T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

STOMASI KAPATILAN BİREYLERDE PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİNİN BAĞIRSAK BOŞALTIM SORUNLARI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Dilek AKTAŞ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2020

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

STOMASI KAPATILAN BİREYLERDE PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİNİN BAĞIRSAK BOŞALTIM SORUNLARI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Dilek AKTAŞ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2020

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Stoması Kapatılan Bireylerde Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bağırsak Boşaltım Sorunları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Dilek AKTAŞ

Doktora Tezi

31.08.2020

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI
İkinci Tez Danışmanı
Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA

Jüri Üyeleri
Prof. Dr. Hülya BULUT
Prof. Dr. Erdem KARABULUT
Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI
Dr. Öğr. Üyesi Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER
Dr. Öğr. Üyesi Gülay YAZICI

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Doktora derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Seyfullah Oktay ARSLAN
Enstitü Müdürü

Bu tezin Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.
31.08.2020

Dilek AKTAŞ

Yaşamıyla ve hayata bakışıyla her zaman bana yol gösterici olan, kızı olmaktan gurur duyduğum, aramızdan erken yaşta ayrılan, en büyük kaybım olan babama ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca değerli yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, pozitif bir rehber olan değerli hocam ve danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI'ya,

Her zaman değerli görüş ve önerilerini paylaşan, mesleki eğitimim sürecinde hep yanımda olan değerli hocam ve ikinci tez danışmanım Zehra GÖÇMEN BAYKARA'ya

Çalışmanın yapılandırılması ve izlenmesinde bilgi ve tecrübeleri ile katkıda bulunan değerli tez izlem komitesi üyeleri Sayın Prof. Dr. Hülya BULUT ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER'e,

İstatistiksel değerlendirmelerde yardımını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Erdem KARABULUT'a

Eğitim kitapçığı görsellerinin hazırlanmasında katkıda bulunan Arş. Gör. Dr. Erdal CEYLAN'a

Uzman görüşleri ile katkıda bulunan tüm değerli hocalarıma,

Çalışmaya katılmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalarıma,

Doktora eğitimim boyunca sağlamış olduğu burstan dolayı TUBİTAK'a

Bu süreçte yanımda olan arkadaşlarıma,

Manevi desteğini esirgemeyen, her zaman beni motive eden amcama,

Her daim yanımda olan, destekleyen, yol gösteren, sevinç ve üzüntülerimi paylaşan, başaracağıma benden daha çok inanan canım arkadaşım Esra TAYAZ'a

Hayatımın her döneminde beni destekleyen ve hayallerimin peşinde gitmemi sağlayan hayattaki en değerli varlığım anneme ve kardeşime

En içten duygularımla sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....iv
ABSTRACT.....v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....vii
TABLOLAR DİZİNİ.....viii
1. GİRİŞ.....1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....1
1.2. Araştırmanın Amacı.....4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....4
2. GENEL BİLGİLER.....5
2.1. Kolorektal Kanserler ve Stoma.....5
2.2. Stoma Kapatılması Sonrası Bağırsak Boşaltım Sorunları.....6
2.3. Bağırsak Boşaltım Sorunlarının Değerlendirilmesi.....7
2.3.1. Hasta Öyküsü.....7
2.3.2. Anorektal Manometre.....8
2.3.3. Endoanal ve Endorektal Ultrasonografi.....8
2.3.4. Perineal Ultrasonografi.....8
2.3.5. Manyetik Rezonans.....8
2.3.6. Elektromiyografi.....9
2.3.7. Defekografi.....9
2.3.8. Pudendal Sinir Terminal Motor Latansı.....9
2.4. Bağırsak Boşaltım Sorunlarında Tedavi.....9
2.4.1. Farmakolojik Konservatif Tedavi.....9
2.4.2. Cerrahi Tedavi.....10
2.4.3. Nonfarmakolojik Konservatif Tedavi.....10
2.4.3.1. Diyet.....10
2.4.3.2. Bağırsak Eğitimi.....10
2.4.3.3. Biyofeedback.....11
2.4.3.4. Elektrik stimülasyonu.....11
2.4.3.5.Pelvik Taban Kas Egzersizi.....11
2.5.Bağırsak Boşaltım Sorunlarında Hemşirelik Bakımı.....13

2.6. Stoma Kapatılması ve Yaşam Kalitesi 15
2.7. Stoması Kapatılan Bireylerin Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Eğitimi 16
3. MATERYAL VE YÖNTEM 18
3.1. Araştırmanın Şekli 18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 20
3.4. Veri Toplama Araçları 22
3.4.1. Bireye İlişkin Veri Toplama Formu 23
3.4.2. Bağırsak Boşaltım Alışkanlıklarına ve Psikososyal Sorunlara İlişkin Değerlendirme Formu 23
3.4.3. Wexner Skalası. 24
3.4.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 24
3.4.5. Deney grubu Görüşme ve Egzersiz Takip Formu 25
3.4.6. Kontrol Grubu Görüşme Formu 26
3.4.7. Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı 26
3.5. Araştırmanın Uygulanması 26
3.5.1. Araştırmanın Hazırlık Aşaması 26
3.5.2.Veri Toplama Araçlarının Kapsam ve Yapı Geçerliği 28
3.5.3. Araştırmanın Ön Uygulama Aşaması 28
3.5.4. Araştırmanın Uygulama Aşaması 29
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu 31
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 32
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 32
4. BULGULAR 33
5. TARTIŞMA 61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 67
6.1. Sonuç 67
6.2. Öneriler 68
7. KAYNAKLAR 69
8. EKLER 84
EK-1. Bireye İlişkin Veri Toplama Formu 84
EK-2. Bağırsak Boşaltım Alışkanlıklarına ve Psikososyal Sorunlara İlişkin Değerlendirme Formu 87

EK-3. Wexner Skalası 89
EK-4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 90
EK-5. Deney grubu Görüşme ve Egzersiz Takip Formu 93
EK-6. Kontrol Grubu Görüşme Formu 94
EK-7. Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı 95
EK-8. Stoması Kapatılan Erkekler İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı 117
EK-9. Wexner Skalası Kullanım İzni 139
EK-10. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni 140
EK-11. Etik Kurul Onay Formu 141
EK-12. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Uygulama İzni 143
EK-13. Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma Uygulama İzni 144
EK-14. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma Uygulama İzni 145
EK-15. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma Uygulama İzni 146
EK-16. Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma Uygulama İzni 147
EK-17. Deney grubu Bilgilendirilmiş Onam Formu 148
EK-18. Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Onam Formu 150
EK-19. Özgeçmiş 152

ÖZET

Stoması Kapatılan Bireylerde Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bağırsak Boşaltım Sorunları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Bu araştırma, stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin bağırsak boşaltımına ilişkin sorunlara ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmış randomize kontrollü deneysel çalışmadır.

Araştırma Ankara'da dört hastanenin genel cerrahi yataklı servislerinde, stoması kapatılan bireyler ile yapılmıştır (n=34). Deney grubundaki hastalara Roy Adaptasyon Modeline göre planlanmış pelvik taban kas egzersizi eğitimi verilmiştir. Araştırmada veriler BİVTF, BBAPSDF, WS, SF-36, DGGETF, KGGF kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve normallik varsayımına göre bağımsız gruplarda t-testi, Mann- Whitney U testi, Friedman test, süreklilik düzeltmeli Pearson-$\chi 2$, Fisher'in kesinlik testi, Cochran-Q test istatistikleri kullanılmıştır.

Araştırmanın bulgularında; stoma kapatılması sonrasında deney grubunda gerçekleştirilen pelvik taban kas egzersizlerinin defekasyon sayısı, Wexner Skalası puanı, gece defekasyon ihtiyacı, tam boşaltamama, defekasyon sırasında ağrı sorunlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azalttığı belirlenmiştir. Aynı zamanda bu egzersizlerin bağırsak boşaltım sorunlarına bağlı yaşanan psikososyal sorunlar, aile ilişkilerinde yaşanan sorunlar ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak; stoması kapatılan hastaların yaşadıkları boşaltım sorunlarının azaltılmasında, hastaların psikososyal iyilik halinin ve yaşam kalitesinin arttırılmasında pelvik taban kas egzersizlerinin etkili olduğu görülmektedir. Bu sebeple stoması kapatılan hastalara eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, taburculuk eğitimine pelvik taban kas egzersizlerinin eklenmesi, hastaların pelvik taban kas egzersizlerini etkin ve düzenli uygulaması yönünde teşvik edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Boşaltım sorunları, hemşire, pelvik taban kas egzersizi, roy adaptasyon modeli, stoma kapatılması, yaşam kalitesi

ABSTRACT

The Effect of Pelvic Floor Muscle Exercises on Bowel Excretion Problems and Quality of Life among Individuals whose Stoma was Closured

This study is a randomized controlled experimental study that was carried out to evaluate the effect of pelvic floor muscle exercises on bowel excretion problems and quality of life in individuals whose stoma was closured.

The study was conducted in general surgery inpatient wards of four hospitals with individuals whose stoma was closured (n = 34). The patients in the experimental group were given pelvic floor muscle exercise training which planned according to the Roy Adaptation Model. Data was collected by using BİVTF, BBAPSDF, WS, SF-36, DGGETF, KGGF. In the evaluation of the data, descriptive statistics and Independent Sample-t test, Mann-Whitney U test, Friedman test, Pearson-$\chi 2$ with continuity correction, Fisher Exact test, Cochran-Q test statistics were used according to normality assumption.

In the results; it was determined that pelvic floor muscle exercises performed in the experimental group after stoma closure significantly decreased the number of defecations, the Wexner Scale score, the need for night defecation, incomplete emptying, and pain problems during defecation compared to the control group. Furthermore, it was found that these exercises had a positive impact on psychosocial problems due to bowel excretion problems, problems in family relationships and quality of life.

As a result; it was observed that pelvic floor muscle exercises were effective in reducing the excretion problems, increasing the psychosocial well-being and increasing the quality of life of patients whose stoma was closured. Therefore, it is recommended to provide training and consultancy services to patients whose stoma is closured, to add pelvic floor muscle exercises in discharge training and to encourage patients to perform pelvic floor muscle exercises effectively and regularly.

Keywords: Excretion problems, nurse, stoma closure, pelvic floor muscle exercise, roy adaptation model, quality of life

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BBAPSDF	: Bağırsak Boşaltım Alışkanlıklarını ve Psikososyal Sorunları Değerlendirme Formu
BİVTF	: Bireye İlişkin Veri Toplama Formu
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DGGETF	: Deney grubu Görüşme ve Egzersiz Takip Formu
GLOBACAN	: Küresel Kanser İnsidansı, Mortalite ve Prevalans
KGGF	: Kontrol Grubu Görüşme Formu
SF-36	: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği
WS	: Wexner Skalası

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Çalışmaya dahil edilen bireylerin tabakalı blok randomizasyona göre dağılımı.....21

Şekil 3.2. CONSORT akış diyagramı 22

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Roy adaptasyon modeline göre pelvik taban kas egzersiz eğitim planı ...27

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri 33

Tablo 4.2. Hastaların sağlık ve hastalık durumuna ilişkin özellikleri 34

Tablo 4.3. Hastaların stoma kapatılmasına ilişkin özellikleri 36

Tablo 4.4. Hastaların izlem sürelerine göre günlük defekasyon sayıları 37

Tablo 4.5. Hastaların izlem sürelerine göre boşaltım sorunları 39

Tablo 4.6. Hastaların izlem sürelerine göre boşaltım sorunları sıklıkları 45

Tablo 4.7. Hastaların izlem sürelerine göre boşaltım sorunlarına bağlı psikososyal sorunları 49

Tablo 4.8. Hastaların izlem sürelerine göre Wexner Skalası puanları.....53

Tablo 4.9. Hastaların izlem sürelerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları.55

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kolorektal kanserler dünyada ve ülkemizde en sık karşılaşılan kanser türleri arasında yer almaktadır (1,2). Dünya Sağlık Örgütü Kanser Araştırmaları Ajansı küresel kanser insidansı, mortalite ve prevalans (GLOBACAN) 2018 verilerinde dünyada 1 849 518 kişide kolorektal kanser görüldüğü, 880 792 kişinin kolorektal kanser nedeni ile hayatını kaybettiği belirtilmiştir (1). Ülkemizde ise 20 031 kişide kolorektal kanser görüldüğü, 7 971 kişinin kolon kanseri, 2 025 kişinin rektum kanseri nedeni ile hayatını kaybettiği bildirilmektedir (2). Kanserin erken dönemde belirlenip tedavi edilmesi mortalite ve morbiditenin azaltılmasında etkilidir (3, 4). Kolorektal kanserlerin tedavisinde ise öncelikli tedavi cerrahidir (5, 6). Cerrahi tedavide dışkı drenajını sağlamak, anastomozu dışkı akımından korumak, tümörün tam çıkarılamadığı durumlarda semptomları ve komplikasyonları azaltmak amacı ile stoma oluşturulmaktadır (7, 8). Stomalar kalıcı veya geçici olabilmektedir. Geçici stomalar, stoma açılmasını gerektiren durum ortadan kalktıktan sonra kapatılmaktadır (7, 9, 10).

Geçici stomaların kapatılması küçük bir ameliyat gibi algılansa da ameliyat sonrası dönemde çeşitli komplikasyonlara (11–13) ve hastaların yaşamlarında olumsuz etkilere neden olabilmektedir (14). Bu sorunlardan birisi de bağırsak boşaltım fonksiyonlarında değişimdir. Bağırsak boşaltım fonksiyonlarında değişim kolorektal cerrahiye bağlı olarak anorektal yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişimler (15–17), kemoterapi (18), radyoterapi (19–22), stoma ile boşaltımın sürdürüldüğü sürede pelvik taban ve anal sfinkter kaslarının kullanılmaması(23, 24), kas gücünde ve bağırsak kontraksiyonlarında azalma (25) nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Kolorektal cerrahi sonrasında karşılaşılan bağırsak boşaltımına ilişkin sorunlar fekal inkoninans (14, 21, 26–32), sık defekasyon (14, 26, 29, 32–35), ani defekasyon hissi (26, 27, 31, 32, 34, 36), bağırsak boşaltımını tam sağlayamama (14, 26, 27, 31, 34, 36), perianal ağrı (27, 32), gece defekasyona çıkma (26, 35, 37), aşırı gaz (27, 36), defekasyonu ertelemede güçlük (31, 34) olarak sıralanabilir. Camilleri-Brennan ve Steele'in yapmış oldukları çalışmada, stoması kapatılan hastaların ameliyat sonrası erken dönemde % 50.0'ının sık defekasyon, %70.0'ının fekal

inkontinans sorunu yaşadığı saptanmıştır (38). Siassi ve ark. yapmış oldukları çalışmada stoması kapatılan hastaların %79.4'ünün sık defekasyona çıkma, %58.8'inin ani sıkışma hissi, %47.1'inin diyare ve %50.0'ının fekal inkontinans yaşadığını belirtmiştir (14). Lin ve ark. yaptıkları çalışmada ise stoma kapatılması sonrasında bir yıldan daha az süre geçen hastaların %51.3'ünün orta düzeyde fekal inkontinans sorunu yaşadığı belirtilmiştir (39). Literatürde stoması kapatılan hastalar ile yapılan nitel çalışmalarda hastalar bağırsak fonksiyonları ile ilgili defekasyon sıklığında artış, bağırsak boşaltımını tam sağlayamama, gece defekasyon, fekal inkontinans, perianal ağrı, ani defekasyon hissi sorunları yaşadığını ifade etmiştir (26, 32, 35, 40) . Hastaların boşaltım fonksiyonlarına ilişkin yaşadıkları sorunlar beraberinde psikososyal sorunlara neden olmaktadır. Hastalar yaşadıkları sorunlar nedeniyle günlük yaşam aktitivitelerini sürdürmekte zorlanmakta (35), sosyal hayatlarını sınırlandırmakta (40), yaşam tarzlarını değiştirmekte (35), iş yaşamları (26), eşleri ile olan ilişkileri (35) ve yaşam kaliteleri (21, 41–44) olumsuz etkilenmektedir.

Kolorektal cerrahi sonrasında karşılaşılan bağırsak boşaltım sorunlarının tedavisinde standart bir rehber olmamakla birlikte (45) konservatif tedavi yöntemleri (45, 46) ya da cerrahi tedavi (47, 48) uygulanmaktadır. Hastaların bağırsak boşaltım sorunlarının tedavisinde tercih edilen konservatif tedavi yöntemlerinden birisi de pelvik taban kas egzersizleridir (46). Pelvik taban kas egzersizleri kas kuvvetini, koordinasyonunu ve kasılmaların zamanlamasını yeniden sağlamayı, anal sfinkterde dahil olmak üzere pelvik kasları inerve eden sinirleri uyarmayı, doku sağlığını arttırmak için bağırsaklara olan kan akışını arttırmayı amaçlamaktadır (49, 50). Literatürde pelvik taban kas egzersizlerinin kolorektal cerrahi geçiren hastalarda anorektal fonksiyonlar üzerine yarar sağladığı ve bağırsak fonksiyonlarının iyileşmesinde etkili olabileceği belirtilmektedir (29, 51–53). Lin ve ark stoma kapatılması sonrasında pelvik taban kas egzersizlerinin fekal inkontinans düzeyine etkisini değerlendirdikleri çalışmada ameliyat sonrası ilk altı ayda egzersiz uygulayan grupta fekal inkontinans düzeyini anlamlı oranda düşük bulmuştur (54). Hung ve ark. stoması kapatılan hastalar ile yapmış olduğu çalışmada pelvik taban kas egzersizleri uygulayan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülmektedir (28).

Ameliyat sonrası hastaların fiziksel ve psikososyal sorunların azaltılmasında,

yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde hemşirelerin önemli rol ve sorumlulukları vardır. Bağırsak boşaltımı toplumda tabu olarak görüldüğü için hastalar sorunlarını paylaşmaktan kaçınmaktadırlar (32, 46). Bu nedenle hemşireler hastaların karşılaşabileceği sorunları ve bu sorunların hastanın fiziksel, psikososyal sağlığı üzerine etkisini değerlendirmelidir (35, 45, 55). Tedavi sürecinde hemşireler hastanın tedavi planına yönelik eğitim programlarına destek vermeli (33) ve bireylerin takibini sağlamalıdır (45). Konservatif tedavi yöntemleri içerisinde yer alan pelvik taban kas egzersizleri hemşirenin tek başına karar verip uygulayabileceği bağımsız rolleri arasındadır (56). Pelvik taban kas egzersizlerinin yararlı olabilmesi için egzersizler sırasında doğru kasların kullanılması (49, 57) ve egzersizlere düzenli olarak devam edilmesi gerekmektedir (58). Bu nedenle hemşireler hastalara pelvik taban kas egzersizlerini öğretmeli, hastalara eğitim ve danışmanlık vermelidir (45).

Literatürde pelvik taban kas egzersizlerinin stoması kapatılan hastaların boşaltım sorunlarını ve yaşam kalitesine etkisini değerlendiren çok az çalışmaya rastlanmıştır (28, 54). Ülkemizde ise stoması kapatılan hastaların yaşadıkları bağırsak boşaltım sorunları ve bu sorunlar üzerine pelvik taban kas egzersizlerinin etkisine yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma, stoması kapatılan hastalarda pelvik taban kas egzersizlerinin bağırsak boşaltımına ilişkin sorunlara ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacı yapılmıştır. Çalışmada stoması kapatılan hastaların bağırsak boşaltım sorununa neden olan faktörlerin belirlenmesi, uygun şekilde eğitim verilmesi, olumlu adaptasyon biçimlerinin sağlanması açısından hastalara Roy adaptasyon Modeli'nden yararlanılarak geliştirilen eğitim verilmiştir. Roy adaptasyon modeline dayalı olarak sistematik bir yaklaşımla öğretilen pelvik taban kas egzersizlerinin stoması kapatılan hastaların bağırsak boşaltım sorunlarının azaltılmasında ve yaşam kalitelerinin arttırılmasında fayda sağlaması ön görülmüştür. Aynı zamanda çalışmanın ülkemizde stoması kapatılan hastaların yaşadıkları bağırsak boşaltım sorunlarına yönelik farkındalık sağlayacağı, bu hastalar ile çalışan hemşirelerin hastalara eğitim ve danışmanlık vermelerinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin bağırsak boşaltımına ilişkin sorunlara ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H0-1: Stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin bağırsak boşaltım sorunları üzerine etkisi yoktur.

H1-1: Stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin bağırsak boşaltım sorunları üzerine etkisi vardır.

H0-2: Stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin fekal inkontinans üzerine etkisi yoktur.

H1-2: Stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin fekal inkontinans üzerine etkisi vardır.

H0-3: Stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin bağırsak boşaltım sorunlarına bağlı psikososyal sorunlar üzerine etkisi yoktur.

H1-3: Stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin bağırsak boşaltım sorunlarına bağlı psikososyal sorunlar üzerine etkisi vardır.

H0-4: Stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi yoktur.

H1-4: Stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kolorektal Kanserler ve Stoma

Kolorektal kanserler kanserle ilişki morbidite ve mortalitenin en önemli sebeplerinden biridir (59). Dünya Sağlık Örgütü Kanser Araştırmaları Ajansı GLOBACAN (Tahmini Dünya Kanser İnsidansı Ölümleri ve Sıklığı) 2018 verilerinde 1 849 518 kişide kolorektal kanser görüldüğü, 880 792 kişinin kolorektal kanser nedeni ile hayatını kaybettiği belirtilmiştir. Kolorektal kanser görülme sıklığı tüm kanserler arasında %10.2 ile 3. sırada ve kansere bağlı ölümler arasında ise %9.2 ile 2. sırada yer almaktadır (1). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı 2018 verilerine göre kolorektal kanserler erkeklerde ve kadınlarda 3. sırada yer almaktadır (60).

Kolorektal kanserler, erken dönemde tanılandığında çoğunlukla tedavi edilebilmekte ve sağ kalım oranı artmaktadır (3, 4). Kolorektal kanserlerin tedavisi tümörün evresine, lokalizasyonuna ve hastanın durumuna göre değişiklik göstermektedir (61). Kolarektal kanserlerin tedavisinde cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi yöntemleri tercih edilmektedir (61, 62). Ancak öncelikli yaklaşım, cerrahi tedavidir (5, 6). Rezeksiyon sonrası proksimal ve distal barsak segmentlerinin anastomozu ile gastrointestinal sistemin devamlılığı sağlanmaktadır (8). Gastrointestinal devamlılığın sağlanamadığı durumlarda dışkı drenejanı sağlamak, tümörün cerrahi girişimle tam olarak çıkartılamadığı durumlarda semptomların azaltılması ya da komplikasyonların önlenmesi ve rezeksiyonun distal kısmındaki riskli bir anastomozun iyileşme sürecinde anastomozun dışkı akımından korunması amaçlarıyla stoma oluşturulabilmektedir (7, 8).

Kolorektal kanser tedavisi için oluşturulan stomalar açıldığı bölgeye ve stomanın süresine göre adlandırılmaktadır (7, 9, 10):

-Kalın bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılması kolostomi, ince bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılması ileostomi olarak adlandırılır.
-Stomalar süresine göre ise kalıcı ve geçici stomalar olarak iki grupta ele alınır. Anüs ve rektumun çıkarılması gereken vakalarda stoma kalıcı olarak açılmaktadır ve birey yaşantısını stoma ile sürdürmek zorundadır. Bağırsağın devamlılığının tekrar sağlanabileceği durumlarda önlem amacı ile geçici stomalar tercih edilmektedir.

Geçici stomalar akut durum ortadan kalkınca kapatılmaktadır ve birey eski boşaltım alışkanlığına dönmektedir.

2.2. Stoma Kapatılması Sonrası Bağırsak Boşaltım Sorunları

Kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastalara, hastalığın özelliğine göre loop, double barrel veya Hartmann prosedürleri şeklinde geçici stomalar açılmaktadır (7). Geçici stomalar bağırsak geçişinin normal yolundan saptırılarak barsağın distal kısmının dinlenmeye alınması için uygulanmaktadır. Bağırsağın devamlılığının tekrar sağlanması için geçici önlem olarak uygulanan bu stomalar, açılmasına neden olan durum ortadan kalktıktan sonra kapatılmaktadır (7). Stomanın kapatılması hekim bakış açısına göre küçük bir cerrahi işlem olarak görülse de çeşitli komplikasyonlara (11–13) ve hastanın günlük yaşamı üzerinde olumsuz etkiye neden olabilir(14). Kolorektal kanser cerrahisi uygulanan ve stoması kapatılan hastalarda bağırsak fonksiyonları önemli ölçüde değişmekte (26, 27) ve bağırsak boşaltımına ilişkin sorunlarla sıkça karşılaşılmaktadır (14, 26, 32, 33, 63, 64).

Kolorektal kanser cerrahisinde iç ve dış anal sfinkterlerin yapısının bozulması ile; anorektal reflekslerde değişiklik (15) , kas yapılarının hasar görmesi(16), rektal komplians ve kapasitede azalma (15), rektumun fonksiyonel uyumluluğunda bozulma (17), anal his kaybı (35) bağırsak boşaltım sorunlarının ortaya çıkmasına neden olur. Stoma süresince pelvik taban kaslarında atrofi (23), villuslarda atrofi (25), kas gücünde ve bağırsak kontraksiyonlarda azalma (25) meydana gelir. Stoma süresince pelvik taban ve sfinkter kaslarının uzun süre kullanılmaması (24), stomaya bağlı ortaya çıkan yapısal ve fonksiyonel sorunlar (46) da bağırsak boşaltım sorunlarına neden olmaktadır. Ayrıca kolorektal kanser tedavisinde uygulanan kemoterapi (18) ve radyoterapi (19–22) bağırsak boşaltım sorunlarında artışa neden olmaktadır.

Literatürde kolorektal kanser cerahisi geçiren hastaların fekal inkontinans (14, 21, 26–29), ani defekasyon hissi (14, 26, 27, 31, 32, 34, 36), dışkıyı tam boşaltamama (26, 27, 31, 34, 36), defekasyon sıklığında artış (14, 26, 29, 32–35, 40), diyare (14, 27, 36, 37), perianal ağrı (27, 32, 40), gece defekasyona çıkma (26, 35, 37, 40), aşırı gaz (27, 36) ve defekasyonu ertelemede güçlük (31, 34) gibi sorunlar yaşadığı belirtilmiştir. Bağırsak fonksiyonundaki değişiklik zamanla azalmasına rağmen uzun süre devam etmektedir. Taylor ve Morgan stoma kapatılması sonrası yaşanan bağırsak

boşaltım sorunlarının, ilk üç ayda şiddetlendiğini ve bir yıldan uzun sürdüğünü belirtmiştir (41). Tan ve ark'nın. kolorektal kanser nedeniyle cerrahi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada, bağırsak boşaltım sorunlarının üçüncü aya kadar şiddetlendiği belirtilmiştir (33). Kinoshita ve ark.'nın rektum kanseri nedeni ile sfinkter koruyucu cerrahi uygulanan hastalar ile yapmış olduğu çalışmada ise bağırsak boşaltım sorunlarının ameliyattan bir ay sonra önemli oranda kötüleştiği, altı ay sonra ise önemli oranda düzeldiği belirtilmiştir (43). Lai ve ark.'nın yapmış olduğu derlemede rektal kanser nedeni ile ameliyat olan hastalarda ameliyattan beş yıl sonra hastaların % 5.00-63.00'ının bağırsak problemleri yaşadıkları, bu sorunların özellikle ilk altı ay içinde daha şiddetli olduğu ve bir yıl sonra stabilize olduğu sonucuna ulaşılmıştır (65).

2.3. Bağırsak Boşaltım Sorunlarının Değerlendirilmesi

Hastaların bağırsak boşaltım sorunlarının değerlendirilmesinde, hasta öyküsünden (46, 66), anorektal manometriden (46, 66, 67), endoanal ve endorektal ultrosonografiden (46, 66), perineal ultrosonografiden (66), elektromiyografiden (66), manyetik rezonans görüntülemeden (46, 66), defakografiden (46, 66) ve pudendal sinir motor latansından (66–68) yararlanılmaktadır.

2.3.1. Hasta Öyküsü

Hasta öyküsü alınırken hemşire, önceki barsak alışkanlıkları, kronik hastalıkları, beslenme alışkanlığı, ilaç kullanımı, şikayetlerinin ne olduğu, ne zaman başladığı, şiddeti ve şikayetleri arttıran faktörleri sorgulamalıdır (69). Hastaların bağırsak aktivesinin belirlenmesinde defekasyon günlüğünden yararlanılabilir (46). Defekasyon günlüğünde günlük defekasyon sıklığı, dışkı yoğunluğu, ağrı düzeyi, defekasyonu etkileyen durumlar, inkontinans sayısı yer almalıdır (46). Aynı zamanda hastaların sorunlarının şiddetine yönelik değerlendirme yapabilmek için Wexner Skalası, Fekal İnkontinans Ciddiyet indeksi, St. Mark Skoru, Low Anterior Rezeksiyon Sendrom Skorlaması, Gastrointestinal Semptom Skalası, Memorial Sloan-Kettering Kanser Merkezi Bağırsak Fonksiyon Aracı gibi skorlama sistemleri kullanılabilir (70). Ülkemizde kullanım yönünden bakıldığında bu skorlama sistemlerinden Wexner Skalası'nın geçerlik çalışması (71), Fekal İnkontinans Ciddiyet

İndeksi'nin geçerlilik ve güvenirlilik çalışması (72) yapılmıştır.

2.3.2. Anorektal Manometre

Anorektal manometre, dinlenme halinde internal anal sfinkter basıncını, eksternal anal sfinkter ve puborektalis kasında istemli kontraksiyon ve sıkışma basıncını, anorektal inhibitör refleksi, anal sfinkterlerin ıkınma ile gevşeme yeteneğini, ıkınma sırasında ortaya çıkan basıncı, anal kanal uzunluğunu ve rektal duyuyu değerlendirmede kullanılmaktadır (46). Değerlendirme sırasında hastanın gluteal kaslarını kasması, sonucu etkileyebilmektedir (46).

2.3.3. Endoanal ve Endorektal Ultrasonografi

Endoanal ultrasonografi internal ve eksternal anal sfinkterlerin, puborektalis kasının ve diğer perine kaslarının; endorektal ultrasonografi ise rektum duvarının ve komşu pelvik organların görüntülenerek değerlendirilmesini sağlar. Sfinkter yaralanmaları ve istemli sfinkter kasılması endoanal ultrosonografide görüntülenebilmektedir (73, 74).

2.3.4. Perineal Ultrasonografi

Pelvik taban bozukluklarının ve perine hareketlerinin görüntülenmesi için kullanılmaktadır. Endoanal ultrasonografinin bulunmadığı durumlarda perineal ultrasonografiden yararlanılabilmektedir (75).

2.3.5. Manyetik Rezonans

Hastayı radyasyona maruz bırakmadan, pelvik taban anatomisini görselleştirilmesini sağlar. Endoanal ultrasonagrafiye alternatif olarak düşünülmektedir. Endoanal ultrosonografiden farklı olarak eksteranal anal sfinkter hasarının atrofisini belirlemeyi ve derecelendirmeyi sağlamaktadır (76).

2.3.6. Elektromiyografi

Sinir uyuarımlarına karşı kasın elektriksel aktiviteleri incelenir (77). Elektromiyografide eksternal anal sfinkter ve puborektalis kaslarındaki kronik kısmi denervasyonları gözlemlenebilmektedir (68).

2.3.7. Defekografi

Defekografi ile defekasyonun fonksiyonel durumu hakkında bilgi sağlanmaktadır. Ancak defekografi, tüm defekasyon yolunu göstermez. Bu nedenle hatalı sonuçlar olabileceği düşünülmektedir (66).

2.3.8. Pudendal Sinir Terminal Motor Latansı

Pudental sinirin terminal kısmına uyaranın iletilmesi için geçen sürenin gecikip gecikmediği ölçülmektedir (78). Pudental sinir motor latansı, yaşla birlikte arttığı için değerlendirmede hastanın yaşına dikkat edilmelidir (73). Pudendal sinir motor latansının maksimum sıkma basıncı ile ilişkili olmaması ve normal latansın, anal sfinkterlerin ve puborektalis kas zayıflığını gösterememesi, testin kullanımının daha az tercih edilmesine yol açmaktadır (67).

2.4. Bağırsak Boşaltım Sorunlarında Tedavi

Kolorektal cerrahi sonrası yaşanan boşaltım sorunlarına yönelik standart bir tedavi ya da bir rehber yoktur. Sağlık profesyonelleri tarafından farklı tedavi yöntemleri tercih edilebilmektedir (45).

2.4.1. Farmakolojik Konservatif Tedavi

Bağırsak boşaltım sorunlarına bağlı olarak farklı ilaç tedavileri kullanılabilmektedir (45). İlaç tedavisinde *loperamid* ve *kodein fosfat* sıkça kullanılmaktadır (26, 45). *Antimotilite ilaçları* bağırsağın opioid reseptörlerini uyararak, peristaltik hareketleri ve gastrointestinal motiliteyi azaltır (46). *Loperamid* anal sfinktere direkt etki ettiği için anal sfinkter basıncının artmasına yol açarak fayda sağlar (46). Bağırsağı tamamen boşaltmada zorlanılan durumlarda *gliserin*

suppozituvar ve Ispaghula kabuğu, psilyum gibi dışkı hacmini arttırıcı ajanlar kullanılmaktadır (45). *Amitriptilinin* ise boşaltım aciliyetini ve sıklığını azaltmada etkilidir ve irritabl bağırsak sendromu ile ilişkili dışkı inkontinansında kullanımı tercih edilmektedir (79). *Antispozmaikler* ise ani defekasyonu azaltmak için tercih edilebilir (80).

2.4.2. Cerrahi Tedavi

Konservatif tedavi yöntemlerinin başarısız olduğu, bağırsak fonksiyonlarındaki değişimin iki yıldan uzun sürdüğü durumlarda cerrahi tedavi olarak stoma oluşturulmaktadır (47, 48). Bazı hastalarda ise sfinkter onarımı yapılmaktadır (47).

2.4.3. Nonfarmakolojik Konservatif tedavi

2.4.3.1. Diyet

Hastaların beslenme alışkanlıkları, boşaltım sorunları üzerinde etkili olmaktadır. Bu nedenle tüketieln yiyecek ve içeceklerin ayrıntılı incelenmesi gerekmektedir (45). Hastaların yaşadıkları sorunların artışına neden olan yiyecekler belirlenerek tüketimi azaltılmalıdır (55, 80). Dışkı yoğunluğunu azaltan ve dışkı geçişini hızlandıran yiyeceklerden kaçınılması önerilmektedir. Yeşil sebzeler, mantar, soğan ve kafein içeren içecekler ise bağırsak hareketliliğini arttırmakta ve dışkı geçişini hızlandırmaktadır. Bu nedenle bu besinlerin tüketimini azaltılmalıdır (45, 80). Marshmallow ve olgunlaşmış muz, dışkı yoğunluğunun arttırılmasında; probiyotikler ve aleovera gaz probleminin azaltılmasında yarar sağlamaktadır (81). Aynı zamanda düzenli yemek yemek, hızlı yemek yemeden kaçınmak, yiyeceklerin iyice çiğnenmesi, bağırsak boşaltım sorunlarının şiddetini azaltmada etkili olabilir (82).

2.4.3.2. Bağırsak Eğitimi

Bağırsak eğitimi, hastaların fekal inkontinans ya da defekasyon aciliyetini kontrol edebilmesini, defekasyon arasındaki sürenin arttılmasını, ani defekasyon hissinin bastırılmasını sağlar (83). Bu eğitim kişiye göre yapılandırılmakta ve

uygulama süresi kişiye göre değişmekle birlikte, hastanın bilgilendirilmesini, psikolojik durumunun kontrolünü, pelvik taban kas egzersizlerini, etkili boşaltım tekniklerini, boşaltım hissini bastırma stratejilerini, hastanın bağırsak kontrolü üzerindeki başarısının desteklenmesini içerir (83).

2.4.3.3. Biyofeedback

Biyofeeback pelvik taban kasları hakkında farkındalık sağlar (46). Bağırsak boşaltım sorunlarının şiddetinin (84–87), bağırsak hareketlerinin (85) ve fekal inkontinansın (85, 86) azaltılmasında etkilidir. Uygulamasında elektromiyografi ya da monometrik basınç ölçümü yardımı ile hastanın anal sıkma gücü hakkında geri bildirim sağlanabilmektedir. Genellikle iki ya da üç balonlu sistemler tercih edilmektedir. Rektumun istemli kasılması sırasında balonların şişirilmesi ile rektal duyarlılığını değiştirmek ve anal basınca normal cevabı öğretmek amaçlanmaktadır (81).

2.4.3.4. Elektrik stimülasyonu

Elektrik stimülasyonu ile pelvik taban kasları, sfinkterler ve sinir yapılarının pasif olarak uyarılması ve pelvik taban kasları hakkında farkındalık sağlanmaktadır (46, 78, 88). Fekal inkontinans, sık defekasyon ve ani defekasyon hissi sorunlarının azaltılmasında etkilidir (89–91). Elektrik stimülasyonu ile hastanın anal sfinkterin kasma ve dinlenme halindeki basıncı ve anal kasları kasabilme süresi artmakta, rektal duyum eşiği azalmaktadır (92).

2.4.3.5. Pelvik Taban Kas Egzersizleri

Pelvik taban kasları levator ani, koksigeus, üretral çizgili sfinkter kası, eksternal anal sfinkter, derin ve yüzeyel perineal kaslardan oluşmaktadır. Levator ani kası rektumu V şeklinde çevreleyen bir kastır. Pelvik iç organların desteklenmesinde, defekasyonda, miksiyonda ve seksüel fonksiyonlarda rol oynamaktadır (93). İnternal ve ekternal anal sfinkter kaslarının kapanması, levator ani kasının puborektal parçasının çekilmesi ile sağlanırken, kasın gerilim resöptörleri de rektum ve anal kanalın sinir uyarımında rol oynamaktadır (93). Rektum ve anal kanal birleşme

noktasında levator ani kasının bir bölümü olan puborektalis kası bir askı görevi görür. Bu askı anorektal açıyı oluşturmak için birleşim yerini anteriora doğru çeker (93). Puborektalis kası ve anorektal açı fekal kontinansın sürdürülmesinde rol oynar. Anorektal açının artması fekal kontinans üzerindeki etkinliğinin azalmasına neden olur. Bu nedenle pelvik taban kasları defekasyonda (93) ve fekal inkontinansta önemli rol oynamaktadır (94).

Pelvik taban kasları, vücuttaki diğer iskelet kaslarına benzer ve düzenli pelvik taban kas egzersizleri, bu kasları etkiler (88) . Pelvik taban kas egzersizleri pelvik taban kaslarınının kasılma gücünü (49, 50, 95) ve dayanıklılığını arttırmayı (49, 50), kasılmaların zamanlamasını ve koordinasyonunu geliştirmeyi (49, 95) pelvik taban kasları ve anal sfinkterler üzerinde farkındalığı arttırmayı (49), pelvik taban kasları ile anal sfinkterin izole kasılmasını sağlamayı (49), pelvik taban kasları ile anal sfinkteri besleyen sinirleri uyarmayı (50), rektum doku sağlığını en üst düzeye çıkarmak için kan akışını iyileştirmeyi (50) amaçlamaktadır. Pelvik taban kasları yavaş ve hızlı kasılan kas liflerinden oluşmaktadır (49, 96, 97). Yavaş kasılan kas liflerini geliştirmek için, kasın uzun bir süre boyunca küçük bir kuvvetle kasılmanın sürdürülmesi; hızlı kasılan kas liflerini geliştirmek için, kasların çok kısa sürelerle büyük bir kuvvetle kasılmasının sağlanması gerekmektedir (97). Bu nedenle pelvik taban kas egzersizleri, her iki tip kas lifini de geliştirmek için hızlı ve yavaş egzersizler olarak uyarlanır (49, 97).

Pelvik taban kas egzersizleri için standart bir program yoktur (98). Egzersiz uygulamaları kişiye ve gözlenen kas yorgunluğu derecesine göre ayarlanır ve kademeli artışlar ile sürdürülür (96). Yavaş kasılma egzersizleri için kas yorgunluğunun geliştiği zaman gözlemlenmeli, kasılma süresi zamanla arttırılmalı, kasılma en fazla 10 saniye sürdürülmeli ve kasın oksijenlenmesini sağlamak için kasılmalar arasında 5-10 saniye dinlenilmelidir (78). Kasılma sırasında on saniyeden önce kas yorgunluğu farkedilirse gevşeme sağlanmalıdır (78). Pelvik taban kas egzersizleri uygulanırken hasta, ilgili kaslarının farkında olmalı ve karın, kalça, uyluk ve sırt kaslarını kasmamalıdır (49, 96). Egzersizler gün içerisinde setler halinde, yatarken, otururken ya da ayakta yapılmalıdır (78, 88). Egzersizlerin olumlu etkilerinin görülmesi zaman alır iken aynı şekilde, egzersizler bırakıldığında 4-6 hafta içerisinde kasın oksidatif kapasitesi

azalmakta, endüransı (dayanıklılık) ve gücü hızla düşmektedir (58). Bu nedenlerle hastaların egzersizlere en az 3-6 ay düzenli olarak devam etmesi gerekir (58, 78).

Pelvik taban kas egzersizleri özellikle fekal inkontinans tedavisinde konservatif tedavinin bir parçası olarak erken müdahale için önerilmektedir (49). Pelvik taban kas egzersizleri kasılmaların gücünü (48, 88) ve zamanlama koordinasyonunu arttırarak (48), anal sfinkterlerin güçlenmesini sağlayarak (99) fekal inkontinans üzerine etki etmektedir. Arnold Kegel vajinal, üretral ve rektal yetersizliğe neden olabilecek cerrahi girişimler öncesi ve sonrasında pelvik taban kaslarının tonüsünü ve fonksiyonelliğini iyileştirmek için pelvik taban egzersizlerinin uygulanabileceğini belirtmiştir (94). Hung ve ark.'nın kolorektal cerrahi geçiren hastalarda yapmış olduğu çalışmada pelvik taban kas egzersizlerinin fekal inkontinas üzerine etkili olduğu belirtilmiştir (28) Lin ve ark.'nın yapmış oldukları sistematik derlemede rektum kanseri nedeni ile ameliyat olan hastalarda pelvik taban kas egzersizlerinin bağırsak fonksiyonunu iyileştirebileceği belirtilmiştir (51). Khera ve ark.'nın yapmış oldukları sistematik derlemede ise pelvik taban kas egzersizlerinin stoması olan hastalarda uygulanabileceği, fekal inkontinans, boşaltım bozukluğu, pelvik taban ve anal sfinkter disfonksiyonu olan hastaların bu egzersizlerden yararlanma olasılığının yüksek olduğu ifade edilmiştir (100).

2.5. Bağırsak Boşaltım Sorunlarında Hemşirelik Bakımı

Stoma kapatılması sonrası bağırsak boşaltımında yaşanan fiziksel sorunlar, hastanın psikolojik ve sosyal açıdan sıkıntılar yaşamasına neden olabilmektedir (45). Hastanın tedavisine ve bu durumuna uyumunun sağlanmasında bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının önem taşımaktadır (101). Hemşire, yaptığı girişimler ile, hastaların bağırsak fonksiyonlarındaki değişiklikleri yönetmelerine yardımcı olmaktadır (45) . Bu süreçte hasta beklentilerinin dikkate alınması, hemşirelik bakımının kalitesi için önemlidir (102). Bu nedenle stoması kapatılan hastalarla çalışan hemşireler, semptomların varlığını tanımlamanın yanında, bu semptomların hastayı nasıl etkilediğini göz önünde bulunduran, bireye özgü bakım ihtiyacının farkında olmalıdır.

Stoma kapatılması hastalar tarafından hastalıktan kurtuluş olarak nitelendirilmekte ve yüksek beklentiler doğurmaktadır (32). Ancak ameliyat sonrası

yaşanan sorunlar ve hastaların bu döneme iyi hazırlanmamış olması nedeniyle bu beklentiler karşılanamamakta (32) ve hastalar kendini beklenenden daha kötü hissetmektedir (14). Hastaların daha gerçekçi beklenti koyabilmeleri için hastalara bağırsak semptomlarının olasılığı, doğası ve olası süresi hakkında ayrıntılı danışmanlık ve eğitim verilmeli (26, 41, 103), boşaltım sorunlarının nedenleri, bu sorunlara yönelik neler yapılabileceği öğretilmelidir (41) .

Stoma kapatılması sonrası bağırsak boşaltım sorunlarının yönetilmesi ve destekleyici müdahaleleri geliştirmek için hastayı tanımak gereklidir (34). Bunun için hemşire iyi bir değerlendirme yapmalıdır (26, 32, 45). Toplumda bağırsak alışkanlıkları tabu olarak görüldüğü için (32) hastalar bağırsak boşaltım sorunları hakkında konuşmaktan utanmakta (46) ve yaşadıkları sorunları genellikle sağlık profesyonelleri ile paylaşılmamaktadır. Hemşire değerlendirme yaparken hastanın utanmasını azaltmak ve sorunlarını paylaşmasına yardımcı olmak için mahremiyetinin korunacağı, iletişimin sağlanabileceği uygun bir ortam sağlamalı, hastaya güven vermeli ve değerlendirme için yeterli zaman ayırmalıdır (55). Hemşire değerlendirme sırasında hastanın geçirdiği cerrahi prosedürü, tedavi şeklini ve neoadjuvan tedavinin uygulanıp uygulanmadığını (14), bağırsak boşaltım sorunlarının tipini, şiddetini, süresini ve arttıran faktörleri değerlendirmeli (55), bağırsak boşaltımına ilişkin bu sorunların hastanın psikolojisi (35), günlük yaşamı (35), iş yaşamı (45), aile hayatı (35), cinselliği (45), sosyal yaşamı (45) üzerindeki etkisini belirlemelidir (35).

Bağırsak boşaltım sorunlarının tedavi yöntemleri arasında yer alan yer alan pelvik taban kas egzersizleri hemşirenin tek başına karar verip uygulayabileceği bir yöntemdir (56). Bu nedenle taburcu olurken hastalara egzersiz uygulama planı oluşturulmalıdır. Uygulama planı oluşturulurken egzersiz uygulamaları kişiye ve gözlenen kas yorgunluğu derecesine göre ayarlanmalı ve kademeli artışlar ile sürdürülmelidir (96). Egzersizlerin olumlu etkilerinin görülmesi zaman aldığı için egzersizlere en az 3-6 ay devam edilmesi gerekmektedir (58-78). Bu nedenle hemşire hastaya taburcu olmadan önce pelvik taban kas egzersizlerini öğretmeli, hastanın doğru şekilde uygulamasını sağlamalı, hastaları bu egzersizleri düzenli ve sürekli uygulaması yönünde teşvik etmelidir (45). Tedavi sürecinde hastalar kontrole geldiğinde ya da telefonla tedavi etkinliği değerlendirilmeli ve danışmanlık verilmelidir (45).

2.6. Stoma Kapatılması ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, bireyin yaşamını devam ettirmek için ihtiyaç duyduğu temel yaşam standartlarını açıklayabilmede ele alınan kapsamlı bir konudur (104). Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini "yaşanılan kültür ve değerler içerisinde bireyin amaç, beklenti, standart ve ilgileri doğrultusunda hayattaki konumunu algılaması" olarak tanımlanmıştır (105). Bireyin yaşamını devam ettirebilmesi için gerekli standartlar yaşam kalitesinin objektif boyutunu; standartlara uygun yaşayıp yaşamamaya göre kendini gerçekleştirebilme durumuna yönelik bireyin genel yargısı ise yaşam kalitesinin subjektif boyutunu oluşturmaktadır (104).

Yaşam kalitesi kültürel, sosyal ve çevresel kavramlarla bütünleşmiştir (105). Toplumların ulaşmak istediği evrensel hedeflerden biri olan yaşam kalitesi yaşamın her alanından etkilenmektedir (106). Bireylerin ruh hali, başa çıkma yöntemleri, benlik saygısı, duygusal, sosyal, cinsel, bilişsel ve fiziksel işleyişi yaşam kalitesinin içinde yer alır (107). Günlük yaşamın bir parçası olan beden fonksiyonlarında sorunların yaşanması, bireylerin yaşam kalitesini birçok yönden etkilemektedir (63).

Stoması kapatılan hastalar çeşitli bağırsak boşaltım sorunları yaşamaktadır (26, 31, 32, 40, 41, 63). Bağırsak boşaltımına ilişkin yaşanılan bu sorunlar hastaların yaşam kalitesinin, psikolojik ve sosyal sağlığının olumsuz etkilenmesine neden olur (21, 41–44). Bağırsak fonksiyonundaki değişim hastaların korku (40, 63), utanç (36, 40, 63), kırılganlık (63), hayal kırıklığı (26, 40), aşağılanma (36) ve öfke (36, 40) gibi duygular yaşamasına neden olmaktadır. Hastalar bağırsak fonksiyonlarının normal olmadığı (27, 63), beslenme (27), cinsel ilişki (27), inkontinans yaşama (26, 27), tuvalete yetişme (27), ev dışında tuvalet bulma (27), sosyal ortamlarda koku (27, 45), sosyal etkinliklere katılma (27), işe gitme (27), arkadaş ortamına katılma(27), ev dışına çıkma konularında (27) endişelenmektedir. Hastalar yaşadıkları bu sorunlar nedeniyle kendilerini tuvalete bağlı hissetmekte (26, 35), günlük aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmakta (26, 35, 40), dışarı çıkmaktan(35), seyahat etmekten(40), sosyal ortamlara girmekten kaçınmakta (31, 32, 40), boş zaman aktivitelerini sınırlandırmakta (36), iş yaşamlarına dönüşte zorlanmakta (26) ve eşler ile sorun yaşamaktadır (35). Gece sık defekasyon hastalarda yorgunluğa neden olmakta (36) ve bu da hastalar tarafından ek fizyolojik yük olarak görülebilmekte (36) ve hastaların zihinsel durumlarını (31, 40), konsantrasyonlarını (31) etkileyebilmektedir.

Hastalar hastalık durumuna uyum sağlamak, tedavi süreci ile başa çıkabilmek, ve yeni yaşam tarzına uyum sağlamak için mücadele etmektedir (108). Bu süreçte sağlık hizmetinin temel amaçlarından biri hastaların yaşam kalitesinin arttırılmasıdır (109). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde yaşam kalitesini arttırmak önemlidir (105). Bu nedenle hemşireler hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin farkında olmalı (110, 111) ve hastaların yaşam kalitelerin geliştirilmesine yönelik planlamalara liderlik edebilmelidir (110). Etkili bir hemşire-hasta iletişimi içerisinde bağırsak fonksiyonlarını kontrol yöntemlerini içine alan bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmeli (26) ve geniş kapsamlı çoklu destek sistemleri oluşturulmalıdır (43).

2.7. Stoması Kapatılan Bireylerin Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Eğitimi

Hemşirelik modelleri, bilimsel araştırmalarla, mantıksal olarak meydana getirilmekte ve hasta bakımının geliştirilmesinde aktif olarak kullanılmaktadır (112). Hemşirelik uygulamalarında bilimsel bir temel oluşturan modeller, hemşirelik bilgisinin sistematik olarak gelişmesini sağlamış ve bakıma pratik yaklaşımlar getirmiştir (112, 113). Modeller uygulama, eğitim, araştırma alanlarında hemşirelere rehberlik eder (113). Hemşirelik bakımının organizasyonunda model kullanımı, hasta bakımında hemşirelik odağını geliştirmekte, hemşirelik bakımı ile ilgili uygulamalarda ve iletişimde tutarlılık sağlamaktadır (114).

Roy adaptasyon modeli hemşirelik uygulamalarında uzun yıllardır kullanılan bir modeldir (115). Modelin içsel tutarlılığı, güncellenmesi, uygulama ve araştırma sonuçlarına göre tutarsızlıkların giderilmesi, modelin yaygın olarak kullanımında etkili olmuştur (115). Modelin amacı, sağlık ve hastalık durumunda fiziksel, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağımlılık adaptasyon biçimleri ile bireyin adaptasyonunun sağlanmasıdır (112, 115). Roy Adaptasyon modelinde hemşireliğin amacı dört adaptasyon biçiminin her birinde bireylerin ve grupların çevre ile etkileşimini geliştirerek adaptasyonu geliştirmek ve adaptif olmayan davranışları azaltmaktır (115). Roy adaptasyon modeli sağlık bakım sisteminin merkezine bir bütün olarak bireyi alarak bakımın organize edilmesini, sonuçların iyileştirilmesini, hemşirenin rolünün belirgin hale gelmesini sağlamakta ve bakımın etkinliğini

geliştirmektedir (115).

Sağlık bakım alanındaki gelişmeler hemşirelerin hasta eğitimi rolünü ön plana çıkarmıştır (116). Hemşirenin sürekli olarak hasta ve ailesi ile etkileşim içerisinde olması, hemşirenin hasta eğitiminde anahtar rol oynamasına neden olmaktadır (116). Hasta eğitimi sağlığı korumak, geliştirmek ve yönetmek için gerekli bilgi ve becerilerin geliştirilmesini, bireylerin kendi sağlıklarını kontrol etmelerini ve yönetmelerini, yaşam kalitesininin yükseltilmesini sağlar (117). Hasta eğitimlerinin kapsamlı bir şekilde, bilimsel bir temele dayandırılarak yapılması önemlidir (118). Literatürde Roy Adaptasyon Modeline dayalı eğitimin, hastaların özyeterliliğini (119), yaşam kalitesini (120–122), sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, tedavi uyumunu, hastalığa uyumunu (123) arttırdığı ve başetme stratejilerini olumlu etkilediğini (124) gösteren çalışmalar yer almaktadır.

Stoma kapatılması sonrası hastaların bağırsak boşaltım alışkanlıklarındaki değişim fiziksel, psikolojik, sosyal sorunları (26, 31, 32, 35, 40, 41, 63) ve hastaların yaşam tarzlarında değişiklikleri beraberinde getirmektedir (26, 32, 35, 40). Yaşanan boşaltım sorunlarına yönelik standart bir tedavi ya da bir rehber olmadığı için farklı tedavi yöntemleri uygulanabilmektedir (45). Literatürde pelvik taban kas egzersizlerinin bağırsak boşaltım sorunlarının azaltımasında ve yaşam kalitesinin arttırılmasında yararlı bir tedavi yöntemi olabileceği belirtilmiştir (28, 29, 51). Pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanmasında hemşire, bağımsız olarak karar verebilmekte ve bu kararlarını uygulayabilmektedir (56). Bu süreçte hemşire, hastanın pelvik taban kas egzersizlerine yönelik eğitim ihtiyacını belirleyebilmeli, hastaya uygun planlama ve uygulamayı sağlamalı ve pelvik taban kas egzersizlerinin hasta üzerindeki etkilerini değerlendirebilmelidir. Dolayısıyla stoması kapatılan hastalarda bağırsak boşaltım sorununa neden olan faktörlerin belirlenmesi, uygun şekilde eğitim verilmesi, olumlu adaptasyon biçimlerinin sağlanması açısından hastalara Roy adaptasyon Modeli'nden yararlanılarak geliştirilen eğitim kullanılmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin bağırsak boşaltımına ilişkin sorunlara ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacı ile randomize kontrollü deneysel çalışma olarak yapılmıştır**.**

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Genel Özellikleri

Araştırma; Ankara ili sınırları içerisinde yer alan yedi tane eğitim ve araştırma hastanesi'nden ve üç tane üniversite hastanesinden uygulamaya izin veren Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Yataklı Servisleri'nde gerçekleştirilmiştir. Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ankara Şehir Hastanesi'ne taşındığı için araştırma toplam 4 hastanede yürütülmüştür.

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Yataklı Servisi 75 yatak kapasitesindedir. Hastanede 1 tane stomaterapi ünitesi bulunmaktadır. Bu ünitede 3 stoma ve yara bakım hemşiresi görev yapmaktadır. Tüm stoma açılan hastalara stomaterapi ve yara bakım ünitesi tarafından ameliyat öncesi dönemden başlanarak eğitim, danışmanlık verilmekte ve hastaların takibi yapılmaktadır. Ancak stoması kapatılan hastalar stoma ve yara bakım hemşireleri tarafından takip edilmemektedir.

Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Yataklı Servisi 23 yatak kapasitesindedir. Hastanede 1 tane stomaterapi ünitesi bulunmaktadır. Bu ünitede 1 stoma ve yara bakım hemşiresi görev yapmaktadır. Yalnızca genel cerrahi yatakli servisi ve polikliniğinden konsültasyon istenilen stomalı hastalar stomaterapi ünitesi tarafından takip edilmekte, ameliyat sonrası eğitim ve danışmanlık verilmektedir. Ancak stoması kapatılan hastalar stoma ve yara bakım hemşireleri tarafından takip edilmemektedir.

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Yataklı Servisi 52 yatak kapasitesindedir. Hastanede 1 tane stomaterapi ünitesi bulunmakta ve bu ünitede 1 stoma ve yara bakım hemşiresi görev yapmaktadır. Yalnızca genel cerrahi yataklı servisinden konsültasyon istenilen ya da komplikasyon gelişen stomalı hastalar stomaterapi ve yara bakım ünitesi tarafından takip edilmekte, eğitim ve danışmanlık verilmektedir. Ancak stoması kapatılan hastalar stoma ve yara bakım hemşireleri tarafından takip edilmemektedir.

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7.02.2019, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 26.05.2019 tarihinde Ankara Şehir Hastanesi'ne taşınmıştır. Ankara Şehir Hastanesinde 1 stomaterapi ve yara bakım ünitesi bulunmakta ve 9 stoma ve yara bakım hemşiresi görev yapmaktadır. Bu hastanede stoma açılan hastalara stoma ve yara bakım hemşireleri tarafından ameliyat öncesi dönemden başlanarak eğitim, danışmanlık verilmekte ve hastaların takibi yapılmaktadır. Stoması kapatılan hastaların ise stoma ve yara bakım hemşireleri tarafından takibi yapılmamaktadır.

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Yataklı Servisi 56 yatak kapasitesindedir. Hastanede stomaterapi ve yara bakım ünitesi bulunmamaktadır. Stoma açılan hastaların stoma bakımına yönelik eğitim ve danışmanlık ihtiyaçları hekimler ya da firmalar tarafından sağlanmaktadır. Stoması kapatılan hastaların ise rutin doktor kontrolleri dışında takibi yapılmamaktadır.

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Yataklı Servisi 24 yatak kapasitesindedir. Stoma açılan hastaların stoma bakımına yönelik eğitim ve danışmanlık ihtiyaçları hekimler ya da firmalar tarafından sağlanmaktadır. Stoması kapatılan hastaların ise rutin doktor kontrolleri dışında takibi yapılmamaktadır.

Tüm hastanelerin genel cerrahi yataklı servislerinde stoma kapatılması nedeni ile ameliyat olan hastalara, boşaltım sorunlarına yönelik pelvik taban egzersizleri ile ilgili herhangi bir protokol ya da rehber bulunmamakta; hastalara pelvik taban kas egzersizleri ile ilgili yazılı eğitim kitapçığı ya da broşür verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Ankara ilinde yer alan yedi eğitim ve araştırma hastanesi ile üç üniversite hastanesini kapsamaktadır. Araştırmanın örneklemini bu hastanelerden uygulamaya izin veren Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel cerrahi yataklı servislerine stoma kapatılması için kabul edilen ve Aralık 2018- Aralık 2019 tarihleri arasında bu kurumlarda stoması kapatılan bireyler oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğü Lin ve ark.'nın çalışmasının verileri doğrultusunda (54) G*Power Software (ver. 3.1.9.2) programı kullanılarak hesaplanmıştır. Çalışma için gereken örneklem büyüklüğü, % 95 güven düzeyinde % 80 güç, orta düzey etki büyüklüğü (f=0,25) için deney grubu ve kontrol grubunda en az 16'şar kişi olacak şekilde 32 kişi bulunmuştur. Ancak çalışma sürecinde veri kayıplarının olabileceği öngörüsü ile her grupta 20 birey olmak üzere 40 bireye ulaşılmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

Hastanın;

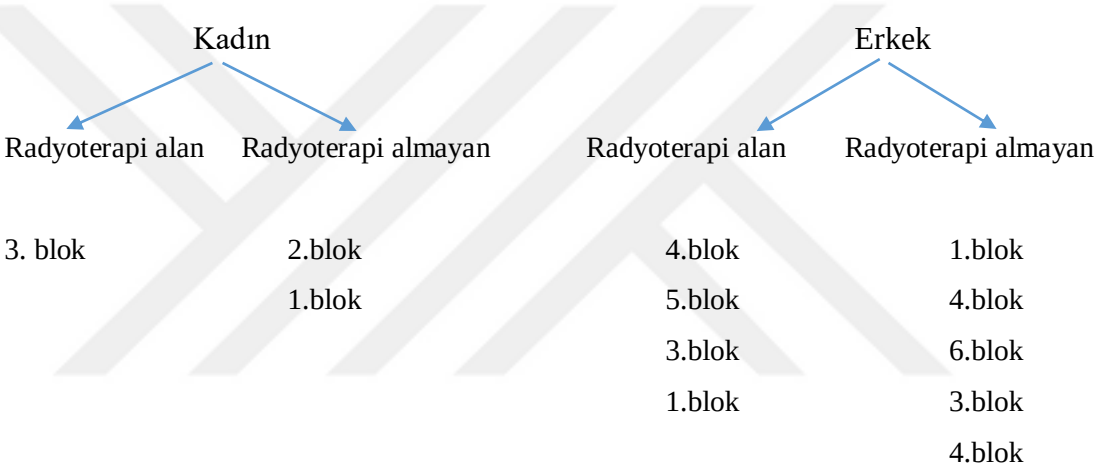
- 18 -75 yaş arasında olması,
- okuryazar olması,
- kolorektal kanser nedeni ile stoma açılmış olması,
- anal travma geçirmemiş olması,
- kolorektal kanser cerrahisi dışında anal bölge ameliyatı geçirmemiş olması ,
- konjenital anorektal anomalisi olmaması,
- nörolojik sorunu olmaması,
- fiziksel engeli olmaması,
- ameliyat öncesinde pelvik taban egzersizi uygulamıyor olması,
- soruları cevaplayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olması,
- araştırmaya katılmaya gönüllü olması,

Araştırmadan çıkarılma kriterleri;

- hastanın çalışmadan ayrılmak istemesi,
- hastaya biyofeedback, elektrik stimülasyonu tedavisi uygulanması,

- hastaya tekrar stoma açılması,
- hastaya telefonla ulaşılamaması

Stoma kapatılması için başvuran 78 hastadan 32 hasta örneklem kriterlerine uymadığı, 6 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediği için örneklem kapsamına alınmamıştır. Araştırmaya dahil edilen 40 birey tabakalı blok randomizasyon yöntemi ile deney grubu ve kontrol grubuna atanmıştır (Şekil 3.1). İlk tabaka cinsiyet durumuna göre, ikinci tabaka ise radyoterapi alma durumuna göre oluşturulmuştur. Çalışmada dörtlü blok kullanılmıştır ve bloklar tabakalara Excel Programı kullanılarak atanmıştır. Hastaların birbiri ile etkileşime girmesinin önlenmesi için aynı hasta odasında çalışma ve kontrol grubuna ait hasta olmaması dikkate alınmıştır.

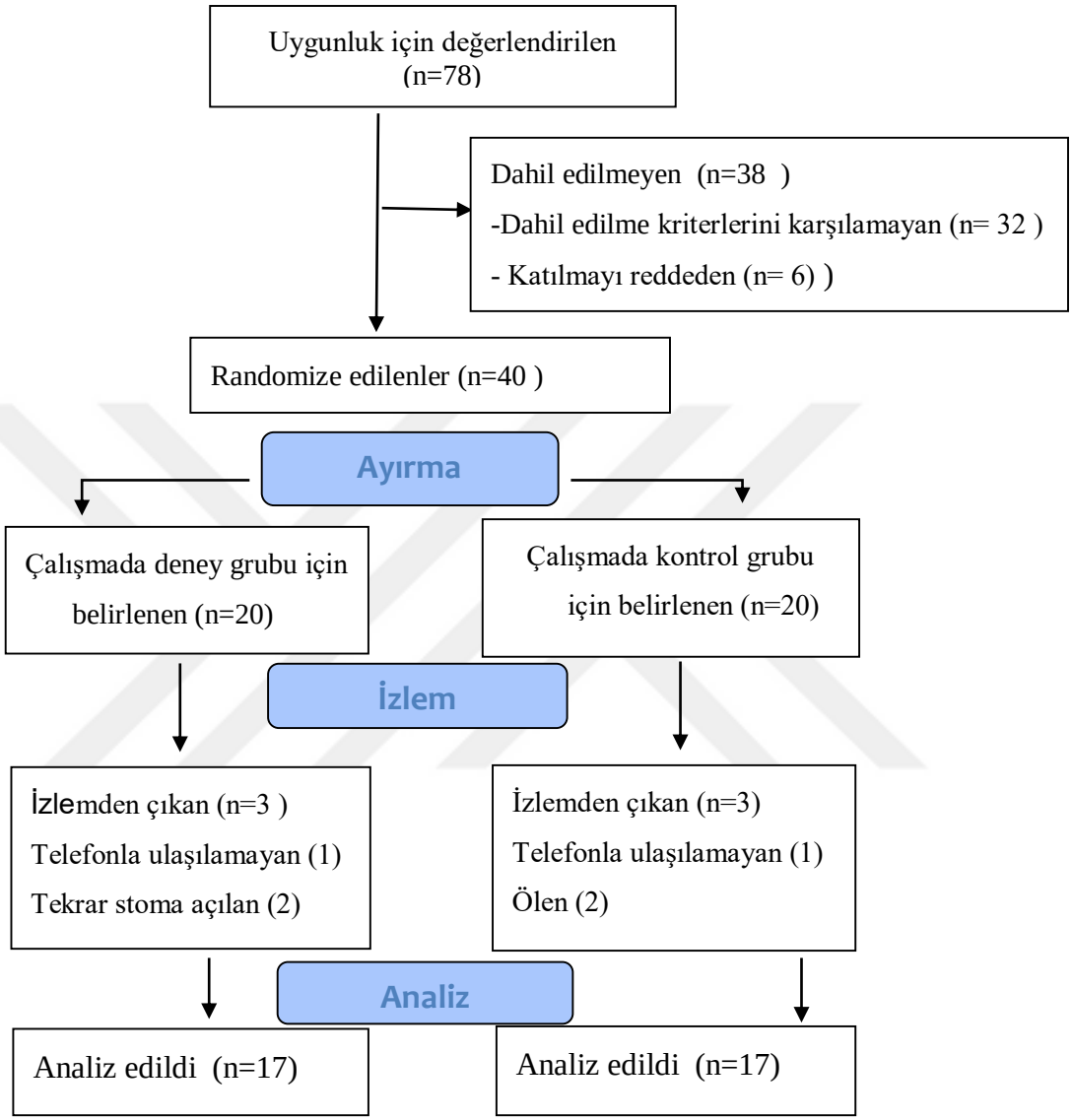


1. Blok: deney grubu, kontrol grubu, deney grubu, kontrol grubu
2. Blok: deney grubu, deney grubuy, kontrol grubu, kontrolgrubu
3. Blok: deney grubu, kontrol grubu, kontrol grubu, deney grubu
4. Blok: kontrol grubu, kontrol grubu, deney grubu, deney grubu
5. Blok: kontrol grubu, deney grubu, deney grubu, kontrol grubu
6. Blok: kontrol grubu , deney grubu, kontrol grubu, deney grubu

Şekil 3.1. Çalışmaya dahil edilen bireylerin tabakalı blok randomizasyona göre dağılımı.

Araştırmanın uygulama aşamasında, deney grubundan iki hasta tekrar stoma açıldığı, bir hastaya telefonla ulaşılamadığı; kontrol grubundan ise bir hasta telefonla

ulaşılamadığı, iki hasta hayatını kaybettiği için çalışmadan çıkarılmıştır. Araştırma deney grubunda 17 ve kontrol grubunda 17 hasta ile tamamlanmıştır. Araştırmanın Consort akış diyagramı Şekil 3.2′de verilmiştir.



Şekil 3.2. CONSORT akış diyagramı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, Bireye İlişkin Veri Toplama Formu (BİVTF) (EK 1), Bağırsak Boşaltım Alışkanlıklarıa İlişkin Sorunları Değerlendirme Formu (BBADF) (EK 2), Deney grubu Görüşme ve Egzersiz Takip Formu (DGGETF) (EK 3), Kontrol Grubu Görüşme Formu (KGGF) (EK 4), Wexner Skalası (WS) (EK 5) , SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) (EK 6) kullanılarak toplanmıştır. Deney grubundaki bireylerin

eğitiminde ″Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri” (EK 7) ve ″Stoması Kapatılan Erkekler İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri” (EK 8) eğitim kitapçıkları kullanılmıştır.

3.4.1. Bireye İlişkin Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen form, üç bölümden ve 28 sorudan oluşmaktadır (28, 29, 36, 39, 54, 86).

Birinci bölüm kişisel bilgiler bölümüdür. Bu bölümde hastaların sosyo-demografik özellikleri kapsamında yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), medeni durum, çocuk sayısı, doğum şekli, zor doğum sayısı, düşük/kürtaj sayısı, birlikte yaşadığı kişiler, eğitim durumu, yaşadığı yer, mesleği, çalışma durumu ve ekonomik durumuna ilişkin 14 soru yer almaktadır.

İkinci bölüm sağlık ve hastalık ile ilgili bilgiler bölümüdür. Bu bölümde hastaların sağlık ve hastalık durumları kapsamında tanı, kronik hastalık, stoma tipi, stoma süresi, daha önce geçirilmiş kolorektal cerrahi öyküsü, kemoterapi/radyoterapi alma, daha önce fekal inkontinans öyküsü, ameliyat öncesi bilgilendirilme durumu, stoma kapatılması ameliyatına ilişkin 9 soru yer almaktadır.

Üçüncü bölüm ise stoma kapatılması ameliyatı sonrasına ilişkin bilgiler bölümüdür. Bu bölümde stoma kapatılması ameliyatı ve sonraki tedavi süreci kapsamında ameliyat tarihi, ameliyat türü, bakım veren kişi, komplikasyon gelişme durumu, ameliyat sonrası kemoterapi/radyoterapi almaya ilişkin 5 soru yer almaktadır.

3.4.2. Bağırsak Boşaltım Alışkanlıklarına ve Psikososyal Sorunlara İlişkin Değerlendirme Formu

Bu form araştırmacı tarafından literatüre dayanılarak oluşturulmuştur (14, 26, 72, 125, 27, 31, 34–37, 51, 63). Hastaların sık defekasyon, defekasyon hissinde artma, ani sıkışma hissi, bağırsak boşaltımını tam sağlayamama, gece defekasyon, defekasyon sırasında/sonrasında ağrı, diyare sorunları ile karşılaşma sıklığını ve sorunlardan kaynaklı psikososyal sorunlar kapsamında tuvalete yetişememe endişesi, evden dışarı çıkma endişesi, tuvaletin yerini bilmek isteme, tuvalete yakın oturma

isteği, kontrol kaybı duygusu, günlük aktiviteleri boşaltım ihtiyacına göre belirleme, aile ilişkilerinin etkilenme durumuna ilişkin 18 soruyu içermektedir

3.4.3. Wexner Skalası

WS hastaların fekal inkontinans yaşama durumlarını belirlemek amacı ile kullanılmıştır. Jorge ve Wexner tarafından 1993 yılında geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik çalışması Cam ve ark. tarafından 2011 yılında yapılmıştır (71). Wexner skorlama sisteminde bireyler 0-20 arası puan alabilmektedir. Skalada 1 veya daha fazla puan alan hastalar fekal inkontinanslı olarak değerlendirilmektedir (Cronbach α 0,816). Ölçek katı fekal inkontinans, sıvı fekal inkontinans, gaz inkontinansı, pet kullanımı, davranış değişikliği olmak üzere 5 sorudan oluşmakta ve sorun sıklığı hiçbir zaman (0 puan), nadiren (1 puan), bazen (2 puan), genellikle (3 puan) ve her zaman (4 puan) olarak değerlendirilmektedir. Değerlendirmede objektiflik sağlanabilmesi için Wexner skalasının orijinal hali olan cleveand skorlaması dikkate alınarak her zaman $\geq$ günde 1, genellikle < günde 1 kez ve $\geq$ haftada 1 kez , bazen < haftada 1 kez ve > ayda 1 kez, nadiren < ayda 1 kez olarak değerlendirilmiştir.

3.4.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş olup Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Pınar tarafından 2005 yılında yapılmıştır (Cronbach α 0,81-0,94). Ölçek 2 ana boyut ve 8 alt boyutu değerlendiren 36 ifade içermektedir. Ölçek likert tip puanlamaya sahiptir. Ölçekte yer alan 36 ifadeden 35′i son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Ölçekteki son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren ″Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığınızı nasıl buluyorsunuz?" ifadesi değerlendirmede dikkate alınmamaktadır. Ölçeğin 1,2,7,8, 9a, 9d, 9e, 9h maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı hesaplanmamaktadır. Ölçeğin 8 alt boyut ayrı ayrı değerlendirilebildiği gibi, yaşam kalitesi fiziksel ve mental boyut olmak üzere iki ana boyutta da değerlendirme yapılabilmektedir. Ana boyut puanlarının hesaplanmasında her bir ana boyutun altında bulunan alt boyut puanları toplanıp boyut sayısına bölünerek puan hesaplanmaktadır. Genel sağlık algısı ve enerji/canlılık her

iki ana boyutta da yer almaktadır. Ölçeğin 2 ana boyutu ve 8 alt boyutu aşağıdaki gibidir.

1.Fiziksel Boyut

- Fiziksel Fonksiyon
- Fiziksel Rol Kısıtlanması
- Bedensel Ağrı
- Enerji / Canlılık
- Genel Sağlık Algısı

2.Mental Boyut

- Sosyal Fonksiyon
- Emosyonel Rol Kısıtlanması
- Mental Sağlık
- Enerji / Canlılık
- Genel Sağlık Algısı

Ölçek tek bir toplam puana sahip olmayıp, her bir boyutun puanı ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Her bir alt boyut ve iki ana boyutun puanı 0 ile 100 arasında değişir. Pozitif puanlamaya sahip SF-36, her boyutun puanı yükseldikçe; sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır.

3.4.5. Deney grubu Görüşme ve Egzersiz Takip Formu

Bu form araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Araştırmaya katılan deney grubundaki bireyler, bu form ile ameliyat sonrası 1.-2.- 3. haftada, 1.- 2.- 3.- 6. ayda yapılan görüşmelerle takip edilmiştir. Bu form ile deney grubundaki bireylerin hızlı ve yavaş pelvik taban kas egzersizlerini uygulama durumu, anal sfinkter kasabilme süresi, düzenli uygulamayan bireyler için uygulamama nedeni değerlendirilmiş, bireylerin sorunları, egzersiz uygulamasına ilişkin verilen öneriler kayıt edilmiştir.

3.4.6. Kontrol Grubu Görüşme Formu

Bu form araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Araştırmaya katılan kontrol grubundaki bireyler, bu form ile ameliyat sonrası 1.-2.- 3. haftada, 1.- 2.- 3.- 6. ayda yapılan görüşmelerle takip edilmiştir. Bu form ile kontrol gurubundaki bireyler ile yapılan takip amaçlı telefon görüşmelerinde saptanan sorunlar ve hastanın değerlendirmesi kayıt edilmiştir.

3.4.7. Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan eğitim kitapçığında; stoma kapatılmasının nasıl bir ameliyat olduğuna, stoma kapatılması sonrası bağırsak fonksiyanlarının nasıl olacağına, bağırsak boşaltım sorunlarının nasıl önleneceğine, pelvik taban kaslarına, pelvik taban kaslarının önemine, pelvik taban kaslarının nasıl belirleneceğine, pelvik taban kas egzersizlerinin nasıl uygulanacağına, ne kadar süre devam edileceğine ilişkin bilgiler ve pelvik taban kas egzersizlerini uygulamayı unutmamak için öneriler yer almıştır. Kitapçığın sonunda örnek uygulama çizelgesi ve bağırsak boşaltım günlüğü yer almıştır. Kadın ve erkeklerde pelvik taban kas anatomisi ve doğru kasları belirlemedeki farklılıklar dikkate alınarak ″Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri" ve ″Stoması Kapatılan Erkekler İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri" başlıklı erkekler ve kadınlar için ayrı eğitim kitapçığı kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma, hazırlık, ön uygulama ve uygulama olmak üzere üç aşamadan oluştu.

3.5.1. Araştırmanın Hazırlık Aşaması

Hazırlık aşamasında, pelvik taban egzersizlerine yönelik eğitim için Roy Adaptasyon Modeli′ne göre eğitim amacı, hedefleri, eğitim tekniği, eğitim içeriği, değerlendirme şekli belirlenmiş (Tablo 3.1) ve pelvik taban kas egzersizleri eğitim

kitapçıkları, araştırmada kullanılacak veri toplama formları hazırlanmıştır. Veri toplama araçlarının ve eğitim kitapçıklarının kapsam geçerliliği yapılmıştır.

Tablo 3.1. Roy adaptasyon modeline göre pelvik taban kas egzersiz eğitim planı.

EĞİTİMİN KONUSU	Pelvik taban kas egzersizleri
EĞİTİMİN AMACI	Stoması kapatılan bireylere, bağırsak boşaltım sorunlarını önlemeye yönelik pelvik taban kas egzersizlerini öğreterek bireylerin yeni yaşamlarına uyumunu sağlamak
EĞİTİMİN HEDEF GRUBU	Stoması kapatılan bireyler
EĞİTİMİN HEDEFLERİ	**FİZYOLOJİK ADAPTASYON BİÇİMİ** • Ameliyata bağlı karşılaşabileceği boşaltım sorunlarının farkında olması • Boşaltım sorunlarında pelvik taban kaslarının önemini ifade edebilmesi • Fekal inkontinas, sık defekasyon, defekasyon sırasında ağrı, diyare, bağırsakları tam boşaltamama sorunlarını düzenli pelvik taban kas egzersizleri ile önleyebileceğini bilmesi • Pelvik taban kaslarının farkedebilmesi • Pelvik taban kas egzersizlerini nasıl yapacağını ifade edebilmesi • Pelvik taban kaslarını kasma süresini belirleyebilmesi ve kasma süresini 10 saniyeye kadar arttırabilmesi • Pelvik taban kas egzersizlerini uygulayabilmesi • Pelvik taban kas egzersizlerini altı ay süresince düzenli olarak tekrarlaması • Günlük işlerini/aktivitelerini yerine getirebilmesi **BENLİK ADAPTASYON BİÇİMİ** • Ameliyat ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesi • Kendisini canlı, enerjik ve mutlu hissettiğini ifade etmesi • Kendi bendeni ile ilgili pozitif algısını ifade etmesi • Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme inancına sahip olması • Kendi başına egzersizleri yapabileceğine inanması • Egzersizlerin boşaltımına olumlu etkisi olduğunu düşünmesi • Sosyal kısıtlılıklarının egzersizler yoluyla biteceğini/ azalacağını düşünmesi **ROL FONKSİYON ADAPTASYON BİÇİMİ** • Aile içi rolünü sürdürebilmesi • Günlük iş/ aktivitelerini devam ettirebilmesi • Rollerini yerine getirirken güçlük yaşamadığını ifade etmesi **KARŞILIKLI BAĞLILIK ADAPTASYON BİÇİMİ** • Değer verdiği kişilere karşı sorunlarını ve duygularını ifade etmekten kaçınmaması • Değer verdiği kişiler ile zaman geçirmesi • Sorunlarının çözümünde çevresindeki bireylerden destek alması
EĞİTİM YAPILAN YER	Genel cerrahi yataklı servisi
EĞİTİM SÜRESİ VE İZLEM	Toplam eğitim süresi: 240 (yüzyüze ve telefon görüşmeleri ile birlikte) İzlem süresi:6 ay
EĞİTİM YÖNTEMİ	Anlatım Soru-cevap Demonstrasyon İnteraktif görüşme Görsel imgeleme
EĞİTİMİN MATERYALİ	Egzersiz eğitim kitapçığı
DEĞERLENDİRME	Boşaltım sorunları (form 2 soru: 1-10)(wexner skalası) Boşaltım sorunlarına bağlı psikososyal sorunlar (form 2 soru:12-18) Fiziksel fonksiyon (sf 36 3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j) Fiziksel rol fonksiyon (sf 36 4a+4b+4c+4d) Emosyonel rol Fonksiyon (sf 36 5a+5b+5c) Zindelik/yorgunluk (sf 36 9a+9e+9g+9i) Mental sağlık (sf 36 9b+9c+9d+9f+9h) Sosyal işlevsellik(sf 36 6+9j) Ağrı(sf 36 7+8) Genel Bakış açısı (sf 36 1+10a+10b+10c+10d)

3.5.1.1. Veri Toplama Araçlarının Kapsam Geçerliği

Araştırmacı tarafından geliştirilen ″BİVTF", "BBAPSDF", "DGGETF", "KGGF", ″Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçıkları" için kapsam geçerliği Hemşirelik Bölümünden 9 öğretim üyesi ve Türk Dili ve Edebiyatı bölümünden 1 öğretim üyesi olmak üzere 10 uzmanın görüşüne başvurularak gerçekleştirilmiştir. Uzmanlara veri toplama araçları ve eğitim kitapçıkları ile birlikte her bir aracın bütün maddelerini içeren bir puanlama formu verilmiştir. Uzmanlar, her soruyu ve eğitim kitapçığı bölümlerini ölçülecek özelliği temsil etme ve anlaşılırlık açısından değerlendirerek, ″(1) Uygun değil, (2) Maddenin uygun hale getirilmesi gerekiyor, (3) Uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor ve (4) çok uygun" şeklinde görüş belirtmişlerdir.

Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesinde Davis yöntemi olarak bilinen bu teknikte (3) ve (4) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek her soruya ve eğitim kitapçığı bölümüne ilişkin kapsam geçerlik indeksi (KGİ) elde edilmiştir. BİVTF" de 1 soru için 1 uzman, ″BBAPSDF"de 1 soru için 1 uzman, Eğitim kitapçıklarında 1 bölüm için 1 uzman (2) seçeneğini işaretlemiş ve öneride bulunmuştur. KGİ değerleri 0,98 ve 1,00 arasında bulunmuş olup ortalama KGİ değeri ″BİVTF" 0.99, ″BBAPSDF" 0,99, ″DGGETF" 0.98, ″KGGF" 1.00, ″Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçıkları" 0.99 olarak bulunmuştur.

10 uzmanın görüşü doğrultusunda eğitim kitapçıkları ile veri toplama formlarının kapsam **geç**erliliği belirlenmiştir. Uzmanların önerileri doğrultusunda yapılan düzenlemeler sonucunda eğitim kitapçıkları ile veri toplama araçlarına son şekilleri verilmiştir.

3.5.2 Araştırmanın Ön Uygulama Aşaması

Araştırmanın ön uygulaması 9 hasta (5 çalışma+4 kontrol) ile yapılmıştır. Yapılan ön uygulama sonrasında veri toplama formlarıyla ilgili hastalardan herhangi bir olumsuz geri dönüş olmadığı ve formların doldurulmasında sorun yaşanmadığı için ön uygulamaya alınan hastalar da çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5.3. Araştırmanın Uygulama Aşaması

Veriler, hastaneden gerekli izinler ve etik kurul izni alındıktan sonra toplanmaya başlanmıştır. Çalışma ve kontrol grubundaki tüm hastalara stoma kapatılması ameliyatı olmadan önceki gün BİVTF kişisel bilgiler ve sağlık hastalık ile ilgili bilgiler bölümü araştırmacı tarafından birebir yüz yüze görüşmeyle doldurulmuştur. Hastalar taburcu olmadan bir gün önce BİVTF stoma ameliyatı sonrasına ilişkin bilgiler bölümü, BBAPSDF , WS, SF-36 veri toplama formları araştırmacı tarafından birebir yüz yüze görüşmeyle uygulanmıştır ve 0.ay izlemi olarak değerlendirilmiştir. BBAPSDF ikinci bölümünde yer alan psikososyal sorunlar bölümü bireylerin sosyal hayatına dönmesini gerektirdiği için 0. ayda değerlendirilmemiştir. Verilerin toplanmasında hasta odasında çalışma ve kontrol grubu özellikleri gözetilerek hastanın kendisini ifade edebileceği bir ortam sağlanmıştır. 1., 2., 3. ve 6. ayda veri toplama fomları araştırmacı tarafından hastalarla telefon ile görüşülerek tekrarlanmıştır.

Araştırmaya katılan bütün hastalar, hastanenin rutin taburculuk eğitimini almıştır. Rutin taburculuk eğitiminin içerisinde bağırsak boşaltım sorunlarının yönetimine ilişkin eğitim verilmemektedir. Deney grubunda yer alan hastalara rutin taburculuk eğitiminin dışında pelvik taban kas egzersiz eğitimi araştırmacı tarafından verilmiştir. Pelvik taban kas egzersiz eğitimi Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda yapılan planlamaya göre sürdürülmüştür (Tablo 3.1.). Hastalara 4 oturum yüzyüze görüşme ile eğitim verilmiştir. Ameliyat sonrası 1., 2., 3., 4. hafta ve 1., 2., 3., 6. ay telefonda görüşme ile eğitim verilmiştir.

Hastanın mahremiyetini sağlamak ve uygun tartışma ortamını sağlayabilmek için eğitimler tek kişilik odada verilmiştir. Taburculuk sonrası bireylerin egzersiz uyumları DGGETF kullanılarak yazılı olarak kayıt edilmiştir. Aşağıda pelvik taban kas egzersizlerine ilişkin eğitimin uygulanışı yer almaktadır.

Ameliyattan önceki gün:

- Tanışma ve araştırmanın amacının anlatılması, aydınlatılmış onamının alınması
- Bireyin stoma kapatılması ile ilgili duyguları paylaşılması
- Stoma kapatılmasının birey için anlamını ifade etmesinin sağlanması

- Bireyin sorularının yanıtlanması
- Stoma kapatılması ameliyatı ve karşılaşılabilecek boşaltım sorunlarına ilişkin bilgi verilmesi
- Boşaltım sorunlarının neden olabileceği psikososyal sorunların anlatılması
- Boşaltım sorunlarının neden olabileceği boşaltım sorunlarını önlemede pelvik taban kas egzersizlerinin öneminin anlatılması
- Pelvik kaslarının yerinin anlatılması
- Pelvik taban kas egzersizlerini nasıl yapılacağının gösterilmesi ve hastanın uygulamasının sağlanması

Ameliyat sonrası 2. gün

- Pelvik kaslarını nasıl bulacağının anlatılması
- Pelvik kasları fark etmesinin sağlanması
- Pelvik taban kas egzersizlerini nasıl yapacağının anlatılması ve uygulamasının sağlanması
- Pelvik taban kaslarını kasabilme süresinin belirlenmesi
- Pelvik taban kas egzersizlerini günde en az 3 defa 10 kez uygulamasının öneminin anlatılması

Ameliyat sonrası 3. gün

- Pelvik taban kas egzersizlerini uygulamasının sağlanması ve uygulamadaki sorunların belirlenmesi
- Uygulamaya ilişkin belirlenen sorunlara yönelik eğitimin tekrarlanması
- Pelvik taban kas egzersizlerini günde en az 3 defa 10 kez uygulamasının öneminin anlatılması

Taburculuk günü

- Pelvik taban kas egzersizlerini uygulamasının sağlanması ve uygulamadaki sorunların belirlenmesi
- Uygulamaya ilişkin belirlenen sorunlara yönelik eğitimin tekrarlanması
- Pelvik taban kas egzersizlerini günde en az 3 defa 10 kez uygulamasının önemi anlatılacak.

1.hafta-2. Hafta-3. Hafta-4.hafta (Telefon ile görüşme)

- Pelvik taban kas egzersizlerini düzenli uygulamanın öneminin hatırlatılması

- Pelvik taban kaslarını kasabilme süresi 10 sn altında ise artırması yönünde desteklenmesi
- Hastanın sorularının yanıtlanması
- Psikososyal uyumu üzerine tartışılması
- Aile içi rolleri ve fiziksel rollerini yerine getirebilme durumlarının tartışılması
- Kendisine ilişkin düşüncelerini ifade etmesinin sağlanması
- Aile içi rolleri ve fiziksel rollerini yerine getirebilme yönünden desteklenmesi

1.ay- 2. Ay- 3. Ay- 6.ay (Telefon ile görüşme)

- Pelvik taban kas egzersizlerini düzenli uygulamanın öneminin hatırlatılması
- Pelvik taban kaslarını kasabilme süresi 10 sn altında ise artırması yönünde desteklenmesi
- Hastanın sorularının yanıtlanması
- Kendisine ilişkin düşüncelerini ifade etmesinin sağlanması
- Psikososyal uyumu üzerine tartışılması
- Yeni bağırsak boşaltımının sosyal yaşantısında oluşturduğu sınırlılıkların görüşülmesi ve sorunlar ile başetme yollarının tartışılması
- Aile içi rolleri ve fiziksel rollerini yerine getirebilme durumlarının tartışılması
- Aile içi rolleri ve fiziksel rollerini yerine getirebilme yönünden desteklenmesi

- Yaşam kalitesi ve boşaltım sorunlarının değerlendirilmesi

Hastalar ile yapılan telefon görüşmeleri deney grubu için deney grubu görüşme ve egzersiz takip formu kullanılarak; kontrol grubu için kontrol grubu görüşme formu kullanılarak araştırmacı tarafından yazılı kayıt altına alınmıştır. Araştırma sırasında kontrol grubunda bağırsak boşaltım sorunları ile karşılaşan hastalar hekimine yönlendirilmiştir. Deney grubunda bağırsak boşaltım sorunu yaşayan hastalarda ise hastanın egzersizleri uygulama durumu değerlendirilmiş, hastalar egzersizleri düzenli uygulama yönünde teşvik edilmiştir ve hekimine yönlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada Wexner Skalasının ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin kullanılabilmesi için ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yapan yazarlardan elektronik ortamda yazılı izin alınmıştır (EK 9-10). Araştırmanın

uygulanabilmesi için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulundan 23.03.2018 tarih ve 61 nolu etik kurul izni alınmıştır (EK 11). Araştırmaya başlamadan önce kurumlardan yazılı izin alınmıştır (EK 12-16). Araştırmanın uygulama aşamasında araştırmaya katılmayı kabul edenlerin bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (EK 17-18). Araştırmada ″Gizlilik ve gizliliğin korunması", "Özerkliğe saygı" ve ″Zarar vermeme/yarar sağlama" etik ilkeleri yerine getirilmiştir. Araştırmanın sonunda kontrol grubundaki hastalar telefon ile aranarak bağırsak boşaltım sorunlarına yönelik pelvik taban kas egzersiz eğitimi verilebileceği belirtilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics sürüm adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların özetlenmesinde frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t-testi (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi (z-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında Friedman testi (χ^2-tablo değeri) kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında farklılık önemli bulunduğunda ikili karşılaştırma Dann testi ile yapılmıştır. İki bağımsız nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde süreklilik düzeltmeli Pearson-χ^2 veya Fisher'in Kesinlik testi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla bağımlı nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Cochran-Q" test istatistikleri kullanılmış ve farklılık önemli bulunduğunda ikili karşılaştırma Dann testi ile yapılmıştır. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma sonuçları hastaların ifadeleri ile sınırlıdır. Çalışmanın dört hastanede yürütülmüş olması, hastaların takiplerinin telefonla yapılması, pelvik taban kas gücünü belirlemeye yönelik objektif bir ölçüm yapılmaması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri (n=34).

Değişken	Deney (n=17)		Kontrol (n=17)		İstatistiksel analiz*
	$\bar{X}$	S.S.	$\bar{X}$	S.S.	
Yaş (yıl)	55.71	12.58	62.00	12.06	t=-1.489 p=0.146
BKİ (kg/m^2)	24.28	3.72	26.38	3.90	t=-1.605 p=0.118
	n	**%**	**n**	**%**	**İstatistiksel analiz****
Cinsiyet					
Kadın	6	35.3	6	35.3	χ^2=0.000
Erkek	11	64.7	11	64.7	p=1.000
Medeni durum					
Evli	15	88.2	15	88.2	p=1.000
Bekar	2	11.8	2	11.8	
Çocuk sahipliği					
Var	16	94.1	17	100.0	p=1.000
Yok	1	5.9	-	-	
Doğum şekli***					
Vajinal	3	75.0	4	80.0	p=1.000
İkisi de	1	25.0	1	20.0	
Zor doğum***					
Evet	1	25.0	1	20.0	p=1.000
Hayır	3	75.0	4	80.0	
Birlikte yaşadığı kişi					
Ailesi	15	88.2	15	88.2	p=1.000
Diğer	2	11.8	2	11.8	
Eğitim düzeyi					
Okuryazar	4	23.5	5	29.4	χ^2=6.098
İlköğretim	8	47.1	3	17.6	p=0.107
Ortaöğretim	4	23.5	3	17.6	
Lisans	1	5.9	6	35.4	
Yaşadığı yer					
İl	13	76.5	12	70.6	χ^2=1.540
İlçe	3	17.6	5	29.4	p=0.463
Köy	1	5.9	-	-	
Meslek					
Ev hanımı	4	23.5	5	29.4	χ^2=0.830
Emekli	9	53.0	10	58.8	p=0.660
Diğer	4	23.5	2	11.8	
Stoma açılmadan önce çalışma durumu					
Evet	4	23.5	1	5.9	p=0.335
Hayır	13	76.5	16	94.1	
Ekonomik düzey					
Gelir giderden az	3	17.6	1	5.9	χ^2=2.034
Gelir gidere denk	14	82.4	15	88.2	p=0.362
Gelir giderden fazla	-	-	1	5.9	

*Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t- testi (t-tablo değeri)

**İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde süreklilik düzeltmeli χ^2ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır.

***n: Çocuk sahibi kadın hastalar

Tablo 4.1'de çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Çalışmada deney grubundaki hastaların yaş ortalamasının 55.71±12.58, BKİ ortalamasının 24.28±3.72 ve kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının 62.00±12.06, BKİ ortalamasının 26.38±3.90 olduğu görülmektedir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğunun erkek, evli, çocuk sahibi, ailesi ile birlikte yaşadığı, il merkezinde yaşadığı, emekli olduğu ve gelir durumlarının gider durumlarına eşit olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki hastaların % 47.1' i ilköğretim mezunu ve kontrol grubundaki hastaların %35.4'ü lisans mezunudur. Deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özellikleri ile ilgili yapılan değerlendirme sonucunda, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı (p>0.05) saptanmıştır. Bu sonuç, her iki grupta da hastaların benzer özellikler taşıdığını ve grupların homojen dağıldığını göstermektedir.

Tablo 4.2. Hastaların sağlık ve hastalık durumuna ilişkin özellikleri (n=34).

Değişken	**Deney (n=17)**		**Kontrol (n=17)**		**İstatistiksel analiz***
	$\bar{X} \pm S.S.$	**Ortanca (Min-Maks)**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Ortanca (Min-Maks)**	
Stoma Süresi (ay)	7.88±5.40	7 (2.0-21.0)	8.11±4.75	7 (2.0-18.0)	Z=-0.242 p=0.809
	n	**%**	**n**	**%**	
Tanı					
Kolon CA	9	52.9	9	52.9	χ^2=0.000
Rektum CA	8	47.1	8	47.1	p=1.000
Kronik hastalık					
Evet	5	29.4	8	47.1	χ^2=0.498
Hayır	12	70.6	9	52.9	p=0.480
Stoma tipi					
Kolostomi	3	17.6	10	58.8	χ^2=4.484
İleostomi	14	82.4	7	41.2	**p=0.034**
Radyoterapi alma					
Evet	8	47.1	8	47.1	χ^2=0.000
Hayır	9	52.9	9	52.9	p=1.000
Kemoterapi alma					
Evet	11	64.7	11	64.7	χ^2=0.000
Hayır	6	35.3	6	35.3	p=1.000
Stoma açılmadan önce fekal inkontinans					
Evet	1	5.9	-	-	p=1.000
Hayır	16	94.1	17	100.0	
Stoma kapatılması sonrası yaşama ilişkin bilgilendirilme					
Evet	2	11.8	1	5.9	p=1.000
Hayır	15	88.2	16	94.1	

* Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi (z-tablo değeri); İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde süreklilik düzeltmeli χ^2ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır.

**n: stoma kapatılması sonrası yaşama ilişkin bilgilendirme yapılan hastalar

Tablo 4.2.'de çalışmaya katılan hastaların sağlık ve hastalık durumuna ilişkin özellikleri yer almaktadır. Deney grubundaki hastaların stoma süresinin 7,88±5,40 ay, kontrol grubundaki hastaların stoma süresinin 8.11±4.75 ay olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların % 52.9'una kolon kanseri nedeniyle stoma açıldığı, %47.1'inin radyoterapi, %64.7'sinin kemoterapi tedavisi aldığı belirlenmiştir. Deney grubundaki hastaların %82.4'üne ve kontrol grubundaki hastaların ise %41.2'sine ileostomi açıldığı görülmektedir. Deney grubundaki hastaların %94.6'sı, kontrol grubundaki hastaların ise tamamı stoma açılmadan önce fekal inkontinans yaşamadığını belirtmiştir. Deney grubundaki hastaların %11.8'inin, kontrol grubundaki hastaların ise %5.9'unun stoma kapatılması sonrası yaşama ilişkin bilgilendirildiği ve bilgilendirmelerin hekim tarafından yapıldığı görülmektedir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların sağlık ve hastalık durumuna ilişkin özellikleri ile ilgili yapılan değerlendirme sonucunda stoma tipi açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), diğer özellikler açısından ise farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Bu sonuç, stoma tipi dışında her iki grupta da hastaların benzer özellikler taşıdığını ve grupların homojen dağıldığını göstermektedir.

Aynı zamanda tabloda belirtilmemekle birlikte hastalara stoma kapatılmasının ne anlam ifade ettiği %23.5'inde normale dönüşü, %20.6'sında iyileşmeyi, %17.7'sinde mutluluğu, %17.7'sinde kurtuluşu, %14.7'sinde rahatlamayı ve %2.9'unda özgürlüğü ifade ettiği belirlendi.

Tablo 4.3. Hastaların stoma kapatılmasına ilişkin özellikleri (n=34).

Değişken	Deney (n=17)		Kontrol (n=17)		İstatistiksel analiz*
	n	%	n	%	
Ameliyat türü					
Low Anterior Rezeksiyon	15	88.2	11	64.7	χ^2=5.031
Anterior Rezeksiyon	-	-	2	11.8	p=0.174
Sigmoid Rezeksiyon	1	5.9	3	17.6	
Total Kolektomi	1	5.9	-	-	
Transvers Kolon Rezeksiyon	-	-	1	5.9	
Bakım veren kişi					
Eş	12	70.6	13	76.5	χ^2=1.878
Çocuk	4	23.5	2	11.8	p=0.822
Kardeş	1	5.9	1	5.9	
Gelin	-	-	1	5.9	
Hastanede komplikasyon yaşama durumu					
Evet	-	-	1	5.9	p=1.000
Hayır	17	100.0	16	94.1	
İzlem süresince kemoterapi/radyoterapi alma durumu					
Evet	2	11.8	-	-	p=0.485
Hayır	15	88.2	17	100.0	

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde Fisher'in kesin testi kullanılmıştır.

Tablo 4.3'te çalışmaya katılan hastaların stoma kapatılması ameliyatına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Deney grubundaki hastaların %88.2'sine ve kontrol grubundaki hastaların %64.7'sine low anterior rezeksiyon ameliyatı yapıldığı görülmektedir. Deney grubundaki hastaların %70.6'sı ve kontrol grubundaki hastaların %76.5'i ameliyat sonrası bakıma eşlerinin yardımcı olduğunu belirtmiştir. Stoma kapatılması sonrası deney grubundaki hastalarda erken dönem komplikasyonu yaşanmadığı, kontrol grubundaki hastaların ise %5.9'unda erken dönem komplikasyonu ile karşılaşıldığı belirlenmiştir. Deney grubundaki hastaların %11.8'inin stoma kapatıldıktan sonra kemoterapi aldığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların stoma kapatılması ameliyatına ilişkin özellikleri ile ilgili yapılan değerlendirme sonucunda, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Bu sonuç, her iki grupta da hastaların benzer özellikler taşıdığını ve grupların homojen dağıldığını göstermektedir.

Tablo 4.4. Hastaların izlem sürelerine göre günlük defekasyon sayıları (n=34).

İzlem Süreleri	0. ay		1. ay		2. ay		3. ay		6. ay		İstatistiksel analiz*
	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	
Deney grubu	6.41±3.14	5.0 (1.0-12.0)	5.41±2.40	5.0 (2.0-10.0)	3.65±1.54	4.0 (1.0-7.0)	3.00±1.46	3.0 (1.0-7.0)	2.71±1.21	2.0 (1.0-5.0)	χ^2=40.294 **p=0.000 (0-2.3.6) (1-2.3.6) (2-6)**
Kontrol grubu	6.24±4.12	6.0 (2.0-20.0)	7.53±4.49	6.0 (1.0-20.0)	6.47±3.30	6.0 (2.0-15.0)	6.82±4.41	5.0 (1.0-15.0)	6.41±3.79	5.0 (1.0-14.0)	χ^2=3.152 p=0.533
İstatistiksel analiz*	Z=-0.524 p=0.600		Z=-1.565 p=0.118		Z=-3.090 **p=0.002**		Z=-3.123 **p=0.002**		Z=-3.382 **p=0.001**		

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (z-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.4'te çalışmaya katılan hastaların izlem sürelerine göre günlük defekasyon sayıları yer almaktadır. 0. ay ve 1.ay izlemlerinde deney ve kontrol grubundaki hastaların defekasyon sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). 2., 3. ve 6. ay izlemlerinde deney grubunda yer alan hastaların defekasyon sayılarının, kontrol grubundaki hastaların defekasyon sayılarından daha az olduğu saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

İzlem sürelerine göre deney grubundaki hastaların defekasyon sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=40,294$; $p=0,000$). Deney grubundaki hastaların 0. ay defekasyon sayısının 2., 3. ve 6. aydaki defekasyon sayısına göre; 1.ay defekasyon sayısının 2., 3. ve 6.aydaki defekasyon sayısına göre; 2. ay defekasyon sayısının 6. ay defekasyon sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.5. Hastaların izlem sürelerine göre boşaltım sorunları (n=34).

İzlem Süreleri	0. ay		1. ay		2. ay		3. ay		6. ay		İstatistiksel analiz*
	Evet (n %)	Hayır (n %)	Evet (n %)	Hayır (n %)	Evet (n %)	Hayır (n %)	Evet (n %)	Hayır (n %)	Evet (n %)	Hayır (n %)	
Defekasyon hissinin defekasyon ile sonuçlanma durumu											
Deney grubu	13 (%76.5)	4 (%23.5)	13 (%76.5)	4 (%23.5)	16 (%94.1)	1 (%5.9)	17 (%100.0)	-	17 (%100.0)	-	χ^2=12.923 **p=0.012** **(0-3.6) (1-3.6)**
Kontrol grubu	13 (%76.5)	4 (%23.5)	16 (%94.1)	1 (%5.9)	14 (%82.4)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	3 (%17.6)	15 (%88.2)	2 (%11.8)	χ^2=7.429 p=0.115
Toplam	26 (%76.5)	8 (%23.5)	29 (%85.3)	5 (%14.7)	30 (%88.2)	4 (%11.8)	31 (%91.2)	3 (%8.8)	32 (%94.1)	2 (%5.9)	
İstatistiksel analiz*	p=1.000		p=0.335		p=0.601		p=0.227		p=0.485		
1 saat içinde birden fazla defekasyon ihtiyacı											
Deney grubu	8 (%47.1)	9 (%52.9)	8 (%47.1)	9 (%52.9)	6 (%35.3)	11 (%64.7)	5 (%29.4)	12 (%70.6)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	χ^2=6.667 p=0.155
Kontrol grubu	8 (%47.1)	9 (%52.9)	9 (%52.9)	8 (%47.1)	7 (%41.2)	10 (%58.8)	7 (%41.2)	10 (%58.8)	9 (%52.9)	8 (%47.1)	χ^2=2.105 p=0.716
Toplam	16 (%47.1)	18 (%52.9)	17 (%50.0)	17 (%50.0)	13 (%38.2)	21 (%61.8)	12 (%35.3)	22 (%64.7)	12 (%35.3)	22 (%64.7)	
İstatistiksel analiz	p=1.000		χ^2=0.000 p=1.000		χ^2=0.000 p=1.000		χ^2=0.129 p=0.720		χ^2=3.220 p=0.073		
Defekasyon İhtiyacını 15 dk erteleyememe											
Deney grubu	8 (%47.1)	9 (%52.9)	6 (%35.3)	11 (%64.7)	4 (%23.5)	13 (%76.5)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	1 (%5.9)	16 (%94.1)	χ^2=11.680 **p=0.020** **(0.1-6) (0-3)**
Kontrol grubu	11 (%64.7)	6 (%35.3)	12 (%70.6)	5 (%29.4)	10 (%58.8)	7 (%41.2)	7 (%41.2)	10 (%58.8)	6 (%35.3)	11 (%64.7)	χ^2=13.400 **p=0.009** **(0-3.6) (1-3.6)**
Toplam	19 (%55.9)	15 (%44.1)	18 (%52.9)	16 (%47.1)	14 (%41.2)	20 (%58.8)	10 (%29.4)	24 (%70.6)	7 (%20.6)	27 (%79.4)	
İstatistiksel analiz	χ^2=0.477 p=0.490		χ^2=2.951 p=0.086		χ^2=3.036 p=0.081		χ^2=1.275 p=0.259		χ^2=3.220 p=0.073		
Gece defekasyon ihtiyacı											
Deney grubu	8 (%47.1)	9 (%52.9)	8 (%47.1)	9 (%52.9)	2 (%11.8)	15 (%88.2)	1 (%5.9)	16 (%94.1)	2 (%11.8)	15 (%88.2)	χ^2=19.520 **p=0.001** **(0-2.3.6) (1-2.3.6)**
Kontrol grubu	12 (%70.6)	5 (%29.4)	14 (%82.4)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	3 (%17.6)	11 (%64.7)	6 (%35.3)	9 (%52.9)	8 (%47.1)	χ^2=7.826 p=0.098
Toplam	20 (%58.8)	14 (%41.2)	22 (%64.7)	12 (%35.3)	16 (%47.1)	18 (%52.9)	12 (%35.3)	22 (%64.7)	11 (%32.4)	23 (%67.6)	
İstatistiksel analiz	χ^2=1.093 p=0.296		χ^2=3.220 p=0.073		χ^2=14.285 **p=0.000**		χ^2=10.432 **p=0.000**		χ^2=4.838 **p=0.028**		

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2", süreklilik düzeltmeli χ^2ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Cochran-Q" test istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.5. (devamı). Hastaların izlem sürelerine göre boşaltım sorunları (n=34).

İzlem Süreleri	0. ay		1. ay		2. ay		3. ay		6. ay		İstatistiksel analiz*
	Evet (n %)	**Hayır (n %)**	**Evet (n %)**	**Hayır (n %)**	**Evet (n %)**	**Hayır (n %)**	**Evet (n %)**	**Hayır (n %)**	**Evet (n %)**	**Hayır (n %)**	
Diyare											
Deney grubu	10 (%58.8)	7 (%41.2)	6 (%35.3)	11 (%64.7)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	χ^2=22.353 **p=0.000 (0-1.2.3.6)**
Kontrol grubu	9 (%52.9)	8 (%47.1)	5 (%29.4)	12 (%70.6)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	2 (%11.8)	15 (%88.2)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	χ^2=11.556 **p=0.021 (0-2.3.6)**
Toplam	19 (%55.9)	15 (%44.1)	11 (%32.4)	23 (%67.6)	6 (%17.6)	28 (%82.4)	5 (%14.7)	29 (%85.3)	6 (%17.6)	28 (%82.4)	
İstatistiksel analiz*	χ^2=0.000 p=1.000		χ^2=0.000 p=1.000		χ^2=0.000 p=1.000		p=1.000		p=1.000		
Dışkıyı Tam boşaltamama											
Deney grubu	12 (%70.6)	5 (%29.4)	12 (%70.6)	5 (%29.4)	5 (%29.4)	12 (%70.6)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	χ^2=24.571 **p=0.000 (0-2.3.6) (1-2.3.6)**
Kontrol grubu	9 (%52.9)	8 (%47.1)	9 (%52.9)	8 (%47.1)	10 (%58.8)	7 (%41.2)	8 (%47.1)	9 (%52.9)	10 (%58.8)	7 (%41.2)	χ^2=3.111 p=0.539
Toplam	21 (%61.8)	13 (%38.2)	21 (%61.8)	13 (%38.2)	15 (%44.1)	19 (%55.9)	11 (%32.4)	23 (%67.6)	13 (%38.2)	21 (%61.8)	
İstatistiksel analiz	χ^2=0.498 p=0.480		χ^2=0.498 p=0.480		χ^2=1.909 p=0.167		χ^2=2.150 p=0.143		χ^2=4.484 **p=0.034**		
Tam boşaltamama nedeniyle tekrar tuvalete gitme											
Deney grubu	8 (%47.1)	9 (%52.9)	9 (%52.9)	8 (%47.1)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	2 (%11.8)	15 (%88.2)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	χ^2=14.483 **p=0.006 (0-2.3.6) (1-2.3.6)**
Kontrol grubu	6 (%35.3)	11 (%64.7)	7 (%41.2)	10 (%58.8)	8 (%47.1)	9 (%52.9)	8 (%47.1)	9 (%52.9)	7 (%41.2)	10 (%58.8)	χ^2=2.154 p=0.707
Toplam	14 (%41.2)	20 (%58.8)	16 (%47.1)	18 (%52.9)	11 (%32.4)	23 (%67.6)	10 (%29.4)	24 (%70.6)	10 (%29.4)	24 (%70.6)	
İstatistiksel analiz	χ^2=0.121 p=0.727		χ^2=0.118 p=0.731		χ^2=2.150 p=0.143		χ^2=3.542 p=0.060		χ^2=1.275 p=0.259		
Defekasyon sırasında ağrı											
Deney grubu	1 (%5.9)	16 (%94.1)	4 (%23.5)	13 (%76.5)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	-	17 (%100.0)	1 (%5.9)	16 (%94.1)	χ^2=8.308 p=0.081
Kontrol grubu	5 (%29.4)	12 (%70.6)	6 (%35.3)	11 (%64.7)	7 (%41.2)	10 (%58.8)	5 (%29.4)	12 (%70.6)	4 (%23.5)	13 (%76.5)	χ^2=4.000 p=0.406
Toplam	6 (%17.6)	28 (%82.4)	10 (%29.4)	24 (%70.6)	10 (%29.4)	24 (%70.6)	5 (%14.7)	29 (%85.3)	5 (%14.7)	29 (%85.3)	
İstatistiksel analiz	p=0.175		χ^2=0.142 p=0.707		χ^2=1.275 p=0.259		**p=0.044**		p=0.335		

***İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2", süreklilik düzeltmeli χ2ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Cochran-Q" test istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.5. (devamı). Hastaların izlem sürelerine göre boşaltım sorunları (n:34).

İzlem Süreleri	0. ay		1. ay		2. ay		3. ay		6. ay		İstatistiksel analiz*
	Evet (n %)	**Hayır (n %)**	**Evet (n %)**	**Hayır (n %)**	**Evet (n %)**	**Hayır (n %)**	**Evet (n %)**	**Hayır (n %)**	**Evet (n %)**	**Hayır (n %)**	
Defekasyon sonrasında ağrı											
Deney grubu	1 (%5.9)	16 (%94.1)	4 (%23.5)	13 (%76.5)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	2 (%11.8)	15 (%88.2)	-	17 (%100.0)	χ^2=10.000 **p=0.040 (1-0.6) (2-6)**
Kontrol grubu	3 (%17.6)	14 (%82.4)	6 (%35.3)	11 (%64.7)	6 (%35.3)	11 (%64.7)	6 (%35.3)	11 (%64.7)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	χ^2=6.000 p=0.199
Toplam	4 (%11.8)	30 (%88.2)	10 (%29.4)	24 (%70.6)	9 (%26.5)	25 (%73.5)	8 (%23.5)	26 (%76.5)	3 (%8.8)	31 (%91.2)	
İstatistiksel analiz*	p=0.601		χ^2=0.142 p=0.707		p=0.438		p=0.225		p=0.227		

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2", süreklilik düzeltmeli χ2ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Cochran-Q" test istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.5.'de çalışmaya katılan hastaların izlem sürelerine göre boşaltım sorunları yer almaktadır. "Defekasyon hissinin defekasyon ile sonuçlanma durumu" değerlendirildiğinde 0., 1., 2., 3. ve 6. ay izlemlerinde deney grubundaki hastalar ile kontrol grubundaki hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Deney grubunda 0. ay ile 1. ayda 3. ve 6. aya göre daha fazla hastanın bu sorunu yaşadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise 0., 1., 2, 3. ve 6. ay izlemlerinde bu sorunu yaşayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların "1 saat içinde birden fazla defekasyon ihtiyacı" sorununu yaşama durumu değerlendirildiğinde 0., 1., 2., 3. ve 6. ay izlemlerinde deney ve kontrol grubundaki hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubunda izlem sürelerine göre yapılan grup içi karşılaştırmalarda bu sorunu yaşadığını belirten hastalar arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların "defekasyon ihtiyacını 15 dk erteleyememe" sorununu yaşama durumu değerlendirildiğinde 0., 1., 2., 3. ve 6. ay izlemlerinde deney ve kontrol grubundaki hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Deney grubunda 0. ve 1. ayda 6. aya göre; 0. ayda ise 3. aya göre daha fazla hastanın bu sorunu yaşadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise 0. ile 1.ayda 3. ve 6.aya göre daha fazla hastanın bu sorunu yaşadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Hastaların "gece defekasyon" sorununu yaşama durumu değerlendirildiğinde 2., 3. ve 6.ay izlemlerinde deney grubunda bu sorunu yaşadığını belirten hastaların kontrol grubundaki hastalara göre daha az olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubunda 0. ve 1. ayda 2.,3. ve 6.aya göre bu sorunu daha fazla hastanın yaşadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise 0., 1., 2., 3. ve 6. ay izlemlerinde bu sorunu yaşayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların “diyare” sorununu yaşama durumu değerlendirildiğinde 0., 1., 2., 3. ve 6. ay izlemlerinde deney ile kontrol grubundaki hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Deney grubunda 0. ayda 1., 2., 3. ve 6. aya göre bu sorunu daha fazla hastanın yaşadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise “0. ayda 2., 3. ve 6. aya göre bu sorunu daha fazla hastanın yaşadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Hastaların “tam boşaltamama” sorununu yaşama durumu değerlendirildiğinde 0., 1., 2. ve 3. ay izlemlerinde deney ve kontrol grubundaki hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). 6. ay izleminde kontrol grubunda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla hastanın bu sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Deney grubunda 0. ve 1. ayda 2., 3. ve 6. aya göre bu sorunu daha fazla hastanın yaşadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise 0., 1., 2., 3. ve 6. ay izlemlerinde bu sorunu yaşayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların “tam boşaltamama nedeniyle tekrar tuvalete gitme” sorununu yaşama durumu değerlendirildiğinde 0., 1., 2., 3. ve 6. ay izlemlerinde deney grubundaki hastalar ile kontrol grubundaki hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Deney grubunda 0. ve 1. ayda 2., 3. ve 6. aya göre bu sorunu daha fazla hastanın yaşadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu; kontrol grubunda ise 0, 1, 2, 3 ve 6. ay izlemlerinde bu sorunu yaşayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların “defekasyon sırasında ağrı” sorununu yaşama durumu değerlendirildiğinde 0., 1., 2. ve 6. ay izlemlerinde deney ve kontrol grubundaki hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). 3. ay izleminde kontrol grubunda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla hastanın bu sorunu yaşadığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Deney ve kontrol grubunda izlem sürelerine göre yapılan grup içi karşılaştırmalarda bu sorunu yaşadığını belirten hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların “defekasyon sonrasında ağrı” sorununu yaşama durumu değerlendirildiğinde 0., 1., 2., 3. ve 6.ay izlemlerinde deney ve kontrol grubundaki hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Deney grubunda 1. ayda 0. ve 6.aya, 2. ayda 6. aya göre bu sorunu daha fazla hastanın yaşadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$); kontrol grubunda ise 0, 1, 2, 3 ve 6. ay izlemlerinde bu sorunu yaşayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Hastaların izlem sürelerine göre boşaltım sorunları sıklıkları (n=34).

İzlem Süreleri	0.ay (günde)		1.ay (haftada)		2.ay (haftada)		3.ay (haftada)		6.ay (haftada)		İstatistiksel analiz*
	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	
Defekasyon hissinin defekasyon ile sonuçlanmama durumu											
Deney grubu	0.53±1.07	0.0 (0.0-3.0)	4.76±10.71	0.0 (0.0-35.0)	2.47±10.18	0.0 (0.0-42.0)	0.00±0.00	0.0 (0.0-0.0)	0.00±0.00	0.0 (0.0-0.0)	χ^2=2.000 p=0.368
Kontrol grubu	0.65±1.27	0.0 (0.0-4.0)	1.65±6.79	0.0 (0.0-28.0)	4.94±13.95	0.0 (0.0-56.0)	2.88±7.45	0.0 (0.0-28.0)	2.06±5.94	0.0 (0.0-21.0)	χ^2=2.760 p=0.430
İstatistiksel analiz*	Z=-0.093 p=0.926		Z=-1.398 p=0.162		Z=-1.016 p=0.310		Z=-1.785 p=0.074		Z=-1.435 p=0.151		
1 saat içinde birden fazla defekasyon ihtiyacı											
Deney grubu	1.06±1.25	0.0 (0.0-3.0)	6.88±9.88	0.0 (0.0-28.0)	3.24±6.01	0.0 (0.0-21.0)	3.71±6.60	0.0 (0.0-21.0)	2.88±6.58	0.0 (0.0-21.0)	χ^2=4.103 p=0.251
Kontrol grubu	1.94±2.70	0.0 (0.0-8.0)	14.00±18.02	7.0 (0.0-56.0)	12.76±18.39	0.0 (0.0-56.0)	9.94±14.10	0.0 (0.0-35.0)	7.94±10.38	1.0 (0.0-28.0)	χ^2=1.130 p=0.568
İstatistiksel analiz	Z=-0.487 p=0.626		Z=-0.831 p=0.406		Z=-1.045 p=0.296		Z=-1.150 p=0.250		Z=-2.025 **p=0.043**		
Defekasyon İhtiyacını 15 dk erteleyememe											
Deney grubu	1.76±2.66	0.0 (0.0-8.0)	12.59±21.09	0.0 (0.0-63.0)	6.59±12.97	0.0 (0.0-35.0)	1.53±5.09	0.0 (0.0-21.0)	1.24±5.09	0.0 (0.0-21.0)	χ^2=5.375 p=0.068
Kontrol grubu	3.06±2.75	4.0 (0.0-8.0)	20.82±19.94	21.0 (0.0-56.0)	21.65±26.86	14.0 (0.0-84.0)	17.29±28.12	0.0 (0.0-84.0)	13.59±9.13	14.0 (0.0-98.0)	χ^2=5.812 p=0.055
İstatistiksel analiz	Z=-1.537 p=0.124		Z=-1.588 p=0.112		Z=-2.259 **p=0.024**		Z=-1.486 p=0.137		Z=-2.120 **p=0.034**		
Gece defekasyon ihtiyacı											
Deney grubu	1.24±2.17	0.0 (0.0-8.0)	9.47±12.61	9.0 (0.0-35.0)	1.12±3.43	1.0 (0.0-14.0)	0.82±11.53	0.0 (0.0-14.0)	1.65±5.27	0.0 (0.0-21.0)	χ^2=18.895 **p=0.000 (1-2.3.6)**
Kontrol grubu	1.76±1.48	2.0 (0.0-4.0)	21.41±18.10	21.0 (0.0-56.0)	10.76±8.17	14.0 (0.0-28.0)	11.94±12.07	14.0 (0.0-35.0)	9.53±12.06	1.0 (0.0-35.0)	χ^2=10.054 **p=0.018 (1-2.3.6)**
İstatistiksel analiz	Z=-1.620 p=0.105		Z=-2.124 **p=0.034**		Z=-3.870 **p=0.000**		Z=-3.482 **p=0.000**		Z=-2.551 **p=0.011**		

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (t-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.6. (devamı). Hastaların izlem sürelerine göre boşaltım sorunları sıklıkları (n:34).

İzlem Süreleri	0. ay (günde)		1. ay (haftada)		2. ay (haftada)		3. ay (haftada)		6. ay (haftada)		İstatistiksel analiz*
	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	
Diyare											
Deney grubu	2.94±3.46	2.0 (0.0-12.0)	14.06±24.08	0.0 (0.0-70.0)	4.53±10.48	0.0 (0.0-35.0)	2.53±6.70	0.0 (0.0-21.0)	0.24±0.56	0.0 (0.0-2.0)	χ^2=4.667 p=0.097
Kontrol grubu	2.94±3.25	2.0 (0.0-8.0)	4.71±13.26	0.0 (0.0-49.0)	0.53±1.38	0.0 (0.0-5.0)	5.42±3.39	0.0 (0.0-14.0)	0.35±0.99	0.0 (0.0-4.0)	χ^2=1.615 p=0.656
İstatistiksel analiz*	Z=-0.054 p=0.957		Z=-0.685 p=0.494		Z=-0.233 p=0.816		Z=-0.559 p=0.576		Z=-0.026 p=0.979		
Tam boşaltamama											
Deney grubu	2.76±3.36	11.3 (0.0-12.0)	13.41±18.60	4.0 (0.0-70.0)	5.88±11.88	2.0 (0.0-35.0)	4.12±9.60	0.0 (0.0-28.0)	2.59±7.37	0.0 (0.0-28.0)	χ^2=18.034 **p=0.000 (1-3.6)**
Kontrol grubu	2.94±4.93	2.0 (0.0-20.0)	21.82±34.64	7.0 (0.0-140.0)	16.00±21.40	4.0 (0.0-70.0)	16.06±21.11	0.0 (0.0-56.0)	9.18±9.54	1.0 (0.0-49.0)	χ^2=1.652 p=0.648
İstatistiksel analiz*	Z=-0.340 p=0.734		Z=-0.160 p=0.873		Z=-1.727 p=0.084		Z=-1.929 p=0.054		Z=-2.423 **p=0.015**		
Tam boşaltamama nedeniyle tekrar tuvalete gitme											
Deney grubu	1.06±1.25	0.0 (0.0-3.0)	6.00±9.73	2.0 (0.0-28.0)	2.88±7.45	0.0 (0.0-28.0)	2.47±7.40	0.0 (0.0-28.0)	2.59±7.37	0.0 (0.0-28.0)	χ^2=6.726 p=0.081
Kontrol grubu	1.53±2.58	0.0 (0.0-8.0)	13.18±18.34	0.0 (0.0-56.0)	10.12±13.19	0.0 (0.0-35.0)	11.94±15.99	1.0 (0.0-56.0)	7.47±9.88	0.0 (0.0-28.0)	χ^2=0.500 p=0.779
İstatistiksel analiz*	Z=-0.174 p=0.862		Z=-0.262 p=0.794		Z=-1.908 p=0.056		Z=-2.229 **p=0.026**		Z=-1.520 p=0.129		
Defekasyon sırasında ağrı											
Deney grubu	0.18±0.73	0.0 (0.0-3.0)	1.06±2.22	0.0 (0.0-7.0)	0.82±1.91	0.0 (0.0-6.0)	0.00±0.00	0.0 (0.0-0.0)	0.06±0.24	0.0 (0.0-1.0)	χ^2=5.600 p=0.061
Kontrol grubu	1.29±2.28	0.0 (0.0-6.0)	1.71±2.52	0.0 (0.0-7.0)	1.53±2.32	0.0 (0.0-8.0)	1.12±2.15	1.0 (0.0-7.0)	0.59±1.23	0.0 (0.0-4.0)	χ^2=5.661 p=0.129
İstatistiksel analiz*	Z=-1.841 p=0.066		Z=-0.792 p=0.429		Z=-1.263 p=0.207		Z=-2.376 **p=0.018**		Z=-1.510 p=0.131		
Defekasyon sonrasında ağrı											
Deney grubu	0.19±0.75	0.0 (0.0-3.0)	1.19±2.34	0.0 (0.0-7.0)	1.00±2.16	0.0 (0.0-6.0)	0.69±1.89	0.0 (0.0-6.0)	0.00±0.00	0.0 (0.0-0.0)	χ^2=6.091 p=0.107
Kontrol grubu	0.88±1.96	0.0 (0.0-5.0)	1.59±2.50	0.0 (0.0-7.0)	1.41±2.35	0.0 (0.0-8.0)	1.24±2.14	0.0 (0.0-7.0)	0.41±1.06	0.0 (0.0-4.0)	χ^2=7.800 p=0.051
İstatistiksel analiz*	Z=-1.081 p=0.280		Z=-0.576 p=0.565		Z=-0.804 p=0.421		Z=-1.318 p=0.188		Z=-1.733 p=0.083		

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (t-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.6'da çalışmaya katılan hastaların izlem sürelerine göre boşaltım sorunları ile karşılaşma sıklığı yer almaktadır. 0. ay izleminde hastalar taburculuk günü değerlendirildiği ve defekasyona başladıklarından itibaren geçen süre bir haftayı doldurmadığı için sıklık değerlendirmesi gün üzerinden yapılmıştır. Diğer izlemlerde ise sıklık değerlendirmesi hafta üzerinden yapılmıştır. Bu nedenle deney ve kontrol grubunda yapılan grup içi karşılaştırmalarda 0. ay izlemi değerlendirmeye alınmamıştır.

Hastaların "defekasyon hissinin defekasyon ile sonuçlanmama", "diyare" sıklığı ve "defekasyon sonrasında ağrı" düzeyi değerlendirildiğinde deney grubu ile kontrol grubu arasında, ve grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların "1 saat içinde birden fazla defekasyon ihtiyacı" sıklığı değerlendirildiğinde 6. ay izleminde deney grubundaki hastalarda bu sorunu yaşama sıklığının kontrol grubundaki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çalışma ve kontrol grubunda yapılan grup içi karşılaştırmalarda ise anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların "Defekasyon ihtiyacını 15 dk erteleyememe" sıklığı değerlendirildiğinde 2. ve 6. ay izleminde deney grubundaki hastalarda bu sorunu yaşama sıklığının kontrol grubundaki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Deney ve kontrol grubunda yapılan grup içi karşılaştırmalarda ise anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların "gece defekasyon ihtiyacı" sıklığı değerlendirildiğinde 1., 2., 3. ve 6. ay izleminde deney grubundaki hastalarda bu sorunu yaşama sıklığının kontrol grubundaki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Deney ve kontrol gruplarında hastaların bu sorunu yaşama sıklığının 1. ayda 2., 3. ve 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaların “diyare” yaşama sıklığı değerlendirildiğinde deney ile kontrol grubu arasında, deney ve kontrol grubu grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların “tam boşaltamama” sıklığı değerlendirildiğinde 6. ay izleminde deney grubundaki hastalarda bu sorunu yaşama sıklığının kontrol grubundaki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubunda hastaların bu sorunu yaşama sıklığının 1. ayda 3. ve 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda izlem sürelerine göre bu sorunu yaşama sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların “tam boşaltamama nedeniyle tekrar tuvalete gitme” sıklığı değerlendirildiğinde 3. ay izleminde deney grubundaki hastalarda bu sorunu yaşama sıklığının kontrol grubundaki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p<0.05$); deney ve kontrol grubunda yapılan grup içi karşılaştırmalarda ise anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Hastaların “defekasyon sırasında ağrı” düzeyi değerlendirildiğinde 3. ay izleminde deney grubundaki hastalarda ağrı düzeyinin kontrol grubundaki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p<0.05$); deney ve kontrol grubunda yapılan grup içi karşılaştırmalarda ise anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Hastaların izlem sürelerine göre boşaltım sorunlarına bağlı psikososyal sorunları (n=34).

İzlem Süreleri	1. ay		2. ay		3. ay		6. ay		İstatistiksel analiz*
	Evet (n %)	**Hayır (n %)**	**Evet (n %)**	**Hayır (n %)**	**Evet (n %)**	**Hayır (n %)**	**Evet (n %)**	**Hayır (n %)**	
Tuvalete yetişememe endişesi									
Deney grubu	6 (%35.3)	11 (%64.7)	4 (%23.5)	13 (%76.5)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	2 (%11.8)	15 (%88.2)	χ^2=5.526 p=0.137
Kontrol grubu	10 (%58.8)	7 (%41.2)	10 (%58.8)	7 (%41.2)	8 (%47.1)	9 (%52.9)	6 (%35.3)	11 (%64.7)	χ^2=6.600 p=0.086
Toplam	16 (%47.1)	18 (%52.9)	14 (%41.2)	20 (%58.8)	11 (%32.4)	23 (%67.6)	8 (%23.5)	26 (%76.5)	
İstatistiksel analiz*	χ^2=1.063 p=0.303		χ^2=3.036 p=0.081		χ^2=2.150 p=0.143		p=0.225		
Evden dışarı çıkma endişesi									
Deney grubu	5 (%29.4)	12 (%70.6)	5 (%29.4)	12 (%70.6)	2 (%11.8)	15 (%88.2)	2 (%11.8)	15 (%88.2)	χ^2=4.500 p=0.212
Kontrol grubu	9 (%52.9)	8 (%47.1)	10 (%58.8)	7 (%41.2)	7 (%41.2)	10 (%58.8)	6 (%35.3)	11 (%64.7)	χ^2=6.000 p=0.112
Toplam	16 (%41.2)	20 (%58.8)	15 (%44.1)	19 (%55.9)	9 (%26.5)	25 (%73.5)	8 (%23.5)	26 (%76.5)	
İstatistiksel analiz	χ^2=1.093 p=0.296		χ^2=1.909 p=0.167		p=0.118		p=0.225		
Ev dışında tuvaletin yerini öğrenme ihtiyacı									
Deney grubu	7 (%41.2)	10 (%58.8)	5 (%29.4)	12 (%70.6)	2 (%11.8)	15 (%88.2)	2 (%11.8)	15 (%88.2)	χ^2=9.000 **p=0.029 (1-3.6)**
Kontrol grubu	10 (%58.8)	7 (%41.2)	10 (%58.8)	7 (%41.2)	9 (%52.9)	8 (%47.1)	8 (%47.1)	9 (%52.9)	χ^2=4.714 p=0.194
Toplam	17 (%50.0)	17 (%50.0)	15 (%44.1)	19 (%55.9)	11 (%32.4)	23 (%67.6)	10 (%29.4)	24 (%70.6)	
İstatistiksel analiz	χ^2=0.471 p=0.493		χ^2=1.909 p=0.167		χ^2=4.838 **p=0.028**		p=0.057		
Sosyal ortamlarda tuvalete yakın oturma isteği									
Deney grubu	7 (%41.2)	10 (%58.8)	5 (%29.4)	12 (%70.6)	1 (%5.9)	16 (%94.1)	2 (%11.8)	15 (%88.2)	χ^2=11.870 **p=0.008 (1-3.6)**
Kontrol grubu	9 (%52.9)	8 (%47.1)	10 (%58.8)	7 (%41.2)	8 (%47.1)	9 (%52.9)	8 (%47.1)	9 (%52.9)	χ^2=3.000 p=0.392
Toplam	16 (%47.1)	18 (%52.9)	15 (%44.1)	19 (%55.9)	9 (%26.5)	25 (%73.5)	10 (%29.4)	24 (%70.6)	
İstatistiksel analiz	χ^2=0.118 p=0.731		χ^2=1.909 p=0.167		**p=0.017**		p=0.057		

Tablo 4.7. (devamı). Hastaların izlem sürelerine göre boşaltım sorunlarına bağlı psikososyal sorunları (n=34).

İzlem Süreleri	1. ay		2. ay		3. ay		6. ay		İstatistiksel analiz*
	Evet (n %)	**Hayır (n %)**	**Evet (n %)**	**Hayır (n %)**	**Evet (n %)**	**Hayır (n %)**	**Evet (n %)**	**Hayır (n %)**	
Defekasyon üzerinde kontrol kaybı düşüncesi									
Deney grubu	6 (%35.3)	11 (%64.7)	5 (%29.4)	12 (%70.6)	2 (%11.8)	15 (%88.2)	1 (%5.9)	16 (%94.1)	χ^2=10.200 **p=0.017 (1-6)**
Kontrol grubu	9 (%52.9)	8 (%47.1)	8 (%47.1)	9 (%52.9)	5 (%29.4)	12 (%70.6)	5 (%29.4)	12 (%70.6)	χ^2=10.245 **p=0.016 (1-3.6)**
Toplam	15 (%44.1)	19 (%55.9)	13 (%38.2)	21 (%61.8)	7 (%20.6)	27 (%79.4)	6 (%17.6)	28 (%82.4)	
İstatistiksel analiz*	χ^2=0.477 p=0.490		χ^2=0.498 p=0.480		p=0.398		p=0.175		
Günlük aktivitelerin defekasyon ihtiyacına göre planlanması									
Deney grubu	5 (%29.4)	12 (%70.6)	3 (%17.6)	14 (%82.4)	1 (%5.9)	16 (%94.1)	-	17 (%100.0)	χ^2=10.412 **p=0.015 (1-6)**
Kontrol grubu	8 (%47.1)	9 (%52.9)	8 (%47.1)	9 (%52.9)	8 (%47.1)	9 (%52.9)	6 (%35.3)	11 (%64.7)	χ^2=3.600 p=0.308
Toplam	13 (%38.2)	21 (%61.8)	11 (%32.4)	23 (%67.6)	9 (%26.5)	25 (%73.5)	6 (%17.6)	28 (%82.4)	
İstatistiksel analiz*	χ^2=0.498 p=0.480		χ^2=2.150 p=0.143		**p=0.017**		**p=0.018**		
Tuvalet ihtiyacının aile ilişkilerini etkileme durumu									
Deney grubu	3 (%17.6)	14 (%82.4)	2 (%11.8)	15 (%88.2)	1 (%5.9)	16 (%94.1)	-	17 (%100.0)	χ^2=6.000 p=0.112
Kontrol grubu	7 (%41.2)	10 (%58.8)	8 (%47.1)	9 (%52.9)	7 (%41.2)	10 (%58.8)	7 (%41.2)	10 (%58.8)	χ^2=1.286 p=0.733
Toplam	10 (%29.4)	24 (%70.6)	10 (%29.4)	24 (%70.6)	8 (%23.5)	26 (%76.5)	7 (%20.6)	27 (%79.4)	
İstatistiksel analiz*	χ^2=1.275 p=0.259		p=0.057		**p=0.039**		**p=0.007**		

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2", süreklilik düzeltmeli χ2ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Cochran-Q" test istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.7.'de çalışmaya katılan hastaların izlem sürelerine göre boşaltım sorunlarına bağlı yaşadıkları psikososyal sorunlar yer almaktadır. "Tuvalete yetişememe endişesi", "Evden dışarı çıkma endişesi" sorunu değerlendirildiğinde izlem sürelerine göre deney ve kontrol grubu arasında, deney ve kontrol grubundaki grup içi karşılaştırmalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların "ev dışında tuvaletin yerini öğrenme ihtiyacı" değerlendirildiğinde deney grubu ile kontrol grubu arasında 1, 2. ve 6. ay izlemlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). 3. ay izleminde ev dışında tuvaletin yerini öğrenme ihtiyacı hisseden hastaların kontrol grubunda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Deney grubunda 1. ayda 3. ve 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla hastanın ev dışında tuvaletin yerini öğrenme ihtiyacı hissettiği saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubunda yapılan grup içi karşılaştırmalarda ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların "sosyal ortamlarda tuvalete yakın oturma isteği" değerlendirildiğinde deney ve kontrol grubu arasında 1, 2. ve 6. ay izlemlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). 3.ay izleminde sosyal ortamlarda tuvalete yakın oturmak isteyen hastaların kontrol grubunda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubunda 1. ayda 3. ve 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla hastanın sosyal ortamlarda tuvalete yakın oturmak istediği saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubunda yapılan grup içi karşılaştırmalarda ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların "defekasyon üzerinde kontrol kaybı düşüncesi" değerlendirildiğinde deney ve kontrol grubu arasında 1, 2., 3. ve 6. ay izlemlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Deney grubunda 1. ayda 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla hastanın defekasyon üzerinde kontrol kaybı düşüncesi taşıdığı ($p<0.05$); kontrol grubunda ise 1. ayda 3. ve 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla hastanın defekasyon üzerinde kontrol kaybı düşüncesi taşıdığı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların “günlük aktivitelerin defekasyon ihtiyacına göre planlanması” durumu değerlendirildiğinde deney ve kontrol grubu arasında 1. ve 2. ay izlemlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0.05$); 3. ve 6. ay izlemlerinde günlük aktivitelerini defekasyon ihtiyacına göre planlayan hastaların kontrol grubunda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubunda 1. ayda 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla hastanın günlük aktivitelerini defekasyon ihtiyacına göre planladığı saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubunda yapılan grup içi karşılaştırmalarda ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların “tuvalet ihtiyacının aile ilişkilerini etkilemesi” durumu değerlendirildiğinde deney ve kontrol grubu arasında 1. ve 2. ay izlemlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). 3. ve 6. ay izlemlerinde tuvalet ihtiyacının aile ilişkilerini etkilediğini belirten hastaların kontrol grubunda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney ve kontrol grubunda yapılan grup içi karşılaştırmalarda ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Hastaların izlem sürelerine göre Wexner Skalası puanları (n=34).

Wexner Skalası Puanı	0. ay		1. ay		2. ay		3. ay		6. ay		İstatistiksel analiz*
	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	
Grup											
Deney grubu	4.12±4.53	3.0 (0.0-12.0)	5.12±4.55	5.0 (0.0-13.0)	3.24±3.67	2.0 (0.0-12.0)	2.94±3.42	2.0 (0.0-12.0)	2.53±2.67	2.0 (0.0-9.0)	χ^2=26.075 **p=0.000 (1-3.6)**
Kontrol grubu	5.76±6.40	4.0 (0.0-16.0)	8.88±5.82	9.0 (0.0-17.0)	8.71±5.85	8.0 (0.0-17.0)	7.94±5.81	7.0 (0.0-17.0)	7.71±5.91	6.0 (0.0-17.0)	χ^2=10.802 **p=0.029 (0-1)**
İstatistiksel analiz*	Z=-0.506 p=0.613		Z=-1.904 p=0.057		Z=-2.734 **p=0.006**		Z=-2.650 **p=0.008**		Z=-2.807 **p=0.005**		

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (t-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.8.'de çalışmaya katılan hastaların izlem sürelerine göre Wexner Skalası puanları yer almaktadır. Deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre 0. ay ve 1. ay Wexner Skalası puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0.05$); deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre 2, 3 ve 6. ay Wexner Skalası puanlarının istatistiksel olarak anlamlı oranda daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubunda hastaların Wexner Skalası puanlarının 1. ayda 3. ve 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek olduğu ($p<0.05$); kontrol grubunda ise hastaların Wexner Skalası puanlarının 1. ayda 0. aya göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.9. Hastaların izlem sürelerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları (n=34).

Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36	0. ay		1. ay		2. ay		3. ay		6. ay		İstatistiksel analiz*
	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	
FİZİKSEL BOYUT											
Deney grubu	50.40±18.80	46.1 (27.7-82.0)	69.22±16.40	72.0 (38.9-94.8)	81.73±15.33	83.8 (47.7-100.0)	85.20±14.87	89.0 (57.0-99.0)	93.35±10.00	97.0 (59.3-100.0)	χ^2=54.084 **p=0.000 (0-2.3.6) (1-6)**
Kontrol grubu	39.38±9.27	38.2 (24.7-57.7)	54.95±14.67	52.8 (27.3-81.0)	60.25±18.52	65.8 (26.2-89.0)	66.12±20.03	70.0 (26.2-99.0)	74.75±21.17	79.0 (30.3-99.0)	χ^2=44.641 **p=0.000 (0-2.3.6) (1-6)**
İstatistiksel analiz*	t=2.168 **p=0.041**		t=2.672 **p=0.012**		t=3.684 **p=0.001**		Z=-2.879 **p=0.004**		Z=-3.036 **p=0.002**		
MENTAL BOYUT											
Deney grubu	58.72±19.89	55.8 (25.5-87.5)	66.74±18.42	64.2 (31.5-91.1)	78.00±12.28	82.5 (46.5-91.1)	78.10±18.39	86.1 (32.3-91.1)	83.96±10.36	88.1 (50.9-91.1)	χ^2=39.964 **p=0.000 (0-2.3.6) (1-3.6)**
Kontrol grubu	50.61±16.99	46.5 (28.5-85.7)	57.41±19.45	62.4 (27.1-85.1)	59.78±18.18	63.8 (28.1-82.5)	64.58±20.86	71.9 (28.1-90.1)	68.09±19.41	76.1 (31.5-89.1)	χ^2=11.135 **p=0.025 (0-6)**
İstatistiksel analiz	t=1.277 p=0.211		t=1.435 p=0.161		Z=-3.344 **p=0.001**		Z=-2.671 **p=0.008**		Z=-3.000 **p=0.003**		
Fiziksel fonksiyon											
Deney grubu	36.18±15.36	35.0 (10.0-75.0)	84.12±9.72	85.0 (65.0-100.0)	93.24±4.31	95.0 (85.0-100.0)	93.53±6.06	95.0 (80.0-100.0)	97.06±5.32	100.0 (80.0-100.0)	χ^2=49.354 **p=0.000 (0-1.2.3.6) (1-6)**
Kontrol grubu	24.41±10.14	25.0 (0.0-40.0)	68.24±27.38	80.0 (0.0-90.0)	71.76±29.84	75.0 (0.0-95.0)	80.59±22.77	85.0 (15.0-100.0)	87.06±20.39	95.0 (35.0-100.0)	χ^2=48.683 **p=0.000 (0-2.3.6) (1.2-6)**
İstatistiksel analiz	t=2.635 **p=0.013**		Z=-1.781 p=0.075		Z=-3.498 **p=0.000**		Z=-2.122 **p=0.034**		Z=-2.245 **p=0.025**		
Sosyal fonksiyon											
Deney grubu	47.06±13.90	44.4 (0.0-66.7)	51.63±8.73	55.6 (22.2-55.6)	50.98±6.87	55.6 (33.3-55.6)	53.59±5.87	55.6 (44.4-66.7)	54.90±2.69	55.6 (44.4-55.6)	χ^2=5.066 p=0.167
Kontrol grubu	47.71±8.57	44.4 (33.3-55.6)	52.29±12.89	55.6 (22.2-88.9)	55.56±3.93	55.6 (44.4-66.7)	50.98±8.84	55.6 (22.2-55.6)	54.25±3.69	55.6 (55.6)	χ^2=5.769 p=123
İstatistiksel analiz	Z=-0.169 p=0.866		Z=-0.397 p=0.691		Z=-0.595 p=0.551		Z=-0.713 p=0.476		Z=-0.596 p=0.551		

*Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t-testi (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (t-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.9. (devamı). Hastaların izlem sürelerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları (n=34).

Yaşam kalitesi ölçeği SF-36	0. ay		1. ay		2. ay		3. ay		6. ay		İstatistiksel analiz*
	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	
Fiziksel rol kısıtlanması											
Deney grubu	32.35±43.08	0.0 (0.0-100.0)	38.24±35.49	50.0 (0.0-100.0)	60.29±45.98	75.0 (0.0-100.0)	70.59±36.69	75.0 (0.0-100.0)	91.18±24.91	100.0 (0.0-100.0)	χ^2=24.813 **p=0.000 (0.1-6)**
Kontrol grubu	17.65±21.22	0.0 (0.0-50.0)	10.29±21.76	0.0 (0.0-75.0)	19.12±27.29	25.0 (0.0-75.0)	33.82±39.47	25.0 (0.0-100.0)	51.47±41.89	50.0 (0.0-100.0)	χ^2=20.619 **p=0.000 (0.1-6)**
İstatistiksel analiz*	Z=-0.515 p=0.606		Z=-2.551 **p=0.011**		Z=-2.661 **p=0.008**		Z=-2.589 **p=0.010**		Z=-3.125 **p=0.002**		
Emosyonel rol kısıtlanması											
Deney grubu	54.90±49.92	100.0 (0.0-100.0)	66.67±42.49	100.0 (0.0-100.0)	88.24±28.73	100.0 (0.0-100.0)	84.31±35.59	100.0 (0.0-100.0)	90.20±25.72	100.0 (0.0-100.0)	χ^2=5.250 p=0.072
Kontrol grubu	37.25±45.46	0.0 (0.0-100.0)	50.98±42.68	33.3 (0.0-100.0)	47.06±45.73	33.3 (0.0-100.0)	68.63±46.35	100.0 (0.0-100.0)	70.59±46.97	100.0 (0.0-100.0)	χ^2=4.343 p=0.114
İstatistiksel analiz*	Z=-1.042 p=0.297		Z=-1.041 p=0.298		Z=-2.842 **p=0.004**		Z=-1.184 p=0.236		Z=-1.024 p=0.306		
Mental sağlık											
Deney grubu	60.47±30.79	72.0 (8.0-96.0)	76.00±20.24	80.0 (28.0-100.0)	85.18±13.47	92.0 (48.0-100.0)	86.12±20.06	96.0 (32.0-100.0)	92.94±11.18	100.0 (60.0-100.0)	χ^2=36.880 **p=0.000 (0-3.6) (1-6)**
Kontrol grubu	55.76±16.88	52.0 (28.0-88.0)	64.71±19.66	68.0 (36.0-96.0)	68.94±15.65	68.0 (40.0-100.0)	72.71±18.45	76.0 (40.0-100.0)	70.59±21.30	76.0 (24.0-100.0)	χ^2=3.613 p=0.306
İstatistiksel analiz*	Z=-0.639 p=0.523		t=1.650 p=0.109		Z=-3.122 **p=0.002**		Z=-2.396 **p=0.017**		Z=-3.526 **p=0.000**		
Enerji/canlılık											
Deney grubu	57.94±24.63	50.0 (20.0-95.0)	65.59±23.84	70.0 (20.0-100.0)	78.53±16.08	80.0 (50.0-100.0)	84.41±18.19	90.0 (50.0-100.0)	90.59±11.97	90.0 (60.0-100.0)	χ^2=32.822 **p=0.000 (0-3.6) (1-3.6)**
Kontrol grubu	52.64±21.73	50.0 (10.0-90.0)	53.24±24.36	50.0 (20.0-90.0)	59.41±18.78	55.0 (20.0-90.0)	59.71±23.71	65.0 (20.0-100.0)	68.53±27.66	80.0 (20.0-100.0)	χ^2=5.987 p=0.200
İstatistiksel analiz*	t=0.665 p=0.551		Z=-1.525 p=0.127		t=3.188 **p=0.003**		Z=-2.930 **p=0.003**		Z=-2.626 **p=0.009**		

*Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t-testi (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (t-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.9. (devamı). Hastaların izlem sürelerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları (n:34).

Yaşam kalitesi ölçeği SF-36	0. ay		1. ay		2. ay		3. ay		6. ay		İstatistiksel analiz*
	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	$\bar{X} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Maks)	
Bedensel ağrı											
Deney grubu	52.29±19.54	44.4 (22.2-100.0)	84.31±21.89	100.0 (33.3-100.0)	89.54±20.59	100.0 (33.3-100.0)	95.42±13.06	100.0 (55.6-100.0)	96.73±9.43	100.0 (66.7-100.0)	χ^2=44.051 **p=0.000 (0-1.2.3.6)**
Kontrol grubu	42.48±18.10	44.4 (11.1-88.9)	77.12±20.96	77.8 (22.2-100.0)	83.01±23.61	88.9 (11.1-100.0)	85.62±23.16	88.9 (11.1-100.0)	90.20±14.10	100.0 (66.7-100.0)	χ^2=34.317 **p=0.000 (0-2.3.6)**
İstatistiksel analiz*	Z=-1.628 p=0.104		Z=-1.337 p=0.181		Z=-1.674 p=0.094		Z=-1.992 **p=0.046**		Z=-1.847 p=0.065		
Genel bakış açısı											
Deney grubu	73.24±18.95	75.0 (45.0-100.0)	73.82±20.95	80.0 (30.0-100.0)	87.06±12.38	90.0 (65.0-100.0)	82.06±21.58	90.0 (35.0-100.0)	91.18±11.11	95.0 (60.0-100.0)	χ^2=17.641 **p=0.001 (0.1-6)**
Kontrol grubu	59.71±22.60	55.0 (20.0-95.0)	65.88±23.53	70.0 (25.0-95.0)	67.94±25.56	70.0 (25.0-100.0)	70.88±28.13	80.0 (25.0-100.0)	76.47±23.63	85.0 (30.0-100.0)	χ^2=14.599 **p=0.006 (0-6)**
İstatistiksel analiz*	t=1.891 p=0.068		t=1.039 p=0.307		t=2.775 **p=0.011**		Z=-1.305 p=0.192		Z=-2.068 **p=0.039**		

*Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t-testi (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (t-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.9.'da çalışmaya katılan hastaların izlem sürelerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 2 ana boyutundan (fiziksel boyut, mental boyut) ve 8 alt boyutundan (fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, mental sağlık, enerji/canlılık, bedensel ağrı, genel bakış açısı) aldığı puanlar yer almaktadır. Deney grubunda yer alan hastaların 0, 1, 2, 3 ve 6. ay izlemlerinde fiziksel boyut puanlarının kontrol grubunda yer alan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Deney ve kontrol grubunda yapılan grup içi karşılaştırmalarda her iki gruptaki hastaların fiziksel boyut puanlarının 0. ayda 2., 3. ve 6. aya göre, 1. ayda 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Deney grubunda yer alan hastaların 2, 3 ve 6. ay izlemlerinde mental boyut puanlarının kontrol grubunda yer alan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Deney grubunda yer alan hastaların mental boyut puanlarının 0. ayda 2., 3. ve 6. aya göre; 1. ayda 3. ve 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p<0.05$); kontrol grubunda yer alan hastaların mental boyut puanlarının 0. ayda 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Deney grubunda yer alan hastaların 0., 2., 3. ve 6.ay izlemlerinde fiziksel fonksiyon puanlarının kontrol grubunda yer alan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubunda yer alan hastaların fiziksel fonksiyon puanlarının 0. ayda 1., 2., 3. ve 6. aya göre; 1. ayda 3. ve 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p<0.05$); kontrol grubunda yer alan hastaların fiziksel fonksiyon puanlarının 0. ayda 2., 3., 6. aya göre; 1. ve 2. ayda 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

İzlem sürelerine göre sosyal fonksiyon puanları değerlendirildiğinde deney ile kontrol grubu arasında ve grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Deney grubunda yer alan hastaların 1., 2., 3. ve 6. ay izlemlerinde fiziksel rol kısıtlaması puanlarının kontrol grubunda yer alan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubunda yer alan

hastaların fiziksel rol kısıtlanması puanlarının 0. ve 1. ayda 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p<0.05$); kontrol grubunda yer alan hastaların da fiziksel rol kısıtlanması puanlarının 0. ve 1. ayda 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Deney grubunda yer alan hastaların 2. ay izleminde emosyonel rol kısıtlanması puanlarının kontrol grubunda yer alan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Deney ve kontrol grubunda grup içi karşılaştırmalarda emosyonel rol kısıtlanması puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Deney grubunda yer alan hastaların 2., 3. ve 6. ay izlemlerinde mental sağlık puanlarının kontrol grubunda yer alan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Deney grubunda yer alan hastaların mental sağlık puanlarının 0. ayda 3. ve 6. aya göre; 1. ayda 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p<0.05$); kontrol grubunda yer alan hastalar arasında izlem sürelerine göre mental sağlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Deney grubunda yer alan hastaların 2., 3. ve 6. ay izlemlerinde enerji/canlılık puanlarının kontrol grubunda yer alan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Deney grubunda yer alan hastaların enerji/canlılık puanlarının 0. ile 1. ayda 3. ve 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p<0.05$); kontrol grubunda yer alan hastalar arasında izlem sürelerine göre enerji/canlılık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Deney grubunda yer alan hastaların 3. ay izleminde bedensel ağrı puanlarının kontrol grubunda yer alan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Deney grubunda yer alan hastaların bedensel ağrı puanlarının 0. ayda 1., 2., 3. ve 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubunda yer alan hastaların bedensel ağrı puanlarının 0. ayda 2., 3., 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Deney grubunda yer alan hastaların 2. ve 6. ay izleminde genel bakış açısı puanlarının kontrol grubunda yer alan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubunda yer alan hastaların genel bakış açısı puanlarının 0. ve 1. ayda 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p<0.05$); kontrol grubunda yer alan hastaların genel bakış açısı puanlarının 0. ayda 6. aya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin bağırsak boşaltımına ilişkin sorunlara ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla, randomize kontrollü deneysel çalışma olarak yapılmıştır. Araştırma sonuçları literatür bilgileri doğrultusunda aşağıda tartışılmıştır.

Kolorektal cerrahi sonrası anorektal yapı ve fonksiyonlarda meydana gelen değişiklikler, hastaların bağırsak alışkanlıklarında değişime yol açmaktadır (15–17). Yin ve ark.'nın low anterior rezeksiyon uygulanan hastalar ile yapmış oldukları çalışmada hastaların % 92.0'ı (126), Nikoletti ve ark.'nın kolorektal kanser nedeni ile cerrahi uygulanan hastalar ile yapmış oldukları çalışmada hastaların %71.3'ü bağırsak alışkanlıklarının değiştiğini belirtmiştir (27). Siassi ve ark.'nın yaptıkları çalışmada stoması kapatılan hastaların çoğunlukla artan dışkı sıklığı (%79.4), defekasyon hissi (%58.8), inkontinans (%50) ve diyare (%47.1) sorunlarından şikayet ettiği görülmüştür (14). Camilleri-Brennan ve Steele stoması kapatılan hastaların erken dönemde % 50.0'sinde, 6.ayda ise %21.0'inde defekasyon sıklığının arttığını (38) ifade etmiştir. Benzer şekilde stoması kapatılan hastalar ile yapılan nitel çalışmalar incelendiğinde, Taylor ve ark. hastaların tümünün sık defekasyon, defekasyon aciliyeti ve tam boşaltamama sorunlarını yaşadığını (26); Reinwalds ve ark. hastaların tamamına yakınının defekasyon ihtiyacını birkaç dakikadan daha fazla erteleyemediğini (40); Lu ve ark. hastaların defekasyon hissinin defekasyon ile sonuçlanmaması, sık defekasyon, inkontinans sorunları yaşadığını (35) belirtmiştir. Çalışmamızda kontrol grubu hastaların defekayon sıklığı ortancasının 0., 1., 2. ay izlemlerinde 6, 3. ve 6. ay izlemlerinde 5 olduğu, deney grubunda 0.ayda 6 olduğu ve aylara göre giderek azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.4). Hastaların en çok yaşadıkları 3 sorun 0., 1., 2. ay izlemlerinde tam boşaltamama, gece defekasyona çıkma, defekasyon ihtiyacını 15 dakika erteleyememe; 3. ve 6. ay izlemlerinde tam boşaltamama, gece defekasyona çıkma, bir saat içinde birden fazla defekasyon ihtiyacı olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5). Literatürle uyumlu çalışma bulguları stoması kapatılan hastalarda boşaltım sorunlarının yüksek düzeyde olduğunu göstermekte ve hastaların yaşam kalitesini de olumsuz etkileyeceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda çalışmamızın bulguları hastaların bu sorunlara yönelik bilgilendirilmediğini de (Tablo 4.2) ortaya koymaktadır. Bu durum stoması kapatılan hastaların hemşirelik bakımında,

taburculuk eğitimlerinde ve izlemlerinde bağırsak boşaltım sorunlarının gözardı edilmemesi gerektiğinin önemini vurgulamaktadır.

Fekal inkontinans, stoması kapatılan hastaların sık karşılaştığı sorunlar arasında yer almaktadır (14, 35, 38). Fekal inkontinans değerlendirilmesinde objektif bir ölçüm aracı olarak Wexner Skalası kullanılmaktadır. Badic ve ark. rektal kanser nedeniyle sfinkter koruyucu cerrahi uygulanan hastalar ile yapmış oldukları çalışmada hastaların % 37.5' inin Wexner Skalası puanın 10 puanın üzerinde olduğu saptanmıştır (19). Benzer başka bir çalışma hastaların Wexner Skalası puan ortalamasının 8.50 ± 7.03 olduğu ve %44.6'sının Wexner Skalası puanın 10 puanın üzerinde olduğu görülmektedir (127). Çalışmamızda 0., 1., 2., 3. ve 6. ay izlemlerinde deney grubu hastaların Wexner Skalası puanları sırasıyla 4.12±4.53, 5,12±4,55, 3,24±3,67, 2,94±3,42, 2,53±2,67, kontrol grubu hastaların wexner skalası puanları sırasıyla 6.24±4.12, 7.53±4.49, 6.47±3.30, 6.82±4.41, 6.41±3.79 olarak saptanmıştır (Tablo 4.8). Özellikle kontrol grubunun wexner skalası puanlarının literatür ile benzerlik taşıdığı görülmektedir. Literatür ile uyumlu olan çalışma sonuçları stoması kapatılan hastaların takiplerinde fekal inkontinans yönünden de takip edilmesinin, hastalara bu sorunla başetme ve tedavi seçenekleri hakkında eğitim ve danışmanlık verilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Pelvik taban kas egzersizleri herhangi bir girişim gerektirmeyen ve bireyin günlük yaşamında kendi kendine rahatlıkla uygulayabileceği bir yöntemdir. Aynı zamanda pelvik taban kas egzersizleri boşaltım sorunların tedavisinde diğer yöntemlerle birlikte kullanılabilmektedir. Kim ve ark. tarafından total mezorektal eksizyonla sfinkter koruyucu cerrahi uygulanan hastalara biyofeedback eşliğinde pelvik taban kas egzersizleri kullanılmış olup çalışma sonucunda hastaların Wexner Skalası puanında ve defekasyon sıklığında istatistiksel olarak anlamlı oranda azalma olduğu belirlenmiştir (128). Serin ve ark.'nın total mezorektal eksizyon uygulanan hastalar ile yapmış oldukları çalışmada hastalara biofeedback eşliğinde pelvik taban kas egzersizleri eğitimi verilmiş ve Wexner Skalası puanının azaldığı saptanmıştır (129). Laforest ve ark.'nın stoma kapatılması sonrası biofeedback eşliğinde pelvik taban kas egzersizleri ile verilen anal sfinkter eğitimininin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada eğitim sonrası deney grubunun defekasyon sıklığı, defekasyonda zorlanma kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuş olup ani defekasyon yönünden farklılık tespit edilmemiştir (29). Aynı

çalışmada deney grubunun Wexner Skalası puanı daha düşük bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (29). Lin ve ark. tarafından yapılan çalışmada stoma kapatılması sonrası pelvik taban kas egzersizi uygulayan hastaların 3. ve 6. ayda wexner skalası puanları egzersiz uygulamayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (54). Çalışmamızda hastaların 2., 3. Ve 6. ay izlemlerinde deney grubunun defekasyon sayısının (Tablo 4.4) ve Wexner Skalası puanlarının (Tablo 4.8) kontrol grubundan anlamlı oranda düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda 2., 3., 6. ay izlemlerinde gece defekasyon ihtiyacı, 6. ayda tam boşaltamama, 3. ayda defekasyon sırasında ağrı sorunu belirten hastaların deney grubunda kontrol grubundaki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı oranda az olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Literatürle uyumlu olan çalışma sonuçları "stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin bağırsak boşaltım sorunları üzerine etkisi vardır" "stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin fekal inkontinans üzerine etkisi vardır" hipotezlerimizi desteklemektedir. Aynı zamanda çalışmamızda boşaltım sorunlarının sıklığı da değerlendirilmiş olup 6. ayda tam boşaltamama, bir saat içinde birden fazla defekasyon ihtiyacı; 3. ayda tam boşaltamama nedeniyle tuvalete gitme, defekasyon sırasında ağrı; 3. ve 6. ayda defekasyon ihtiyacını 15 dakika erteleyememe; 1. ,2., 3. ve 6. ayda gece defekasyon ihtiyacı sıklığının deney grubunda kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı oranda düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.6). Ancak literatürde pelvik taban kas egzersizlerinin bağırsak boşaltım sorunların sıklığı üzerine etkisini değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Pelvik taban kas egzersizlerinin etkinliği için 15-20 hafta egzersize devam edilmesi gerektiği (58) göz önüne alındığında farklılıkların 2. ay itibari ile ortaya çıkmış olması literatürü destekleyen bir sonuçtur. Bu bulgular doğrultusunda stoması kapatılan hastalara taburculuk eğitiminde pelvik taban kas egzersizlerinin öğretilmesinin, hastaların egzersizleri düzenli uygulamaya teşvik edilmesinin boşaltım sorunlarını azaltacağını söyleyebiliriz.

Hastaların bağırsak boşaltımına ilişkin yaşadığı sorunlar, psikososyal durumlarını da etkilemektedir. Yin ve ark. tarafından low anterior rezeksiyon uygulanan hastalar ile yapılan çalışmada hastaların %77.0'ının bulundukları ortamda tuvaletlerin uygunluğunu değerlendirdiği, %73.0'ünün boş zaman aktivitelerinin kısıtlandığı görülmüştür (126). Nikoletti ve ark. kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların en sık yaşadıkları endişeleri evden uzakta tuvalet bulmak (% 44.5),

zamanında tuvalete gitmek (% 36.6), sosyal durumlarda koku yaymak (% 35.6), inkontinans yaşamak(% 30.7), defekasyon kontrolünün olmaması (%28.7) ve dışarıda yemek yerken yiyecek seçmek (%28.7) olarak belirtirken, az sıklıkta yaşadıkları endişeleri cinsel ilişki (%17.8), evden dışarı çıkmak (% 15.8), arkadaş ortamında bulunmak (%12.9), kiliseye, filmlere veya diğer sosyal etkinliklere gitmek (%11.9), işe gitmek (%7.9) olarak belirtmiştir (27). Hou ve ark. tarafından sfinkter koruyucu cerrahi uygulanan hastalar ile yapılan çalışmada hastaların %43.1'i her zaman/çoğu zaman evin dışına çıktıklarında tuvaletin yerini öğrenmek istediğini, %47.1'i aktivitelerini defekasyon alışkanlıklarına göre planladıklarını belirtmiştir (34). Çalışmamızda ameliyattan 1 ay sonra çalışmaya katılan hastaların yarısının ev dışında tuvaletin yerini öğrenme ihtiyacı duyduğu, yarısına yakınının tuvalete yetişememe endişesi (%47.1), evden dışarı çıkma endişesi (%41.2), sosyal ortamlarda tuvalete yakın oturmak isteme(%47.1), defekasyon üzerinde kontrol kaybı olduğunu düşünme (%44.1) sorunlarını yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.7). Aynı zamanda ameliyattan 1 ay sonra hastaların %38.2'si günlük işlerini defekasyon ihtiyacına göre belirlediğini, %29.4'ü aile ilişkilerinin etkilendiğini ifade etmiştir. Ameliyat sonrası 2., 3., 6. ay izleminde bu sorunları belirten hasta sayısının azaldığı görülmüştür (Tablo 4.7). Literatür ve çalışma bulguları stoması kapatılan bireylerde fiziksel sorunların psikososyal sorunları beraberinde getirdiğini ortaya koymaktadır. Bu hasta grubuna bakım veren hemşirelerin hastaların karşılaşacağı sorunların farkında olması, başetme yöntemlerine yönelik eğitim vermesi bütüncül bakım için önem taşımaktadır.

Literatürde pelvik taban kas egzersizlerinin bireylerin boşaltım sorunlarına bağlı yaşadıkları psikososyal sorunlar üzerine etkisini değerlendiren bir çalışma olmamasına rağmen, hastaların yaşam kaliteleri üzerine etkisini inceleyen çalışmaların içinde hastaların psikososyal yönüne etkisini gösterebilecek kısıtlı bulgular yeralmaktadır. Hung ve ark. stoması kapatılan hastalar ile yapmış oldukları çalışmada fekal inkontinans yaşam kalitesi ölçeği kullanılmış olup çalışmada 3. ve 6. ay izlemlerinde yaşam tarzı, 3. ayda başetme davranışları ve depresyon, 1. ayda utanma alt boyutlarında pelvik taban kas egzersizi uygulayan hastaların istatistiksel olarak daha iyi bir puana sahip olduğu bulunmuştur (28). Fekal inkontinans yaşam kalitesi ölçeğinin kullanıldığı bir diğer çalışmada biofeedback eşliğinde pelvik taban kas egzersizleri ile verilen anal sfinkter eğitimininde deney grubunun depresyon/ benlik algısı alt boyutunda istatistiksel olarak daha iyi bir puana sahip olduğu belirtilmiştir

(29). Çalışmamızda 3., 6. ay izlemlerinde günlük aktivitelerin defakasyon ihtiyacına göre planlanlayan, tuvalet ihtiyacı nedeni ile aile ilişkileri etkilenen hastaların deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha az olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Aynı zamanda 3. ay ev dışında tuvaletin yerini öğrenme ihtiyacı hisseden, sosyal ortamlarda tuvalete yakın oturma isteği duyan hastaların kontrol grubunda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla hastada görülmesi (Tablo 4.7) bu bulguyu desteklemektedir. Çalışma bulguları "stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin bağırsak boşaltım sorunlarına bağlı psikososyal sorunlar üzerine etkisi vardır" hipotezini doğrulamaktadır. Literatür ve çalışma bulguları doğrultusunda egzersiz uygulamasının hastaların psikososyal iyilik halini arttırdığı, buna bağlı olarak da yaşam kalitesinin olumlu yönde artacağı görülmektedir.

Kolorektal cerrahi ve bağırsak boşaltım sorunları hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (39,130,131). Bağırsak boşaltım sorunlarına yönelik tedavi girişimleri hastaların yaşam kalitelerini arttırmada da etkili olmaktadır. Laforest ve ark. stoma kapatılması sonrası biofeedback eşliğinde pelvik taban kas egzersizleri ile verilen anal sfinkter eğitimininin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada eğitim sonrası SF-36 yaşam kalitesi ölçeği enerji/canlılık, mental sağlık alt boyut puanlarında deney grubunun puanlarının istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu bulunmuştur (29). Serin ve ark.'nın total mezorektal eksizyon uygulanan hastalar ile yapmış oldukları çalışmada hastalara biofeedback eşliğinde pelvik taban kas egzersizleri eğitiminin fekal inkontinans yaşam kalitesi ölçeği puanında artış sağladığı saptanmıştır (129). Hung ve ark. stoma kapatılması sonrası pelvik taban kas egzersizlerinin yaşam kalitesine etkisini değerlendirdikleri çalışmada egzersiz uygulayan hastaların 3. ve 6. ay fekal inkontinans yaşam kalitesi ölçeği toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirtmiş ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak için en az altı ay boyunca pelvik taban kas egzersizi eğitimi verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (28). Çalışmamızda SF-36 ölçek ana boyutlarından fiziksel boyut puanı tüm izlem süreçlerinde, mental boyut puanı 2., 3., 6. ay izlemlerinde deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ölçeğin ana boyutlarını oluşturan alt boyutlara bakıldığında ise fiziksel rol kısıtlanması puanı 1, 2., 3., 6. ayda, emosyonel rol kısıtlanması ile bedensel ağrı puanları 3. ayda, enerji/canlılık ile mental sağlık puanları

2., 3., 6. ayda ve genel bakış açısı puanı 2., 6. ayda deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışma bulguları "stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi vardır" hipotezini doğrulamaktadır. Literatürle uyumlu çalışma sonuçları kolorektal cerrahinin ve boşaltım sorunlarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, pelvik taban kas egzersizlerinin yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu görülmektedir.

Çalışma ve literatür bulguları doğrultusunda stoma kapatılması sonrasında hastaların bağırsak boşaltım sorunları yaşadığı; bu sorunların psikososyal sorunlara neden olduğu ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Çalışma bulguları pelvik taban kas egzerszlerinin bağırsak boşaltım sorunlarını azaltarak psikososyal sorunların önlenmesinde ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde etkili olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda hemşirenin bağımsız rolleri arasında yer alan pelvik taban kas egzersizlerinin kolorektal cerrahi sonrası taburculuk eğitimine eklenmesi ve hastaların uzun zamanlı takiplerinin yapılması ile fiziksel sorunların iyileştirilmesinin yanı sıra hastaların hem psikososyal iyilik halinin hem de yaşam kalitesinin arttırılabileceği görülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmanın sonucunda;

- Deney ve kontrol grubundaki hastaların stoma tipi dışında sosyodemografik özellikler, sağlık hastalık durumuna ilişkin özellikler ve stoma kapatılmasına ilişkin özellikler yönünden benzer olduğu,
- Deney grubundaki hastaların %82.4'üne ve kontrol grubundaki hastaların ise %41.2'sine ileostomi açıldığı,
- Stoması kapatılan hastalarda pelvik taban kas egzersizlerinin defekasyon sayısını etkilediği, 2., 3. ve 6. ay izlemlerinde deney grubunda yer alan hastaların defakasyon sayılarının kontrol grubundaki hastaların defekasyon sayılarından daha az olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$),
- Hastaların "gece defekasyon" sorununu yaşama durumu değerlendirildiğinde 2., 3. ve 6. ay izlemlerinde deney grubunda bu sorunu yaşadığını belirten hastaların kontrol grubundaki hastalara göre daha az olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$),
- Hastaların "tam boşaltamama" sorununu yaşama durumu değerlendirildiğinde 6. ay izleminde kontrol grubunda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla hastanın bu sorunu yaşadığı ($p<0.05$),
- Hastaların "defekasyon sırasında ağrı" sorununu yaşama durumu 3.ay izleminde kontrol grubunda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla hastanın bu sorunu yaşadığı ($p<0.05$),
- Hastaların "ev dışında tuvaletin yerini öğrenme ihtiyacı" değerlendirildiğinde 3. ay izleminde ev dışında tuvaletin yerini öğrenme ihtiyacı hisseden hastaların kontrol grubunda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu ($p<0.05$),
- Hastaların "sosyal ortamlarda tuvalete yakın oturma isteği" değerlendirildiğinde 3. ay izleminde sosyal ortamlarda tuvalete yakın oturmak isteyen hastaların kontrol grubunda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu ($p<0.05$),

- Hastaların "günlük aktivitelerin defakasyon ihtiyacına göre planlanması" durumu değerlendirildiğinde 3. ve 6. ay izlemlerinde günlük aktivitelerini defekasyon ihtiyacına göre planlayan hastaların kontrol grubunda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu ($p<0.05$),
- Hastaların "tuvalet ihtiyacının aile ilişkilerini etkilemesi" durumu değerlendirildiğinde 3. ve 6. ay izlemlerinde tuvalet ihtiyacının aile ilişkilerini etkilediğini belirten hastaların kontrol grubunda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu ($p<0.05$),
- Deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre 2., 3. ve 6. ay Wexner Skalası puanlarının istatistiksel olarak anlamlı oranda daha düşük olduğu ($p<0.05$).
- SF-36 ölçek ana boyutlarından fiziksel boyut puanı tüm izlem süreçlerinde, mental boyut puanı 2., 3., 6. ay izlemlerinde deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0.05$),
- SF-36 Ölçeği ana boyutlarını oluşturan alt boyutlara bakıldığında fiziksel rol kısıtlanması puanının 1., 2., 3., 6. ayda, emosyonel rol kısıtlanması ile bedensel ağrı puanlarının 3. ayda, enerji/canlılık ile mental sağlık puanlarının 2., 3., 6. ayda ve genel bakış açısı puanının 2., 6. ayda deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Stoması kapatılan hastaların bağırsak boşaltım sorunları ve psikososyal yönden değerlendirilmesi,
- Stoması kapatılan hastalara bağırsak boşaltım sorunları ve psikososyal sorunlarla başetmeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- Stoması kapatılan hastaların taburculuk eğitimine pelvik taban kas egzersizlerinin eklenmesi,
- Stoması kapatılan hastaların pelvik taban kas egzersizlerini etkin ve düzenli uygulaması yönünde teşvik edilmesi,
- Geliştirilen eğitim kitapçığının kullanımının yaygınlaştırılması,
- Benzer çalışmaların daha büyük çalışma grubu ile yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. International Agency for Research on Cancer. Globacan 2018, Colorectal cancer. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancer. 23 Nisan 2020.

2. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2018, Turkey http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf. 23 Nisan 2020.

3. Bayar B, Yılmaz KB, Akıncı M, Şahin A, Kulaçoğlu H. Acil ve elektif şartlarda ameliyat edilen kolorektal kanserli hastalarin tedavi sonuçlarinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Surgery*, 2016, 32 (1): 11–17.

4. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programi. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf 23 Nisan 2020.

5. Glynne-Jones R, Wyrwicz L, Tiret E, Brown G, Rödel C, Cervantes A, Arnold D. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 2017, 28(4): iv22–iv40.

6. Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD, Mosconi S, Mandalà M, Cervantes A, Arnold D. Early colon cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 2013, 24(6): vi64–vi72.

7. Alabaz Ö, Akçam T. İntestinal stomalar. İçinde: Baykan A, Abdullah Z, Ethem G, Terzi C (editörler). *Kolon ve Rektum Kanserleri*, 1. Baskı. İstanbul, Seçil Ofset Matbaacılık ve Ambalaj Sanayi Ltd. Şti, 2010: 671–692.

8. Akçal T, Ertürk S. Kolon kanserleri. İçinde: Baykan A, Abdullah Z, Ethem G, Terzi C (editörler). Kolon ve Rektum Kanserleri, 1. Baskı, İstanbul, Seçil Ofset Matbaacılık ve Ambalaj Sanayi Ltd. Şti, 2010: 235–248.

9. Göçmen Baykara Z. Ostomi Bakımı. İçinde: Atabek Aştı T, Karadağ A

(editörler). *Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri*, 1.Baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2011: 1146–1177.

10. Porrett T, McGrath A. *Stoma Care*. 1.Baskı. İndia, Blackwell Publishing Ltd; 2005.

11. Yüzbaşıoğlu F, Sayhan H, Çolak T, Altıner NN, Karagöz A, Gürsu H. Kolostomi kapatma komplikasyonları. *SSK İzmir Eğitim Hastanesi Tıp Dergisi,* 2003, 9(4): 115–118.

12. Kaiser AM, Israelit S, Klaristenfeld D, Selvindoss P, Vukasin P, Ault G, Beart RW. Morbidity of ostomy takedown. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2008, 12(3): 437–441.

13. Khan S, Alvi AR, Awan Z, Rashid NH. Morbidity of colostomy reversal. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2016, 66(9): 1081–1083.

14. Siassi M, Hohenberger W, Lösel F, Weiss M. Quality of life and patient's expectations after closure of a temporary stoma. *International Journal of Colorectal Disease*, 2008,23(12): 1207–1212.

15. Sunderland R, O'Brien L. Causes of Faecal Incontinence. In: Collins B, Bradshaw E (eds). *Bowel Dysfunction A Comprehensive Guide for Healthcare Professionals*, Switzerland, Springer, 2016: 97–116.

16. Koda K, Yamazaki M, Shuto K, Kosugi C, Mori M, Narushima K, Hosakawa I, Shimizu H. Etiology and management of low anterior resection syndrome based on the normal defecation mechanism. *Surgery Today*, 2019, 49: 803–808.

17. Walma MS, Kornmann VNN, Boerma D, De Roos MAJ, Van Westreenen HL. Predictors of fecal incontinence and related quality of life after a total mesorectal excision with primary anastomosis for patients with rectal cancer. *Annals of Coloproctology*, 2015, 31(1): 23–28.

18. Swatton AP. The Causes of Constipation. In: Collins B, Bradshaw E (eds). *Bowel Dysfunction A Comprehensive Guide for Healthcare Professionals*, Switzerland, Springer, 2016: 75–96.

19. Badic B, Joumond A, Thereaux J, Gancel CH, Bail JP. Long-term functional and oncological results after sphincter-saving resection for rectal cancer - Cohort study. *International Journal of Surgery*, 2018, 52: 1–6.

20. Peeters KCMJ, Van de Velde CJH, Leer JWH, Martijn H, Junggeburt JMC, Kranenbarg EK, Steup WH, Wiggers T, Rutten HJ, Marijnen CAM. Late side effects of short-course preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for rectal cancer: Increased bowel dysfunction in irradiated patients - A Dutch Colorectal Cancer Group Study. J*ournal of Clinical Oncology*, 2005, 23(25): 6199–6206.

21. Knowles G, Haigh R, McLean C, Phillips HA, Dunlop MG, Din FVN. Long term effect of surgery and radiotherapy for colorectal cancer on defecatory function and quality of life. *European Journal of Oncology Nursing* , 2013, 17(5): 570–577.

22. Murata A, Brown CJ, Raval M, Phang PT. Impact of short-course radiotherapy and low anterior resection on quality of life and bowel function in primary rectal cancer. *American Journal of Surgery*, 2008, 195(5): 611–615.

23. Sailer M, Fein M, Fuchs KH, Bussen D, Grun C, Thiede A. Morphologic changes of the anal sphincter musculature during and after temporary stool deviation. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 2001, 386(3): 183–187.

24. Park YY, Yang SY, Han YD, Cho MS, Hur H, Min BS, Lee KY, Kim NK. Predictive Factors for Bowel Dysfunction after Sphincter-Preserving Surgery for Rectal Cancer: A Single-Center Cross-sectional Study. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2019, 62(8): 925–933.

25. Williams L, Armstrong M, Finan P, Sagar P, Burke D. The effect of faecal diversion on human ileum. *Gut*, 2007, 56(6): 796–801.

26. Taylor C, Bradshaw E. Tied to the toilet: Lived experiences of altered bowel function (anterior resection syndrome) after temporary stoma reversal. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2013, 40(4): 415–421.

27. Nikoletti S, Young J, Levitt M, King M, Chidlow C, Hollingsworth S. Bowel problems, self-care practices, and information needs of colorectal cancer survivors at 6 to 24 months after sphincter-saving surgery. *Cancer Nursing*, 2008, 31(5): 389–398.

28. Hung SL, Lin YH, Yang HY, Kao CC, Tung HY, Wei LH. Pelvic floor muscle exercise for fecal incontinence quality of life after coloanal anastomosis. *Journal of Clinical Nursing*, 2016, 25(17–18): 2658–2668.

29. Laforest A, Bretagnol F, Mouazan AS, Maggiori L, Ferron M, Panis Y. Functional disorders after rectal cancer resection: Does a rehabilitation programme improve anal continence and quality of life?. *Colorectal Disease*, 2012, 14(10): 1231–1237.

30. Landers M, Mccarthy G, Livingstone V, Savage E. Patients' bowel symptom experiences and self-care strategies following sphincter-saving surgery for rectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 2014, 23(15–16): 2343–2354.

31. Emmertsen KJ, Laurberg S. Impact of bowel dysfunction on quality of life after sphincter-preserving resection for rectal cancer. *British Journal of Surgery*, 2013, 100(10): 1377–1387.

32. Reinwalds M, Blixter A, Carlsson E. A descriptive, qualitative study to assess patient experiences following stoma reversal after rectal cancer surgery. *Ostomy Wound Management*, 2017, 63(12): 29–37.

33. Tan SH, Liao YM, Lee KC, Ko YL, Lin PC. Exploring bowel dysfunction of patients following colorectal surgery: A cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 2019, 28(9–10): 1577–1584.

34. Hou XT, Pang D, Lu Q, Yang P, Jin SL. Bowel dysfunction and self-management for bowel symptoms after sphincter-preserving surgery: a cross-sectional survey of chinese rectal cancer patients. *Cancer Nursing*, 2017, 40(4): E9–E16.

35. Lu LC, Huang XY, Chen CC. The lived experiences of patients with post-

operative rectal cancer who suffer from altered bowel function: A phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing*, 2017, 31: 69–76.

36. Landers M, McCarthy G, Savage E. Bowel symptom experiences and management following sphincter saving surgery for rectal cancer: A qualitative perspective. *European Journal of Oncology Nursing*, 2012, 16(3): 293–300.

37. Pan LH, Tsai YF, Chen ML, Tang R, Chang CJ. Symptom distress and self-care strategies of colorectal cancer patients with diarrhea up to 3 months after surgery. *Cancer Nursing*, 2011, 34(1): 1–9.

38. Camilleri-Brennan J, Steele RJC. Prospective analysis of quality of life after reversal of a defunctioning loop ileostomy. *Colorectal Disease*, 2002, 4(3): 167–171.

39. Lin YH, Chen HP, Liu KW. Fecal ıncontinence and quality of life in adults with rectal cancer after lower anterior resection. J*ournal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2015, 42(4): 395–400.

40. Reinwalds M, Blixter A, Carlsson E. Living with a resected rectum after rectal cancer surgery—Struggling not to let bowel function control life. *Journal of Clinical Nursing*, 2018, 27(3–4): e623–e634.

41. Taylor C, Morgan L. Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment. *European Journal of Oncology Nursing*, 2011, 15(1): 59–66.

42. Van Heinsbergen M, Janssen-Heijnen ML, Leijtens JW, Slooter GD, Konsten JL. Bowel dysfunction after sigmoid resection underestimated: Multicentre study on quality of life after surgery for carcinoma of the rectum and sigmoid. *European Journal of Surgical Oncology*, 2018, 44(8): 1261–1267.

43. Kinoshita Y, Nokes KM, Kawamoto R, Kanaoka M, Miyazono M, Nakao H, Chishaki A, Mibu R. Health-related quality of life in patients with lower rectal cancer after sphincter-saving surgery: a prospective 6-month follow-up study.

European Journal of Cancer Care, 2017, 26(4): 1–11.

44. Scheele J, Lemke J, Meier M, Sander S, Henne-Bruns D, Kornmann M. Quality of Life after Sphincter-Preserving Rectal Cancer Resection. *Clinical Colorectal Cancer*, 2015, 14(4): e33–e40.

45. Taylor C, Bradshaw E, Walker J, Wood T. Nursing interventions to improve bowel function after rectal cancer treatment. *Gastrointestinal Nursing*, 2013, 11(5): 16–23.

46. Orhan C, Kaya S. Anorektal Disfonksiyonda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. İçinde: Akbayrak T (editörler). *Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*, Ankara, Hipokrat Kitabevi & Pelikan Kitabevi, 2016: 141–165.

47. Martellucci J. Low anterior resection syndrome: A treatment algorithm. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2016, 59(1): 79–82.

48. Dulskas A, Smolskas E, Kildusiene I, Samalavicius NE. Treatment possibilities for low anterior resection syndrome: a review of the literature. I*nternational Journal of Colorectal Disease*, 2018, 33(3): 251–260.

49. Berghmans B, Bols E. Conservative interventions for treatment of AI. In: Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M (eds). *Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor Bridging science and clinical practice*, 2nd ed. China, Elsevier Ltd.; 2015: 319–333.

50. Sloots K, Bartlett L, Ho YH. Treatment of postsurgery bowel dysfunction: Biofeedback therapy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2009, 36(6): 651–658.

51. Lin KY, Granger CL, Denehy L, Frawley HC. Pelvic floor muscle training for bowel dysfunction following colorectal cancer surgery: A systematic review. *Neurourology and Urodynamics*, 2015, 34(8): 703–712.

52. Visser WS, Te Riele WW, Boerma D, Van Ramshorst B, Van Westreenen HL. Pelvic floor rehabilitation to improve functional outcome after a low anterior resection: A systematic review. *Annals of Coloproctology*, 2014, 30(3): 109–

114.

53. Maris A, Devreese AM, D'Hoore A, Penninckx F, Staes F. Treatment options to improve anorectal function following rectal resection: A systematic review. *Colorectal Disease,* 2013, 15(2): 67–78.

54. Lin YH, Yang HY, Hung SL, Chen HP, Liu KW, Chen TB, Chi SC. Effects of pelvic floor muscle exercise on faecal incontinence in rectal cancer patients after stoma closure. *European Journal of Cancer Care,* 2016, 25(3): 449–457.

55. Sloots K, Bartlett L. Practical strategies for treating postsurgical bowel dysfunction. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing,* 2009, 36(5): 522–527.

56. Hemşirelik Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, sayı: 27910, 19 Nisan 2011.

57. Vickers D, Davila GW. Kegel Exercises and Biofeedback. In: Davila GW, Ghoniem GM, Wexner SD (eds). *Pelvic Floor Dysfunction A Multidisciplinary Approach,* 2nd ed. London, Springer, 2008: 303–310.

58. Haslam J. Pelvic Floor Muscle Exercise in the Treatment of Urinary Incontinence. In: Haslam J, Laycock J (eds). *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain Pelvic Organ Disorders,* 2.nd ed. London, Springer, 2008: 89–94.

59. Ertürk S. Kolorektal Kanserler: Epidemiyoloji, Etiyolojide Rol Oynayan Etkenler, Tarama ve Kemoprevansiyon. İçinde: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C (editörler). *Kolon ve Rektum Kanserleri*, 1. Baskı. İstanbul, Seçil Ofset Matbaacılık ve Ambalaj Sanayi Ltd. Şti., 2010: 15–30.

60. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması 2018. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=272018 12 Nisan 2020

61. Sever ÖN, Demir G. Yaşlı hastada kolorektal kanser tedavisi. *Türkiye Klinikleri,* 2018, 4(2): 62–67.

62. Karahasanoğlu, T. Kolorektal Kanserler: Tanı ve cerrahi tedavi. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu, İstanbul, , 2001, *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*: 271-279.

63. Desnoo L, Faithfull S. A qualitative study of anterior resection syndrome: The experiences of cancer survivors who have undergone resection surgery. *European Journal of Cancer Care*, 2006, 15(3): 244–251.

64. Keane C, Sharma P, Yuan L, Bissett I, O'Grady G. Impact of temporary ileostomy on long-term quality of life and bowel function: a systematic review and meta-analysis. *ANZ Journal of Surgery*, 2020, 90(5): 687–692.

65. Lai X, Wong FKY, Ching SSY. Review of bowel dysfunction of rectal cancer patients during the first five years after sphincter-preserving surgery: A population in need of nursing attention. *European Journal of Oncology Nursing*, 2013, 17(5): 681–692.

66. Dennis A, Marshall M. Investigations. In: Collins B, Bradshaw E (eds). *Bowel Dysfunction A Comprehensive Guide for Healthcare Professionals*, Switzerland, Springer, 2016: 33–52.

67. Emmanuel A. Invited Commentary. In: Santoro G, Wieczorek A, Bartram C (eds). *Pelvic Floor Disorders Imaging and Multidisciplinary Approach to Management*, Italy, Springer, 2010: 319–320.

68. Swash M. The Pelvic Floor: Functional Concepts and Neurocontrol. In: Santoro G, Wieczorek A, Bartram C (eds). *Pelvic Floor Disorders Imaging and Multidisciplinary Approach to Management*, Italy, Springer, 2010: 33–42.

69. Bradshaw E, Knox R. The Assessment of Faecal Incontinence. In: Collins B, Bradshaw E (eds). *Bowel Dysfunction A Comprehensive Guide for Healthcare Professionals*, Switzerland, Springer, 2016: 117–136.

70. Chen TY, Emmertsen KJ, Laurberg S. What are the best questionnaires to capture anorectal function after surgery in rectal cancer?. *Current Colorectal Cancer Reports*, 2014, 11: 37–43.

71. Cam C, Selcuk S, Asoglu MR, Tug N, Akdemir Y, Ay P, Karateke A. Validation of the Wexner scale in women with fecal incontinence in a Turkish population. *International Urogynecology Journal*, 2011, 22(11): 1375–1379.

72. Dedeli O, Fadiloglu C, Bor S. Validity and reliability of a turkish version of the fecal incontinence quality of life scale. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2009, 36(5): 532–538.

73. Kumar D. An Anatomical Overview. In: Haslam J, Laycock J (eds). *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain Pelvic Organ Disorders*, 2.nd ed. London, Springer, 2008: 185–195.

74. Santoro GA, Wieczorek AP, Shobeiri SA. Endoanal and Endorectal Ultrasonography: Methodology and Normal Pelvic Floor Anatomy. In: Santoro GA, Wieczorek AP, Bartram C (eds). *Pelvic Floor Disorders Imaging and Multidisciplinary Approach to Management*, Italy, Springer, 2010: 91–102.

75. Roche B, Zufferey G, Robert-Yap J. Transperineal Ultrasonography. In: Santoro G, Wieczorek A, Bartram C (eds). *Pelvic Floor Disorders Imaging and Multidisciplinary Approach to Management*, Italy, Springer, 2010: 297–304.

76. Stoker J. Magnetic Resonance Imaging. In: Santoro G, Wieczorek A, Bartram C (eds). *Pelvic Floor Disorders Imaging and Multidisciplinary Approach to Management*, Italy, Springer, 2010: 305–312.

77. Gregory WT, Kenton K. Clinical Neurophysiology of the Pelvic Floor. In: Santoro G, Wieczorek A, Bartram C (eds). *Pelvic Floor Disorders Imaging and Multidisciplinary Approach to Management*, Italy, Springer, 2010: 43–58.

78. Moore KH. *Urogynecology: Evidence-Based Clinical Practice*. 2. Edition. London, Springer, 2013: 77–136

79. E.Whitehead W. Medical and Behavioral Treatment of Fecal Incontinence. In: Becker HD, Stenzl A, Wallwiener D, Zittel TT (eds). *Urinary and Fecal Incontinence An Interdisciplinary Approach*, Berlin, Springer, 2005: 199–210.

80. Ness W. Faecal incontinence: causes, assessment and management. *Nursing*

Standard, 2012, 26(42): 52–60.

81. Norton C. Faecal Incontinence. In: Haslam J, Laycock J (eds). *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain Pelvic Organ Disorders*, 2.nd ed. London, Springer, 2008: 199–212.

82. Brundrett D. Food Choice as a Management Strategy in Bowel Dysfunction. In: Collins B, Bradshaw E (eds). *Bowel Dysfunction A Comprehensive Guide for Healthcare Professionals*, Switzerland, 2016: 161–172.

83. Booth J, Bliss D. Consensus statement on bladder training and bowel training. *Neurourology and Urodynamics*, 2020, 39: 1234-1254.

84. Collins B, Bradshaw E. Conservative Management. In: Collins B, Bradshaw E (eds). Bowel Dysfunction A Comprehensive Guide for Healthcare Professionals, Switzerland, Springer, 2016: 137–160.

85. Stringer AM. Maintaining anorectal function in patients with rectal cancer using biofeedback training. *Annals of Translational Medicine*, 2020, 8(4): 63.

86. Bartlett L, Sloots K, Nowak M, Ho YH. Biofeedback therapy for symptoms of bowel dysfunction following surgery for colorectal cancer. T*echniques in Coloproctology*, 2011, 15(3): 319–326.

87. Liang Z, Ding W, Chen W, Wang Z, Du P, Cui L. Therapeutic evaluation of biofeedback therapy in the treatment of anterior resection syndrome after sphincter-saving surgery for rectal cancer. *Clinical Colorectal Cancer*, 2016, 15(3): e101–e107.

88. Narayanan SP, Bharucha AE. A practical guide to biofeedback therapy for pelvic floor disorders. *Current Gastroenterology Reports*, 2019, 21: 21.

89. Eftaiha SM, Balachandran B, Marecik SJ, Mellgren A, Nordenstam J, Melich G, Prasad LM, Park JJ. Sacral nerve stimulation can be an effective treatment for low anterior resection syndrome. *Colorectal Disease*, 2017, 19(10): 927–933.

90. Mege D, Meurette G, Vitton V, Leroi AM, Bridoux V, Zerbib P, Sielezneff I. Sacral nerve stimulation can alleviate symptoms of bowel dysfunction after colorectal resections. *Colorectal Disease*, 2017, 19(8): 756–763.

91. D'Hondt M, Nuytens F, Kinget L, Decaestecker M, Borgers B, Parmentier I. Sacral neurostimulation for low anterior resection syndrome after radical resection for rectal cancer: evaluation of treatment with the LARS score. *Techniques in Coloproctology*, 2017, 21(4): 301–307.

92. Wald A. Fecal Incontinence in Elderly and Institutionalized Patients. In: Ratto C, Doglietto GB (eds). *Fecal Incontinence Diagnosis and Treatment*, Italy, Springer, 2007: 317–324.

93. Baran E, Kaya S. Pelvis Anatomisi. İçinde: Akbayrak T (editör). *Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*. 1. Baskı. Ankara, Hipokrat Kitabevi & Pelikan Kitabevi, 2016: 15–34.

94. Akbayrak T. Erkeklerde Pelvik Taban Fizyoterapisi. İçinde: Akbayrak T (editör). *Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*, 1. Baskı. Ankara, Hipokrat Kitabevi & Pelikan Kitabevi, 2016: 345–356.

95. Bols EMJ, Berghmans BCM, Hendriks EJM, De Bie RA, Melenhorst J, Van Gemert WG, Baeten CGMI. A randomized physiotherapy trial in patients with fecal incontinence: Design of the PhysioFIT-study. *BMC Public Health*, 2007, 7: 1–10.

96. Vickers D, Davila GW. Kegel Exercises and Biofeedback. Içinde: Davila GW, Ghoniem GM, Wexner SD (eds). *Pelvic Floor Dysfunction A Multidisciplinary Approach*, London, Springer, 2006: 303-310.

97. Goldstein HB, Whitmore KE. Behavioral Treatments for Urge Incontinence. In: Badlani GH, Davila GW, Michel MC, Rosette JJMCH (eds). C*ontinence Current Concepts and Treatment Strategies*, London, Springer, 2009: 179–190.

98. Dickinson T, Eustice S, Cotterill N. Management of Fecal Incontinence 9 in Adults with Neurogenic Bowel Dysfunction. In: Bliss DZ (ed). *Management of*

Fecal Incontinence for the Advanced Practice Nurse, Switzerland, Springer, 2018: 171–186.

99. Gallagher DL, Thompson DL. Identifying and managing fecal incontinence. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2012,39(1):95–97.

100. Khera AJ, Chase JW, Salzberg M, Thompson AJV, Kamm MA. Systematic review: Pelvic floor muscle training for functional bowel symptoms in inflammatory bowel disease. *JGH Open*, 2019, 3(6): 494–507.

101. Ceylan B. Hemşirelikte bireyselleştirilmiş bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 30(3): 59–67.

102. Karaca A, Durna Z. Hemşirelik Bakım Kalitesi ve İlişkili Faktörler. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2018, 28(2): 16–23.

103. Ihn MH, Kang SB, Kim DW, Oh HK, Lee SY, Hong SM. Risk factors for bowel dysfunction after sphincter-preserving rectal cancer surgery: A prospective study using the memorial sloan kettering cancer center bowel function instrument. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2014, 57(8): 958–66.

104. Ağır MS. Yaşam kalitesi, değerler ve umut-umutsuzluk. Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2017, 11: 84-103.

105. World Health Organization Health Promotion Glossary Section II:Extended List of Terms. https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR Glossary 1998.pdf 07 Haziran 2020

106. Aydıner Boylu A, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 2016, 8(15): 137–150.

107. Fitzpatrick TR. Theoretical Perspectives. In: Fitzpatrick TR (ed). *Quality of Life Among Cancer Survivors Challenges and Strategies for Oncology Professionals and Researchers*, Switzerland, Springer Nature, 2018: 1–6.

108. Kotronoulas G, Papadopoulou C, Burns-Cunningham K, Simpson M, Maguire R. A systematic review of the supportive care needs of people living with and

beyond cancer of the colon and/or rectum. *European Journal of Oncology Nursing*, 2017, 29: 60–70.

109. Edisan Z, Kadıoğlu FG. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri : Etik açıdan bir değerlendirme. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 2011, 19(1): 8-15.

110. Dural G, Çıtlık Sarıtaş S. Quality of life in patients with acute coronary syndrome and affecting factors. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2017, 8(17): 131–141.

111. Arslan S, Bölükbaş N. Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2003, 6(3): 38–47.

112. Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, 1. Baskı. istanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012.

113. Bayat M. Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. Içinde: Karadağ A, Çalışkan N, Baykara Z (editörler). Hemşirelik Teorileri ve Modelleri, 1. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2017: 32–54.

114. Parker ME. Guides for Study of Theories for Practice and Administration. In: Parker ME (ed). Nursing Theories and Nursing Practice, 2.nd ed. United States of America, F. A. Davis Company, 2005: 27–36.

115. Uzun Ş. Sister Calista Roy: Adaptasyon Modeli. Içinde: Karadağ A, Çalışkan N, Baykara Z (editörler). Hemşirelik Teorileri ve Modelleri, 1. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2017: 370–443.

116. Kaya H. Sağlık hizmetlerinde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 2009, 1(1): 19–23.

117. Edgecombe NA, Ayzengart KN. Patient Education. In: Astle PJ, Duggleby W, Potter PA, Stockert P, Perry AG, Hall A (eds). *Canadıan Fundamentals Of Nursıng*, 6.th ed. Toronto, Elsevier Inc, 2019.

118. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Journal of Anatolia*

Nursing and Health Sciences, 2009,12(3):67–73.

119. Maghsoudi E, Pak MHM, Zareei F, Rashid SP, Sofiyani A, Shahidi L. The effect of care plan application based on Roy adaptation model on the self-efficacy in elderly people in urmia nursing homes. *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences*, 2015, 6(1): 793–799.

120. Borzou S, Mohammadi S, Falahinia G, Mousavi S, Khalili Z. Effects of roy's adaptation model in nursing practice on the quality of life in patients with type II diabetes. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 2015, 2(4): 1-7.

121. Majeed I. Effect of Roy's adaptation model based interventions on quality of life in patients with type II diabetes. *Pure and Applied Biology*, 2020, 9(1): 332–339.

122. Goodari MK, Lakdizajii S, Hassankhani H, Aghdam AM, Khalilzad P. Effect of training program based on Roy's adaptation model on quality of life of patients with heart failure: A randomized clinical trial Mohammad. *Nursing Practice Today*, 2014, 1(4): 183–191.

123. Kılıç D, Turkoğlu N, Baysal HY, Adibelli D, Bilgin S, Akyil RC. The Effect of Education Provided Using the Roy ' s Adaptation Model on Hypertension Management. *International Journal of Caring Sciences*, 2018, 11(1): 333–344.

124. Farsi Z, Azarmi S. Effect of roy's adaptation model-guided education on coping strategies of the veterans with lower extremities amputation: A double- blind randomized controlled clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2016, 4(2): 127–136.

125. Wendel CS, Grant M, Herrinton L, Temple LKF, Hornbrook MC, Mcmullen CK, Bulkley JE, Altschuler A, Krouse RS. Reliability and validity of a survey to measure bowel function and quality of life in long-term rectal cancer survivors. *Quality of Life Research*, 2014, 23(10): 2831–2840.

126. Yin L, Fan L, Tan R, Yang G, Jiang F, Zhang C, Ma J, Yan Y, Zou Y, Zhang Y, Wang Y, Zhang G. Bowel symptoms and self-care strategies of survivors in

the process of restoration after low anterior resection of rectal cancer. *BMC Surgery*, 2018, 18(1): 1–6.

127. Jeong H, Park JY. Factors influencing changing bowel habits in patients undergoing sphincter-saving surgery for rectal cancer. I*nternational Wound Journal*, 2019, 16(1): 71–75.

128. Kye BH, Kim HJ, Kim G, Yoo RN, Cho HM. The effect of biofeedback therapy on anorectal function after the reversal of temporary stoma when administered during the temporary stoma period in rectal cancer patients with sphincter-saving surgery: The ınterim report of a prospective randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2016; 95(18): 1-7.

129. Serin KR, Matlım Özel T, Kunduz E, Asoğlu O. Rektum kanser cerrahisi sonrası gelişen anterior rezeksiyon sendromu tedavisinde biofeedback tedavisinin sonuçları. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 2013, 23(4):163–167.

130. Tsunoda A, Tsunoda Y, Narita K, Watanabe M, Nakao K, Kusano M. Quality of life after low anterior resection and temporary loop ileostomy. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2008, 51(2): 218–222.

131. Bohlok A, Mercier C, Bouazza F, Galdon MG, Moretti L, Donckier V, Nakadi IE, Liberale G. The burden of low anterior resection syndrome on quality of life in patients with mid or low rectal cancer. *Supportive Care in Cancer*, 2020,28:1199–1206.

8. EKLER

EK-1. Bireye İlişkin Veri Toplama Formu

BİREYE İLİŞKİN VERİ TOPLAMA FORMU (BİVTF)

Adı Soyadı:

Tel:

1. A. Kişisel Bilgiler

1. Yaşınız: Tarih:…/…/201...
2. Cinsiyetiniz

a) Kadın b) Erkek

3. Boy:……..Kilo …….. BKİ: ……

4. Medeni Durumunuz

a) Evli b) Bekar

5. Çocuğunuz var mı?

a) Var (sayısı:……..) b)Yok (Kadın ise 8. soruya, erkek ise 9. soruya geçiniz)

6. Doğum şekliniz nedir?

a) Vajinal(Sayısı:……) b) Sezeryan (Sayısı:.....)

7. Zor doğum öykünüz var mı?(Vajinal doğumunuz var ise cevaplayınız.)

a) Evet (Sayısı:.....) b) Hayır

8. Düşük/ kürataj öykünüz var mı?

a) Evet (Sayısı:.....) b) Hayır

9. Evde kim (ler)le yaşıyorsunuz?

a) Yalnız

b) Ailemle

c)Diğer(açıklayınız……)

10. Eğitim Durumunuz

a) Okur yazar

b) İlköğretim mezunu ( )ilkokul ( )ortaokul

c) Ortaöğretim mezunu

d) Önlisans

e) Lisans

f) Lisansüstü

11. Yaşadığınız Yer

a)İl

b)İlçe

c)Köy

EK-1. (devamı) Bireye İlişkin Veri Toplama Formu

12. Mesleğiniz

a)Ev Hanımı

b)İşçi

c)Memur(Belirtiniz…….)

d)Emekli

e)Serbest Meslek(Belirtiniz…….)

f) Diğer(Belirtiniz.....)

13. Şu anda herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

a)Evet (Belirtiniz……..) b) Hayır

14. Ekonomik durumunuz

a) Gelir giderden az

b)Gelir gideri karşılıyor

c)Gelir giderden fazla

1.B. Sağlık ve Hastalık İle İlgili Bilgiler

15. Tanısı:……..

16. Ameliyatınıza neden olan hastalığınızın dışında kronik bir hastalığınız var mı?

a)Hayır b)Evet (Açıklayınız.:.....)

17. Stoma tipiniz: a)Kolostomi b)İleostomi

18. Ne kadar süredir stomanız var? ……..ay

19. Daha önce (stoma açılması dışında) herhangi bir kolorektal ameliyat oldunuz mu?

a)Evet (Belirtiniz…….) b) Hayır

20. Kemoterapi/radyoterapi aldınız mı?

a)Evet: Stoma açılmadan önce: ( ) Kemoterapi ( ) Radyoterapi

Stoma açıldıktan sonrası:( ) Kemoterapi ( ) Radyoterapi

b)Hayır

20. Stoma açılmadan önceki son bir ay içerisinde dışkı kaçırma sorunu yaşadınız mı?

a) Evet b)Hayır

21. Stoma açılmadan önce son bir ay içerisinde istemsiz gaz kaçırma sorunu yaşadınız mı?

a) Evet b)Hayır

22. Size stoma kapatılması sonrası yaşamınıza ilişkin bir bilgilendirme yapıldı mı?

a) Evet (Kim tarafından:…….) b)Hayır

(Konu:.....)

23. Stoma kapatılma ameliyatı size ne anlam ifade ediyor?

……

EK-1. (devamı) Bireye İlişkin Veri Toplama Formu

1. C. STOMA KAPATILMASI AMELİYATI SONRASINA İLİŞKİN BİLGİLER

24. Ameliyat tarihi :

25. Ameliyat türü :

26. Ameliyat sonrası süreçte bakımınızla ilgilenen birisi var mı?

a)Evet(Açıklayınız:.....) b)Hayır

27. Ameliyat sonrası hastanede herhangi bir erken dönem komplikasyonu (sağlık problemi) yaşandı mı?

a)Hayır b)Evet (Açıklayınız…….....)

28. Stoma kapatıldıktan sonra kemoterapi/radyoterapi aldınız mı?

a)Evet(Belirtiniz:.....)

b) Hayır

EK-2. Bağırsak Boşaltım Alışkanlıklarına ve Psikososyal Sorunlara İlişkin Değerlendirme Formu

FORM 2: BAĞIRSAK BOŞALTIM ALIŞKANLIKLARINA VE PSİKOSYAL SORUNLARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRME FORMU (BBAPSDF)					
FİZİKSEL SORUNLAR	0.AY	1.AY	2.AY	3.AY	6.AY
1. Defekasyon (Büyük tuvalete çıkma) Sayısı:……günde……kez					
2. Her defekasyon hissiniz defekasyon ile sonuçlanıyor mu?					
a) Evet					
b) Hayır(……günde……kez)					
3. Bir saat içinde birden fazla defekasyon ihtiyacı hissediyor musunuz ?					
a) Evet (……günde……kez)					
b) Hayır					
4. Defekasyon ihtiyacınız olduğunda tuvalete yetişmekte sorun yaşıyor musunuz? (15 dakika içerisinde)					
a) Evet (……günde……kez)					
b) Hayır					
5. Gece uyurken defekasyon ihtiyacı hissediyor musunuz?					
a) Evet (……günde……kez)					
b) Hayır					
6. Diyare (ishal) sorunu yaşıyor musunuz?					
a) Evet (……günde……kez)					
b) Hayır					
7. Bağırsaklarınızı tam boşaltamadığınız hissini yaşar mısınız?					
a) Evet (……günde……kez)					
b) Hayır					
8. Bağırsaklarınızın tam boşalmadığını hissederek tekrar tuvalete gider misiniz?					
a) Evet (……günde……kez)					
b) Hayır					
9. Defekasyon sırasında ağrınız oluyor mu?					
a) Evet (Ağrı düzeyinizi belirtiniz. Ağrı düzeyinize 0-10 arasında bir değer veriniz)					
b) Hayır					
10. Defekasyon sonrasında ağrınız oluyor mu?					
a) Evet (Ağrı düzeyinizi belirtiniz. Ağrı düzeyinize 0-10 arasında bir değer veriniz)					
b) Hayır					

EK-2. (devamı) Bağırsak Boşaltım Alışkanlıklarına ve Psikososyal Sorunlara İlişkin Değerlendirme Formu

11. Ameliyat sonrası bağırsak boşaltım sorununa yönelik ilaç kullandınız mı?						
a) Evet (İlacın adını belirtiniz.)						
b) Hayır						
PSİKOSOSYAL SORUNLAR	0.AY	1.AY	2.AY	3.AY	6.AY	
12. Tuvalete zamanında yetişememe endişesi yaşıyor musunuz?						
a) Evet						
b) Hayır						
13. Evinizden dışarı çıkmak sizi endişelendiriyor mu?						
a) Evet						
b) Hayır						
14. Evinizin dışında bir yere gittiğinizde özellikle tuvaletin yerini öğrenme ihtiyacı hissediyor musunuz?						
a) Evet						
b) Hayır						
15. Evinizin dışında bir yere gittiğinizde (lokanta vb.) tuvalete yakın yerde oturmayı mı tercih edersiniz?						
a)Evet						
b)Hayır						
16. Defekasyonunuzu kontrol edemediğinizi düşünüyor musunuz?						
a) Evet						
b) Hayır						
17. Günlük aktivitelerinizi defekasyon zamanınıza göre mi planlıyorsunuz?						
a) Evet						
b) Hayır						
18. Tuvalet alışkanlığınız aile ilişkilerinizi etkiliyor mu?						
a) Evet						
b) Hayır						

EK-3. Wexner Skalası

WEXNER SKALASI (WS)

Nadiren: <ayda 1kez Bazen:< haftada 1 kez-≥ayda 1 kez Genellikle:<günde 1kez-≥haftada1kez Her zaman:≥günde 1

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman
a. Katı	0	1	2	3	4
b. İshal	0	1	2	3	4
c. Gaz	0	1	2	3	4
d. Pet kullanımı	0	1	2	3	4
e. Davranış değişikliği	0	1	2	3	4

	0.AY	1.AY	2.AY	3.AY	6.AY
a) Katı					
b) İshal					
c) Gaz					
d) Pet kullanımı					
e) Davranış değişikliği					
Toplam puan					

EK-4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ(SF-36)

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

1. Genel olarak sağlığınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda, şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyor sunuz?

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 sütünda size uygun rakamı işaretleyiniz)

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

EK-4. (devamı) SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

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

	Evet	Hayır
a). İşinizde veya diğer aktivitelerizde sağlık sorunları yüzünden **çalışma zamanınızı azalttınız mı?**	1	2
b). İşlerinizde **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, işinizde veya diğer rutin işlerinizde **ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli)**, aşağıdaki problemlerin herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamlardan birini yuvarlak içine alarak yanıtınızı işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
a). İşinizde veya diğer aktivitelerizde sağlık sorunları yüzünden **çalışma zamanınızı azalttınız mı?**	1	2
b). İşlerinizde **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

EK-4. (devamı) SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

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 en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alın.

Geçen ay boyunca	**Ne kadar süre**					
	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). Hiç bir şeyin sizi neşelendiremiyeceği kadar canınız sıkkındı	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). Mutlumuydunuz ?	1	2	3	4	5	6
i). Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j). Sağlığınız akraba veya 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					

EK-5. Deney grubu Görüşme ve Egzersiz Takip Formu

DENEY GRUBU GÖRÜŞME VE EGZERSİZ TAKİP FORMU

Tarih	1)Yavaş egzersizleri Uygulama Durumu (….gün…set…kez)	2)Hızlı Egzersizleri Uygulama Durumu (….gün…set…kez)	3)Anal Kasları Kasabilme Süresi	4)Saptanan Sorunlar	5) Öneriler	6)Değerlendirme	7)Sonuç

EK-6. Kontrol Grubu Görüşme Formu

KONTROL GRUBU GÖRÜŞME FORMU

Tarih	1)Saptanan Sorunlar	2)Değerlendirme	3)Sonuç

EK-7. Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

STOMASI KAPATILAN KADINLAR İÇİN PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ

DİLEK AKTAŞ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

2018

ANKARA

EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

Bu kitapçık "Stoması Kapatılan Bireylerde Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bağırsak Boşaltım Sorunları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" adlı doktora tezi kapsamında hazırlanmıştır.

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Sema KOÇAŞLI

İkinci Danışman: Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA

EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

İÇİNDEKİLER **SAYFA NO**

1. Stoma Kapatılması Nasıl Bir Ameliyattır? 2
2. Stoma Kapatılması Sonrası Bağırsak Fonksiyonları Nasıl Olacak? 3
3. Bağırsak Boşaltım Sorunları Nasıl Önler? 4
4. Pelvik Taban Kasları 5
5. Pelvik Taban Kasları Neden Önemlidir? 6
6. Pelvik Taban Kasları Nasıl Farkedilir? 7
7. Pelvik Taban Kas Egzersizleri Nasıl Yapılmalı? 9
8. Pelvik Taban Kas Egzersizlerine Ne Kadar Süre Devam Edilmeli? 14
9. Pelvik Taban Kas Egzersizlerini Uygulamayı Unutmamanız İçin Öneriler 14
10. Önemli Notlar 16
11. Pelvik Taban Kas Egzersizleri İçin Örnek Uygulama Çizelgesi 17
12. Bağırsak Boşaltım Günlüğü Örneği 18
13. Kaynaklar 19

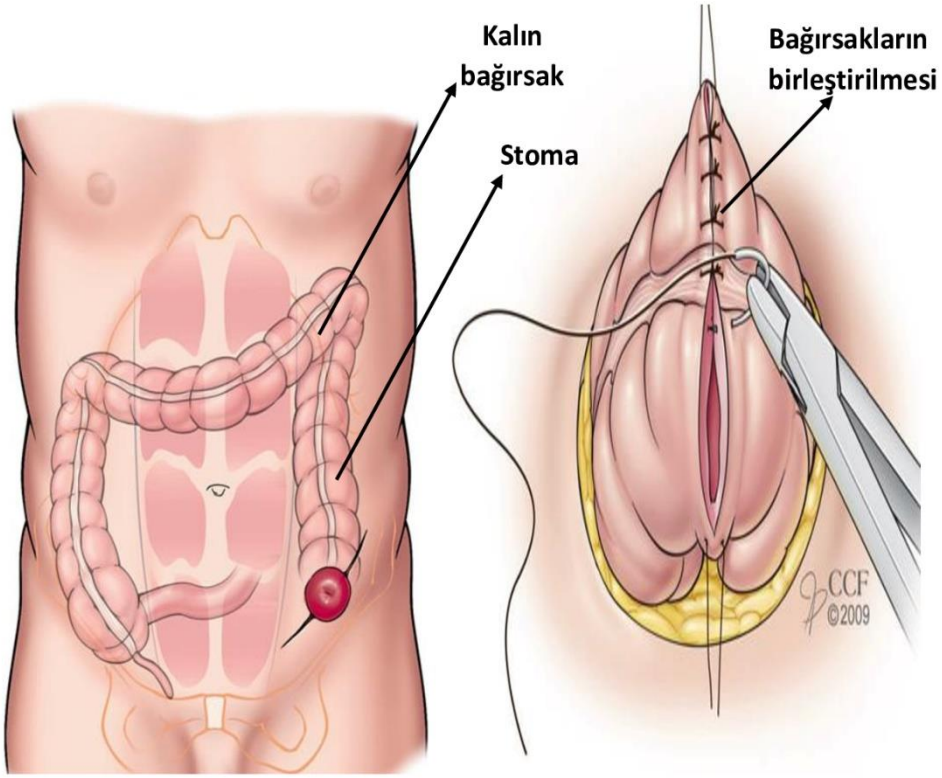
1

EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

1. STOMA KAPATILMASI NASIL BİR AMELİYATTIR?

Çeşitli tıbbi nedenlerden dolayı karın bölgesinde cildiniz ile bağırsağınız arasında bağlantı sağlamak amacı ile geçici stoma açılmaktadır. İyileşme sağlanıp sağlığınıza kavuştuktan sonra ameliyat ile bağırsaklarınız yeniden birleştirilir (Şekil 1.). Stomanız kapatılmış olur. Stomanızın kapatılma süresi, stomanızın açılma nedenine ve almış olduğunuz tedavi şeklinize göre farklılık gösterebilir.

Bu ameliyat sonrasında artık bir stomanız olmadığı için bağırsak boşaltımınızı normal yoldan yapabileceksiniz.



Şekil 1. Stoma Kapatılması

2

EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

2. STOMA KAPATILMASI SONRASI BAĞIRSAK FONKSİYONLARI NASIL OLACAK?

Stomanız nedeni ile uzun süre normal bağırsak boşaltım yolunu kullanmadığınız için ameliyat sonrasında bağırsak fonksiyonlarınızın düzene girmesi zaman alabilir. Bağırsak fonksiyonlarının bir düzene girmesi kişiden kişiye değişmektedir.

Bağırsak fonksiyonlarının düzensizliğini

- ✓ İlk ameliyatınızda çıkarılan bağırsak miktarı,
- ✓ Kemoterapi ve radyoterapi tedavileri,
- ✓ Daha önce geçirilmiş makat bölgesi ameliyatlarınız,
- ✓ Bağırsak birleşim noktasının anüsten (makattan) uzaklığı,
- ✓ Anal kasların (makat kasları) gücü etkilemektedir.

Bağırsak fonksiyonlarındaki düzensizlik nedeniyle

- ✓ **Sık defekasyon (dışkılama)**
- ✓ **Ani defekasyon (dışkılama) hissi**
- ✓ **Dışkı kaçırma**
- ✓ **İshal**
- ✓ **Bağırsak boşaltımını tam sağlayamama**
- ✓ **Ağrılı defekasyon (dışkılama)** gibi bağırsak boşaltımına ilişkin sorunlar ile karşılaşılabilir.

3

EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

3. BAĞIRSAK BOŞALTIM SORUNLARI NASIL ÖNLENİR?

Bağırsak boşaltım sorunlarının azaltılması ve tedavisi için ilaç tedavisi, elektriksel uyaran tedavileri, biyofeedback gibi yöntemler vardır. Bağırsak boşaltım sorunlarının önlenmesinde ve azaltılmasında ucuz ve kolay uygulanabilir yöntemlerden birisi pelvik taban kas egzersizleridir.

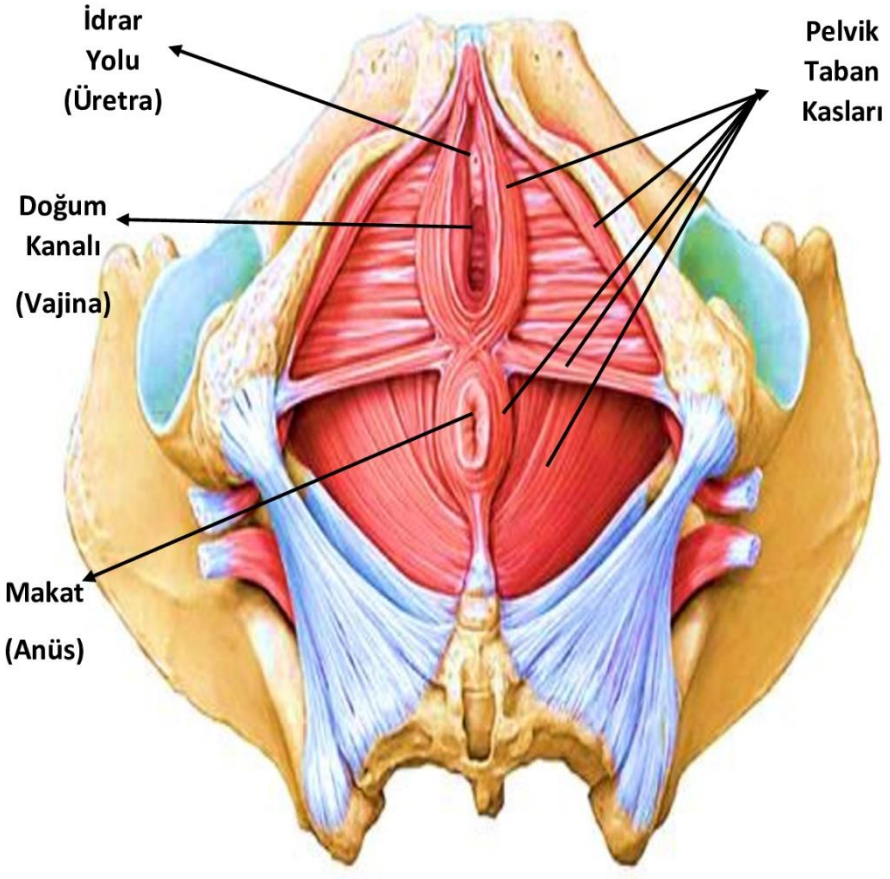
Düzenli uygulanan pelvik taban kas egzersizleri bağırsaklarınızda gaz ve dışkıyı tutmanızı sağlayan kaslarınızı güçlendirecektir. Böylece pelvik taban kas egzersizleri bağırsak boşaltım sorunlarının önlenmesinde ve azaltılmasında size yardımcı olacaktır.

4

EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

4. PELVİK TABAN KASLARI

Pelvik taban kasları karın boşluğunun tabanını oluşturur. Bu kaslar karın boşluğunun ön tarafındaki kasık kemiğinden sırttaki kuyruk kemiğine (koksiks) kadar, hamak benzeri bir geniş askı oluşturur ve iç organlarınızı destekler (Şekil 2).



Şekil 2. Pelvik taban kaslarının görünümü

5

EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

5. PELVİK TABAN KASLARI NEDEN ÖNEMLİDİR?

Pelvik taban kasları

- ✓ Karın içi organları destekler.
- ✓ Mesane(idrar torbası) ve bağırsak boşaltımının kontrolünde rol alır.
- ✓ Anal sfinkter (makat kasları) gücünü arttırır.
- ✓ Üretrayı (idrar yolu) destekleyen kasların kasılma gücünü arttırır.
- ✓ İdrar, gaz, dışkı kaçırmayı önler.
- ✓ Cinsel sorunları azaltır.

İdrar yaparken ve defekasyon (dışkılama) esnasında pelvik taban kasları gevşer ve daha sonra tekrar kasılırlar. Ancak pelvik taban kasları zayıfladığında idrar kaçırma, gaz ve dışkı kaçırma gibi sorunlarla karşılaşabilirsiniz.



Şekil 3

6

6. PELVİK TABAN KASLARI NASIL FARKEDİLİR?

Pelvik taban kaslarınızı bulmak her zaman kolay değildir. Bu kasları çalıştırdığınız dışarıdan farkedilmez.

Doğru kasları belirlemek için aşağıdaki adımları izleyiniz (Şekil 4).

✓ Yatarken, otururken ya da ayaktayken bacaklarınızı hafif açın ve rahatlayın.

✓ Gaz çıkışınızı durdurmaya çalışıyormuşsunuz gibi anüs (makat) etrafındaki kas halkasını sıkın.

✓ Bu kasların yukarı kalktığını fark edin.

✓ Karın kaslarınızı, bacak kaslarınızı, kalçalarınızı kasmayın.

✓ Nefes alıp vermeye devam edinin, nefesinizi tutmayın.

✓ Bu kasları aşağı yukarı hareket eden bir asansör gibi düşünün. Kaslarınızı kasmak asansörün yukarı hareketi gibidir. Kaslarınızı gevşetmek ise asansörün aşağı hareketi gibidir.

✓ Vajinanızda (doğum kanalınız) tampon gibi bir şey olduğunu ve bu tamponun düşmesini engellemeye çalıştığınızı düşünün. Tamponu vajinada (doğum kanalı) tutmak için bu kaslarınızı kullanmanız gerekir.

7

EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

Sırt üstü uzanın, başınızın altına bir yastık yerleştirin, dizlerinizi bükün ve ayaklarınızı hafifçe ayırın.

Gaz çıkışınızı durdurmaya çalışıyormuşsunuz gibi anüs (makat) etrafındaki kas halkasını sıkın.

Bu kasların yukarı kalktığını fark edin.

Nefes alıp vermeye devam edin, nefesinizi tutmayın

Kaslarınızı gevşetin



Şekil 4. Pelvik taban kaslarının farkedilmesi

8

EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

7. PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ NASIL YAPILMALI?

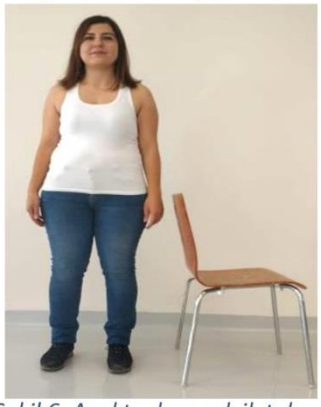
- ✓ Egzersizlere başlamadan önce idrar torbanızı boşaltınız.
- ✓ Pelvik taban egzersizlerini yatarken, ayaktayken, otururken yapabilirsiniz.

Yatarken; sırt üstü uzanın, başınızın altına yastık yerleştirin, dizlerinizi bükün ve ayaklarınızı hafifçe ayırın (Şekil 5).



Şekil 5.Yatarak pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanışı

Ayaktayken; ayaklarınız omuz genişliğinde aralanmış ve dizlerden hafif bükük olacak şekilde durun ve karın kaslarınızı gevşek bırakın (Şekil 6).



Şekil 6. Ayaktayken pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanışı

Otururken; dik oturun, ayaklarınızı hafifçe birbirinden ayırarak yere basın (Şekil 7).



Şekil 7. Otururken pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanışı

9

EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

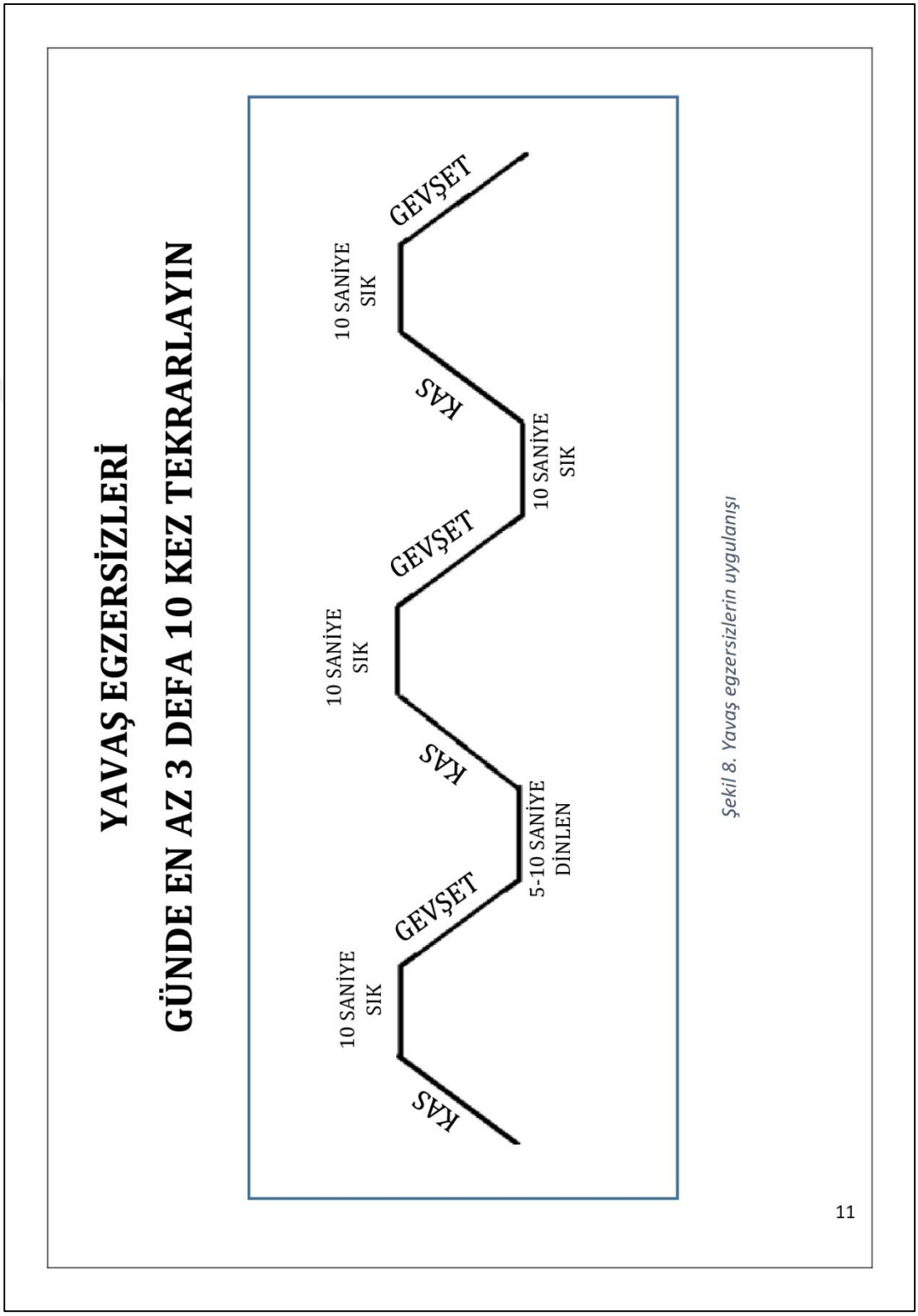
- ✓ Egzersiz sırasında karın, kalça ve uyluk kaslarınızı gevşek tutunuz.
- ✓ Pelvik taban egzersizlerine başlarken doğru kas grubunu çalıştırdığınızdan emin olun.
- ✓ Pelvik taban kasları hem hızlı hem de yavaş kasılan özelliktedir. Bu nedenle pelvik taban kas egzersizlerini günde üç kez hem yavaş hem de hızlı egzersizler şeklinde yapmanız gerekmektedir.

Yavaş egzersizleri yaparken aşağıdaki adımları izleyin (Şekil 8).

- ✓ Pelvik taban kaslarınızı yavaşça sıkın ve mümkün olduğunca yukarı doğru çekin.
- ✓ Pelvik taban kaslarınızı olabildiğince uzun bir süre kaldırmayı ve sıkmayı deneyin. Pelvik taban kasları kasarken nefesinizi tutmayın
- ✓ En fazla on saniye kadar kasın. Başlangıçta on saniye kasamayabilirsiniz.
- ✓ Kasın yorulmaya başladığı zamanı gözlemleyin ve kasma işlemini burada durdurun.
- ✓ Pelvik taban kaslarının oksijenlenmesini sağlamak için 5-10 saniye dinlenin. Kasları ara vermeden çalıştırmanız onu güçlendirmez, aksine yorar.
- ✓ Bu egzersizleri **günde üç defa en az 10 kez** tekrarlayın.
- ✓ Kasılma sayısını **daha önce yapabildiğinizden daha fazla** sayıda yapmayı ve **kasılma süresini on saniyeye kadar çıkarmayı** hedefleyin. (1. Hafta günde 3 defa 10 kez 3 saniye kasın, 2. Hafta günde 3 defa 15 kez 5 saniye kasın, 3. Hafta günde 3 defa 20 kez 7 saniye kasın, 4. Hafta günde 3 defa 25 kez vb 10 saniye kasın.)

10

EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı



Şekil 8. Yavaş egzersizlerin uygulanışı

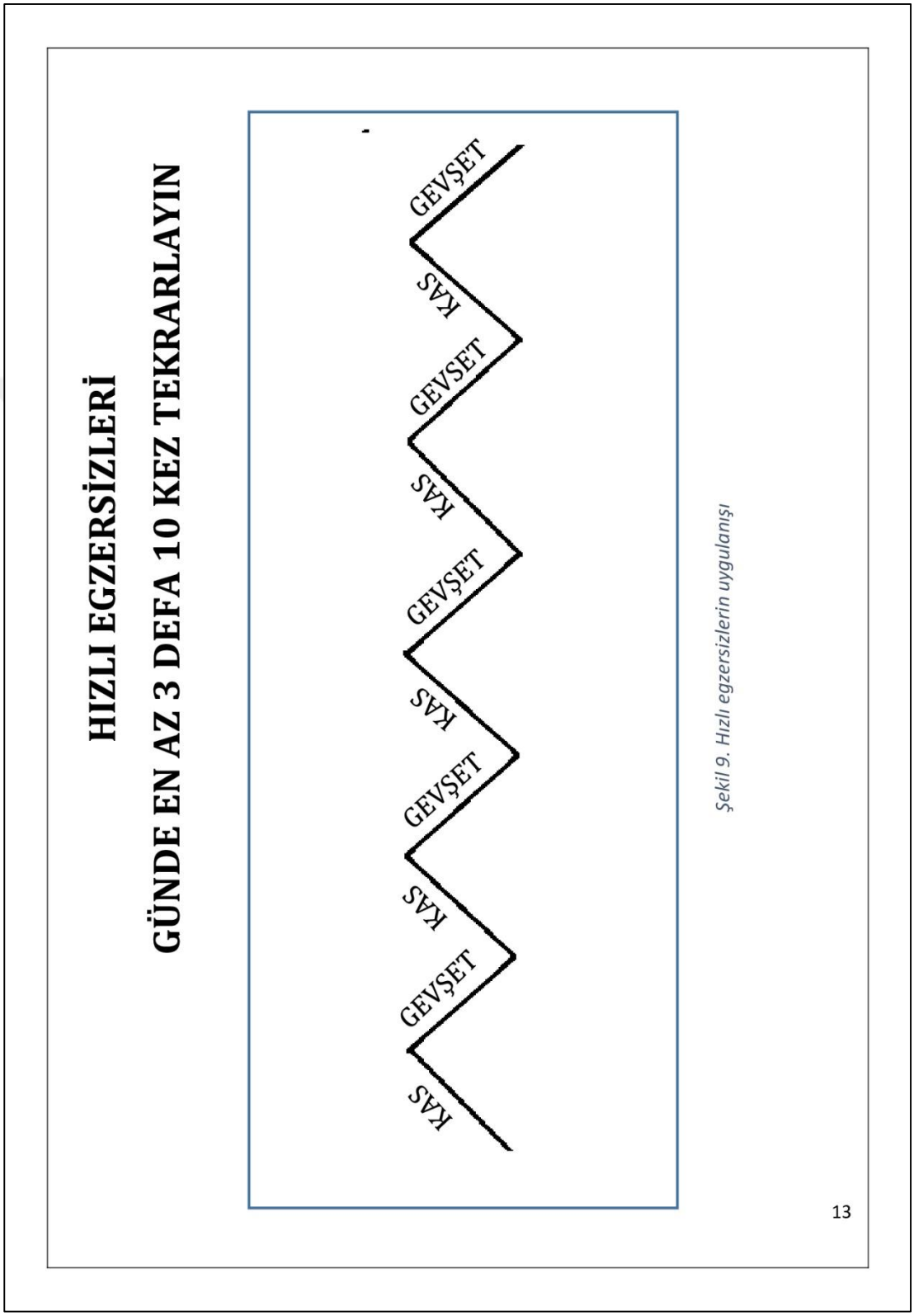
EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

Hızlı egzersizleri yaparken aşağıdaki adımları izleyin (Şekil 9)

- ✓ Pelvik taban kaslarınızı kasın.
- ✓ Bir saniye bekleyin ve sonra tamamen gevşetin.
- ✓ Bu egzersizleri **günde üç defa en az 10 kez** tekrarlayın
- ✓ Kasılma sayısını **daha önce yapabildiğinizden daha fazla sayıda** yapmayı hedefleyin. (1. Hafta günde 3 defa 10 kez, 2. Hafta günde 3 defa 15 kez, 3. Hafta günde 3 defa 20 kez, 4. Hafta günde 3 defa 25 kez vb.)

12

EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı



Şekil 9. Hızlı egzersizlerin uygulanışı

8. PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİNE NE KADAR SÜRE DEVAM EDİLMELİ?

Bu egzersizleri her gün tekrarlarsanız daha çok faydasını görürsünüz. Kaslarınızın güçlenmesi ve gerginlik kazanması zaman alacaktır. Bu nedenle pelvik taban egzersizlerinin yararını görmek için egzersizlere en az 3-6 ay devam edilmelidir.

9. PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİNİ UYGULAMAYI UNUTMAMANIZ İÇİN ÖNERİLER



✓ Telefonunuzun/ saatinizin alarmını kurun.



✓ Her gün görebileceğiniz yerlere (yatağınızın başucu gibi) renkli notlar asın.

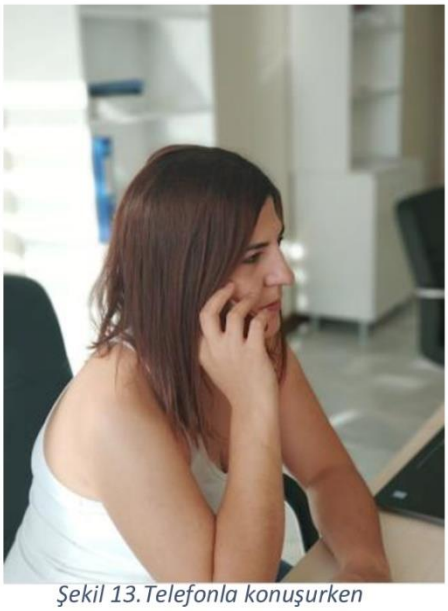


✓ Yakınlarınızdan (aile üyeleri, arkadaşlarınız gibi) destek alın, egzersizleri hatırlatmasını isteyin.

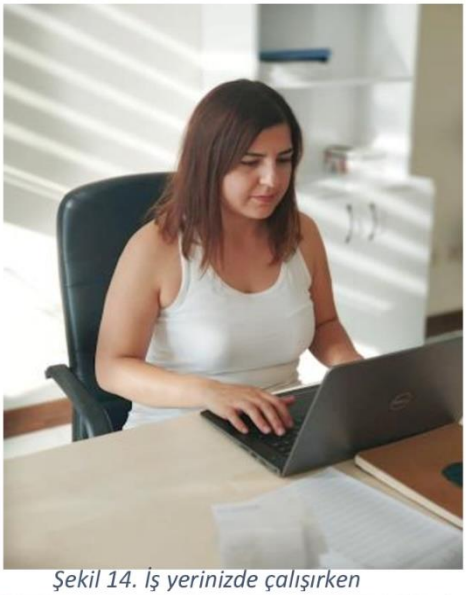
14

EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

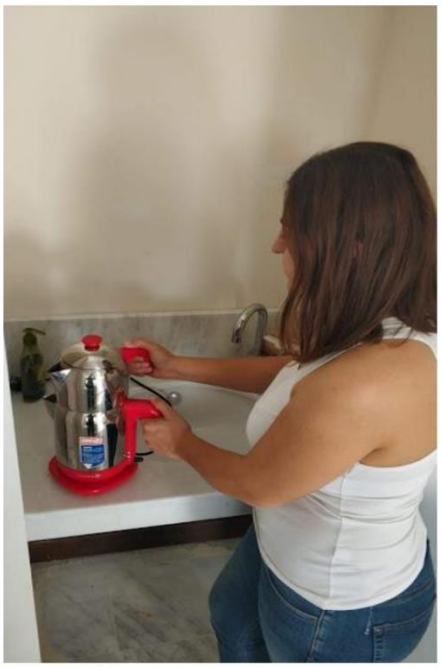
✓ Günlük yaşam aktiviteleriniz sırasında bu egzersizleri tekrarlayın.



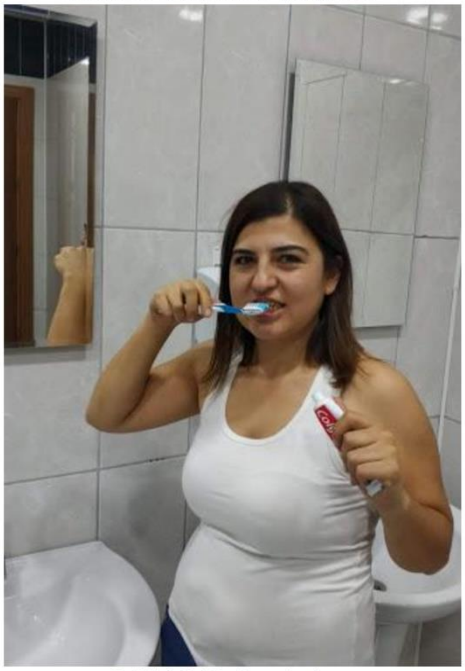
Şekil 13.Telefonla konuşurken



Şekil 14. İş yerinizde çalışırken



Şekil 15. Mutfakta iş yaparken



Şekil 16. Diş fırçalarken

15

EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

10. ÖNEMLİ NOTLAR

- ✓ Bu egzersizleri sağlıklı yaşam için alışkanlık haline getirin.
- ✓ Vaktinize göre tuvalete gittikten sonra, televizyon izlerken ve hatırladığınız herhangi bir zamanda uygulayabilirsiniz.
- ✓ Egzersizlere başlamadan önce mesanenizi (idrar torbası) boşaltın.
- ✓ Farklı pozisyonlarda da (otururken, yatarken, diz çökmüş, ayakta vb.) bu egzersizleri yapabileceğinizi unutmayın. Kalça, karın ve bacak kaslarınızı gevşetmeyi unutmayın.
- ✓ Pelvik taban kasları kasılırken nefesinizi tutmayın.
- ✓ Her gün üç kez mutlaka yapın.
- ✓ Egzersizleri her seferinde en az 10 kez tekrarlayın.
- ✓ Kasılma sayısını her zaman yapabildiğinizden daha fazla sayıda yapmayı hedefleyin.
- ✓ Kaslar güçlendikçe egzersiz yapmak çok daha kolay hale gelecektir.
- ✓ Pelvik taban kas egzersizlerinin yararını görmek 3-6 ay sürebilir, bu yüzden pes etmeyin!

SAĞLIK PROBLEMLERİNİZDE

ULAŞABİLECEĞİNİZ SAĞLIK KURULUŞUNA

BAŞVURUNUZ!

16

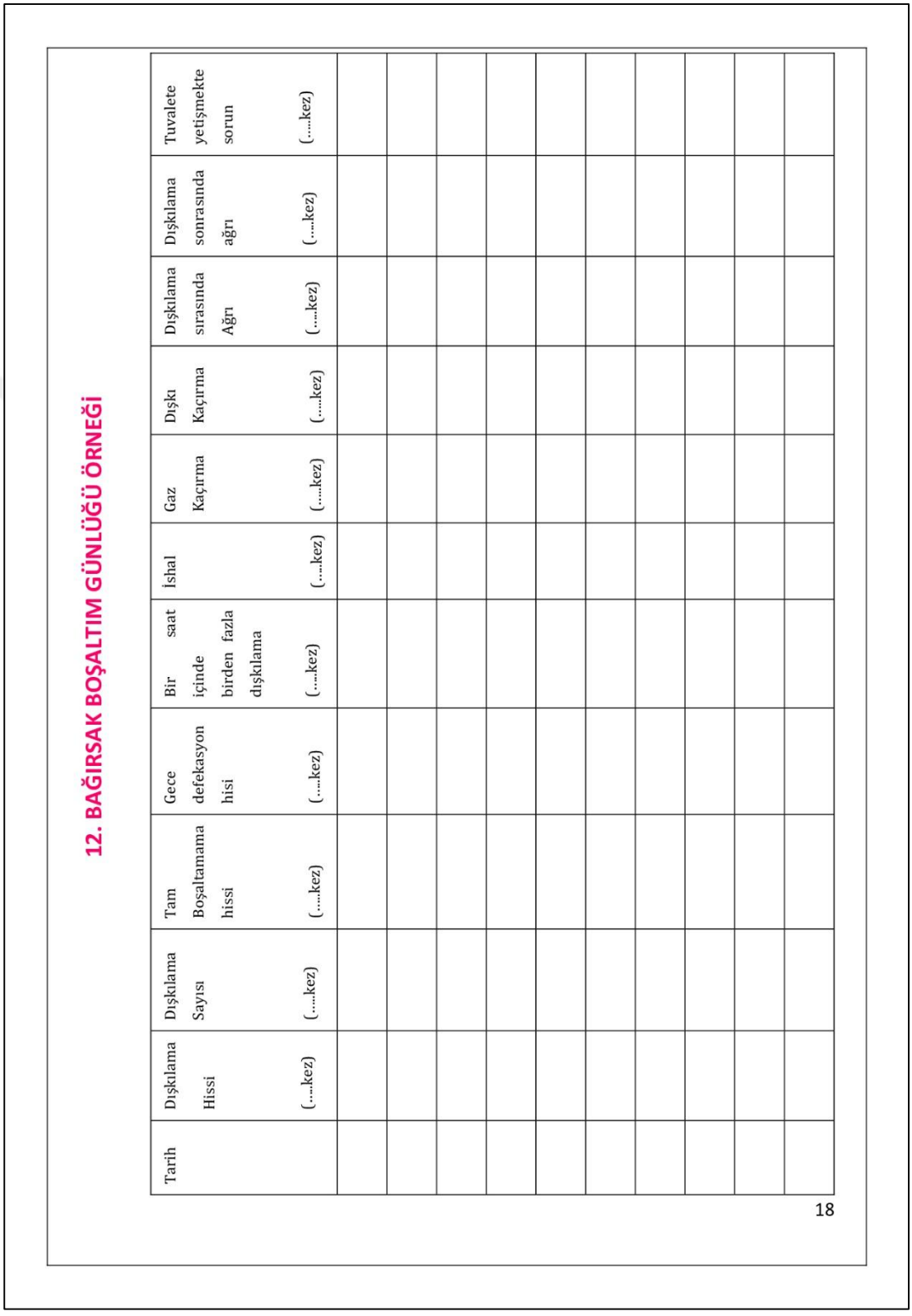
EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

11. PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ İÇİN ÖRNEK UYGULAMA ÇİZELGESİ

Tarih	Hızlı egzersizler			Yavaş egzersizler	
	.....defa	.....kez	.....sn	.....defa	.....kez
1.gün					
2.gün					
3.gün					
4.gün					
5.gün					
6.gün					
7.gün					
8.gün					
9.gün					
10.gün					
11.gün					
12.gün					
13.gün					
14.gün					
15.gün					

17

EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı



12. BAĞIRSAK BOŞALTIM GÜNLÜĞÜ ÖRNEĞİ

Tarih	Dışklama Hissi (....kez)	Dışklama Sayısı (....kez)	Tam Boşaltamama hissi (....kez)	Gece defekasyon hisi (....kez)	Bir saat içinde birden fazla dışklama (....kez)	İshal (....kez)	Gaz Kaçırma (....kez)	Dışkı Kaçırma (....kez)	Dışklama sırasında Ağrı (....kez)	Dışklama sonrasında ağrı (....kez)	Tuvalete yetişmekte sorun (....kez)

18

EK-7. (devamı) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

13.KAYNAKLAR:

1. Bo K, Morkved S. Pelvic floor and exercise science. In: Bo K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M (eds). Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor: Bridging Science and Clinical Practice.1. edition. USA, Elsevier, 2007: 114-132.
2. Cangöl E, Aslan E, Yalçın, Ö. Kadınlarda Pelvik Taban Kas Egzersizleri ve Hemşirenin Rolü, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 2013, 10 (3): 49-56.
3. Chris Pennington Colorectal Support Nurse. Reversal Of Ileostomy Patient İnformation Leaflet. Tamesıde And Glossop Integrated Care Nhs Foundatıon Trust, 2017. https://www.tamesidehospital.nhs.uk/documents/ReversalOfIlestomy.pdf . 31.10.2018
4. Clinical Specialist Physiotherapist in Women's Health. A Guide To The Pelvic Floor Muscles-women. Oxford University Hospital NHS Trust, 2016. https://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files/5651Ppelvicfloorwomenpdf.pdf. 18.05.2018
5. Guy's and St Thomas NHS Foundation Trust. Pelvic floor exercises for women. 2017. https://www.guysandstthomas.nhs.uk/resources/patient-information/gynaecology/pelvic-floor-exercises-for-women.pdf . 5.11.2018 Erişim Adresi:
6. Garofalo T. Colostomy: Types, Indications, Formation, and Reversal. In: Fazio VW, Church JM, Wu JS (eds). Atlas of İntestinal Stomas. Newyork, Springer Science+Business Media, 2012: 127-146.
7. Haslam J. Pelvic Floor Muscle Exercise in the Treatment of Urinary Incontinence. In: Haslam j, Laycock J (eds). Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain, 2. Edition. UK, Springer, 2008: 89-94.
8. King's Colloge Hospital NHS Foundation Trust. Pelvic Floor Muscle Exercises, 2015. https://www.kch.nhs.uk/Doc/pl%20-%20313.4%20-%20pelvic%20floor%20muscle%20exercises%20-%20information%20for%20women.pdf . 18.05.2018
9. Moore K.H. Urogynecology: Evidence- Based Clinical Practice. 2. Edition. Springer, London, 2013.
10. North Bristol NHS Foundation Trust. Reversal of Stoma (Ileostomy or Colostomy), 2018. https://www.nbt.nhs.uk/sites/default/files/attachments/Reversal%20of%20Stoma%20(Ileostomy%20or%20Colostomy)_NBT002926.pdf . 31.10.2018
11. Onay G. Pelvik Taban Sağlığı, Bozuklukları, Nedenleri ve Yapılabilecekler 2014 Erişim Adresi: http://www.yogadergisi.com/saglik/yoga_terapi/508-pelvik-taban-sagligi-bozukluklari-nedenleri-ve-yapilabilecekler 23.09.2018
12. Orhan C., Kaya S. Anorektal Disfonksiyonda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. İçinde: Akbayrak T, Kaya S (editörler). Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, 1. Baskı. Ankara, Kalkan Matbaacılık, 2016: 141-165.

19

EK-7. (devam) Stoması Kapatılan Kadınlar İçin Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

13. Reinwalds M, Blixter A, Carlsson E. A Descriptive, Qualitative Study to Assess Patient Experiences Following Stoma Reversal After Rectal Cancer Surgery, Ostomy Wound Management, 2017, 63(12), 29-37.
14. Taylor C, Morgan L. Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment.European, Journal of Oncology Nursing, 2011, 15(1): 59-66.
15. The Royal Women's Hospital. Pelvic Floor Exercises, 2008. https://thewomens.r.worldssl.net/images/uploads/fact-sheets/Pelvic-floor-exercises.pdf . 8.11.2018
16. Tinsley S, Blizzard J. Stoma Reversal, Royal Surrey County Hospital NHS Foundation Trust, 2017. https://www.royalsurrey.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/09/PIN112_Stoma_Reversal_w.pdf . 31.10.2018
17. University of Glaskow. Training Your Pelvic Floor Muscles. Erişim Tarihi: https://wwwçgla.ac.uk/media/media_333413_en.pdf . 18.05.2018
18. Wu JS. Intestinal Stomas: Historical Overview. In: Fazio VW, Church JM, Wu JS (Eds). Atlas of İntestinal Stomas. Newyork, Springer Science+Business Media, 2012: 1-37.

EK-8. Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

STOMASI KAPATILAN

ERKEKLER İÇİN

PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ

DİLEK AKTAŞ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

2018

ANKARA

0

EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

Bu kitapçık "Stoması Kapatılan Bireylerde Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bağırsak Boşaltım Sorunları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" adlı doktora tezi kapsamında hazırlanmıştır.

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Sema KOÇAŞLI

İkinci Danışman: Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA

EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

İÇİNDEKİLER **SAYFA NO**

1. Stoma Kapatılması Nasıl Bir Ameliyattır? 2
2. Stoma Kapatılması Sonrası Bağırsak Fonksiyonları Nasıl Olacak? 3
3. Bağırsak Boşaltım Sorunları Nasıl Önler? 4
4. Pelvik Taban Kasları 5
5. Pelvik Taban Kasları Neden Önemlidir? 6
6. Pelvik Taban Kasları Nasıl Farkedilir? 7
7. Pelvik Taban Kas Egzersizleri Nasıl Yapılmalı? 9
8. Pelvik Taban Kas Egzersizlerine Ne Kadar Süre Devam Edilmeli? 14
9. Pelvik Taban Kas Egzersizlerini Uygulamayı Unutmamanız İçin Öneriler 14
10. Önemli Notlar 16
11. Pelvik Taban Kas Egzersizleri İçin Örnek Uygulama Çizelgesi 17
12. Bağırsak Boşaltım Günlüğü Örneği 18
13. Kaynaklar 19

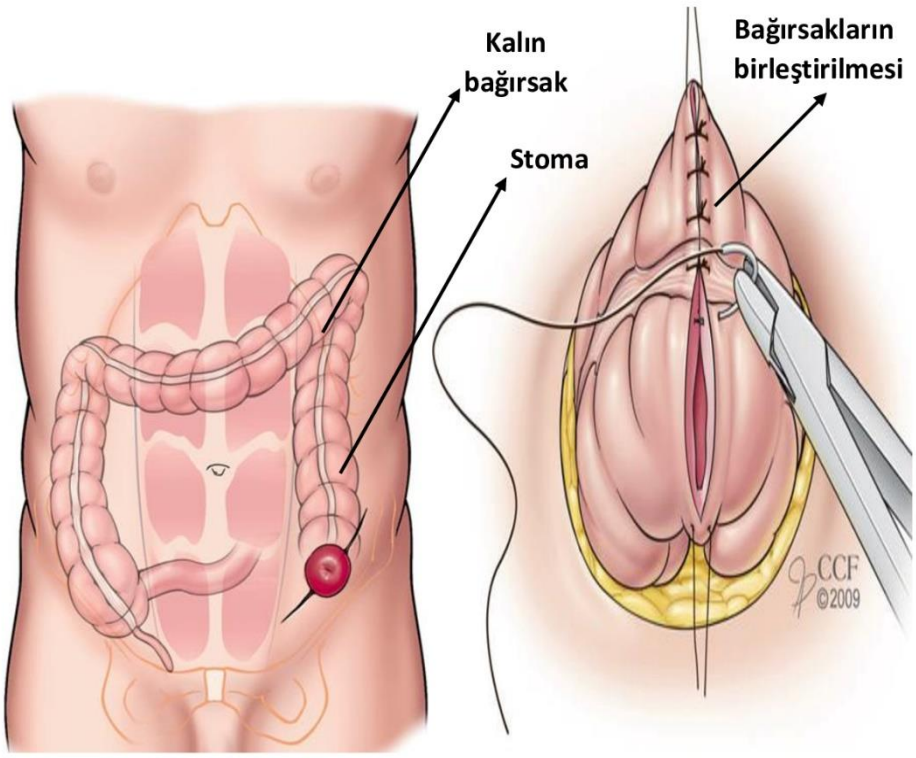
1

EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

1. STOMA KAPATILMASI NASIL BİR AMELİYATTIR?

Çeşitli tıbbi nedenlerden dolayı karın bölgesinde cildiniz ile bağırsağınız arasında bağlantı sağlamak amacı ile geçici stoma açılmaktadır. İyileşme sağlanıp sağlığınıza kavuştuktan sonra ameliyat ile bağırsaklarınız yeniden birleştirilir(Şekil 1). Stomanız kapatılmış olur. Stomanızın kapatılma süresi, stomanızın açılma nedenine ve almış olduğunuz tedavi şeklinize göre farklılık gösterebilir.

Bu ameliyat sonrasında artık bir stomanız olmadığı için bağırsak boşaltımınızı normal yoldan yapabileceksiniz.



Şekil 1. Stoma Kapatılması

2

EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

2. STOMA KAPATILMASI SONRASI BAĞIRSAK FONKSİYONLARI NASIL OLACAK?

Stomanız nedeni ile uzun süre normal bağırsak boşaltım yolunu kullanmadığınız için ameliyat sonrasında bağırsak fonksiyonlarınızın düzene girmesi zaman alabilir. Bağırsak fonksiyonlarının bir düzene girmesi kişiden kişiye değişmektedir.

Bağırsak fonksiyonlarının düzensizliğini

- ✓ İlk ameliyatınızda çıkarılan bağırsak miktarı,
- ✓ Kemoterapi ve radyoterapi tedavileri,
- ✓ Daha önce geçirilmiş makat bölgesi ameliyatlarınız,
- ✓ Bağırsak birleşim noktasının anüsten (makattan) uzaklığı,
- ✓ Anal kasların (makat kasları) gücü etkilemektedir.

Bağırsak fonksiyonlarındaki düzensizlik nedeni ile

- ✓ **Sık defekasyon (dışkılama)**
- ✓ **Ani defekasyon (dışkılama) hissi**
- ✓ **Dışkı kaçırma**
- ✓ **İshal**
- ✓ **Bağırsak boşaltımını tam sağlayamama**
- ✓ **Ağrılı defekasyon (dışkılama)** gibi bağırsak boşaltımına ilişkin sorunlar ile karşılaşılabilir.

3

EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

3. BAĞIRSAK BOŞALTIM SORUNLARI NASIL ÖNLENİR?

Bağırsak boşaltım sorunlarının azaltılması ve tedavisi için ilaç tedavisi, elektriksel uyaran tedavileri, biyofeedback gibi yöntemler vardır. Bağırsak boşaltım sorunlarının önlenmesinde ve azaltılmasında ucuz ve kolay uygulanabilir yöntemlerden birisi pelvik taban kas egzersizleridir.

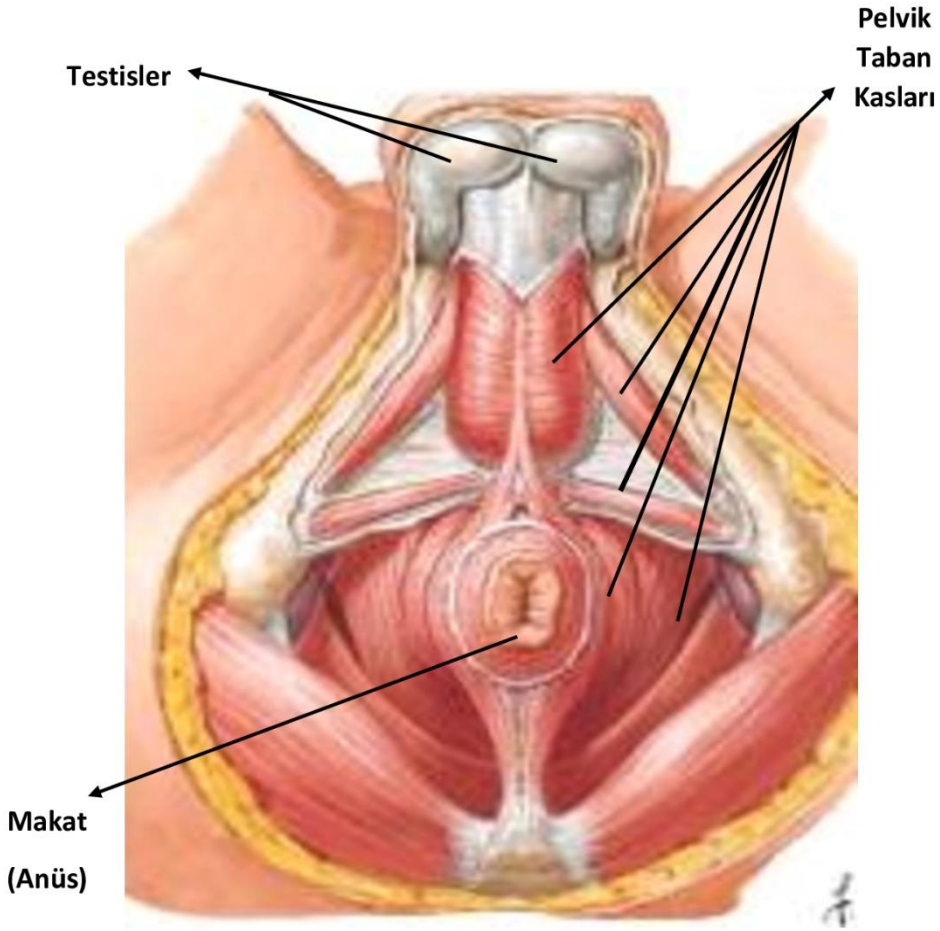
Düzenli uygulanan pelvik taban kas egzersizleri bağırsaklarınızda gaz ve dışkıyı tutmanızı sağlayan kaslarınızı güçlendirecektir. Böylece pelvik taban kas egzersizleri bağırsak boşaltım sorunlarının önlenmesinde ve azaltılmasında size yardımcı olacaktır.

4

EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

4. PELVİK TABAN KASLARI

Pelvik taban kasları karın boşluğunun tabanını oluşturur. Bu kaslar karın boşluğunun ön tarafındaki kasık kemiğinden sırttaki kuyruk kemiğine (koksiks) kadar, hamak benzeri bir geniş askı oluşturur ve iç organlarınızı destekler (Şekil 2.)



Şekil 2. Pelvik taban kaslarının görünümü

5

EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

5. PELVİK TABAN KASLARI NEDEN ÖNEMLİDİR?

Pelvik taban kasları

- ✓ Karın içi organları destekler.
- ✓ Mesane(idrar torbası) ve bağırsak boşaltımının kontrolünde rol alır.
- ✓ Anal sfinkter (makat kasları) gücünü arttırır.
- ✓ Üretrayı (idrar yolu) destekleyen kasların kasılma gücünü arttırır.
- ✓ İdrar, gaz, dışkı kaçırmayı önler.
- ✓ Cinsel sorunları azaltır.

İdrar yaparken ve defekasyon (dışkılama) esnasında pelvik taban kasları gevşer ve daha sonra tekrar kasılırlar. Ancak pelvik taban kasları zayıfladığında idrar kaçırma, gaz ve dışkı kaçırma gibi sorunlarla karşılaşabilirsiniz.



Şekil 3

6

EK-8. (devam) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

6. PELVİK TABAN KASLARI NASIL FARKEDİLİR?

Pelvik taban kaslarınızı bulmak her zaman kolay değildir. Bu kasları çalıştırdığınız dışarıdan farkedilmez.

Doğru kasları belirlemek için aşağıdaki adımları izleyiniz (Şekil 4).

✓ Yatarken, otururken ya da ayaktayken bacaklarınızı hafif açın ve rahatlayın.

✓ Gaz çıkışınızı durdurmaya çalışıyormuşsunuz gibi anüs (makat) etrafındaki kas halkasını sıkın.

✓ Bu kasların yukarı kalktığını fark edin.

✓ Karın kaslarınızı, bacak kaslarınızı, kalçalarınızı kasmayın.

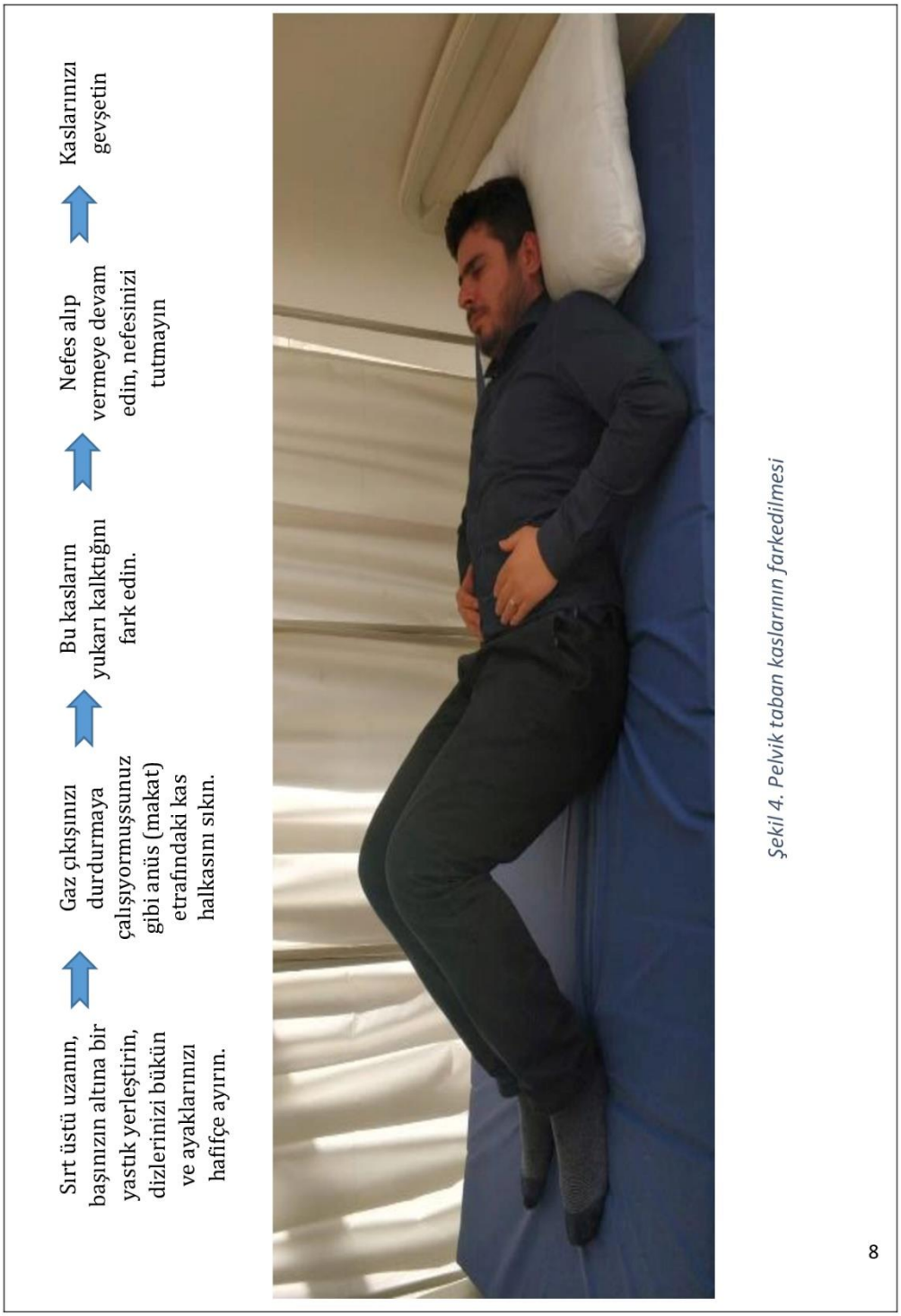
✓ Nefes alıp vermeye devam edinin, nefesinizi tutmayın.

✓ Bu kasları aşağı yukarı hareket eden bir asansör gibi düşünün. Kaslarınızı kasmak asansörün yukarı hareketi gibidir. Kaslarınızı gevşetmek ise asansörün aşağı hareketi gibidir.

✓ Doğru kasları kastığınız zaman penisinizin karnınızın tabanına doğru hafifçe hareket ettiğini hissedebilirsiniz

7

EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı



EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

7. PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ NASIL YAPILMALI?

- ✓ Egzersizlere başlamadan önce idrar torbanızı boşaltınız.
- ✓ Pelvik taban egzersizlerini yatarken, ayaktayken, otururken yapabilirsiniz.

Yatarken; sırt üstü uzanın, başınızın altına yastık yerleştirin, dizlerinizi bükün ve ayaklarınızı hafifçe ayırın (Şekil 5).



Şekil 5.Yatarak pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanışı

Ayaktayken; ayaklarınız omuz genişliğinde aralanmış ve dizlerden hafif bükük olacak şekilde durun ve karın kaslarınızı gevşek bırakın (Şekil 6).



Şekil 6. Ayaktayken pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanışı

Otururken; dik oturun, ayaklarınızı hafifçe birbirinden ayırarak yere basın (Şekil 7).



Şekil 7. otururken pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanışı

9

EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

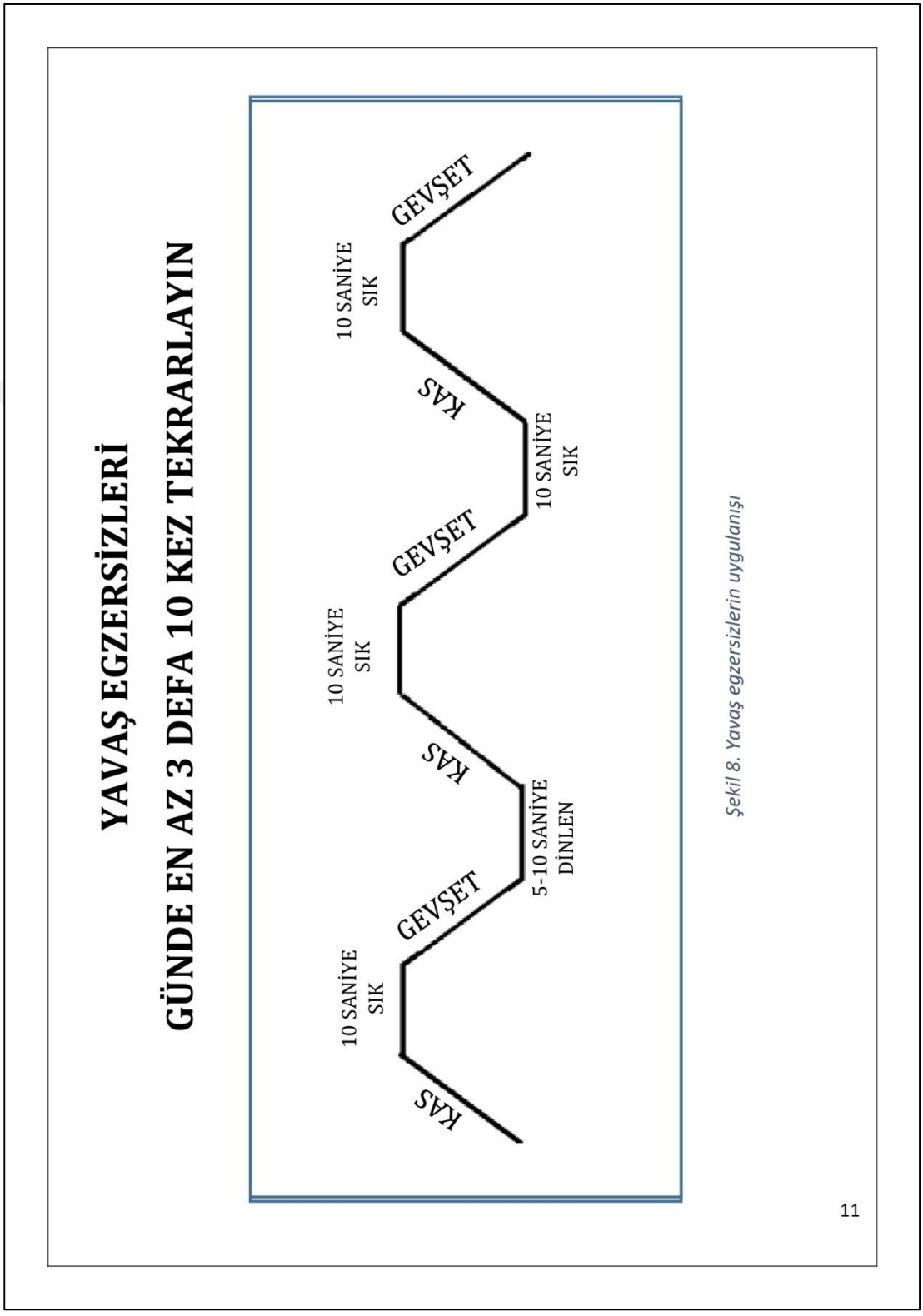
- ✓ Egzersiz sırasında karın, kalça ve uyluk kaslarınızı gevşek tutunuz.
- ✓ Pelvik taban egzersizlerine başlarken doğru kas grubunu çalıştırdığınızdan emin olun.
- ✓ Pelvik taban kasları hem hızlı hem de yavaş kasılan özelliktedir. Bu nedenle pelvik taban kas egzersizlerini günde üç kez hem yavaş hem de hızlı egzersizler şeklinde yapmanız gerekmektedir.

Yavaş egzersizleri yaparken aşağıdaki adımları izleyin (Şekil 8).

- ✓ Pelvik taban kaslarınızı yavaşça sıkın ve mümkün olduğunca yukarı doğru çekin.
- ✓ Pelvik taban kaslarınızı olabildiğince uzun bir süre kaldırmayı ve sıkmayı deneyin. Pelvik taban kasları kasarken nefesinizi tutmayın
- ✓ En fazla on saniye kadar kasın. Başlangıçta on saniye kasamayabilirsiniz.
- ✓ Kasın yorulmaya başladığı zamanı gözlemleyin ve kasma işlemini burada durdurun.
- ✓ Pelvik taban kaslarının oksijenlenmesini sağlamak için 5-10 saniye dinlenin. Kasları ara vermeden çalıştırmanız onu güçlendirmez, aksine yorar.
- ✓ Bu egzersizleri **günde üç defa en az 10 kez** tekrarlayın.
- ✓ Kasılma sayısını **daha önce yapabildiğinizden daha fazla** sayıda yapmayı ve **kasılma süresini on saniyeye kadar çıkarmayı** hedefleyin. (1. Hafta günde 3 defa 10 kez 3 saniye kasın, 2. Hafta günde 3 defa 15 kez 5 saniye kasın, 3. Hafta günde 3 defa 20 kez 7 saniye kasın, 4. Hafta günde 3 defa 25 kez vb 10 saniye kasın.)

10

EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı



Şekil 8. Yavaş egzersizlerin uygulanışı

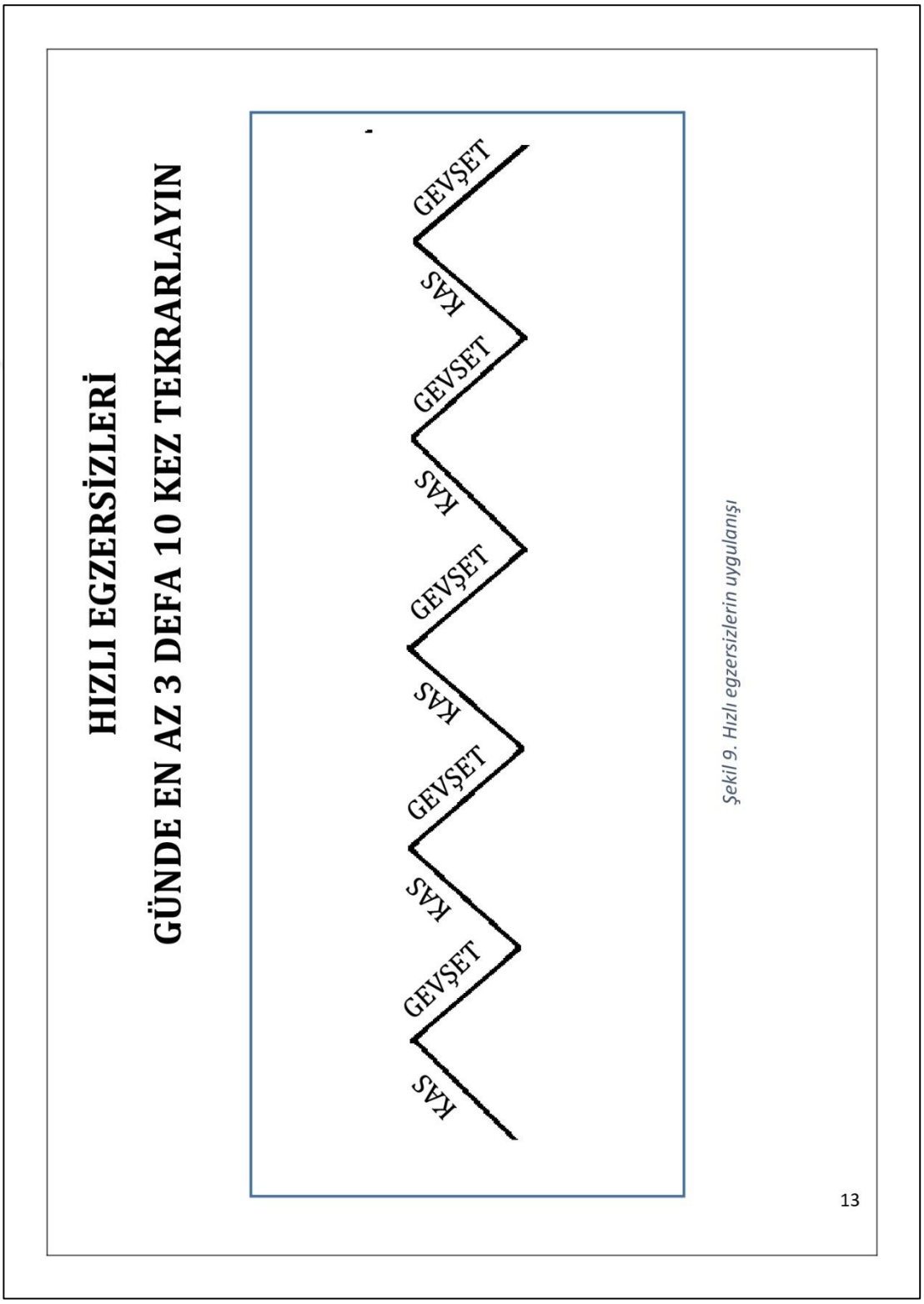
EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

Hızlı egzersizleri yaparken aşağıdaki adımları izleyin (Şekil 9)

- ✓ Pelvik taban kaslarınızı kasın.
- ✓ Bir saniye bekleyin ve sonra tamamen gevşetin.
- ✓ Bu egzersizleri **günde üç defa en az 10 kez** tekrarlayın
- ✓ Kasılma sayısını **daha önce yapabildiğinizden daha fazla sayıda** yapmayı hedefleyin. (1. Hafta günde 3 defa 10 kez, 2. Hafta günde 3 defa 15 kez, 3. Hafta günde 3 defa 20 kez, 4. Hafta günde 3 defa 25 kez vb.)

12

EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı



Şekil 9. Hızlı egzersizlerin uygulanışı

EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

8. PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİNE NE KADAR SÜRE DEVAM EDİLMELİ?

Bu egzersizleri her gün tekrarlarsanız daha çok faydasını görürsünüz. Kaslarınızın güçlenmesi ve gerginlik kazanması zaman alacaktır. Bu nedenle pelvik taban egzersizlerinin yararını görmek için egzersizlere en az 3-6 ay devam edilmelidir.

9. PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİNİ UYGULAMAYI UNUTMAMANIZ İÇİN ÖNERİLER



✓ Telefonunuzun/ saatinizin alarmını kurun.



✓ Her gün görebileceğiniz yerlere (yatağınızın başucu gibi) renkli notlar asın.



✓ Yakınlarınızdan (aile üyeleri, arkadaşlarınız gibi) destek alın, egzersizleri hatırlatmasını isteyin.

14

EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

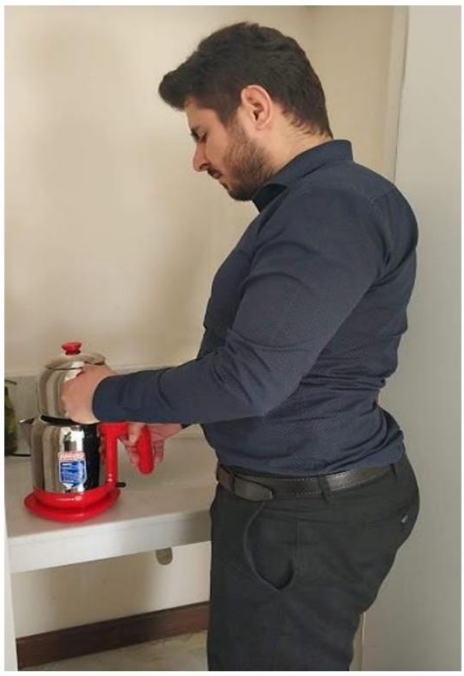
✓ Günlük yaşam aktiviteleriniz sırasında bu egzersizleri tekrarlayın.



Şekil 13.Telefonla konuşurken



Şekil 14. İş yerinizde çalışırken



Şekil 15. Mutfakta iş yaparken



Şekil 16. Diş fırçalarken

15

EK-8. (devam) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

10. ÖNEMLİ NOTLAR

- ✓ Bu egzersizleri sağlıklı yaşam için alışkanlık haline getirin.
- ✓ Vaktinize göre tuvalete gittikten sonra, televizyon izlerken ve hatırladığınız herhangi bir zamanda uygulayabilirsiniz.
- ✓ Egzersizlere başlamadan önce mesanenizi (idrar torbası) boşaltın.
- ✓ Farklı pozisyonlarda da (otururken, yatarken, diz çökmüş, ayakta vb.) bu egzersizleri yapabileceğinizi unutmayın. Kalça, karın ve bacak kaslarınızı gevşetmeyi unutmayın.
- ✓ Pelvik taban kasları kasılırken nefesinizi tutmayın.
- ✓ Her gün üç kez mutlaka yapın.
- ✓ Egzersizleri her seferinde en az 10 kez tekrarlayın.
- ✓ Kasılma sayısını her zaman yapabildiğinizden daha fazla sayıda yapmayı hedefleyin.
- ✓ Kaslar güçlendikçe egzersiz yapmak çok daha kolay hale gelecektir.
- ✓ Pelvik taban kas egzersizlerinin yararını görmek 3-6 ay sürebilir, bu yüzden pes etmeyin!

SAĞLIK PROBLEMLERİNİZDE

ULAŞABİLECEĞİNİZ SAĞLIK KURULUŞUNA

BAŞVURUN!

16

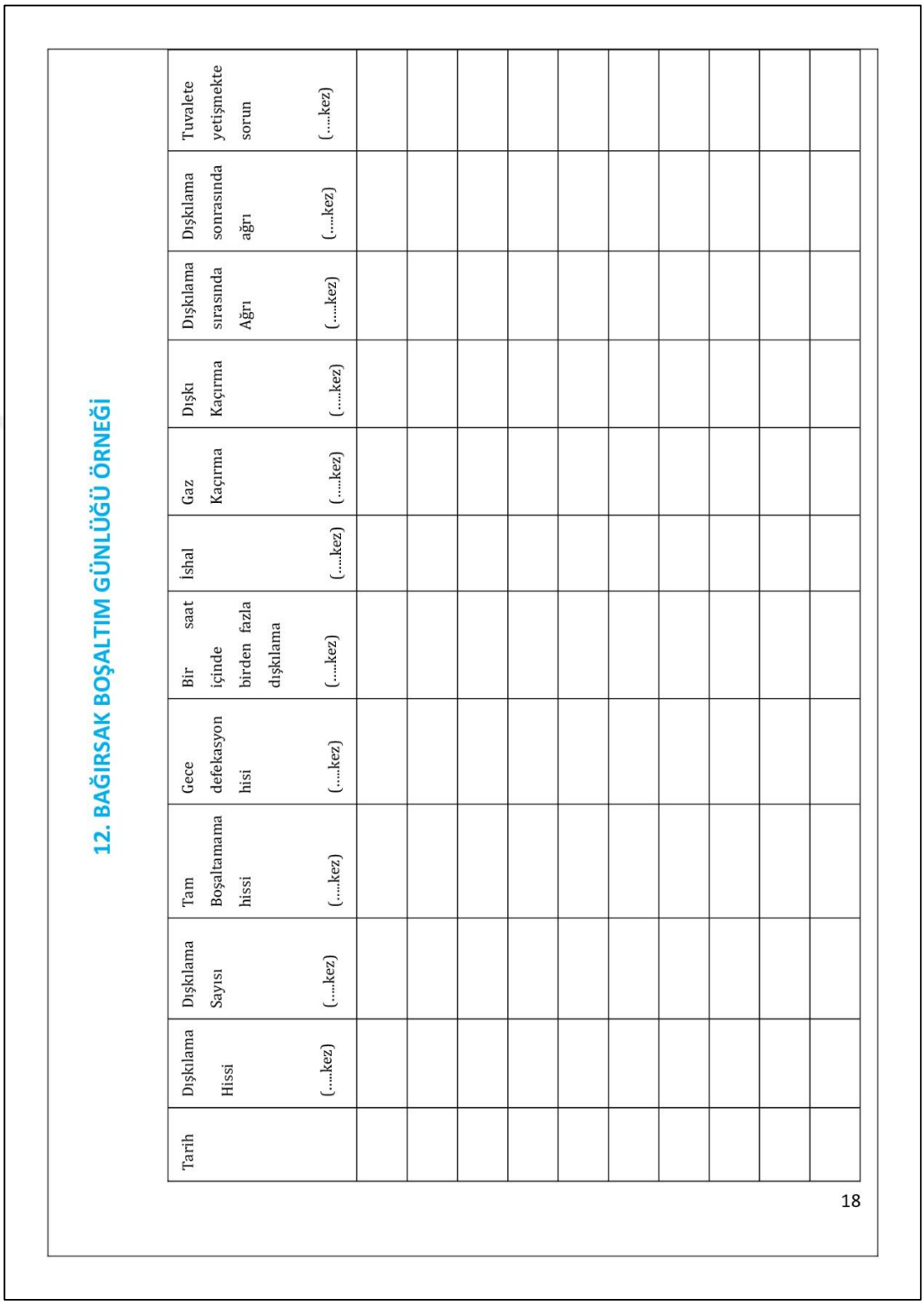
EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

11. PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ İÇİN ÖRNEK UYGULAMA ÇİZELGESİ

Tarih	Hızlı egzersizler			Yavaş egzersizler	
	.....defa	.....kez	.....sn	.....defa	.....kez
1.gün					
2.gün					
3.gün					
4.gün					
5.gün					
6.gün					
7.gün					
8.gün					
9.gün					
10.gün					
11.gün					
12.gün					
13.gün					
14.gün					
15.gün					

17

EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı



12. BAĞIRSAK BOŞALTIM GÜNLÜĞÜ ÖRNEĞİ

Tarih	Dışkılama Hissi (.....kez)	Dışkılama Sayısı (.....kez)	Tam Boşaltamama hissi (.....kez)	Gece defekasyon hisi (.....kez)	Bir saat içinde birden fazla dışklama (.....kez)	İshal (.....kez)	Gaz Kaçırma (.....kez)	Dışkı Kaçırma (.....kez)	Dışkılama sırasında Ağrı (.....kez)	Dışkılama sonrasında ağrı (.....kez)	Tuvalete yetişmekte sorun (.....kez)

18

EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

13.KAYNAKLAR:

1. Bo K, Morkved S. Pelvic floor and exercise science. In: Bo K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M (eds). Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor: Bridging Science and Clinical Practice.1. edition. USA, Elsevier, 2007: 114-132.
2. Cangöl E, Aslan E, Yalçın, Ö. Kadınlarda Pelvik Taban Kas Egzersizleri ve Hemşirenin Rolü, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 2013, 10 (3): 49-56.
3. Chris Pennington Colorectal Support Nurse. Reversal Of Ileostomy Patient İnformation Leaflet. Tamesıde And Glossop Integrated Care Nhs Foundatıon Trust, 2017. https://www.tamesidehospital.nhs.uk/documents/ReversalOfIlestomy.pdf . 31.10.2018
4. Clinical Specialist Physiotherapist in Women's and Men's Health.Oxford University Hospital NHS Trust. A Guide To The Pelvic Floor Muscles- Men. Oxford University Hospital NHS Trust, 2016. https://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files/5651Ppelvicfloorwomenpdf.pdf . 05.11.2018
5. Guy's and St Thomas NHS Foundation Trust. Pelvic floor exercises for women. 2017. https://www.guysandstthomas.nhs.uk/resources/patient-information/gynaecology/pelvic-floor-exercises-for-women.pdf . 5.11.2018
6. Garofalo T. Colostomy: Types, Indications, Formation, and Reversal. In: Fazio VW, Church JM, Wu JS (eds). Atlas of İntestinal Stomas. Newyork, Springer Science+Business Media, 2012: 127-146.
7. Haslam J. Pelvic Floor Muscle Exercise in the Treatment of Urinary Incontinence. In: Haslam j, Laycock J (eds). Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain, 2. Edition. UK, Springer, 2008: 89-94.
8. King's Colloge Hospital NHS Foundation Trust. Pelvic Floor Muscle Exercises, 2015. https://www.kch.nhs.uk/Doc/pl%20-%20313.4%20-%20pelvic%20floor%20muscle%20exercises%20-%20information%20for%20women.pdf . 18.05.2018
9. Moore K.H. Urogynecology: Evidence- Based Clinical Practice. 2. Edition. Springer, London, 2013.
10. North Bristol NHS Foundation Trust. Reversal of Stoma (Ileostomy or Colostomy), 2018. https://www.nbt.nhs.uk/sites/default/files/attachments/Reversal%20of%20Stoma%20(Ileostomy%20or%20Colostomy)_NBT002926.pdf . 31.10.2018
11. Onay G. Pelvik Taban Sağlığı, Bozuklukları, Nedenleri ve Yapılabilecekler 2014 Erişim Adresi: http://www.yogadergisi.com/saglik/yoga_terapi/508-pelvik-taban-sagligi-bozukluklari-nedenleri-ve-yapilabilecekler 23.09.2018
12. Orhan C., Kaya S. Anorektal Disfonksiyonda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. İçinde: Akbayrak T, Kaya S (editörler). Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, 1. Baskı. Ankara, Kalkan Matbaacılık, 2016: 141-165.

19

EK-8. (devamı) Stoması Kapatılan Erkekler İçin Stoması Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitim Kitapçığı

13. Perineum (Male And Female). https://www.cram.com/flashcards/pel-1-perineum-male-and-female-3608371 . 07.11.2018
14. Prostate Cancer UK. Pelvic Floor Muscle Exercises, 2016. https://prostatecanceruk.org/media/975926/pelvic_floor_exercises-ifm.pdfprostatecanceruk.org. 18.05.2018
15. Reinwalds M, Blixter A, Carlsson E. A Descriptive, Qualitative Study to Assess Patient Experiences Following Stoma Reversal After Rectal Cancer Surgery, Ostomy Wound Management, 2017, 63(12), 29-37.
16. Specialist Continence Service. Informatıon For Patıents About Pelvıc Floor Muscle Exercıses For Men, Horratage and Distrinct NHS Foundation Trust, 2016. https://www.hdft.nhs.uk/content/uploads/2016/02/pelvic-floor-muscle-exercises-for-men.pdf . 18.05.2018
17. Taylor C, Morgan L. Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment.European, Journal of Oncology Nursing, 2011, 15(1): 59-66.
18. Tinsley S, Blizzard J. Stoma Reversal, Royal Surrey County Hospital NHS Foundation Trust, 2017. https://www.royalsurrey.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/09/PIN112_Stoma_Reversal_w.pdf . 31.10.2018
19. The Royal Women's Hospital. Pelvic Floor Exercises, 2008. https://thewomens.r.worldssl.net/images/uploads/fact-sheets/Pelvic-floor-exercises.pdf . 8.11.2018
20. University of Glaskow. Training Your Pelvic Floor Muscles. Erişim Tarihi: https://wwwçgla.ac.uk/media/media_333413_en.pdf . 18.05.2018
21. Wu JS. Intestinal Stomas: Historical Overview. In: Fazio VW, Church JM, Wu JS (Eds). Atlas of İntestinal Stomas. Newyork, Springer Science+Business Media, 2012: 1-37.

20

EK-9. Wexner Skalası Kullanım İzni

wexner skalası

Dilek Aktaş <dlkakts88@gmail.com> 21 Şubat 2018 00:14
Alıcı: "Mehmet R. Asoglu MD" <mresitasoglu@hotmail.com>

Sayın Hocam;
Türkiye Geçerlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Wexner Skalası" nı izniniz olursa doktora tezimde kullanmak istiyorum. Uygun görürseniz nasıl değerlendirileceğine ilişkin bilgileri göndermenizi rica edecektim. Saygılarımla.

--
R.A. Dilek Aktaş
Yıldırım Beyazıt University
Faculty of Health Sciences
Nursing Department

wexner skalası

Mehmet R. Asoglu MD <mresitasoglu@hotmail.com> 21 Şubat 2018 07:08
Alıcı: Dilek Aktaş <dlkakts88@gmail.com>

Dilek hanim;
Size donemedim kusura bakmayin. Bu makalede wexner skalasinin turkce versiyonu da var. Bu skorlamada goreceginiz gibi hasta her tip kacirmaya skor veriyor ve buna gore ciddiyeti artmis oluyor. Ancak, toplam elde edilen skora gore nasil bir tedavi yapilacagi ile ilgili cok detayli bilgi veremiyorum. Cunku, bu komplike bir konu. Umarim yardimci olur.
Mehmet

EK-10. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni

sf-36 ölçeği

Dilek Aktaş <dlkakts88@gmail.com> 30 Ekim 2018 21:27
Alıcı: rukiye.boluktas@izu.edu.tr

Değerli Hocam;
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Doktora Programı tez aşamasındayım. Kanser hastalarında Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz SF-36 ölçeğini izniniz olursa doktora tezimde kullanmak istiyorum. Eğer uygun görürseniz formu ve nasıl değerlendirileceğine ilişkin bilgileri göndermenizi rica ederim.
Şimdiden bilgilendirme için teşekkür ederim. Saygılarımla.

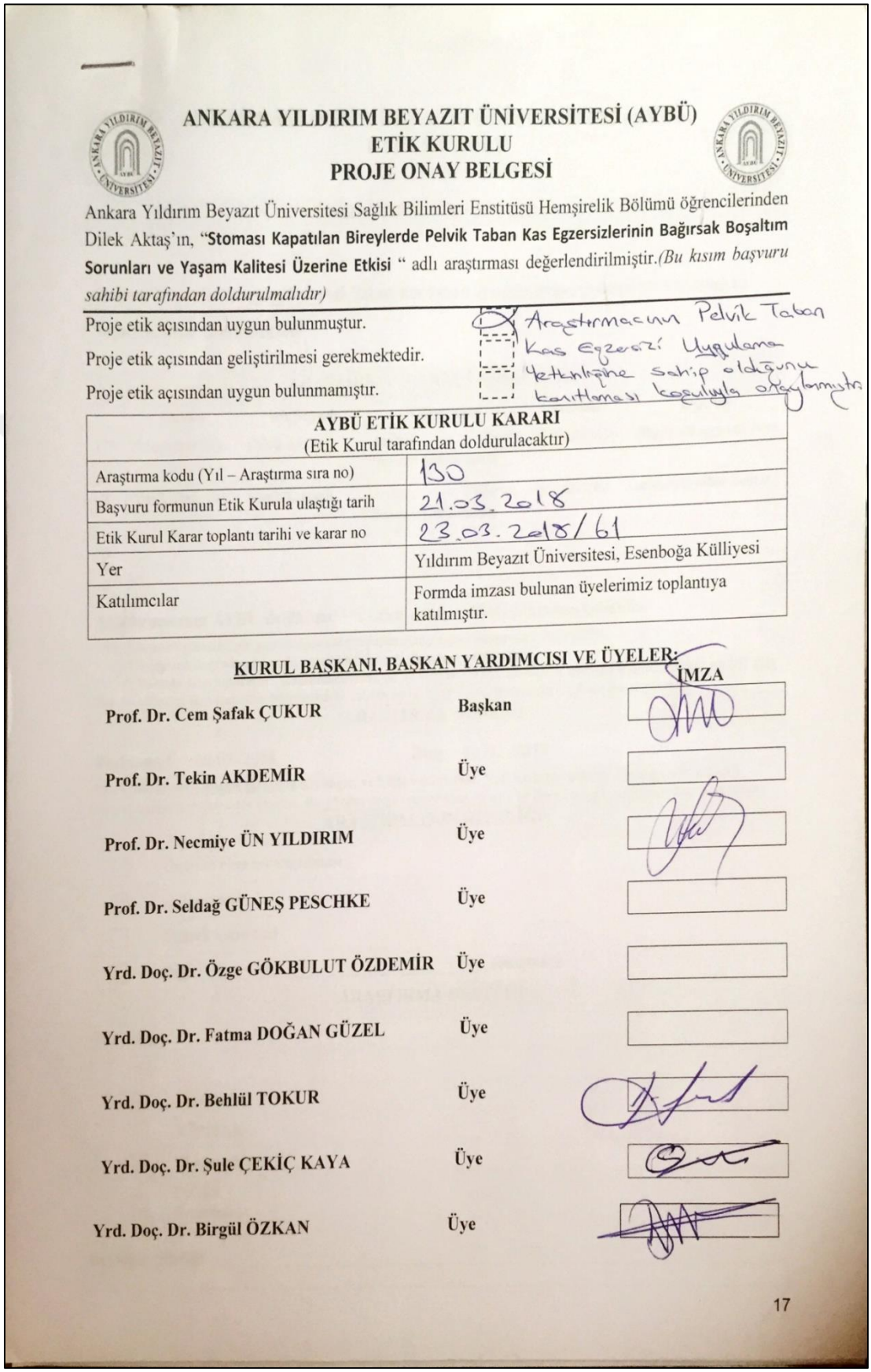
--
R.A. Dilek Aktaş
Yıldırım Beyazıt University
Faculty of Health Sciences
Nursing Department

sf-36 ölçeği

Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ <rukiye.boluktas@izu.edu.tr> 31 Ekim 2018 08:29
Alıcı: Dilek Aktaş <dlkakts88@gmail.com>

Sayın Aktaş
Ölçeği ve ölçek boyutları ve puanlaması ile ilgili bilgileri ekte gönderiyorum. Fotograf olarak gönderdiğim ekteki bilgileri yalnızca ölçek maddelerine verilen yanıtların nasıl dönüştürüleceği, olası en düşük ve en yüksek yanıtın ne olacağı ve alt boyut (8 alt boyut) puanının nasıl hesaplanacağı konusunda rehber alın lütfen. Fotograftaki ölçek ana boyutları artık kullanılmıyor, bunun yerine mental sağlık (mental yaşam kalitesi) ve fiziksel sağlık (fiziksel yaşam kalitesi) olarak iki ana başlık ve fotografta gördüğünüz 8 alt başlıkta değerlendirme yapılıyor. Sorunuz olursa bana cepten ulaşabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.
Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş

EK-11. Etik kurul Onay Formu



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden Dilek Aktaş'ın, "**Stoması Kapatılan Bireylerde Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bağırsak Boşaltım Sorunları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi** " adlı araştırması değerlendirilmiştir.*(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.	X Araştırmacının Pelvik Taban Kas Egzersizi Uygulama Yetkinliğine sahip olduğunun kanıtlanması koşuluyla onaylanmıştır.
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.	
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.	

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	130
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	21.03.2018
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	23.03.2018/61
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	**Başkan**	
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	**Üye**	
Prof. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	**Üye**	
Prof. Dr. Seldağ GÜNEŞ PESCHKE	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Fatma DOĞAN GÜZEL	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Behlül TOKUR	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Şule ÇEKİÇ KAYA	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN	**Üye**	

17

EK-11. (devamı) Etik kurul Onay Formu

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU

Sayı : 151-
Konu : Yetkinlik İnceleme Sonucunuz

24/04/2018

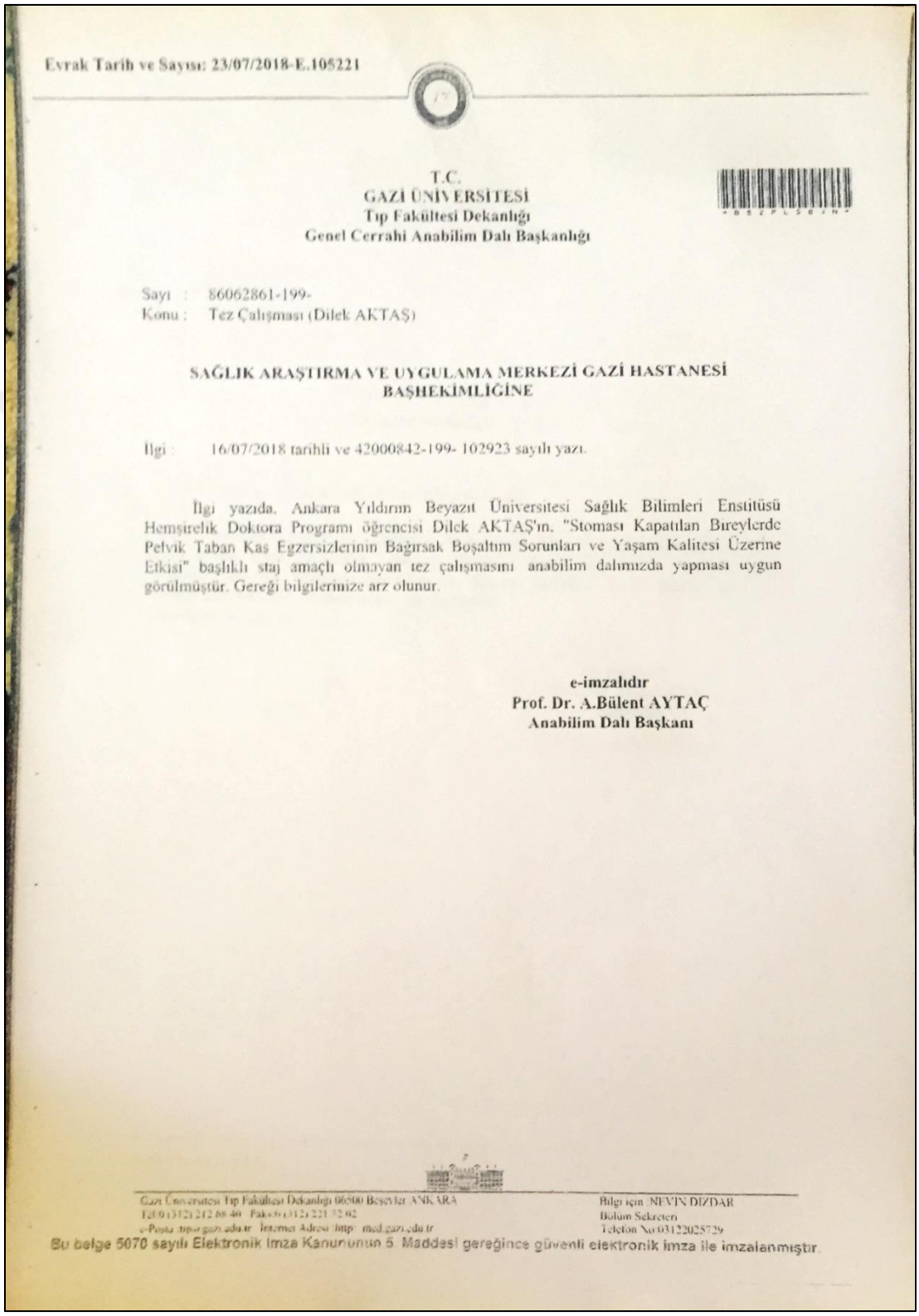
Dilek Aktaş'a

Kurulumuzun, 23.04.2018 tarihli toplantısında incelediği Dilek Aktaş'ın "Stoması Kapatılan Bireylerde Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bağırsak Boşaltım Sorunları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı çalışması için araştırmacının sözkonusu egzersizleri uygulayabilecek yetkinliğe sahip olduğunu beyan etmesi gerektiğine karar verilmiştir. Araştırmacı kurulumuza hemşirelik yönetmeliğini ve Hemşirelik Bölümü Başkanlığından "pelvik taban kas egzersizlerini" uygulama konusunda yetkinliği için bir engel olmadığına dair görüş yazısını iletmiştir. Hemşirelik Yönetmeliği ve araştırmacının öğrencisi olarak mensup bulunduğu bölüm başkanlığı görüşü de dikkate alınarak araştırmacının araştırmayı yürütmesinde herhangi bir yetkinlik sertifikası göstermesi şerhi kaldırılmıştır. İşbu evrak, AYBÜ Etik Kurulu araştırma kodu 130, karar tarihi ve numarası 23.04.2018/61 olan Proje Onay formu ile geçerli olup, onay sayfasındaki şerhin geçersiz olduğunu beyan etmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR
Etik Kurul Başkanı

EK-12. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Uygulama İzni



Evrak Tarih ve Sayısı: 23/07/2018-E.105221

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 86062861-199-
Konu : Tez Çalışması (Dilek AKTAŞ)

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 16/07/2018 tarihli ve 42000842-199- 102923 sayılı yazı.

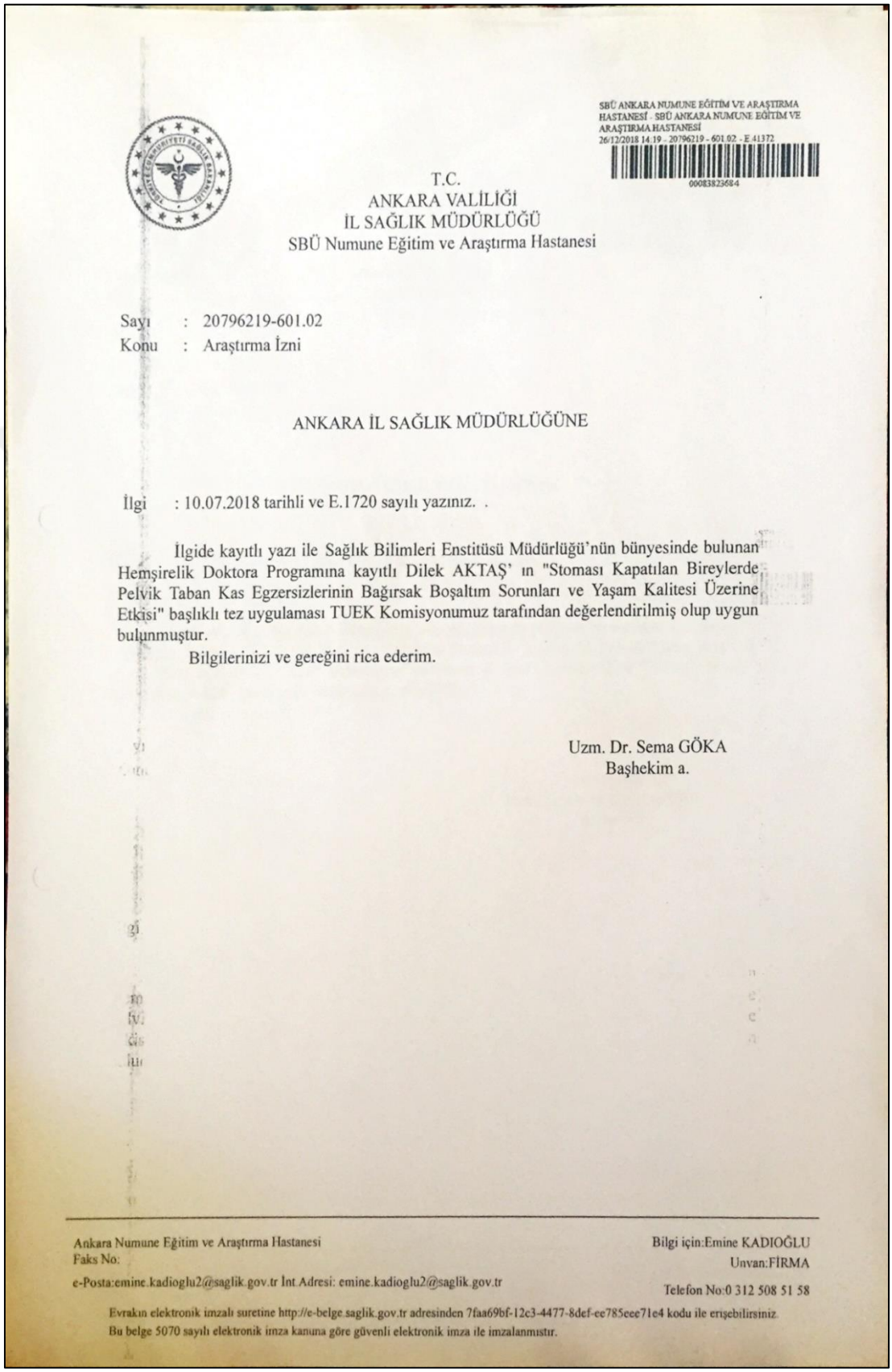
İlgi yazıda, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı öğrencisi Dilek AKTAŞ'ın, "Stoması Kapatılan Bireylerde Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bağırsak Boşaltım Sorunları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı staj amaçlı olmayan tez çalışmasını anabilim dalımızda yapması uygun görülmüştür. Gereği bilgilerinize arz olunur.

e-imzalıdır
Prof. Dr. A.Bülent AYTAÇ
Anabilim Dalı Başkanı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 06500 Beşevler ANKARA
Bilgi için :NEVİN DİZDAR
Bölüm Sekreteri
Telefon No:03122025729

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

EK-13. Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma Uygulama İzni



SBÜ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - SBÜ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
26/12/2018 14:19 - 20796219 - 601.02 - E.41372
0008382684

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 20796219-601.02
Konu : Araştırma İzni

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 10.07.2018 tarihli ve E.1720 sayılı yazınız. .

İlgide kayıtlı yazı ile Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün bünyesinde bulunan Hemşirelik Doktora Programına kayıtlı Dilek AKTAŞ' ın "Stoması Kapatılan Bireylerde Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bağırsak Boşaltım Sorunları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı tez uygulaması TUEK Komisyonumuz tarafından değerlendirilmiş olup uygun bulunmuştur.

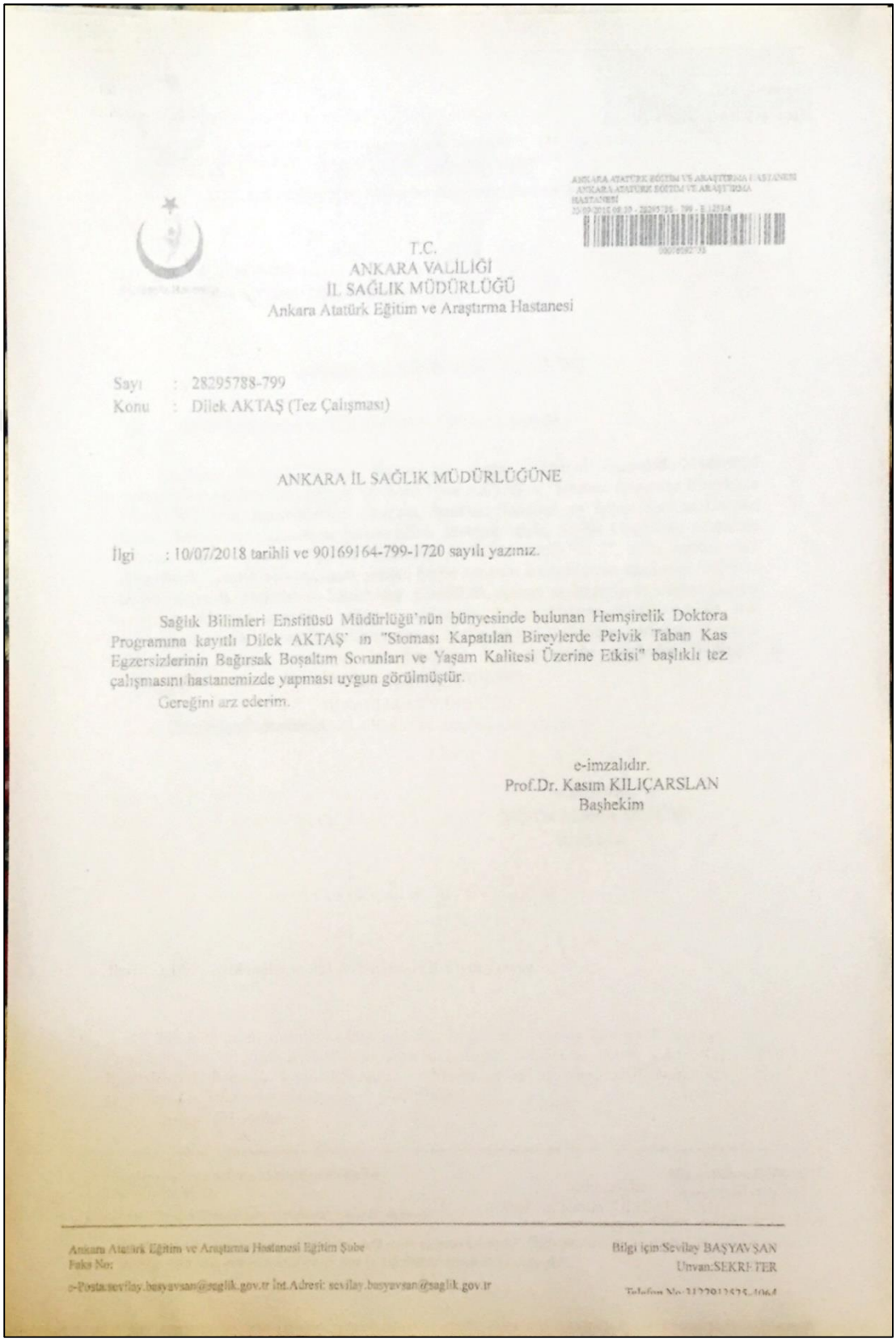
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Sema GÖKA
Başhekim a.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Faks No:
e-Posta:emine.kadioglu2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: emine.kadioglu2@saglik.gov.tr
Bilgi için:Emine KADIOĞLU
Unvan:FİRMA
Telefon No:0 312 508 51 58

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 7faa69bf-12c3-4477-8def-ee785eee71e4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-14. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma Uygulama İzni



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 28295788-799
Konu : Dilek AKTAŞ (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 10/07/2018 tarihli ve 90169164-799-1720 sayılı yazınız.

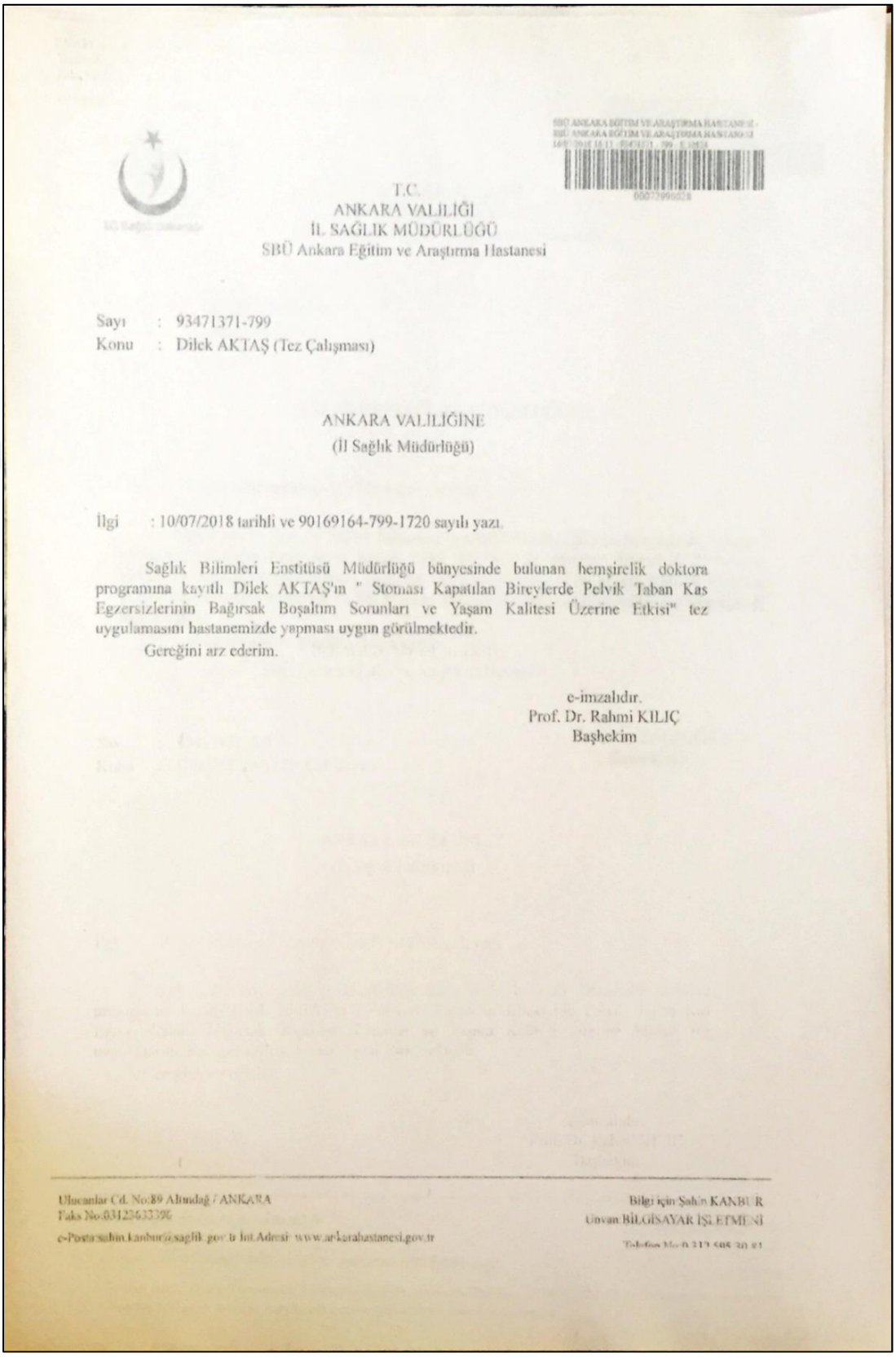
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün bünyesinde bulunan Hemşirelik Doktora Programına kayıtlı Dilek AKTAŞ' ın "Stoması Kapatılan Bireylerde Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bağırsak Boşaltım Sorunları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür.
Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof.Dr. Kasım KILIÇARSLAN
Başhekim

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Şube
Faks No:
e-Posta:sevilay.basyavsan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: sevilay.basyavsan@saglik.gov.tr

Bilgi için:Sevilay BAŞYAVŞAN
Unvan:SEKRETER

EK-15. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma Uygulama İzni



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 93471371-799
Konu : Dilek AKTAŞ (Tez Çalışması)

ANKARA VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 10/07/2018 tarihli ve 90169164-799-1720 sayılı yazı.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü bünyesinde bulunan hemşirelik doktora programına kayıtlı Dilek AKTAŞ'ın " Stoması Kapatılan Bireylerde Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bağırsak Boşaltım Sorunları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" tez uygulamasını hastanemizde yapması uygun görülmektedir.

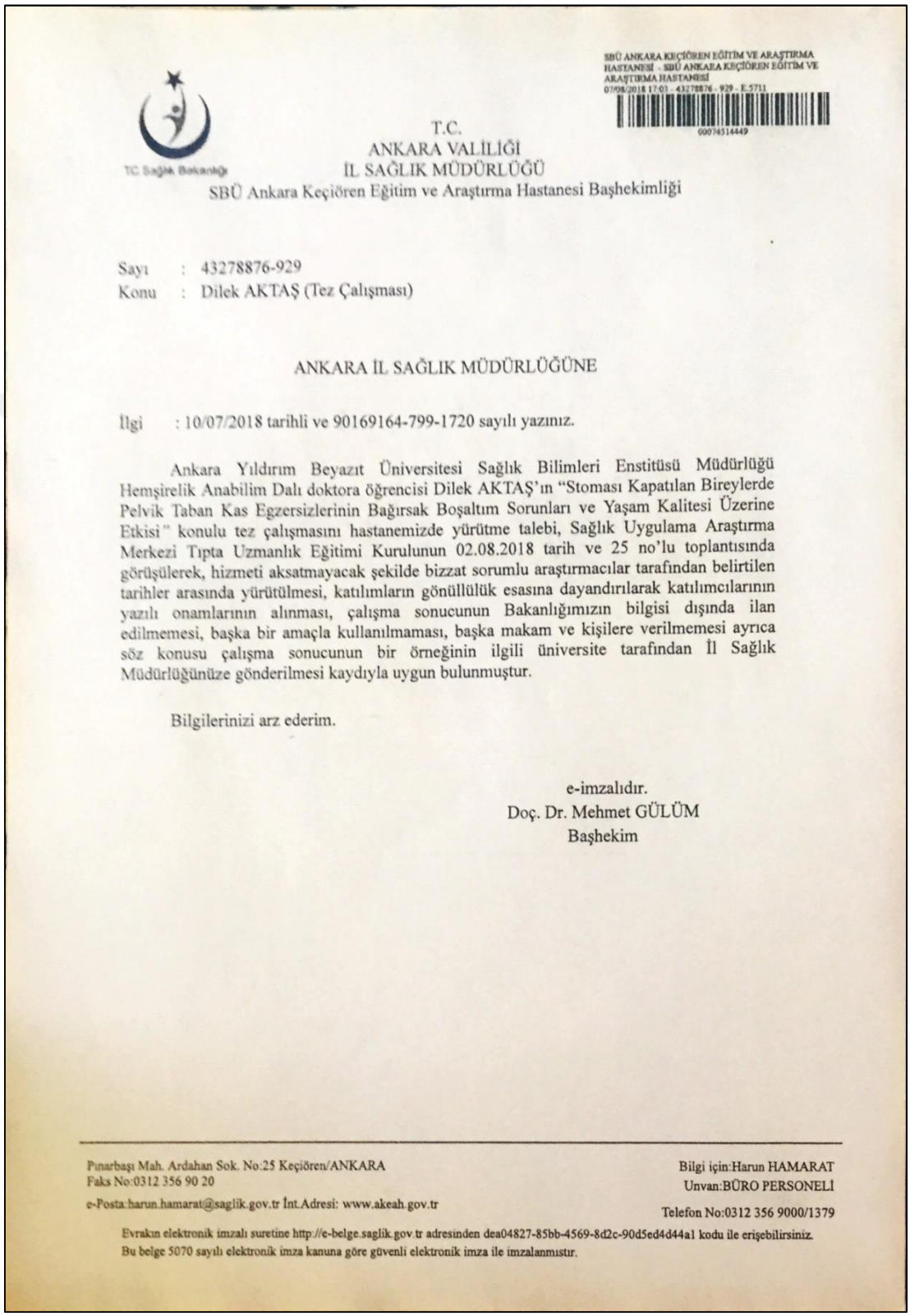
Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Rahmi KILIÇ
Başhekim

Ulucanlar Cd. No:89 Altındağ / ANKARA
Faks No:03123633396
e-Posta:sahin.kanbur@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.ankarahastanesi.gov.tr

Bilgi için:Şahin KANBUR
Unvan:BİLGİSAYAR İŞLETMENİ

EK-16. Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma Uygulama İzni



SBÜ ANKARA KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - SBÜ ANKARA KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
07/08/2018 17:03 - 43278876 - 929 - E.5711
00074514449

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 43278876-929
Konu : Dilek AKTAŞ (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 10/07/2018 tarihli ve 90169164-799-1720 sayılı yazınız.

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi Dilek AKTAŞ'ın "Stoması Kapatılan Bireylerde Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bağırsak Boşaltım Sorunları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmasını hastanemizde yürütme talebi, Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulunun 02.08.2018 tarih ve 25 no'lu toplantısında görüşülerek, hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat sorumlu araştırmacılar tarafından belirtilen tarihler arasında yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcılarının yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından İl Sağlık Müdürlüğünüze gönderilmesi kaydıyla uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç. Dr. Mehmet GÜLÜM
Başhekim

Pınarbaşı Mah. Ardahan Sok. No:25 Keçiören/ANKARA
Faks No:0312 356 90 20
e-Posta:harun.hamarat@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.akeah.gov.tr

Bilgi için:Harun HAMARAT
Unvan:BÜRO PERSONELİ
Telefon No:0312 356 9000/1379

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden dea04827-85bb-4569-8d2c-90d5ed4d44a1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-17.Deney grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

(DENEY GRUBU)

Sizi **Dilek Aktaş** tarafından yürütülen "**Stoması Kapatılan Bireylerde Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bağırsak Boşaltım Sorunları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi**" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırma doktora tez çalışması olup stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin bağırsak boşaltımına ilişkin sorunlara ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacı ile yapılacaktır.

Bu araştırmada size pelvik taban kas egzersiz eğitimi verilecektir ve sizden uygulamayı sürdürmeniz istenecektir. Egzersiz uygulamalarınızın takibi için ameliyat sonrasında araştırmacı tarafından ilk dört hafta haftada 1 kez, daha sonra ayda 1 kez telefon ile aranarak pelvik taban egzersizlerini uygulama düzeniniz değerlendirilecektir. Ameliyattan öncesinde taburcu olmadan önce ve taburculuk sonrası 1., 2., 3. ve 6. aylarda araştırmacı tarafından veri toplama formları uygulanacaktır. 1., 2., 3. ve 6. aylardaki veri toplama formları telefon aracılığı ile uygulanacaktır.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca bu araştırma kapsamında sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmada yer almak sağlığınız için bir tehlike oluşturmamaktadır. Bu durum şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğunuz tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçlı kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. F**ormlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun veya istenmeyen durumlar için **05396288836** no.lu telefondan **Dilek Aktaş'ı** arayabilirsiniz.

EK-17. (devamı) Deney grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)	Araştırmacının
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
İmzası:	İmzası:
Tel No:	Tel No:
Tarih:	Tarih:

EK-18. Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU
(KONTROL GRUBU)

Sizi **Dilek Aktaş** tarafından yürütülen "**Stoması Kapatılan Bireylerde Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bağırsak Boşaltım Sorunları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi**" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırma doktora tez çalışması olup stoması kapatılan bireylerde pelvik taban kas egzersizlerinin bağırsak boşaltımına ilişkin sorunlara ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacı ile yapılacaktır.

Bu araştırmada size ameliyattan öncesinde taburcu olmadan önce ve taburculuk sonrası 1., 2., 3. ve 6. aylarda araştırmacı tarafından veri toplama formları uygulanacaktır. 1., 2., 3. ve 6. aylardaki veri toplama formları telefon aracılığı ile uygulanacaktır.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca bu araştırma kapsamında sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmada yer almak sağlığınız için bir tehlike oluşturmamaktadır. Bu durum şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğunuz tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçlı kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Araştırmanın sonucunda pelvik taban egzersizlerinin etkisi olduğu takdirde araştırmacı tarafından telefon ile aranacak ve isterseniz pelvik taban kas egzersiz eğitimi verilecektir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. F**ormlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.
Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun veya istenmeyen durumlar için **05396288836** no.lu telefondan **Dilek Aktaş'ı** arayabilirsiniz.

EK-18. (devamı) Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)	Araştırmacının
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
İmzası:	İmzası:
Tel No:	Tel No:
Tarih:	Tarih:

EK-19. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Dilek Aktaş
Doğum tarihi	: 1988
Doğum yeri	: Seydişehir/Konya
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: Türkiye Cumhuriyeti
Adres	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 0312 906 1908
Faks	: 0312 906 2967
E-mail	: dlkakts88@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Mahmut Esat Anadolu Lisesi
Lisans	: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Yüksek lisans	: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: YDS:76.25 (2015) / YÖKDİL-76.25 (2017)
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türk Hemşireler Derneği Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği Yara Bakımı ve Doku Onarımı Derneği ERAS Türkiye Derneği	