

Fekal İnkontinans Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımı

Faecal Incontinence Management and Nursing Approach

Ferhat DAŞBİLEK¹, Hasan SAĞLAM², Gülçin AVŞAR³

ÖZ

Fekal inkontinans, bireylerin dışkı kontrolünü kaybetmesi durumu olup, hem fiziksel hem de psikososyal sorunlara yol açabilir. Yönetimi, bu durumu etkileyen nedenlerin belirlenmesiyle başlar; nörolojik hastalıklar, gastrointestinal sorunlar veya cerrahi geçmiş gibi faktörler değerlendirilir. Hemşireler, hastaların tıbbi geçmişini alarak, semptomları ve yaşam kalitesini etkileyen unsurları anlamalıdır. Ayrıca, uygun değerlendirme araçları kullanarak inkontinansın şiddetini belirlemeleri önemlidir.

Hemşirelik yaklaşımı, bireysel bir plan geliştirilmesini gerektirir. Bu plan, beslenme düzeninin gözden geçirilmesi, bağırsak alışkanlıklarının düzenlenmesi ve gerekiyorsa ilaç tedavisinin entegrasyonunu içerebilir. Ayrıca, hasta eğitimi ve destek gruplarına yönlendirme, hastaların durumlarını daha iyi yönetmelerine yardımcı olabilir. Hemşireler, bireylerin duygusal ihtiyaçlarına da dikkat ederek, empatik bir iletişim kurmalı ve hastaların bu hassas konuda kendilerini güvende hissetmelerini sağlamalıdır.

Sonuç olarak, fekal inkontinansın yönetimi, multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve hemşireler bu süreçte önemli bir rol oynar. Farkındalık artırma, eğitim ve destek sunma gibi temel görevleri ile hemşireler, hastaların yaşam kalitesini iyileştirmede kritik bir etki yaratabilir. Uygun hemşirelik müdahaleleri ile bireylerin bağırsak kontrolü sağlanarak, genel sağlık durumları olumlu yönde etkilenebilir.

Anahtar Kelimeler: Fekal inkontinans, hemşirelik yaklaşımı, hemşirelik

ABSTRACT

Faecal incontinence is a condition in which individuals lose control of their faeces and can lead to both physical and psychosocial problems. Management begins with identifying the causes of this condition; factors such as neurological diseases, gastrointestinal problems or surgical history are evaluated. Nurses should take the patients' medical history and understand the factors affecting symptoms and quality of life. It is also important to determine the severity of incontinence using appropriate assessment tools.

The nursing approach requires the development of an individualised plan. This plan may include a review of dietary patterns, regulation of bowel habits and integration of drug therapy if necessary. In addition, patient education and referral to support groups can help patients better manage their condition. Nurses should also pay attention to the emotional needs of individuals, establish empathic communication, and ensure that patients feel safe about this sensitive issue.

In conclusion, the management of faecal incontinence requires a multidisciplinary approach and nurses play an important role in this process. With their basic tasks such as raising awareness, providing education and support, nurses can have a critical impact on improving the quality of life of patients. With appropriate nursing interventions, individuals' bowel control can be provided and their general health status can be positively affected.

Keywords: Faecal incontinence, nursing approach, nursing

Önemli Noktalar

*Fekal inkontinans bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkiler.

*Yaşam tarzı düzenlemeleri yönetimde temel bir yaklaşımdır.

*Hemşirelik bakımı ve hasta eğitimi tedaviyi destekler.

¹Öğr. Gör. Ferhat DAŞBİLEK, Hemşirelik Esasları, Munzur Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ferhatdasbilek@munzur.edu.tr, ORCID: 0000-0001-6912-1773

²Hasan SAĞLAM, Hemşirelik Esasları, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları ABD Doktora Öğrencisi, hasansaglamhs@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-8307-6996

³Prof. Dr. Gülçin AVŞAR, Hemşirelik Esasları, Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, gulgcin-avsar@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-7155-4276

GİRİŞ

Fekal inkontinans (Fİ), dışkının sıvı ya da katı şekilde anüs yoluyla istemsiz olarak kaçırılması veya bağırsak içeriğinin boşaltımını kontrol edememe durumu olarak tanımlanmaktadır (1). Fekal inkontinans, anal sfinkterin kontrolünün kaybı vardır ve bu da dışkının zamansız salınmasına yol açmaktadır. Anal bölgedeki kötü hijyen, hemoroid, rektal prolapsus ve anal bölgedeki fistüller de fekal inkontinansa sebep olabilmektedir. Diğer yaygın nedenler arasında müshil kullanım alışkanlığı, enflamatuvar barsak hastalığı ve parazitik enfeksiyonlar yer almaktadır (2). Hastalığın ciddiyetine bağlı olarak, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen Fİ'nin görülme sıklığının %2 ve %20,7 arasında olduğu bildirilmektedir (3). Yetişkin kadınların yüzde dokuzu en az ayda bir Fİ atakları yaşamaktadır. Fekal inkontinans, yaşlı kadınlarda ve kronik barsak rahatsızlığı, diyabeti, obezitesi, önceden anal sfinkter yaralanması veya üriner inkontinansı olan bireylerde daha sıklıkla görülmektedir (4). Bununla birlikte müdahaleli doğum ve çok sayıda vajinal doğum yapmada Fİ için önemli risk faktörlerindendir. İsveç'te yapılan 20 yıllık bir kohort çalışmasında ikinci doğumunu da vajinal yoldan yapan kadınların ilkine göre anal sfinkter yaralanma oranlarının üç katına çıktığı bildirilmiştir (5).

Fekal inkontinans, bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde yıkıcı etkileri olan yaygın bir patolojik durumdur (6). Fekal inkontinansı olan bireyler bu durumu dile getirmede ve sağlık arayışına başvurmada çekince yaşamaktadırlar. Bu utanma duygusu aynı zamanda sosyal çevreden uzaklaşmalarına ve damgalanma endişesiyle sosyal izolasyona maruz kalmalarına neden olabilmektedir (7). Ev dışında gaita kaçırma korkusu ve ortaya çıkabilecek koku nedeniyle bireyler sürekli olarak ped ya da bez kullanmak zorunda kalabilmektedir (8). Bununla birlikte insan yaşamının önemli bir bileşeni olan cinsellikte Fİ nedeniyle olumsuz etkilenebilmektedir. Koku nedeniyle partnerine çekici gelmeme duygusu ve koitus sırasında gaita kaçırma

endişesiyle kadınlar cinsel yaşamlarına da ara verebilmektedir (9).

Son yıllardaki nüfustaki yaşlanma ve bireylerin yaşam kalitesini artırmayı daha fazla önemsemesi bu konudaki tedavi arayışlarını çeşitlendirmiştir (10). Uluslararası klinik rehberlerde ve kanıt temelli çalışmalarda Fİ de hem koruyucu hem de tedavi edici bir yaklaşım olarak ilk seçenek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sağlanması ve sürdürülmesi olmaktadır (11). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmanın temel amacı bireyin beslenme, sigara kullanımı ya da egzersiz yapma gibi alışkanlıklarının belirlenmesi Fİ'yi tetikleyen davranışların ortaya çıkarılması ve belirlenen riskli davranışların azaltılması hedeflenmektedir (12). Fekal inkontinans, sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak en yaygın kilo kontrolü ve obezitenin önlenmesi, sigara kullanılmaması, kafein tüketiminin sınırlandırılması, beslenmenin düzenlenmesi, konstipasyonun önlenmesi (lifli, vitamin ve mineralden zengin, antioksidan, yeterli sıvı alımı vb.), stres yönetimi ve fiziksel egzersiz/Pelvik taban kas egzersizleri yer almaktadır (13).

Fekal inkontinansın yönetiminde, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması büyük bir önem taşır ve bu süreçte sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir. Hemşireler ve diğer sağlık uzmanları, hastaların yaşam tarzlarını iyileştirmelerine yardımcı olacak rehberlik sunarak, doğru beslenme alışkanlıkları, düzenli egzersiz ve stres yönetimi gibi temel unsurları teşvik etmelidir. Ayrıca, bireylerin tedaviye uyumlarını artırabilmek için psikolojik destek sunmak ve sosyal izolasyonu engellemek, hastaların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlar. Sağlık profesyonelleri, kişiye özel eğitim ve destekle, bireylerin özgüvenlerini artırarak, onların daha aktif ve sağlıklı bir yaşam sürmelerine yardımcı olabilirler.

Fekal İnkontinans Yönetimi

Fekal inkontinansın sebebini anlamak bazen kolay iken (anatomik defekler gibi),

birden çok etkenin sebep olduğu durumlarda öncelik sırasını belirlemek güçtür (14). Hastanın değerlendirilmesinde; detaylı anamnez, anorektal muayene ve anorektal fizyolojik testler, radyolojik tetkikler ve kolonoskopi yapılması gerekmektedir (15). Akabinde hastaların sağlık yönetiminde ilk basamak uygun bir diyet ve düzenli bir defekasyon alışkanlığı kazandırılması olmalıdır. Defekasyon için yeterli zaman ayrılması, yeterli miktarda sıvı alınması ve aşırı ıkmından kaçınmak önemlidir. Bu nedenle davranış değişiklikleri önem arz etmektedir (16). Dışkı kıvamını optimize etmek, Fİ'nin tedavisinde önemli bir hedeftir (17). Çok sert dışkılar, eksik tahliyenin yanı sıra taşma Fİ'ye neden olabilir ve çok gevşek dışkılar, anorektuma iletilen fekal materyal boluslarının kontrol edilememesine neden olabilir (18). Hastanın barsak alışkanlıkları, sıvı ve yiyecek alımının izlenmesi ve defekasyona çıkma durumu değerlendirilmelidir (17,18). Fİ olan hastalarda dışkı kıvamını arttırmak için lifli ürünleri sınırlı miktarda su ile tüketmesi önerilir (19). Fekal inkontinans için önerilen ilk tedavi yöntemi biofeedback tedavidir. Bir manomerte probu veya EMG elektrodu anorektuma yerleştirilerek feedback oluşumunu sağlanır. Hastalarda rektal distansiyon hissi ve cevabı geliştirilmeye çalışılır (11,20). Biofeedback tedavinin amacı; anorektal duysal algılamayı artırmak, anal sfinkter kas gücünü geliştirmek ve gluteal, abdominal ve anal sfinkter kasları arasındaki koordinasyonu geliştirmektir (21). Çalışmalar Fİ de biofeedback tedavisinin anlamlı iyileşme sağlandığını göstermiştir. Yapılan bir çalışmada hastaların %83'ünde hayat kalitesinde iyileşme ve %75'inde semptomatik iyileşme olduğunu belirtilmiştir (22). Fİ tedavisinde bir diğer yöntem Pelvik Taban Kas Egzersizleri (PTKE) dir. Bu egzersizin amacı, pelvik taban kas kontraksiyon gücünü ve hacmini arttırmak, pelvik kasların dayanıklılık süresini arttırmak ve pelvik kasların koordinasyonunu sağlamaktır. PTKE düzenli olarak yapılmalıdır (23). Bartlet ve ark. (2011), çalışma sonucunda hızlı sıkma egzersizi ile uzun süreli standart sıkma egzersizinin

inkontinans ciddiyetini ve yaşam kalitesini anlamlı olarak etkilemediğini belirtmişlerdir. Randomize bir çalışmada, Fİ hastalarında PTKE uygulanan grupta hasta memnuniyetinin ve yaşam kalitesini iyileştirdiği gözlemlenmiştir (24). Mekanizmaları farklı pek çok ilaç Fİ tedavisi için önerilmiştir. Hidroklorid, loperamid veya difenoksilat/atropin sülfat gibi antidiyareik ilaçlar genellikle kullanılmaktadır (25). Yapılan bir çalışmada günde üç kez 4 mg loperamidin gaita sıklığını ve sıkışıklığını azalttığını ve anal istirahat sfinkter basıncını arttırdığı belirtilmiştir (26). Loperamid ile psyllium'u karşılaştıran randomize, çift kör, plasebo kontrollü bir çapraz çalışmada Fİ epizotlarının sıklığının azaldığını ve yaşam kalitesinin arttığını ve kabızlık oranlarının, psyllium'a (%10) kıyasla loperamid (%29) ile daha yüksek olduğu belirtilmiştir (21,26).

Fekal inkontinans olan hastaların değerlendirilmesinde hastanın ilaçlarının da gözden geçirilmesi gerekir. Çeşitli ilaçlar semptomların sıklığını ve şiddetini kötüleştirebilir. Nitratlar ve kalsiyum kanal blokerleri sfinkter tonusunu azaltabilirken, metformin ve bazı antasitler gevşek dışkıya neden olabilir. Kabızlık ve taşmaya bağlı Fİ olanlarda, aşırı düzeltmenin daha fazla dışkı kaybına neden olabileceği akılda tutularak, laksatiflerin ve lavmanların dikkatli kullanımı da düşünülebilir (27).

Fekal inkontinas tedavisinde noninvaziv yöntemler etkili olmadığında tercih edilecek en etkili tedavi yöntemi cerrahi tedavidir. Bu tedavi yönteminde başarı oranı sfinkter lezyonuna, Fİ' nin şiddetine ya da hastanın yaşına bağlıdır (28). Fİ tedavisinde en sık kullanılan cerrahi yöntemler sfinkteroplasti, anal kanal hacmi, postanal onarım, sakral sinir stimülasyonu ve dinamik grasiloplastidir. Anorektal cerrahiler, obsterik yaralanmalar ve travmaya bağlı eksternal sfinkter hasarı gelişebilir. Anal sfinkteroplasti kısa vadede semptomlarda düzelme sağlasa da nadiren tam kontinans restorasyonu sağlar (29). Cerrahi komplikasyonlar arasında yara açılması, sinir hasarı ve enfeksiyon yer alır (30). 900 hastayla yapılan 16 çalışmanın sistematik bir incelemesinin kanıtladığı gibi,

sfinkter onarımından sonra semptomlarda uzun süreli kötüleşme meydana geldiği belirtilmiştir (29). Anal kanal şişirme yöntemi anestezi olmadan ayakta tedavi ortamında uygulanabilir (31). Enjeksiyonlar, anal kanalı daha iyi kapatmak için anal yastıkların çevresinde birçok yere yerleştirilir. Karbon kaplı boncuklar, politetrafloroetilen, kollajen, otolog yağ ve hayvansal olmayan stabilize hyaluronik asit-dekstranomer dahil olmak üzere çok çeşitli maddeler kullanılmıştır (32). Birçok denemede, etki zamanla azaldığından ve uzun vadeli sonuçlar hakkında çok az şey bilindiğinden, bireyler tekrar enjeksiyona ihtiyaç duyar (33). Prospektif bir çalışma, takip süresi 21 ay olan 33 hasta analiz edilmiştir. Fİ semptomlarında iyileşme kaydedilmiş ancak hastalığa özgü yaşam kalitesinde herhangi bir iyileşme olmadığı belirtilmiştir (34). Postanal onarım yönteminde anorektal açığı restore edilerek anal kanalı uzatır. Daha çok anal sfinkteri güçsüz olan hastalarda uygulanır (32,33). Yapılan bir çalışmada postanal onarım sonrası total kontinansının sonlandığı belirtilmiştir (35). Sakral sinir stimülasyonu yöntemi ile S2, S3, S4 sakral foramenlere elektrodlar yerleştirilir ve abdominal duvara kalıcı stimulator yerleştirilir. Bu yöntemin uygulanabilmesi için anal sfinkterin sinir iletiminin yetersiz olması gerekir. Bu yöntemle tedavi edilen hastaların ortalama bir yıllık takipleri sonunda semptomlarında anlamlı iyileşme olduğu belirtilmiştir (29). Dinamik grasiloplasti yönteminde ise genellikle enfeksiyona bağlı olarak veya travma sonucu anal sfinkter kas kitlesini kaybetmiş olan hastalarda kullanılır (36). Doku ile dışkı pasajına doğal bir bariyer oluşturmak amacıyla uygulanır. Bu prosedür hastaya büyük rahatlama sağlasa da, önemli morbidite ile ilişkilendirilmiştir (17,20). Bu yöntemlerin yanı sıra Fİ'yi kontrol altına almak için rektuma foley kateter uygulaması ve emici inkontinans ürünleri/ diaperler uygulanabilir. Foley kateter anal sfinkterin kapanmasını sağlayarak feçesin dışarı sızmasını önler (37). Foley kateter yerine yerleştirildikten sonra kateter balonu şişirilmeli ve kateterin ucu bir drenaj torbası ile birleştirilmelidir. Balonun basıncı aralıklı olarak azaltılmalıdır aksi halde sfinkterlerde

nekroz görülebilir (38). Emici inkontinans ürünleri/diaperler ürünleri ise deriden feçesi emerek sızıntının dışarı kaçmasını önlemektedirler. Bu ürünlerin kullanımı deride, abrazyon ve enfeksiyonlara yol açabilir. Bu nedenle sık sık bu ürünler değiştirilmeli ve bakım dikkatli bir şekilde yapılmalıdır (39).

Fekal İnkontinansa Hemşirelik Yaklaşımı

Fekal inkontinans, bireylerin dışkı kontrolünü kaybetmesi durumudur ve genellikle sosyal izolasyon, kaygı ve yaşam kalitesinde düşüş ile ilişkilidir. Bu durum, yaşlılık, nörolojik hastalıklar veya cerrahi komplikasyonlar gibi birçok faktörden kaynaklanabilir. Hemşirelik bakımı, bu zorluğun yönetiminde kritik bir rol oynar; hem fiziksel hem de duygusal destek sunarak bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yardımcı olur (34).

İlk aşama, bireyin durumunun kapsamlı bir değerlendirmesidir. Hemşireler, hastanın tıbbi geçmişini, mevcut semptomlarını ve yaşam tarzını detaylı bir şekilde incelemelidir. Bu süreç, fekal inkontinansın altında yatan nedenlerin belirlenmesine yardımcı olur ve bireysel ihtiyaçlara uygun bir bakım planı oluşturulmasını sağlar. Ayrıca, bu aşamada hastanın psiko-sosyal durumu da göz önünde bulundurulmalıdır (38,39).

Bakım planı oluşturulurken, hastanın eğitimi büyük bir öneme sahiptir. Hemşireler, bireylere doğru beslenme alışkanlıkları kazandırmalı, lifli gıda alımını artırmalarını teşvik etmelidir. Aynı zamanda, düzenli tuvalet alışkanlıkları geliştirmeleri konusunda bilgilendirme yaparak, bağırsak sağlığını destekleyici stratejiler sunulmalıdır. Eğitim, hastanın durumuyla ilgili farkındalığını artırır ve öz bakım becerilerini geliştirmesine yardımcı olur (11,17,40). Cilt sağlığı, fekal inkontinansı olan bireylerde önemli bir sorun teşkil eder. Tahriş ve enfeksiyon riskini azaltmak için hijyen uygulamalarına dikkat edilmelidir. Hemşireler, hastalara düzenli temizlik önerilerinde bulunmalı, koruyucu kremler kullanmalarını sağlamalı ve uygun giyinme konusunda rehberlik etmelidir. Bu uygulamalar, cilt sağlığını korumanın yanı

sıra hastaların genel konforunu da artırır (18,19). Psiko-sosyal destek, fekal inkontinansla başa çıkmada önemli bir diğer bileşendir. Hemşireler, hastaların duygusal zorluklarını anlamalı ve bu konularda destek olmalıdır. Bireylerin kaygı ve stres düzeylerini azaltmak için grup terapileri veya bireysel danışmanlık gibi yöntemlerle destek sağlanabilir. Ayrıca, aile bireylerinin desteği de büyük önem taşır. Aile, hastanın tedavi sürecine dâhil edilerek, onların duygusal ihtiyaçlarını daha iyi anlamalarına ve destek olmalarına yardımcı olabilir. Aile üyeleriyle yapılacak eğitim ve rehberlik, hastaların özgüvenlerini artırarak sosyal yaşamlarına daha aktif katılımlarını teşvik eder. Aile desteği, yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda duygusal iyileşme sürecine de katkı sağlar, bu

da hastaların tedaviye uyumunu güçlendirir (21,24). İlaç ve medikal destek de fekal inkontinansın yönetiminde dikkate alınması gereken unsurlardır. Hemşireler, doktor önerisi doğrultusunda gerekli medikal tedavi yöntemlerini hastalara aktarmalı ve bu süreçte bilgilendirme yapmalıdır. Fekal inkontinansın yönetiminde pelvik taban egzersizleri, kasların güçlenmesini sağlayarak kontrolü artırır ve semptomların hafiflemesine yardımcı olur. Psikolojik destek veya terapi, Fİ yaşayan bireylerin duygusal iyileşmesini destekleyerek kaygı ve stresle başa çıkmalarına yardımcı olur, özgüvenlerini artırır ve yaşam kalitelerini yükseltir. İlaçların etkileri, yan etkileri ve kullanım talimatları hakkında hastayı bilgilendirmek, tedaviye uyumu artıracaktır (16,26).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Fekal inkontinans bireyin yaşamında fiziksel ve psikososyal olarak ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilenmektedir. Hemşireler Fİ yönünden risk durumunun belirlenmesi, sorunun erken dönemde tanımlanması ve tedavi sürecinin etkin olarak yürütülmesinde sorumluluklar üstlenmektedir. Sağlık bakım yöneticisi olarak hemşireler bu bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sorunlar ile baş etmesinde, yaşam şeklinin düzenlenmesinde, boşaltım alışkanlıklarının düzenlenmesinde danışmanlık, eğitim ve bakım rollerini bütüncül bir yaklaşımla sürdürmelidir.

Fekal inkontinans yönetiminde, hemşirelerin toplum temelli yaklaşımlar kullanarak bireyleri eğitmesi, erken tanı ve müdahale süreçlerini güçlendirirken,

toplumsal farkındalık oluşturulmasına da katkı sağlar.

Fekal inkontinans yönetiminde, hemşireler teknolojiyi kullanarak hastaların izlenmesini ve tedavi süreçlerinin daha etkili bir şekilde yönetilmesini sağlayabilirler. Örneğin, mobil sağlık uygulamaları ve uzaktan izleme sistemleri, hastaların günlük semptomlarını kaydetmelerine ve tedaviye uyumlarını takip etmelerine yardımcı olabilir. Ayrıca, eğitim videoları ve interaktif platformlar aracılığıyla, hastalar ve aileleri bu konuda daha fazla bilgi edinip, tedavi sürecine daha aktif katılım gösterebilirler. Teknolojinin bu şekilde kullanımı, hemşirelerin hasta bakımını kişiselleştirmesine ve sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmasına katkı sağlayabilir.

Araştırmanın Güçlü Yönleri

Bu derleme, fekal inkontinansın yönetiminde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hemşirelik yaklaşımını güncel klinik rehberler ve kanıt temelli çalışmalar ışığında bütüncül bir çerçevede ele almaktadır. Fekal

inkontinansın multifaktöriyel yapısı vurgulanmış, tanı ve tedavi sürecinde yaşam tarzı düzenlemeleri, hasta eğitimi ve hemşirelik bakımının önemi sistematik biçimde sunulmuştur. Çalışma, klinik uygulamada sağlık profesyonellerine yol

gösterici ve uygulanabilir öneriler sağlaması açısından literatüre katkı sunmaktadır.

Araştırmanın Zayıf Yönleri

Bu çalışma derleme niteliğinde olduğundan, sonuçlar birincil veri yerine mevcut literatüre dayanmaktadır. Dahil edilen çalışmaların yöntemsel farklılıkları ve kanıt düzeylerinin değişken olması, bazı bulguların genellenebilirliğini sınırlandırabilir. Bununla birlikte, güncel ve güvenilir kaynaklara odaklanılarak bu sınırlılıkların etkisi azaltılmaya çalışılmıştır.

Yazarların katkıları

Bu derleme çalışmasına F.D. kavramsallaştırma, literatür taraması, veri toplama ve özgün taslak yazımı aşamalarında; H.S. metodoloji, biçimsel

analiz ile yazının gözden geçirilmesi ve düzenlenmesi süreçlerinde; G.A. ise çalışmanın denetimi ile eleştirel değerlendirme ve yazının son hâlinin oluşturulmasına katkı sağlamıştır.

Etik onay ve katılım onayı

Bu çalışma derleme niteliğinde olup, insan veya hayvan denekler üzerinde herhangi bir müdahale içermemektedir. Bu nedenle etik kurul onayı ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmasına gerek duyulmamıştır.

Çıkar Çatışmaları

Yazarlar, bu makalenin yayınlanmasıyla ilgili herhangi bir çıkar çatışması bulunmadığını beyan etmektedirler.

KAYNAKLAR

1. Grossi U, De Simone V, Parelo A, Litta F, Donisi L, Di Tanna GL, et al. Gatekeeper improves voluntary contractility in patients with fecal incontinence. *Surg Innov*. 2019;26(3):321–7. doi:10.1177/1553350619832935.
2. Shah R, Villanueva Herrero JA. Fecal incontinence. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
3. Faecal incontinence. *Nat Rev Dis Primers*. 2022;8(1):54. doi:10.1038/s41572-022-00388-0.
4. Brown HW, Dyer KY, Rogers RG. Management of fecal incontinence. *Obstet Gynecol*. 2020;136(4):811–22. doi:10.1097/AOG.0000000000004054.
5. López-López AI, Sanz-Valero J, Gómez-Pérez L, Pastor-Valero M. Pelvic floor: vaginal or caesarean delivery? A review of systematic reviews. *Int Urogynecol J*. 2021;32(7):1663–73. doi:10.1007/s00192-020-04550-8.
6. Brusciano L, Gambardella C, Gualtieri G, Terracciano G, Tolone S, Schiano di Visconte M, et al. Effects of extracorporeal magnetic stimulation in fecal incontinence. *Open Med (Wars)*. 2020;15:57–64. doi:10.1515/med-2020-0009.
7. Mama ST, Chandra Regmi M. Pelvic floor disorders/obstetric fistula. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2022;49(4):735–49. doi:10.1016/j.ogc.2022.08.001.
8. Frank C, Molnar F, Spencer M. Fecal incontinence in older adults. *Can Fam Physician*. 2020;66(4):264.
9. Wu JM, Matthews CA, Vaughan CP, Markland AD. Urinary, fecal, and dual incontinence in older US adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(5):947–53.
10. Bulut T. Fekal inkontinans. In: Menteş B, Bulut T, Alabaz Ö, Lenetoğlu S, eds. *Anorektal Bölgenin Selim Hastalıkları*. Ankara: Miki Matbaacılık Bas. Yay. Ltd. Şti; 2011. p.187.
11. Lewicky-Gaupp C, Hamilton Q, Ashton-Miller J, Huebner M, DeLancey JO, Fenner DE. Anal sphincter structure and function relationships in aging and fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200:559.e1–5.
12. Findlay J, Maxwell-Armstrong C. Current issues in the management of adult faecal incontinence. *Br J Hosp Med*. 2010;71:335–9.
13. Bliss DZ, Savik K, Jung HJ, Whitebird R, Lowry A, Sheng X. Dietary fiber supplementation for fecal incontinence: a randomized clinical trial. *Res Nurs Health*. 2014;37:367–78.
14. Wang JY, Abbas MA. Current management of fecal incontinence. *Perm J*. 2013;17(3):65–73.
15. Lacima G, Pera M, Amador A, Escaramis G, Piqué JM. Long-term results of biofeedback treatment for faecal incontinence: a comparative study with untreated controls. *Colorectal Dis*. 2010;12(8):742–9.
16. Whitehead WE, Rao SSC, Lowry A, Nagle D, Varma M, Bitar KN. Treatment of fecal incontinence: state of the science summary for the NIDDK workshop. *Am J Gastroenterol*. 2015;110:138–47.
17. Cichowski SB, Dunivan GC, Rogers RG, Murrieta AM, Komesu YM. Standard compared with mnemonic counseling for fecal incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2015;125:1063–70.
18. Markland AD, Burgio KL, Whitehead WE, Richter HE, Wilcox CM, Redden DT. Loperamide versus psyllium fiber for treatment of fecal incontinence: FIRM trial. *Dis Colon Rectum*. 2015;58:983–93. doi:10.1097/DCR.0000000000000423.
19. Fattorini E, Brusa T, Gingert C, Hieber SE, Leung V, Osmani B, et al. Artificial muscle devices: innovations and prospects for fecal incontinence treatment. *Ann Biomed Eng*. 2016;44(5):1355–69. doi:10.1007/s10439-016-1632-4.
20. Assmann SL, Keszthelyi D, Kleijnen J, Anastasiou F, Bradshaw E, Brannigan AE, et al. Guideline for the diagnosis and treatment of faecal incontinence. *United European Gastroenterol J*. 2022;10(3):251–86.
21. Glasgow SC, Lowry AC. Long-term outcomes of anal sphincter repair for fecal incontinence: a systematic review. *Dis Colon Rectum*. 2012;55(4):482–90.

22. Bartlett L, Sloots K, Nowak M, Ho YH. Biofeedback for fecal incontinence: a randomized study. *Dis Colon Rectum*. 2011;54(7):846–56. doi:10.1007/DCR.0b013e31821a2459.
23. Bravo Gutierrez A, Madoff RD, Lowry AC, Parker SC, Buie WD, Baxter NN. Long-term results of anterior sphincteroplasty. *Dis Colon Rectum*. 2004;47(5):727–32.
24. Graf W, Mellgren A, Matzel KE, Hull T, Johansson C, Bernstein M. Efficacy of dextranomer in stabilised hyaluronic acid. *Lancet*. 2011;377:997–1003. doi:10.1016/S0140-6736(10)62309-4.
25. Mellgren A, Matzel KE, Pollack J, Hull T, Bernstein M, Graf W. Long-term efficacy of NASHA Dx injection therapy. *Neurogastroenterol Motil*. 2014;24:1087–94. doi:10.1111/nmo.12365.
26. Altomare DF, La Torre F, Rinaldi M, Binda GA, Pescatori M. Carbon-coated microbeads anal injection. *Dis Colon Rectum*. 2008;51(4):432–5.
27. Khanduja KS, Padmanabhan A, Kerner BA, Wise WE, Aguilar PS. Reconstruction of rectovaginal fistula. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:1432–7.
28. Malouf AJ, Norton CS, Engel AF, Nicholls RJ, Kamm MA. Long-term results of overlapping anterior anal-sphincter repair. *Lancet*. 2000;355:260–5.
29. Tjandra JJ, Dykes SL, Kumar RR, Ellis CN, Gregorcyk SG, Hyman NH, et al. Practice parameters for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2007;50:1497–507.
30. Grigorescu BA, Lazarou G, Olson TR, Downie SA, Powers K, Greston WM, et al. Innervation of the levator ani muscles. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19:107–16.
31. George AT, Kalmar K, Sala S, Kopanakis K, Panarese A, Dudding TC. Posterior tibial nerve stimulation in faecal incontinence. *Br J Surg*. 2013;100:330–8.
32. Denat Y, Khorshid L. Fekal inkontinansın bakımı ve bakımda kullanılan ürünler. *Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg*. 2009;12(2):94–103.
33. Beguin AM, Malaquin-Pavan E, Guihaire C, Hallet-Lezy AM, Souchon S, Homann V, et al. Improving diaper design. *BMC Geriatr*. 2010;10:86.
34. Watterworth B, Ryzevski J. Managing fecal incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2005;32(4):217–8.
35. Price R, Bradley R. Assessing and treating faecal incontinence. *Nurs Older People*. 2013;25(7):16–23.
36. Avşar P, Karadağ A. İnkontinansa bağlı dermatit: değerlendirme, önleme ve tedavi. *Hacettepe Üniv Hemşirelik Fak Derg*. 2018;5(1):69–77.
37. Newman DK, Fader M, Bliss DZ. Managing incontinence using technology. *Nurs Res*. 2021;70(1):3–10. doi:10.1097/NNR.0000000000000478.
38. Beeckman D, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S. Incontinence-associated dermatitis and pressure ulcer development. *J Adv Nurs*. 2014;70(10):2223–36. doi:10.1111/jan.12393.
39. Rao SSC, Bharucha AE, Chiarioni G, Felt-Bersma R, Knowles C, Malcolm A, et al. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1430–42.e4. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.009.
40. Bliss DZ, Fischer LR, Savik K, Avery M, Mark P, O'Connor M. Severity of fecal incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2020;47(1):57–64. doi:10.1097/WON.0000000000000606.