

## **Barsak Hareketleri: Altıncı Yaşam Bulgusu mudur?**

### **Bowel Movement: The Sixth Vital Sign?**

Özden Dedeli, Sezgi Çınar Pakyüz

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

#### **Öz**

Barsak hareketleri tüm yaş gruplarında özellikle de yaşlı bireylerde vücut fonksiyonları ve konstipasyonun değerlendirilmesi için oldukça önemlidir. Hemşirelik sürecinde, Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli'ne göre 5. Sırada, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri içerisinde 3. Sırada yer alan boşaltım aktivitesi, fizyolojik olduğu kadar fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutları olan bir kavramdır. Hasta/sağlıklı bireyin barsak hareketlerinin hemşire tarafından tanınması, şikayetlerin değerlendirilmesi, destek ve eğitim gereksinimlerinin belirlenerek hemşirelik bakım planının oluşturulması gerekmektedir. Bu derlemede, hemşirelere barsak boşaltım aktivitesinin değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımının planlanması için güncel literatür doğrultusunda bilimsel verilerin sunulması amaçlanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik, barsak hareketleri, konstipasyon, fekal inkontinans

#### **Abstract**

Bowel movement is extremely important to assess body functions and constipation in all age groups, particularly in the geriatric population. Defecation function, which is the fifth status regarding to Daily Living Activity and the third place in Functional Health Patterns in which Nursing Process, is a concept that is dimension of functional as well as physical, social, and psychological. After the bowel movement of illness/health persons were assessed, health history, needs of training and support by nurses, and nursing care plan should be evaluated and prepared. The aim of this review is to provide nurses knowledge about assessing bowel movement and preparing a nursing care plan based on the current literature.

**Keywords:** Nursing, bowel movement, constipation, fecal incontinence

#### **GİRİŞ**

Anal kontinans, gaitanın, fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak kabul edilebilir bir süre için geciktirilmesi ya da ertelenmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda, defekasyon fizyolojik olduğu kadar fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutları olan bir fonksiyondur. Barsak hareketleri ve defekasyon, fonksiyonel yaşam örüntüleri ve günlük yaşam aktiviteleri içerisinde yer alan temel ihtiyaçlardır. Kan basıncı, nabız, vücut sıcaklığı, solunum ve ağrının tanınması gibi barsak hareketlerinin tanınması vücut fonksiyonlarının değerlendirilmesini sağlayan yaşamsal bulgularından biri olarak kabul edilebilir. Normal barsak hareketleri olmadan feçesle atılan birçok toksik madde vücutta birikecek, barsakta retansiyona ve abdominal distansiyona neden olabilmektedir. Defekasyon sıklığı, günlük dışkı miktarı ve dışkının şeklindeki değişiklikler hemoroid, fissür, fekal impaksiyon (dışkı tıkaçı), rektal kanama, perianal irritasyon ve enfeksiyonlar gibi birçok sağlık sorunlarına da neden olabilmektedir. Fonksiyonel barsak hastalıkları, toplumda oldukça sık görülmesine rağmen, lifli ve posalı beslenme, sıvı alımının artırılması ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile önlenmesi ve tedavisi mümkündür. Günlük barsak hareketleri barsak temizliği ve vücuttan sindirilemeyen atıklar, safra pigmentleri, ster kobilin gibi toksik maddelerin atılımı için gereklidir. Dolayısıyla vücut sistemlerinin sağlıklı bir şekilde çalışabilmesi için sağlıklı barsak hareketlerine ihtiyaç duyulmaktadır (1-3).

Fonksiyonel alt gastrointestinal sistem hastalıkları içerisinde değerlendirilen fonksiyonel konstipasyon ve fonksiyonel fekal inkontinans her yaşta bireyi etkileyebilen fiziksel, sosyal ve ruhsal rahatsızlıklara neden olabilen bir durumdur. Fonksiyonel konstipasyon bir hastalık olmaktan çok bir semptom olarak tanımlanabilmektedir. Toplumda yaygın olarak görüldüğü belirtilse de alta yatan nedenin belirlenmesi, tanınması, önlenmesi ve tedavisi hastalarla az konuşulan bir durumdur (4). Amerika'da her yıl 2,5 milyon bireyin konstipasyon nedeni ile hekime başvurduğu, 800 milyon dolardan fazla paranın laksatiflere ödendiği belirtilmektedir (5). Yine, birçok yetişkin laksatif ve pürgatif ilaçları hekim kontrolü olmadan kullanabildiğinden bu durum ayrı bir sağlık sorunudur. Çünkü laksatiflerin uzun süre kullanımı tolerans ve yan etkilere neden olmaktadır. Bu yan etkiler, flatulans, karın ağrısı ve kramplar, şişkinlik, bulantı, sıvı elektrolit dengesizliği olarak tanımlanabilir. Hem laksatiflerin hem de konstipasyonun neden olduğu ağrı, beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edilmektedir.

Ağrı, vücutta oluşan ya da oluşmak üzere olan doku harabiyeti sonucunda algılanan, olumsuz, hoş olmayan duyuşsal ve duygusal bir deneyim olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla ağrı bireyin geçmiş deneyimlerine dayalı ve öznel bir kavramdır. Bu bağlamda da bireyin söylediği şeydir. Birey ağrısının olduğunu söylüyorsa vardır. Buna ilave olarak kontrol edilemeyen ağrının uykusuzluk, stres, depresyonlar ve tükenmişliğe neden olduğu bilinmektedir. Benzer bir şekilde konstipasyon da hoş olmayan duyuşsal ve emosyonel durumdur. Konsti-

pasyon ile ilgili ağrı da barsak perforasyonu, obstrüksiyonu, hemoroid ve prolapsus gibi olası doku hasarını gösterebilir. Stres, uykusuzluk, anksiyete, depresyon ve utanma gibi psikososyal sorunlara neden olarak bireylerin genel iyilik hali yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (1, 6).

Fonksiyonel fekal inkontinans da fonksiyonel konstipasyon gibi her yaş grubundaki bireylerde nörojenik disfonksiyon, travma/yaralanmalar, serebrovasküler olaylar gibi hastalıklar nedeniyle gelişebilmektedir. Fekal inkontinans nedeniyle bireyler durumlarından utanç duyarak, suçluluk hissedebilir, etiketlenme korkusu yaşayarak, sosyal ilişkilerden kaçınılabılır. Sosyal izolasyon, stres, vücutları üzerinde kontrol kaybı yaşama, öfke, anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir. Bu sosyal ve psikolojik olumsuz etkileri nedeniyle bireyler durumlarını gizlemekte ve bazen de bir sağlık profesyoneli ile paylaşmamaktadırlar. Öte yandan fekal inkontinans ciddi sağlık sorunlarına da neden olabilmektedir. Perianal bölge oldukça hassas ve duyarlıdır. Bu bölgenin sürekli dışkı ile teması kaşıntı, ağrı, irritasyon ve tıbbi tedavi gerektiren perianal ülserlere neden olabilmektedir. Dolayısıyla bireylerin yaşam tarzlarını olumsuz etkileyen fekal inkontinans, genel sağlık durumlarını bozmakta ve yaşam kalitesini de azaltmaktadır (7, 8).

Yeni sağlık hizmetleri felsefesi doğrultusunda hemşireler, bireylerin tedavi ve bakım uygulamalarını yürütmenin yanı sıra karşılıklı saygı ve işbirliğine dayalı olarak yaşam kaliteleri ve genel iyilik hallerini geliştirmeye dayalı bütüncül bir sağlık bakım hizmeti sunmaktadırlar. Bu konuda da birçok hemşirelik teorisi ve modeline rastlamak mümkündür (4). Boşaltım aktivitesi, hemşirelik sürecinde, Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli'ne göre 5. Sırada, Fonksiyonel Sağlık Örneği içerisinde 3. Sırada yer alan almaktadır. Bu bağlamda, barsak boşaltımı ve perine hijyeni hemşirelik bakımının temel ilkelerinden biridir (9, 10). Hemşirelik tanıları içerisinde de "Barsak boşaltımında değişiklik" şeklinde yer almaktadır (9). Fekal inkontinans, hemşirelik tanıları içerisinde "Barsak inkontinansı" ve "Gaita inkontinansı" olarak "Normal barsak alışkanlıklarında, istemsiz olarak dışkılama ile karakterize bireydeki durudur" şeklinde tanımlanmaktadır (9, 10). Başka bir hemşirelik tanısı olan "Konstipasyon" "Eliminasyon sıklığının azalması (haftada iki ya da daha az dışkılama) ve/veya kuru, sert dışkıya neden olacak kalın şekilde kalın barsakta staz oluşması" olarak tanımlanmıştır (9, 10). Dolayısıyla, bu tanımlar hemşirelerin birçok sorumluluğunu da tanımlamaktadır. Çünkü barsak boşaltımındaki değişiklik fiziksel ve psikososyal açıdan bireyi olumsuz etkilemekle birlikte perianal irritasyon, abdominal distansiyon, karın ağrısı, fekal impaksiyon, hijyenik sorunlar, deri enfeksiyonları ve ülserasyonlar gibi sağlık sorunlarına da neden olabilmektedir. Bu nedenle, fekal inkontinanslı ve/veya konstipasyonu olan bireyler, tıbbi tedavilerinin yanı sıra üst düzeyde hemşirelik bakımına gereksinim duymaktadırlar. Barsak boşaltımının hemşire tarafından değerlendirilmesi, hemşirelik öyküsü, fizik muayene, feçes özelliklerinin değerlendirilmesi, tanı testleri ve laboratuvar bulgularını kapsamaktadır (8, 9). Bu derlemede, altıncı yaşam bulgusu olarak düşündüğümüz, barsak boşaltım aktivitesinin hemşireler tarafından değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımının planlanması için güncel literatür doğrultusunda bilimsel verilerin sunulması amaçlanmıştır.

### Fonksiyonel Konstipasyon

Konstipasyon, tanımı ve tanılama yöntemleri farklılık göstermekle birlikte sıklığı %2-30 arasında değişen bir sağlık sorunudur (11). Ülkemizde yapılan bir çalışmada (n=3214) konstipasyon sıklığı %8,9 olarak bildirilmiştir. Bu oran 55 yaş üstü bireylerde %12,5 iken 75 yaş

ve üzeri bireylerde %16,3 olduğu gösterilmiştir (6). Konstipasyonun etyolojisinde birçok faktör belirlenmiştir. Bunlar kadın cinsiyet, kronik hastalıklar, bazı ilaçlar, sıvı ve/veya diyet kısıtlaması, yaşlılık, hareketsizlik, cinsel istismar, depresyon gibi faktörlerdir. Fonksiyonel konstipasyon, çoğunlukla hafif ve aralıklı olup basit önlemlere cevap vermesine rağmen nadiren fekal impaksiyon ya da megakolona neden olabilmektedir. Konstipasyonu olan bireylerde kolon kanseri gelişme riskinin arttığına da dikkat çekilmektedir (11-13).

Konstipasyon, fiziksel, sosyal, ekonomik ve ruhsal sorunlara neden olmasının yanı sıra yapılan çalışmalarda konstipasyonu olan bireylerin genel iyilik halinin eş değer normal popülasyona göre daha düşük olduğu gösterilmiştir. Yine konstipasyonlu bireylerin yaşam kalitelerinin de eş değer normal popülasyona göre belirgin bir azalma olduğu bildirilmiştir (6, 14-17).

Hemşireler, fonksiyonel konstipasyonun değerlendirilmesi için, hemşirelik öyküsü ve konstipasyonu değerlendiren ölçeklerden yararlanabilirler. Bu değerlendirmeden elde ettikleri objektif ve subjektif veriler doğrultusunda bireye uygun hemşirelik bakım planını hazırlayarak uygulayabilirler (9, 10).

**Hemşirelik Öyküsü:** Konstipasyonun değerlendirilmesinde hemşire detaylı bir hemşirelik öyküsü olarak, konstipasyon ile ilgili risk faktörlerini tanımlanmalıdır (9, 10). Konstipasyon ile ilgili etyoloji ve risk faktörleri Tablo 1'de belirtilmiştir (16). Abdominal ağrı, rektal ağrı, rektumda basınç hissi, dolgunluk hissi, iştah kaybı, abdominal distansiyon, hemoroid, karında ele gelen kitle, rektal tuşede fekal tıkaç, kilo kaybı, anemi, hematokezya, melena, gaitada gizli kan gibi belirti ve bulguları değerlendirmelidir. Hemşire bu alarm bulguları belirlediğinde hastayı mutlaka hekime yönlendirmelidir (9, 10).








Fonksiyonel konstipasyonun tanınmasında hemşireler, Drossman ve arkadaşları tarafından oluşturulan Roma III kriterlerini de kullanabilirler. Bu kriterler Tablo 2'de verilmiştir. Belirti ve bulguların son 12 ayda ve birbirini takip eden en az üç ay boyunca mevcut olması önemlidir (18). Yine hemşireler, bireyin dışkılama sıklığı, yoğunluğu ve dışkılama sırasında zorlanmayı değerlendirmek için Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği'ni kullanabilirler. Ayrıca bu ölçeğin konstipasyon semptomlarını ölçmek amacıyla da kullanılabilir (19).

Dışkının şekli ve kıvamını da Bristol Dışkı Ölçeği ile değerlendirebilirler (Resim 1) (18, 20). Bristol Dışkı Ölçeği aynı zamanda kolonik geçiş zamanı hakkında da hemşireye yol göstericidir. Düşük puanlar (Tip I ve Tip II) yavaş kolonik geçişi, yüksek puanlar (Tip 5 ve Tip 7) hızlı geçişi ve bozulmuş rektal hassasiyeti göstermektedir (18, 20).

Hemşireler topladıkları veriler doğrultusunda hemşirelik tanıları içerisinde yer alan Konstipasyon, Kolonik Konstipasyon ve Algılanan Konstipasyon (Kendini Kabız Hissetme) tanılarından bireye özgü olanları ele alarak hemşirelik bakımını planlayabilmelidir (9, 10).

### Fonksiyonel Fekal İnkontinans

Fekal inkontinans literatürde çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. The Royal Collage of Physicians, dışkı inkontinansı istemsiz ya da uygun olmayan şekilde dışkının çıkartılması olarak tanımlanmaktadır (21). Uluslararası bir panelin uzmanlarına göre ise dışkı kaçırma gelişimsel yaşının en az dördüncü yılındaki bir bireyde, en az bir ay boyunca fekal materyal çıkışının kontrol edilememesidir (22). Bazı otoriteler bu

	Tip 1: Keçi pisliği tarzında, topak topak ve parça parça sert dışkı
	Tip 2: Daha büyük ve birleşik topaklanma
	Tip 3: Daha az kalın, daha yumuşak kıvamlı, yüzeyinde derin olmayan çatlakların olduğu dışkı
	Tip 4: Yılan veya sosis gibi pürüzsüz, kaygan yüzeyli ve yumuşak kıvamlı dışkı
	Tip 5: Kenar verecek kıvamda parça parça dışkı
	Tip 6: Yumuşak kıvamlı, su içeriği daha fazla, parça parça dışkı
	Tip 7: Sert ya da yumuşak, katı dışkı içeriği hiç olmayan sulu dışkı

Resim 1. Bristol dışkı ölçeği

tanımlara gaz çıkışının da kontrol edilememesini de eklemektedirler. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tartışmalar sonucunda ortaya çıktığı anal inkontinans tanımı ise "gaz ve sıvı veya katı dışkının irade dışı kaybı sonucu gelişen sosyal ve hijyenik bir problemdir" şeklindedir (22, 23).

Hastalar ve sağlık profesyonelleri tarafından sosyal tabu, sosyal etiketlenme ve utanç verici bir durum olarak görüldüğü için net bir istatistiksel bilgi yoktur ve toplumda sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Durumun en iyi göstergesi inkontinansı olan bireylerin yalnızca %34'ünün bu problemlerini bir doktorla konuştuğu ve inkontinanslı hastaların yalnızca %5'inin problemlerini dikkate aldığını belirten istatistiklerdir (24). Almanya'da yapılan birçok çalışma inkontinanslı bireylerin sadece %50'sinin durumunu bir sağlık profesyoneline söylediği, Amerika ve İngiltere'de de bulguların benzer olduğu bildirilmiştir. Görülme sıklığı orantılı olmamakla birlikte kadınlarda, yaşlılarda ve huzur evinde bulunanlarda daha yüksek oranda olduğu bilinmektedir (24-26). Özellikle obstetrik anal sfinkter yarananmasının 40 yaş altı kadınlarda görülen fekal inkontinansın en önemli nedeni olduğu bilinmektedir. Öz bakımını yapabilmeyen sağlıklı 65 yaş üstü bir yaşlı bir popülasyonunda bireylerin %7'sinin haftada en az bir kez dışkı kaçırdığı, özel bir kurumda bakım altında olan yaşlıların da %46'sının dışkı kaçırmaya şikayeti olduğu bildirilmektedir. Bir bakım evine yatırılan hastaların %25 ile 35'i ve hastanede yatan yaşlı hastaların %10 ile 25'i fekal inkontinans sıklığı çekmektedir. Bir ürojenekoloji kliniği, idrar kaçırmaya şikayeti olan kadınların %26'sının dışkı kaçırmaya şikayeti ile ilişkisini anlamlı olarak bildirmiştir. Bununla birlikte dışkı kaçırmaya şikayeti olan hastaların sıklıkla utanç duyma ve sosyal damgalama korkusu nedeniyle az bir kısmının durumunu bir sağlık bakım profesyoneline bildirdiği ve yıllarca ortaya çıkmasında geç kalınmasına neden olduğu belirtmiştir (22, 23, 27). Ülkemizde yapılan bir çalışmada (n=3214) fekal inkontinans sıklığı %3,3 bulunmuştur. Bu değer yaşları 15 ile 34 olan bireylerde %1,9 iken 75 yaş ve üzerindeki bireylerde %13,2'dir. Fekal inkontinansın kadınlarda (%3,5) erkeklerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir (8). İzmir Huzurevleri'nde yürütülen bir başka çalışmada yaşlı bireylerde fekal inkontinans sıklığı %9,5 olarak bildirilmiştir. Fekal inkontinansı olan yaşlıların %51,7'sinde üriner inkontinans da olduğu gösterilmiştir (28). Bir başka çalışmada, Bolu Valiliği Yaşlı Bakım Merkezi'ndeki yaşlılarda fekal inkontinans görülme sıklığı %29,1 olarak belirtilmiştir (29).

Fekal inkontinans, klinikte hafif ve şiddetli olarak iki gruba ayrılmaktadır. Hafif grupta, birey bazen gaz ve likit feçesi kontrol edebilmektedir. Genellikle bu gruptaki hastalar diyareden yakınmaktadırlar. İnternal anal sfinktere cerrahi zarar, fekal impaksiyon, yaşlılarda rektal duyarlılıkta azalma sonucu meydana gelebilmektedir. Şiddetli grupta ise bireyler şekilli feçesi dahi kontrol edemezler (26, 27). Dolayısıyla, fekal inkontinansın şiddeti, gazın istemsiz eliminasyonuna, sıvı dışkı materyalinin sızıntısına, barsak içeriğinin tamamen boşatılmasına kadar değişim gösterebilmektedir. Bu durum, sosyal izolasyon, benlik saygısının kaybına yol açabilecek düzeyde utanç yaşamalarına, genel sağlık durumlarının ve yaşam kalitelerinin de azalmasına neden olmaktadır (30).

Hemşireler, fekal inkontinansın değerlendirilmesi için, hemşirelik öyküsü, şiddeti ve yaşam kalitesinin değerlendiren ölçeklerden yararlanabilirler. Bu değerlendirmeden elde ettikleri objektif ve subjektif veriler doğrultusunda bireye uygun hemşirelik bakım planını hazırlayarak uygulayabilirler (9, 10).

**Hemşirelik Öyküsü:** Fekal inkontinansın değerlendirilmesinde ilk adım birey ile iyi bir iletişim kurmaktır. Bireyler genellikle bu konudaki şikayetlerini söylemekten çekinmektedirler. İyi bir hemşirelik öyküsü bireye "son bir yıl içerisinde gazınızı veya büyük abdestinizi altınıza kaçırdığınız ya da çamaşırınıza sızdırdığınız oldu mu?" sorusunun sorulmasıyla başlamaktadır. Bireyin yanıtı "evet" ya da "oldu" ise fekal inkontinans olarak tanımlanabilir. Birey konuyu paylaşmakta çekimser kalıyorsa üriner inkontinansın sorgulanması ile başlanabilir. Bazen bireyler üriner inkontinansı paylaşmakta çekinmemektedirler. Bu bağlamda "son bir yıl içerisinde idrarınızı altınıza kaçırdığınız ya da çamaşırınıza sızdırdığınız oldu mu?" sorusu sorularak hemşirelik öyküsüne başlanabilir. Daha sonra fekal inkontinans sorgulanabilir. Yine, fekal inkontinansı olan bireylerin büyük çoğunluğunda üriner inkontinansın da olduğu bilinmektedir. Bu nedenle üriner inkontinans, defekasyona sıkışma, diyare, konstipasyon, nöromusküler hastalık ve diabetes mellitus da sorgulanmalıdır. Hastaya barsak günlüğü verilerek inkontinansı günlük olarak kayıt etmesi sağlanabilir (9, 10, 22). Ped kullanıyorsa sayısı, ne kadar kirlendiği, gaz, şekilli veya şekilsiz gaita ayırımını yapabileceği becerisi belirlenmelidir. Detaylı obstetrik öykü, eşlik edebilecek diğer problemler ve predispozan faktörler

**Tablo 1.** Konstipasyon ile ilgili etyoloji ve risk faktörleri

Anatomik	Obstrüksiyon Amiloid Rektosel Skleroderma
Metabolik	Hipotiroidizm Hipomagnezemi Hipokalemi Hiperkalsemi Diyabet
Nörolojik	Demans Parkinson Spinal kord hasarı Serebrovasküler olay Multiple skleroz
Beslenme	Dehidratasyon Düşük lif ve posa içeriği ile beslenme
İlaçlar	Analjezikler (NSAİ*, opioidler) Antikolinergikler (Antidepresanlar, antipsikotikler, antiparkinson, antihistaminikler) Antihipertansifler (Kalsiyum kanal blokerleri, diüretikler) Antiasitler Kalsiyum Demir ilaçları
NSAİ*: nonsteroid antiinflatuvar ilaç	

**Tablo 2.** Fonksiyonel konstipasyon için tanı kriterleri

<b>1. Aşağıdakilerden en az 2 veya daha fazlasının olması:</b>
a. Dışkılamaların %25'inde ıkınma, dışkılama sırasında fazla gayret gösterme
b. Dışkılamaların %25'inde topak veya sert dışkılama
c. Dışkılamaların %25'inde tam boşalamama hissiyatı
d. Dışkılamaların %25'inde anorektal tıkanıklık hissi
e. Dışkılamaların %25'inde elle müdahale ederek dışkılama zorunluluğunda bulunulması
f. Haftada üçten daha az dışkılama
<b>2. Laksatif kullanmaksızın seyrek olarak yumuşak dışkılama yapılabilmesi</b>
<b>3. Konstipasyon dominant irritabl barsak sendromunda aranan tanı kriterlerinin yetersiz olması</b>

**Tablo 3.** Fekal inkontinans ciddiyet indeksi

	Günde 2 defa veya daha fazla	Günde 1 defa	Haftada 2 defa ya da daha fazla	Haftada bir kere	Ayda 1 ila 3 kere	Hiçbir zaman
<b>Gaz</b>	12/9	11/8	8/6	6/4	4/2	0
<b>Sümük</b>	12/11	10/9	7/7	5/7	3/5	0
<b>Sıvı dışkı</b>	19/18	17/16	13/14	10/13	8/10	0
<b>Katı dışkı</b>	18/19	16/17	13/16	10/14	8/11	0
Hasta/Hemşire						

**Tablo 4.** Fekal inkontinanslı Hastaların Tanılanması

Tanılama	Elde edilen bilgiler
Öykü	İnkontinansın derecesi, sıklığı, olası nedenleri
Klinik muayene	Anorektal patolojiyi dışlar, sfinkter fonksiyonunu sınırlı tanımlar
Anorektal manometri	Sfinkter fonksiyonunu objektif ve kantitatif tanımlar
Anorektal mukozal elektrostimulasyon	Anal ve rektal duyarlılığı kantitatif tanımlar
Rektal balon ekspulsion	Rektal duyarlılık, kapasite ve kompliyans ile ilgili olarak sınırlı bilgi verir
Puodental nerve terminal motor latencies	Puodental sinirler boyunca iletim zamanı
Endoanal USG*	Sfinkter bütünlüğü ve boyutu ile ilgili anatomik bilgi
MR**	İnternal sfinkter, sfinkterler ile ilgili USG'da görüldüğünden biraz daha fazla anatomik bilgi
USG*: ultrasonografi, MR**: manyetik rezonans	

inç ayrıntılı sistem sorgulaması yapılmalıdır (3). Hemşireler hasta ile görüşme sırasında fekal inkontinansın tipini katı dışkı, sıvı dışkı, gaz, müküs olarak dört tipte, sıklığı ise beş kategoride tanımlayan Fekal İnkontinans Ciddiyet İndeksini uygulayabilirler (Tablo 3). Bu indeks hasta tarafından doldurulabilir ya da hemşire hasta şikayetlerine göre her bir kutucuğa işaret koyabilir. Hasta ağırlıklı puanlamada indeksten alınabilecek en yüksek puan 61, en düşük puan 0'dır. Hemşire ağırlıklı puanlamada indeksten alınabilecek puan en yüksek puan 59, en düşük puan 0'dır (8). Perianal bölgenin ve rektumun muayenesi sırasında hemşire anal sfinkterin bütünlüğü, rektal prolapsus, hemoroid, anorektal bölgede yaralanma, fissür, fistül, rektal tuşe ile anal sfinkterin gücü, istemli sıkma sırasında perinenin elevasyonu değerlendirilebilir. Fekal inkontinanslı bireylerin değerlendirilmesinde diğer tanılama yöntemleri elde edilen bulgular Tablo 4'te belirtilmiştir (22, 23, 27).

## SONUÇ

Sağlıklı barsak hareketleri, vücudun yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmede oldukça önemlidir. Yaşam bulguları arasında da altıncı sırada yer alması önerilmektedir. Barsak boşaltımının sağlanması ve sürdürülmesi ise hemşirelerin bağımsız rolleri içerisinde yer almaktadır. Hemşireler, sağlıklı barsak hareketleri ve boşaltımını destekleyen, konstipasyon ve fekal inkontinans önleyici, bireye özgü, karşılıklı empati ve saygıya dayalı hemşirelik bakımını planlamalıdır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış Bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Fikir - Ö.D.; Tasarım - Ö.D.; Denetleme - Ö.D., S.Ç.P.; Kaynaklar - Ö.D.; Malzemeler - Ö.D.; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi - Ö.D.; Analiz ve/veya Yorum - Ö.D., S.Ç.P.; Literatür taraması - Ö.D., S.Ç.P.; Yazıyı Yazan - Ö.D.; Eleştirel İnceleme - S.Ç.P.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Author contributions:** Concept - O.D.; Design - O.D.; Supervision - O.D., S.C.P.; Resource - O.D.; Materials - O.D.; Data Collection&/or Processing - O.D.; Analysis&/or Interpretation - O.D.; S.C.P.; Literature Search - O.D., S.C.P.; Writing - O.D.; Critical Reviews - S.C.P.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared by the authors.

**Financial Disclosure:** The authors declared that this study has received no financial support.

## KAYNAKLAR

- Holl MR. Bowel movement: the sixth vital sign. *Holist Nurs Pract* 2014; 28: 195-7. [CrossRef]
- Papaconstantinou HT. Evaluation of anal incontinence: Minimal approach, maximal effectiveness. *Clin Colon Rectal Surg* 2005; 18: 9-16. [CrossRef]
- Cheetham MJ, Malouf JA, Kamm AM. Fecal incontinence. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30: 115-30. [CrossRef]
- Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç. Barsak boşaltımı hemşireliği. *Hemşirelik Formu* 2009; 12: 1-5.
- Emmanuel A. Constipation. In: Norton C, Chelvanayagam S, eds. *Bowel incontinence nursing* Beaconsfield: Beaconsfield Publishers; 2004. p. 238-51.
- Dedeli Ö, Turan İ, Fadiloğlu Ç, Bor S. Konstipasyon yaşam kalitesi ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *MN Dahili Tıp Bilimleri* 2007; 2: 36-43.
- Chelvanayagam S, Norton C. Quality of life with faecal continence problems. *Nurs Times* 2000; 96: 15-7.
- Dedeli O, Fadiloğlu C, Bor S. Validity and reliability of a Turkish version of the fecal incontinence quality of life scale. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2009; 36: 532-8. [CrossRef]
- Erdemir F. Hemşirelik tanıları el kitabı. 2. Baskı. İzmir: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005. s. 45-8.
- Biröl L. Hemşirelik süreci. Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. 9. Baskı. İzmir: Etki Yayınları; 2009. s. 301-8.
- Rao SSC. Update on testing and treatment of fecal incontinence. *World J Gastroenterol* 2005; 10: 22-5.
- Pare P, Ferrazzi S, Thompson WG, Irvine EJ, Rance L. An epidemiological survey of constipation in Canada: Definitions, rates, demographics and predictors of health care seeking. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 3130-7. [CrossRef]
- Garrigues V, Galvez C, Ortiz V, Ponce M, Nos P, Ponce J. Prevalence of constipation: Agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a population-based survey in Spain. *Am J Epidemiol* 2004; 159: 520-6. [CrossRef]
- Whitehead WE, Wald A, Diamant NE, Enck P, Pemberton JH, Rao SS. Functional disorders of the anus and rectum. *Gut* 1999; 45: 1155-9. [CrossRef]
- Longstreth GF, Thompson GW, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterol* 2006; 130: 1480-91. [CrossRef]
- Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Bor S. Geriatrik hastalarda fonksiyonel barsak hastalıkları. *MN Dahili Tıp Bilimleri* 2008; 3: 145.
- Kaya N, Turan N, Kaya H, Öztürk A, Eskimaz S, Yalçın N. Hemşirelik öğrencilerinin bazı değişkenler açısından konstipasyon sorunları. *IUFN Hem Derg* 2011; 19: 168-78.
- Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterol* 2006; 130: 1377-90. [CrossRef]
- Kaya N, Turan N. Konstipasyon ciddiyet ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011; 31: 1491-501. [CrossRef]
- Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*. 2014; 18: 72-88.
- Doughty DB. We are all continence nurses. *Ostomy/Wound Management* 2003; 49: 6.
- Norton C, Chelvanayagam S. Cause of faecal incontinence. In: Norton C, Chelvanayagam S, eds. *Bowel incontinence nursing*. Beaconsfield: Beaconsfield Publishers; 2004. p. 23-63.
- Norton C, Christiansen J, Co-Chairs, Butler M, Harari D, Nelson RL et al. Members. *Anal incontinence. Committee 15; 2005*. [cited 2015 July 2]. Available from: [http://www.ics.org/Publications/ICI\\_2/chapters/Chap15.pdf](http://www.ics.org/Publications/ICI_2/chapters/Chap15.pdf)
- Norton C. The problem of incontinence with us. *J Adv Nurs* 2006; 53: 496-7. [CrossRef]
- Nyam DC. Fecal incontinence: Hope for and underdiagnosed condition. *Singapore Med J* 2000; 41: 188-92.
- Kamm MA. Faecal incontinence. *BMJ* 2003; 327: 1299-300. [CrossRef]
- Rao SS. Diagnosis and management of fecal incontinence. *American College of Gastroenterology Practice Parameters Committee. Am J Gastroenterol* 2004; 99: 1585-1604. [CrossRef]
- Dedeli Ö, Turan İ, Fadiloğlu Ç, Bor S. İzmir huzurevlerindeki yaşlılarda fekal inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Türk Geriatri Derg* 2008; 11: 33-41.
- İlçe A, Ayhan F. Yaşlılarda üriner ve fekal inkontinansın belirlenmesi, yaşam kalitesine etkisi: Bilgilendirme ve eğitim. *Anatol J Clin Invest* 2011; 5: 15-23.
- Miner PB Jr. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. *Gastroenterol* 2004; 126: 8-13. [CrossRef]