



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALICI ABDOMİNAL STOMALI HASTALARDA
BEDEN İMAJI DEĞİŞİMİNİN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

SEVGİNAZ MUTLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. DENİZ ŞELİMEN

İSTANBUL – 2006

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	8
5. GEREÇ VE YÖNTEM	29
6. BULGULAR	36
7. TARTIŞMA VE SONUÇ	65
8. EKLER	86
9. KAYNAKLAR	95
10. ÖZGEÇMİŞ	105
11. ETİK KURUL ONAYI	106

TEŞEKKÜR

Çalıőmam süresince fikirleriyle önderlik eden, sürekli teşvik eden, ilgi ve desteği ile yanımda olan hocam ve danışmanım M.Ü.HYO Müdürü ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr.Deniz şelimen'e

Desteklerinden dolayı, M.Ü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim elemanlarına,

Çalıőmalarım sırasında beni destekleyen ve yardımlarını esirgemeyen yöneticilerime ve hemşire arkadaşlarıma,

Verilere ulaşmamda yardım eden SB.Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarına ve sayın Dr. Sedat Kamalı'ya,

Ve sevgili aileme

TEŞEKKÜR EDERİM.

1. ÖZET

Bu çalışma, kalıcı abdominal stomalı hastalarda beden imajı değişiminin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma İstanbul il sınırı içinde bulunan S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 1 Ekim 2005 ile 30 Ağustos 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına 58 hasta alınmıştır.

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan, Hasta Görüşme Formu ve Kısa Form 36 (The MOS 36 Item Short Form Health Survey–SF 36) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik, ortalama, standart sapma, Kruskal Wallis test, Mann Whitney, U test ve Ki Kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p>0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Grubun SF 36 sağlık statüsü ortalama puanları; fiziksel fonksiyonellik $65,60\pm 22,98$, fiziksel rol sınırlamaları $35,77\pm 39,76$, ağrı $66,03\pm 21,27$, sosyal fonksiyonellik $60,56\pm 30,33$, mental rol sınırlamaları $50,57\pm 45,55$, ruh sağlığı $57,44\pm 17,53$, enerji/ zindelik $37,84\pm 21,15$ ve genel sağlık algısı boyutunda ise $39,39\pm 20,60$ olarak bulunmuştur.

Tüm SF 36 sağlık statüsü boyutlarında cinsiyet, medeni durum, eğitim, ameliyat öncesi hastaya bilgi verilmesi istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır ($p>0,05$).

Çalışan ve stoma bakımını kendisi yapan bireylerin yaşam kalitesi puanları olumlu olarak etkilenmiştir. Ameliyattan sonra geçen süre 6 ay ile 1 yıl arasında olan bireylerin yaşam kalitesi puanları olumsuz olarak etkilenmiştir.

Stomanın koku yapacağından endişe duyan bireylerin fiziksel ve sosyal fonksiyon puanları ileri düzeyde düşük bulunmuştur ($p:0,006$); ($p<0,01$).

Ameliyattan sonra beden imajı nedeniyle üzüntü duyan, stomanın kendisini çirkinleştirdiğini düşünen bireylerin yaşam kalitesi puanları düşük tespit edilmiştir. ($p<0,01$) ($p:0,004$; $p<0,01$).

Stoma bireylerin partnerleri ile ilişkilerini, cinsel ve sosyal yaşamlarını olumsuz olarak etkilemiştir.

Bu çalışma kalıcı kolostomili hastaların fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlar yaşadıklarını göstermiştir.Yaşanan sorunlar ve beden imajı değişikliği SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinde düşük puanlar alınmasına neden olmuştur.

Anahtar kelimeler: Kalıcı stoma, beden imajı, yaşam kalitesi, sosyal yaşam, psikolojik problem.

2. SUMMARY

THE EFFECT OF CHANGE IN BODY IMAGE ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PERMANENT STOMAS

This study is designed to identify the effects of changes in body image on quality of life, in patients with permanent stomas.

The study was carried out at Ministry of Health, Okmeydani Education and Research Hospital, from 1 October 2005 to 30 August 2006. The study covered 58 patients. For data collection, Patient Interview Form which was prepared specifically for this study and Short Form SF36 were used (The MOS 36 Item Short Form Health Survey – SF 36). Percent, median, standard deviation, Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test and Chi-square tests were used for data evaluation. Results were considered significant at $p < 0.05$, with a confidence level of 95%.

The SF36 health status points for the group were; for the physical functioning scale 65.60 ± 22.98 , for the physical role limitation scale $35.77 \pm$, for the pain scale 66.03 ± 21.27 , for the social functioning scale 60.56 ± 30.33 , for the mental role limitations scale 50.57 ± 45.55 , for the mental health scale 57.44 ± 17.53 , for the energy/fitness scale 37.84 ± 21.15 , and for the general health perception scale 39.39 ± 20.60 .

In all SF36 health status scales, sex, marital status, education and informing the patient before the surgery had no significant effect. ($p > 0.05$)

Those individuals who were employed and who could handle their own stomas scored higher quality of life points. Individuals who received help from the hospital, and those who had their operation during the past 6 months-1 year period, scored lower quality of life points.

Patients who had concerns that the stoma will cause excessive smell, scored significantly lower physical and social function points ($p: 0.006$; $p < 0.01$).

Those patients who had anxiety after the surgery regarding their body image, and those who believed that the stoma made them uglier, scored lower quality of life points ($p: 0.01$) ($p: 0.004$; $p < 0.01$).

Stoma had a negative influence on individual's relation with his/her partner, their sexual and social life.

This study has shown that the patients with permanent stomas, experience physical, social and psychological problems and difficulties. These problems and the anxiety and sorrow over the changed body image has resulted in lower points on the SF36 quality of life scale.

Key words: Permanent stoma, body image, quality of life, social life, psychological problem.

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam kalitesi, bireylerin kendi kültürleri ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimidir. Kişinin fiziksel fonksiyonlarını, psikolojik durumunu, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkilerini, çevre etkilerini ve inançlarını kapsamaktadır. Yaşam kalitesi zaman içinde değişim gösterebilen, bireylerin beklentileri ve yaşantısıyla ilişkili çok boyutlu bir kavramdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlığın bireyin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarında algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade etmektedir (1-4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1948'de, sağlığı "yalnızca hastalığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında sağlıkla ilişkili iyilik halinin ölçülebilmesi için, giderek artan bir önem kazanmıştır. Yaşam kalitesi ölçütlerinin sağlık alanında yaygın şekilde kullanılması, bireylerin ya da toplumların sağlık durumlarının ve sağlık hizmetlerinden gördükleri yarar ve zararların daha doğru ve gerçekçi bir biçimde ortaya konmasını amaçlamaktadır (5-7).

Bireylerin sağlıklarındaki bozulmalar yaşamdan aldıkları doyumunu etkilemektedir. Sağlıktaki bozulmaları düzeltmek için yapılan bazı tıbbi ve cerrahi girişimler bireyin yaşam biçimini değiştirmesini zorunlu kılabilir. Cerrahi olarak abdominal stoma oluşturulması da bu girişimlerden biridir. Bireylerin yaşamlarını sürdürebilmelerinde temel gereksinimlerinden biri olan eliminasyon, gizlilik içinde, kendi kontrollerinde ve bağımsızca gerçekleştirdikleri bir yaşam aktivitesi iken, abdominal stoma sonrasında bu özelliklerini kaybeder ve birey bağımsız durumdan, bağımlı duruma gelerek, beden bütünlüğü bozulur. Değişen beden imajı ve stomanın neden olabileceği fiziksel sorunlar bireyin, psikolojik, ruhsal, sosyal ve cinsel yaşantısında problemlere neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (8-13).

Stomalı hastaların yaklaşık %20'sinin ameliyat sonrası beden imajında değişmeye bağlı önemli psikolojik sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir. Hastanın

bedenindeki değişiklik nedeniyle toplumda kabul görmeme, yakın çevresi tarafından reddedilme, ailesine ve kendisine yeterli olamama, cinsel çekiciliğini kaybetme, üreme fonksiyonunu kaybetme gibi bir çok faktör, pek çok psikolojik bozukluğun ortaya çıkmasına neden olarak gösterilmektedir (8,14,15).

Gloekner (16), stoma uygulandıktan sonraki ilk yıl, hastaların benlik saygılarının azaldığını bu nedenle kendilerini çekici bulmadıklarını, Piwonka ve Merino (17) yapmış oldukları beden imajı çalışmasında, ostomi ameliyatı sonrası stomadan gelen sesler, koku ve kötü görüntü nedeniyle duyulan endişelerin, bedenle ilgili beğenin azalmasında etken olduğunu saptamışlardır. Araştırmacılar ayrıca, ostomi hastaları arasındaki yüksek sayıda depresyon vakası bildirmişlerdir. Bazı yazarlar ve araştırmacılar, stoma ile ilgili psikolojik problemlerin, hastanın öz bakım gereksinimlerini yapamamakla ilgili olduğunu ve öz bakım yeterliliğinin kazanılmasının psikolojik fonksiyonu düzelteceğini ve dolayısıyla yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyeceğini belirtmektedirler (18-22).

Stomalı hastalar, beden imajı değişikliğine bağlı özgüvenin azalması ve pelvik doku hasarı nedeniyle, cinsel fonksiyon problemleri yaşamaktadır. Yapılan çalışmalara göre, pelvik doku hasarına bağlı erkekler, empotans, ereksiyon kaybı ve ejakülasyon problemleri, kadınlar ise cinsel ilişkide ağrı ve vajinal sekresyon azlığı sorunları yaşamaktadır. Son yıllarda, ameliyat tekniklerindeki gelişmeler bu komplikasyonların görülme oranını azaltmıştır. Ayrıca araştırma sonuçları, cinsel aktivitede azalma ve kesilme olduğunu göstermektedir. Cinsel problemlerin fiziksel sebepler yanında, kendini cazip ve arzu edilir hissetmemek gibi psikolojik nedenlere dayandığını belirten araştırma bulgularına rastlamaktayız (19-22).

Ostomi hastalarının ameliyat sonrası uyumuna ilişkin yapılan araştırma sonuçlarına göre en çok görülen sorunların torba sistemi ile ilgili, irrigasyon, gaz, koku, sızıntı, stoma hasarı ve deri problemleri olduğu görülmektedir. Araştırma sonuçları bu problemlerin sonucunda duygusal, sosyal ve eşlerin uyumuyla ilgili bir çok psikososyal problemin yaşandığını göstermektedir. Follick ve arkadaşlarının (24) yaptığı araştırma sonucuna göre hastaların %84'ünün stoma bakımı ile ilgili teknik problem yaşadıkları

ortaya çıkmıştır. Yapılan diğer araştırmalarda, stoma hastalarının çoğunun ameliyat öncesi yaptıkları sosyal faaliyetleri ameliyat sonrası yapamadıkları, işi bırakma, çalışma saatlerini azaltma, iş veriminde azalma ve iş değiştirme gibi problemlerinin olduğu saptanmıştır (18-20,23,24).

Ameliyat sonrası hastayı bağımsızlığa doğru yöneltecek yeteneklerin kazandırılması, hastanın kendini fiziksel, ruhsal, cinsel, sosyal ve psikolojik yönlerden iyi hissetmesi, stoma terapi hemşiresi ile kurulan iyi iletişim, hastanın ostomi ile yaşamaya uyum sağlamasında önemli faktörler arasında yer almaktadır. Hastaların fiziksel, psikososyal uzman desteği ve eğitimi almaları, arkadaşlar ve aileden alınan desteğin de yaşam kalitelerinin arttırılmasında etken olduğu belirtilmektedir (18,20,23,25).

Stomalı hastaların stoma ile ilgili yaşam tarzı ve beden imajı değişikliklerinin neden olduğu rahatsızlık, sıkıntı ve bunun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi özellikle ülkemizde çok az dökümente edilmiştir. Stoma hastaların yaşam kalitesinin arttırılmasında temel faktörlerden olduğu belirtilen, stomaterapi ünitelerinin ve psikososyal uzman desteği ülkemizde birkaç merkez dışında bulunmamaktadır. Bu nedenle, bu hastaların yeni yaşamlarında ne tür problemlerle karşılaştıkları, psikososyal yönden nasıl desteklendikleri ve yaşam kalitelerinin nasıl etkilendiği gibi bir çok sorunun cevaplanabilmesi için araştırmaya gereksinim vardır (26,27).

Bu çalışmanın amacı; Abdominal stomalı hastalarının, yeni yaşamlarında beden imajı değişimi nedeniyle yaşadıkları problemlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini saptamaktır.

Araştırmanın yan amacı ise; abdominal stomalı hastalarda beden imajı ve yaşam kalitelerini etkileyen sorunlara yönelik çözüm yollarının belirlenmesi, hastaya destek olanaklarının sunulması, stomalı bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesine katkı sağlayabilecek unsurları belirlemektir.

4.GENEL BİLGİLER

4.1.STOMANIN TANIMI ve STOMA TİPLERİ

Stoma Yunanca'da 'açıklık' ya da 'ağız' anlamına gelen bir kelimedir. Ostomi, bir açılma veya ağızlaştırma oluşturmak amacıyla yapılan cerrahi işlemlerin genel bir adıdır. Abdominal barsak stoması, barsağın geçici ya da sürekli olarak barsak duvarına ağızlaştırılmasıdır. Stomalar açıldıkları barsak bölümüne göre isimlendirilmekte, kolona açılan stomalara kolostomi, ileuma açılan stomalara ileostomi adı verilmektedir. Üreterlerin abdomene ağızlaştırılmasına da ürostomi adı verilmektedir. Her yaş grubunda uygulanabilen stomalardan kalıcı stomalar, yaşam boyu görevini yaparken, geçici stomalar, stoma açılmasını gerektiren durum ortadan kalktıktan sonra kapatılmaktadır (22, 28-31).

Stoma endikasyonları başlıca beş grupta toplanır:

1. Distaldeki patolojik bir feçes bölgesinden dışkının geçmesini önlemek amacıyla (rektum yaralanmaları, ülseratif kolit, crohn's hastalığı, rektovezikal gibi).
2. Distalde tümör gibi yer kaplayan bir patolojiye bağlı oluşan tıkanıklık nedeniyle kolonu boşaltmak amacıyla.
3. Anorektal kanserler nedeniyle çıkarılan anüsün görevini yapmak için
4. Kolorektal yaralanmalarda geniş defektler oluştuğunda.
5. Sigmoid kolon volvulusu, anal inkontinans, perinenin geniş yanıkları gibi nadir durumlarda uygulanır (22,29,32).

Kalıcı abdominal stoma açılmasını gerektiren en yaygın sorun kolorektal kanserlerdir. Kolorektal kanserler, tüm kanserler arasında sıklık açısından dördüncü, kanserden ölüm nedenleri arasında ise ikinci sırada yer almaktadır. ABD Ulusal Kanser Enstitüsü verilerine göre 2002 yılında bu ülkede 140.300 yeni kolorektal kanseri olgusu ve 56.600 hastalığa bağlı ölüm vakası bildirilmiştir. Yurdumuzda güvenilir istatistiksel çalışmalar olmamasına karşın kolon kanserinin batı ülkelerine göre daha az görüldüğü düşünülmektedir. Ancak son yıllarda ülkemizde de kolon kanseri vakalarının arttığı yönünde görüşler vardır. Yurdumuzda kolon kanserinin klinik özellikleri ile ilgili

cerrahi merkezlerde yapılan bir çok çalışmada 1990'lerden itibaren kolon kanserinde yaş ortalamasının 60 yaşından 50 yaşa düştüğü, hatta 40 yaşın altındaki vakaların giderek arttığı bildirilmektedir (13,28,29,33).

Dünyada her yıl yaklaşık 100.000 bireye abdominal stoma açıldığı, İngiltere'de 100.000 den fazla, kuzey Amerika'da ortalama 1.5 milyon stomalı hastanın bulunduğu ve her yıl yaklaşık 120.000 hastanın stoma deneyimlediği bildirilmektedir. Ülkemizde stoma vakaları için kesin bir sayı verilememekle birlikte diğer ülkelere oranla düşük olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca sosyo-kültürel ve ekonomik koşullara bağlı olarak bu hastalara, ileri evrede tanı konulması, girişim sonrası yaşam sürelerinin kısa olmasına neden olmaktadır (15,16,26,34).

KOLOSTOMİ: Kolonun karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Kalıcı kolostomi gerektiren en yaygın sorun kolorektal barsak kanserleridir ve hastaların çoğu 50 yaş üzerindedir. Kolostomilerde anüste olduğu gibi sfinkter bulunmadığı için stomalı birey eliminasyonu kontrol edemez (22,28,29,31,35).

İLEOSTOMİ: İnce barsağın son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Kalın barsak ve rektumun ameliyatla tamamen alındığı ya da devre dışı bırakıldığı durumlarda açılır. İleostomi sağ iliak fossaya açılır, dışkı çıkışı kontrol edilemez. İleostomide dışkı sıvı halde, yakıcı nitelikte ve fazla miktarda olduğundan, stoma çevresindeki dokuyu ve deriyi tahriş ederek deri problemlerine ve beslenme sorunlarına yol açar (18,22,28,29,31).

4.2.STOMANIN TARİHÇESİ VE STOMA BAKIM HEMŞİRELİĞİ

İlk stomaların İncilin yazıldığı dönemlere rastladığı, ancak bilimsel anlamda ilk stomanın 1706 yılında İngilizler ve Fransızlar arasında yapılan Ramillies savaşında yaralanan bir askere uygulandığı belirtilmektedir. Stomaların tedavi amaçlı kullanımı 1756 yılında William Cheselden'in strangüle herni ya da konjenital malformasyon nedeniyle kolostomi uygulamasıyla başlamıştır. Modern anlamda ilk stoma uygulaması 1944'de kanser tedavisi için abdominoperineal rezeksiyon (APR) ve ekstra-peritoneal kolostomi açılmasıdır. İleostomiler için başlangıcın 20. yüzyıl olduğu belirtilmektedir. 1913'de John Young bir ülseratif kolit hastasına ileostomiye, 1943'de Miller proctocolektomiye, 1952'de Bryan Brooke ileostominin ağzını tersine çevirerek abdominal duvara sütüre edildiği tekniği uygulamıştır (16,36).

İlk stoma terapi hizmeti ileostomili bir hasta olan Norma Gill ve Dr.Turnbull tarafından, 1958 yılında ABD'deki Cleveland Clinic'de vermeye başlanmış, daha sonra 1960'da İngiltere'de hemşire Barbara Saunders tarafından St Bartholomew Hastanesinde ve Josephine Plant tarafından St Thomas Hastanesinde stoma bakım hemşireliği kursu başlatılmıştır. 1949'da Amerika'da Amerikan Ostomi Derneği adında stoma hastaları tarafından ilk yardım grubu kurulmuştur. 1956'da İngiltere ve İrlanda'da da İleostomi derneği, 1966'da kolostomi ve 1971'de ürostomi dernekleri kurulmuştur. 1947'de İngiliz patalog Dukes 100 ostomi hastasıyla evlerinde görüşerek, hastalarının sosyal, psikolojik ve seksüel problemlerinin ilk kez gündeme getirilmesini sağlamıştır (21,22).

1962 yılında Amerika Ulusal Ostomi Derneği (UOA) ve Uluslararası Ostomi Birliği (IOA) kurulmuştur. 1950'li yılların ortalarından itibaren ostomi torbalarının fabrikasyon olarak kullanıma sunulması, deri bariyerinin keşfedilmesi, kolorektal ameliyat teknikleri geliştirilmesi, hastanelerin ostomi hastalarının kendi kendilerine bakabilmelerini öğretmek için zaman, kaynak ve para ayırmaya başlamaları ile enterostomal terapi hemşiresi de bugün bir çok merkezde ostomi rehabilitasyon takımında yerini almaya başlamıştır (ABD'de enterostomal terapist, İngiltere'de ise

stoma terapi hemşiresi ya da introstomal terapist terimleri kullanılmaktadır). (15,22,37).

Günümüzde stomalı hastaların sorunlarına çözüm getirmek ve etkilenen yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla yönelik etkin kuruluşlardan ‘World Council of Enterostomal Therapist’ ve ‘International Council of Nursing’ stomalı hastaların stoma terapi hemşireleri kontrolünde özel bakım almalarının insanlık hakları olduğu konusunda birleşmektedirler’ (27).

Stoma Terapi Hemşiresinin Rolü:

Günümüzde WCET tarafından kabul edilen okullardan birinde eğitim almış, enterostomal terapist veya enterostomal terapi hemşiresi olarak adlandırılan uzmanlaşmış klinik hemşireleri, stomalı hastalara bakım vermektedir. Geliştirilen standartlar doğrultusunda stoma hemşirelerinin rolleri belirlenmiştir.

Bunlar :

1. Bakım verme: Veri toplama, hastayı bilgilendirme, hastaya danışmanlık yapma, stoma yerinin tayini, stoma bakımı konularını içermektedir.
2. Eğitim: Mesleki gelişimi sağlama, sağlık ekip üyelerinin ve hastaların eğitimi konularını içermektedir.
3. Araştırma: Araştırmaya dayalı uygulamaları arttırmayı içermektedir (8,15,29).

4.3.BEDEN İMAJI KAVRAMI

Beden imajı kavramı; 20. yüzyılın ilk yarısında ortaya atılmış, ikinci yarısında ise açıklanmasına ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar Schwab (1968), Kolb (1975), Darling-Fisher (1985) tarafından yapılmıştır. 1920'lerde nörolog Sir Harvey Head vücut şeması (body schema) kavramını; "daha çok duygusal kortekste organize olan geçmiş yaşantılar ve şimdiki duyumlardan oluşan bir bütün" şeklinde tanımlamıştır. Daha sonra bu kavram Schilder tarafından genişletmiştir. Schilder'e göre, beden imajı kavramı, sadece bireyin, bireysel ve ruhsal durumunu kapsamakla kalmayıp, birey ve toplum için ayrı, ayrı anlam taşımaktadır (38-40).

Beden imajı kavramı daha sonra bir çok şekilde tanımlanmıştır. Beden imajı;

- Kendi bedenimizin zihnimizde biçimlendirdiğimiz resmidir, yani bedenimizin kendimize görünen biçimidir (41).
- Bir kişinin başka kişilerden ayrı olarak, kendi vücut alanı hakkındaki bilinçli ve bilinç dışı bilgisinin, duygularının ve algılarının tümünün düzenli olarak değişimidir (40).
- Kişinin kendi vücudunun parçalarına ve onların işlevlerine karşı olumlu veya olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesidir (40).

Beden imajı doğumdan sonra görsel algılama ile başlar ve daha sonra öz sorgulama ve iç organlardan gelen hislerle şekillenir. Küçük yaşlarda, çocuk kendisini ebeveynlerinden ayırır ve beden organları üzerinde kontrol kurmayı ve çevresindeki diğer imajlarla karşılaştırmalı olarak bir benlik imajı yaratmayı öğrenir. Beden imajı gelişimini, görsel ve diğer duyular, duygusal deneyimler, kişinin beden imajına verdiği değer, sosyal deneyimler, başkalarının onun fiziksel görüntüsü hakkındaki fikirleri ve bireyin bu fikirlere verdiği reaksiyonlar etkiler. Ayrıca bireyin kendi tarzı, kendi öz değerlendirmesi, geçmiş olumlu olumsuz deneyimlerle oluşan kendi bedenine verdiği değer gibi bir çok faktör de beden imajı gelişimini etkiler (12,38,40,41).

Her insan, iç dünyasında kendi vücudunun ve vücut parçalarının işlevlerinin nasıl olması gerektiğine ilişkin bir görüntüye sahiptir. Kişinin kendi vücudu için yarattığı bu imaj kişilik, dürtüler, güven duygusu, cinsiyet, öğrenme ve olgunlaşma

düzeıı, vüıuduna karşı duııırlılığı ve verdiği anlam, başkalarına karşı tutumu ile başkalarının ona karşı tutumu, toplumun vüıut görünüşüne verdiği değer gibi faktörlerden etkilenir. Bunun sonucu olarak, bedene fonksiyonel yeteneklerinin çok ötesinde bir önem yüklenir. Her hangi bir zamanda kişinin beden görüntüsü ile kendi iç dünyasında yarattığı beden imajı arasında uyumsuzluk olması beden imajı için tehlike oluşturmaktadır (12,38,40,42,43).

Her bireyin ideal kabul ettiği ve kendi bedeni ile karşılaştırma yaptığı bir beden imajı vardır. Değişen fiziksel durum ile daha önceki fiziksel durum arasındaki algılanan farklılık ruhsal gerilim yaratır. Bu gerilim endişe olarak hissedilir ve bu uyumsuzluk devam ettiği sürece kronik hale dönüőür. Bu nedenle stoma gibi beden şeklini bozan ameliyatlar geçici ya da kalıcı olsun kişinin davranıőı üzerine derin etki yapabilmekte ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (12,38).

Kötü beden imajının hastanın yaşam kalitesini etkilediğinin bazı göstergeleri Şunlardır:

- Vüıut parçasına bakamama, dokunamama
- Vüıut parçasını saklama (Eşinin/partnerinin önünde soyunmaktan korkma, eőıyla /partneriyle yakın olmaktan veya cinsellikten kaçınmama, eşinin yaralarını görmesine izin vermeme)
- Sosyal katılımlarda deęiőimlerin olması (Evden çıkmak istememe, kimsenin kendisini görmesini istememe, yeni insanlarla tanışmaktan kaçınmama)
- Değişim ya da kayıpla aşırı meőgul olma
- Vüıuda ilişkin olumsuz duygular hissetme (acizlik, ümitsizlik, güçsüzlük, incinebilirlik, utanç duyguları, kendini Őuan ki hali ile kabullenmeme)
- Öz-yıkım davranışları (kendine zarar verme, intihar girişimleri, kendini aőaęılama, kendini aşırı önemseme) (8,44).

4.4.YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

Yaşam kalitesi kavramı ABD’de 1960’lı yıllarda ortaya çıkan kaynağını politik tartışmalardan ve o yıllardan sonra kullanımı yaygınlaşmaya başlayan oldukça yeni bir kavramdır. Bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmekte ve yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti, mutluluk yaşam kalitesi ile eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. Bu kavram, günlük yaşamda kullanıldığında, yaşamın günlük gereksinimlerinden ekonomik, sosyal, psikolojik ve fiziksel boyutlara kadar uzanmaktadır (45-47).

Yaşam Kalitesi Tanımı:

Yaşam kalitesi kavramının günlük yaşamda yaşamın tümüyle tatmin edilmesi teması ile ilişkilendirilen pek çok tanımı vardır:

- Yaşam kalitesi, “subjektif iyilik hali” veya “kişinin kendi yaşamından memnun olma durumu” dur (47).
- Bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun, bir bütün olarak ifadesidir (46).
- İki parçadan oluşan iyilik halidir: birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneği, ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur (2).
- Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bir hastalığın ve tedavisinin hasta üstündeki fonksiyonel etkisinin hasta tarafından algılanmasıdır (47).
- Hasta ve gözlemci tarafından algılanan fonksiyon ve/veya iyilik halinin fiziksel, sosyal ve psikolojik görüntüsü aracılığı ile ölçülebilen çok boyutlu bir yapıdır (48).
- Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, bireyin hedefleri, standartları ve ilgilendiği alana yönelik olarak yaşadığı kültür ve sosyal değerlerle uygunluğu ve toplum içindeki konumunun kendi tarafından algılanması olarak tanımlamıştır (6,49).

Araştırmacıların, tüm tanımlarının üzerinde durdukları ortak nokta; genel olarak yaşama ya da yaşamın çeşitli alanlarına ilişkin mutluluk ifadelerinin yaşam kalitesini belirlediğidir (18,45).

Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesinin farklı kavramlar olduğu, birbirinden ayrılarak incelenmesi gerektiğini belirten görüşler olduğu gibi bu iki kavramı birbirinden ayırmanın olanaksız olduğunu savunan görüşlerde vardır. Bu görüşe göre yaşam kalitesinin tüm boyutları sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de etkilemektedir. Yaşam kalitesi, çok boyutlu bir kavram olup, kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, hedefler, sorunlarla başa çıkma), kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb), dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal, ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş vb.) boyutları bulunmaktadır (2-5,45).

Profesyonel hemşirelik alanında yaşam kalitesi kavramı son 15-20 yıldır konuşulmaya başlanmış, hemşirelik girişimlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde oldukça kabul görmektedir ve hastayı rahatlatma, yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı yaşamın içinde olan biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren hastanın iyilik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşirelik uygulamalarıyla örtüşmektedir (18,45,50).

Yaşam Kalitesi Ölçekleri:

Yaşam kalitesinin ölçümlerinin kullanımı 1960 yıllarda Sosyoloji, 1970 yıllarda Psikoloji ve 1980 sonrası Tıp biliminde başlamıştır. Tıp biliminde yaşam kalitesi ölçümlerinin, tedavi yöntemleri arasında sınır farklılıklarının değerlendirilmesinde, mortaliteyi düşüren ancak morbiditeyi artıran tedavilerin değerlendirilmesinde, asemptomatik yada çok hafif semptomlarla seyreden hastalıklarda ömür boyu süren tedavilerin değerlendirilmesinde ve son yıllarda ekonomik değerlendirme çalışmalarında kullanıldığı görülmektedir (1,45,46).

Tıp ve hemşirelik bilimlerinde kullanılacak yaşam kalitesi ölçekleri, sağlık kavramları ile ilgili durumlara göre geliştirilmiştir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçülmesinde kullanılan ölçekler Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile-NHP), Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile-SIP), Mc Master Sağlık Göstergesi Anketi (McMaster Health Index Questionnaire-MHIQ) ve 36 Soruluk Kısa Bir Sağlık

Araştırması (The MOS 36 Item Short Form Healt Survey - SF36) dır. Bu lekler sağlık ile ilgili yaşam kalitesini ölçerler, ancak hastalığa özgü olguları içermediklerinden, özel amaçlar için çok genel kalabilirler. Bu leklerin hastalığa özgü değişkenlerin de eklenerek kullanılması, ölçümleri daha değerli kılmaktadır (3,6,45).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgili güçlükler ve fikir ayrılıkları halen surmektedir. Yaşam kalitesinin fiziksel iyilik halini değerlendiren ölçeklerde fikir birliği sağlanırken, psikososyal ynn hangi ölçekle daha iyi değerlendirilebileceği halen tartişma konusudur (40,45).

4.5. STOMA VE YAŞAM KALİTESİ

4.5.1. FİZİKSEL SORUNLAR

Stomalı hastaların yaşam kalitesini etkileyen en önemli fiziksel sorunların başında koku, gaz, dışkı sızıntı ve deri irritasyonları gelmektedir. Bu sorunların yanında ishal, kabızlık, beslenme sorunları, ağrı, kanserli hastalarda kemoterapi ve radyasyon tedavisinin yan etkilerine bağlı bulantı, kusma, yorgunluk, kilo kaybı, tümör invazyonu ve radyasyon hasarına bağlı obstrüksiyon gibi sorunlarda stomalı hastalar tarafından yaşanan diğer sorunlardır (23,24,51,52).

Koku ve gaz: Stomalı hastalar hoş olmayan koku çıkarma ve bu kokunun çevredeki kişiler tarafından duyulacağı endişesi taşırlar. Gaz çıkışının kendi kontrolleri dışında olması utanma duygusuna yol açarken, yapılan araştırma sonuçları gazın sesi ve kokusunun sosyal izolasyona neden olduğunu göstermektedir (20,21,23,24,43).

Kokuyu önlemek için hastaya koku geçirmeyen ve filtreli bakım ürünleri kullanması, torbanın sızdırmazlığının korunması, koku ve gaz oluşumunu arttıran yiyeceklerden ve içeceklerden kaçınılması önerilmektedir. Gaz oluşumunu önlemek için, boş barsağın gaz üretimini artırması nedeniyle öğünlerin atlanmaması, öğünlerde aşırı yenilmemesi, sık, sık ve az yenilmesi, yiyeceklerin iyi çiğnenmesi, yavaş ve ağız kapatarak çiğnenmesi önerilmektedir (8, 53-55).

Sızıntı: Dışkı sızıntısı deri problemlerine ve kokuya sebep olmasından dolayı önemli yaşam kalitesi sorunlarından birisidir. Dışkı sızıntısının en çok görülen problemlerden olduğu yapılan araştırmalarda da belirtilmektedir (20,23,51).

Dışkı sızıntısına, hastanın stoma bakım becerisinin yetersiz olması, torbanın iyi yerleştirilmemesi, uygun boyutta ve kalitede malzemenin seçilmemesi, torbanın çok dolu olması, torbanın uzun süre kullanılması, hastanın fazla kilolu olması, stoma yerinin uygun olmaması, kötü ameliyat tekniği gibi nedenler yol açmaktadır. Ameliyat öncesi stoma açılacak alanın seçilip işaretlenmesi, stomanın hastanın görüş alanı içinde olması,

ameliyat tekniklerinin başarılı olması, hastaya stoma bakımı ve malzemeleri konusunda eğitim verilmesi ve ameliyat sonrası fazla kilo almasının engellenmesi, sızıntı probleminin çözümünde etkili uygulamalardır (8,22,35,52,54).

Deri İrritasyonu: Stomalı hastaların yaklaşık dörtte üçünde deri sorunları görüldüğü belirtilmektedir. Sindirim enzimlerinin yakıcı etkisi nedeniyle ileostomili hastalarda, kolostomili hastalara göre daha fazla deri irritasyonları görülmektedir. Stoma çevresinde kızarıklık, nemlilik, deri yüzeyinin sıyrılması, döküntü ve renk değişikliği gibi bulgularla seyretmektedir (20,23,29).

Deri sorunlarına stoma yerinin uygun seçilmemesi, yanlış stoma tekniği, kişide psoriasis gibi deri hastalıklarının olması, stoma torbasının uygun yerleştirilmemesi nedeniyle cilde sızıntının olması yol açmaktadır. Ayrıca kontakt dermatit alerjik reaksiyona ya da irritasyona neden olabilmektedir. Derinin irritasyonunun önlemek için stoma yerinin iyi seçilmesi, stoma tekniğinin uygun olması, doğru torba sisteminin seçilmesi (ostomi tipi, ölçüsü ve şekline uygun), deri bariyerlerinin kullanılması, stomadan sızıntısının önlenmesi önerilmektedir. Sağlık bakım uzmanlarının hastalara stoma bakımı ve stoma ürünleri hakkında bilgi vermelerinin deri ile ilgili problemleri engelleyecektir (8,35,51,54-56).

Konstipasyon/Diyare: Konstipasyon kolostomi hastalarında, özellikle yaşlı hastalarda, diyare ise daha çok ileostomi hastalarında görülen problemlerdir. Konstipasyon nedenleri arasında lifi az gıdaların tüketimi, yetersiz sıvı alınması, hareketsizlik, analjezikler, mekanik obstrüksiyon sayılabilir (8,26,48).

4.5.2.PSİKOLOJİK SORUNLAR

Beden imajının bozulması

Cerrahi olarak geçici ya da kalıcı stoma oluşturulmasının beden şeklini bozan bir uygulama olması nedeniyle hasta tarafından kabul edilmesi zordur. Bir insanın yaşı, hastalığı veya cinsel tercihi ne olursa olsun stoma ameliyatı, toplumun güzellik, vücut, cinsellik, temizlik ve kendi kendini kontrol üzerine koyduğu değeri zedelemekte ve kişi en azından geçici olarak değişen kişisel kavram ve beden imajı deneyimi yaşamaktadır. Offman (1995) stoma ameliyatının psikolojik etkilerinin fiziksel veya farmakolojik etkilerinden daha büyük olduğunu söylemektedir (11,12,19,41,57,58).

Görünüş ve ani fonksiyon değişikliği stomalı bireylerde beden imajı, cinsel yaşam ve öz güven konusunda baş edilmesi zor sorunlara yol açmaktadır. Ameliyat sonrası dönemde hastalar stoma ile baş etme savaşı verirken güven, bağımsızlık ve onurun kaybolması nedeniyle baş etme mekanizmaları aşırı yüklenir. Hastalarda beden imajının bozulması, öz saygı ve özgüvenin azalması, takıntı, yadsıma ve hayali rektum gibi psikolojik bozukluklar görülmektedir. Bu dönemde hasta öfke, anksiyete, depresyon, kendini toplumdaki soyutlama gibi tepkiler vermektedir. Stomalı kişilerin vücutlarında olan değişikliği kabullenmediği, stomalarını görmek istemedikleri, aynaya bakamadıkları, kendilerini normal bir kişi olarak kabul etmediklerini ve artık normal bir yaşam sürdüremeyeceklerini düşündükleri literatürde belirtilmektedir (8,12,27,43,59).

Yapılan araştırmalarda, stomalı bireylerde suçluluk, utanma, kızgınlık düşük benlik saygısı, otonomide azalma, intihar girişimleri ve depresyon bulguları saptanmıştır. Araştırmalar, stomalı hastalarda kısa dönem psikolojik problemlerde (endişe, kızgınlık, depresyon) önemli derecede artış olduğunu, stoma açılmasını takip eden bir yıl sonunda bu bulguların %18-25 oranında hala mevcut olduğunu göstermektedir (19, 60).

Araştırmacılar stoma ile ilgili koku, ses, görüntü ve değişen beden imajına bağlı olarak ortaya çıkan düşük benlik saygısı ile depresyon vakaları arasında açık bir ilişki olduğunu göstermektedir. Genellikle genç kadın hastalarda psikolojik bozukluğun,

erkek yaşı hastalara göre daha çok görüldüğü, görüntüyle ilgili utanç hissinin en çok genç kadınlarda yaşandığı belirtilmektedir (11,21,23,24,43,61).

Genelde kalıcı kolostomilerde kanserin yayılması ve kansere bağlı ağrı ve ölüm korkusunun stomalı bireylerce deneyimlenen sorunlar arasında olduğu açıklanmaktadır. Ayrıca araştırmalar rektumu alınmış bazı hastaların hala dışkılama gereksinimi (fantom rektum) hissettiğini belirtmektedir (40,52,62).

Ameliyat öncesi dönemden başlayarak, hastanın ve ailesinin olaya hazırlanması ve ameliyat sonrası olumlu yaklaşımların bireylerin başa çıkma mekanizmalarını daha iyi kullanmalarını ve daha iyi uyum göstermelerini sağlamaktadır. Hastanın stoma bakım hemşiresi ile terapötik ilişki geliştirmesi, öz bakım bakım yeteneğini kazanması, beden imajına uyum sağlamada ve ameliyat sonrası yaşam kalitesinin artırılmasında temel unsurlardan olduğu literatürde belirtilmektedir Stoma terapi hemşireleri, stoma hastalarının değişmiş kişiliklerine uyum sağlamalarına, onları deneyimleri ve korkuları hakkında konuşmaya teşvik ederek ve dinlemeye zaman ayırarak yardımcı olabilirler. Hastaya özbakım yeteneklerinin kazandırılması, bağımsızlığını yeniden kazanmasında ve beden imajına uyumunda önemli bir role sahiptir (18,25,27,54).

Cinsel sorunlar

Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre cinsellik, 'cinsel varoluşun bedensel, duygusal, entelektüel ve sosyal öğelerinin kişilik, iletişim ve sevgiyi kuvvetlendirecek şekilde bir araya gelmesidir'. Cinsellik insanın yaşamı boyunca tüm varlığının bir parçasıdır ve biyolojik, psikolojik ve sosyal öğeleri vardır. Biyolojik öğeler üreme organlarını ve fiziksel görünümü, psikolojik öğeler vücut imajı, öz güven, benlik saygısını ve sosyal öğeler ise cinsiyet rollerini, kültürel beklentileri, kişileri bilinen kalıplara yerleştirmeyi kapsar. Literatürde cinsellik ve cinsel sağlığın yaşam kalitesinin önemli bir göstergesi olduğu ve bir çok fizyolojik ve psikolojik faktörün cinsel sağlığı bozabileceği belirtilmektedir (13,27,34,63,64).

Stoma ameliyatı geçirmiş olan hastaların beden imajı, fonksiyonu ve aktivitesi ile ilgili endişeleri, cinsel fonksiyonu etkilemektedir. Cinsellik ve cinsel fonksiyon Black (1994) tarafından stoma bakımının ‘gizli’ problemlerinden biri olarak isimlendirilmiştir. Abdominal stoma ameliyatlarında, rektum kanserlerinde uygulanan abdominoperineal rezeksiyon girişiminin parasempatik sinir hasarına bağlı erkekler impotans, ereksiyon ve ejakülasyon problemleri, kadınlar ise pelvisteki skar dokusu nedeniyle cinsel ilişkide ağrı, vaginal sekresyonların azalması gibi problemler yaşamaktadır. Ayrıca stomalı hastalarda cinsel aktivite sıklığında azalma ve kesilme, cinsel istekte ve zevk almada azalma gibi sorunlar saptanmıştır (13,22,35,64-67).

Kısa dönemde stomalı hastalar, diğer ameliyat hastalarında olduğu gibi anestezi, ameliyat sonrası ağrı, kanserin yayılması gibi korkular yaşarlar. Abdominoperineal rezeksiyon (APR) geçiren stomalı kişilerin iki tane uzun dönem endişeleri vardır; çok değerli organlarını veya onların normal fonksiyonlarının kaybedilmesi ve bir vücut deliğinin yok edilmesi veya yerinin değiştirilmesi. Her ikisi de vücut imajını şiddetle ve olumsuz olarak etkilemektedir. Özgüven olumsuz vücut imajından etkilenir. Stomalı bir kişi cinsel olarak daha önceki gibi performans gösterme yeteneklerini kaybedince de özgüvenleri zedelenir. Bir kısır döngü içinde performans konuları özgüvende daha da azalmaya yol açar. Öz güveni düşük hastaların eşleri/partnerleri, arkadaşları ve aileleri tarafından terk edilmek, cinsel olarak çekici bulunmamak gibi korkuları vardır. Normal cinsel aktiviteyi yapamamak veya başlamaktan korkmak, doğurganlığın ve libidonun kaybedilmesi stomalı hastalarda üzüntü, reddediş, kızgınlık, suçluluk hisleri yaratabilmektedir. Mevcut makale ve yayınlar, stomalı erkeklerin ve kadınların stoma ve torbanın görünüşü, dışkı sızıntısı, koku, ses, cinsel ilişki sırasında torbanın açılması, eşleri tarafından reddedilmekle ilgili ortak korkular yaşadıklarını yazmaktadır (11,13,24,41,50,66).

Yaşam kalitesinin diğer alanları ile kıyaslandığında, erkek hastaların cinsel fonksiyonları ile ilgili çalışmalara daha çok ağırlık verildiği görülmektedir. Yapılan araştırmalara göre, Wabrek, Wabrek, ve Burchell (11) rektum kanseri nedeniyle APR ameliyatı yapılan erkeklerde %53-100 arasında ereksiyon fonksiyon bozukluğu olduğunu saptamıştır. Sprangers ve arkadaşları (20) stomalı erkek hastaların %66-100

gibi geniş bir aralıkta impotans, ereksiyon ve ejakülasyon problemleri olduğunu belirtmektedirler.

Follick, Smith ve Turk'ün (24) araştırmalarında ostomililerin %34'ü cinsel tatminde, %78'i ise cinsel aktivitede azalma olduğunu belirtmişlerdir. Gloeckner ve Starling yaptıkları araştırmada, ostomi sonrası cinsel problemi oluşan erkeklerin oranı ileostomisi olan hastalarda %10-15, kolostomili hastalarda %70-80 arasında değişmektedir. Cinsel problem yaşayan kadın oranı %5-30 olarak bulunmuştur (11).

Nugent ve arkadaşlarının (23) yaptığı yaşam kalitesi araştırmasında kolostomi hastalarının %43'nün cinsel yaşamları ile ilgili problem yaşadığı, araştırmaya katılan 19 kadının 15'inin cinsel ilişkide ağrı problemi yaşadığı saptanmıştır. Amerika'da 16.470 stomalı kişinin katıldığı büyük araştırmada %59 kolostomi hastası, %25 ileostomi hastası cinsel yaşamla ilgili sorun bildirmişlerdir. Ayrıca eşler arası iletişimin ve ilişkinin %25-29 oranında zarar gördüğünü saptanmışlardır (62).

4.5.3. SOSYAL SORUNLAR

Sosyal sorunlar

Stomalı bireylerde, beden imajındaki değişimin toplumsal yaşamda güçlükler getireceği düşüncesiyle kendini sosyal yaşamdan kısıtlama ve soyutlama davranışları yani sosyal izolasyon görülmektedir. Eskiden yapmış oldukları aktivitelerini (sportif faaliyetler, arkadaş toplantıları, sinemaya gitme) bırakmak, yeni insanlarla tanışmaktan kaçınmak gibi sosyal sorunlar görülmektedir. Bireyler evlilik ve aile ilişkilerinde çatışmalar yaşamakta, arkadaşları, komşuları ve iş arkadaşlarından stomalarını gizleme eğilimi göstermektedirler. Ayrıca iş yaşamları da olumsuz olarak etkilenmektedir. İşi bırakma, çalışma saatlerini azaltma, iş veriminde azalma ve iş değiştirme gibi davranışlar görülmektedir. Bu sorunların kaynağı olarak stomadan duyulan utanç, koku, sızıntı, gaz ve başkalarına sıkıntı vermek gibi nedenler gösterilmektedir (20,21,24,43,68).

Mac Donald ve Anderson, kolostomiye sahip olmanın dışarıdaki aktiviteleri daha çok etkilediğini, ev içindeki aktivitelerin daha az etkilediğini, dışarıdaki sınırlamalara, daha çok başkalarına sıkıntı verme duygusu ya da koku nedeniyle utanç duymanın neden olduğunu belirtmektedir (62).

Japonya'da yapılan yaşam kalitesi çalışmasında, stomalı hastaların çalışıyor olması yaşam kalitesi puanlarında önemli derecede düşüklüğe yol açmıştır. Bu kişiler işe gidip gelirken ve iş yerinde tuvaletlerin yeri ve bir kaza anında nasıl ve ne kadar sürede çıkabilecekleri hakkında sürekli endişe ettiklerini ve ayrıca fiziksel durumlarının kontrolü, gaz kaçıışı ve kokusu konusundaki endişelerinin sosyal yaşamlarını etkilediğini belirtmişlerdir (68).

Dini Etkenler

Müslüman hastaların namaz kılariken, stoma akıntısının veya gaz çıkmasının namazın geçerli olmayacağı düşüncesi geliştirdiklerinden söz edilmektedir. Ayrıca ramazan gibi dini dönemlerin hastanın yeme düzeninde aksaklığa yol açabileceği, ileostomili hastaların uzun süre su içmemelerinin yaz aylarında dehidratasyona, kabızlık

ve bulantıya, iftarda aşırı yemek yenilmesinin diyareye neden olabileceği belirtilmektedir. Ameliyat öncesi dönemde hastanın bağlı olduğu dinsel kurallar konusunun öz bakım girişimleri ile çelişmemesinin değerlendirilmesi yapılmalıdır. Eğer hasta namaz kılıyorsa, iki parçalı torbaların kullanılması, torbanın namazdan önce değiştirilmesi, namaz kılmadan hemen önce abdest alması önerilebilir. Oruç tutmanın stoma üzerinde ki etkilerinin hastalara anlatılması gerekmektedir (26,28,48).

4.5.4. STOMA KOMPLİKASYONLARI

Erken Dönem Görülen Komplikasyonlar:

Metabolik komplikasyonlar: İleostomili hastaların günde 500-800 ml sıvı ve 60 mEq sodyum kaybetmesi dehidratasyon tablosuna yol açar. Kronik dehidratasyon ve sodyum kaybı sonucu hastalarda üriner sistemde taşlar oluşur. Bu komplikasyonların önlenmesi için ameliyat sonrası hastanın sıvı elektrolit düzeyi izlenmeli ve hastaya yeterli sıvı verilmelidir (22,29,31,32).

Deri irritasyonları: Peristomal deri komplikasyonlarının görülme oranı %18-55 arasında değişmektedir, ancak bulgulara göre hastaların çoğunun peristomal deri komplikasyonu yaşadığı ve tedavi görmek zorunda kaldığı belirtilmektedir. Uzun süreli deri irritasyonu mukokütanosün ayrılmasına neden olabileceği için cerrahi revizyon gerektirebilmektedir. Derinin irritasyonunun önlemek için stoma yerinin iyi seçilmesi, stoma tekniğinin uygun olması, doğru torba sisteminin seçilmesi (ostomi tipi, ölçüsü ve şekline uygun), deri bariyerlerinin kullanılması ve stomadan sızıntısının önlenmesi önerilmektedir (52,54,56,69,70)

Stoma nekrozu: Stomanın açıldığı barsak bölgesindeki kan dolaşımının engellenmesine bağlı görülmektedir. Kan dolaşımının engellenmesi, doku ölümüne ve iskemiye neden olmaktadır. Ameliyat sonrası erken dönemde hastalar nekroz yönünden risk altındadır. Nekroz uç stomalarda ve obez hastalarda daha sık görülmektedir. Stoma nekrozu

nedenleri ödemli stoma çevresine sıkı torba takılması, stoma yerinin iyi seçilmemesi, gergin dikişler, inferior mezenterik arterin bağlanması sonrası yeteriz kan akımının olması ve barsağın dar bir açıklıktan dışarıya alınmasıdır. Stoma nekrozu %2.3-17 oranında görülmektedir (32,35,56,70,71).

Ameliyat sonrası ilk 24-72 saat stomanın rengindeki değişim yakından izlenmelidir. Karın distansiyonu ve değerlendirilmesi, distansiyonun önlenmesi hemşirelik açısından önemlidir. Nekroz, acil cerrahi girişim yapılmazsa peritonit ve perforasyon riski taşımaktadır (56,72).

Stomanın kanaması: Erken dönemde, ameliyatı takiben 48 saat içinde stoma kanaması oldukça ciddi bir komplikasyondur. Portal hipertansiyon nedeniyle barsak mukozasının kanaması, enterostomal varislerden kaynaklanan kanamalar ve cerrahi kanama kontrolünün iyi yapılmaması kanamalara neden olmaktadır. Enterostomal varis varlığında erozyon ya da travmada kanamayı arttırmaktadır. Ayrıca, antiinflamatuvar ve antikoagülan ilaçlar ve kemoterapi uygulanmadı kanamaya yol açan etkenlerdir. Bunların dışında stoma ve stoma çevresininin sert bir şekilde temizlenmesi, torbanın çapının dar olması nedeniyle granüloma oluşumuna bağlı hafif kanamalar görülebilmektedir. Yüzeysel kanamalar sızıntı şeklindedir ve bakımla düzelebilecek kanamalardır, düzelmezse koterizasyon yapılabilir, hemostatik maddeler kullanılır ve sütür konulur. Özellikle hastanın erken dönem kanama yönünden gözlenmesi, kanamanın miktarının değerlendirilmesi, hastanın aldığı ilaçların sorgulanması ve travma etkenlerinin ortadan kaldırılması ameliyat sonrası dönemde önem taşımaktadır (22,35,71,72).

Stoma retraksiyonu: Stomanın geriye, karına doğru kaçmasıdır, kolostominin erken dönem komplikasyonlarının en önemlilerindendir. Görülme sıklığı %10-24 arasındadır. Retraksiyon nedenleri stoma yapılandırılması aşamasında stomanın gerilmesi, yetersiz uzunluk, barsağın yüzeye yetersiz tutturulması, karınla ilgili ödem, distansiyon, obezite, loop kolostomilerde barsağı tutan silikon çubuğun erken alınması ve ameliyat öncesi yapılan radyoterapinin mezenteri kısaltmasıdır (12,29,56,71,72).

Hemşirenin temel işlevi torba ve deri arasında sızdırmaklık sağlamaktır. Sızdırmazlığın sağlanması için torba tekniğinde destek ve konveksite artırılması gibi modifikasyonlar uygulanır. Torbanın yapışmasını arttırıcı önlemler alınmalı, bariyer dolguları ve pasta kullanılarak içe dönüklük arttırılmalıdır (56,70).

Parastomal enfeksiyon: Parastomal enfeksiyona, barsak içeriğinin parastomal alana bulaşması, barsak ucunun geri kaçması, stomanın kesiye çok yakın açılması, iskemi ve peristomal hematoma neden olmaktadır. Tedavide, yara bakımı ile nekrotik dokunun temizlenmesi, antiseptikli bakım malzemelerinin kullanılması önem taşımaktadır. İnfeksiyon iyileşmesi sonucunda darlık ve geri kaçma oluşmaması için önlemler alınması gerekmektedir (29,35,70).

Barsak tıkanması: Barsak tıkanmasına yapışıklıklar, tümörün tekrarlanması, gaita sertleşmesi, parastomal alanda ince barsak sıkışması gibi nedenler yol açmaktadır. Görülme sıklığı %13'dür. Medikal tedavinin yeterli olmadığı durumlarda cerrahi tedavi uygulanmaktadır (32,56).

Perforasyon: Stoma çevresinde ortaya çıkan enfeksiyon barsağın deriden ayrışmasına yol açmaktadır. İleostomi oluşturulmasında dikişlerin çok derinden geçirilmesi, Crohn hastalığının nüksü, cilt altı dokusuna dışkı bulaşmasıyla stomanın geri kaçması, uygun olmayan irrigasyon tekniği delinme ve abseye yol açmaktadır. Belirtiler ani başlayan karın ağrısı ve geçmeyen rahatsızlık hissidir. Perforasyon, sepsis ve peritonite yol açabilmektedir. Perforasyon ve abse durumu acil cerrahi girişim, geniş debridman, drenaj, stoma yerinin değiştirilmesi ya da proksimal ileostomi/kolostomi açılmasını gerektirmektedir (56)

Geç Dönem Görülen Komplikasyonlar:

Stoma prolapsusu: Prolapsus stomanın karın duvarından dışarıya doğru sarkmasıdır. Karın duvarında gereğinden büyük açıklık, barsağın karın duvarına yetersiz olarak tutturulması, abdominal yapıyla ilgi anormallikler, zayıf karın adelesi sonucu olarak aniden artan karın içi basınç, tümör, öksürme, çocuklarda aşırı ağlama, hamilelik,

gergin bir kemerle giyilen sert stoma cihazı ya da stomanın çok uzun yapılmış olması stoma prolapsusuna neden olmaktadır (29,31,35,56,70).

İskemi ve tıkanma olmadığı sürece, çözüm elle prolapsın azaltılması, bir destek bağlayıcısı kullanarak veya herni destek kemeri kullanarak stomayı yerinde tutmaktır. Hastaya sızdırmayan torba sistemi sağlamak, stomayı travmadan korumak ve stomanın renk değişikliklerini iskemi ve tıkanma yönünden gözlemek hemşirelik işlevlerindedir. İskemi veya tıkanma belirtileri gösteren vakalar, cerrahi rezeksiyon ve yeni bir stoma yapılandırmasını gerektirmektedir (29,31,35,56).

Parastomal herni: Barsakların yüzeydeki açıklıktan stomanın dışına çıkmasıdır. Stomanın, rektus kası içinden geçirilerek yapılmasının herni oluşumundaki insidansı azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir. Herni oluşumunda zayıf karın duvarı (yaşlı ve şişmanlarda) kronik öksürük, artan karın içi basınç, postoperatif sepsis ve cerrahi teknik kusurların rol oynadığı belirtilmektedir. Parastomal herni, mekanik barsak tıkanıklığı, strangülasyon, irrigasyon sırasında perforasyon ve peristomal dermatit riski taşımaktadır (29,32,35,73).

Stomal stenoz : Stomanın iç çapının daralmasıdır. Görülme sıklığı %6-7 oranındadır. Stoma kenarlarının yetersiz beslenmesi ve enfeksiyon sonucu gelişen bağ dokusunda artış, stoma açıklığının çok küçük oluşu, radyasyon irritasyonu başlıca stenoz nedenleridir. Aşırı daralma stomanın normal fonksiyonunu, dışkı çıkışını önleyebilir. Darlık hafifse az posalı diyet, gaita yumuşatıcıları ya da bujilerle genişletme ve dışkının boşaltılması ile tedavi edilebilmektedir. Darlık fazlaysa, local anestezi ile plastik onarım, nadiren de stomanın yerinin değiştirilmesi gerekebilmektedir (32,35,70,71,73).

Stoma bölgesinin seçimi:

Stoma bölgesinin doğru seçilmesi, ameliyat sonrası komplikasyonların azaltılmasında, stoma bakımı ve hastanın yaşam kalitesi açısından önem taşımaktadır. Doğru yer seçiminde uyulması gereken noktalar şunlardır:

- Stoma rektus kası üzerinde, stoma torbasının yapıştırılacağı yeterli, düz yüzey olmalıdır.

- Kat yeri, skarlar, sarkan deriden, göbek, bel çizgisi ve kemik çıkıntılardan uzak bir yerde olmalıdır.
- Stoma hastanın görüş alanı içinde, bakımını bağımsız olarak yapabileceği bölgede olmalıdır. Bu bölge infraumblikal bölgedir.
- Bireyin yaşı, dini, kültürü, yaşam tarzı ve nörolojik fonksiyonları dikkate alınmalıdır.
- Hasta yatarken, otururken ve ayakta iken hastanın göreceği bölge değerlendirilmelidir.
- Stoma torbası boş iken, daha sonra içine su doldurularak belirlenen bölgeye yerleştirilerek, stoma bölgesi değerlendirilmelidir (35,54,70,71,73,74).

Stoma komplikasyonlarının önlenmesinde, uygun preoperatif planlama, uygun cerrahi teknik, postoperatif bakım ve hasta eğitimi, doğru torba sisteminin seçilmesi, büyük önem taşımaktadır (32,56,70).

4.5.5. STOMA BAKIMI

Stoma bakımının amacı ostomi hastalarının yaşam kalitesini en iyi noktada tutmaktır. Stoma terapi hemşiresinin rolü, stoma hastalarının durumları ile baş etmelerine yardımcı olmak, öz güvenlerini yeniden kazandırmak ve yaşam kalitesini korumak amacıyla, hasta danışmanlığı, hasta bakımı ve eğitim faaliyetlerini yürütmeyi kapsamaktadır (8,25,52,54).

Stoma uygulanan hastalarda bakım ameliyat öncesi ve ameliyat dönemini kapsamakta olup, hastanın ve ailesinin sorunlarla baş etme ve öz bakım becerilerinin kazandırılmasını içermektedir. Bireyin hastalığa uyumunun en üst düzeyde gerçekleşmesinin, hastaya uygulanacak bakım ve eğitim ile paralel gelişim göstermekte olduğu belirtilmektedir (26,17,25,57).

5. GEREÇ VE YÖNTEMLER

5.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, kalıcı abdominal stoma açılmış hastaların, beden imajı değişimlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla, tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

İstanbul il sınırı içinde bulunan S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 1 Ekim 2005 ile 30 Ağustos 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, İstanbul il sınırları içinde bulunan S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 1 Nisan 2004-31 Mart 2005 tarihleri arasında abdominal stoma açılmış 91 hasta oluşturmuştur.

Bu hastaneyi seçmemizin nedeni; İstanbul ilinde araştırma yapılacak hasta örnekleminin en çok bulunduğu hastanelerden olması, araştırmanın sürdürüleceği hastane yönetimi ve çalışanları ile olumlu işbirliği kurulabilmesi, araştırmacının kayıtlara ve hastalara ulaşmasının kolay olabileceğinin düşünülmesidir.

S.B.Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi toplam 968 yatağa sahiptir ve 5 Genel Cerrahi Servisi ve 1 Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi bulunmaktadır. Kliniklerde toplam 145 yatak, Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde 5 yatak bulunmaktadır. Her cerrahi kliniğinde 5 hemşire çalışmakta olup, toplam hemşire sayısı 25'dir. Hemşirelik hizmetleri hafta içi 8-16 ve 16-08 saatleri arasında, hafta sonları 24 saatlik nöbetler şeklindedir. Hemşirelik hizmetleri Başhemşireliğe bağlıdır. Cerrahi kliniklerinde gündüz çalışan hemşire sayısı 2-3 arasında değişirken, gece çalışan hemşire sayısı 1'dir. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi 5 yataklı olup, gündüz 2-3 hemşire, gece 2 hemşire çalışmaktadır.

5.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, kalıcı abdominal stoma açılmış 58 hasta oluşturmaktadır.

Hastanenin cerrahi ünitelerinde ve ameliyathane biriminde kullanılan ameliyat kayıt ve ameliyat notu kayıtlarından yararlanılarak, 1 Nisan 2004-31 Mart 2005 tarihleri arasında abdominal stoma açılan hasta sayısının 91 hasta örnekleme oluşturmuştur ve hastaların hepsine ulaşılması hedeflenmiştir. Örnekleme 16 hastanın ölmesi, 10 hastanın stomasının kapatılması, 5 hastaya adres ve telefon değişikliği nedeniyle ulaşılabilmesi nedenleriyle görüşme yapılamamıştır. Görüşme yapılan 2 hastanın verileri hastalar terminal dönemde oldukları için değerlendirilmeye alınmamıştır.

Örneklem kapsamına: 18 yaş üstü, en az 4 ay önce abdominal stoma açılmış, çalışmaya katılmada gönüllülük esas olduğu için araştırmanın amacı açıklandıktan sonra katılmaya istekli olan hastalar alınmıştır.

Yapılan araştırmalarda, stoma cerrahisi sonrası kısa dönemde (0-4 ay) bu hastalara özgü psikolojik uyum problemlerinin görülmesi ve ölüm korkusu nedeniyle anksiyete ve depresyon oranlarının yüksek saptanmıştır. Bu nedenle yaşam kalitesi verilerini etkileyebileceği düşünülerek araştırma uygulaması için, hastalara stoma açılmasından en az 4 ay geçmiş olması hedeflenmiştir (12,18,19,51).

5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Hastaların geç tanı konulması nedeniyle ameliyat sonrası kısa dönemde ölmüş olmaları, ameliyat sonrası 4 ay sonrası görüşme planmış olması, hasta kayıtlarına dayanan bir çalışma olduğu için adres ve telefon değişikliği nedeniyle hastalara ulaşamama, ulaşılan hastaların İstanbul il sınırları dışında yaşayanların kontrol randevularına yaşadıkları şehirlerde devam etmeleri yada tedavilerini başka hastanelerde sürdürüyor olmaları, terminal dönemde olan ve kemoterapi-radyoterapi tedavisi süren hastaların görüşme kapsamına alınmaması, araştırmayı sınırlayan faktörlerdir.

5.6. Araştırmanın ön uygulaması

Hasta Görüşme Formu ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği anlaşılabilirliğini saptamak üzere aynı hastanede, stoma açılmış 8 hastaya uygulanmıştır. Ön uygulama sonrası Hasta Görüşme Formunda anlaşılmayan yerler düzeltilmiştir.

5.7. Veri Toplama Araçları ve Uygulaması

Araştırmada veriler, literatür incelemesi, uzman görüşü alınarak ve araştırmacının hazırladığı Hasta Görüşme Formu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form 36 (SF-36) aracılığı ile bire-bir hasta ile görüşme yapılarak toplanmıştır.

a) Hasta görüşme formu (Ek 1) : Abdominal stomalı hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği benzer çalışmalar göz önüne alınarak hazırlanan anket formu bireylerin bireysel özellikleri, hastalığa özgü tanımlayıcı bilgileri ve stomayla ilgili fizyolojik, psikoseksüel ve sosyal problemlerle ilgili soruları içermektedir (Yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu, sağlık güvencesi, stoma türü, cerrahi girişim öncesi bilgilendirme, bakımla ilgili eğitim ve beceri durumu, stomaya ilişkin bilgiler, stoma komplikasyonları, beden imajı değişiminin sorgulanması, stomayla ilgili fizyolojik, psikoseksüel problemler).

b) Kısa Form 36 (The MOS 36 Item Short Form Health Survey – SF 36) (Ek 2) : Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen SF 36 sağlığın hem pozitif, hem negatif yönlerini ölçmek için toplam 36 sorudan oluşan klinik uygulama ve araştırmalarda, genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir. (Ware ve Sherbourne 1992) Türkçe'ye Pınar tarafından çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin ön test-son test güvenilirliği .94, iç tutarlılığı .92'dir. (Pınar R.1999).

36 ifade içeren ölçek, 8 sağlık kavramını değerlendiren çok başlıklı scala şeklindedir. Ölçek, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel (ruh) sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, ruh (mental) sağlık, enerji/canlılık, ağrı ve sağlığın genel algılanması bölümlerinden oluşmaktadır. Fiziksel fonksiyonellik (10 soru), fiziksel problemler nedeniyle rol sınırlamaları (4 soru), duygusal problemlerden dolayı rol sınırlamaları (3 soru), sosyal fonksiyonellik (2 soru),

fonksiyonel statü içindedir. Ağrı (2 soru), ruh sağlığı (5 soru) ve enerji/canlılık (4 soru) iyilik alanı içindedir. Genel sağlık algısı sağlığın genel değerlendirmesi içinde yer almaktadır. Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz- önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirmekte ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu göstermektedir. SF 36 kronik hastalıklarda, yaşlılarda ve ulusal düzeyde yaşam kalitesi değerlendirilmesine uygun bir araç olması nedeniyle çok kullanılan sağlık durum ölçeklerinden biridir (6,46,75).

SF 36 sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi araştırmalarında yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. 14 yaş ve daha büyüklerin, kendi kendilerine veya bu konuda bilgilendirilmiş bireyin eşliğinde, posta ve hatta telefon aracılığıyla uygulanabilecek şekilde hazırlanmıştır (6,45,75) .

SF 36'yı seçmemizin nedenleri:

- Kavramın tanımı ve kullanımı konusunda basılı bir rehber olması ve abdominal stomalı hastalarda çalışmaya uygun olması,
- Ölçekteki yaşam alanlarının birbirleriyle etkileşim halinde olması,
- Hem dinamik hem de statik bir yaşam kalitesi ölçeği olması,
- Ölçeğin kapsamlı olmasına karşın uygulanma, değerlendirme ve yorumlamasının kolay oluşu,
- Uygulamanın 10-15 dakika içinde tamamlanabilir olması,
- Kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtların puanlayabilme olanağı olmasıdır (5,45,48).

5.8. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

Araştırmada abdominal kalıcı stomalı bireylerin beden imajlarının yaşam kalitesine etkisi incelenmiştir. Yanıtlanması gereken sorular şunlardır:

- Araştırma kapsamına alınan bireylerin bireysel özellikleri yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ameliyattan sonra geçen süre ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki nedir?
- Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası bilgilendirilme durumu nedir?
- Stomalı bireyler öz bakım gereksinimlerini kendileri karşılayabiliyorlar mı ve bunun yaşam kalitesi üzerine etkisi var mı?
- Stoma cerrahisi sonucu hastalarda gelişen komplikasyonlar nelerdir?
- Hastalar stoma irrigasyonu yapıyor mu?
- Hastaların stoma bakımı için malzeme temini ve kullanımı konusunda problem yaşıyorlar mı?
- Hastaneden bakım konusunda yardım alan bireylerin yaşam kalitesi bulgularını yardım almayan hastaların yaşam kalitesi bulgularından farklılık gösteriyor mu?
- Hastanın stomasının olduğunu aile ve arkadaş çevresinin bilme durumu nedir?
- Beden imajı değişiklikleri bireyin partner, aile ve sosyal yaşamını etkiliyor mu?
- Bireyin beden imajı değişikli nedeniyle yaşadığı duygu ve düşünceleri ile yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki nedir?
- Stoma ameliyatı sonrası yaşanan fiziksel sorunlardan dolayı duyulan endişeler bireylerin yaşam kalitesi bulgularını etkiliyor mu?
- Stomanın partner ve cinsel yaşam üzerine etkileri nelerdir?
- Hastalar psikolojik problemleri için profesyonel yardım alıyorlar mı?

5.9.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulguların değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 10.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis test ve

Mann Whitney U test, t test ve Ki kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p>0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

SF 36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin skorlanması : SF 36'da ölçeklendirme metodu olarak likert metodu kullanılmakta, sekiz sağlık boyutundan elde edilen puanlar bu boyutların düzeyini göstermektedir. Puanlama sistemi her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde düzenlenmiştir. Karşılaştırmaları kolaylaştırmak için ham puanların ortak sisteme dönüştürülmesi gerekmektedir. Skala puanları 0 ile 100 puan arasında değişmekte, 0 puan en kötü sağlık durumunu, 100 puan ise en iyi sağlık durumunun göstergesi olarak kabul edilmektedir (45,47,48).

Skala skorlarının hesaplanması aşamaları:

1. Soru değerinin yeniden kodlaması
2. Yanıtlanmamış soruların belirlenmesi
- 3.Ham skala puanları için sorulardan alınan puanların toplanması
- 4.Ham skala skorlarının yeniden kodlanması

1. soru değerinin yeniden kodlaması: 1,6,7,8,9a,9d,9h,11b,11d numaralı sorularda profildeki diğer soruların tersine olumsuzluk en yüksek değeri almaktadır. Örneğin 6.soruda 'son 4 haftada fiziksel ve ruhsal sağlığın aile, arkadaşlar, komşularla ilişkileri ne dereceye kadar etkilediği' sorulduğunda 'pek etkilemedi' seçeneğine (1), 'aşırı' seçeneğine (5) değeri verilmiştir. Oysa bu sorunun da profildeki diğer sorularda olduğu gibi iyi sağlık durumunu gösteren bir puan olması gerekmektedir. Skorların dönüştürülmesi ile 'pek etkilemedi' seçeneği (5) puan , 'aşırı' seçeneği (1) ham puana sahip olacak ve yüksek skorlar daha iyi sağlık durumunu gösterecektir.

2. Yanıtlanmamış soruların belirlenmesi: Yanıtlanmamış sorular, cevap verilen yanıtların ortalaması alınarak tamamlanır. Bunun için cevap verilen soruların ortalama değeri alınarak yanıtlanmamış sorulara bu ortalama değer verilerek hesaplama yapılır.

3.Ham skala puanları için sorulardan alınan puanların toplanması: Her boyuta verilen cevapların puanları toplanır.

4.Ham skala skorlarının 0-100 arası puana dönüştürülmesi: Aşağıdaki formül kullanılmaktadır.

Dönüştürülmüş puan = ((Ham scala puanı- en düşük olası puan) / olası puan)x 100

Örnek: Fiziksel fonksiyon puanı 21 ise , puana dönüştürülmesi şöyledir.

$$((21- 10) /20) \times 100=55$$

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları

Genel Sağlık Statüsü Boyutları	Soruların anketteki yerleri	Beklenen en düşük ve en yüksek puan	Beklenen olası puan
Fiziksel Fonksiyonellik	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10 - 30	20
Fiziksel Rol Sınırlamaları	4a+4b+4c+4d	4 - 8	4
Sosyal Fonksiyonellik	6+10	2 - 10	8
Mental Rol Sınırlamaları	5a+5b+5c	3 - 6	3
Ruh Sağlığı	9b+9c+9d+9f+9h	5 - 30	25
Enerji /Zindelik	9a+9e+9g+9i	4 - 24	20
Ağrı	7+8	2 - 2	10
Genel Sağlık Algısı	1+11a+11b+11c+11d	5 - 25	20

Beden Kütle İndeksinin Hesaplanması: Hastanın boy ve kilosu ham verileri oluşturmaktadır. Beden kütle endeksi formül kullanılarak hastaların beden kütle indeksleri hesaplanmıştır.

$$\text{Beden Kütle Endeksi} = \text{Ağırlık(kg)} / (\text{boy})^2$$

6. BULGULAR

Tablo 1. Demografik Özellikler

		Demografik Özellikler	
		N	%
Yaş	29-39	5	8,6
	40-49	9	15,5
	50-59	13	22,4
	60-69	18	31,0
	70 ve üzeri	13	22,4
Cinsiyet	Kadın	27	46,6
	Erkek	31	53,4
Medeni Durum	Bekar	5	8,6
	Evli	41	70,7
	Dul	12	20,7
Çocuk	Var	53	91,4
	Yok	5	8,6
Eğitim Durumu	Okur-yazar	18	31,0
	İlkokul	26	44,8
	Ortaokul	8	13,8
	Lise ve üzeri	6	10,4
Meslek	Ev hanımı	25	43,1
	İşçi	1	1,7
	Esnaf	2	3,4
	Serbest meslek	4	6,9
	Emekli	26	44,8
TOPLAM		58	100

Tablo 1'i incelendiğinde; hastaların %8.6'sının (n=5) 29-39 yaş, % 15.5'inin (n=9) 40-49 yaş, %22.4'ünün (n=13) 50-59 yaş, %31'inin (n=18) 60-69 yaş arasında ve %22.4'ünün (n=13) 70 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Olguların %46.6'sı (n=27) kadın ve %53.4'ü (n=31) erkek, % 8.6'sı (n=5) bekar, %70.7'si (n=41) evli ve %20.7'sinin (n=12) dul olduğu; %91.4'ünün (n=53) çocuk sahibi olduğu, % 8.6'sının (n=5) çocuğunun olmadığı görülmektedir. Hastaların %31'inin (n=18) okur-yazar, %44.8'inin (n=26) ilkokul mezunu, %13.8'inin (n=8) ortaokul mezunu ve %10.4'ünün (n=6) lise ve üzeri okul mezunu olduğu; %43.1'nin (n=25) ev hanımı %1.7'nin (n=1) işçi, % 3.4'nün (n=2) esnaf, % 6.9'nun (n=4) serbest meslek ve % 44.8'nin (n=26) emekli olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Sağlık Güvencesi ve Çalışma Durumu

		N	%
Sağlık Güvencesi	Var	58	100
	Yok	-	-
Stoma Ameliyatı Olmadan Önce Çalışma	Çalışıyor	19	32,8
	Çalışmıyor	39	67,2
Şu Andaki Çalışma Durumu	Çalışıyor	8	13,8
	Çalışmıyor	50	86,2
Toplam		58	100

Hastaların tamamının sağlık güvencesi bulunmaktadır. Stoma ameliyatı öncesinde %32.8'i (n=19) çalışmakta, %67.2'i (n=39) çalışmamaktadır. Ameliyat sonrası ise, %13.8'i (n=8) çalışmakta % 86.2'si (n=50) çalışmamaktadır (Tablo 2).

Tablo 3. Stoma Ameliyatına İlişkin Özellikler

		N	%
Tanı	Rektum Ca	39	67,2
	Kolon Ca	18	31,0
	Diğer	1	1,7
Stoma Yeri	Sol üst kadran	4	6,9
	Sağ üst kadran	7	12,1
	Sol alt kadran	42	72,4
	Sağ alt kadran	5	8,6
Stomanın Tipi	Transvers loop kolostomi	3	5,2
	Transvers uç kolostomi	4	6,9
	Uç kolostomi	43	82,2
	Loop ileostomi	-	-
	Uç ileostomi	3	5,2
Ameliyat Sonrası Alınan Tedavi	Kemoterapi	16	27,6
	Radyoterapi	5	8,6
	Kemoterapi+radyoterapi	22	37,9
	Tedavi Almadı	15	25,9
Stoma Açılmasından Sonra Gecen Süre	6 ay -1 yıl	17	29,3
	1-2 yıl	18	31,0
	2 yıl üzeri	23	39,7
TOPLAM		58	100

Tablo 3’de stoma ameliyatına ilişkin özelliklerin dağılımına bakıldığında; hastaların %67.2’sine (n=39) rektum Ca, %31’ine (n=18) kolon Ca, sadece 1 olguya (%1.7) kanser dışında tanı konmuştur. Hastaların %72.4’ünün (n=42) stoması sol alt kadranda bulunup, %82.2’sine (n=43) uç kolostomi açılmıştır.

Ameliyat sonrasında olguların %27.6’sına (n=16) kemoterapi, %8.6’sına (n=5) radyoterapi ve %37.9’una (n=22) kemoterapi ve radyoterapi uygulanırken; hastaların %25.9’u (n=15) tedavi almamıştır.

Hastaların %29.3’ü (n=17) 1 yıl önce, %31’i (n=18) 1-2 yıl önce ve %39.7’si (n=23) ise 2 yıldan daha uzun bir süre önce stoma ameliyatı olmuştur.

Tablo 4. Stoma Dışında Başka Hastalık Olması

	N	%
Var	22	37,9
Yok	36	62.,1
TOPLAM	58	100

Hastaların %37.9’unun (n=22) stoma dışında kronik hastalıkları da bulunmaktadır (Tablo 4).

Tablo 5. Stoma Dışında Mevcut Olan Diğer Hastalıklar

	N	%
Hipertansiyon	9	45,0
Kalp hastalığı	3	15,0
Diabetes Mellitus	6	30,0
Karaciğer Metastazı	1	5,0
Romatizmal Hastalıklar	1	5,0
TOPLAM	20	100

Stoma dışında hastalığı olan 22 olgunun; %45’inde (n=9) hipertansiyon, %30’unda (n=6) diabetes mellitus, %15’inde (n=3) kalp hastalığı, 1 hastada karaciğer metastazı ve 1 hastada romatizmal hastalık saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Ameliyattan Sonra Gelişen Komplikasyonlar

		N	%
Ameliyat Sonrasında Komplikasyon Gelişen	Evet	39	67,2
	Hayır	19	32,8
TOPLAM		58	100
Gelişen Komplikasyonlar	Deri problemleri	22	59,0
	Prolapsus	2	7,7
	Herni	5	10,3
	Stenoz	-	-
	Barsak tıkanması	1	2,6
	Retraksiyon	1	2,6
	Pelvik abse	1	2,6
	Eviserasyon	3	7,7
	Fistül	2	5,1
	Enfeksiyon	1	2,6
TOPLAM		38	100

Hastaların %67.2'sinde (n=38) ameliyat sonrasında komplikasyon gelişmiştir. Komplikasyon görülen hastaların %59'unda (n=22) deri problemleri, %7.7'sinde (n=2) prolapsus, %10.3'ünde (n=5) herni, %7.7'sinde (n=2) eviserasyon, %5.1'inde (n=2) fistül ve %2.6'sında (n=1) barsak tıkanması, %2.6'sında (n=1) retraksiyon, %2.6'sında (n=1) pelvik abse ve %2.6'sında (n=1) enfeksiyon görülmüştür (Tablo6).

Tablo 7. Hastanın Ameliyat Öncesi ve Sonrası Bilgilendirilme Durumu

		N	%
Ameliyat Öncesinde Bilgi Verilmesi	Evet	46*	79,3
	Hayır	12	20,7
TOPLAM		58	100
Bilgiyi Veren Kişi	Hekim	46	100
	Hemşire	-	-
	Diğer	-	-
TOPLAM		46	
Ameliyat Sonrasında Stoma Bakımı Konusunda Bilgi Verilmesi	Evet	35	60,3
	Hayır	23	39,7
TOPLAM		58	100
Bilgiyi Veren Kişi	Hekim	4	11,4
	Hemşire	-	-
	Diğer	31	88,6
TOPLAM		35	100

* 3 kişiye stoması olacağı bilgisi verilmemiştir.

Tablo 7’de hastaların bilgilendirilmesi durumu incelendiğinde; hastaların %79.3’üne (n=46) ameliyattan önce ameliyatın tipi ve etkileri konusunda bilgi verildiği, %20.7’ne (n=12) bilgi verilmediği ve bilgi verildiğini belirten hastaların tümüne bilginin doktor tarafından verildiği saptanmıştır.

Ameliyattan sonra hastaların %60.3’ne (n=35) stoma bakımı konusunda bilgi verildiği, %39.7’sine (n=23) bilgi verilmediği ve bilgi verildiğini belirten hastaların %88.6’sına (n=35) firma elemanlarının, %11.4’ne (n=4) ise doktor tarafından bilgi verildiği saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 8. Ameliyat Sonrası Stoma Açılacağından Bilgisi Olmayan Hastaların Kim Tarafından Bilgilendirildiği

	N	%
Doktor	3	5,2
Hemşire	1	1,7
Kendisi	11	19,0
Ameliyat öncesi bilgi	43	74,1
TOPLAM	58	100

Ameliyat öncesi stoması olacağı konusunda bilgi verilmeyen bireylerin, ameliyat sonrası %5.2’sinin (n=3) stomasının olduğunu doktordan, %1.7’sinin (n=1) hemşireden öğrendiği, %19’unun (n=11) stomasının varlığını kendisinin hissettiği saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 9. Stoma Bakımına İlişkin Sorunlar ve Hastaneden Bakım Konusunda Yardım Alma Durumu

		N	%
Stoma Bakımı İçin Malzeme Temin Etmede Sorun	Evet	14	24,1
	Hayır	42	72,4
	Bazen	2	3,4
Stoma Bakımı Yaparken Zorluk Yaşama	Evet	22	37,9
	Hayır	23	39,7
	Bazen	13	22,4
Ameliyat Olunan Hastaneden Bakım Konusunda Yardım Alma	Evet	14	24,1
	Hayır	44	75,9
TOPLAM		58	100

Tablo 9 incelendiğinde; hastaların %24.1'inin (n=14) stoma bakımı için malzeme temin etmede sorun yaşadığı, %37.9'unun (n=22) stoma bakımı yaparken zorluk yaşadığı tespit edilmiştir. Hastaların %24.1'inin (n=14) ameliyat olduğu hastaneden bakım konusunda yardım aldığı, %75.9'unun (n=44) ise yardım almadığı görülmektedir.

Tablo 10. Stoma Bakımını Yapan Kişiler

	N	%
Kendisi	34	58,6
Eşi	6	10,3
Çocuğu	4	6,9
Kendisi ve Başkasından Yardım Alıyor	14	24,1
TOPLAM	58	100

Hastaların %58.6'sının (n=34) stoma bakımını kendisinin, %10.3'ünün (n=6) eşinin, %6.9'unun (n=4) çocuğunun stoma bakımını yaptığı, %24.1'inin (n=14) ise stoma bakımı yaparken başkasından yardım aldığı belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 11. Stoma İrrigasyonu Yapma Durumu

	N	%
Yapmıyor	16	27,6
Cevapsız	42	72,4
TOPLAM	58	100

Hastaların tümünün (n=58) stoma irrigasyonu yapmadığı saptanmış olup, hastaların %72.4'ü stoma irrigasyonunun ne olduğunu duymadıkları belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 12. Hastanın Stoması Olduğunun Aile ve Arkadaş Çevresinin Bilme Durumu

		N	%
Ailede Stomanın Bilinmesi	Anne/baba	1	1,7
	Eş	1	1,7
	Yakın akrabalar	11	19,0
	Hepsi	45	77,6
Arkadaş Çevresinde Stomanın Bilinmesi	Evet	44	75,9
	Hayır	7	12,1
	Sadece yakın arkadaşlar	7	12,1
TOPLAM	58	100	

Hastaların %1.7'sinin (n=1) stomasının olduğunu sadece anne/babasının bildiği, %1.7'sinin (n=1) eşinin bildiği, %19'unun (n=11) yakın akrabalarının bildiği saptanmıştır.

Hastaların %12.1'inin (n=7) stomasının olduğunu sadece yakın arkadaşlarının bildiği ve %12.1'inin ise (n=7) arkadaş çevresinin bilmediği bulunmuştur. %75.9'unun arkadaş çevresi stomasının olduğunu bilmektedir (Tablo 12).

Tablo 13. Daha Önce Stomalı Bir Hasta ile Karşılaşma Durumu

	N	%
Evet	6	10,3
Hayır	52	89,7
TOPLAM	58	100

Hastaların sadece %10.3'ünün (n=6) daha önce stoması olan bir hasta ile karşılaştığı %89.7'sinin (n=52) ise karşılaşmadığı saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo14. Stoma Hakkında Endişelere İlişkin Bilgiler

		N	%
Stomanın koku yapacağından endişe duyma	Hayır	18	31,0
	Çok az	20	34,5
	Oldukça fazla	15	25,9
	Aşırı derecede	5	8,6
Stomanın sızıntı yapacağından endişe duyma	Hayır	17	29,3
	Çok az	20	34,5
	Oldukça fazla	13	22,4
	Aşırı derecede	8	13,8
Barsak sesi ya da gaz nedeniyle stomanın çevreyi rahatsız etmesinden endişe duyma	Hayır	6	10,3
	Çok az	29	50,0
	Oldukça fazla	16	27,6
	Aşırı derecede	7	12,1
TOPLAM		58	100

Tablo 14 incelendiğinde; Stomanın koku yapacağından hastaların; %34.5'inin (n=20) çok az, %25.9'unun (n=15) oldukça fazla ve %8.6'sının (n=5) aşırı derecede endişe duyduğu saptanmıştır.

Stomanın sızıntı yapacağından hastaların; %34.5'inin (n=20) çok az, %22.4'ünün (n=13) oldukça fazla ve %13.8'inin (n=8) aşırı derecede endişe duyduğu; barsak sesi ya da gaz nedeniyle stomanın çevresini rahatsız edeceğinden hastaların %50'sinin (n=29) çok az, %27.6'sının (n=16) oldukça fazla ve %12.1'inin (n=7) aşırı derecede endişe duyduğu saptanmıştır.

Tablo 15. Beden İmajı Değişikliğinin Bireyde Yarattığı Düşünce ve Duygular

		N	%	Kadın N	Kadın %	Erkek N	Erkek %	Test Değ:P
Ameliyattan sonra diğer insanlara farklı göründüğünü düşünme	Evet	35	60.3	16	59.3	19	61.3	0,025;
	Hayır	23	39.7	11	40.7	12	39.7	0,875
Diğer insanların stomayı dış görünüşüne bakarak anlaması	Evet	21	36.2	9	33.3	12	39.7	0,181
	Hayır	37	63.8	18	66.7	19	61.3	0,671
Diğer insanların stomayı fark etme endişesi	Evet	34	58.6	18	66.7	16	51.6	1,348
	Hayır	24	41.4	19	33.3	15	48.4	0,246
Stoma varlığını gizleme duygusu olan ortam	Evet	33	56.9	15	55.6	18	58.1	0,037
	Hayır	25	43.1	12	44.4	13	41.9	0,847
Vücuttaki değişikliklerden dolayı kendini üzgün hissetme	Evet	46	79.3	22	81.5	24	87.5	0,145
	Hayır	12	20.7	5	18.5	7	22.5	0,703
Stomanın giyim tarzına etkisi	Hayır	23	39.7	11	40.7	12	38.7	2,308
	Çok az	18	31	6	22.2	12	38.7	
	Oldukça fazla	15	25.9	9	33.3	6	19.3	
	Aşırı derecede+	2	3.4	1	3.7	1	3.3	
Stomanın kendini çirkinleştirdiğini daha az çekici hale getirdiğini düşünme	Hayır	23	39.7	8	29.6	15	48.4	2,734
	Çok az	15	25.9	9	33.3	6	19.4	
	Oldukça fazla	15	25.9	7	25.9	8	25.8	
	Aşırı derecede	5	8.6	3	11.1	2	6.5	
TOPLAM		58	100	27	100	31	100	

*Ki kare test

+ Olgu sayısının az olması nedeniyle aşırı derecede seçeneğinin istatistiksel değerlendirilmesi oldukça fazla seçeneğine ilave edilerek yapılmıştır.

Tablo 15 incelendiğinde; bireylerin %60.3'ü (n=35) ameliyattan sonra diğer insanlara farklı göründüğünü, %36.2'si (n=21) stomalarının olduğunun dış görüntülerinden anlaşılacağı düşünmektedir. Bireylerin %58.6'sının (n=34) stomalarının olduğunun diğer insanlar tarafından fark edilebileceğinden endişe duyduğu

ve %56.9'unun (n=33) stomalarını gizleme duygusuna kapıldıkları ortamların olduğu saptanmıştır. Bireylerin %79.3'ünün (n=46) vücutlarına baktıklarında değişikliklerden dolayı kendilerini üzgün hissettikleri saptanmıştır.

Stoma, bireylerin %31'inin (n=18) giyim tarzını çok az, %25.9'unun (n=15) oldukça fazla ve %3.4'ünün (n=2) aşırı derecede etkilemiştir.

“Stomanın sizi çirkinleştirdiğini, daha az çekici hale getirdiğini hissediyor musunuz?” sorusuna olguların %39.7'si (n=23) hayır cevabını verirken; %25.9'u (n=15) çok az, %25.9'u (n=15) oldukça fazla ve %8.6'sı (5) aşırı derecede cevabını vermiştir.

Beden imajı değişikliğinin bireyde yarattığı düşünce ve duyguların cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Stomanın Partner ile İlişki ve Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri

		N	%	Kadın N	Kadın %	Erkek N	Erkek %	Test değ* ; P değ.
Ameliyattan sonra vücudunu partnerine çekinmeden gösterme	Evet	38	65,5	12	70.6	26	100	8,653; 0,006**
	Hayır	5	8,6	5	29.4	(-)	(-)	
	Cevapsız	15	25,9	(-)	(-)	(-)	(-)	
Partnerin vücudundaki değişiklikleri kabul etmesi	Evet	40	69,0	14	82.4	24	92.4	0,991; 0,369
	Hayır	3	5,1	3	17.6	2	7.6	
	Cevapsız	15	25,9	(-)	(-)	(-)	(-)	
Stoma sonrası partnerin ilgi ve beğenisinde farklılık olması	Evet	4	6,9	2	29.4	2	7.6	0,202; 0,653
	Hayır	39	67,2	15	70.6	24	92.4	
	Cevapsız	15	25,9	(-)	(-)	(-)	(-)	
Stomanın partner ile ilişkiye olumsuz etkisi	Hayır	35	60,3	12	69.6	23	87.4	2,168; 0,141
	Çok az	5	8,6	4	23.4	1	3.8	
	Oldukça fazla	3	3,4	1	5.8	1	3.8	
	Ciddi problemler oldu	1	1,7	(-)	(-)	1	3.8	
	Cevapsız	15	25,9	(-)	(-)	(-)	(-)	
Cinsel ilişki durumu	Ameliyat öncesinde cinsel ilişkim vardı, şimdi yok	15	25,9	3	17.4	12	(-)	9,176; 0,057
	Ameliyat öncesi cinsel ilişkim yoktu, şimdi de yok	10	17,2	8	46.4	2	22.8	
	Düzenli cinsel ilişkim var	6	10,3	3	17.4	3	(-)	
	Düzenli cinsel ilişkim yok	2	3,4	1	5.8	1	(-)	
	Cinsel ilişkide azalma var	6	10,3	2	11.6	4	19	
	Cevapsız	19	32,8	(-)	(-)	4	15.2	
Cinsel ilişkide var olan sorunlar	Cinsel isteğin yokluğu	1	1,7	1	5.8	(-)	(-)	-
	Cinsel isteğin azalması	9	15,5	3	17.4	6	22.8	
	Cinsel ilişkide ağrı	2	3,4	2	11.6	(-)	(-)	
	Cinsel organlarda kuruluk	1	1,7	1	5.8	(-)	(-)	
	Empotans	5	8,6	(-)	(-)	5	19	
	Ereksiyon sorunları	1	1,7	(-)	(-)	1	3.8	
	Cevapsız	39	67,2	10	(-)	12	54.8	
TOPLAM		58	100	17	100	26	100	

*Ki kare test ** $p < 0,01$

+ Olgu sayısı azlığı nedeniyle stomanın partner iile ilişkiye olumsuz etkisi oldu şeklinde değerlendirilmeye alınmıştır.

Tablo 16 incelendiğinde; hastaların %65.5'inin (n=38) ameliyat sonrası vücudunu eşine kolayca, çekinmeden gösterebildiği, %8.6'sının (n=5) göstermekten çekindiği saptanmıştır. Kadınların %70'inin (n=5) erkeklerin ise tümünün (n=26) vücudunu çekinmeden eşine gösterebildiği bulunmuştur.

Bireylerin %65.5'inin (n=38) eşinin vücudundaki değişiklikleri kabul ettiği, %67.2'nin (n=39) eşinin ilgi ve beğenisinde farklılık olmadığı görülmektedir.

Stoma bireylerin %8.6'sının (n=5) eşi ile ilişkisini çok az, %3.4'ü (n=2) oldukça fazla etkilemiş ve 1 kişinin (%1.7) ilişkisinde ciddi problemleri olduğu saptanmıştır.

Cinsel yaşama bakıldığında; bireylerin %25.9'nun (n=15) ameliyat öncesi cinsel ilişkisinin olduğu fakat ameliyat sonrası cinsel ilişkisinin olmadığı, %17.2'sinin (n=10) ameliyat öncesi ve sonrası cinsel ilişkisinin bulunmadığı saptanmıştır. Bireylerin %10.3'ünün (n=6) düzenli olarak cinsel ilişkisinin olduğu, %3.4'ünün (n=2) ise düzenli cinsel ilişkisinin olmadığı, %10.3'ünün (n=6) cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu saptanmıştır. Bireylerin %32.8'i (n=19) bu soruya cevap vermemiştir.

Bireylerin cinsel yaşamında problemlere bakıldığında; %15.5'inde (n=9) cinsel isteğin azalması, %8.6'sında (n=5) empotans problemi, %3.4'ünde (n=2) cinsel ilişki sırasında ağrı, 1 bireyde cinsel isteğin yokluğu, 1 bireyde cinsel organlarda kuruluk ve 1 bireyde ereksiyon sorunları saptanmıştır. Olguların %67.2'si (n=39) bu soruya cevap vermemiştir (Tablo 14).

Tablo 17: Stomanın Sosyal Yaşam Üzerine Etkileri

		N	%
Sosyal etkinliklere katılma	Çok az ya da yok	14	24,1
	Biraz azaldı	16	27,6
	Önemli ölçüde azaldı	14	24,1
	Herhangi bir değişiklik olmadı	14	24,1
Aktivite ve hobilerle eskisi gibi ilgilenme	İlgim eskisi gibi	9	15,5
	Eskisine göre biraz daha az	17	29,3
	Eskisine göre önemli ölçüde azaldı	22	37,9
	Hiç ilgim kalmadı	10	17,2
TOPLAM		58	100

Tablo 17 incelendiğinde; sosyal faaliyetlere katılımın olguların %24.1'inde (n=14) çok azaldığı ya da olmadığı, %27.6'sında (n=16) biraz azaldığı, % 24.1'inde (n=14) önemli ölçüde azaldığı ve % 24.1'inde (n=14) ise herhangi bir değişiklik olmadığı görülmektedir. Aktivite ve hobilere baktığımızda; bireylerin %15.5'inin (n=9)

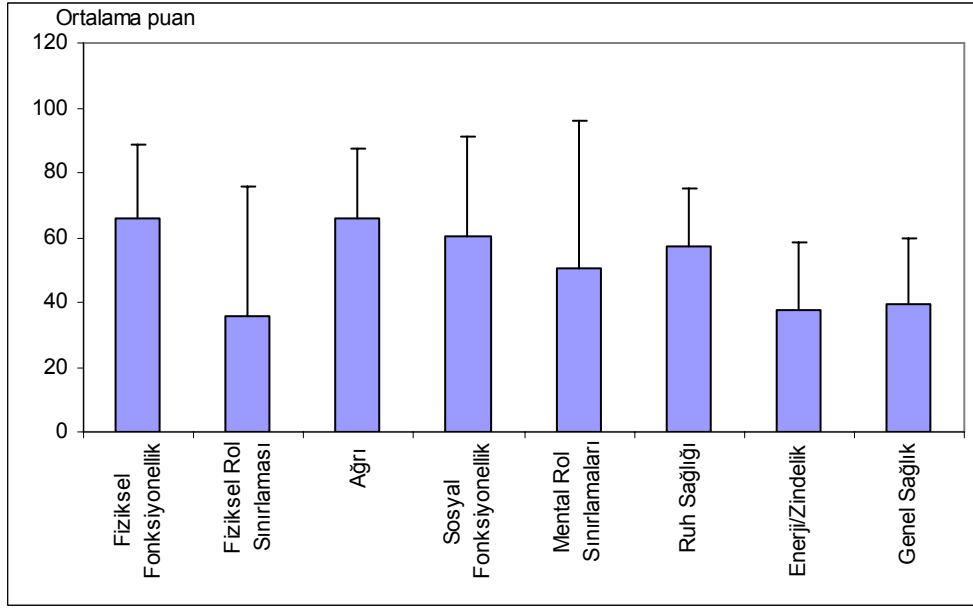
ilgisinin eskisi gibi olduğu, %29.3'inün (n=17) biraz azaldığı, %37.9'unun (n=22) önemli ölçüde azaldığı ve % 17.2'sinin hemen hiç ilgisinin kalmadığı saptanmıştır.

Tablo 18: Psikolojik Sorunu Olan Bireylerin Yardım Alma Durumu

	N	%
Psikiyatrist	3	5,2
Hekim	-	-
Hemşire	1	1,7
Arkadaş	1	1,7
Aynı problemlili insanlar	2	3,4
Aile bireyleri	9	15,5
Hiç kimse	20	34,5
Problemi olmayan	22	37,9
TOPLAM	58	100

Psikolojik sorunu olan bireylerin %15.5'i (n=9) aile bireylerinden, %5.2'si (n=3) psikiyatristten, %3.4'ü (n=29 aynı problemlili kişilerden, 1 birey hemşirelerden ve 1 birey arkadaşlarından yardım almaktadır. Bireylerin %34.5'inin (n=20) yardım almadığı %37.9'unun (n=22) ise probleminin olmadığını saptanmıştır (Tablo 18).

YAŞAM KALİTESİ BULGULARI



Şekil 1: SF 36 ölçeğinin puanlarının dağılımı

Tablo 19. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

	SF 36 Puan		
	Minimum	Maksimum	Ort±SD
Fiziksel Fonksiyonellik	5	95	65,60±22,98
Fiziksel Rol Sınırlaması	0	100	35,77±39,76
Ağrı	0	90	66,03±21,27
Sosyal Fonksiyonellik	0	100	60,56±30,33
Mental Rol Sınırlamaları	0	100	50,57±45,55
Ruh Sağlığı	12	88	57,44±17,53
Enerji/Zindelik	0	90	37,44±21,15
Genel Sağlık Algısı	5	90	39,39±20,60

Tablo 19’da SF 36 Yaşam kalitesi statüsünde alınan ortalama puanlar incelendiğinde; fiziksel fonksiyonellik puanı 5 ile 95 arasında değer almakta olup ortalama puan 65,60±22,98’dir; fiziksel rol sınırlamaları puanı 0 ile 100 arasında puan almış olup, ortalama 35,77±39,76’dir; ağrı puanı 0 ile 90 arasında değişmekte olup ortalama 66,03±21,27’dir; sosyal fonksiyonellik puanı 0 ile 100 arasında değişmekte

olup ortalama 60,56±30,33 puan almaktadır. Mental rol sınırlaması 0 ile 100 puan arasında değişmekte olup ortalama puan 50,57±45,55'dir; ruh sağlığı 12 ile 88 puan arasında değişmekte olup ortalama 57,44±17,53 puandır; enerji ve zindelik ise 0 ile 90 arasında puan almakta ortalama 37,84±21,15'dir; Genel sağlık puanı ise 5 ile 90 arasında değişmekte olup ortalama 39,39±20,60 puan olarak saptanmıştır.

Tablo 20. Yaş ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Yaş					Test Değ, p
	29-39 yaş	40-49 yaş	50-59 yaş	60-69 yaş	70 yaş ve üzeri	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Fiziksel Fonk.	63,0±20,7	78,4±22,8	62,3±24,3	59,1±26,7	69,2±13,2	<i>KW:7,001</i> <i>p:0,136</i>
Fiz. Rol Sınırlamaları	40,0±54,7	52,7±44,0	34,6±41,5	40,2±42,1	17,3±18,7	<i>KW:3,157</i> <i>p:0,532</i>
Ağrı	60,0±29,1	70,0±23,9	60,0±27,3	66,6±18,4	70,7±12,5	<i>KW:1,608</i> <i>p:0,807</i>
Sosyal Fonk.	60,0±34,6	86,1±26,1	55,7±28,9	54,1±27,7	56,7±31,7	<i>KW:7,795</i> <i>p:0,099</i>
Mental Rol Sınırlamaları	20,0±44,7	48,1±44,4	46,1±48,1	55,5±48,5	61,5±40,4	<i>KW:3,781</i> <i>p:0,436</i>
Ruh Sağlığı	40,0±21,3	63,5±14,0	49,2±20,6	59,5±14,8	65,2±11,7	<i>KW:9,551</i> <i>p:0,049*</i>
Enerji/zindelik	40,0±22,6	52,7±23,7	33,4±13,7	33,0±23,5	37,6±19,4	<i>KW:5,096</i> <i>p:0,278</i>
Genel Sağlık Algısı	38,0±19,5	54,4±20,3	35,7±19,5	39,7±25,6	32,6±8,06	<i>KW:6,413</i> <i>p:0,170</i>

KW: Kruskal Wallis test

**p<0,05 anlamlı*

Tablo 20'de bireylerin yaş ve yaşam kalite puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, sosyal fonksiyonellik, mental rol sınırlaması, enerji/zindelik ve genel sağlık algısı boyutlarında yaş sınıflamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ruh sağlığı boyutunda yaş gruplarına göre anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$); anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında ise 29-39 yaş grubunun ruh sağlığı puanı 70 yaş ve üzeri olguların ruh sağlığı puanına göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur; diğer yaş gruplarının ruh sağlığı puanları arasında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 21. Cinsiyet ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Cinsiyet		Test Değ, p
	Kadın	Erkek	
Fiziksel Fonksiyonellik	67,77±20,01	63,70±25,46	Z:0,345; p:0,730
Fiz. Rol Sınırlaması	32,40±39,10	38,70±40,74	Z:0,670; p:0,503
Ağrı	63,70±22,55	68,06±20,23	Z:0,651; p:0,515
Sosyal Fonksiyonellik	64,35±28,73	57,25±31,75	Z:0,795; p:0,427
Mental Rol Sınırlamaları	41,97±43,94	58,06±46,32	Z:1,386; p:0,166
Ruh Sağlığı	58,66±14,29	56,38±20,11	Z:0,110; p:0,913
Enerji/zindelik	35,00±18,08	40,32±23,52	Z:0,821; p:0,412
Genel Sağlık Algısı	38,33±16,87	40,32±23,62	Z:0,125; p:0,900

Z: Mann Whitney U test

Fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlılığı, ağrı, sosyal fonksiyonellik, mental rol sınırlaması, ruh sağlığı, enerji/zindelik ve genel sağlık boyutu puanlarında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 21)

Tablo 22. Medeni Durum ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Medeni Durum			Test Değ, p
	Bekar Ort±SD	Evli Ort±SD	Dul Ort±SD	
Fiziksel Fonksiyonellik	64,0±26,3	65,1±24,5	67,9±16,7	KW:0,019 p:0,990
Fiz. Rol Sınırlaması	40,0±54,7	34,1±38,6	39,5±40,5	KW:0,148 p:0,929
Ağrı	54,0±27,1	67,8±19,4	65,0±25,0	KW:1,47 p:0,478
Sosyal Fonksiyonellik	65,0±29,8	60,0±30,4	60,4±32,7	KW:0,06 p:0,969
Mental Rol Sınırlamaları	53,3±50,5	47,9±45,9	58,3±45,2	KW:0,668 p:0,716
Ruh Sağlığı	57,6±16,6	56,9±18,3	59,0±16,4	KW:0,039 p:0,981
Enerji/zindelik	43,0±20,1	38,1±23,0	34,5±14,5	KW:0,562 p:0,755
Genel Sağlık Algısı	47,0±31,1	40,3±20,5	32,9±15,1	KW:1,492 p:0,474

KW: Kruskal Wallis test

Fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlılığı, ağrı, sosyal fonksiyonellik, mental rol sınırlaması, ruh sağlığı, enerji/zindelik ve genel sağlık boyutu puanları medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). (Tablo 22)

Tablo 23. Eğitim ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Eğitim				Test Değ, p
	Okur yazar Ort±SD	İlkokul Ort±SD	Ortaokul Ort±SD	Lise ve üzeri Ort±SD	
Fiziksel Fonk.	60,2±24,8	69,0±20,8	61,8±26,3	71,6±23,3	<i>KW:2,177</i> <i>p:0,537</i>
Fiz. Rol Sınırlaması	18,0±31,8	46,1±39,8	34,3±44,1	45,8±45,8	<i>KW:5,680</i> <i>p:0,119</i>
Ağrı	64,4±19,7	70,3±17,7	57,5±30,1	63,3±27,3	<i>KW:1,739</i> <i>p:0,628</i>
Sosyal Fonk.	58,3±29,3	62,9±29,4	50,0±37,9	70,8±29,2	<i>KW:2,036</i> <i>p:0,565</i>
Mental Rol Sınırlamaları	61,1±47,4	48,7±45,4	29,1±37,5	55,5±50,1	<i>KW:2,686</i> <i>p:0,443</i>
Ruh Sağlığı	60,6±16,2	57,3±18,1	51,5±19,0	56,0±18,7	<i>KW:1,378</i> <i>p:0,711</i>
Enerji/zindelik	33,6±17,8	41,1±23,5	34,3±20,6	40,8±22,2	<i>KW:1,465</i> <i>p:0,690</i>
Genel Sağlık Algısı	33,6±16,4	41,1±21,3	36,8±20,6	52,5±26,2	<i>KW:3,014</i> <i>p:0,390</i>

KW: Kruskal Wallis test

Fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlılığı, ağrı, sosyal fonksiyonellik, mental rol sınırlaması, ruh sağlığı, enerji/zindelik ve genel sağlık boyutu puanları eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

(Tablo 23)

Tablo 24: Çalışma Durumu ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Çalışma Durumu		Test Değ, p
	Evet	Hayır	
Fiziksel Fonksiyonellik	74,3±16,9	64,2±23,6	<i>Z:1,233; p:0,267</i>
Fiz. Rol Sınırlaması	53,1±47,1	33,0±38,2	<i>Z:1,321; p:0,250</i>
Ağrı	72,5±23,7	65,0±20,9	<i>Z:2,010; p:0,156</i>
Sosyal Fonksiyonellik	73,43±26,2	58,5±30,6	<i>Z:1,569; p:0,210</i>
Mental Rol Sınırlamaları	70,8±45,2	47,3±45,2	<i>Z:1,577; p:0,209</i>
Ruh Sağlığı	57,5±19,1	57,4±17,4	<i>Z:0,001; p:0,973</i>
Enerji/zindelik	51,2±20,1	35,7±20,7	<i>Z:3,698; p:0,05*</i>
Genel Sağlık Algısı	55,0±18,3	36,9±19,9	<i>Z:5,4533; p:0,019*</i>

Z: Mann Whitney U test

**p<0,05*

Tablo 24’de çalışma durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, sosyal fonksiyonellik, mental rol sınırlaması ve ruh sağlığı boyutu puanları çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Enerji/zindelik ve genel sağlık algısı boyutunda çalışan bireyler çalışmayan bireylerden yüksek puan almış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 25. Stoma Ameliyatından Sonra Geçen Süre ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Stoma Ameliyatı Olma Süresi			Test Değ, p
	6 ay-1yıl Ort±SD	1-2 yıl Ort±SD	2 yıl üzeri Ort±SD	
Fiziksel Fonksiyonellik	55,0±24,1	68,8±22,6	70,8±20,6	KW:5,616 p:0,060
Fiz. Rol Sınırlaması	14,7±23,4	44,4±41,6	44,5±43,2	KW:6,029 p:0,049*
Ağrı	61,1±23,4	67,7±16,2	68,2±23,2	KW:1,625 p:0,444
Sosyal Fonksiyonellik	46,3±27,8	65,9±25,2	66,8±33,2	KW:4,919 p:0,085
Mental Rol Sınırlamaları	37,2±45,4	51,8±43,1	59,4±47,1	KW:2,273 p:0,321
Ruh Sağlığı	56,7±20,2	60,2±11,6	55,8±19,5	KW:0,352 p:0,839
Enerji/zindelik	35,0±18,6	38,0±22,2	39,7±22,6	KW:0,345 p:0,842
Genel Sağlık Algısı	33,8±21,3	38,6±19,1	44,1±20,9	KW:2,420 p:0,298

*KW: Kruskal Wallis test * $p<0,05$ anlamlı*

SF 36 yaşam kalitesi statüsünde; fiziksel fonksiyonellik, ağrı, sosyal fonksiyonellik, mental rol sınırlaması, ruh sağlığı, enerji ve zindelik ve genel sağlık algısı boyutları puanı ameliyattan sonra geçen zamana göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Fiziksel rol sınırlamaları boyutu puanı ise ameliyattan sonra geçen zaman göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ameliyattan sonra geçen süre 6 ay ile 1 yıl arasında olan bireylerin fiziksel rol sınırlamaları puanı diğerlerine göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 25)

Tablo 26. Ameliyattan Önce Ameliyatın Tipi ve Etkileri Konusunda Bilgi Verilmesi ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Ameliyatın tipi ve etkileri konusunda bilgi		Test Değ, p
	Evet	Hayır	
Fiziksel Fonksiyonellik	67,1±22,9	59,5±23,2	Z:1,167; p:0,243
Fiz. Rol Sınırlaması	37,5±38,6	29,1±45,0	Z:0,917; p:0,359
Ağrı	65,0±23,2	70,0±10,4	Z:0,059; p:0,953
Sosyal Fonksiyonellik	61,9±30,0	55,2±32,1	Z:0,688; p:0,491
Mental Rol Sınırlamaları	51,4±45,3	47,2±48,1	Z:0,266; p:0,821
Ruh Sağlığı	57,8±17,6	56,0±17,6	Z:0,308; p:0,758
Enerji/zindelik	38,9±21,0	33,7±22,0	Z:0,558; p:0,577
Genel Sağlık Algısı	41,0±21,1	32,9±17,6	Z:1,232; p:0,218

Z: Mann Whitney U test

Fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlılığı, ağrı, sosyal fonksiyonellik, mental rol sınırlaması, ruh sağlığı, enerji/zindelik ve genel sağlık boyutu puanları ameliyat öncesi ameliyatın tipi ve etkileri konusunda bilgi verilme düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). (Tablo 26)

Tablo 27. Hastaneden Bakım Konusunda Yardım Alma ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Hastaneden bakım konusunda yardım alma		Test Değ, p
	Evet	Hayır	
Fiziksel Fonksiyonellik	51,7±27,7	70,0±19,6	Z:2,228; p:0,026*
Fiz. Rol Sınırlaması	17,8±35,9	41,4±39,5	Z:2,238; p:0,025*
Ağrı	55,7±25,9	69,3±18,7	Z:2,023; p:0,043*
Sosyal Fonksiyonellik	47,3±32,5	64,7±28,6	Z:1,835; p:0,066
Mental Rol Sınırlamaları	42,8±51,3	53,0±43,9	Z:0,817; p:0,414
Ruh Sağlığı	56,2±22,3	57,8±16,0	Z:0,036; p:0,971
Enerji/zindelik	33,2±23,7	39,3±20,3	Z:0,829; p:0,407
Genel Sağlık Algısı	31,0±23,2	42,0±19,2	Z:1,795; p:0,073

Z: Mann Whitney U test

* $p<0,05$ anlamlı

Tablo 27 incelendiğinde; fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı boyutu puanları hastaneden bakım konusunda yardım alan hastalarda anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Sosyal fonksiyonellik, mental rol sınırlamaları, ruh sağlığı, enerji/zindelik ve genel sağlık algısı boyutlarında alınan puanlar hastaneden bakım konusunda yardım alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 28. Stoma Bakımını Yapan Kişi ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Stoma bakımı				Test Değ, p
	Kendisi Ort±SD	Eşi Ort±SD	Çocuğu Ort±SD	Yardım alıyor Ort±SD	
Fiziksel Fonk.	73,8±17,4	40,8±30,8	50,0±16,8	60,7±23,4	<i>KW:12,192</i> <i>p:0,007**</i>
Fiz. Rol Sınırlaması	48,5±40,7	20,8±40,0	6,25±12,5	19,6±31,2	<i>KW:7,952</i> <i>p:0,037*</i>
Ağrı	66,7±23,9	56,6±25,8	65,0±23,8	68,5±9,49	<i>KW:1,965</i> <i>P:0,580</i>
Sosyal Fonk.	72,4±27,4	29,1±17,0	28,1±15,7	54,4±27,5	<i>KW:16,148</i> <i>p:0,001**</i>
Mental Rol Sınırlamaları	54,9±44,8	22,2±40,3	25,0±31,9	59,5±49,2	<i>KW:4,397</i> <i>p:0,222</i>
Ruh Sağlığı	58,1±18,2	44,6±13,4	60,0±8,6	60,5±18,0	<i>KW:4,442</i> <i>p:0,219</i>
Enerji/zindelik	42,7±21,3	19,1±14,9	20,0±7,07	38,9±19,5	<i>KW:10,236</i> <i>p:0,017*</i>
Genel Sağlık Algısı	44,5±18,5	26,6±25,4	23,7±11,0	36,7±21,9	<i>KW:8,484</i> <i>p:0,037*</i>

*KW: Kruskal Wallis test * $p<0,05$ anlamlı ** $p<0,01$ ileri düzeyde anlamlı*

Tablo 28 incelendiğinde; fiziksel fonksiyonellik puanı stoma bakımı yapan kişilere göre ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,01$). Stoma bakımını kendisi yapan bireylerin puanları, bakımı eşi, çocuğu yapan ve bakımda yardım alan bireylere göre yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$); Bakımı eşi, çocuğu yapan ve yardım alan bireylerin fiziksel fonksiyonellik puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Fiziksel rol sınırlamaları puanı stoma bakımı yapan kişilere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$); stoma bakımını kendisi yapan bireylerin puanları, bakımı eşi, çocuğu yapan ve bakımda yardım alan bireylere göre yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Bakımı eşi, çocuğu yapan ve yardım alan bireylerin fiziksel rol sınırlamaları boyutu puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sosyal fonksiyonellik puanı stoma bakımı yapan kişilere göre ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,01$); stoma bakımını kendisi yapan bireylerin puanları, bakımı eşi, çocuğu yapan ve bakımda yardım alan bireylere göre yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,01$); Bakımı eşi, çocuğu yapan ve yardım alan bireylerin sosyal fonksiyonellik puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Enerji/zindelik puanı stoma bakımı yapan kişilere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$); stoma bakımını kendisi yapan bireylerin puanları, bakımı eşi, çocuğu yapan bireylere göre yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$); bakımı eşi yapan bireylerin enerji/zindelik puanı yardım alanlara göre anlamlı düşük bulunmuştur ($p<0,05$); Diğerlerinin zindelik puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Genel sağlık puanı stoma bakımı yapan kişilere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$); kendisi diye cevaplayanların genel sağlık puanları eşine ve çocuğuna göre anlamlı yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$); Diğerlerinin genel sağlık puanları değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Mental rol sınırlamaları, ruh sağlığı ve ağrı boyutu puanları stoma bakımı yapan kişilere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 29. Stomanın Koku Yapacağından Endişe Duyuma ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Stomanın Koku Yapacağından Endişe Duyuma				Test Değ, p
	Hayır Ort±SD	Çok AzOrt±SD	Oldukça Fazla Ort±SD	Aşırı Derecede	
Fiziksel Fonksiyonellik	76,67±18,86	66,75±21,66	53,00±24,77	59,00±20,75	<i>KW:10,231;</i> <i>p:0,017*</i>
Fiz. Rol Sınırlaması	43,06±44,39	37,50±39,32	31,67±39,49	15,00±22,36	<i>KW:1,925;</i> <i>p:0,588</i>
Ağrı	71,11±13,67	67,50±19,43	57,33±29,87	68,00±17,86	<i>KW:1,232;</i> <i>p:0,745</i>
Sosyal Fonksiyonellik	73,61±25,68	61,87±28,23	44,17±31,99	57,50±33,77	<i>KW:8,013;</i> <i>p:0,046*</i>
Mental Rol Sınırlamaları	62,96±45,57	56,67±44,72	35,56±44,48	26,67±43,47	<i>KW:4,640;</i> <i>p:0,200</i>
Ruh Sağlığı	62,44±16,30	60,40±13,48	48,80±23,09	56,60±8,29	<i>KW:5,219;</i> <i>p:0,156</i>
Enerji/zindelik	46,11±21,99	35,00±21,27	30,00±18,52	43,00±18,91	<i>KW:5,849;</i> <i>p:0,119</i>
Genel Sağlık Algısı	44,44±20,50	40,25±22,27	32,00±18,40	40,00±20,00	<i>KW:2,707;</i> <i>p:0,439</i>

KW:Kruskal Wallis testi

** p<0.05 düzeyinde anlamlı*

Tablo 29’da stomanın koku yapacağından endişe duyma ve yaşam kalite puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; fiziksel ruh sınırlaması puanı, ağrı puanı, mental rol sınırlamaları puanı, ruh sağlığı puanı, enerji ve zindelik puanı ve genel sağlık puanı olgunun stomanın koku yapacağından endişe duymasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Fiziksel fonksiyonellik puanı bireyin stomanın koku yapacağından endişe duymasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Stomanın koku yapacağından endişe duymayan bireylerin fiziksel fonksiyonellik puanları; stomanın koku yapacağından oldukça fazla endişe duyan bireylerin puanlarından ileri düzeyde yüksek ($p:0,003$; $p<0,01$) ve aşırı derecede koku yapacağından endişe duyan bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p:0,037$; $p<0,05$).

Sosyal fonksiyonellik puanı olgunun stomanın koku yapacağından endişe duymasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Stomanın koku yapacağından endişe duymayan bireylerin sosyal fonksiyonellik puanları; stomanın koku yapacağından oldukça fazla endişe duyan bireylerin puanlarından ileri düzeyde yüksek olarak bulunmuştur ($p:0,006$; $p<0,01$).

Tablo 30. Stomanın Sızıntı Yapacağından Endişe Duyma ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Stomanın Sızıntı Yapacağından Endişe Duyma				Test Değ, p
	Hayır Ort±SD	Çok Az Ort±SD	Oldukça Fazla Ort±SD	Aşırı Derecede	
Fiziksel Fonksiyonellik	69,12±24,19	69,50±22,76	61,54±20,85	55,00±24,05	KW:4,292 p:0,232
Fiz. Rol Sınırlaması	42,65±46,57	42,50±36,36	25,00±36,80	21,87±36,44	KW:3,313 p:0,346
Ağrı	72,94±10,47	65,50±23,50	63,85±23,29	56,25±27,74	KW:1,851 p:0,604
Sosyal Fonksiyonellik	69,12±30,33	63,12±28,52	51,92±30,12	50,00±34,07	KW:3,518 p:0,318
Mental Rol Sınırlamaları	60,78±46,00	61,67±43,63	35,90±46,07	25,00±38,83	KW:5,990 p:0,112
Ruh Sağlığı	61,65±16,19	61,20±12,45	52,92±23,16	46,50±17,49	KW:5,03 p:0,169
Enerji/zindelik	41,17±26,43	35,50±19,93	34,23±18,80	42,50±16,47	KW:1,998 p:0,573
Genel Sağlık Algısı	43,23±22,63	40,25±21,37	35,38±19,09	35,62±18,41	KW:1,230 p:0,746

KW:Kruskal Wallis testi

Tablo 30’da SF 36 yaşam kalitesi statüsünde; fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, sosyal fonksiyonellik, mental rol sınırlamaları, ruh sağlığı, enerji/zindelik ve genel sağlık algısı boyutlarında bireyin stomanın sızıntı yapacağından endişe duymasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 31. Gaz Nedeniyle Stomanın Çevreyi Rahatsız Edeceğinden Endişe Duyma ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Barsak ya da Gaz Nedeniyle Stomanın Çevreyi Rahatsız Edeceğinden Endişe Duyma				Test Değ, p
	Hayır Ort±SD	Çok Az Ort±SD	Oldukça Fazla Ort±SD	Aşırı Derecede	
Fiziksel Fonksiyonellik	73,33±24,22	65,00±26,42	68,44±17,20	55,00±17,79	<i>KW:3,689; p:0,297</i>
Fiz. Rol Sınırlaması	29,17±40,05	38,79±40,96	42,19±41,55	14,28±28,35	<i>KW:2,731; p:0,435</i>
Ağrı	71,67±7,53	65,86±23,07	65,00±24,76	64,28±13,97	<i>KW:0,686; p:0,876</i>
Sosyal Fonksiyonellik	64,58±32,99	61,21±29,57	60,16±33,61	55,36±29,63	<i>KW:0,381; p:0,944</i>
Mental Rol Sınırlamaları	66,67±51,64	52,87±45,00	50,00±47,14	28,57±40,50	<i>KW:2,487; p:0,478</i>
Ruh Sağlığı	64,00±19,43	59,31±14,81	54,50±18,23	50,86±24,84	<i>KW:1,991; p:0,574</i>
Enerji/zindelik	44,17±27,64	37,59±21,28	38,12±21,97	32,86±14,96	<i>KW:0,733; p:0,865</i>
Genel Sağlık Algısı	48,33±26,20	38,45±22,28	41,25±18,03	31,43±12,82	<i>KW:2,167; p:0,539</i>

KW:Kruskal Wallis testi

Fiziksel fonksiyonellik puanı, fiziksel ruh sınırlaması puanı, ağrı puanı, sosyal fonksiyonellik puanı, mental rol sınırlamaları puanı, ruh sağlığı puanı, enerji ve zindelik puanı ve genel sağlık puanı bireyin barsak ya da gaz nedeniyle stomanın çevreyi rahatsız edeceğinden endişe duymasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 31)

Tablo 32. Ameliyattan Sonra Diğer İnsanlara Farklı Göründüğünü Düşünme ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Farklı Göründüğünü Düşünme		Test Değ, p
	Evet	Hayır	
Fiziksel Fonksiyonellik	60,28±21,45	73,64±23,86	Z:-2,652; p:0,008**
Fiz. Rol Sınırlaması	27,86±36,26	47,73±43,58	Z:-1,736; p:0,082
Ağrı	64,00±23,54	68,64±17,54	Z:-0,482; p:0,630
Sosyal Fonksiyonellik	52,50±29,52	72,16±28,33	Z:-2,400; p:0,016*
Mental Rol Sınırlamaları	40,00±43,39	68,18±45,40	Z:-2,211; p:0,027*
Ruh Sağlığı	53,37±17,30	63,64±16,74	Z:-2,156; p:0,031*
Enerji/zindelik	32,57±19,19	47,27±21,31	Z:-2,418; p:0,016*
Genel Sağlık Algısı	34,28±16,68	47,27±24,33	Z:-1,965; p:0,049*

Z: Mann Whitney U test * p<0.05 düzeyinde anlamlı ** p<0.01 ileri düzeyde anlamlı

Tablo 32 incelendiğinde; fiziksel rol sınırlaması puanı ve ağrı puanı bireyin ameliyattan sonra farklı göründüğünü düşünülmesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Ameliyattan sonra diğer insanlara farklı göründüğünü düşünen bireylerin fiziksel fonksiyonellik puanları, farklı göründüğünü düşünmeyen bireylerin puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı düşük bulunmuştur ($p<0,01$).

Ameliyattan sonra diğer insanlara farklı göründüğünü düşünen bireylerin sosyal fonksiyonellik, mental rol sınırlamaları, ruh sağlığı puanları, enerji/zindelik ve genel sağlık algısı puanları farklı göründüğünü düşünmeyen bireylerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 33. Diğer insanların Stomayı Dış Görüntüden Anladığını Düşünme ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Stomanın Dış Görüntüden Anlaşıldığını Düşünme		Test Değ, p
	Evet	Hayır	
Fiziksel Fonksiyonellik	57,14±20,41	70,41±23,22	Z:-2,626; p:0,009**
Fiz. Rol Sınırlaması	29,76±35,90	39,19±41,89	Z:-0,696; p:0,487
Ağrı	63,33±21,29	67,57±21,40	Z:-0,876; p:0,381
Sosyal Fonksiyonellik	42,86±26,68	70,61±27,83	Z:-3,416; p:0,001**
Mental Rol Sınırlamaları	38,09±41,21	57,66±46,91	Z:-1,490; p:0,136
Ruh Sağlığı	51,24±19,17	60,97±15,73	Z:-1,892; p:0,050*
Enerji/zindelik	28,81±16,58	42,97±21,94	Z:-2,378; p:0,017*
Genel Sağlık Algısı	30,95±14,97	44,19±21,97	Z:-2,256; p:0,024*

Z: Mann Whitney U test * p<0.05 düzeyinde anlamlı ** p<0.01 ileri düzeyde anlamlı

Fiziksel rol sınırlaması puanı, ağrı puanı ve mental rol sınırlamaları puanı diğer insanların stomanın varlığını dış görüntüden anlayabileceği düşünülmesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Diğer insanların stomanın varlığını dış görüntüden anlayabileceğini düşünen bireylerin fiziksel fonksiyonellik ve sosyal fonksiyonellik puanları stomanın dış görüntüden anlaşılacağı düşünülmesi için istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı düşük saptanmıştır (p<0.01).

Diğer insanların stomanın varlığını dış görüntüden anlayabileceğini düşünen insanların ruh sağlığı, enerji/zindelik, genel sağlık algısı puanları dış görüntüden anlaşılacağı düşünülmesi için istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p<0.05). (Tablo 33)

Tablo 34. Diğer İnsanların Stomayı Fark Etmesi Hakkında Duyulan Endişe ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Stomanın Fark Edilmesi Konusunda Duyulan Endişe		Test Değ, p
	Evet	Hayır	
Fiziksel Fonksiyonellik	64,1±21,0	67,7±25,8	Z:-1,095; p:0,274
Fiz. Rol Sınırlaması	34,6±36,4	37,5±44,8	Z:-0,092; p:0,927
Ağrı	65,0±24,4	67,5±16,2	Z:-0,309; p:0,757
Sosyal Fonksiyonellik	59,2±28,9	62,5±32,7	Z:-0,423; p:0,673
Mental Rol Sınırlamaları	47,1±42,7	55,5±49,8	Z:-0,643; p:0,521
Ruh Sağlığı	56,0±16,9	59,5±18,6	Z:-0,911; p:0,362
Enerji/zindelik	35,3±19,2	41,4±23,6	Z:-0,950; p:0,342
Genel Sağlık Algısı	37,5±16,7	42,1±25,3	Z:-0,380; p:0,704

Z: Mann Whitney U test

Tablo 34 incelendiğinde; SF 36 yaşam kalitesi statüsünde fiziksel fonksiyonellik, fiziksel ruh sınırlaması, ağrı, sosyal fonksiyonellik, mental rol sınırlaması, ruh sağlığı, enerji/zindelik ve genel sağlık algısı boyutlarında diğer insanların bireyin stomasını fark etmesi konusunda endişe taşımasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 35.Stomanın Varlığını Gizleme Duygusu ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Stoma Varlığını Gizleme		Test Değ, p
	Evet	Hayır	
Fiziksel Fonksiyonellik	63,94±21,35	68,96±25,11	Z:-1,267; p:0,205
Fiz. Rol Sınırlaması	32,57±37,23	41,67±43,40	Z:-0,796; p:0,426
Ağrı	66,06±23,71	67,92±15,60	Z:-0,367; p:0,714
Sosyal Fonksiyonellik	56,44±28,66	67,71±31,69	Z:-1,404; p:0,160
Mental Rol Sınırlamaları	41,41±43,32	65,28±45,55	Z:-1,843; p:0,065
Ruh Sağlığı	56,00±17,91	60,50±16,57	Z:-0,844; p:0,399
Enerji/zindelik	35,76±19,49	41,67±23,15	Z:-0,827; p:0,408
Genel Sağlık Algısı	36,97±16,15	43,54±25,43	Z:-0,713; p:0,476

Z: Mann Whitney U test

Fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlaması, ağrı, sosyal fonksiyonellik, mental rol sınırlamaları, ruh sağlığı, enerji ve zindelik ve genel sağlık puanı olguların stomalarının varlığını gizleme duygusuna kapıldıkları ortam olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). (Tablo 35)

Tablo 36: Vücutta Görülen Değişikliklerden Dolayı Kendini Üzgün Hissetme ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Vücutundaki Değişiklikler Nedeniyle Üzülme		Test Değ, p
	Evet	Hayır	
Fiziksel Fonksiyonellik	62,1±23,2	79,2±16,8	Z:-2,575; p:0,010*
Fiz. Rol Sınırlaması	30,9±38,1	54,2±42,4	Z:-2,018; p:0,044*
Ağrı	64,8±22,9	70,8±12,4	Z:-0,455; p:0,649
Sosyal Fonksiyonellik	56,5±29,5	76,0±29,4	Z:-2,026; p:0,043*
Mental Rol Sınırlamaları	42,0±44,7	83,3±33,3	Z:-2,775; p:0,006**
Ruh Sağlığı	54,7±17,2	68,0±15,2	Z:-2,496; p:0,013*
Enerji/zindelik	34,9±19,8	49,2±23,2	Z:-1,801; p:0,072
Genel Sağlık Algısı	37,2±19,6	47,9±22,8	Z:-1,483; p:0,138

Z: Mann Whitney U test * $p<0.05$ düzeyinde anlamlı ** $p<0.01$ ileri düzeyde anlamlı

Tablo 36'da SF yaşam kalitesi statüsünde ağrı, enerji ve zindelik ve genel sağlık algısı puanları bireyin vücutundaki değişikliklerden dolayı üzüntü duymasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Vücutundaki değişikliklerden dolayı üzüntü duyan bireylerin fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, sosyal fonksiyonellik, ruh sağlığı puanları üzüntü duymayan bireylerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0.05$).

Vücutundaki değişikliklerden dolayı üzüntü duyan bireylerin mental rol sınırlamaları puanları, üzüntü duymayan bireylerin puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı düşük bulunmuştur ($p<0.01$).

Tablo 37. Stomanın Kendisini Çirkinleştirdiğini Daha Az Çekici Olduğunu Düşünme ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Stomanın Kendisini Çirkinleştirdiğini Düşünme				Test Değ, p
	Hayır Ort±SD	Çok Az Ort±SD	Oldukça Fazla	Aşırı Derecede	
Fiziksel Fonksiyonellik	66,9±24,4	71,3±17,0	55,7±26,9	72,0±11,5	KW:2,713 p:0,438
Fiz. Rol Sınırlaması	38,0±41,2	40,0±39,8	28,3±39,9	35,0±41,8	KW:1,006 p:0,800
Ağrı	69,1±12,7	71,3±17,3	52,7±31,5	76,0±8,9	KW:3,728 p:0,292
Sosyal Fonksiyonellik	66,3±31,4	63,3±26,5	48,3±31,9	62,5±29,3	KW:3,280 p:0,350
Mental Rol Sınırlamaları	72,5±42,2	51,1±45,2	24,4±36,7	26,7±43,5	KW:11,047 p:0,011*
Ruh Sağlığı	65,4±15,2	58,7±12,2	46,9±17,3	48,8±25,5	KW:9,642 p:0,022*
Enerji/zindelik	41,74±24,0	35,3±19,4	31,7±18,7	46,0±17,8	KW:3,032 p:0,387
Genel Sağlık Algısı	43,5±24,8	41,0±15,0	30,3±18,3	43,0±16,8	KW:4,382 p:0,223

KW:Kruskal Wallis testi

** p<0.05 düzeyinde anlamlı*

Tablo 37 incelendiğinde; fiziksel fonksiyonellik puanı, fiziksel ruh sınırlaması puanı, ağrı puanı, sosyal fonksiyonellik puanı, enerji ve zindelik puanı ve genel sağlık puanı olgunun stomanın kendisini çirkin ve daha az çekici hissetmesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Mental rol sınırlamaları puanı bireyin stomanın kendisini çirkin ve daha az çekici hissetmesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Stomanın kendisini çirkin hissettirmedini söyleyen bireylerin mental rol sınırlamaları puanları; stomanın kendisini oldukça fazla çirkin hissettirdiğini söyleyen bireylerden puanlarından ileri düzeyde anlamlı yüksekken ($p:0,006$; $p<0,01$); aşırı derecede çirkin hissettirdiğini söyleyen bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,050$; $p<0,05$).

Ruh sağlığı puanı bireyin stomanın kendisini çirkin ve daha az çekici hissetmesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Stomanın kendisini çirkin hissettirmedini söyleyen bireyin ruh sağlığı puanları; stomanın kendisini oldukça fazla çirkin hissettirdiğini söyleyen bireyin puanlarından ileri düzeyde anlamlı yüksek saptanmıştır ($p:0,004$; $p<0,01$).

Tablo 38. Ameliyat Sonrası Vücudunu Eşine Çekinmeden Gösterme ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Vücudu Eşine Çekinmeden Gösterme		Test Değ, p
	Evet	Hayır	
Fiziksel Fonksiyonellik	66,45±24,79	66,00±26,79	Z:-0,038; p:0,970
Fiz. Rol Sınırlaması	38,16±40,16	30,00±44,72	Z:-0,520; p:0,603
Ağrı	69,21±18,21	62,00±27,75	Z:-0,390; p:0,696
Sosyal Fonksiyonellik	59,54±31,09	72,50±28,50	Z:-0,843; p:0,399
Mental Rol Sınırlamaları	54,38±46,77	20,00±29,81	Z:-1,590; p:0,112
Ruh Sağlığı	58,95±18,45	48,00±13,56	Z:-1,560; p:0,119
Enerji/zindelik	39,74±23,65	34,00±19,17	Z:-0,456; p:0,648
Genel Sağlık Algısı	42,76±22,50	38,00±18,23	Z:-0,323; p:0,746

Z: Mann Whitney U test

SF 36 yaşam kalitesi statüsünde; Fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlaması, ağrı, sosyal fonksiyonellik, mental rol sınırlamaları, ruh sağlığı, enerji ve zindelik ve genel sağlık algısı boyutları puanları olguların vücutlarını eşlerine çekinmeden göstermelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). (Tablo 38)

Tablo 39. Eşin Vücuttaki Değişiklikleri Kabul Ettiğini Düşünme ve Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Eşin Vücuttaki Değişiklikleri Kabul Ettiğini Düşünme		Test Değ, p
	Evet	Hayır	
Fiziksel Fonksiyonellik	66,12±25,43	70,00±13,23	Z:-0,168; p:0,866
Fiz. Rol Sınırlaması	40,00±40,35	0,00±0,00	Z:-1,810; p:0,070
Ağrı	68,25±19,86	70,00±10,00	Z:-0,221; p:0,825
Sosyal Fonksiyonellik	59,37±31,23	83,33±7,22	Z:-1,278; p:0,201
Mental Rol Sınırlamaları	54,17±45,27	0,00±0,00	Z:-2,001; p:0,045*
Ruh Sağlığı	58,40±18,18	48,00±18,33	Z:-1,029; p:0,303
Enerji/zindelik	39,37±23,65	35,00±15,00	Z:-0,311; p:0,756
Genel Sağlık Algısı	42,00±22,61	45,00±10,00	Z:-0,383; p:0,702

Z: Mann Whitney U test

Tablo 39’da SF 36 yaşam kalitesi statüsünde fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlaması, ağrı, sosyal fonksiyonellik, ruh sağlığı, enerji/zindelik ve genel sağlık algısı boyutları puanları bireylerin vücutlarındaki değişiklikleri, partnerlerinin kabul etmelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Partnerinin vücutlarındaki değişiklikleri kabul ettiğini düşünen bireylerin mental rol sınırlamaları puanları, partnerinin vücudundaki değişiklikleri kabul etmediğini düşünen bireylerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0.05$).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Abdominal stoma açılması ile vücutta oluşan görünüş ve fonksiyon değişikliği bireyin beden bütünlüğünü bozar ve beden imajı, cinsel yaşam ve özgüven konusunda sorunlara yol açar. Kalıcı stomalı hastalar ameliyattan sonra yeni dışkılama yönetimine uyum sağlamaları dışında başka seçenekleri olmadığı için, yaşam boyu bu sorunlar ile mücadele ederler. Bu nedenle stoma hastalarının hastaneden taburcu olduktan sonra da fiziksel ve psikolojik yönden desteklenmeleri, yaşam kalitelerinin ve onu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi önem taşımaktadır (12,13-15,25,41).

Bu çalışmada, yaşamlarını stomalı olarak sürdüren bireylerin beden imajı değişikliği ile ilgili, duygu ve düşünceleri, fiziksel, sosyal ve cinsel yaşamlarında yaşadıkları sorunlar ve bunların yaşam kalitesi üzerindeki etkisi araştırılmış, elde edilen bulgular bu bölümde literatür bilgisi dahilinde tartışılmıştır.

Yaşam kalitesi analizlerinde hastalar fiziksel, fonksiyonel, psikolojik, sosyal, seksüel ve iş yaşamlarındaki performans seviyeleri bakımından değerlendirilmektedir. Yaşam kalitesini değerlendiren ölçekler arasında halen standart olarak kabul gören ölçek bulunmamaktadır. 'Beden imajı' ise soyut bir kavram olması nedeniyle değerlendirilmesi zor bir parametredir. Bu nedenle üzerinde halen tartışmaların devam ettiği pek çok farklı ölçek tanımlanmıştır. Çalışmamızda kullandığımız soru formundaki beden imajı ile ilgili sorular, beden imajının değerlendirilmesine yönelik farklı araştırmaların soruları incelenerek hazırlanmıştır.

Araştırmada yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, SF 36 yaşam kalitesi statüsü boyutlarında alınan ortalama puanlardan düşük veya yüksek olmasına göre yapılmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastaların %46'sı (n=27) kadın, %53'ü (n=31) erkektir (Tablo1). Tablo 21'de cinsiyet ve yaşam kalite puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; tüm SF 36 sağlık statüsü boyutlarında kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kalıcı stoma uygulamasını gerektiren en sık neden kolorektal kanserlerdir ve kolostomi hastaları stoma açılan hastaların büyük bir oranını oluşturur. Sağlık Bakanlığının yayınladığı istatistiklere göre kolorektal kanserler, ülkemizde kadınlarda ikinci ve erkeklerde üçüncü sıklıkta rastlanan kanser tipidir. Barsak kanseri batılı

ülkelerde, erkek ve kadınlarda ölüm nedenleri arasında ikinci sırayı almakta, erkeklerde biraz daha fazla görülmesine karşın cinsiyet açısından önemli farklılıklar bulunmamaktadır. Addis'in (48) stomalı hastalarla yapmış olduğu araştırmada, 6. aydaki enerji/zindelik boyutu hariç SF S6 yaşam kalitesi boyutlarında cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında fark saptanmamıştır. Yapılan bazı araştırmalarda da cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (68). Bulgularımız literatür bilgileri ve araştırma bulgularını desteklemektedir.

Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması 58.4 ve medyan yaşı 60 olarak saptanmıştır (29 en küçük, 83 en büyük yaş). Bireylerin %24.1'i (n=14) 40 yaş altında, %22.4'ü (n=13) 50-59 yaş arasında ve %53.4'ü (n=31) 60 yaş üzerindedir (Tablo 1). Araştırmada yaş ve yaşam kalitesi bulguları incelendiğinde ; ruh sağlığı boyutunda 29-39 yaş grubu hastaların puanları 70 yaş ve üzeri hastaların puanlarına göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p<0,05). Diğer yaş gruplarının ruh sağlığı puanları arasında ise anlamlı farklılık yoktur (p>0,05) (Tablo 20).

Stoma açılmasını gerektiren kolorektal karsinomalar çoğunlukla 50 yaş üzerindeki bireylerde görülmekte, 60 yaş üzerine çıktığında görülme oranı artmaktadır. Tanı konulduğunda hastaların üçte ikisi 65 yaş üzerinde bulunmaktadır. Stomalı yaşlı kişilerin hareket kabiliyeti sınırlı olduğundan, stomaya uyum sağlamalarının genç hastalara oranla daha zor olduğu literatürde belirtilmektedir . Pınar'ın (45) ve Ito'nun (68) araştırmalarında hasta yaşı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü görülmektedir. Buna karşın Stryker ve arkadaşları (78) çalışmalarında 60 yaş üstü hasta grubunun ostomiye uyumlarının, daha genç gruba göre eşit veya daha iyi durumda olduğu sonucunu bulmuşlardır. Wade'nin (60) araştırmasında yaş ile yaşam kalitesi ve psikolojik uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (8,28,76,77).

Araştırmamızda, genç bireylerin yaşlılara göre daha aktif yaşam sürmeleri ve stoma cerrahisinin aktif olan yaşam biçimlerini yaşlılara göre daha fazla etkilemesinin, bu hastaların ruh sağlığı boyutunda düşük puanlar almalarına etki yapmış olabileceği düşünülmektedir. Yaşlı hastaların aktivite alanları gençlik günlerine göre daha dar olduğundan, beklentilerinin de daha az olabileceği tahmin edilmektedir. Araştırma bulgularımız Stryker'ın bulgularını desteklemekte, İto'nun ve Pınar'ın bulgularını desteklememektedir

Araştırmamızda, evli olan bireyler %70.7 oranında büyük bir grubu oluşturmaktadır (Tablo 1). Yaşam kalitesi bulguları SF 36 sağlık statüsünün tüm boyutlarında medeni duruma göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 22).

Stomalı hastalarda evli olmak, hasta üzerinde süphesiz olumlu bir etki yaratmaktadır. Stomalı hastalarla ilgili ilk çalışmalardan olan Lanset'in (28) 1947'deki araştırma sonuçları, evli olan kolostomili kadın veya erkeklerin durumlarının bekarlara göre daha iyi olduğunu göstermiştir. Buna karşın, Wade'nin (60) yaptığı araştırma sonucunda bekar ve dul erkeklerin evlilerden daha iyi durumda olduğu saptanmıştır. Addis'in (48) araştırmasında da medeni durum ile yaşam kalite bulguları arasında ilişki saptanmamıştır. Bulgularımız Addis'in bulgularını desteklemektedir.

Araştırmada bireylerin %91.4'ü çocuk sahibidir ve sadece 2 birey dışında tümü aileleriyle yaşamaktadır (Tablo 1).

Batı ülkelerinde yalnız yaşayan yaşlı hastaların stoma bakımında güçlükler yaşadıkları saptanmıştır. Ailesiyle yaşayan stomalı hastaların yaşam kalitesi bulgularının daha iyi olduğunu belirten araştırmaların bulunmasına karşın, İto ve arkadaşlarının (68) yaptığı araştırmada evde başkalarıyla yaşayan stomalı bireylerin duygusal rol alanındaki yaşam kalitesi puanları önemli derece düşük bulunmuştur. Bunun nedeni olarak evdeki diğer kişilere karşı duyulan çekinme, utanç gibi duyguların olabileceği belirtilmiştir. Araştırmamızda, sadece iki hastanın yalnız yaşaması nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca varmak mümkün değildir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin eğitim durumuna bakıldığında, %31'nin ($n=18$) okur yazar, %44,8'inin ($n=27$) ilkokul mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 1). Çalışmada SF 36 sağlık statüsü boyutlarında eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların sağlıklarını daha olumlu algıladıkları ve eğitim düzeyi yükseldikçe konu ile ilgili konuşma eğiliminin arttığı belirtilmektedir (16). Bazı çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi bulgularının arttığı yönünde bulgular olmasına karşın, eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunamayan araştırmalar da vardır (45, 48).

Araştırma kapsamındaki bireylerin lise ve yüksek okul mezunu oranının oldukça düşük (%10) olması istatistiksel bir değerlendirme yapabilmek için yeterli bulunmamıştır (Tablo 1).

Araştırma yapılan hastanenin, hastalara stoma uygulandığı dönemde Sosyal Sigortalar Kurumu hastanesi olması dolayısıyla araştırma kapsamındaki bireylerin tümünün sosyal güvencesi bulunmaktadır. Bağlı buldukları Sosyal Sigortalar Kurumu hastaların tedavi ve bakım malzemeleri maliyetini karşılamaktadır. Hastaların ayrıca bakım konusunda ekonomik problemlerini düşünmek zorunda kalmamaları olumlu bir durum olarak değerlendirilmektedir (Tablo 2).

Araştırma kapsamındaki hastaların çalışma durumuna bakıldığında, grupta çalışmayan birey oranı %86'dır (n=50) ve oldukça yüksektir. Bu oranın yüksek olmasının nedeni, kadınların büyük bir oranda ev kadını olması ve hastaların büyük oranının emeklilik yaşında olmasıdır. Ameliyat öncesi çalışan bireylerin ameliyat sonrası çalışma durumuna baktığımızda, ameliyat öncesi çalışanların oranı %32.88 (n=19) iken, ameliyat sonrası bu oran %13.8'e (n=8) düşmüştür. Çalışanların %58 i ameliyat sonrası işlerini bırakmış ya da emekli olmuştur (Tablo 2).

Stoma cerrahisi ameliyatları büyük ameliyatlardır ve hastaların çalışma süresini ve verimini olumsuz yönde etkilemektedir. Ameliyat sonrası işi bırakma, iş değiştirme, çalışma saatlerini azaltma ve iş veriminde azalma görülmektedir (20,23-24). Keltikangas ve arkadaşlarının (79) araştırmasında kolostomili hastaların %28'i ameliyattan hemen sonra emekli olmuşlardır. Kolostomi hastalarının yaşları nedeniyle emekli olmalarından dolayı iş yaşamlarının daha az etkilendiği fakat onların da iş kapasitelerinin %20-%90 arasında etkilendiğini belirtilmektedir (21). Follick ve arkadaşlarının (24) araştırmasında, ameliyattan sonra hastaların %5'nin iş durumu değişmiş, %4'ü ameliyattan sonra işlerinden ayrılmak zorunda kalmışlardır. Bizim bulgularımız Keltikangas ve arkadaşlarının (79) bulgularıyla aynı yöndedir ancak araştırmamızdaki işi bırakma oranı çok daha yüksektir.

Araştırmamızda, SF 36 yaşam kalitesi parametrelerinden enerji/zindelik ve genel sağlık algılaması boyutlarında çalışan bireylerin puanları, çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 24)

İto'nun (68) çalışmasında, çalışan hastalar enerji/zindelik ve sosyal fonksiyon boyutlarında düşük puanlar almışlardır. Araştırmacılar, çalışan kişilerin, çalışmayanlara göre daha fazla arkadaş ve sosyal çevresinin olması, bu kişilerin stomaları ile ilgili olası sorunlar için sürekli tetikte olmaları ve endişe duymalarının, bu düşük puanlara yol açtığı görüşündedirler. Bizim araştırmamızla bu bulgular arasındaki farklılığın,

ülkemize özgün iş ortamı ilişkileri, kültürel farklar ve araştırmamızdaki kişilerin yaş ortalamasının daha genç olmasından, kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda, hastaların %82.2'sine (n=43) uç kolostomi uygulanmıştır ve stoma açılan bölge %72.4'ünde (n=42) sol alt kadrandır (Tablo 3). Yapılan görüşmelerden elde edilen bilgilere göre stomasını göremeyen 3 hasta ve stoması kemer çizgisinde olan 10 hasta bulunmaktadır. Komplikasyon nedeniyle 4 hastanın stoma yeri değiştirilmiştir. Araştırmamıza katılan hiçbir hastanın ameliyat öncesi stoma yeri işaretlenmemiştir.

Kalıcı stoma uygulamasını gerektiren kolorektal kanserlerinin tedavisinde abdominoperineal rezeksiyon en sık kullanılan cerrahi yöntemdir ve hastalara genellikle uç kolostomi açılmaktadır. Yapılan araştırmalarda bakımı ve görülmesi zor olan, kötü yere konulmuş stomaların hastaların yaşam kalitesini güçleştiren faktörler arasında bulunduğu ve stoma komplikasyonlarına neden olduğu belirtilmektedir. Ameliyat öncesi stomanın abdomendeki yerinin belirlenip işaretlenmesinin, yaşam kalitesini artırmakla kalmayıp aynı zamanda, stomalı hastaların bakımı için gerekli kaynak değerlendirilmesi ve maliyetleri de azalttığı belirtilmektedir. Nugent ve arkadaşları (23) araştırmalarında hastaların %42'sinin stoma yerinin işaretlendiğini, %59'unun stoma yerinin kemer çizgisinde olduğunu ve hastaların %19'unun stomalarının yerlerinden memnun olmadığını saptamıştır (22,29,35,80,81).

Araştırmamızda bazı hastaların stomalarını görememesi ve stomalarının kemer çizgisinde olması, stoma yeri seçiminin hatalı seçilmiş olduğunu göstermektedir. Bu durum hasta için stoma bakımında ve giyim konusunda problem yarattığı için yaşam kalitesini güçleştirici faktör olarak değerlendirilmektedir. Stoma yerinin işaretlenmemiş olması da önemli bir eksiklik olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmamızda ameliyat sonrasında, olguların %27.6'sına kemoterapi, %8.6'sına radyoterapi ve %37.9'una kemoterapi ve radyoterapi uygulanmış olup, %25.9'u tedavi almamıştır (Tablo 3).

Kolorektal kanserler nedeniyle yapılan stoma ameliyatları sonrasında, hastalara kemoterapi ve radyoterapi önerilmektedir. Stomalı hastalarda kanser tanısı, kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri, hastalık konusunda duyulan endişe ve ölüm korkusu ve hastalığın yinelenmesi olasılığı hastalarda büyük bir stres nedenidir. Hastaları fiziksel,

duygusal ve psikolojik olarak etkiler ve sonuç olarak hastaların yaşam kaliteleri de etkilenir (22,29,35,59).

Bu çalışmada, araştırma kapsamında yer alan hastaların kemoterapi ve radyoterapi tedavileri görüşmelerin yapıldığı zaman diliminde sona ermiş bulunmaktadır. Yapılan kemoterapi ve radyoterapi tedavisinin yan etkilerini stoma sorunlarından ayırt edebilmek için, hastalarla görüşmeler tedavi bitiminden sonra yapılmıştır.

Araştırmamızda bireylerin %29.3'ünün (n=17) stoma ameliyatını 6 ay-1 yıl önce, %31'inin (n=18) 1-2 yıl önce ve %39.7'sinin (n=23) 2 yıldan daha uzun süre önce olduğu görülmektedir (Tablo 3). Ameliyattan sonra geçen sürenin yaşam kalitesine etkisine baktığımızda; 6 ay ile 1 yıl önce ameliyat olmuş bireylerin fiziksel rol sınırlamaları boyutu puanları diğerlerine göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). SF 36 sağlık statüsünün diğer boyutları ameliyattan sonra geçen süre bakımından istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 25).

Stoma cerrahisi ve tıbbi tedavisi genellikle çok ağırdır ve hastayı fiziksel ve psikolojik olarak etkiler. Ameliyattan sonra hastalar fiziksel olarak yorgunluk ve halsizlik hissederler. Stoma ameliyatından sonra geçen süre arttıkça, yaşam kalitesinin de arttığı yönünde araştırma bulguları vardır. Marquis ve arkadaşlarının (18) araştırma sonucuna göre ostomi hastalarının, hastane çıkışını takip eden haftaların yaşam kalitesini iyileştirmede çok kritik olduğunu ve uyumun 1 yıla kadar devam eden bir süreci aldığı, ameliyattan sonra geçen süre arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı saptanmıştır. Engel arkadaşlarının (82) 4 yıllık çalışmasında, zaman içinde genel olarak tüm yaşam kalitesi puanlarının iyileştiği saptanmıştır. Rheaume'nin (83) yapmış olduğu araştırmada ameliyattan sonra geçen süre ve yaşam kalitesi arasında önemli bir bağlantı bulunmamıştır.

Araştırmamızda, yaşam kalitesinin fiziksel rol sınırlamaları boyutunda 6 ay-1 yıl önce ameliyat olan hastaların düşük puan almış olmaları, hastaların hala cerrahi müdahale ve tıbbi tedavilerin etkileri nedeniyle fiziksel olarak iyi durumda olmadıklarını göstermekte ve Marquis'in araştırma bulgularını desteklemektedir. Araştırmamızda SF 36 yaşam kalite ölçeğinin diğer boyutlarında farklılık olmaması da Rheaume'nin bulguları ile uyum göstermektedir.

Araştırmada hastaların %37.9'unun stomaya ilave başka hastalığının olduğunu ve en çok görülen hastalıkların hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığı olduğu saptanmıştır (Tablo 4-5).

Stoma açılan hastalar genellikle yaşlı bireyler oldukları için stoma dışında da kronik hastalıkları bulunmaktadır. Rubin ve Devlin (21) kolostomili hastaların 4/5'nün kronik bir hastalığının bulunduğunu belirtmektedirler. Marquis (18) ve arkadaşları araştırmalarında bireylerin %36.3'ünde ilave bir hastalık bulunduğunu saptamışlardır. Addis'in (48) çalışmasında stomalı hastalarda hipertansiyon, diabetes mellitus ve kalp hastalığı en çok görülen hastalıklardır. Bulgularımız araştırma bulguları ile uyum göstermektedir.

Araştırmamızda hastaların %67.2'sinde (n=38) ameliyat sonrasında komplikasyon geliştiği görülmektedir. En çok görülen komplikasyon deri problemleri (%59) olup, onu parastomal herni (%10,3), eviserasyon (%7,7) ve stoma prolapsusu (%7,7) izlemektedir. İki hastada fistül, bir hastada retraksiyon, barsak tıkanması, pelvik abse, parastomal enfeksiyon ve idrar inkontinansı saptanmıştır (Tablo 6).

Yapılan araştırmalarda en çok görülen komplikasyonlar erken dönemde deri problemleri geç dönemde parastomal herni, prolapsusdur. Peristomal deri problemleri görülme oranı Bartha'nın (84) araştırmasında %61, Follick ve arkadaşlarının (24) araştırmasında %53 olarak saptanmıştır. Stoma prolapsusu %7-11 (85), parastomal herni %30 (86) oranında görülmektedir.

Araştırmamızdaki bulgular, araştırma bulgularını desteklemektedir. Yaşanan komplikasyonlarla ilgili olarak, özellikle deri irritasyonları ile ilgili sorunların fazla olması, hastaların stoma bakımı konusunda gelişmeye ve iyileştirilmeye ihtiyaçları olduğunu göstermektedir.

Araştırmada, hastaların %79.3'ne ameliyattan önce ameliyatın tipi ve etkileri konusunda bilgi verildiği ve bilgi verildiğini belirtenlerin tamamına bu bilginin doktor tarafından verildiği saptanmıştır (Tablo 7). Araştırmamızda tablo 26'da görüldüğü gibi, hastayı ameliyatın tipi ve etkileri konusunda bilgilendirme ile SF 36 sağlık statüsü boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastayı uygulanacak işlemler konusunda bilgilendirmenin, hastalığa uyum ve kendisi hakkında söz sahibi olmada etkin olduğu literatürde belirtilmektedir. Ostomi girişimi öncesi döneminin en travmatik ve bilgi gereksiniminin en yoğun dönem

olduğu, hastaların hastalıkları konusunda öğrenmek istedikleri her şeyin açık bir biçimde anlatılması kendi gelecekleri konusunda kararlarını verebilmeleri açısından önemlidir. Ameliyat öncesi dönemden başlayarak hasta ve ailesinin stomanın olumsuz fiziksel ve psikososyal etkileri ile bedende oluşacak değişiklikler hakkında bilgilendirilmesi ve hazırlanması, bedenindeki yeni görünüme yada değişikliklerle, çıkma mekanizmalarını daha iyi kullanmasını ve uyum göstermesini sağlamaktadır. Rubin ve Devlin (21) araştırmalarında hastalara tanı ve yapılacak ameliyat hakkında yeterince bilgi verilmediği saptanmıştır (18,26,28).

Hastaların %20.7'nin hiç bilgilendirilmemesi, yaşam biçimi ve fiziksel görünümü önemli ölçüde etkileyecek bir girişimden haberdar olma ve karar verme konusunda bireyi engelleyici bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Araştırmamızda hastayı ameliyat öncesi bilgilendirmenin SF 36 sağlık statüsü boyutları puanlarında artış göstereceği beklenmekteydi. Bu beklentinin gerçekleşmemesi hastalara yapılan bilgilendirmenin hastaların gereksinimlerini karşılamadığını ve bilgilendirilmenin etkin olmadığını düşündürmektedir. Çalışmadaki bilgilendirme ile ilgili oranlar Sucu ve Çavdar'ın bulguları ile benzerlik göstermektedir (16,18)

Ameliyattan sonra stoma bakımı konusunda hastaların %60.3'ne bilgi verildiği, bilgi verildiğini belirten bireylerin %11.4'ne bu bilginin hekim tarafından, % 88.6'sına stoma ürünleri firmalarının elemanları tarafından verildiği görülmektedir. Hastaların %39.7'nin de bilgilendirilmediği görülmektedir (Tablo 7).

Yapılan çalışmalarda, stomalı bireylerde yeni beden imajlarına uyumun ve beklenen düzeyde iyileşmenin ameliyat öncesi ve sonrası hastaya ve ailesine verilen eğitim ile paralel gelişim gösterdiği saptanmıştır. Hastalığa uyumunun en üst düzeyde gerçekleşmesinin hastaya uygulanacak hemşirelik bakımı ve eğitimi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (18,25,27,54,57).

Araştırmamızda ameliyat öncesi ve sonrası bilgilendirme konusunda verilen cevaplarda hemşireyi görememekteyiz. Bu oldukça düşündürücü bir sonuçtur. Bunun nedenleri olarak, araştırmanın uygulandığı hastanedeki kurum kültürü, yetersiz görev dağılımı, hemşirelerin stoma bakımı ve eğitimi konusunda kendilerini yetersiz hissetmeleri ya da sorumluluk almak istememeleri düşünülmektedir. Bir klinik hemşiresi stoma bakımı konusunda hastaya güncel ve doğru bilgi verme sorumluluğundadır, hastaların %39.7'sinin stoma bakımı konusunda

bilgilendirilmemesi hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmamızda bireylerin %24.1'nin stoma bakımı için malzeme temin etmede sorun yaşadığı, %3.4'nün ise bazen sorun yaşadığı saptanmıştır (Tablo 9).

Stoma bakım ürünlerinin sağlanmasında yaşanan sorunlar ve stoma gereç sayı ve çeşidi için sigortanın yetersiz ödeme yapması stoma hastalarının yaşam kalitesini güçleştiren faktörler arasında bulunmaktadır (80).

Yapılan görüşmelerde hastalar ve yakınları tarafından bürokratik işlemlerin fazlalığı, yaşanan sorunların nedeni olarak belirtilmiştir. Stoma bakım ürünleri sağlamada sorun yaşayan hastaların, büyük çoğunluğunu İstanbul ili dışında yaşayan hastalar oluşturmaktadır. Malzeme temini için yasal prosedür, hasta ve yakınlarını ekonomik ve zaman yönünden zorlamaktadır. Ayrıca hasta ve ailesiyle yapılan görüşmelerde, stoma ürünlerinin çeşitleri ve seçenekleri hakkında yeterli bilgilerinin olmadığı belirlenmiştir. Stoma bakım ürünleri firmalarına yönlendirmenin hastanın ameliyat olduğu kliniklerde yapıldığı, hasta ve yakınları tarafından firma seçeneklerinin bilinmediği ve hastaların da bu konuyu fazla araştırmadığı görülmüştür. Günümüzde hastaların durumlarına uygun olarak seçebileceği türde torba sistemleri ve bakım ürünleri bulunmaktadır, ancak hastalar kendilerine bu seçenekler gösterilmekçe bir seçim şansları olduklarının farkında olmayacaktır. Hastaların eğitim düzeyi ve içinde buldukları travma düşünüldüğünde, hastaların seçeneklerinin neler olduğu konusunda bilgilendirilmeleri sorumluluğu sağlık çalışanlarına düşmektedir.

Araştırmamızda hastaların, %58.6'nın stoma bakımını kendisinin yaptığı, %17.2'sinin kendisinin yapmadığı, %24.1'nin stoma bakımı yaparken yardım aldığı görülmektedir (Tablo 10). Stoma bakımını kendisi yapan bireylerin yaşam kalitesi puanları bakımını kendisi yapmayan bireylerden genel olarak daha yüksek bulunmuştur. Stoma bakımını kendisi yapan hastaların fiziksel fonksiyonellik ve sosyal fonksiyonellik boyutu puanları bakımı eşi veya çocuğu tarafından yapılan veya yardım alarak yapan kişilere göre ileri derecede yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,01$). Bakımını kendi yapan bireylerin fiziksel rol sınırlamaları, enerji/zindelik, genel sağlık algılaması boyutu puanlarının da stoma bakımını kendi yapmayan ya da yardım alan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 26).

Ameliyat sonrası bakımın ana temel ilkelerinden biri, stoma bakım becerilerinin hastaya kazandırılmasıdır. Öz bakım girişimlerinin başarısı, bağımsızlığın yeniden kazanılmasında ve yeni beden imajına uyumda önemli rol oynamaktadır. Kişiler arasında baş etme konusunda büyük farklar olmasına rağmen, olumlu bir bakış açısı ve öz bakım gereksinimlerini karşılayan hastaların ostomiye uyumları ve stresle baş etme mekanizmalarını daha iyi kullandıkları belirtilmektedir.(reynaud, 59) Bekkers ve arkadaşlarının (19) yaptığı çalışmada hastaların stoma bakımını kendilerinin yapmalarının uyum sürecini etkilediği ve stomalarına bakmaları gerektiğini anlayan hastaların psikososyal uyumunun daha iyi olduğu saptanmıştır. Marquis (18), Ramer (59) ve Ito'nun (68) araştırma sonuçlarına göre stoma bakımını kendi yapan hastaların yaşam kalitesinin artmış olduğu saptanmıştır.

Bu bulgular araştırma bulgularımızı desteklemektedir. Bizim araştırmamızda stoma bakımını kendi yapan bireylerin yaş olarak daha genç olmaları ve bireylerin stoma ameliyatından sonra geçen sürenin 6 aydan fazla olmasının yaşam kalitesi puanlarının yüksekliğine katkıda bulunan faktörler olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada, hastaların, %37.9'u stoma bakımında zorluk yaşadığını, %22.4'ü ise bazen zorluk yaşadığını belirtmişlerdir. Stoma bakımında zorluk yaşadığını belirten kişilerin 7'si stoma bakımını kendisi yapmamakta, 9'u yardım almaktadır (Tablo 9).

Stomalı hastalar stoma bakımı konusunda, torbanın veya adaptörün iyi yerleşmemesi, sızdırması, torbanın şişmesi, torbanın yerinde tutmada zorlanma gibi fiziksel zorluklar yaşarlar. Follick ve arkadaşları (24) çalışmalarında hastaların %84'ünün stoma bakımı konusunda problem yaşadıklarını saptamışlardır (23,52).

Bulgularımız araştırma ve literatür bulguları ile uyum göstermektedir. Araştırmamızda hastalarının stoma bakımı konusunda zorluk yaşama nedenleri olarak, stoma bakımı konusunda yeterli eğitimin ve danışma hizmetinin verilmemesi, stoma bakım ürünlerininin doğru seçilmemesi ve kullanılmaması, yaşlı ve erkek hastaların stoma bakımını yakınlarının üstlenmiş olması düşünülmektedir.

Araştırmada, hastaların hiçbiri stoma irrigasyonu yapmamaktadır ve hastaların %79.4'ü stoma irrigasyonunu hiç duymamış olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 11).

Stomalı hastaların düzenli irrigasyonla daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları ve irrigasyonun bozulan beden imajı etkilerini ve eşler arasında ortaya çıkan duygusal

bariyeri azalttığı belirtilmektedir. Engel ve arkadaşları (82) araştırmalarında stoma hastalarının %60'ının irrigasyon teknikleri hakkında yeterli bilgilendirilmediğini saptamışlardır. Karadağ ve arkadaşlarının (87) yaptığı çalışmada, kolostomi irrigasyonu yapan hastaların SF 36 yaşam kalitesi statüsünde fiziksel rol kısıtlamaları, sosyal fonksiyon, ruh sağlığı, enerji/zindelik ve ağrı boyutlarında irrigasyon yapmayan hastalara göre önemli gelişmeler görülmüştür. Singapurda yapılan bir araştırmada ise kolostomi irrigasyonu yapmanın hasta tatminini arttırdığı saptanmıştır (88).

Araştırmada hastaların hiç birinin stoma irrigasyonu yapmaması nedeniyle, irrigasyon yapma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi yapılmamıştır. Hastaların hiçbirinin irrigasyon yapmaması ve bu konuyu duymamış olmaları hastalara verilen bakım ve eğitimin eksikliğinin göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca hastaların beden imajına ve yaşam kalitesine olumsuz yönde etkileyen bir durum olarak değerlendirilmektedir.

Araştırma kapsamındaki hastaların stomasının olduğunu, %19'nun (n=11) sadece yakın akrabalarının, %3,4'nün (n=2) eşinin, anne ve babasının bildiği saptanmıştır. Hastaların %12,1'nin (n=7) arkadaş çevresi hastanın stoması olduğunu bilmemekte, %12,1'nin (n=7) ise sadece yakın arkadaşları stomalarının varlığını bilmektedir. Sadece %10.3'ü stoması olan bir hasta ile karşılaşmıştır (Tablo 12).

Beden imajını sosyal deneyimler, başkalarının bireyin fiziksel görüntüsü hakkındaki fikirleri ve bireyin bu fikirlere verdiği değer etkilemektedir. Stoma hastaları, beden imajlarındaki değişiklikler nedeniyle başkalarının gösterdiği tepki ve tutumlardan korku duyarlar. Bu nedenle hastalar stomalarını aile ve sosyal çevrelerinden gizleme eğilimindedirler (20,41,84).

Araştırmamızda stomalarını aile ve arkadaş çevresinden gizleyen hastaların oranının az olmasıyla birlikte, bulgularımız literatür bilgilerini desteklemektedir.

Araştırma kapsamındaki hastaların %68.4'ünün koku, %70.7'sinin sızıntı, %89.7'sinin gaz nedeniyle endişe duyduğu saptanmıştır (Tablo 14). Araştırmamızda, stomanın koku yapacağına ilişkin endişe duyan hastaların yaşam kalitesi bulgularından fiziksel fonksiyonellik ve sosyal fonksiyonellik puanları endişe duymayan hastalardan düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 29).

Stomalı hastalar, en çok yaşanan fiziksel sorunların başında gelen koku, sızıntı ve gaz problemleri nedeniyle korku ve endişe duymaktadır. Stoma ile ilgili koku, ses,

görüntü ve değişen beden imajı bağlı olarak bireylerin benlik saygısının azaldığı ve bu bireylerde psikososyal sorunlara yol açarak bireylerin sosyal izolasyonuna ve cinsel sorunlara neden olduğu literatürde belirtilmektedir. Sprangers ve arkadaşlarının (20) araştırmalarında hastaların %63'ünün, Nugent ve arkadaşlarının (23) araştırmasında, kolostomisi olan hastalarının %25'i sızıntı ve koku nedeniyle endişe ve duyduğunu saptamışlardır. Bartha'nın (84) araştırmasında da hastaların %45'i kötü kokudan utandıklarını belirtmişlerdir (20,21,24,51).

Bizim araştırmamızda hastaların ses, sızıntı ve gaz nedeniyle endişe duymaları yapılan diğer araştırmalarla uyum göstermektedir. Bulgularımız araştırma bulgularını desteklemekle birlikte, endişe duyan bireylerin oranı diğer araştırmalardan daha fazladır. Bu oranın fazla olmasında, hastaların bakım konusunda yaşadığı problemler, uygun bakım ürünlerinin kullanılmaması, yaşlı hastaların diyet ve bakım konusunda yeterince uyum sağlayamaması gibi faktörlerin etkili olduğu düşünölmektedir. Hastaların yaşadığı koku, sızıntı, gaz nedeniyle yaşadığı endişeler ve stomanın koku yapacağına dair duyulan endişenin, yaşam kalitesinin fiziksel ve sosyal fonksiyonellik boyutuna etkisi beklenen bir sonuçtur ve literatür bilgilerini ve diğer araştırma bulgularını desteklemektedir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin %60.3'ünün ameliyattan sonra diğer insanlara farklı göröndüğünü düşünödüğü saptanmıştır (Tablo 15). Ameliyattan sonra diğer insanlara farklı göröndüğünü düşünöen bireylerin yaşam kalitesi statüsünde fiziksel fonksiyonellik puanları ileri düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.01$). Bu bireylerin sosyal fonksiyonellik, mental rol sınırlamaları, ruh sağlığı, enerji/zindelik ve genel sağlık algısı puanları, farklı göröndüğünü düşünmeyen olguların puanlarından düşük saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 32).

Araştırmada bireylerin, %36.2'si stomalarının olduğunu diğer insanların diş görüntülerinden anlayabileceğini düşünmektedir. Bireylerin %58.6'sı stomalarının olduğunun diğer insanlar tarafından fark edilmesinin kendilerini endişelendirdiğini belirtmiştir. Bireylerin %56.9'u stomalarını gizleme duygusuna kapıldıkları ortamların olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 15). Diğer insanların stomanın varlığını diş görüntüden anlayabileceğini düşünöen olguların; fiziksel fonksiyonellik ve sosyal fonksiyonellik puanları, diş görüntüden anlaşılamayacağını düşünöen olguların puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Bu kişilerin ruh sağlığı,

enerji/zindelik ve genel sağlık puanları da düşük olarak saptanmıştır ($p<0.05$),(Tablo 33)

Her bireyin kendi vücuduna göre ideal kabul ettiği ve kendi vücudu ile karşılaştırma yaptığı bir beden imajı vardır. Beden imajı kişinin beden imajına verdiği değer, sosyal deneyimler, başkalarının bireyin fiziksel görüntüsü hakkındaki fikirleri ve bireyin bu fikirlere verdiği reaksiyonlar tarafından etkilenir. Stoması olan hastaların bedeni ve beden fonksiyonları değiştiğinden, vücutları hakkındaki hisleri ve düşünceleri değişebilmektedir. Literatürde stomanın bireylerin özgüvenlerinin azalmasına yol açarak kendilerini anormal ve değersiz hissetmelerine neden olduğu, başlarının tepkilerinden korku duydukları belirtilmektedir. Follick ve arkadaşlarının (24) araştırma sonucunda stomalı hastaların %28'inin başkalarının reaksiyonlarından korku duydukları ve %34'nün sosyal ortamlarda anksiyete duyduğu saptanmıştır. Bartha'nın (84) araştırmasında hastaların %40'nin sosyal ortamlardaki reaksiyonlardan korku duydukları ve Nugent ve arkadaşlarının (23) araştırmasında ise hastaların %25'inin stoma nedeniyle utanç duyduğu saptanmıştır. (12,22,38,89).

Araştırmamızda bireylerin diğer insanlar tarafından ve sosyal ortamlarda stomalarının fark edileceği konusunda endişe taşımaları yapılan araştırmaları desteklemektedir. Hastaların diğer insanlara farklı göründüğünü ve dış görüntüden anlaşılabilirliğini düşünmeleri ile SF 36 yaşam kalitesi statüsünde özellikle sosyal fonksiyonellik, mental rol sınırlamaları, ruh sağlığı, enerji/zindelik ve genel sağlık algısı puanlarında düşük puanlar almalarına yol açması literatür ve araştırma bulgularını desteklemektedir.

Araştırmada hastaların %79.3'ü ($n=46$) vücutlarına baktıklarında değişikliklerden dolayı kendilerini üzgün hissettikleri saptanmıştır (Tablo 15) Vücutundaki değişikliklerden dolayı üzüntü hisseden kişilerin fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlaması, sosyal fonksiyonellik, mental rol sınırlamaları ve ruh sağlığı puanları, üzüntü duymayan olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0.05$).

Bireylerin %60.1'nin stomanın kendilerini çirkinleştirdiğini ve daha az çekici hale getirdiğini hissettikleri saptanmıştır (Tablo 15). Stomanın kendisini çirkin hissettirmedini söyleyen olguların mental rol sınırlamaları puanları; stomanın kendisini oldukça fazla çirkin hissettirdiğini söyleyen olguların puanlarından ileri

düzyeyle anlamlı yüksekten (p:0,006; p<0,01); aşırı derecede çirkin hissettirdiğini söyleyen olguların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,050; p<0,05). Stomanın kendisini çirkin hissettirmedini söyleyen olguların ruh sağlığı puanları; stomanın kendisini oldukça fazla çirkin hissettirdiğini söyleyen olguların puanlarından ileri düzeyde yüksektir (p:0,004; p<0,01) (Tablo 36).

Stoma ameliyatı toplumun güzellik, vücut, cinsellik, temizlik ve kendi kendini kontrol üzerine koyduğu değeri zedelemekte ve kişi değışen beden imajı deneyimi yaşamaktadır. Hastalar ameliyat öncesi dönemde kapsamlı eğitim alsalar bile, beden imajı değışimi bireylerin hislerini ve davranışlarını etkilemektedir. Fiziksel görünüş çok önemli olduğu için, vücudumuzu değerlendirmemizle kişisel iyi hissetmemiz arasında ilişki bulunmaktadır. Persson (43) yaptığı beden imajı çalışması, hastaların ameliyat öncesi eğitim almalarına karşın stomaya alışmakta büyük güçlük çekme nedenleri arasında, bedene yabancılaşma ve beden imajı değışikliği olduğunu saptamıştır. Follick (24) araştırmasında hastaların %44'nün görünümünden dolayı hassas, incinebilir olduğunu, Burnham (90) bireylerin %50'sinin kendini çekici bulmadığını, %30'nun stomalarından dolayı utanç duyduğunu, kadınların %21'nin, erkeklerin %17'sinin stomayı hoş olmayan kötü görüntü olarak değerlendirdiğini belirtmiştir. Nugent ve arkadaşlarının (23) yaptığı çalışmada, beden imajı değışikliğinin hastaların yaşam kalitelerini ya çok etkilendiği ya da çok az etkilendiği saptanmıştır.

Araştırmamızda bireylerin bedenleri ile ilgili duydukları duygu ve düşünceler ve onların yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri literatür ve araştırma bulguları ile uyum göstermektedir.

Stoma açılması araştırma kapsamındaki bireylerin %31'inin giyim tarzını çok az, %25.9'unun oldukça fazla, %3.4'ünün ise aşırı derecede etkilemiştir.

Kişinin toplum içinde kendisini ve bireyselliği ortaya koyma biçimlerinden bir tanesi de giyim tarzımızdır. Stoma açılması takiben vücutta taşınan torbanın kişinin daha önceki giyim stilini değıştirdiği ve hastaların bu konuda problem yaşadıkları literatürde belirtilmektedir. Nugent (23) hastaların %10'nun giyim konusunda ciddi problem yaşadığı, Follick ve arkadaşlarının araştırmasında ise hastaların %16'sının giyim konusunda ciddi endişeler yaşadığı saptamıştır. Araştırma bulgularımız yapılan araştırma bulgularını desteklemektedir.

Araştırmamızda bir birey stoma ameliyatını takiben intihar girişiminde bulunmuştur. Bartha'nın (84) araştırmasında hastaların %8'inin stoma ameliyatından sonra intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Araştırmamızda intihar vakası sadece bir tane olmakla birlikte, beden imajı değişikliği yaşayan hastaların bu süreçte yaşadığı reaksiyonlara örnek oluşturması bakımından önemli bir bulgu olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmamızda beden imajı değişikliği ile ilgili duygu ve düşünceleri sorgulayan sorulara olumsuz yanıt veren hastalar, SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinde düşük puanlar almışlardır. Bizim bulgularımız araştırma bulgularını desteklemektedir.

Araştırmamızda partneri olan bireylerin %65.5'nin ameliyat sonrası vücudunu eşine kolayca, çekinmeden gösterebildiği ve partnerinin vücudundaki değişiklikleri kabul ettiği belirlendi. Hastaların %67.2'nin eşinin ilgi ve beğenisinde eskisine göre farklılık görmedikleri belirlenmiştir. Ayrıca stomanın partner ile ilişkiye olumsuz etkisinin cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$), (Tablo 16). SF 36 Yaşam kalitesi alanlarında, eşinin vücudundaki değişiklikleri kabul ettiğini düşünen olguların mental rol sınırlamaları puanları, eşinin vücudundaki değişiklikleri kabul etmediğini düşünen olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 38).

Stoma ameliyatı sonrası hastanın sızıntı, koku, gaz problemleri nedeniyle cinsel yeterlilik ve cazibe ile ilgili endişeler yaşamaktadır. Eşin bireyin vücudundaki değişiklikleri kabul etmesi, eşinin ilgi ve beğenisinin devam etmesi eşler arası ilişkilerde önem taşımaktadır. Yapılan araştırma sonuçlarına göre bireylerin bedeninden utanması ve cazip olmadığını düşünmesi, vücudunu eşine göstermekten kaçındıkları saptanmıştır (11,22,34). Burnham (90) ve arkadaşları bireylerin %30'u vücudunu eşine göstermekten utandığını belirtmiştir. Bulgularımız araştırma sonuçlarını desteklemektedir

Araştırmada stomanın bireylerin partneri ile ilişkisini %8.6'sının ($n=5$) çok az, %3.4'ü ($n=2$) oldukça fazla etkilemiş olduğu, 1 bireyin de (%1.7) ciddi problemleri olduğu belirlendi. Stoma uygulaması sonucu kadınların %29.2'sinin ($n=5$), erkeklerin 11.4'nün ($n=3$) eşleri ile ilişkilerinde sorun yaşadığı saptanmıştır.

Yapılan araştırmalarda stomanın evlilik uyumunu bozduğu ve eşler arası ilişkilerin zarar gördüğü saptanmıştır (62). Mihalopoulos ve arkadaşları (92), 50 yaş

üzeri ostomili hastalar ile yaptıkları araştırmalarında, %63'ünün ostomi ameliyatı sonrası boşanmış olduğunu tespit etmişlerdir. Burnham ve arkadaşlarının (90) araştırmasına göre kadınların %12'si, erkeklerin %8'i stoma nedeniyle evliliklerinde sorun yaşamaktadır ve hastaların %4'ü stoma ameliyatı sonrası eşlerinden boşanmıştır.

Araştırmamızdaki eşler arasında ilişkinin zarar gördüğü bulgusu araştırma sonuçlarını desteklemekle birlikte, araştırma kapsamındaki hastaların hiçbirisi stoma ameliyatı sonrası boşanmamıştır. Bunun ülkemizdeki sosyal ve kültürel faktörlerin sonucu olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda bireylerin %17.2'sinin ameliyat öncesi ve sonrası cinsel ilişkisinin bulunmadığı, %25.9'nun ameliyat öncesi cinsel ilişkisinin olduğu, fakat ameliyat sonrası cinsel ilişkisinin olmadığı görülmüştür. Hastaların %3.4'nün düzenli cinsel ilişkisinin olmadığını, %10.3'nün cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu saptanmıştır. Bireylerin %10.3'nün düzenli olarak cinsel ilişkisinin olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %32.8'i bu soruya cevap vermemiştir (Tablo 16).

Literatürde cinsellik ve cinsel sağlığın yaşam kalitesi için önemli göstergelerden olduğu ve bir çok fizyolojik ve psikolojik faktörün cinsel sağlığı bozduğu belirtilmektedir. Stoma hastalarının cinsel yaşamını, geçirmiş oldukları pelvik ameliyat ve beden imajı değişikliği nedeniyle yaşadıkları korku ve endişeler etkilemektedir. Stomalı hastaların cinsel yaşamları hakkında sürekli anksiyete ve korku duymalarının, stomanın görüntü ve kokusunun, bireysel cinsellikleri üzerinde utandırıcı bir etki yapabileceği ve bu nedenle duyulan korku ve anksiyetenin cinsel performanslarını azaltabileceği literatürde belirtilmektedir. Follick, Smith ve Turk araştırmalarında ostomililerin % 34'nün cinsel tatminde azalma, %78'inde cinsel aktivitede azalma saptamışlardır (11,22,34).

Araştırmamızda bireylerin cinsel yaşamında sorunlara baktığımızda; erkeklerin %22,8'nin (n=6) cinsel istekte azalma, % 19'unda (n=5) ameliyat sonrası empotans ve %3.8'inde (n=1) ereksiyon sorunları yaşamaktadır. Kadınların %5,8'i (n=1) cinsel isteğin yokluğu, %17.4'ü cinsel isteğin azalması, %11.6'sı (n=2) cinsel ilişkide ağrı ve %5.8'i (n=1) cinsel organlarda kuruluk problemi yaşamaktadır. Cinsel ilişki ile ilgili sorunlar cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$); ancak erkek hastalarda ameliyat sonrası cinsel ilişkinin olmaması cevabının yüksek oranda olması dikkat çekicidir (Tablo 16).

Nugent araştırmasında kolostomili hastaların %43'nün cinsel yaşamında problemler olduğunu, erkeklerin %17'sinin empotans problemi olduğunu saptamıştır. Gloeckner ve Starling (16) araştırmalarında kadınların %77'sinin cinsel ilişkide, ameliyatı takip eden bir yıl içinde ağrı yaşadıklarını saptamıştır. Engel'in (82) araştırmasında cinsel problemlerde kadın ve erkekler arasında istatistiksel farklılık bulunamamıştır. Araştırma bulguları bizim bulgularımızı desteklemektedir.

Araştırmamızda bireylerin %24.1'inde sosyal yaşama katılımın çok azaldığı ya da olmadığı, % 24.1'inde önemli ölçüde azaldığı ve %27.6'sında biraz azaldığı görülmektedir. Bireylerin aktivite ve hobilere olan ilgisinin %15.5'nin eskisi gibi olduğu, %29.3'nün biraz azaldığı, %37.9'nun önemli ölçüde azaldığı ve % 17.2'sinin hemen hiç kalmadığı saptanmıştır.

Stomalı bireylerde, bedendeki görünümün değişiminin toplumsal yaşamda güçlükler getireceği düşüncesiyle kendini sosyal yaşamdan kısıtlama ve soyutlama davranışları görülmektedir. Eskiden yapmış oldukları aktivitelerini bırakmak, yeni insanlarla tanışmaktan kaçınmak gibi sosyal sorunlar görülmektedir. Follick ve arkadaşlarının(24) araştırmasında stoma hastalarının %30'nun, Bartha ve arkadaşlarının (84) %60'ının, Gürkan ve arkadaşlarının (91) %73.2'sinin, sosyal yaşama katılımlarının azaldığını saptamışlardır. (20,21,43).

Bizim bulgularımız araştırma bulgularını desteklemektedir.

Araştırmamızda psikolojik sorunu olan bireylerin %15.5'inin aile bireylerinden, %5.2'sinin psikiyatrist, %3.4'ü aynı problemlili kişiler, 1 hastanın hemşireden (%1.7), 1 hastanın arkadaşlarından yardım aldığı saptanmıştır. Psikolojik problemi olan hastaların %34.5'i yardım almadığı ve %37.9'unun psikolojik problemi olmadığı saptanmıştır (Tablo 18).

Yaşam kalitesi ortalama değerleri:

Fiziksel fonksiyonellik ortalama puan $65,60 \pm 22,98$ 'dir; fiziksel rol sınırlamaları ortalama $35,77 \pm 39,76$ 'dır; ağrı puanı ortalama $66,03 \pm 21,27$ 'dir; sosyal fonksiyonellik ortalama $60,56 \pm 30,33$ puan almaktadır; Mental rol sınırlamaları ortalama puan $50,57 \pm 45,55$ 'dir; Ruh sağlığı ortalama $57,44 \pm 17,53$ puandır; enerji/zindelik puan ortalama $37,84 \pm 21,15$ 'dir; Genel sağlık algısı puanı ise ortalama $39,39 \pm 20,60$ puan almaktadır (Tablo 19).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma abdominal stomalı hastaların beden imajı değişiminin yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemek ve yaşam kalitesini etkileyen sorunlara yönelik çözüm yollarını belirlemek amacıyla yapılmış ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların yaş ortalaması 58.4 ve medyan yaşı 60'dır. Bireylerin %46.6'sı (n=27) kadın ve %53.4'ü erkektir. Hastaların 70.7'i evli ve %91.4'i çocuk sahibidir. İki birey dışında tümü aileleri ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların büyük oranı ilkokul mezunudur, tamamının sağlık güvencesi bulunmaktadır.
- Çalışanların %58 i ameliyat sonrası işlerini bırakmış ya da emekli olmuştur.
- Hastalara tümüne (1 birey hariç) kolorektal kanser tanısı ile stoma açılmıştır. %72.4'ünün (n=42) stoması sol alt kadranda bulunmakta ve %82.2'sine (n=43) uç kolostomi açılmıştır.
- Hastaların %29.3'ünün (n=17) 1 yıl önce, %31'inin (n=18) 1-2 yıl önce ve %39.7'sinin (n=23) ise 2 yıldan daha uzun bir süre önce stoma ameliyatı olduğu saptanmıştır.
- Hastaların %79.3'ne (n=46) ameliyattan önce ameliyatın tipi ve etkileri konusunda bilgi verildiği, %20.7'ne (n=12) bilgi verilmediği ve bilgi verildiğini belirten hastaların tümüne bilginin doktor tarafından verildiği saptanmıştır.
- Ameliyattan sonra hastaların %60.3'ne (n=35) stoma bakımı konusunda bilgi verildiği, %39.7'sine (n=23) bilgi verilmediği ve bilgi verildiğini belirten hastaların % 88.6'sına (n=35) firma elemanlarının, %11.4'ne (n=4) doktor tarafından bilgi verildiği saptanmıştır.
- Hastaların %24.1'inin (n=14) stoma bakımı için malzeme temin etmede sorun yaşadığı, %37.9'unun (n=22) stoma bakımı yaparken zorluk yaşadığı tespit edilmiştir.

- Hastaların %58.6'sının (n=34) stoma bakımını kendisinin yaptığı ve hiç birinin stoma irrigasyonu yapmadığı belirlenmiştir.
- Stomanın koku, sızıntı ve gaz yapacağından hastaların çok büyük oranı endişe duymaktadır.
- Bireylerin %60.3'ü (n=35) ameliyattan sonra diğer insanlara farklı göründüğünü, %36.2'si (n=21) stomalarının olduğunun dış görüntülerinden anlaşılabilirliğini düşünmekte ve %58.6'sının (n=34) stomalarının olduğunun diğer insanlar tarafından fark edilebileceğinden endişe duyduğu ve de %56.9'unun (n=33) stomalarını gizleme duygusuna kapıldıkları ortamların olduğunu saptanmıştır.
- Bireylerin %79.3'ünün (n=46) vücutlarına baktıklarında değişikliklerden dolayı kendilerini üzgün hissettikleri belirlenmiştir.
- Stoma bireylerin giyim tarzını büyük oranda etkilemiştir.
- Hastaların %65.5'nin (n=38) ameliyat sonrası vücudunu eşine kolayca, çekinmeden gösterebildiği, %8.6'sının (n=5) göstermekten çekindiği; %69'nun (n=38) eşinin vücudundaki değişiklikleri kabul ettiği, %67.2'nin (n=39) eşinin ilgi ve beğenisinde farklılık olmadığı saptanmıştır.
- Stomanın bireylerin %8.6'sının (n=5) eşi ile ilişkisini çok az, %3.4'ünün (n=2) oldukça fazla etkilediği saptanmıştır.
- Bireylerin %25.9'nun (n=15) ameliyat öncesi cinsel ilişkisinin olduğu fakat ameliyat sonrası cinsel ilişkisinin olmadığı, %17.2'sinin (n=10) ameliyat öncesi ve sonrası cinsel ilişkisinin bulunmadığı saptanmıştır. Bireylerin %10.3'nün (n=6) düzenli olarak cinsel ilişkisinin olduğu, %3.4'nün (n=2) ise düzenli cinsel ilişkisinin olmadığı, %10.3'nün (n=6) cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu saptanmıştır.
- Bireylerin %15.5'nde (n=9) cinsel isteğin azalması, %8.6'nda (n=5) empotans problemi, %3.4'ünde (n=2) cinsel ilişki sırasında ağrı, 1 bireyde cinsel isteğin yokluğu, 1 bireyde cinsel organlarda kuruluk ve 1 bireyde ereksiyon sorunları saptanmıştır.

- Sosyal faaliyetlere katılımın olguların %24.1'inde (n=14) çok azaldığı ya da olmadığı, %27.6'sında (n=16) biraz azaldığı, % 24.1'inde (n=14) önemli ölçüde azaldığı ve %24.1'inde (n=14) ise herhangi bir değişiklik olmadığı belirlenmiştir.
- Bireylerin aktivite ve hobilere katılımının %15.5'nin (n=9) eskisi gibi olduğu, %29.3'nün (n=17) biraz azaldığı, %37.9'nun (n=22) önemli ölçüde azaldığı ve % 17.2'sinin hiç ilgisinin kalmadığı saptanmıştır.
- Psikolojik sorunu olan bireylerin %15.5'i (n=9) aile bireylerinden, %5.2'si (n=3) psikiyatristten, %3.4'ü (n=29 aynı problemlili kişilerden, 1 birey hemşirelerden ve 1 birey arkadaşlarından yardım almaktadır.
- Tüm SF 36 sağlık statüsü boyutlarında cinsiyet, medeni durum, eğitim, ameliyat öncesi ameliyatın tipi ve etkileri konusunda bilgi verilmesi istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır ($p>0,05$).
- Çalışan ve stoma bakımını kendisi yapan bireylerin yaşam kalitesi puanları olumlu olarak etkilenmiştir. Hastaneden bakım konusunda yardım alan bireylerin ve ameliyattan sonra geçen süre 6 ay ile 1 yıl arasında olan bireylerin yaşam kalitesi puanları olumsuz olarak etkilenmiştir.
- Stomanın koku yapacağından endişe duyan bireylerin fiziksel ve sosyal fonksiyon puanları ileri düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,01$).
- Ameliyattan sonra beden imajı nedeniyle endişe ve üzüntü duyan, stomanın kendisini çirkinleştirdiğini düşünen bireylerin yaşam kalitesi puanları düşük tespit edilmiş ($p<0.01$) ($p:0,004$; $p<0,01$).

ÖNERİLER

- Stomalı hastaların tedavisinin yapıldığı hastanelerde; multidisipliner yaklaşımla, tedavi gruplarına konu ile ilgili eğitimi ve bilgi birikimi olan ET hemşiresi, psikolog ve psikiyatristlerin de dahil edilmesiyle enterostomal bakım ünitelerinin hizmet vermesi,
- Hastaların ve ailenin ameliyat öncesi ve sonrasında profesyonel destek almalarının sağlanması,
- Stoma bakımında hemşirelerin almaları gereken rol ve sorumluluklara hazırlanmalarının sağlanması, hemşirelerin temel ve mezuniyet sonrası eğitimlerinde bu konulara yer verilmesi,
- Ülkemizde eğitilmiş enterostomal eğitim hemşirelerinin yetiştirilmesi ve bu hemşirelere hastanelerde kadro ayrılması,
- Hastalarda olası psikiyatrik problemlerin erken tanısı ve psikolojik destek almaları konusunda yönlendirmenin yapılması,
- Hastaların hastaneden taburcu olduktan sonrada karşılaştıkları fiziksel, psikolojik sorunların çözümüne ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sürdürülmesi,
- Stoma hastalarının kayıtlarının tutulması ve yaşam kalitelerinin izlenmesi önerilmektedir.

8. EKLER

Ek 1: HASTA GÖRÜŞME FORMU

Ek 2: SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ek 3: KURUM İZİN BELGESİ

EK.1:HASTA GÖRÜŞME FORMU

Sayın Katılımcı, hastalığınız ve tedavi sürecinde yaşadığınız etkilenme durumunu belirlemek amacıyla yaptığımız bu çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Yaşınız () 18-39 () 40-49 () 50-59 () 60-79 () 70 üzeri

2. Cinsiyetiniz () Kadın () Erkek

3. Medeni Durumunuz () Bekar () Evli () Dul

4. Boy Kilo :

Boy-kitle indeksi () Zayıf () Normal () Şişman () Obez

5. Çocuğunuz Var mı? () Evet ise sayısı..... () Hayır

6. Eğitim Durumunuz

() Okur yazar () İlköğretim () Orta Öğrenim () Lise () Yüksek Okul

7. Mesleğiniz

() Ev hanımı () İşçi () Emekli () Memur () Serbest meslek

8. Şu anda herhangi bir işte çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır

9. Stoma ameliyatı olmadan önce çalışıyor muydunuz? () Evet () Hayır

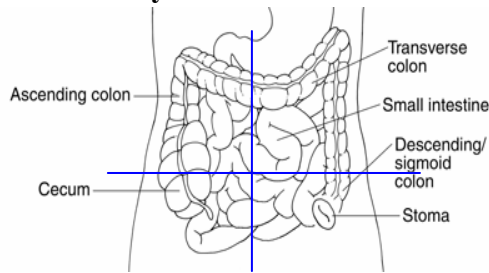
10. Sağlık güvenceniz var mı? () Evet () Hayır

11. Stoma ameliyatını ne kadar süre önce oldunuz?

() 6 ay- 1 yıl () 1-2 yıl () 2 yıl üzeri

12. Tanı () Rektum Ca () Kolon Ca () Diğer

13. Stomamın yeri



14. Stomamın tipi

15. Ameliyat sonrası alınan tedavi:

- 1() Kemoterapi
- 2() Radyoterapi
- 3() Kemoterapi + Radyoterapi
- 4() Tedavi almadı

16. Başka hastalığınız var mı?

- () Evet () Hayır

17. Hastalık durumu

- ()Hipertansiyon ()Kalp hastalığı ()Diyabetes Mellutis () Diğer

18.Ameliyatınızdan önce ameliyatın tipi ve etkileri konusunda size bilgi verildi mi?

- () Evet () Hayır

19. Bilgi verildi ise kim tarafından?

- () Doktor () Hemşire () Diğer

20.Ameliyat sonrası stoma bakımı konusunda bilgi verildi mi ?

- () Evet () Hayır

21.Bilgi verildi ise kim tarafından?

- () Doktor () Hemşire () Diğer

22. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişti mi?

- () Evet ise () Hayır

23 Gelişen komplikasyonlar

24. Stoma bakımı için malzeme temin etmekte sorun/güçlük yaşıyor musunuz?

- () Evet () Hayır

25. Stoma bakımı konusunda problem yaşıyor musunuz?

- () Evet () Hayır () Bazen

26. Stoma bakımını kim yapıyor?

- () Kendisi
- () Eşi
- () Çocuğu
- () Yardım alıyor

27.Stoma irrigasyonu yapıyor musunuz?

- () Evet () Hayır

28.Stomanız olduğunu kimden öğrendiniz?

Doktor Hemşire Kendisi Aile üyeleri Önceden bilgi verilmişti

29.Ailenizden kimler stomanız olduğunu biliyor?

Anne /Baba Kardeş
 Çocuk Eş / Birlikte olduğunuz kişi
 Hepsi

30.Stomanız olduğunu arkadaş çevreniz biliyor mu?

Evet
 Hayır
 Sadece yakın arkadaşlarım

31.Siz ve aileniz daha önce stoması olan bir hasta ile karşılaştınız mı?

Evet Hayır

32.Stomanızın koku yapacağından endişe duyuyor musunuz?

Hayır
 Çok az
 Oldukça
 Aşırı derecede

33. Stomanızın sızıntı yapacağından endişe duyuyor musunuz?

Hayır
 Çok az
 Oldukça fazla
 Aşırı derecede

34. Barsak sesleri ya da gaz nedeniyle stomanızın çevrenizi rahatsız edeceğinden endişe duyuyor musunuz?

Hayır
 Çok az
 Oldukça fazla
 Aşırı derecede

35. Operasyondan sonra diğer insanlara farklı görüldüğünüzü düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

36. Sizce diğer insanlar stomanız olduğunu dış görünüşünüzden anlayabilir mi?

Evet Hayır

37. Diğer insanların stomanız olduğunu fark etmesi sizi endişelendiriyor mu?

Hayır Çok az Oldukça fazla Aşırı derecede

38 . Stomanızın varlığını gizleme duygusuna kapıldığınız ortamlar oluyor mu?

Evet Hayır

39. Vücudunuza baktığınızda değişikliklerden dolayı kendinizi üzgün hissediyor musunuz?

Evet Hayır

40. Stoma giyim tarzınızı etkiledi mi?

Hayır Çok az Oldukça fazla Aşırı derecede

41. Stomanın sizi çirkinleştirdiğini, daha az çekici hale getirdiğini hissediyor musunuz?

Hayır Çok az Oldukça fazla Aşırı derecede

42. Ameliyat sonrası vücudunuzu eşinize kolayca, çekinmeden gösterebiliyor musunuz?

Evet Hayır

43. Eşinizin vücudunuzdaki değişiklikleri kabul ettiğini düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

44. Stoma, eşinizin size olan ilgi ve beğenisinde bir farklılığa neden oldu mu?

Hayır Çok az Oldukça fazla Aşırı derecede

45. Stomanız, eşinizle olan ilişkinizi etkiledi mi?

Hayır, herhangi bir sorun olmadı
 Çok az
 Oldukça fazla
 Ciddi problemler oldu

46. Cinsel hayatınızla ilgili aşağıdakilerin hangisinin size uygun olduğunu düşünüyor musunuz ?

Ameliyat öncesi cinsel ilişkim olmasına rağmen şu an yok
 Ameliyat öncesi cinsel ilişkim yoktu, şimdi yok
 Düzenli olarak cinsel ilişkim oluyor
 Düzenli olarak cinsel ilişkim olmuyor
 Cinsel ilişki de azalma

47. Cinsel hayatınızda var olduğunu düşündüğünüz problem varsa belirtiniz?

Cinsel isteğin yokluğu
 Cinsel isteğin azalması
 Cinsel birleşme sırasında cinsel organlarda ağrı
 Cinsel birleşme sırasında cinsel organlarda kuruluk
 Empotans problemi
 Ereksiyon problemi

48.Sinema, tiyatro gibi sosyal faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

- Katılımım çok az, ya da yok
- Katılımım biraz azaldı
- Katılımım önemli ölçüde azaldı
- Katılımımda değişiklik olmadı

49.Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgileniyor musunuz?

- İlgim eskisi gibi
- Eskisine göre biraz daha az
- Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- Hiç ilgim kalmadı

50.Varsa şu andaki sıkıntılarınız (psikolojik, cinsel problemleriniz) hakkında kimden yardım alıyorsunuz?

- Psikiyatrist /psikolog
- Doktor
- Arkadaşlar
- Hemşire
- Aynı problemlili hastalar
- Aile bireyleri

51.Ameliyat olduğunuz hastaneden bakım konusunda yardım alıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

EK 2. SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruya uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl yanıtlayacağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun yanıtı işaretleyiniz ve sorunun **sol tarafındaki boşluğa** bir açıklama yapınız.

1. Genel olarak sağlığınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. **Bir yıl öncesi ile karşılaştırıldığında, şimdiki sağlığınızı** genel olarak nasıl buluyorsunuz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. **Sağlığınız** aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa ne kadar engelliyor? (Her sütunda size uygun rakamı işaretleyiniz)

Aktiviteleriniz	Evet çok Engelliyor	Evet biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a) Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi <u>büyük çaba gerektiren aktivitelerde</u>	1	2	3
b) Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi <u>orta/hafif aktivitelerde</u>	1	2	3
c) Paket veya çanta taşırken	1	2	3
d) <u>Birkaç kat</u> merdiven çıkarken	1	2	3
e) <u>Bir kat</u> merdiven çıkarken	1	2	3
f) Eğilirken çömelirken	1	2	3
g) <u>Bir kilometreden fazla</u> yürürken	1	2	3
h) <u>Birkaç yüz metre</u> yürürken	1	2	3
i) <u>Yüz metrelik bir mesafeyi</u> yürürken	1	2	3
j) Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4. Geçen 4 hafta boyunca, işyerinizde veya diğer rutin işlerinizde **fiziksel sağlığınıza bağlı olarak,** aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamlardan birin, yuvarlak içine alarak yanıtınızı işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
a) İşyerinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b) İşyerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c) İş ve aktivitelerinizi zahmetsiz/kolay olanlarla sınırladınız mı?	1	2
d) İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (Örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

5. Geçen 4 hafta boyunca, işyerinizde veya diğer rutin işlerinizde **ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli),** aşağıdaki problemlerin herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamlardan birin, yuvarlak içine alarak yanıtınızı işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
a) İşyerinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b) İşyerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c) İş ve aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatlimi yaptınız?	1	2

6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8. Geçen 4 hafta boyunca, ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (evde ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (sadece bir rakamı işaretleyiniz).

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

9.Bu sorular **geçen ay boyunca,** kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her ifade için size uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alın.

	Geçen ay boyunca					
	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a) Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b) Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı	1	2	3	4	5	6
d) Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e) Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f) Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g) Çok yorgun/bitkin hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h) Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
i) Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j) Sağlığınız akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10.Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a) Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim					
b) Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım					
c) Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum					
d) Sağlığım mükemmel					

9. KAYNAKLAR :

1. Avcı K., Pala K.: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30(2): 81-85, 2004
2. Fidaner C.: Sağlıkta Yaşam Kalitesi (SKY) Kavramı : Bir Giriş Denemesi. I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir, 8-10 Nisan 2004
3. Eser E.: Yaşam kalitesinin sınıflandırılması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü. I.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir, 8-10 Nisan 2004
4. Küçükdeveci A.: Rehabilitasyonda yaşam kalitesi.Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 51:(Özel Ek B), 2005
5. Testa M.A., Simonson D.C.: Assesment of quality of life outcomes. New England Journal of Medicine, 334(13):835-40, 1996
6. Staniszewska S.: Measuring quality of life in the evaluation of healt care. Nursing Standart, 12 (17):36-39, January 1998
7. Fitzpatrick R., Fletcher A., Gore S., Jones D., Spiegelhalter D., Cox D.: Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. BMJ, 305: 1074-77,1992
8. Şelimen D., Akgün M., Erdim A.: Stoma Bakımı. Marmara Üniversitesi Teknik Eğitim Fakültesi Döner Sermaye İşletmesi Matbaa Birimi, İstanbul,1998
9. Birol L.: Hemşirelik Süreci. 3. baskı, S 10-13, Etki Matbaacılık, İzmir,1997
10. Turnbull G.B.: The Ostomy Files: Life is about choice. Ostomy Wound Management , 51(12):10-12 , 2005

11. Weerakoon P.: Sexuality and the patient with a stoma. *Sexuality and Disability*, 19 (2) :121-129, 2001
12. Black P.: Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *British Journal of Nursing* 13 (12) : 692-697, 2000
13. Junkin J., Beitz J.M., Colwell J.C.: Sexuality and the person with a stoma: Implication for comprehensive WOC nursing practice. 32(2) :121-128, 2005
14. White C.: Psychological management of stoma related concerns. *Nursing Standard*, 12(36):35-38,1998
15. Hurny C., Holland J.: Psychosocial sequelae of ostomies in cancer patients, *CA-A Cancer Journal for Clinicians*, 35(3):170-178, 1985
16. Sucu N.: Abdominal stomalı hastaların bireysel özellikleri ile benlik saygıları arasındaki ilişki. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1998
17. Piwonka M.A., Merino J.M.: A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *JWOCN*, 26:298-305,1999
18. Marguis P., Marrel A., Jambon B.: Quality of life in patients with stomas: The Montreux Study. *Ostomy Wound Manage*, 49 (2): 48-55, 2003
19. Bekkers M.J.T.M., Knippenberg F.C.E., Dulmen A.M., Burne H.W., Henegouwen, G.P.: Survival and psychological adjustment to stoma surgery and nonstoma bowel resection: A 4- year fallow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(3) : 235-244, 1997
20. Sprangers M.A.G.,Taal B.G., Aaronson N.K., Velde A.: Quality of life in colorectal cancer. *Dis Colon Rektum*, 38 (4): 361-369, 1995

21. Rubin G.P., Devlin H.B.: The quality of life with stoma. British Journal of Hospital Medicine, 38:300-306, 1987
22. Keightey M.R. B., Williams N.S., Tindall B. :Surgery of the Anus, Rectum and Colon, volum 1, W.B.Soundders Company,London, 1993
23. Nugent K.P., Daniels P., Stewart B.S.R.N., Patankar R., Johnson C.D., M.Chir.: Quality of life in stoma patients. Dis Colon Rektum, 42(12):1569-1574, 1999
24. Follick M.J., Smith T.W., Turk D.C.: Psychosocial adjustment following ostomy. Health Psychology, 3(6):505-517, 1984
25. Turnbull G.B.: The Ostomy Files: Psychological adjustment after ostomy surgery: What do we know?. Ostomy/Wound Management , 51(4) :12-14, 2005
26. Çavdar İ.: Kolostomili Hastaların Kolostomilerine Uyumlarında Hemşirelik Eğitiminin Etkinliği. İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1999
27. Şelimen D.: Stomalı hastalara genel bir bakış.I. Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu, S 3-4, Özar Matbaacılık, İstanbul, 1997
28. Black P.: Practical stoma care. Nursing Standard, 14(41): 47-53, 2000
29. Erkoç E.U., Alabaz Ö., Karadağ A.: Stoma .Ed: Alemdaroğlu K., Akçal T., Buğra D., Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları.,S. 309-329, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, 1.Baskı, İstanbul, 2003
30. Hyland J.: The Basics of ostomies. Gastroenterology Nursing, 25(6);241- 244, 2002
31. Dewit S.C.: Keane's Essential of Medical-Surgical Nursing.,s. 611-627, B.Saunders Company, Third Edition, ,United State of America, 1992

32. Sökücü N.: Stoma endikasyonları ve komplikasyonları. I.Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu, Özar Matbaacılık, İstanbul,1997;9-12
33. Değertekin H., SarıY., Arslan A., Akgül Y.,Büyükbayram H.: Age and sex distribution of colorectal carcinoma in the southeast of Turkey. The Turkish Journal of Gastroenterology, 10(2) :15-19,1999
34. Turnbull G. B.: Sexual Counselling: The Forgotten aspect of ostomy rehabilitation. Journal of Sex Education and Therapy , 26(3):189-195, 2001
35. Corman M.L. : Colon & Rectal Surgery, s.1077-1149, Third Edition, J.B.Lippincott Company, Philadelphia, 1993
36. Hatipoğlu S.: Stomaların tarihi gelişimi. Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu, Özar Matbaacılık, İstanbul, 1997;5-7
37. Turnbull G.B.: The Ostomy Files:What Ostomy Patients Still Don't Know 54 Years Later. Ostomy/Wound Management, 50 (11): 24-25, 2004
38. Breakey J.W.: Body image:The inner mirror. Journal of Prosthetics and Orthotics, 9(3):107-112,1997
39. Hanley F.: The Dinamic body image and the moving body: A Theoretical and empirical investigation. School of Psycholocg Faculty of Arts Victoria University, Degree of Doctor of Philosophy, Melbourne, 2004
40. Arıcan Z.: Meme Cerrahisi Sonrası Adjuvan tedavi Almış Meme Kanserli Kadınlarda Psikoseksüel Durum ve Vücut İmajı Açısından Yaşam Kalitesi Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir, 2002

41. Cohen A.: Body image in the person with a stoma. *Journal Enterostomal Therapy*, 18 (2):68-71,1991
42. Özaltın G.: Beden İmgesi Değişimine Yaklaşımlar. ESO Onkoloji Hemşireliği Kursu Programı, 5-7 Mayıs, Ankara, 1999
43. Persson E.: Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *JWOCN*, 29 (2) ;103-106, 2002
44. Carpetino-Moyet L.J.: *Handbook of Nursing Diagnosis*.2004.Çev: Erdemir F.: Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2005
45. Pınar R.: Diabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul,1995
46. Özyılkan Ö.: Yaşam Kalitesi Kavramı. ESO Onkoloji Hemşireliği Kursu Programı, 5-7 Mayıs, Ankara,1999
47. Cella D.F.: Quality of life:concepts and definition. *Journal of Pain-Symptom Management*, 9(3):186-192,1996
48. Addis G.: İleostomili ve Kolostomili Hastaların Taburculuk Sonrası Evde İzlemlerinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2000
49. Schipper H, Clinch J, Powell V.: Definitions and conceptual issues. In: Spilker B (ed.). *Quality of Life Assessment in Clinical Trials*.s. 11-24,New York, NY: Raven Pres, 1990
50. Padilla G.V., Presant C., Grant M.M.: Quality of life index for patients with cancer. *Res Nurs Healt*, 6:117-126, 1983

51. Pieper B., Mikos C., Grant T.R.D.: Comparing adjustment to an ostomy for three groups. *JWOC*,23:197-204,1996
52. Doughty D.: Principles of ostomy management in the oncology patient. *Journal of Supportive Oncology*, 3(1): 59-69, 2005
53. Colwell J.C.: Dealing with ostomies:Good care, good device, good quality of life. *The Journal of Supportive Oncology* , 3 (1) : 72-74 , 2005
54. Aksoy G.: Stomal Hastanın Bakımı, I. Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu, Özar Matbaacılık, İstanbul, 1997;13-19
55. Breeze J.: Stoma care-an update. *The Pharmaceutical Journal*, 256 (7125) :823-826, 2000
56. Barr J.E.: Feature:Part 1: Assessment and management of stomal complications: A Framework for clinical decision making. *Ostomy/Wound Management* , 50 (9) : 50-67, 2004
57. O'Shea H.S.: Teaching the adult ostomy patient. *J WOCN*, 28;47-54,2001
58. Turnbull G.B.: The Ostomy Files: Sexuality after ostomy surgery. *Ostomy/Wound Management*, 52 (3):14 -16, 2006
59. Ramer L.: Self-image changes with time in the cancer patient with a colostomy after operation. *Journals of ET Nursing*, 19:195-203, 1992
60. Wade B.E.: Colostomy patients:psychological adjustment at 10 weeks and 1 year after surgery in districts which employed stoma stoma-care nurses and districts which did not. *J Adv Nursing*, 15;1297-1304,1990

61. Klopp A.L.: Body image and self-concept among individuals with stomas. *Journal of Enterostomal Therapy*, 17: 98-105, 1990
62. Mac Donald L.D., Anderson H.R.: Stigma in patients with rectal cancer:a community study .*Journal epidemiol Community Health*, 38:284-290, 1984
63. World Health Organization (WHO). *Education and Treatment in Human Sexuality : The Training of Health Professionals* . Geneva, 1975
64. Black P.K.: Hidden problems of stoma care.*British Journal of Nursing*, 3:707-711,1994
65. Zmijewski H.C.: Sexual counseling by the ET nurse: If not you, then who?. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 29:184-185, 2002
66. Sprunk E.: The Impact of an Ostomy on Sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 4 (2) :85-88, 1999
67. Eti Aslan F.: Stomalı Hastaların Cinsel Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları, I. Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu, Özar Matbaacılık, İstanbul, 1997;30-32
68. Ito N., Tanaka M., Kazuma K., Colwell J.C.: Health-related quality of life among person living in Japon with a permanent colostomy, *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 32 (5):178-183, 2005
69. Rolstad B.S., Erwin-Toth P.: Peristomal skin complications: prevention and management. *Ostomy/Wound Manage*, 50(9):68–77, 2004
70. Parascandolo M.E.: Multiple ostomy complications in a patient with Crohn’s Disease : a case study. *JWOCN*, 28(5):236-243, 2001

71. Barr J.E.: Feature : Part 2: Assessment and management of stomal complications: A framework for clinical decision making. *Ostomy/Wound Management*, 50(9): 50 – 67, 2004

72. Colwell J.C. Stomal and peristomal complications. Ed: Cowell JC, Goldberg MR, Carmel JE., *Fecal & Urinary Diversions: Management Principles*.p308–325, St. Louis, Mo.: Mosby, 2004

73. Colwell J.C., Fichera A.: Care of the obese patient with an ostomy, *JWOCN*, 32(6): 378-383, 2004

74. Turnbull G.B.: The Ostomy Files:The position on preoperative stoma site positioning. *Ostomy/Wound Management* , 48 :22-24, 2002

75. Ware J.E., Sherbourne C.D.: The MOS 36-Item short-form health survey1: conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6):473-483, 1992

76. Morton D.G., Fielding J.W.: Surgery for colonic cancer. Bleiberg H., Rougier P., Wilke H.J.(Ed):*Management Colorectal Cancer*. Martin Dunitz. London, 84,1998

77. Martinez L.A.: Self care for stoma surgery : Mastering independent stoma-self care skill in an elderly woman .*Nursing Science Quarterly*, 18:1;66-69, 2005

78. Stryker S.J., Remberton J.H., Zinsmeister A.R.: Long- term results of ileostomy in older patients.*Dis Colon Rectum*, 28:844-6, 1985

79. Keltikangas-Jarvien L., Loven E., Möller C.: Psychic factors determining the long-term adaptation of colostomy and ileostomy patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 41:153-159, 1984

80. Turnbull G.B.:The Ostomy Files:A Canadian perspective on quality of life. *Ostomy/Wound Management* , 52(2): 8-10, 2006

81. Bass E.M, Del Pino A., Tan A.: Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum*, 40:440–442, 1997
82. Engel J., Kerr J., Schlesinger-Raab A., Eckel R., Sauer H., Hölzel D.: Quality of life in rectal cancer patients: A Four-year prospective study. *Annals of Surgery*, 238(2): 203-213, 2003
83. Rheaume A., Gooding B.A.: Social support, coping strategies, and long-term adaptation to ostomy among self-help group members. *J Enterostomal Ther.*, 18:11–15, 1991
84. Bartha I., Hajdu J., Kanyari Z., Damjanovich L.: Quality of post-colostomy patients. *Orv Hetil.*10:136-137, 1995
85. Londono-Schimmer E.E, Leong A.P, Phillips R.K.: Life table analysis of stomal complications following colostomy. *Dis Colon Rectum*, 37(9):916-20, 1994
86. Edwards D.P, Leppington-Clarke A., Sexton R.: Stoma-related complications are more frequent after transverse colostomy than loop ileostomy: a prospective randomized clinical trail. *Br J Surg*; 88(3):360-3, 2001
87. Karadağ A.,Menteş B., Ayaz S.: Colostomy irrigation: results of 25 cases with particular reference to quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 479–485, 2005
88. Turnbull G.B.: The Ostomy Files: A look at the purpose and outcomes of colostomy irrigation. *Ostomy/Wound Management*, 49(2):19-20, 2003
89. Borwell B.:Psychological considerations of stoma care nursing. *Nursing Standards*,11(48):49-53, 1997

90. Burnham W.R.,Lennard –Jones J.E., Brooke B.N.: Sexual problems among married ilostomists.Gut 18:673-677, 1977
91. Gürkan H .: Stomalı bireylerin taburculuk sonrası sorunlarını saptamaya yönelik retrospektif bir çalışma. VII. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongre Özet Kitabı, ss 176, Antalya, 1999
92. Mihalopoulos N., Trunnell E.P., Ball K., Moncur C. :The psychologic impact of ostomy surgery on persons 50 years of age and older. J Wound Ostomy Contenance Nurs, 21:149–155,1994
93. Walsh B.A., Grunert B.K., Telford, G.L., Otterson M.F.: Multidisciplinary management of altered body image in the patient with an ostomy, J Wound Ostomy Contenance Nurs, 22: 227-236, 1995

10. ÖZGEÇMİŞ

1964 yılında Bulgaristan’da doğdu. İlkokul, Orta öğrenim ve Liseyi İstanbul’da bitirdi.

- 1981- 1986 Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Lisans eğitimi
- 1986- 1989 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesinde Çocuk Hastalıkları Kliniği - Hemşire
- 1989- 1992 SISATEV Görüntüleme Merkezi-Sorumlu hemşire
- 1992-1994 Bayındır Hastanesi Poliklinik/Radyoloji -Sorumlu hemşire
- 1994-1998 SSK Ankara Hastanesi Beyin Cerrahi Kliniği- Hemşire
- 1998-2001 MESA Hastanesi Projesi- Danışman hemşire
- 2001-2002 SSK Ankara Çocuk Hastanesi - Eğitim hemşiresi
- 2002-2006 S.B.Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Eğitim hemşiresi olarak görev yapmaktadır.



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Sayı :568
Konu : Yüksek lisans tezi hakkında

Tarih: 24. 08. 2005

SAĞLIK BAKANLIĞI
OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞTABİBLİĞİ' NE

Danışmanı olduğum Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü' ne bağlı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi olan Sevginaz MUTLU' nun " Kalıcı abdominal stomalı hastalarda beden imajı değişiminin yaşam kalitesine etkisi" konulu tez çalışmasını kurumunuzda yapabilmesi için gereğini saygılarımla arz ederim.

Hast. md.
Cerrahi Koordinatör
görevine sunarım.

S.B. Okmeydanı E.A. Hastanesi
Uzm. Dr. Hayri ÖZGÜZEL
Pazın Sokakı No: 17800
06010 Beşiktaş / İstanbul

Prof. Dr. Deniz SELİMEN
Müdür



Baştabibliğe;
Yapılan ameliyat sonrası
Klinik üssü ile ilgili olarak
Bazı sorulara cevap olarak
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞTABİBLİĞİ
DR. NAZİLİ SARI
Cerrahi Uzman
KLİNİK ŞEFİ
T.C. No: 14216 / 17800
06010 Beşiktaş / İstanbul
TEL. 0312 21439



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı** çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi 28 / 11 / 2006

İMZA


Tez Danışmanı : Prof.Dr.Deniz ŞELİMEN
Üniversitesi : Marmara

Üye : Prof.Dr.Fatma ETİ ASLAN
Üniversitesi : Marmara

Üye : Prof.Dr.Necmettin SÖKÜCÜ
Üniversitesi : İstanbul

ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...11... / ...01... / 2007 tarih ve ...3... sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof.Dr.Sevim ROLLAS
Müdür