

DERLEME

**FEKAL İNKONTİNANSIN BAKIMI VE BAKIMDA KULLANILAN
ÜRÜNLER**

Yıldız DENAT*

Leyla KHORSHID**

Alınış Tarihi:21.11.2007

Kabul Tarihi:09.04.2007

ÖZET

Fekal inkontinans, özellikle uzun dönem yatağa bağımlı hastalarda kontaminasyon açısından güç sonuçlarla, enfeksiyon ve deri ülserlerinin oluşma riskiyle, pahalı ve potansiyel tehlikelere neden olan bir durumdur. Fekal inkontinans, normal deri bütünlüğü için potansiyel bir tehlike yaratır ve septiseminin bir nedeni olabilir. Özellikle yatağa bağımlı fekal inkontinanslı hastalar perineal deri hasarı için risk altındadır. Hastalarda perineal deri hasarı riskinin artmasının yanı sıra üriner sistem enfeksiyonları, basınç ülseri ve sekonder dermal enfeksiyon riski de artar. Bu problemler hastanın tüm sağlığını olumsuz olarak etkilemekle birlikte hastanede yatışın uzamasına neden olur.

Fekal inkontinansa bağlı komplikasyonları önlemek, bireysel konforu sağlamak ve sorunlara çözüm bulmak için hastalar, kapsamlı bir hemşirelik bakımına gereksinim duyar. Fekal inkontinanslı hastaların bakımında bireyin kuru ve temiz kalması, komplikasyonların önlenmesi için farklı uygulamalar yapılmakta, çok farklı ürünler piyasaya sunulmaktadır. Hemşire özellikle yatağa bağımlı, fekal inkontinanslı hastaların bakımından, kullanılan bakım ürünlerinin seçiminden, uygulanmasından ve etkilerinin izlenmesinden sorumludur.

***Anahtar kelimeler:** Fekal inkontinans, fekal inkontinans komplikasyonları, bakımı, inkontinans ürünleri*

ABSTRACT

Management of Fecal Incontinence and The Products Used for Care

Fecal incontinence, especially in long term bedridden patients, is an expensive condition and causes potential hazards and is associated with difficult outcomes and the risks for occurrence of infection and skin ulcers. Fecal incontinence creates a potential hazard for the normal integrity of skin and might be a cause of septicemia. Especially, bedridden patients with fecal incontinence are at risk for perineal skin damage. In these patients as well as the risk for perineal skin damage, the risks for urinary system infections, pressure ulcers and secondary dermal infection are also increase. These problems cause prolongation of hospital stay as well as affecting the overall health of patients adversely.

Patients need a comprehensive nursing care to prevent complications associated with fecal incontinence, to provide individual comfort and to find solutions to problems. In the management of the patients with fecal incontinence a number of applications are used to keep the individual dry and clean and to prevent complications and also a wide variety of products are introduced to the market. Especially nurses are responsible for the care of bedridden patients with fecal incontinence and selection, application and maintenance of these products.

***Keywords:** Fecal incontinence, complications of fecal incontinence, care, incontinence products*

* Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (Araş. Gör. Dr.) (e-mail:denat09@gmail.com)

** Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (Prof. Dr.)

GİRİŞ

Fekal inkontinans yetişkin nüfusun %1'inden fazlasını etkileyen, bireyin fonksiyonel, psikolojik ve sosyal iyilik halini azaltıcı etkiye sahip, yüksek maliyetlere ve sosyal sıkıntılara neden olan önemli bir sağlık problemidir (Bliss et al. 2004, Kalantar et al. 2002, Bliss et al. 2000). Fekal inkontinans, anüsteki sfinkterlerin gaz ve feçes çıkışını kontrol edememesi olup (Eşer 1999, Parlar 2006), “son bir ay içerisinde iki defadan fazla olmak kaydıyla uygunsuz yer ve zamanda istem dışı gaita çıkarılması” olarak da tanımlanmaktadır (Menteş ve ark. 2006).

Fekal inkontinans hastaneye yatan hastalarda hareketsizlik, ilaçlar veya tüple besleme gibi pekçok faktör nedeniyle gelişebilir (Leary and Buncher 2005). Fekal inkontinans özellikle bakım evlerinde önemli bir problemdir ve bakım evleri sakinlerinin %20-66'sını etkilemektedir (Bliss et al. 2004, Tarig et al. 2003). Fekal inkontinans genellikle üriner inkontinansla birlikte görülmektedir (Menteş ve ark. 2006) ve kesin olarak insidansı bilinmemekte, toplumdaki prevalans raporları önemli bir değişkenlik göstermektedir (Kalantar ve ark. 2002). Fakat toplumda çeşitli derecelerde oldukça yaygın olduğu düşünülmektedir. Yapılan lokal çalışmalarda normal popülasyonun %0.5 - %2 'sinde, 65 yaşın altındaki erişkinlerin %0.7-%0.9'unda, 60 yaş ve üstü grubundaki bireylerin %3.1 ve %8.2'sinde, huzurevlerinde kalanların ise %10.3-60'ında, akut ve yoğun bakımdaki hastaların %33'ünde fekal inkontinans görüldüğü belirlenmiştir (Bliss et al. 2004, Palmier et al. 2005, Tarig et al. 2003, Parlar 2006, Wymen et al. 2004). Türkiye Gastroözofageal Reflü ve Fonksiyonel Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Taraması'nda fekal inkontinans prevalansını %8.9 olarak bulmuştur. Bu değer yaşları 15 ila 34 olan bireylerde %1.9 iken, 75 yaş ve üzerindeki birey-

lerde %13.2'dir. Kadınlarda %3.5, erkeklerde ise %3.1'dir (Dedeli 2005).

Fekal İnkontinansın Bireyler Üzerindeki Etkileri

Fekal inkontinans özellikle uzun dönem yatağa bağımlı hastalarda kontaminasyon açısından güç sonuçlarla, enfeksiyon ve deri ülserlerinin oluşma riskiyle pahalı ve potansiyel tehlikelere neden olan bir durumdur (Palmier et al. 2005). Fekal inkontinans (FI) “ifade edilmeyen sıkıntı” ve “ ifade edilmeyen semptom” olarak da söz edilmekle birlikte hem hastalar hem de bakım verenler için büyük bir sıkıntı yaratmaktadır (Bliss et al. 2005). Hastalar, içinde buldukları durum nedeniyle utanabilirler, kötü koktukları için başkalarını rahatsız etmek istemezler. Bu durum hastalarda sosyal bir etkiye ve ilerleyen bir izolasyona neden olabilmektedir (Beitz and Cetn 1997, Edward and Jones 2001, Eşer 1999, Tarig et al. 2003, Wymen et al. 2004). İnkontinanslı hastaların depresyon ve anksiyete semptomlarında artış, yaşam kalitesinde ise düşüş vardır (Philip and Minor 2004). Hastalarda sinirlilik, anksiyete, depresyon, kendine saygının azalması gibi pekçok psikolojik problem görülebilmektedir (Edwards and Jones 2001, Gragon and Kramer 2002, Palmier et al. 2005, Tarig et al. 2003, Wymen et al. 2004). Edward ve Jones tarafından yapılan bir prevalans çalışmasında (2001) fekal inkontinans ve anksiyete, depresyon, ve yetersizlik arasında önemli bir ilişki bulunmuştur. Literatürde hastaların yaşadıkları sıkıntı nedeniyle yardım aramada isteksiz davrandıkları da belirtilmektedir (Edwards and Jones 2001).

Fekal inkontinans hastalara sadece sıkıntı vermez aynı zamanda normal deri bütünlüğü için potansiyel bir tehlike yaratır ve en kötüsü septiseminin bir nedeni olabilir (Leary and Buncher 2005, Vulhop et al. 1984, Wymen et al. 2004). Özellikle yatağa bağımlı fekal inkontinanslı hastalar perineal deri hasarı

için risk altındadır (Watterworth and Ryzevski 2005). Perianal deri yaralanması fekal inkontinansın başlamasında sonra, özellikle de sulu dışkıyla deri temasının birkaç dakikası içinde oluşabilir (Beitz and Cetn 1997, Leary and Buncher 2005). Fekal inkontinans diyare şeklinde görüldüğünde fekal inkontinansın etkileri yüzeysel deri iritasyonundan ciddi perineal dermatitlere kadar ilerleyebilir (Beitz 2006). Lyder ve arkadaşlarının (1992) inkontinanslı geriyatrik psikiyatri hastalarında yaptıkları çalışmada idrar ve dışkı inkontinansının kombine olduğu hastalarda iki gün içinde perineal dermatitin geliştiği saptanmıştır (Lyder et al. 1992). Kalantar ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan çalışmada da fekal inkontinans ile perianal cilt hasarı arasında önemli bir ilişki bulunmuştur (Kalantar et al. 2002). Fekal inkontinanslı hastalarda perineal deri hasarı riskinin artmasının yanı sıra üriner sistem enfeksiyonları, basınç ülseri ve sekonder dermal enfeksiyon riski de artar (Beitz and Cetn 1997, Gragon and Kramer 2002, Leary and Buncher 2005). Hatta dışkıyla yara kontaminasyonu sepsise kadar uzanan sorunlara neden olabilir (Gragon and Kramer 2002). Bu problemler sadece hastanın tüm sağlığını olumsuz olarak etkilemekle kalmaz aynı zamanda hastanede yatışın uzamasına dolayısıyla da ödemelerin artmasına neden olur (Leary and Buncher 2005).

Görüldüğü gibi hasta fekal inkontinansa bağlı pekçok potansiyel tehlike ve sorunla karşı karşıyadır ve bu komplikasyonları önlemek, bireysel konforu sağlamak ve sorunlara çözüm bulmak için kapsamlı bir hemşirelik bakımına gereksinim duyar (Vulhop et al. 1984).

Fekal İnkontinanslı Hastanın Bakımı

Fekal inkontinanslı hastalara yönelik bakım, bakım verenlerin zamanının oldukça önemli bir bölümünü almakta ve bakım verenlerin özellikle de yoğun bakım hemşirelerinin enerjilerini ve

güçlerini tüketen son derece yıpratıcı bir görev olmaktadır (Beitz and Cetn 1997, Edwards and Jones 2001, Tarig et al. 2003). Özellikle yatağa bağımlı fekal inkontinanslı hastalarda, hasta çamaşırlarının sık sık değiştirilmesine ve çok dikkatli deri bakımına rağmen ilerleyici deri iritasyonu ve deri hasarı görülebilmektedir (Freeadman 1991). Fekal inkontinanslı hastaların bakımında bireyin kuru ve temiz kalması, komplikasyonların önlenmesi için farklı uygulamalar yapılmakta, çok farklı ürünler piyasaya sunulmaktadır (Eşer 1999).

Fekal inkontinanslı hastalarda, bireylere anal sfinkter kontrolü kazandırmak için yapılan uygulamalardan birisi bireye bağırsak jimnastiği uygulamasıdır (Bliss et al. 2004, Eşer et al. 1999, Vulhop et al. 1984). Uygulamada bireyin diyetinde yeterli miktarda sıvılara ve lifli yiyeceklere yer verilmeli ve birey kapasitesi elverdiğince egzersiz yapmalıdır. Bireyin defekasyon alışkanlığı belirlenmeli ve defekasyon zamanlarında sürgüye, oturaklı sandalyeye veya tuvalete kolayca ulaşması sağlanmalıdır. Gastrokolik refleks en çok kahvaltıdan sonra uyarıldığı için bu saatler defekasyon için uygun bir zamandır. Planlanan defekasyon saatinden önce bir fincan sıcak çay veya kahve içmek peristaltizmi uyarabilir. Hekim tarafından önerilmişse hemşire bireye her gün feçes yumuşatıcı ilaç verebilir, laksatif süpozituar uygulaması önerilmişse planlanan defekasyon saatinden 30 dakika önce süpozituar uygulanabilir. Defekasyon sırasında bireyin gizliliği sağlanmalı ve oda ısısı ayarlanmalıdır. Bireye tuvalete veya oturaklı sandalyeye otururken kalçaları üzerine öne doğru eğilmesi, elleriyle karına basınç yapması öğretilmelidir. İkinma hemoroid oluşmasına neden olabileceği için önerilmez (Bliss et al. 2004, Eşer 1999). Fekal inkontinansı azaltmak için hergün temizleyici lavman veya süpozituar uygulanabilir. Rektum sfinkterinde zayıf-

lama varsa defekasyonu sağlamak için anüs parmakla uyarılabilir (Eşer 1999).

Tüm bunların yanında, bir fekal inkontinansı kontrol altına alma aracı bu hastalar için etkili bir yönetim sağlar. Bu ürünler özellikle ciddi diyare, uzun süreli hareketsizlik, bilinç düzeyindeki değişiklikler ve diğer nörolojik olaylar nedeniyle fekal inkontinans deneyimleyen hastalarda güvenli ve etkilidir (Freeadman 1991, Jensen 1997). Bu ürünler tam ve doğru olarak uygulandığı zaman deri bütünlüğünün bozulma riski azalabilir (Jensen 1997). Bu araçlar ve ürünler hastanın konforunu ve sağlığını etkileyen sınırlılıklara sahiptir ve kullanımı ve sürdürülebilirliği açısından personeli zorlayabilir (Leary and Buncher 2005).

Fekal inkontinansı olan hastalarda feçesi toplamak, feçesinin perianal deriyle olan temasını önlemek, kapalı bir sistemle feçesinin drenajını sağlamak amacıyla rektal foley kateter, nazofarengeal airway, emici inkontinans ürünleri /diaperler ve perianal torbalar gibi pek çok ürün kullanılmaktadır (Gragon and Kramer 2002, Newman et al. 2004). Hemşire özellikle yatağa bağımlı, fekal inkontinanslı hastaların bakımında bu ürünlerin seçiminden, uygulanması ve bakımından sorumludur.

Rektuma Foley Kateter Uygulama

Fekal inkontinansı kontrol altına almada uygulanan ürünlerden birisi rektal foley kateterlerdir. Foley kateterler feçesi kontrol altına almanın en invaziv yöntemidir. Foley kateterler geniş lümenli olup (20F-30F) rektuma yerleştirilir (Beitz and Cetn 1997, Gragon and Kramer 2002). Foley kateterler daha çok sıvı dışkılamasının kontrol altına alınmasında kullanıldığı gibi zaman zaman diyarenin kontrolünde de kullanılmaktadır (Beitz and Cetn 1997, Gragon and Kramer 2002). Şayet dışkı sulu değilse tıkanma oluşabilir ve bu durum konstipasyon veya ileus gibi ileri komplikasyonların gelişmesine öncülük edebilir (Gragon and Kramer 2002).

Literatürde, rektal kateterin cilt bütünlüğünü koruma ve sıvı feçesi doğru olarak ölçme gibi yararlar sağladığı belirtilmektedir (Eşer 1999). Ayrıca kateter sistemiyle kapalı bir dışkı toplama sistemi sağlanmakta ve vücuda özel potansiyel infeksiyon ajanlarıyla hemşirelerin temasını azaltmaktadır. Bunun yanında foley kateterler drenaj sistemini boşaltma kolaylığı ve en önemlisi irritan dışkıdan perianal ve perineal deriyi koruma kolaylığı sağlamaktadır (Beitz and Cetn 1997). Aynı amaçla rektal tüpler de kullanılmaktadır, fakat rektuma uygulanan foley kateterin rektal tüpe oranla üstünlükleri vardır. Foley kateterin balonu sfinkterin kapanmasını sağlar ve feçesinin sürekli olarak dışarıya sızmasını önler. Retansiyon lavmanı (örneğin, neomycinli lavman) uygulanması gereken ancak lavmanı bağırsakta tutamayan komadaki bireylere retansiyon lavman uygulanmasında kolaylık sağlar (Eşer 1999).

İşlem rektal tüp uygulamasına benzerdir. Erişkinler için 28 veya 30 French'lik temiz bir kateterin 5-7.6 cm lik bölümü rektuma itilir. Rektuma foley kateter uygulama tıbbi asepsi ilkelerine uyulmasını gerektirir. Kateter sigmoid kolona ulaşmamalıdır. Foley kateter uygulandıktan sonra kateteri yerinde tutmak için kateterin balonu normal tuz solüsyonu veya hava ile şişirilir. Balonun anal sfinkterin üzerine yerleşmesi için kateter nazikçe geri çekilir. Kateterin ucu bir drenaj torbası ile birleştirilir. Kateter balonun oluşturduğu basıncı azaltmak için her saat başı beş dakika süre ile balon söndürülür. Balonu söndürme ihmal edilirse rektumda nekrozlar meydana gelebilir ve sfinkter hasarına neden olabilir (Eşer 1999, Freeadman 1991). Rektal kateterin ve drenaj torbasının hergün veya daha sık değiştirilmesi karmaşaya yol açabilir. Bunu önlemek amacıyla, her birey için iki kateter kullanılabilir. Her bir kateter kullanıldıktan sonra temizlenmeli ve bir

sonraki kullanıma kadar nozokomiyal enfeksiyon riskini azaltmak için temiz bir örtü içinde saklanmalıdır (Eşer 1999).

Rektuma kateter uygulamanın güvenilirliğini gösteren araştırma sayısı azdır. Bununla birlikte baryum gronölomu ve rektal perforasyon içeren komplikasyonlar rapor edilmiştir. Balonlu rektal kateterin yaygın kullanımının güvenliği ile ilgili birkaç kaygı verici durum literatürde belirtilmiştir (Gragon and Kramer 2002). Vulhop ve arkadaşları (1984) standart bir sfingmomanometre ile yaptıkları ölçümde bir foley kateter balonunun 250-300 mmHg basıncında uygulanmasının rektal perforasyonla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Vulhop et al. 1984).

Bazı hemşireler ise, uygulanan kateterin rektumdaki duyu sinirlerini uyararak peristaltizmi arttırdığını ve diyareyi şiddetlendirdiğini iddia etmektedirler. Ayrıca balondaki basıncın rektal nekroz, rektal perforasyon ve anal sfinkter hasarı gibi travma riskini arttırabildiği, rektuma kateter uygulamanın doktor istemine bağlı bir işlem olduğu ve bireyin dikkatli izlenmesini gerektirdiği belirtilmektedir (Eşer 1999, Gragon and Kramer 2002).

Rektal foley kullanımının dezavantajları avantajlarından daha ağır gelir. Öncelikle rektal foleyin kullanılması için fekal drenaj, sıvı yoğunlukta olmalıdır. Yarı biçimlenmiş veya biçimlenmiş dışkı balonu geçemez. Normal bağırsak kontrolünün tüp çıkar çıkmaz başlayıp başlamadığını belirlemek zordur. Komplikasyonları önlemek özellikle de rektal foleyin balonunun rektal mukozayı nekrotize etmesinin önlenmesi için her saatte birkaç dakika için indirilmesi ve sonra tekrar şişirilmesi gerekir (Beitz and Cetn 1997, Newman et al. 2004). Akut hastalığı olan hastalarda, bu uygulamanın sonuçları tartışılabilir. Rektal foley kateter balonu şişirme ve indirme ve kateteri temizleme ihtiyacı yüksek bir araç kullanım

becerisine sahip olmayı gerektirir (Gragon and Kramer 2002).

Dezavantajlarından bir diğeri de uygulama, çıkarma, balonu şişirme, indirme, foleyi temizleme ve tekrar yerleştirme hemşirelerin bakım için önemli bir süre harcamasını gerektirir (Beitz and Cetn 1997).

Rektal foleyler bazı hastalarda kontrendikedir. Örneğin yeni geçirilmiş prostat ameliyatlarında, miyokart infaktüsünde, rektal mukozada hastalıklarında ve immun sistemin baskılandığı hastalıklarda rektuma foley kateter uygulanması kontrendike olabilmektedir. Nötropenili hastalarda veya kanama hastalığı olan hastalarda da rektuma foley kateter yerleştirilmez. Bazı literatürlerde rektal sfinkter tonusunun azalması ve rektal perforasyonun rektal foley kullanımıyla ilgili olduğu belirtilmektedir. Yine literatürde rektuma foley kateter uygulamayla ilgili bakım verenlerin kaygı duydukları belirtilmektedir. Bu kaygıların sebebi olarak da kateterlerin potansiyel problemleri ve güvenliği hakkında kesin kanıtların eksikliği gösterilmektedir. Tüm bunlar da bu ürünün kullanımından kaçınılmasına neden olmakta ve uygulama geçerli bir seçenek olarak dikkate alınmamaktadır (Beitz and Cetn 1997).

Nazofarengeal Airway

Nazofarengeal airway solunum yolunun açıklığını sürdürmek için hastalarda ortak olarak kullanılan nazal borular olarak bilinmekte, araç, sık sık nazal sakşına ihtiyaç duyan hastaların nazal mukozasını korumak için kullanılmaktadır. Bu ürün günümüzde, bir toplama ünitesine eklemeye fekal inkontinansı kontrol etmek amacıyla da kullanılmaktadır (Leary and Buncher 2005). Literatürde, rektal tüplerin 20 dakikadan daha uzun süre rektumda kaldığında rektal sfinkterin yanıt verme durumunu azalttığından tüpün ayrılması gerektiği belirtilmiştir (Vulhop et al. 1984, Watterworth and Ryzevski 2005). Bununla birlikte bazı yazarlar kendi

deneyimlerine göre nazofarengal airway kullanımından sonra hiçbir hastada bu durumun gelişmediğini belirtmektedirler (Watterworth and Ryzevski 2005).

Uygulama için; Nazofarengal airway, idrar drenaj toplama sistemi, suda çözünür kayganlaştırıcı, steril olmayan eldivenler, underped ve koruyucu araç gereçler gereklidir. Uygulamaya başlamadan önce hastaya gerekli açıklamalar yapılır (ne yapılacağı, hastanın neler hissedebileceği vb.), hastaya yan yatış pozisyonu verilir. Airwayin giriş bölümüne suda çözünen kayganlaştırıcı, sürülür. Rektum içine airway sokulur ve iç ve dış sfinkterden geçirilir. Drenaj sistemi ile airwayin dışarıda kalan sistemi birleştirilir ve sistem hastaya ve yatağa sabitlenir. Yataktan kalkabilen hastalar için airwayin pozisyonunu sürdürmeye yardım edilir. Airway her iki günde bir değiştirilir. Tekrar yerleştirme öncesi yaklaşık bir saat beklenir. Koruyucu sistem deriyi korumak için kullanılmalıdır. Bu sistem; lökopenik önlemler, perirektal apse ve gastrointestinal kanama gibi klinik durumlar söz konusu olduğunda kullanılmamalıdır. Daha çok kısa süreli kullanım için uygun bir yöntemdir (Watterworth and Ryzevski 2005).

Gragon ve Kramer (2002) tarafından fekal inkontinans kontrol altına almada nazofarengal airway yönteminin etkili ve pratik olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada hastaların (22 hasta) tümünde dışkıyı toplama veya kontrol altına almak mümkün olmuştur. Ayrıca deri bütünlüğü bozulmuş hastaların (20 hasta) %90'ında deri bütünlüğünde yenilenme ve iyileşme gözlenmiştir. Hastaların hiçbirinde anal sfinkterde hasar veya tonüste hiçbir değişim görülmemiştir. Hastaların %41'i rektal tüp yerleştirilirken rahatsızlık deneyimlemiş, %86'sı tüpün pozisyonunu sürdürmede hiçbir rahatsızlık deneyimlememiştir. Rektal tüpü yerleştirmede sorumlu hemşirelerin %84'ü

işlemin kolay olduğunu belirtmiştir (Gragon and Kramer 2002).

Emici İnkontinans Ürünleri/ Diaperler

Bu ürünler hastalar, hasta yakınları ve bakım veren sağlık personeli tarafından en sık kullanılan ürünlerdir. Diaperler deriden sıvı ve feçesi emer ve şayet uygunsuz, sızıntının dışarı kaçmasını önlemek için kalçaların etrafını sarar (Beitz and Cetn 1997). Diaperler, inkontinansı yönetmek için pratik bir yol olması, parekende satış yapan dükkanlarda satılması dolayısıyla ürünün elde edilebilirliğinin kolay olması ve hastaların bütçelerinin kısıtlı olması nedeniyle pek çok hasta ve hasta yakını tarafından tercih edilmektedir (Newman et al. 2004). Benzer nedenlerden dolayı ve ürün performansı hakkında klinisyenlerin kısıtlı bir bilgiye sahip olmaları nedeniyle klinisyenlerin inkontinanslı hastalara bu ürünleri tavsiye ettikleri düşünülmektedir (Newman et al. 2004).

Diaperler, emici bir ortam yaratır fakat deri ve feçes arasında bariyer sağlamaz. Nemi emici ortam, mikrobiyal floranın artmasına zemin hazırlar. Şayet deri, zaten hasarlıysa, mikroorganizmalar daha derinlere yayılabilir. Diaper altındaki derinin yüksek bir pH'sı fecal-enzim aktivitesini arttırabilir, deri abrazyon, irritasyon ve infeksiyonlara daha fazla hassaslaşabilir. Diaperler, hemşireler için iş yükünü ve bakımın maliyetini arttırabilir, deri bütünlüğünün bozulmasına neden olabilir. Diaperlerin sıklıkla kontrol edilmeye, temizlenmeye ihtiyacı vardır ve hemşirelik bakımı için harcanan süre ve malzemelerin maliyeti yüksek olabilmektedir (Gragon and Kramer 2002).

Hastalar tarafından yaygın olarak kullanıldığı görülmekle birlikte ürünü kullanan insan sayısı ve ürünün üriner ve fekal inkontinansı kontrol altına almadaki etkililiği hakkında az sayıda yayın bulunmaktadır. Literatürde hemşirelik evlerinde tek kullanımlık ve tek kulla-

nımlık olmayan emici ürünlerin oldukça yüksek oranda kullanıldığı belirtilmiştir. Ayaktan tedavi merkezlerinde, klinisyenler rutin olarak idrar kaçıran kadınlara bu amaç için özellikle tasarlanan inkontinans pedleri yerine kadın hijyen ürünlerini kullanmaktadırlar. Bunun nedeni olarak da menstrüel pedlerin daha düşük maliyetli olması gösterilmektedir (Newman et al. 2004). İngiltere’de inkontinans için tek kullanımlık diaperlerin özellikleri ve ayırıcı nitelikleri ile ürün ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiye yönelik olarak araştırmalar üzerinde durulmaya başlanmıştır (Brazzelli et al. 2002, Newman et al. 2004).

Diaperler tek kullanımlık ya da tekrar kullanılabilir olmaktadır. Tekrar kullanılabilir ürünlerin elde edilebilirliği daha kolay olup tek kullanımlık olmayan ve tek kullanımlık olan inkontinans ürünlerine yönelik az sayıda araştırma vardır. Yapılan bir çalışmada pamuklu pedlerle yapılan tek kullanımlık olmayan pedler düşük volümlü üriner inkontinanslı hastalar için uygun etkililikte bulunmuştur (Newman et al. 2004). Brazzelli ve arkadaşları (2002) tarafından inkontinanslı bireyler için diaperlerin farklı tiplerinin etkililik ve maliyet etkililiğini değerlendirmek için yaptıkları bir çalışmada tek kullanımlık ürünlerin deri problemlerini azaltmada tek kullanımlık olmayan ürünlerden daha etkili olduğu fakat maliyetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Brazzelli et al. 2002). Newman’ın belirttiğine göre (2004), Gallo ve Staskin (1997) hastanede yatmayan kadın ve erkeklerde giysi altına yerleştirilen tekrar kullanılabilen ürün-lerden genel olarak memnun olduğunu, %48’i ise ürünle kendini çok kuru hissetmediğini belirtmişlerdir (Newman et al. 2004).

Büyük boy hasta bezlerinin fekal inkontinansla kullanımı deri yaralanmasını azaltmada, çamaşır ve giysileri korumada ve hastanın konforunu sağlamada başarılı olabilir. Burada

önemli olan nokta hasta bezlerinin normal deri bütünlüğünü sürdürmesi için sık değiştirilmemesi ve iyi bir perine bakımı yapılmamasıdır. Cildi temizleme şayet doğru yapılırsa perianal deri yaralanmasını azaltmada başarılı olunabilir. Her bir bağırsak hareketinden hemen sonra, feçes ile bulaşmış cilt yumuşak bir cilt temizleyici ile temizlenmeli, durulanmalı, kurulanmalı ve koruyucu bariyer krem bölgeye uygulanmalıdır (Beitz and Cetn 1997, Vulhop et al. 1984). Şayet defekasyon sıklığı azalmazsa ve diaper hemen değiştirilmezse, ürünler feçes ve idrarı tuttuğu için ve bunlar cilde temas ettiği için çok kısa süre içinde deri yaralanmaları gelişebilir (Beitz and Cetn 1997).

Diaperler derinin sık temizlenmesini ve yatak çarşaflarının sık değiştirilmesini gerektirmesi nedeniyle hemşire ve diğer bakım verenler için de oldukça büyük bir zaman harcamayı gerektirir. Ayrıca diaper ve diapere yönelik bakım uygulamaları hasta için onur kırıcıdır, rahatsızlık verici ve küçük düşürücü olabilmektedir (Vulhop et al. 1984).

Perianal Torbalar

Bir eksternal toplama aracı olan perianal torbalar, bir drenaj torbası içine feçesi toplamak amacıyla perianal bölgeye yerleştirilen ostomi biçimli, fleksible plastik torbalardır (Newman et al. 2004).

Ostomi ürünleri uzun yıllardır uygulanmakta olup, hemşireler stoma yaralarını ve fistüllerini drene eden bu torbaları çok rahatlıkla ve kolaylıkla uygulayabilmektedirler. Günümüzde feçesi toplamak için de bu ürünlerden yararlanılmaktadır ve bu torba hastanın perianal bölgesine uygulanır. Torba kolaylıkla boşaltılabilir ve temizlenebilir veya yerçekimiyle drene olabilen bir torbaya eklenebilir (Beitz and Cetn 1997, Bosley 1995, Vulhop et al. 1984). Perineal torbalar sıvı feçes için drene olabilen bir çıkış yerine sahip olup

yumuşak ve sert feçes için klemp kullanılabilir (www.hollister.com/uk/-files/continence/literature/Hollister_B11.pdf, 2006).

Gragon ve Kramer (2002), perianal inkontinans torbalarının hasta bezi ve balonlu rektal kateterlerden daha avantajlı olduğunu ve bu uygulamanın dışkı toplamada en güvenli yöntem olduğunu belirtmektedirler (Gragon and Kramer 2002). Perianal torba, dışkı toplamak ve deriyi korumak için yöntemi uygulama adına iyi bir güvenlik sağlar (Beitz and Cetn 1997, Freedman 1991) ve fekal inkontinans kontrol altına alarak yara iyileşmesini de sağlayan birincil faktör rolündedir (Gragon and Kramer 2002).

İnkontinanslı hastaların pek çoğu için, en iyi dışkı toplama aracı olan perianal torbaların kullanımı konusunda pekçok hemşire tereddütlü ve isteksiz davranmaktadır (Bosley 1995). Bunun nedeni sorgulandığında ise, hemşireler torba uygulamanın zaman alıcı olabileceğini, torbaları uygulamada zorluk yaşayabileceklerini ve torbaları çok uzun süre hastada tutmada zorluk yaşayabileceklerini düşündüklerini belirtmişlerdir (Beitz and Cetn 1997, Bosley 1995). Literatürde başarılı bir perianal torba uygulamasının 10-20 dakika gerektirdiği ve 2 hemşireyi gerektirebileceği belirtilmektedir (Gragon and Kramer 2002). Fakat hemşire torbayı nasıl uygulayacağını, nelere dikkat etmesi gerektiğini biliyorsa daha az zaman harcayacak ve birkaç uygulamadan sonra bu işi tek başına da gerçekleştirebilecektir.

Perianal torbalar doğru uygulandığında ortalama 24 -48 saat dayanabilirler (Beitz and Cetn 1997, Bosley 1995, www.hollister.com/uk/-files/continence/literature/Hollister_B11.pdf, 2006). Vulhop ve arkadaşları uyguladıkları perianal torbaların ortalama 24 ila 48 saat yapışık olarak kalabildiğini belirtmektedirler (Vulhop et al. 1984). Bunun yanında güvenli kullanımın beş ila

altı gün sürebildiği de literatürde belirtilmektedir (Beitz and Cetn 1997). Hemşire, fekal inkontinans kontrol altına almada kullandığı diğer yöntemlerde daha fazla zaman harcamakta ve gelişen komplikasyonlarla da bu zaman daha da artmaktadır (Beitz and Cetn 1997, Bosley 1995). Palmier ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada da perianal torba uygulayan ve bu hastaların bakımını üstlenen hemşirelerin %77'si uygulamayı, %98'i çıkan materyeli değerlendirmeyi, %78'i çıkarmayı, %96'sı perineal deriyi korumayı kolaylaştırdığını ve %70'i torbayı değiştirme sırasında uygulamanın perineal temizleme zamanını azalttığını belirtmişlerdir (Palmier et al. 2005).

Perianal torba uygulamada temelde üç adım vardır. Birincisi perianal derinin yumuşak bir deri temizleyici ile temizlenmesi ve traş edilmesi. İkincisi, nemli derinin torbanın yapışmasını önlediği için perianal derinin kuruluğunun sağlanmasıdır. Son olarak, uygulamayı yapan kişi dışında birisi tarafından kalçalar birbirinden ayrılarak tutulmalı, bölge mümkün olduğunca düzleştirilmelidir (Vulhop et al. 1984). Daha iyi yapışma için perianal bölgeyi tıraş etme, hastanın anatomisine göre yapışkan koruyucu kesme, deri dolgu macunu kullanma veya yapışkan hazırlama, bantlı yapışkan bariyerin kenarlarını çerçeveleme ve gaz toplanmasını önlemek ve drenajı sürdürmek için plastik torbanın içine bir sakşın kateter yerleştirme önerilmektedir (Gragon and Kramer 2002).

Yatakta kayan hasta, perianal inkontinans torbasının sürdürülmesini bozabilir. Yapışkan bariyerin travmatik olarak kaldırılmasıyla deri yırtılması ve abrazyon yaralanmaları oluşabilir. Deri nemi, derideki kalıntılar (sabunlardan, yara jellerinden, merhemler veya temizleyiciler), ödem ve hastanın anatomisi etkili yapışmayı sürdürme ve sağlamayı engelleyebilir (Gragon and Kramer 2002). Bu nedenle uygulama

basamaklarının doğru yapılması ve gerekli önlemlerin alınması önemlidir.

Perianal torbanın üçte biri ya da yarısı dolduktan sonra boşaltılmalıdır. Şayet torbanın perianal bölgeye yapışıklığı devam ediyorsa torba alttan kesilerek boşaltılır ve 50-100 cc'lik musluk suyu ile içerisi yıkanarak torbanın altı bir kısıpçla kapatılabilir. Gerekirse perianal torbanın alt ucu drenaj torbasına bağlanarak dışkıının drenajı sağlanabilir. Şayet torba sızdırıyorsa tekrar yeni torba yerleştirilir (Freeadman 1991).

Perianal torba uygulamak için çeşitli torbalar kullanılabilir. Burada önemli olan bükülebilir ve esnek, yapışkan bariyerli, drene olabilen bir torbanın kullanılmasıdır. Sıvı dışkısı olan hastalar için torba bir drenaj toplayıcıya bağlanabilir. Dışkı yoğunsa tamamen bükülebilir ve esnek, yapışkan kaplı, drene olan torba en iyi seçimdir (Vulhop et al. 1984). Perianal torbanın etkinliği ve doğru kullanımı için üretici firmanın

önerileri de göz önünde bulundurulmalıdır (Beitz and Cetn 1997).

Fekal inkontinanslı hastalarda perineal veya perianal cilt hasarının önlenmesi önemlidir. Bu nedenle uzun süreli bakımda deri hasarı olasılığını azaltmak için bakım vericiler tarafından fekal inkontinansın erken tanınması zorunludur (Newman et al. 2004).

SONUÇ

Fekal inkontinans için kullanılan her bir ürünün seçiminde hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu nedenle hemşirelerin fekal inkontinanslı hastaya bakım verirken inkontinans kaynaklanan komplikasyonların önlenmesi için hangi ürünün seçilmesi gerektiğine karar vermesi gerekmektedir. Hemşirelerin en uygun ürünü seçmek için ise ürünlerin kullanım biçimlerinin, avantaj ve dezavantajlarının bilinmesine ve bu konuda çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

..... Faecal collector, www.hollister.com/uk/files/continence/literature/Hollister_B11.pdf (erişim: 10.08.2006).

Beitz JM (2006). Fecal incontinence in acutely and critically ill patients: options in management. *Ostomy Wound Management* 52(12): 56-58.

Beitz JM, Cetn C (1997). Caring for the fecally incontinent. *Critical Care Nurse* 17(4): 86-89.

Bliss DZ, Fischer LR, Savik K (2005). Managing fecal incontinence: self-care practices of older adults. *Journal of Gerontological Nursing* 31(7): 35-44.

Bliss DZ, Johnson S, Savik K et al. (2000). Fecal incontinence in hospitalized patients who are acutely. III. *Nursing Research* 49(2): 101-108.

Bliss DZ, Norton CA, Miller J et al. (2004). Directions for future nursing research on fecal incontinence. *Nursing Research* 53(6):15-21.

Bosley CL (1995). Applying perianal pouches with confidence. *Nursing* 95 June: 58-61.

Brazzelli M, Shirran E, Vale L (2002). Absorbent products for containing urinary and / or fecal incontinence in adults. *Journal*

of Wound Ostomy and Continence Nursing 29: 45-54.

Dedeli Ö (2005). Fekal inkontinans yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlik güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Edwards NI, Jones D (2001). The prevalence of faecal incontinence in older people living at home. *Age and Ageing* 30: 503-507.

Eşer İ (1999). Bağırsak Boşaltımı Uygulamaları ve Hemşirelik Bakımı. Meta Basım, İzmir.

Freeadman P (1991). The rectal pouch: a safer alternative to rectal tubes. *American Journal of Nursing* 91: 105.

Gragon TA, Kramer DJ (2002). The rectal trumpet: use of a nazopharyngeal airway to contain fecal incontinence in critically ill patients. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing* 29(4): 193-201.

Jensen LL (1997). Fecal incontinence; evaluation and treatment. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing* 24: 277-282.

Kalantar JS, Howell S, Talley NJ (2002). Prevalence of incontinence and associated

risk factors. Medical Journal of Australia 176 (2):54-57.

Leary E, Buncher L (2005). An intervention study: a clinical comparison of the rectal trumpet and fecal collector. Abstracts from medical technology. Physical Therapy and Nursing, Undergraduate Summer Research Symposium August 10, USA.

Lyder CH, Clemes-Lowrance C, Davis A et al. (1992). Structured skin care regimen to prevent perineal dermatitis in the elderly. Journal of Enterostomal Nursing 19 (1): 12-16.

Menteş BB, Leventoğlu S, Oğuz M (2006). Pelvik taban hastalıkları, http://www.coloproctology.com/doc_file/pelvik_tab_hst.doc (erişim: 04.03.2006).

Newman DK, Fader M, Bliss DZ (2004). Managing incontinence using technology, devices and products: directions for research. Nursing Research 53(6): 42-48.

Palmier B, Benuzzi G, Bellini N (2005). The anal bag: a modern approach to fecal incontinence management. Ostomy / Wound Management 51(12): 44-52.

Parlar S (2006). Yaşlılarda Görülen İnkontinans. İleri Geriatri Hemşireliği Kitabı. Editor Ç. Fadıloğlu, Meta Basım Matbaacılık, İzmir.

Philip B, Minor JR (2004). Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. Gastroenterology 126(1): S8-S13.

Tarig SH, Morley JE, Prather CM (2003). Fecal Incontinence in the Elderly Patient. The American Journal of Medicine 115: 217-227.

Vulhop L, Sommers M, Wolverton C (1984). Containment of Fecal İncontinence by The Use of A Perianal Pouch. Journal of Enterostomal Therapy 11(2): 59-62.

Watterworth B, Ryzevski J (2005). Letters to The Editor: Managing Fecal İncontinence, Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing 32(4): 217: 218.

Wyman JF, Bliss DZ, Dougherty MC et al. (2004). Shaping Future Directions For İncontinence, Research in Aging Adults. Nursing Research 53(6): 1-10.