



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DAHİLİYE KLİNİKLERİNDE YATAN HASTALARDA**  
**ÜRİNER VE FEKAL İNKONTİNANS VARLIĞININ**  
**ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE**  
**ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**HANİFE NAZIM**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DANIŞMAN**  
**PROF.DR SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ**

**MANİSA-2019**



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DAHİLİYE KLİNİKLERİNDE YATAN HASTALARDA  
ÜRİNER VE FEKAL İNKONTİNANS VARLIĞININ  
ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

HANİFE NAZIM  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ SINAV JÜRİSİ

Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ	(Tez Danışmanı)
Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL	(Jüri Üyesi)
Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM	(Jüri Üyesi)

MANİSA-2019

## YÜKSEK LİSANS TEZ BAŞLIĞI

Dahiliye Kliniklerinde Yatan Hastalarda Üriner Ve Fekal İnkontinans Varlığının  
Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerine Etkilerinin Değerlendirilmesi

**Öğrenci:** Hanife NAZIM

**Danışman:** Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

**İkinci Tez Danışmanı:** -

Bu tez çalışması 19.08.2019 tarihinde jürimiz tarafından "İç Hastalıkları Hemşireliği  
Yüksek Lisans Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Tez Danışmanı:** Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ  
(M.C.B.Ü. S.B.F.)

(imza)

**Üye:** Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL  
(EGE Ü. Hemşirelik F.)

(imza)

**Üye:** Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDLİ ÇAYDAM  
(M.C.B.Ü. S.B.F.)

(imza)

**Üye:** Unvanı, Adı ve Soyadı  
(Kurumu)

(imza)

**Üye:** Unvanı, Adı ve Soyadı  
(Kurumu)

(imza)

Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim  
Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından başarılı  
bulunmuştur.

20.08.2019

Prof. Dr. Ömer TETİK  
Enstitü Müdürü

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlamasından, veri toplanması ve yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Hanife NAZIM



## TEŞEKKÜR

Eğitimim boyunca bana destek olan, bilgisi, tecrübesi, başarısı ile her daim yanımda duran danışman hocam Sayın Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ' e,

Desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi  
Özden DEDELİ ÇAYDAM' a,

Tezime yaptıkları katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. Şebnem ÇINAR  
YÜCEL' e ve Arş. Gör. Esin SEVGİ DOĞAN' a

Sevgi ve desteğini esirgemeyen değerli aileme sonsuz

TEŞEKKÜR EDERİM

Hanife NAZIM

Manisa-2019

## **KISALTMALAR**

Beden Kütle İndeksi	BKI
Fekal İnkontinans	Fİ
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	HAD
Üriner İnkontinans	İ
Ortalama	ORT
Minimum	MİN
Maksimum	MAKS
Standardize Mini Mental Durum Testi	MMSE
Standart Sapma	SS
Statistical Packge fo Social Science	SPSS

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
<b>TESEKKÜR</b>	i
<b>KISALTMALAR ve SİMGELER</b>	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	iii
<b>TABLolar DİZİNİ / ŞEKİL DİZİNİ</b>	vi
<b>1. ÖZET</b>	1
<b>2. ABSTRACT</b>	2
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b>	3
<b>4. GENEL BİLGİLER</b>	5
<b>4.1. Üriner İnkontinans</b>	5
4.1.1. Üriner İnkontinans Tanımı	5
4.1.2. Üriner İnkontinans Sınıflandırılması	5
4.1.3. Üriner İnkontinans Epidemiyolojisi	6
4.1.4. Üriner İnkontinans Nedenleri ve Risk Faktörleri	8
4.1.5. Üriner İnkontinansı Olan Hastanın Tedavisi	8
4.1.6. Üriner İnkontinansı Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı	9
<b>4.2. Fekal İnkontinans</b>	10
4.2.1 Fekal İnkontinans Tanımı	10
4.2.2. Fekal İnkontinans Sınıflandırılması	10
4.2.3. Fekal İnkontinans Epidemiyolojisi	11
4.2.4. Fekal İnkontinans Nedenleri ve Risk Faktörleri	12
4.2.5. Fekal İnkontinansı Olan Hastaların Tedavisi	13
4.2.6. Fekal İnkontinansı Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı	15
<b>4.3. Anksiyete ve Depresyon</b>	15
4.3.1. Anksiyete ve Depresyon Tanımı	15
4.3.2. Üriner İnkontinansı Olan Hastada Anksiyete ve Depresyon	16
4.3.3. Fekal İnkontinansı Olan Hastada Anksiyete ve Depresyon	16
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	17
5.1. Araştırmanın Tipi	17
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Zamanı	17

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	17
5.4. Araştırma Soruları	18
5.5. Araştırmanın Bağımlı –Bağımsız Değişkenleri	18
5.6. Veri Toplama Araçları	18
5.7. Veri Toplama Yöntemleri	19
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi	19
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	19
10. Araştırmanın Etik Yönü	20
<b>6. BULGULAR</b>	21
<b>7. TARTIşMA</b>	31
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	36
<b>9. KAYNAKLAR</b>	37
<b>10. EKLER</b>	46
Ek-1 Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	47
Ek-2 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul İzni	48
Ek-3 Hasta Tanıtım Formu	49
Ek-4 İnkontinans Sorgulama Formu	51
Ek-5 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	57
Ek-6 Mini Mental Durum Ölçeği	60
EK-7 Yüksek Lisans / Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu	61
<b>11. ÖZGEÇMİş</b>	62



## TABLULAR DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
6.1.Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılım	21
6.2.Hastalık İle İlgili Değişkenlerin Dağılımı	22
6.3.Üriner İnkontinans Şikayeti Varlığı, Başlatan ve Eşik Eden Olayların Dağılımı	23
6.4.Üriner İnkontinans Açısından Kadın ve Erkekler Arasındaki Fark	24
6.5.Doğum Sayısına Göre Üriner İnkontinans Şikayeti	24
6.6.Beden Kütle İndeksi, Yaş ile Üriner İnkontinans Şikayetleri Arasındaki Korelasyonlar	25
6.7.Fekal İnkontinans Şikayeti, Özellikleri ve Başlatan Olayların Dağılımı	26
6.8.Kadın ve Erkekler Arasında Fekal İnkontinans Şikayeti Olma Açısından Fark	27
6.9.Doğum Sayısına Göre Fekal İnkontinans Şikayetinin Değerlendirilmesi	28
6.10.Beden Kütle İndeksi, Yaş ile Fekal İnkontinans Şikayetleri Arasındaki Korelasyonlar	28
6.11.Fekal ve/veya Üriner İnkontinans Şikayetinin Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi	29
6.12.Fekal ve/veya Üriner İnkontinans Şikayeti Olan ve Olmayan Hastalar Arasında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Açısından Farklar	30

**Tezin Başlığı:** Dahiliye Kliniklerinde Yatan Hastalarda Üriner ve Fekal İnkontinans Varlığının Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkilerinin Değerlendirilmesi

**Öğrencinin Adı:** Hanife NAZIM

**Danışmanı:** Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

**Anabilim Dalı:** Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

## 1. ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, dahiliye kliniklerinde yatan hastalarda üriner ve fekal inkontinans varlığının anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Bir üniversite hastanesinde dahiliye kliniklerinde yatan yaş ortalaması  $60,43 \pm 11,17$  yıl, %65,4' ü erkek olan 321 hasta örneklem grubunu oluşturdu. Veriler, hasta tanıtım formu ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplandı. Verilerin analizinde t-testi, ki-kare, Fisher kesin ki-kare testi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık %95 güven aralığında  $p < 0,05$  kabul edildi.

**Bulgular:** Hastaların %34,3 (n=110) ünde üriner inkontinans, %12,5 (n=40)' inde fekal inkontinans şikayeti olduğu, %6,8 (n=22)' inde hem üriner hem de fekal inkontinans şikayetinin birlikte bulunduğu belirlendi. Erkeklere göre kadınlarda üriner inkontinans şikayetinin daha fazla görüldüğü, iri bebek doğuran veya beş ve fazla doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans şikayetinin daha fazla görüldüğü, beden kütle indeksi arttıkça üriner inkontinans şikayetinin arttığı saptandı. Kadın ve erkekler arasında fekal inkontinans şikayeti varlığı açısından fark olmadığı, doğum sayısı altı olan kadınlarda daha fazla fekal inkontinans şikayeti olduğu, fekal inkontinans şikayeti ile beden kütle indeksi ve yaş arasında anlamlı ilişki olmadığı saptandı. Üriner veya fekal inkontinans şikayeti olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

**Sonuçlar:** Dahiliye kliniklerinde yatan hastalarda üriner veya fekal inkontinans şikayetinin olması anksiyete ve depresyon düzeylerini arttırabilmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda; dahiliye kliniklerinde yatan hastalarda fekal ve üriner inkontinans olup olmadığının sorgulanması ve tanılanması için tetkiklerin yapılması, inkontinans sorunu olan hastalarda günlük yaşamı kolaylaştırıcı önlemlerin alınması, anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi ve tedavisi için yönlendirilmesi önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, depresyon, üriner inkontinans, fekal inkontinans.

**Title of the Thesis:** Evaluation the Effects of Urinary and Fecal Incontinence on Anxiety and Depression Levels in patients Hospitalized in Internal Medicine Clinics

**Student's Name:** Hanife NAZIM

**Advisor:** Professor Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

**Department:**Department of Nursing, Master's Program of Internal MedicineNursing

## **2. ABSTRACT**

**Aim:** The aim of this study was to evaluate the effect of urinary and fecal incontinence on anxiety and depression levels in patients hospitalized in internal medicine clinics.

**Materials and Methods:** The sample group consisted of 321 patients (65.4% male) with a mean age of  $60.43 \pm 11.17$  years hospitalized in internal medicine clinics in a university hospital. Data were collected by the researcher by face to face interview method with patient identification form and hospital anxiety depression scale. T-test, chi-square, Fisher's exact chi-square test and Pearson correlation analysis were used for data analysis. Significance was accepted as  $p < 0.05$  within 95% confidence interval.

**Results:** 34.3% (n= 110) of the patients had urinary incontinence, 12.5% (n= 40) had fecal incontinence and 6.8% (n= 22) had both urinary and fecal incontinence complaints together. Urinary incontinence was more common in women than men, urinary incontinence was more common in women who had large babies or five or more births, and urinary incontinence increased as body mass index increased. It was found that there was no difference between men and women according to presence of fecal incontinence complaints, more fecal incontinence complaints were found in women with six births, and there was no significant relationship between fecal incontinence complaints and body mass index and age. Anxiety and depression levels were higher in patients with urinary or fecal incontinence than those without.

**Conclusions:** The presence of urinary or fecal incontinence complaints may increase anxiety and depression levels in patients hospitalized in internal medicine clinics. According to these results; it may be recommended to conduct investigations to diagnose and diagnose the presence of fecal and urinary incontinence in patients hospitalized in internal medicine clinics, to take measures to facilitate daily life in patients with incontinence problems, and to guide and evaluate anxiety and depression levels.

**Key Words:** Anxiety, depression, urinary incontinence, fecal incontinence.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Uluslararası İnkontinans Derneği üriner inkontinans ‘her türlü idrarı tutamama yakınması’ olarak tanımlanmıştır. Yapılan çalışmaların sonucunda üriner inkontinans prevalansı yaşlılarda %8-%34 olarak bulunmuştur (Ateşkan ve ark. 2000; Çetinel 2005). Üriner inkontinans, sosyal veya hijyenik probleme neden olan idrar kaçırma durumudur. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)' de inkontinansın yıllık 10 milyar dolarlık maddi yük getirdiği bildirilmiştir. ABD'de toplumda yaşlıların %15-30' un da, bakımevlerinde yaşayanların %50' sin de ve birçoğun da üriner inkontinans bulunmaktadır. Üriner inkontinans genel olarak yaşlı popülasyonda daha fazla görülen sorunlar arasında olmasına rağmen 20 yaş üstündeki kadınlarda prevalansı %53 olarak belirtilmiştir (Arıkan ve ark. 2002). Üriner inkontinans için tanımlanmış birçok risk faktörü bulunmakla birlikte, kadınlarda gebelik sayısının fazla olması, müdahaleli doğumlar, epizyotomi ve spontan yırtıklar gibi doğumda yaşanan travmalar risk faktörü olarak bildirilmiştir. Ülkemizde kadınlarda sık aralıklarda, elverişsiz koşullarda ve fazla sayıda doğum yapma nedeniyle pelvik destek yapılarındaki etkilenme sonucu üriner inkontinans görülebilmekte ve yaş ilerledikçe bu sorun artmaktadır (Bilgili ve ark. 2008). Üriner inkontinans etiyojisinde rol oynayan başlıca faktörler; çok sayıda doğum yapma, menapozla azalan östrojen düzeyleri, pelvik cerrahi veya pelvik travması, pelvik prolapsusu, bazı ilaçların (alfa blokeler, kalsiyum kanal blokerleri, dekonjestanlar, opioidler, fenotiazin, antispazmodik, antiparkinsonien, antidepresan, antihistaminik, diüretik, benzodiazepin türevi, hipnotik sedatifler gibi) kullanılması, sigara içme, alkol tüketime ve obezitedir. Konstipasyon, bazı psikolojik sorunlar, endokrinolojik problemler (diyabet gibi), nörolojik sistem hastalıkları (multipl skleroz, spinal cord yaralanması), alerjik hastalıklar ve mesleki faktörler (ağır kaldırma gerektiren meslekler) üriner inkontinans etiyojisinde rol oynayan diğer faktörler arasında yer almaktadır (Arıkan ve ark.2002). Üriner inkontinans varlığı ciltte maserasyon ve irritasyona yol açabileceği gibi, bası yaraları ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarına da neden olabilmekte (Ateşkan ve ark. 2000) ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Işıklı ve ark. 2011).

Fekal inkontinans, anüsteeki sfinkterlerin gaz ve feçes çıkışını kontrol edememesi olarak tanımlanmaktadır. İstemsiz olarak gaz ve/veya gaita kaçırılması yani gaz ya da gaitanın kontrol edilememesi ile karakterize bir hastalık grubudur (Akhtar et al. 2005). Toplumumuzda fekal inkontinans görülme sıklığı %2-3'tür. Fekal inkontinans görülme sıklığının yaşın ilerlemesi ile birlikte arttığı ve yaşlılarda görülme oranının %10'dan fazla olduğu belirtilmektedir (Dedeli ve ark. 2008) Yaşlılarda fekal inkontinansa neden olan risk faktörleri; 70 yaş ve üzeri olma, nörolojik hastalıklar, bilişsel fonksiyonlarda ciddi azalma, kadın cinsiyeti, üriner inkontinans öyküsü ve hareket kısıtlılığı olarak tanımlanmıştır. Tüm yaş grubundaki bireylerde fekal inkontinans, serebrovasküler olaylar, nörojenik disfonksiyon ve travma/yaralanmalar gibi nedenlerden dolayı gelişebilmektedir (Dedeli ve ark. 2008; İlçe ve Ayhan 2011). Fekal inkontinans varlığı perineal deri hasarı ve üriner sistem enfeksiyon riskini artıran nedenler arasında yer almakta olup (Denat ve Khorshid 2009) yaşlıların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Dedeli ve ark. 2008). Üriner ve/veya fekal inkontinans varlığı anksiyete ve depresyon riskini artırmaktadır. Üriner inkontinansı olan kadınlarda olmayanlara göre anksiyete ve depresyon sıklığının daha fazla olduğu, üriner inkontinansı olan kadınlarda anksiyetenin %56,6, depresyonun ise %37,6 olduğu bildirilmiştir (Perry et al. 2006).

Üriner ve fekal inkontinans yaşlanma ile sıklığı artan önemli geriatrik sendromlardan olup; genellikle hasta tarafından belirtilmeyen bir sosyal problemdir. Toplumumuzda bir tabu olarak algılanan inkontinansın tanılanması ve değerlendirilmesinde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu nedenle, inkontinans varlığının anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi olup olmadığının belirlenmesi önemlidir (Çamtosun ve Şen 2008; Dedeli ve ark. 2008).

Bu çalışmanın amacı, dahiliye kliniklerinde yatan hastalarda üriner ve fekal inkontinans varlığının anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi olup olmadığını belirlemektir. İnkontinans varlığı hastalar tarafından sıklıkla şikayet olarak belirtilmediği için sağlık ekibi tarafından da yeterince tanımlanamamaktadır. Bu nedenle, koruyucu yaklaşımlarla önlenebilen ve spesifik tedavilerle sıklığı azaltılabilen inkontinansın varlığı göz ardı edilmiş olmaktadır. Çalışma sonucunda; sosyal izolasyona yol açabilen inkontinans sorununa, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiye sağlık profesyonellerinin dikkati çekilmiş olacaktır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1.ÜRİNER İNKONTİNANS

#### 4.1.1.Üriner İnkontinans Tanımı

Uluslararası kontinans derneği (ICS), üriner inkontinansı her türlü idrar tutamama şikayeti olarak belirtmektedir (Balcı ve ark. 2009). Üriner inkontinans istemsiz idrar kaçırma tüm yaş gruplarını ve yaşamları boyunca etkilemektedir (Beji 2002). Üriner inkontinans gelişmesi için tanımlanan risk faktörleri ilerleyen yaş, cinsiyet, obezite ve bozulmuş mobilitedir (Akın 2015). Ancak bireyler tarafından genellikle sağlık profesyonelleri ile paylaşılmayan sosyal bir problemdir.

#### 4.1.2. Üriner İnkontinans Sınıflandırılması

*Stres İnkontinans:* Kadınlarda istemsiz üriner inkontinansın en sık görülen stres üriner inkontinans olduğu saptanmıştır (Beji 2002). Stres inkontinans, hapşırma, öksürme, gülme, aniden ayağa kalkma, ağır bir şey kaldırma gibi ani karın içi basınç arttığı durumlarda damla damla veya daha fazla idrar kaçırma olarak belirtilmektedir. Stres inkontinans, mesane ve üretrada kapakçıkların yetersizliği veya zayıflığı sonucu görülmektedir. En önemli risk faktörü gebelik, doğum ve/veya menopozdur (Çetinel 2005; Karadakovan ve Kaymakçı 2010).

*Sıkışma İnkontinans (Urge-Acil İnkontinans:* Mesanenin istemsiz kasılması sonucu aniden gelen idrar yapma hissi ile ortaya çıkan kişi tuvalete yetişmeden idrar kaçırması sonucu gelişmektedir (Çetinel 2005; Karadakovan ve Kaymakçı 2010). Sıkışma inkontinansının yarattığı sıkıntı nedeni ile hastalar geceleri de çok sık tuvalete gitmektedirler. Sıkışma inkontinansının nedenleri arasında; idrar yolları enfeksiyonları, idrar yollarında taş veya kum gibi mesane irritasyonu yapan maddelerin olması, barsak problemleri, Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, inme ve Multipl skleroz gibi hastalıkların olması sayılabilmektedir (Beji 2002; Karadakovan ve Kaymakçı 2010). Sıkışma inkontinansına neden olan bir hastalık bulunmazsa bu durum hiperaktif mesane sendromu olarak da adlandırılmaktadır.

*Miks Tipi İnkontinans:* Hem stres hem de sıkışma inkontinansının birlikte görülmesidir (İnci ve Ergen 2010). Miks tipi inkontinans geriatric popülasyonda daha sık görülmektedir (İnci ve Ergen 2010).

*Taşma Tarzında İnkontinans:* Mesane dolu olmasına rağmen his kaybı nedeniyle idrar yapma hissi oluşmaz ve mesane kapasitesini aşan hacimlerdeki idrar depolandığı için taşma şeklinde idrar kaçırma görülmektedir. Taşma tarzındaki inkontinans etiyojisinde; mesane yaralanmaları, üretra tıkanıklığı veya sinirlerde hasara neden olan diyabet, omurilik zedelenmeleri ya da multiple skleroz gibi hastalıklar yer almaktadır. Mesane iç basıncının üretral dirençle eşitlendiği zaman üriner inkontinans başlamaktadır (Beji 2002; İnci ve Ergen 2010).

*Sürekli İnkontinans:* Gece, gündüz sürekli ve/veya periodik olarak idrar kaçırmayı tanımlamaktadır. Sürekli inkontinans doğum esnasında oluşabilen sfinkter yaralanmaları, bazı konjenital ve kazanılmış nörojenik hastalıklarda görülen mesane disfonksiyonları gibi durumlarda görülebilmektedir (İnci ve Ergen 2010; Çetinel 2005).

*Fonksiyonel İnkontinans:* Bireylerin zamanda tuvalete ulaşamamasına bağlı olarak ortaya çıkan kontrol dışı bir durumdur. Hareket kısıtlılığı zayıf olan hastalarda görülebilmektedir. Fonksiyonel inkontinansı olan hastalar idrar yapma ihtiyaçlarını fark edememekte veya ettikleri halde tuvalete yetişememektedirler (İnci ve Ergen 2010). Depresyon, demans, hareket kısıtlılığı ve bazı ilaçlar gibi nedenlerle normal olgularda da fonksiyonel idrar kaçırma gelişebilmektedir. Depresyon, demans, hareket kısıtlılığı, defekasyona etkisi olan ilaçların kullanılması gibi nedenlerle normal inkontinans sahip bireylerde fonksiyonel inkontinans görülebilmektedir (Beji 2002; İnci ve Ergen 2010; Karadakovan ve Kaymakçı 2010).

#### **4.1.3. Üriner İnkontinans Epidemiyolojisi**

Üriner İnkontinans epidemiyolojisine yönelik yapılan araştırmalarda, genç hastalarda yıllık insidansın %3,0 yaşlı hastalarda %6,0 olduğu belirtilmiştir (Samuelsson et al. 2000). Üriner İnkontinans prevalansı genç hastalarda %54,5 iken yaşlı hastalarda üriner inkontinans prevalansının arttığı belirtilmektedir (Aggozotti et al. 2000). Genç ve orta yaşlı kadınlarda daha çok stres tipi üriner inkontinans görülmekte, yaşın ilerlemesi ile birlikte miks ve sıkışma tipi üriner inkontinans görülmektedir (Muscatello et al. 2001; Holroyd-Leduc and Straus 2004). Üriner İnkontinans alt tipleri; stres, sıkışma, ve mikst tipi olup prevalansı sırasıyla; %50, %14 ve %32 oranında görülmektedir (Minassian et al. 2003). 65 yaş ve üzeri 1589 kadın üzerinde yapılan çalışmada, stres tipi üriner inkontinans prevalansı %10, sıkışma tipi üriner inkontinans prevalansı %33 ve mikst tipi üriner inkontinans prevalansı %42

olarak bildirilmiştir (Espino et al. 2003). 18-60 yaş arası 7911 kadın ile yapılan çalışmada, stres tipi üriner inkontinans prevalansı %40,6, sıkışma tipi üriner inkontinans prevalansı %11, mikst tipi üriner inkontinans prevalansı %45,3 ve diğer üriner inkontinans tiplerinin prevalansı ise %3,1 olduğu belirtilmiştir (Diokno et al. 2004). Yapılan başka bir çalışmada, genç ve orta yaş grubunda stres tipi üriner inkontinans oranının yaşlı kadınlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. 15 yaş ve üstü 1053 kadın üzerinde yapılan çalışmada, %20,8' in de stres ve %16,3' ünde sıkışma tipi inkontinans tespit etmişlerdir (Maral ve ark. 2001).

Üriner inkontinans prevalansını belirlemek amacıyla ülkemizde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Özerdoğan ve arkadaşlarının (2004) yapmış olduğu bir çalışmada, 20-70 yaş arası kadınlarda tipine bakılmaksızın üriner inkontinans prevalansının %25,8, stres tipi üriner inkontinans' ın %42,9, sıkışma tipi üriner inkontinans' ın %27,3 ve mikst tipi üriner inkontinans' ın %29 olduğu, 50'li yaşlara kadar stres tipi üriner inkontinans' ın, 50'li yaşlardan sonra ise mikst tip üriner inkontinans' ın arttığı bildirilmiştir (Özerdoğan ve ark. 2004). Yapılan diğer çalışmalarda ise stres, sıkışma ve mikst tip üriner inkontinans prevalansının sırasıyla; %15,4–42,3, %9,8–32,3, %10,3–70,1 arasında değiştiği belirtilmiştir (Ateşkan ve ark. 2000; Ekin ve ark. 2004; Özerdoğan ve ark. 2004; Oskay et al. 2005; Koçak ve ark. 2005; Biri ve ark. 2006; Filiz ve ark. 2006; Çetinel ve ark. 2007). Ateşkan ve arkadaşlarının (2000) 65 yaş ve üzeri 2000 birey (1276 kadın, 724 erkek) ile yaptığı çalışmada tüm grupta üriner inkontinans prevalansı %44,2 kadınlarda %57,1, erkeklerde %21,5 olarak bulunmuştur (Ateşkan ve ark. 2000). Aynı araştırmada inkontinansı olan erkeklerde sıkışma tipi üriner inkontinans %56,4 ile en sık olarak görülürken, kadınlarda ise en sık mikst tip üriner inkontinans %70,1 oranında görülmektedir (Ateşkan ve ark. 2000). Yaşlılarda üriner inkontinans sıklığı %47,3 olup; sıklığı erkeklerde %34,3, kadınlarda %59' dur. Tüm yaşlılarda sıkışma tipi üriner inkontinans sıklığı %33,8 olup; sıklığı erkeklerde %24,2 kadınlarda %43,1 olarak belirlenmiştir. Güneş ve arkadaşlarının (2000) 18-44 yaş arası 1250 kadında yaptıkları çalışmada, üriner inkontinans prevalansı %24,5 olarak bulunmuştur. Güneş ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında kadınların %42,9' unda stres, %27,3' ünde sıkışma ve %29,8' inde mikst tip inkontinans şikayetleri olduğu tespit edilmiştir. 20 yaş ve üzeri 459 kadında yapmış oldukları çalışmada inkontinans prevalansını %49,7 olarak bulunmuştur (Güneş ve ark. 2000).



#### **4.1.4. Üriner İnkontinans Nedenleri ve Risk Faktörleri**

Üriner inkontinans istemsiz idrar kaçırmaya olup erkeklere oranla kadınları daha fazla etkilemektedir. Bunun nedeni sadece alt üriner sistem bozukluğu değil birçok nedenle ortaya çıktığı ve karmaşık çok faktörlü bir durumdur (Kuliyeva ve Demir 2007). Üriner inkontinans için tanımlanmış birçok risk faktörü bulunmakla birlikte, kadınlarda gebelik sayısının fazla olması, müdahaleli doğumlar, epizyotomi ve spontan yırtıklar gibi doğumda yaşanan travmalar risk faktörü olarak bildirilmiştir. Ülkemizde kadınlarda sık aralıklarda, elverişsiz koşullarda ve fazla sayıda doğum yapma nedeniyle pelvik destek yapılarındaki etkilenme sonucu üriner inkontinans görülebilmekte ve yaş ilerledikçe bu sorun artmaktadır (Bilgili ve ark. 2008). Üriner inkontinans etiolojisinde rol oynayan başlıca faktörler; çok sayıda doğum yapma, menapozla azalan östrojen düzeyleri, pelvik cerrahi veya pelvik travması, pelvik prolapsusu, bazı ilaçların (alfa blokeler, kalsiyum kanal blokerleri, dekonjestanlar, opioidler, fenotiazin, antispazmodik, antiparkinsonien, antidepresan, antihistaminik, diüretik, benzodiazepin türevi, hipnotik sedatifler gibi) kullanılması, sigara içme, alkol tüketime ve obezitedir. Konstipasyon, bazı psikolojik sorunlar, endokrinolojik problemler (diyabet gibi), nörolojik sistem hastalıkları (multipl skleroz, spinal cord yaralanması), alerjik hastalıklar ve mesleki faktörler (ağır kaldırma gerektiren meslekler) üriner inkontinans etiolojisinde rol oynayan diğer faktörler arasında yer almaktadır (Arıkan ve ark. 2002).

#### **4.1.5. Üriner İnkontinansı Olan Hastanın Tedavisi**

Üriner inkontinans tedavisi, inkontinans tip ve şiddetine bağlıdır. Çeşitli tıbbi ve cerrahi tedaviler mevcut olup tedavi hastaya özel seçilmelidir. Birçok hastada, ilk basamakta, fiziksel ve davranışsal terapiler tercih edilmektedir. Sonraki basamaklarda, ağır anatomik problem saptanan hastalarda ve şiddetli inkontinanslarda cerrahi ve kombine tedaviler tercih edilmektedir. Davranışsal teknikler ve yaşam stilinde değişiklikler çoğu zaman inkontinans tedavisinde faydalı olmakta, birçok hasta ilave tedaviye gereksinim duymamaktadır. Üriner inkontinans tedavisinde ilk adım, düzeltilebilir nedenlerin saptanması ve ortadan kaldırılmasıdır. İlk olarak davranış ve alışkanlık değişikliklerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bazı vakalarda tam tedavi sağlanabilmektedir. İkinci adım davranış ve ilaç tedavileridir. Bu yaklaşım hastaların önemli bir kısmında başarılı olmaktadır. İdrar kaçırmaya tipine bağlı olarak

değişmekle birlikte yaşlı hastaların büyük çoğunluğu tıbbi tedaviden fayda görmektedir.

Yaşlı bireylerde üriner inkontinans tedavisinde ilk adım; tanının doğru konması ve düzeltilebilir nedenlerin ortadan kaldırılmasıdır. Bu yöntemlerden fayda görmeyen yaşlılarda üriner sondaları, inkontinans pedleri ve inkontinans çamaşırları gibi yardımcı cihazlar kullanılarak bireylerin yaşam kalitelerinin en üst düzeye çıkarılması amaçlanmaktadır (Denat ve Khorshid 2009).

#### **4.1.6. Üriner İnkontinansı Olan Hastanın Hemşirelik Bakım**

Toplumun değişen sağlık sorunlarına göre hemşirelik eğitim programları yeniden düzenlenmekte ve yaşlanan nüfusun gereksinimlerinin en iyi şekilde karşılanması için değişimler yapılmaktadır (Akdemir ve Akyar 2009). Bu bağlamda, hemşireler toplumun gereksinimleri doğrultusunda yaşlılara sunduğu sağlık bakım hizmetlerini evrensel ve bilimsel gerçeklere dayalı olarak sürdürmektedir. Geriatri ekibi içerisinde geriatri hemşireleri sağlığı koruma ve geliştirmeye odaklanarak yaşlılara en uygun bakımı sunmakta ve her daim onların yanlarında olduklarını hissettirerek desteklerini sürdürmektedir (Kılıç 2009).

Üriner inkontinans tedavi edilebilmesine rağmen toplumda fiziksel, psikososyal ve ekonomik etkileri bulunan bir sağlık sorunudur. Üriner inkontinans sorunu, bireyler tarafından bildirimi geciktirilen bir durum olduğu için sağlık personelleri tarafından tanınması ve tedavisi gecikmektedir (Kök ve Şenel 2006). Bu nedenle, özellikle yaşlı bireylerde üriner inkontinans varlığı sorgulanmalı ve araştırılmalıdır. Ayrıca, sağlık ekibi üriner inkontinans hakkındaki bilgilerini arttırmalı ve bu bilgilerini uygulamalara yansıtılmalıdır. Sağlık ekibinin üriner inkontinans konusunda araştırmalar yapması ve topluma bu çalışmaların sonuçlarını bildirmeleri önemlidir (Oskay 2002). Üriner inkontinans tedavisinde görevli sağlık ekibinin önemli üyelerinden biri olan hemşireler bu alanda danışman, eğitimci, araştırmacı ve koordinatör rolleriyle görev almaktadırlar (Dinç ve Beji 2008).

## 4.2. FEKAL İNKONTİNANS

### 4.2.1. Fekal İnkontinans Tanımı

Fekal inkontinans, normal barsak boşaltım alışkanlığının istemsiz olarak gerçekleştirilmesinde, gaitanın sosyal olarak kabul edilebilir zaman ve mekan dışında boşaltılmasıdır. Fekal inkontinans anal sfinkter mekanizmasının sağlanamadığı durumlardır (Şenturan 2010). Fekal inkontinansın insidansı toplumda %1-10, huzur evlerinde %10,3 - %60 olarak bildirilmiştir. Defekasyon son derece özel bir fonksiyondur. Fekal inkontinans barsak içeriğinin anal kanaldan çıkışının kontrol edilememesi olarak da tanımlanmaktadır. Özellikle ileri yaş grubunda sıklığı %55'e kadar ulaşabilmektedir. En sık nedeni obstetrik travmalar ve perianal girişimler olarak görülmekle birlikte doğumsal, nörojenik ve intestinal hastalıklar da fekal inkontinansa neden olmaktadır (Ağalar ve Canda 2016). Fekal inkontinans sıklıkla idrar tutamama ile ilişkilidir. Dışkıda tıkanma, laksetiflerin kötüye kullanımı, diyare, bilişsel bozukluklar, yaşlanma ve otonomik nöropati dahil olmak üzere nöromüsküler bozukluklar, konstipasyon, bireylerde fekal inkontinansına neden olan faktörlerdir. Fekal inkontinans bireylerin fiziksel ve psikolojik iyilik hallerini olumsuz etkilemektedir. Özellikle yaşlı bireylerde morbidite ve mortaliteye neden olan önemli bir sağlık sorunudur. Sağlık maliyetlerini de arttırdığı bildirilmiştir (Akhtar and Padda 2005).

### 4.2.2. Fekal İnkontinans Sınıflandırılması

Fekal inkontinans minör, majör, pasif-zorunlu (kaçınılmaz) ya da parsiyel-tam inkontinans olarak sınıflandırılmaktadır. Minor fekal inkontinans gaz ya da şekilsiz gaita kaçırılması anlamına gelmekte olup daha kolay tedavi edilebilen inkontinans tipidir. Major inkontinans ise şekilli gaitanın tutulamaması olup pelvik taban kaslarında ciddi anatomik ve/veya innervasyon defekti sonucu olarak gelişebilmektedir (Başak 2014).

*Parsiyel İnkontinans:* Sıvı veya gazın istemsiz kaçağıdır. Bu tip fekal inkontinans, yaşlılarda, nörolojik hastalıklarda, hemoroid, anal fissür, parsiyel mukoza prolapsusu, fistülotomi, hemoroidektomilerden sonra, anal dilatasyon sonucu ve internal sfinkterin hasarına bağlı oluşmaktadır (Başak 2014).

*Tam İnkontinans:* Normal kıvamdaki gaitanın istemsiz olarak çıkarılmasıdır. Pelvis tabanını yırtan travmalar, fistül ameliyatları, intrarektal patolojiler, doğuma bağlı perine laserasyon ve yırtıkları, defekasyonda çok ıkınma alışkanlıkları ve

idyopatik nedenler sonucunda oluşmaktadır. Gaitanın istem dışı anal kanaldan çıkması nedeni ile gelişmektedir (Başak 2014).

#### **4.2.3. Fekal İnkontinans Epidemiyolojisi**

Fekal inkontinans yetişkin nüfusun %1' inden fazlasını etkileyen bir sorundur (Bliss et al. 2000). Bazı çalışmalarda, toplum ile ilgili fekal inkontinans görülme sıklığı %2-3 olarak belirtilirken, yaşın ilerlemesi ile birlikte bu oranın da arttığı ve %10'dan fazla olduğu bildirilmiştir (Dedeli ve ark. 2008). Fekal inkontinans bireyin fonksiyonel, psikolojik ve sosyal iyilik halini olumsuz etkileyen, tedavi maliyeti yüksek ve ciddi sosyal problemlere neden olan önemli bir sağlık sorunudur (Bliss et al. 2000; Kalantar et al. 2002). Dünyada literatürüne bakıldığında 65 yaş öncesi fekal inkontinans görülme sıklığı % 0,5-1 arasında iken 65 yaş ve sonrasında bu oranın %3-8 olduğu bildirilmektedir (Dedeli ve ark. 2008). Bununla beraber, fekal inkontinansın, postpartum period sonrası genç kadınlarda da görülen bir sorun olduğu belirtilmektedir (Mellgren 2010). Fekal inkontinans genellikle üriner inkontinans ile birlikte görülmekte ve insidansı kesin olarak bilinmemektedir (Kalantar et al. 2002; Menteş ve ark. 2006). Amaro ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu çalışmada, 20 yaş ve üzeri kadınlarda fekal inkontinans sıklığını %2 olarak bildirilmiştir (Amaro et ark. 2009). Kalanter ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan bir çalışmada, fekal inkontinans sıklığını %11,3 erkeklerde %10,8, kadınlarda ise %11,6 olduğu bulunmuştur (Kalanter et al. 2002). Bharucha ve arkadaşlarının (2005) akut ve kritik bakım ünitelerinde yaptıkları çalışmada, fekal inkontinans sıklığını %33 olarak tespit edilmiştir (Bharucha et al. 2005).

Ülkemizde Dedeli ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada, yaş arttıkça fekal inkontinans sıklığının arttığı bulunmuştur (Dedeli ve ark. 2008). Yaş aralığı 55-74 olan bireylerde fekal inkontinans sıklığının %5,2 olduğu, yaşın ilerlemesi ile bu oranın arttığı, 75 yaş ve üzeri bireylerde de %13,2' ye ulaştığı bildirilmiştir (Dedeli ve ark. 2006). Toplum temelli çalışmalarda, yaş ilerledikçe fekal inkontinans sıklığının %16,9' a ulaştığı bildirilmiştir (Kalantar et al. 2002).

Toplumda kadın ve erkekler arasında fekal inkontinans prevalansı açısından farklılıklar bulunmaktadır (Edwards and Jones 2001). Bazı çalışmalarda fekal inkontinans sıklığının kadınlarda %4, erkeklere %1 olduğu (Edwards and Jones 2001), bazı çalışmalarda ise kadınlarda fekal inkontinansın daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Alsheik et al. 2012). Huzurevinde yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada ise fekal

inkontinans sıklığı %9,5 olarak bildirilmiştir (Dedeli ve ark. 2008). Bazı araştırmalarda fekal inkontinans ile üriner inkontinansın birlikte bulunduğu gösterilmiştir (Stenzeleus et al. 2004; Çamtosun ve Şen 2008). Bireylerin %14,5'in hem üriner inkontinans hem de fekal inkontinansın birlikte bulunduğu (Aslan ve ark. 2009), üriner inkontinansı olan kadınlarda gaz, gaita inkontinans sıklığının %5 (Çamtosun ve Şen 2008) ile %12,7 oranında değiştiği (Aslan ve ark. 2009) bildirilmiştir. Kadınların 50 yaş ve üzeri fekal inkontinans görülme oranı %15,2 üriner inkontinans görülme oranı %48,4 hem üriner hem fekal inkontinansın birlikte görülme oranı ise %9,4 olarak bulunmuştur (Dudding et al. 2010). Bellicini ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışmada, fekal inkontinans şikayeti olan hastalarda üriner sistem infeksiyonları, deri ülserleri, perineal cilt hasarı ve sepsis görülme riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Fekal inkontinans şikayeti olan hastaların bu durumdan utanabilecekleri ve kötü koktuklarını düşünerek sosyal izolasyon yaşayabilecekleri bildirilmiştir (Bellicini et al. 2008).

#### **4.2.4. Fekal İnkontinans Nedenleri ve Risk Faktörleri**

Fekal inkontinansın en sık görülme nedeni anal sfinkterin düzgün çalışmamasıdır. Sfinkter kaslarının veya bu kasları kontrol eden sinirlerin hasar görmesi, kas gücünün azalması, aşırı kuvvetli barsak kasılmaları ya da barsak hissiyatındaki değişikliklerin hepsi fekal inkontinansa neden olmaktadır. Kadınlarda anal kasların doğum sırasında yırtılması veya anal kasların çalışmasına yardımcı olan sinirlerde hasar oluşması nedeni ile fekal inkontinans gelişmektedir (Schnelle and Leung 2010). Fekal inkontinans için zor doğum hikayesinin yanısıra; geçirilmiş pelvik cerrahi, postmenopozal sendrom varlığı ve konstipasyon da risk oluşturmaktadır. Fekal İnkontinans, barsak hastalıkları, tümörler ya da bazı nörolojik hastalıklara bağlı olarak da görülebilmektedir (Çamtosun ve Şen 2008).

Gastrointestinal sistem hastalıkları fekal inkontinansın etyolojisinde önemli rol oynamaktadır. Anorektal kaslarda his kaybı, pelvik taban kas kuvvetinde azalma, nörolojik anormallikler, konstipasyon ve fekal tıkaç oluşumu fekal inkontinansa neden olmaktadır (Schnelle and Leung 2010).

Fekal inkontinansın gelişmesinde yaşlanma önemli bir faktördür. Diyare nedeni ile fekal inkontinans gelişen hastalarda anal bölgede deri irritasyonları ve dermatitler de gelişebilmektedir (Denat ve Khorshid 2009). Rao (2004) yapmış olduğu çalışmada yaşın ilerlemesine bağlı eksternal anal sfinkterin yetersizliği yanı sıra obstetrik

travmaların sfinkter kaslarına ve sinire zarar vererek fekal inkontinansa neden olduğu bildirilmiştir (Rao 2004). Yaşlı hastalarda ve bakıma muhtaç bireylerde rektal dolgunluk hissinin azalmasına bağlı ortaya çıkmaktadır (Şenturan 2010). Yaş ile birlikte fekal inkontinans sıklığının arttığını saptamıştır (Stenzelius et al. 2004). Stenzelius ve arkadaşlarının (2004) yapılan çalışmasında üriner inkontinansın ve fekal inkontinansın birlikte görüldüğü bireylerin %7,7' sinde diyarenin risk faktörü olduğunu belirlemiştir (Stenzelius et al. 2004). İdrar yolu enfeksiyonu, konstipasyon ve fekal inkontinansın da üriner inkontinans ile ilişkili olduğu bulunmaktadır (Aggazzotti et al. 2000).

Fekal inkontinansın cinsiyet, anksiyete, depresyon ve fiziksel yetersizlik ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Edward and Jones 2001). 65 yaş ve üzeri evde yaşayan bireylerde fekal inkontinans ile yaş arasında ilişki bulunmadığı ancak fekal inkontinans sıklığının kadınlarda daha sık görüldüğünü belirtmektedir (Edwards and Jones 2001). Perianal yaralanma ve ameliyat geçirme nedeni ile defekasyon hissinde azalmanın fekal inkontinansa neden olduğu (Kalantar et al. 2002), fekal inkontinansın diyare, karın ağrısı, yorgunluk ve diğer ağrılara bağlı olarak da gelişebildiği belirtmektedir (Stenzelius et al. 2004).

#### **4.2.5. Fekal İnkontinansı Olan Hastaların Tedavisi**

Günümüzde fekal inkontinans derecesinin ve etyolojisinin saptaması oldukça kolaydır. İyi bir fizik muayene ile anal ultrason ve anorektal fizyolojik testler aracılığı ile sorunlu anatomik ve/veya sinirsel defektlerin tanımlanması mümkündür. Rektal tuşe, sigmoidoskopi, anal manometri, elektromiyelografi, anal endosonografi ve defakografi gibi tetkiklerle doğru tanı konulabilmektedir (Gray et al. 2002; Parlar 2006). Fekal inkontinans yönetme stratejileri hem semptomların kontrolünü hem de azami kontinansı sağlamayı içermektedir. Bu doğrultuda fekal inkontinans kontrol altına alınmasında hasta, hekim ve hemşire işbirliği içinde çalışmalıdır. Hemşire, tanılama, değerlendirme ve fekal inkontinansı yönetmede anahtar bir rol oynamalıdır (Jensen 1997). Fekal inkontinanstaki tedavi mutlaka inkontinansın nedenine ve şiddetine yönelik olmalıdır. Tedavi konservatif, ilaç tedavisi ve cerrahi tedaviyi içermektedir (Jensen 1997; Özbal 1998; Tarig et al. 2003; Menteş 2006). Konservatif tedavide; pedler, kilotlar, anal tıkaçlar, inkontinans ürünleri, biofeedback, elektriksel stimülasyon, beslenmenin düzenlenmesi, barsak egzersizleri gibi uygulamalar yer almaktadır (Jensen 1997; Bliss et al. 2004). Fekal inkontinansın tıbbi tedavisi

hastanede veya ayaktan poliklinik hastalarında bireysel davranışların düzenlenmesi ve ilaç tedavisi gibi uygulamaları içermektedir (Özbal 1998). Özellikle diyare nedeni ile fekal inkontinans gelişen bireylerin tedavisinde uygun ilaçlar kullanılmaktadır (Menteş 2006). Yaşlı hastaların bakıma muhtaç hale gelmeleri söz konusudur. Fekal tıkaç (impaction) yaşlıda inkontinansın en önemli nedenlerinden biridir. Özellikle hareketsiz yaşlılarda gözden kaçabilmektedir. Fekal tıkaçın tedavisinde, taşlaşmış gaitanın eritilerek, yumuşatılarak çıkartılması ve tekrarının önlenmesi olmak üzere iki yöntem kullanılmaktadır. Taşlaşmış gaitanın eritilerek, yumuşatılarak çıkartılması için rektal muayenede rektumun boşaldığı tesbit edilinceye ve lavman suyu berrak gelinceye kadar lavmanlar yapılması önerilmektedir. Sert gaitanın yumuşatılması için yağlı lavmanlar yapıldır. Buna rağmen çoğu zaman parmakla boşaltmak gerekmektedir. Tekrar taşlaşmanın önlenmesi için günlük gliserinli suppozituar kullanılmaktadır. Üç gün ardışık barsak boşaltımı olmadıysa lavmanla boşaltım sağlanmalıdır. Konstipasyona neden olan narkotik, antidepresan, antihistaminik, kas gevşetici ilaçlar kesilmeli ve alternatif önlemler alınması sağlanmalıdır (Özbal 1998; Parlar 2006). Sakral kord lezyonu olan hastalarda ise sadece duyu kaybı değil inen kolon ve rektumun motilitesi de bozulmaktadır. Bu düşük anal basınç ve zayıf sfinkter barsak boşaltımının zorlaşmasına neden olarak parmakla boşaltmayı gerektirmektedir. Suprasakral lezyonu olan hastalarda internal anal sfinkter basıncı normaldir, duyu kaybına rağmen, refleks olarak boşalma olabilmektedir. Bu gastrokolik refleks sayesinde olabilmektedir. Bu olgularda, yemekten 15-20 dakika sonra gliserinli suppozituar ile boşalma refleksi stimüle edilmelidir. Bu şekilde planlanan defekasyonla hastalar günün geri kalan kısmını kirlenmeden geçirilebilmektedir (Özbal 1998). Ülseratif kolitli hastalarda steroid sulfasalazine fekal inkontinansı kontrol edebilmektedir. Steroidli lavmanlar radyasyon proktitli hastalarda faydalıdır. Crohn hastalarında sekonder olarak safra tuzlarının malabsorbsiyonuna bağlı diyareler meydana gelerek fekal inkontinansa neden olmaktadır. Bu hastalar cholestyramin tedavisinde iyi yanıt vermektedir. Gaita volümü artmış hastalarda lomotil, kodein ve loperamide gibi ilaçlarla kolon transitisi geciktirilebilir ve su reabsorbsiyonu kolaylaştırılarak gaita volümü azaltılabilmektedir (Özbal 1998)

#### **4.2.6. Fekal İnkontinansı Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı**

Fekal inkontinansı olan hastaya bakım vermek oldukça fazla zaman almakta ve bakım verenlerin özellikle de yoğun bakım hemşirelerinin enerjilerini ve güçlerini tüketen 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 cilt bakımına rağmen ilerleyici deri irritasyonu ve deri hasarı görülebilmektedir (Freedman 1991). Fekal inkontinanslı hastaların bakımında bireyin kuru ve temiz kalması, komplikasyonların önlenmesi için farklı bakım ürünleri ve uygulama yöntemleri bulunmaktadır (Eşer 1999). Fekal inkontinanslı hastalara anal sfinkter kontrolünü kazandırmak için barsak egzersizi uygulamaları önerilebilmektedir (Vulhop et al. 1984; Eşer et al.1999; Bliss et al. 2004). Ayrıca, bireyin diyetinde yeterli miktarda sıvı ve lifli yiyeceklere yer verilmesi ve gücü doğrultusunda egzersiz yapması sağlanmalıdır. Bireyin defekasyon alışkanlığı belirlenmeli ve defekasyon zamanlarında sürgüye, oturaklı sandalyeye veya tuvalete kolayca ulaşması sağlanmalıdır (Bliss et al. 2004). Hastalarda sinirlilik, anksiyete, depresyon ve kendine saygının azalması gibi birçok psikolojik problem görülebilmektedir (Edwards et al. 2001; Gragon et al. 2002; Akhtar et al. 2005; Palmier et al. 2005; Tarig et al. 2005; Wyman et al. 2004). Edward ve Jones (2001) tarafından yapılan bir prevalans çalışmasında, fekal inkontinans ile anksiyete, depresyon ve yetersizlik duyguları arasında önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur. Literatürde hastaların yaşadıkları sıkıntı nedeniyle yardım aramada isteksiz davrandıkları da belirtilmektedir (Edward and Jones 2001).

### **4.3.ANKSIYETE ve DEPRESYON**

#### **4.3.1.Anksiyete ve Depresyonun Tanımı**

Anksiyete varlığın sürdürülmesinde ve bireye yönelik olası bir tehlike tehdidi karşısında kişiyi gereğini yapmak üzere harekete geçmesi için hazırlayan temel duygulardandır (Lewis, Jones, Barrett 2008).

Depresyon derin üzüntü veya keder, uykusuzluk, iştahsızlık, hayattan zevk alamama, ümitsizlik, sinirlilik, kendini beğenmeme ve intihar eğilimi gibi ruhsal durumda bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (American Psychiatric Association 2000).



### **4.3.2. Üriner İnkontinansı Olan Hastada Anksiyete ve Depresyon**

Bir yandan koku, temizlik, cilt irritasyonu gibi sorunlar yaşayan kadınlar, diğer yandan da utanma, vücut imajında bozulma, anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon gibi farklı emosyonel bozukluklar yaşamaktadır (Melville et al. 2005). Literatürde inkontinansı olan kadınların, inkontinans bulguları olmayanlara göre; depresyona daha yatkın, anksiyete düzeylerinin daha yüksek; kendine güvenlerinin düşük ve sosyal izolasyona yatkın oldukları bildirilmiştir. Üriner inkontinansın utanma ve kendine güvende azalma, kadınların yaşantılarında, özellikle eş ve iş ilişkilerinde bağımlılığa, ciddi engellere neden olduğu ve stres yaratıcı bir durum olarak algılandığı belirtilmiştir (Özerdoğan ve ark. 2004; Williams 2004; Goldacre et al. 2007).

Üriner inkontinans varlığı belirgin fiziksel ve psikososyal sorunlara ve sağlık bakım maliyetinde artışa neden olmaktadır. Hastada hijyen kaybına, komşu bölgelerde cilt problemlerine, bası yaralarına, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarına, psikolojik sıkıntılara, sosyal izolasyona, kendine güven ve saygı yitimine, düşme riskinde artışa, yaşam kalitesinin düşmesine ve bakım evine yerleştirilme riskinde artışa, bakıcıda ise tükenmişlik ve depresyona neden olmaktadır. Sosyal bir damga ve utanma, izolasyon ve depresyona neden olmaktadır (Yavuz 2008). Üriner inkontinans ile depresyon arasında nedensel bir ilişki olduğu kanıtlanamamasına rağmen, üriner inkontinans ile depresyon arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Nygaard et al. 2003; Perry et al. 2006; Goldacre et al. 2007).

### **4.3.3. Fekal İnkontinansı Olan Hastada Anksiyete ve Depresyon**

Fekal inkontinansı olan hastalarda sinirlilik, anksiyete ve depresyon gibi birçok psikolojik sorun görülmektedir (Edwards and Jones 2001; Gragon and Kramer 2002; Tarig et al. 2003; Wymen et al. 2004; Palmier et al. 2005). Edward ve Jones (2001) tarafından yapılan çalışmada, fekal inkontinans ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Fekal inkontinansı olan hastalarda en önemli sorun depresyon olarak bildirilmiştir (Melville et al. 2005). Fekal inkontinansı olan hastalarda, anksiyete ve depresyon semptomlarında artış ile yaşam kalitesinde azalma belirlenmiştir (Philip and Minor 2004). Ayrıca, hastaların yaşadıkları sıkıntı nedeniyle yardım aramada isteksiz davrandıkları da belirtilmiştir (Edwards and Jones 2001).

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Bu araştırma, kesitsel tipte çözümleyici (analitik) bir araştırmadır.

### **5.2.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi, Kardiyoloji Servisi, Fizik Tedavi Servisi, Romatoloji Servisi, Gastroloji Servisi, Endokrin Servisi, Nefroloji Servisi Dahiliye kliniklerinde Eylül 2018- Mart 2019 tarihleri arasında yapıldı.

### **5.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi, Kardiyoloji Servisi, Fizik Tedavi Servisi, Romatoloji Servisi, Gastroloji Servisi, Endokrin Servisi, Nefroloji Servisi Dahiliye Kliniklerinde Eylül 2018- Mart 2019 tarihleri arasında yatan 975 yetişkin hasta oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi, Kardiyoloji Servisi, Fizik Tedavi Servisi, Romatoloji Servisi, Gastroloji Servisi, Endokrin Servisi, Nefroloji Servisi Dahiliye Kliniklerinde Eylül 2018- Mart 2019 tarihleri arasında yatan ve araştırma kriterlerini karşılayan 321 hasta oluşturdu.

Araştırmaya alınma kriterleri:

- Türkçe anlama ve konuşma,
- Kanser tanısı olmama,
- Psikiyatrik bir tanısı olmama,
- Sözel iletişime engel olacak sorunu olmama,
- 18 yaş ve üstü olma,
- 65 yaş üstü hastaların Mini Mental Durum Ölçeğinden 24 ve üzeri puan alma,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma.

#### 5.4. ARAŞTIRMA SORULARI

1. Dahiliye kliniklerinde yatan hastalarda üriner inkontinans sıklığı nedir?
2. Dahiliye kliniklerinde yatan hastalarda fekal inkontinans sıklığı nedir?
3. Üriner inkontinansı olan ve olmayan hastalar arasında anksiyete ve depresyon düzeyleri farklı mıdır?
4. Fekal inkontinansı olan ve olmayan hastalar arasında anksiyete ve depresyon düzeyleri farklı mıdır?

#### 5.5.ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

**Bağımlı değişkenler:** Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeğinde alınan puanlardır.

**Bağımsız değişkenler:** Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, beden kütle indeksi, kronik hastalıklar, üriner ve/veya fekal inkontinans varlığı.

#### 5.6.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri; Hasta Tanıtım Formu (Ek 3), İnkontinans Sorgulama Formu (Ek 4), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Ek 5) ve Mini Mental Durum Ölçeği (Ek 6) kullanılarak toplandı.

**Hasta Tanıtım Formu (Ek 3):** Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gibi sosyodemografik özellikler ile hastalık tanısı, süresi, kullandığı ilaçlar gibi hastalığa ilişkin bilgileri, kadınlar için doğum geçmişi bilgilerini içermektedir.

**İnkontinans Sorgulama Formu (Ek 4):** Literatür bilgisine dayanarak (Bliss 2000; Beji 2002; Bilgili ve ark. 2008; Dedeli ve ark. 2008; Aslan ve ark. 2009; Çiftçi 2011) araştırmacı tarafından hazırlanan bu form; üriner ve fekal inkontinans varlığını sorgulayan 44 sorudan oluşmaktadır.

**Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği (Ek 5):** Zigmond ve Snaith (1983) tarafından hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiştir. Aydemir ve ark. (1997) tarafından ölçeğin Türkiye’de geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. HAD Ölçeği toplam 14 sorudan yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar dördümlü Likert tipinde olup 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçiminde iken 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler

0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir. HADÖ'nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için 7 olarak belirlenmiştir (Aydemir ve ark. 1997), (Ek 5).

Bu çalışmada HADÖ Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,73 olarak bulundu.

**Mini Mental Durum Ölçeği (Ek 6):** İlk olarak Folstein ve arkadaşları (1975) tarafından geliştirilen Mini Mental Test, yaşlıların, özellikle deliryumda ve/veya demanslı yaşlıların bilişsel durum değerlendirilmesinde kullanılabilecek bir ölçüm aracıdır. Test beş alt boyut, on bir maddeden oluşmakta ve toplam 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlilik güvenirliği Kaya Tekin ve ark. (1985) yapılmıştır. Standardize Mini Mental Test ve Uygulama Klavuzu' un ise Türkçe geçerlik güvenirliği Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmıştır. Testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerli ve güvenirliği olduğu ve kesme değerinin 23/24 puan olduğu bildirilmiştir (Güngen ve ark. 2002).

### **5.7.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ**

Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplandı. Her bir görüşme ortalama 15 dakika sürdü.

### **5.8.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Statistical Package the Social Sciences (SPSS) 21 programı kullanılarak analiz edildi ve %95 güven aralığında  $p < 0,05$  düzeyinde anlamlı kabul edildi. Veriler yüzdelik ve ortalama  $\pm$  standart sapma (SS) ile gösterildi. Parametrik verilerde; iki grup karşılaştırmalarında Pearson t-testi, Nonparametrik verilerin karşılaştırmalarında; ki-kare, Fisher kesin ki-kare testi normal dağılım gösteren parametrik verilerde Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

### **5.9.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırmanın yalnızca Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi dahiliye kliniklerinde, 18 yaş ve üzeri yatan hastalar ile yürütülmesi nedeni ile tüm topluma genellemez. Fekal inkontinans ve üriner inkontinans tıbbi olarak kayıt edilememiş olup, hasta beyanına göre değerlendirildi.

### **5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dekanlığı Sağlık Bilimleri Etik Kurulu' ndan ilgili izin alındı (Ek 2). Araştırmada insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu' na sadık kalındı.



## 6. BULGULAR

Dahiliye kliniklerinde yatan hastalarda üriner ve fekal inkontinans varlığının anksiyete ve depresyon düzeylerine etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada örnekleme oluşturan 321 hastanın sosyodemografik özellikleri Tablo 6.1' de gösterildi.

**Tablo 6.1. Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılım (n=321)**

<b>Değişkenler</b>	<b>Ort. ± S.S. / n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş (yıl)</b>	60,43	11,17 (35-94)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	111	34,6
Erkek	210	65,4
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	300	93,5
Bekar	21	6,5
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur yazar değil	38	1,8
Okur yazar	43	13,4
İlkokul	180	56,1
Ortaokul	17	5,3
Lise	34	10,6
Lisans/Lisans Üstü	9	2,8
<b>Meslek</b>		
Memur	12	3,7
İşçi	64	19,9
Çiftçi	104	32,4
Ev Kadını	105	32,7
Serbest	36	11,2

Yaş ortalaması  $60,43 \pm 11,17$  yıl olan 321 hastanın %65,4 (n=210)' ü kadın, %93,5 (n=300)' i evli, %56,1 (n=180)' i ilköğretim mezunu, %32,7 (n=105)' si ev kadını ve %32,4 (n=104)' ü çiftçi idi (Tablo 6.1).

Hastalık ile ilgili değişkenler Tablo 6.2'de gösterildi.

**Tablo 6.2. Hastalık ile İlgili Değişkenlerin Dağılımı (n=321)**

Değişkenler	n	%
<b>Sistem Hastalıkları</b>		
Solunum Sistemi	78	24,3
Dolaşım Sistemi	44	13,7
Sindirim Sistemi	42	13,1
Üriner Sistemi	20	6,2
Endokrin Sistem	137	42,7
<b>Kronik Hastalık</b>		
Yok	38	11,8
Var	283	88,2
Hipertansiyon	78	24,3
Diyabet	149	46,4
Kalp Hastalığı	20	6,2
KOAH	24	5,7
Böbrek Hastalığı	12	3,7
<b>Sürekli Kullanılan İlaç</b>		
Yok	37	11,5
Var	284	88,5

Hastaların %88,2 (n=283)'inin kronik bir hastalık bulunduğu ve en fazla görülen kronik hastalığın da diyabet (%46,4) olduğu belirlendi. Hastaların hastaneye yatış nedenleri incelendiğinde, en fazla endokrin sistem hastalığı %42,7 (n=137)'i tanısıyla hastaneye yatırıldıkları belirlendi. Hastaneye yatan hastaların tümü %88,5 (n=284)'i sürekli kullandıkları ilaç bulunmaktadır (Tablo 6.2).

Üriner inkontinans şikayeti varlığı, üriner inkontinans şikayetini başlatan ve eşlik eden olaylar Tablo 6.3' da verildi.

**Tablo 6.3. Üriner İnkontinans Şikayeti Varlığı, Başlatan ve Eşlik Eden Olayların Dağılımı (n=321)**

Değişken	n	%
<b>Üriner inkontinans şikayeti</b>		
Yok	211	65,7
Var	110	34,3
<b>Üriner inkontinans şikayetini başlatan olaylar</b>		
Su ile uğraşırken	80#	24,9
Otururken	53#	16,5
Gülerken/ hapşırırken/ öksürürken	68#	21,6
Ayağa kalkarken/ hafif hareketle	46#	14,3
Yükseğe uzanırken/ zorlu işlerde	46#	14,3
Tuvalete giderken	88#	27,4
<b>Üriner inkontinans şikayetine eşlik eden olaylar</b>		
Ağrı	3	3,7
Kesik kesik idrar yapma	7	1,6
Tekrar idrar yapma hissi	6	1,8
Mesenenin tam boşalmaması	3	3,7
İdrar yapmaya elle yardımcı olma	4	2,8
Eşlik eden şikayet tanımlamıyor	87	79,1

Not:# Aynı hastada birden fazla şikayet bulunmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %34,3 (n=110) ünde üriner inkontinans şikayeti olduğu saptandı. Üriner inkontinans şikayetini başlatan olaylar arasında en fazla görülen %27,4 (n=88)'ü tuvalete giderken, %24,9 (n=80)'u su ile uğraşırken, %14,3 (n=46)'ü ayağa kalkarken/hafif hareketle, %14,3 (n=46)'ü yükseğe uzanırken/zorlu işlerde, %21,6 (n=68)'sı gülerken/ hapşırırken/ öksürürken, %16,5 (n=53)'i otururken ve aynı hastada birden fazla şikayet bulunmaktadır (Tablo 6.3).

Üriner inkontinans şikayetine eşlik eden olaylar arasında %79,1 (n=87) eşlik eden şikayet tanımlanmıyor, %3,7 (n=3) ağrı, %3,7 (n=3) mesenenin tam boşalmaması, %2,7 (n=4) idrar yapmaya elle yardımcı olma, %1,8 (n=6) tekrar idrar yapma hissi, %1,6 (n=7) kesik kesik idrar yapma yer almaktadır (Tablo 6.3).

Üriner inkontinans şikayeti olması açısından kadın ve erkekler arasındaki fark (Tablo 6.4)' te gösterildi.



**Tablo 6.4. Üriner İnkontinans Açısından Kadın ve Erkekler Arasındaki Fark (n=110)**

Üriner İnkontinans	Yok	Var	Total
Kadın	17	94	111
Erkek	194	16	210
Toplam	211	110	321
Anlamlılık	ki kare =	191,467	p=0,000***

Not: \*\*\* p<0,001.

Üriner inkontinans şikayeti olması açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı fark bulundu (p<0,001). Kadınlarda üriner inkontinans şikayetinin erkeklere göre daha fazla olduğu görüldü (Tablo 6.4).

Üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınlar arasında doğum sayısı açısından fark Tablo 6.5’ de gösterildi.

**Tablo 6.5. Doğum Sayısına Göre Üriner İnkontinans Şikayeti (n=111)**

Doğum sayısı	Üriner İnkontinans		Toplam
	Yok	Var	
0.Doğum	0	1	1
1.Doğum	0	9	9
2.Doğum	7	24	31
3.Doğum	6	17	23
4.Doğum	3	7	10
5. Doğum	1	17	18
6. Doğum	0	13	13
7. Doğum	0	2	2
8. Doğum	0	2	2
10. Doğum	0	2	2
Toplam	17	94	111
Anlamlılık	ki kare =203,650		p=0,000***

Not: Fisher’s kesin ki kare testi kullanıldı. \*\*\* p<0,001.

Üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınlar arasında doğum sayısı açısından anlamlı fark bulundu ( $p<0,001$ ). Beş ve fazla doğum yapanlarda üriner inkontinans şikayetinin daha fazla olduğu görüldü (Tablo 6.5).

Örneklem grubunu oluşturan 111 kadından dokuzunun iri bebek doğurduğu belirlendi. İri bebek doğuran dokuz kadından altısında üriner inkontinans şikayeti tespit edildi. İri bebek doğuran ve doğurmayan kadınlar arasında üriner inkontinans şikayeti açısından anlamlı fark bulundu (ki kare=185,543 ve  $p=0,000$ ).

Hastaların hiçbirinin son bir yıl içerisinde barsak tıkanıklığı veya herhangi bir nedenle operasyon geçirmediği, ancak kadın hastaların %8,4 ( $n=27$ )' ünün daha önce histerektomi operasyonu geçirdiği belirlendi.

Beden kütle indeksi, yaş ile üriner inkontinans şikayetleri arasındaki korelasyonlar Tablo 6.6'da gösterildi.

**Tablo 6.6. Beden Kütle İndeksi, Yaş ile Üriner İnkontinans Şikayetleri Arasındaki Korelasyonlar (n=321)**

	BKİ	Yaş	Ü.İ.Ş.
	r	R	r
BKİ##	-		
Yaş	-0,067	-	
Ü. İ.Ş.###	<b>0,175**</b>	-0,054	0,065

Not: Pearson korelasyon analizi yapıldı. \*\* $p<0,01$ ; ##BKİ= Beden Kütle İndeksi; ### Ü.İ.Ş= Üriner İnkontinans Şikayeti.

Üriner inkontinans şikayeti ile beden kütle indeksi arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu ( $p<0,01$ ). Beden kütle indeksi artıkça üriner inkontinans şikayeti artmakta idi (Tablo 6.6).

Üriner inkontinans şikayeti için herhangi bir ilaç veya yöntem kullanan hasta belirlenmedi.

Araştırmaya katılan 321 hastanın %87,5 ( $n=281$ )'inde fekal inkontinans şikayeti bulunmazken, %12,5 ( $n=40$ )'ünde fekal inkontinans şikayeti olduğu bulundu. Hastaların %15,6 ( $n=40$ )' sında defekasyon sıklığında değişiklik saptandı (Tablo 6.7).

Fekal inkontinans sıklığı hastaların %84,1 (n=270)' sinde günde 1-2, %8,4 (n=27)' ünde günde 3'ten fazla, %5,9 (n=19)'una haftada 1-2, %1,6 (n=5) sında haftada 1'den az olduğu bulundu.

Fekal inkontinans şikayeti varlığı, özellikleri ve başlatan olaylar Tablo 6.7' de verildi.

**Tablo 6.7. Fekal İnkontinans Şikayeti, Özellikleri ve Başlatan Olayların Dağılımı (n=321)**

Değişken	n	%
<b>Defekasyonda değişiklik</b>		
Yok	271	84,4
Var	50	15,6
<b>Fekal inkontinans şikayeti</b>		
Yok	281	87,5
Var	40	12,5
<b>Fekal inkontinans şikayeti olanlarda dışkıının özellikleri</b>		
Sümüklü Dışkı	2	5
Sıvı Dışkı	37	92,5####
Kanlı Dışkı	6	15####
<b>Fekal inkontinans şikayetini başlatan olaylar</b>		
Gülme	1	2,5
Öksürme hapşırma	3	7,5
Yük kaldırma çömelme	3	7,5
Uyku	3	7,5
Sinirli stresli olduğunda	3	7,5
Belirli bir neden olmadan	27	67,5
<b>İstemsiz Gaz kaçırma</b>		
Yok	78	24,3
Var	243	75,7

Not:#### Aynı hastada birden fazla şikayet bulunmaktadır.

Fekal inkontinans şikayeti olanlarda dışkıının özellikleri değerlendirildiğinde %92,5 (n=37)'inde sıvı dışkı, %15 (n=6)'inde kanlı dışkı ile görüldüğü bulundu (Tablo 6.7).

Hastaneye yatan hastaların %67,6 (n=27)'in da belirli bir neden olmadan fekal inkontinans şikayetinin başladığı tespit edildi (Tablo 6.7).

Hastaneye yatan hastaları da fekal inkontinans şikayetinin süresi değerlendirildiğinde %4,7 (n=15)' sinde son altı ay, %5,3 (n=17)' ünde 1-12 aydır, %1,9 (n=6)'unda 2-5 yıldır, %0,6 (n=2) sinde 5 yıl ve üzerinde olduğu belirlendi.

İri bebek doğuran hiçbir kadında fekal inkontinans şikayeti saptanmadı. İri bebek doğuran ve doğurmayan kadınlar arasında fekal inkontinans şikayeti açısından anlamlı fark bulunmadı (ki kare=4,937 ve p=0,085).

Hastaların %75,7 (n=243) sinde farkında olmadan gaz kaçırma şikayeti olduğu belirlendi. (Tablo 6.7).

Fekal inkontinans şikayeti için herhangi bir ilaç veya yöntem kullanan hasta belirlenmedi.

Kadın ve erkekler arasında fekal inkontinans şikayeti olma açısından fark Tablo 6.8' de verildi.

**Tablo 6.8. Kadın ve Erkekler Arasında Fekal inkontinans Şikayeti Olma Açısından Fark (n=321).**

<b>Fekal İnkontinans Şikayeti</b>	<b>Yok</b>	<b>Var</b>	<b>Total</b>
Kadın	93	18	111
Erkek	188	22	210
Toplam	281	40	321
Anlamlılık	ki kare= 2.193	p=0,139	

Fekal inkontinans şikayeti olma açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05), (Tablo 6.8).

Fekal inkontinans şikayeti olan ve olmayanlar kadınlar arasında doğum yapma sayısı açısından fark Tablo 6.9 gösterildi.

**Tablo 6.9. Doğum Sayısına Göre Fekal İnkontinans Şikayetinin Değerlendirilmesi (n=111)**

Doğum sayısı	Fekal İnkontinans		Toplam
	Yok	Var	
0.Doğuran	1	0	1
1.Doğum	9	0	9
2.Doğum	28	3	31
3.Doğum	21	2	23
4. Doğum	8	2	10
5. Doğum	12	6	18
6. Doğum	8	5	13
7. Doğum	2	0	2
9. Doğum	2	0	2
10. Doğum	2	0	2
<b>Toplam</b>	<b>93</b>	<b>18</b>	<b>111</b>
<b>Anlamlılık</b>	<b>ki kare=15,466</b>		<b>p=0,045*</b>

Not: Fisher's kesin ki kare testi kullanıldı. \*p<0,05.

Fekal inkontinans şikayeti olan ve olmayanlar kadınlar arasında doğum yapma açısından anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Doğum sayısı altı olan kadınlarda fekal inkontinans şikayeti daha fazla görüldü (Tablo 6.9).

Beden kütle indeksi, yaş ile fekal inkontinans şikayetleri arasındaki korelasyonlar Tablo 6.10'da gösterildi.

**Tablo 6.10. Beden Kütle İndeksi, Yaş ile Fekal İnkontinans Şikayetleri Arasındaki Korelasyonlar (n=321)**

	BKİ	Yaş	F.İ.Ş.
	r	r	r
BKİ##	-		
Yaş	-0,067	-	
F.İ.Ş.###	-0,044	-0,005	-

Not: Pearson korelasyon analizi yapıldı. ##BKİ = Beden Kütle İndeksi, ### F.İ.Ş = Fekal İnkontinans Şikayeti

Fekal inkontinans şikayeti ile beden kütle indeksi ve yaş arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 6. 10).

Araştırmaya katılan 321 hastanın %6,8 ( $n= 22$ )'inde hem üriner inkontinans hem fekal inkontinans şikayeti birlikte bulunmakta idi.

Fekal ve/veya üriner inkontinans şikayetinin günlük yaşam aktivitelerine etkisi Tablo 6.11' da gösterildi.

**Tablo 6.11. Fekal ve/veya Üriner İnkontinans Şikayetinin Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi (n=128)**

<b>Değişken</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sosyal hayatın etkilenmesi</b>		
Hayır	99	77,3
Evet	29	22,6
<b>İş yaşantısının etkilenmesi</b>		
Hayır	100	78,1
Evet	28	21,9
<b>Tuvalete yetişememe kaygısı</b>		
Hayır	64	50
Evet	64	50
<b>Geceleri iyi uyuyamama</b>		
Hayır	0	0
Evet	128	100
<b>Giysi seçiminde zorlanma</b>		
Hayır	101	78,9
Evet	27	21,1

Araştırmaya katılan hastaların fekal ve/veya üriner inkontinans şikayetinin günlük yaşam aktivitelerine etkisi; %77,3 ( $n=99$ )' ü sosyal hayatın etkilenmesi, %78,1 ( $n=100$ )' ü iş yaşantısının etkilenmesi, %50 ( $n=64$ )' si tuvalete yetişememe kaygısı, %100 ( $n=128$ )' ü geceleri iyi uyuyamama ve %78,9 ( $n=101$ )' u giysi seçiminde zorlanma olduğu belirlendi.

Fekal ve/veya üriner inkontinans şikayeti olan ve olmayan hastalar arasında depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından farklar Tablo 6.12’ de gösterildi.

**Tablo 6.12. Fekal ve/veya Üriner İnkontinans Şikayeti Olan ve Olmayan Hastalar Arasında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Açısından Farklar (n=321)**

Değişkenler	Anksiyete	Depresyon
	Ort ± S.S.	Ort ± S.S.
<b>Üriner inkontinans şikayeti</b>		
Yok (n=211)	8,05 ± 3,36	8,23 ±3,65
Var (n=110)	9,33 ± 4,07	9,31 ±3,60
<b>Anlamlılık</b>		
t ve p	2,986 ve <b>0,003**</b>	2,517 ve <b>0,012*</b>
<b>Fekal inkontinans şikayeti</b>		
Yok (n=281)	7,10 ±3,32	7,35 ±3,17
Var (n=40)	8,69 ±3,67	8,78 ±3,70
<b>Anlamlılık</b>		
t ve p	2,592 ve <b>0,010*</b>	2,322 ve <b>0,021*</b>

Not: \*p<0,05, \*\*p<0,01.

Üriner inkontinans şikayeti olan ve olmayan hastalar arasında anksiyete ve depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,01 ve p<0,05). Üriner inkontinans şikayeti olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 6.12).

Fekal inkontinans şikayeti olan ve olmayan hastalar arasında anksiyete ve depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05 ve p<0,05). Fekal inkontinans şikayeti olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri olmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.12).

## 7. TARTIŞMA

Dahiliye kliniklerinde yatan hastalarda üriner ve fekal inkontinans varlığının anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada örnekleme oluşturan 321 hastanın yaş ortalaması  $60,43 \pm 11,17$  yıl olup %65,4 (n=210)' ü erkek idi. Hastaların %34,3 (n=110) ünde üriner inkontinans şikayeti olduğu bulundu. Üriner inkontinans şikayeti kadınların %84,7 (n=94), erkeklerin %7,6 (n=16)' sını da bulunmakta idi. Yapılan çalışmalarda üriner inkontinans prevalansı yaşlılarda %8-%34 (Ateşkan ve ark. 2000; Çetinel 2005), yirmi yaş üstü kadınlarda %53 olarak bildirilmiştir (Arıkan ve ark. 2002). Üriner inkontinans şikayeti sıklığı ile ilgili çalışma bulgularımız literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Üriner inkontinansın etiolojisinde pelvik cerrahisi, çeşitli ilaçlar, sigara ve alkol tüketim, konstipasyon, depresyon, diyabet, solunum sistemine ait nörolojik hastalıklar alerjik hastalıklar ile mesleki faktörler gelmektedir (Arıkan ve ark. 2002). Buna ilaveten kadınlarda üriner inkontinansa neden olan faktörler arasında gebelik sayısının fazla olması, müdahaleli doğumlar, epizyotomi, spontan yırtıklar, elverişsiz koşullarda doğum yapma ve menapozla düşen östrojen seviyesi yer almaktadır (Çetinel 2005; Güler ve Yağcı 2006; Bilgili ve ark.2008).

Yaptığımız çalışmada; üriner inkontinans şikayeti varlığı açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmadı. Doğum yapma sayısı beş ve üzerinde olan kadınlarda ve iri bebek doğuranlarda üriner inkontinans şikayetinin daha fazla olduğu görüldü. Ünsal ve arkadaşları (2013), Çifçi ve Günay (2011) yaptığı çalışmada; üriner inkontinans için iri bebek doğurmanın bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir. İri bebek doğuran kadınlarda pelvik sinirlerinin hasar görmesi ve pelvik taban kaslarının zayıflaması nedeni ile üriner inkontinans görülme riski artmaktadır (Çifçi ve Günay 2011; Ünsal ve ark. 2013).

Yaptığımız çalışmada, tüm hastalarda beden kütle indeksi artıkaça üriner inkontinans şikayetinin arttığı belirlendi. Buna göre; üriner inkontinans şikayetinin azaltılabilmesi için aşırı kilodan kaçınılması ve ideal kiloya ulaşılabilmesi için beslenme ve egzersiz konusunda hasta eğitimlerinin yapılması, kadın hastalarda aile planlamasının öğretilmesi önerilebilir. Literatürde aşırı kilo alımı ile mesane ve pelvik taban kaslarının basıncın artması üriner inkontinans gelişebileceği bildirebilmektedir



(Abrams et al. 2005; Doğan ve Atlı 2009; Ünsal ve ark. 2013). Üriner inkontinans şikayetinde beden kütle indeksinin etkisine yönelik bulgularımız literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Yaptığımız çalışmada üriner inkontinans şikayetinin %27,4 tuvalete giderken, %24,9 su ile uğraşırken, %21,6 gülerken/hapşırırken meydana geldiği belirlendi. Buna göre, hastaların büyük çoğunluğunda stres inkontinansı olduğu söylenebilir. Üriner inkontinans şikayeti olanların hiç birinde noktürnal inkontinans bulguları belirlenmedi. Üriner inkontinans şikayeti olan hastaların %79,1'i her hangi bir eşlik eden durum bildirmezken %3,7'si ağrı ve mesanenin tam boşalmadığını bildirmiştir. İlçe ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmada; yaşlıların 1/5'inde stres ve noktürnal inkontinans olduğunu bildirmiştir. Yaptığımız çalışmada noktürnal inkontinans şikayetinin bulunmamasının nedeni, diüretik kullanan hastaların hastanede diüretik tedavilerinin sabah saatlerinde yapılması ile açıklanabilir.

Üriner inkontinans şikayetine eşlik eden olaylar arasında hastaların %79,1 (n=87)'i eşlik eden her hangi bir şikayet tanımlanmazken, %3,7 (n=3) ağrı, %3,7 (n=3) mesanenin tam boşalmaması, %2,7 (n=4) idrar yapmaya elle yardımcı olma, %1,8 (n=6) tekrar idrar yapma hissi ve %1,6 (n=7) kesik kesik idrar yapma gibi olaylar tanımlanmaktadır. Bu üriner inkontinans şikayetine eşlik eden olayların giderilmesi için hastaların hiçbir tıbbi destek almadıkları belirlendi.

Üriner inkontinansı olan hastalarda kendine saygıda azalma, günlük yaşam aktivitelerinde sınırlama, sosyal izolasyon ve duygu durumunda bozulmalar görülmektedir (Knorst et al. 2011). Zorn ve arkadaşları (1999) Üriner inkontinans semptomları ve fonksiyonel bozukluğun depresyona neden olabileceği, aynı zamanda depresyon ve nörotransmitter fonksiyonlarındaki değişimin mesanenin karmaşık regülasyonunu etkileyerek detrüsör kasılmaların baskılanmasına ve üriner inkontinansa neden olabileceğini bildirmiştir (Zorn et al. 1999). Yaptığımız çalışmada, üriner inkontinans şikayeti olanlarda anksiyete ve depresyonun daha fazla görüldüğü belirlendi. Ünsal ve arkadaşları (2013) da üriner inkontinans varlığının anksiyete ve depresyon riskini artırdığını göstermiştir (Ünsal ve ark. 2013). Üriner inkontinansı olan kadınlarda olmayanlara göre anksiyete ve depresyon sıklığının daha fazla olduğu, üriner inkontinansı olan kadınlarda anksiyetenin %56,6, depresyonun %37,6 olduğu bildirilmiştir (Perry et al. 2006). Anksiyete ve depresyonun üriner inkontinans şikayeti olanlarda daha fazla görülmesine yönelik sonuçlarımız literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

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 (Dedeli ve ark. 2008; İlçe ve Ayhan 2011). Toplumumuzda fekal inkontinans görülme sıklığı %2-3 olup yaşın ilerlemesi ile birlikte bu oranın arttığı ve %10'dan fazla olduğu bildirilmiştir (Dedeli ve ark. 2008). Yaptığımız çalışmada, araştırmaya katılan 321 hastanın %12,5 (n=40), fekal inkontinans şikayeti olduğu, %15,6 (n=50)'sın da defekasyon sıklığında değişiklik olduğu saptandı. Bu oranın literatür bulgularına göre yüksek olmasının nedeni, hasta bildirimine göre fekal inkontinans şikayetinin belirlenmesi ile açıklanabilir.

Hastaneye yatan hastaların fekal inkontinans şikayetinin süresi değerlendirildiğinde %4,7 (n=15)'sinin son altı aydır, %5,3 (n=17)'ünün 1-12 aydır, %1,9 (n=6)'un 2-5 yıldır, %0,6 (n=2) 5 yıl ve üzerindedir. Dedeli ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, fekal inkontinans yaşlılarda başlama zamanı %3,3'ünde 7-12 ay önce, %3,0'ında son altı ay önce, %3,3'ünde iki yıl ve daha uzun zaman önce başladığı bildirilmiştir (Dedeli ve ark. 2008). Fekal inkontinans şikayeti süresi ile ilgili bulgularımız Dedeli ve arkadaşlarının bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Fekal inkontinans sıklığı değerlendirildiğinde hastaların %84,1 (n=270)'sinde günde 1-2, %8,4 (n=27)'ünde günde 3'ten fazla, %5,9 (n=19)'un haftada 1-2, %1,6 (n=5) n da haftada 1'den az olduğu görüldü. Hastalarda fekal inkontinans görülme sıklığı az olsa da bireysel bakımlarının ve sosyal aktivitelerinin olumsuz etkilenebileceği düşünülmektedir. Dedeli ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada; fekal inkontinanslı hastaların %47,5'inde ayda bir ile üç kere, %46,1'inde ise günde iki veya daha fazla dışkı kaçırdıkları bildirilmiştir (Dedeli ve ark. 2008). Yaptığımız çalışmada fekal inkontinans sıklığının Dedeli ve arkadaşlarının (2008) bulgularından daha fazla olduğu görülmektedir. Bunun nedeni, bizim örneklem grubumuzun hastalık nedeniyle hastanede yatıyor olmasından kaynaklanabilir.

Fekal inkontinans şikayeti olan hastaların dışkılarının özelliklerini ayırt edebildikleri, hastaların %92,5 (n=37)'inde sıvı dışkılama, %15 (n=6)'inde kanlı dışkılama olduğu belirlendi. Buna göre, sıvı dışkılaması olanlarda fekal inkontinans şikayetinin daha fazla görüldüğü söylenebilir. Dedeli ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada; fekal inkontinanslı yaşlıların %89,7' si katı dışkı, sıvı dışkı, gaz arasındaki farkı ayırt edebildikleri bildirilmiştir (Dedeli ve ark. 2008).

Kadın ve erkekler arasında fekal inkontinans şikayeti bulunması açısından fark bulunmadı. Buna ilave olarak, fekal inkontinans şikayeti ile beden kütle indeksi ve yaş arasında anlamlı korelasyon bulunmadı. Dedeli ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada; fekal inkontinans varlığı açısından cinsiyet ve yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmazken beden kütle indeksi fazla olanlarda fekal inkontinansın daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Dedeli ve ark. 2008). Fekal inkontinansın yaş ve cinsiyet ile ilişkisine yönelik bulgularımız Dedeli ve arkadaşlarının (2008) çalışma bulgularına benzerlik gösterirken, beden kütle indeksi ile ilişkisine yönelik farklılık göstermektedir. Bunun nedeni, Dedeli ve arkadaşlarının çalışmasında beden kütle indeksi sınıflaması yapılmış olup bizim çalışmamızda beden kütle indeksi sınıflaması yapılmamış olmasından kaynaklanabilir.

Yapılan bu çalışmada, iri bebek doğuran hiçbir kadında fekal inkontinans şikayeti saptanmadı ve iri bebek doğuran ve doğurmayan kadınlar arasında fekal inkontinans şikayeti açısından anlamlı fark bulunmadı. Ancak doğum yapma sayısı altı olanlarda fekal inkontinans şikayeti daha fazla görüldü. İlçe ve Ayhan (2011) yaptıkları çalışmada; yaşlı kadınlarda fekal inkontinans prevalansı ile doğum sayısı ve 4 kg ve üzeri bebek doğurma arasında ilişki bulunmadığını bildirmiştir (İlçe ve Ayhan 2011). İri bebek doğurmanın fekal inkontinans ile ilişkisine yönelik bulgularımız İlçe ve Ayhan'ın çalışma bulgularına benzerlik gösterirken, doğum sayısı ile ilgili bulgularımız benzerlik göstermemektedir.

Fekal inkontinans şikayeti için herhangi bir ilaç veya yöntem kullanan hasta belirlenmedi. Literatür doğrultusunda benzer çalışma rastlanamadı.

Fekal tıkaç sorunu olan hastalarda, üriner inkontinans şikayetlerine fekal inkontinans şikayetleri de eşlik edebilmektedir (Kılıç 2010). Yaptığımız çalışmada 321 hastanın %6,8 (n=22)'inde hem üriner inkontinans hem de fekal inkontinansın birlikte bulunduğu saptandı. Dedeli ve arkadaşları (2008) huzurevinde kalan yaşlılarda yaptıkları çalışmada; fekal inkontinanslı yaşlıların %51,7' sin de üriner inkontinans da olduğunu tespit etmiştir. Fekal inkontinans ile üriner inkontinansın birlikte bulunmasına yönelik bulgularımız Dedeli ve arkadaşlarının çalışma bulgularından farklıdır. Bunun nedeni, bizim örneklem grubumuzun yaş ortalamasının daha düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Fekal inkontinans şikayeti olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Lacima ve arkadaşları (2010), Fattorini ve arkadaşları (2016) yapmış olduğu çalışmalarda fekal inkontinans sorunu

yaşayan hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Lacima ve ark. 2010; Fattorini ve ark. 2016). Fekal inkontinans şikayeti olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek bulunmasına yönelik bulgularımız literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Yaptığımız çalışmada, araştırmaya katılan 321 hastadan 22 (%6,9)'sinde hem üriner inkontinans hem fekal inkontinans birlikte bulunduğu belirlendi. Literatürde hem üriner hem fekal inkontinansın birlikte görülme oranı ise %9,4 olarak bulunmuştur (Dudding ve ark. 2010). Üriner inkontinans ve fekal inkontinans sorunlarının birlikte bulunmasına yönelik bulgularımız literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Fekal ve/veya üriner inkontinans sorunu olan bireylerin genellikle tuvalete yetişememe endişesi nedeniyle günlük yaşamları kısıtlanmaktadır. Her zaman yanlarında yedek giysi taşıma ihtiyacı duymakta ve yaşadıkları sorunu aile ve arkadaşlarından gizlemeye çalışmaktadırlar. Fekal veya üriner inkontinans sorunu olan bireylerin yaşamları son derece etkilemekte ve yaşam kaliteleri bozmaktadırlar ( Stern 2007; Bailey ve ark. 2010). Ayrıca, fekal inkontinans varlığı perineal deri hasarı ve üriner sistem enfeksiyon riskini artıran nedenler arasında yer almakta (Denat ve Khorshid 2009) ve yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Dedeli ve ark. 2008). Yaptığımız çalışmada, hastaların fekal ve/veya üriner inkontinans şikayetinin günlük yaşam aktivitelerine etkisi; %77,3 (n=99)' u sosyal hayatın etkilenmesi, %78,1 (n=100)' ü iş yaşantısının etkilenmesi, %50 (n=64)' ü tuvalete yetişememe kaygısı, %100 (n=128)' ü geceleri iyi uyuyamama ve %78,9 (n=101)' ü giysi seçiminde zorlanma gibi olaylar olduğu belirlendi. Buna göre, fekal ve/veya üriner inkontinans varlığının hastaların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. İlçe ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmada üriner inkontinansı olan yaşlıların %52,7 (n=29) idrar kaçırma korkusu ile evden dışarı çıkamadığı, %12,2 (n=10)' sinin misafirliğin ve alışverişe gidemediği ve %18,2 (n=10) ibadetinin yapamadığını belirlemiştir. Fekal inkontinans şikayeti olan yaşlıların ise yaklaşık 1/5' in evden dışarı çıkma korkusu olduğu ve bu nedenle bazı sosyal faaliyetlerini ertelediği bildirilmiştir (İlçe ve ark.2011). Buna göre; fekal ve/veya üriner inkontinans varlığının bireylerin günlük yaşamlarında kısıtlamaya neden olarak sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediği söylenebilir.

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dahiliye kliniklerinde yatan hastalarda üriner ve fekal inkontinans varlığının anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada;

- Hastaların %34,3 (n=110) ünde üriner inkontinans, %12,5' in de fekal inkontinans şikayeti olduğu, %6,8 (n=22)' inde hem üriner inkontinans hem fekal inkontinans şikayetinin birlikte olduğu,
- Üriner inkontinans şikayeti olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin olmayanlara göre daha yüksek olduğu,
- Fekal inkontinans şikayeti olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Dahiliye kliniklerinde yatan hastalarda fekal ve üriner inkontinans olup olmadığının sorgulanması ve tanılanması için tetkiklerin yapılması,
- İnkontinans sorunu olan hastalarda günlük yaşamı kolaylaştırıcı önlemlerin alınması,
- Anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi ve tedavisi için yönlendirilmesi önerilebilir.

## 9. KAYNAKLAR

Aggozzotti G, Pesce F, Grassı D, Fantuzzi G, Rıghı E, Vita D, Santacroce S, Artıbanı W. Prevalence of urinary incontinence among institutionalized patients: a cross-sectional epidemiologic study in a midsized city innorthern Italy. *Urology*, 2000; 56: 245-249.

Akhtar AJ, Padda M. Fecal Incontinence in Older Patients. *Journal of The American Medical Directors Association*, 2005; 54-60.

Alsheik EH, Coyne T, Hawes KS, Merikhi L, Naples SP, Kanagarajan N, Reynolds JC, Myers SE, Ahmad AS. Fecal incontinence: prevalence, severity, and quality of life data from an outpatient gastroenterology practice. *Gastroenterology Research and Practice*, 2012; 947694:1-7.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IVTR)*. Washington, DC, APA, 2000.

Amora JL, Macharelli CM, Yamamoto H, Kawano PR, Padovani CR, Agostinho AD. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence in Brazilian women. *International Braz J Urol*, 2009; 35:592-598.

Arıkan E, Özcan E, Bardak A, Ketenci A. Urinary incontinence in women living in a rest home. *Geriatrici*, 2002; 5: 7-10.

Arıkan E, Özcan E, Bardak A, Ketenci A. Huzurevinde yaşayan bir grup kadında üriner inkontinans. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2002; 5(1): 7-10.

Aslan E, Beji NK , Erkan HA , Yalcin O and Gungor F. The prevalence of and the related factors for urinary and fecal incontinence among older residing in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 2009; 18, 3290–3298.

Ateşkan Ü, Mas M.R. Doruk H, Kutlu M. Türk popülasyonunda üriner inkontinans: Görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. Geriatri, 2000; 3(2): 45-50.

Beitz J.M, Çetn C. Caring For The Fecally Incontinent, Critical Care Nurse, 1997;17(4):86-89.

Beji NK. Üriner inkontinas tipleri ve hasta değerlendirmesi, In: Beji NK, editor. Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı, İstanbul, Emek Matbaacılık, 2002, 29-50.

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

Bharucha AE, Zinsmeister AR, Locke GR, Seide BM, McKean K, Schleck CD, Melton U. Prevalence and burden of fecal incontinence: A Population-Based Study in Women. Gastroenterology, 2005; 129: 42-49.

Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörleri. Türkiye Klinikleri, 2008; 2(8): 487-493.

Biri A, Durukan E, Maral I, Korucuoğlu U, Biri H, Tyras B, Bumin MA. Incidence of stress urinary incontinence among women in Turkey. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2006; 17: 604-10.

Bliss D.Z, Norton C.A, Miller J, Krissowich M. Directions for Future Nursing Research on Fecal İncontinence. Nursing Reseach, 2004; 53(6): S15-S21.

Bliss DZ, Johnson S, Savik K. Fecal incontinence in hospitalized patients who are acutely. III. Nursing Research, 2000; 49: 101-108.

Canda A.E, Ağalar C, Fekal İnkontinans, Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics; 2016;9(2):31-41

Çamtosun A, Şen Ş. Üriner inkontinansı olan kadın hastalarda gaz-gaita inkontinansının incelenmesi, Ankara, Gazi Üniversitesi (Uzmanlık Tezi), 2008; 25-41.

Çetinel B, Demirkese O, Yalçın O, Koçak T, Şenocak M, İtil İ. Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: What are the determinants of bothersome urinary incontinence and help seeking behavior? *Int Urogynecol J*, 2007; 18(6): 659-64.

Çetinel B. İdrar kaçıma (Üriner inkontinans): Tanılama, sınıflama, değerlendirme ve tipleri. *Türk Üroloji Dergisi*, 2005; 3(1): 246-52.

Çiftçi Ö, Günay O. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji polikliniğe başvuran kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2011; 33(4): 301-308.

Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Turan İ, Bor S. İzmir huzurevlerindeki yaşlılarda fekal inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2008; 11(1): 33-41.

Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Bor S. Fekal inkontinans yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Turk J Gastroenterol Suppl*, 2006; 17-77.

Denat Y, Khorshid L. Fekal inkontinansın bakımı ve bakımda kullanılan ürünler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009; 12(2): 94-102.

Dinç A, Beji NK. Gebelik, Doğum ve doğum sonrası dönemlerde üriner inkontinans ve korunma yolları. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, 2008; 16(62): 143-149.

Diokno AC, Burgio K, Fultz NH, Kinchen KS, Obenchain R, Bump RC, Medical and self-care practices reported by women with urinary incontinence. *Am J Manag Care*, 2004; 10(21): 69-78.



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

Doğan Z, Atlı T. Yaşlılarda üriner inkontinans sıklığı ve düzeltilebilir sebepleri, Ankara, Ankara Üniversitesi (Uzmanlık Tezi), 2009; 27-31.

Edwards NI, Jones D. The prevalence of faecal incontinence in order people living at home *Age and Ageing*, 2001; 3(0): 503-507

Ekin M, Karayalçın R, Özcan U, Erdemlioğlu E, The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women of reproductive and postmenopausal age groups. *Journal Ankara Medical School*, 2004; 26(1): 21-25.

Espino DV, Palmer RF, Miles TP, Mouto CP, Linchtenstein MJ, Markides KP, Prevalence and severity of urinary incontinence in elderly. Mexican-American women. *J Am Geriatrik Soc*, 2003; 51(11): 1580-6.

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

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

Filiz TM, Uludag C, Cinar N, Gorpelioglu S, Topsever P. Risk factors for urinary incontinence in Turkish women. A cross-sectional study. *Saudi Med J*. 2006; 27(11): 1688-92.

Freedman P. The Rectal Pouch: A Safer Alternative to Rectal Tubes, *American Journal of Nursing*. May 1991; 105

Goldacre MJ, Abisqold JD, Yeates DG, et al. Self-harm and depression in women with urinary incontinence: a record-linkage study. *BJU Int* 2007;99(3):601-605.

Gragon T.A, Kramer D.J. The Rectal Trumpet: Use of a Nazopharyngeal Airway to Contain Fecal Incontinence in Critically III Patients, *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 2002; 29(4): 193-201.

Gray M, Ratliff C, Donovan A. Tender Mercies; Providing Skin Care For an Incontinent Patient, *Nursing*, 2002; 32(7): 51-54.

Güler CT, Yağcı N. Doğurgan çağda kadınlarda görülen üriner inkontinansın sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi, Denizli, Pamukkale Üniversitesi (Yüksek Lisans Tezi), 2006, 55-90.

Güneş A, Pehlivan E. Malatya Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans ve etkili faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 2000; 7 (1):54-57.

Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(4):273-281.

Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women: scientific review. *JAMA*, 2004; 291(8): 986-95.

Işıklı B, Yenilmez A, Kalyoncu C. Eskişehir Alpu ilçesi 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi: Bir toplum tabanlı çalışma. *Nobel Med*, 2011; 7(2):34-39.

İlçe A, Ayhan F. Yaşlılarda üriner ve fekal inkontinansın belirlenmesi, yaşam kalitesine etkisi: bilgilendirme ve eğitim. *Anatol J Clin Investig*, 2011; 5(1): 15-23.

İnci K, Ergen A. Yaşlılarda üriner inkontinans ve farmakolojik tedavisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2010; 13(1): 59-66.

Jensen L.L. Fecal Incontinence; Evaluation and Treatment, Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing, 1997; 24: 277-282.

Kalantar JS, Howell S, Talley NJ. Prevalence of incontinence and associated risk factors. Medical Journal of Australia, 2002; 176(2): 54-57.

Karadakovan A, Kaymakçı. Üriner sistem hastalıkları, In; Karadakovan A, Aslan FE, editör. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım, Adana, Nobel Kitabevi, 2010; 91(9)-921.

Kılıç D. Yaşlı Sağlığı, In: Erci B, editor. Halk Sağlığı Hemşireliği, Birinci baskı, Ankara, Fırat Matbaacılık, 2009; 133-155.

Knorst MR, Resende TL, Goldim JR. Clinical profile, quality of life and depressive symptoms of women with urinary incontinence attending a university hospital. 2011; 15 (2): 109-16.

Koçak Ş, Okyay P, Dunder M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the West Turkey: Prevalence, risk factor and impact on the quality of life. Eur Urol, 2005; 48: 634-64.

Kök G, Şenel N, Akyüz A. GATA Jinekoloji Polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 2006; 48: 132-136

Kuliyeva S, Demir SC. Postmenopozal dönemdeki kadınlara uygulanan hormon tedavisi ve antimuskarnik ilaçların üriner inkontinans üzerine etkisi. Adana, Çukurova üniversitesi (Uzmanlık Tezi), 2007; 56-69.

Lacima G, Pera M, Amador A, Escaramis G, Pique JM. Long-term results of biofeedback treatment for faecal incontinence: A comparative study with untreated controls. Colorectal Dis, 2010; 12(8):742-749.

Lewis, M., Haviland-Jones, JM ve Barrett, LF (Eds.). Duyguların El Kitabı (3. baskı). New York, NY, ABD: Guilford Press. 2008.

Maral I, Aslan S, İlhan NM, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA. Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 12(4): 251-259.

Members of the Task Force: G. Lauria, S. T. Hsieh, O. Johansson, W. R. Kennedy, J. M. Legere, S. I. Mellgren, M. Nolanog, I. S. J. Merckies, M. Polydefkis, A. G. Smith, C. Sommerkand J, Valls-Sole European Federation of Neurological Societies/Peripheral Nerve Society Guideline on the use of skin biopsy in the diagnosis of small fiber neuropathy. Report of a joint task force of the European Federation of Neurological Societies and the Peripheral Nerve Society European Journal of Neurology 2010; 17: 903–912.

Melville JL, Delaney K, Newton K, et al. Incontinence severity and major depression in incontinent women. Obstet Gynecol 2005;106(3):585-92.

Menteş B.B, Leventoğlu S, Oğuz M. Pelvik Taban Hastalıkları, [http://www.coloproctology.com/doc\\_file/pelvik\\_tab\\_hst.doc](http://www.coloproctology.com/doc_file/pelvik_tab_hst.doc) (Erişim Tarihi: 04.03.2006).

Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. Int J Gynaecol Obstet, 2003; 82: 327-338.

Muscatello DJ, Rissel C, Szonyi G, Urinary symptoms and incontinence in an urban community; prevalence and associated factors in older men and women. Intern Med j, 2001; 3(1): 151-160.

Oskay UY, Beji NK, Yalcin O, A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over. Acta Obstet Gynecol Scand, 2005; 84(1): 72-8.

Oskay UY, Beji NK. Üriner inkontinansın önlenmesi ve kontinansın geliştirilmesi, kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı, Emek matbaacılık, İstanbul, 2002; 61-72.

Özbal A.N. Fekal inkontinans. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu, 12-13 Kasım 1998, İstanbul, s, 1998; 95-97.

Özerdoğan N, Kızılkaya NB, Yalçın Ö. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in region of Turkey. Gynecologic Obstet Invest, 2004; 58: 145-150.

Palmier B, Benuzzi G, Bellini N. The Anal Bag: A Modern Approach to Fecal Incontinence Management, Ostomy / Wound Management, 2005; 51(12): 44-52.

Parlar S. Yaşlılarda Görülen İnkontinans. İleri Geriatri Hemşireliği.Ç., Fadiloğlu(ed), Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, 2006: (İzmir).

Perry SP, McGrother CW, Turner K, Leicestershire MRC Incontinence Study Group. An investigation of the relationship between Anxiety and depression and Urge incontinence womwn: Development of a psychological model. British Journal of Health Psychology, 2006; 1(1):463-482.

Philip B, Minor J.R. Economic and Personal Impact of Fecal and Urinary Incontinence, Gastroenterology, 2004; 126(1): S8-S13.

Rao SSC. Diagnosis and management of fecal incontinence practice guideliness. Am J Gastroenterol, 2004; 1585-1604.

Samuelsson EC, Victor FT, Svardsudd KF. Five-year incidence and remission rates of female urinary incontinence in a Swedish population less than 65 years old. Am J Obstet Gynecol, 2000; 183: 568-574.

Stenzelius K, Mattiasson A, Hallberg IR, Westergren A, Symptoms of Urinary and faecal incontinence among men and women 75 in relations to health complaints and quality of life. *Neurourology and Urodynamics*, 2004; 23: 211-222.

Şenturan L. İnkontinans ve inkontinansı olan hasta bakımı, In: Sabuncu N, Ay, FA, editors. *Klinik Beceriler, sağlığın değerlendirilmesi, hasta bakımı ve takibi*, İstanbul, Nobel Matbaacılık. 2010; 612-622.

Tarig S.H, Morley J.E, Prather C.M. Fecal Incontinence in the Elderly Patient, *The American Journal of Medicine*, 2003; 115: 217-227.

Ünsal A,Tözün M, Arslantaş D. Eskişehir İli Beylikova İlçe Merkezinde 20 Yaş ve Üzeri Kadınlar Arasında Üriner İnkontinans, İlişkili Faktörler ve Depresyon, 2013;12(3):231-242.

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

Zorn B, Montgomery H, Pieper K, Gray M, and William D. Steers, Urinary Incontinence and Depresyon *The Journal of Urology*. 1999;(1):82-84.

Williams K. Stress urinary incontinence: Treatment and support. *Nurs Stand* 2004;18:45-52.

Wyman J.F, Bliss D.Z, Dougherty M.C, Gray M, Kaas M, Newman D.K, Palmer M.H, Wells T.J. Shaping Future Directions For Incontinence, *Research in Aging Adults. Nursing Research*, 2004; 53(6S): S1-S10.

## 10. EKLER

Ek-1 Enstitü Yönetim Kurulu (Tez Konusu Kabulü)

Ek-2 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul  
İzni

Ek-3 Hasta Tanıtım Formu

Ek-4 İnkontinans Sorgulama Formu

Ek-5 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Ek-6 Mini Mental Durum Ölçeği

EK-7 Tez Çalışması Orjinalik Raporu

**Ek-1 Enstitü Yönetim Kurulu (Tez Konusu Kabulü)**

Evrak Tarih ve Sayısı: 19/06/2018-E.54175



T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 74547675-302.14.01-  
Konu : Hanife NAZIM'ın Tez Konusu Hk.

SBE İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz 10.05.2018 tarih ve 18/1 sayılı yönetim kurulu toplantısında, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 161380014 numaralı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Hanife NAZIM'ın 13.09.2017 tarih ve 37/26 sayılı yönetim kurulu toplantısında belirlenen "**Huzurevinde Kalan Bireylerde Üriner ve Fekal İnkontinans Varlığının Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkilerinin Değerlendirilmesi**" başlıklı tez konusunun "**Dahiliye Kliniklerinde Yatan Hastalarda Üriner ve Fekal İnkontinans Varlığının Anksite ve Depresyon Düzeylerine Etkilerinin Değerlendirilmesi**" olarak değiştirilmesine ve etik kurul onayı alınmasına **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

**e-imzalıdır**

Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ  
Enstitü Müdürü



**Ek-2 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul İzni**

T.C.  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	27/06/2018 / 20.478.486 -				
ARAŞTIRMANIN ADI	Dâhiliye Kliniklerinde Yatan Hastalarda Üriner ve Fekal İnkontinans Varlığının Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkilerinin Değerlendirilmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof. Dr. Sezgi Ç.PAKYÜZ - MCBÜ Sağ. Bilimleri Fak. Hemşirelik B. İç Has. Hemşireliği AD				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Hanife NAZIM				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS-DOKTORA-TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	21/06/2018 / Tarih ve 29436 sayılı; tez çalışmasının örneklem grubu ve tez başlığı değiştirilmiştir, konulu dilekçe				
KARAR BİLGİLERİ	Dilekçe incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;">Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>					



14. Kilonuz:.....

Beden kütle indeksi:.....

Bu sorular sadece kadınlar cevap verecektir (M-V).

15. İlk gebelik yaşıınız:.....

16 Toplam gebelik sayınız .....

17 Toplam doğum sayınız.....

18. Düşük yaptınız mı? 1.( ) Hayır 2.( ) Evet

19. Doğumlarınızı aşağıdakilerden hangisiyle yaptınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1.( ) Normal vajinal doğum, kesik, yırtık ve dikiş yok.

2.( ) Normal vajinal doğum, perine yırtıldı ve dikiş atıldı.

3.( ) Normal vajinal doğum, perine yırtıldı ve dikiş atılmadı.

4.( ) Normal vajinal doğum, perine kesildi ve dikiş atılmadı.

5.( ) Normal vajinal doğum, perine kesildi ve dikiş atıldı.

6.( ) Forseps (kaşık) yardımıyla doğum.

7.( ) Vakum yoluyla doğum.

8.( ) Sezaryen

9.( ) Bilmiyorum, hatırlamıyorum

20. Dört kilogramın üzerinde çocuk doğurdunuz mu? 1.( ) Hayır 2.( ) Evet

21. Dört kilogramın üzerinde çocuk doğurdunuz ise kaç tane.....

22. Rahiminiz alındı mı? 1.( ) Hayır 2.( ) Evet

23. Rahiminiz alındı ise hangi yolla alındı? 1. Karından 2. Vajinadan

## Ek-4 İnkontinans Sorgulama Formu

1. Son bir yıl içerisinde barsak tıkanıklığı nedeniyle hiç hastaneye yattınız mı?

1.( ) Hayır 2.( ) Evet

2. Son bir yıl içerisinde büyük abdest yapma alışkanlığınızda bir değişiklik oldu mu?

1.( ) Evet 2.( ) Hayır

3. Hangi sıklıkta büyük abdest yapmak niyetiyle tuvalete gidip oturuyorsunuz?

1( ) Günde bir-iki kere 2.( ) Günde üç ve üçten fazla

3.( ) Haftada üçten fazla 4.( ) Haftada bir-üç kere

5.( ) Haftada birden az

4. Büyük abdeste ne sıklıkta çıkıyorsunuz?

1.( ) Günde bir-iki kere 2.( ) Günde üçten fazla

3.( ) Haftada üç-altı kere 4.( ) Haftada bir-iki kere

5.( ) Haftada birden az

5. Son bir yıl içerisinde büyük abdest altınıza kaçırdığınız ya da çamaşırınıza sızdırdığınız oldu mu?

1.( ) Olmadı 2.( ) Oldu

6. Farkında olmadan gaz kaçırdığınız/ gazınızı tutamadığınız oldu mu?

1.( ) Olmadı 2.( ) Oldu

7. Dışkı/gaz kaçırmaya sıklığı ve tipi aşağıdakilerden hangisidir? Lütfen, belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Ayda 1 ya da 3 defa	Haftada 1 defa	Haftada 2 defa ya da daha fazla	Günde 1 defa	Günde 2 veya daha fazla
Gaz						

Sümük						
Sıvı dışkı						
Katı dışkı						
Kanlı dışkı						

8. Son bir yıl içerisinde büyük abdestinizi altına kaçırdığınız ya da çamaşırınıza sızdırdığınız oldu ise sorunuz ne zaman başladı?

- 1.( ) Son altı aydan beri
- 2.( ) 7-12 ay
- 3.( ) 2-5 yıl
- 4.( ) 5 yıl ve üzeri

9. Gaz ve/veya dışkı tutamama sorunuz aşağıdakilerden hangisinden sonra başladı?

- 1.( ) Doğumdan sonra
- 2.( ) Bel incinmesinden sonra
- 3.( ) İnme felç geçirdikten sonra
- 4.( ) Düşükten sonra
- 5.( ) Ameliyattan sonra (belirtiniz.....)
- 6.( ) Diğer .....

10. Aşağıdaki durumların hangisi/hangilerinde dışkı kaçırma sorunuz oluyor?

	Hiç bir zaman olmuyor	Bazen oluyor	Her zaman oluyor
Gülme			

Öksürme hapşırma			
Yük kaldırma, çömelme			
Uyku			
Sinirli, stresli olduğumda			
Belirli bir neden olmadan			

11. Katı dışkı veya sıvı dışkı kaçırdığımızda aralarındaki farkı ayırt edebiliyor musunuz?

1.( ) Hayır      2.( ) Evet

12. Dışkı kaçırmaya problemi nedeniyle pet, bez, pamuk, peçete vb kullanıyor musunuz?

1.( ) Hayır      2.( ) Evet

13. Gaz ve/veya dışkı kaçırmaya problemi nedeniyle kullandığımız pet, bez, pamuk, peçete vb ne sıklıkta değiştirirsiniz?

1.( ) Günde 1-3 kere      2.( ) Günde 4-6 kere      3.( ) Günde 7 den fazla

14. Dışkı kaçırmaya problemi nedeniyle herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

1.( ) Hayır      2.( ) Evet

15. Evet ise ilaç adı..... kullanma sıklığı.....

16. Dışkı kaçırmaya problemi nedeniyle kullandığımız başka yöntemler var mı?

1.( ) Hayır      2.( ) Evet

17. Dışkı kaçırma problemi nedeniyle kullandığınız yöntem var ise nedir

.....

18. Gündüz idrar yapma sıklığınız nedir?.....defa

19. Gece idrar yapma sıklığınız nedir?.....defa

20. İdrar yaparken yaşadığınız şikayetleri aşağıdaki tabloda işaretleyiniz.

ŞİKAYETLERİNİZ	Hiç bir zaman olmuyor	Bazen oluyor	Her zaman oluyor
1.İdrar yaptığınız zaman ağrı şikayetiniz oluyor mu?			
2.Kesik kesik idrar yaptığınız oluyor mu?			
3.İdrar yaptıktan sonra tekrar yapma hissi oluyor mu?			
4.İdrar torbasını boşaltamama şikayetiniz var mı?			
5.İdrar yapmak için elle yardım alıyor musunuz?			

21. Son bir yıl içerisinde idrarınızı altınıza kaçırdığınız ya da çamaşırınıza sızdırdığınız oldu mu? 1.( ) Olmadı 2.( ) Oldu

22. İdrar kaçırma miktarınız nedir?

1. Damla şeklinde 2. Çamaşır değiştirecek kadar kaçırma  
3. Sürekli idrar kaçırma 4. Diğer (Lütfen belirtiniz).....

23. İdrar kaçırma şikayetinizi artıran nedenler ve sıklığını belirtiniz.

İdrar Kaçırma Şikayetinizi	Hiç bir zaman olmuyor	Bazen oluyor	Her zaman oluyor

Artıran Nedenler			
Su ile ilgili işlerde idrar kaçırma			
Otururken idrar kaçırma			
Gülme, hapşırma veya öksürme ile idrar kaçırma			
Ayağa kalkarken veya hafif hareketle idrar kaçırma			
Yükseğe uzanırken veya zorlu işlerde idrar kaçırma			
Tuvalete yetişmeden idrar kaçırma			
Diğer (Lütfen belirtiniz)			



24. İdrar/dışkı/gaz kaırma sizin sosyal hayatınızı etkiliyor mu?

1.( ) Hayır 2.( ) Evet

25. İdrar/dışkı/gaz kaırma yapmak istediğiniz işleri engelliyor mu?

1.( ) Hayır 2.( ) Evet

26. Tuvalete zamanında yetişememe kaygısı duyuyor musunuz?

1.( ) Hayır 2.( ) Evet

27. Geceleri iyi uyuyabiliyor musunuz?

1.( ) Hayır 2.( ) Evet

28. İdrar/dışkı/gaz kaırma sorunu giysi seçimizi etkiliyor mu?

1.( ) Hayır 2.( ) Evet

## Ek-5 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hasta Adı Soyadı

Tarih

1)Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, bazen

Hiçbir zaman

2)Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

Aynı eskisi kadar

Pek eskisi kadar değil

Yalnızca biraz eskisi kadar

Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3)Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli

Evet, ama çok da şiddetli değil

Biraz, ama beni endişelendiriyor

Hayır, hiç de öyle değil

4)Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

Her zaman olduğu kadar

Şimdi pek o kadar değil

Şimdi kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

5)Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, ama çok sık değil Yalnızca bazen

6)Kendimi neşeli hissediyorum.

Hiçbir zaman

Sık değil

Bazen

Çoğu zaman

7)Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

Kesinlikle

Genellikle

Sık değil

Hiçbir zaman

8)Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

Hemen hemen her zaman Çok sık

Bazen

Hiçbir zaman

9)Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

Hiçbir zaman

Bazen

Oldukça sık

Çok sık

10)Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

Kesinlikle

Gerektiği kadar özen göstermiyorum

Pek o kadar özen göstermeyebilirim

Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11)Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

Gerçekten de çok fazla

Oldukça fazla

Çok fazla değil

Hiç değil

12)Olacakları zevkle bekliyorum.

Her zaman olduğu kadar

Her zamankinden biraz daha az

Her zamankinden kesinlikle daha az Hemen hemen hiç

13)Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

Gerçekten de çok sık Oldukça sık

Çok sık değil Hiçbir zaman

14)İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

Sıklıkla

Bazen

Pek sık değil

Çok seyrek

## Ek-6 Mini Mental Durum Ölçeği

### YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz..... ( )  
Hangi mevsimdeyiz ..... ( )  
Hangi aydayız ..... ( )  
Bu gün ayın kaçı ..... ( )  
Hangi gündeyiz ..... ( )

- Hangi ülkede yaşıyoruz ..... ( )  
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ..... ( )  
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ..... ( )  
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ..... ( )  
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ..... ( )

### KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

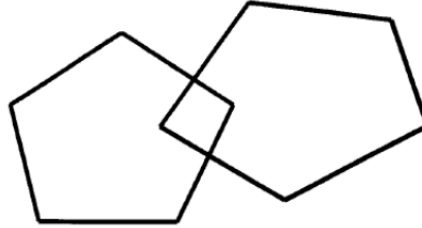
- Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın  
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanır) Her doğru isim 1 puan ..... ( )  
DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)  
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.  
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ..... ( )

### HATIRLAMA (Toplam puan 3)

- Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.  
(Masa, Bayrak, Elbise)..... ( )

### LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ..... ( )  
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ( )  
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ( )  
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)  
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)..... ( )  
e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)..... ( )  
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ..... ( )




T.C.  
**MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA**

**Tez Adı:** "Dahiliye Kliniklerinde Yatan Hastalarda Üriner Ve Fekal İnkontinans Varlığının Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerine Etkilerinin Değerlendirilmesi"

Tezime ilişkin 17/07/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %26' dur.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza  
19.08.2019  


**Adı Soyadı** : Hanife NAZIM  
**Öğrenci No** : 161380014  
**Anabilim Dalı** : Hemşirelik  
**Programı** : İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans

**DANIŞMAN ONAYI**

UYGUNDUR.

(Unvan, Ad Soyad, İmza)

Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

**Açıklamalar**

- 1-Tez Çalışması Orjinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.  
Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süre gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelerle sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

## 11.ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı- Soyadı</b>	Hanife	NAZIM	
<b>Doğum Yeri</b>	Rusya	Doğum Tarihi	04.08.1991
<b>Uyruğu</b>	TC – RUSYA	Tel	0538 830 79 38
<b>E-mail</b>	hanifenazim41@gmail.com		

## EĞİTİM DÜZEYİ

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Doktora/ Uzmanlık</b>		
<b>Yüksek Lisans</b>	MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI	2016-2019
<b>Lisans</b>	MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU HEMŞİRELİK	2012-2016
<b>Lisans</b>	MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM FAKÜLTESİ SAĞLIK PEDAGOJİK FORMASYON	2016
<b>Lise</b>	GEBZE SÜLEYMAN DEMİREL LİSESİ	
<b>İlköğretim</b>	GEBZE HALİDE EDİP İ.Ö.O.	

## EĞİTİM ve SEMİNERLER

DANIŞMANLIK EĞİTİMİ ÇALIŞTAYI: ORPHEUS YAKLAŞIMI	2019
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ EĞİTİM KATILIM BELGESİ	2018
360 DEGRESS WITH YOUTH 5 INTERNATIONAL STUDENT CONGRESS	2018
III. ULUSLARARASI LİSANSÜSTÜ EĞİTİM KONGRESİ	2018
PHİLİPS RESPİRONS MARKA V60 MODEL VENTİLATÖR CİHAZI KULLANICI EĞİTİMİ	2017
ÇOCUKLARDA İLERİ YAŞAM DESTEĞİ	2017
ACİL YAŞAM DESTEĞİ	2017
I.ULUSLARARASI LİSANSÜSTÜ EĞİTİM KONGRESİ	2016
LİDERLİK SEMİNERİ	2015

## İŞ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre ( Yıl-Yıl)
HEMŞİRE	M.C.B.Ü. Hafsa Sultan Hastanesi	2017-Devam ediyor

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma *	Yazma*
İNGLİZCE	Orta	Orta	Orta
RUSÇA	Çok İyi	Çok İyi	Çok İyi



### YABANCI DİL SINAV NOTU #

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
45	-	-	-	-	-	-	-	-

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	74	72	70

### BİLGİSAYAR BİLGİSİ

Program	Kullanma Becerisi
MS Word	İyi
MS Powerpoint	İyi
MSExcel	İyi
SPSS for Windows	Orta

\*Çok iyi iyi orta zayıf olarak değerlendiriniz.