



## Fekal İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı

### Fecal Incontinence and Nursing Approach

Büşra Yılmaz<sup>1</sup>, Ergül Aslan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fak. Kadın Sağ. ve Hast. Hem. ABD, İstanbul, Türkiye.

#### Özet

Fekal inkontinans (Fİ), katı veya sıvı haldeki feçesin istemsiz kaçırılmasıdır. Dünya’da milyonlarca kadını etkileyen Fİ bireyi yalnızca fiziksel olarak değil, aynı zamanda sosyal, psikolojik ve ekonomik olarak da olumsuz etkileyen patolojik bir durumdur. Fekal inkontinans, birey için açıklanması güç, utanç verici bir durum olarak görülebilmektedir. Bireyler sık sık tuvalete gitme korkuları olduğundan oldukça kısıtlı bir sosyal hayat yaşar. Fekal inkontinanslı bireyler sosyal izolasyon yaşar. Fekal inkontinans toplumda bir tabu olarak görülmesi sebebiyle sorunun saptanması ve değerlendirilmesinde hemşirelere önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir. Literatürde fekal inkontinansın tanı ve tedavi yöntemleri ile ilgili birçok kaynak bulunmaktadır. Bu derlemenin amacı, fekal inkontinansın nedenlerini, risk faktörlerini, güncel tanı ve tedavi yöntemlerini incelemek ve hastalığın tedavisinde her aşamasında aktif rol alan hemşirelerin sorumluluklarını ve rollerini belirtmektir.

**Anahtar kelimeler:** Fekal İnkontinans, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik Bakımı

#### Abstract

Fecal incontinence (FI), involuntary loss of feces state solid or liquid. Fecal incontinence, which affects millions of women worldwide, is a pathological condition that not only affects the individual physically but also affects both socially, psychologically and economically. Individuals with fecal incontinence live in social isolation. The actual prevalence of the disease is not known definitely because individuals with the disorder do not express it because of their feelings of embarrassment. It is difficult for the individuals with the disease to express the complaints of fecal incontinence because of their feelings of embarrassment and frustration. Due to the fact that fecal incontinence is seen as a taboo in the society, important roles and responsibilities fall on nurses in identifying and evaluating the problem. The aim of this review is to investigate the causes of fecal incontinence, risk factors, current diagnosis and identify the responsibilities and roles of nurses who take active roles at every stage of treatment of the disease.

**Key words:** Fecal Incontinence, Quality Of Life, Nursing Care

#### Giriş

Anorektal inkontinans semptomlarından olan Fİ katı veya sıvı haldeki gaitanın istemsiz kaçırılmasıdır. Anal fonksiyonlarla ilgili literatürde yer alan diğer tanımlar şunlardır: Flatus; bireyin istemsiz gaz kaçırmayı, koital fekal inkontinans; cinsel birleşme sırasında feçesin istemsiz kaçırılması, noktural defekasyon; defekasyon şikayetleri sebebiyle uykunun bir veya daha fazla kez kesintiye uğraması, fekal (rektal) aciliyet; ertelemesi güç, aniden gelen defekasyon ihtiyacını ifade etmektedir. Fekal inkontinansın prevalansının belirlenebilmesi ve bireye özgü nitelikli bakımın sunulabilmesi için ortak tıbbi terminolojinin kullanılması önemlidir (1).

Fekal inkontinansın nedenleri incelendiğinde anorektal kaslarda his kaybı, pelvik taban kas gücünde azalma, nörolojik hastalıklar, konstipasyon ve fekal tıkaç oluşumunun rol aldığı görülmektedir (2). Fekal inkontinansın zihinsel yetisi zayıflamış, fiziksel ve mental bozukluğu olan ve çok sayıda zor doğum yapmış bireylerde daha sık görüldüğü belirtilmektedir (2). Fekal inkontinanslı bireylerde her ne kadar anal sfinkter yaralanma riski olsa da Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Derneği (American College of

Obstetrics and Gynecologists) birincil öneri olarak sezaryen doğumların seçilmesini önermemektedir, ancak Fİ şikayeti olan kadınlarda planlanması gereken doğum şekliyle ilgili net bilgi bulunmamaktadır (3).

Fekal inkontinansın görülme sıklığı konusunda kesin bir veri bulunmamaktadır (4). Farklı ülkelerde yapılan prevalans çalışmalarında, toplum içinde Fİ %1.4–12.7 arasında iken bu oran, geriatri kliniklerinde %50 civarındadır (5-8). Sıklık oranları arasındaki farklılık, inkontinansın farklı tanımlanması ve verilerin işlenmesindeki farklı metodların bulunması, bireylerin geriatrik olması ve yarısından fazlasının şikayetlerini dile getirmekten çekinmelerinden kaynaklanmaktadır (9).

İngiltere’de yayınlanan klinik uygulama rehberinde fekal inkontinansın üriner inkontinansa göre daha utanç verici bir duygu uyandırdığı ifade edilmiştir (10, 11). Fekal inkontinanslı olan bireyler kötü koktuklarını düşündüklerinden topluma açık alanlara çıkmaktan utanabilir ve bu durum da sosyal izolasyona neden olabilir. İlçe (2011)’nin yaşlılarda Fİ varlığının belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada bireylerin yaklaşık 1/5’inin Fİ nedeni ile evden dışarı çıkma korkusu

olduğu, bu nedenle ertelediği ya da yapamadığı aktivitelerinin olduğu bildirilmiştir (12). Bu sorunla başa çıkmak zorunda olan bireylerin depresyon ve anksiyete puanlarının da yüksek olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (11).

Fekal inkontinans hem topluma hem de bireye tanı tedavi işlemlerinde ve kontinans destek ürünlerini sağlamada ekonomik yük getirmektedir. Kanada'da yılda 4 milyar dolar üriner ve Fİ ile ilgili harcamalar olduğu bildirilmiştir (13). Amerika'da ise fekal inkontinansı olan hastalar için fekal inkontinansı olmayan hastalara göre hasta başına yılda ortalama 2.897 dolar daha fazla sağlık harcaması yapıldığı belirtilmiştir (14).

Fekal inkontinansta üriner sistem enfeksiyonları, basınç ülseri ve sekonder dermal enfeksiyon risk yüksektir. Bu sorunlar hastanın tüm sağlığını olumsuz etkilemekle kalmaz aynı zamanda hastanede kalış süresinin artmasına, dolayısıyla da mali yükün artmasına neden olur (15). Görüldüğü gibi Fİ olan birey pek çok potansiyel tehlike ve sorun ile karşı karşıyadır. Bu komplikasyonları önlemek, bireysel konforu sağlamak ve sorunlara çözüm bulmak için klinik rehberler doğrultusunda kapsamlı bir hemşirelik bakımına ihtiyaç vardır (16).

### Fekal İnkontinansın Değerlendirilmesi

Anatomik defektler ve bazı hastalıkların seyrinde Fİ'nin sebebini anlamak kolay iken birden çok etkenin olduğu durumlarda hangisinin öncelikli olduğunun açığa çıkarılması güçtür. Bu sebeple fekal inkontinansa yol açan faktörleri bilmek ve doğru metotlarla ayırıcı tanı yapmak tedavi öncesi önemli bir aşamadır (17). Hastanın değerlendirilmesinde ayrıntılı anamnez, fizik, nörolojik ve anorektal muayene, kolonoskopi, radyolojik tetkikler ve anorektal fizyolojik testlerin yapılması gerekmektedir (18). Fekal inkontinansın değerlendirilmesine ilişkin bilgiler Tablo 1' de verilmiştir.

### Fekal İnkontinans Tedavi Yöntemleri

Fekal inkontinansta tedavi nedene yöneliktir. Son yıllarda tedavi için çok sayıda yeni yöntem uygulamaya girmiş ancak bir kısmının etkinlik düzeyi henüz klinik araştırma aşamasındadır. Tedavide amaç hastanın kontinansını sağlayarak yaşam kalitesini artırmaktır. Bu amaca yönelik birçok yöntem bulunmaktadır. Başlıca tedavi yöntemleri:

**1. Destekleyici Bakım ve Girişimler:** Fekal inkontinansın tedavisinde farmakolojik olmayan birçok girişim mevcuttur. Bunlardan bazıları eğitim/danışma/davranış tedavisi, kafein ve nikotin alımının azaltılması, diyet (fiber, laktoz, fruktoz), anal hijyen ve cilt bakımındır (7).

**Eğitim/Danışma / Davranış tedavisi:** Fekal inkontinanslı bireylerin çoğu bağırsakların nasıl çalıştığını ve bağırsak fonksiyonunu bilmemektedir. Bu durum bireylerin bağırsak boşaltım düzenini etkilemekte ve yaşam tarzı değişikliği gerekliliğini fark etmede sorun oluşturmaktadır. Bu sebeple sağlık bakım çalışanları fekal inkontinanslı bireylere düzenli tuvalet alışkanlığı kazandırma konusunda destek olmalıdır (1).

**Kilo verme:** Obezite ile Fİ arasında kesin ilişki görülmemekle birlikte obezite Fİ için risk faktörüdür (16). Burgio ve ark. (2007)'nin çalışmasında laporoskopik kilo verme cerrahisi geçiren kadınlarda cerrahi sonrası üriner ve Fİ prevalansında azalma olduğu görülmüştür (19).

**Sigarayı bırakma:** Nikotinin gaitanın rekto-sigmoid kolondan gaitanın geçişini hızlandırdığı ve distal kolon motilitatesini bozduğu düşünülmektedir (16). Townsend ve ark. (2013)'nin yaptığı çalışmada sigara içme, yüksek beden kitle indeksi ve yeterli fiziksel aktivite yapılmamasının Fİ'nin risk faktörlerinden olduğu belirtilmiştir (20).

**Diyet düzenlemesi:** Diyare sebebiyle Fİ varlığında diyetle öncelikle hastanın diyareye neden olan ve inkontinans ataklarını artıran baharatlı, yağlı yiyeceklerden uzak durması sağlanmalıdır. Bunun yanı sıra lifli gıda alımının artırılması ve psillium (sinirli ot) ürünlerinin de faydalı olabileceği belirtilmektedir (17). Hansel ve ark. (2006) Fİ'li bireylerin semptomlarla başetmede başvurdukları diyet değişikliği stratejilerini değerlendirdikleri çalışmada kadınların birçoğunun kızarmış veya baharatlı besinler, kafeinli içecekler ve çikolata gibi besinlerden uzak durduğu, evden dışarı çıkacakları zamanlarda ise besin alımını azalttıkları belirlenmiştir. Kadınların bir kısmının ise deneme yanılma yoluyla bulduğu Fİ sıklığını azalttığı düşünülen laktoz, früktoz içeren besinlerin alımını artırdığı görülmüştür. (21).

**Anal hijyen ve cilt bakımı:** Bireyin Fİ sebebiyle sürekli ıslak olması, kötü kokması, genel vücut hijyenini

**Tablo 1.** Fekal inkontinansın değerlendirilmesi

Hastanın yakınmaları	
Anamnez ve Muayene	-Çamaşırdaki kirlenme ve ped kullanma durumu -Obstetrik ve jinekolojik öykü -Defekasyon alışkanlıkları sorulur -Yaşam kalitesine etkisini değerlendiren ölçeklerden yararlanılır (6).
Anorektal Manometre	-Anal sfinkter fonksiyonunun kantitatif ölçümünü sağlar (6, 10).
Anal Kanal Görüntüleme Yöntemleri	Anal Endosonografi -Anal sfinkter morfolojisini incelemede kullanılır (18, 19).
	Defekografi -Rektum içine verilen yarı katı kontrast madde ile anorektal açı, dinlenim ve valsalva sırasında pelvik tabanın pozisyonu, rektosel ve rektal içeriği boşaltma fonksiyonu değerlendirilir (17).
	Manyetik Rezonans Görüntüleme ve Bilgisayarlı Tomografi -MRI anal sfinkterleri ve pelvik taban hareketlerini radyasyonsuz olarak gerçek zamanlı gösteren tek yöntemdir (6).

devam ettirmemesi bu durumdan utanmasına ve sosyal izolasyon yaşamasına sebep olacağından yaşam kalitesi azalabilmektedir (11). Bunun yanı sıra fekal inkontinansa bağlı oluşan dermatit, deri enfeksiyonuna yatkınlığa ve basınç ülseri gibi dermatolojik sorunlara sebep olur. Bu sebeple fekal inkontinanstaki anal hijyenin ve cilt bakımının sürdürülmesi önemlidir (15).

**2. Farmakolojik Tedavi:** Farmakolojik tedavide genellikle loperamid hidroklorid veya difenoksilat/atropin sülfat gibi antidiyare ilaçları kullanılır (22, 23). Markland ve ark. (2015)'nin loperamid ve psillium'un Fİ üzerine etkinliklerini karşılaştırmak üzere yaptıkları çift kör randomize kontrollü çalışmada katılımcılara dört hafta boyunca loperamid ve psillium verilmiş, her iki grupta da loperamid ve psilliumun Fİ ataklarını ve şiddetini azalttığı, yaşam kalitesini artırdığı sonucuna varılmıştır (24).

**3. Biofeedback Tedavisi:** Ucuz, az riskli, çoğu hastada kolay tolere edilebilen bir tedavi yöntemidir. Biofeedback uzman gözetiminde, pelvik taban kasları ve anal sfinkterlerin çalıştırılması, abdominal, gluteal ve anal sfinkter kaslarının koordinasyonun geliştirilmesi ve anorektal duyuşal algının artırılması amacı ile planlanır (25). Biofeedback probu anal kanal ve rektum içine yerleştirilir. Hastanın kendi kendine sfinkterini sıkma-gevşetme egzersizleri şeklinde çalışması istenir. Uygulamaya her gün veya haftada iki gün olmak üzere 10 seans devam edilir. Sonunda şikayetleri tekrar değerlendirilir (17). Başarı oranı %38-100 arasında olan biofeedback tedavisinin özellikle sfinkter tonüsünün zayıflığına bağlı Fİ'nin tedavisinde güvenli ve etkin bir seçenek olduğu Amerikan Gastroenteroloji Birliği (American Gastroenterological Association) tarafından da kabul edilmiştir (3). Cochrane derlemesinde 1525 katılımcı bulunan 21 çalışma gözden geçirilmiş, tek başına egzersize kıyasla biofeedback ile birlikte egzersizin daha etkili olduğu bulunmuştur (26).

**Pelvik Taban Kas Egzersizleri (PTKE):** Literatürde biofeedback tedavisinin en basit kullanımı olan pelvik taban kas egzersizleri ile Fİ tedavisinde anlamlı iyileşme sağlandığını gösteren birçok çalışma vardır (27,28). Egzersizin amacı, pelvik taban kas volümünü ve gücünü artırmaktır. Bu egzersizler her gün düzenli olarak ve eşit gevşeme aralıklarıyla 5-10 saniye süreli kontraksiyon şeklinde, günde 300-400'e kadar yapılır (23, 29).

**4. Elektrostimülasyon (Sakral Sinir Stimülasyonu):** Son 20 yıldır Fİ tedavisinde oldukça yaygın kullanılan bir yöntemdir. Tedavide amaç kontinans mekanizmasını kontrol eden sakral spinal sinirlerin stimüle edilmesidir (30). Kontinans sağlayan motor ve duyuşal nöronları taşıyan pudendal sinir ve sakral lifler S2-4 den kaynaklanan sakral pleksustan köken alır. S2, S3 veya S4 köklerinden birine takılan tel şeklindeki bir elektrot ile sistemin stimüle edilmesi amaçlanır. İşlemin etkinliğinin belirlenmesi için önce 1-3 hafta süre ile geçici eksternal stimülasyon uygulanır. Eğer 2-3 haftalık test döneminde tatmin edici kontinans sağlanırsa, kalıcı elektrotlar yerleştirilir ve nörostimülatör implante edilir. Elektrostimülasyon için iki değişik yöntem mevcuttur:

Direk nöral stimülasyon ve intramüsküler stimülasyon. Direk nöral stimülasyon daha etkili olmasına karşın daha güç bir işlem olması ve elektrodun yerinden kayması gibi sorunlar nedeniyle intramüsküler stimülasyon tercih edilmektedir (17, 29). Elektrostimülasyonun Fİ tedavisindeki etkinliğini değerlendirmek üzere birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmaların çoğunda Fİ belirtileri azalmıştır (30-32).

**5. Cerrahi Yöntemler:** Fekal inkontinanstaki cerrahi tedavi medikal tedaviye yanıt vermeyen veya anatomik defekti kanıtlanmış hastalara uygulanmaktadır. Bu tedavi yöntemi fekal inkontinansın şiddetine, sfinkter lezyonuna ya da hastanın yaşına bağlıdır (33). Ciddi Fİ'yi olan hastalar için hastanın kendi anal sfinkteri gibi çalışmak üzere dizayn edilmiş artifisyel anal sfinkter kullanılmaktadır (11). Obstetrik yaralanmaya bağlı sfinkter defektlerinde de en sık kullanılan yöntem anterior sfinkteroplastidir (33).

**Grasilis kası transpozisyonu:** Grasilis kası bir neosfinkter olarak kullanılmak için ideal yerleşimdedir. Grasilis kası hızlı cevaplı tip II iskelet kasıdır, bu nedenle çabuk yorulur. 1981'de düşüş akımlı kronik elektrostimülasyon ile bu kasın yavaş kasılan ve yorulmaya dirençli hale gelebileceğini gösterilmiştir (35). Ameliyatta anüs etrafına sarılan kasın tendonu iskiyal tuberositas'a dikilir. Daha sonra stimülatör cilt altına yerleştirilir, elektrotlar da kasın proksimal bölümüne konur ve stimülasyon sağlanır (35).

**Kolostomi:** Sfinkter koruyucu tedavi yöntemleri başarılı olamayan, radyasyon almış ve ciddi komorbiditeleri olan hastalar için kalıcı ostomi iyi bir alternatiftir (36). Ostomi ile anlamlı semptomatik iyileşme sağlanmaktadır. Kaçırma endişesi olmayan hasta daha özgür olur ve daha iyi bir yaşam sürer. Kolostomi kapsamlı bir danışmanlık ve hemşirelik bakımı gerekmektedir (37, 38).

#### 6. Değişen Yeni Yaklaşımlar ve Teknolojiler:

**Bulking ajanları:** Perianal bulking ajanları, anal basıncı güçlendirmek ve böylece gaz veya gaitanın farkında olunmadan kaçırıldığı durumları iyileştirmek için kullanılmaktadır. Maeda ve ark. (2010)'nin 382 katılımcının bulunduğu beş randomize kontrollü çalışmanın gözden geçirildiği Cochrane derlemesinde; bu hedefe yönelik hazırlanan çalışmaların sınırlı olduğu, aracın yerleştirileceği yer ve kullanılacak materyalle ilgili bilgiye ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (39).

**Neosfinkter:** Medikal tedaviye yanıt vermeyen olgularda cerrahide ilk seçenek sfinkter onarımlarıdır. Sfinkterlerin tamamen hasarlı olduğu ve hiçbir tedaviye cevap vermeyen olgularda artifisyel anal sfinkter son seçenek olarak uygulanır. Kullanıma henüz yeni giren cihazlarla ilgili çalışmalar literatürde az olup, manyetik sfinkterle umut verici veriler yayınlanmaktadır (40).

**Gatekeeper:** Çeşitli enjektabl hacim artırıcı ajanlar Fİ tedavisinde kullanılmıştır (41). Portilla ve ark. (2017)'nin çalışmasında Gatekeeper sonrası yedi hastanın birinci, üçüncü ve on ikinci aylarda yaşam kalitesi, defekasyon sıklıkları incelenmiş, sonuçta yaşam kalitesinin iyileştiği ve defekasyon sıklığının azaldığı bulunmuştur (42).

**Geko:** Hastanın bireysel kullanımı için tasarlanmış,

transkütanöz posterior tibial sinir stimülasyonu için kendinden yapışkanlı, tek kullanımlık, pille çalışan bir yama cihazıdır. Geko Fİ tedavisinde sakral sinir stimülasyonu için teknoloji oluşturmuştur. Çalışmalar, perkütan posterior tibial sinir stimülasyonunun transkütanöz bir yaklaşımdan daha etkili olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, hastaların evde kendi kendine tedavi uygulamasının, 12 hafta boyunca her hafta hastaneye gitmesinden daha faydalı olacağı bildirilmiştir. Ayrıca Geko, sağlık bakım yükü ve hastaya maliyetler açısından da ekonomiktir (10).

**Feniks:** Fİ için manyetik bir sfinkter olan Feniks yapay sfinkterlere bir alternatiftir. Cihaz anal sfinkterin etrafına yerleştirilir ve sfinkteri güçlendirmek için titanyum boncukların bir halkasından oluşur. Boncukların manyetik çekirdekleri vardır, kapalı olduğunda Feniks gaitanın istemsiz geçişini azaltır veya durdurur. Anal kanalda yeterli basınç olduğunda gaitanın geçişine izin verilir. İşlem tek bir kesi gerektirir ve yaklaşık bir saat içinde yapılabilir (10).

**Topas:** Zayıflamış pelvik taban kaslarına destek sağlayan ve böylelikle bağırsakta kontinansı koruyan bir transobturator sentetik örgü askısıdır. Birçok hekime göre Fİ tedavisinde iyi bir alternatif yöntem olan Topas, pelvik organ prolapsusları ve cerrahisi için de umut vericidir (10).

#### **Fekal İnkontinansta Hemşirelik Yaklaşımı**

Fekal inkontinans nedeniyle başvuran hastalarda detaylı anamnez, genel muayene, anorektal muayene, mental durum değerlendirilmesi ve tanı testleri ile temel tıbbi değerlendirme yapılmalıdır. İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence NICE 2007) bu değerlendirmenin uzmanlaşmış klinik hemşireler tarafından yapılabileceğini ifade etmiştir (43). Royal Hemşirelik Yüksekokulu (Royal College of Nursing-RCN 2012) bu alanda uzmanlaşmış hemşirelerin, onamı alınan hastalara fekal inkontinansı değerlendirmek için dijital rektal muayene yapmalarının uygun olduğunu belirtmiştir (44).

Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society-ICS) de bu alanda çalışacak hemşirelerin yetiştirilmesi, desteklenmesi ve inkontinanslı bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması için bakımın desteklenmesine ağırlık verilmesi gerektiğine dikkat çekmiştir. Yapılan çalışmaların büyük bölümü üriner inkontinans alanında olup, Fİ konusunda çalışmalar devam etmektedir. Fekal inkontinans konusu daha ağırlıklı olarak geriatri hemşireliği alanında yer almaktadır (16).

Fekal inkontinans doğru tanılama ve iyi bir tıbbi yaklaşımla tedavi edilebilir bir durumdur. Fekal inkontinans bir tanıdan çok semptom olarak değerlendirilmektedir. Durumun araştırılması ve tedavisinde birçok seçenek vardır. Değerlendirme ve tedaviye ilişkin kılavuzlar olmasına rağmen bu bireylere hizmet sağlamakta ciddi eksiklikler bulunmaktadır. Dünyada ve ülkemizde üriner inkontinans tanı ve tedavilerinin birçoğunda ürojinekoloji alanında uzmanlaşmış hemşireler aktif rol almaktadır. Oysa Fİ, sorunu olan birey tarafından ifade edilmediğinde sorulmamakta dolayısıyla tanı, tedavi ve bakımı yeterince yapılamamaktadır (27).

Fekal inkontinansın sebep olduğu en yaygın sorunlardan biri dermatit oluşumudur. Deride dışkı temasına bağlı olarak gelişen dermatit bireyin yaşam kalitesini ve sağlığını olumsuz etkilemenin yanı sıra ekonomik kayba ve iş gücü kayıplarına neden olur. Fekal inkontinansa bağlı oluşan dermatit, hemşirenin başa çıkması ve yönetimi konusunda büyük sorumluluklara sahip olduğu bir sorundur. Fekal inkontinansı doğru yönetmek ve yapılandırılmış standart bir deri bakımı uygulamak, dermatitin önlenmesi ve tedavisinde anahtar girişimlerdir. Dermatitin önlenmesi ve tedavisinde uygulanacak hemşirelik bakımında protokollerden ve klinik uygulama rehberlerinden faydalanılmalıdır (45).

Yaşam kalitesinin en önemli bileşenlerinden olan cinsellik de Fİ'ta olumsuz etkilenir. Fekal inkontinans yaşayan kadınların koku nedeniyle endişe duymaları, sürekli ped/bez kullanma zorunluluğu, koitus sırasında dışkı veya gaz kaçırma korkusu, eşinin tepkileri ve çekiciliğin azaldığı düşünceleri cinsel yaşamlarını olumsuz etkiler. Bu da farklı tiplerdeki cinsel işlev bozukluğuna sebep olur (46). Bunun için hemşire hastalarla iletişimde sade, açık anlaşılır bir dil kullanmalı, hastaları konuşmaya teşvik etmeli, riskleri belirlemelidir. Bu nedenle ayrıntılı bir cinsel anamnez alınmalıdır. Bu durumda hemşire danışmanlık ve eğitici rollerini kullanmalıdır. Hemşire kadında cinsel işlev bozukluğu olup olmadığını, ruhsal durumunu ve yaşam kalitesini değerlendirmelidir (47). Değerlendirmede geçerlilik/güvenirlik çalışmaları yapılmış soru formları kullanılabilir (48).

Fekal inkontinanslı bireylerde anal sfinkter kontrolü kazandırmak amacıyla önerilen uygulamalardan biri de bağırsak jimnastiği uygulanmasıdır. Bireyin kapasitesine göre egzersiz planlanmalıdır (25). Ayrıca bireyin defekasyon alışkanlığına göre sürgüye, oturaklı sandalyeye veya tuvalete kolayca ulaşması sağlanmalıdır. Gastrokolik refleks en çok kahvaltıdan sonra uyarıldığı için bu saatler defekasyon için uygun bir zamandır. Defekasyon sırasında bireyin mahremiyeti sağlanmalı ve ortam ısısı uygun olmalıdır. Tuvalete otururken kalçaları üzerine öne doğru eğilmesi, elleriyle karına basınç yapması öğretilir. Hemoroid oluşmasına neden olabileceği için ıkmaması önerilir (15). Hemşire hekim önerisi doğrultusunda bireye her gün feçes yumuşatıcı ilaç verebilir, laksatif supozituar önerilmişse defekasyon saatinden 30 dakika önce supozituar uygulanabilir. Defekasyon sırasında mahremiyete özen gösterilir, oda ısısı uygun hale getirilir (15).

Fekal inkontinansı önlemek için kullanılan yöntemlerden biri de rektal kateter uygulamasıdır. Bu amaçla foley kateter ya da rektal tüpler kullanılır (15). Anal sfinktere zarar verme ihtimaline karşın geniş çaplı üriner kateterlerin kullanılmaması önerilir (45). Kateter uygulama sırasında asepsi tekniklerine uyulmalıdır. Uygulamanın güvenilirliğini gösteren çalışma sayısı kısıtlıdır. Miyokard infarktüsünde, rektal mukoza hastalıklarında ve immun sistemin baskılandığı durumlarda kontrendike olup; uygulama rektal nekroz, rektal perforasyon veya anal sfinkter hasarına neden olabilir (15).

Fekal inkontinansı olan hastalarda feçesi toplamak, feçesin perianal deriyle olan temasını önlemek, kapalı bir sistemle

feçesin drenajını sağlamak amacıyla rektal foley kateter, emici inkontinans ürünleri/bebek bezi ve perianal torbalar gibi pek çok ürün kullanılır (15). Hemşire özellikle yatağa bağımlı Fİ'li hastaların bakımı için bu ürünlerin seçiminde, uygulanmasında ve bakımında sorumluluk sahibidir. Hemşire rehberliğinde doğru ürün seçimi, ürün kullanımının devamlılığı konusunda fayda sağlayacaktır. Bunun yanı sıra bireye özgü hemşirelik bakımı hastanın yaşam kalitesini artırıp, tedavi sürecinin devamlılığını sağlamada yarar sağlayacaktır (35). Fekal inkontinanslı birey toplumsal baskılar sebebiyle sosyal izolasyon sorunu yaşar. Fekal inkontinans sebebiyle kötü koktuğunu düşünen ve utanan birey toplumdan uzaklaşır. Bu durum da benlik saygısında azalmaya ve psikolojik rahatsızlıklara yatkınlığı artırabilir. Erken dönemde fark edilen anksiyete ve depresyon durumlarında psikolojik destek verilmeli, ilerleyen durumlarda profesyonel yardım sağlanmalıdır. Fekal inkontinanslı bireylerin sosyalleşmesine yardım edilmeli, psikolojik destek sağlanmalı, özbakımı sağlama ve sürdürmede liderlik edilmelidir (11).

### Sonuç

Fekal inkontinans, bireyin yaşamında fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak olumsuz etkileri ile yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Özellikle de ileri yaşta artan sıklığı ve eşlik eden hastalıklarla bireye ve topluma maliyeti oldukça yüksek olan bir hastalıktır. Sağlık bakım yöneticisi olarak hemşire bireye düzenli tuvalet alışkanlığı kazanması, perianal kasları güçlendirici egzersizler yapması, yaşam tarzını düzenlemesi ve yeterli vücut hijyenini sağlaması gibi konularda eğitici ve danışmanlık rollerini üstlenmelidir. Hemşire, fekal inkontinansla detaylı anamnez ve rektal tuşeyi de kapsayan fizik muayenede, sık karşılaşılan semptomları saptamada ve eşlik eden durumları tanılamada aktif rol alır. Fekal inkontinansla tedavinin mümkün olabileceği konusunda hasta ve yakınlarına bilgilendirme yapılmalıdır. Bu hastalara bakım sağlayan sağlık disiplinlerinde, sağlık personelinin de özel eğitimi sağlanarak bilgilencmeleri ve becerilerini artırmaları sağlanmalıdır. Hemşire, hastanın klinik alandaki bakım ve yönetiminde öncü olmalıdır. Tedavi süresince hastayı desteklemeli, konservatif tedavilerde danışmanlık yapmalıdır. Sosyal izolasyon sorunu yaşayan hastalara psikolojik destek ve sosyal uyum desteği sağlanmalıdır. Hasta ve yakınlarının sorunlarının bütünsel yaklaşımla ele alınması ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi sağlanır.

### Kaynaklar

1. Sultan AH, Monga A, Lee J, Emmanuel A, Norton C, Santoro G, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction. *Neurourology and Urodynamics* 2017; 36(1): 10-34.
2. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Turan İ, Bor S. İzmir Huzurevlerindeki Yaşlılarda Fekal İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Türk Geriatri Dergisi* 2008; 11(1): 33-41.
3. Meyer I, Richter HE. An evidence-based approach to the

evaluation, diagnostic assessment, and treatment of fecal incontinence in women. *Current Obstetrics and Gynecology Reports* 2014; 3(3): 155-164.

4. Sharma A, Yuan L, Marshall R J, Merrie AEH, Bissett IP. Systematic review of the prevalence of faecal incontinence. *British Journal of Surgery* 2016; 103: 1589-1597
5. Canda AE, Terzi C. Anorektal Fizyoloji ve Tanı Yöntemleri. Menteş B, Bulut T, Alabaz Ö, Lenetoğlu S, editörler. *Anorektal Bölgenin Selim Hastalıkları*, Ankara, Miki Matbaacılık Bas. Yay. Ltd. Şti., 2011; s.17-32.
6. Benezech A, Desmazes-Dufeu N, Baumstarck K, Bouvier M, Coltey B, Reynaud-Gaubert M. Prevalence of fecal incontinence in adults with cystic fibrosis. *Digestive Diseases and Sciences* 2017;1-7. doi: 10.1007/s10620-017-4825-2.
7. Wu JM, Matthews CA, Vaughan CP, & Markland AD. Urinary, fecal, and dual incontinence in older US adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2015; 63(5): 947-953.
8. Serrano Falcón B, Álvarez Sánchez Á, Diaz-Rubio M, Rey, E. Prevalence and factors associated with faecal impaction in the Spanish old population. *Age and Ageing* 2017; 46(1): 119-124.
9. Rudolph W, Galandiuk S. A practical guide to the diagnosis and management of fecal incontinence. In *Mayo Clinic Proceedings* 2002; 77(3): 271-275.
10. Fowles J, Routh K, Ward D, Simpson S. New and emerging technologies for urinary and faecal incontinence. In: *The NIHR Horizon Scanning Centre, United Kingdom University of Birmingham*, 2014; p. 19-20.
11. Fattorini E, Brusa T, Gingert C, Hieber SE, Leung V, Osmani B et al. Artificial muscle devices: Innovations and prospects for fecal incontinence treatment. *Annals of Biomedical Engineering* 2016; 44(5): 1355-1369.
12. İlçe A, Ayhan F. Yaşlılarda üriner ve fekal inkontinansın belirlenmesi, yaşam kalitesine etkisi: Bilgilendirme ve eğitim. *Anadolu Klinik Araştırmalar Dergisi* 2011; 5(1):15-23
13. Cameron Institute. *Incontinence: The Canadian Perspective*, Canada, The Canadian Foundation 2014; p.8-10.
14. Dunivan GC, Heymen S, Palsson OS, Von Korff M, Turner MJ, Melville JL, et al. Fecal incontinence in primary care: prevalence, diagnosis, and health care utilization. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202(5): 493-6.
15. Denat Y, Khorshid L. Fekal inkontinansın bakımı ve bakımda kullanılan ürünler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12(2): 94-103.
16. Bliss DZ, Mellgren A, Whitehead WE, Chiarioni G, Emmanuel A, Santoro GA et al. Assessment and conservative management of faecal incontinence and quality of life in adults. *Incontinence*, 5th ed. International Consultation on Urological Diseases and European Association of Urology, Paris 2013; 1444-1485.
17. Bulut T. Fekal İnkontinans. Menteş B, Bulut T, Alabaz Ö, Lenetoğlu S, editörler. *Anorektal Bölgenin Selim Hastalıkları*. Ankara, Miki Matbaacılık Bas. Yay. Ltd. Şti, 2011; s. 187-

214.

18. Buğra D. Rektum ve Anal Bölgenin Cerrahi Anatomisi. Mentş B, Bulut T, Alabaz Ö, Lenetoğlu S, editörler. Anorektal Bölgenin Selim Hastalıkları. Ankara, Miki Matbaacılık Bas. Yay. Ltd. Şti, 2011; s. 3-13.

19. Burgio KL, Richter HE, Clements RH, Redden DT, Goode PS. Changes in urinary and fecal incontinence symptoms with weight loss surgery in morbidly obese women. *Obstetrics & Gynecology* 2007; 110(5): 1034-1040.

20. Townsend MK, Matthews CA, Whitehead WE, Grodstein F. Risk factors for fecal incontinence in older women. *The American Journal of Gastroenterology* 2013; 108(1): 113-119.

21. Hansen JL, Bliss DZ, Peden-McAlpine C. Diet strategies used by women to manage fecal incontinence. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 2006; 33(1): 52-61.

22. Vitton V, Soudan D, Siproudhis L, Abramowitz L, Bouvier M, Faucheron JL, et al. Treatments of faecal incontinence: recommendations from the French national society of coloproctology. *Colorectal Disease* 2014; 16(3): 159-166.

23. Norton C, Whitehead WE, Bliss DZ, Harari D, Lang J. Management of fecal incontinence in adults. *Neurourology and Urodynamics* 2010; 29(1): 199-206.

24. Markland AD, Burgio KL, Whitehead WE, Richter HE, Wilcox CM, Redden DT, et al. Loperamide versus psyllium fiber for treatment of fecal incontinence: The Fecal Incontinence Prescription (Rx) Management (FIRM) randomized clinical trial. *Diseases of The Colon & Rectum* 2015; 58(10): 983-993.

25. Wang JY, Abbas MA. Current management of fecal incontinence. *The Permanente Journal* 2013; 17(3): 65-73.

26. Norton C, Cody JD, Hosker G. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3. doi: 10.1002/14651858.CD002111.pub2

27. Price R, Bradley R. Assessing and treating faecal incontinence. *Nursing Older People* 2013; 25(7):16-23.

28. Rao SSC, Bharucha AE, Chiarioni G, Felt-Bersma R, Knowles C, et al. Anorectal Disorders. *Gastroenterology* 2017; 150(6): 1430-1442.

29. Demirci N, Coşar F. Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2009; 16(3): 35-40

30. Boyle DJ, Prosser KBN, Allison ME, Williams NS, Chan CLH. Percutaneous tibial nerve stimulation for the treatment of urge fecal incontinence. *Disease of the Colon & Rectum* 2010; 53(4): 432-437.

31. McAlees E, Vollebregt PF, Stevens N, Dudding TC, Emmanuel AV, Furlong PL. Efficacy and mechanism of sub-sensory sacral (optimised) neuromodulation in adults with faecal incontinence: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2018; 19(1): 336.

32. Lloyd JC, Gill BC, Pizarro-Berdichevsky J, Goldman HB. Removal of sacral nerve stimulation devices for magnetic

resonance imaging: What happens next?. *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface* 2017; 20(8): 836-840.

33. Tan JJ, Chan M, Tjandra JJ. Evolving therapy for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 1950-1967.

34. Bharucha AE, Rao SS, Shin A. Surgical Interventions and the Use of Device-Aided Therapy for the Treatment of Fecal Incontinence and Defecatory Disorders. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2017; 15: 1844-1854

35. Crescent P, Melbourne S, editors. Managing Incontinence in General Practice-Clinical Practice Guidelines. 1st ed. Australian, The Royal Australian College, 2002; p. 19-22.

36. Noh GT, Han J, Cheong C, Han YD, Kim, NK. Novel anal sphincter saving procedure with partial excision of levator-ani muscle in rectal cancer invading ipsilateral pelvic floor. *Annals of Surgical Treatment and Research* 2017; 93(4): 195-202.

37. Bochenska K, Boller AM. Fecal incontinence: Epidemiology, impact, and treatment. *Clinics in Colon and Rectal Surgery* 2016; 29(03): 264-270.

38. Ness, W. Faecal incontinence: Causes, assessment and management. *Nursing Standard* 2012; 26(42): 52-60.

39. Maeda Y, Laurberg S, Norton C. Perianal injectable bulking agents as treatment for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 5. doi: 10.1002/14651858.CD007959.pub2

40. Eryılmaz R. Fekal inkontinansda artifisyel sfinkter implantasyonu. *Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics* 2014; 7(3): 57-64.

41. Ratto C, Parello A, Donisi L, Litta F, De Simone V, Spazzafumo L, et al. Novel bulking agent for faecal incontinence. *British Journal of Surgery* 2011; 98(11): 1644-1652.

42. de la Portilla F, Reyes-Díaz ML, Maestre MV, Jiménez-Rodríguez RM, García-Cabrera AM, Vázquez-Monchul JM et al. Ultrasonographic evidence of Gatekeeper™ prosthesis migration in patients treated for faecal incontinence: A case series. *International Journal of Colorectal Disease* 2017; 32(3): 437-440.

43. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg49>, (Erişim Tarihi: 03.11.2017).

44. <https://www.rcog.org.uk/>, (Erişim Tarihi: 03.11.2017).

45. Avşar P, Karadağ, A. İnkontinansa bağlı dermatit: Değerlendirme, önleme ve tedavi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2018; 5(1): 69-77.

46. Çelik DB, Beji NK. Pelvik taban fonksiyon bozuklukları ve hemşirelik bakımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2012; 20(1): 69-79.

47. Karakuş A, Yanikkerem E. Postpartum dönemde inkontinans ve yaşam kalitesi: Son 10 yıllık çalışmalar. *Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015; 2(3): 54-59.

48. Bilgiç D, Beji NK, Yalçın Ö. Ürojinekoloji hastalarında cinsel fonksiyon değerlendirmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2012; 9(3): 142-52.