

Fekal İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı

Çiğdem BİLGE*, Nezihe KIZILKAYA BEJİ**

Fekal inkontinans, hastanın kendi isteği dışında gaz ve gaita kaçırmasıdır. Bu patolojik durum yaş ilerledikçe görülen, topluma maliyeti yüksek, sağlık profesyonellerinin iş yükünü artıran ve hastada psikolojik problemlere sebep olan önemli bir hastalıktır. Fekal inkontinansı olan hastaların, sosyal baskılar nedeniyle bu durumu belirtmemelerinden dolayı, hastalığın gerçek prevalansı kesin olarak bilinmemektedir. Fekal inkontinansın konstipasyon, diyare, enfeksiyon, obstetrik yaralanmalar, anal cerrahi, yaşlılık gibi nedenleri vardır. Fekal inkontinans şikayet eden kişiler sosyal izolasyon yaşar. Bunun yanında kötü koku ve cilt tahrişleri de hastaların en fazla belirttikleri şikayetler arasındadır. Bu hastalığın tedavi aşamasında ise hemşirenin oldukça etkin rolü vardır. Hemşireler sağlığını geliştirmek için bütüncül yaklaşımla hastanın sağlık bakım ihtiyaçlarını belirlemeli ve iyileştirme sürecine katılmalıdır. Hemşireler fekal inkontinansı olan hastalara, tanılamaya yardımcı olmak ve hastalığın yönetimini geliştirmek amacıyla uygun bakımı belirlemeli ve uygulamalıdır.

Anahtar kelimeler: Fekal inkontinans, hemşirelik bakımı, sosyal izolasyon

Fecal Incontinence And Nursing Approach

Fecal incontinence, the individual is involuntarily miss gas and stool. These pathological conditions seen in years progressed, the high cost to society, which increases the workload of health professionals and is an important disease that causes psychological problems in patients. Patients with fecal incontinence, specify in this case, merely because of social pressures, the true prevalence of the disease is uncertain.

There are reasons such as constipation, diarrhea, infections, obstetrical injuries, anal surgery, old age. Fecal incontinence complaints from people who live in social isolation. Besides, bad odors and skin irritation are also among the most complaints of patients stated. In the treatment phase of this disease nurse's role it is quite

* İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Arş.Gör.MSc. e-posta: ciğdemaydinbilge@gmail.com

** İstanbul Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Prof. Dr.

effective. Nurses should determine the health of a holistic approach to improve the patient's health care needs and should be involved in the improvement process.

Nurses for patients with fecal incontinence, to help diagnose and improve the management of the disease should determine and implement the appropriate care.

Key Words: *Fecal incontinence, nursing care, social isolation*

GİRİŞ

Fekal inkontinans, anal sfinkter mekanizmasının kontrol yeteneğinin azalması veya kaybı sonucunda dışkı ya da gaz eliminasyonunu kontrol edememe olarak tanımlanmaktadır. Tüm yaş grubundaki bireylerde, nörojenik disfonksiyon, travma/yaralanmalar, serebrovasküler olaylar gibi nedenlerle fekal inkontinans meydana gelebilmektedir.

Toplumda fekal inkontinans görülme sıklığı literatürde %2-3 olarak belirtilirken, yaşın ilerlemesi ile birlikte bu oranın da arttığı ve %10'dan fazla olduğu bildirilmiştir (Dedeli, ve ark. 2008). Dünyada ise literatüre bakıldığında 65 yaş öncesi fekal inkontinans görülme sıklığı %0.5-1 arasında iken 65 yaş ve sonrasında bu oran %3-8 arasına çıkmaktadır. Bunun yanında, fekal inkontinans, postpartum period sonrası genç kadınlarda da görülen bir durum olarak gözlenmiştir (Mellgren 2010). 50 yaşından büyük kadınlarda fekal inkontinans görülme oranı %15.2; üriner inkontinans görülme oranı %48.4; hem üriner hem fekal inkontinansın birlikte görülme oranı ise %9.4 olarak tespit edilmiştir (Dudding ve ark. 2010).

Fekal inkontinans, özellikle uzun dönem yatağa bağımlı hastalarda görülen, enfeksiyon ve deri ülseri oluşumuna neden olan, tedavisi açısından maliyeti yüksek, hastanın yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen bir durumdur. Fekal inkontinans hastanın deri bütünlüğü açısından tehlikeli bir sorundur. Bu problem septisemi nedeni olabilmektedir. Özellikle fekal inkontinans diyare şeklinde görüldüğünde deri irritasyonları ve dermatitlere sebep olur (Denat ve Khorshid 2009). Yapılan çalışmalarda fekal inkontinans şikayeti olan hastalarda üriner sistem infeksiyonları, deri ülserleri, perineal cilt hasarı ve sepsis görülme riskinin fazla olduğu belirtilmiştir (Bellicini ve ark 2008). Hemşirelere hastaların cilt bakımının iyileştirilmesi ve korunmasında önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu durumda hemşireler hasta

merkezli çalışarak hastanın ihtiyacı olan bakımı planlamalı ve uygulamalıdır (Rees ve Sharp 2009).

Fekal inkontinans şikayeti olan hastalar bu durumdan utanabilir ve kötü koktuklarını düşünebilir. Sonuç olarak hastalarda sosyal izolasyon da başlamaktadır. Bu problemi yaşayan hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (Lacima ve ark. 2010; Fattorini ve ark. 2016).

Fekal inkontinansın üç klinik tipi tanımlanmıştır;

1. **Pasif inkontinans;** gaz veya gaitanın hasta farkında olmadan involunter çıkışı
2. **Urge inkontinans;** fekal materyali barsakta tutmak için aktif çabaya rağmen gaita çıkışı
3. **Fekal sızıntı;** farkında olmadan küçük miktarda gaita çıkarma veya normal dışkılamadan sonra iç çamaşırının kirlenmesi (Mellgren 2010).

Bu derleme fekal inkontinansın tedavi yöntemleri, hastaların yaşadıkları sıkıntılar ve hastaların sağlığını geliştirmede hemşirenin rol ve sorumlulukları ile hemşirelik bakımının önemini vurgulamak amacı ile yazılmıştır.

Fekal İnkontinans Tedavi Yöntemleri

Çoğu tedavi yöntemi fekal inkontinansın altında yatan konstipasyon, diyare, enfeksiyon gibi nedenlerde sfinkter kontrolünü arttırmak amacıyla nedene yönelik uygulanmaktadır. Bu durumda hemşireler hasta merkezli çalışarak hastaların ihtiyaçlarını belirlemeli, bu ihtiyaçları karşılamak için gerekli uygulamaları planlamalı ve uygulamalıdır. Hastanın sağlığını geri kazandırmak ve geliştirmek için bütüncül yaklaşımla hastanın sağlık bakım ihtiyaçlarını belirlemeli ve hastanın sosyo-emosyonel iyilik durumunu yeniden kazandırmak için çalışmalıdır (Findlay ve Maxwell-Armstrong 2010).

1. Biofeedback Tedavi: Fekal inkontinans için ilk tavsiye edilen tedavi seçeneğidir. Genellikle bu konuda uzman birinin gözetiminde, pelvik taban kasları ve anal sfinkterlerin çalıştırılması, abdominal, gluteal ve anal sfinkter kaslarının koordinasyonun geliştirilmesi ve anorektal duyusal algının artırılması amacı ile planlanan bir tedavi yöntemidir (Wang ve Abbas 2013). İstemli sfinkter aktivitesini ölçmek için hastanın anüsüne balonlu bir sonda yerleştirilir. Düzenek, işitsel veya görsel uyarı veren bir monitöre bağlanır. Hasta sfinkterini kasıp, anal basıncı arttırdığında oluşan uyarı gözlenmektedir. Böylece hastanın bu yanıtı geliştirmesi için

egzersiz yapmasına olanak sağlanmaktadır (Wang ve Abbas 2013). Başarı; hasta motivasyonu, rektal duyu kapasitesinin varlığı ve kasılabilen sfinkter varlığı ile doğru orantılıdır. Sfinkter simetrisi ve rektal kapasitenin korunduğu vakalarda başarı oranı %60'lara ulaşmaktadır (Bellicini ve ark. 2008; Mellgren 2010). Yapılmış bir çok çalışma fekal inkontinans şikayeti olan hastalarda biofeedback tedavisinin %70 etkili olduğunu belirtmiştir (Lacima, Pera, Amador, et al. 2010; Lacima, Pera, Argente, et al. 2016; Mayer, Files ve Foxx-Orenstein 2013). 2006 yılındaki 11 çalışma (N: 564) incelendiğinde biofeedback tedavinin hastalara sınırlı etkisinden bahsedilirken (Norton, Cody ve Hosker 2006), son zamanlarda yapılan çalışmalarda bu tedavi yönteminin fekal inkontinansın etkilerini azalttığını belirtilmektedir (Heymen, Scarlett, Jones et al. 2009).

2. Pelvik Taban Kas Egzersizleri: Bu egzersizin amacı, pelvik taban kas hacmini ve kontraksiyon gücünü arttırmaktır. Pelvik taban kas egzersizleri, anal sfinkter kas gücünü artırır. Bu egzersizler her gün düzenli olarak yapılmalı ve eşit gevşeme aralıklarıyla 5- 10 sn. kontraksiyon şeklinde yapılmaktadır (Dunivan ve ark. 2010). Yapılacak kontraksiyon sayısı ise yapılmış olan çalışmalara göre 30 ile 160 kez arasında değişmektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda ise pelvik taban kas egzersizi uygulanan grubun egzersiz uygulanmayan gruba göre daha fazla iyileşmesi olduğu belirtilmiştir (Demirci ve Coşar 2009).

Fekal inkontinanslı hastalarda, hastalara anal sfinkter kontrolü kazandırmak için yapılan uygulamalardan birisi hastaya bağırsak jimnastiği uygulanmasıdır. Hasta kapasitesi elverdiğince, hastaya egzersiz yaptırılmalıdır (Wang ve Abbas 2013). Hastanın 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 uyarabilmektedir (Lacima, Pera, Amador, et al. 2010). Hekim tarafından önerilmişse hemşire hastaya her gün gaita yumuşatıcı ilaç verebilir, laksatif süpozituar uygulaması önerilmişse planlanan defekasyon saatinden 30 dakika önce süpozituar uygulanabilir. Hastaya tuvalete veya oturaklı sandalyeye otururken kalçaları üzerine öne doğru eğilmesi, elleriyle karına basınç yapması öğretilmelidir. İkinma hemoroid oluşmasına neden olabileceği için önerilmez. Fekal

inkontinansı azaltmak için her gün temizleyici lavman veya süpozituar uygulanabilmektedir (Denat ve Khorshid 2009).

3. Beslenme ve Diyet: Barsak alışkanlıkları, sıvı ve yiyecek alımının izlenmesi ile yemeklerden sonra defekasyona çıkma durumu öngörülerek değerlendirilmeli ve yenilenmelidir. Birçok gıda barsak aktivitesini etkileyebilmektedir (Findlay ve Maxwell-Armstrong 2010).

4. Farmakolojik Tedavi: Mekanizmaları farklı pek çok ilaç fekal inkontinans tedavisinde önerilmiştir. Loperamid hidroklorid veya difenoksilat/atropin sülfat gibi anti-diyare ilaçları genellikle kullanılmaktadır. Read M. Ve ark. Yaptığı bir çalışmada; günde üç kez 4 mg loperamidin gaita sıklığını ve sıkışıklığını azalttığını, kolonik transit zamanını uzattığını, gaita ağırlığını azalttığını ve anal istirahat sfinkter basıncını arttırdığı tespit edilmiştir.

Kullanılan ilaçlar (Osterberg, Graf, Eeg-Olofsson 1999);

- Loperamid
- Kodein
- Östrojen
- Sodyum valproat
- Difenoksilat/atropin
- Kolestiramin/kolestipol
- Fenilefrin

5. Cerrahi Tedavi: Eğer noninvaziv yöntemler fekal inkontinansın tedavisinde etkili olmazsa tercih edilecek diğer bir tedavi yöntemi cerrahi tedavi yöntemidir. Bu tedavi yöntemi fekal inkontinansın şiddetine, sfinkter lezyonuna ya da hastanın yaşına bağlıdır. Bazı vakalarda yapay barsak sistemleri bir seçenek olabilir. Cerrahi tedavide uygulanan sıvı dolu cuff yöntemi post operatif ağrı ve enfeksiyona neden olmaktadır. Başarısız tedaviler sonucunda hastalara stoma açılmak durumunda kalınabilir. Bu durum da genç hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. (Fattorini, Brusa, Gingert, et al. 2016; Forte, Andrade, Lowry, et al. 2016). Sfinkter tamirinde uzun dönemde başarı giderek azalmakta ve hastaların üçte birinden azı 5 yıl sonra sıvı veya katı gaita için inkontinans yaşamamaktadır (Alavi ve ark. 2015).

Kısaca cerrahi yöntemler şu şekilde sıralanabilmektedir (Alavi ve ark. 2015);

- Cerrahi Sfinkteroplasti
- Kolostomi
- Gracilis/gluteus kas transpozisyonu +/- stimülasyon
- Anterior onarım
- Yapay barsak sfinkter

Uzun Süreli Fekal İnkontinansı Kontrol Altına Alabilmek İçin Girişimler

Genellikle yatağa bağımlı hastalarda akut bakım ortamlarında kullanılan girişimlerdir. Bu girişimler cilt tahrişlerini önlemek amacıyla feçese teması azaltmak, kokuyu en aza indirmek, fekal kaçığı izlemek ve hastanın konforunu arttırmak amacıyla uygulanmaktadır. Bu dönemde hemşireler hastaları fiziksel veya kimyasal yaralanmaları önleyerek hastayı korumalıdır. Hastayı bilgilendirerek karar vermesinde yardımcı olmalıdır (Sparks ve ark. 2010). Fekal kaçığı önlemek amacıyla çeşitli uygulamalar vardır. Bu uygulamalar genel olarak iki grupta incelenmektedir; 1. Dışkı kaçığı önlenmesi; foley kateter, nazofarengal airway 2. Toplama ve muhafaza; Emici İnkontinans Ürünleri/ Diaperler, perineal torbalar (Willson ve ark. 2014).

1. Rektuma Foley Kateter Uygulama: Fekal inkontinansı kontrol altına almak için uygulanan yöntemlerden bir tanesi rektuma foley kateter uygulamasıdır. Foley kateterler geniş lümenlidir ve rektuma uygulanmaktadır. Fakat feçes diyare şeklinde değilse bu uygulamadan sonra hastada konstipasyon ya da ileus gibi şikayetler görülebilmektedir. Aynı amaçla rektal tüpler de kullanılabilir ama foley kateterin anal sfinkterin kapanmasını sağlayarak feçesin dışarı sızmasını önlemesi foley kateterin daha avantajlı bir yöntem olduğunu göstermektedir (Denat ve Khorshid 2009).

Rektuma foley kateter uygularken tıbbi asepsi tekniklerine uymak gereklidir. Uygulanan kateter sigmoid kolona ulaşmamalıdır. Foley kateter yerine yerleştirildikten sonra kateter balonu serum fizyolojik solüsyonu ya da hava ile şişirilmelidir. Kateterin ucu bir drenaj torbası ile birleştirilir. Kateterin balonundan dolayı oluşan baskıyı azaltmak için, balon her saat başı 5 dk süre ile söndürülür. Eğer bu işlem uygulanmazsa basınç sonucu sfinkterlerde nekroz görülebilmektedir (Nix ve Haugen 2010).

Rektuma kateter uygulamanın güvenilirliğini gösteren araştırma sayısı azdır. Bunun yanında balondaki basınç sonucu rektal nekroz, rektal perforasyon veya anal sfinkter hasarı gibi travmalar meydana gelebileceği yapılan çalışmalarda belirtilmiştir. Ayrıca rektuma uygulanan foley kateter, yeni geçirilmiş prostat ameliyatlarında, miyokart infarktüsünde, rektal mukoza hastalıklarında ve immun sistemin baskılandığı hastalıklarda kontrendikedir (Denat ve Khorshid 2009).

2. Nazofarengal Airway: Yapılan çalışmalarda rektal tüplerin 20 dk'dan daha uzun süre rektumda tutulması anal sfinkterin yanıt verme durumunu azalttığı için, bu tür tüplerin uzun süre rektumda kalmaması gerektiği belirtilmiştir. Buna ek olarak çalışmalarda nazofarengal airway kullanımının bu durumu yaratmadığı ortaya konmuştur (Yüksel, Leventoğlu ve Tezcaner 2008). Airway ucuna bir kayganlaştırıcı sürülür, iç ve dış sfinkterden geçirilerek rektuma yerleştirilir. Drenaj sistemi ile airwayin dışarıda kalan sistemi birleştirilir ve sistem hastaya ve yatağa sabitlenir. Airway iki günde bir değiştirilir ve tekrar takılmadan önce 1 st beklenir. Bu sistem nötropenili hastalarda, kanama riski olanlarda, perirektal apse ve gastrointestinal kanama gibi klinik durumlarda kontrendikedir (Denat ve Khorshid 2009). Literatürde, nazofarengal airway kullanımının pratiklik açısından uygun bir yöntem olup olmadığını değerlendirmek amacıyla 22 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların tümünde dışkıyı toplama veya kontrol altına almak mümkün olduğu belirtilmiştir. 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 hissettiklerini belirtmiş, %86'sı tüpün pozisyonunu sürdürmede hiçbir rahatsızlık ifade etmemiştir (Watterworth ve Ryzevski 2005).

3. Emici İnkontinans Ürünleri/ Diaperler: Bu ürünler deriden feçesi emer ve sızıntının dışarı kaçmasını önlemektedir. Ayrıca bu ürünlere ulaşımın kolay olması, kullanımının pratikliği ve fiyat açısından da uygun olması nedeniyle hasta ve yakınları tarafından en çok tercih edilen ürünlerdendir (Beguin ve ark. 2010).

Diaperler yalnızca feçesi absorbe ettikleri için deri ve feçesin temasını engelleyemezler. Ayrıca buradaki nemli ortam mikroorganizmaların artmasını sağlayabilir. Bu nedenle yöntem deri ülserlerini de tetikleyebilmektedir. Deri, abrazyon, irritasyon ve infeksiyonlara karşı daha fazla hassaslaşabilir. Diaperlerin sık sık değiştirilmesi ve bakımının etkili ve dikkatli bir şekilde yapılması gereklidir (Watterworth ve Ryzevski 2005).

4. Perianal Torbalar: Bir eksternal toplama aracı olan perianal torbalar, bir drenaj torbası içine feçesi toplamak amacıyla perianal bölgeye yerleştirilen ostomi biçimli, fleksible plastik torbalardır (Denat ve Khorshid 2009). Ostomi uzun yıllardır stoma yaralarında kolaylıkla uygulanmaktadır. Bu durum günümüzde fekal inkontinansı

kontrol altına almak için de kullanılmaktadır. Torba hastanın perineal bölgesine yerleştirilir ve torba kolaylıkla boşaltılabilir, temizlenebilir veya yerçekimiyle drene olabilen bir torbaya eklenebilir. Bazı araştırmalar sonucu bu torbaların, hasta bezi veya rektuma uygulanan foley kateterden daha avantajlı bir yöntem olduğu belirtilmiştir. Perianal torba, dışkı toplamak ve deriyi korumak için yöntemi uygulama adına iyi bir yöntem olduğu ve fekal inkontinansı kontrol altına alarak yara iyileşmesini de sağlayan güvenilir bir uygulama olduğu belirtilmiştir (Watterworth ve Ryzevski 2005). Palmier ve arkadaşlarının 2005 yılında 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, Benuzzi G ve Bellini 2005).

Perianal torbanın üçte biri ya da yarısı dolduktan sonra boşaltılmalıdır. Perineal torbalar doğru uygulandıklarında 24-48 saat dayanabilirler. Şayet torbanın perianal bölgeye yapışıklığı devam ediyorsa torba alttan kesilerek boşaltılır ve 50-100 cc'lik musluk suyu ile içerisi yıkanarak torbanın altı bir kıskaçla kapatılabilir. Gerekirse perianal torbanın alt ucu drenaj torbasına bağlanarak dışkının drenajı sağlanabilmektedir. Şayet torba sızdırıyorsa tekrar yeni torba yerleştirilir (Denat ve Khorshid 2009).

Fekal İnkontinanslı Hastalarda Hemşirelik Yaklaşımı

Yapılan çalışmalara göre fekal inkontinansın yaşlılarda görülme oranı yüksektir. Yaşlı hastanın fekal inkontinans nedeniyle sürekli ıslak olması, gaz kaçırmaları, kötü kokması, genel vücut hijyenini devam ettirememesi ve buna bağlı olarak utanması, sosyal izolasyon yaşaması yaşam kalitesini azaltabilmektedir (Newman, Fader ve Bliss 2004; Fattorini, Brusa, Gingert, et al. 2016). Özellikle yaşlı grupta dışkı kaçırmaya bazı komplikasyonlara neden olabilmektedir. Dışkı kaçırmaya bağlı hareketsizlik sonucu osteoporoz, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, depresyon, kaygı duyma gibi sorunlara yol açmaktadır. Dışkı kaçırmaya bağlı dermatit, deri infeksiyonuna yatkınlık, basınç ülseri gibi dermatolojik sorunlar da görülebilmektedir. Özellikle uzun süredir yatağa bağımlı olan hastaların bakımı çok dikkatli yapılmasına rağmen, hastada deri irritasyonları ya da deri ülserleri görülebilmektedir. Hastaların deri

bütünlüğünü kazandırmak ve geliştirmek için hemşirelerin uygulaması gereken üç büyük adım vardır; cildi temiz tutma, nemlendirme ve nem, feçes gibi iritanlardan cildi koruma. Hemşireler hastalardaki feçes kaçağı sıklığına, fekal inkontinansın üriner inkontinans ile birlikte görülüp görülmediğine, hastaların perine cilt durumuna ve hastanın cildinin kullanılan ürünlere karşı gösterdiği tepkiye bağlı olarak cilt bakımı bireyselleştirmelidir. Genellikle durulama gerektirmeyen, alkalin olmayan temizleyiciler ile yağlı yerine su bazlı nemlendiriciler tercih edilmelidir (Willson ve ark. 2014).

Fekal inkontinans şikayeti olan hastaların bakımı hem hasta hem de hemşire açısından oldukça zor bir süreç olmakta ve bakım verenin zamanının önemli bir bölümünü almaktadır (Denat ve Khorshid 2009). Fekal inkontinans yaşayan kişiler son derece kısıtlı bir hayat yaşarlar. Yaşantılarında genellikle tuvalete yetişme endişesi vardır. Her zaman yanlarında giysi taşıma ihtiyacı duymaktadırlar. Yaşadıkları sorunu aile ve arkadaşlarından gizlemeye çalışırlar. Bu nedenle, bu hastaların yaşam kalitesi düşüktür (Aktaş, Şahin ve Terzioğlu 2013). Bu nedenle hemşireler fekal inkontinansı olan hastalara uygun bakım verirken hastanın onurunu ve mahremiyetini de korumalıdır. Hemşireler hastalar için çok önemli olan bu konuda sorumluluk sahibi olmalıdır.

Fekal inkontinans yaşayan kadınların, beden imajlarının düşük olması, utanma duygularının fazla olması, koku nedeniyle endişe duymaları, koitus sırasında dışkı veya gaz kaçırma korkusu, partnerin olumsuz tepkileri ve çekiciliğin azaldığını düşünmesi hastanın cinsel hayatını olumsuz etkiler ve cinsel disfonksiyona sebep olmaktadır (Çelik ve Beji 2012). Bunun için hemşire hastalarla sade, açık anlaşılır bir dil kullanmalı, hastalara konuşması için kolaylık sağlamalı, riskleri belirlemelidir. Bu nedenle ayrıntılı bir cinsel anamnez almalıdır. Bu durumda hemşire danışmanlık ve eğitici rollerini kullanmalıdır. Hemşire kadında cinsel disfonksiyon olup olmadığını, psikolojisini ve yaşam kalitesini değerlendirmelidir (Aktaş, Şahin ve Terzioğlu 2013).

Fekal inkontinansı olan hastalarda feçesi toplamak, feçesin perianal deriyle olan temasını önlemek, kapalı bir sistemle feçesin drenajını sağlamak amacıyla rektal foley kateter, nazofarengeal airway, emici inkontinans ürünleri /diaperler ve perianal torbalar gibi pek çok ürün kullanılmaktadır. Hemşire özellikle yatağa bağımlı, fekal inkontinanslı hastaların bakımında bu ürünlerin seçiminden, uygulanması ve

bakımından sorumludur (Watterworth ve Ryzevski 2005). Fekal inkontinans şikayeti olan hastalarda tedavide amaç, kontinansın tekrar sağlanması ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Destekleyici ve spesifik bazı yöntemler yararlı olabilmektedir (Weber 2007).

Hemşireler, birey - aile ve toplumun sağlığını geliştirmek ve korumak, doğru sağlık davranışları kazandırmak için planlı olarak eğitim vermelidir. Hastaların fekal inkontinansın nedenleri, tanımlayıcı testleri, tedavisi, cilt bakımı ve feçes kontrol ürünleri hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hemşireler hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığını belirlemeli ve mümkün olduğu kadar öğrenmesini sağlamalı, sağlık bakım amaçları ile ilişkili olarak hastanın durumundaki ilerlemeyi değerlendirmelidir.

Hemşire bu rolünü yerine getirirken, eğitim yöntemlerini kullanmalı ve meslek adayları ve mensuplarının da eğitiminden sorumlu olmalıdır.

Fekal inkontinansı olan hastalara uygulanan tedavilerin amacı hastalığın altında yatan nedenlere odaklanarak hastaya en az zararın gelmesini sağlamaktır. Bunun yanında hastanın sosyal izolasyondan kurtulması için ağrıyı azaltma, cildin korunması, uygun beslenme, sıvı elektrolit düzeyinin uygunluğu, koku kontrolü gibi adımlar atılmalıdır. Hemşireler fekal inkontinansı olan hastalara, tanılamaya yardımcı olmak ve hastalığın yönetimini geliştirmek amacıyla tüm bakım ortamlarında kullanılabilen barsak yönetim protokollerini uygulamalıdır.

SONUÇ

- Fekal inkontinans, yaşam kalitesini düşüren, kişinin sosyal ortamdan uzaklaşmasına yol açan, özellikle ileri yaşlarda artan sıklığı ve eşlik eden hastalıklarla topluma maliyeti oldukça yüksek olan bir hastalıktır.
- Uygulanan konservatif tedavi yöntemlerinde hemşirenin rolü büyüktür. Norton ve ark. bir hemşire tarafından gerekli eğitimin verilmesi ve diyare ve konstipasyon için kullanılan bazı ilaçların yardımıyla fekal inkontinans sıklığının %54 oranında azaltılabileceğini bildirmişlerdir (Yüksel, Leventoğlu, Tezcaner ve ark. 2008).
- Hemşire hastaya düzenli tuvalet alışkanlığı kazanması, kasları güçlendirici egzersizler yapması, yaşam tarzını düzenlemesi ve yeterli hijyenin sağlanması gibi konularda eğitim ve danışmanlık yapmalıdır.

- Hemşire tedavi süresi boyunca hastayı desteklemeli, klinik alandaki araştırma ve bakımı yönetmede öncü olmalı, kısacası lider olmalıdırlar.
- Fekal inkontinansın, toplumda görülme sıklığının %10'dan fazla olması, yaşın ilerlemesi ile sıklığının artış göstermesi, huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda %50'ye kadar ulaşması bu sorunun yaşlılık döneminde oldukça önemli olduğunu göstermektedir.
- Fekal inkontinansa detaylı anamnez ve rektal tuşeyi de içeren fizik muayene tanıda, sık karşılaşılan nedenleri saptamada ve eşlik eden hastalıkları tanılamada yardımcıdır.
- Hastalara tüm tedavi boyunca psikolojik ve sosyal uyum desteği verilmelidir.
- Fekal inkontinansa kullanılan materyallerin hastaların cildini ve sağlık durumunu nasıl etkilediği araştırmalar ile desteklenmelidir.
- Fekal inkontinansa noninvaziv yöntemlerin ve hemşirelik bakımının etkisini değerlendirmek amacıyla yeni araştırmalar yapılmalıdır.
- Çevre dostu, ses ve koku kontrolü sağlayan, feçes inkontinansını azaltan, düşük riskli yüksek hasta toleransı yaratan, en az invaziv girişim gerektiren yeni araçlar araştırılmalı ve geliştirilmelidir.

Kaynaklar

Aktaş D, Şahin E, Terzioğlu F. (2013). Kadın Sağlığı Açısından Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 16(1): 65-71.

Alavi K, Chan S, Wise P, Kaiser AM, Sudan R, Bordeianou L. (2015). Fecal Incontinence: Etiology, Diagnosis, and Management. *J Gastrointest Surg*. 19(10):1910-1921.

Beguın AM, Malaquin-Pavan E, Guihaire C, Hallet-Lezy AM, Souchon S, Homann V, Zöllner P, Swerev M, Kesselmeier R, Hornung F, Smola H. (2010). Improving diaper design to address incontinence associated dermatitis. *BMC Geriatr*. 22;10:86-88.

Bellicini N, Molloy PJ, Caushaj P, Kozlowski P. (2008). Fecal incontinence: a review. *Dig Dis Sci*. 53:41-46.

Çelik DB, Beji NK. (2012). Pelvik Taban Fonksiyon Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 20(1): 69-79. ISSN 1304-4869.

Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Turan İ, Bor S (2008). İzmir Huzurevlerindeki Yaşlılarda Fekal İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 11(1): 33-41.

Denat Y, Khorshid L. (2009). Fekal İnkontinansın Bakımı ve Bakımda Kullanılan Ürünler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (2): 94-103.

Denirci N, Coşar F. (2009). Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. *S.D.Ü. Tip Fak. Derg.* 16 (3): 35-40.

Dudding TC, Pares D, Vaizey CJ, Kamm MA. (2010). Sacral nerve stimulation for the treatment of faecal incontinence related to dysfunction of the internal anal sphincter. *Int J Colorectal Dis.* 25:625-630.

Dunivan G, Heymen S, Palsson O, Von Korff M, Turner MJ, Melville JL, Whitehead WE. (2010). Fecal incontinence in primary care: prevalence, diagnosis, and health care utilization . *Am J Obstet Gynecol.* 202:493-495.

Ergin K. (1992). Yaşlanma İle İlgili Fizyolojik Değişiklikler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 8(2): 75-81.

Fattorini E, Brusa T, Gingert C, Hieber SE, Leung V, Osmani B, Dominietto MD, Chler FB, Hetzer F and Müller B. (2016). Artificial Muscle Devices: Innovations and Prospects for Fecal Incontinence Treatment. *Annals of Biomedical Engineering.* 44(5): 1355-1369.

Findlay J, Maxwell-Armstrong C. (2010). Current issues in the management of adult faecal incontinence . *Br J Hosp Med.* 71:335-339.

Forte ML, Andrade KE, Lowry AC, Butler M, Bliss DZ, Kane RL.(2016). Systematic Review of Surgical Treatments for Fecal Incontinence. *Diseases of the Colon & Rectum.* 59(5): 443-469.

Heymen S, Scarlett Y, Jones K, Ringel Y, Drossman D, Whitehead WE. (2009). Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to pelvic floor exercises for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 52(10): 1730-1737.

Hosker G, Cody JD, Norton CC. Electrical stimulation for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Jul 18;(3):CD001310. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001310.pub2>

- Lacima G, Pera M, Amador A, Escaramis G, Pique JM. (2010). Long-term results of biofeedback treatment for faecal incontinence: A comparative study with untreated controls. *Colorectal Dis* 12(8):742–749.
- Lacima G, Pera M, Gonzalez-Argent X, Torrents A, Valls-Sole J and Espuna-Pons M. (2016). Is Electromyography a Predictive Test of Patient Response to Biofeedback in the Treatment of Fecal Incontinence? *Neurourology and Urodynamics*. 35 (3): 390–394.
- Mayer AP, Files JA and Foxx-Orenstein AE. (2013). If You Don't Ask Her, She Won't Tell You: Fecal Incontinence in Women. *Journal of Women's Health*. 22(1): 104-105.
- Mellgren A. (2010). Fecal incontinence . *Surg Clin North Am*. 90:185-194
- Newman DK, Fader M, Bliss DZ. (2004). Managing Incontinence Using Technology, Devices and Products: Directions for Research. *Nursing Research* 53(6): 42-48.
- Nix D, Haugen V. (2010). Prevention and management of incontinence-associated dermatitis . *Drugs Aging*. 27:491-496.
- Norton C, Cody JD, Hosker G. (2006). Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*.19(3):CD002111.
- Osterberg A, Graf W, Eeg-Olofsson K. (1999). Is Electrostimulation of the Pelvic Floor an Effective Treatment For Neurogenic Fecal Incontinence? *Scand J Gastroenterol*. 34(3): 319-324.
- Sparks D, Chase D, Heaton B, Coughlin L, Metha J. (2010). Rectal trauma and associated hemorrhage with the use of the ConvaTec Flexi-Seal fecal management system: report of 3 cases . *Dis Colon Rectum* 53:364-349 .
- Palmier B, Benuzzi G, Bellini N. (2005). The anal bag: a modern approach to fecal incontinence management. *Ostomy / Wound Management* 51(12): 44-52.
- Rees J, Sharpe A. (2009). The use of bowel management systems in the high-dependency setting. *Br J Nurs*. 18: 19-24 .
- Wang JY, Abbas MA. (2013). Current Management of Fecal Incontinence. *The Permanente Journal*. 17(3): 65-73.
- Watterworth B, Rzyzewski J. (2005). Letters to The Editor: Managing Fecal Incontinence, *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing* 32(4): 217: 218.

- Weber, AM. (2007). Epidemiology and psychosocial impact of pelvic floor disorders. Walters, M. D, Karam, MM. (Eds.). Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. 3rd ed, Mosby Elsevier, Philadelphia, 44–54.
- Willson MM, Angyus M, Beals D, Callan L, Francis K, Kingan MJ, Porras OK. (2014). Executive Summary: A Quick Reference Guide for Managing Fecal Incontinence (FI). J Wound Ostomy Continence Nurs. 41(1):61-69.
- Yüksel O, Leventoğlu S, Tezcaner T, Bostancı H, Dikmen K, Menteş B. (2008). İdiopatik Anal İnkontinans Tedavisinde Periferik Nöromodülasyonun Etkinliđi. Kolon Rektum Hast. Derg. 18(3): 122-127.