

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

KOLOREKTAL CERRAHİ SONRASI
HASTA EŞLERİNİN
YAŞAM KALİTESİ

Dr. Gökçe AYLAZ

GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. M. Ayhan KUZU

ANKARA
2011

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

KOLOREKTAL CERRAHİ SONRASI
HASTA EŞLERİNİN
YAŞAM KALİTESİ

Dr. Gökçe AYLAZ

GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. M. Ayhan KUZU

ANKARA
2011

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Tıpta Uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütölmüş olan

KOLOREKTAL CERRAHİ SONRASINDA HASTA EŞLERİNİN YAŞAM KALİTESİ
başlıklı,

Dr. Gökçe AYLAZ' a ait bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Tıpta Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26.12.2011

Prof. Dr. Semih Başkan
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Ayhan Kuzu
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Üye / Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ercüment Kuterdem
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Üye

TEŞEKKÜR

Bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, her konuda yakın ilgi ve desteğini gördüğüm, tezimin gerçekleşmesinde büyük yardım ve katkıları olan, değerli hocam Prof. Dr. M.Ayhan Kuzu'ya,

Uzmanlık eğitimimi aldığım kliniğimizi daha güzel ve daha verimli hale getirmeyi kendine görev edinen, değerli bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, akademik ve insani yönleri ile yol gösterici olan değerli hocam, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. M.Semih Baskan'a,

Eğitimime katkılarından dolayı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma,

İstatistik aşamasındaki değerli yardımlarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Derya Öztuna'ya

Bes yıllık asistanlık yaşantımı güzelleştiren, birlikte çalışmaktan zevk aldığım, tüm asistan arkadaşlarıma ve başasistanlara,

Birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum kliniğimiz ve ameliyathane hemşire ve tüm personeline,

Hayatım boyunca sonsuz desteklerini benden esirgemeyen, her türlü fedakarlığı ve özveriye gösteren, varlıklarıyla bana her zaman güç veren aileme ve tüm dostlarıma,

en içten teşekkürlerimle...

Dr. Gökçe AYLAZ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. KOLOREKTAL KANSERLER.....	4
2.1.1. Epidemiyoloji ve İnsidans	4
2.1.2. Etyoloji.....	4
2.1.3. Evreleme	6
2.1.4. Tanı	7
2.1.4.1. Fizik muayene	8
2.1.4.2. İnceleme yöntemleri	8
2.1.5. Tarama	10
2.1.6. Tedavi.....	11
2.1.6.1. Kolorektal karsinomlarda cerrahi tedavi.....	11
2.2. YAŞAM KALİTESİ.....	16
2.2.1. Tanım	16
2.2.2. Yaşam Kalitesinin Tarihsel Gelişimi.....	17
2.2.3. Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı Tanımı, Kullanım Alanları.....	18
2.2.4. Yaşam Kalitesi Ölçümlerinin Kullanım Alanları	20
2.2.5. Yaşam Kalitesi Ölçekleri	22
2.2.5.1. Kısa form 36 (short form 36- SF 36).....	23

2.2.5.2. WHO-DAS (World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II) Özürlülük Değerlendirme Anketi.....	24
2.3. KOLOREKTAL KANSER VE CERRAHİSİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ.....	24
2.3.1. Yaşam Kalitesine Olan Genel Etkileri	24
2.3.2. Stoma ve Yaşam Kalitesi	25
2.3.2.1. Fiziksel sorunlar	26
2.3.2.2. Psikolojik sorunlar	27
2.3.2.3. Cinsel sorunlar	29
2.3.2.4. Sosyal sorunlar	32
2.3.2.5. Dini Etkenler	33
3. GEREÇ ve YÖNTEM	34
3.1. OLGULAR VE VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	34
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	34
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	35
4. BULGULAR	36
4.1. DEMOGRAFİK VERİLER.....	36
4.1.1. Hastalara İlişkin Demografik Veriler	36
4.1.2. Hasta eşlerine ilişkin demografik veriler.....	37
4.2. ÖLÇEK PUANLARI.....	38
4.2.1. Hastalara Uygulanan Ölçeklerden Alınan Puanlar	38
4.2.1.1. Kolorektal cerrahi anket formu.....	38
4.2.1.2. Kısa form SF (Short Form) 36 yaşam kalitesi ölçeği.....	41
4.2.1.3. WHO –DAS özürlülük anketi.....	41
4.2.2. Hasta eşlerine uygulanan ölçeklerden alınan puanlar.....	42
4.2.2.1. Kolorektal cerrahi anket formu.....	42
4.2.2.2. SF 36 yaşam kalitesi ölçeği	46
4.2.2.3. WHO –DAS özürlülük anketi.....	47

4.2.3. Hastalar ve eşlerinin ölçek puanlarının birbirleriyle karşılaştırılması	47
4.2.4. Cinsiyet ve ameliyat türleri açısından karşılaştırma	48
4.2.4.1. SF-36	48
4.2.4.2. WHO –DAS	49
4.2.4.3. Kolorektal Cerrahi Anket Formu	51
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	58
7.ÖZET.....	59
8. SUMMARY	60
9. KAYNAKLAR.....	61
EKLER	72

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAR	: Aşağı anterior rezeksiyon
APR	: Abdominoperineal Rezeksiyon (Miles ameliyatı)
BP	: Ağrı
DM	: Diabetes mellitus
HT	: Hipertansiyon
GH	: Genel olarak sağlık
CT	: Bilgisayarlı tomografi
CEA	: Karsinoembriyonik antijen
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FAP	: Familyal adenomatöz polipozis
HNPCC	: Herediter non polipozis kolorektal kanser
LAR	: Low Anterior Rezeksiyon
MCS	: Mental component scala
MH	: Mental sağlık
PCS	: Physical component scala
PF	: Fiziksel fonksiyon
RE	: Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlamaları
RP	: Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlamaları
SF-36	: Kısa Form-36
SF	: Sosyal fonksiyon
TME	: total mezorektal eksizyon
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü World Health Organization
WHOQOL	: Dünya Sağlık Örgütü World Health Organization Quality of life
VT	: Vitalite (enerji)
WHO-DAS	: World Health Organization Disability Assessment Schedule II
KAH	: koroner arter hastalığı
Wd1	: Anlama ve iletişim kurma
Wd2	: Hareket etme ,bir yerden bir yere gitme
Wd3	: kendine bakım
Wd4	: insan ilişkileri
Wd5	: yaşam faaliyetleri
Wd6	: toplumsal yaşama katılım
Wdtotal	: total puan

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 1. Hastalara ilişkin demografik veriler	36
Tablo 2. Hasta eşlerine ilişkin demografik veriler	37
Tablo 3. Hastaların kolorektal cerrahi anket formu sonuçları	40
Tablo 4. SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri	41
Tablo 5. WHO-DAS anket ölçeklerinden aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri	42
Tablo 6. Hasta eşlerinin kolorektal cerrahi anket puanları	45
Tablo 7. Hasta eşlerinin SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri	46
Tablo 8. Hasta eşlerinin WHO_DAS anket puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri	47
Tablo 9. Hasta ve eşlerinin ameliyat öncesi –sonrası puan farklarının cinsiyet açısından karşılaştırılması	48

1. GİRİŞ

Kolorektal kanserler, sıklığı toplumlara göre değişen ve kansere bağlı mortalite ve morbiditenin basta gelen nedenleri arasındadır. Erkeklerde prostat ve akciğer kanserleri, kadınlarda ise meme ve akciğer kanserlerinden sonra üçüncü sıklıkta görülmektedir (1,2).

Sağlık Bakanlığının 1998 ve 1999 verilerine göre kolorektal kanserler erkeklerde en sık izlenen dördüncü, kadınlarda en sık izlenen 2. kanser türüdür ve rektum kanseri her iki cinsten de kolorektal kanserlerin yarıya yakınına oluşturmaktadır (3).

Kolorektal kanserlerin görülme sıklığı gelişmiş ülkelerde hızla artmaktadır.

Multifaktöryel nedenlerle gelişen kolorektal kanserlerin tanı yaşı ortalama 62'dir.

Ancak kolorektal kanserler için risk 50-75 yaş arasında değişir. Yaş ilerledikçe risk oranı yükselir.

Kolorektal kanser cerrahisinde radikal ve palyatif işlemler uygulanmaktadır. Radikal işlemler; tümörün sağlam barsak kısmı ve mezosu ile birlikte genişçe çıkarılmasıdır. Palyatif işlemler ise; sınırlı rezeksiyon, by-pass veya kalıcı stomadır. Karın açıldığında karaciğer, periton gibi uzak metastazlar olsa da obstrüksiyon ve kanama komplikasyonlarını önlemek için, mümkünse, primer tümör çıkarılmalıdır.

Kolorektal kanserli hastaların ortalama tanı yaşının 62 olması ve bu yaş grubunda diğer dahili hastalıkların sıklığının artmış olması nedeniyle ameliyat riski daha da artmaktadır. Preoperatif ameliyat riskinin belirlenmesi, preoperatif hazırlık döneminde tedavi edilebilir hastalıkların medikal tedavilerinin düzenlenmesi ve postoperatif dönemde sıkı takip ile mortalite ve morbidite azalacaktır. Kolon ve rektum tümörleri nedeniyle yapılacak olan cerrahi girişimler major girişimlerdir. Bu ameliyatlardan sonrasında fiziksel, psikolojik ve sosyolojik olarak hastaların yaşam kaliteleri değişmektedir.

Bu nedenle olguların bireysel olarak bakımını üstlenen kişilerin (genellikle eşleri) iyi olma hallerinin önemi toplum içinde giderek artmaktadır. Kolorektal kanser cerrahisi sonrasında hastaların psikososyal etkilenimleri oldukça iyi tariflenmiştir ve hastaların önemli bir kısmının yüksek düzeyde artmış psikolojik stres altında olduğu gösterilmiştir. Özellikle distal rektum tümörlerinde uygulanan ameliyatlardan sonra (low anterior rezeksiyon, abdominoperineal rezeksiyon) hastalar kalıcı ya da geçici olarak açılan stoma başta olmak üzere hastalığa veya ameliyata bağlı diğer sebepler sonucu, ruh halinde değişme, bilişsel bozukluk, seksüel disfonksiyon gibi iyatrojenik yan etkilere maruz kalmakta ve daha kötü yaşam kalitesine sahip olmaktadır. Durum partnerleri açısından da ele alınmalıdır. Günümüzde hastanede tedavi gören kanserli hastaların erken taburcu edilme eğilimi nedeniyle hasta yakınları (eşleri) hastanın bakımı ile birebir uğraşmak zorunda bırakılmaktadır. Kolorektal kanserli hastaların eşleri yoğun bir şekilde kanser tedavisinin yan etkileri ile mücadele eden hastaya yardım etmek, destek sağlamak gibi pek çok istemle yüzyüzedirler.

Hastaların yaşayacakları psikolojik sorunlar, sosyal problemler, seksüel disfonksiyon, inkontinans, duygudurum bozukluğu onların partnerleri ile yaşadıkları özel hayatlarını etkileyerek her ikisinin de yaşam kalitesinde azalmaya yol açabilir. Eşler kanserli partnerlerinin yanı sıra kendi duygusal gerginlik, yorgunluk ve depresyonlarıyla da uğraşmak zorundadırlar. Hastaların yaşam kalitelerini araştıran pek çok çalışma mevcuttur ancak hasta eşlerinin yaşam kalitesiyle ilgili araştırma sınırlıdır (4).

Çalışmamızın amacı: Kolorektal kanser cerrahisinde her ne kadar sfinkterleri koruyarak hastaların yaşam kaliteleri arttırılmaya çalışılsa da bazı hastalarda onkolojik amaçlı kür için abdominoperineal rezeksiyon yapılmak zorunda kalınmaktadır. Oluşturulan kalıcı stomanın hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalar kalıcı stomalı hastaların yeni anatomiye adapte olma, stoma bakımı, normal sosyokültürel aktivitelerine devam edememe, cinsel fonksiyon bozuklukları gibi pek çok problemle karşılaştıklarını ortaya koymuştur. Sonuç olarak kolorektal kanser cerrahisi özellikle de abdominoperineal rezeksiyon hastaların yaşam kalitelerini bozmaktadır. Burdan yola çıkarak yaptığımız çalışmanın hipotezi şudur: Kalıcı stoma ile yaşamak sadece hastaların yaşam kalitelerini değil

eşlerinin de yaşam kalitesini etkileyebilir. Bu çalışmanın amacı kolorektal kanser cerrahisi sonrasında hasta ve hasta eşlerinin prospektif, karşılaştırmalı olarak yaşam kalitesini uluslararası yaşam kalite ölçekleri kullanılarak araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOLOREKTAL KANSERLER

2.1.1. Epidemiyoloji ve İnsidans

Kolorektal kanserler, sıklığı toplumlara göre değişen ve kansere bağlı mortalite ve morbiditenin basta gelen nedenleri arasındadır. Gelişmiş ülkelerde görülme sıklığı, gelişmekte olan ülkelere göre daha fazladır. Erkeklerde prostat ve akciğer kanserleri, kadınlarda ise meme ve akciğer kanserlerinden sonra üçüncü sıklıkta görülmektedir (1,2).

Sağlık Bakanlığının 1998 ve 1999 verilerine göre kolorektal kanserler erkeklerde en sık izlenen dördüncü, kadınlarda en sık izlenen 2. kanser türüdür ve rektum kanseri her iki cinste de kolorektal kanserlerin yarıya yakını oluşturmaktadır (3).

2.1.2. Etyoloji

1. Coğrafya: Hastalığın dünyadaki dağılımı bölgeler arasında farklılıklar gösterir. Kuzey Amerika ve Yeni Zelanda'da sıkken, Afrika ve Orta Amerika'da daha az görülür.
2. Yaş: Kolorektal kanser görülme sıklığı 40 yaşından itibaren artar. ABD'de 93-95 yılları arasında yapılan bir taramada 40 yaşın altındaki hastalarda kolorektal kanser görülme oranı %0.05-0.06 iken aynı oran 40-60 yaş arası %0.6-0.8 ve 60-80 yaş arasında %3-4 olarak bulunmuştur (4).
3. Aile hikayesi ve genetik: Ailede kolorektal kanser bulunması bir diğer risk faktörüdür. Birinci derece bir akrabada kolorektal Ca kanser bulunmasıyla risk 1.7 kat artarken, ikiden fazla kolorektal kanser bulunduğu risk 2.7 kat ve 45 yaş altı akrabalarda kolorektal kanser varlığında 5.3 kat artar.

Kolorektal kanser gelişme riski familyal adenomatöz polipozis (FAP) ve herediter non polipozis kolorektal kanser (HNPCC)'de yüksektir (5).

HNPCC'de kolorektal kanserli hastanın en az üç akrabasında kolorektal vardır ve bu hastaların en az biri 50 yaş altında olup en az biri birinci derece akrabadır ve bu durum en az iki nesilden beri devam etmektedir (Amsterdam Kriterleri).

HNPCC'nin FAP'tan farkı polipler yoktur ya da çok azdır. %20 senkron, %35 metakron tümör vardır.

4. Şişmanlık, yağdan zengin ve posalı yiyeceklerden fakir beslenme bilinen risk faktörleridir (6,7).

5. Kolorektal kanserle ilişkili diğer durumlar:

- Adenomatöz polipler başta olmak üzere, hamartomatöz ve juvenil polipozis sendromlarında da kolorektal kanser riski artar (8,9).
- Kolorektal kanser saptanan hastalarda senkron veya metakron lezyon gelişme riski yüksektir.
- İnflamatuvar barsak hastalıklarında kolorektal kanser insidansı artar
- Meme, over ve uterus kanserlerinde kolorektal kanser gelişme riski iki kat artmıştır.
- Üreterosigmoidostomi ve pelvik radyasyon uygulanması risk faktörleri arasındadır.
- Kolorektal kanserlerin %75'i ise sporadik kanser olgularındandır ve hiçbir risk faktörü yoktur.

Kolorektal kanserlerin çoğu sigmoid kolon ve rektumda yerleşir. Ancak proksimal kolon kanserleri giderek artmaktadır (10-15).

2.1.3. Evreleme

Evrelemede amaç; hastalığın yayılım derecesini saptamak bu şekilde tedavinin planlanması ve prognoz açısından tahminde bulunabilmektir. Bu amaçla en sık kullanılan sistemler TNM ve Dukes sistemleridir.

2.1.3.1. Dukes evrelendirmesi

Evre Yayılım

A : Sadece mukozada

B : Tüm duvar (+), lenf ganglionu (-)

C : Tüm duvar(+), lenf ganglionu (+)

D : Uzak metastaz (+)

2.1.3.2. TNM klinik sınıflaması

T- Primer tümör

Tx : Primer tümör değerlendirilmiyor.

T0 : Primer tümör yok.

Tis : Carcinoma in situ.

T1 : Tümör submukozaya yayılmış.

T2 : Tümör muscularis propria'ya yayılmış.

T3 : Tümör subserozaya veya peritonla kaplı olmayan perikolik veya perirektal dokulara geçmiş.

T4 : Tümör visseral peritonu (seroza) geçmiş ve komşuluk yoluyla diğer organları tutmuş

N- Regional lenf nodülleri

Nx : Regional lenf nodülleri değerlendirilemiyor.

N0 : Regional lenf nodüllerine yayılım yok.

N1 : 1 -3 perirektal veya perikolik lenf nodülünde metastaz var.

N2 : 4 veya daha fazla pararektal veya perikolik lenf nodülünde metastaz var.

N3 : Vasküler yapılar boyunca herhangi bir lenf nodülünde metastaz var.

M- Uzak metastaz

Mx Uzak metastaz varlığı değerlendirilemiyor.

M0 : Uzak metastaz yok.

M1 : Uzak metastaz var.

2.1.4. Tanı

Hikaye, fizik muayene ve tanısal testlerle tanı konulur. Özellikle aile hikayesi, kanama, dışkılama alışkanlığındaki değişiklikler ve kilo kaybı sorgulanmalıdır.

Kolorektal kanserlerde semptom ve bulgular tümörün lokalizasyonu, makroskopik yapısı, tümörün yayılım derecesi ve kanama, perforasyon ve tıkanma gibi komplikasyonların oluşumuna göre değişir (16).

Sağ kolon kanserlerinde karın ağrısı, dispeptik yakınmalar, halsizlik ve karın sağ alt kadranda palpabl kitle en sık görülen yakınmalardır. Gözle görülür kanama nadiren görülür. Sağ kolonun çapının sol kolonun yaklaşık iki katından fazla olması, bu bölümdeki dışkının daha sıvı olması ve bu bölgenin tümörlerinin daha çok ülseröz ve vejetan tipte olması nedeniyle sağ kolon kanserlerinde tıkanma nadiren görülür. Bu nedenle tümör belli bir çapa ulaşmadan tanı genellikle konulamaz.

Kolorektal kanserlerde hastanın yakınmalarının başlangıcı ile definitif tedavi arasındaki süre ortalama 7-9 aydır (17, 18, 19).

Sol kolon kanserlerinde bu bölgede kolon çapının daha dar olması, dışkının daha kıvamlı olması ve bu bölümde yerleşen tümörlerin daha çok daraltıcı tipte olması nedeniyle temel yakınmalar dışkılama ile ilgili değişikliklerdir. Dışkılama güçlüğü,

dışkı çapında incelme, kabızlık veya kabızlık sürecini takip eden ishal, distansiyon, kolik tarzda ağrılar ve dışkıya bulaşmış rektal kanama en sık görülen şikayetlerdir. Kanama sık olmakla birlikte nadiren masiftir. Kısmi ya da tam obstrüksiyon gelişebilir.

Rektum kanserlerinde ana semptom rektal kanamadır. Kanama dışkıyla karışık dışkının üzerine sürülmüş veya dışkı öncesinde olabilir. Sık görülen diğer bulgular kabızlık, karın ağrısıdır. Bazen de komplikasyonlar hastalığın ilk bulgularını oluşturur: Perforasyon, ileus ve fistül oluşumu.

2.1.4.1. Fizik muayene

Hastalığın lokal yayılım derecesi ve varsa uzak yayılım bulguları araştırılmalıdır. Karın muayenesinde ve rektal tuşede kitle varlığı araştırılmalıdır.

Ayrıntılı anorektal muayene yapılmalıdır. İnspeksiyonda abse, sinüs, condylom, eksternal hemoroid, dermatit ve cilt lezyonlarının varlığı araştırılmalıdır.

2.1.4.2. İnceleme yöntemleri

En sık başvuru yöntemler kolon grafisi, sigmoidoskopi, kolonoskopi, transrektal ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi (CT)'dir.

Kolon grafileri kolorektal kanserlerde tanısında son derece önemli bilgiler verir. Ancak yalnız başına tarama için kullanılmamalıdır.

CT ile primer tümör saptanabilir ve primer tümör ile tümörün duvardaki yayılımı gösterilebilir. Ancak tanı amaçlı ilk kullanılacak yöntem CT olmamalıdır.

Transrektal ultrasonografi preoperatif evrelemede kullanılan bir diğer yöntemdir.

Sigmoidoskopi: Kolorektal kanserlerin yaklaşık 2/3'ü 60 cm'lik sigmoidoskop ile ulaşılabilir bölgededir. Kolonun distal bölümlerinden kaynaklandığı düşünülen patolojilerin saptanmasında ve özellikle asemptomatik hastalarda tarama amacıyla kullanılabilir. Gizli veya belirgin kanama varlığında kolonoskopi tercih edilmelidir.

Kolonoskopi kaynağı bulunamayan kanamalarda, kolon grafisinde anormal bulgular saptandığında, sigmoidoskopide polip saptandığında, inflamatuvar barsak hastalıklarında ve daha önceden polip veya kolorektal kanseri bulunan hastalarda tanı amaçlı olarak yapılabilir. Bunun yanı sıra; kolonoskopi tedavi amacıyla polipektomide, kanama kontrolünde, yabancı cisimlerin çıkarılmasında, psödoobstrüksiyonun dekompresyonunda, sigmoid volvulusta detorsiyonda, striktürlerin dilatasyonunda, tümörlerin fulgurasyonunda kullanılabilir.

Günümüzde rektal kanamalarda artan bir oranda kolonoskopi tercih edilmektedir.

Kolonoskopi tamamlanırsa kolon grafisine gerek yoktur. Önceden hastaya kolon grafisi çekilmiş olsa bile kolon grafisiyle 5 mm'den küçük poliplerin (Diminitif polip) %20'sinin gözden kaçırılacağı düşünüldükçe kolonoskopi yapılmalıdır (18).

Polipektomi sonrası polipin bir bölümünde kanser saptanan hastalarda, polip saplıysa, tümör iyi veya orta diferansiye ise, venöz veya lenfatik invazyon yoksa, rezeksiyon sınırları negatifse, kanser muskularis mukozada sınırlı ve polipin baş veya boynunda ise polipektomi yeterlidir. Aksi durumlarda hastalar ameliyat edilerek rezeksiyon yapılır.

Laboratuvar: Laboratuvar testlerinin hiçbirisi kolorektal kanserlere spesifik değildir. Gaytada gizli kan tanı ve tarama amaçlı kullanılabilir. Karsinoembriyonik antijen (CEA) kolorektal kanser hastalarının yanı sıra mide, pankreas, meme, akciğer, prostat, over, safra yolları ve uterus gibi çeşitli organların benign ve malign durumlarında artabilir. Bu nedenle erken tanıdan daha çok takipte kullanılmalıdır (20).

2.1.5. Tarama

Herkesin üzerinde anlaştığı bir tarama programı yoktur, hastalar risk faktörlerine göre sınıflandırılır (18).

Düşük riskli hastalar: 50 yaşından başlanarak aşağıda belirtilen şekilde tarama yapılabilir;

1. Yıllık gaytada gizli kan tahlili: Hasta arka arkaya yaptığı üç dışkılamanın her birinden ikişer örnek verir. Eğer herhangi biri pozitif bulunursa kolonoskopi ya da kolon grafisi ile birlikte sigmoidoskopi yapılır.
2. Her 5 yılda bir sigmoidoskopi
3. Her 5 yılda bir sigmoidoskopi ve yıllık gizli kan
4. 10 yılda bir kolon grafisi (tercihen sigmoidoskopi ile birlikte)
5. Her 10 yılda bir kolonoskopi

Yüksek riskli hastalar:

- a. Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser bulunanlar, risksiz hastalar gibi takip edilir, ancak takip 40 yaşında başlar.
- b. Daha önce adenomatöz polip nedeniyle polipektomi yapılan hastalara 3 yıl sonra kolonoskopi yapılır. Normalse hasta 5 yıl sonra kontrole çağrılır.
- c. FAP ailesindeki bireylerde FAP geni varlığı genetik testlerle araştırılır.
18 yaşından itibaren her yıl fleksible sigmoidoskopi yapılır.
- d. HNPCC'de kesinleşmiş bir takip protokolü yoktur. Ya 18 yaşından başlanarak 1-2 yıl arayla kolonoskopiler yapılır. 40 yaşından sonra ise yılda bir kolonoskopi yapılır. Ya da en genç aile kolorektal kanserden 5 yıl önce takibe başlanır.
- e. İnflamatuvar barsak hastalıklarında pankolit varsa hastalığın başlangıcından 8 yıl sonra kolonoskopi yapılır. Hastalık sadece sol kolonu tutuyorsa başlangıçtan 15 yıl sonra kolonoskopi yapılır.

2.1.6. Tedavi

Rektum kanserli hastalarda prognozu belirleyen en önemli faktör cerrahi tedavidir.

Günümüzün standart tedavi yöntemi total mezorektal eksizyon (TME)'dur. TME öncesi yapılan künt diseksiyonda, mezorektal dokunun tam olarak çıkartılamaması ya da yırtılmasına bağlı %40'lara ulaşan lokal nüks oranları mevcuttur (21-24).

Total mezorektal eksizyon, rektumun damar ve lenfatiklerini içeren yapının bir bütün olarak çıkarılmasıdır. Bu tekniğin temel dayanağı, mezorektumun hastalığın son dönemine kadar tümör yayılımına karşı koruyucu kılıf oluşturan bir yapı olmasıdır (25,26).

2.1.6.1. Kolorektal karsinomlarda cerrahi tedavi

Kolorektal kanserlerde cerrahi tedavinin ana hedefi, kanserli kolon kesimi ile birlikte onun lenfatik drenajını içeren mezo ve kanser ile tutulmuş civar organ ve yapılarını çıkartılması esasına dayanır. Kolonun lenfatik sistemi o kesimi besleyen arterlere eşlik ettiği için çıkartılacak segmentin boyutları onu besleyen damarlara göre ayarlanır (27). Radikal Cerrahi tedavide; ana damarların bağlanması, tümörsüz rezeksiyon sınırları oluşturmak ve tümörün invaze ettiği çevre doku ve organları çıkarmayı hedeflenir.

Bugün için tümörden distal ve proksimalde 2 cm'lik sağlam kısım çıkarılması yeterli kabul edilmektedir (28).

Palyatif işlemler ise, sınırlı rezeksiyon, by-pass veya rezeksiyonsuz kalıcı stomadır.

Ameliyat sırasında karaciğer, periton gibi uzak metastazlar olsa da, obstrüksiyon ve kanama komplikasyonlarını önlemek için, mümkünse primer tümör çıkarılmalıdır.

Sağ hemikolektomi: Sağ kolon (çekum, çıkan kolon, hepatik fleksura ve transvers kolonun sağ tarafı) tümörlerinde uygulanır ve böylece 10-15 cm ileum ansı ile birlikte transvers kolonun ortasına kadar olan ileum, çekum, çıkan kolon, sağ

fleksura ve transvers kolonun yarısı çıkarılıp ileotransversostomi (uç-uca, uç-yan, yan-yana) manuel veya stapler ile yapılır. Birçok cerrah ileokolik, sağ kolik ve orta kolik arterin sağ dalını ameliyata ve diseksiyona başlamadan bağlar. Standart sağ hemikolektomi yerine orta kolik arter a.mezenterika süperiordan çıkış yerinden bağlanırsa genişletilmiş sağ hemikolektomi yapılmış olur ve böylece daha geniş olarak transvers kolon çıkarılır.

Sol hemikolektomi: Sol kolon (transvers kolonun sol tarafı, splenik fleksura, inen kolon, sigmoid kolonun proksimali) tümörlerinde uygulanır ve sol kolonun tamamen çıkarılmasını takiben kolokolostomi yapılır. Genişletilmiş veya radikal sol hemikolektomi ise inferior mezenterik arterin aorttan çıktığı yerden bağlanması sonucu, distal transvers kolon, inen kolon, sigmoid kolon ve üst rektumun rezeksiyonudur.

Transvers kolektomi: Sağ fleksuraya yakın tümörler sağ hemikolektomi, sol fleksuraya yakın tümörler sol hemikolektomi ile tedavi edilir. Transvers kolonun orta kısmındaki tümörler ise transvers kolektomi veya genişletilmiş sağ veya sol hemikolektomilerle tedavi edilir. Transvers kolektomide orta kolik arter bölgesi çıkarılır.

Sigmoid kolon ve proksimal rektum tümörlerinde; İnen kolon sigmoid kolon ve proksimal rektum rezeke edilir ve transvers kolon sol tarafı ile proksimal rektum distali anastomoz edilir (29).

Rektum kanserinde cerrahi tedavi: Cerrahi rezeksiyon tüm rektum kanserli hastalarda ana tedavi yöntemidir. Cerrahi tedavinin esasını tümör ve tutulmuş lenf nodlarının operasyon ile çıkarılması oluşturur. Yirminci yüzyılın erken dönemlerinde rektum kanserlerinin başarılı olarak tedavi edilmesinde Miles tarafından geliştirilen ve ilk olarak 1908'de Lancet'te yayınlanan abdominoperineal rezeksiyon ve kalıcı kolostomi kullanılmıştır. APR halen distal cerrahi sınırı yeterli olmayan hastaların tedavisinde tercih edilmektedir.

Abdominoperineal Rezeksiyon (Miles ameliyatı, APR): APR genellikle alt sınırı ile linea dentata arasında 4 cm'den az mesafe olan kanserlerde uygulanmaktadır.

Ameliyatta sigmoid kolon ve mezosu, rektum ve mezorektumu, levator ani kasının önemli bir bölümü ve anal sfinkterler, anüs, anal kanal ve çevredeki deri ve deri altı dokusu lenfatikleriyle birlikte bütün halinde çıkarılır. İnen kolon sol iliak bölgeye kalıcı kolostomi şeklinde ağızlaştırılır. Anastomozu olanaksız kılacak dar pelvis, şişmanlık, anal sfinkter yetersizliği, tümörün doğrudan sfinkterleri tutması, kötü diferansiye büyük tümörler gibi durumlarda APR ideal tedavidir. Ameliyat sırasında rektumu tümüyle serbestleştirilmesini takiben, tümörün alt sınırı çoğunlukla yukarı doğru yer değiştirmekte ve başlangıçta APR planlanan olgularda sfinkterleri korumak mümkün olabilir.

Tek başına cerrahi ile 5 yıllık sağkalım %40-50'dir. Hastalığın evresine bağlı olarak lokal nüks yaygındır ve Dukes sınıflamasına göre evre B'de %25, evre C'de %50 oranında görülür. Özellikle başlangıç bölgesinde tekrarlamalar yaygındır. Lokal nüksün tedavi edilmesi güçtür, yaşam kalitesini bozmakta ve morbiditeyi artırmaktadır (30,31).

Postoperatif morbidite APR'de anterior rezeksiyondan yüksek olarak bildirilmektedir (%51,7'ye karşılık %23,6) (32).

Tümör nüksünün yüksek olmasında tümörün lokalizasyonu da önemli rol oynar. 1/3 alt rektum yerleşimli tümörlerde lokal nüks %26 iken, üst rektum yerleşimli tümörlerde %14'dür.

Radikal rezeksiyonda, özellikle APR'da morbidite ve mortalite önemli oranda yüksektir ve bir derlemede mortalite %0-6,3 oranında verilmiştir (33).

Üriner komplikasyonlar; mesanede fonksiyon bozukluğu ve özellikle erkeklerde seksüel disfonksiyonlar, APR uygulanması ile belirgin ilişki gösterir. Ayrıca diğer sfinkter fonksiyonlarını koruyucu operasyonlarda da görülebilen, perineal tabana ait komplikasyonlar, sepsis, stomal komplikasyonlar da görülebilir.

Tüm bu nedenlerden dolayı sfinkter fonksiyonlarını koruyucu operasyonlar gündeme gelmiştir ve son iki dekattır yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu operasyonlar ilk olarak 1938 yılında yapılmaya başlanmıştır, ancak bu operasyon tiplerini cerrahların

kabul etmesi ve adapte olmaları yavaş olmuştur. Halen rektal kanser cerrahisi yapmayan hekimler tarafından, digital muayenede kullanılan parmak mesafesi içindeki tüm tümörlerde APR yaygın olarak uygulanmaktadır.

Orta veya üst rektum yerleşimli kanseri olan hastalarda sfinkter koruyucu operasyonlar güvenle uygulanabilir. Hasta seçiminde tümörün anal verge'den uzaklığı, hareketliliği, alt rektumla olan mesafe ve tümör evresi ölçü olarak kullanılabilir. Ancak, komşu organ tutulumu, primer tümör kitlesinin fazla olması veya penetrasyon derinliğinin fazla olması operasyonu güçleştirmekle beraber kontrendikasyon değildir (34).

1974'de Stearns orta rektum yerleşimli kanser hastalarında uygulanan APR ve sfinkter koruyucu operasyon sonuçlarını geniş hasta serilerinde karşılaştırmış ve lokal kontrol ve kür elde edilmesi açısından fark bulmamıştır (35).

272 hastayı kapsayan benzer bir çalışma 1988-1998 yılları arasında yapılmıştır. Tüm grupta lokal nüks oranı %12,7 bulunurken, anterior rezeksiyon yapılanlarla APR yapılanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (36).

Anterior Rezeksiyon (Mayo ameliyatı - Dixon ameliyatı): Rektosigmoid köşede ve rektumun proksimal 1/3 üst bölümde yerleşmiş tümörlerde uygulanır. Anterior rezeksiyonda distal diseksiyonun, barsak duvarında tümörün alt sınırının 2-3 cm ötesine, mezorektumda ise 5 cm altına kadar sürdürülmesi yeterli olur. Anastomoz peritonu açmadan batın içinde kalarak yapılabilir (35).

Low Anterior Rezeksiyon: Rektumun 1/3 orta ve alt sınırı linea dentata arasında 4 cm den daha fazla mesafe olan hastalara yapılır. Sigmoid kolon ve mezosu, tümörün 2 cm altına inilecek şekilde rektum ve tüm mezorektum çıkartılır. Anastomoz gerginliğini azaltmak amacıyla splenik fleksura ve transvers kolonun sol yarısı serbestleştirilir. Kolorektal anastomoz stepler ile yapıldıysa, çıkarılan halkalar kontrol edilir. Bu halkaların barsak duvarının tüm katlarını içermesi anastomoz güvenliği açısından ideal bir sonuçtur.

Anastomozda gerginlik, kolon ucunun beslenmesinden emin olamama, anal kanala çok yakın distal anastomoz gibi durumlarda, saptırıcı kolostomi veya ileostomiden yararlanılabilir.

Standart LAR'da genellikle intrapelvik anastomoz yapılır ve anastomoz bölgesi pelvisin tabanında sakral eğim içinde bulunmaktadır, distal rektum yerinde durmaktadır. Koloanal anastomozda ise pelvisin dışında anastomoz yapılmaktadır ve anastomoz bölgesi anal kanalın tepesinde veya anal kanalın dentat çizgi seviyesindedir, distal rektum rezeke edilmiştir.

Bu operasyonlardan LAR'da distalde kalan 4-5 cm'lik rektum güvenli rekonstrüksiyon yapılmasında yardımcı olmaktadır (34).

Eğer LAR teknik olarak uygulanamazsa bu durumda rekonstrüksiyon için koloanal anastomoz kullanılabilir. LAR+koloanal anastomoz ile standart LAR'un 5 yıllık sağkalım ve lokal kontrol sonuçları eşit bulunmuştur (37).

Sfinkter koruyucu operasyonlarda lokal kontrolün tam sağlanamaması göz ardı edilemez, sadece büyük tümör kitlesinin rezeksiyonu yeterli değildir. Rezidüel pelvik peritoneal yayılım veya pelvik yan duvar tutulumu sfinkter koruyucu operasyonların uygulanmasında kontrendikasyon oluşturmaktadır. Bu durumda neoadjuvan tedavi sonrası cevap alınan hastalarda sfinkter koruyucu operasyon uygulanabilir veya geniş cerrahi operasyonlar salvage olarak kullanılabilir.

LAR uygulanan rektum kanserli hastalarda, APR uygulananlara göre daha hafif ve kısa süreli komplikasyonlar görülmektedir. Bu komplikasyonlar; kanama, enfeksiyon, anastomoz suturelerinden kaçak, adezyona bağlı barsak obstrüksiyonu ve komşu organ hasarı şeklinde sıralanabilir. Anastomoz kaçağı en büyük mortalite nedenidir ve morbiditeyi de önemli oranda arttırmaktadır. Preoperatif dönemde uygulanan radyoterapi, steroidleri de içeren antiinflamatuvar ilaç kullanımı, artrit, steroide bağımlı kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve diğer hastalıklarda yara yeri iyileşmesi gecikmektedir (38).

Son 20 yılda anastomoz kaçakları ameliyat tekniklerindeki gelişmeye bağlı olarak %20'den %8'e düşmüştür. Hatta bazı yayınlarda %3-5 civarında bildirilmektedir. Ancak total mesorektal eksizyon uygulanan çalışmalarda hafif artış saptanmıştır. Bunun nedeni olarak anastomoz hattının, rektal duvarın en ince olduğu anal kanaldan 3-5 cm'lik mesafede lokalize olması düşünülmektedir (39,40).

Ayrıca bu hastalarda sfinkter fonksiyonlarının devamlılığının sağlanması, seksüel ve üriner fonksiyonların korunması için anatomik yapıların korunması gereklidir. Bu fonksiyonların sağlanmasında sempatik ve parasempatik sinirler ve pelvik otonomik sinir plexus anahtar rol oynamaktadır. Son yayınlardan birinde hem kadında, hem de erkek rektum kanserli hastalarda cerrahi öncesine göre kıyaslandığında %85 oranında seksüel ve üriner fonksiyonların korunduğu bildirilmiştir (41).

Tüm bu faktörler lokal kontrolün sağlanması durumunda önemlidir. Çünkü rektum kanserlerinde mortalite ve morbiditenin ana nedeni cerrahiye takiben gelişen lokal nüksdür. Lokal nükslü hastalarda 5 yıllık sağkalımın %5'den az ve medyan sağkalımın 7 ay civarında olduğu bildirilmektedir. Lokal nüks hastanın yaşam kalitesini belirgin olarak bozmakla birlikte, palyasyonu da oldukça güç olmaktadır (42). Bu nedenle lokal kontrolün sağlanmasına yönelik adjuvan tedavilerin cerrahiye eklenmesi önem taşımaktadır. Cerrahiye adjuvan olarak uygulanan radyoterapi ile pelvik nükslerde %33-50 oranında azalma sağlandığı gösterilmiştir (43,44).

2.2. YAŞAM KALİTESİ

2.2.1. Tanım

Kaliteli yaşamın ne olduğu, yıllarca filozofların temel tartışma konusu olmuştur.

Tatarkiewicz mutluluk kavramının günümüzden 2000 yıl önce, ilk zamanlarda yalnızca başarı anlamında, antik ve orta çağda insanın mükemmel durumu ya da en yüksek seviyede erdem ve güzelliklere sahip olması olarak yaygınlaşmaya başlandığını, modern çağda ise, doyum için mutluluğun yeterli olmadığının üzerinde durulduğunu ifade etmiştir (45).

Tatarkiewicz, kavramla ilgili daha önceki düşüncelere değinmeksizin mutluluğun doyumun bir çeşidi olduğunu belirtmiştir. Bu tanım günümüzde ki yaşam kalitesi kavramının tanımını da içermektedir (45).

Yaşam kalitesi kavramı 1960'lı yıllarda A.B.D.'de politik tartışmalardan kaynaklanan ve o yıllardan sonra kullanımı yaygınlaşmaya başlayan oldukça yeni bir kavramdır (46,47).

O dönemde yaşam kalitesi kavramı ilk olarak ekonomi alanında karşımıza çıkmaktadır. Ekonomistler yaşam kalitesini, daha çok (ekonomik) yaşam düzeyi kavramına yakın bir anlamda ele almışlardır. Aynı yıllarda yaşam kalitesi kavramı sosyal bilimlere doğru genişlemeye başlamıştır. Sosyolojik ağırlıklı yaklaşımlarda yaşam kalitesi kavramı yaşam biçimi kavramı ile benzerlik göstermektedir.

1970'li yıllarda psikoloji alanında yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin işlevsel değerlendirilmesi genellikle bireyin yaşam hakkında sahip olduğu doğrudan veya dolaylı algısı üzerine temellenmektedir (48).

Burada ilk defa subjektif iyilik halinin objektif yaşam şartlarının sağlanmasının ötesinde, bu artılardan tatmin duyulup duyulmamasına bağlı olduğu belirtilmektedir (49,50).

Sonuç olarak yaşam kalitesi, objektif durumların ötesinde bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur. Bazı çalışmalarda belirlendiği gibi kişinin objektif yaşam durumu uygun olmasa da subjektif iyilik hali ve yaşam kalitesi doyumunu yüksek olabilmekte ve böylece bu görüş desteklenmektedir (51,52).

Tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile yaşam süresi uzamış dolayısıyla da yaşam kalitesi değişmiştir. Bazen de tek bir uygun tedavi bulunmamakta ancak hastaların hastalıkları ile nasıl başa çıkabilecekleri öğretilerek yaşamlarının kalitesi yükseltilmeye çalışılmaktadır (53,54).

2.2.2. Yaşam Kalitesinin Tarihsel Gelişimi

Yıllarca felsefenin tartışma konusu olan yaşam kalitesi antik ve ortaçağda insanın mükemmellik durumu, en üst düzeyde erdem, en üst düzeyde güzelliklere sahip olma

olarak ele alınmıştır. 1960'lı yıllarda politik kararların alınmasında gündeme gelmiştir.

Bu amaçla kullanılmasının nedeni gelirin, eğitimin, sağlığın ve barınmanın yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olmasıdır. Ekonomistler ise yaşam kalitesini ilk defa Gayrisafi Milli Hasıla'nın hesaplanmasında bir gösterge olarak kullanmışlardır. 1970'li yıllarda psikologlar yaşam doyumu boyutunu gündeme getirmişlerdir. 1970'lerden sonra Tıp alanına, 1980'lerden sonra da Hemşirelik alanına girmiştir (55,56).

2.2.3. Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı Tanımı, Kullanım Alanları

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda kabul edilmiş evrensel bir tanım bulunmamakla birlikte sağlıkla ilgili birçok faktörü içeren geniş bir kavramdır. Bazı araştırmacılar “mutluluk”, bazıları “hastalık ve tedaviye bedensel, ruhsal ve sosyal cevabın öğretici bir ifadesi” olarak tanımlamışlardır.

Tanımlama konusunda fikir birliği olmasa da, araştırmacıların çoğu sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çok boyutlu, öznel ve dinamik bir kavram olduğu konusunda hemfikirdirler (57).

Dünya Sağlık Örgütü'nün kişinin iyilik halini, öznel yaşam kalitesini tanımlama ve ölçebilme çabaları 1980 yılı ortalarında başlamış ve bu çalışmalar sonunda WHOQOL yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmiştir. Ülkemizde de ilk kez 1995 yılında WHOQOL Türkiye grubu konuyla ilgili çalışmalara başlamıştır (58,59,60).

21. yüzyılda ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilen yaşam kalitesi, hastaların tedavilerine karar verme ve klinik çalışmalarda girişimlerin etkinliğinin karşılaştırılması amacıyla kullanılmaktadır (61,62).

Son on yıl içinde sağlık alanında kullanılan değerlendirme ve ölçüm parametrelerinin alanını genişletme açısından gittikçe artan ilgiye paralel olarak, artık klinisyenlerin

yaşam süresini uzatma, hastalığın ilerlemesini yavaşlatma ve major fiziksel semptomları kontrol altına alma gibi geleneksel tedavi başarı göstergelerinin yanı sıra, yeni arayışlar içine girdiklerini, özellikle kronik hastalıklarda tıbbi teknolojinin gelişmesiyle birlikte hastanın fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sağlığına, yani yaşam kalitesine yöneldikleri görülmektedir (63).

Yaşam kalitesi çok geniş bir alanı kapsar ve karmaşık bir şekilde bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, şahsi inançları, sosyal ilişkileri ve çevresindeki olaylardan etkilenir (64).

Calman yaşam kalitesi kavramını kişinin beklentileri ve gerçek deneyimleri arasındaki fark olarak ele almaktadır. Bu tanım “Calman’s gap” ya da “dynamic gap” olarak da bilinmektedir (65).

Böylece algılanan ve arzulanan durum arasındaki denge ayarı, yaşam kalitesi denkleminin özünü oluşturmaktadır (66).

Hastaların yaşam kalitesi doyumunun hastalık sebebi ile olumsuz yönde değişime uğrayıp, kişilerin tepkilerinde değişikliğe yol açıp açmadığını belirlemek amacı ile, Bradburn ile Campbell ve arkadaşları A.B.D nüfusuna ilişkin ilk yaşam kalitesi araştırmasını yaparak, bu konuda ulusal normları belirlemişlerdir (67,68). Bu araştırmacılar aynı zamanda subjektif ölçümleri de (objektif koşulların ve bu koşullara verilen duygusal tepkilerin kognitif değerlendirilmesi) tanımlamışlardır. Kognitif değerlendirme, sosyoekonomik durum ve sağlık gibi yaşamın ana alanlarında elde edilen tatmin çerçevesinde yapılmaktadır.

Yaşama gösterilen duygusal tepki, mevcut olaylara verilen tepkideki pozitif ve negatif duyular arasındaki denge biçiminde ele alınır (67).

Fitzpatric ve arkadaşları yaşam kalitesi boyutlarını birçok yaşam kalitesi ölçeğinden yararlanarak ortaya koymuşlardır (69).

Fiziksel fonksiyon (hareket kabiliyeti, öz bakım vs.), emosyonel fonksiyon (depresyon, anksiyete vs) sosyal fonksiyon (cinsel hayat, sosyal destek, sosyal ilişki

vs)rol performansı, (iş hayatında ve günlük ev işlerinde), ağrı ve yorgunluk, bulantı, hastalığa özgün farklı semptomlar gibi diğer semptomlar.

2.2.4. Yaşam Kalitesi Ölçümlerinin Kullanım Alanları

Yaşam kalitesi ölçümlerinin gün geçtikçe artmakta olan kullanım alanları şöyle sıralanabilir;

Bireysel hasta bakımında oluşabilecek psikososyal problemlerin izlenmesi ve taranmasında,

Bilinen sağlık problemlerine yönelik yürütülen toplum tabanlı çalışmalarda,

Tıbbi değerlendirmelerde,

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesine yönelik araştırmalarda,

Özellikle kronik hastalıklarda hastalığın prognozunun izlenmesi ve tedavi yönteminin belirlenmesinde,

Klinik araştırmalarda,

Maliyet kullanım analizlerinde.

Yaşam kalitesi değerlendirmeleri, ihtiyaçların, uygulanan girişim stratejilerinin, hem sistem hem de bireysel hasta düzeyinde girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesinde faydalıdır.

Bu ölçümler sayesinde sunulan hizmetin yeterliliği ve hizmetin geliştirilmesii ile ilgili geri bildirim elde edilir.

Yıllar boyu yaşam kalitesini konu edinmiş olan bilim dalları konuya kendi disiplinleri açısından yaklaşmışlardır. Sosyoloji yaşam kalitesinin refahla ilişkisine önem verirken, fizyoloji temel olarak kişilerin büyüme ve gelişmelerine olan ilgisine

odaklanmıştır. Tıp ve hemşirelik ise sağlığın, semptomların, hastalıkların ve uygulanan tedavilerin yaşam kalitesi ile olan ilişkisine yönelmiştir (62).

Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: Yaşam kalitesi öznel bir konu olduğu ve gözlenemediği için bunu temsil eden göstergelerle ölçülür. Bu göstergeler;

1. Gözlemsel bilgiler,
2. Kan testleri gibi fizyolojik göstergeler,
3. Alkol bağımlılığı, intihar oranları gibi davranışsal göstergeler,
4. Kendini ifade etme olarak belirlenmektedir.

Yaşam kalitesi değerlendirmelerinde en çok başvurulan yöntem kişinin kendini ifade etmesidir. Bunun nedeni yaşam kalitesi göstergeleri olan duygu ve düşünce gibi öznel konular başkaları tarafından gözlenemez. Zaman zaman gözlenen bulgular da somatik şikayetlere bağlı olabilir (62).

1980'lerden beri yaşam kalitesinin ölçümüyle ilgili çeşitli araçlar geliştirilmiştir. Yanıt tutarlılığı nedeniyle basit araçlara ilgi gösterilmektedir. Ölçümün anlamı, psikometrik özelliği ve skor süreci dikkatle incelendiğinde, bu araçlarla yaşam kalitesinin yeterli değerlendirilmediği gözlenmiştir. Bu nedenle bazı araştırmacılar, yaşam kalitesini değerlendirmek için birkaç boyutu ölçen araçların (global skala ve komponent skala) kullanılması gerektiğini savunmaktadır (70).

Yapılan çalışmaların da etkisiyle, yaşam kalitesi ölçümlerinin özellikle sağlık alanında gün geçtikçe önemi artmıştır. Günümüzde hastaların algılamalarına dayalı olarak, uygulanan tedavi ve bakımdan elde ettiği yararların belirlenmesi sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde başvurulan yöntemlerden biri haline gelmiştir

Yaşam kalitesi ölçeklerini geliştirmede değişik stratejiler izlenmektedir. Göstergeleri belirlemede dikkat edilmesi gereken noktalar şöyle sıralanabilir:

- Sağlıkla ilişkili olmalıdır. Ağrının artmasıyla yaşam kalitesinin azalması gibi.

- Karakteristik özellikler ve günlük duygusal değişiklikler ile düşük düzeyde ilişkili olmalıdır. Kişilik özellikleri ile yüksek düzeyde ilişkili olan göstergeler değişiklikleri tespit etmede duyarsız olabilir.
- İçeriği etik olarak uygun olmalıdır.
- Ölçüm hatası en az düzeyde olmalıdır.
- Yeterli test güvenilirliğine ve iç tutarlılığa sahip olmalıdır.

Önemli farklılıklar belirleyen değişikliklere duyarlı olmalıdır

Yaşam kalitesi ölçümü bir sonuçtur. Bu nedenle sağlıkla ilgili ideal yaşam kalitesi ölçüm aracı, önemli sağlık alanlarının geniş kapsamlı değerlendirilmesini (Örn; Fiziksel fonksiyon, duygusal iyilik) ve bu alanların entegrasyonunu sağlamalıdır (70,71).

2.2.5. Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Günümüzde yaşam kalitesini ölçmek için geçerlilik ve güvenilirlikleri kanıtlanmış, amaçlarına göre; hastalığa özel, özel bir konuya yönelik, genel kapsamlı olarak sınıflandırılacak birçok ölçek kullanılmaktadır.

- 1) Hastalığa özel ölçekler: Belirli bir hastalık ya da sağlık sorunu hakkında hastanın algılamalarını belirleyen ölçeklerdir. Rehabilitasyon programlarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılan Aberdeen Bel Ağrısı Ölçeği, Boyun Ağrısı, Rolls Royce ve Disabilite Ölçeği gibi çok sayıda hastalığa özel ölçek vardır.
- 2) Özel bir konuya yönelik ölçekler: Psikolojik esenlik gibi sağlıkla ilgili özel bir alanda ölçüm yapmak için kullanılırlar. Beck Depresyon Ölçeği gibi.
- 3) Genel kapsamlı ölçekler: Bu ölçekler fiziksel, mental ve sosyal alanları kapsayan ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi hakkında özlü bilgi veren ölçeklerdir. En çok kullanılan ölçekler; Kısa Form-36 (SF-36), Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili'dir (57).

2.2.5.1. Kısa form 36 (short form 36- SF 36)

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla 1992 yılında Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sokulmuştur (69).

Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (72).

Jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Yaşam kalitesini ölçmekte kullanılan en yaygın jenerik ölçektir. Özellikle fiziksel hastalığı olanlarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Sağlık durumunun hem olumlu, hem de olumsuz yönlerini değerlendirebilir ve özürllükte küçük değişimleri saptamada çok duyarlıdır.

Sağlığın sekiz boyutunun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır;

(PF) Fiziksel fonksiyon; 10 madde

(SF) Sosyal fonksiyon; 2 madde

(RP) Fiziksel ve (RE) emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlamaları; 4+3 madde

(MH) Mental sağlık; 5 madde

(VT) Vitalite (enerji); 4 madde

(BP) Ağrı; 2 madde

(GH) Genel olarak sağlık; 5 madde

Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu gösterir.

Toplam puan yoktur, 8 alt boyutun puanları hesaplanmaktadır. Ware ve Sherbourne tarafından 1992'de geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır (72,73).

Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir.

Kısa ve anlaşılır olduğundan uygulanması kolaydır.

2.2.5.2. WHO-DAS (World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II) Özürlülük Değerlendirme Anketi

Bu anket WHO'nun değerlendirme, sınıflandırma ve epidemiyoloji grubu tarafından geliştirilen, 36 parçalık ve sağlıkla ilişkili altı alana yöneliktir. Bu alanlar; anlama ve iletişim kurma, kendine bakım, hareket etme diğer insanlarla iletişim kurma, yaşam aktiviteleri, sosyal aktiviteler.

2.3. KOLOREKTAL KANSER VE CERRAHİSİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

2.3.1. Yaşam Kalitesine Olan Genel Etkileri

Yaşam kalitesi, genellikle bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumunu olarak tanımlanıyor olsa da, kimi araştırmacılar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal ve manevi yönden tam bir iyilik halini içeren sağlığı, yaşam kalitesi kavramı olarak tanımlamaktadır. Kolorektal kanser hastalarında, söz konusu bu yaşam alanları olumsuz yönde etkilenmektedir. Mesela; kolorektal cerrahi, radyoterapi, kalıcı ya da geçici olarak stoma açılması, kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan bulantı, kusma, uykusuzluk, yorgunluk ve yoğun korku, bireyin fiziksel ve psikososyal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bununla beraber, aile ve iş yaşamı ile ilgili sorunlar ve gelecekteki yaşama yönelik belirsizlikler de bireyin sosyal ve manevi sağlığını bozmaktadır. Bu tip kronik stres faktörleriyle sürekli yüz yüze gelmek zorunda kalan hastalar, bir süre sonra sorunlarla baş etmede kullandıkları destek sistemlerinin yetersiz olduğunu fark ederek ümitsizlik, korku ve çaresizlik yaşamaktadır (74,75).

Kolorektal kanserlerli hastalarda gerek hastalığın kendisi -kanser tanısı – gerekse tedavisinde yer alan cerrahi(kolon rektum rezeksiyonu geçici ya da kalıcı stoma açılması), radyoterapi ve kemoterapi gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Tüm bu faktörler sadece hastanın değil ortak bir hayatı paylaştığı eşinin de yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

2.3.2. Stoma ve Yaşam Kalitesi

Abdominal stoma açılmasını gerektiren en yaygın sorun kolorektal kanserlerdir. Kolorektal kanserler, tüm kanserler arasında sıklık açısından dördüncü, kanserden ölüm nedenleri arasında ise ikinci sırada yer almaktadır. ABD Ulusal Kanser Enstitüsü verilerine göre 2002 yılında bu ülkede 140.300 yeni kolorektal kanseri olgusu ve 56.600 hastalığa bağlı ölüm vakası bildirilmiştir. Yurdumuzda güvenilir istatistiksel çalışmalar olmamasına karşın kolon kanserinin batı ülkelerine göre daha az görüldüğü düşünülmektedir. Ancak son yıllarda ülkemizde de kolon kanseri vakalarının arttığı yönünde görüşler vardır. Yurdumuzda kolon kanserinin klinik özellikleri ile ilgili 9 cerrahi merkezlerde yapılan birçok çalışmada 1990'lardan itibaren kolon kanserinde yaş ortalamasının 60 yaşından 50 yaşa düştüğü, hatta 40 yaşın altındaki vakaların giderek arttığı bildirilmektedir (76).

Dünyada her yıl yaklaşık 100.000 bireye stoma açıldığı, İngiltere'de 100.000 den fazla, kuzey Amerika'da ortalama 1. 5 milyon stomalı hastanın bulunduğu ve her yıl yaklaşık 120.000 hastanın stoma deneyimlediği bildirilmektedir. Ülkemizde stoma vakaları için kesin bir sayı verilememekle birlikte diğer ülkelere oranla düşük olduğu tahmin edilmektedir.

Cerrahi girişim ile karın duvarında oluşturulan stoma, bireyin yaşam tarzı ve yaşam kalitesini kaçınılmaz olarak değiştirmektedir (77,78).

Endikasyon ne olursa olsun, ostomi açılması bireyin fizyolojik, sosyal ve psikolojik açıdan çeşitli sorunlar yaşamasına yol açar. Szczepkowski (79) ve ark. yaptıkları bir çalışmada hastaların yaşadıkları psikolojik sorunlar arasında; beden algısının

değişmesi, benlik saygısının azalması, cinsel işlevlerde bozulma, eş uyumunda sorunların ortaya çıkması ve başta depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozukluklar yer almıştır. Karadağ ve arkadaşları (80) yaptıkları bir çalışmada hastanın, ostomisinin sızıntı ve kokuya neden olacağı korkusuyla insanlardan uzak durup, içe kapanıp, yalnız kalmak isteyebileceğini, zamanla, sosyal olarak kendini güvende hissedememe ve güven eksikliğinin tam bir sosyal yalıtım ile sonuçlanabileceğini göstermişlerdir.

Blumenfield ve Tiamson ostomi hastalarında ortaya çıkan tepkilerin beden bütünlüğünün bozulduğu amputasyon gibi durumlarda gelişebilecek tepkilerle benzerlik gösterdiğini ileri sürmüşlerdir (81).

2.3.2.1. Fiziksel sorunlar

Stomalı hastaların yaşam kalitesini etkileyen en önemli fiziksel sorunlar; koku, gaz, dışkı sızıntı ve deri irritasyonlarıdır. Bu sorunların yanında ishal, kabızlık, beslenme sorunları, ağrı, kanserli hastalarda kemoterapi ve radyasyon tedavisinin yan etkilerine bağlı bulantı, kusma, yorgunluk, kilo kaybı, tümör invazyonu ve radyasyon hasarına bağlı obstrüksiyon gibi sorunlarda stomalı hastalar tarafından yaşanan diğer sorunlardır (82,83,84).

Koku ve gaz: Stomalı hastalar hoş olmayan koku çıkarma ve bu kokunun çevredeki kişiler tarafından duyulacağı endişesi taşırlar. Gaz çıkışının kendi kontrolleri dışında olması utanma duygusuna yol açarken, yapılan araştırma sonuçları gazın sesi ve kokusunun sosyal izolasyona neden olduğunu göstermektedir (85).

Kokuyu önlemek için hastaya koku geçirmeyen ve filtreli bakım ürünleri kullanması, torbanın sızdırmazlığının korunması, koku ve gaz oluşumunu arttıran yiyeceklerden ve içeceklerden kaçınılması önerilmektedir. Gaz oluşumunu önlemek için, boş barsağın gaz üretimini artırması nedeniyle öğünlerin atlanmaması, öğünlerde aşırı yenilmemesi, sık, sık ve az yenilmesi, yiyeceklerin iyi çiğnenmesi, yavaş ve ağız kapatarak çiğnenmesi önerilmektedir (86,87).

Sızıntı: Dışkı sızıntısı deri problemlerine ve kokuya sebep olmasından dolayı önemli yaşam kalitesi sorunlarından birisidir. Dışkı sızıntısının en çok görülen problemlerden olduğu yapılan araştırmalarda da belirtilmektedir (82,84).

Deri İrritasyonu: Stomalı hastaların yaklaşık dörtte üçünde deri sorunları görüldüğü belirtilmektedir. Sindirim enzimlerinin yakıcı etkisi nedeniyle ileostomili hastalarda, kolostomili hastalara göre daha fazla deri irritasyonları görülmektedir. Stoma çevresinde kızarıklık, nemlilik, deri yüzeyinin sıyrılması, döküntü ve renk değişikliği gibi bulgularla seyretmektedir (88).

Deri sorunlarına stoma yerinin uygun seçilmemesi, yanlış stoma tekniği, kişide psoriasis gibi deri hastalıklarının olması, stoma torbasının uygun yerleştirilmemesi nedeniyle cilde sızıntının olması yol açmaktadır. Ayrıca kontakt dermatit alerjik reaksiyona ya da irritasyona neden olabilmektedir. Derinin irritasyonunun önlemek için stoma yerinin iyi seçilmesi, stoma tekniğinin uygun olması, doğru torba sisteminin seçilmesi (ostomi tipi, ölçüsü ve şekline uygun), deri bariyerlerinin kullanılması, stomadan sızıntısının önlenmesi önerilmektedir. Sağlık bakım uzmanlarının hastalara stoma bakımı ve stoma ürünleri hakkında bilgi vermelerinin deri ile ilgili problemleri engelleyecektir (89,90).

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

2.3.2.2. Psikolojik sorunlar

Beden imajının bozulması

Cerrahi olarak geçici ya da kalıcı stoma oluşturulmasının beden şeklini bozan bir uygulamadır ve bu yüzden hasta tarafından kabul edilmesi zordur. Bir insanın yaşı, hastalığı veya cinsel tercihi ne olursa olsun stoma ameliyatı, toplumun güzellik, vücut, cinsellik, temizlik ve kendi kendini kontrol üzerine koyduğu değeri

zedelemekte ve kişi en azından geçici olarak değişen kişisel kavram ve beden imajı deneyimi yaşamaktadır. Offman (1995) stoma ameliyatının psikolojik etkilerinin fiziksel veya farmakolojik etkilerinden daha büyük olduğunu söylemektedir (91-95). Görünüş ve ani fonksiyon değişikliği stomalı bireylerde beden imajı, cinsel yaşam ve öz güven konusunda baş edilmesi zor sorunlara yol açmaktadır. Ameliyat sonrası dönemde hastalar stoma ile baş etme savaşı verirken güven, bağımsızlık ve onurun kaybolması nedeniyle baş etme mekanizmaları aşırı yüklenir. Hastalarda beden imajının bozulması, öz saygı ve özgüvenin azalması, takıntı, yadsıma ve hayali rektum gibi psikolojik bozukluklar görölmektedir. Bu dönemde hasta öfke, anksiyete, depresyon, kendini toplumdan soyutlama gibi tepkiler vermektedir. Stomalı kişilerin vücutlarında olan değişikliği kabullenmediği, stomalarını görmek istemedikleri, aynaya bakamadıkları, kendilerini normal bir kişi olarak kabul etmediklerini ve artık normal bir yaşam sürdüremeyeceklerini düşündükleri literatürde belirtilmektedir (96).

Thomas ve arkadaşlarının ostominin psikolojik etkilerini araştırdıkları bir çalışmada hastaların %22'sinde orta ve şiddetli düzeyde psikiyatrik bulgu saptanmış ve riski artıran faktörler arasında psikiyatrik hastalık öyküsü, ameliyat sonrası fiziksel belirti ve komplikasyonlar, yetersiz danışmanlık ve anksiyete gösterilmiştir (97).

Bir başka çalışmada Thomas ve ark. ise ostomi ameliyatından üç ay sonra erkek hastaların %17'sinde, kadın hastaların %19'unda orta-ileri düzeyde psikiyatrik bozukluk bildirilmiştir (98).

Ostomi, beden imgesinin değişmesine neden olarak, kişinin kendisini normal birisi olarak kabul etmemesine, işe yaramadığını, artık normal bir yaşam sürdüremeyeceğini düşünmesine ve yetersizlik duygusuna yol açabilir.

Yapılan bir çalışmada beden görünümünde değişimin algılanma düzeyinin ostomili yaşama uyumda önemli bir belirleyici olduğu bildirilmiş ve başarılı bir uyum için hastanın yeni fiziksel özelliklerini sağlıklı bir beden algısı ile bütünleştirebilmesine destek olabilecek psikolojik yardım almasının ve kendi başına bakım için yeterli bilgi ile donatılmış olmasının gerekliliği vurgulanmıştır (99).

Szczepkowski tarafından yapılan bir çalışmada ostomi hastalarında düşük benlik saygısı ve beden görünümünde tercih edilmeyen değişimler nedeniyle yaşanan depresyon, yalnızlık ve keder hissinin daha sıklıkla genç ve kadın hastalarda görüldüğü bildirilmiştir (79).

2.3.2.3. Cinsel sorunlar

Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre cinsellik, 'cinsel varoluşun bedensel, duygusal, entelektüel ve sosyal öğelerinin kişilik, iletişim ve sevgiyi kuvvetlendirecek şekilde bir araya gelmesidir'. Cinsellik insanın yaşamı boyunca tüm varlığının bir parçasıdır ve biyolojik, psikolojik ve sosyal öğeleri vardır. Biyolojik öğeler üreme organlarını ve fiziksel görünümü, psikolojik öğeler vücut imajı, öz güven, benlik saygısını ve sosyal öğeler ise cinsiyet rollerini, kültürel beklentileri, kişileri bilinen kalıplara yerleştirmeyi kapsar. Literatürde cinsellik ve cinsel sağlığın yaşam kalitesinin önemli bir göstergesi olduğu ve birçok fizyolojik ve psikolojik faktörün cinsel sağlığı bozabileceği belirtilmektedir (100-102).

Stoma ameliyatı geçirmiş olan hastaların beden imajı, fonksiyonu ve aktivitesi ile ilgili endişeleri, cinsel fonksiyonu etkilemektedir. Cinsellik ve cinsel fonksiyon Black (1994) tarafından stoma bakımının 'gizli' problemlerinden biri olarak isimlendirilmiştir. Abdominal stoma ameliyatlarında, rektum kanserlerinde uygulanan abdominoperineal rezeksiyon girişiminin parasempatik sinir hasarına bağlı erkekler impotans, ereksiyon ve ejakülasyon problemleri, kadınlar ise pelvisteki skar dokusu nedeniyle cinsel ilişkide ağrı, vaginal sekresyonların azalması gibi problemler yaşanmaktadır. Ayrıca stomalı hastalarda cinsel aktivite sıklığında azalma ve kesilme, cinsel istekte ve zevk almada azalma gibi sorunlar saptanmıştır (103-105).

Kısa dönemde stomalı hastalar, diğer ameliyat hastalarında olduğu gibi anestezi, ameliyat sonrası ağrı, kanserin yayılması gibi korkular yaşarlar. Abdominoperineal rezeksiyon (APR) geçiren stomalı kişilerin iki tane uzun dönem endişeleri vardır; çok değerli organlarını veya onların normal fonksiyonlarının kaybedilmesi ve bir vücut

deliğinin yok edilmesi veya yerinin değiştirilmesi. Her ikisi de vücut imajını şiddetle ve olumsuz olarak etkilemektedir. Öz güven olumsuz vücut imajından etkilenir. Stomalı bir kişi cinsel olarak daha önceki gibi performans gösterme yeteneklerini kaybedince de özgüvenleri zedelenir. Bir kısır döngü içinde performans konuları özgüvende daha da azalmaya yol açar. Öz güveni düşük hastaların eşleri/partnerleri, arkadaşları ve aileleri tarafından terk edilmek, cinsel olarak çekici bulunmamak gibi korkuları vardır. Normal cinsel aktiviteyi yapamamak veya başlamaktan korkmak, doğurganlığın ve libidonun kaybedilmesi stomalı hastalarda üzüntü, reddediş, kızgınlık, suçluluk hisleri yaratabilmektedir. Mevcut makale ve yayınlar, stomalı erkeklerin ve kadınların stoma ve torbanın görünüşü, dışkı sızıntısı, koku, ses, cinsel ilişki sırasında torbanın açılması, eşleri tarafından reddedilmekle ilgili ortak korkular yaşadıklarını yazmaktadır (106-109).

Yaşam kalitesinin diğer alanları ile kıyaslandığında, erkek hastaların cinsel fonksiyonları ile ilgili çalışmalara daha çok ağırlık verildiği görülmektedir. Yapılan araştırmalara göre, Wabrek, Wabrek, ve Burchell rektum kanseri nedeniyle APR ameliyatı yapılan erkeklerde %53-100 arasında ereksiyon fonksiyon bozukluğu olduğunu saptamıştır (107).

Sprangers ve arkadaşları stomalı erkek hastaların %66-100 gibi geniş bir aralıkta impotans, ereksiyon ve ejakülasyon problemleri olduğunu belirtmektedirler (111).

Follick, Smith ve Turk'ün araştırmalarında ostomililerin %34'ü cinsel tatminde, %78'i ise cinsel aktivitede azalma olduğunu belirtmişlerdir (112).

Cinsel problem yaşayan kadın oranı %5-30 olarak bulunmuştur (113).

Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing tarafından yapılan bir çalışmada ostomili hastaların çoğunun cinsellikle ilgili konular hakkında endişelere sahip olduğu gösterilmiştir (114).

Vücut görünümündeki değişim, ostomi aparatlarının cinsel ilişkiye müdahalesi ve düşük hijyen hissi bu duruma katkıda bulunuyor olabilir.

Çavdar (1999) ostominin cinsellik üzerinde oluşturduğu fiziksel etkilerden bahsettiği çalışmada; erkekte rektum veya mesanenin çıkarılmasından sonra empotans, orgazm bozukluğu, ejakülasyon yetersizliği ve sterilite görüldüğünü bildirmiştir. Özellikle yaygın lenf nodülü diseksiyonu uygulanan hastalarda ameliyat sonrası cinsel işlev bozukluğunun olası bir sorun olabileceğini belirtmiştir. Kadında ise, genellikle vajinanın bir kısmı ya da tamamı çıkarılmadıkça pelvik cerrahinin cinsel duyguların canlanmasını etkilemediği belirtilmiştir.

Eti ve arkadaşları kadın hastalarda, geniş pelvis yapısının sinir yaralanma riskini azalttığını ancak, vajinanın kısılması ya da alınması durumunda, vajinal kayganlıkta azalma ve pelvisteki skar doku bölgesi varlığının birleşme sırasında ağrıya neden olabileceğini bildirmişlerdir (115).

Perssons ve Hellstroms Ostomi sonrasında hastaların tümünün cinsel çekiciliklerinin azaldığına inandıklarını saptamıştır (116).

Bu bulguyu destekleyen bir başka araştırmada Salter ostomi hastalarının kendilerini cinsel olarak daha az çekici hissettiklerini, oysa eşlerinin cinsel çekiciliklerini kaybettiği fikrini paylaşmadıklarını tespit etmiştir (117).

Persson ve rektal kanser teşhisi alıp, ostomi cerrahisi uygulanan hastaların eşleri ile yaptıkları bir çalışmada; eşlerin belirsizlik duygusu, yeni bir yaşam şeklini öğrenme ve ona uyum sağlama ve değişen beden ile ilgili zorluklar yaşadıklarını, ostomiye bağımlı yaşamanın ailevi ve sosyal yaşantıyı etkilediğini ve kısıtladığını gösterilmişlerdir (118).

Bir başka çalışmada ostomi ameliyatı geçiren hastaların eşlerinde, anksiyetenin eve gidişin 10. gününde en düşük düzeye indiği, fakat daha sonra, 90. ve 180. günlerde depresyona dönüşme riskinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir (119).

McDonald ve arkadaşları rektal kanser nedeniyle ostomi uygulanmış olan 420 hasta ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların %63'ünde cinsel işlev bozukluğu ile birlikte idrar yolları ile ilgili yakınmalar, gaz, rahatsız edici bağırsak hareketleri gibi daha

fiziksel bulgular bulunduğunu, cinsel işlevlerde bozukluğun, cinsel istekte azalmadan çok cinsel yeterlilikte azalma ilgili olduğu göstermiştir (120).

Yapılan çalışmalarda, ostomi cerrahisinden sonra geçen zamanla, geliştirilen uyumun derecesi arasında doğrudan bir ilişki gösterilmiştir (121).

Gloeckner, tarafından 40 ostomi hastasının retrospektif çekicilik algısının değerlendirildiği bir çalışmada; hastaların yaklaşık olarak yarısında, cinsel çekicilikle ilgili duyguların ameliyattan sonraki ilk bir yılda azalmış olduğu ve daha sonra zamanla düzelme gösterdiği bildirilmiştir. Yaklaşık 10 yıldan beri hasta olan ileostomi hastaları, görüşme esnasında farklı tipte ostomi uygulanan ve ostomi uygulanmasının üzerinden daha kısa zaman geçen hastalarla karşılaştırıldığında, kendilerini daha çekici olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Bu durum, beden algısındaki bozulmanın en çok ameliyattan sonraki bir yıl içerisinde belirgin olduğuna işaret etmektedir (122).

2.3.2.4. Sosyal sorunlar

Stomalı bireylerde, beden imajındaki değişimin toplumsal yaşamda güçlükler getireceği düşüncesiyle kendini sosyal yaşamdan kısıtlama ve soyutlama davranışları görülmektedir. Eskiden yapmış oldukları aktivitelerini (sportif faaliyetler, arkadaş toplantıları, sinemaya gitme) bırakmak, yeni insanlarla tanışmaktan kaçınmak gibi sosyal sorunlar görülmektedir. Bireyler evlilik ve aile ilişkilerinde çatışmalar yaşamakta, arkadaşları, komşuları ve iş arkadaşlarından stomalarını gizleme eğilimi göstermektedirler. Ayrıca iş yaşamları da olumsuz olarak etkilenmektedir. İşi bırakma, çalışma saatlerini azaltma, iş veriminde azalma ve iş değiştirme gibi davranışlar görülmektedir. Bu sorunların kaynağı olarak stomadan duyulan utanç, koku, sızıntı, gaz ve başkalarına sıkıntı vermek gibi nedenler gösterilmektedir (85,123).

Jehu ve arkadaşları kanser tanısı alan hastalarda ostomi cerrahisinin beden görünümü üzerine etkilerini incelemişlerdir bu çalışmanın sonuçlarına göre, ostomi sonrası

hastaların beden görünümünün cerrahiden sonra geçen süre ilerledikçe iyiye doğru gitmektedir (124).

Mac Donald ve Anderson, kolostomiye sahip olmanın dışarıdaki aktiviteleri daha çok etkilediğini, ev içindeki aktivitelerin daha az etkilediğini, dışarıdaki sınırlamalara, daha çok başkalarına sıkıntı verme duygusu ya da koku nedeniyle utanç duymanın neden olduğunu belirtmektedir (125).

2.3.2.5. Dini Etkenler

Müslüman hastaların namaz kılarken, stoma akıntısının veya gaz çıkmasının namazın geçerli olmayacağı düşüncesi geliştirdiklerinden söz edilmektedir. Ayrıca ramazan gibi dini dönemlerin hastanın yeme düzeninde aksaklığa yol açabileceği, ileostomili hastaların uzun süre su içmemelerinin yaz aylarında dehidratasyona, kabızlık ve bulantıya, iftarda aşırı yemek yenilmesinin diyareye neden olabileceği belirtilmektedir. Ameliyat öncesi dönemde hastanın uyguladığı dinsel kurallar konusunun öz bakım girişimleri ile çelişmemesinin değerlendirilmesi yapılmalıdır. Eğer hasta namaz kılıyorsa, iki parçalı torbaların kullanılması, torbanın namazdan önce değiştirilmesi, namaz kılmadan hemen önce abdest alması önerilebilir. Oruç tutmanın stoma üzerinde ki etkilerinin hastalara anlatılması gerekmektedir (126).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. OLGULAR VE VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Çalışmamıza AÜTF Genel Cerrahi bölümünde 2006-2010 yılları arasında sol kolon ve rektum tümörü tanısı ile abdominoperineal rezeksiyon, low anterior rezeksiyon ve sol hemikolektomi yapılan hastalar ve eşleri dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen ve low anterior rezeksiyon yapılan 38 hastadan 3'ü eksitus, 3'ü metastaz ortaya çıkması, 2'si ise eşleri öldüğü için çalışmaya dahil edilmemiştir. Anterior rezeksiyon yapılan 34 hastadan 2'si eksitus, 2'si metastatik hastalık nedeniyle çalışmadan çıkartılmıştır. Abdominoperineal rezeksiyon yapılan 36 hastanın da 2'si eksitus, 1'i metastatik hastalık ve 3'ü eşlerinin ölümü nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Sonuç olarak APR, AAR ve sol kolon rezeksiyonu yapılan 30'ar hasta olmak üzere toplam 90 hasta üzerinden değerlendirmeler yapılmıştır.

Hastalara ve eşlerine preoperatif dönemde, ameliyat sonrası 8. ve 16. aylarda, yaşam kalitelerini sorgulayan kolorektal cerrahi formu, SF 36 yaşam kalitesi formu, WHO nun yaşam kalitesi araştırma formu uygulandı.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; Metastatik ve nüks vaka olmaması, hastanın eşi ile birlikte yaşaması, başka bir primer tümörün olmaması, hemşire bakımını gerektirecek ek komplike bir hastalığının olmaması, çalışma süresince başka bir nedenle hastanede yatmış olmamasıydı.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

SF 36 anket formu

WHO-DAS özürlülük değerlendirme formu

Kolorektal cerrahi anket formu

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Biyoistatistik ABD’den konsültasyon alınmıştır. Verilerin analizi SPSS 11.5 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayımla elde edilen verilerde frekans (yüzde), ölçümle elde edilen verilerde ortalama±standart sapma [ortanca (minimum-maksimum)] kullanılmıştır.

Ölçümle elde edilen değişkenler açısından bağımsız üç grup karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin incelenmesinde Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir

4. BULGULAR

4.1. DEMOGRAFİK VERİLER

4.1.1. Hastalara İlişkin Demografik Veriler

Çalışmaya dahil edilen popülasyonun demografik özellikleri değerlendirildiğinde, 90 hastanın 49'u (%54.4) erkek 41'i (%45.6) kadındır. Olguların yaşları 28 ile 83 yıl arasında değişmekte olup ortalama ($\pm$ standart sapma) yaş 56.9 ± 12.6 yıldır. Hastaların eğitim seviyelerine bakıldığında, 6 hastanın (%6.7) okuryazar olmadığı, 45'inin (%50) ilköğretim mezunu, 26'sının (%28.9) lise mezunu, 13'ünün (%14.4) yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Hastaların 3'ü (%3.3) çalışmazken, 7'si (%7.8) memur, 19'u (%21.1) serbest meslek sahibi, 30'unun (%33.3) emekli, 31'inin (%34.4) ev hanımı olduğu görülmüştür. Hastaların %72.2'sinde yandaş hastalık yokken, olanlar içerisinde en sık DM (%8.9), HT (%8.9) ve koroner arter hastalığı (KAH) (%5.6) gözlenmiştir. Hastaların %26.7'sinin bir ya da daha fazla sayıda ilaç kullandığı, %54.4'ünün kemoterapi aldığı, %56.7'sinin radyoterapi aldığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Hastalara ilişkin demografik veriler

Parametre (n=90)	
Yaş	56.9 $\pm$ 12.6 [56.5(28-83)]
Cinsiyet	
E/K	49/41 (%54.4/%45.6)
Eğitim	
Okuryazar değil	6(%6.7)
İlköğretim	45(%50)
Lise	26(%28.9)
Yüksekokul	13(%14.4)
Meslek	
Memur	7(%7.8)
Serbest meslek	19(%21.1)
Emekli	30(%33.3)
Çalışmıyor	3(%3.3)
Ev hanımı	31(%34.4)

4.1.2. Hasta eşlerine ilişkin demografik veriler

Çalışmaya dahil edilen 90 hasta eşinin 39'u (%43.3) erkek 51'i (%56.7) kadındır. Olguların yaşları 26 ile 85 yıl arasında değişmekte olup ortalama ($\pm$ standart sapma) yaş 56.2 ± 12.4 yıldır. Hasta eşlerinin eğitim seviyelerine bakıldığında, 12 hasta eşinin (%13.3) okuryazar olmadığı, 37'sinin (%41.1) ilköğretim mezunu, 30'unun (%33.3) lise mezunu, 11'inin (%12.2) yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Hasta eşlerinin 11'i (%12.2) memur, 16'sı (%17.8) serbest meslek sahibi, 19'unun (%21.1) emekli, 43'ünün (%47.8) ev hanımı ve 1'inin (%1.1) işçi olduğu görülmüştür. Hasta eşlerinin %50'sinde yandaş hastalık yokken, olanlar içerisinde en sık HT (%12.), DM (%11.2) ve koroner arter hastalığı (KAH) (%5.6) gözlenmiştir. Hasta eşlerinin %51.1'inin bir ya da daha fazla sayıda ilaç kullandığı, %27.8'inin daha önce geçirilmiş operasyon öyküsü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Hasta eşlerine ilişkin demografik veriler

Parametre (n=90)	
Yaş	56.2 $\pm$ 12.4 [56.0(26-85)]
Cinsiyet	
Erkek	39 (%43.3)
Kadın	51(%56.7)
Eğitim	
Okuryazar değil	12(%13.3)
İlköğretim	37(%41.1)
Lise	30(%33.3)
Yüksekokul	11(%12.2)
Meslek	
Memur	11(%12.2)
Serbest meslek	16(%17.8)
Emekli	19(%21.1)
İşçi	1(%1.1)
Ev hanımı	43(%47.8)
Ameliyat öyküsü	
Var	25 (%27.8)
Yok	65 (%72.2)

4.2. ÖLÇEK PUANLARI

4.2.1. Hastalara Uygulanan Ölçeklerden Alınan Puanlar

4.2.1.1. Kolorektal cerrahi anket formu

Hastaların tümüne ameliyat öncesi ve sonrasında stoma hakkında bilgi verilmiştir.

Hastaların sağlık durumları (Soru1) ve yaşam kaliteleri (Soru2) sorgulandığında, ameliyat sonrası birinci kontrolde, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası ikinci kontrole göre durumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Hastalar ameliyattan sonra eski yaşam kalitelerine 6 aydan uzun sürede kavuşurken (Soru 3), çalışanların iş yaşantılarına dönme süresi (Soru 4) ortancası 1-3 ay olarak bulunmuştur. Hastalar, ameliyat sonrasında aynı işe geri döndüklerini ama çalışma sürelerinin azaldığını belirtmişlerdir (Soru 5). Süreler arasında birinci ve ikinci kontroller arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ameliyat sonrası birinci kontrolde, ameliyatın yaşamda ne tür değişikliklere neden olduğu sorgulandığında (Soru 6), 44'ünün (%48.9) aile ilişkileri, 33'ünün (%36.7) sosyal aktiviteler, 5'inin (%5.6) evlilik hayatı, 4'ünün (%4.4) çalışma hayatı etkilenmiştir.

Ameliyatın akraba, eş, dost ziyareti, yatılı misafirliğe gitme, tatil- seyahatler, spor aktiviteleri, sinema–tiyatro gibi sosyal hayata etkileri incelendiğinde (Soru 7), ameliyat sonrası birinci kontrolde ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası ikinci kontrole göre olumsuz etkisinin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Ameliyattan sonra birinci kontrolde hastaların eşleriyle birlikte geçirdikleri zaman (Soru 8) ortancası (azalma) ile ikinci kontrolde geçirdikleri zaman ortancası (azalma) arasında farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ameliyattan sonra ikinci kontrolde, birinci kontrole göre evde geçirilen zamanın (Soru 9) azaldığı belirlenmiştir ($p<0.01$).

Hastaların ameliyat sonrasında birinci kontrolde %13.5'inin, ikinci kontrolde ise %11.2 sinin psikolojik tedavi aldıkları (Soru 11) belirlenmiş olup; oranlar arasında farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Stoma ile yaşadıktan sonra hastaların en çok rahatsızlık duydukları durumlara [gürültülü gaz çıkarma, ishal, torba değişimi sırasında yer sorunu, kabızlık, koku

olması, sotma etrafında dermatolojik şikayetler, vücudunda fazlalık hissi] (Soru 12) ilişkin oranlar, ameliyattan sonra birinci ve ikinci kontrollerde karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Stomalı hastaların birinci kontrolde %52.1'inin stomayı kendisinin, %43.8'inin eşinin değiştirdiği saptanırken (Soru 13); ikinci kontrolde bu oranlar %54.2 ve %41.7 olmuştur, oranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Benzer inceleme hastaların cinsiyetleri bazında yapıldığında, erkek hastaların her iki kontrolde de stomalarını çoğunlukla (%61.3) eşlerinin değiştirdiği, kadın hastaların ise çoğunluğunun (birinci kontrolde %88.2, ikinci kontrolde %94.1) stomalarını kendilerinin değiştirdiği saptanmıştır.

Stoma torbasını kendi değiştirenlerin, eşlerini torba değişimi konusunda teşvik edip etmedikleri sorulduğunda, her iki kontrolde de çoğunluğunun (%95) bu konuda eşleriyle hiç konuşmadıkları belirlenmiştir.

90 hasta içerisinde 69'unun (%76.7) dini vecibelerini yerine getirdikleri saptanmıştır. Dini vecibelerini yerine getiren hastalar arasında, namaz kılan hastaların (Soru 15_1) oranı birinci kontrolde %98.6 dan %55.1'e düşerken, ikinci kontrolde bu oran %63.8 olmuştur ($p<0.001$). Oruç tutan hastaların (Soru 15_2) oranı birinci kontrolde %95.7'den %44.9'a düşerken, ikinci kontrolde bu oran %56.5 olmuştur ($p<0.001$). Zekat veren hastalarda (Soru 15_3) ise ameliyat sonrası birinci kontrolde oran %75.4'ten %55.1'e, ikinci kontrolde de %56'ya düşmüştür ($p<0.001$).

Cinsel hayatları sorgulandığında (Soru 16), 71 hastanın (%78.9) ameliyattan önce cinsel hayatları olduğu belirlenmiştir. Ameliyat öncesi cinsel hayatı olan hastaların, ameliyattan sonra birinci kontrollerinde %62'sinin, ikinci kontrolde de %47.9'unun cinsel hayatının değiştiği görülmüştür ($p<0.01$). Aynı 71 hastaya cinsel yaşamlarındaki memnuniyetleri sorulduğunda birinci kontrolde "hiç mutlu olmadıklarını", ikinci kontrolde "ara sıra mutlu olduklarını" belirtmişlerdir. Yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.001$).

Her iki kontrolde de cinsel yaşamının değiştiğini ifade eden hastalara, bu değişikliğinden kimden kaynaklandığı sorulduğunda, her iki kontrolde de çoğunluğunun (%60.7 ve %64.3) her ikisinin isteksizliğinden kaynaklandığı belirlenmiştir. Bunun yanında sırasıyla birinci ve ikinci kontrollerde hastaların %32.1

ve %25'i değişikliğin kendisinden kaynaklandığını, %7.1 ve %10.7'si de stomasının eşini rahatsız ettiği için bu değişikliğin meydana geldiğini belirtmişlerdir.

Benzer inceleme hastaların cinsiyetleri bazında yapıldığında, erkek hastaların sırasıyla birinci ve ikinci kontrollerde %36.8'i ve %31.6'sı; kadın hastaların sırasıyla %22.2'si ve %11.1'i stoması eşini rahatsız ettiği için cinsel hayatlarının değiştiğini belirtmişlerdir.

Tablo 3. Hastaların kolorektal cerrahi anket formu sonuçları

Parametre	Ameliyat öncesi	1.kontrol	2.kontrol	p	karşılaştırma	p
S1 (sağlık durumu)	5.19±0.76 [5(3-6)]	3.94±0.76 [4(2-6)]	4.64±0.74 [5(3-6)]	<0.001	A-B A-C B-C	<0.05 >0.05 <0.05
S2 (yaşam kalitesi)	5.18±0.73 [5(4-6)]	3.57±0.81 [3(2-5)]	4.43±0.81 [4.5(3-6)]	<0.001	A-B A-C B-C	<0.05 >0.05 <0.05
S3 (eski yaşantıyla kavuşma)	-	4.10±1.31 [5(0-5)]	4.16±1.17 [5(0-5)]	>0.05	-	-
S4 (eski işe dönme)	-	2.24±1.19 [2(0-4)]	2.24±1.19 [2(0-4)]	>0.05	-	-
S5 (İş yaşamı değişikliği)	-	2.36±1.80 [2(1-6)]	2.50±1.92 [2(1-6)]	>0.05	-	-
S7 (sosyal aktiviteler)						
1- Akraba- eşdost ziyareti (Var)	90 (%100)	12 (%13.3)	44 (%48.9)	<0.001	A-B A-C B-C	<0.001 <0.001 <0.001
2-Yatılı misafirlik (Var)	84 (%93.3)	12 (%13.3)	43 (%47.8)	<0.001	A-B A-C B-C	<0.001 <0.001 <0.001
3-Tatil seyahatler (Var)	44 (%49.4)	7 (%7.8)	36 (%40.4)	<0.001	A-B A-C B-C	<0.001 <0.05 <0.001
4-Spor aktiviteleri (Var)	37 (%41.1)	4 (%4.4)	30 (%33.3)	<0.001	A-B A-C B-C	<0.001 <0.05 <0.001
5-Sinema-tiyatro (Var)	41 (%46.1)	7 (%7.9)	32 (%36)	<0.001	A-B A-C B-C	<0.001 <0.05 <0.001
6-Restoranda yemek yeme (Var)	48 (%53.9)	7 (%7.9)	34 (%38.2)	<0.001	A-B A-C B-C	<0.001 <0.05 <0.001
S8 (eşle geçen zaman)	-	1.03±0.87 [1(0-2)]	0.98±0.89 [1(0.2)]	>0.05	-	-
S9 (evde geçen zaman)	-	1.23±0.94 [2(0-2)]	1.07±0.96 [2(0-2)]	<0.01	-	-
S11 (psikolojik tedavi görme)	-	12 (%13.5)	10 (%11.2)	>0.05	-	-
S12 (stomadan duyulan rahatsızlık)						
1-Gürültülü gaz çıkarma	-	20 (%41.7)	20 (%41.7)	>0.05	-	-
2-torba değişimi sırasında yer sorunu	-	42 (%87.5)	39 (%81.3)	>0.05	-	-
3-koku olması	-	23 (%47.9)	23 (%47.9)	>0.05	-	-
4-kabızlık	-	2 (%4.2)	2 (%4.2)	>0.05	-	-
5-ishal	-	23 (%47.9)	21 (%43.8)	>0.05	-	-
6-stoma etrafında dermatolojik şikâyetler	-	21 (%43.8)	18 (%37.5)	>0.05	-	-
7-vücudunda fazlalık hissi	-	31 (%64.6)	32 (%66.7)	>0.05	-	-
S15_1 (Namaz kılma)	68 (%98.6)	38 (%55.1)	44 (%63.8)	<0.001	A-B A-C B-C	<0.001 <0.001 <0.05
S15_2 (Oruç tutma)	66 (%95.7)	31 (%44.9)	39 (%56.5)	<0.001	A-B A-C B-C	<0.001 <0.001 <0.01
S15_3 (Zekat verme)	52 (%75.4)	38 (%55.1)	39 (%56.5)	<0.001	A-B A-C B-C	<0.001 <0.001 >0.05
S16 (cinsel hayat)-Değişti		44 (%62)	34 (%47.9)	<0.01		
S18(olumsuzcinsel hayatın nedeni)						
1-hastadan		9(%32.1)	7(%25)	>0,05		
2-eşinden		2(%7.1)	3(%10.7)			
3-her ikisinden		17(%60.7)	18(%64.3)			

4.2.1.2. Kısa form SF (Short Form) 36 yaşam kalitesi ölçeği

Hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ve ikinci kontrollerde hesaplanan SF-36 alt ölçek puanlarına bakıldığında fiziksel fonksiyon alt ölçek puan ortalaması $54,1\pm3,4$, $50,4\pm7,1$ ve $52\pm5,8$, fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puan ortalaması $52,6\pm8,4$, $34,4\pm10,1$ ve $46,2\pm12,4$; ağrı alt ölçeği puan ortalaması $50,6\pm5,2$, $36,4\pm6,3$ ve $43,1\pm5,6$; genel sağlık alt ölçeği puan ortalaması $45,5\pm4,7$, $34,9\pm4,2$ ve $38,2\pm4,8$; vitalite alt ölçeği puan ortalaması $50\pm4,1$, $43,2\pm4,3$ ve $45,8\pm6,7$; sosyal fonksiyon alt ölçek puan ortalaması $41,7\pm6$, $28,4\pm6,5$ ve $33,7\pm6,4$; emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puan ortalaması 52 ± 8 , $28,4\pm9,2$ ve $39,6\pm14,6$; mental sağlık alt ölçeği puan ortalaması $40,5\pm4,2$, $32,6\pm4,9$ ve $36,3\pm5,1$ 'dir (Tablo 4).

Tablo 4. SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri

Parametre	Ameliyat öncesi	1. Kontrol	2. Kontrol	P	Karşılaştırma	P
sfPF	$54,1\pm3,4$ [55(42,5-57,1)]	$50,4\pm7,1$ [52,9(36,2-95)]	$52\pm5,8$ [52,9(28,1-57,1)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001
sfRP	$52,6\pm8,4$ [56,2(28-56,2)]	$34,4\pm10,1$ [28(28-56,2)]	$46,2\pm12,4$ [56,2(28-57,1)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001
sfBP	$50,6\pm5,2$ [51,6(42,2-62,7)]	$36,4\pm6,3$ [37,5(25,1-55,9)]	$43,1\pm5,6$ [42,2(29,3-51,6)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001
sfGH	$45,5\pm4,7$ [46,2(28,9-50,9)]	$34,9\pm4,2$ [33,6(26,5-43,9)]	$38,2\pm4,8$ [38,2(26,5-51,6)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001
sfVT	$50\pm4,1$ [51,4(39,6-60,9)]	$43,2\pm4,3$ [42(32,5-51,4)]	$45,8\pm6,7$ [46,7(10-56,2)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001
sfSF	$41,7\pm6$ [40,9(30-57,1)]	$28,4\pm6,5$ [24,6(19,1-49,1)]	$33,7\pm6,4$ [35,4(19,1-51,4)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001
sfRE	52 ± 8 [55,3(23,7-55,3)]	$28,4\pm9,2$ [23,7(23,7-55,3)]	$39,6\pm14,6$ [42,8(23,7-55,3)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001
sfMH	$40,5\pm4,2$ [41,4(30-48,2)]	$32,6\pm4,9$ [32,3(23,2-48,2)]	$36,3\pm5,1$ [36,8(23,2-45,9)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001

4.2.1.3. WHO –DAS özürlülük anketi

Hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ve ikinci kontrollerde hesaplanan WHO DAS puanlarına bakıldığında anlama ve iletişim kurma ile ilgili alan olan Wd1 puan ortalaması $18,8\pm18$, $27,5\pm17$ ve $22,2\pm19$; hareket etme bir yerden bir yere gitme ile ilgili alan olan Wd2 puan ortalaması $10,3\pm13$, $24\pm18,3$ ve $15,8\pm18,8$; kendine

bakım ile ilgili Wd3 puan ortalaması 1,8±5,5, 10,1±15,4 ve 4,8±10,6; insan ilişkileri ile ilgili Wd4 puan ortalaması 13,2±13, 23±15,8 ve 18,6±14; yaşam faaliyetlerini içeren Wd5 puan ortalaması 8,5±13,4, 58,3±18,8 ve 28,9±26,5; toplumsal yaşama katılım ile ilgili Wd6 puan ortalaması 20,9±9, 47,7±8 ve 35,2±10,2 olarak hesaplanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. WHO-DAS anket ölçeklerinden aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri

Parametre	Ameliyat öncesi	1.kontrol	2.kontrol	P	karşılaştırma	P
Wd1	18,8±18 [12,5(0-58,3)]	27,5±17 [25(0-66,7)]	22,2±19 [16,6(0-66,6)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001
Wd2	10,3±13 [5(0-45)]	24±18,3 [25(0-65)]	15,8±18,8 [5(0-55)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	>0.05
					B-C	<0.001
Wd3	1,8±5,5 [0(0-25)]	10,1±15,4 [0(0-50)]	4,8±10,6 [0(0-50)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001
Wd4	13,2±13 [10(0-60)]	23±15,8 [20(0-60)]	18,6±14 [20(0-60)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001
Wd5	8,5±13,4 [0(0-40)]	58,3±18,8 [60(40-100)]	28,9±26,5 [20(0-80)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001
Wd6	20,9±9 [21,9(0-56,2)]	47,7±8 [46,8(25-62,5)]	35,2±10,2 [37,5(15,6-62,5)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001
Wd total	14,2±9,7 [11,3(1,5-39)]	30,8±10,6 [30(10,9-53,9)]	22±11,8 [20,3(4,6-50,7)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001

4.2.2. Hasta eşlerine uygulanan ölçeklerden alınan puanlar

4.2.2.1. Kolorektal cerrahi anket formu

Hasta eşlerinin sağlık durumları (Soru1) ve yaşam kaliteleri (Soru 2) sorgulandığında, ameliyat sonrası birinci kontrolde, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası ikinci kontrole göre durumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir (p<0.001).

Hasta eşleri ameliyattan sonra eski yaşam kalitelerine 3-6 ay sürede kavuşurken (Soru 3), çalışanların iş yaşantılarına dönme süresi (Soru 4) ortancası 1-3 ay olarak bulunmuştur. Hasta eşleri, ameliyat sonrasında aynı işe geri döndüklerini ama

Çalışma sürelerinin azaldığını belirtmişlerdir (Soru 5). Sreler arasında birinci ve ikinci kontroller arasında fark yoktur ($p>0.05$).

Ameliyat sonrası birinci kontrolde, ameliyatın hasta eşlerinin yaşamında ne tür değişikliklere neden olduğu sorgulandığında (Soru 6), 36'sının (%40) aile ilişkileri, 38'inin (%42.2) sosyal aktiviteler, 6'sının (%6.7) evlilik hayatı, 7'sinin (%7.8) alışma hayatı etkilenmiştir.

Ameliyatın akraba, eş, dost ziyareti, yatılı misafirliğe gitme, tatil- seyahatler, spor aktiviteleri, sinema–tiyatro gibi sosyal hayata etkileri incelendiğinde (Soru 7), ameliyat sonrası birinci kontrolde ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası ikinci kontrole göre olumsuz etkisinin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Ameliyattan sonra birinci kontrolde hasta eşlerinin eşleriyle birlikte geçirdikleri zaman (Soru 8) ortancası (azalma) ile ikinci kontrolde geçirdikleri zaman ortancası (azalma) arasında farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ameliyattan sonra ikinci kontrolde, birinci kontrole göre hasta eşlerinin evde geçirilen zamanının (Soru 9) azaldığı belirlenmiştir ($p<0.01$).

Hasta eşlerinin ameliyat sonrasında birinci ve ikinci kontrolde %12.5'inin psikolojik tedavi aldıkları(Soru 11) belirlenmiştir ($p>0.05$).

Stoması olan hastaların eşlerinin en çok rahatsızlık duydukları durumlara [gürültülü gaz çıkarma, ishal, torba değişimi sırasında yer sorunu, kabızlık, koku olması, stoma etrafında dermatolojik şikayetler, vücudunda fazlalık hissi] (Soru 12) ilişkin oranlar, ameliyattan sonra birinci ve ikinci kontrollerde karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Stomalı hastaların birinci kontrolde %52.1'inin stomayı kendisinin, %43.8'inin eşinin değiştirdiği saptanırken (Soru 13); ikinci kontrolde bu oranlar %54.2 ve %41.7 olmuştur, oranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Benzer inceleme hastaların cinsiyetleri bazında yapıldığında, erkek hastaların her iki kontrolde de stomalarını çoğunlukla (%61.3) eşlerinin değiştirdiği,

kadın hastaların ise çoğunluğunun (birinci kontrolde %88.2, ikinci kontrolde %94.1) stomalarını kendilerinin değiştirdiği saptanmıştır.

Stoma torbasını kendi değiştirenlerin, eşlerini torba değişimi konusunda teşvik edip etmedikleri sorulduğunda, her iki kontrolde de çoğunluğunun (%95) bu konuda eşleriyle hiç konuşmadıkları belirlenmiştir.

90 hasta eşi içerisinde 64'ünün (%71. 1) dini vecibelerini yerine getirdikleri saptanmıştır. Dini vecibelerini yerine getiren hasta eşleri arasında, namaz kılan hasta eşlerinin (Soru 15_1) oranı birinci ve ikinci kontrolde %98.3'ten %96.8'e düşmüştür. Oruç tutan hasta eşlerinin (Soru 15_2) oranı birinci ve ikinci kontrolde %98.3'ten %95.3'e düşmüştür ($p>0.05$). Zekat veren hasta eşlerinde (Soru 15_3) ise ameliyat sonrası birinci ve ikinci kontrolde %82.5'ten %80.9'a düşmüştür ($p>0.05$).

Cinsel hayatları sorgulandığında (Soru 16), 72 hasta eşinin (%80) ameliyattan önce cinsel hayatları olduğu belirlenmiştir. Ameliyat öncesi cinsel hayatı olan hasta eşlerinin, ameliyattan sonra birinci kontrollerinde %68'sinin, ikinci kontrolde de %40.3'ünün cinsel hayatının değiştiği görülmüştür ($p<0.001$). Aynı 72 hasta eşine cinsel yaşamlarındaki memnuniyetleri (Soru 17) sorulduğunda birinci ve ikinci kontrolde "ara sıra mutlu olduklarını" belirtmişlerdir. Ancak birinci kontroldeki memnuniyet durumları daha kötüdür. Yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.001$).

Her iki kontrolde de cinsel yaşamının değiştiğini ifade eden hasta eşlerine, bu değişikliğinden kimden kaynaklandığı sorulduğunda (Soru 18), her iki kontrolde de çoğunluğunun (%57.1 ve %61.9) her ikisinin isteksizliğinden kaynaklandığı belirlenmiştir. Bunun yanında sırasıyla birinci ve ikinci kontrollerde hasta eşlerinin %33.3 ve %28.6'i değişikliğin hastadan (kendini itici hissetmesinden) kaynaklandığını, %9.5 ve %9.5'i de hastanın stomasının kendisini rahatsız ettiği için bu değişikliğin meydana geldiğini belirtmişlerdir.

Benzer inceleme hastaların cinsiyetleri bazında yapıldığında, erkek hasta eşlerinin %11.1'i (birinci ve ikinci kontrolde) kadın hasta eşlerinin ise %8.3'ü (birinci ve ikinci kontrollerde) stomadan duydukları rahatsızlık nedeniyle cinsel hayatlarının değiştiğini belirtmişlerdir.

Tablo 6. Hasta eşlerinin kolorektal cerrahi anket puanları

Parametre	Ameliyat öncesi	1.kontrol	2.kontrol	p	karşılaştırma	p
S1 (sağlık durumu)	5.27±0.70 [5(4-6)]	4.50±0.92 [5(2-6)]	4.82±0.78 [5(3-6)]	<0.001	A-B A-C B-C	<0.05 <0.05 <0.05
S2 (yaşam kalitesi)	5.27±0.70 [5(4-6)]	3.78±0.78 [4(2-6)]	4.6±0 [5(3-6)]	<0.001	A-B A-C B-C	<0.05 <0.05 <0.05
S3 (eski yaşantıya kavuşma)	-	3.60±1.60 [4(0-6)]	3.83±1.83 [4(0-6)]	>0.05	-	-
S4 (eski işe dönme)	-	1.78±0.92 [2(1-4)]	1.78±0.92 [2(1-4)]	>0.05	-	-
S5 (iş yaşamı değişikliği)	-	1.81±1.37 [1(1-5)]	1.81±1.37 [1(1-5)]	>0.05	-	-
S7 (sosyal aktiviteler)						
1- Akraba- eşdost ziyareti (Var)	89 (%98.9)	14 (%15.6)	40 (%44.4)	<0.001	A-B A-C B-C	<0.001 <0.001 <0.001
2-Yatılı misafirlik (Var)	83 (%92.2)	11 (%12.2)	39(%43.3)	<0.001	A-B A-C B-C	<0.001 <0.001 <0.001
3-Tatil seyahatler (Var)	60 (%66.7)	11 (%12.2)	34 (%37.8)	<0.001	A-B A-C B-C	<0.001 <0.001 <0.001
4-Spor aktiviteleri (Var)	38 (%42.2)	6 (%6.7)	27 (%30)	<0.001	A-B A-C B-C	<0.001 <0.001 <0.001
5-Sinema-tiyatro (Var)	38 (%42.2)	5(%5.6)	30 (%33.3)	<0.001	A-B A-C B-C	<0.001 >0.05 <0.001
6-Restoranda yemek yeme (Var)	42 (%47.2)	5 (%5.6)	28 (%31.1)	<0.001	A-B A-C B-C	<0.001 <0.01 <0.001
S8 (eşle geçen zaman)	-	1.23±0.88 [2(0-2)]	1.13±0.91 [1(0.2)]	<0.05	-	-
S9 (evde geçen zaman)	-	1.35±0.86 [2(0-2)]	1.25±0.90 [2(0-2)]	<0.05	-	-
S11 (psikolojik tedavi görme)	-	11 (%12.5)	11 (%12.5)	>0.05	-	-
S12 (stomadan duyulan rahatsızlık)						
1-Gürültülü gaz çıkarma	-	23 (%48.9)	21 (%41.7)	>0.05	-	-
2-torba değişimi sırasında yer sorunu	-	35 (%74.5)	38 (%80.9)	>0.05	-	-
3-koku olması	-	29 (%61.7)	26 (%55.3)	>0.05	-	-
4-kabızlık	-	1 (%2.1)	3 (%6.4)	>0.05	-	-
5-ishal	-	19 (%40.4)	14 (%29.8)	>0.05	-	-
6-stoma etrafında dermatolojik şikâyetler	-	13 (%27.7)	16 (%34)	>0.05	-	-
7-vücudunda fazlalık hissi	-	23 (%48.9)	28 (%59.6)	>0.05	-	-
S15_1 (Namaz kılma)	63 (%98.3)	62 (%96.8)	62 (%96.8)	>0.05	A-B A-C B-C	<0.001 <0.001 <0.05
S15_2 (Oruç tutma)	63 (%98.3.)	61 (%95.3)	61 (%95.3)	>0.05	A-B A-C B-C	<0.001 <0.001 <0.01
S15_3 (Zekat verme)	52 (%82.5)	51 (%80.9)	51 (%80.9)	>0.05	A-B A-C B-C	<0.001 <0.001 >0.05
S16 (cinsel hayat)-Değişti		49 (%68.1)	29 (%40.3)	<0.001		
S18 (olumsuzcinsel hayatın nedeni)						
1-hastadan		7(%33.7)	6(%28.6)	>0,05		
2-eşinden		2(%9.5)	2(%9.5)			
3-her ikisinden		12(%57.1)	13(%61.9)			

4.2.2.2. SF 36 yaşam kalitesi ölçeği

Hasta eşlerinin ameliyat öncesi, ameliyat sonrası birinci ve ikinci kontrollerde hesaplanan SF-36 alt ölçek puanlarına bakıldığında fiziksel fonksiyon alt ölçek puan ortalaması $53 \pm 4,1$, $52,6 \pm 4,4$ ve $52,9 \pm 4,1$; fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puan ortalaması $53 \pm 7,5$, $53,6 \pm 7$ ve $53,4 \pm 7,5$; ağrı alt ölçeği puan ortalaması $50,5 \pm 5,9$, $49,7 \pm 6,9$ ve $49,6 \pm 6,4$; genel sağlık alt ölçeği puan ortalaması $44,4 \pm 5,5$, $42,7 \pm 5,2$ ve $42,7 \pm 4,9$; vitalite alt ölçeği puan ortalaması $48,1 \pm 4,5$, $42,8 \pm 3,7$ ve $45,7 \pm 4,5$; sosyal fonksiyon alt ölçek puan ortalaması $41,4 \pm 7,1$, $30,8 \pm 6,3$ ve $34,9 \pm 6$; emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puan ortalaması $51,1 \pm 8,5$, $38,1 \pm 15$ ve $42,4 \pm 14,6$; mental sağlık alt ölçeği puan ortalaması $38,3 \pm 5,5$, $32,3 \pm 5,2$ ve $34,9 \pm 4,9$ 'dir (Tablo 7).

Tablo 7. Hasta eşlerinin SF-36 alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri

Parametre	Ameliyat Öncesi	1.kontrol	2.kontrol	P	Karşılaştırma	P
sfPF	$53 \pm 4,1$ [52,9(36,2-57,1)]	$52,6 \pm 4,4$ [52,9(34,1-57,1)]	$52,9 \pm 4,1$ [52,9(36,2-57,1)]	>0.05	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	>0.05
sfRP	$53 \pm 7,5$ [56,2(28-57,1)]	$53,6 \pm 7$ [56,2(28-57,1)]	$53,4 \pm 7,5$ [56,2(28-56,2)]	>0.05	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001
sfBP	$50,5 \pm 5,9$ [51,6(33,2-62,7)]	$49,7 \pm 6,9$ [51,6(19,9-62,7)]	$49,6 \pm 6,4$ [51,6(29,3-62,7)]	>0.05	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	>0.05
sfGH	$44,4 \pm 5,5$ [46,2(28,9-62,7)]	$42,7 \pm 5,2$ [43,9(28,9-62,7)]	$42,7 \pm 4,9$ [43,9(28,9-50,9)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	>0.05
sfVT	$48,1 \pm 4,5$ [49,1(34,9-58,5)]	$42,8 \pm 3,7$ [42(32,5-51,4)]	$45,7 \pm 4,5$ [46,7(34,9-53,8)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001
sfSF	$41,4 \pm 7,1$ [40,9(10-57,1)]	$30,8 \pm 6,3$ [30(19,1-46,7)]	$34,9 \pm 6$ [35,4(19,1-46,3)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001
sfRE	$51,1 \pm 8,5$ [55,3(23,7-55,3)]	$38,1 \pm 15$ [34,3(23,7-55,3)]	$42,4 \pm 14,6$ [55,3(23,7-55,3)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001
sfMH	$38,3 \pm 5,5$ [36,8(25,5-55,3)]	$32,3 \pm 5,2$ [30(23,2-55,3)]	$34,9 \pm 4,9$ [34,5(25,5-45,9)]	<0.001	A-B	<0.001
					A-C	<0.001
					B-C	<0.001

4.2.4. Cinsiyet ve ameliyat türleri açısından karşılaştırma

Tablo 9. Hasta ve eşlerinin ameliyat öncesi –sonrası puan farklarının cinsiyet açısından karşılaştırılması

	Kadın hasta	Erkek hasta	p	Kadın eş	Erkek eş	p
PF	-4.1±7.34 [-2.89.3(-12.5-37.9)]	-4.1±4.37 [-4.3(-20.9-6.2)]	>0.05	-0±1.84 [-0.42(-10.4-2.1)]	-0±2.99 [-0.55(-18.8-2.2)]	>0.05
RP	-21.2±12.5 [-16.8(-28.2-7.1)]	-28.2±12.9 [-19.3(-28.2-28.2)]	>0.05	-0±5.69 [1.29(0-28.2)]	-0±8.03 [-0.3(-28.2-14.1)]	>0.05
BP	-13.7±7.06 [-13.7(-33.4-0)]	-14.1±7.59 [-14(-33.4-0)]	>0.05	-0±3.57 [-0.7(-17.1-9.4)]	-0±4.17 [-0.96(-22.3-4.3)]	>0.05
GH	-11.7±4.57 [-10.9(-24.4-2.3)]	-10.3±6.1 [-10.4(-22-11.7)]	>0.05	-0 ±2.39 [-1.87(-7-3.3)]	-0±2.69 [-1.4(-11.7-0)]	>0.05
VT	-7.1±3.52 [-6.2(-17-0)]	-7.1±4.4 [-7.18(-16.6-4.7)]	>0.05	-7.1±5.47 [-5.79(-18.9-7.1)]	-4.7±3.47 [-4.8(-11.8-2.4)]	>0.05
SF	-16.3±8.24 [-13.4(-27.2-8.2)]	-16.3±8.58 [-13.3(-32.6-5.5)]	>0.05	-10.9±9.16 [-12(-38-0)]	-10.9±9.19 [-8.73(-27.2-29.9)]	>0.05
RE	-31.6±12.4 [-22.3(-31.6-0)]	-31.6±11.4 [-24.7(-31.6-10.6)]	>0.05	0±15.3 [-13.3(-31.6-21)]	-10.6±13.9 [-12.7(-31.6-3.9)]	>0.05
MH	-6.8±4.09 [-7.54(-19.9-0)]	-9.1±4.82 [-8.02(-20.4-2.3)]	>0.05	-6.9±5.13 [-6.39(-13.6-4.5)]	-4.6±4.45 [-5.49(-13.6-2.3)]	>0.05
PCS	-12.1±4.81 [-10.5(-21.3-1.2)]	-12.2±9.57 [-9.3(-24.9-38.5)]	>0.05	2.95±3.78 [3.72(-1.5-16.1)]	1.7±3.50 [3.03(-4.4-8)]	>0.05
MCS	-15±5.31 [-13(-19.3-0.4)]	-15±5.68 [-14.6(-27.5-2)]	>0.05	-11.6±9.13 [-13.6(-33.6-2.30)]	-10.9±7.33 [-11.6(-26.6-1.1)]	>0.05
Wd1	8.33±9.92 [8.23(-25-25)]	8.33±8.02 [9.18(-4.17-25)]	>0.05	4.16±7.93 [6.20(0-25)]	0±6.77 [2.54(-16.67-25)]	<0.05
Wd2	15±10.1 [12.07(0-25)]	20±10.87 [14.89(-5-30)]	>0.05	0±2.19 [0.61(0-10)]	0±4.67 [1.09(-10-25)]	>0.05
Wd3	0±10.53 [5.64(-6.25-25)]	0±15.99 [10.58(-6.25-50)]	>0.05	0±0 [0(0-0)]	0±5.14 [0.91(-12.5-25)]	>0.05
Wd4	5±8.94 [7.07(-15-30)]	15±9.57 [12.75(0-35)]	<0.05	5±8.20 [5.91(-20-35)]	10±5.91 [10(0-25)]	<0.05
Wd5	37.5±18.64 [33.84(-31.25-75)]	25±18.55 [23.4(-25-50)]	<0.01	50±20.25 [44(0-75)]	25±20.72 [22.4(0-68.75)]	<0.001
Wd6	28.12±10.18 [25.68(3.13-53.13)]	28.12±5.69 [27.86(15.63-40.63)]	>0.05	9.37±5.63 [8.92(-3.13-18.75)]	9.37±6.80 [10.51(-6.25-28.13)]	>0.05
Wdtotal	15.62±5.65 [15.89(2.34-28.91)]	15.62±5.82 [17.26(7.81-32.03)]	>0.05	10.15±3.89 [9.91(0-19.53)]	7.81±4.29 [7.75(0.78-19.53)]	<0.01

4.2.4.1. SF-36

Kadın hastalarda ameliyat türleri arasında fark yokken kadın hastaların eşleri arasında ameliyat türleri arasında fark saptanmıştır. SF-36 anket puanlarından VT, SF, RE, MH ve MCS puanlarında farklılık saptanmıştır. Eşi APR ameliyatı

yapılanlarda bu puan türlerinde ameliyat öncesi döneme göre daha fazla düşüş olmuştur.

Erkek hastalarda geçirilen ameliyat RP, GH ve MH puan türleri açısından farklılık yaratmıştır. APR ve AAR ameliyatları sonrasında sol kolon rezeksiyonuna göre RP, GH ve MH puan türlerinde daha fazla düşme olmuştur. Erkek hastaların eşleri incelendiğinde eşi sol kolon rezeksiyonu yapılan kişilerde MCS puan türünde daha az düşme saptanmıştır.

Hasta ile eşi arasındaki korelasyona bakıldığında; APR ameliyatından sonra PCS puanı açısından eşler arasındaki değişim ters yöndeyken AAR ve sol kolon rezeksiyonu ameliyatından sonraki değişim aynı yönde bulunmuştur. APR ve sol kolon rezeksiyon ameliyatından sonraki MCS puanındaki azalma eşler arasında korelasyon gösterirken, AAR ameliyatından sonra ise ilişki saptanmamıştır.

Cinsiyet açısından korelasyona bakıldığında; APR ameliyatı yapılan erkek hastaların eşlerinde de MCS puan türünde azalma görülürken, APR ameliyatı yapılan kadın hastalarda ise MCS puan türünde azalma olmasına rağmen eşlerinde bu yönde bir değişim olmamıştır.

Sol kolon rezeksiyon ameliyatı için her iki cinste de aynı yönde etkilenme olurken AAR ameliyatından sonra eşler arasında değişim açısından bir ilişki saptanmamıştır

SF-36 puan türlerinde hastalar ve hasta eşleri arasında cinsiyet açısından fark bulunmamıştır.

4.2.4.2. WHO –DAS

Kadın hastalarda WHO-DAS anket puanlarından Wd1, Wd4 ve Wd6 puanlarında ameliyat türleri açısından farklılık saptanmıştır. AAR ve APR ameliyatlarından sonra Wd1 ve Wd4 puanlarındaki artış (=olumsuz etkilenme) sol kolon rezeksiyonuna göre daha fazla olmuştur. Yine APR ameliyatından sonra Wd6 puan türündeki artış diğer iki ameliyat türüne göre daha fazla olmuştur.

Kadın hastaların eşleri incelendiğinde Wd4, Wd5, Wd6 ve Wd total puan türlerinde ameliyat türleri açısından fark saptanmıştır. Eşi APR ameliyatı yapılan hastaların Wd4 ve Wd6 puan türlerinde daha fazla artış saptanmıştır. Wd5 puan türünde ise her üç ameliyat türü de birbirinden farklılık göstermektedir. En az etkilenme sol kolon ameliyatından sonra olmuştur. Wd total puan türünde de yine sol kolon rezeksiyonu ameliyatı farklılığı yaratan olmuştur.

Erkek hastalarda Wd3, Wd4, Wd6 ve Wd total puanlarında ameliyat türleri açısından fark saptanmıştır. Bu farklılığı yaratan Wd3 ve Wd4 te sol kolon rezeksiyonu iken Wd6 da APR ameliyatıdır. Wd total puan türünde ise her üç ameliyat türü birbirinden farklılık göstermektedir.

Erkek hasta eşlerinde WHO-DAS puanlarında ameliyat türleri açısından farklılık saptanmamıştır.

Hastalar ile eşler arasındaki korelasyona bakıldığında her üç ameliyat türü için de Wd total puandaki değişim eşler arasında aynı yönde korelasyon göstermektedir.

Cinsiyet açısından korelasyona bakıldığında; APR ameliyatı yapılan erkek hastaların eşleri de bu durumdan olumsuz etkilenirken (Wd total puanı açısından) kadın hastaların eşlerinde yaşam kalitesindeki bozulma açısından bir korelasyon bulunmamıştır.

AAR ve sol kolon rezeksiyonu ameliyatlarından sonraki olumsuz değişim açısından hasta ve eşler arasında korelasyon saptanmıştır.

Wd4 ve Wd5 puan türlerinde erkek ve kadın hastalar arasında fark var: Ameliyattan sonra kadın hastalar daha olumsuz etkilenmişler. Hasta eşlerine bakıldığında ise Wd1, Wd4, Wd5 ve Wd total puanlarında fark saptanmış ve buna göre erkek hastaların eşleri ameliyat sonrası dönemde daha olumsuz etkilenmişlerdir.

4.2.4.3. Kolorektal Cerrahi Anket Formu

Hasta ve eşlerinin ameliyat sonrası eski yaşantılarına ve işlerine dönme süreleri açısından incelendiğinde cinsiyet açısından fark saptanmazken ameliyat türleri açısından fark bulunmuştur. APR ve LAR yapılan hasta ve eşlerinde bu süreler daha uzun bulunmuştur (6 ay ve 1-3 ay).

Hasta ve eşlerinin cinsel hayatları sorgulandığında; erkek hastaların %59,2 kadın hastaların ise %36.6 sında ameliyat öncesine göre değişiklik olmuştur.(cinsel yaşantısı varken yok olma durumu)Ve bu değişiklik en fazla APR ve LAR ameliyatından sonra görülmüştür (%66,7 ve %23.3).

Hasta eşleri açısından incelendiğinde ise kadın hastaların eşlerinde cinsel hayatın olumsuz etkilenme yönündeki değişim daha fazla saptanmıştır. Ameliyat türleri arasından da eşi APR ve LAR yapılan kadın hastaların eşlerinin cinsel hayatı daha olumsuz etkilenmiştir.

Erkek hastaların her iki kontrolde de stomalarını çoğunlukla (%61.3) eşlerinin değiştirdiği, kadın hastaların ise çoğunluğunun (birinci kontrolde %88.2, ikinci kontrolde %94.1) stomalarını kendilerinin değiştirdiği saptanmıştır.

Stoma torbasını kendi değiştirenlerin, eşlerini torba değişimi konusunda teşvik edip etmedikleri sorulduğunda, her iki kontrolde de çoğunluğunun (%95) bu konuda eşleriyle hiç konuşmadıkları belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Kolorektal kanser cerrahisinin özellikle de kalıcı ya da geçici olarak açılan stomanın hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (129).

Fakat beraber yaşayan hasta eşlerinin yaşam kalitesi ve hastanın yaşam kalitesi ile korelasyonu hakkında yapılmış bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda hasta eşlerinin yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Kolorektal kanser cerrahisi dışında tek başına kanser tanısını almış olmak bile hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur.

Kanserin, bireyin geleceğe dair planlarına, ümitlerine, hedeflerine, yaşam tarzına olan etkisi değerlendirilmelidir. Giderilemeyen ağrılar, öz bakım aktivitelerini yapmada yetersizlik, kanser tedavisinin yan etkileri ve uzun süre hastanede kalmayı gerektirmesi hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler.

Yaşam kalitesinin arttırılabilmesi için bu hastaların özel ihtiyaçlarının belirlenmesi mutlaka gereklidir.

İnsanlar stres yaratan durumlarla karşılaştıklarında etrafındakilerden gerekli sosyal desteği alabildikleri zaman savunma mekanizmalarını daha iyi kullanarak olaylara pozitif bakabilmektedir. Bireye, duygusal sorunlarıyla baş edebilmesi için psikolojik kaynaklarını harekete geçirmede yardımcı olan, ona gerekli para veya materyali sağlayarak ya da beceri, bilgi ve öğüt vererek, karşılaştığı kaygı yaratan durumlarla baş etmesine yardımcı olan ve bireyin görevlerini paylaşan yakınlarından aldığı destek olarak tanımlanan sosyal desteğin kanser hastaları için büyük önemi vardır (127).

Birçok kanser hastası, arkadaşları ve ailesiyle olan ilişkilerindeki değişiklikler nedeniyle psikososyal sorunlar yaşamaktadır. Sağlık koşullarının giderek bozulduğu, sıkıntıların süreklilik kazandığı ve hastalıkla ilgili kaygı yaratan koşulların arttığı göz önüne alındığında, kişilerin desteğe daha çok gereksinim duyar hale geldiği aşıkardır.

Gereksinim duyulan bu destek bireye öncelikle yakın çevresi tarafından sağlanmaktadır. Kanseri hastalarının sosyal destek alabileceği kişileri, verdikleri etkili sosyal destek türüne göre seçtikleri ve bu şekilde verilen sosyal desteğin daha etkili olduğu saptanmıştır. Mesela hastalar, hastalıklarıyla ilgili bilgilendirme ve bakım desteğini sağlık personelinin almayı tercih ederken, ihtiyaç duydukları duygusal desteği ailelerinden almayı tercih etmektedir (128).

Kanser hasta için olduğu kadar onun ailesi, arkadaşları ve yakın çevresi içinde başa çıkılması zor bir olaydır. Hastaları ve ailelerini, tanının konulmasından itibaren her aşamada farklı ruhsal çöküntülere sürüklemekte ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Kanseri hastaların ailelerinde duygusal tepkiler, ekonomik sorunlar ve rol değişimleri ile belirginleşen sosyal birçok kriz yaşanır (130). Kolon ve rektum tümörleri nedeniyle yapılacak olan cerrahi girişimler major girişimlerdir. Bu ameliyatlardan sonrasında fiziksel, psikolojik ve sosyolojik olarak hastaların yaşam kaliteleri değişmektedir. Bu nedenle olguların bireysel olarak ve bakımını üstlenen kişilerin (genellikle eşleri) iyi olma hallerinin önemi toplum içinde giderek artmaktadır.

Modern cerrahi tekniklerdeki ilerlemeler ile distal rektum tümörü nedeniyle radikal eksizyon yapılan çoğu hastada cerrahlar barsak devamlılığını sağlayabilmekte ve fekal kontinansı koruyabilmektedir. Bununla birlikte aşağı rektum yerleşimli tümör nedeniyle kür için rektum ve sfinkter kasları rezeke edilen bazı hastalarda stoma gereksinimi ortaya çıkmaktadır.

Kolorektal kanser cerrahisi sonrasında özellikle de kalıcı ya da geçici stoma açılan APR ve LAR ameliyatlardan sonra hastaların temel gereksinimlerinin karşılanmaması, beden imgesinin değişmesi, günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği, kronik yorgunluk, bitkinlik, seksüel fonksiyonlarda bozulma, gelecek ile ilgili kaygılar vb nedenlerle yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir.

Stomalı hastalar hoş olmayan koku çıkarma ve bu kokunun çevredeki kişiler tarafından duyulacağı endişesi taşırlar. Gaz çıkışının kendi kontrolleri dışında olması utanma duygusuna yol açarken, yapılan araştırma sonuçları gazın sesi ve kokusunun sosyal izolasyona neden olduğunu göstermektedir (85). Bizim çalışmamızda da

stoma ile yaşıdıktan sonra hastaların ve eşlerinin en çok rahatsızlık duydukları durumların gürültülü gaz çıkarma, ishal, torba değişimi sırasında yer sorunu, kabızlık, koku olması, stoma etrafında dermatolojik şikayetler, vücudunda fazlalık hissi olduğu saptanmıştır.

Yapılan bir çalışmada beden görünümünde değişimin algılanma düzeyinin ostomili yaşama uyumda önemli bir belirleyici olduğu bildirilmiş ve başarılı bir uyum için hastanın yeni fiziksel özelliklerini sağlıklı bir beden algısı ile bütünleştirebilmesine destek olabilecek psikolojik yardım almasının ve kendi başına bakım için yeterli bilgi ile donatılmış olmasının gerekliliği vurgulanmıştır (99). Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre hastalar ameliyattan sonra eski yaşam kalitelerine 6 aydan uzun sürede kavuşurken, çalışanların iş yaşantılarına dönme süresi ortancası 1-3 ay olarak bulunmuştur. Hastalar, ameliyat sonrasında aynı işe geri döndüklerini ama çalışma sürelerinin azaldığını belirtmişlerdir. Ameliyat sonrası birinci kontrolde, ameliyatın yaşamda ne tür değişikliklere neden olduğu sorgulandığında, 44'ünün (%48.9) aile ilişkileri, 33'ünün (%36.7) sosyal aktiviteler, 5'inin (%5.6) evlilik hayatı, 4'ünün (%4.4) çalışma hayatı etkilenmiştir. Hasta eşleri için de sonuçlar benzer bulunmuştur.

Mevcut makale ve yayınlar, stomalı erkeklerin ve kadınların stoma ve torbanın görünüşü, dışkı sızıntısı, koku, ses, cinsel ilişki sırasında torbanın açılması, eşleri tarafından reddedilmekle ilgili ortak korkular yaşadıklarını yazmaktadır (113, 107, 112, 109).

Ostomi sonrasında hastaların tümünün cinsel çekiciliklerinin azaldığına inandıklarını saptamıştır (116).

Bu bulguyu destekleyen bir başka araştırmada Salter ostomi hastalarının kendilerini cinsel olarak daha az çekici hissettiklerini, oysa eşlerinin cinsel çekiciliklerini kaybettiği fikrini paylaşmadıklarını tespit etmiştir (117).

Gloeckner, tarafından 40 ostomi hastasının retrospektif çekicilik algısının değerlendirildiği bir çalışmada; hastaların yaklaşık olarak yarısında, cinsel çekicilikle

ilgili duyguların ameliyattan sonraki ilk bir yılda azalmış olduğu ve daha sonra zamanla düzelme gösterdiği bildirilmiştir (122).

Bizim çalışmamızda hasta ve eşlerinin cinsel hayatları sorgulandığında; erkek hastaların %59,2 kadın hastaların ise %36,6'sında ameliyat öncesine göre değişiklik olmuştur. (cinsel yaşantısı varken yok olma durumu) ve bu değişiklik en fazla APR ve LAR ameliyatından sonra görülmüştür(%66,7 ve %23.3).Hasta eşleri açısından incelendiğinde ise kadın hastaların eşlerinde cinsel hayatın olumsuz etkilenme yönündeki değişim daha fazla saptanmıştır. Ameliyat türleri arasından da eşi APR ve LAR yapılan kadın hastaların eşlerinin cinsel hayatı daha olumsuz etkilenmiştir. Ameliyat öncesi cinsel hayatı olan hastaların, ameliyattan sonra birinci kontrollerinde %62'sinin, ikinci kontrolde de %47.9'unun cinsel hayatının değiştiği görülmüştür ($p<0.01$). Aynı 71 hastaya cinsel yaşamlarındaki memnuniyetleri sorulduğunda birinci kontrolde “hiç mutlu olmadıklarını”, ikinci kontrolde “ara sıra mutlu olduklarını” belirtmişlerdir. Yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.001$).

Her iki kontrolde de cinsel yaşamının değiştiğini ifade eden hastalara, bu değişikliğinden kimden kaynaklandığı sorulduğunda, her iki kontrolde de çoğunluğunun (%60.7 ve %64.3) her ikisinin isteksizliğinden kaynaklandığı belirlenmiştir. Bunun yanında sırasıyla birinci ve ikinci kontrollerde hastaların %32.1 ve %25'i değişikliğin kendisinden kaynaklandığını, %7.1 ve %10.7'si de stomasının eşini rahatsız ettiği için bu değişikliğin meydana geldiğini belirtmişlerdir.

Benzer inceleme hastaların cinsiyetleri bazında yapıldığında, erkek hastaların sırasıyla birinci ve ikinci kontrollerde %36.8'i ve %31.6'sı; kadın hastaların sırasıyla %22.2'si ve %11.1'i stoması eşini rahatsız ettiği için cinsel hayatlarının değiştiğini belirtmişlerdir.

Her iki kontrolde de cinsel yaşamının değiştiğini ifade eden hasta eşlerine, bu değişikliğinden kimden kaynaklandığı sorulduğunda(Soru 18), her iki kontrolde de çoğunluğunun (%57.1 ve %61.9) her ikisinin isteksizliğinden kaynaklandığı belirlenmiştir. Bunun yanında sırasıyla birinci ve ikinci kontrollerde hasta eşlerinin %33. 3 ve %28. 6'i değişikliğin hastadan (kendini itici hissetmesinden)

kaynaklandığını, %9.5 ve %9.5'i de hastanın stomasının kendisini rahatsız ettiği için bu değişikliğin meydana geldiğini belirtmişlerdir.

Benzer inceleme hastaların cinsiyetleri bazında yapıldığında, erkek hasta eşlerinin %11.1'i (birinci ve ikinci kontrolde) kadın hasta eşlerinin ise %8.3'ü (birinci ve ikinci kontrollerde) stomadan duydukları rahatsızlık nedeniyle cinsel hayatlarının değiştiğini belirtmişlerdir.

Bizim çalışmamızda ameliyatın akraba, eş, dost ziyareti, yatılı misafirlğe gitme, tatil- seyahatler, spor aktiviteleri, sinema–tiyatro gibi sosyal hayata etkileri incelendiğinde hastaların ve eşlerinin, ameliyat sonrası dönemde ameliyat öncesine göre olumsuz etkilendiği saptanmıştır.

Ostomi ameliyatı cinsel işlev, beden algısı, benlik saygısı, eş uyumu gibi ruh sağlığı açısından önemli alanlarda bozulmaya yol açmaktadır. Tüm bu olumsuzluklar hastalar kadar eşlerini de etkilemekte ve onların yükünü daha da ağırlaştırmaktadır. Hem eşlerinin hem de kendi duygusal gerginlik, yorgunluk ve depresyonlarıyla da uğraşmak zorundadırlar. Hastalar bağımsızlıklarını, işlerini, eski rollerini ve sağlıklarını kaybederken; eşler birçok kaybın yanı sıra bir de hastayı kaybetme olasılığı ile karşı karşıya kalmaktadır (4).

Eşlerin yaşam kalitesine etki eden değişkenlerin tüm boyutları ile saptanması önemlidir. Zira bakımdan sorumlu eşin yaşam kalitesi bozukken hastanın yaşam kalitesini düzeltmek çok daha zordur. Hastaya bakım vermekle sorumlu en büyük destekçisinin eş olduğu gerçeğini dikkate alarak birtakım önlemler alınmalı stratejiler geliştirilmelidir. Hastalar ve eşleri ameliyat sonrasında karşılaşılabilecekleri zorluklar ve bunlarla nasıl başa çıkabilecekleri konusunda aydınlatılmalıdırlar. Hastanın bakımında önemli bir rol üstlenen eşlerin de hastalar gibi tedavi ekibiyle iyi iletişim içinde olması gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda, stomalı bireylerde yeni beden imajlarına uyumun ve beklenen düzeyde iyileşmenin ameliyat öncesi ve sonrası hastaya ve ailesine verilen eğitim ile paralel gelişim gösterdiği saptanmıştır. Hastalığa uyumunun en üst düzeyde gerçekleşmesinin hastaya ve eşine uygulanacak hemşirelik bakımı ve eğitimi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.

Ameliyat öncesi dönemden başlayarak, hastanın ve ailesinin olaya hazırlanması ve ameliyat sonrası olumlu yaklaşımların bireylerin başa çıkma mekanizmalarını daha iyi kullanmalarını ve daha iyi uyum göstermelerini sağlamaktadır. Hastanın stoma bakım hemşiresi ile terapötik ilişki geliştirmesi, öz bakım bakım yeteneğini kazanması, beden imajına uyum sağlamada ve ameliyat sonrası yaşam kalitesinin artırılmasında temel unsurlardan olduğu literatürde belirtilmektedir Stoma terapi hemşireleri, stoma hastalarının değişmiş kişiliklerine uyum sağlamalarına, onları deneyimleri ve korkuları hakkında konuşmaya teşvik ederek ve dinlemeye zaman ayırarak yardımcı olabilirler.

Hastaya özbakım yeteneklerinin kazandırılması, bağımsızlığını yeniden kazanmasında ve beden imajına uyumunda önemli bir role sahiptir (131,95).

Diğer kanser türleri ile ilgili araştırmalar eşlerin duygusal baskı ve yaşam kalitesinde azalma açısından risk altında olduğunu göstermiştir (133).

Araştırmalar eğer hasta olan eş duygusal gerginlik yaşıyorsa partnerinin de duygusal gerginlik yaşadığını göstermiştir (134).

Ameliyat öncesi ve sonrası bilgilendirmenin, hastanın ameliyat ve sonuçları ile ilgili korkularının azalmasına yardım ederek, ameliyat sonrası dönemde hastanın yaşayacağı uyumda artış sağlayabileceği gösterilmiştir (135).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Stomalı hastaların tedavisinin yapıldığı hastanelerde; multidisipliner yaklaşımla, tedavi gruplarına konu ile ilgili eğitimi ve bilgi birikimi olan hemşire, psikolog ve psikiyatristlerin de dahil edilmesiyle enterostomal bakım ünitelerinin hizmet vermesi temel alınmalıdır.

Hastaların ve ailenin ameliyat öncesi ve sonrasında profesyonel destek almalarının sağlanmalıdır. Hasta taburcu olmadan, taburcu olduktan sonra belirli aralıklarla kontrole çağrılarak veya evde bakım hizmetleri kapsamında hasta ve yakınlarına bu hizmet verilmelidir.

Stoma bakımında hemşirelerin almaları gereken rol ve sorumluluklara hazırlanmalarının sağlanması, hemşirelerin temel ve mezuniyet sonrası eğitimlerinde bu konulara yer verilmesi,

Ülkemizde eğitilmiş enterostomal eğitim hemşirelerinin yetiştirilmesi ve bu hemşirelere bununla ilgili olarak mezuniyet sonrası eğitim kursları düzenlenmesi sağlanmalıdır.

Hastalarda olası psikiyatrik problemlerin erken tanısı ve psikolojik destek almaları konusunda yönlendirmenin yapılması,

Hastaların hastaneden taburcu olduktan sonrada karşılaştıkları fiziksel, psikolojik sorunların çözümüne ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sürdürülmesi,

Stoma hastalarının kayıtlarının tutulması ve yaşam kalitelerinin izlenmesi önerilmelidir.

7.ÖZET

Kolorektal Cerrahi Sonrası Hasta Eşlerinin Yaşam Kalitesi

Kolorektal kanser cerrahisinde her ne kadar sfinkterleri koruyarak yaşam kaliteleri arttırılmaya çalışılsa da bazı hastalarda tam kür için sfinkterler korunamaz ve kalıcı stoma oluşturulur. Yapılan çalışmalar kalıcı stomalı hastaların yeni anatomiye adapte olma, stoma bakımı, normal sosyokültürel aktivitelerine devam edememe gibi pek çok problemle karşılaştıklarını ortaya koymuştur. Hastalar bu nedenlerden dolayı kendilerini sadece toplumdan değil ailelerinden de soyutlayabilmektedir. Bu yüzden bu çalışmanın hipotezi şudur: Kalıcı stoma ile yaşamak sadece hastaların yaşam kalitelerini (fiziksel, sosyalve psikolojik olarak) değil ayrıca hastaların eşlerinin de yaşam kalitesini etkileyebilir. Bu çalışmanın amacı kolorektal kanser cerrahisi sonrasında hasta ve hasta eşlerinin yaşam kalitesini araştırmaktır.

Bu çalışma için Ankara Üniversitesi Etik Kurul Komitesinden onay alındı.

AÜTF genel cerrahi servisinde 2006-2010 yılları arasında sol kolon ve rektum tümörü nedeniyle sol hemikolektomi /anterior rezeksiyon, low anterior rezeksiyon ve abdominoperineal rezeksiyon yapılan 90 hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya dahil edilme kriterleri şunlardı: Kolorektal adenokanser için küratif cerrahi, başka bir primer tümör bulunmaması, hemşire bakımını veya hastanede yatmasını gerektiren ek bir sağlık sorununun olmaması, araştırma süresince başka nedenlerle hastanede yatmamış olması, eşi ile beraber yaşıyor olması. Uygun hasta ve eşlerine ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası iki kez olmak üzere yaşam kalitelerini sorgulayan anketler (SF 36 yaşam kalitesi ölçeği, WHO-DAS II formu ve kolorektal kanser cerrahisi formu) uygulandı.

Çalışmaya dahil edilen popülasyonun demografik özellikleri değerlendirildiğinde, 90 hastanın 49'u (%54.4) erkek 41'i (%45.6) kadındır. Olguların yaşları 28 ile 83 yıl arasında değişmekte olup ortalama ($\pm$ standart sapma) yaş 56.9 $\pm$ 12.6 yıldır.

Çalışmaya dahil edilen 90 hasta eşinin 39'u(%43.3) erkek 51'i (%56.7) kadındır. Olguların yaşları 26 ile 85 yıl arasında değişmekte olup ortalama ($\pm$ standart sapma) yaş 56.2 $\pm$ 12.4 yıldır.

Kolorektal kanser cerrahisi sonrasında yaşam kalitesini en olumsuz etkileyen ameliyat türü APR'dir. Kolorektal cerrahi özellikle de abdominoperineal rezeksiyon sadece hastaların değil eşlerinin de yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu etkiler arasında cinsiyetler açısından fark vardır.

Kolorektal kansere bağlı yapılan ameliyatlarda geçici veya kalıcı stoma açılması hasta olarak erkeklerin, eş olarak ise kadınların yaşam kalitesini daha olumsuz etkilemektedir.

Stoma bakımının eşi tarafından yapılmasını isteyen hastaların önemli bir kısmını erkekler oluşturmaktadır (Erkek hastaların %61,3'ü) ve bu durum kadın eşlerin yaşam şeklini önemli ölçüde bozmaktadır.

Ayrıca kalıcı veya geçici stomanın hasta ve eşlerinin cinsel hayatlarını da olumsuz etkilediği saptanmıştır. Erkek hastalar ve erkek eşlerin cinsel hayatları kadınlara göre daha olumsuz etkilenmiştir. Erkek eşlerin %61'inde eşlerinin ameliyatından sonra stomayı itici bulduğu için cinsel hayatları olumsuz olarak etkilenmiştir.

Sonuç olarak hastanın kolostomisinin olması hasta eşlerinin sosyal ve cinsel hayatlarını etkilemektedir. Bu durum ameliyat öncesi dönemde hastalarla yapılan görüşmelerde dikkate alınmalıdır. Bu yüzden cerrahi sonrası gelişebilecek problemler hakkında preoperatif dönemde yapılan görüşmeler sadece hastaları değil aynı zamanda hasta eşlerini de içermelidir.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, abdominoperineal rezeksiyon, yaşam kalitesi, hasta eşleri

8. SUMMARY

The Patient's Spouses Quality Of Life After Colorectal Surgery

In colorectal surgery we try to increase quality of life by preserving sphincter, sometimes because of total cure the sphincter cannot be saved and a permanent stoma is needed. Research has demonstrated that patients requiring a permanent stoma may face problems including adapting to the new anatomy, managing the stoma, and continuing normal activities in their sociocultural environment. Because of these issues, patients may exclude themselves not only from society but also from their families. Therefore, we hypothesized that living with a permanent stoma affects not only the patient's physical, social, and psychological aspects of lifestyle but also the quality of life (QoL) of the patient's spouse. The goal of the present study was to evaluate the QoL of spouses whose partners had undergone colorectal surgery for left colon and rectum cancer. The University of Ankara Ethics Committee approved this study. The study consisted of all spouses whose partners were diagnosed with left colon and rectal carcinoma and who had undergone left hemicolectomy, anterior resection and abdominoperineal resection at the University of Ankara Department of Surgery between 2006 and 2010. To be eligible, patients had to meet the following inclusion criteria: (1) curative surgery for rectal adenocarcinoma, (2) no other primary malignant tumors, (3) no additional complicating or disabling disease that necessitated nursing help (e.g., mental illness), (4) at least 1 year follow-up from the time of surgery to entrance into the study, (5) no chemo-radiotherapy within the previous 4 months, (6) no admittance to a hospital during the study period for any other reasons, (7) patient and spouse living in the same house, (8) spouse without any disabling disease, and (9) patient free of clinical evidence of disease recurrence. Eligible couples were asked about their quality of life with short form 36, WHO-DAS II and colorectal surgery survey as preoperative and postoperative.

41 female and 49 male patients, 39 male and 51 female patient spouses are included the study. The mean age of the patients and their spouses was 56.9 (28-83) and 56.2 (26-85). Abdominoperineal resection affects more negatively quality of life than low anterior resection and left hemicolectomy/ anterior resection. The main finding of the present study is that living with a permanent stoma not only affects the patient but also negatively affects a spouse's physical, social, and psychological aspects of lifestyle. Significant differences between male and female spouses were recorded with regard to stoma management and sexual life.

In colorectal surgery permanent or temporary stoma affects negatively males' quality of life as a patient but it affects negatively females' quality of life as a spouse

The majority of the patients who wanted their colostomy care managed by their spouses were men. (%61.3 of the male patients) This situation significantly impairs the lifestyle of female spouses.

It has been documented that sexual life is also affected negatively in patients with permanent stoma. In the present study, sexual life was affected in most of the couples after the colostomy was placed. Male patients and male spouses were significantly affected negatively than female patients and spouses after the surgery. 61% of the male spouses who did not continue to have sexual relations with their partners did so because they found the colostomy repulsive.

As a conclusion in a patient with a colostomy, the social and sexual aspects of the life of the patient's spouse are affected. This observation needs to be taken into account when patients are preoperatively counseled. Therefore, preoperative counseling regarding the possible problems after surgery should not only include the patient but also the spouse.

Key Words: Colorectal surgery, Abdominoperineal resection, Quality of life, Patient's spouses

9. KAYNAKLAR

1. Jemal A, Murray T, Samuels A, Ghafoor A, Ward E, Thun MJ. Cancer statistics, 2003. CA Cancer J Clin. 2003 Jan-feb;53(1):5-26.
2. Greenlee RT, Hill-Harmon MB, Murray T, Thun M. CA Cancer J Clin.2001 Jan-feb;51(1):15-36.
3. Kanser istatistikleri 29 Kasım 2004. www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/apk/2001/092.html
4. Çakmak A. , Aylaz G. , Kuzu M. A. Permanent Stoma Not Only Affects Patients' Quality of Life but also That of Their Spouses World J Surg 2010 ; 4:2872– 2876
5. Vasen HFA, Wijnen JT, Menko FH, et al. Cancer risk in families with hereditary nonpolyposis colorectal cancer diagnosed by mutation analysis. Gastroenterology 1996; 110:1020-7
6. Willet WC. Goals for nutrition in the year 2000. CA Cancer J Clin 1999; 49: 331-52
7. Giovannucci E, Ascherio A, Rimm EB, et al. Physical activity, obesity, and risk for colon cancer and adenoma in man. Ann Intern Med 1995; 122:327-34.
8. Desai DC, Neale KF, Talbot IC, et al. Juvenile polyposis. Br J Surg 1995; 82: 14-7
9. Spigelman A, Murray V, Phillips R. Cancer and the Peutz-Jeghers Syndrome. Gut 1989; 30: 1588
10. Ekblom A, Helmick C, Zack M, et al. Ulcerative colitis and colorectal cancer: a population based study. N Eng J Med 1990; 323:1228-33.
11. Ekblom A, Helmick C, Zack M, et al. Increased risk of large bowel cancer in Crohn's Disease with colonic involvement Lancet 1990; 336:357-9.
12. Rosen P, Fireman Z, Figer A, et al. Colorectal tumor screening in women with a past history of breast, uterine or ovarian malignancies. Cancer 1986; 57: 1235-9.

13. Kalble T, Tricker AR, Friedl P, et al. Ureterosigmoidostomy: Long-term results, risk of carcinoma and etiological factors for carcinogenesis. *J Urol* 1990;144:1110-4.
14. Otchy DP, Nelson H. Radiation injuries of the colon and rectum. *Surg Clin North Am* 1993; 73: 1017-35.
15. Shelton AA, Wong WD. Colorectal cancer. In *Current Surgical Therapy*, Cameron SL (ed). St Louis, Mosby,1999;217-228.
16. Corman ML, Veidenheimer MC, Collier JA. Colorectal carcinoma: a decade of experience at the Lahey Clinic. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 477-9.
17. Steele GD, Mayer RJ. Adenocarcinoma of the colon and rectum. In *Surgery of the Alimentary Tract*, Zuidema GD. (ed). WB Saunders Company, 1991; vol 4,Chapter 11: 118-132.
18. Schrock TR. Large intestine. In *Surgical Diagnosis and Treatment*. Way LL (ed). Connecticut, Appleton&Lange.1994; 644-692.
19. Williams NS. Colorectal cancer: Epidemiology, Aetiology, Pathology, Clinical Features and Diagnosis. In *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*, Williams NS, Keighley MR(Eds), WB Saunders Company, 1993; Vol 1,Chapter 29: 830-886.
20. Go VLW. Carcinoembryonic antigen: clinical application. *Cancer* 1976; 37: 562-6.
21. Kapiteijn E, Marijnen CA, Colenbrander AC, Klein Kranenbarg E, Steup WH, van Krieken JH, van Houwelingen JC, Leer JW, van de Velde CJ. Local recurrence in patients with rectal cancer diagnosed between 1988 and 1992: a population-based study in the west Netherlands. *Eur J Surg Oncol.* 1998 Dec;24(6):528-35.
22. Phillips RK, Hittinger R, Blesovsky L, Fry JS, Fielding LP. Local recurrence following 'curative' surgery for large bowel cancer: II. The rectum and rectosigmoid. *Br J Surg.* 1984 Jan;71(1):17-20.
23. Van Driel MF, Weymar Schultz WC, van de Wiel HB, Hahn DE, Mensink HJ. Female sexual functioning after radical surgical treatment of rectal and bladder cancer. *Eur J Surg Oncol.* 1993;19(2):183-7.

24. Petrelli NJ, Nagel S, Rodriguez-Bigas M, Piedmonte M, Herrera L. Morbidity and mortality following abdominoperineal resection for rectal adenocarcinoma. *Am Surg*.1993; 59(7) : 400-4.
25. Moynihan BG. The surgical treatment of cancer of the sigmoid flexura and rectum: with special reference to the principles to be observed. *Surg Gynecol obstet* 1908; 6: 436-438.
26. Heald RJ, Husband EM, Ryall RD. The mesorectum in rectal cancer surgery- the clue to pelvic recurrence? *Br J Surg*. 1982; 69: 613-6
27. Kalaycı G. Kolon Kanserleri, Genel Cerrahi, Nobel Tıp Kitabevi İstanbul 2002;2: 1343-59
28. Füzün M; Rektum kanserinde lokorejyonel rekürrense yaklaşım. Kolon, rektum ve anüs hastalıkları 2002, 27-29.
29. Scrook T.R. Colon and Rektum: Diagnostic Techniques, Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract,1996; 4: 23-38.
30. Miller MJ, Kagan R, Rao AR, et al. An evaluation of efficacy of postoperative irradiation in rectal adenocarcinoma. *Am J Clin Oncol* 1993; 16(5):402-406.
31. Medical Research Council Rectal Cancer Working Party. Randomised trial of surgery alone versus surgery followed by radiotherapy for mobile cancer of the rectum. *Lancet* Dec 14,1996;348:1610-1614.
32. Romano G, Rotondano G, D'Alessandro V, et al. Pelvic recurrences following resection of rectal cancer; a multivariate predictive model. *Int Surg* 1997;82(1):67-71.
33. Rothenberg DA, Wong WD. Abdominoperineal resection for adenocarcinoma of the low rectum. *World J Surg* 1992; 16: 478.
34. Enker VE. Sphincter preserving operations for rectal cancer. *Oncology* Nov 1996; 1673-1689.
35. Stearns MW Jr. The choice among anterior resection the pullthrough and abdominoperineal resection of rectum. *Cancer* 1974; 34: 969-971.
36. Roos A, Rusnak C, Weinerman et al. Recurrences and survival after surgical management of rectal cancer. *Am J Surg* May 1999;177:392-395.

37. Paty PB, Enker WE, Cohen AM, et al. Treatment of rectal cancer by low anterior resection with coloanal anastomosis. *Ann Surg* 1994;219:365-373.
38. Reynolds J. The importance of mesorectum in the operative treatment of rectal cancer. *Br. J. Surg.* (accepted for publication)2011
39. Enker WE, Thaler HT, Cranor ML, et al. Total mesorectal excision in the operative treatment of carcinoma of the rectum. *J Am Coll Surg* 1995;181:335-346.
40. Heald RJ, Total mesorectal excision is optimal surgery for rectal cancer; A Scandinavian consensus. *Br J Surg* 1995;82(10):1297-1299.
41. Havenga K, Enker WE, Mc Dermott K, et al. Male and female sexual and urinary function after total mesorectal excision with autonomic nerve preservation for rectal cancer. *J Am Coll Surg* 1996;182:495-502.
42. McLeod RS. Symposium on rectal cancer; 2. Local recurrence after surgery for rectal cancer. *Can J Surg* 1997; 40: 353-357.
43. Dahl O, Horn A, Halvorsen JF, et al. Low dose preoperative radiation postpones recurrences in operable rectal cancer; Results of a randomized multicenter trial in Western Norway. *Cancer* 1990;66(11):2286-2294.
44. Tveit KM, Gulduog I, Hagen S, et al. Randomized controlled trial of postoperative radiotherapy and short term time-scheduled 5-FU against surgery alone in the treatment of Duke's B and C rectal cancer. *Br J Surg* 1997; 84: 1130-1135.
45. Tatarkiewicz W. Analysis of Happiness. PWN-Polish Scientific Publishers 1976; 3,356.
46. Campbell A. The Sense of well-being in America. Mac Graw Hill (Pub.), 1981, New York; 263
47. Campbell A. The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and satisfactions. Russe Sage (Pub.)1970, New York; 3; 224-227.
48. Bilgin N. Bireylerce algılanan şekliyle yaşam kalitesi. *Seminer* 3, 1985, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 1;18.

49. Atkinson T. Public perceptions of the quality of life. Perspective Canada III. Statistics Canada.1981, Ottawa, 253;228-235.
50. Flanagan J. C. Measurement of quality of life: Current state of the art. Arch Phys Med Rehabil 1982; 63: 56-59.
51. Campbell A. Subjective measures of well-being. Am Psychologist 1976; 31: 117-124.
52. Cox DR. Quality of life assessment: Can we keep it simple J R Statist Soc. 1992;155: 353-393.
53. Hanestad BR. Quality of life perceived difficulties in adherence to diabetic regimen and blood glucose control. Diabetic Med 1991; 8: 759-769.
54. Harry H. Measuring the quality of life: Why, how, what? Theor Med. 1991; 12: 97-116.
55. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 3: 18-26.
56. Akdemir L. Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İstanbul. SANERC Yayın Vehbi Koç Vakfı Yayınları. 2003: 18-21.
57. Tüzün E. Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum 2003; 2: 3-8.
58. Ganz PA. Quality of life and the patient with cancer. Cancer Supplement 1994; 74:1445- 1451.
59. Pınar R Diabetes Mellitus'lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi İstanbul. 1994 (Yayımlanmamış doktora tezi).
60. Fidaner H. Billington R. Eser E. Elbi H. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1999;7:6-10.
61. Akdemir L. Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İstanbul. SANERC Yayın Vehbi Koç Vakfı Yayınları. 2003: 18-21.

62. Şahin H. Eski bir kavram, yeni bir ölçüt: Yaşam kalitesi. Toplum ve Hekim 1997;12:40-46.
63. Fitzpatrick R. Quality of life measures in health care. Applications and issues in assesment BMJ 1992; 305: 1074-1077.
64. ICIDH-2: International Classification of Impairments, Activities and Participation. A mannual of Dimensions of Disablement and Functioning. Beta-1 draft for field trials. WHO, Geneva, 1997; 2-22.
65. Calman KC. Quality of life in cancer patients, an hypothesis. J.Med. Ethics 1984; 10: 124-127.
66. Talbot F. Nülmen A. A Review Of The Relationship Between Depression and Diabetes In Adults Diabetes Care 2000;23: 1556-1562.
67. The Quality of American Life. Perceptions, evaluations and satisfactions. Russel Soge Foundation, 1976, New York, 8;8-11.
68. The Quality of American Life. Michigan interuniversty consortium for political and social research, 1980, 66.
69. Fitzpatrick R. Quality of life measures in health care. Applications and issues in assesment BMJ 1992;305:1074-1077.
70. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 3: 18-26.
71. Arslan S.Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 6: 38-47.
72. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N. ve ark. SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. Ege Fizik Tedavi veRehabilitasyon Dergisi.1999, 12(2): 102-6.
73. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (KF-36).Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30: 473-483.
74. Reis N. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. İstanbulÜniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi İstanbul. 2003.(Yayımlanmamış doktora tezi).

75. Arslan S. Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 6: 38-47.
76. Junkin J., Beitz J.M., Colwell J.C.: Sexuality and the person with a stoma:İmplication for comprehensive WOC nursing practice.2005, 32(2) :121-128.
77. Alpar Ş, Sabuncu N, Karabacak Ü. Kolostomili bireylerin öfke ifade tarzlarının değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu 1999; 2: 5-267.
78. Kuzu MA, Topçu O, Uçar K, et al. Effect of sphinctersacrificing surgery for rectal carcinoma on quality of life in muslim patients. Dis Colon Rectum 2002; 45: 1359-1366.
79. Szczepkowski M Do we still need a permanent colostomy in XXI-st century? Acta Chir Iugosl, 2002, 49: 45-55.
80. Karadağ A, Menteş BB, Üner A: İmpact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. İnt JColorectal Dis,2003, 18: 234-238.
81. Blumenfield M, Tiamson MLA: Consultation Liasion Psychiatry,2003, s.69-71
82. Nugent K.P. Daniels P, Stewart B.S.R.N., Patankar R., Johnson C.D., M.Chir.:Quality of life in stoma patients. Dis Colon Rektum, 1999; 42(12):1569-1574.
83. Follick M.J. Smith T.W. Turk D.C. : Psychosocial adjustment following ostomy. Health Psychology, 1984, 3(6):505-517.
84. Pieper B, Mikos C. Grant T.R.D. : Comparing adjustment to an ostomy for threegrups. JWOC,1996, 23: 197-204
85. Persson E:Experiences of Swedish men and women 6 to12 weeks after ostomy surgery. JWOCN,2002, 29(2);103-106.
86. Colwell J.C. : Dealing with ostomies: Good care, good device, good quality of life. The Journal of Supportive Oncology, 2005, 3 (1) : 72-74.
87. Breeze J:Stoma care-an update. The Pharmaceutical Journal,2000, 256 : 823-826.

88. Sprangers M.A.G. Taal B.G, Aaronson N.K., Velde A.: Quality of life in colorectal cancer. *Dis Colon Rektum*, 1995, 38 (4): 361-369.
89. Corman M.L. : *Colon & Rectal Surgery*, Third Edition, J.B.Lippincott Company, Philadelphia, 1993, s.1077-1149.
90. Barr J.E. : Feature: Part 1: Assessment and management of stomal complications: A Framework for clinical decision making. *Ostomy/Wound Management*, 2004, 50 (9): 50-67.
91. Weerakoon P.: Sexuality and the patient with a stoma. *Sexuality and Disability*, 2001, 19(2) :121-129.
92. Black P. : Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*, 2000, 13 (12) : 692-697.
93. Bekkers M.J.T.M. Knippenberg F.C.E., Dulmen A.M., Burne H.W., Henegouwen, G.P.: Survival and psychological adjustment to stoma surgery and nonstoma bowel resection: A 4- year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 1997, 42(3) : 235-244.
94. O'Shea H.S. : Teaching the adult ostomy patient. *J WOCN*, 2001, 28;47-54.
95. Turnbull G.B. : The Ostomy Files: Sexuality after ostomy surgery. *Ostomy/Wound Management*, 2006, 52 (3):14 -16.
96. Ramer L.: Self- image changes with time in the cancer patient with a colostomy after operation. *Journals of ET Nursing*, 1992, 19:195-203.
97. Thomas C, Madden F, Jehu D (1987) Psychological effects of stomas-I. Psychosocial morbidity one year after surgery. *Psychosom Res*, 31: 311-6.
98. Thomas C, Madden F, Jehu D (1979) Psychosocial morbidity in the first three months following stoma surgery. *Fortschr Med*, Feb, 22; 97: 318-20.
99. Piwonka MA ve Merino JM: A multidimensional modelling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 1999, 26: 298-305.
100. World Health Organization (WHO). *Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals*. 1975, Geneva, 100:73-78.

101. Black P.K. : Hidden problems of stoma care. British Journal of Nursing,1994, 3: 707-711.
102. Turnbull G. B. : Sexual Counselling: The Forgotten sspect of ostomy rehabilitation. Journal of Sex Education and Therapy, 2001, 26(3):189-195.
103. Black P.K. : Hidden problems of stoma care. British Journal of Nursing, 1994, 3: 707-711.
104. Zmijewski H.C. : Sexual counseling by the ET nurse: If not you, then who? Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing,2002, 29: 184-185.
105. Sprunk E. : The Impact of an Ostomy on Sexuality. Clinical Journal of Oncology Nursing,1999, 4 (2) :85-88.
106. Weerakoon P. : Sexuality and the patient with a stoma. Sexuality and Disability, 2001, 19(2) :121-129.
107. Junkin J, Beitz J.M. Colwell J.C. : Sexuality and the person with a stoma: İmplication for comprehensive WOC nursing practice.2005, 32(2) :121-128.
108. Follick M.J. Smith T.W. Turk D.C. : Psychosocial adjustment following ostomy. Health Psychology, 1984, 3(6):505-517.
109. Padilla G.V., Presant C., Grant M.M. : Quality of life index for patients with cancer. Res Nurs Healt,1983, 6: 117-126.
111. Sprangers M.A.G.,Taal B.G. Aaronson N.K., Velde A.: Quality of life in colorectal cancer. Dis Colon Rektum, 1995, 38 (4): 361-369.
112. Follick M.J., Smith T.W., Turk D.C.: Psychosocial adjustment following ostomy.Health Psychology,1984, 3(6):505-517.
113. Weerakoon P. :Sexuality and the patient with a stoma. Sexuality and Disability,2001, 19(2) :121-129.
114. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 26: 298-305.
115. Eti Aslan F, Gürkan A, Şelimen D: Stomalı hastanın cinsel sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik yaklaşımları, I. Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyum basımı, İstanbul. Mart 2005, s. 32-34.

116. Persson E, Hellstrom AL: Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2002, 26: 298-305.
117. Salter M.: What are the differences in body image between patients with a convensional stoma compared with those who have had a conventional stoma folowed by a continental pouch? *Journal of Advanced Nursing*, 1992, 17: 841-848.
118. Persson E, Severinoss E, Hellstrom AL: Spouses' perceptions of and reactions to living with a partner who has undergone surgery for rectal cancer resulting in a stoma. *J Sex Marital Ther*, 1983, 9: 182-90.
119. Oberst MT, Scott DW: Postdischarge distress in surgically treated cancer patients and their spouses. *Res Nurs Health*, 1988, 11: 223-33.
120. MacDonald LD, Anderson HR: The health of rectal cancer patients in the community. *Eur J Surg Oncol*, Sep; 1985, 11: 235-41.
121. Ramer L. : Self-image changes with time in the cancer patient with a colostomy after operation. *JET Nurs*, Nov-Dec; 1992, 19: 195-203.
122. Gloeckner MR (1984) Perceptions of sexual attractiveness following ostomy surgery. *Res Nurs Health*, Jun, 1984, 7: 87-92.
123. Ito N., Tanaka M., Kazuma K., Colwell J.C.: Health-related quality of life among person living in Japon with a permanent colostomy, *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 2005, 32 (5):178-183.
124. Thomas C, Madden F, Jehu D. Psychological effects of stomas-I. Psychosocial morbidity one year after surgery. *Psychosom Res*, 1997, 31: 311-6.
125. Mac Donald L.D., Anderson H.R. : Stigma in patients with rectal cancer: A community study. *Journal epidemiol Community Health*, 1984, 38: 284-290
126. Black P. : Practical stoma care. *Nursing Standard*, 2000, 14(41): 47-53.
127. Aksüllü N. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5: 76-85.

128. Eylen B. Bilgi verici danışmanlığın kanser hastalarının ailelerinin sosyal destek becerileri üzerine etkisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitimde Psikolojik Hizmetler ABD, Doktora tezi Ankara, Ankara Üniversitesi 2001, 1- 10.
129. The Quality of Life after Rectal Excision for Low Rectal Cancer Williams NS, Johnston D. Br J Surg 1983;70:460-2.
130. Anuk D. Kanser, kanserli hasta, hasta ailesi ve tedavi ekibi etkileşimi. V. Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongresi “Uluslar arası Katılımlı”. 1998: 166-172.
131. Marguis P., Marrel A., Jambon B. : Quality of life in patients with stomas: The Montreux Study. Ostomy Wound Manage, 2003, 49 (2): 48-55.
132. Given B, Stommel M, Collins C, King S, Given CW. Responses of elderly spouse caregivers. Res Nurs Health 1990;13(2):77-85.
133. Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Mulder M, Sanderman R, van den Bos GA. Patterns of caregiver experiences among partners of cancer patients. Gerontologist 2000; 40(6): 738-746.
134. Northouse LL, Dorris G, Charron-Moore C. Factors affecting couples' adjustment to recurrent breast cancer. Soc Sci Med 1995; 41(1):69-76
135. Lavery I, Erwin-Toth P. Stoma therapy in Intestinal Stomas: Principles and Management, St Louis: Quality Medical Publishing, 1993, s. 60-84.

EKLER

ANKET FORMLARI

WHO-DAS özürölük değeriendirme formu Alanların Gözden Geçirilmesi

Görüşmemiz insanların sağıık durumları nedeniyle karşılaştıkları güçlüklerle ilgilidir (**1.kartı gösterin**). Sağıık durumları ile kısa veya uzun süren hastalıklar ve sağıık sorunlarını, yaralanmaları, ruhsal sorunları, alkol ve madde kullanımı ile ilgili sorunları kastediyorum.

Bazı sorular tekrarlanıyor olabilir, lütfen her sorulduğunda cevaplayınız.

Soruları cevaplarken tüm sağıık sorunlarınızı hatırlayın. Sizden bir faaliyeti sürdürürken çektiğiniz güçlükleri sorduğumda aşağıda belirtilen soruları düşünerek cevap verin.

(**1.kartı gösterin**)

- Faaliyeti sürdürmek için normalde olduğundan daha fazla çaba harcamak zorunda kalıyor musunuz?
- Faaliyeti sürdürürken herhangi bir rahatsızlık veya ağrı çekiyor musunuz?
- Faaliyeti sürdürürken yeterince hızlı olamıyor musunuz?
- Bu faaliyeti sürdürme biçiminizde değışiklik yapmak zorunda kaldınız mı?

(**1. Kartı gösterin**) Son 30 günü hatırlamanızı istiyorum.

Bu soruları cevaplarken genel olarak faaliyeti sürdürürken ne kadar güçlük çektiğinizi düşünmenizi istiyorum.

(**2. Kartı gösterin**)

Cevap verirken kullanacağınız ölçek ise bu (**Ölçeğı yüksek sesle okuyun**): Hiç, hafif, orta derecede, çok fazla, aşırı veya hiç yapamıyorum.

(**1. ve 2. Kart görüşme boyunca deneğın önünde olmalıdır**).

1. ALAN Anlama ve iletişim kurma

Şimdi size anlama ve iletişim kurmayla ilgili bazı sorular soracağım.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıdaki durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

D1.1	On dakika süreyle bir işe dikkatini verebilme	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D1.2	Yapılması gereken önemli şeyleri hatırlama	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D1.3	Günlük yaşamda ortaya çıkan sorunların nedenlerini anlama ve çözümler bulma	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D1.4	Yeni bir iş öğrenme (örneğin yeni bir yere nasıl gidileceğini öğrenme)	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D1.5	İnsanların söylediklerini genel olarak anlama	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D1.6	Bir sohbeti başlatma ve sürdürme	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum

2. ALAN Hareket etme, bir yerden bir yere gitme

Şimdi size hareket etme, bir yerden bir yere gitme sırasında çettiğiniz güçlüklerle ilgili sorular soracağım.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

D2.1	30 dakika gibi uzun süre ayakta durma	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D2.2	Otururken ayağa kalkma	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D2.3	Evin içinde dolaşma	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D2.4	Evden dışarı çıkma	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D2.5	Yaklaşık bir kilometre gibi uzun mesafe yürüme	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum

3. ALAN Kendine bakım*

Şimdi size kendinize bakımda çektiğiniz güçlükleri soracağım.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

D3.1	Tüm vücudunu yıkama	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D3.2	Giyinme	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D3.3	Beslenme/Yemek yeme	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D3.4	Birkaç gün kendi başının çaresine bakma	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum

*gün sayısına göre skorlanacak

4. ALAN İnsan ilişkileri

Şimdi size insan ilişkilerinde çektiğiniz güçlüklerle ilgili sorular soracağım. Sadece sağlık sorunları nedeniyle çektiğiniz güçlükleri öğrenmek istediğimi unutmayın. Bununla hastalıkları, yaralanmaları, ruhsal sorunları ve alkol ve madde kullanımına bağlı sorunları kastediyorum.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

D4.1	Tanımadığınız insanlarla ilişki kurma	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D4.2	Bir arkadaşlığı sürdürme	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D4.3	Yakın olduğunuz insanlarla ilişki kurma	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D4.4	Yeni arkadaşlar edinme	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D4.5	Cinsel hayat	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum

5. ALAN Yaşam faaliyetleri

• Ev işleri

Bundan sonraki sorular ev işlerini yapmak ve birlikte yaşadığınız insanlara bakmakla ilgili faaliyetleri içermektedir. Yemek yapmak, temizlik yapmak, alışveriş yapmak, diğer aile bireylerine bakmak, size ait olan şeylerle ilgilenmek bu faaliyetler arasındadır.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

D5.1	Evle ilgili sorumlulukları yerine getirme	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D5.2	Evle ilgili en önemli işleri iyi bir şekilde yerine getirme	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D5.3	Yapmanız gereken tüm ev işlerinizi yapıp bitirme	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D5.4	Evle ilgili işlerinizi gereken hızda yapıp bitirme	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum

EĞER KUTU İŞARETLENMİŞSE (HASTA ÇALIŞIYORSA VEYA ÖĞRENCİYSE) DEVAM EDİN, YOKSA BİR SONRAKİ SAYFADAKİ 6. BÖLÜME GEÇİN



1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

D5.5	Günlük işleri yapma	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D5.6	İşinizle ilgili en önemli görevleri iyi bir şekilde yapma	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D5.7	Yapmanız gereken tüm işinizi yapıp bitirme	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D5.8	İşlerinizi gerektiği kadar hızlı bir şekilde yapıp bitirme (zamanında)	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum

6. Alan Toplumsal yaşama katılım

Şimdi size toplumsal yaşama katılımınız ve sağlık sorunlarınızın siz ve aileniz üzerindeki etkisiyle ilgili sorular soracağım. Bazı sorular son 30 günü aşan sorunlarla ilgili olabilir, ancak cevaplarırken lütfen son 30 günü dikkate alın. Yine soruları bedensel, ruhsal, alkol veya madde kullanımı ile ilgili sağlık sorunlarınızı düşünerek cevaplayın.

1. VE 2. KARTI GÖSTERİN

Son 30 gün içinde

D6.1	Sosyal faaliyetlere (dini faaliyetler, şenlikler, eğlenceler) herkes kadar katılmada ne kadar sorun yaşadınız	Hiç	Hafif	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D6.2	Bulunduğunuz çevre ile ilgili engeller ve kısıtlamalar yüzünden ne kadar sorunla karşılaştınız	Hiç	Hafif	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D6.3	Diğer insanların davranış ve tutumları karşısında <u>kendinize saygınızı yitirmeden yaşayabilmekte</u> ne kadar sorunla karşılaştınız?	Hiç	Hafif	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D6.4	Sağlık durumunuz ve onun yol açtığı sonuçlar için ne kadar zaman harcadınız?	Hiç	Hafif	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D6.5	Sağlık durumunuz sizi duygusal olarak ne derecede etkiledi?	Hiç	Hafif	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D6.6	Sağlık durumunuz sizin ya da ailenizin ekonomik durumunu ne derecede etkiledi?	Hiç	Hafif	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum

Son 30 gün içinde

D6.7	Sağlık sorunlarınız nedeniyle aileniz ne derece sorun yaşadı?	Hiç	Hafif	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
D6.8	Kendi kendinize rahatlama ya da zevk için yaptığınız işleri yapmada ne derece sorunla karşılaştınız?	Hiç	Hafif	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum

Sağlık Durumları:

- Kısa veya uzun süren hastalıklar ve sağlık sorunları
- Yaralanmalar
- Ruhsal sorunlar
- Alkolle ilgili sorunlar
- Maddeyle ilgili sorunlar

Bir faaliyet sırasında güçlük çekmek demek:

- Fazla çaba harcamak
- Rahatsızlık ve ağrı çekmek
- Yeterince hızlı olamamak
- Faaliyeti sürdürme biçiminin diğer insanlara göre farklılık taşıması anlamına gelir.

Sadece son 30 günü düşünün

MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel 1

Çok iyi 2

İyi 3

Orta 4

Kötü 5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi 1

Geçen seneden biraz daha iyi 2

Geçen sene ile aynı 3

Geçen seneden biraz daha kötü 4

Geçen seneden çok daha kötü 5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır.

Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

**KOLOREKTAL CERRAHİ SONRASI YAŞAM KALİTESİ
DEĞERLENDİRME ANKETİ
-HASTA- TAKİP FORMU**

Adı soyadı:

Yaşı:

Cinsiyeti:

Erkek - 1

Kadın -2

Adresi:

Telefon:

Öğrenim Durumu:

1-okur-yazar değil

3-lise mezunu

2-ilköğretim mezunu

4-yüksek okul mezunu

Yaptığı iş:

1-memur

2-işçi

3-serbest meslek

4-emekli

5-çalışmıyor

6- diğer.....

Aylık gelir: (eve giren tüm TL/evdeki kişi sayısı)

Öz geçmiş: Yandaş hastalık:

Kullanılan ilaç:

0- kullanmıyor

1- kullanıyor

Geçirilen operasyon:1-ameliyat oldu 0 -ameliyat olmadı

HASTA BİLGİLERİ

Geçirdiği ameliyat: APR AAR+koruyucu stoma Sol kolon rezeksiyonu

Ameliyat olduğu merkez: 1-İbni Sina 2-cebeci

Ameliyat tarihi:

Yapılan ameliyat tipi:

Anastomoz seviyesi: (dentate çizgiye göre)

Ameliyat sonrası sorunlar:

var 1

Yok 0

Patoloji: 1-adenokanser 2-müsinöz kanser 3-diğer

Hastalığın evresi:

Kemoterapi aldı ise tarihleri ve şeması: -aldı 1

-almadı 0

Radyoterapi aldı ise tarihleri ve dozu: -aldı 1

-almadı 0

Formu dolduran doktor:

Form işlem tarihi:

Ameliyat öncesi

Birinci kontrol (postoperatif 8-9 ay arası)

İkinci kontrol (postoperatif 16-18 ay arası)

1-A-)Ameliyatınız öncesi

Son 1 ay içerisinde genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

mükemmel

B-)Birinci kontrol(8-9 ay)

Son 1 ay içerisinde genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

mükemmel

C-)İkinci kontrol(16-18 ay)

Son 1 ay içerisinde genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

mükemmel

2- A-) Ameliyatınız öncesi

Son 1 ay içerisinde genel olarak yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

mükemmel

B-)Birinci kontrol(8-9 ay)

Son 1 ay içerisinde genel olarak yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

mükemmel

C-)İkinci kontrol(16-18 ay)

Son 1 ay içerisinde genel olarak yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

mükemmel

3- Ameliyattan sonra ne zaman eski yaşantınıza ve aktivitenize kavuştunuz?

(Kavuşmadı- 0 kavuştuysa -1)

Birinci kontrol

ikinci kontrol

1- 0-15 gün

2- 15 gün -1 ay

3- 1-3 ay

4- 3-6 ay

5- 6 aydan fazla süre

4-Çalışanlar için :Ne zaman (eski) işinize geri döndünüz?

(İşe dönemediyse -0)

Birinci kontrol

ikinci kontrol

1- 1 ay içinde

2- 1-3 ay

3- 3-6 ay

4- 6 aydan fazla

5- Ameliyatımdan sonra çalışamıyorum =nedenini yazınız.....

5-Çalışanlar için:

Ameliyatınızdan sonra iş yaşamınızda hangi değişiklikler oldu?

Birinci kontrol:

1-Hiçbir değişiklik olmadı eskisi gibi aynı iş yerinde aynı verimle çalışıyorum

2-Aynı işe geri döndüm ,fakat çalışma sürem azaldı

3-İş değişikliği yaptım,çalışma sürem aynı

4-İş değişikliği yaptım,çalışma sürem azaldı

5-normal süre sonunda emekli oldum

6-malulen emekli oldum

7-diğer.....

İkinci kontrol

1-Hiçbir değişiklik olmadı eskisi gibi aynı iş yerinde aynı verimle çalışıyorum

2-Aynı işe geri döndüm ,fakat çalışma sürem azaldı

3-İş değişikliği yaptım,çalışma sürem aynı

4-İş değişikliği yaptım,çalışma sürem azaldı

5-normal süre sonunda emekli oldum

6-malulen emekli oldum

7-diğer.....

6-Ameliyatınız yaşamınızda hangi değişikliklere neden oldu?(birden fazla işaretlenebilir)

1- çalışma hayatı

2- aile ilişkileri

3- sosyal aktiviteler

4- evlilik hayatı

5- hepsi

6- diğer.....

7- Ameliyat öncesi ve sonrası sosyal aktivitelerinizde ne gibi değişiklikler oldu?

	Ameliyat öncesi	birinci kontrol	ikinci kontrol
Akraba,eş,dost ziyareti	var/yok	arttı/azaldı	aynı/arttı/azaldı
Yatılı misafirlğe gitme	var/yok	arttı/azaldı	aynı/arttı/azaldı
Spor aktiviteleri	var/yok	arttı/azaldı	aynı/arttı/azaldı
Sinema ,tiyatro...	var/yok	arttı/azaldı	aynı/arttı/azaldı
Restorantta yemek yeme	var/yok	arttı/azaldı	aynı/arttı/azaldı

8-Ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası eşinizle beraber geçirdiğiniz zaman ?

	Birinci kontrol	ikinci kontrol
Beraber geçirilen zaman	arttı/azaldı	arttı/azaldı

9-Ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası evde geçirdiğiniz zaman?

	Birinci kontrol	ikinci kontrol
Evde geçen zaman	Arttı/azaldı	arttı/azaldı

10-Ameliyatınız sonrasında stoma (kolostomi/ileostomi) hakkında bilgi verildi mi?

	Birinci kontrol	ikinci kontrol
1- Yeterli bilgi verildi		
2- Çok az bilgi verildi		
3- Hiç bilgi almadım		

11-Yapılan ameliyat nedeniyle psikolojik destek aldınız mı?

	Birinci kontrol	ikinci kontrol
1- Evet		
2- Hayır		

12-Stoma ile yaşamaya başladığınızdan beri en çok rahatsızlık duyduğunuz şeyler nelerdir?

1- Gürültülü gaz çıkarma	5- ishal
2-Torba değişimi sırasında yer sorunu	6- stoma etrafında dermatolojik şikayetler
3-Koku olması	7- vücudunda fazlalık hissi
4-Kabızlık	

(Seçilenler 1 seçilmeyenler 0)

13-Stoma (Kolostomi/ileostomi) torbasını kim değiştiriyor?

	Birinci kontrol	ikinci kontrol
Kendisi	1	
Eşi	2	
Diğer	3	

14-Torbanızı siz değiştiriyorsanız değiştirmesi için eşinizi teşvik ettiniz mi?

	Birinci kontrol	ikinci kontrol
1-Teşvik ettim kabul etmedi.		
2-Bu konuda hiç konuşmadık		
3-Değiştirmeyeceğini düşündüğümünden hiç teklif etmedim		
4-Teşvik ettim ama yapamadı(Çünkü.....)		

Dini vecibelerinizi yerine getiriyorsanız aşağıdaki soruları lütfen yanıtlayınız

1- yerine getiriyor 0-yerine getirmiyor

15-Ameliyatınız dini vecibelerinizde ne gibi değişiklikler yaptı?

	Ameliyat öncesi	birinci kontrol	ikinci kontrol
Namaz kılar mısınız?	Evet/hayır	Evet/hayır	Evet/hayır
Oruç tutar mısınız?	Evet/hayır	Evet/hayır	Evet/hayır
Zekat verir misiniz?	Evet/hayır	Evet/hayır	Evet/hayır
Camide namaz kılar mısınız?	Evet/hayır	Evet/hayır	Evet/hayır

16- Ameliyat öncesi ile karşılaştırdığınızda;cinsel yaşantınız nasıl değişti?
Ameliyat öncesi birinci kontrol ikinci kontrol
Var -1/yok -0 değişmedi -0/ değişti-1 değişmedi- 0/değişti-1

17- Ameliyat öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında cinsel yaşantınızdan mutlu musunuz?

	Ameliyat öncesi	birinci kontrol	ikinci kontrol
1- Çok mutluyum			
2- Ara sıra			
3- Hiç mutlu değilim			

18- Ameliyattan sonra cinsel yaşantınız olumsuz etkilendiyse; bunun sizden mi yoksa eşinizden mi kaynaklandığını düşünüyorsunuz?

	Birinci kontrol	ikinci kontrol
1-Benden kaynaklanıyor, kendimi itici hissediyorum		
2-Eşimden kaynaklanıyor, stomamın olması onu rahatsız ediyor		
3-Her ikimizin de isteksizliği oluyor		