T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KOLOSTOMİLİ HASTALARA UYGULANAN HO'OPONOPONO TEKNİĞİNİN OSTOMİYE UYUM, BEDEN İMAJI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

MİYASE UZUNALİOĞLU

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ELİF GEZGİNCİ AKPINAR

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HAZİRAN/2026

İTHAF

“Hayatımın her anında yanımda hissettiğim aileme ithaf ediyorum.”

TEŞEKKÜR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Selda ÇELİK'e ve geçmiş dönemlerde Ana Bilim Dalı Başkanlığını yürüten Sayın Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR'e teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi birikimi, disiplini ve çalışma azmi ile beni etkileyen, sahip olduğu deneyimlerle gelişimime katkı sağlayan, beni yönlendiren ve cesaretlendiren değerli hocam Doç. Dr. Elif GEZGİNCİ AKPINAR'a manevi destekleri için minnettarım.

Lisansüstü eğitimim boyunca engin bilgi ve tecrübelerinden ilham aldığım, mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Sonay GÖKTAŞ'a,

Eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında bulunan tüm öğretim üyesi hocalarıma,

Tezimin veri toplama aşamasında desteğini esirgemeyen Genel Cerrahi Servisinde çalışan tüm hemşire ve hekim arkadaşlarıma, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara şükranlarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitim sürecinde tanıştığım değerli arkadaşlarım Cemalettin OSKAN'a ve Beyza KÖSEOĞLU SU'ya,

Eğitim hayatımın temelini atan sevgili babam Kadir UZUNALİOĞLU ve bana daima sevgi, güven ve destek veren sevgili annem Hava UZUNALİOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Eğitim hayatım boyunca bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimleriyle yolumu aydınlatan, akademik süreçlerde karşılaştığım zorlukları aşmamda yol gösteren ve her zaman moral ile motivasyon kaynağım olan sevgili ablam Cansel ve her zaman yanımda olan, destekleri ve sevgileriyle bana güç veren değerli kardeşlerim Ayşegül, Umut ve Zeynep UZUNALİOĞLU'na teşekkür ederim.

Lisansüstü eğitimim süresince sağladığı burs desteği ile akademik çalışmalarımı sürdürmeme katkıda bulunan Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu'na (TÜBİTAK) teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

İTHAF iv
TEŞEKKÜR v
İÇİNDEKİLER vi
TABLOLAR LİSTESİ ix
ŞEKİLLER LİSTESİ x
SİMGELER VE KISALTMALAR xi
ÖZET xii
ABSTRACT xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. KOLOREKTAL KANSERİN TANIMI 4
2.2. KOLOREKTAL KANSERLERİN EPİDEMİYOLOJİSİ 4
2.3. KOLOREKTAL KANSERLERİN RİSK FAKTÖRLERİ 5
2.4. KOLOREKTAL KANSERLERİN FİZYOPATOLOJİSİ 6
2.5. KOLOREKTAL KANSERLERİN BELİRTİ VE BULGULARI 6
2.6. KOLOREKTAL KANSERLERİN TANI YÖNTEMLERİ 7
2.6.1. Kolonoskopi 8
2.6.2. Fleksible Sigmoidoskopi 8
2.6.3. BT Kolonografi 9
2.6.4. Guaiac-Bazlı Dışkıda Gizli Kan Testi ile İmmünokimyasal Fekal İmmünokimyasal Test 9
2.7. KOLOREKTAL KANSER TARAMASI 9
2.8. KOLOREKTAL KANSERLERİN TEDAVİ YÖNTEMLERİ 10
2.8.1. Kolorektal Kanserlerde Cerrahi Tedavi 11
2.9. OSTOMİ 12
2.9.1. KOLOSTOMİ 13
2.9.2. İLEOSTOMİ 14
2.9.2.1. Loop ileostomi 14
2.9.2.2. End ileostomi 14
2.10. STOMA VE KOMPLİKASYONLAR 14
2.10.1. Erken Dönem Komplikasyonlar 15
2.10.2. Geç Dönem Komplikasyonlar 15
2.11. STOMALI BİREYLERDE HEMŞİRELİK BAKIMI VE YÖNETİMİ 15
2.11.1. Ameliyat Öncesi Dönem 15
2.11.2. Ameliyat Sonrası Dönem 16

2.12. OSTOMİYE UYUM 16
2.13. OSTOMİ VE BEDEN İMAJI 17
2.14. OSTOMİ VE YAŞAM KALİTESİ 18
2.15. HO'OPONOPONO TEKNİĞİ 19
2.15.1. HO'OPONOPONO TEKNİĞİNİN UYGULANMASI 20
3. GEREÇ VE YÖNTEM 21
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE AMACI 21
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ 21
3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ 21
3.3.1. Bağımsız Değişkenler 21
3.3.2. Bağımlı Değişkenler 21
3.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI 22
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 22
3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME, DIŞLANMA VE ÇIKARILMA KRİTERLERİ 22
3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 22
3.6.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri 23
3.6.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri 23
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 23
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1) 23
3.7.2. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (EK-2) 23
3.7.3. Beden İmajı Ölçeği (EK-3) 24
3.7.4. Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-4) 24
3.8. RANDOMİZASYON VE KÖRLEME 25
3.9. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI 27
3.9.1. Müdahale Grubu 27
3.9.1.1. Ho'oponopono Tekniğinin Uygulanması 27
3.9.2. Kontrol Grubu 28
3.10. VERİLERİN ANALİZİ 28
3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU 29
3.12. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI 29
3.13. FİNANSAL DESTEK 30
3.14. ÇIKAR ÇATIŞMASI 30
4. BULGULAR 31
4.1. GRUPLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR 31
4.2. GRUPLARIN OSTOMİYE UYUM ÖLÇÜMLERİNİN FARKLILAŞMA DURUMUNA İLİŞKİN BULGULAR 33

4.3. GRUPLARIN BEDEN İMAJI ÖLÇÜMLERİNİN FARKLILAŞMA DURUMUNA İLİŞKİN BULGULAR 39
4.4. GRUPLARIN OSTOMİ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇÜMLERİNİN FARKLILAŞMA DURUMUNA İLİŞKİN BULGULAR 40
5. TARTIŞMA 45
5.1. GRUPLARIN OSTOMİYE UYUM ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 46
5.2. GRUPLARIN BEDEN İMAJI ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 48
5.3. GRUPLARIN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 49
5.4. HO'OPONOPONO TEKNİĞİNİN ZAMANSAL ETKİ ÖRÜNTÜLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN TARTIŞILMASI 51
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 53
6.1. SONUÇLAR 53
6.2. ÖNERİLER 53
KAYNAKLAR 55
EKLER 62

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Amerikan Kanser Birliği Kolorektal Kanser Tarama Önerileri…….10

Tablo 2.2: Bağırsak Stoması Türleri……...13

Tablo 4.1: Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması……31

Tablo 4.2: Grupların Ostomi Uyum Ölçümlerinin Farklılaşma Durumu Bulguları……34

Tablo 4.3: Grupların Beden İmajı Ölçümlerının Farklılaşma Durumu Bulguları……...39

Tablo 4.4: Grupların Yaşam Kalitesi Ölçümlerinin Farklılaşma Durumu Bulguları……..40

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1: Randomizasyon listesi…….....25
Şekil 3.2: Araştırmanın yürütülme şeması (CONSORT şeması)……..…...26
Şekil 4.1: Ostomi Uyum Genel Toplam Puanlarının Gruba ve Zamana Göre Değişimi….36
Şekil 4.2: Kabul Etme Alt Boyutu Puanlarının Gruba ve Zamana Göre Değişimi…….....37
Şekil 4.3: Kaygı ve Endişe Alt Boyutu Puanlarının Gruba ve Zamana Göre Değişimi…..37
Şekil 4.4: Sosyal Uyum Alt Boyutu Puanlarının Gruba ve Zamana Göre Değişimi……...38
Şekil 4.5: Öfke Alt Boyutu Puanlarının Gruba ve Zamana Göre Değişimi…….....38
Şekil 4.6: Beden İmajı Toplam Puanlarının Gruba ve Zamana Göre Değişimi...……...40
Şekil 4.7: Stoma Yaşam Kalitesi Toplam Puanlarının Gruba ve Zamana Göre Değişimi……...42
Şekil 4.8: İş ve Sosyal Yaşam Alt Boyutu Puanlarının Gruba ve Zamana Göre Değişimi……...43
Şekil 4.9: Cinsellik ve Beden İmajı Alt Boyutu Puanlarının Gruba ve Zamana Göre Değişimi ……..44
Şekil 4.10: Stoma Fonksiyonu Alt Boyutu Puanlarının Gruba ve Zamana Göre Değişimi……...44

SİMGELER VE KISALTMALAR

CONSORT : Consolidated Standards of Reporting Trials

FAP : Ailesel Adenomatöz Polipozis

FIT : Fekal İmmünokimyasal Testi

gFOBT : Guaiac-Bazlı Dışkıda Gizli Kan Testi

GLOBOCAN : Küresel Kanser Gözlemevi

SPSS : Statistical Package for Social Science

KOLOSTOMİLİ HASTALARA UYGULANAN HO'OPONOPONO TEKNİĞİNİN OSTOMİYE UYUM, BEDEN İMAJI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, kolostomili hastalara uygulanan Ho'oponopono tekniğinin ostomiye uyum, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Randomize kontrollü olarak tasarlanan bu araştırma, İstanbul'daki bir şehir hastanesinin genel cerrahi servislerinde kolorektal cerrahi geçiren ve kolostomisi olan toplam 64 hasta ile yürütüldü. Müdahale grubundaki hastalara (n=32) ameliyat sonrası 1., 2. ve 3. günlerde sertifikalı hemşire tarafından 15-20 dakika süreyle yüz yüze Ho'oponopono tekniği uygulanmış olup, hastaların bir ay boyunca bu tekniği uygulamaya devam etmesi istendi. Kontrol grubuna (n=32) ise herhangi bir müdahalede bulunulmadı. Katılımcılardan veriler ameliyat sonrası 1., 3., 10. günler ile 1. ayda Kişisel Bilgi Formu, Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği, Beden İmajı Ölçeği ve Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak elde edildi.

Bulgular: Müdahale ve kontrol grupları karşılaştırıldığında, ameliyat sonrası 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde ostomiye uyum, beden imajı ve yaşam kalitesi toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Müdahale grubunda ostomiye uyum ve yaşam kalitesi toplam puanları kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunurken, beden imajı toplam puanlarının daha düşük olduğu belirlendi. Grup içi analizlerde, müdahale grubunda ameliyat sonrası 1., 3. ve 10. günler ile 1. ay ölçümleri arasında ostomiye uyum, beden imajı ve yaşam kalitesi puanları açısından anlamlı farklılıklar saptandı ($p<0,001$); buna karşın kontrol grubunda zaman içinde anlamlı bir değişim gözlenmedi.

Sonuç: Bu çalışmaya göre, Ho'oponopono tekniğinin kolostomili hastalarda ostomiye uyum, beden imajı ve yaşam kalitesini üzerinde olumlu etkisinin olduğu görüldü. Bu tekniğin klinik uygulamalara entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beden İmajı, Ho'oponopono, Kolostomi, Ostomi Uyumu, Yaşam Kalitesi

THE EFFECT OF HO'OPONOPONO TECHNIQUE ON OSTOMY ADJUSTMENT, BODY IMAGE, AND QUALITY OF LIFE IN COLOSTOMY PATIENTS: A RANDOMIZED CONTROLLED STUDY

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to examine the effect of the Ho'oponopono technique on ostomy adjustment, body image, and quality of life in patients with colostomy.

Methods: This randomized controlled study included 64 patients with colostomy following colorectal surgery in the general surgery clinics of a city hospital in Istanbul. The intervention group (n=32) received the Ho'oponopono technique face-to-face for 15–20 minutes on postoperative days 1-3 by a certified nurse and continued the practice for one month, while the control group (n=32) received no intervention. Data were collected on postoperative days 1, 3, and 10, and at 1 month using the Personal Information Form, Ostomy Adjustment Scale, Body Image Scale, and Quality of Life Scale for Individuals with Ostomy.

Results: When the intervention and control groups were compared, a statistically significant difference was found in terms of ostomy adjustment, body image, and quality of life total scores on the postoperative 10th day and at the 1st month measurements ($p<0.001$). In the intervention group, ostomy adjustment and quality of life total scores were significantly higher than those of the control group, whereas body image total scores were found to be lower. In the within-group analyses, significant differences were identified in the intervention group regarding ostomy adjustment, body image, and quality of life scores between the postoperative 1st, 3rd, and 10th days and the 1st month measurements ($p<0.001$); however, no significant change over time was observed in the control group.

Conclusion: According to the findings of this study, the Ho'oponopono technique had a positive effect on ostomy adjustment, body image, and quality of life in patients with colostomy. It is recommended that this technique be integrated into clinical practice.

Keywords: Body Image, Colostomy, Ho'oponopono, Ostomy Adjustment, Quality of Life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ostomi ya da stoma, Latince ağız veya açıklık anlamına gelen *ostium* kelimesinden türetilmiş olup, vücutta atıkların uzaklaştırılmasını sağlamak amacıyla cerrahi olarak oluşturulan bir açıklığı ifade etmektedir (1,2). Maligniteler, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, bağırsak obstrüksiyonları, travma, konjenital anomaliler ve bazı üriner sistem hastalıkları gibi çeşitli klinik durumlarda uygulanabilen ostomi, özellikle bağırsak ostomileri açısından dünya genelinde yaygın ve çoğu zaman hayat kurtarıcı bir cerrahi girişimdir (1,3). Akut divertikülit, rektal kanser, travma ve inflamatuvar bağırsak hastalıklarının tedavisinde geçici veya kalıcı olarak uygulanabilen bu işlem, ince ya da kalın bağırsağın karın ön duvarına ağızlaştırılmasıyla gerçekleştirilmektedir (1,4). Ostomi oluşturmanın temel amacı, hastalığın tedavisini desteklemek, ameliyat sonrası komplikasyonları önlemek ve bireyin yaşam kalitesini artırmaktır. Bu yönüyle ostomi, hastaların yaşam süresini uzatmanın yanı sıra daha sağlıklı bir yaşama uyum sağlamalarına da katkıda bulunmaktadır (4,5).

Ostomi, bireyin yaşamında yalnızca fiziksel değil; psikolojik ve sosyal boyutları da etkileyen önemli bir değişim sürecidir. Ostomiye sahip bireylerde depresyon, kaygı, beden imajında bozulma, özgüven kaybı, sosyal izolasyon ve damgalanma korkusu gibi çeşitli psikososyal sorunların ortaya çıkabildiği bildirilmektedir (5,6). Bu durum, bireyin günlük yaşam aktivitelerini, sosyal ilişkilerini ve genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (7,8). Aynı zamanda stoma bakımına bağlı olarak gelişebilen cilt irritasyonu, sızıntı, hijyen gereksinimi ve beslenme düzeninde değişiklikler gibi fiziksel sorunlar da bireyin yaşamını zorlaştıran önemli etkenler arasında yer almaktadır. Tüm bu faktörler, ostominin çok yönlü etkilerini ortaya koymakta ve bireyin bütüncül olarak ele alınmasını gerekli kılmaktadır (5).

Ostomiye uyum süreci fiziksel, psikolojik ve sosyal birçok değişkenin etkisi altında gelişen karmaşık ve çok boyutlu bir süreçtir. Beden imajında meydana gelen değişiklikler, bireyin öz benlik algısını olumsuz etkileyerek uyumu zorlaştırabilirken; sosyal izolasyon korkusu, damgalanma endişesi ve bağımlılık hissi gibi psikososyal faktörler de bu süreci derinleştirebilmektedir (9,10). Bununla birlikte yaş, eğitim düzeyi ve sosyal destek gibi sosyodemografik özellikler ile klinik durum, uyumun önemli belirleyicileri arasında yer almaktadır (11). Özellikle sosyal destek düzeyi yüksek ve

psikolojik dayanıklılığı güçlü bireylerin ostomiye daha başarılı uyum sağladığı; uygun hasta eğitimi ve hemşirelik bakımının ise bireyin bakım becerilerini geliştirerek komplikasyonları azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmektedir (3,12,13).

Ostomiye uyum sürecinde beden imajı ve yaşam kalitesi, bu sürecin önemli bileşenleri olarak öne çıkmaktadır. Beden imajı; bireyin bedenine yönelik algı, duygu ve tutumlarını içeren çok boyutlu bir kavram olup, ostomi sonrası fiziksel değişiklikler nedeniyle olumsuz etkilenebilmektedir. Stoma torbasının görünürlüğü, fonksiyonel değişiklikler ve sosyal damgalanma; beden memnuniyetsizliği, özsaygı düşüklüğü ve psikolojik stres ile ilişkilidir (14-16). Bu etkilerin özellikle genç bireylerde ve kadın hastalarda daha belirgin olduğu, sosyal izolasyon ve kaygıyı artırabildiği bildirilmektedir (17,18).

Beden imajındaki bu değişimler, bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Yaşam kalitesi; bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini kapsayan öznel bir değerlendirme olup, ostomili bireylerde cerrahi sonrası dönemde belirgin şekilde azalmakta, ancak zaman içerisinde bireyin uyum süreci ile birlikte kademeli olarak iyileşebilmektedir (19,20). Fiziksel sorunlar ve psikolojik etkiler yaşam kalitesini olumsuz etkilerken, sosyal destek, eğitim ve öz bakım becerileri bu süreci olumlu yönde desteklemektedir (21,22). Bu nedenle ostomili bireylerde bakım; psikososyal destek ve eğitimin yanı sıra bütüncül bir yaklaşımla da ele alınmalıdır (20). Bu doğrultuda, ostomili bireylerde yaşam kalitesini desteklemeye yönelik bütüncül yaklaşımlar önem kazanmakta olup, Ho'oponopono tekniği bu yaklaşımlar arasında öne çıkan uygulamalardan biri olarak değerlendirilmektedir. Bu tekniğin ostomili bireylerde kullanımına ilişkin doğrudan kanıtlar olmasa da benzer kuramsal temellere sahip uygulamaların psikososyal uyumu desteklediğine dair bulgular, bu tür yaklaşımların klinik uygulamalarda potansiyel bir destekleyici rol üstlenebileceğini düşündürmektedir (23).

Ho'oponopono kelimesi "doğru yapmak" ve "düzeltmek" anlamına gelmekte olup, kökeni Hawaii kültürüne dayanan bir şifa ve dönüşüm tekniğidir (23). Bu öğreti, bireyin içsel dengesini bozduğu düşünülen olumsuz düşünce ve duyguların temizlenmesini hedefleyerek çatışmaların çözümüne ve bütünsel iyileşmeye katkı sağlamaktadır (24). Aynı zamanda Ho'oponopono, bireyin içindeki olumsuz enerjilerin arındırılması süreci olarak tanımlanmakta ve fiziksel, zihinsel ve ruhsal iyilik halini destekleyen bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (25).

Ho'oponopono'nun günümüzde bilinen formu, Morrnah Nalamaku Simeona ve öğrencisi Dr. Ihaleakala Hew Len tarafından geliştirilmiş ve yaygınlaştırılmıştır. Simeona'nın öğretileri Dr. Hew Len tarafından uzun yıllar içinde geliştirilerek "Kendi Benlik Yoluyla Ho'oponopono" yaklaşımı ortaya konmuştur (26). Bu teknik daha sonra Joe Vitale tarafından Zero Limits adlı eserde ele alınarak geniş kitlelere tanıtılmıştır (27).

Bütüncül sağlık yaklaşımına göre birey; fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yönleriyle bir bütün olarak ele alınmalıdır. Bu bağlamda, ostomili bireylerin fiziksel ve psikososyal gereksinimleri doğrultusunda değerlendirilmesi önemlidir (27). Literatürde Ho'oponopono tekniğine ilişkin çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, tekniğin farklı popülasyonlarda bireylerin fizyolojik ve psikolojik iyilik halini destekleyebileceği bildirilmektedir (23,28-32). Bununla birlikte, Ho'oponopono tekniğinin ostomili bireylerde kullanımını ve etkilerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda, araştırmada kolostomili hastalara uygulanan Ho'oponopono tekniğinin ostomiye uyum, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmanın, hemşirelik uygulamalarına bütüncül ve yenilikçi bir yaklaşım kazandırarak literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOLOREKTAL KANSERİN TANIMI

Kanser, hücresel büyüme ve farklılaşmayı düzenleyen mekanizmaların bozulmasına bağlı olarak gelişen; kontrolsüz hücre proliferasyonu, çevre dokulara invazyon ve uzak organlara metastaz ile karakterize kompleks ve heterojen bir hastalık grubudur (33). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kolorektal kanser; kolon veya rektumdan köken alan, erken dönemlerde belirti vermeyebilen ancak ilerleyen evrelerde ciddi hastalık yükü ve erken ölüme neden olabilen, insidansı yaşla birlikte artan ve erken tanı ile sağkalımın belirgin şekilde iyileştiği malign bir hastalıktır (34).

2.2. KOLOREKTAL KANSERLERİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Kolorektal kanser, dünya genelinde yüksek insidans ve mortalite oranlarına sahip önemli maligniteler arasında yer almakta olup, küresel kanser yükü içerisinde üst sıralarda bulunmaktadır (35). Kolorektal kanser, insidansı coğrafi olarak belirgin farklılıklar göstermektedir. Batı ülkelerinde diğer ülkelere göre daha yüksek oranlar izlenirken, düşük ve orta gelirli bölgelerde ise yaşam tarzındaki değişikliklere bağlı olarak artış eğilimi gözlenmektedir (36).

Kolorektal kanser Küresel Kanser Gözlemevi (GLOBOCAN, 2022) verilerine göre dünya genelinde 1.926.425 yeni olgu ve 904.019 ölüm ile insidans açısından üçüncü, kansere bağlı ölümler açısından ikinci sırada yer almaktadır. Dünya yaşa standardize insidans hızı 18,4/100.000, mortalite hızı 8,1/100.000 olup, erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir. Hastalık yükü en fazla Doğu Asya'da görülürken erkeklerde en yüksek insidans Güney Avrupa'da, kadınlarda ise Avustralya–Yeni Zelanda bölgesinde saptanmıştır. Mortalite hızlarının en yüksek olduğu bölge Doğu Avrupa'dır. Yüksek insidans ve mortalite hızları yüksek insani gelişmişlik düzeyi ile pozitif korelasyon göstermekte olup, olgu sayısı 40 yaş sonrasında belirgin olarak artmaktadır (37,38).

Kolorektal kanser, Amerika Birleşik Devletleri'nde her iki cinsiyette de en sık görülen üçüncü kanser olup, kansere bağlı ölümler arasında ikinci sırada yer almaktadır. Ölüm açısından değerlendirildiğinde de tahmini ölüm oranları hem erkeklerde hem de kadınlarda (erkeklerde %9, kadınlarda %8) üçüncü sırada bulunmaktadır. Olguların

büyük çoğunluğu ileri yaş grubunda görülmekle birlikte yeni tanıların yaklaşık %10–12'si 50 yaş altındaki bireylerde ortaya çıkmaktadır. Erkeklerde hem insidans hem de mortalite kadınlara göre daha yüksektir. Ortalama yaşam boyu kolorektal kanser gelişme riski erkeklerde yaklaşık 1/23, kadınlarda ise 1/25 olarak bildirilmektedir (39).

Kolorektal kanserler, Türkiye'deki epidemiyolojik yükü açısından önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Kolorektal kanser GLOBOCAN 2022 verilerine göre dünya genelinde ve Türkiye'de erkeklerde ve kadınlarda üçüncü sırada görülmektedir (38). Hastaların yaklaşık %85'i 50 yaş ve üzerinde tanı almaktadır (40). Türkiye'de GLOBOCAN 2022 verilerine göre tüm kanserler için yaşa standartlanmış insidans oranı 225,9/100.000 olup, kolorektal kanser bu toplam içinde en sık görülen ilk üç kanser arasında yer almaktadır (37). Epidemiyolojik veriler, erkeklerde kolorektal kanser insidansının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğunu ve insidans ile mortalite oranlarının erkeklerde daha fazla seyrettiğini göstermektedir. Ayrıca yüksek insani gelişmişlik düzeyine sahip bölgelerde insidans oranlarının daha yüksek olduğu, mortalite oranlarının ise tarama ve sağlık hizmetlerine erişime bağlı olarak değişkenlik gösterebildiği rapor edilmiştir (41).

2.3. KOLOREKTAL KANSERLERİN RİSK FAKTÖRLERİ

Kolorektal kanser dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olarak varlığını sürdürmektedir. Yaş ilerledikçe, özellikle 50 yaş üstü bireylerde kolorektal kanser insidansı belirgin olarak artmaktadır. Aile öyküsü ve genetik faktörler kolorektal kanser gelişiminde önemli rol oynamaktadır (36). Kolorektal kanser, Lynch Sendromu ve Ailesel Adenomatöz Polipozis (FAP) gibi herediter sendromların aile öyküsüne sahip bireylerde riskin belirgin şekilde arttığı bildirilmektedir (34). İnflamatuvar bağırsak hastalıkları, özellikle ülseratif kolit ve Crohn hastalığı, kolonik mukozada uzun süreli kronik inflamasyona yol açarak displazi gelişimi ve inflamasyon ilişkili neoplazi süreci üzerinden kolorektal kanser riskini artırmaktadır (42).

Yaşam tarzına bağlı modifiye edilebilir faktörler de önemli bir risk oluşturmaktadır. Obezite ve fiziksel aktivite eksikliği, metabolik sendrom ve tip 2 diyabet kolorektal kanser gelişiminde etkili bulunmuştur (34). Ayrıca, yüksek miktarda kırmızı ve işlenmiş et tüketimi, ultra-işlenmiş gıdalar ve alkol kullanımı kolorektal malignite riskini yükseltirken, lif ve bitki bazlı diyetler koruyucu etki göstermektedir (36). Sigara kullanımı kolorektal kanser ile ilişkili olup, özellikle erken başlangıçlı kolorektal kanser

gelişiminde önemli bir modifiye edilebilir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (43,44). Ayrıca, 50 yaş altı bireylerde erken başlangıçlı kolorektal kanser insidansının giderek arttığı gözlemlenmekte; bu durum metabolik bozukluklar ve yaşam tarzı faktörlerinin hastalığın gelişimindeki rolünü daha da vurgulamaktadır (36).

2.4. KOLOREKTAL KANSERLERİN FİZYOPATOLOJİSİ

Kolorektal kanser, kolon ve rektum epitel hücrelerinde zamanla biriken genetik ve epigenetik değişiklikler sonucunda gelişen ilerleyici bir malign transformasyon sürecidir. Bu süreç, sıklıkla adenom–karsinom dizisi ile başlamaktadır. İlk aşamada benign adenomlar gelişmekte, zamanla tümör baskılayıcı genler (APC, TP53) ve onkogenler (KRAS) gibi kritik genlerde biriken mutasyonlar invaziv kanser oluşumuna yol açmaktadır. Bu genetik değişiklikler hücre proliferasyonunu kontrolsüz hâle gelmesine, apoptozisin bozulmasına ve tümör büyümesinin desteklenmesine neden olmaktadır. Ayrıca tümör mikroçevresi, anjiyogenez, inflamasyon ve immün sistem modulasyonu gibi faktörler de hastalığın progresyonuna katkıda bulunmaktadır (45).

2.5. KOLOREKTAL KANSERLERİN BELİRTİ VE BULGULARI

Kolorektal kanser erken evrelerde çoğu zaman asemptomatik seyredebilmekte veya belirtiler oldukça hafif olabilmektedir. Bu nedenle bireylerin ortaya çıkabilecek semptomları fark ederek zamanında sağlık kuruluşlarına başvurması erken tanı ve tedavi açısından büyük önem taşımaktadır. Hastalık ilerledikçe bazı klinik belirti ve bulgular ortaya çıkabilmektedir (46,47). En sık bildirilen semptomlar arasında bağırsak alışkanlıklarında değişiklikler (uzun süreli ishal veya kabızlık), dışkı çapında incelme, rektal kanama ya da dışkıda parlak kırmızı veya koyu renkli kan görülmesi, karın ağrısı ve kramp tarzında abdominal rahatsızlıklar, karında şişkinlik hissi ve bağırsakların tam boşalmadığı hissi yer almaktadır (46). Bununla birlikte açıklanamayan kilo kaybı, sürekli yorgunluk ve halsizlik gibi sistemik belirtiler de görülebilmektedir. Ayrıca kronik gastrointestinal kanamaya bağlı olarak demir eksikliği anemisi gelişebileceği ve bunun da solukluk, güçsüzlük ve belirgin halsizlik gibi şikâyetlere yol açabileceği bildirilmektedir (47).

Kolorektal kanserlerde klinik belirtiler tümörün yerleşim yerine bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Sağ kolon yerleşimli tümörler çoğu zaman uzun süre belirgin semptom vermeden ilerleyebilmekte ve genellikle kronik gizli kan kaybına bağlı gelişen

demir eksikliği anemisi ile ortaya çıkabilmektedir. Buna karşılık sol kolon ve rektum yerleşimli tümörlerde rektal kanama (hematokezya), dışkılama alışkanlıklarında değişiklik, dışkı çapında incelme ve intestinal obstrüksiyon bulgularının daha sık görüldüğü bildirilmektedir (48).

Türkiye'de kolorektal kanser görülme sıklığında artış bildirilmektedir (49), erken başlangıçlı kolorektal kanserde en sık bildirilen klinik başvuru şikâyetleri arasında hematokezya, karın ağrısı ve bağırsak alışkanlıklarında değişiklik yer almaktadır. Hastaların önemli bir kısmının bu semptomlarla başvurduğu ve hematokezyanın tanı açısından güçlü bir uyarıcı bulgu olduğu gösterilmektedir (50). Bu nedenle özellikle erişkinlerde bu bulguların göz ardı edilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır (46).

2.6. KOLOREKTAL KANSERLERİN TANI YÖNTEMLERİ

Kolorektal kanserin tanı ve tarama yaklaşımı, hastalığın erken dönemde saptanabilmesi amacıyla klinik değerlendirme ile başlayan ve çok aşamalı şekilde ilerleyen bir süreçtir. Bu süreçte bireyin risk faktörlerinin belirlenmesi, olası semptomların sorgulandığı ayrıntılı anamnez ve fizik muayene, ileri tanısal testlere yönlendirmede temel bir değerlendirme basamağı olarak yer almaktadır (51,52). Erken tanı sürecinde anamnez önemli bir başlangıç basamağını oluşturmakta olup, bağırsak alışkanlıklarında değişikliklerin değerlendirilmesi ile ileri tanı testlerine yönlendirmede kritik rol oynamaktadır.

Bu değerlendirmeyi takiben asemptomatik bireylerde toplum temelli tarama programları kapsamında dışkıda gizli kan testleri ve özellikle Fekal İmmünokimyasal Testi (FIT) kullanılmaktadır. FIT'in, Guaiac Bazlı Dışkıda Gizli Kan Testi'ne (gFOBT) kıyasla daha yüksek duyarlılık ve özgüllük sağlaması nedeniyle birçok uluslararası kılavuzda tarama testi olarak önerildiği bildirilmektedir (46,52). Tarama testlerinde pozitif sonuç elde edilmesi veya kolorektal kanser açısından şüpheli klinik bulguların varlığı durumunda kesin tanının doğrulanması amacıyla kolonoskopi uygulanmaktadır (53).

Kolonoskopinin yapılamadığı veya tamamlanamadığı durumlarda fleksible (esnek/bükülebilir) sigmoidoskopi ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) kolonografi gibi alternatif görüntüleme yöntemleri kullanılabilmektedir. Bu yöntemler kolonun tamamını değerlendiremediğinden şüpheli bulguların varlığında kesin tanı ve biyopsi için

kolonoskopi yapılması gerekmektedir (52,54). Ayrıca, rutin laboratuvar testlerinde saptanan demir eksikliği anemisi ve gizli gastrointestinal kan kaybı, özellikle asemptomatik bireylerde kolorektal kanser açısından önemli bir uyarıcı bulgu olarak kabul edilmekte ve ileri gastrointestinal değerlendirme gerektirmektedir (55,56). Bu durum uluslararası kılavuzlarda da acil endoskopik inceleme gerektiren klinik bir durum olarak tanımlanmaktadır (57).

2.6.1. Kolonoskopi

Kolonoskopi, kolon ve rektum mukozasının doğrudan görüntülenmesine olanak sağlayan minimal invaziv bir endoskopik yöntemdir (58). Bu işlemde uzun, ince ve esnek bir tüpün ucundaki ışık ve kamera yardımıyla rektumdan başlayarak tüm kolon incelenmektedir. Görüntüler gerçek zamanlı olarak bir monitörde değerlendirilmekte ve polip veya anormal doku tespit edildiğinde, aynı seansta çıkarma ya da biyopsi işlemi yapılabilmektedir. Bu da hem tanı hem de tedavi açısından büyük avantaj sağlamaktadır (59). İşlemin güvenilir bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için yeterli bağırsak temizliği kritik öneme sahip olup, yetersiz hazırlığın görüntü kalitesini ve tanısal doğruluğu olumsuz etkilediği bildirilmektedir (60). Klinik uygulamalarda kolonoskopi süresi genellikle 20–60 dakika arasında değişmekte, ancak hazırlık aşaması ve işlem sonrası gözlem süreci de dikkate alındığında toplam klinik sürenin daha uzun olduğu belirtilmektedir (61). Ayrıca kolonoskopi, yüksek tanısal doğruluğu ve aynı seansta biyopsi veya polipektomi gibi girişimsel işlemlere olanak sağlaması nedeniyle kolorektal kanser taramasında standart yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir (62).

2.6.2. Fleksible Sigmoidoskopi

Fleksible sigmoidoskopi, rektum ve sigmoid kolon gibi distal kolon segmentlerini doğrudan inceleyen bir tarama yöntemidir. Bu yöntem, ortalama riskli bireylerde distal kolorektal kanser insidansını ve mortalitesini anlamlı şekilde azaltabilmektedir. Bununla birlikte, proksimal kolonda lezyonları tespit etme kapasitesi sınırlıdır ve pozitif bulgu veya kapsamlı değerlendirme gerektiğinde kolonoskopi ile takip edilmesi önerilmektedir (63).

2.6.3. BT Kolonografi

Kolorektal kanser taramasında kullanılan BT kolonografi, non invaziv bir görüntüleme yöntemidir ve "sanal kolonoskopi" olarak da adlandırılmaktadır. Bu teknikte çok kesitli bilgisayarlı tomografi ile kolon ve rektumun üç boyutlu görüntüleri elde edilmekte ve polipler ile kolorektal lezyonlar saptanabilmektedir (64). Sedasyon gerektirmeyen ve komplikasyon riski düşük bir yöntemdir (65).

2.6.4. Guaiac-Bazlı Dışkıda Gizli Kan Testi ile İmmünokimyasal Fekal İmmünokimyasal Test

Dışkıda gizli kan testleri, kolorektal kanser taramasında önemli non-invaziv yöntemler arasında yer almaktadır. Guaiac-Bazlı Dışkıda Gizli Kan Testi , dışkıda kan varlığını guaiac kimyasal reaksiyonu ile tespit ederken, FIT insan hemoglobininin globin kısmına özgü antikorlar kullanarak daha spesifik sonuçlar vermektedir (66). Tek örnekle FIT de, yeterli sonuç sağlanabilmektedir ve hasta uyumu gFOBT'ye kıyasla daha yüksektir (67).

2.7. KOLOREKTAL KANSER TARAMASI

Kolorektal kanser tarama programlarının, hastalığın erken evrelerinde tanı konulmasını sağladığı ve mortaliteyi azalttığı bildirilmektedir. Tarama yöntemleri sayesinde erken evre kolorektal kanser olgularının daha sık saptandığı belirtilmektedir (68). Kolorektal kanser tarama testleri Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yürütülmekte olup, FIT, başta olmak üzere tarama uygulamaları Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri aracılığıyla gerçekleştirilmektedir (69). Tarama yöntemlerine ilişkin bilgiler American Cancer Society (2020) kılavuzu temel alınarak derlenmiştir. Tablo 2.1'de gösterilmiştir (70).

Tablo 2.1: Amerikan kanser birliği kolorektal tarama önerileri

Tarama Yöntemi	Başlama Yaşı	Tarama Aralığı	Açıklama
FIT	45 yaş	Yılda 1	Dışkıda gizli kan testi, non-invaziv
gFOBT	45 yaş	Yılda 1	Guaiac bazlı gizli kan testi
mt-sDNA	45 yaş	3 yılda 1	DNA + kanama belirteç testi
Kolonoskopi	45 yaş	10 yılda 1	Altın standart, polip çıkarma + tanı
BT kolonografi	45 yaş	5 yılda 1	Sanal kolonoskopi
Sigmoidoskopi	45 yaş	5–10 yılda 1	Distal kolon değerlendirme

2.8. KOLOREKTAL KANSERLERİN TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Kolorektal kanser tedavisinde uygulanacak yaklaşım; hastalığın evresi, tümörün lokalizasyonu, hastanın genel sağlık durumu ve tümörün biyolojik özelliklerine göre belirlenmektedir. Erken evre kolorektal kanserde temel tedavi yöntemi, cerrahi rezeksiyondur ve bu yaklaşım, tümörün yer aldığı bağırsak segmentinin çıkarılması ile bölgesel lenf nodlarının diseksiyonunu içermektedir. Cerrahi tedavi, uygun evre hastalarda küratif sonuçlar sağlayabilmekte ve sağkalım üzerinde önemli bir etkiye sahip olmaktadır (71,72).

İleri evre hastalarda tedavi yaklaşımı genellikle multidisipliner bir planlama gerektirmektedir. Bu hastalarda cerrahi tedaviye ek olarak kemoterapi ve bazı durumlarda radyoterapi uygulanabilmektedir. Adjuvan kemoterapi özellikle lenf nodu tutulumu bulunan veya metastaz riski yüksek olan hastalarda hastalığın tekrarını azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Metastatik kolorektal kanserde ise sistemik kemoterapi temel tedavi seçeneklerinden biri olarak kabul edilmektedir (73).

Son yıllarda kolorektal kanser tedavisinde immünoterapilerin kullanımı da giderek önem kazanmaktadır. Özellikle mikrosatellit instabilitesi yüksek veya DNA onarım mekanizması bozuk olan tümörlerde immün kontrol noktası inhibitörleri etkili tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Bu tedaviler, bağışıklık sisteminin kanser hücrelerini tanıyıp yok etmesini destekleyerek hastalığın kontrol altına alınmasına katkı sağlamaktadır (74).

Kolorektal kanser tedavisinde hedefe yönelik tedaviler de kullanılabilmektedir. Epidermal büyüme faktörü reseptörü ve vasküler endotelyal büyüme faktörü gibi moleküler hedeflere yönelik geliştirilen ajanlar, özellikle metastatik kolorektal kanserde kemoterapi ile birlikte kullanılarak tedavi etkinliğini artırabilmektedir (72,75). Bu

nedenle günümüzde kolorektal kanser tedavisinde moleküler özelliklerin değerlendirilmesi tedavi planlamasının önemli bir parçası haline gelmiştir (73). Sonuç olarak cerrahi rezeksiyon, rezeksiyon yapılabilir kolorektal kanser için birincil yöntem olarak kabul edilirken, kemoterapi, radyoterapi ve immünoterapi gibi standart tedaviler rezeksiyon yapılamayan vakalar için kullanılmaktadır (76).

2.8.1. Kolorektal Kanserlerde Cerrahi Tedavi

Kolorektal kanserde cerrahi tedavi, hastalığın temel küratif yaklaşımı olup, tümörün bulunduğu bağırsak segmentinin yeterli cerrahi sınırlarla çıkarılması ve bölgesel lenf nodlarının diseksiyonunu içermektedir. Cerrahi tedavi, hastalığın lokal kontrolünü sağlamada ve sağkalımın artırılmasında temel rol oynamaktadır (77). Kolorektal kanser tedavisinde cerrahi, özellikle erken evre hastalıkta temel ve en etkili tedavi yaklaşımı olarak kabul edilmektedir. Tümörün yerleşim yerine bağlı olarak sağ hemikolektomi, sol hemikolektomi, sigmoid kolektomi veya anterior rezeksiyon gibi farklı cerrahi prosedürler uygulanabilmektedir. Bu işlemler sırasında onkolojik cerrahi prensiplerine uygun olarak yeterli cerrahi sınırların sağlanması ve lenf nodu diseksiyonunun yapılması önem taşımaktadır (73).

Cerrahi girişimlerin günümüzde laparoskopik veya robotik gibi minimal invaziv yöntemlerle yapılabilmesi, ameliyat sonrası iyileşme süresini kısaltmakta ve komplikasyon riskini azaltabilmektedir (78). Robotik ve laparoskopik cerrahinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, minimal invaziv cerrahinin kolorektal kanserde güvenli ve etkili bir yöntem olduğunu ve onkolojik sonuçlar açısından açık cerrahi ile benzer sonuçlar sağladığını bildirmiştir. Ayrıca bu yöntemlerin ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırdığı, komplikasyon oranlarını azalttığı ve hastanede kalış süresini kısalttığı belirtilmiştir (79).

İleri evre kolorektal kanserlerde ise cerrahi tedavi genellikle diğer tedavi yöntemleri ile birlikte planlanmaktadır. Bu hastalarda cerrahiye ek olarak kemoterapi, radyoterapi veya immünoterapi uygulanabilmektedir. Özellikle metastatik hastalıkta cerrahi girişimler bazı durumlarda semptom kontrolü sağlamak veya metastatik odakların çıkarılması amacıyla uygulanabilmektedir. Günümüzde multidisipliner tedavi yaklaşımı ile cerrahi, sistemik tedavilerle birlikte değerlendirilerek hastanın prognozunun iyileştirilmesi hedeflenmektedir (74). Kolorektal kanser cerrahisinde, uygun olgularda

anal sfinkterin korunmasına yönelik cerrahi yaklaşımlar tercih edilmekte ve kalıcı kolostomi gereksiniminin azaltılması hedeflenmektedir (77).

Kolorektal kanserde tümörün cerrahi olarak çıkarılamadığı veya bağırsak devamlılığının sağlanamadığı durumlarda, dışkı pasajını sağlamak ve komplikasyonları önlemek amacıyla geçici veya kalıcı ostomi (ileostomi veya kolostomi) açılması gerekebilmektedir. Özellikle intestinal obstrüksiyon ve perforasyon gibi acil durumlarda, hastanın klinik stabilizasyonunu sağlamak ve daha güvenli bir cerrahi planlama yapılabilmesi amacıyla ostomi uygulamaları önerilmektedir (80). Kolorektal kanser tedavisinde ostomi, özellikle cerrahi tedavinin bir parçası olarak önemli bir yere sahiptir. Özellikle düşük rektum tümörlerinde sfinkter koruyucu cerrahi mümkün olmadığında, kalıcı kolostomi uygulanmaktadır. Anastomoz kaçağı riski yüksek olan vakalarda ise iyileşme sürecini güvenceye almak için geçici loop ileostomi tercih edilmektedir. Neoadjuvan tedavi sonrası ileri evre rektal kanserlerde doku iyileşmesi yavaş olabileceğinden ostomi ihtiyacı daha sık görülmektedir. Ayrıca obstrüksiyon veya perforasyon gibi acil durumlarda hastayı stabilize etmek ve tümörü daha sonra güvenli biçimde çıkarmak amacıyla palyatif veya geçici ostomi yapılabilmektedir. Ostomi, hastanın yaşam kalitesini etkileyen bir müdahale olduğu için cerrahi kararda onkolojik güvenlik, fonksiyonel sonuçlar ve hastanın bireysel koşulları birlikte değerlendirilmektedir (72).

2.9. OSTOMİ

Ostomi, bağırsak ya da üriner sistemin bir bölümünün cerrahi olarak karın duvarına ağızlaştırılmasıyla oluşturulan ve vücut atıklarının dışarıya yönlendirilmesini sağlayan yapay bir açıklıktır (81). Ostomi; maligniteler, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, bağırsak obstrüksiyonları, travma, konjenital anomaliler ve bazı üriner sistem hastalıkları gibi çeşitli klinik durumlarda uygulanmaktadır (82). Güncel literatürde ostomi/stoma, bağırsak ya da üriner sistem bütünlüğünün bozulduğu durumlarda hastaların hayati fonksiyonlarını sürdürmesine olanak tanıyan bir çözüm olarak tanımlanmaktadır. Kolostomi, ileostomi ve ürostomi en sık uygulanan stoma türleri arasında yer almaktadır (83). Tablo 2.2'de bağırsak stoması türleri gösterilmektedir (84-87).

Tablo 2.2: Bağırsak stoması türleri

Stoma Türü	Tanımı / Özelliği	Geçici / Kalıcı	Endikasyon Örnekleri
Kolostomi	Kalın bağırsağın (kolon) karın duvarına açılmasıyla dışkının toplandığı yapay açıklık	Geçici veya Kalıcı	Kolorektal kanser, divertikülit, travma, bağırsak obstrüksiyonu
İleostomi	İnce bağırsağın (ileum) karın duvarına açılmasıyla dışkının toplandığı açıklık	Genellikle Geçici, Nadiren Kalıcı	İnflamatuvar bağırsak hastalıkları (Crohn, ülseratif kolit), bağırsak rezeksiyonu, travma
Loop Kolostomi	Kolonun bir kısmının yüzeye çıkarılıp iki açıklığın oluşturulması	Genellikle Geçici	Bağırsak istirahatı gereken durumlar, rektum cerrahisi sonrası geçici boşaltım
End Kolostomi	Kolonun son kısmı karın duvarına çıkarılır, distal segment kapalı bırakılır.	Genellikle Kalıcı	Rektum kanseri sonrası rektum çıkarılması, ciddi inflamatuvar bağırsak hastalıkları
Loop İleostomi	İnce bağırsağın bir kısmının karın duvarına çıkarılması ve iki açıklığın oluşturulması	Genellikle Geçici	Özellikle kolon cerrahisi sonrası bağırsak dinlendirme, anastomoz korunması
End İleostomi	İnce bağırsağın son kısmının karın duvarına açılması	Kalıcı	Total kolektomi sonrası, inflamatuvar bağırsak hastalığı tedavisi

2.9.1. KOLOSTOMİ

Kolostomi, kolonun bir kısmının cerrahi olarak karın duvarına ağızlaştırılması ile oluşturulan ve dışkının vücut dışına atılmasını sağlayan cerrahi bir girişimdir. Bu işlem genellikle kolorektal kanser, divertikülit, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, travmalar ve doğumsal anomaliler gibi durumlarda uygulanmaktadır. Kolostomi, geçici veya kalıcı olarak uygulanabilen bir cerrahi girişimdir; geçici kolostomi bağırsakların iyileşmesini sağlamak veya distal anastomoz hattını korumak amacıyla oluşturulmakta amacıyla belirli bir süre için açılırken, kalıcı kolostomi genellikle alt bağırsak devamlılığının sağlanamadığı, rektum/anüsün çıkarıldığı veya fonksiyonun geri döndürülemediği durumlarda uygulanmaktadır (1,88).

Kolostomi, kolonun farklı segmentlerinin (ascending, transvers, desendan ve sigmoid kolon) cerrahi olarak karın duvarına ağızlaştırılması ile oluşturulan bir bağırsak diversiyon yöntemidir ve sınıflandırma, stomanın oluşturulduğu kolon segmentine göre yapılmaktadır (89). Güncel cerrahi yaklaşımlar içerisinde laparoskopik tekniklerin yaygınlaşması ile birlikte kolorektal cerrahi ve stoma oluşturma işlemleri daha minimal invaziv bir hale gelmiş, bu durum ameliyat sonrası iyileşme süresinin kısalması ve cerrahi morbiditenin azalması ile ilişkilendirilmektedir (90). Bununla birlikte kolostomi

uygulanan bireylerde yaşam kalitesi; stoma bakım becerileri, komplikasyon gelişimi ve psikososyal adaptasyon süreçleri ile doğrudan ilişkili olup, bu alanlar multidisipliner değerlendirme gerektiren önemli klinik araştırma konuları arasında yer almaktadır (91).

2.9.2. İLEOSTOMİ

İleostomi, terminal ileumun cerrahi olarak karın duvarına ağızlaştırılmasıyla oluşturulan ve intestinal içeriğin doğal anal yol yerine stoma aracılığıyla dışarıya yönlendirilmesini sağlayan cerrahi bir bağırsak diversiyon yöntemidir. Genellikle inflamatuvar bağırsak hastalıkları, kolorektal maligniteler ve distal bağırsak obstrüksiyonu gibi durumlarda geçici veya kalıcı olarak uygulanmaktadır. Klinik uygulamada ileostomiler, cerrahi tekniğe ve endikasyona bağlı olarak loop ve end olmak üzere sınıflandırılmaktadır (92).

2.9.2.1. Loop ileostomi: Loop ileostomi, ileumun tamamen kesilmeden bir segmentinin karın duvarına loop (halkasal kıvrım) şeklinde çıkarılması ve açılarak iki ayrı lümen oluşturulması ile gerçekleştirilen geçici bir bağırsak diversiyon yöntemidir. Bu teknik, özellikle kolorektal anastomozların korunması ve iyileşme sürecinde komplikasyon riskinin azaltılması amacıyla tercih edilmektedir (93,94). Loop ileostomi çoğunlukla geçici bir prosedür olup, altta yatan patolojinin düzelmesi veya anastomoz iyileşmesinin tamamlanması sonrasında geri çevrilebilir özellik taşımaktadır. Meta-analiz çalışmaları, bu yöntemin özellikle yüksek riskli kolorektal cerrahilerde anastomoz güvenliğini artırdığını ve stoma ile ilişkili komplikasyonları azaltmada önemli rol oynadığını göstermektedir (93,95).

2.9.2.2. End ileostomi: End ileostomi, terminal ileumun karın duvarına ağızlaştırılması ile oluşturulan ve bağırsak içeriğinin tek bir stoma aracılığıyla vücut dışına yönlendirildiği cerrahi bir bağırsak diversiyon yöntemidir. Genellikle kolonun tamamen çıkarıldığı ya da distal bağırsak devamlılığının güvenli şekilde sağlanamadığı durumlarda uygulanmaktadır. En sık endikasyonları arasında inflamatuvar bağırsak hastalıkları, kolorektal kanser ve acil kolonik patolojiler yer almaktadır (89,96).

2.10. STOMA VE KOMPLİKASYONLAR

Stoma komplikasyonları erken ve geç dönem olarak sınıflandırılmakta olup; erken dönemde iskemi, nekroz, mukokutanöz ayrılma ve retraksiyon görülürken, geç dönemde

parastomal herni, prolapsus ve parastomal varisler gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (97).

2.10.1. Erken Dönem Komplikasyonlar

Erken dönem stoma komplikasyonları, cerrahi girişimi takiben genellikle ilk 30 gün içerisinde ortaya çıkan ve çoğunlukla cerrahi teknik, hastanın genel durumu ve yara iyileşme süreci ile ilişkili komplikasyonlar olarak tanımlanmaktadır. Stoma sonrası erken dönem komplikasyonlar arasında iskemi, nekroz, mukokutanöz ayrılma ve retraksiyon gibi cerrahi komplikasyonların yanı sıra, özellikle peristomal cilt komplikasyonları da sık görülmektedir. Peristomal dermatit, irritasyon ve enfeksiyon gibi cilt sorunları genellikle ameliyat sonrası erken dönemde ortaya çıkmakta olup hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (97,98).

2.10.2. Geç Dönem Komplikasyonlar

Geç dönemde en sık karşılaşılan komplikasyonlar arasında parastomal herni, stoma prolapsusu, stenoz ve retraksiyon yer almaktadır. Ayrıca uzun süreli stoma varlığına bağlı olarak peristomal cilt problemleri de devam edebilmekte veya kronikleşebilmektedir. Parastomal herni, abdominal duvar zayıflığına bağlı olarak gelişirken, prolapsus bağırsak segmentinin dışarı doğru aşırı uzaması ile karakterizedir. Stenoz ise stoma açıklığının daralması sonucu dışkı geçişinde güçlüğe yol açmaktadır. Bu komplikasyonlar hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek bakım gereksinimlerini artırmaktadır (97,99).

2.11. STOMALI BİREYLERDE HEMŞİRELİK BAKIMI VE YÖNETİMİ

Ostomi bakımı ameliyat öncesi dönemden başlayarak uzun dönem izlemi kapsayan sürekli bir süreçtir ve hemşirelik bakımının hastanın adaptasyonu ile yaşam kalitesini destekleyecek şekilde süreklilik göstermesi gerekmektedir (100,101).

2.11.1. Ameliyat Öncesi Dönem

Ameliyat öncesi dönemde hemşirelik bakımı, hastanın stoma hakkında bilgilendirilmesi, uygun stoma yerinin belirlenmesine katkı sağlanması ve psikososyal uyumunun desteklenmesini içermektedir. Ameliyat öncesi dönemde verilen stoma eğitiminin hastaların cerrahi sürece hazırlanmasını kolaylaştırdığı ve ameliyat sonrası adaptasyonu olumlu yönde etkileyebileceği bildirilmektedir. Ayrıca, stoma bakımında

süreklilik gösteren hemşirelik girişimlerinin hasta sonuçlarını iyileştirdiği vurgulanmaktadır (101).

2.11.2. Ameliyat Sonrası Dönem

Ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımı, stomanın fonksiyon kazandığı erken dönemden başlayarak komplikasyonların erken tanılanması, peristomal cilt bütünlüğünün korunması ve hastanın öz bakım becerilerinin geliştirilmesine odaklanmaktadır (102). Süreklilik gösteren hemşirelik bakımının stoma komplikasyonlarını azalttığı, hasta uyumunu artırdığı ve yaşam kalitesini iyileştirdiği bildirilmektedir (101). Erken dönemde yapılan sistematik hemşirelik değerlendirmelerinin, komplikasyonların görülme sıklığını azalttığı bildirilmektedir (99). Hastaların bakım sürecine aktif katılımının sağlanması, öz bakım becerilerinin gelişimini desteklemektedir. Taburculuk sonrası eğitim ve danışmanlığın sürdürülmesi, hastaların stomaya uyumunu ve yaşam kalitesini artırmaktadır (97). Uzun dönemde ise hemşirelik bakımı, bireyin stomaya uyumunu artırmayı, öz bakım becerilerini geliştirmeyi ve yaşam kalitesini yükseltmeyi hedeflemektedir (3).

Stomalı hastalarda hemşirelik bakımı yalnızca fiziksel iyileşmeyi değil, aynı zamanda psikososyal uyumu da kapsamaktadır. Bu süreçte etkili iletişim, duygusal destek ve taburculuk sonrası eğitimin sürdürülmesi önemlidir. Süreklilik gösteren hemşirelik bakımının hasta adaptasyonunu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği gösterilmektedir (100,101).

2.12. OSTOMİYE UYUM

Ostomi, bireyin yaşamında fiziksel, psikolojik ve sosyal alanları etkileyen önemli bir değişim sürecidir ve bu durum hastaların yaşam kalitesinde belirgin değişikliklere yol açabilmektedir (7,8). Stomaya sahip bireylerde uyum süreci, birçok faktörden etkilenen karmaşık bir süreçtir. Ostomi, bireyin beden imajında değişikliklere neden olarak öz benlik algısını olumsuz etkileyebilmekte ve bu durum uyum sürecini zorlaştırabilmektedir (9).

Uyum sürecinde bireyin yaş, eğitim düzeyi, sosyal destek sistemi gibi sosyodemografik özellikleri, klinik durumu ve hastalığın süresi önemli belirleyiciler arasında yer almaktadır. Özellikle sosyal destek düzeyi düşük olan bireylerde uyum güçlüklerinin daha belirgin olduğu ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği

gösterilmiştir (11). Ayrıca stoma çevresinde cilt irritasyonu, dermatit, sızıntı problemleri ve stomaya bağlı bakım güçlükleri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini zorlaştırabilmektedir. Beslenme düzeninde değişiklik yapma gerekliliği, hijyen uygulamalarına dikkat etme zorunluluğu ve bazı fiziksel kısıtlılıklar da uyum sürecini zorlaştıran önemli etkenler arasında yer almaktadır (102).

Stomalı bireylerde beden imajında bozulma, özsaygıda azalma, sosyal ortamlardan kaçınma ve kaygı düzeyinde artış gibi psikolojik sorunların gelişebildiği bildirilmektedir (12). Stomanın varlığı, bireyin kendini algılayışını olumsuz etkileyerek sosyal izolasyon riskini artırabilmekte ve uzun dönemde depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Ayrıca sürekli bakım gereksinimi ve komplikasyon korkusu, bireyde stres düzeyini artırarak uyum sürecini daha da güçleştirmektedir (7). Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerde stresle başa çıkma kapasitesinin arttığı ve adaptasyon sürecinin daha başarılı olduğu vurgulanmaktadır (3,12). Ameliyat sonrası dönemde hastaların yeterli bilgilendirilmesi, ostomiye uyum sürecini kolaylaştırmakta ve sağlık hizmeti kullanımını azaltarak gereksiz hastane başvurularının önüne geçmektedir (102). Bu süreçte verilen hemşirelik eğitiminin, bireylerin bakım becerilerini artırdığı ve komplikasyon gelişimini azalttığı bildirilmektedir (3).

2.13. OSTOMİ VE BEDEN İMAJI

Beden imajı, kişinin kendi bedenine dair zihinsel temsilidir (103). Bireyin kendi bedenini nasıl algıladığına, bedenine yönelik düşünce, duygu, tutum ve davranışlarına odaklanan çok boyutlu bir psikolojik kavramdır. Bu kavram, bireyin bedeninin boyutu, şekli, ağırlığı ve görünümü hakkındaki öznel algısını**,** bu algıya eşlik eden duygu ve değerlendirmelerini, bedenle ilgili inanç ve davranışlarını kapsamaktadır (14). Beden imajı sadece fiziksel görünümle ilgili bir değerlendirme değil; aynı zamanda bireyin bedenini nasıl kabul ettiği, değer verdiği veya reddettiği tutumları da içermektedir. Bu nedenle beden imajı; kişinin özsaygısı, psikolojik iyi oluşu ve sosyal yaşantısı ile yakından ilişkilidir (14,15). Olumlu beden imajı; bedenin kabulü, bedenin fonksiyonlarına odaklanma ve bedenin benzersiz özelliklerini takdir etme gibi yönleri içerirken, olumsuz beden imajı ise genellikle memnuniyetsizlik, utanma, kaygı ve sosyal çekilme gibi olumsuz duygu ve davranışlarla ilişkilidir (15).

Ostomi cerrahisi geçiren bireylerde beden imajı algısı, vücudun fiziksel görünümünde meydana gelen değişiklikler nedeniyle önemli ölçüde etkilenmektedir.

Cerrahi sonrası stoma ve ostomi torbasının görünürlüğü, fonksiyonel değişiklikler ve olası sosyal damgalanma, bireylerde beden memnuniyetsizliği ve özsaygı düşüşü ile ilişkilidir (16). Genç yaş gruplarında ve geçici ostomiye sahip olan ostomili bireylerin özellikle beden algısındaki olumsuz değişikliklere daha duyarlı oldukları ve sosyal izolasyon, günlük aktivitelerden kaçınma ve psikolojik stres gibi sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir (17). Ayrıca, ostomili kadın hastalarında beden imajı memnuniyetsizliğinin daha belirgin olduğu görülürken, bu durum psikososyal destek ile eğitim müdahalelerinin önemini vurgulamaktadır (18).

2.14. OSTOMİ VE YAŞAM KALİTESİ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesi, "bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla ilişkili olarak hayattaki konumuna ilişkin algısı" olarak tanımlamaktadır (104). Güncel yaklaşımlar, yaşam kalitesini yalnızca hastalık varlığı veya yokluğu ile sınırlı görmemekte; bireyin günlük yaşam işlevselliği, sosyal katılımı ve yaşam memnuniyetini kapsayan çok boyutlu bir yapı olarak ele almaktadır (105). Yaşam kalitesi, kişinin olumlu ve olumsuz yaşam öğelerini bir bütün olarak değerlendirdiği subjektif bir iyi oluş ölçüsüdür. Bu nedenle sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ayrıştırılarak sağlık durumunun yaşam kalitesine etkisi de değerlendirilmektedir (106).

Yaşam kalitesi sağlık bilimlerinde, klinik sonuçların yanı sıra tedavi ve bakım etkinliğinin değerlendirilmesinde önemli bir hasta-bildirimi sonuç ölçütü olarak kullanılmaktadır (106). Yaşam kalitesi, modern sağlık hizmetlerinde hasta merkezli bakımın ve klinik karar verme süreçlerinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Hemşirelik uygulamaları açısından değerlendirildiğinde, eğitim, öz-yönetim desteği, palyatif bakım ve semptom yönetimi gibi hemşire liderliğinde yürütülen müdahalelerin yaşam kalitesini anlamlı düzeyde iyileştirdiği gösterilmiştir (107).

Ostomili bireylerde yaşam kalitesi, fiziksel sağlık, ruhsal durum, sosyal ilişkiler ve çevresel faktörleri kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Ameliyat sonrası erken dönemde yaşam kalitesi genellikle düşerken, zamanla bireylerin uyum sağladığı ve kalite düzeyinin kademeli olarak iyileştiği gözlenmektedir (19). Fiziksel sorunlar (stoma bakımı, peristomal cilt problemleri, yorgunluk) ve psikolojik etkiler (beden imajında bozulma, kaygı, depresyon) yaşam kalitesini doğrudan etkiler (21). Sosyal destek, öz bakım becerileri ve eğitim düzeyi, yaşam kalitesini artıran önemli faktörlerdir (19,22).

Yapılandırılmış hemşirelik bakımı ve eğitim programları, bireylerin ostomiye uyumunu kolaylaştırdığını ve yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermektedir. Bu nedenle, ostomili bireylerin bakımında psikososyal ve eğitimsel destekler, fiziksel bakımla birlikte bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır (20,21).

2.15. HO'OPONOPONO TEKNİĞİ

Ho'oponopono, Hawai kültüründe ortaya çıkmış ve bireyler arası uyumu sağlamayı amaçlayan geleneksel bir uzlaşma ve arınma pratiği olarak tanımlanmaktadır. Kavram, ilişkilerde dengeyi yeniden kurma ve hatalı davranışları düzeltme fikri üzerine temellenmektedir. Geleneksel uygulama, özellikle aile içi çatışmaların çözülmesinde ve toplumsal uyumun sağlanmasında kullanılan ritüel bir sistem niteliği taşımaktadır (28).

Modern Ho'oponopono yaklaşımı, Morrnah Nalamaku Simeona tarafından yeniden yapılandırılmış ve Ihaleakala Hew Len tarafından geliştirilerek "Self I-Dentity through Ho'oponopono" sistemi haline getirilmiştir. Bu modern yaklaşımda birey, yaşadığı deneyimlerden kişisel sorumluluk alma ilkesi ile hareket etmekte ve içsel dönüşüm sürecine odaklanmaktadır. Uygulamada kullanılan "özür dilerim, lütfen beni affet, teşekkür ederim, seni seviyorum" ifadeleri, zihinsel farkındalığı artırmaya yönelik bir tekrar pratiği olarak değerlendirilmektedir (108).

Ho'oponopono'nun modern yorumları, bazı yönleriyle mindfulness temelli yaklaşımlar ile benzerlik göstermektedir. Mindfulness yaklaşımı, bireyin anda kalma ve yargılamadan gözlem yapma becerisini geliştirmeyi hedeflemektedir (109). Ho'oponopono ise buna ek olarak affetme ve içsel sorumluluk alma süreçlerini içeren spiritüel bir yapı sunmaktadır. Bu nedenle uygulama, bilimsel psikoterapi modellerinden ziyade tamamlayıcı ve spiritüel bir farkındalık pratiği olarak değerlendirilmektedir (28).

Ho'oponopono üzerine yapılan bilimsel çalışmalar sınırlıdır ve mevcut literatür çoğunlukla küçük örneklemli araştırmalar oluşmaktadır (23,28). Ho'oponopono uygulamasının stres ve iyi oluş üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışmada olumlu eğilimler bildirilmiş, ancak bulguların genellenebilirliği sınırlı kalmıştır (28). Benzer şekilde, hipertansiyon yönetimi üzerine yapılan bir başka çalışmada Ho'oponopono'nun tamamlayıcı bir yaklaşım olabileceği belirtilmiş, ancak tek başına tedavi edici bir yöntem olmadığı vurgulanmıştır (23).

Literatürde, Ho'oponopono'nun psikolojik iyi oluş, bağışıklık sistemi ve stres yönetimi ile ilişkili olabileceği öne sürülse de bu bulguların büyük ölçüde teorik ve yorumlayıcı nitelikte olduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle Ho'oponopono'nun klinik etkinliği konusunda güçlü bilimsel kanıtların bulunmadığı görülmektedir (29). Genel olarak Ho'oponopono, tamamlayıcı ve spiritüel bir uygulama olarak değerlendirilmekte olup, klinik bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmemektedir (108). Mevcut literatür, uygulamanın daha çok öznel deneyim ve farkındalık süreçleri üzerinden ele alındığını göstermektedir (28).

2.15.1. HO'OPONOPONO TEKNİĞİNİN UYGULANMASI

Ho'oponopono tekniği, bireyin yaşamında karşılaştığı sorunların dışsal nedenlerden ziyade kendi bilinçaltı programlarından kaynaklandığı kabulüne dayanmaktadır. Bu çerçevede uygulama, bireyin "sorumluluk" ilkesi doğrultusunda içsel süreçlerine yönelmesiyle başlamakta ve zihinsel temizlik amacıyla dört temel ifadenin "özür dilerim", "lütfen beni affet", "teşekkür ederim", "seni seviyorum" sürekli olarak tekrar edilmesiyle yürütülmektedir. Bu ifadelerin meditasyon benzeri bir farkındalık içinde yinelenmesinin, bireyin bilinçaltında yer alan olumsuz kayıtların temizlenmesine ve duygusal yüklerin azalmasına aracılık ettiği belirtilmektedir. Uygulama belirli bir zaman veya mekânla sınırlandırılmamakta, günlük yaşamın herhangi bir anında içsel tekrar yoluyla sürdürülebilmekte ve sonuç odaklı bir beklenti yerine teslimiyet ve bırakma yaklaşımı esas alınmaktadır. Sonuç olarak Ho'oponopono uygulaması, bireyin içsel farkındalığını artırmaya, duygusal düzenlemeyi desteklemeye ve içsel dengeyi güçlendirmeye yönelik spiritüel temelli tamamlayıcı bir yaklaşım olarak ele alınmaktadır (108).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE AMACI

Bu çalışma kolostomili hastalara uygulanan Ho'oponopono tekniğinin ostomiye uyum, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek randomize kontrollü klinik çalışma olarak gerçekleştirildi.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1 $_{(1)}$: Ho'oponopono tekniği uygulanan ve uygulanmayan kolostomili hastaların ostomiye uyum puan ortalamaları arasında fark vardır.

H1 $_{(2)}$: Ho'oponopono tekniği uygulanan ve uygulanmayan kolostomili hastaların beden imajı puan ortalamaları arasında fark vardır.

H1 $_{(3)}$: Ho'oponopono tekniği uygulanan ve uygulanmayan kolostomili hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark vardır.

3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.3.1. Bağımsız Değişkenler

Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı ve ameliyat öyküsü gibi sosyodemografik özelliklerin yanı sıra Ho'oponopono tekniği hakkında bilgi sahibi olma, stoma açılacağını ilk duyduğunda hissedilen duygular, stomayı saklama gereksinimi ve stoma bakımını kimin üstleneceğine ilişkin değişkenler olarak belirlendi.

3.3.2. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği, Beden İmajı Ölçeği ve Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları olarak belirlendi.

3.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu çalışma, Mart-Mayıs 2026 tarihleri arasında İstanbul'daki bir şehir hastanesinin genel cerrahi servislerinde kolostomi açılan hastalar ile yürütüldü. Hastanede toplam beş tane genel cerrahi servisi bulunmaktadır. Her servis 24 yatak kapasitesine sahiptir. Serviste yatan tüm hastalara her sabah hekim ve hemşire ziyaretleri yapılmakta olup, günlük hemşirelik bakım planları oluşturulmaktadır. Genel cerrahi servislerinde günde üç hemşire çalışmakta olup her hemşire sekiz hasta bakmaktadır. Her serviste ortalama 10 hemşire, ortalama altı hekim çalışmaktadır. Hemşirelerin çalışma saatleri 08:00-16:00, 16:00-08:00 veya 08:00-08:00 vardiya sistemi şeklindedir.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, İstanbul'daki bir şehir hastanesinin genel cerrahi servislerinde Mart-Mayıs 2026 tarihleri arasında kolostomi açılması planlanan bireyler oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise aynı tarihler arasında hastanenin genel cerrahi servislerinde kolostomi açılan ve araştırmaya dahil edilen toplam 64 hasta oluşturdu. Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapıldı. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplandı. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 1,024 etki büyüklüğünde gruplarda 26 kişi olmak üzere 52 kişiye ulaşılması gerekmektedir (df=50; t=2,009). Araştırmada testin gücünün yüksek olması ve kayıplar göz önünde bulundurularak gruplarda 32 kişi olmak üzere toplam 64 kişiye ulaşılması planlandı.

3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME, DIŞLANMA VE ÇIKARILMA KRİTERLERİ

3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Kolostomi açılacak olması,
- 18 yaşından büyük olması,
- Türkçe konuşup anlayabilmesi,
- Okuma ve yazma bilmesidir.

3.6.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- İletişim problemi (işitme, konuşma vb.) olması,
- Nörolojik ve/veya psikiyatrik bir rahatsızlığı olmasıdır.

3.6.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Genel durumunun bozulmasıdır.

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verileri; Kişisel Bilgi Formu, Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği, Beden İmajı Ölçeği, Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu aracılığı ile toplandı.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Araştırmacılar tarafından katılımcıların tanıtıcı bilgilerini sorgulamak amacıyla toplam 12 sorudan oluşmaktadır (9,19,22). Bu sorular; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı ve ameliyat öyküsü gibi sosyodemografik özelliklerin yanı sıra Ho'oponopono tekniği hakkında bilgi sahibi olma, stoma açılacağını ilk duyduğunda hissedilen duygular, stomayı saklama gereksinimi ve stoma bakımını kimin üstleneceği gibi durumlara ilişkin bilgileri kapsamaktadır.

3.7.2. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği (EK-2)

Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği, Simmons ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir (110) ve Türkçeye uyarlanması ise Karadağ ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği, stomalı bireylerin stomaya uyum düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek toplam 23 maddeden oluşmakta olup, beşli Likert tipinde (0–4 puanlama) değerlendirilmektedir. Ölçek; kabul etme, kaygı/endişe, sosyal uyum ve öfke olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte bazı maddeler ters puanlanmakta olup, bu maddeler analiz sırasında ters kodlanarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 92 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar bireyin stomaya uyum düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0,87 olarak bildirilmiştir (111). Bu çalışmada ölçeğin genel toplam puanı için iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0,91 olarak belirlendi. Alt boyutlar incelendiğinde, kabul etme alt

boyutu için iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0,88, kaygı/endişe alt boyutu için 0,85, sosyal uyum alt boyutu için 0,83 ve öfke alt boyutu için 0,86 olarak saptandı.

3.7.3. Beden İmajı Ölçeği (EK-3)

Beden İmajı Ölçeği, bireylerin beden imajı algılarını ve bu algıya karşı verdikleri tepkileri değerlendirmek amacıyla kullanılan bir psikometrik araç olup, Hopwood tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir (112). Kanser hastalarının tedavi sürecinde ve sonrasında beden imajına yönelik değişimlerin değerlendirilmesi için yaygın olarak kullanılmaktadır. Dörtlü likert tipindeki ölçek toplam 10 sorudan oluşmaktadır (0= Hiçbir zaman, 1= Nadiren, 2= Bazen, 3= Her zaman) ve toplam puan 0 ile 30 arasında değişmektedir. Düşük puanlar beden imajı algısının daha iyi olduğunu, yüksek puanlar ise beden imajı ile ilgili daha fazla sorun olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0,94 olup, yüksek iç tutarlılığa sahiptir. Türkçe uyarlaması Karayurt ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılmış ve bu çalışmada ölçeğin Türk toplumuna uygunluğu ve geçerliliği doğrulanmış olup iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0,94 bulunmuştur (113). Bu çalışmada ölçeğin genel toplam puanına ait iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0,93 olarak bulundu.

3.7.4. Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-4)

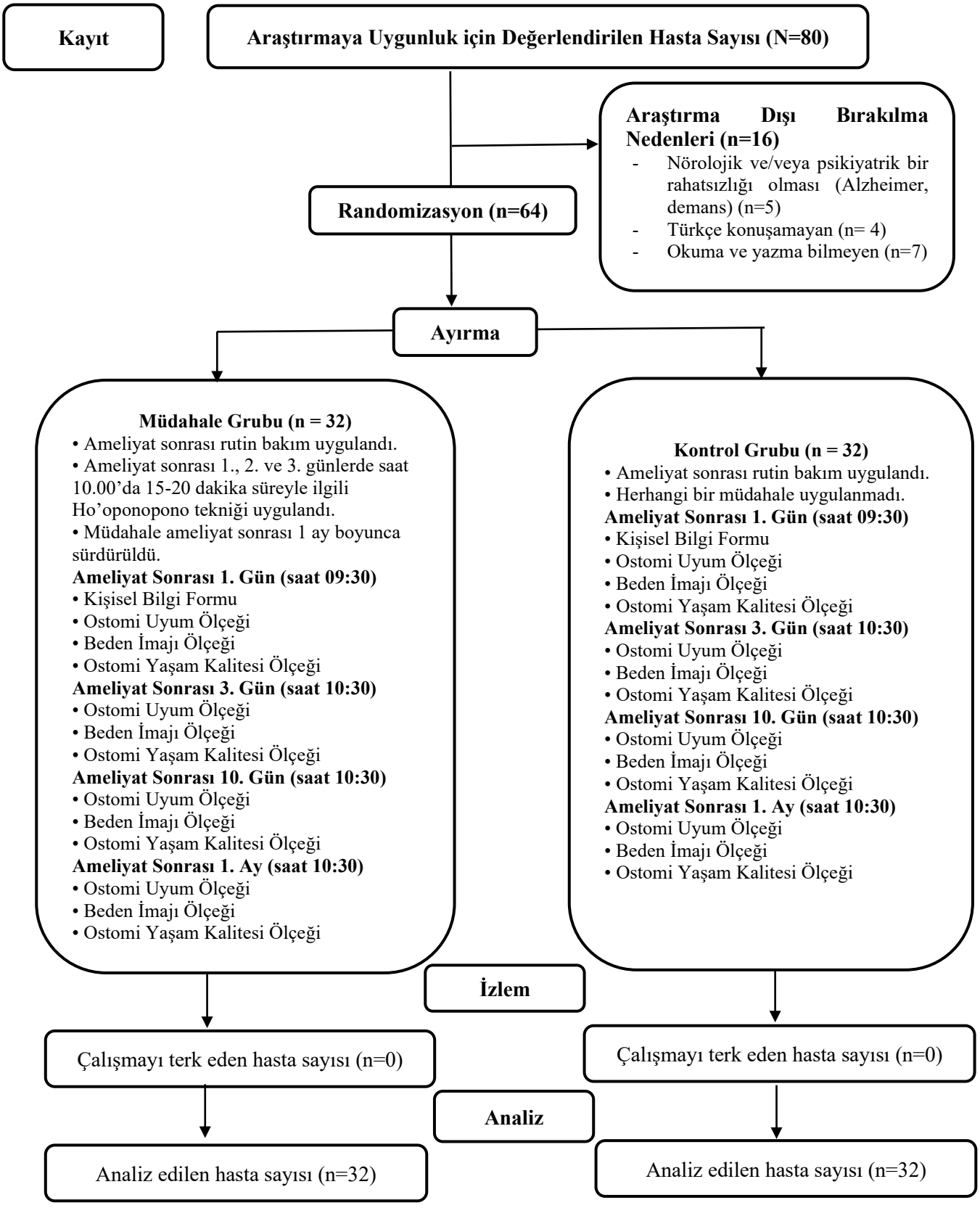
Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği, stomalı bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla Baxter ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir değerlendirme aracıdır (114). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında Karadağ ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması toplamda 19 maddeden oluşmaktadır. İlk iki madde bireyin genel yaşam memnuniyeti ile ilgilidir ve 0 ile 100 arasında puanlanmaktadır (0: tam memnuniyetsizlik, 100: tam memnuniyeti gösterir). Ölçeğin ilk iki maddesi hariç diğer maddeler beşli Likert tipindedir (1= asla, 2= nadiren, 3= ara sıra, 4= sık sık ve 5= her zaman). Diğer maddeler üç alt boyutta gruplanmıştır: iş ve sosyal yaşam, cinsel yaşam ve beden imajı, stoma fonksiyonları. Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0,87'dir (115). Bu çalışmada genel toplam puan için iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0,90 olarak hesaplandı. Alt boyutlara ilişkin değerleri incelendiğinde, iş ve sosyal yaşam alt boyutu için 0,87, cinsellik ve beden imajı alt boyutu için 0,85 ve stoma fonksiyonları alt boyutu için 0,82 olarak belirlendi.

3.8. RANDOMİZASYON VE KÖRLEME

Araştırmada seçim yanlılığını azaltmak amacıyla randomizasyon yöntemi uygulandı. Katılımcıların çalışma gruplarına dağılımını belirlemek için bilgisayar destekli rastgele sayılar kullanılarak bir randomizasyon listesi oluşturuldu (Şekil 3.1). Bu liste, "https://www.calculatorsoup.com" adresinden yararlanılarak hazırlandı. Katılımcılar ameliyat sırasına göre ardışık olarak numaralandırıldı ve ilgili randomizasyon listesine göre uygun gruplara atandı (Şekil 3.2). Çalışmanın tasarım özellikleri nedeniyle katılımcılar ve klinik araştırmacı için körleme sağlanamadı; buna karşın, sonuç değerlendiriciler açısından körleme uygulandı.

Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
19, 52, 54, 62, 35, 37, 11, 8, 59, 56, 2, 22, 12, 21, 42, 60, 23, 33, 9, 64, 41, 26, 43, 50, 3, 34, 58, 13, 29, 27, 16, 24	61, 6, 44, 48, 31, 40, 51, 39, 55, 32, 20, 1, 46, 14, 15, 18, 47, 53, 45, 28, 25, 5, 63, 49, 17, 7, 57, 38, 36, 4, 10, 30

Şekil 3.1: Randomizasyon listesi



Şekil 3.2: Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) Şeması

3.9. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan katılımcılar bilgisayar tabanlı oluşturulan randomizasyon listesindeki sıraya göre müdahale (n=32) veya kontrol grubuna (n=32) atandı. Katılımcılara çalışma hakkında gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra "Bilgilendirilmiş Onam Formu" imzalatıldı.

3.9.1. Müdahale Grubu

Bu gruptaki hastalara ameliyat sonrası 1., 2. ve 3. günlerde sabah saat 10.00'da sertifikalı araştırmacı hemşire tarafından yüz yüze Ho'oponopono tekniği uygulanmış olup, hastaların bir ay boyunca bu tekniği uygulamaya devam etmesi istendi ve haftada bir gün telefonla aranarak hastaların uygulamayı devam etmeleri kontrol edildi. Sertifikalı araştırmacı, "Ho'oponopono Öğretisi ve Uygulamaları (Tüm Boyutlarıyla)" ile "Ho'oponopono: Kadim Hawaii Bilgelik Öğretisi" başlıklı eğitim programlarını tamamlamış ve ilgili sertifikaları almaya hak kazanmıştır (EK-5 ve EK-6). Bu eğitimlerin süreleri sırasıyla 5,5 saat ve 1,5 saat olarak gerçekleşmiştir.

- Ameliyat sonrası 1. günde Ho'oponopono uygulaması öncesi "Kişisel Bilgi Formu, Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği, Beden İmajı Ölçeği ve Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği" dolduruldu.
- Ameliyat sonrası 1., 2. ve 3. günlerde sabah saat 10.00'da Ho'oponopono tekniği araştırmacı hemşire tarafından yüz yüze 15-20 dakika arasında uygulandı. Ayrıca hastalara bu uygulamayı evde tek başına nasıl yapacakları öğretilmiş olup, ameliyat sonrası bir ay boyunca hastaların bu uygulamaya devam etmesi gerektiği açıklandı. Hastalar haftada bir kez telefonla aranarak uygulamaya devam etmeleri konusunda teşvik edildi.
- Ameliyat sonrası 3. gün, 10. gün ve 1. ayda Ho'oponopono uygulaması sonrası "Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği, Beden İmajı Ölçeği ve Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği" tekrar doldurulduu.

3.9.1.1. Ho'oponopono Tekniğinin Uygulanması

- Öncelikle bireyin, herhangi bir kişiyi suçlamadan ve yargılamadan, yalnızca kendi içsel enerjisini özgürleştirmeye, şifalandırmaya ve serbest bırakmaya yönelik niyet etmesi sağlandı.

- Bireyin sakin ve rahat bir ortamda, ellerini serbest bırakması ya da kalp bölgesine yerleştirmesi sağlanarak, kontrollü nefes egzersizleri eşliğinde tüm bedeninin gevşemesi desteklendi.
- Bireyin, yaşadığı olumsuz durumun kendisinde yansıyan yönünü fark etmesi ve bu farkındalığı kazandırdığı için söz konusu deneyime teşekkür etmesi sağlandı.
- Bireyin, kendisinde yansıyan bu yönün, kendi yüksek benliği aracılığıyla temizlenmesini ve şifalanmasını talep etmesi sağlandı.
- Daha sonra bireyin, en az üç kez olmak üzere istediği sayıda tekrar edecek şekilde şu dört kısa ifadeyi kullanması istendi: *"**Seni seviyorum. Özür dilerim. Lütfen beni affet. Teşekkür ederim."*** Bu ifadelerden birinin kendisine, birinin evrene (yaratıcıya), birinin ise yansıyan duruma yönelik olarak yöneltildiği açıklandı.
- Tekniğin etkili olup olmadığını değerlendirmek amacıyla bireyde iç huzurun artması, güçlenme hissi ve başkalarını yargılama eğiliminin azalması gibi göstergeler gözlemlendi. Ayrıca bireyin enerjisinin kendisinde kaldığı ve birlik bilincine yönelme yaşadığı ifade edildi. Süreç ilerledikçe hafifleme hissi, arınmaya bağlı olarak yüklerden kurtulma, bilinç düzeyinde yükselme ve olaylara bakış açısında değişim gibi durumların ortaya çıkabileceği belirtildi (24,25).

3.9.2. Kontrol Grubu

Bu gruptaki hastalara herhangi bir müdahalede bulunulmadı. Araştırmada kullanılacak veri toplama formları müdahale grubu ile aynı zaman diliminde uygulandı.

3.10. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for Social Science (SPSS) 22 paket programı kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler kapsamında kategorik değişkenler için frekans ve yüzde, sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma değerleri hesaplandı. Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğu çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenerek değerlendirildi. Literatürde, çarpıklık ve basıklık değerlerinin ±1,5 sınırları içerisinde yer almasının normal dağılım varsayımı için

yeterli olduğu belirtilmektedir (116,117). Bulgular incelendiğinde, tüm değişkenlere ait çarpıklık ve basıklık değerlerinin ±1,5 aralığında olduğu görülmektedir. Bu durum, veri setinin normal dağılım varsayımını sağladığını ve parametrik testlerin uygulanabilir olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda, iki grup arasındaki karşılaştırmalarda bağımsız gruplar t-testi, zaman içi değişimlerin değerlendirilmesinde ise tekrarlı ölçümler için varyans analizi (Repeated Measures ANOVA) kullanıldı. Anlamlı farklılıkların belirlenmesinde Bonferroni düzeltmesi uygulandı. Elde edilen sonuçların yorumlanmasında anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi. Ayrıca, istatistiksel anlamlılık düzeyine ek olarak etki büyüklükleri de hesaplandı ve bağımsız gruplar karşılaştırmalarında Cohen's d katsayısı, tekrarlı ölçümler analizinde ise eta kare (η^2) değeri raporlandı.

3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırma, İstanbul'da bir üniversitenin Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.11.2025 tarih ve 2025/28 sayılı etik kurul onayı (EK-7) alınarak yürütüldü. Ayrıca çalışmanın gerçekleştirildiği hastaneden 27.03.2026 tarih ve 2026/07 sayılı kurum izni (EK-8) alındı. Kullanılacak ölçeklere ilişkin olarak ilgili yazarlardan kullanım izinleri sağlandı (EK-9) ve tüm katılımcılardan yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam alınmasının ardından araştırma sürecine başlandı (EK-10). Çalışma, Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) rehberi esas alınarak planlandı ve yürütüldü; bunun yanı sıra "clinicaltrials.gov.tr" veri tabanına NCT07521774 kayıt numarası ile kaydedildi.

3.12. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma, İstanbul ilindeki bir şehir hastanesinin genel cerrahi kliniklerinde kolostomi açılan hastalar ile sınırlı olup, elde edilen bulguların genellenebilirliği bu örneklem ile kısıtlıdır. Randomize kontrollü tasarımın kullanılması çalışmanın metodolojik gücünü artırmaktadır. Bununla birlikte, araştırmanın doğası gereği katılımcılar ve müdahaleyi uygulayan araştırmacı hemşire için körleme uygulanamamış; ancak olası yanlılık etkilerini azaltmak amacıyla değerlendirme sürecinde körleme sağlanmıştır.

3.13. FİNANSAL DESTEK

Bu çalışmanın yürütülebilmesi için herhangi bir kişi, kurum veya kuruluş tarafından maddi destek kullanılmadı.

3.14. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

4. BULGULAR

Kolostomili hastalara uygulanan Ho'oponopono tekniğinin ostomiye uyum, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanan bu çalışmanın bulguları dört bölümde incelendi.

4.1. Grupların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Grupların Ostomiye Uyum Ölçümlerinin Farklılaşma Durumuna İlişkin Bulgular

4.3. Grupların Beden İmajı Ölçümlerinin Farklılaşma Durumuna İlişkin Bulgular

4.4. Grupların Ostomi Yaşam Kalitesi Ölçümlerinin Farklılaşma Durumuna İlişkin Bulgular

4.1. GRUPLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.1'de yer almaktadır.

Tablo 4.1: Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=64)

Özellikler	Müdahale Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=32)		Test İstatistiği	p değeri
	Ort	SS	Ort	SS		
Yaş	55,875	16,269	61,531	10,270	t=-1,663	0,102
Cinsiyet	**n**	**%**	**n**	**%**		
Kadın	16	50,0	13	40,6	X^2=0,567	0,308
Erkek	16	50,0	19	59,4		
Medeni Durum						
Evli	22	68,8	27	84,4	X^2=2,177	0,119
Bekar	10	31,2	5	15,6		
Eğitim Düzeyi						
Okuryazar	7	21,9	5	15,6	X^2=3,167	0,530
İlkokul	13	40,6	11	34,4		
Ortaokul	4	12,5	8	25,0		
Lise	7	21,9	5	15,6		
Üniversite ve üstü	1	3,1	3	9,4		
Gelir Düzeyi						
Gelir Giderden Az	9	28,1	6	18,8	X^2=0,784	0,278
Gelir Gidere Eşit	23	71,9	26	81,2		
Kronik Hastalık Varlığı						
Evet	18	56,2	16	50,0	X^2=0,251	0,401
Hayır	14	43,8	16	50,0		

Tablo 4.1 (devam)

Özellikler	Müdahale Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=32)		Test İstatistiği	p değeri
	Ort	SS	Ort	SS		
Diyabetes Mellitus						
Evet	10	55,6	6	37,5	X^2=1,108	0,240
Hayır	8	44,4	10	62,5		
Hipertansiyon						
Evet	10	55,6	6	37,5	X^2=1,108	0,240
Hayır	8	44,4	10	62,5		
Kalp Yetmezliği						
Evet	4	22,2	1	6,2	X^2=1.723	0,207
Hayır	14	77,8	15	93,8		
Ritim Bozukluğu						
Evet	2	11,1	2	12,5	X^2=0,016	0,652
Hayır	16	88,9	14	87,5		
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı						
Evet	1	5,6	0	0,0	X^2=0,916	0,529
Hayır	17	94,4	16	100,0		
Tiroid Hastalığı						
Evet	1	5,6	2	12,5	X^2=0,508	0,455
Hayır	17	94,4	14	87,5		
Hiperlipidemi						
Evet	0	0,0	2	12,5	X^2=2,391	0,214
Hayır	100	100,0	14	87,5		
Önceki Ameliyat Varlığı						
Evet	11	34,4	18	56,2	X^2=3,090	0,066
Hayır	21	65,6	14	43,8		
Evde Birlikte Yaşadığı Kişi Varlığı						
Evet	32	100,0	32	100,0	-	-
Ho'oponopono Tekniği Bilgisi						
Hayır	32	100,0	32	100,0	-	-
Stoma Açılacağını İlk Duyunca Hissedilen Duygu						
Kötü Hissettim	25	78,1	28	87,5		
Etkilenmedim	1	3,1	2	6,2	X^2=2,503	0,286
Kaygılandım	6	18,8	2	6,2		
Stomayı Saklama Gereği Hissetme						
Evet	14	43,8	19	59,4	X^2=1,564	0,159
Hayır	18	56,2	13	40,6		
Stoma Bakımını Yapan Kişi						
Kendisi	9	28,1	13	40,6		
Eşi	11	34,4	14	43,8	X^2=4,354	0,226
Çocuğu	11	34,4	4	12,5		
Bakıcı	1	3,1	1	3,1		

t= Bağımsız Gruplar T-Testi; X^2= Ki-Kare Analizi

Araştırma kapsamında müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında, grupların sosyodemografik ve klinik değişkenler açısından benzer özellikler gösterdiği belirlendi. Yaş ortalamaları incelendiğinde, kontrol grubunun yaş ortalaması (61,53±10,27) müdahale grubuna (55,88±16,27) göre daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (t=-1,663; p=0,102). Cinsiyet dağılımı açısından müdahale grubunda kadın ve erkek oranları eşit (%50,0), kontrol grubunda ise erkek oranı daha yüksek (%59,4) olmasına rağmen gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (X^2=0,567; p=0,308). Medeni durum incelendiğinde, her iki grupta da evli bireylerin çoğunlukta olduğu görülmekte olup, bu değişken açısından da anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (X^2=2,177; p=0,119). Eğitim düzeyi (X^2=3,167; p=0,530) ve gelir düzeyi (X^2=0,784; p=0,278) bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Kronik hastalık varlığı ve kronik hastalık türleri (Diyabetes Mellitus, hipertansiyon, kalp yetmezliği, ritim bozukluğu, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, tiroid hastalığı ve hiperlipidemi) açısından değerlendirildiğinde, müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Önceki ameliyat varlığı değişkeninde de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (X^2=3,090; p=0,066). Her iki grupta da tüm bireylerin birlikte yaşadığı bir kişisinin bulunduğu ve Ho'oponopono tekniği hakkında bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Stoma açılacağını ilk duyduğunda hissedilen duygu, stomayı saklama gereği hissetme ve stoma bakımını yapan kişi değişkenleri açısından da gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Tüm bu bulgular genel olarak müdahale ve kontrol gruplarının değişkenler açısından homojen dağıldığını göstermektedir (Tablo 4.1).

4.2. GRUPLARIN OSTOMİYE UYUM ÖLÇÜMLERİNİN FARKLILAŞMA DURUMUNA İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların ostomiye uyum ölçümlerinin karşılaştırılması Tablo 4.2'de yer almaktadır.

Tablo 4.2: Grupların ostomiye uyum ölçümlerinin karşılaştırılması (n=64)

Ölçekler	Müdahale Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=32)		t	p	d [95% GA]
	Ort	SS	Ort	SS			
Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği Toplam							
Ameliyat Sonrası							
1. Gün[1]	33,938	4,008	32,625	3,119	1,462	0,149	0,37 [-0,48 , 3,11]
3. Gün[2]	34,094	3,946	32,625	3,139	1,648	0,104	0,41 [-0,31 , 3,25]
10. Gün[3]	37,688	6,708	32,625	3,119	3,871	**<0,001**	0,97 [2,43 , 7,70]
1. Ay[4]	45,344	1,894	32,219	2,733	22,331	**<0,001**	5,58 [11,95 , 14,30]
F	62,962		1,302				
p	**<0,001**		0,264				
Bonferroni	**1,2<3,4; 3<4**						
Etakare	0,670						
Kabul Etme Alt Boyutu							
Ameliyat Sonrası							
1. Gün[1]	7,500	1,666	6,719	1,651	1,885	0,064	0,47 [-0,05 , 1,61]
3. Gün[2]	7,656	1,789	6,750	1,606	2,132	**0,037**	0,53 [0,06 , 1,76]
10. Gün[3]	9,156	2,930	6,719	1,651	4,100	**<0,001**	1,02 [1,24 , 3,63]
1. Ay[4]	12,781	0,751	6,844	1,588	19,118	**<0,001**	4,78 [5,31 , 6,56]
F	74,192		0,676				
p	**<0,001**		0,471				
Bonferroni	**1,2<3,4; 3<4**						
Etakare	0,705						
Kaygı ve Endişe Alt Boyutu							
Ameliyat Sonrası							
1. Gün[1]	6,844	1,051	6,438	1,343	1,348	0,183	0,34 [-0,20 , 1,01]
3. Gün[2]	7,000	1,016	6,344	1,359	2,188	**0,033**	0,55 [0,06 , 1,26]
10. Gün[3]	7,438	1,190	6,438	1,343	3,154	**0,002**	0,79 [0,37 , 1,63]
1. Ay[4]	9,031	0,695	6,281	1,420	9,843	**<0,001**	2,46 [2,19 ,3,31]
F	48,992		1,525				
p	**<0,001**		0,229				
Bonferroni	**1<2,3,4; 2,3<4**						
Etakare	0,612						
Sosyal Uyum Alt Boyutu							
Ameliyat Sonrası							
1. Gün[1]	8,000	0,950	8,094	0,995	-0,385	0,701	0,10 [-0,58 , 0,39]
3. Gün[2]	7,875	1,008	8,063	0,982	-0,754	0,454	0,19 [-0,68 , 0,31]
10. Gün[3]	8,406	1,012	8,094	0,995	1,246	0,218	0,31 [-0,19 , 0,81]
1. Ay[4]	9,219	0,608	7,969	1,000	6,044	**<0,001**	1,51 [0,83 , 1,67]
F	21,386		1,624				
p	**<0,001**		0,213				
Bonferroni	**1,2<3,4; 3<4**						
Etakare	0,408						

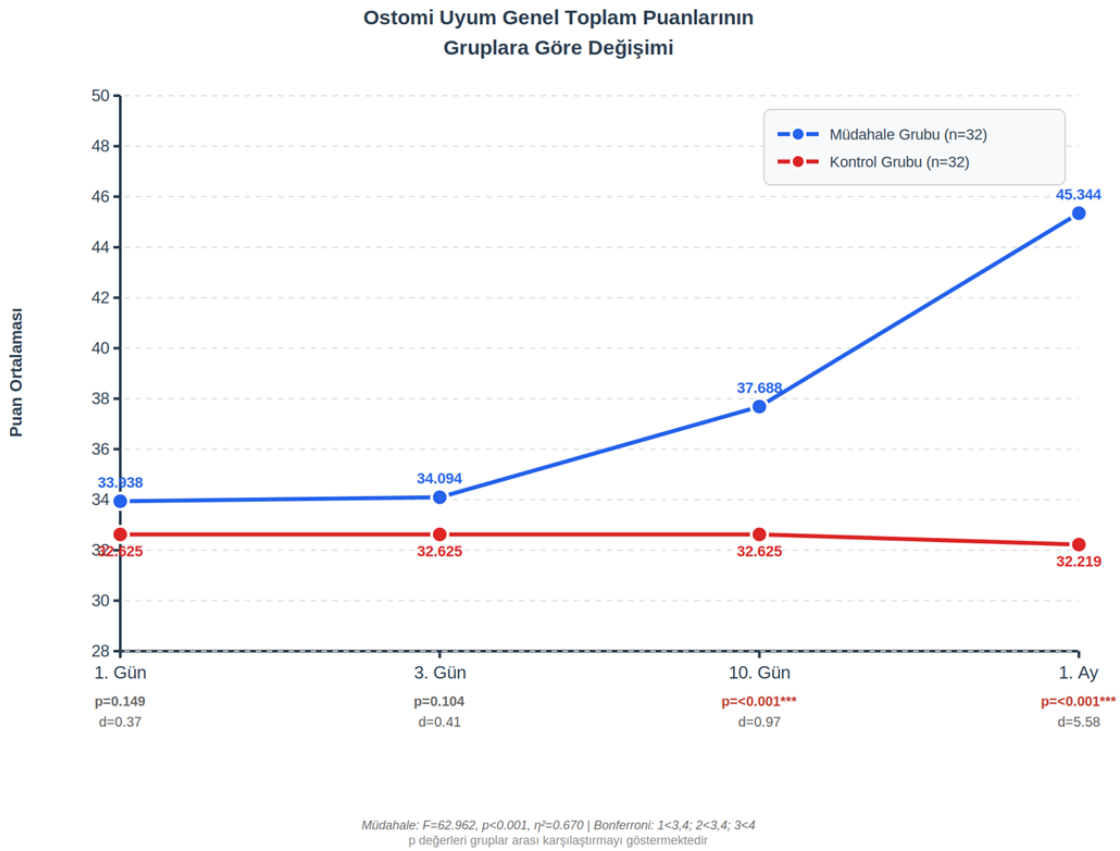
Tablo 4.2 (devam)

	Müdahale Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=32)		t	p	d [95% GA]
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**			
Öfke Alt Boyutu							
Ameliyat Sonrası							
1. Gün[1]	11,594	1,739	11,375	1,362	0,560	0,577	0,14 [-0,56 , 1,00]
3. Gün[2]	11,500	1,796	11,469	1,319	0,079	0,937	0,02 [-0,76 , 0,82]
10. Gün[3]	12,688	2,264	11,375	1,362	2,810	**0,007**	0,70 [0,37 , 2,25]
1. Ay[4]	14,313	1,378	11,125	1,409	9,150	**<0,001**	2,29 [2,49 , 3,88]
F	26,241		1,950				
p	**<0,001**		0,157				
Bonferroni	**1,2<3,4; 3<4**						
Etakare	0,458						

t= Bağımsız Gruplar T-Testi; F= Tekrarlı Ölçümler Anova Testi, GA= Güven Aralığı

Not: Koyu (bold) olarak gösterilen değerler p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Araştırmada ostomi uyum ölçümlerinin zamana ve gruplara göre dağılımı incelendiğinde, müdahale grubunda Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği toplam puanlarının zaman içinde belirgin şekilde arttığı görülmektedir. Gruplar arası karşılaştırmada, ameliyat sonrası 1. gün ve 3. gün ölçümlerinde ostomiye uyum toplam puanı açısından anlamlı bir fark bulunmazken (p>0,05), 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde müdahale grubunun puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (p<0,001). Özellikle 1. ay ölçümünde etki büyüklüğünün oldukça yüksek olduğu (d=5,58) belirlendi. Zaman içi değişim incelendiğinde, müdahale grubunda anlamlı bir artış olduğu (F=62,962; p<0,001) ve bu artışın özellikle 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde belirginleştiği görülmektedir (Tablo 4.2) (Şekil 4.1).

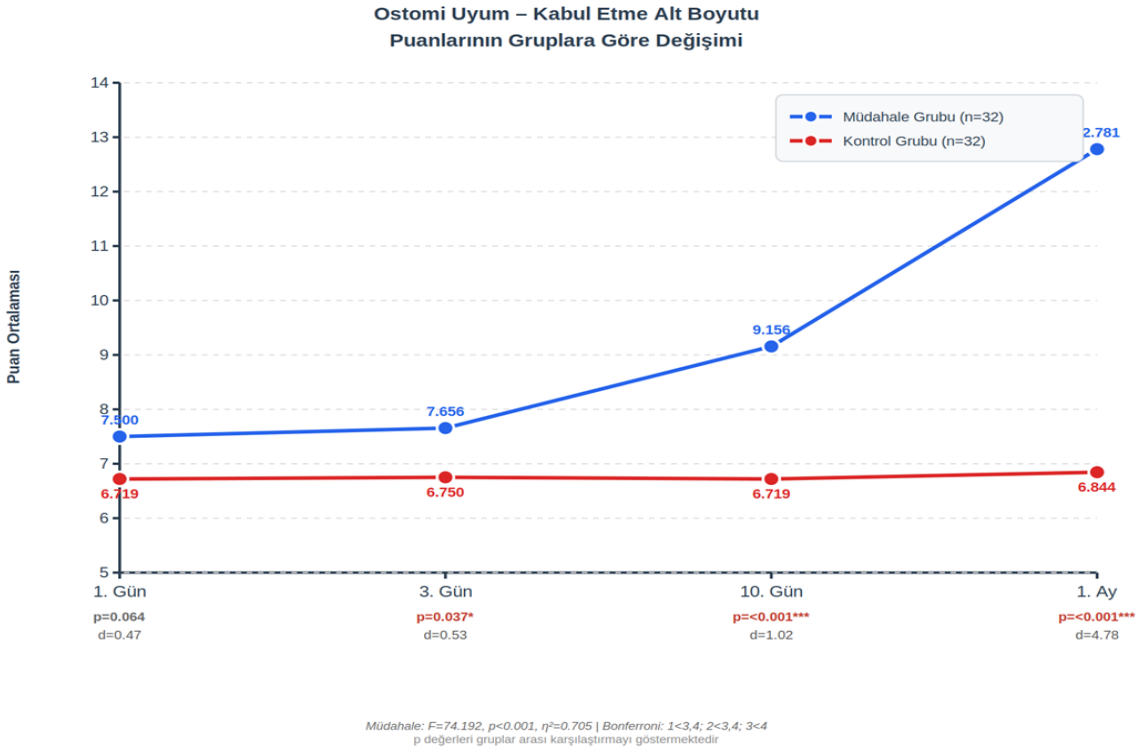


Not: Hata çubukları ±1 Standart Sapma değerini göstermektedir. Ort = Ortalama; Ss = Standart Sapma.

Şekil 4.1: Ostomili bireylere yönelik uyum ölçeği puanlarının değişimi

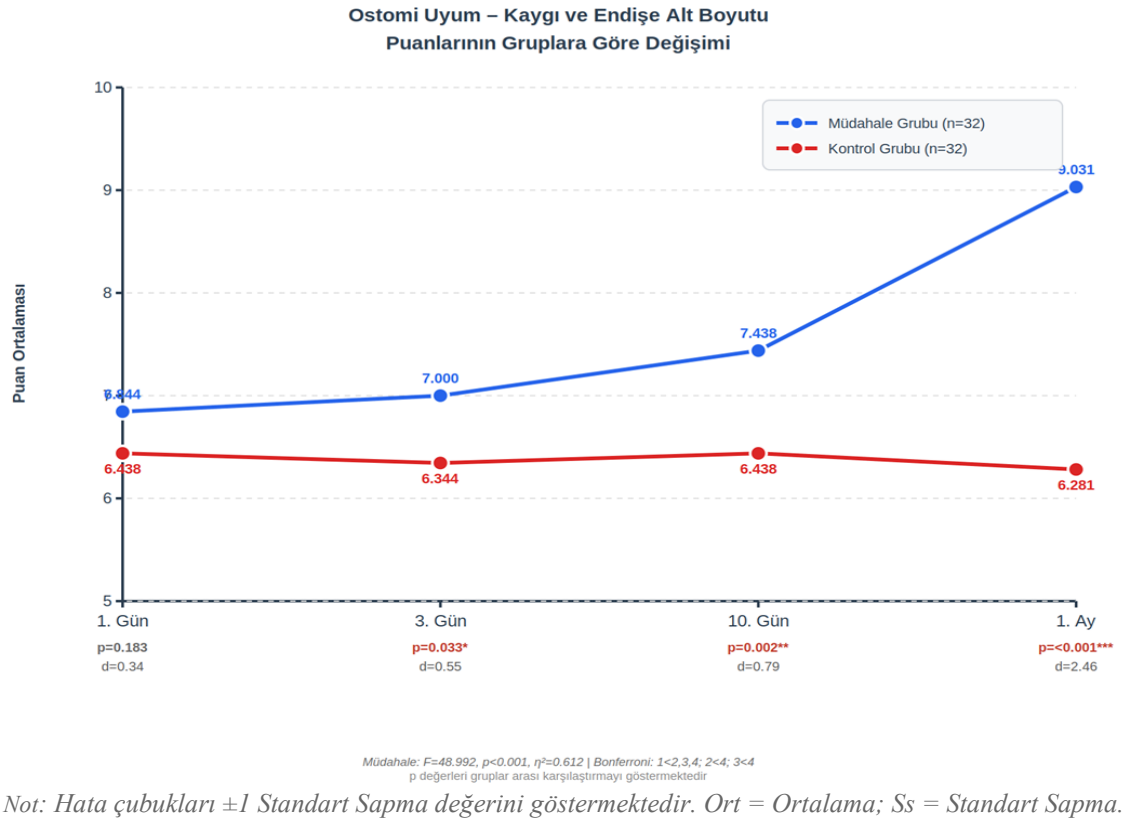
Alt boyutlar açısından değerlendirildiğinde, kabul etme alt boyutunda 3. gün, 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde müdahale grubunun kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı belirlendi (p<0,05) (Tablo 4.2) (Şekil 4.2). Etki büyüklüğünün özellikle 10. gün (d=1,02) ve 1. ay (d=4,78) ölçümlerinde yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde kaygı ve endişe alt boyutunda da 3. gün, 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmuş olup (p<0,05), zaman ilerledikçe etki büyüklüğünün arttığı saptandı (Tablo 4.2) (Şekil 4.3). Sosyal uyum alt boyutunda yalnızca 1. ay ölçümünde (p<0,001; d=1,51), öfke alt boyutunda ise 10. gün (p=0,007; d=0,70) ve 1. ay (p<0,001; d=2,29) ölçümlerinde müdahale grubunun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı belirlendi (Tablo 4.2) (Şekil 4.4; Şekil 4.5).

Zaman içi değişimler değerlendirildiğinde, tüm alt boyutlarda müdahale grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (p<0,001) ve Bonferroni düzeltmesine göre bu farkın özellikle 10. gün ve 1. ayda olduğu görülmektedir (Tablo 4.2).



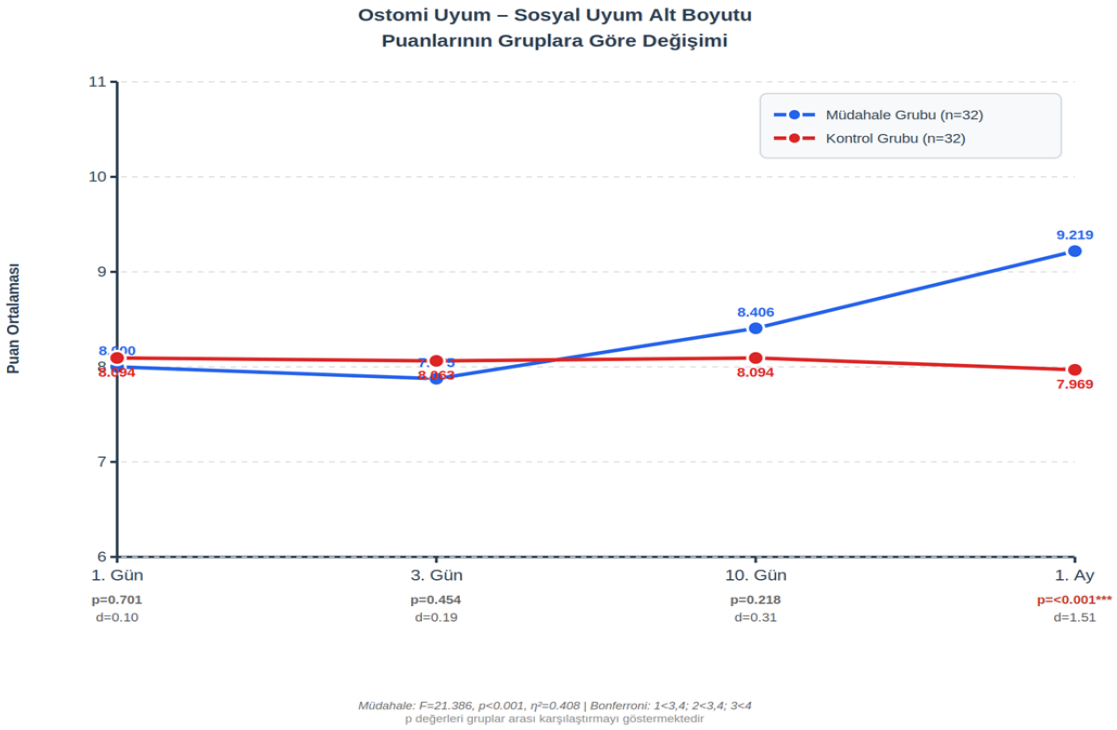
Not: Hata çubukları ±1 Standart Sapma değerini göstermektedir. Ort = Ortalama; Ss = Standart Sapma.

Şekil 4.2: Kabul etme alt boyutu puanlarının gruba ve zamana göre değişimi



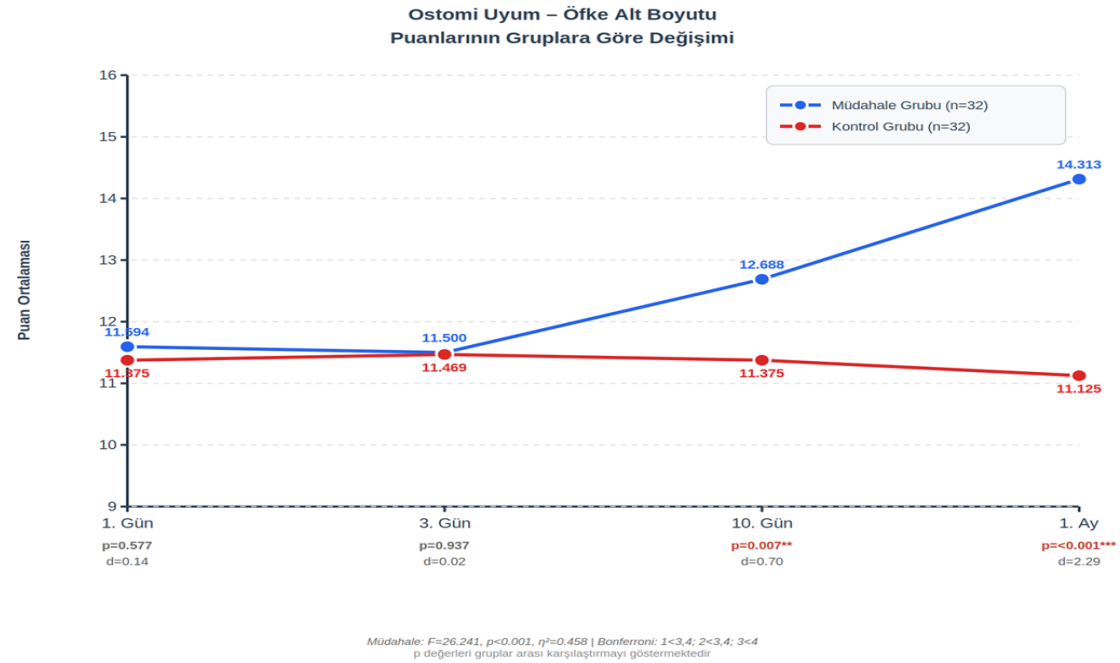
Not: Hata çubukları ±1 Standart Sapma değerini göstermektedir. Ort = Ortalama; Ss = Standart Sapma.

Şekil 4.3: Kaygı ve endişe alt boyutu puanlarının gruba ve zamana göre değişimi



Not: Hata çubukları ±1 Standart Sapma değerini göstermektedir. Ort = Ortalama; Ss = Standart Sapma.

Şekil 4.4: Sosyal uyum alt boyutu puanlarının gruba ve zamana göre değişimi



Not: Hata çubukları ±1 Standart Sapma değerini göstermektedir. Ort = Ortalama; Ss = Standart Sapma.

Şekil 4.5: Öfke alt boyutu puanlarının gruba ve zamana göre değişimi

4.3. GRUPLARIN BEDEN İMAJI ÖLÇÜMLERİNİN FARKLILAŞMA DURUMUNA İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların beden imajı ölçümlerinin karşılaştırılması Tablo 4.3'de yer almaktadır.

Tablo 4.3: Grupların beden imajı ölçümlerinin karşılaştırılması (n=64)

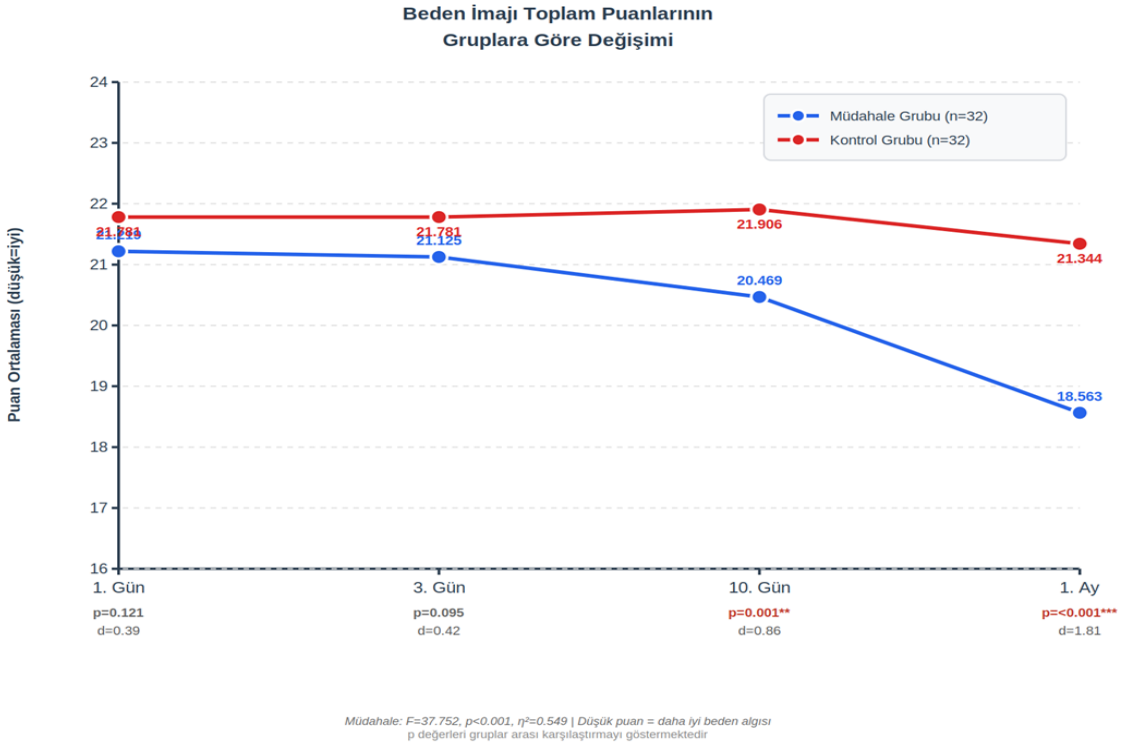
Beden İmajı Ölçeği Toplam	**Müdahale Grubu (n=32)**		**Kontrol Grubu (n=32)**		**t**	**p**	**d [95% GA]**
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**			
Ameliyat Sonrası							
1. Gün[1]	21,219	1,211	21,781	1,621	-1,572	0,121	0,39 [-1,28 , 0,15]
3. Gün[2]	21,125	1,385	21,781	1,699	-1,693	0,095	0,42 [-1,43 , 0,12]
10. Gün[3]	20,469	1,759	21,906	1,594	-3,426	**<0,001**	0,86 [-2,28 , -0,60]
1. Ay[4]	18,563	1,413	21,344	1,658	-7,223	**<0,001**	1,81[-3,55 , -2,01]
F	37,752		3,115				
p	**<0,001**		0,063				
Bonferroni	**1,2>3,4; 3>4**						
Etakare	0,549						

t= Bağımsız Gruplar T-Testi; F= Tekrarlı Ölçümler Anova Testi, GA= Güven Aralığı

Not: Koyu (bold) olarak gösterilen değerler p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Araştırmada beden imajı ölçümlerinin zamana ve gruplara göre dağılımı incelendiğinde, başlangıçta (1. gün ve 3. gün) müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir (p>0,05). Ancak 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde müdahale grubunun beden imajı toplam puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (p<0,001). Etki büyüklüğü incelendiğinde, 10. gün ölçümünde yüksek (d=0,86) ve 1. ay ölçümünde çok yüksek düzeyde (d=1,81) etki büyüklüğü bulundu (Tablo 4.3; Şekil 4.6).

Zaman içi değişimler değerlendirildiğinde, müdahale grubunda beden imajı puanlarının anlamlı şekilde azaldığı (F=37,752; p<0,001) ve bu azalmanın özellikle 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde belirginleştiği görülmektedir. Bonferroni düzeltmesine göre 1. ve 2. ölçümlerin 3. ve 4. ölçümlerden, ayrıca 3. ölçümün 4. ölçümden anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.3).



Not: Hata çubukları ±1 Standart Sapma değerini göstermektedir. Ort = Ortalama; Ss = Standart Sapma.

Şekil 4.6: Beden imajı toplam puanlarının gruba ve zamana göre değişimi

4.4. GRUPLARIN OSTOMİ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇÜMLERİNİN FARKLILAŞMA DURUMUNA İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesine ilişkin ölçümlerinin karşılaştırılması Tablo 4.4'te yer almaktadır.

Tablo 4.4: Grupların yaşam kalitesi ölçümlerinin karşılaştırılması (n=64)

Ölçekler	**Müdahale Grubu (n=32)**		**Kontrol Grubu (n=32)**		**t**	**p**	**d [95% GA]**
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**			
Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam							
Ameliyat Sonrası							
1. Gün[1]	32,622	3,736	31,484	4,653	1,078	0,285	0,27 [-0,97 , 3,25]
3. Gün[2]	32,622	3,736	31,432	4,679	1,124	0,266	0,28 [-0,93 , 3,31]
10. Gün[3]	38,108	6,966	30,660	4,648	5,031	**<0,001**	1,26 [4,48 , 10,42]
1. Ay[4]	43,342	3,983	31,085	4,651	11,323	**<0,001**	2,83 [10,09 , 14,42]
F	45,440		1,486				
p	**<0,001**		0,236				

Tablo 4.4 (devam)

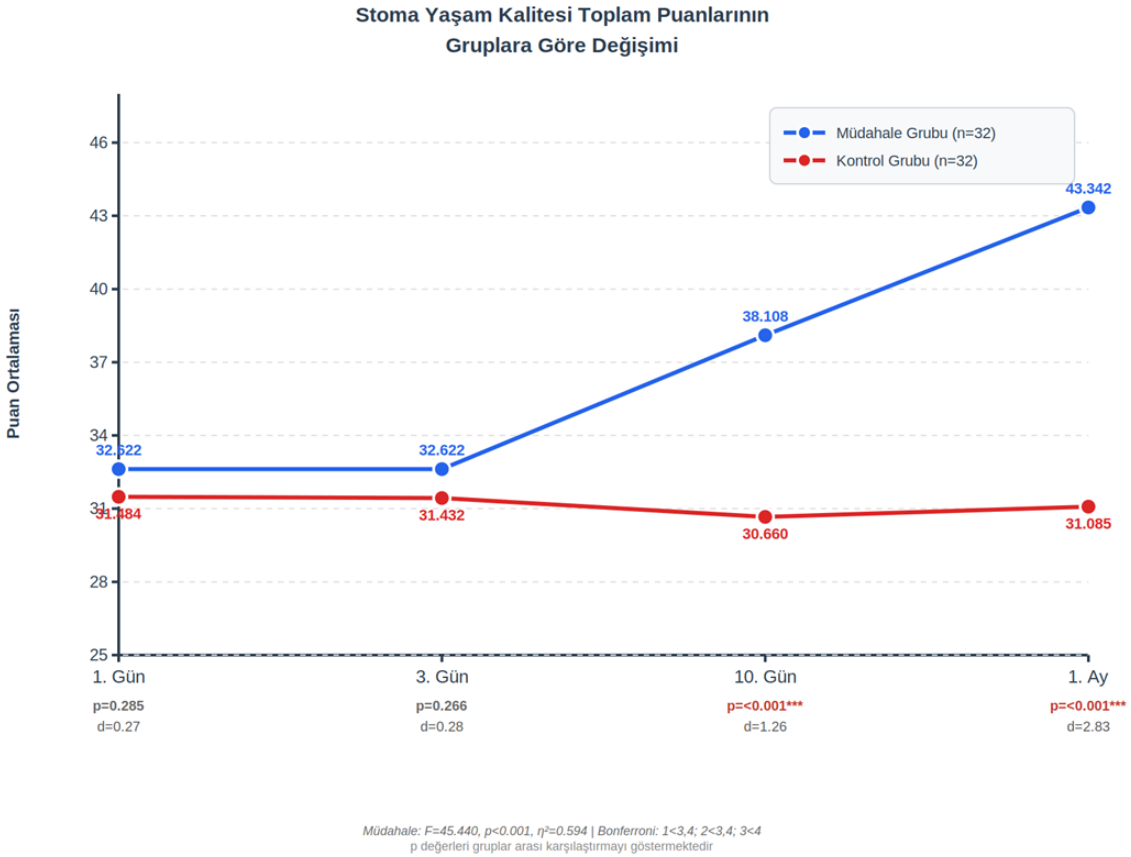
	Müdahale Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=32)		t	p	d [95% GA]
	Ort	**SS**	**Ort**	**SS**			
Bonferroni	**1,2<3,4; 1>2; 3<4**						
Etakare	0,594						
İş ve Sosyal Yaşam Alt Boyutu							
Ameliyat Sonrası							
1. Gün[1]	38,412	6,414	35,938	8.317	1,332	0,188	0,33 [-1,24 , 6,19]
3. Gün[2]	38,932	6,827	36,458	8.467	1,287	0,203	0,32 [-1,37 , 6,32]
10. Gün[3]	45,703	10,449	34,818	8.564	4,558	**<0,001**	1,14 [6,11 , 15,66]
1. Ay[4]	50,521	8,839	35,938	7,313	7,191	**<0,001**	1,80 [10,53 , 18,64]
F	24,434		1,763				
p	**<0,001**		0,182				
Bonferroni	**1,2<3,4; 3<4**						
Etakare	0,441						
Cinsel Yaşam ve Beden İmajı Alt Boyutu							
Ameliyat Sonrası							
1. Gün[1]	40,313	6,214	39,375	6,690	0,581	0,563	0,15 [-2,29 , 4,16]
3. Gün[2]	39,531	5,588	38,125	6,569	0,922	0,360	0,23 [-1,64 , 4,46]
10. Gün[3]	46,094	8,774	37,396	7,504	4,262	**<0,001**	1,07 [4,62 , 12,78]
1. Ay[4]	52,031	6,582	39,219	6,236	7,994	**<0,001**	2,00 [9,61 , 16,02]
F	37,337		2,159				
p	**<0,001**		0,122				
Bonferroni	**1,2<3,4; 3<4**						
Etakare	0,546						
Stoma Fonksiyonları Alt Boyutu							
Ameliyat Sonrası							
1. Gün[1]	19,141	6,512	19,141	4,596	0,000	1,000	0,00 [-2,82 , 2,82]
3. Gün[2]	19,662	6,629	18,490	4,726	0,814	0,419	0,20 [-1,71 , 4,05]
10. Gün[3]	22,526	7,322	20,078	6,344	1,429	0,158	0,36 [-0,98 , 5,87]
1. Ay[4]	27,474	5,974	18,099	5,356	6,610	**<0,001**	1,65 [6,54 , 12,21]
F	22,426		1,411				
p	**<0,001**		0,251				
Bonferroni	**1,2<3,4; 3<4**						
Etakare	0,420						

t= Bağımsız Gruplar T-Testi; F= Tekrarlı Ölçümler Anova Testi, GA= Güven Aralığı

Not: Koyu (bold) olarak gösterilen değerler p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Araştırmada stoma yaşam kalitesi ölçümlerinin zamana ve gruplara göre dağılımı incelendiğinde, başlangıçta (1. gün ve 3. gün) müdahale ve kontrol grupları arasında ostomi yaşam kalitesi toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir (p>0,05). Ancak 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde müdahale grubunun puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (p<0,001). Etki büyüklüğü incelendiğinde, 10. gün ölçümünde yüksek (d=1,26) ve 1. ay

ölçümünde çok yüksek düzeyde (d=2,83) etki büyüklüğü bulundu. Zaman içi değişim analizinde müdahale grubunda anlamlı bir artış olduğu (F=45,440; p<0,001) ve bu artışın özellikle ileri zaman noktalarında (10. gün ve 1. ay) belirginleştiği görülmektedir (η^2=0,594) (Tablo 4.4; Şekil 4.7).



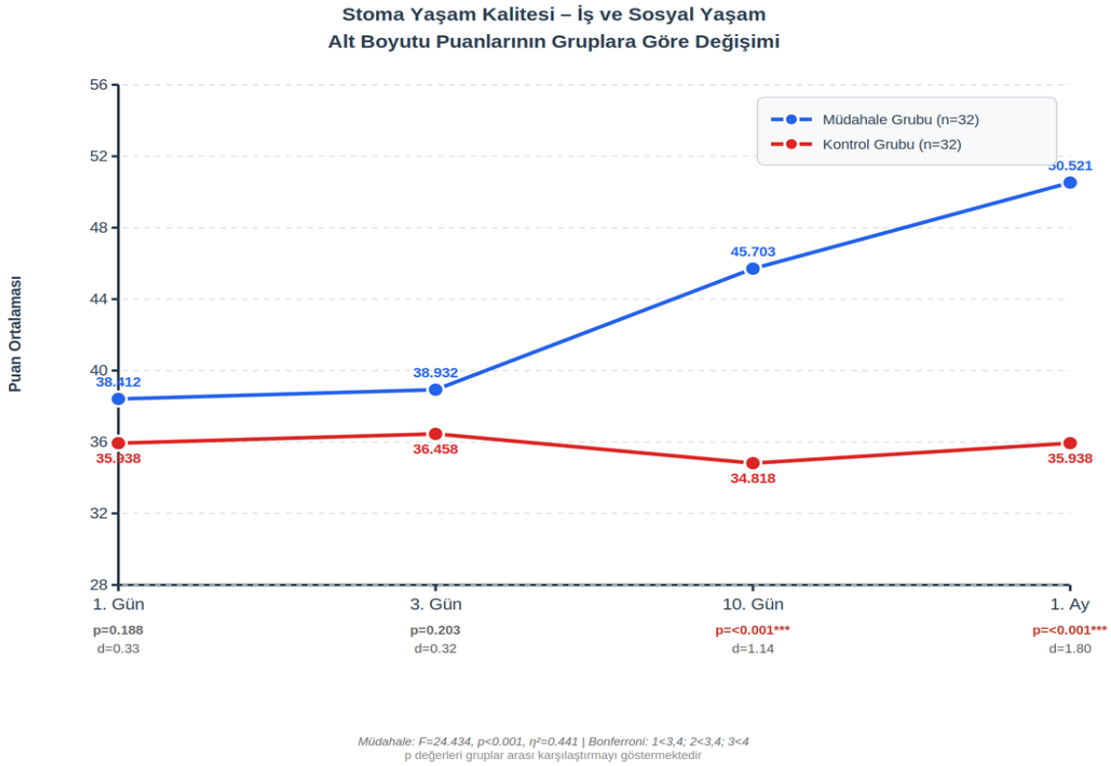
Not: Hata çubukları ±1 Standart Sapma değerini göstermektedir. Ort = Ortalama; Ss = Standart Sapma.

Şekil 4.7: Ostomili bireylere yönelik yaşam kalitesi ölçeği toplam puanlarının gruba ve zamana göre değişimi

Alt boyutlar açısından değerlendirildiğinde, iş ve sosyal yaşam alt boyutunda 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde müdahale grubunun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı belirlendi (p<0,001). Etki büyüklüğü 10. günde yüksek (d=1,14), 1. ayda ise çok yüksek (d=1,80) düzeyde bulundu (Tablo 4.4; Şekil 4.8). Cinsel yaşam ve beden imajı alt boyutunda da benzer şekilde yalnızca 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde anlamlı fark saptandı (p<0,001) ve 10. gün ile 1. ay etki büyüklüklerinin yüksek düzeyde olduğu görüldü (d=1,07–2,00) (Tablo 4.4; Şekil 4.9). Stoma fonksiyonları alt boyutunda ise 1. gün, 3. gün ve 10. gün ölçümlerinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken

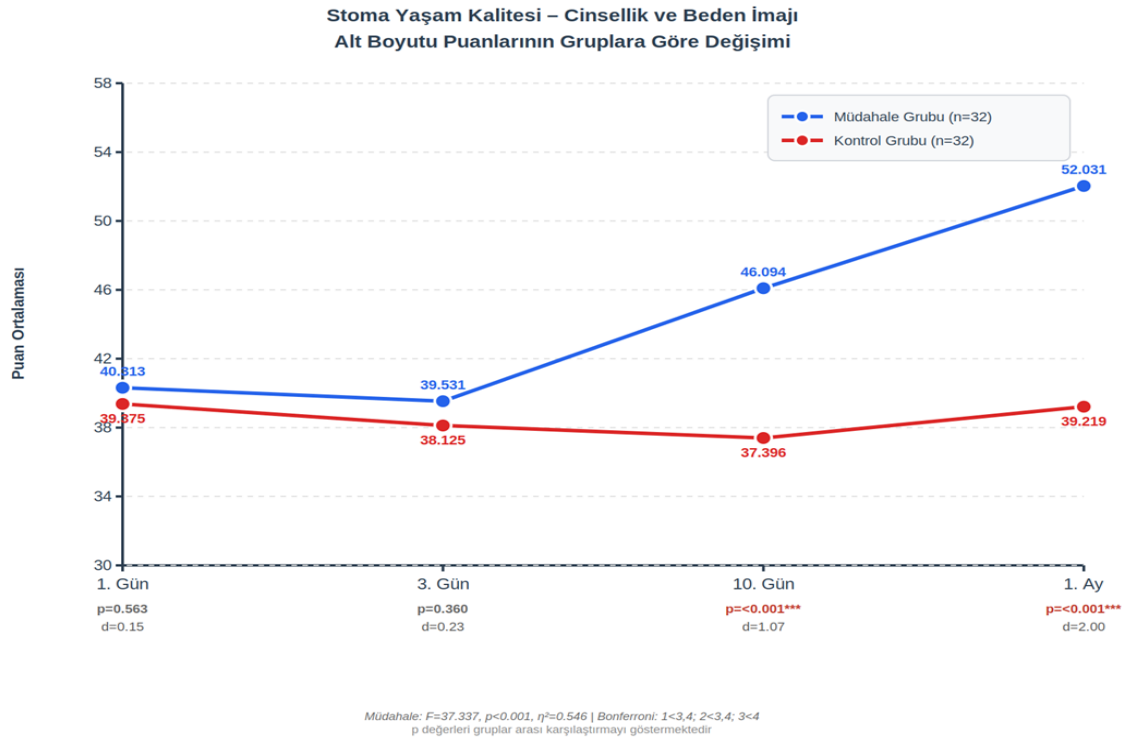
(p>0,05), 1. ay ölçümünde müdahale grubunun anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı belirlendi (p<0,001; d=1,65) (Tablo 4.4; Şekil 4.10).

Zaman içi değişimler incelendiğinde, tüm alt boyutlarda müdahale grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (p<0,001) ve Bonferroni düzeltmesine göre bu farkın özellikle 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde olduğu görülmektedir (Tablo 4.4).



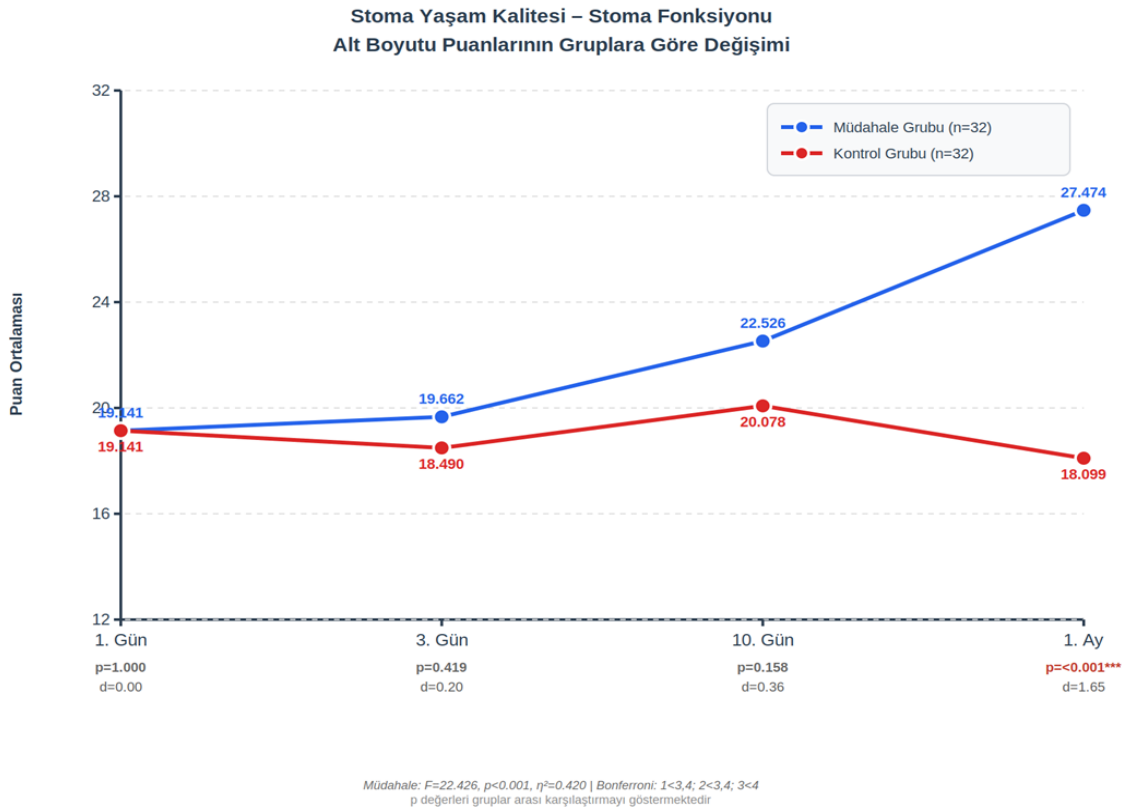
Not: Hata çubukları ±1 Standart Sapma değerini göstermektedir. Ort = Ortalama; Ss = Standart Sapma.

Şekil 4.8: İş ve sosyal yaşam alt boyutu puanlarının gruba ve zamana göre değişimi



Not: Hata çubukları ±1 Standart Sapma değerini göstermektedir. Ort = Ortalama; Ss = Standart Sapma.

Şekil 4.9: Cinsel yaşam ve beden imajı alt boyutu puanlarının değişimi



Not: Hata çubukları ±1 Standart Sapma değerini göstermektedir. Ort = Ortalama; Ss = Standart Sapma.

Şekil 4.10: Stoma fonksiyonları alt boyutu puanlarının değişimi

5. TARTIŞMA

Kolorektal kanser cerrahisinde, bağırsak devamlılığının sağlanamadığı durumlarda yaşamın sürdürülmesi, komplikasyonların önlenmesi ve hastalığın kontrol altına alınması amacıyla ostomi uygulanabilmektedir (7). Ancak, ostomi varlığı bireylerde beden imajında bozulma, ostomi bakımına uyum güçlüğü, özgüven kaybı, sosyal izolasyon, anksiyete ve stres gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen çeşitli fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açabilmektedir (5,12). Bu biyopsikososyal sorunlarla etkili bir biçimde baş edebilmek için bütüncül hemşirelik bakımına gereksinim duyulmaktadır. Özellikle son yıllarda, bireyin psikolojik iyilik halini destekleyen ve cerrahi sonrası uyum sürecini kolaylaştıran farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımına yönelik ilginin giderek arttığı bildirilmektedir (118). Bu yöntemler arasında yer alan Ho'oponopono tekniği; affetme, olumlu düşünme, stresle baş etme ve zihinsel rahatlama temeline dayanan spiritüel bir uygulama olarak tanımlanmaktadır. Ho'oponopono uygulamasının bireyin olumsuz düşüncelerini azaltarak duygusal rahatlama sağladığı ve psikolojik iyilik halini desteklediği bildirilmektedir (23). Ho'oponopono tekniğine ilişkin çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, mevcut literatür bu uygulamanın farklı popülasyonlarda fizyolojik ve psikolojik iyilik haline katkı sağlayabileceğini göstermektedir (23,28,29). Literatürde Ho'oponopono tekniğinin ostomili bireylerde ostomiye uyum, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle tartışma bölümünde ostomili bireylerle yapılan benzer çalışmalara yer verilmiştir.

Kolostomi ameliyatı olan hastalarda Ho'oponopono tekniği uygulamasının ostomiye uyum, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular beş başlık altında tartışılmaktadır:

- Grupların ostomiye uyum ölçümlerine ilişkin bulguların tartışılması
- Grupların beden imajı ölçümlerine ilişkin bulguların tartışılması
- Grupların yaşam kalitesi ölçümlerine ilişkin bulguların tartışılması
- Ho'oponopono tekniğinin zamansal etki örüntüleri üzerine etkisinin tartışılması

5.1. GRUPLARIN OSTOMİYE UYUM ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Kolostomi ameliyatı, bireylerin yaşam biçimini, beden algısını ve gündelik işlevselliğini köklü biçimde dönüştürmekte olup uyum sürecini psikososyal açıdan zorlu kılmaktadır (20). Bu çalışmada, erken ameliyat sonrası dönemde (1. ve 3. gün) gruplar arasında ostomiye uyum açısından fark saptanmazken, 10. gün ve 1. ayda Ho'oponopono tekniğinin uygulandığı grupta ostomiye uyumun anlamlı düzeyde arttığı belirlendi. Alt boyutlar değerlendirildiğinde, kabul etme ve kaygı/endişe alt boyutlarında 3. gün, 10. gün ve 1. ayda belirgin iyileşmeler gözlenirken; öfke alt boyutunda 10. gün ve 1. ayda, sosyal uyum alt boyutunda ise yalnızca 1. ayda Ho'oponopono tekniği uygulanan kolostomili bireylerde kontrol grubuna kıyasla iyileşme olduğu belirlendi. Bu bulgular, Ho'oponopono tekniğinin kolostomili bireylerde ostomiye uyumu erken dönemden itibaren destekleyerek zamanla daha belirgin bir iyileşme sağladığını ve hemşirelik bakımında tamamlayıcı bir yaklaşım olarak değerlendirilebileceğini düşündürmektedir.

Stomalı bireylerde psikososyal problemlerin incelendiği bir derleme çalışmasında, kolostomili bireylerin en sık deneyimlediği psikososyal güçlüklerin "yetersiz beden imajı, depresyon, cinsel sorunlar ve düşük psikososyal uyum" olduğu belirtilmiştir (5). Kolostomili hastalar ile yapılan kesitsel bir çalışmada ise psikososyal uyum puanı ile yaşam kalitesi arasında güçlü ve pozitif korelasyon saptanmış ve uyum düzeyinin yaşam kalitesinin anlamlı belirleyicisi olduğu bildirilmiştir (119). Bu sonuçlar, mevcut çalışmada Ho'oponopono tekniğinin ostomiye uyumu artırmasının, yaşam kalitesindeki iyileşmeyle paralel ilerlediğini ve iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olduğunu destekler niteliktedir.

Bozkul ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği sistematik derlemede, ostomili hastaların öz-yeterliliğini artırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin (eğitim, telefonla takip, psikososyal destek grupları veya mobil uygulamalar gibi) komplikasyonları azalttığı, öz-yeterliliği ve ostomiye uyumu anlamlı düzeyde iyileştirdiği bildirilmiştir (120). Bu çalışmada Ho'oponopono tekniğinin özellikle kabul etme alt boyutunda belirgin etkiler göstermesi, bu tekniğin hastaların ostomiyi kabullenme sürecini destekleyen bir yaklaşım olabileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde, kolostomili hastalarla yürütülen randomize kontrollü bir çalışmada, pozitif psikoloji müdahalesi uygulanan bireylerin umut, iyimserlik, psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu

düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır (121). Bu bulgular, psikolojik temelli girişimlerin kolostomili bireylerin uyum süreçlerini desteklediğini ortaya koymakta olup, mevcut çalışmanın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Ho'oponopono tekniğinde yer alan pişmanlık, affetme ve sevgi bileşenlerinin kabul, öfke ve kaygı üzerindeki etkileri, affetme terapisine ilişkin mevcut kanıtlarla da uyum içindedir (122-124). Yu ve arkadaşlarının randomize kontrollü çalışmasında, 24 haftalık affetme terapisi uygulanan grubun öfke, kaygı ve depresyon puanlarında anlamlı azalma olduğu ve affetme ile olumsuz duygusal durumlar arasında ters yönlü ilişki bulunduğu belirlenmiştir (123). Bu bulgular, mevcut çalışmada Ho'oponopono tekniği ile kaygı/endişe ve öfke alt boyutlarında elde edilen iyileşmelerin altında yatan psikolojik mekanizmaları destekler niteliktedir.

Ho'oponopono tekniğinin etkilerini inceleyen çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, yapılan bir çalışmada Ho'oponopono tekniğinin bireylerde affetmeyi kolaylaştırdığı ve duygusal rahatlamayı artırdığı bildirilmiştir. Bu bulgu, tekniğin özellikle duygusal düzenleme ve psikolojik iyilik hali üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir (28). Kretzer ve arkadaşlarının çalışmasında ise hipertansiyon yönetiminde öz kimlik oluşturmada yardımcı terapi olarak Ho'oponopono tekniğinin tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanılabileceği ve stres düzeyini azaltarak fizyolojik iyileşmeye katkı sağlayabileceği belirtilmiştir (23). Ayrıca başka bir derleme çalışmasında, Ho'oponopono tekniğinin affetme temelli yapısı üzerinden genel sağlık ve bağışıklık sistemi üzerinde olumlu etkiler oluşturabileceği, ancak kanıtların sınırlı olduğu vurgulanmıştır (29). Bu bulgular doğrultusunda, Ho'oponopono tekniğinin stresin azaltılması ve duygusal rahatlamanın sağlanması yoluyla bireylerin baş etme süreçlerini destekleyebileceği değerlendirilmektedir. Bu nedenle, Ho'oponopono tekniğinin ostomili bireylerin uyum sürecini destekleyen tamamlayıcı yaklaşımlar arasında yer alabileceği düşünülmektedir.

5.2. GRUPLARIN BEDEN İMAJI ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Ostomi cerrahisi, bireyde ani ve kalıcı bir beden bütünlüğü değişikliğine yol açmaktadır ve bireyin kendini algılama biçimini doğrudan etkileyebilmektedir. Özellikle kolostomi sonrası ostomi varlığı, vücut bütünlüğü ve yaşam tarzındaki değişimler nedeniyle bireylerde beden imajına ilişkin olumsuz algılar oluşturabilmektedir (125). Bu çalışmada Ho'oponopono tekniği uygulanan bireylerin ameliyat sonrası 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde beden imajı toplam puanlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulundu. Ayrıca Ho'oponopono tekniği uygulanan bireylerde beden imajına ilişkin zaman içerisindeki değişimler incelendiğinde, özellikle 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde belirgin bir azalma olduğu görüldü. Beden İmajı Ölçeği'nde düşük puanların daha olumlu beden algısını ifade ettiği dikkate alındığında; bu bulgular Ho'oponopono tekniğinin kolostomili bireylerde beden imajının zamanla iyileşmesine katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

Redeker ve arkadaşlarının sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, ostomili bireylerin ostomisi olmayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha fazla beden imajı sorunu yaşadığı bildirilmiştir (126). Song ve arkadaşlarının çalışmasında, stoma varlığının beden imajını olumsuz etkileyen en güçlü faktör olduğu ve beden imajındaki bozulmanın ise kaygı ve depresyonu artırarak yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (127). Benzer şekilde, başka bir çalışmada kolorektal kanser hastalarının %46,7'sinin takip döneminde beden imajı sorunları yaşadığı ve psikolojik sıkıntı düzeyinin azalmasına rağmen bu sorunların kalıcılığını sürdürdüğü bildirilmiştir (128). Fischer ve arkadaşlarının ostomili bireyler üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların %47,7'sinin beden imajı memnuniyetsizliği yaşadığı ve bu sorunun özellikle kadınlarda daha belirgin olduğu bildirilmiştir (129). Bir başka çalışmada ise stoma hastalarında bilinçli farkındalık ve psikolojik dayanıklılığın psikolojik sıkıntıyı doğrudan azaltan koruyucu bir etkisi olduğu ve beden imajı bozukluğunun ise dayanıklılık ile psikolojik sıkıntı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği belirlenmiştir (130). Bu bulgular doğrultusunda, Ho'oponopono tekniğinin içerdiği bilinçli farkındalık ve kabullenme süreçleri aracılığıyla ostomili bireylerin bedenlerine yönelik olumsuz algılarını azaltarak beden imajının iyileşmesine katkı sağlayabileceği ve böylece psikososyal uyumu destekleyebileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda, 1. ay

değerlendirmesinde beden imajı üzerinde elde edilen büyük etki büyüklüğü de bu tekniğin ostomili bireylerde beden imajına ilişkin olumsuz algıların azaltılmasında ve psikososyal uyumun güçlendirilmesinde etkili olabileceğini desteklemektedir.

Jayarajah ve arkadaşlarının ostomili bireyler üzerinde yürüttükleri çalışmada, daha genç yaşta olan bireylerin, fazla kilolu bireylerin ve geçici stoması bulunan ve stomanın kalıcı olmayacağı algısına sahip bireylerin beden imajı bozukluğuna daha yatkın olduğu; ayrıca öz-yeterlilik algısı ile beden imajı bozukluğu arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki bulunduğu bildirilmiştir (131). Bu bulgular doğrultusunda, Ho'oponopono tekniğinin beden kabulünü ve içsel uyumu destekleyici içeriği aracılığıyla öz-yeterlilik algısını güçlendirebileceği ve bu yolla beden imajı üzerinde olumlu etkiler oluşturabileceği düşünülmektedir.

Ho'oponopono tekniğinin beden imajı üzerindeki etkisini doğrudan inceleyen bir çalışmaya literatürde rastlanmamış olup, mevcut araştırmaların çoğu bu tekniği özellikle affetme, stres yönetimi ve psikolojik iyilik hali bağlamında ele almaktadır (23,28,29,132). Beden imajı gibi daha spesifik psikolojik değişkenlere odaklanan deneysel çalışmaların ise sınırlı olduğu görülmektedir. Bu çalışmada Ho'oponopono tekniğinin uygulandığı grupta beden imajı puanlarında gözlenen iyileşme eğilimi, tekniğin bireylerin duygusal kabul süreçlerini destekleyerek beden algısına uyumlarını kolaylaştırabileceğini düşündürmektedir.

5.3. GRUPLARIN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Ostomili bireylerde yaşam kalitesi, stoma varlığına bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık, sosyal ilişkilerde zorlanma ve psikolojik uyum güçlükleri gibi birçok faktörden olumsuz etkilenebilmektedir (5). Bakım gereksinimlerinin artması ve yaşam biçiminde meydana gelen değişiklikler, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini doğrudan etkileyerek yaşam kalitesinde azalmaya yol açabilmektedir (7). Bu çalışmada Ho'oponopono tekniği uygulanan grupta ostomi yaşam kalitesi toplam puanının ameliyat sonrası 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Ho'oponopono tekniği uygulanan grupta yaşam kalitesine yönelik zaman içi ölçümlerin anlamlı artış eğiliminde olduğu ve bu etkinin özellikle ileri zaman noktalarında (10. gün ve 1. ay) belirginleştiği görüldü. Alt boyutlar incelendiğinde ise Ho'oponopono tekniği uygulanan grupta iş ve sosyal yaşam, cinsel

yaşam ve beden imajı ve stoma fonksiyonu alt boyutlarına ilişkin puanların özellikle 1. ay ölçümlerinde, kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Heydari ve arkadaşlarının sistematik derleme çalışmasında, hemşirelik müdahalelerinin ostomili bireylerin yaşam kalitesini anlamlı düzeyde iyileştirdiği, bu etkinin özellikle öz-bakım ve psikolojik destek uygulamalarını birlikte içeren bütüncül yaklaşımlarda daha belirgin olduğu bildirilmiştir (133). Bu bağlamda, mevcut çalışmada Ho'oponopono tekniğinin psikospiritüel temele dayanan yapısının, müdahalenin bütüncül yaklaşımını destekleyen önemli bir unsur olduğu değerlendirilmektedir. Benzer şekilde Alenezi ve arkadaşlarının derleme çalışmasında, egzersiz, aile desteği, sosyal ilişkilerin sürdürülmesi, eğitim ve maneviyatın yaşam kalitesini belirleyen temel etmenler arasında yer aldığı bildirilmiştir (134). Bu bulgular, Ho'oponopono tekniğinin sosyal ve spiritüel boyutlarının yaşam kalitesinin desteklenmesinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

İş ve sosyal yaşam alt boyutunda zaman içi görülen anlamlı iyileşme, bu araştırmanın dikkat çekici bulgularından biri olarak değerlendirilmektedir. Petersén ve arkadaşlarının stoma cerrahisi geçiren bireylerin günlük yaşam deneyimlerini odak grup görüşmeleriyle inceledikleri çalışmada, hastaların bedenlerine ilişkin güvensizlik, sosyal geri çekilme ve kontrol kaybı yaşadıkları; buna karşın olumlu tutum geliştirmeye çalışarak sosyal ve iş yaşamlarını sürdürme çabası içinde oldukları bildirilmiştir (135). Benzer şekilde bir başka sistematik derleme çalışmasında, intestinal stoma ile yaşam sürecinin "kabul", "uyum" ve "özerklik" olmak üzere üç temel boyuttan oluştuğu bildirilmiştir (136). Bu bulgular, mevcut çalışmada Ho'oponopono tekniğinin kabul, uyum ve içsel güçlenme ile iş ve sosyal yaşam üzerindeki olumlu etkilerini destekler niteliktedir.

Cinsel yaşam ve beden imajı alt boyutunda 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde elde edilen yüksek etki büyüklükleri, kolostomi sonrası bireylerin yaşadığı cinsellik sorunlarına ilişkin literatür bulgularını desteklemektedir (137,138). Bahayi ve arkadaşlarının çalışmasında, ileostomili veya kolostomili bireylerin sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksek kaygı düzeyi yaşadığı, daha düşük cinsel doyum bildirdiği ve cinsel kaçınma davranışlarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir (138). Benzer şekilde başka bir çalışmada, ostomi cerrahisinin beden imajı, partner ilişkileri ve cinsel yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğu bildirilmiş olup, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde kapsamlı hasta eğitiminin önemine dikkat çekmiştir (137). Bu doğrultuda,

mevcut çalışmada Ho'oponopono tekniğinin cinsel yaşam ve beden imajı üzerindeki olumlu etkisinin, bireyin beden kabulünü, öz-şefkatini ve bütüncül benlik algısını destekleyen yapısıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Stoma fonksiyonu alt boyutunda özellikle 1. ay ölçümünde elde edilen yüksek etki büyüklüğü, bu boyuttaki değişimin daha uzun zaman gerektirdiğine işaret etmektedir. Xu ve arkadaşlarının çalışmasında, öz-yeterlilik müdahalesinin kalıcı kolostomili bireylerde yaşam kalitesini anlamlı ölçüde iyileştirdiği bildirilmiştir (139). Bu bulgu, Ho'oponopono tekniğinin zamana bağlı olarak olumlu etki gösterebileceğini düşündürmektedir.

5.4. HO'OPONOPONO TEKNİĞİNİN ZAMANSAL ETKİ ÖRÜNTÜLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN TARTIŞILMASI

Araştırmanın önemli bulgularından biri, Ho'oponopono tekniğinin etkilerinin zaman içinde artan ve güçlenen bir örüntü göstermesidir. Ameliyat sonrası 1. gün ve 3. gün ölçümlerinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmaması, Ho'oponopono uygulamasının ostomiye uyum, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin kısa sürede ortaya çıkmadığını, bunun yerine zamana yayılan ve birikimli bir süreç içerisinde geliştiğini düşündürmektedir. Bu bulgu, hemşirelik girişimlerine ilişkin mevcut literatür ile uyumludur. Ganjalikhani ve arkadaşlarının randomize kontrollü klinik çalışmasında, yapılandırılmış stoma bakım eğitiminin kaygıyı azaltma ve yaşam kalitesini artırma açısından etkili olduğu, ancak bu etkilerin klinik olarak belirgin hale gelmesinin yaklaşık iki aylık bir izlem süreci sonrasında ortaya çıktığı bildirilmiştir (140). Bu bağlamda, stomaya uyum süreci dikkate alındığında Ho'oponopono tekniğinin de anlık bir etki yerine, zaman içinde güçlenen ve kümülatif etki gösteren bir müdahale olabileceği düşünülmektedir.

Ho'oponopono tekniğinin psikolojik mekanizmaları, affetme ve öz-şefkat temelli müdahalelere ilişkin mevcut kanıtlarla önemli ölçüde örtüşmektedir (141,142). Ho ve arkadaşlarının çok merkezli randomize kontrollü çalışmasında, kendi kendine uygulanabilen bir affetme çalışma kitabı müdahalesi uygulanan bireylerde affetmeyi teşvik ederek depresyon ve anksiyete belirtilerini azalttığı bildirilmiştir (141). Bu bağlamda, mevcut çalışmada Ho'oponopono tekniğinin kaygı-endişe alt boyutunda gözlenen olumlu etkisinin bu bulgularla paralellik gösterdiği ve tekniğin affetme temelli bileşeninin ostomiye uyum sürecinde önemli bir rol oynayabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde Vismaya ve arkadaşlarının sistematik derleme çalışmasında, öz-affetmeye

yönelik müdahalelerin bireylerin öz-affetme becerilerini geliştirmede etkili olduğu ve bununla birlikte çeşitli psikolojik ve klinik değişkenler üzerinde olumlu etkiler sağladığı bildirilmiştir (142). Bu doğrultuda, Ho'oponopono tekniğinin de affetme ve öz-şefkat temelli mekanizmalar aracılığıyla ostomiye uyum sürecini destekleyebilecek bir yaklaşım olduğu değerlendirilmektedir.

Kabul ve bilinçli farkındalık temelli müdahalelere ilişkin mevcut kanıtlar, Ho'oponopono tekniğinin etkinliğini açıklamada önemli bir kuramsal zemin sunmaktadır. Johannsen ve arkadaşlarının sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, kabul ve bilinçli farkındalık müdahalelerin kaygı ve depresyon üzerinde anlamlı iyileştirici etkiler oluşturduğu bildirilmiştir (143). Bu doğrultuda, mevcut çalışmada Ho'oponopono tekniğinin Ostomiye Uyum Ölçeği'nin kaygı ve endişe alt boyutunda zamanla içinde görülen iyileşmenin, tekniğin bilinçli farkındalık ve kabul temelli bileşenleriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çalışma, kolostomi cerrahisi geçiren hastalara uygulanan Ho'oponopono tekniğinin ostomiye uyum, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapıldı. Çalışma verilerine göre aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

- Çalışmaya katılan hastaların tanımlayıcı özellikler açısından benzer özellikler gösterdiği saptandı.
- Çalışmada, Ho'oponopono tekniği uygulanan grup ile kontrol grubunun ostomiye uyum, beden imajı ve yaşam kalitesi toplam puanları karşılaştırıldığında, ameliyat sonrası 1. ve 3. gün ölçümlerinde benzer sonuçlar elde edildi. Buna karşın, ameliyat sonrası 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde Ho'oponopono uygulanan grubun ostomiye uyum ve yaşam kalitesi toplam puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek, beden imajı toplam pıuanlarının ise daha düşük olduğu belirlendi. Zaman içi ölçümler değerlendirildiğinde ise Ho'oponopono tekniği uygulanan bireylerde ostomiye uyum ve yaşam kalitesi toplam puanlarının özellikle ameliyat sonrası 10. gün ve 1. ay ölçümlerinde anlamlı düzeyde arttığı, beden imajı toplam puanlarının ise anlamlı düzeyde azaldığı saptandı.
- Sonuç olarak, kolostomili bireylere uygulanan Ho'oponopono tekniğinin ostomiye uyumu, beden imajını ve yaşam kalitesini iyileştirdiği belirlendi.

6.2. ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda,

- Kolostomi cerrahisi geçiren bireylerde ostomiye uyumun ve yaşam kalitesinin artırılması, beden imajına ilişkin olumsuz algıların azaltılması amacıyla Ho'oponopono tekniğinin klinik uygulamalarda destekleyici bir yöntem olarak kullanılması,
- Gelecekte yapılacak araştırmalarda, Ho'oponopono tekniğinin etkilerinin daha geniş örneklem gruplarında, çok merkezli ve randomize kontrollü

çalışmalarla değerlendirilmesi; etkinliğinin uzun dönem takiplerle (3 ay, 6 ay ve 1 yıl) incelenmesi,

- Ho'oponopono tekniğinin farklı ostomi türlerine (ileostomi, ürostomi, trakeostomi) sahip bireyler üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmaların planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Mulita, F., & Lotfollahzadeh, S. (2023). Intestinal stoma. In StatPearls. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565910/ Erişim tarihi: 01.12.2025
2. Cevik, B., Uğurlu, Z., Abbasoğlu, A., Karahan, A., & Saltan, Ç. (2020). Ostomili bireylerin ostomiye uyumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 7(3), 186-195.
3. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. (2018). Management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy: An executive summary. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 45(1), 50–58.
4. Parini, D., Bondurri, A., Ferrara, F., Rizzo, G., Pata, F., Veltri, M., Forni, C., Coccolini, F., Biffl, W. L., Sartelli, M., Kluger, Y., Ansaloni, L., Moore, E. E., Catena, F., & Danelli, P. (2023). Surgical management of ostomy complications: A MISSTO–WSES mapping review. World Journal of Emergency Surgery, 18(1), Article 48. https://doi.org/10.1186/s13017-023-00516-5
5. Ayaz-Alkaya, S. (2018, November 4). Overview of psychosocial problems in idividuals with stoma: A review of literature. International Wound Journal. https://doi.org/10.1111/iwj.13018
6. Näverlo, S., Strigård, K., Gunnarsson, U., & Edin-Liljegren, A. (2023). Patients' experiences of living with a stoma in rural areas in Northern Sweden. International Journal of Circumpolar Health, 82(1), 2221767. https://doi.org/10.1080/22423982.2023.2221767
7. Petersén, C., & Carlsson, E. (2021). Life with a stoma—Coping with daily life: Experiences from focus group interviews. Journal of Clinical Nursing. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/jocn.15769
8. Özcan ST, Sayar S. (2023). The effect of psychological resilience on adaptation to ostomy in individuals with ostomy. Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(13), 15-27. doi: 10.55433/gsbd.223
9. Duruk, N., Erek Kazan, E., & Ünlüsoy Dinçer, N. (2021). İntestinal stomalı bireylerin stomaya uyumunu etkileyen faktörler: Tanımlayıcı çalışma. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 13(3), 637–648. https://doi.org/10.5336/nurses.2020-80280
10. Akıl, Y., & Taylan, S. (2020). Bağırsak stomalı hastaların stomaya uyumlarını etkileyen faktörler: İlişkisel çalışma. Çukurova Medical Journal, 45(2), 428–438. https://doi.org/10.17826/cumj.640154
11. Xavier, S. S. M., Medeiros, L. P., Lima Neto, A. V., et al. (2024). Sociodemographic and clinical characteristics of people with ostomy and the adaptive domains of Roy's theory: A cross-sectional study.
12. Nasiriziba, F., Saati, M., & Haghani, H. (2020). Correlation between self-efficacy and self-esteem in patients with an intestinal stoma. British Journal of Nursing, 29(16), S22–S29.
13. Steinhagen, E., Colwell, J. C., & Cannon, L. M. (2017). Intestinal stomas–postoperative stoma care and peristomal skin complications. Clinics in Colon and Rectal Surgery, 30(3), 184–192. https://doi.org/10.1055/s-0037-1598159
14. Rodgers, R. F., Laveway, K., Campos, P., & Berbert de Carvalho, P. H. (2023). Body image as a global mental health concern. Global Mental Health, 10, e9.
15. Ahuja, L. (2025). A systematic review exploring the effectiveness of body image interventions among boys. Adolescent Research Review, 10, 97–143.
16. Redeker, C., Grunfeld, E., & Miles, A. (2025). The impact of an ostomy on body image and sexual function of patients with colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis. Psycho-Oncology, 34(8), e70249.
17. Jayarajah, U., & Samarasekera, D. N. (2017). Psychological adaptation to alteration of body image among stoma patients. Indian Journal of Psychological Medicine, 39(1), 63–68.
18. Karahan, A., Akgün Çıtak, E., Çevik, B., Abbasoğlu, A., & Uğurlu, Z. (2025). Determining the perception of stigma of individuals with ostomies. BMC Psychology, 13(1), 767.
19. Alenezi, A. N., Livesay, K., McGrath, I., & Kimpton, A. J. (2023). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of Saudi ostomate patients: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing, 32*, 3707–3719. https://doi.org/10.1111/jocn.16466
20. Akbulut, S. C. Y., & Ilgaz, A. (2026). Psychosocial effects and quality of life after stoma surgery: Systematic review and qualitative meta-synthesis. BMC Psychology, 14, 315. https://doi.org/10.1186/s40359-026-03993-w
21. Vasiljev, V., Haring, M., Juraga, D., Roviš, D., Racz, A., & Rukavina, T. (2024). Quality of life of ostomates: A qualitative study. Acta Clinica Croatica, 63(1), 29–35. https://doi.org/10.20471/ACC.2024.63.01.4

22. Özel, H., & Kaya, H. (2025). The effect of web-based patient education on quality of life of patients with colostomy and ileostomy: A randomized controlled trial. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 52(4), 313–319. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000001198
23. Kretzer, K. (2007). Self identity through Ho'oponopono as adjunctive therapy for hypertension management. Ethnicity & Disease, 17(4), 624–628.
24. Çay, M. (2022). Ho'oponopono: Kadim Hawaii bilgelik öğretisi. https://www.udemy.com/course/hooponopono-ogretisi-ve-uygulamalar-tum-boyutlaryla/ Erişim Tarihi: 22.04.2024
25. Dal, S. (2022). Ho'oponopono öğretisi ve uygulamalar: Tüm boyutlarıyla. https://www.udemy.com/course/hooponopono-ogretisi-ve-uygulamalar-tum-boyutlaryla/ Erişim Tarihi: 22.04.2024
26. Thakurdas, A. (2008). Ho'oponopono: Universal healing method for mankind. Wholistic Healing Publications, 8(3).
27. Sokullu, G. (2023). Doğum öncesi Ho'oponopono öğretisinin kullanımı. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED), 9(Özel Sayı-1), 86-89.
28. James, M. B. (2008). Ho'oponopono: Assessing the effects of a traditional Hawaiian forgiveness process on stress and well-being. Walden University.
29. Christianto, V., & Smarandache, F. (2020). A review on how an ancient forgiveness way called Ho'oponopono can boost human health and immune system. *EC Neurology, 12*(6), 64–69. 29
30. Ka'Opua, L. S. I. (2003). Training community practitioners in a research intervention: Practice examples at the intersection of cancer, Western science, and Native Hawaiian healing. Cancer Control, 10(5 Suppl), 5–12. https://doi.org/10.1177/107327480301005S02
31. Brinson, J., & Fisher, T. A. (1999). *The ho'oponopono group: A conflict resolution model for school counselors*. *The Journal for Specialists in Group Work, 24*(4), 369–382. https://doi.org/10.1080/01933929908411444
32. Bell, C. K., Goebert, D. A., Miyamoto, R. H., Hishinuma, E. S., Andrade, N. N., Johnson, R. C., & McDermott, J. F., Jr. (2001). *Sociocultural and community factors influencing the use of Native Hawaiian healers and healing practices among adolescents in Hawai'i*. *Pacific Health Dialog, 8*(2), 249–259. PMID: 12180504.
33. American Cancer Society. (2025). What is cancer? https://www.cancer.org/cancer/understanding-cancer/what-is-cancer.html /Erişim tarihi: 01.12.2025
34. World Health Organization. (2026). Colorectal cancer. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer/ Erişim Tarihi: 20.03.2025
35. Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians.
36. Roshandel, G., Ghasemi-Kebria, F., & Malekzadeh, R. (2024). Colorectal cancer: Epidemiology, risk factors, and prevention. Cancers, 16(8), 1530
37. International Agency for Research on Cancer. (2022). GLOBOCAN 2022: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 185 countries. Global Cancer Observatory. https://gco.iarc.who.int/today/ Erişim tarihi: 21.06.2025
38. International Agency for Research on Cancer. (2022). Cancer today: Turkey fact sheet (GLOBOCAN 2022). Global Cancer Observatory. https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-fact-sheet.pdf Erişim tarihi: 21.06.2025
39. Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S., & Jemal, A. (2023). Cancer statistics, 2023. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 73(1), 17–48.
40. Türkiye Kanser Enstitüsü. (2024). Ana sayfa. https://tke.tuseb.gov.tr /Erişim tarihi: 21.02.2026
41. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71(3), 209–249.
42. Clarke, W. T., & Feuerstein, J. D. (2019). Colorectal cancer surveillance in inflammatory bowel disease: Practice guidelines and recent developments. World Journal of Gastroenterology, 25(30), 4148–4157.
43. Wieser, J., Hoffmeister, M., Brenner, H., & Mons, U. (2025). Associations of alcohol use and smoking with early-onset colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis. Clinical Colorectal Cancer. https://doi.org/10.1016/j.clcc.2025.05.002
44. O'Sullivan, D. E., et al. (2022). Risk factors for early-onset colorectal cancer. Clinical Gastroenterology and Hepatology. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.01.037
45. Wild, C. P., Weiderpass, E., & Stewart, B. W. (Eds.). (2020). World cancer report: Cancer research for cancer prevention. International Agency for Research on Cancer.

46. American Cancer Society. (2024). Signs and symptoms of colorectal cancer. /Erişim Tarihi: 2 Mart 2026. https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-symptoms.html
47. World Health Organization. (2024). Colorectal cancer fact sheet. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer/ Erişim tarihi:21.01.2026
48. Briggs, N. L., Ton, M., Malen, R. C., Reedy, A. M., Cohen, S. A., Phipps, A. I., Burnett-Hartman, A. N., & Newcomb, P. A. (2024). Colorectal cancer pre-diagnostic symptoms are associated with anatomic cancer site. BMC Gastroenterology, 24, 65.
49. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2023). Türkiye kanser istatistikleri ve kanser tarama programı raporu. https://hsgm.saglik.gov.tr / Erişim tarihi: 13.08.2025
50. Demb, J., et al. (2024). Red flag signs and symptoms for patients with early-onset colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open, 7(5), e2413157.
51. Dekker, E., Tanis, P. J., Vleugels, J. L. A., Kasi, P. M., & Wallace, M. B. (2019). Colorectal cancer. The Lancet, 394(10207), 1467–1480. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32319-0
52. US Preventive Services Task Force. (2021). Screening for colorectal cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA, 325(19), 1965–1977. https://doi.org/10.1001/jama.2021.6238
53. National Cancer Institute. (2022). Colorectal cancer screening (PDQ®)–Patient version. https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-screening-pdq / Erişim tarihi: 13.08.2025
54. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). (2022). Colorectal cancer screening and diagnosis: ESGE guideline. Endoscopy. / Erişim tarihi: 13.08.2025
55. Camaschella, C. (2019). Iron deficiency. Blood, 133(1), 30–39. https://doi.org/10.1182/blood-2018-05-815944
56. Short, M. W., & Domagalski, J. E. (2013). Iron deficiency anemia: Evaluation and management. American Family Physician, 87(2), 98–104. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23317073/
57. National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Suspected cancer: recognition and referral (NG12). https://www.nice.org.uk/guidance/ng12
58. American Cancer Society. (2026, February 3). Colonoscopy. American Cancer Society. Erişim tarihi: 21.02.2026, https://www.cancer.org/cancer/diagnosis-staging/tests/endoscopy/colonoscopy.html
59. Colorectal Cancer Alliance. (2024). Colonoscopy. Erişim tarihi 21.02.2026. https://colorectalcancer.org/screening-prevention/screening-methods/colonoscopy
60. Hassan, C., East, J., Radaelli, F., et al. (2019). Bowel preparation for colonoscopy: ESGE guideline update. Endoscopy, 51(8), 775–794. https://doi.org/10.1055/a-0959-0505
61. Rex, D. K., et al. (2014). Quality indicators for colonoscopy. Gastrointestinal Endoscopy, 81(1), 31–53. https://doi.org/10.1016/j.gie.2014.07.055
62. ASGE Standards of Practice Committee, Saltzman, J. R., Cash, B. D., Pasha, S. F., Early, D. S., Muthusamy, V. R., Khashab, M. A., Chathadi, K. V., Fanelli, R. D., Chandrasekhara, V., Lightdale, J. R., Hwang, J. H., Decker, G. A., Jue, T. L., Sharaf, R., Fisher, D. A., Evans, J. A., … Acosta, R. D. (2015). Bowel preparation before colonoscopy. Gastrointestinal Endoscopy, 81(4), 781–794 / Erişim tarihi: 15.08.2025
63. Ko, C. W., Doria-Rose, V. P., Barrett, M. J., Kamineni, A., Enewold, L., & Weiss, N. S. (2019). Screening flexible sigmoidoscopy versus colonoscopy for reduction of colorectal cancer mortality. International Journal of Colorectal Disease, 34(7), 1273–1281. https://doi.org/10.1007/s00384-019-03300-7
64. American College of Radiology. (2024). ACR appropriateness criteria®: Colorectal cancer screening. American College of Radiology. https://acsearch.acr.org/docs/69469/Narrative/ /Erişim tarihi: 14.02.2026
65. Pickhardt, P. J., Choi, J. R., Hwang, I., Butler, J. A., Puckett, M. L., Hildebrandt, H. A., Wong, R. K., Nugent, P. A., & Mysliwiec, P. A. (2003). Computed tomographic virtual colonoscopy to screen for colorectal neoplasia in asymptomatic adults. The New England Journal of Medicine, 349(23), 2191–2200.
66. Alsahafi, M. (2025). Colorectal cancer screening: A focused review of current methods. Saudi Journal of Internal Medicine, 14(1), 3–8.
67. American Academy of Family Physicians. (2023). Colorectal cancer screening. American Family Physician. https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2023/colorectal-cancer-screening.html (Erişim tarihi: 25.03.2026)
68. Helsingen, L. M., et al. (2019). Colorectal cancer screening with fecal immunochemical testing, sigmoidoscopy, or colonoscopy. The New England Journal of Medicine, 381(12), 1140–1150. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1900961
69. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2023). Ulusal kanser tarama standartları. https://hsgm.saglik.gov.tr /Erişim tarihi: 02.03.2026

70. American Cancer Society. (2020). Colorectal cancer screening guideline. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 70(2), 145–164. https://doi.org/10.3322/caac.21601 /Erişim tarihi: 02.03.2026
71. Brouwer, N. P. M., Bos, A. C., Lemmens, V. E. P. P., Tanis, P. J., Hugen, N., Nagtegaal, I. D., & de Wilt, J. H. W. (2018). An overview of 25 years of incidence, treatment and outcome of colorectal cancer patients. International Journal of Cancer, 143(11), 2758–2766.
72. Benson, A. B., III, Venook, A. P., Adam, M., Chang, G., Chen, Y.-J., Ciombor, K. K., Cohen, S. A., Cooper, H. S., Deming, D., Garrido-Laguna, I., Grem, J. L., Haste, P., Hecht, J. R., Hoffe, S., Hunt, S., Hussan, H., Johung, K. L., Joseph, N., Kirilcuk, N., … Jones, F. (2024). Colon cancer, version 3.2024, NCCN clinical practice guidelines in oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 22(2D). https://doi.org/10.6004/jnccn.2024.0029
73. Kelley KD, Aronowitz P. Cancer. The Medical clinics of North America. 2022;106(3):411–422. https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.12.006
74. Johdi, N. A., & Sukor, N. F. (2020). Colorectal cancer immunotherapy: Options and strategies. Frontiers in Immunology, 11, 1624.
75. Van Cutsem, E., Cervantes, A., Nordlinger, B., & Arnold, D. (2014). Metastatic colorectal cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology, 25(Suppl 3), iii1–iii9. https://doi.org/10.1093/annonc/mdu260
76. Fadlallah, H., El Masri, J., Fakhereddine, H., Youssef, J., Chemaly, C., Doughan, S., & Abou-Kheir, W. (2024). Colorectal cancer: Recent advances in management and treatment. World Journal of Clinical Oncology, 15(9), 1136–1156.
77. Salibasic, M., Pusina, S., Bicakcic, E., Pasic, A., Gavric, I., Kulovic, E., Rovcanin, A., & Beslija, S. (2019). Colorectal cancer surgical treatment, our experience. Medical Archives, 73(6), 412–414. https://doi.org/10.5455/medarh.2019.73.412-414
78. Ladabaum, U., Dominitz, J. A., Kahi, C., & Schoen, R. E. (2020). Strategies for colorectal cancer screening. Gastroenterology, 158(2), 418–432. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.06.043
79. Zhang, X., Wei, Z., Bie, M., Peng, X., & Chen, C. (2016). Robot-assisted versus laparoscopic-assisted surgery for colorectal cancer: A meta-analysis. Endoluminal Surgery, 30, 5601–5614. https://doi.org/10.1007/s00464-016-4892-z
80. Pisano, M., Zorcolo, L., Merli, C., et al. (2018). 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: Obstruction and perforation. World Journal of Emergency Surgery, 13, 36.
81. Peter C. Ambe, Kurz, N. R., Nitschke, C., Odeh, S. F., Möslein, G., & Zirngibl, H. (2018). Intestinal ostomy: Classification, indications, ostomy care, and complication management. Dtsch Arzteblatt International, 115(11), 182–187.
82. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society Guideline Development Task Force. (2018). Management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy—An executive summary. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 45(1), 50–58. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000396
83. Janice C. Colwell, Goldberg, M. T., & Carmel, J. (Eds.). (2021). WOCN Society core curriculum: Ostomy management (2nd ed.). Wolters Kluwer.
84. Wound Ostomy and Continence Nurses Society. (2021). Clinical guideline: Management of the adult patient with an ostomy. https://www.wocn.org
85. American Society of Colon and Rectal Surgeons. (2022). Clinical practice guidelines for ostomy surgery and care. https://fascrs.org
86. Courtney M. Townsend, Beauchamp, R. D., Evers, B. M., & Mattox, K. L. (2022). Sabiston textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice (21st ed.). Elsevier.
87. Janice L. Hinkle, & Cheever, K. H. (2022). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (15th ed.). Wolters Kluwer.
88. Engida, E., Ayelign, B., Mahteme, B., Aida, T., & Abreham, B. (2016). Types and indications of colostomy and determinants of outcomes of patients after surgery. Ethiopian Journal of Health Sciences, 26(2), 117–122.
89. Maria, A., & Lieske, B. (2023). Colostomy care. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/ Erişim tarihi: 15.12.2025
90. Abd El Aziz, M. A., Grass, F., Behm, K. T., et al. (2022). Minimally invasive colorectal surgery: Current outcomes and trends. Surgical Endoscopy, 36, 82–90.
91. Claessens, I., Probert, R., Tielemans, C., Steen, A., Nilsson, C., Andersen, B. D., & Størling, Z. M. (2015). The Ostomy Life Study: The everyday challenges faced by people living with a stoma in a snapshot. Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing, 42(3), 275–281. https://doi.org/10.12968/gasn.2015.13.5.18

92. Rajaretnam, N., & Lieske, B. (2023). Ileostomy: Indications, complications, and management. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/ (Erişim tarihi: 03.03.2026)
93. Yang, Y.-W., Huang, S.-C., Cheng, H.-H., et al. (2024). Protective loop ileostomy or colostomy? A risk evaluation of all common complications. Annals of Coloproctology, 40(6), 580–587. https://doi.org/10.3393/ac.2022.00710.0101
94. Wiesler, B., Hirt, L., Guenin, M.-O., et al. (2024). Stoma-associated complications after diverting loop ileostomy, end ileostomy or split stoma formation. Techniques in Coloproctology, 28, 68. https://doi.org/10.1007/s10151-024-02945-z
95. Gavriilidis, P., Azoulay, D., & Taflampas, P. (2019). Loop transverse colostomy versus loop ileostomy for defunctioning of colorectal anastomosis: A systematic review and meta-analysis. Surgery Today, 49(2), 108–117. https://doi.org/10.1007/s00595-018-1708-x
96. Gilshtein, H., et al. (2022). Indications for, and outcomes of, end ileostomy revision procedures. Colorectal Disease, 24(11), 1352–1357.
97. Tsujinaka, S., Tan, K. Y., Miyakura, Y., Fukano, R., Oshima, M., Konishi, F., & Rikiyama, T. (2020). Current management of intestinal stomas and their complications. Journal of the Anus, Rectum and Colon, 4(1), 25–33.https://doi.org/10.23922/jarc.2019-039
98. D'Ambrosio, F., Pappalardo, C., Scardigno, A., Maida, A., Ricciardi, R., & Calabro, G. E. (2022). Peristomal skin complications in ileostomy and colostomy patients: What we need to know from a public health perspective. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(24), 16731. https://doi.org/10.3390/ijerph192416731
99. Ayık, C., & Özden, D. (2022). Stoma komplikasyonları ve hemşirelik bakımı: Güncel yaklaşımlar. Etkili Hemşirelik Dergisi, 16(3), 401–415.
100. Registered Nurses' Association of Ontario. (2019). Supporting adults who anticipate or live with an ostomy (2nd ed.). RNAO. Registered Nurses' Association of Ontario, 2019
101. Jin, Y., Tian, X., Li, Y., Jiménez-Herrera, M., & Wang, H. (2021). Effects of continuous care on health outcomes in patients with stoma: A systematic review and meta-analysis. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 9(1), 21–31. https://doi.org/10.1016/j.apjon.2021.12.006
102. Steinhagen, E., Colwell, J. C., & Cannon, L. M. (2017). Intestinal stomas–postoperative stoma care and peristomal skin complications. Clinics in Colon and Rectal Surgery, 30(3), 184–192. https://doi.org/10.1055/s-0037-1598159
103. Huguenin, F. M., de Almeida, V. A. R., Rodrigues, M. V. F., Ferreira, M. E. C., & Morgado, F. F. R. (2024). Body image of university students: A systematic review of the characteristics of interventions. Psicologia: Reflexão e Crítica, 37, Article 22. https://doi.org/10.1186/s41155-024-00307-0
104. WHOQOL—Measuring Quality of Life|The World Health Organization. Available online: https://www.who.int/tools/whoqol Erişim Tarihi:22.04.2026
105. Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: What is the difference? Pharmacoeconomics, 34(7), 645–649. https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9
106. Teoli, D., & Bhardwaj, A. (2023). Quality of life. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/ Erişim tarihi: 04.03.2025
107. Qtait, M., Alqaissi, N., & Mesk, Z. (2026). Effectiveness of nurse-led palliative care interventions on patient quality of life: A systematic review. *SAGE Open Nursing.* Advance online publication. https://doi.org/10.1177/23779608261447464
108. Vitale, J., & Hew Len, I. (2007). *Zero limits: The secret Hawaiian system for wealth, health, peace, and more.* John Wiley & Sons.
109. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness.* Delacorte Press.
110. Simmons, K. L., Smith, J. A., & Maekawa, A. (2009). Development and psychometric evaluation of the Ostomy Adjustment Inventory-23. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 36(1), 69–76.
111. Karadağ, A., Baykara Göçmen, Z., Korkut, H., & Çelik, B. (2011). Ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin Türkçeye uyarlanması (Adaptation of the Ostomy Adjustment Inventory into Turkish language). *Ulusal Cerrahi Dergisi, 27*(4), 206–211.
112. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. European Journal of Cancer, 37(2), 189-197.
113. Karayurt Ö, Edeer AD, Süler G, Dorum H, Harputlu D, Vural F, vd. (2015). Psychometric properties of the body image scale in Turkish ostomy patients. International Journal of Nursing Knowledge, 26(3), 127-134. doi:10.1111/2047-3095.12049

114. Baxter, N. N., Novotny, P. J., Jacobson, T., Maidl, L. J., Sloan, J., & Young-Fadok, T. M. (2006). A stoma quality of life scale. *Diseases of the Colon & Rectum, 49*(2), 205–212. https://doi.org/10.1007/s10350-005-0275-6
115. Karadağ, A., Öztürk, D., & Çelik, B. (2011). Ostomili bireylere yönelik yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Turkish Journal of Colorectal Disease, 21*(4), 173–181. https://doi.org/10.5505/KRHD.2011.66588
116. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.).
117. George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference* (10th ed.).
118. Tick, H., Nielsen, A., Pelletier, K. R., Bonakdar, R., Simmons, S., Glick, R., Ratner, E., Lemmon, R. L., Wayne, P., & Zador, V. (2018). Evidence-based nonpharmacologic strategies for comprehensive pain care: The Consortium Pain Task Force white paper. *Explore (NY), 14*(3), 177–211. https://doi.org/10.1016/j.explore.2018.02.001
119. Zhang, Y., Xu, W., Xia, Z., & Xiao, L. (2019). Relationship between psychosocial adaptation and health-related quality of life of patients with stoma: A descriptive, cross-sectional study. Journal of Clinical Nursing, 28(19–20), 3657–3664. https://doi.org/10.1111/jocn.14952
120. Bozkul, G., Özkan, Z. K., & Yıldız, A. (2024). Nursing interventions for the self-efficacy of ostomy patients: A systematic review. Journal of Tissue Viability, 33(2), 198–207. https://doi.org/10.1016/j.jtv.2024.01.004
121. Jin, Y., Ding, Z., Fang, Y., Shen, X., & Miao, X. (2021). The efficacy and mechanism of positive psychological intervention on well-being for colostomy patients: A randomized controlled trial. Supportive Care in Cancer, 29(9), 5363–5372. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06077-4
122. Akhtar, S., & Barlow, J. (2018). Forgiveness therapy for the promotion of mental well-being: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 19*(1), 107–122.
123. Yu, L., Gambaro, M., Song, J., Enright, R., Hill, J., Teslik, M., & Komoski, M. C. (2021). Forgiveness therapy in a maximum-security correctional institution: A randomized clinical trial. Clinical Psychology & Psychotherapy, 28(6), 1457–1472. https://doi.org/10.1002/cpp.2590
124. Menahem, S., & Love, M. (2013). Forgiveness in psychotherapy: The key to healing. *Journal of Clinical Psychology, 69*(8), 829–835. https://doi.org/10.1002/jclp.22018
125. Shin, J., Yan, G., Gibson, J. S., Jones, R. A., Gray, M., & Debnam, K. J. (2026). *Perceived ostomy odor and body image disturbance in colorectal cancer survivors: Differences by ostomy status and sex. Supportive Care in Cancer, 34*(4), 326. https://doi.org/10.1007/s00520-026-10566-5
126. Redeker, C., Langenhoff, B., & Kuijpers, D. (2025). The impact of an ostomy on body image and sexual function of patients with colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis. Psycho-Oncology, 34(2), e6326. https://doi.org/10.1002/pon.6326
127. Song, L., Li, X., Wang, Z., Zhu, Y., Huo, L., & Gu, X. (2020). Body image mediates the effect of stoma status on psychological distress and quality of life in patients with colorectal cancer. Psycho-Oncology, 29(12), 2014–2022. https://doi.org/10.1002/pon.5515
128. Song, L., Li, X., Wang, Z., Zhu, Y., Huo, L., & Gu, X. (2021). Body image in colorectal cancer patients: A longitudinal study. Psycho-Oncology, 30(11), 1879–1887. https://doi.org/10.1002/pon.5745
129. Fischer, M., Schafmayer, C., & Hess, T. (2026). Social and psychological effects of a stoma on the sexuality and self-image of patients. International Journal of Colorectal Disease, 41(1), 12. https://doi.org/10.1007/s00384-025-04844-9
130. Sarah, L., Nembrini, G., Melis, V., Vavassori, M., Radaelli, A., & Brugnera, A. (2025). Resilience and mindful attention as determinants of psychological distress among patients with a stoma: The mediating role of body image. *Journal of Health Psychology, 30*(13). https://doi.org/10.1177/13591053251314327
131. Jayarajah, U., Samarasekera, D. N., & Mudduwa, R. (2017). Psychological adaptation to alteration of body image among stoma patients: A descriptive study. Indian Journal of Psychological Medicine, 39(4), 434–438. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_390_16
132. Tuijin, J. (2025). Effectiveness of Ho'oponopono: A comprehensive review. *Tuijin Jishu/Journal of Propulsion Technology, 46*(2), 365–372. https://doi.org/10.52783/tjjpt.v46.i02.9265
133. Heydari, A., Armat, M. R., & Alhani, F. (2023). Nursing intervention for quality of life in patients with ostomy: A systematic review. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 28(3), 255–263. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_354_22
134. Alenezi, A., Alhajri, H., & Alqahtani, A. (2021). Quality of life among ostomy patients: A narrative literature review. Journal of Clinical Nursing, 30(21–22), 3111–3122. https://doi.org/10.1111/jocn.15748

135. Petersén, C., Carlsson, E., & Bolin, I. (2021). Life with a stoma—coping with daily life: Experiences from focus group interviews. Journal of Clinical Nursing, 30(1–2), 261–270. https://doi.org/10.1111/jocn.15548
136. Capilla-Díaz, C., Sillero-Sillero, A., Bonill-de-Las-Nieves, C., Celdrán-Mañas, M., Hueso-Montoro, C., & Morales-Asencio, J. M. (2019). Living with an intestinal stoma: A qualitative systematic review. Qualitative Health Research, 29(14), 1976–1987. https://doi.org/10.1177/1049732319846546
137. Paszyńska, W., Łukasik, K., Jabłońska, M., Nowak, M., Połom, W., & Połom, K. (2023). Quality of sex life in intestinal stoma patients: A literature review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(5), 4027. https://doi.org/10.3390/ijerph20054027
138. Bahayi, K., Alharbi, O., Alotabi, M., Alali, A., Alibrahim, H., Aljadaan, S., Al-Babtain, M., & Iskandar, K. (2018). Depression, anxiety, sexual dysfunction and quality of life in patients with ileostomy or colostomy. Turkish Journal of Colorectal Disease, 28(3), 118–127. https://doi.org/10.4274/tjcd.07025
139. Xu, S., Wu, K., & Wan, X. (2017). Effect of self-efficacy intervention on quality of life of patients with intestinal stoma. Gastroenterology Nursing, 40(4), 299–309. https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000253
140. Ganjalikhani, M. K., Fard, A. A., Shams, S., & Mosadegh Rad, A. M. (2019). Studying the effect of structured ostomy care training on quality of life and anxiety of patients with permanent ostomy. International Wound Journal, 16(5), 1101–1107. https://doi.org/10.1111/iwj.13170
141. Ho, M. Y., Worthington, E. L., Jr., Cowden, R. G., Davis, D. E., Griffin, B. J., Lavelock, C., & Shebloski, B. (2024). International REACH forgiveness intervention: A multisite randomised controlled trial. BMJ Public Health, 2(1), e000585. https://doi.org/10.1136/bmjph-2023-000585
142. Vismaya, A., Varghese, J., & Unnikrishnan, B. (2024). Psychological interventions to promote self-forgiveness: A systematic review. BMC Psychology, 12(1), 114. https://doi.org/10.1186/s40359-024-01612-8
143. Johannsen, M., O'Connor, M., O'Toole, M. S., Jensen, A. B., Nicolaisen, A., & Zachariae, R. (2022). Mediators of acceptance and mindfulness-based therapies for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, 94, 102156. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102156

EKLER

EK-1.Kişisel Bilgi Formu

Kolostomili hastalara uygulanan Ho'oponopono tekniğinin ostomiye uyum, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi: Randomize kontrollü çalışma

**Sayın katılımcı aşağıda yer alan kişisel bilgilendirme formunu kendi bilgileriniz doğrultusunda doldurunuz. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Veriler eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılacak olup kişisel bilgileriniz özenle korunacaktır.*

Grup Adı: ( ) Müdahale Grubu ( ) Kontrol Grubu

1. Doğum tarihinizi yazınız. ……./…../……
2. Cinsiyetiniz nedir?
   ( ) Kadın ( ) Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?
   ( ) Evli ( ) Bekar
4. Eğitim durumunuz nedir?
   ( ) Okuryazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ve üstü
5. Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?
   ( ) Gelir giderden az ( ) Gelir gidere eşit ( ) Gelir giderden fazla
6. Kronik hastalığınız var mı?
   ( ) Evet ( ) Hayır
   (Cevabınız ''Evet'' ise hastalığınızı yazınız) ……
7. Daha önce ameliyat oldunuz mu?
   ( ) Evet ( ) Hayır
   (Cevabınız ''Evet'' ise ne ameliyatını oldunuz?)
   ……
8. Evde birlikte yaşadığınız kişi/kişiler var mı?
   ( ) Evet ( ) Hayır
9. Ho'oponopono tekniğini daha önce hiç duydunuz?
   ( ) Evet ( ) Hayır
10. Stoma açılacağını ilk duyduğunuzda ne hissettiniz?
    ( ) Kötü hissettim.
    ( ) Etkilenmedim.
    ( ) Kaygılandım.
11. Stomanızı saklama gereği hissediyor musunuz?
    ( ) Evet ( ) Hayır
12. Stoma bakımınızı kim yapmaktadır?
    ( ) Kendisi ( ) Eşi ( ) Çocuğu ( ) Bakıcı ( ) Diğer

EK-2.Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği

Sayın katılımcı,
Aşağıdaki ifadeler stomanızla ilgili duygularınızı ortaya koymanız için düzenlenmiştir. Her bir ifadeyi okuduktan sonra sizin için durumunuzu tanımlayan seçeneğin altındaki kutucuğa (X) işareti koyunuz.

	Kesinlikle katılıyorum	**Katılıyorum**	**Emin değilim**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle katılmıyorum**
1) Stoma açılması ile iyileştiğimi hissediyorum.					
2) Stomayı görmekten ve ona dokunmaktan hoşlanmıyorum.					
3) Stomalı olmama rağmen anlamlı bir hayatım var.					
4) Stoma ameliyatı olmadan önceki kadar yemek ve içmekten zevk alıyorum.					
5) Stoma banyo ve duş almamı engelliyor.					
6) Stomaya ilişkin herhangi bir kaygı duymadan uyuyorum.					
7) Stoma nedeniyle hayatımın kontrolümde değilmiş gibi hissediyorum.					
8) Stoma açıldığından beri sosyal aktivitelere katılmaya isteksizim.					
9) Stomayı vücudumun bir parçası olarak görüyorum.					
10) Stomaya sahip olmanın şokunu atlatamadım.					
11) Stoma nedeniyle aktivitelerimi sınırladım.					
12) Stoma nedeniyle her zaman hasta bir birey olacağımı hissediyorum.					
13) Stomanın sızdırabileceği, kokabileceği ve ses çıkarabileceğini sürekli düşünüyorum.					
14) Stoma nedeniyle meydana gelen değişiklikleri kabul ettim.					
15) Bana yeni bir yaşam olanağı verdiği için stomaya minnettarım.					
16) Stomaya bakım yapmak zordur.					
17) Stomadan dolayı seksüel açıdan daha az çekici olduğumu düşünüyorum.					
18) Bir stomaya sahip olmak beni öfkelendiriyor.					
19) Stomaya rağmen bana bir yaşam bağışlandığını düşünüyorum.					
20) Gelecekte stoma bakımı yapabileceğim.					
21) Stoma hakkında her zaman kaygılıyım.					
22) Stoma ile yaşamımı tehdit eden bir durumdan kurtulduğumu düşünüyorum.					
23) Stomam olmasına rağmen değişik aktivitelere katılabilirim.					

EK-3.Beden İmajı Ölçeği

BEDEN İMAJI ÖLÇEĞİ	**Hiçbir zaman (0)**	**Nadiren (1)**	**Bazen (2)**	**Her zaman (3)**
Dış görünüşünüzle ilgili utanma/tedirginlik hisseder misiniz?				
Hastalığınız ya da tedaviniz nedeniyle fiziksel (dış görünüşünüz ile ilgili) çekiciliğinizin azaldığını hisseder misiniz?				
Giyindiğinizde görünüşünüz nedeniyle hayal kırıklığı/ üzüntü yaşar mısınız?				
Hastalığınız ya da tedaviniz nedeniyle daha az kadınsı/erkeksi olduğunuzu hisseder misiniz?				
Çıplakken kendinize bakmakta zorluk yaşadınız mı?				
Hastalığınız ya da tedaviniz nedeniyle seksüel/cinsel yönden çekiciliğinizin azaldığını hisseder misiniz?				
Dış görünüşünüzle ilgili hissettiklerinizden dolayı diğer insanlardan uzaklaştınız mı?				
Tedavinin vücut bütünlüğünüzü kaybettirdiğini hisseder misiniz?				
Bedeninizle/vücudunuzla ilgili memnuniyetsizlik hisseder misiniz?				
Yara izinizin/ stomanızın görünümüyle ilgili memnuniyetsizlik hisseder misiniz?				

EK-4.Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. Bölüm
1. Şu anda genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyeti aşağıdaki çizgi üzerinde 0 – 100 arasında derecelendirip bir puanı daire içine alarak işaretleyiniz.
0 tamamen memnuniyetsizliği, **100 tamamen memnuniyeti** göstermektedir.
0 ____10____20____30____40____50____60____70____80____90____100
2. Geçen ay genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyeti aşağıdaki çizgi üzerinde 0 – 100 aras›nda derecelendirip bir puanı daire içine alarak işaretleyiniz.
0 tamamen memnuniyetsizliği, **100 tamamen memnuniyeti** göstermektedir. 0
____10____20____30____40____50____60____70____80____90____100

İfadeler	Asla (1)	Nadiren (2)	Ara sıra (3)	Sık sık (4)	Her zaman (5)
3) Zevk aldığım hobilere katılabiliyorum.					
4) Arkadaşlarımla dışarı çıkabiliyorum.					
5) Stoma okula devam etmeme veya çalışmama engel oluyor.					
6) Stomam yüzünden seyahat etmek konusunda endişem oluyor.					
7) Cinsel aktiviteden zevk alıyorum.					
8) Kendimi çekici hissediyorum.					
9) Cinsel partnerim (eş/arkadaş) stomamdan sıkıntı duyuyor.					
10) Başkalarının stomamı öğrenmesi beni rahatsız ediyor.					
11) Torbamı boşaltmaya ihtiyaç duyduğum zaman gizliliğimin sağlandığı bir alanın olmamasından endişe duyuyorum.					
12) Elbiselerimin içinde kendimi rahat hissediyorum.					
13) Yediğim yiyeceklerden memnunum.					
14) Koku problemim var.					
15) Bir arkadaşımla ya da aile üyelerinden biriyle stomam hakkındaki duygularımı ve endişelerimi paylaşabiliyorum.					
16) Gaz çıkışından utanıyorum (sesli gaz çıkışı ya da torbanın hızlı doluşu).					
17) Stoma malzemesinden sızıntı olacağından endişe duyuyorum.					
18) Sosyal ortamlar sıkıntı duymama sebep oluyor.					
19) Ameliyattan önce yaptığım ev işlerini ve aile görevlerini yerine getirebiliyorum.					

EK-5.Ho’oponopono Tekniği Eğitim Sertifikası



udemy

Sertifika no: UC-c04bcd3a-24a4-44ad-b145-67e69859feac
Sertifika URL'si: ude.my/UC-c04bcd3a-24a4-44ad-b145-67e69859feac
Referans Numarası: 0004

BİTİRME SERTİFİKASI

Ho'oponopono Öğretisi ve Uygulamaları (Tüm Boyutlarıyla)

Eğitmenler [redacted]

Miyase Uzunalioğlu

Tarih 27 Mayıs 2024
Uzunluk Toplam 5.5 saat

EK-6.Ho’oponopono Tekniği Eğitim Sertifikası



udemy

Sertifika no: UC-502f352d-08cc-4f56-91a5-c3f4e3722dd7
Sertifika URL'si: ude.my/UC-502f352d-08cc-4f56-91a5-c3f4e3722dd7
Referans Numarası: 0004

BİTİRME SERTİFİKASI

Ho'oponopono: Kadim Hawaii Bilgelik Öğretisi

Eğitmenler [redacted]

Miyase Uzunalioğlu

Tarih 22 Mayıs 2024
Uzunluk Toplam 1.5 saat

EK-7.Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.11.2025-776146

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurul Başkanlığı

2025 AİLE YILI

[redacted]

Sayı : E-52857131-050.04-776146
Konu : Etik Kurul Kararı (Miyase UZUNALİOĞLU)

Sayın Miyase UZUNALİOĞLU

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun 14.11.2025 tarih ve 2025/28 sayılı toplantısında alınan karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

[redacted]

Ek:01 Nolu Etik Kurul Kararı (1 Sayfa)

[redacted]

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU
TOPLANTI KARARLARI

Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı
14.11.2025	**2025/28**	**09**

KARAR NO-01: Araştırmacı **Miyase UZUNALİOĞLU'nun; Doç. Dr. Elif GEZGİNCİ AKPINAR** ile yürüttüğü "**Kolostomili Hastalara Uygulanan Ho'oponopono Tekniğinin Ostomiye Uyum, Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma"** isimli çalışması görüşüldü. **Yapılan görüşmeler sonucunda Miyase UZUNALİOĞLU'nun; Doç. Dr. Elif GEZGİNCİ AKPINAR** ile yürüttüğü çalışmanın, raportörün görüşü doğrultusunda (Ek-1) etik ilkelere uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verildi.

[redacted]
Kurul Başkanı

[redacted]
Üye

[redacted]
Üye

[redacted]
Üye

[redacted]
Üye

[redacted]
Üye

[redacted]
Üye

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

[redacted]

EK-8.Kurum İzni

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01-310190721
Konu : Miyase UZUNALİOĞLU' nun Araştırma İzni Hk.

[redacted]

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 05.01.2026 tarihli ve 31159460-100.001.001-E.563784 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazıda konu olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Miyase UZUNALİOĞLU'nun Doç.Dr.Elif GEZGİNCİ AKPINAR danışmanlığında yürütülmesi planlanan ***"Kolostomili Hastalara Uygulanan Ho'ponopono Tekniğinin Ostomiye Uyum, Beden İmajı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma"*** başlıklı çalışmasını ilgili Hastanede yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **27.03.2026 tarih ve 2026/07 sayılı kararınca uygun görülmüştür.**

Çalışmanın ilgili Hastanenin uygun gördüğü zaman diliminde yapılması (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun Başhekimlik tarafından sağlanması ve çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde anonimleştirilerek) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

[redacted]

Ek: Kurum Görüşü_Uygun

Dağıtım:
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörlüğüne
(Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne)
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesine

[redacted]

EK-9.Ölçek İzinleri

Olçek ızni

Prof.Dr. Ozgul Karayurt [redacted] 16 Ağustos 2024 11:29
Alıcı: Miyase Uzunalioğlu [redacted]

Sevgili Miyase,
Türkçe'ye uyarladığımız Hopwood'un Beden imajı ölçeği tez çalışmanda kullanabilirsin.

Çalışmanda başarılar dilerim.

Özgül KARAYURT
Professor Doctor
Izmir University of Economics
Faculty of Health Science
[redacted]

Gmail **Miyase Uzunalioğlu** [redacted]

Ölçek İzin Yazısı

Ayişe Karadağ [redacted] 14 Ağustos 2024 10:29
Alıcı: Miyase Uzunalioğlu [redacted]

Sevgili Miyase Uzunalioğlu,
'Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği' ve 'Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeğini' çalışmanızda kullanmanıza izin vardır.
Başarılar diliyorum.
Prof. Dr. Ayişe Karadağ
Koç Üniversitesi

Android için Outlook edinin

From: Miyase Uzunalioğlu [redacted]
Sent: Wednesday, August 14, 2024 8:36:20 AM
To: [redacted]
Subject: Ölçek İzin Yazısı

EK-10.Bilgilendirilmiş Onam Formu

Çalışmanın Adı: "Kolostomili hastalara uygulanan Ho'oponopono tekniğinin ostomiye uyum, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi: Randomize kontrollü çalışma"

Uygulayıcı Araştırmacının Adı: Miyase UZUNALİOĞLU

Danışmanın Adı: Elif GEZGİNCİ AKPINAR

Sayın Katılımcı;

"Kolostomili hastalara uygulanan Ho'oponopono tekniğinin ostomiye uyum, beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi: Randomize kontrollü çalışma" isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni size stoma açılacak olmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılımınız tamamıyla sizin isteğinize bağlı olup, istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmaya katılan kişilerden kimlik bilgileri istenmeyecektir. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi'nde görev alan Doç. Dr. Elif GEZGİNCİ AKPINAR'ın sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışma kolostomili bireylere uygulanan ho'oponopono tekniğinin ostomiye uyum, yaşam kalitesi ve beden imajına etkisini değerlendirmek yapılması planlanmaktadır. Araştırmaya 64 kişi dahil edilmesi planlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Araştırmayı bırakmanız tedavi ve bakım planınızda bir aksamaya neden olmayacaktır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışmada Ho'oponopono tekniği uygulanır. Bu uygulamanın herhangi bir risk ve rahatsızlığı yoktur.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Çalışmada yer almanız uygulanan tekniğin stoma açılan hastalar üzerinde olumlu ya da olumsuz yönleri için kanıta dayalı veri oluşturacaktır. Bu veriler ışığında olumlu geri dönüşler sonucu bu tekniğin ostomili bireylere kullanımı yaygınlaştırılabilecektir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Araştırmacılar kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır; ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir; ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI: Miyase UZUNALİOĞLU

GÖREVİ: Hemşire

TELEFON:

(Katılımcının Beyanı):

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi'nde görev alan Doç. Dr. Elif GEZGİNCİ AKPINAR danışmanlığında Hemşire Miyase UZUNALİOĞLU tarafından bilimsel bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık

Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı dahilinde klinik araştırma amacıyla yürütülen bu çalışma hakkında verilen yukarıdaki bilgileri okudum. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunmaktayım. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı:	Katılımcı ile görüşen araştırmacı:
Adı, soyadı:	Adı, soyadı:
Adres:	Adres:
Tel:	Tel:
Tarih:	Tarih:
İmza:	İmza: