birey fiziksel ve ruhsal olarak iyileştiği, stoma bakımını yapabildiği sürece istediği yere, istediği araçla gidebilir.


 Seyahat öncesi torba mutlaka boşaltılmalıdır. Yedek torba ve stoma malzemelerinin bulunduğu bir çanta taşınması kolaylık sağlar.


 Emniyet kemeri stomanın alt kısmından ya da üst kısmından geçirilmelidir.

 Uçakla yolculuk sırasında kabin basıncı dolayısıyla daha çok gaz oluşabilir.


## CİNSEL YAŞAM


 Cinsel yaşantının normale dönmesi için biraz zamana ihtiyaç vardır. Stoma ameliyatı her iki eşi de etkileyeceğinden anlayış ve yeterli iletişim önemlidir.


 Daha rahat bir cinsel yaşam için; cinsel ilişkiden önce torba boşaltılmalıdır, torbanın görüntüsünden rahatsızlık hissinin engellenmesi için torba kılıfları veya bazı iç çamaşırları ile torba örtülebilir, ilişki sırasında stoma kepi takılabilir.

 Bazı ameliyatlar sonucunda sinirlerde herhangi bir hasar oluşmuşsa; kadınlarda cinsel ilişki sırasında ağrı, cinsel organın iç yüzeyinde sertleşme ve organın daralması, erkeklerde sertleşmede zorluk gibi durumlarla karşılaşılabilir. Bu tür durumlarda sağlık profesyonellerinden yardım alınmalıdır.


## HAMİLELİK


 Stomalı kadınlar, tıbbi bir sakınca yoksa hamile kalabilirler. Ancak büyüyen karın dolayısıyla stomanın genişliği artabilir, stomaı görmek zorlaşabilir. Böyle bir durumda stomaı görmek için ayna kullanılabilir veya birinden yardım alınması gereklidir.


 Stomalı bir kadın bebeğini emzirebilir ancak bebeğin torba üzerine yaratacağı basınçla sızıntı olma olasılığı nedeniyle emzirmeden önce stoma torbası boşaltılmalıdır.

 Stomalı kadınlar gebelikten korunmak için doğum kontrol hapı kullanıyorlarsa, hapın emilemeden dışkı ile atılacağı düşünülduğünden başka yöntemler kullanılması önerilir. Stomalı bir erkeğin baba olmasında da bir sakınca yoktur.

## İLAÇ KULLANIMI

 Ağızdan alınan ilaçların çoğunun emilimi ince barsaklarda gerçekleşir. **İleostomisi** olan bireylerde ilaç emilimi yeterli olmayabilir. İlaç emiliminin gerçekleşip gerçekleşmediğini anlamak için şeffaf torbalar kullanılabilir.

 Bazı ilaçlar ishal ve kabızlığa neden olabilirken bazıları dışkı renginde değişikliğe neden olabilir. Bu nedenle kullanılan ilaçların özelliklerinin bilinmesi önemlidir.

 Doktor önerisi olmadan ilaç kullanılmamalıdır. Herhangi bir nedenle ilaç kullanılması gerekli olduğu durumlarda stomanın olduğu mutlaka söylenmelidir.

# STOMA BAKIMI

## Torba-Adaptör Sistemleri

### İki Parçalı Sistem

Adaptör ve torba birbirinden ayrıdır.



### Tek Parçalı Sistem

Adaptör ve torba birliktedir.



## Torba ve Adaptörün Değiştirilmesi





### Gerekli Malzemeler

- ▶ Torba, adaptör
- ▶ Gazlı bez, tuvalet kağıdı, mendil
- ▶ Ilık su
- ▶ Kirli torbanın atılacağı poşet vb.
- ▶ Koruyucu örtü
- ▶ Eldiven
- ▶ Makas
- ▶ Stoma ölçüm cetveli



**Eldivenlerinizi giyiniz.**

 Adaptör üst kısmından başlayarak yavaşça yukarıdan aşağıya doğru deriden ayırınız.

 Adaptörün deriden ayrılması zor ise çevresi ılık su ile ıslatıp adaptör çıkartılmalıdır.



Stoma çevresini ılık su ile ıslatılmış gazlı bez/tuvalet kağıdı ile kirli bölgeden temiz bölgeye doğru siliniz.



Temizlikten sonra stomanın etrafını kurulayınız.

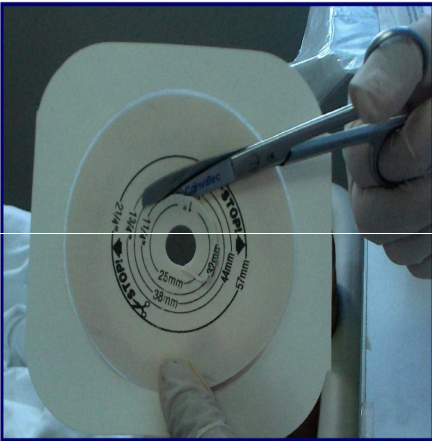


Yeterli kurulanmadığında adaptör yapışmaz.



Stoma ve stoma çevresindeki deri kızarıklık, isilik bakımından gözlemleyiniz. Tahriş varsa sağlık kurumuna başvurunuz.

**Stoma çapını stoma cetveli ile ölçünüz.**



Ölçüye uygun şekilde adaptörü kesiniz.



Dar ölçü, adaptörün stomaya baskı yapmasına neden olur.



Geniş ölçü, dışkı sızıntısına neden olur.





Kestiğiniz adaptörün yapışkan kısmındaki kağıdı çıkarın ve iç kısmına diş macunu kalınlığında “pasta” sürün



Pasta, stoma ile torba arasında engel olup sızıntıyı önler.



Ortadaki delik stomayı içine alacak şekilde adaptörü yerleştiriniz.



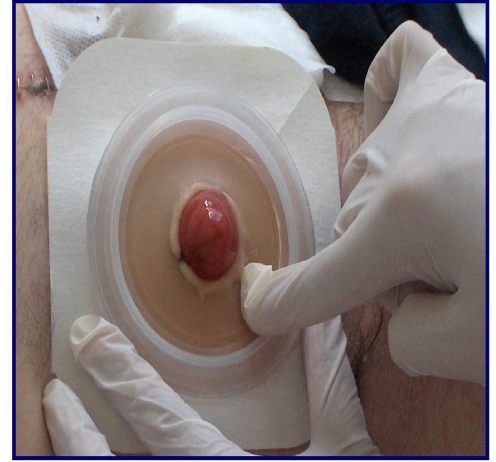
Parmağınızı yarım dakika adaptörün üzerinde gezdirmeniz daha iyi yapışmasını sağlayacaktır.



Etrafındaki kağıtları çıkarınız.



Adaptöre uygun stoma torbası bir noktadan başlayarak dairesel hareketlerle adaptöre yerleştiriniz.









Adaptöre torbayı yerleştirdikten sonra kendinize doğru hafifçe çekerek iyice yerleşip yerleşmediğini kontrol ediniz.



Altan boşaltmalı bir torba kullanılıyorsa torbanın klembi kapatılmalıdır.



Kirli torbayı çöpe atınız.

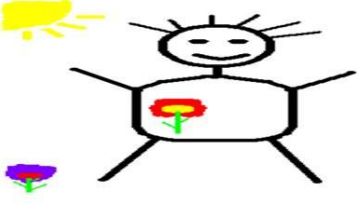

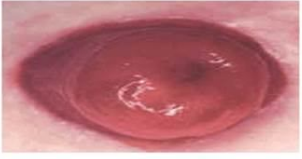
-  Geçmeyen ishalde ,
-  Karında şişlik, ağrı, bulantı, kusma, stomadan dışkı gelmediği durumlarda,
-  Stoma çevresindeki deride kızarıklık, deri yüzeyinin sıyrılması, renk değişikliği gibi durumlarda,
-  Stoma karına doğru içeri kaçtığıında,
-  Barsağın stomadan dışarı çıkması durumunda,
-  Stomadan fazla miktarda kan gelmesi durumunda

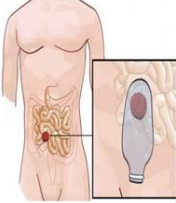




**SAĞLIK KURUMUNA BAŞVURULMASI GEREKMEKTEDİR!**

#### ***YARARLANILAN KAYNAKLAR***

- 1-A Guide to Living with a Colostomy and Ileostomy. Erişim: <http://www.caet.com>
- 2-İleostomi ile Yaşam Hasta Bilgilendirme Kitapçığı. Türk Ostomi Cerrahi Derneği Yayını. No:1
- 3-Kolostomi ve İleostomili Hastaların Bakımına Yönelik Rehber Kitap. Erişim: <http://www.stoma-seite.de/kolostomili.htm>
- 4-Kolostomi ile Yaşam Hasta Bilgilendirme Kitapçığı. Türk Ostomi Cerrahi Derneği Yayını. No:2
- 5-Şelimen D, Akgün M, Erdim A.(1998). Stoma Bakımı. İstanbul.
- 6-Uludağ Üniversitesi Stoma Ünitesi Hasta Bilgilendirme Formu.Erişim: <http://sakur.uludag.edu.tr/dosya/FR-HYE-04-301-09.pdf>
- 7-Uludağ Üniversitesi Stoma Hastalarında Beslenme Formu. Erişim : <http://sakur.uludag.edu.tr/dosya/FR-HYE-04-719-37.pdf>

## EK-4: EĞİTİM İÇERİĞİ

<h3>İleostomi ile Yaşam</h3> 	 <p>▶ STOMA: Barsağın karın duvarına açığılaştırılması</p> <p>▶ <b>STOMA YAŞAMA DEVAM ETME ŞANSI VERİR!</b></p>
<h3>Stomanın Görünümü:</h3> <p>▶ Stoma nemli ve kırmızımsı pembe renktedir.</p> 	<p>▶ Barsak hareketleri istem dışında gerçekleştiğinden gaz veya dışkı çıkışı kontrol edilmez...</p> <p>▶ Stomada sinir uçları bulunmadığı için ağrı hissedilmez.</p>

<p>▶ <b>İLEOSTOMİ:</b></p> <p>▶ İNCE BARSAGIN KARIN DUVARINA AĞIZLAŞTIRILMASI</p> 	<h3>İleostomi Torbaları</h3> 
<h3>Tek Parçalı Sistem</h3> <p>▶ Torba ve adaptör birliktedir.</p>  <h3>İki Parçalı Sistem</h3> <p>▶ Torba ve adaptör birbirinden ayrıdır.</p> 	<h3>Pasta ve Adaptörler</h3> 



<p>► İleostomi bakımını inceleyelim ....</p> 	 <ul style="list-style-type: none"> <li>► Torba,adaptör</li> <li>► Gazlı bez,tuvalet kağıdı,mendil</li> <li>► Ilık su</li> <li>► Kirli torbanın atılacağı poşet vb.</li> <li>► Koruyucu örtü</li> <li>► Eldiven</li> <li>► Makas</li> <li>► Stoma ölçüm cetveli</li> </ul>
	<p>► <b>TORBA DEĞİŞİMİ İÇİN EN UYGUN ZAMAN;</b></p> <p>► <b>SABAH ERKENDEN YA DA YEMEKLERDEN 2 SAAT SONRA....</b></p>
<p>Yukarıdan aşağıya doğru, bir el ile deri desteklenerek çıkartılır.</p> 	 <p>► Stoma çevresi ılık su ile ıslatılmış gazlı bez/tuvalet kağıdı ile kirli bölgeden temiz bölgeye doğru silinir.</p>
 <p>► Stoma çapı stoma cetveli ile ölçülür.</p>	

<p><b>Torbanın Değiştirilmesi</b></p> <p>› İki parçalı bir torba kullanıyorsanız herhangi bir sorun gelişmediği (sızıntı vb.) taktirde cilde yapışan <b>adaptör kısmı cildinizde 3-5 gün kadar kalabilir.</b></p>	<p><b>Torbanın Değiştirilmesi</b></p> <p>› Torba dolduktan sonra çıkartılır, deriye yapıştırılan adaptör çıkartılmaz, <b>torba tuvalete boşaltılıp içerisinden su geçirildikten sonra tekrar adaptöre takılır ya da yeni bir torba ile değiştirilir.</b></p> <p>› <b>Bu torbaları boşaltarak 2-3 gün kullanabilirsiniz</b></p>
<p><b>Torba kullanımında;</b></p> <p>› Uygun çapta torba kullanımı çok önemlidir.</p> <p>› Uygun olmayan çapta torba kullanımı <b>stoma etrafında sızıntıya ve tahrişe yol açabilir.</b></p> <p>› Bu nedenle stoma çevresi düzenli olarak ölçülmelidir.</p>	<p>› Stoma çevresi torbaların paketinden çıkan yuvarlak, üzerinde rakamlar olan ölçekler ile ölçülebilir.</p> 
	 <p>› <b>Adaptöre uygun stoma torbası bir noktadan başlayarak dairesel hareketlerle adaptöre yerleştirilir.</b></p>
 <p>› <b>Eğer alttan boşaltmalı bir torba kullanılıyorsa torbanın klembi kapatılmalıdır.</b></p>	<p><b>Torbanın Değiştirilmesi</b></p> <p>› Eğer alttan boşaltmasız torba modelini kullanıyorsanız torbanız dolduktan sonra torbayı atıp yerine yeni torbayı takabilirsiniz...</p> <p>› <b>Altan boşaltılabilir torba kullanıyorsanız torbanın 1/3 ya da yarısına kadar dolduğunda boşaltılması gerekir.</b></p>  

### DERİ BAKIMI

- ▶ Her torba **değişiminde stoma görünümü ve stoma çevresindeki deri** kontrol edilir.
- ▶ Deri temizliği **ılık su ve yumuşak bir bezle** yapılmalıdır. Stoma **ovuşturulmamalıdır**.
- ▶ Cilt iyice **kurulanmalıdır**, gerekirse özel bakım ürünleri kullanılmalıdır.
- ▶ Dışkının içeriğindeki maddeler stoma çevresinde tahrişe neden olabilir; ilk belirtiler kızarıklık ve isilik gibi kabartılardır.
- ▶ Stomanın yanındaki kıllar makasla kesilmelidir.

### Cilt problemlerini önlemek için ;

- ▶ **alttan boşaltmalı torba,**
- ▶ **iki parçalı torba,**
- ▶ **kapaklı torbalar kullanılmalı,**
- ▶ **adaptör stoma çapına uygun kesilmeli,**
- ▶ **cilt iyice kurulandıktan sonra adaptör yerleştirilmeli,**
- ▶ **torba değişimleri sırasında dışkı sızıntısı var mı kontrol edilmelidir.**

### BANYO YAPMA VE GİYİNME

- ▶ Stoma **torbası takılı iken ya da torba çıkartılarak** banyo yapılabilir.
- ▶ Torba **takılı iken banyo yapmak daha rahat olabilir. Adaptör ve torbalar suya dayanıklıdır.**
- ▶ Denize girerken erkekler **şort** tipi mayo, kadınlar **tek parçalı desenli mayo** giyebilir. Torba yerine stoma kepi takılmalıdır.
- ▶ Stoma bel hizasındaysa, beli sıkı etek- pantolon giyilmemeli, kemer takmaktan kaçınılmalıdır.

### BESLENME

- ▶ Kilo değişimleri stomaı etkiler:((çökme, fıtıklaşma))
- ▶ Bazı lifli gıdaların (lahana, taze fasulye, portakal, marul, patlamış mısır, kereviz) fazla alımı ishale neden olabilir.
- ▶ Günde en az 1,5–2 litre su içilmelidir.
- ▶ Patlamış mısır, fındık gibi yiyeceklerin tıkanıklığa neden olmaması için **iyice çiğnenerek** tüketilmelidir.



### BESLENME



- ▶ Alkollü içecekler, bira sulu dışkıya neden olabilir.
- ▶ İlk kez tüketilecek olan bir gıda maddesi **az miktarda** yenilerek sonuçları gözlemlenir.
- ▶ **İshal geliştiğinde, pirinç lapası, muz, yoğurt, makarna, ekme** tüketilmelidir.
- ▶ Kabızlığı önlemek için ise taze meyve ve sebzeler, kepekli ekme tüketilebilir.

### KOKU-GAZ OLUŞUMU

- ▶ Eğer kullanılan torba **iyi yerleştirilirse** koku dışarı çıkmaz.
- ▶ **Filtreli torba kullanımı ve filtrelerin önerilen sürede (genellikle 12 saatte bir) değiştirilmesi** koku çıkışını engeller.

### KOKU-GAZ OLUŞUMU

- ▶ Stoma deodorantları, aspirin tabletler, ağız spreyleri kokuyu azaltmada kullanılabilir.
- ▶ Fazla gaz oluşumunu önlemek için; **yemekler düzenli olarak yenmelidir, yemek yerken hava yutmamak için konuşulmamalı, sakız çiğnemekten ve sigara içmekten kaçınılmalıdır.**

### KOKUYU ARTTIRAN YİYECEKLER

- ▶ Balık,
- ▶ Yumurta,
- ▶ Soğan, sarımsak
- ▶ Yeşil sebzeler, salatalık,
- ▶ Peynir,
- ▶ Lahana, karnabahar,
- ▶ Kuru baklagiller

### KOKUYU AZALTAN YİYECEKLER

- ▶ Yoğurt,
- ▶ Yayık ayranı,
- ▶ Nane şekeri,
- ▶ Taze maydonoz,
- ▶ Kızılçık suyu



### SPORTİF FAALİYETLER

- › Ameliyattan 1-2 hafta sonra hastalanmadan önce yapılan fiziksel aktiviteler yapılabilir.
- › Spora başlamadan önce torba boşaltılmalıdır.
- › Boks, güreş, ağırlık kaldırma gibi aktiviteler **uygun değildir.**
- › Terleme, sıcak ve banyo gibi etkenler torbanın yapışıklığını azaltabileceğinden **yedek torba bulundurmamak önemlidir.**

### İŞE DÖNME SOSYAL YAŞAM

- › Ameliyattan 6-8 hafta sonra çalışma hayatına devam edebilirsiniz.
- › Stoma temizliğinde kullanılan bazı malzemeler iş yerinde yedek olarak bulundurulmalıdır.



### SEYAHAT

- › **Seyahat öncesi torba mutlaka boşaltılmalıdır.**
- › **Yedek torba ve stoma malzemelerinin** bulunduğu bir çanta taşınması kolaylık sağlar.
- › Emniyet kemeri stomanın alt kısmından ya da üst kısmından geçirilmelidir.
- › Uçakla yolculuk sırasında kabin basıncı dolayısıyla daha çok gaz oluşabilir!!!!!!

### CİNSEL YAŞAM

- › Cinsel ilişkiden önce torba boşaltılmalıdır.
- › Torba kılıfları veya bazı iç çamaşırları ile torba örtülebilir.
- › İlişki sırasında stoma kepi takılabilir.
- › Diğer sorunlar için sağlık profesyonellerinden yardım alınmalıdır.

### HAMİLELİK

- › Tıbbi bir sakınca yoksa stomalı kadınlar hamile kalabilirler.
- › Stomayı görmek için ayna kullanılabilir veya birinden yardım alınması gereklidir.
- › Stomalı bir kadın bebeğini emzirebilir; bebeğin torba üzerine yaratacağı basınçla sızıntıyı önlemek için emzirmeden önce stoma torbası boşaltılmalıdır.

### İLAÇ KULLANIMI

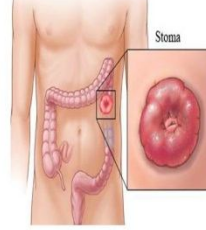
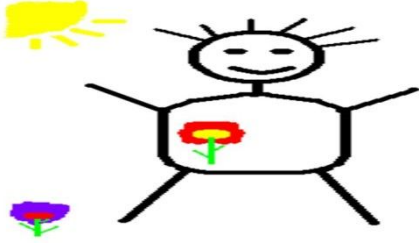
- › Doktor önerisi olmadan ilaç kullanılmamalı, ilaç kullanılması gerektiğinde stomanın olduğu mutlaka söylenmelidir.
- › Ağızdan alınan ilaçların emilimi ince barsaklarda gerçekleşir ;bu nedenle ilaçlar emilmeden dışkı ile atılabilir.
- › **Bunun için ileostomi torbası kontrol edilmelidir, şeffaf torbalar kullanılabilir.**

### STOMA İLE İLGİLİ PROBLEMLER

- › KIL DİPLERİNİN İLTİHABI
- › STOMA ÇEVRESİNDE MANTAR
- › STOMA ÇEVRESİNDE KIZARIKLİK,AĞRI, ŞİŞLİK
- › STOMA ÇEVRESİNDE ALERJİ
- › STOMADA RENK DEĞİŞİKLİĞİ
- › STOMA ÇEVRESİNDE FITIKLAŞMA
- › BARSAGIN DIŞARI ÇIKMASI, BARSAGIN İÇERİ KAÇMASI
- › BARSAK TIKANMASI
- › KANAMA



## Kolostomi ile Yaşam



▶ STOMA: Barsağın karın duvarına ağzlaştırılması

▶ **STOMA YAŞAMA DEVAM ETME ŞANSI VERİR!**

### Stomanın Görünümü:

▶ Stoma nemli ve kırmızımsı pembe renktedir.

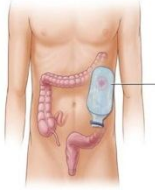


▶ Barsak hareketleri istem dışında gerçekleştiğinden gaz veya dışkı çıkışı kontrol edilmez...

▶ Stomada sinir uçları bulunmadığı için ağrı hissedilmez.

### ▶ KOLOSTOMİ:

▶ KALIN BARSAGIN KARIN DUVARINA AĞZLAŞTIRILMASI



### Kolostomi Torbaları



### Tek Parçalı Sistem

▶ Torba ve adaptör birliktedir.



### İki Parçalı Sistem

▶ Torba ve adaptör birbirinden ayrıdır.



### Pasta

ve

### Adaptörler



► Kolostomi bakımını inceleyelim  
.....



► **TORBA DEĞİŞİMİ İÇİN EN UYGUN ZAMAN;**

► **SABAH ERKENDEN YA DA YEMEKLERDEN 2 SAAT SONRA....**

**KOLOSTOMİNİN BULUNDUĞU YERE GÖRE DİŞKİ MİKTARI DEĞİŞİR**



Kalın barsakta **gaz oluşumu** daha fazla olduğu için **filtreli torba** kullanılmalıdır.



- Torba, adaptör
- Gazlı bez, tuvalet kağıdı, mendil
- Ilık su
- Kirli torbanın atılacağı poşet vb.
- Koruyucu örtü
- Eldiven
- Makas
- Stoma ölçüm cetveli



Yukarıdan aşağıya doğru, bir el ile deri desteklenerek çıkartılır.

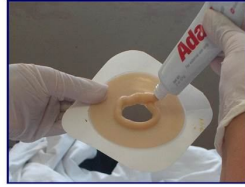
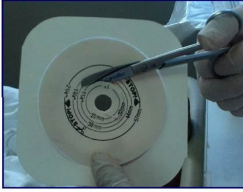




► Stoma çevresi ılık su ile ıslatılmış gazlı bez/tuvalet kağıdı ile kirli bölgeden temiz bölgeye doğru silinir ve kurulanır.



► Stoma çapı stoma cetveli ile ölçülür.



► Adaptöre uygun stoma torbası bir noktadan başlayarak dairesel hareketlerle adaptöre yerleştirilir.



► Eğer alttan boşaltmalı bir torba kullanılıyorsa torbanın klembi kapatılmalıdır.

### Torbanın Değiştirilmesi

- ▶ Eğer alttan boşaltmasız torba modelini kullanıyorsanız torbanız dolduktan sonra torbayı atıp yerine yeni torbayı takabilirsiniz...
- ▶ Alttan boşaltılabilir torba kullanıyorsanız torbanın **1/3 ya da yarısına** kadar dolduğunda boşaltılması gerekir.



### Torbanın Değiştirilmesi

- ▶ İki parçalı bir torba kullanıyorsanız herhangi bir sorun gelişmediği (sızıntı vb.) takdirde cilde yapışan **adaptör kısmı cildinizde 3-5 gün kadar kalabilir.**

### Torbanın Değiştirilmesi

- ▶ Torba dolduktan sonra çıkartılır, deriye yapıştırılan adaptör çıkartılmaz, **torba tuvalete boşaltılıp içerisinden su geçirildikten sonra tekrar adaptöre takılır ya da yeni bir torba ile değiştirilir. Bu torbaları boşaltarak 2-3 gün kullanabilirsiniz.**

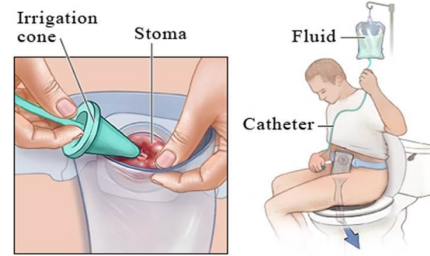
### Torba kullanımında;

- ▶ Uygun çapta torba kullanımı çok önemlidir.
- ▶ Uygun olmayan çapta torba kullanımı **stoma etrafında sızıntıya ve tahrişe yol açabilir.**
- ▶ Bu nedenle stoma çevresi düzenli olarak ölçülmelidir.

- ▶ Stoma çevresi torbaların paketinden çıkan yuvarlak, üzerinde rakamlar olan ölçükler ile ölçülebilir.



### Kolostomi İrrigasyonu



### Kolostomi İrrigasyonu ile;

- ▶ Barsak hareketleri düzenlenir, böylece irrigasyonlar arası gaz, dışkı çıkışı önlenir ve **kontrollü dışkı çıkışı** sağlanır.
- ▶ Deri problemlerinin gelişmesi önlenir.
- ▶ Barsak boşalımının sağlanması sürekli torba kullanımına göre az maliyet sağlar.

### DERİ BAKIMI

- ▶ Her torba **değişiminde stoma görünümü ve stoma çevresindeki deri** kontrol edilir.
- ▶ Deri temizliği **ılık su ve yumuşak bir bezle** yapılmalıdır. Stoma ovuşturulmamalıdır.
- ▶ Cilt iyice **kurulanmalıdır**, gerekirse özel bakım ürünleri kullanılmalıdır.
- ▶ Dışkınin içeriğindeki maddeler stoma çevresinde tahrişe neden olabilir; ilk belirtiler kızarıklık ve isilik gibi kabartılardır.
- ▶ Stomanın yanındaki kıllar makasla kesilmelidir.



### Cilt problemlerini önlemek için ;

- ▶ alttan boşaltmalı torba,
- ▶ iki parçalı torba,
- ▶ kapaklı torbalar kullanılmalı,
- ▶ adaptör stoma çapına uygun kesilmeli,
- ▶ cilt iyice kurulandıktan sonra adaptör yerleştirilmeli,
- ▶ torba değişimleri sırasında dışkı sızıntısı var mı kontrol edilmelidir.

### BANYO YAPMA VE GİYİNME

- ▶ Stoma torbası takılı iken ya da torba çıkartılarak banyo yapılabilir.
- ▶ Torba takılı iken banyo yapmak daha rahat olabilir. Adaptör ve torbalar suya dayanıklıdır.
- ▶ Denize girerken erkekler şort tipi mayo, kadınlar tek parçalı desenli mayo giyebilir. Torba yerine stoma kepi takılmalıdır.
- ▶ Stoma bel hizasındaysa, beli sıkı etek- pantolon giyilmemeli, kemer takmaktan kaçınılmalıdır.

### BESLENME

- ▶ Kilo değişimleri stomayı etkiler:((çökme, fıtıklaşma))
- ▶ Bazı lifli gıdaların (lahana, taze fasulye, portakal, marul, patlamış mısır, kereviz) fazla alımı ishale neden olabilir.
- ▶ Günde en az 1,5-2 litre su içilmelidir.
- ▶ Patlamış mısır, fındık gibi yiyeceklerin tıkanıklığa neden olmaması için iyice çiğnenerek tüketilmelidir.



### BESLENME



- ▶ Alkollü içecekler, bira sulu dışkıya neden olabilir.
- ▶ İlk kez tüketilecek olan bir gıda maddesi az miktarda yenilerek sonuçları gözlemlenir.
- ▶ İshal geliştiğinde, pirinç lapası, muz, yoğurt, makarna, ekme tüketilmelidir.
- ▶ Kabızlığı önlemek için ise taze meyve ve sebzeler, kepekli ekme tüketilebilir.

### KOKU-GAZ OLUŞUMU

- ▶ Eğer kullanılan torba iyi yerleştirilirse koku dışarı çıkmaz.
- ▶ Filtreli torba kullanımı ve filtrelerin önerilen sürede (genellikle 12 saatte bir) değiştirilmesi koku çıkışını engeller.

### KOKU-GAZ OLUŞUMU

- ▶ Stoma deodorantları, aspirin tabletler, ağız spreyleri kokuyu azaltmada kullanılabilir.
- ▶ Fazla gaz oluşumunu önlemek için; yemekler düzenli olarak yenmelidir, yemek yerken hava yutmamak için konuşulmamalı, sakız çiğnemekten ve sigara içmekten kaçınılmalıdır.

### KOKUYU ARTTIRAN YİYECEKLER

- ▶ Balık,
- ▶ Yumurta,
- ▶ Soğan, sarımsak
- ▶ Yeşil sebzeler, salatalık,
- ▶ Peynir,
- ▶ Lahana, karnabahar,
- ▶ Kuru baklagiller

### KOKUYU AZALTAN YİYECEKLER

- ▶ Yoğurt,
- ▶ Yayıq ayranı,
- ▶ Nane şekeri,
- ▶ Taze maydonoz,
- ▶ Kızılçık suyu



### DİNLENME VE SPOR TİF FAALİYETLER

- ▶ Ameliyattan 1-2 hafta sonra hastalanmadan önce yapılan fiziksel aktiviteler yapılabilir.
- ▶ Spora başlamadan önce torba boşaltılmalıdır.
- ▶ Boks, güreş, ağırlık kaldırma gibi aktiviteler **uygun değildir**.
- ▶ Terleme, sıcak ve banyo gibi etkenler torbanın yapışıklığını azaltabileceğinden **yedek torba bulundurmamak önemlidir**.

### İŞE DÖNME SOSYAL YAŞAM

- ▶ Ameliyattan 6-8 hafta sonra çalışma hayatına devam edebilirsiniz.
- ▶ Stoma temizliğinde kullanılan bazı malzemeler iş yerinde yedek olarak bulundurulmalıdır.



### SEYAHAT

- ▶ **Seyahat öncesi torba mutlaka boşaltılmalıdır.**
- ▶ **Yedek torba ve stoma malzemelerinin** bulunduğu bir çanta taşınması kolaylık sağlar.
- ▶ Emniyet kemeri stomanın alt kısmından ya da üst kısmından geçirilmelidir.
- ▶ Uçakla yolculuk sırasında kabin basıncı dolayısıyla daha çok gaz oluşabilir.

### CİNSEL YAŞAM

- ▶ Cinsel ilişkiden önce torba boşaltılmalıdır.
- ▶ Torba kılıfları veya bazı iç çamaşırları ile torba örtülebilir.
- ▶ İlişki sırasında stoma kepi takılabilir.
- ▶ Diğer sorunlar için sağlık profesyonellerinden yardım alınmalıdır.

### HAMİLELİK

- ▶ Tıbbi bir sakınca yoksa stomalı kadınlar hamile kalabilirler.
- ▶ Stomayı görmek için ayna kullanılabilir veya birinden yardım alınması gereklidir.
- ▶ Stomalı bir kadın bebeğini emzirebilir; bebeğin torba üzerine yaratacağı basınçla sızıntıyı önlemek için emzirmeden önce stoma torbası boşaltılmalıdır.

### İLAÇ KULLANIMI

- ▶ Doktor önerisi olmadan ilaç kullanılmamalıdır.
- ▶ İlaç kullanılması gerekli olduğu durumlarda stomanın olduğu mutlaka söylenmelidir.
- ▶ Anüs içerisinden herhangi bir uygulama, lavman yapılmamalıdır.
- ▶ **Bazı ilaçlar** gaitanın renginde değişiklikler yapabilir.

### STOMA İLE İLGİLİ PROBLEMLER

- ▶ KIL DİPLERİNİN İLTİHABI
- ▶ STOMA ÇEVRESİNDE MANTAR
- ▶ STOMA ÇEVRESİNDE KIZARIKLIK, AĞRI, ŞİŞLİK
- ▶ STOMA ÇEVRESİNDE ALERJİ
- ▶ STOMADA RENK DEĞİŞİKLİĞİ
- ▶ STOMA ÇEVRESİNDE FITIKLAŞMA
- ▶ BARSAGIN DIŞARI ÇIKMASI, BARSAGIN İÇERİ KAÇMASI
- ▶ BARSAK TIKANMASI
- ▶ KANAMA

**EK-5: ETİK KURUL İZİN YAZISI**



**T.C.  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı**

Sayı: 2012/ 16  
Konu: Etik Kurul Kararı

15 Kasım 2012

**Sayın, Prof.Dr.Nedime KÖŞGEROĞLU**  
Eskişehir Sağlık Yüksekokulu

Tarafınızdan yürütülmekte olan *“Hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda öz-bakım gücüne olan etkisinin değerlendirilmesi”* başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

**Prof.Dr.Selma METİNTAŞ**  
Etik Kurul Başkanı  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU  
KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda öz-bakım gücüne olan etkisinin değerlendirilmesi			
	VARSA ARAŞTIRMA PROTOKOL/PLAN KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Nedime KÖŞGEROĞLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	Müdahale			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek Lisans Tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU  
KARAR FORMU**

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	08.10.2012	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	08.10.2012	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	1- Veri Toplama Formu 2- Özbakım Gücü Ölçeği 3- Literatür Örnekleri 4- Özgeçmiş Formları		
KARAR BİLGİLERİ	<b>Karar No: 05</b>	<b>Tarih: 06.11.2012</b>		
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde sunulan görüşler doğrultusunda çalışmanın olumlu bulunduğu toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
<b>BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>	<b>Prof.Dr.Selma METİNTAŞ</b>

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Selma METİNTAŞ	Halk Sağlığı	Eskişehir Osmangazi Üni. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>S. J. A.</i>
Prof. Dr. Mahmut KEBAPÇI	Radyoloji	Eskişehir Osmangazi Üni. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M. K.</i>
Arş. Gör. Nilüfer DEMİRSOY	Tıp Tarihi ve Etik	Eskişehir Osmangazi Üni. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>N. D.</i>
Prof. Dr. Fatma Sultan KILIÇ	Tıbbi Farmakoloji	Eskişehir Osmangazi Üni. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nilüfer ERKASAP	Fizyoloji	Eskişehir Osmangazi Üni. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hikmet BAŞMAK	Göz Hastalıkları	Eskişehir Osmangazi Üni. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>H. B.</i>
Prof. Dr. Cengiz ÇETİN	Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	Eskişehir Osmangazi Üni. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. S.Sinan ÖZALP	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Eskişehir Osmangazi Üni. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>S. Ö.</i>
Prof. Dr. Özkan ALATAŞ	Tıbbi Biyokimya	Eskişehir Osmangazi Üni. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>O. A.</i>

ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU  
KARAR FORMU

Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK	Histoloji-Embriyoloji	Eskişehir Osmangazi Üni. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr.Gör. Dr. Meral GÜRBÜZ	Hukuk	Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Alaattin ÇOBAN	Halkla İlişkiler, Protokol Müdürü	Sarar Şirketler Gurubu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Ramazan ÖZER	Makine Yüksek Mühendisi	Eskişehir İl Özel İdaresi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma

**EK-6: ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ  
İZİN YAZISI**

*İlkay ÇULHA*



T.C  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.30.2.OGÜ.0.42.00.00/11  
KONU : İlkay ÇULHA Hk.

04.01.2013

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA**

**İLGİ:** 11.12.2012 tarih ve 38 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile ilgili olarak Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans programına kayıtlı 522320110006 numaralı öğrenci İlkay ÇULHA'nın " Hemşirelik Eğitiminin Kolostomi ve İleostomi Açılan Hastalarda Öz Bakım Gücüne Etkisinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasıyla ilgili anket izni yazımız ekinde gönderilmektedir

Bilgilerinize rica ederim.

*K. Özdamar*  
Prof.Dr. Kazım ÖZDAMAR  
Sağlık Bil. Enst. Müdürü

Ek1: ESOĞU Araştırma Hastanesi İzni

*Çulha hn.  
Nedime hn.  
İlkay hn. (foto verilmiş)*

Gelen Evrak  
Kayıt Tarihi: 7.1.13  
Kavut No: 1



4221 781

T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı

SAYI :Genel Cerrahi /196

26.12.2012

KONU: İlkay Çulha hk.

HASTANE BAŞHEKİMLİĞİ'NE

İlgi: 24.12.2012 gün ve 872-11226 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız gereği, Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi İlkay Çulha'nın "Hemşirelik Eğitiminin Kolostomi ve İleostomi Açılan Hastalarda Öz Bakım Gücüne Etkisinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasına esas olacak anket çalışması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Bekir YAŞAR  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı

İlgi yazıca  
A. K. K. K.  
K. K. K.

T.C.	
ESK. OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ	
EĞİTİM UYGULAMA VE ARASTIRMA HASTANESİ	
BAŞHEKİMLİĞİ	
GELEN EVRAKIN	
Geliş Tarihi	28 ARALIK 2012
Geliş Saati	9 00
Geliş No	8850
Eki	—



## EK-7: KAMU HASTANELER BİRLİĞİ İZİN YAZISI



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

24 Ocak 2013

Sayı : 84987131-044/044 *PBR130 -615*  
Konu : Yüksek Lisans Tez Çalışması

ESKİŞEHİR OSMAN GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 14.12.2012 tarih ve 634 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile Genel Sekreterliğimize bağlı Eskişehir Devlet Hastanesi ve Yunus Emre Devlet Hastanesi'nde Yüksek Lisans öğrencisi İlkay ÇULHA'nın "Hemşirelik Eğitiminin Kolostomi ve İleostomi Açılan Hastalarda Öz Bakım Gücüne Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına ait 22.01.2013 tarih ve Per253-436 sayılı izin onayı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Uzm.Dr. Hüseyin Seyhan FİDAN  
Genel Sekreter

**Eki:**  
Yüksek Lisans Tez Çalışması Onayı 1 Adet



Sağlık Bakanlığı  
Eskişehir İli  
Kamu Hastaneleri Birliği  
Genel Sekreterliği

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

22 Ocak 2013

Sayı : 84987131-044/ PER 253 436  
Konu : Yüksek Lisans Tez Çalışması

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi İlkay ÇULHA'nın "Hemşirelik Eğitiminin Kolostomi ve İleostomi Açılan Hastalarda Öz Bakım Gücüne Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına esas olacak anket uygulamasını Genel Sekreterliğimize bağlı Eskişehir Devlet Hastanesi ve Yunus Emre Devlet Hastanesi'nde yapmak için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 14.12.2012 tarih ve 634 sayılı yazısı ile teklif edilmiştir.

TKHK Hastane Hizmetleri Başkan Yardımcılığı'nın 14.01.2013 tarih ve 857755 sayılı yazısına istinaden araştırmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı soruların bulunmaması, yapılacak çalışmanın Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi ve söz konusu araştırmanın sonucundan Genel Sekreterliğimize bilgi verilmesi kaydı ile anılan anket çalışmasının Eskişehir Devlet Hastanesi ve Yunus Emre Devlet Hastanesi'nde yapılması uygun görülmektedir.

Takdirlerinize arz ederim.

Mücahit Said DESTİCİ  
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR  
... / 01 / 2013

Uzm.Dr. Hüseyin Seyhan FİDAN  
Genel Sekreter

Dağıtım:  
Eskişehir Devlet Hastanesi Yöneticisine  
Yunus Emre Devlet Hastanesi

Adres: Yeni Bağlar Mah.Hacı Hüsnü Sk.No:61 ESKİŞEHİR  
İrtibat: C.ALTAN(Kamu Hast.Birliği-İnsan Kaynakları Birimi)

Tel : 0 222 335 15 10  
Fax : 0 222 335 15 40

## **EK-8: ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (DENEY GRUBU)**

“ Hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda öz-bakım gücüne olan etkisinin değerlendirilmesi” başlıklı çalışma bilimsel bir araştırma olup Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Araştırma Görevlisi İlkay Çulha tarafından yürütülecektir.

**Araştırmadaki Tedaviler, İzlenecek Yol, Uygulanacak Yöntemler ve Ücret Ödenmesi:** Araştırmaya katılan kolostomili ve ileostomili hastalara araştırma boyunca tıbbi işlem uygulanmayacaktır. Araştırmanın değerlendirilmesinde kullanılacak olan gerekli verileri toplamak için ‘Öz- bakım gücü ölçeği’ ve araştırmacı tarafından hazırlanan iki bölümden oluşan ‘Kişisel Veri Toplama Formu’ uygulanacaktır. Araştırmada bulunan bireylere stoma açıldıktan sonra stoma bakımı ile ilgili eğitimin verilebilmesi için, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen bilgilendirme kitapçığı kullanılacaktır. İ Bireylere ilk görüşme sırasında, ilk görüşmeden/eğitimden 3 hafta sonra öz-bakım gücü ölçeği ve kişisel veri toplama formunun ikinci bölümü uygulanacaktır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ücret ödemesi yapılmayacaktır.

**Gönüllünün Sorumlulukları:** Araştırmada gastrointestinalnin fonksiyonu, stomanın ne olduğu, görünümü ve fonksiyonu , stoma bakım ürünleri, stoma çevresi bakımında dikkat edilmesi gereken durumlar, koku , beslenme, ishal, kabızlık, sosyal aktiviteler, kıyafet seçimi, banyo yapma, seyahat, ilaç kullanımı, dini inançları gerçekleştirme, ameliyatın psikoseksüel etkileri ve komplikasyonları konularında eğitim verilecektir. Gönüllünün sorumlulukları uygulanan eğitim planına özen gösterme, araştırmacının öneri ve uyarılarına uymaktır.

**Araştırmanın beklenen yararları ve olası riskleri:** Stoma ile birlikte iyi bir yaşam sürdürmek, hastanın uygun hazırlanması, eğitilmesi ve etkili bir rehabilitasyon sağlanması için uzmanlaşmış bakım olarak adlandırılan stomaterapi son yıllarda önemini arttırmaktadır. Ülkemizde her sağlık kuruluşunda stoma bakım hemşiresi bulunmamaktadır. Araştırmada kolostomi ve ileostomi açılan hastalara verilecek eğitim ile oluşabilecek fiziksel, psikolojik sorunların oluşması önlenilecek, bireylerin stoma bakımına katılması, bakım için yeterli güce ulaşması sağlanabilecektir. Araştırmanın kişinin sağlığına klinik olarak herhangi bir olumsuz etkisi bulunmamaktadır.

**Araştırmadan çekilme hakkı:** Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da araştırmanın herhangi bir aşamasında

ayrılabilirsiniz. Bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan eğitim planına özen göstermeme, araştırıcının öneri ve uyarılarına uymama, çalışma grubuna dahil edilme kriterlerine (18-65 yaş arasında olan, kalıcı stoma açılan, psikolojik hastalığı bulunmayan, iletişim problemi olmayan hastalar) sahip olmanız gibi durumlarda araştırmacı tarafından araştırmadan ıkarılabılırsiniz. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

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

**Gönüllünün;**

Adı-Soyadı:

Adresi/Telefon No:

Tarih ve İmza:

## **EK-9: ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KONTROL GRUBU)**

“ Hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda öz-bakım gücüne olan etkisinin değerlendirilmesi” başlıklı çalışma bilimsel bir araştırma olup Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Araştırma Görevlisi İlkay Çulha tarafından yürütülecektir.

**Araştırmadaki Tedaviler, İzlenecek Yol, Uygulanacak Yöntemler ve Ücret Ödenmesi:** Araştırmaya katılan kolostomili ve ileostomili hastalara araştırma boyunca tıbbi işlem uygulanmayacaktır. Araştırmanın değerlendirilmesinde kullanılacak olan gerekli verileri toplamak için bireylere ilk görüşmede öz-bakım gücü ölçeği ile kişisel veri toplama formu, ilk görüşmeden 3 hafta sonra öz-bakım gücü ölçeği ile kişisel veri toplama formunun ikinci bölümü uygulanacaktır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ücret ödemesi yapılmayacaktır.

**Gönüllünün Sorumlulukları:** Gönüllünün sorumlulukları uygulanan araştırma planına özen gösterme, araştırmacının öneri ve uyarılarına uymaktır.

**Araştırmadan çekilme hakkı:** Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz. Bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, araştırmacının öneri ve uyarılarına uymama, çalışma grubuna dahil edilme kriterlerine (18-65 yaş arasında olan, kalıcı stoma açılan, psikolojik hastalığı bulunmayan, iletişim problemi olmayan hastalar) sahip olmanız gibi durumlarda araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılabiliyorsunuz. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

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

**Gönüllünün;**

Adı-Soyadı:

Adresi/Telefon No:

Tarih ve İmza:

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : İlkay Çulha

Doğum tarihi ve yeri : 04.08.1985 /Muğla

Uyruğu : T.C

İletişim adresleri : ilkayc.ilkay@gmail.com

### Eğitim Durumu

1993-1998: Datça Kazım Yılmaz İlköğretim Okulu

1998-2004: Milas Anadolu Lisesi-Muğla

2005-2009: Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu-Ankara

2011-2014: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

### Mesleki Deneyim

2009-2011 :Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi-Hemşire

Ekim 2011-Halen: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hemşirelik Bölümü-Araştırma Görevlisi

### Yayınlar

#### A. Ulusal hakemli dergilerde yayınlanmış tam makale

A.1. Köşgeroğlu, N., **Çulha, İ.**, Yüksel, C., Tunç, P. (2013). Kadın ve Mobbing. Sağlıkla Dergisi.

#### B. Ulusal ve Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler

B.1. Köşgeroğlu, N., **Çulha, İ.**, Yüksel, C., Tunç, P. (2012). Kadın ve Mobbing. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Kadın Araştırmaları Sempozyumu, Eskişehir.

B.2. Saymer F, Özerdoğan N, Özalp S, Demirtaş N, Köşgeroğlu N, Arslantaş D, Öner S, Boyacı M, Çelik N, Giray S, Açıköz A, Özaydın Ö.A., Mızrak B., **Çulha İ.**, 'Eskişehir Osmangazi Üniversitesi'nde Çalışan Kadınlarda Meme Ve Serviks Kanserinden Korunma Ve Erken Tanının Önemiyle İlgili Bilinç Düzeyinin Artırılmasına Yönelik Bir Çalışma', 11. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, 07- 10 Mart 2013, Bursa.

**B.3.** Giray S, Özerdoğan N, Özalp S, Demirtaş N, Köşgeroğlu N, Arslantaş D, Saymer F, Öner S, Boyacı M, Çelik N, Açıkgöz A, Özaydın Ö.A., Mızrak B., **Çulha İ.**, ‘Eskişehir Osmangazi Üniversitesi’nde Çalışan Kadınlarda Meme Ve Serviks Kanseri Risk Düzeylerinin Belirlenmesi’, 11. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, 07-10 Mart 2013, Bursa.

**B.4.** Babadağ, B., **Çulha, İ.**, Köşgeroğlu, N. (2013). Bir Sağlık Yüksekokulu’nda Öğrenim Gören Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Sağlık Alanında Karşılaştığı Sorunların Belirlenmesi.2. Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi,Antalya.

### **Bilimsel Etkinlikler**

Ödüller: 11. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi Poster Bildiri 1.’lik Ödülü

### **Katılan Kurslar ve Eğitim Programları:**

-Meme Kanseri Kursu, Eskişehir, 2013.

-Yara Bakım Kursu, Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Kongresi, Kuşadası-Aydın, 2013.