

Stoma ve Parastomal Alanın Değerlendirilmesi

Assesment of the Stoma and Peristomal Area

AYİŞE KARADAĞ

Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Ostomi ve kontinent diversiyonlar gastrointestinal sistem ve genitoüriner sisteme ilişkin birçok hastalığın tedavisinde gerekli olan cerrahi girişimlerdir. Ostomi ameliyatı kişinin dış görünümünü değiştirerek ve bireyi inkontinant durumuna sokarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle stomanın ve parastomal alanın bireye özgü ve kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır. Ameliyat sonrası dönemde yapılan değerlendirme ve bakım stomanın fonksiyonunun ve parastomal cilt bütünlüğünün bozulmasını önlemeye yardımcı olur. Bu makalede stomanın ve parastomal alanın değerlendirilmesi ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler: Kolostomi, İleostomi, Ürostomi, Değerlendirme, Hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

Ostomy and continent diversion surgical procedures are integral to the management of many gastrointestinal and genitourinary tract diseases. Because ostomy surgery alters external appearance and renders an individual incontinent, it can have a negative impact on life-style. Therefore an individualized and comprehensive assessment of stoma and peristomal area must be a part of nursing care. Postoperative nursing assessment and management help to prevent potential impairment of stoma function and peristomal skin integrity. This article presents a conceptual framework to help stoma and peristomal site assessment.

Key words: Colostomy, Ileostomy, Urostomy, Assessment, Nursing care

Stoma açılan bireyin bakımı Stoma Bakım Hemşiresi (SBH) ya da ilgili cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin en önemli sorumluluklarından birisidir. Başarılı bir ameliyat geçiren ve tedavi ya da rahatlatıcı amaçla stoma açılan bireyin, yeni yaşamına uyum sağlaması ekip anlayışı içinde gerçekleştirilen holistik hemşirelik bakımı ile mümkündür.^{1,2} Holistik bakım hemşiresinin hemşirelik süreci sistemi diye isimlendirilen bilimsel problem çözme yöntemini kullanmasını gerektirir. Hemşirelik süreci sağlıklı / hasta bireyin ve ailenin bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve sonucun

değerlendirilmesi gibi aşamalardan oluşan sistemli bir yaklaşımdır.³ Beş alt basamaktan oluşan hemşirelik sürecinin ilk basamağı durum değerlendirilmesidir. Durum değerlendirmesi aşamasında bireyin bakımına temel oluşturacak veriler elde edilir, diğer bir deyişle bakım verilecek bireyin ilk değerlendirmesi yapılır. Durum değerlendirmesi bireye ilişkin objektif ve subjektif verilerin elde edilmesi ve bu verilerin doğrulanmasını içerir. Kapsamlı durum değerlendirmesi problemin tanımlanmasını ve çözümünü kolaylaştırır.

Sürekli gelişmeye doğru bir değişim geçiren profesyonel hemşirelik anlayışı, hemşirelerin çalıştıkları tüm alanlarda hemşirelik süreci sistemini kullanmalarını ve kanıta dayalı bakım vermelerini önermekte, çoğu kez zorunlu kılmaktadır. Bu anlayış çerçevesinde bakıldığında ileri

Doç. Dr. Ayişe Karadağ, Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 06330 ETİLER/ANKARA
e-posta: ayise@gazi.edu.tr

Kolon Rektum Hast. Derg. 2008; 63 - 70

uygulama hemşireleri diye isimlendirilen stoma bakım hemşirelerinin ya da bu hemşirelerin olmadığı yerlerde stomalı bireye bakım veren diğer hemşirelerin hemşirelik süreci sistemi ile çalışmaları beklenmektedir.

Stoma açılmış birey açısından düşünüldüğünde kapsamlı bir değerlendirme son derece önemlidir. Çünkü stoma açılması bireyi fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel boyutları ile etkilemektedir.^{4,5,6,7} Bireylerin çoğu “yeni yaşama uyum” diye isimlendirebileceğimiz bir süreç yaşamaktadır. Bu sürecin sağlıklı geçirilmesi ve bireyin eski üretken yaşamına geri dönebilmesi; periyodik izlem, sürekli değerlendirme ve yoğun desteği içeren bir rehabilitasyon programı ile mümkündür. Stomalı bireyin değerlendirmesi, tedavi ve bakım hizmeti alan tüm bireyler gibi fiziksel değerlendirme ve psiko-sosyal değerlendirmeyi içermektedir. Ancak özellikle ameliyat sonrası erken dönemde ve bireyin taburculuğunu izleyen ilk birkaç ay içerisinde stomanın ve parastomal alanın değerlendirmesi fiziksel değerlendirme kapsamında önemli bir yer tutmaktadır. Çünkü ameliyattan sonra bireyin ilgisinin odak noktasını stoma oluşturur. Hasta, çevresindeki herkesin stomasını fark ettiğini ve stomanın bir sakatlık olduğunu düşünür. Stomalı bireylerle çalışan hemşireler, hasta ve yakınlarının genellikle stomanın rengi, şekli, fonksiyonu, kalıcı olup olmaması ve stoma çevresinin bakımı gibi konular üzerinde yoğunlaştıklarını fark ederler.

Stoma ve parastomal alanın değerlendirmesi ve bakımı hasta için öncelikli olmasına rağmen birçok kaynaktan bu konu fiziksel değerlendirme kapsamında ele alınmakta ve konunun bazı önemli detayları gözden kaçmaktadır. Bu nedenle bu makalede fekal ve üriner boşaltımı sağlamak amacıyla açılan stomaların ve parastomal alanın değerlendirmesi hemşirelik tanılarının belirlenmesine katkıda bulunacak şekilde ele alınmıştır.

Stomalar incebağırsaktan (jejunostomi, ileostomi ve kontinent ileostomi),^{8,9,10} kalın bağırsaktan (çekostomi, ascending, transvers, descending, sigmoid kolostomi)^{11,12,13} ya da üriner sistemden (vezikostomi, üreteros-tomi, nefrostomi, continent veya noncontinent conduitleri) açılabilir. Ameliyat gerçekleştirildikten sonra ameliyathanede stoma çevresindeki cilt iyice kurulanır ve tek parçalı şeffaf ostomi torbası yerleştirilir. Ameliyattan sonra stomadan gaz çıkışı olup olmadığını tespit edebilmek için ostomi torbasına gaz çıkışı ve koku kontrolünü sağlayan filtre yerleştirilmez. Stomanın olgunlaştırılması (maturasyon) hasta ameliyathaneden çıkarılmadan gerçekleştirilmeli yani barsak cilde tespit edilmeli ve torba takılmalıdır. Bu uygulama ile stoma çevresindeki deri ve deri altı dokuların barsak içeriği ile teması önlenmiş olur. Böylece hasta cerrahi kliniğine ya da yoğun bakım ünitesine torbası takılmış olarak

nakledilir. Servis hemşiresinin hastayı kabul etmesi ile birlikte stomanın değerlendirilmesi süreci de başlar.

Hasta hastanede yattığı sürece cerrah ve stoma bakım hemşiresinin (SBH) günlük olarak, servis hemşirelerinin ise her vardiyada stomayı fonksiyonel açıdan değerlendirmeleri önerilmektedir.^{14,15} Eğer kurumda stoma bakım hemşiresi varsa 24 saat sonra ilk ziyaretini yapması gerekir. Hasta taburcu olduktan sonraki değerlendirmeler kurumlar arasında farklılık gösterebilmektedir. Genel olarak stomalı hastanın, ameliyattan sonraki 1-6. haftada, 3. ayda ve 6. ayda randevu verilerek daha sonra hastanın ihtiyacına göre 1 yıla kadar uzayabilen sıklıklarla izlenmesi gereklidir. Stomalı bireylerin stomaterapi ünitesi ya da ostomi kliniği diye isimlendirilen özelleşmiş ünitelerde takip edilmesinin hasta ve sağlık sistemi açısından pek çok avantajı vardır.² Düzenli izlem ve değerlendirme komplikasyonların erken dönemde saptanması ve kolayca önlenmesini sağlamanın yanı sıra, uygun torba / adaptör sistemi ve yardımcı bakım ürünlerinin doğru seçimi için de gereklidir.^{2,16,17,18} Örneğin değerlendirme sonucunda stomanın retrakte olduğu tespit edilirse konveks torba / adaptör sisteminin kullanılması,¹⁷ alerjik reaksiyon saptandı ise patch (yama) testi ve adaptörün değiştirilmesi gibi planlamaların yapılması gereklidir.¹⁹ Parastomal alanın değerlendirilmesi sonucu herniasyon saptandığında; yapışkan yüzeyi geniş olan ya da çift yapışkan içeren, tek parçalı torba kullanılmalıdır. Değerlendirme



Resim 1. Hidrasyon

ayrıca hasta ve yakınlarının eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinde hemşireye yardımcı olur. Örneğin stoma terapi ünitemize başvuran bir ürostomili hastada stoma çevresindeki cildin grimsi siyah renkte olduğu gözlemlendi (Resim 1). Hidrasyon diye adlandırılan bu komplikasyon genellikle ürostomili hastalarda cilde id-

rar sızması ve cildin aşırı derecede ıslaklığa maruz kalması nedeniyle gelişmektedir. Yapılan değerlendirme sonucunda bu hastada idrar sızıntısına yol açan faktörlerin; stomanın cilt kıvrımları arasında açılması, retrakte olması, çift parçalı konveks adaptör / torba sistemi kullanması gereken bu hastanın tek parçalı düz torba kullanması olduğu tespit edildi. Bu değerlendirme sonucunda hasta ve yakınlarının mevcut ürünlere ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu ve eğitim almaları gerektiği belirlenerek eğitim verildi. Oysa stomalı hastaların en temel haklarından biri gelişebilecek komplikasyonlar ve ticari adları da dahil olmak üzere kullandıkları tüm ürünler hakkında bilgilendirilmeleridir. Stomalı hastaların bu hakları stoma bakım hemşiresinin sorumlulukları arasında yer almaktadır.^{15,20} İskemi, kanama, mukokütanoz ayrılma, retraksiyon, enfeksiyon ve fistül gibi komplikasyonlar erken postoperatif dönemde yapılan izlem ve değerlendirme ile, herniasyon, prolapsus gibi komplikasyonlar ise taburculuk sonrası izlemlerle saptanabilmektedir.

Değerlendirme gelişigüzel değil, standart rehberler ve protokoller aracılığı ile sistematik bir şekilde yapılmalıdır.²¹ Elde edilen verilerin ortak bir dil kullanılarak açık, anlaşılır ve okunaklı bir biçimde değerlendirme formlarına kaydedilmesi gerekir. Bazı sağlık kurumlarında hastanın sağlık hikayesi, ilaçları ve aldığı tedavi gibi bilgilere daha hızlı ulaşabilmek için elektronik kayıt sistemi kullanılmaktadır. Örneğin kolorektal cerrahi alanında önemli kliniklerden biri olan Cleveland Clinic'te stoma bakım hemşireleri stoma ve parastomal alan değerlendirmesine ilişkin verileri hem hasta dosyalarında yer alan değerlendirme formlarına hem de bilgisayara kaydetmektedirler. Doğru bir kayıt için kapsamlı ve kullanışlı kayıt formlarının geliştirilmesi gereklidir. Ülkemizde son yıllarda hemşirelikte özelleşmiş bir alan olarak gelişmeye başlayan stoma bakım hemşirelerinin rollerinden biri de, stoma bakımına ilişkin kayıt formları geliştirmektir. Makalenin sonunda yazarın kendi deneyimlerine ve literatüre dayanarak hazırladığı bir kayıt formu örnek olarak verilmiştir. Kurumlara göre farklılık gösteren stoma değerlendirme formları şu başlıkları mutlaka içermelidir;^{18,22}

- Stomanın tipi (kolostomi, ileostomi, ileal konduit vb.)
- Stomanın yapısı (loop, çifte namlu vb.)
- Stomanın dolaşımı, canlılığı
- Stomanın yüksekliği (cilt seviyesine göre çıkıntısı)
- Büyüklüğü (çapı)
- Lokalizasyonu (abdomen üzerinde bulunduğu kadran)
- Stomada baget, üreteral stent ya da konduit kateteri gibi malzemelerin varlığı
- Mukokütanoz dikiş hattının durumu

- Parastomal cildin durumu
- Komplikasyonlar

Bir değerlendirme formunda yer alması gereken bu bilgilerin; stomaya ve parastomal alana ilişkin değerlendirme başlıkları altında gruplandırmanın, hemşirenin değerlendirme işlemini daha hızlı yapmasına ve kayıtları daha sistemli tutmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Stomaya ilişkin değerlendirme: Stomanın doğru değerlendirilmesi hemşirenin gastrointesitinal sistem (GİS) ve üriner sistemin anatomisi, fizyolojisi, fonksiyonları ve sindirim süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olmasını gerektirir. Bu nedenledir ki akredite edilmiş stoma bakım hemşireliği kurs içeriklerinde yer alan en temel başlıklardan biri, gastrointestinal sistem ve üriner sistemin yapı ve fonksiyonları konusudur.

Stomanın değerlendirmesi şu başlıklar altında yapılabilir:

Stomanın lokalizasyonu: Stoma karın bölgesinde göbeğin altında, sağ ya da sol alt kadrana açılır. İleostomi ve üriner diversiyonlarda sağ alt kadran, transvers kolostomide üst orta kadran, desending ve sigmoid kolostomide ise sol alt kadran kullanılır. Hastanın tekerlekli sandalyeye bağımlı olduğu ya da stomayı göremeyecek derecede obes olduğu durumlarda üst kadrandan da stoma açılabilir. Değerlendirme sonucu kaydedilirken stomanın lokasyonu kısaltmalar kullanılarak ifade edilir. Örneğin sigmoid kolostomi için lokasyon belirtirken kayıt formuna stoma sol alt kadranda (SAK) diye kaydedilir.

Stomanın şekli ve uzunluğu: İdeal bir stomanın yuvarlak ve tomurcuk şeklinde dışa doğru çıkık olması beklenir, ancak pratikte oval ya da kenarları düzensiz stoma tipleri de yaygındır (Resim 2). Deri yüzeyine göre konumu (uzunluğu) değerlendirildiğinde üç tip stomadan söz edilebilir. Stoma deri yüzeyi ile aynı se-



Resim 2. Normal stoma



Resim 3. Stoma çapının ölçülmesi

viyede ise düz, deri yüzeyinden kabarık ise tomurcuk, deri yüzeyinin altında ise retrakte stoma şeklinde isimlendirilir. Düz, retrakte ya da aşırı derecede uzatılmış stoma torbanın yerleştirilmesini zorlaştırarak bakımı etkiler. Ostomi torbasını rahatça uygulayabilmek için stomanın yeterli uzunlukta olması gerekir. Örneğin ideal bir ileostominin uzunluğu 2.5 cm'dir. Kolostomide stomanın ileostomide olduğu kadar çıkık olması gerekli değildir.^{15,23}

Stomanın çapı: Stoma ameliyattan sonraki 4-6 saat içinde oldukça ödemlidir. Ödem gittikçe çözülür ve ameliyattan sonra beşinci güne kadar stomanın çapı belirgin bir şekilde değişir. Stoma gerçek çapına 6-8. haftada ulaşır. Bu nedenle bu süre içinde stomanın çapı haftada bir ölçülür ve kesilebilir adaptör / torba kullanılır. Stoma çapının ölçülmesi ve buna göre adaptör kullanılması stomanın dolaşımının sürdürülmesi açısından son derece önemlidir. Çünkü postoperatif ödem stoma iskemisine ve obstrüksiyona neden olabilir. Kullanılacak adaptörün / torbanın açıklığı ölçülen stoma çapından 0.3 mm daha geniş olmalıdır (Resim 3).^{9,15,18,22,24,25,26}

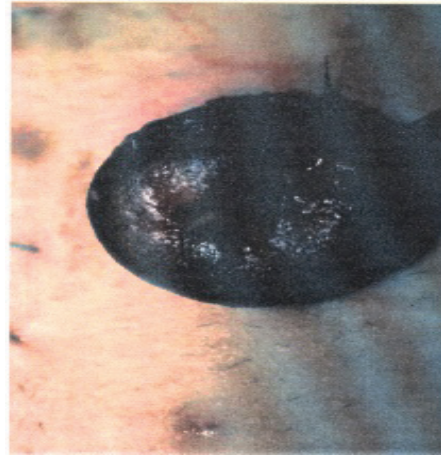
Stomanın rengi ve görünümü: Sağlıklı bir stoma nemli ve kırmızıya yakın parlak pembe renktedir.^{12,15,23,24} Soluk pembe renk hemoglobin düşüklüğünün göstergesi olabilir.²² Ameliyattan sonra barsağın manuplasyonu ve postoperatif ödem nedeniyle stoma dokusunun perfüzyonunda değişme riski vardır. Bu nedenle ameliyattan sonraki ilk 24 saat süresince 4 saatte bir stomanın rengi, nemlilik durumu, stomal ödem, bagetin durumu ve torbanın uygun yerleştirilip yerleştirilmediği değerlendirilir. Stomanın koyu esmer-mor ya da kahverengi-siyah olması dolaşım bozukluğunu düşündürür (Resim 4). Stomadaki renk değişiklikleri hekime bildirilmelidir.^{1,21} Stomanın iskemisi devam ederse nekroza dönüşebilir. Stomal nekroz genellikle ameliyattan sonra 12-24 saat içinde gelişebilecek bir komplikasyon olup hastanın

yeniden ameliyata alınmasını gerektirebilir. Nekroz durumunda stoma gevşek ya da sert ve kuru olabilir. Nekroz çevresel ya da stomal mukozanın üzerini kaplamış olabilir. Nekroz yüzeysel ve derin olabilir. Daha ileri evrelerde ölü mukozanın dökülmesi ve kötü koku gelişebilir. Stoma bakım hemşiresi basit ve pratik bir yöntemle nekrozun seviyesini belirleyebilir.

Bu değerlendirme için hemşire şeffaf ve ince bir laboratuvar tüpünü (örn hemostaz tüpü) yağlar ve stomadan içeri sokar. Daha sonra tüpün içine el feneri ile ışık verir ve mukozanın rengini değerlendirir. "Mini-endoskopi" diye isimlendirilen bu yöntemle hemşire nekrozun derinliğini saptayabilir. Nekroz gelişimi mukokütanoz ayrılmaya, stoma retraksiyonuna ya da stenoza yol açabilir.^{8,26,27}

Duyusal algılama: Stomada ağrı duyusu yoktur,^{11,12,28} ancak parastomal cilt tahrişe ve diğer tüm uyarılara karşı duyarlıdır.

Mukokütanoz birleşme hattı: Stoma oluşturulurken barsak dokusu stoma çevresi boyunca cilde tespit edilir. Mukokütanoz birleşme hattı değerlendirildikten sonra dikişlerdeki herhangi bir ayrılma ya da dikiş materyaline karşı gelişen alerjik reaksiyon belirlenir ve kaydedilir.²² Mukokütanoz ayrılma immün sistemi basılanan, diyabet nedeniyle yüzeysel enfeksiyon gelişen ve iyileşmesi geciken hastalarda görülebilen bir komplikasyondur. Ayrılma kısmı olabilir ya da stoma mukokütanoz birleşme yerinden tamamen ayrılabilir. Mukokütanoz birleşme yerinin proksimalindeki kızarıklık veya endurasyon ayrılmayı düşündürmelidir. Hasta ağrı ve yanma ifade edebilir. Ayrılmanın tabanındaki doku değerlendirildiğinde, genellikle fibrin dokusu olduğu görülür. Ayrılmada ayrıca hafiften orta dereceye kadar değişebilen eksüda mevcuttur. Ayrılma yerinden idrar ya da gaitanın gelmesi durumunda ilk akla gelecek komplikasyon fistüldür.²⁶



Resim 4. Nekrotik görünümlü stoma

Mukokütanoz ayrılma değerlendirilirken ve kaydedilirken hem konumu hem de derinliği ifade edilir. Ayrılmanın konumu saat kadranına göre belirtilir. Ayrılma-



Resim 5. Mukokütanoz ayrılma

nın derinliği ise aplikatör aracılığı ile belirlenir. Temiz bir aplikatör nazıkçe ayrılma bölgesinin içine sokulur ve aplikatörün ayrılma içindeki derinliğine göre ayrılma yüzeysel ya da derin şeklinde ifade edilir (Resim 5). Ayrılma bölgesini zedelemeyen derinliğini değerlendirme, hemşirenin deneyimli olmasını gerektirir. Örneğin hemşire yaptığı bir değerlendirme sonucunu şöyle ifade edebilir; saat 2-6 yönünde yüzeysel mukokütanoz ayrılma var. Mukokütanoz ayrılma bölgesi bir yara dokusu olarak ele alınmalı ve modern yara tedavi yöntemleri doğrultusunda uygulama yapılmalıdır. Dikkat edilmesi gereken en önemli nokta, gerekli pansuman materyalleri uygulandıktan sonra, tek parçalı torba kullanılarak ayrılmanın adaptörün altında kalacak şekilde kapatılmasıdır. Mukokütanoz ayrılma fasyanın altına kadar ilerlemişse cerrahi müdahale gerekebilir.²⁶

Stomal çıkıntının özellikleri: Stomadan gelen çıktı; miktarı, kıvamı ve içeriği açısından değerlendirilir.²¹ İleostomide ameliyattan 72 saat sonra, kolostomide ise 3-6 gün içinde çıktı gelmesi beklenir. Kolostomide ameliyattan sonraki 24-48 saat içinde kanlı mukus gelebilir. İleostomide sürekli olarak şekilsiz sıvı gaita çıkışı vardır. Kolostomide stomanın açıldığı kolonun segmentine göre dışkının kıvamı değişir. Transvers kolostomide dışkı daha yumuşak ve tahriş edici özellikte iken, desending ve sigmoid kolostomide daha katı, şekilli ve tahriş edici etkisi daha düşüktür.^{15,24} Hemşire stomadan gelen çıktının özelliklerini bilmeli ve kaydetmelidir. Her bir stoma tipinde çıktıya ilişkin özellikler şöyledir.¹⁸

- Üreterostomi ya da vezikostomide: Berrak, açık, dilüe idrar.
- İntestinal konduit: Açık idrar ancak içinde mukus olabilir.
- İleostomi: İlk çıktı yeşil, yapışkan ve düşük volümlü, adaptasyon evresinde yüksek volümlü sıvı (günde 1000 ml'den fazla), uzun dönemde ise dış macunu kıvamında ve günde 500-800 ml, tahriş edici etkisi yüksek.
- Transvers kolostomi: Genellikle öğünlerde sonra çıkan yumuşak dışkı vardır, ancak çıktının ne zaman olacağı tahmin edilemez.
- Desending ve sigmoid kolostomi: Yumuşak şekilli dışkı, bireyin barsak boşaltımı ameliyattan önceki alışkanlığı gibidir.

Parastomal Alanın Değerlendirilmesi

Parastomal alan gözlenir ve abdominal konturlar palpe edilir, böylece mevcut ya da olası komplikasyonlar tespit edilebilir. Parastomal alanda oluşabilecek gizli kıvrımları saptayabilmek için hasta ayakta, oturur ve sırt üstü yatar pozisyonda iken değerlendirme yapılır.²⁹ Postür değişikliğine bağlı abdominal kontür değişiklikleri torbanın / adaptörün yapışmasını etkileyebilir. Parastomal alan değerlendirilirken abdominal kasların tonüsü ve deri turgoru da değerlendirilir.²⁷ Parastomal alan abdomenin yapısı ile aynı özelliği göstermekte olup; sert, yumuşak ya da çok yumuşak diye sınıflandırılır.³⁰ Parastomal alanın yumuşak olması abdominal kasların zayıf olduğunu, stoma için yeterli desteği sağlamadığını ve ilave desteğe ihtiyaç olduğunu gösterir. Parastomal alanın yumuşak olması sert, sert olması ise yumuşak bir torba / adaptör sisteminin kullanılmasını gerektirir.^{1,27} Örneğin hamile bir bayanda yumuşak adaptör kullanılması gerekir. Yeterli destek sağlayamayan oldukça yumuşak bir parastomal alanda torba / adaptörün sabitliğini sağlamak için ostomi kemeri önerilebilir.

Parastomal alanın değerlendirilmesi komplikasyonların tespit edilmesini sağlar. İyi bir stoma bakımı ancak parastomal alandaki cilt bütünlüğünün sürdürülmesi ile mümkündür. Çünkü stoma bakımında temel olan adaptör / torba ancak sağlam bir cilt üzerine uygun şekilde yerleştirilebilir. Oysa yaygın bir şekilde görülen parastomal komplikasyonlar cilt bütünlüğünü bozmaktadır. Parastomal komplikasyonların tedavisi önlenmesinden daha pahalıdır. Bu komplikasyonlar sağlık kurumlarının işgal edilmesi, pahalı malzemelerin kullanımı, işgünü kaybı gibi durumların yanı sıra, hastanın sızıntı ve koku problemi nedeniyle utanmasına ve sosyal yaşamının değişmesine neden olmaktadır. Cerrah ve stoma bakım hemşireleri parastomal komplikasyonların erken saptanmasında ve önlenmesinde önemli sorumluluğa sahiptir. Stomal komplikasyonlar geliştiğinde cerrah

hastasını sertifikalı stoma bakım hemşiresine yönlendirmelidir. Çünkü bu hemşireler komplikasyonların yönetimine ilişkin gerekli bilgi ve donanıma sahiptirler.^{26,31} Adaptöre karşı alerjik reaksiyon, kimyasal tahriş, yapıştırıcıların çıkartılması sırasında oluşan travma ve enfeksiyon gibi faktörler parastomal cilt bütünlüğünün bozulmasına neden olmaktadır. Bu nedenle adaptör / torba genellikle 3-7 günde bir ya da hasta adaptörün altında yanma, kaşınma duygusu hissettiğinde ya da stoma çevresinde ağrısı olduğunu ifade ettiğinde değiştirilir.^{15,29,31} Parastomal cilt problemleri hastaların stoma bakım hemşiresine ya da sağlık kurumlarına başvurmalarına yol açan en yaygın nedenlerdir.^{31,32} Parastomal alan değerlendirmesi yapan hemşirelerin karşılaşılabilecekleri başlıca cilt problemleri şunlardır,^{31,33,34}

Altta yatan bir hastalıkla ilgili cilt problemleri: pyoderma gangrenosum, kaput medusa, malignensi.

Pyoderma gangrenosum: İnflamatuvar barsak hastalığı, Lupus eritromatusus ya da romatoid arter hastalığı gibi nedenlerle oluşan, sınırları düzensiz, mavimsi renkte hassas ülserasyonlardır.³⁵ Kaput medusa (parastomal varisler); portal hipertansiyona bağlı olarak gelişen, stoma çevresinde mavimsi-mor renk değişikliği ile karakterize, venlerin belirginleşmesidir. Bölgeye basınç uygulandığında renk açılır ve düzensiz küçük kan damarları belirginleşir.

Kimyasal tahrişle ilgili cilt problemleri: İrritan kimyasal dermatit ve pseudoverrucous lezyonlar (overhidrasyon). İrritan dermatitte kırmızı görünümlü, düz (deri ile aynı düzeyde), nemli ve ağrılı lezyonlar vardır. Pseudoverrucous lezyonlar; Parastomal dokunun sürekli olarak kronik irritana ve aşırı ıslaklığa maruz kalması nedeniyle oluşan pembe, beyaz ya da gri renkli siğil benzeri doku artışıdır. Lezyonlar stomanın tabanında başlar ve dışa doğru genişler. Daha çok ürostomili kişilerde gelişir.

Mekanik yaralanmalarla ilgili cilt problemleri: mukokütanoz ayrılma, basınç ülseri, deride soyulma, mukozal yayılım.

Enfeksiyonla ilgili cilt problemleri: Folikülüt ve mantar enfeksiyonu. Folikülüt; kıl foliküllerinin inflamasyondur. Kıl foliküllerinin dibinde kızarıklık, toplu iğne başı büyüklüğünde papüller ya da püstüller vardır. Lez-

yonlar tek tek ya da kümeler halinde olabilir. Mantar enfeksiyonu; stoma çevresindeki nemli, ağrılı, kaşıntılı şişliklerdir.

İmmünolojik kaynaklı cilt problemleri: Alerjik kontakt dermatit; cildin herhangi bir alerjene karşı verdiği immünolojik cevaptır. Alerjik reaksiyonda parastomal alanda, genellikle adaptörün kapladığı alanla sınırlı kırmızılık ve hassasiyet vardır. Nedeni kullanılan ürünün yapısındaki maddelere karşı kişinin hassas olması ve vücudun tepki vermesidir. Alerjik bünyeye sahip hastalar ya da alerjik dermatit saptanan hastalar için patch (yama) testi yapılarak yeni bir ürün seçilir ve kullanılır.¹⁹

Granuloma; Stomanın tabanında beyaz renkli cilt büyümesidir. Adaptörün kullanılmasında zorluk çıkarmadığı sürece önemli değildir.

Kanama; Stoma temizlenirken pamuk ya da gazlı beze çok az kan bulaşması kanama olarak nitelendirilmez. Bu durum adaptör ya da torbanın değiştirilmesi ya da stoma bakımının yapılması sırasında stomanın travmatize edilmesi nedeniyle gelişmektedir. Ancak stomanın mukozal alanında durdurulmayan bir kanama ya da mukokütanoz birleşme yerinde oluşan çok miktardaki kanamalar önlem alınması gereken durumlardır. Kanamanın nedenleri; ameliyat sırasında hemostazın iyi kontrol edilmemesi, uzun süre kullanılan antienflamatuvar analjezikler veya portal hipertansiyon gibi altta yatan hastalıklar olabilir.^{1,26} Ameliyat sırasında yeterli hemostazın sağlanmamasına bağlı kanama postoperatif 48 saat içinde gelişir.²⁶

Uzun dönemde yapılan periyodik izlemlerde bu komplikasyonlara ek olarak stoma stenozu, retraksiyonu, herniasyon ve prolapsus açısından da değerlendirme yapılmalıdır.²⁷

Sonuç olarak stomanın ve parastomal alanın değerlendirilmesi hemşirenin önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır. Değerlendirme sorunların saptanmasında ve çözümünde ilk adımdır. Bu nedenle hemşire meslek etik kodlarının bir gereği olarak, stoma bakımına yönelik bilgi ve becerisini güncel tutmalı, sistematik değerlendirme yapmalı ve değerlendirme sonuçlarını kaydetmelidir.

STOMA DEĞERLENDİRME VE KAYIT FORMU

Adı Soyadı:	Sosyal Güvence:	Adres/Telefon:
Sağlık Hikayesi:	Tarih:	
Alerjileri:		
Beslenme ve sıvı alımı:		
Hareket ve beceriyi etkileyen faktörler:		
Ameliyat Tipi / Tarihi:		
Stoma Açılma Nedeni:		
Ameliyat Öncesi İşaretleme: Evet () Hayır ()		
Stomaya İlişkin Değerlendirme: Ostomi Tipi: Kolostomi () İleostomi () Ürostomi () Üriner Diversiyon () Diğer () Ostominin Süresi: Kalıcı () Geçici () Stomanın Şekli: Yuvarlak () Oval () Mantar şeklinde () Düzensiz () Stoma Tipi: Tomurcuk () Düz () Retrakte () Prolabe () Stoma Çevresinde Düzensizlikler: Skar () Cilt kıvrımları () Drenler () Stend () Herni ()		
Parastomal Cilde İlişkin Değerlendirme: Sağlam () Epidermal soyulma () Alerjik kontakt dermatit () Kimyasal dermatit () Fungal enfeksiyon () Folikülit () Pseudverrucous lezyonlar () İdrar kristal oluşumu () Diğer.....		
Problemin Başlama Şekli ve Olası Nedenleri:		
Kullandığı Torba/Adaptör Sistemi:	Kullanım Süresi :	
İrrigasyon: Sıklığı:.....	Sıvı miktarı:.....	Malzeme:.....
Eğitim Gereksinimleri:		
Girişimler ve Öneriler:		
Diğer Önemli Notlar:		
Stoma Bakım Hemşiresinin İmzası		

Kaynaklar

1. Corman ML. Colon and Rectal Surgery. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1989, pp.: 889-949.
2. Fleischer I, Bryant D.: Prescription for excellence: An ostomy clinic. *Ostomy/Wound Management* 2005;51:32-38.
3. Birol L.: Hemşirelik Süreci. 6. baskı. İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., 2004. s:97-127.
4. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: The Montreux Study. *Ostomy/Wound Management* 2003;49:48-55.
5. Addis G. The effect of home visits after discharge on patients who have an ileostomy or a colostomy. *WCET Journal*, 2003;23: 26-33.
6. Karadağ A, Menten BB, Uner A, *et al.* Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *Int J Colorectal Dis*, 2003;18: 234-238.
7. Pearson E, Larsson BW. Quality of care after ostomy surgery: A perspective study of patients. *Ostomy/Wound Management* 2005;51:40-48.
8. Keighley MRB. Stomas and Relative Problems, MRB Keighley, NS Williams (Eds) "Surgery of the Anus, Rectum and Colon", London, WB Saunders Company, 1993, pp.: 139-244.
9. Nicholls RC. Surgical Procedures, Myers C. (Ed) "Stoma Care Nursing, A patient-centered Approach", London, Arnold, 1996, pp.: 90-121.
10. Allen P, Horn CV. Having a Ileostomy-A Primer for New Ostomates- The Cleveland Clinic Foundation, 1998.
11. Horn CV. Having a Colostomy. The Cleveland Clinic Foundation, 1992.
12. Karadağ A, Menteş B, Ayaz S, İrkörücü O, Alabaz Ö.: "Kolostomili ve İleostomili Hastaların Bakımına Yönelik Rehber Kitap", Ankara, Ayhun Ofset, 2003.
13. Çelik F. İntestinal Stomalar, Alabaz Ö (Çev: Ed) "Kolon & Rektal Cerrahinin El Kitabı", Adana, Nobel Tıp Kitabevi. 2004, s:827-843.
14. Karadağ A. Enterostomal Terapi, Alabaz Ö (Çev: Ed) "Kolon & Rektal Cerrahinin El Kitabı", Adana, Nobel Tıp Kitabevi. 2004, s:844-854.
15. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and Suddarth's Medical Surgical Nursing. 10th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2004, pp. 1028-1071, 1349-1354.
16. Diane St-Cyr. An Evaluation of the Canadian Ostomy Assessment Guide. *Ostomy/Wound Management* 2002;48:26-32.
17. Doughty D. Complex ostomy care: paediatric stomas, high output stoma and difficult pouching situations. *WCET Journal* 2003;26:26-31.
18. GrandRapidsOstomyAssociation. <http://home.centurytel.net/groaostomy/NursingWords.html#Chapter%203>
19. WOCN. Basic Ostomy Care: A guide for patients and healthcare providers. USA, 2004.
20. IOA, www.ioa.org.
21. Guidelines for stoma care. <http://www.nursing-standart.co.uk/archives/ns/residentpdfs> (Nursing Standard 14(20), 2000)
22. Erkoç UE, Alabaz Ö, Karadağ A. Stoma, Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D. (Eds) "Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları", İstanbul, Ajans Plaza Tanıtım ve İletişim Hiz. Ltd. Şti., 2003, s:310-329.
23. Engram B. Medical-Surgical Nursing Care Plans. New York, Delmar Publishers INC. 1993, pp.: 235-243.
24. Timby KB. Fundamental Skills and Concepts in Patient Care. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 1996, pp. 689-705.
25. Shultz JM. Preparing the patients for colostomy care: A lesson well learned. *Ostomy/Wound Management* 2002;48:22-25.
26. Barr JE. Assessment and management of stomal complications: A framework for clinical decision making. *Ostomy/ Wound Manage* 2004;50:50-67.
27. Stelton S. Stomal Complications. IV. Temel Stoma Bakım Hemşireliği Kurs Notları, İstanbul, 2006.
28. Clinical Protocol for Stoma Care. 7. Nursing Standard 2004;8:20.
29. Myers C. Appliance leakage, Myers C. (Ed) "Stoma Care Nursing, A patient-centered Approach", London, Arnold, 1996, pp. 123-135.
30. Toth-Erwin P. Ostomi Bakım Semineri Notları. Koç Üniversitesi, İstanbul, 2002.
31. Rolstad BS, Erwin-Toth P. Peristomal skin complications: Preventing and management. *Ostomy/Wound Management* 2004;50:68-77.
32. Kodner IJ. Intestinal Stomas, MJ Zimmer (ed) "Maingot's Abdominal Operations", London, A Simon & Schuster Company, 1997, pp. 427-460.
33. Erdman Landis JC. Basic Ostomy Care: Self instruction manuel. The Cleveland Clinic Foundation.
34. ConvateTec. Living With Confidence After Ostomy Surgery Teaching Guide, USA, 2001.
35. Burton J. Stories from the bedside: A case study on Pyoderma Gangrenosum. *WCET Journal* 2003;23:35-38.
36. ConvateTec. Preventing and Managing Peristomal Skin Problems. USA, 2002.
37. Lemone P, Burke K. Medical Surgical Nursing. 3rd ed. Pearson, 2004, pp. 673.
38. Toth-Erwin P, Doughty DB. Principles and Procedures of Stomal Management, Hampton BG, Bryant RA (Eds). "Ostomies and Continent Diversions". St. Louis, Mosby Year Book, 1992, pp.29-95.