T.C.

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİR REHABİLİTASYON KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARA HEMŞİRE TARAFINDAN VERİLEN MESANE VE BAĞIRSAK EĞİTİMİNİN SFİNKTER KONTROLÜNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emine Miray ŞİRRİN

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİR REHABİLİTASYON KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARA HEMŞİRE TARAFINDAN VERİLEN MESANE VE BAĞIRSAK EĞİTİMİNİN SFİNKTER KONTROLÜNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emine Miray ŞİRRİN

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Bir Rehabilitasyon Kliniğinde Yatan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Mesane ve Bağırsak Eğitiminin Sfinkter Kontrolüne Etkisi

Emine Miray ŞİRRİN

Yüksek Lisans Tezi

14.05.2018

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Bahar İNKAYA

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Vesile ÜNVER

Dr. Öğr. Üyesi Hilal TÜZER

Dr. Öğr. Üyesi Bahar İNKAYA

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Ender ŞİMŞEK
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

24.04.2018

Emine Miray ŞİRRİN

TEŞEKKÜR

Saygı değer tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Bahar İNKAYA'ya sonsuz katkılarından, yardımlarından ve desteğinden dolayı,

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği ve Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'na araştırmanın uygulanması için gerekli izinleri verdiklerinden dolayı,

Araştırmanın veri toplama aşamasında yardımlarını ve desteğini esirgemeyen klinik sorumlu hemşiresi Dilek KARA ve ekip arkadaşlarıma,

Çalışmayı kabul edip bilgilerini bizimle paylaşan değerli hastalarımıza,

Her koşulda ve daima yanımda olan, yardımlarını esirgemeyen canım aileme verdikleri tüm destekler için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET iii
ABSTRACT iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ v
ŞEKİLLER DİZİNİ vi
TABLOLAR DİZİNİ vii
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Rehabilitasyon Hemşiresi Tanımı 4
2.2. Rehabilitasyon Hemşiresinin Görevleri 4
2.3. Rehabilitasyon Kliniğinde Karşılaşılan Hastalıklar 5
2.4. Mesane ve Bağırsak Rehabilitasyonu/Eğitimi 5
2.4.1. Mesane Rehabilitasyonu/Eğitimi 6
2.4.2. Bağırsak Rehabilitasyonu/Eğitimi 11
2.5. Mesane Rehabilitasyonu/Eğitimi Yapılamayan Hastalarda Kullanılan Yöntemler 17
2.5.1. Kalıcı İdrar Sondası (Foley Sonda) 17
2.5.2. Steril/Temiz Aralıklı Kateterizasyon (SAK/TAK) 17
2.6. İlgili Literatür 18
3. MATERYAL VE YÖNTEM 19
3.1. Araştırmanın Şekli 19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 19
3.4. Verilerin Toplanması 20
3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması 20
3.5. Araştırmanın Uygulanması 22
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 22
3.6.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri 22
3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri 22
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu 23
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 23
4. BULGULAR 25

5. TARTIŞMA 33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 38
7. KAYNAKLAR 40
8. EKLER 50
EK-1. Hastaların Özelliklerini, Mesane ve Bağırsak Durumlarını Öğrenmeye Yönelik Veri Toplama Formu 50
EK-2. Mesane ve Bağırsak Eğitim Kitapçığı 54
EK-3. FBÖ (Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği) 60
EK-4. Etik Kurul Onay Formu 61
EK-5. Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli İzin Yazısı 62
EK-6. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu 64
EK-7. Güç Analizi 65
EK-8. Özgeçmiş 66

ÖZET

Bir Rehabilitasyon Kliniğinde Yatan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Mesane ve Bağırsak Eğitiminin Sfinkter Kontrolüne Etkisi

Araştırma rehabilitasyon kliniğinde yatmakta olan hastalara hemşirenin verdiği mesane ve bağırsak eğitiminin sfinkter kontrolüne etkisini ölçmek amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kliniğinde yatan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise 3 Temmuz 2017-5 Şubat 2018 tarihleri arasında kliniğe yatan ve çalışmamıza katılmayı kabul eden 130 birey oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan anket formu ile toplanmıştır. Eğitimin etkinliği Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ile ölçülmüştür. Verilerin değerlendirilmesi aşamasında SPSS 21 paket programı kullanılmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre mobilizasyonu sağlanabilen hastaların mesane için olan ilk FBÖ değeri 3.65±1.91 iken taburculukta bu değer 5.87±1.49 olmuştur. Bağırsak için ise eğitim öncesi 5.56±1.78 olan değerin 6.81±2.60 değerine ulaştığı görülmüştür. Yatıştaki mesane için FBÖ değeri 2.72±1.98 iken eğitim sonrası 5.12±2.05 değerine, bağırsak için ise eğitim öncesi 4.05±2.60 olan değer 6.01±2.01 değerine ulaşmıştır. Hastaların eğitim öncesi gaita durumu (konstipasyon, laksatif kullanımı vb.) FBÖ üzerinden 2.72±1.98 değerini alırken eğitim sonrası bu değerin 5.12±2.05 olduğu görülmüştür.

Hastane yatışlarında hastaların mesane ve bağırsak kontrolü en iyi şekilde değerlendirilip uygun eğitim verilmelidir. Rehabilitasyon klinikleri için mesane ve bağırsak eğitimi adı altında kitapçık, cd vb. gibi materyaller hazırlanabileceği, hemşirelerin hizmet içi eğitimlerinde mesane ve bağırsak ile ilgili konulara özen gösterilmesi, ambulasyonun desteklenmesi, rehabilitasyon hemşireliğinin üst programlar açılarak daha fazla desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bağırsak, Eğitim, Hemşire, Mesane, Rehabilitasyon

ABSTRACT

Influence of bladder and bowel training given by a nurse in a rehabilitation clinic to sphincter control

The study was carried out in a semi-experimental setting in order to measure the effect of nursing-related bladder and intestinal training on sphincter control in a resident rehabilitation clinic.

The universe of the research constitutes the patients in the physical medicine and rehabilitation clinic of Ankara University Medical Faculty Cebeci Research and Practice Hospital. The sample of the study consisted of 130 individuals who were in the clinic between July 3, 2017 and February 5, 2018 and who accepted to participate. The data were collected by the researchers in the form of a questionnaire prepared according to the literature. The effectiveness of the training was measured by the Functional Independence Scale. During the evaluation of the data, SPSS 21 package program was used.

According to the results of our study, the initial FIM value for the bladder of patients who could mobilize was 3.65 ± 1.91, while this value was 5.87 ± 1.49 at discharge. For the intestine, the prevalence of 5.56 ± 1.78 was 6.81 ± 2.60. The value of FIM for the admission bladder was 2.72 ± 1.98 while it was 5.12 ± 2.05 for the intestine and 4.05 ± 2.60 for the intestine. The prevalence of gaita status (constipation, laxative use, etc.) of the patients was 2.72 ± 1.98 over FIM, and this value was 5.12 ± 2.05 after training.

In hospital admissions, bladder and bowel control of patients should be best assessed and appropriate training should be provided. For rehabilitation clinics, booklet, cd, etc., under the name of bladder and bowel training. It is suggested that nurses should be careful about the issues related to bladder and intestines in in-service training of nurses, support ambulance, and support more rehabilitation nursing by opening upper programs.

Keywords: Bladder, Bowel, Education, Nurse, Rehabilitation

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
FBÖ	: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği
SAK/TAK	: Steril/Temiz Aralıklı Kateterizasyon
ARNA	: Avusturalya Rehabilitasyon Hemşireleri Derneği
ICS	: Uluslararası Kontinans Derneği
SVO	: Serebrovasküler Olay
SCI	: Spinal Kord Yaralanması
MS	: Multiple Skleroz
HT	: Hipertansiyon
DM	: Diabetes Mellitus
LDH	: Lomber Disk Hernisi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Erkek-Kadın alt üriner sistemi.....7
Şekil 1.2. Bağırsak anatomisi.....11

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Hastalara ilişkin tanımlayıcı özellikler 26
Tablo 4.2. Hastaların mesane ve bağırsak durumlarına ilişkin tanımlayıcı özellikler 27
Tablo 4.3. Mesane durumunun eğitim öncesi ve sonrası FBÖ/sfinkter kontrolüne göre puanlaması 28
Tablo 4.4. Bağırsak durumunun eğitim öncesi ve sonrası FBÖ/sfinkter kontrolüne göre puanlaması 28
Tablo 4.5. Hastaların bazı özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası mesane FBÖ puanlarının karşılaştırılması 30
Tablo 4.6. Hastaların bazı özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası bağırsak FBÖ puanlarının karşılaştırılması 32

1. GİRİŞ

Rehabilitasyon, Latince habil kelimesinden gelmekte olup, habilitasyon bilinmeyen bir şeyin öğrenilmesi olarak tanımlanmaktadır (1). Rehabilitasyon; doğuştan ya da sonradan hastalık, kaza ya da yaralanma nedeniyle bir kısım yeteneklerini kaybetmiş bireyi tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki yönlerden mümkün olan en iyi düzeye ulaştırarak kendine, ailesine, topluma daha yararlı olmasını sağlamayı amaçlayan, kalıcı sakatlıkların sonuçlarını en aza indirmek için düzenlenen tedavi edici bir çalışma sürecidir (1-4).

Rehabilitasyon, tüm bireylerin doğuştan değer sahibi olduğu ve kendi bedeni için sağlık uzmanı olması öngörüsü ile kurulmuştur (5). Tarihte ilk zamanlarda rehabilitasyon adına gelişmeler bulunmasına karşın belirli bir süre uzmanlık alanı olarak kabul edilmemiştir. Binlerce yıl öncesinden Mısırlı bir hekim spinal kord yaralanmalı bir hastayı gözlemleyerek üriner inkontinansın da dahil olduğu bir çok durumun tanımını yapmıştır. Rehabilitasyon ile ilgili ilk uygulamalar ise Hipokrat ile başlamıştır (5-7).

Rehabilitasyon bir felsefedir, özürlü insanlara ve kronik hastalıklara karşı bir tutumdur. Rehabilitasyonun amacı, hastalık nedeniyle kaybedilen zihinse ve/veya fiziksel yeteneklerin normale dönmesini sağlamaktır (8). Rehabilitasyon kapsamlı ve tüm tedavi programlarını içine alan, tıbbın bütün alanlarına girmesi gereken bir kavramdır. Kapsamlı ve entegre bir rehabilitasyon programı bağımsızlığı arttırırken, hastanın yatağa bağımlı olma süresini kısaltır ve yaşam kalitesini yükseltir; böylece sosyal ve ekonomik yönden büyük kazanç sağlar (9).

Rehabilitasyon gereksinimi olan bireylere, eğitim ve danışmanlık yapmak bu hastalarla çok uzun süre zaman geçiren hemşirelerin sorumlulukları arasında yer alır. Ancak ülkemizde rehabilitasyon konusunda hemşirelerin görevlerinin neler olduğu henüz tam olarak bilinmemektedir. Rehabilitasyon hemşiresi eğitimi, bilgisi ve

tecrübesi ile rehabilitasyona ihtiyacı olan bireylerin tedavi ve bakımı için adaptasyon sürecini en iyi koordine eden, destekleyen ve kolaylaştıran sağlık profesyonelidir. Rehabilitasyon hemşiresinin görevi bireyin öz bakımını en yüksek seviyeye getirmesine destek olmak amacıyla gereken bilgi ve beceri konusunda eğitim vermektir (5,10). Rehabilitasyon hemşireleri hasta ve ailelerinin bakıma katılmasını destekleyerek, hasta bireylere mümkün olduğunca işlev kazandırmaya veya yeni oluşan engelleri (örn; inkontinans) yönetmeye yardımcı olmaya yönlendiren sağlık ekibinde önde gelen uzman kişilerdir (8). Rehabilitasyon hemşiresi, öz bakım ile ilgili bilimsel hemşirelik teorisine dayanan ve fiziksel, psikososyal ve ruh sağlığı geliştiren tedavi stratejilerini oluşturur ve uygular (10). Avusturalya Rehabilitasyon Hemşireleri Derneği (ARNA) rehabilitasyon hemşireliğinin hedeflerini (11); öz bakımı arttırma, bozulan fonksiyonları düzeltme ve hastaların yaşam kalitelerini arttırma olarak tanımlamıştır.

Bireylere verilecek olan bakım ve tedavilerin sadece bir meslek profesyoneli tarafından oluşturulması yanlış uygulamalara sebep olabilir. Bu nedenle ortaya sağlık ekibi kavramı çıkmıştır (12). Disiplinler arası ekipte hemşire, hasta bakım sürecine ayrı bir bütüncül yaklaşım getirir. Hemşireler, geleneksel olarak önerilen bakımların yerinde ve zamanında, uygun koşullar altında yapılmasını sağlamaktadır. Hemşire 7 gün 24 saat hasta ile olduğundan bakım ihtiyaçlarını en iyi şekilde belirledikten sonra ihtiyaçları doğrultusunda, aile üyeleri ve ekipteki diğer bireylerle iletişimi sağlayan profesyonellerdir. Hemşireler, hasta ve ailesi ile yakın temasta olması ve bütünsel yaklaşımlarından dolayı hastalık süreci ve yapılması gerekenler konusunda ilk bilgileri alan kişilerdir (13).

Rehabilitasyon gereksinimi olan hastaların bir çoğu hastalıklarına bağlı olarak mesane ve bağırsak değişimleri yaşarlar. Değişen mesane ve bağırsak işlevlerinin yönetim becerisi rehabilitasyon bakımının önemli bir kısmını kapsamaktadır. Normal olan mesane ve bağırsak işlevlerinin yanı sıra işlevlerindeki bozukluklar hakkında bilgi sahibi olunması rehabilitasyon hemşiresinin önemli görevlerindendir (5).

Mesane eğitiminin amacı, idrar yapmayı erteleyerek, inhibe ederek ya da sınırlandırarak hastayı düzenli aralıklarla idrar yapmaya alıştırmak, idrar kaçırmasını

engellemek ya da azaltmak, idrar yapma kontrolünü kazanmasını sağlamaktır (14). Bağırsak eğitimi ise normal defekasyona yardım etmek amacıyla diyet ve sıvı alımının düzenlenmesi, egzersizler ve normal defekasyon alışkanlıklarının sürdürülmesi için uygulanır. Gaita inkontinansında normal defekasyon alışkanlığının sürdürülmesi için hastalar desteklenmeli, inkontinansa neden olan faktörler ve önceki bağırsak alışkanlıkları belirlenmelidir. Normal bağırsak alışkanlığının sürdürülebilmesi ile ilgili kararlarda mutlaka hasta ile işbirliği yapılmalıdır (14,15).

Rehabilitasyon hemşiresi kliniklerde aktif olarak görev almakla beraber mesane ve bağırsak ile ilgili uygulama ve girişimlerde en ön sırada yer aldığı ve bu eğitimler sonucu hastaların yaşam kalitelerini ciddi anlamda yükselttiği görülmüştür (5,8,13). Son yıllarda rehabilitasyon hemşireliğin önem kazanması ile birlikte hemşirelik ile ilgili fakültelerin lisanüstü eğitimlerinde rehabilitasyon hemşireliği dersleri verilmeye başlanmıştır. Rehabilitasyon hemşireliği ülkemizde yeni önem kazanması ve bu kapsamda gelişiminin sağlanması için adım atıldığı görülmektedir. Hemşire tarafından verilen mesane ve bağırsak eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi için yapılan çalışmalar literatürde taranmıştır. Taranan (TÜBİTAK-ULAKBİM, YÖK Ulusal Tez Merkezi, Pubmed, Science Direct, Cochrane ve Wiley Online Library vb.) veri tabanlarında, ülkemizdeki literatürde konu ile ilgili çalışmaların az olduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle bu araştırma tasarısı oluşturulmuştur. Bu çalışma, rehabilitasyon hemşiresinin uyguladığı mesane ve bağırsak eğitiminin sfinkter kontrolünü nasıl etkilediğini tespit etmek ve önemini vurgulamak için planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Rehabilitasyon Hemşiresi Tanımı

Rehabilitasyon, tanımlanmış yetkinlikler ve ayrı bir hemşirelik bilgisine sahip özel bir alandır (16). Rehabilitasyon hemşireliği eğitimi, bilgisi ve tecrübesi olan bir hemşire, engellilik sürecindeki bireyler için kaliteli ve etkin bakımın yapıldığı güçlenme dönemini organize etmek, desteklemek ve kolaylaştırmak için bu alanda olan en iyi sağlık uzmanıdır (8,16).

Rehabilitasyon hemşiresi, yaralanmaları veya hastalıkları kontrol edilebilir hale getiren, hastaların normal ve bağımsız yaşamalarına yardımcı olan bir meslek uzmanıdır. Hastaların kaybettikleri yetenekleri yeniden kazanmak için ya da sahip olmadığı yetenekleri kazanmak için onlarla birlikte çalışmayı içerir (5,8,16,17). Rehabilitasyon hemşireliği, işlevsel yetenek ve yaşam biçiminde değişime bağlı olarak ortaya çıkan ya da çıkabilecek sağlık sorunlarına oluşabilecek insan tepkilerinin tanılanması ve tedavisi olarak tanımlanmaktadır (18).

2.2. Rehabilitasyon Hemşiresinin Görevleri

Resmi gazetede yayımlanan Hemşirelik yönetmeliğinde 19.04.2011 yılında yapılan düzeltme ile rehabilitasyon hemşireliği için görev tanımı yapılmıştır. Yayınlanan yönetmelikte rehabilitasyon hemşiresinin görevleri açıklanmıştır. Bu görevler uygun parametreleri kullanarak hasta hakkında bilgi toplar, öz bakımını geliştirerek yaşam kalitesini arttırmayı öğreterek, destekler ve gözlemler, hastanın stresle başa çıkma yolları ile problem çözme becerilerini değerlendirerek becerilerin gelişmesine yardım eder ve gerekirse psikolojik desteğe yönlendirir, mesane ve bağırsak eğitimi verir, hastaya özel bakım verir, bütüncül yaklaşımla fiziksel aktivitelerinin devamlılığı için eğitim yapar ve gereksinim duyulan sağlık bakımını alabilmeleri için mevcut kaynaklara ulaşmada hasta ve yakınlarına yardımcı olur şeklindedir (19).

2.3. Rehabilitasyon Kliniğinde Karşılaşılan Hastalıklar

Fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniklerinde en sık disk hernileri (bel-boyun fıtıkları), spinal kord yaralanması (tetrapleji, parapleji, tetraparezi, paraparazi…), serebro vasküler olay (hemipleji, hemiparezi), daha az multiple skleroz (MS), guillain barre sendromu gibi hastalıklarla karşılaşılmaktadır.

Lomber ve servikal disk hernileri, servikal ve lomber ağrıların başlıca sebeplerindendir. İntervertebral diskler kıkırdak doku ve onu destekleyen etrafında bir fibröz doku ile sarılmıştır. Bu sayede kemik yapılar korunur ve anatomik yapının muhtemel hasarları engellenir. Bu fibröz doku (annulus fibrosus) zorlanma ile yırtılabilir ve yumuşak disk materyali (nucleus pulposus) kanala doğru kayar. Sonuçta disk materyalinin kanala baskısı ortaya çıkar. Bu durum disk hernisi olarak tanımlanır (20).

Spinal Kord Yaralanmaları (SCI) çoğunlukla 40 yaş altınaki bireylerde oluşmaktadır. Yaralanmaların neden olduğu durumlar arasına ilk sırada motorlu taşıt kazaları ikinci sırada ise düşme ve şiddete maruz kalma yer almaktadır. SCI, travmatik olduğunda spinal korda bası, ezilme ya da yırtığa neden olan materyaller (kemik parçası, disk parçası, vb.) nedeniyle olabilir. Travmatik olmayan nedenleri ise spinal tümörler, enfeksiyonlar, embolik olaylar, vb. oluşturmaktadır (5).

Serebro Vasküler Olay (SVO) kan damarının tıkanması ya da rüptürü sonucunda kan akımının engellenmesiyle oluşan, travmatik olmayan beyin hasarı olarak bilinmektedir. SVO iskemik ve hemorajik olarak ikiye ayrılmaktadır. Bütün SVO' ların büyük kısmını iskemik SVO oluşturmaktadır (5).

2.4. Mesane ve Bağırsak Rehabilitasyonu/ Eğitimi

Rehabilitasyon hastalarının birçoğunda hastalık veya rahatsızlıklarına bağlı olarak mesane ve bağırsak ile ilgili değişimler yaşamaktadırlar. Mesane ve bağırsakta oluşan işlev bozuklukları taburculuğa engel teşkil etmektedir. Bu nedenle rehabilitasyon hemşirelerinin bu konu hakkında bilgi ve beceriye sahip olması

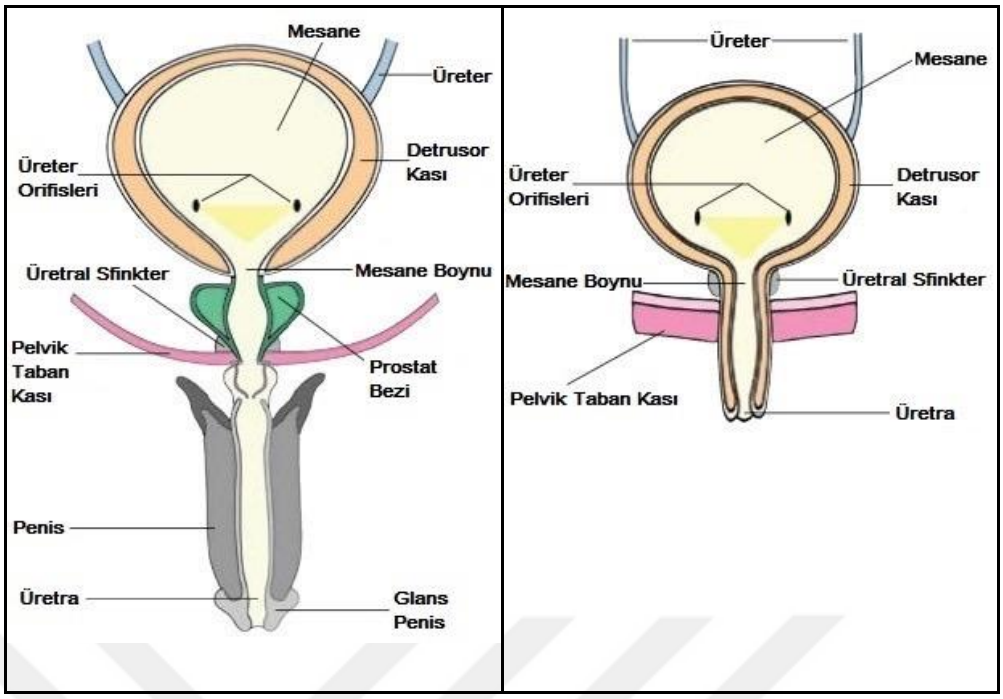
oldukça önemlidir. Mesane ve bağırsak ile ilgili işlev bozukluk/ kayıplarını değerlendirip ekip işbirliği ile sorunlara çözüm yolları üretmesi gerekmektedir (5).

2.4.1. Mesane Rehabilitasyonu/ Eğitimi

2.4.1.1. Üriner Sistem Tanımı ve Miksiyon Mekanizması

Her iki böbrekte üretilen idrar, üreter adını verdiğimiz sağ ve sol üreter tüpleri ile mesaneye iletilir. Mesanede biriken idrar üretra ile vücut dışına atılır. Boşaldığı zaman armut şeklini alır ve 40-50 ml civarı hacim kaplar. İdrarla tamamen dolduğunda ise 400-500 ml'lik hacime sahip olur (5,21).

İşeme, ponsta bulunan miksiyon merkezince kontrol edilir. Miksiyon merkezinde, detrusor kontraksiyonları ve üretral relaksasyon koordinasyonu sağlanmaktadır. Mesaneyi oluşturan düz kaslara detrusor adı verilmektedir (22). Mesanenin dolumu sırasında inkontinansı önlemek için iki sfinkter mekanizması mevcuttur. Bu sfinkter mekanizması hem dolum esnasında idrar kaçağını önler hem de boşaltım esnasında idrarın rahat atılması için mesanenin huni şekline girmesine olanak vererek rahat idrar boşaltmayı sağlar (5,21,23).



Şekil 1.1. Erkek-Kadın Alt Üriner Sistemi (24).

2.4.1.2. Üriner İnkontinans Tanımı ve Tipleri

Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society- ICS) tarafından yapılan tanıma göre inkontinans, her türlü idrar kaçırma şikayetidir (25). ICS inkontinansı hijyenik bir sorun olarakta tanımlamaktadır. Yapılan çalışmalarda üriner inkontinansın sosyal bir sorun olmakla birlikte kişinin sosyal yaşamını, benlik saygısını, yaşam kalitesini ve cinsel hayatını etkilediğini ortaya koymuştur (26). Erkeklerde üriner inkontinans prevelansının %2-11, Kadınlarda ise %4.8-58.4 arasında değişmekle birlikte yaş arttıkça üriner inkontinansında arttığı gözlenmiştir (22,26-30). Üriner inkontinans tipleri arasında en çok stres inkontinans görüldüğü gibi sıkışma (urge-acil inkontinans) inkontinansı, miks inkontinans, fonksiyonel inkontinans, taşma tipi (owerflov) inkontinans da görülmektedir (26,27,31,32).

2.4.1.3. Üriner İnkontinansın Nedenleri

Üriner inkontinans yaşlanmanın doğal bir sonucu değildir. Çeşitli nedenlerden dolayı ortaya çıkan bir belirtidir. Mesane kaynaklı (detrusor insibilitesi,

nörojenik disfonksiyon, düşük komplians, vb.), üretra kaynaklı (üretral yetmezlik, artan mobilite, travma, vb.), üriner sistemle ilişkili olmayan (azalmış mobilite, ilaçlar, psikolojik bozukluklar, vb.) nedenler olarak 3'e ayrılabilir (22,26-30,33).

2.4.1.4. Üriner İnkontinansta Risk Faktörleri

Üriner inkontinans risk faktörleri arasında cinsiyet, yaş, doğum yapmak, nörolojik hastalıklar, pelvik taban kaslarının zayıflaması, konstipasyon, endokrin hastalıklar bulunmaktadır (22,26-30,33).

2.4.1.5. Üriner İnkontinans Tedavisi

Üriner inkontinans yaşamı tehdit etmese de kişinin ev, iş, sosyal yaşantısını ciddi anlamda etkilemektedir. Üriner inkontinası olan kişiler ıslak gezme, koku olması, bulunduğu ortamda huzursuz hissetme gibi durumları yaşamaya bağlı olarak depresyona kadar sürükleyen bir durumdur. Üriner inkontinans tedavisindeki amaç mesanenin işlevini doğru bir şekilde yerine getirmesini sağlamaktır (22,26-30,33).

Üriner inkontinans tedavisinde yöntem kişinin şikayetlerine, isteklerine, üriner inkontinansın çeşidine, sıklığına ve şiddetine göre karar verilmektedir. Bazen yaşam şeklini değiştirmek dahi inkontinansın ciddi anlamda azalmasına yardımcı olmaktadır. Tedavi yöntemi belirlendikten sonraki süreçte kişi yapılacak olan tedaviler konusunda açık ve net bir biçimde bilgilendirilmelidir (22,26-30,33).

Üriner inkontinans tedavisi farklı tarzlarda uygulanabilmektedir. Bunlar; konservatif tedavi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi olarak 3'e ayrılmaktadır (22,26-30,33).

2.4.1.5.1. Konservatif Tedavi

Kolay, ucuz, etkili bir yöntem olması nedeniyle sıklıkla tercih edilen bir tedavidir. Davranışsal tedavi ve elektrik stimülasyon olarak ikiye ayrılmaktadır (22,26-30,33).

Davranışsal Tedavi

Üriner inkontinansta davranışsal tedavinin amacı; kişinin sorunları konusunda eğitimini sağlamak, inkontinansın azalmasını ya da ortadan kalkmasını sağlamaktır.

Öksürme, gülme, ağır eşya kaldırma gibi abdominal basıncı arttırıcı durumlar sonrasında görülen inkontinansı geçirmek için "Kegel Egzersizi" öğretilmektedir (27,33-35).

Biofeedback, vücutta meydana gelen fizyolojik olayların bir düzenek ile görsel ve işitsel olarak hastaya yansıtılmasıdır (26,33).

Mesane eğitiminde amaç; hastaya düzenli aralıklarla miksiyon yapmaya alıştırmak, inkontinansı engellemek ya da azaltmak, miksiyon kontrolünü kazanmasını sağlamaktır (15,22,26,27,33). İlk olarak miksiyon hissi olmasa bile 1.5-2 saatte bir daha sonra 2-3 saatte bir ve 4-6 saatte bire olacak şekilde arttırılarak idrar yapması istenir. Bu şekilde miksiyonun gecikmesi, idrar miktarının artmasına ve idrar yapma aralıklarının artmasına yardımcı olmaktadır (13,15,27,33).

Mesane eğitiminin en önemli noktası miksiyon hissinin bastırılabilmesidir. Miksiyon hissini bastırmak için yavaş ve derin bir şekilde nefes alıp verilmelidir. Bu yöntem miksiyon hissi azalıncaya kadar ya da geçene kadar yapılmalıdır (15,27,36,37). Sıvı alımı da mesane eğitiminin bir diğer boyutudur. Sıvı alımının sabah saatlerinde yapılması ve akşam yemeğinden sonra daha az sıvı alınması gece boyu miksiyon gereksinimini azaltacaktır. Gün içerisinde alınması gereken sıvı miktarı 2- 2.5 lt kadar olmalıdır. Kesinlikle sıvı alımı azaltılmamalıdır. Kafein/ alkol

diüretik olarak işlev gördüğünden alınmamalıdır. Bu sıvılar mesane kaslarını tahriş ettiklerinden sık mesane kasılmalarına neden olarak sık idrara çıkma isteği oluşturmaktadırlar (15,27,36-41). Mesane eğitimi birçok inkontinans türünde birinci basamak tedavisi olarak Kanada Üroloji Birliği ve Avrupa Üroloji Birliği tarafından A derece kanıt düzeyinde sayılmaktadır (41).

Tuvalet programlarının üriner inkontinans üzerinde olumlu etkileri vardır. Bu program ile hastanın sıkça tuvalete gitmesi sağlanarak miksiyon ihtiyacını karşılayarak ıslanmadan kuru kalması sağlanmaktadır (22,27).

Bazı besin maddelerinin mesane irritasyonunu başlatma veya arttırmada önemli rol oynadığı görülmüştür. Mesane irritasyonu sonucunda detrusor kasının istemsiz kasıldığı ve inkontinansa sebep olduğu bilinmektedir. Baharatlı, asidik ve karbonat içeren besinler, domates. bal ve şekerli yiyecekler, asitli içecekler ve meyveler (portakal, greyfurt, limon, ananas), süt ve süt ürünleri inkontinans oluşumunda etkili olan gıdalar içindedir. Ayrıca aspartam içeren gıda ürünlerinin (Hazır gıdaların hemen hemen hepsinde bulunmaktadır) kullanımını azaltmak ya da hiç kullanmamakta semptomları iyileştirebilir (22,26,33,36,40,42).

Elektriksel Stimülasyon

Elektrod ya da vajinal prob ile perine bölgesine intraanal ya da vajinal yoldan uygulanan ve elektrik akımıyla pudental sinirin direk uyarımı sağlanır. Bu yöntem ile üretral sfinkter fonksiyonunun arttığı ve mesane kontraktilitesinin azaldığı gözlemlenmiştir (5,6,18,29,46,57,61).

2.4.1.5.2. Farmakolojik ve Ceerahi Tedavi

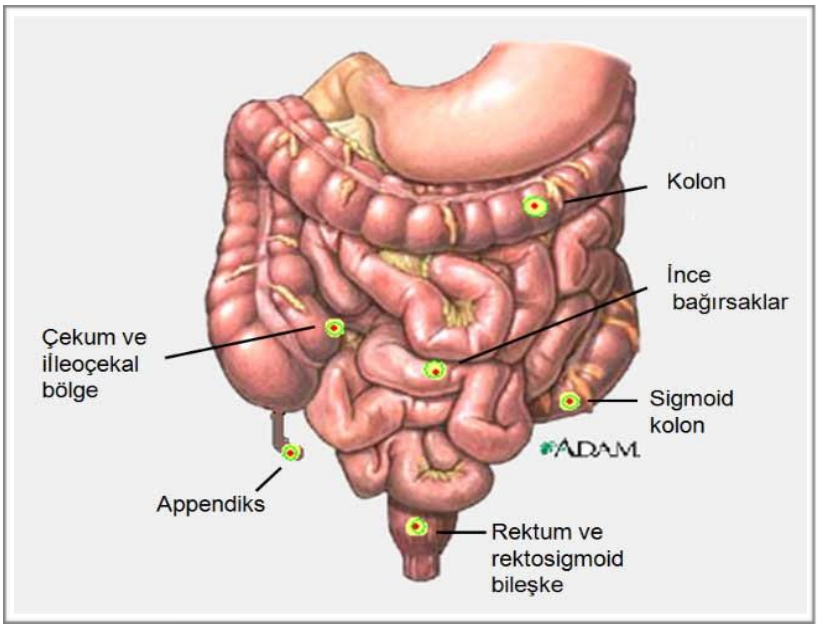
Farmakolojik tedavinin amacı, mesane kontraktilitesinin inhibasyonu, duyusal girişin azaltılması ve mesane kapasitesinin artırılmasıdır (22,26-30,33).

Cerrahi tedavi için karar alınmadan önce kapsamlı bir araştırma yapılarak, klinik ve ürodinamik bütün testler incelenerek uygulamaya geçilmelidir (22,26-30,33).

2.4.2. Bağırsak Rehabilitasyonu/Eğitimi

2.4.2.1. Kolon Tanımı ve Fonksiyonu

Kolon sindirim sisteminin son organıdır. Dışkı materyali rektuma geldiğinde, reseptörler beyine boşaltım ihtiyacını iletirler. Rektum, iç ve dış olmak üzere iki farklı sfinkterden oluşmaktadır. Düz kastan oluşan, iç anal sfinkter refleks kontrolü altındadır. Sinir sisteminin ilgili bölümü etkilenmiş olsa bile iç sfinkterin çalışması devam eder. Çizgili kastan oluşan dış anal sfinkter ise sakral kordtan ayrılan pudendal sinirdeki somatik alt nöronlar yoluyla hem refleks hem de isteğe bağlı kontrol altındadır. Dış sfinkterler sinir sisteminin etkilendiği durumlarda refleksini kaybeder (5,43,44).



Şekil 1.2. Bağırsak Anatomisi (45).

Peristaltik hareketler sonucu dışkı kademeli olarak bağırsaktan anüse doğru ilerletilir. Anal sfinkter normalde kasılı bir durumda bulunur ve dışkının rektumdan sızmasını engeller. Dış ve iç sfikterlerin ve puborektal kasın inhibitör gevşemesi yüksek nöral kısımlardan gelen uyarılardaki azalmaya ve dolayısıyla kontinansın azalmasına neden olur. Valsalva manevrasi ile karın içi basıncın arttırılması defekasyonu kolaylaştırır (43,46,47).

2.4.2.2. Konstipasyon ve Fekal İnkontinans Tanımı

Konstipasyon, az miktarda sert, kuru dışkı olması ve defekasyonun haftada 3 kezden az olması, şişkinlik, abdominal ağrı ve doluluk hissedilmesi olarak tanımlanır. Konstipasyon bağırsak hareketlerinin yavaşlamasına bağlı gerçekleşmektedir (28,43,48).

Fekal inkontinans, anal sfinkter işleyişi ve kontrol yeteneğinin azalması ya da kaybı şeklinde tanımlanır. Normal defekasyon alışkanlığının istemsiz, uygun olmayan ortamlarda gerçekleştirilmesine neden olur (15,27,28,43,44).

2.4.2.3. Konstipasyon ve Fekal İnkontinans Nedenleri

Konstipasyona neden olan faktörler arasında mobilitenin azalması/olmaması, defekasyon dürtüsünün devamlı ertelenmesi, beslenme şekli (Yetersiz lifli besin tüketimi), yetersiz sıvı alımı yer almaktadır (28,43,44).

Fekal inkontinansa neden olan faktörler arasında nörolojik rektal değişiklikler, defekasyon mekanizmasında bulunan sfinkterler ve kasın kasar alması, uzun süredir devam eden konstipasyon ya da fekal tıkaç yer almaktadır (15,27,28).

2.4.2.4. Konstipasyon ve Fekal İnkontinans Risk Faktörleri

Konstipasyon risk faktörleri arasında yaş, gebelik, laksatif kullanımı ve konstipasyona neden olan hastalıklar bulunmaktadır (49).

Fekal inkontinans risk faktörleri arasında yaş, zorlu doğum, aşırı laksatif kullanımı, immobilite yer almaktadır (27).

2.4.2.5. Konstipasyon ve Fekal İnkontinans Tedavisi

2.4.2.5.1. Konstipasyon Tedavisi

Konstipasyon tedavi süreci kişinin yaşam biçimi ve bulgular düşünülerek oluşturulmalıdır. Tedavide öncelikle yaşam biçimi değişiklikleri ve non-farmakolojik yöntemler uygulanmalıdır. Daha sonra farmakolojik ve cerrahi tedavi düşünülmelidir (50-55).

2.4.2.5.1.1. Yaşam Biçim Değişiklikleri

Dengeli ve yeterli beslenme rutinini oluşturmak için, beslenme eğitimi verilmelidir. Hastalara eğitim, hastaların sosyoekonomik yapısı ve beslenme alışkanlıkları düşünülerek verilmelidir (50,53). Eğitim verilirken bireyin sabah kahvaltısının atlamaması, öğünlerini düzenli bir şekilde alması ve bol posalı meyve ve sebze alması sağlanmalıdır. Diyette lif içeriği fazlalaştırılmalıdır. Lifli gıdaların bir anda fazla miktarda verilmesi karın şişliği ve aşırı gaz şikayetine neden olur. Bu nedenle yavaş yavaş miktarı arttırılmalı ve sıvı alımı da eş zamanlı olarak arttırılmalıdır. Literatürde, randomize kontrollü bir çalışmada 6 hafta boyunca alınan 50 gr eriğin defekasyonu arttırdığı gözlemlenmiştir. Sabahları aç karnına oda ısısında bir bardak su içmekte bağırsakların yumuşamasına yardımcı olmaktadır. Tedaviye uyum gösteren hastaların şikayetleri bir-iki hafta içinde kaybolmaktadır (53-55).

Hastalar sıvı alımı konusunda desteklenmelidir. Yapılan araştırmalar da konstipe olan hastalar için sıvı tüketiminin herhangi bir yan etkisi görülmemiştir. Konstipasyonu önlemek için günde 1,5-2 litre sıvı tüketilmesi gerekmektedir. Alkol ve kafein tüketimi bağırsak florasını tahriş edebileceği için azaltılmalı ya da kullanılmamalıdır (52,53,55).

2.4.2.5.1.2. Non-Farmakolojik Tedavi

Konstipasyonu önlemek veya rahatlatmak amacıyla yapılan masaj, birkaç yüzyıldır kullanılan bir yöntemdir. Abdominal masaj, karın içi basıncını değiştirerek bağırsak hareketlerini arttırmaktadır (50,53,56).

Hastalara abdominal masaj öğretilirken pozisyonun önemli olduğu anlatılmalıdır. Masaja başlamadan önce karın boşluğunun fazla sert olmamasına, üriner boşaltımın yapılmış olmasına ve yemekten hemen sonra yapılmamasına dikkat edilmelidir. Abdominal masaj bağırsakların üzerinde saat yönünde yapılmalı ve 15-20 dakika kadar sürmelidir (50,53).

Bireylere verilen eğitimde diyet ve sıvı alımının yanında egzersizin önemi de vurgulanarak, düzenlenecek egzersiz programı ile bağırsak hareketleri arttırılabilmektedir (52,53,55).

Defekasyon bozukluklarında özellikle pelvik taban kasları ve eksternal anal sfinkter kaslarının yetersiz kontraksiyonları biofeedback ile düzeltilebilir (53,54).

Tuvalet Eğitimi

Konstipasyon sıkıntısı çeken hastalara öncelikle normal defekasyon alışkanlığı, dışkılama zamanı ve pozisyonu hakkında eğitim verilmelidir (53).

Tuvalet eğitiminde; dışkılama isteği geldiğinde hemen tuvalete gidilmesi gerektiği, her gün aynı saatte dışkılama hissi olsun ya da olmasın mutlaka tuvalete

gidilmesi gerektiği, gastrokolik ve duodenokolik reflekslerin uyarılması nedeniyle kahvaltı ve yemekten 30-40 dakika sonra en uygun zamanlama olduğundan bu süre zarfında defekasyon ihtiyacı giderilmesi gerektiği, hasta mahremiyeti korunarak (sesin, kokunun duyulacağı endişesi yaşamayacağı bir yerde) dışkılamayı gerçekleşmesini sağlamak gerektiği, dışkılama ihtiyacını karşılarken çömelme pozisyonunu sağlamak gerektiği, çömelme pozisyonunu uygulayamayan bireylere, ayak altına tabure koyularak çömelme pozisyonu taklit ettirilebileceği anlatılmalıdır (51-53,57,58).

2.4.2.5.1.3. Farmakolojik ve Cerrahi Tedavi

Tıbbi tedaviye genellikle yaşam tarzı değişikliklerinden sonra başlanmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle laksatif kullanımı da artmaktadır. Uzun süreli kullanımlarda kronik konstipasyona neden olabileceğinden kısa süreli kullanımı uygun bulunmuştur (51,53-55).

Tıbbi tedaviye dirençli hastalara uygulanabilecek bir yöntemdir. Yapılan araştırmalarda cerrahi yöntemlerin başarı şansı yüksek olsa da en son tercih olarak seçilmelidir (53-55).

2.4.2.5.2. Fekal İnkontinans Tedavisi

Fekal inkontinans, hastanın etiyolojisine göre tedavi programı hazırlanması gereken bir durumdur. Fekal inkontinans için tedavi programı hazırlanırken öncelik medikal tedaviye verilmeli son aşamada cerrahi tedavi düşünülmelidir. Fekal inkontinans tedavisinde konstipasyonun da inkontinansa neden olabileceği düşünülerek program oluşturulmalıdır (43,59-62).

2.4.2.5.2.1. Yaşam Biçimi Değişiklikleri

Fekal inkontinansı azaltmak ya da ortadan kaldırmak için ishale neden olan ve inkontinans ataklarını arttıracak besinlerden uzak durulmalıdır. Bu besinlerden bazıları kayısı, üzüm, kavun, şeftali, başta fındık olmak üzere diğer kuru yemişler ve yağlı tohumlar, yoğurt ve acı biberdir (61,62). Fekal inkontinansı olan bireylerin günlük olarak en az 1.5 litre sıvı alması önerilmektedir. Alkol ve kafein alımının kolonik motoliteyi ve ince bağırsakta sıvı sekresyonun artmasına neden olduğu görüldüğünden önerilmemektedir (60,62). Bireylerde diyete uyum kıvamlı dışkılamaya yardımcı olarak acil dışkılama isteğini azaltabilir ve inkontinans engellenebilir.

2.4.2.5.2.2. Non-Farmakolojik Yöntemler

Pelvik taban kaslarını güçlendirmek için yapılan egzersizler ile fekal inkontinans azaltılabilir ya da ortadan kaldırılabilir (59,60).

Biofeedback tedavisiyle birlikte pelvik taban egzersizleri de yapıldığında daha iyi sonuçlar elde edilmektedir. Biofeedback tedavisi ile fekal inkontinansın tedavisinde anlamlı olarak farklılıklar görülmüştür (59,60,62).

Fekal İnkontinans konstipasyona bağlı olarak gelişebildiği için konstipasyon tuvalet eğitimi uygulanabilir.

Bireylere fekal inkontinans tuvalet eğitiminde; tuvaletin yeri ve kullanılması gereken materyallerin yerleri belirlenmeli, rahat giysiler tercih edilmeli, tuvalete gitmek için bağımlıysa yardım hazırda bulundurulmalı, bireyin kendini rahat ve güvende hissetmesi için destek verilmeli ve inkontinans durumu çok ise tek kullanımlık hasta bezleri önerilebilir (59,60).

2.4.2.5.2.3. Farmakolojik ve Cerrahi Tedavi

Fekal inkontinans konstipasyon sonrasında gelişiyorsa konstipasyonu önlemek için üretilen ilaçların (laksatifler) kullanımı sağlanarak engellenebilir. Ancak diyare sonrası gelişiyorsa antidiyaretik ilaçlar ile dışkı kıvamı arttırılarak inkontinans engellenebilir (28,62).

Fekal İnkontinans tedavisinde kullanılan en sık cerrahi tedavi yöntemi sfinkteroplastidir (59,60,62).

2.5. Mesane Rehabilitasyon Yapılamayan Hastalarda Kullanılan Yöntemler

2.5.1. Kalıcı İdrar Sondası (Foley Sonda)

Kalıcı idrar sonda uygulaması, sağlık personeli tarafından uygulanan bir işlemdir. Steril şartlarda takılan foley sonda hem kadın hem de erkek hastalara uygulanabilmektedir. Kalıcı idrar sondasında, mesaneye gelen idrar sonda yardımıyla direk dışarı atıldığı için mesane ve sfinkter kasılmasına ihtiyaç duymamaktadır (5,15,63).

Kalıcı idrar sondası komplikasyonları arasında tekrarlayan semptomatik idrar yolu enfeksiyonları, mesane taşları, idrar kaçırma, pyelonefritler, mesane duvarında kalınlaşma veya hidronefroz yer almaktadır (63,64).

2.5.2. Steril/Temiz Aralıklı Kateterizasyon (SAK/TAK)

Kişinin kendisi ya da bakıcısı tarafından yapılan, mesane içine bir kateterin yerleştirilmesi, mesanenin boşaltılması ve kateterin çıkarılmasını kapsayan bir uygulamadır. Bu işlem hastanın devamlı olarak kateterle gezmesini engellediği gibi kişinin kaliteli yaşam sürmesine ve idrar konusunda bağımsız olmasına yardımcı

olmaktadır (5,15,63). Evde uygulandığında temiz aralıklı kateterizasyon, hastane ortamında uygulandığında ise steril aralıklı kateterizasyon adını almaktadır.

TAK işleminde; işlemin öğretilmesi esnasında eksik eğitim verilmesi, kateter uygulama basamaklarına uyulmaması ve kateter bakımının doğru yapılmaması nedeniyle çok nadir de olsa komplikasyonlar gelişmektedir. Bu komplikasyonlar; asemptomatik bakteriüri, kanama, üretral darlık, pyelonefrit, yanlış kateter yoludur (65,66).

2.6. İLGİLİ LİTERATÜR

Literatürde çeşitli kaynaklar içerisinde mesane ve bağırsak eğitimi farklı hastalıklar ve durumlar için ayrı ayrı ele alınmıştır. Paik ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada eğitim verilen ve verilmeyen İrritable Bağırsak Sendromu olan hastalarda ilaç kullanımının etkisi incelenmiştir. Hastalardan 40 kişi kontrol, 40 kişi deney grubuna seçilmiştir. Deney grubuna 1 saat süreyle yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç kullanımı hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmanın sonucunda ise deney grubunda 1. ve 6. ay arasında iyileşme görülmüş ancak deney grubunun kontrol grubundan çok yüksek değerlere sahip olmadığı için anlamlı bulunmamıştır (67).

Akıncı ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı çalışma 36 hasta dahil edilmiştir. Dahil edilen hastalara stres üriner inkontinans için eğitim kitapçığı verilmiştir. Ön test son test karşılaştırıldığında hastaların puanlarının arttığı gözlemlenmiş ve anlamlı kabul edilmiştir. Sonuç olarak verilen eğitimin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği tespit edilmiş, inkontinansı önlemek amacıyla çeşitli eğitici materyaller hazırlanarak hastalar için uygun ortamlar oluşturulması gerektiğinden bahsedilmiştir (68).

Çamtosun'un 2008 yılında yapmış olduğu tezde gaz-gaita inkontinansı incelenmiştir. Üriner inkontinansı olan hastaların konstipasyon öyküsü olduğu görülmüş, gaz-gaita inkontinansı olan hastalarla karşılaştırılınca anlamlı sonuç elde

edilmiştir. Yine bu çalışmada kadınların anal inkontinansı % 5 olarak bulunmuştur (69).

Öztürk ‘ün 2015 yılında yaptığı konstipasyonlu hastalara verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisini incelediği çalışmada konstipasyonun yaşa bağlı arttığı ve erkeklerde kadınlara oranla daha sık görüldüğü sonucuna varılmıştır. Kitapçık üzerinden verilen eğitime bağlı olarak konstipasyon oranında azalma olduğu tespit edilmiştir (53).

3.MATERYAL VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, rehabilitasyon kliniğinde yatan hastalara hemşire tarafından verilen mesane ve bağırsak eğitiminin sfinkter kontrolüne etkisinin belirlenmesi amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniğinde yapılmıştır. Klinikte 23 oda da toplam 45 yatak bulunmaktadır. Hasta odaları tek, iki ve üç kişilik olarak planlanmıştır. Hasta odaları ve oda içerisinde bulunan lavabolar mesane ve bağırsak eğitiminin uygulanmasına kolaylık sağlayacak şekilde düzenlenmiştir. Klinikte klinik sorumlu hemşiresi ve kat sorumlu hemşiresi de dahil olmak üzere 10 hemşire çalışmaktadır. Klinikte bulunan hemşireler ilk görev gününden itibaren rehabilitasyon hemşiresi olarak yetiştirilmektedir. Klinikte hasta yatış süreci en az 1 aydır. Klinikte doktor, hemşire ve fizyoterapistlerin bulunduğu konseylerde hastanın tıbbi tedavisi, egzersiz şekli ve türü, gelişmesinin olup olmadığına karar verildiği gibi yatış ve taburculuk sürecine de yine bu konseylerde karar verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniğine yatırılan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise 3 Temmuz 2017-5 Şubat 2018 tarihleri arasında kliniğe yatan ve çalışmamıza katılmayı kabul eden 130 mesane ve rehabilitasyon eğitimine ihtiyacı olan birey oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil olma kriterleri olarak;

• Mesane ve bağırsak kontrolü olmamak,
• On sekiz yaş ve üstünde olmak,
• Okuma-yazma bilmek,
• İletişim kurabiliyor olmak,
• Bilgilendirilmiş onam formunu okuyup çalışmaya katılmayı kabul etmek.

Dışlanma kriterleri olarak;
• Araştırmaya katılmayı kabul etmemek,
• Mesane ve bağırsak kontrolüne sahip olmak olarak belirlenmiştir.

Çalışmanın yapıldığı klinikte; bel ve boyun ağrıları, osteoartrit (eklemlerde kireçlenme), disk hernileri (bel-boyun fıtıkları), spinal kord yaralanması (tetrapleji, parapleji, tetraparezi, paraparazi…), serebro vasküler olay (hemipleji, hemiparezi), multiple skleroz (MS), guillain barre sendromu, parkinson, kafa travmaları gibi hastalıklar daha sık görüldüğü için özellikle bu tip hastalar daha çok tercih edilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

3.4.1.1. Sosyo-demografik Anket Formu

Araştırmada hastaların demografik verilerinin belirlenmesi ve mesane ve bağırsak durumunu değerlendirebilmek için araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan veri toplama formu kullanılmıştır (Ek 1). Formun içeriğinde hastaların sosyo-demografik verileri, kliniğe yatmaya neden olan hastalığı ve bu hastalığı ne zaman geçirdiği, mobilizasyon durumu ve nasıl mobilize olduğu, mesane ve bağırsak sfinkter kontrolü ve kaçırma düzeyleri ile ilgili soruların yer aldığı 23 soru bulunmaktadır.

3.4.1.2. Mesane ve Bağırsak Eğitim Kitapçığı

Mesane ve bağırsak eğitimde kullanılmak üzere ilgili literatürün taranması sonucunda araştırmacı tarafından eğitim kitapçığı hazırlanmıştır (Ek 2). Hazırlanan kitapçık A5 boyutundadır. Hastaların ilgisini çekmek amacıyla resimlerle desteklenmiş ve renkli baskı yaptırılmıştır. Hazırlanan kitapçık klinik hemşireleri ve doktorlarına gösterilerek sözel onayları alınmıştır.

Mesane ve bağırsak eğitim kitapçığı içinde öncelikle mesane ve bağırsak işleyişlerinden bahsedilmiştir. İlerleyen sayfalarda inkontinans ve konstipasyon açıklanarak mesane ve bağırsak eğitimi kısmına geçilmiştir. Her iki eğitim ayrı ayrı açık ve net biçimde yazılarak hastanın anlaması kolaylaştırılmıştır.

3.4.1.3. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği

Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) Keith ve ark. (1987) tarafından geliştirilip, Küçükdeveci ve ark. (2001) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Ek 3). Bu ölçek 6 fonksiyon alanını değerlendiren (kendine bakım, sfinkter kontrolü, mobilite, hareket, iletişim ve sosyal bilişsellik) 18 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler motor-FBÖ (13 madde) ve bilişsel FBÖ (5 madde) olmak üzere iki kısımda incelenmektedir. Motor -FBÖ Barthel indeksi esas alınarak hazırlanmıştır. Bilişsel maddeler sosyal etkileşimi, problem çözme ve hafızayı değerlendirmektedir. Her madde yardım miktarını belirten 7-puanlı Likert skalasında değerlendirilir (1=total yardım, 7=total bağımsızlık). Hasta toplamda 126 puan alabilir. Hastanın 6-7 puan yardımsız o aktiviteyi yapması anlamına gelir. Değerlendirme gözleme dayalıdır yaklaşık 20 dakika sürmektedir. Bu ölçeğin kappa seviyeleri sipinal kord yaralanması için 0.48'in üstünde, inme için 0.44'ün üstünde bulunmuştur.

Mesane ve bağırsak eğitimi verilen hastalarda, eğitimin etkinliğini ve sfinkter kontrolünü değerlendirmek amacıyla fonksiyonel bağımsızlık ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirliğini yapan yazarın bilgisi dahilinde ölçeğin alt boyutu olan sfinkter kontrolü (g ve h maddeleri) değerlendirmeye alınmıştır. Fonksiyonel

Bağımsızlık Ölçeği araştırmacı tarafından en az 1 ay olmak üzere her hafta aynı gün olacak şekilde hasta taburcu olana kadar doldurulmuştur.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma 3 Temmuz 2017-5 Şubat 2018 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniğinde yapılmıştır. Hasta yatışları yapıldıktan sonra hasta ile tanışma amaçlı ilk görüşme yapılarak sözel olarak mesane ve bağırsağı sorgulanmıştır. Hastaya araştırma hakkındaki bütün konular açıklanmış ve araştırmaya onay vermesinin gönüllülük ilkesine bağlı olduğu söylenmiştir. Onay veren hastalara sosyo-demografik anket formu verilerek doldurması istenmiştir. Anket formu için hastaya 24 saat verilerek rahatlıkla okuyup anlaması ve doldurması sağlanmıştır. Anket formunu dolduran hastaya eğitim kitapçığı verilerek bilgiler bu kitapçık üzerinden ayrıntılı olarak verilmiştir. Bireyin kendisini huzurlu ve rahat hissedebilmesi için eğitimler, hasta ve yanında olmasını tercih ettiği hasta yakınlarına özel olarak verilmiştir. İlk değerlendirme sonrası haftalık olarak hasta ile görüşülerek mesane ve bağırsak değişimleri, taburcu olana kadar, fonksiyonel bağımsızlık ölçeğine araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişkenler

Çalışmanın bağımlı değişkeni FBÖ sfinkter/mesane-bağırsak puanlarıdır.

3.6.2. Bağımsız Değişkenler

Cinsiyet, mobilizasyon durumu, mesane durumu, bağırsak durumu, gaita/idrar inkontinans durumudur.

3.7.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli Etik Kurul izni Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 22.02.2017 tarihinde alınmıştır (Ek 4). Etik kurul izni alındıktan sonra araştırmanın yapıldığı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır (Ek 5).

Katılımcılara araştırmanın amacı, önemi ve veri toplama formları ile ilgili bilgi verildikten sonra kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı ve doldurdukları anketler ile kişisel bilgilerine araştırmacılardan başka kimsenin ulaşılamayacağı konularında bilgilendirme yapılmıştır. Hazırlanmış olan bilgilendirilmiş onam formu (Ek 6) katılımcılara okutularak çalışmaya katılımın gönüllü olduğu anlatılmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmaya alınacak hasta sayısını belirlemek için yapılan güç analizinde SPPS 20 (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programı kullanılmıştır (Ek 7). Gerekli örnek genişliği toplamda en az 126 birey olarak belirlenmiştir. Bu durumda testin gücü için beklenen değer % 80.331 olarak belirlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesi kısmında ise SPSS 21 paket programı kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's' den yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0.05 kullanılmış olup; $p<0.05$ olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği, $p>0.05$ olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılımdan geldikleri belirtilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi durumunda Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H Testlerinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis-H Testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0.05 kullanılmış

olup; $p<0.05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p>0.05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastaların % 37.7'sinin (n=49) erkek, % 62.3'ünün (n=81) kadın, olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş ortalaması 63.98±14.36 olarak hesaplanmıştır. Hastaların ağırlık ortalamaları 73.65±7.89; boy ortalamaları ise 168.25±4.56 olarak bulunmuştur. Hastaların % 66.9'unda kronik hastalıkların bulunduğu ve bu hastalıkların çoğunluğunu HT (% 49.4), HT+DM (% 37.9) oluşturduğu görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre çalışmaya dahil edilen hastaların büyük çoğunluğunu SVO (% 50.0), LDH (% 13.1) ve SCI (% 8.5) hastalar oluşturmaktadır. Hastaların % 60.0'ının yürüyebildiği ve % 42.3'ünün destek almadığı tespit edilmiştir. Yatağa bağımlı olan hastaların % 61.5'inin yatak içi destekli hareketli olduğu görülmüştür (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hastalara ilişkin tanımlayıcı özellikler.

Özellik	n (%)	Özellik	n (%)
Cinsiyet		**Hastalık Adı**	
Erkek	49 (37.7)	SVO	65 (50.0)
Kadın	81 (62.3)	SCI	11 (8.5)
Doğum Şekli		LDH	17 (13.1)
Normal doğum	73 (98.6)	Diğer hastalıklar	37 (28.4)
Doğum yapmamış	1 (1.4)	**Mobilizasyon Durumu**	
Medeni Durumu		Yürüyor	78 (60.0)
Evli	86 (66.2)	Yürüyemiyor	52 (40.0)
Bekar	20 (15.4)	**Mobilizasyon Şekli**	
Dul	24 (18.5)	Desteksiz mobilize	33 (42.3)
Öğrenim Durumu		Baston ile mobilize	21 (26.9)
Okuryazar	30 (23.1)	Walker ile mobilize	24 (30.8)
İlkokul	52 (40.0)	**Yatağa Bağımlı**	
Ortaokul	9 (6.9)	Yatak içi hareketli	1 (7.7)
Lise	20 (15.4)	Yatak içi destekli hareketli	8 (61.5)
Üniversite	19 (14.6)	Yatak içi hareketsiz	4 (30.8)
Kronik Hastalık			
Var	43 (33.1)		
Yok	87 (66.9)		

Kliniğe ilk yatış yapıldığındaki mesane değerlendirmesine göre % 50.0'ının tuvalete gittiği, % 24.6'sının bez kullandığı şeklinde sonuçlar elde edilmiştir. İdrar kaçırma durumu sorgulandığında hastaların % 31.2'sinin kaçırmasının olmadığı, kaçırması olan hastaların çoğunluğunun (% 23.4) haftada 1 ve üstünde idrar kaçırdığı görülmüştür. İlk bağırsak durumu sorgulandığında % 59.2'sinin tuvaleti kullandığı, hastaların % 48.5'inin konstipasyon problemine bağlı laksatif kullandığı ve kaçırmaların çok nadir (% 5.2) görüldüğü tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hastaların mesane ve bağırsak durumlarına ilişkin tanımlayıcı özellikler.

Tanımlayıcı Özellik	**n (%)**	**Tanımlayıcı Özellik**	**n (%)**
Yatışta Mesane Durumu		**Yatışta Bağırsak Durumu**	
Sonda	22 (16.9)	Bez	53 (40.8)
SAK/TAK	4 (3.1)	Tuvalet	77 (59.2)
Bez	32 (24.6)	**Gaita Yapma Durumu**	
Ördek/Sürgü	7 (5.4)	Konstipasyon yok, düzenli yapıyor	26 (20.0)
Tuvalet	65 (50.0)	Konstipasyon var, laksatif kullanıyor	63 (48.5)
Toplam	130 (100.0)	Konstipasyon yok, bez kullanıyor	41 (31.5)
İdrar Kaçırma Durumu		**Gaita Kaçırma Durumu**	
Kaçırma yok	24 (31.2)	Kaçırma yok	73 (94.8)
Kaçırma var	53 (68.8)	Kaçırma var	4 (5.2)
SAK/TAK Durumu			
Tamamını hasta yapıyor	1 (25.0)		
Tamamını refakatçi yapıyor, % 25' in altında hastanın katılımı var	1 (25.0)		
Tamamını refakatçi yapıyor, % 25 hastanın katılımı var	2 (50.0)		
Ördek/Sürgü Kullanımı			
Tamamını hasta yapıyor	1 (14.3)		
Tamamını refakatçi yapıyor	6 (85.7)		

Hastalara verilen mesane eğitimi öncesi ortalama FBÖ değeri 2.72± 1.98 iken eğitim sonrası değerin 5.12±2.05 olduğu görülmüştür (Tablo 4.3). İstatistik sonucuna bakıldığında eğitim öncesi ve sonrası değerler arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.3. Mesane durumunun eğitim öncesi ve sonrası FBÖ/sfinkter kontrolüne göre puanlaması (n=130).

	FBÖ/SFİNKTER KONTROLÜ					
	Ort±SS	**Ortanca**	**Min**	**Max**	**Test İstatistiği**	
İlk Yatış	2.72±1.98	2.00	1.00	7.00	**t**	**p**
Taburculuk	5.12±2.05	5.00	1.00	7.00	-13.8	0.0001

t= t testi

Hastalara verilen mesane eğitimi öncesi ortalama FBÖ değeri 4.05±2.60 iken eğitim sonrası değerin 6.01±2.01 olduğu görülmüştür (Tablo 4.4). İstatistik sonucuna bakıldığında eğitim öncesi ve sonrası değerler arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.4. Bağırsak durumunu eğitim öncesi ve sonrası FBÖ/sfinter kontrolüne göre puanlaması (n=130).

	FBÖ/SFİNKTER KONTROLÜ					
	Ort±SS	**Ortanca**	**Min**	**Max**	**Test İstatistiği**	
İlk Yatış	4.05±2.60	6.00	1.00	7.00	**t**	**p**
Taburculuk	6.01±2.01	7.00	1.00	7.00	-9.6	0.0001

t= t testi

İlk yatış ve taburculuk mesane skoru cinsiyete göre değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Mobilizasyon durumu ilk yatış ve taburculuk mesane skoru açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Mobilize olan hastaların ilk yatış ve taburculuk mesane skorları yürüyemeyen hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kliniğe ilk yatış ve taburculuk mesane durumuna bakıldığında ise skorlar arasında anlamlı derecede farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). İlk yatışta tuvaleti kullanan bireylerin diğerlerinden anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Taburculuktaki skorlar incelendiğinde ise tuvalet grubundaki mesane skoru, sonda, SAK/TAK, bez gruplarının skoruna göre anlamlı derecede yüksek olduğu, ördek/sürgü grubundaki taburculuk mesane

skorunun da, sonda, SAK/TAK, bez gruplarının skoruna göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yatıştaki bağırsak durumlarının ilk mesane skoruna etkisine bakıldığında, bez kullanan hastalarda mesane skorunun daha düşük olduğu sonucu bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlenmiştir ($p<0.05$). İlk yatış ve taburculuk değerlendirmeleri arasındaki farka bakıldığında bez kullananların mesane skorlarının anlamlı derecede arttığı görülmüştür. Gaita yapma durumları ilk yatışta ve taburculukta incelendiğinde istatistiksel anlamda farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Laksatif kullanan hastaların ilk yatış ve taburculuk puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hastaların bazı özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası mesane FBÖ puanlarının karşılaştırılması.

		FBÖ/SFİNKTER KONTROLÜ	
		İlk yatış	Taburculuk
Özellikler	**n**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Cinsiyet			
Kadın	81	2.85±1.93	5.14±2.06
Erkek	49	2.49±2.05	5.10±2.04
		z= -1.4 p= 0.137	z= -0.17 p= 0.863
Mobilizasyon Durumu			
Yürüyor	78	3.65±1.91	5.87±1.49
Yürüyemiyor	52	1.31±1.00	4.00±2.26
		z= -7.654 p= 0.000	z= -4.835 p=0.000
Yatışta Mesane Durumu			
Sonda	22	1.00±0.00	4.23±2.56
SAK/TAK	4	2.00±1.41	3.75±2.75
Bez	32	1.06±0.25	4.19±2.15
Ördek/Sürgü	7	3.14±2.12	5.57±1.51
Tuvalet	65	4.11±1.72	5.92±1.41
		K W= 94.627 p= 0.000	K W= 19.593 p= 0.001
Yatışta Bağırsak Durumu			
Bez	53	1.04±0.19	4.02±2.37
Tuvalet	77	3.87±1.82	5.88±1.36
		z= -9.2 p= 0.001	z= -4.4 p= 0.001
Gaita Yapma Durumu			
Konstipasyon yok, düzenli yapıyor	26	2.88±1.24	5.35±1.67
Konstipasyon var, laksatif kullanıyor	63	3.75±2.12	5.70±1.68
Konstipasyon yok, bez kullanıyor	41	1.02±0.16	4.10±2.40
		K W= 59.884 p= 0.000	K W= 12.140 p= 0.002

z = Mann Whitney U
KW= Kruskall Wallis

İlk bağırsak skoru açısından cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınlarda ilk bağırsak skorları anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Taburculuk sırasındaki bağırsak skoru açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). İlk bağırsak skoru ve taburculuk açısından mobilizasyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Yürüyenlerin ilk bağırsak ve taburculuk skoru, yürüyemeyenlere göre anlamlı derecede yüksektir. İlk bağırsak ve taburculuk skoru açısından ilk mesane durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0.05$). Tuvalet grubundaki ilk bağırsak skoru, sonda, SAK/TAK, bez gruplarının skoruna göre anlamlı derecede yüksektir. Ördek/Sürgü grubundaki ilk bağırsak skoru, sonda, SAK/TAK, bez gruplarının skoruna göre anlamlı derecede yüksektir. Tuvalet grubundaki taburculuk bağırsak skoru da diğerlerine göre anlamlı derecede yüksektir. Yatıştaki bağırsak durumuna bakıldığında bağırsak skorunun bez kullanan hastalarda anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür ($p<0.05$). İlk yatıştaki ve taburculuktaki değerler karşılaştırıldığında bez kullananların skorlarında anlamlı derecede yükseklik görülmüştür. İlk bağırsak ve taburculuk bağırsak skoruna bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı derecede olduğu tespit edilmiştir. Konstipasyonu olmayan ancak bez kullanan hastaların skorlarının diğer hastalara nazaran daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Hastaların bazı özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası bağırsak FBÖ puanlarının karşılaştırılması.

		FBÖ/SFİNKTER KONTROLÜ	
		İlk yatış	Taburculuk
Özellikler	**n**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Cinsiyet			
Kadın	81	4.43±2.53	6.11±1.89
Erkek	49	3.41±2.61	5.84±2.21
		z= -2.1 p= 0.039	z= -0.23 p= 0.811
Mobilizasyon Durumu			
Yürüyor	78	5.56±1.78	6.81±0.84
Yürüyemiyor	52	1.77±1.87	4.81±2.60
		z= -7.654 p= 0.000	z= -6.158 p=0.000
Yatışta Mesane Durumu			
Sonda	22	1.50±1.63	4.77±2.74
SAK/TAK	4	3.75±3.20	5.25±2.87
Bez	32	1.22±0.91	5.19±2.44
Ördek/Sürgü	7	5.43±1.99	6.00±2.24
Tuvalet	65	6.17±0.70	6.88±0.55
		KW= 90.045 p= 0.000	K W= 30.781 p= 0.000
Yatışta Bağırsak Durumu			
Bez	53	1.02±0.14	4.75±2.64
Tuvalet	77	6.13±0.82	6.87±0.52
		z= -10.3 p= 0.001	z= -6.1 p= 0.001
Gaita Yapma Durumu			
Konstipasyon yok, düzenli yapıyor	26	6.42±1.36	6.69±1.19
Konstipasyon var, laksatif kullanıyor	63	5.05±1.95	6.56±1.32
Konstipasyon yok, bez kullanıyor	41	1.00±0.00	4.73±2.66
		K W= 89.226 p= 0.000	K W= 24.441 p= 0.000

z = Mann Whitney U
KW= Kruskall Wallis

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda mesane ve bağırsak eğitimi verilen hastaların bağımsızlık kazandığı, idrar ve gaita kaçırmalarında anlamlı iyileşmelere yardımcı olduğu tespit edilmiştir. Bu anlamda çalışmamız istenilen sonuca ulaşmıştır.

Rehabilitasyon programında mesane ve bağırsak eğitiminin önemli bir yeri olduğu tartışılmaz bir durumdur. Mesane ve bağırsak eğitimi verilen hastaların yaşam koşulları ve kalitesinde ciddi anlamda değişiklikler meydana gelmektedir. Gezginci ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları bir çalışmada aşırı aktif mesane için davranış terapisi programlarında 3 farklı öğretim yöntemi karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak ise broşür ile verilen sözlü eğitimin en etkili öğretim yöntemi olduğu tespit edilmiştir (70).

Çalışmaya alınan hastaların (n=130) % 62.3'ünün (n=81) kadın, % 66.2'sinin (n=86) evli olduğu görülmektedir. Yaş aralığı 18-89 olan hastalarda yaş ortalaması 64 olarak hesaplanmıştır. Hastaların % 40.0'ının (n=52) ilkokul mezunu olduğu, kliniğe yatışa neden olan hastalıkların içinde % 50.0 (n=65) oranında SVO'nun bulunduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1).

Doğum sayısı ve doğum şekline bakıldığında FBÖ mesane ve bağırsak değerlendirmesinde anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır. Bulgular literatürle benzerlik göstermektedir. Çamtosun'un (2008) 741 kadın hasta üzerinde yaptığı çalışmada da yine aynı şekilde doğum şekli ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (69). Demir (2015), Baykuş (2016)'un yaptığı çalışmaya göre doğum şekli ve sayısının üriner inkontinansı arttırdığı sonucuna varılmıştır (33,69,75). Demirel'in 2012 yılında yaptığı çalışmada ise fekal inkontinansın doğum yapmış kadınlarda daha sık görüldüğü sonucuna varılmıştır (27). Çalışma sonucumuzun ilgili literatür ile uyuşmayan noktalarında kadın hastaların doğum şeklinin sadece normal doğum olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Bkz. Tablo 4.1).

Çalışmaya alınan hastaların ilk mesane durumlarına bakıldığında % 24.6'sının bez kullandığı, ilk bağırsak durumlarında ise % 59.2 oranında tuvaleti kullandıkları görülmüştür. Hastaların % 68.8'inde idrar, % 5.2'sinde fekal inkontinans görülmüştür. Hastaların % 48.5'inde konstipasyon oldukları için laksatif kullanımı olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.2).

Yapılan çalışmada hastalara verilen eğitimin mesane sfinkter kontrolünde anlamlı bir farklılık oluşturduğu, FBÖ puanlarının eğitim sonrasında arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.3). Ayrıca yine verilen eğitimin FBÖ bağırsak sfinkter puanlarını da anlamlı şekilde arttırdığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.4). Literatürde rehabilitasyon hastalarıyla yapılmış aynı içerikte olan ve sfinkter kontrolünü FBÖ ile değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmalar incelendiğinde FBÖ kullanılarak yapılan çalışmaların çok fazla olduğu ancak ölçeğin geniş kapsamlı olması nedeniyle çalışmaların genellikle motor değerlendirmeler üzerine yapıldığı görülmüştür. Aydın ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada hemiplejik hastaların FBÖ skorlarına bakılmış ve ev, hastane arasında farklılık görülmemiştir. Bu çalışma ile görülmüştür ki ilk yatış FBÖ değerlendirilmesiyle oluşan skora göre bir rehabilitasyon programı hazırlanabilir ve bakımın kalitesini değerlendirmede FBÖ etkin olarak kullanılabilir (71). Aizen ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışmada da aynı şekilde FBÖ ile yapılan değerlendirmelerin fonksiyonel kazanımların anlaşılması için doğru ölçümler yapılabildiğini vurgulamıştır. Bu çalışma tekrarlayan düşmeye bağlı kalça kırıkları sonrasında fonksiyonel bağımsızlık ölçeği sonuçlarının düştüğünü gösteren ilk çalışma olması açısından önemlidir (72).

Çalışmamız sonucunda FBÖ ölçeğinin mesane ve bağırsak için ayrı ayrı değişimleri incelendiğinde cinsiyete bağlı bir değişim görülmemiştir. Goode ve arkadaşlarının (2008) 65 yaş üstü 986 kişide yaptıkları çalışma sonucunda ve yine aynı şekilde Meşeli (2016)'nin 65 yaş üzeri 431 kişi ile yaptığı çalışmada kadınların erkeklere oranla daha fazla inkontinans yaşadıkları görülmüştür (30,73). Bindawas ve ark. (2018) yaptığı çalışmada kadınların FBÖ skorlarının erkeklerden daha düşük olduğu belirlenmiştir (74). Öztürk'ün 2015 yılında konstipasyonlu hastalar ile yaptığı çalışmada erkek hastaların daha çok konstipasyon sorunu yaşadıkları sonucu

bulunmuştur (53). Demir (2015)'in kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada % 41.8'inin haftada bir veya daha az, % 33.2'sinin haftada bir ve daha fazla, % 15.1'inin her gün, % 9.9'unun her gün 1ve üstünde kaçırmaları olduğu tespit edilmiştir (75). Bizim araştırmamızda erkek hastaların az olması ve kültürel olarak yaşadıkları sorunları saklamaları nedeniyle cinsiyet değişkeninde anlamlı bir fark görülmemiş olabilir (Bkz. Tablo 4.5- Tablo 4.6).

Çalışmamıza göre desteksiz mobilize olan hastalara verilen eğitimin baston, walker ile mobilize olan hastalara verilen eğitimin sonuçlarından daha iyi olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 4.5- Tablo 4.6). Sonuç olarak desteksiz mobilize olan hastaların tuvalete ulaşımı daha kolay olduğu için daha olumlu bir sonuca ulaştığımız düşünülebilir. Hareketleri kısıtlanmış bireylerde, hastaneye yatışın üriner inkontinans oluşumunda önemli bir role sahip olduğu bilinmektedir (76). Bu konuyla ilgili yapılan literatür az olmakla birlikte Alves ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada etkisi yüksek olan egzersizin etkisi düşük olan egzersize oranla daha fazla üriner inkontinansa neden olduğu görülmüştür (77). Ersin'in 2014 yılında yaptığı 6 haftalık mesane ve pelvik taban egzersiz eğitimleri sonucunda egzersiz ve mesane eğitiminin birlikte uygulanmasıyla inkontinansta azalma ve yaşam koşullarında iyileşme artış görülmesi gibi olumlu sonuçlar gözlemlenmiştir (78). Konstipasyon sorunu olan hastalarda çalışmamıza göre mobilize olmak riskleri ciddi anlamda azaltmakta ve mobilizasyonu sağlanan hastalarda sorunun çözümü fiziksel hareketle daha rahat sağlanmaktadır. Iovino ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde uzun süreli immobil kalmanın konstipasyonu ve risk faktörlerini arttırıcı etkisi olduğunu tespit etmiştir (79). Ayaz ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmada fiziksel egzersizin konstipasyona karşı koruyuculuğu olduğu sonucuna varılmıştır (80). Bu açıdan çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma sonucunda kliniğe ilk yatışta mesane durumu incelemesinde FBÖ'de en düşük skora sahip sonda ve bez kullanımının oranları yüksek iken eğitim sonrasında bu oranın düştüğü görülmüştür (Bkz. Tablo 4.5). Bizim çalışmamızın sonucuyla eşleşen bir diğer çalışma ise Ergun'un 2014 yılında yaptığı ve verilen eğitim ile sonda ve bez kullanımının oranları karşılaştırıldığında istatistik sonucun anlamlı olduğu, eğitim sonucunda tuvalet kullanımının arttığı görülmüştür (81).

Yatıştaki mesane durumunun bağırsak durumuna etkisine bakıldığında tuvaleti kullanan hastaların konstipasyon sorununun daha da azaldığı görülmüştür (Bkz. Tablo 4.5). Akıncı'nın 2009 yılında yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde bir sonuç alınmış sürekli konstipasyonun inkontinans düzeyini arttırdığı tespit edilmiştir (68). Çamtosun'un 2008 yılında yaptığı çalışmada da üriner inkontinansı olan hastalarda konstipasyon öyküsü olduğu tespit edilmiştir (69). Ayaz ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışma sonuçlarında ise konstipasyon problemi çeken hastalara verilen bağırsak eğitiminin anlamlı olduğu bulunmuştur (80). Bu açıdan sonuçlarımızla literatür bilgileri birbirini desteklemektedir.

Yatıştaki bağırsak durumu incelendiğinde bez kullanan hastaların eğitim öncesinde çoğunlukta olduğu eğitim sonrasında ise tuvalet kullanımının arttığı sonucu elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.6). Ancak eğitim öncesi ve sonrası bez-tuvalet arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Konstipasyon durumu FBÖ mesane ve bağırsak üzerindeki etkisi incelendiğinde eğitim alan hastaların konstipasyon problemi/bez kullanımı olduğu görülmüştür. Eğitim sonrasında ise hastaların konstipasyon problemi/bez kullanımının azaldığı sonucuna varılmıştır (Bkz. Tablo 4.5- Tablo 4.6). Sonuçlar anlamlı olarak bulunmuştur. Pekmezci (2013)'nin kemoterapi alan hastalara verdiği eğitimin semptomlara olan etkisini incelediği çalışmada eğitimin konstipasyon durumlarında anlamlı derecede azalma sağladığını tespit etmiştir (82). Erdoğan (2011)'ın kemoterapi alan kanser hastalarında semptomların değerlendirilmesi ve semptom yönetiminde eğitimin rolünü araştırdığı çalışmada ise konstipasyon sıklığında azalma olduğunu tespit etmiştir (83). Ayaz ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları bir çalışmada ev ziyareti yapılan bireylere bağırsak için planlı bir eğitim programı anlatılmış sonucunda konstipasyon insidansının azaldığı görülmüştür (80). Araştırma bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Bu çalışma sonuçları; rehabilitasyon hastalarında FBÖ/sfinkter kontrolü üzerine yapılan nadir çalışmalardan olması açısından literatüre önemli bir katkı sunmaktadır. Çalışmamızın sonunda rehabilitasyon hemşirelerinin verdiği mesane ve bağırsak eğitiminin sfinkterlere etkisinin olumlu ve yararlı olduğu, hastaların

bağımsız olarak günlük yaşam aktivitelerine devam edebilmelerini sağladığı tespit edilmiştir. Bu nokta hemşirelik bakımı ve sonuçları açısından oldukça değerlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonucunda elde edilen verilere göre % 62.3 bireyin kadın olduğu, % 66.2 bireyin evli olduğu görülmüştür. Hastaların % 40'ının ilkokul mezunu olduğu, % 33.1' inde kronik hastalık bulunduğu ve bu hastalıkların % 49.4 oranla HT olduğu tespit edilmiştir. Hastaneye yatışa neden olan hastalıklara bakıldığında ise % 50 oranında SVO olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların % 60.0'ının mobilize olabildiği, yürüyemeyen hastaların % 75'inin ise tekerlekli sandalyeye bağlı olduğu görülmüştür. İlk mesane durumu sorgulanan hastalarda % 50.0 oranında tuvaleti kullandığı, % 24.6 oranında bez kullandıkları ve % 16.9'unun ise daimi sonda kullandıkları tespit edilmiştir. Üriner inkontinans sorgulamasında ise % 31.2 oranında kaçırma olmadığı, kaçırma olan hastalarda ise % 23.4 oranında haftada 1 ve üstünde kaçırması olduğu tespit edilmiştir. İlk bağırsak durumu sorgulandığında ise % 59.2' sinin tuvaleti kullandığı, % 40.8'inin ise bez kullandığı görülmüştür. Konstipasyon sorunu olan bireylerin % 48.5'inin laksatif kullandığı sonucuna varılmıştır. Fekal inkontinansın çok sık görülmediği, inkontinans olan bireylerde % 2.6 oranında 2 hafta 1 den az olduğu tespit edilmiştir.

- Çalışma sonuçları FBÖ üzerinden değerlendirildiğinde cinsiyet, medeni durum, doğum sayısı, eğitim durumu, kronik hastalık, hastaneye yatışa neden olan hastalık arasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.
- Çalışmamızın sonuçlarına göre mobilizasyonu sağlanabilen hastaların mesane için olan ilk FBÖ değeri 3.65±1.91 iken taburculukta bu değer 5.87±1.49 olmuştur. Bağırsak için ise eğitim öncesi 5.56±1.78 olan değerin 6.81±2.60 değerine ulaştığı görülmüştür.
- Yatıştaki mesane için FBÖ değeri 2.72±1.98 iken eğitim sonrası 5.12±2.05 değerine, bağırsak için ise eğitim öncesi 4.05±2.60 olan değer 6.01±2.01 değerine ulaşmıştır.
- Hastaların eğitim öncesi gaita durumu (konstipasyon, laksatif kullanımı vb.) FBÖ üzerinden 2.72±1.98 değerini alırken eğitim sonrası bu değerin 5.12±2.05 olduğu görülmüştür.

Araştırma sonuçlarımız gösteriyor ki etkin bir şekilde verilen mesane ve bağırsak eğitimi bireylerin yaşam koşullarını ve kendi vücudunu tanıma, yönetme becerisini en iyi şartlara taşıyabilmektedir. Bu nedenle;

1. Mesane ve bağırsak özellikleri, yönetimi ve eğitimi konusunda hemşirelerin daha etkin davranmaları,
2. Hemşirelere mesane ve bağırsak yönetimi hakkında yeterli bilgi düzeyine erişmeleri için bu konuda hizmet içi eğitimler düzenlenmesi,
3. Hemşirelerin mesane ve bağırsak eğitiminin ne kadar önemli olduğunu kavramalarına yardımcı olmak için sık sık olgu sunumları yapılması,
4. Mesane ve bağırsak eğitimi hususunda hastaya özel eğitimler planlanıp, uygulanması,
5. Mesane ve bağırsak eğitimini daha etkin hale getirebilmek için kitapçık, broşür ve cd gibi materyallerin kliniklere özel hazırlanması,
6. Bu araştırma tasarımının farklı grup hastalarda tekrarlanması,
7. Rehabilitasyon hemşireliğinin ilerlemesi ve gelişmesi için master programlarının açılması ve geliştirilmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Birol L. *İç hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı.* İstanbul, Vehbi Koç Yayınları, SANERC, 2003: 71-80.

2. Cayrat E. *Rehabilitasyon Hemşireliği.* Ankara, Gata Vakfı Yayınevi, 1997: 183-186.

3. CBR, A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities poverty reduction and social inclusion of people with disabilities, Joint Position Paper, 2004.

4. Özcan O. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Beyazova M, Kutsal YG (editör). 1. Cilt. Ankara, Güneş Kitabevi, 2000: 12-52.

5. Mauk KL. *Rehabilitation Nursing.* Özdemir L, Sütçü Çiçek H (editör). *Rehabilitasyon Hemşireliği.* Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2014.

6. Aizen E, Nixon H, Shugaev I. Awareness and Functional Outcome of Hip Fracture-Related Falls among Patients with a History of Recurrent Falling, *IMAJ,* 2018, Vol 20:38-42.

7. Oğuz H. *Uzmanlığın Tarihçesi. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon.* Beyazova M, Kutsal YG (editör). I Cilt. Ankara: Güneş Kitabevi, 2000: 3-11.

8. Camicia M, Black T, Farrell J, Waites K, Wirt S, & Lutz B. The essential role of the rehabilitation nurse in facilitating care transitions: A white paper by the Association of Rehabilitation Nurses, *Rehabilitation Nursing*, 2014, 39(1):3-15.

9. Oğuz H. *Tıbbi Rehabilitasyon*. Nobel Tıp Kitabevleri, 1995: 1-17.

10. Association of Rehabilitation Nurses (ARN). The Rehabilitation Staff Nurse Role Description. http://www.rehabnurse.org/uploads/files/uploads/File/rdstaffnurse11.pdf. 24 Ağustos 2017.

11. Pryor J, Smith CA. Framework for the role of registered nurses in the specialty practice of rehabilitation nursing in Australia, *Journal of Advanced Nursing*, 2002, 39(3):249-257.

12. Uçar N. Fizyoterapistlerin Diğer Sağlık Çalışanları ile İletişimindeki Bariyerlerin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2016.

13. Miller EL, Murray L, Richards L, Zorowitz RD, Bakas T, Clark P, & Bilinger SA. (2010). Compherensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient, *Stroke*, 2012, 41(10): 2402-2448.

14. Mauk KL (editör). The specialty practice of rehabilitation nursing (3rd ed.). Glenview, IL: Association of Rehabilitation Nurses, 2007.

15. Sabuncu N, Akça Ay F. *Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakımı ve Takibi.* Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: 612-622.

16. Mauk KL. The Effect of Advanced Practice Nurse-Modulated Education on Rehabilitation Nursing Staff Knowledge, *Rehabilitation Nursing*, 2013, 38(2):99-111.

17. www.everynurse.org/become-a-rehabilitation-nurse/ Erişim Tarihi: 27.05.2017.

18. Association of Rehabilitation Nurses (ARN). *Standards and scope of rehabilitation nursing practice*. Glenview IL: Author, 2008.

19. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, sayı: 27910, 19.04.2011.

20. Korkut Y, Ayada C, Toru Ü. Ozon tedavisi ve servikal lomber disk hernileri üzerine etkisi, Ank Med J, 2015, 15:161–8.

21. Gök H. Nörojenik Barsak ve Mesane. İçinde: *Current Tanı ve Tedavi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, Ketenci A, Evcik D, Çetin A, Şendur ÖF, (Çeviri editörleri). *Current Diagnosis and Treatment: Physical Medicine & Rehabilitation,* Maitin IB. 1. Baskı, İstanbul, EMA Tıp Kitabevi Yayıncılık Tic. Ltd. Şti., 2016:86-98.

22. Akgün G. 40 Yaş ÜzeriKadınlarda Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2009.

23. http://www.urolojiistanbul.com/urolojik-hastaliklar/mesane-hastaliklari/mesane-nedir.html Erişim Tarihi: 24.12.2016.

24. https://www.cocukuroloji.com/tr/hastaliklar/Eriskinlerde-idrar-Kacirma/amp Erişim Tarihi: 26.10.2017.

25. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A, The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from standardisation sub-committee of the International Continence Society, *Urology*, 2003, 61:37-49.

26. Aksu Ş. Genç Kızlarda Üriner İnkontinans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kaliteleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2014.

27. Demirel T. 65 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Üriner-Fekal İnkontinansın Yaygınlığı, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2012.

28. https://www.bladderandbowel.org Erişim Tarihi: 24.08.2017.

29. Küçük DB. Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri, Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklasımı. İçinde: Kızılkaya Beji N (editör). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları,* 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi F. N. HemşirelikYüksekokulu, Nobel Tıp Kitabevi, 2002:29-50, 51-60.

30. Meşeli F. Altmış Beş Yaş ve Üzeri Bireylerin Üriner İnkontinans Durumlarının Değerlendirilmesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2016.

31. Almost S, Bandin van Loon A. The prevalence of urinary incontinence in nulliparous adolescent and middle-aged women and the associated risk factors: A systematic review, *Maturitas*, 2018, 107:78-83.

32. Terzi H, Terzi R, Kale A. 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, *Ege Tıp Dergisi*, 2013, 52(1):15-19.

33. Baykuş N. 18 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Şifa Üniversitesi, 2016.

34. Cangol E, Aslan E, & Yalcin O. Pelvic floor muscle exercises for women and the nurse's role/Kadınlarda pelvik taban kas egzersizleri ve hemşirenin rolü, *Journal of Education and Research in Nursing*, 2013, 10(3):49-57.

35. Cournan M. Bladder management in female stroke survivors: translating research into practice, *Rehabilitation Nursing*, 2012, 37(5):220-230.

36. Corcos J, Przydacz M, Campeau L, Gray G, Hickling D, Honeine C, Radomski SB, Stothers L, & Wagg A. CUA Guideline on adult overactive bladder, *Can Urol Assoc J*, 2017, 11(5):E142-173.

37. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ, ... & Vasavada SP. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline, *The Journal of urology*, 2012, 188(6):2455-2463.

38. http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Continence_Care_Education_-_A_Self-Learning_Package.pdf Erişim Tarihi: 01.08.2017.

39. http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LR1.pdf Erişim Tarihi: 01.08.2017

40. Özcan M, & Kapucu S. Üriner İnkontinansı Olan Geriatrik Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 1(2).

41. Syan R, & Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence. *BJU international*, 2016, 117(1):20-33.

42. Kadıoğlu M, & Beji NK. Üriner İnkontinans Tedavisinde Önerilen Yaşam Biçimi Uygulamalarına Güncel Yaklaşım, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2016, 3(3):201-207.

43. https://www.rnoh.nhs.uk/sites/default/files/sia-mascip-bowelguidenew2012.pdf Erişim Tarihi: 01.08.2017.

44. Ilçe A, & Ayhan F. Yaşlılarda Üriner ve Fekal İnkontinansın Belirlenmesi, Yaşam Kalitesine Etkisi: Bilgilendirme ve Eğitim, *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 2011, 5(1).

45. http///www.drahmetdobrucali.com/hastaliklar/endometriozis/ Erişim: 26.10.2017.

46. http://istanbultip.istanbul.edu.tr/ogrenci/wp-content/uploads/2015/01/Sindirim-sistemi-dersnotu-ocak-2015.pdf Erişim Tarihi: 26.08.2017.

47. Savaş S. Omurilik Yaralanmalı Hastalarda Nörojenik Bağırsak Fonksiyon Bozukluğu ve Tedavisi, *Turkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation*, 2001, 1(3):203-208.

48. http://www.rehabnurse.org/pdf/BowelGuideforWEB.pdf Erişim Tarihi: 14.12.2016.

49. Korkmaz M, Yüksel F, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. Kabızlık yakınması olan hastanın birinci basamakta yönetimi, *Konuralp tıp dergisi*, 2011, 3(3):35-41.

50. Baran A. Yaşlılarda Konstipasyon Yönetiminde Abdominal Masajın Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisan Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, 2015.

51. Collins B, Bradshaw E (Eds). *Bowel Dysfunction: A Comprehensive Guide for Healthcare Professionals*, 1 st ed. Switzerland, Springer, 2016.

52. https://www.cnwl.nhs.uk/wp-content/uploads/Healthy_Bowel-_Patient_Information_leaflet.pdf Erişim Tarihi: 21.11.2017.

53. Öztürk M.H. Eğitimin Primer Konstipasyonlu Hastalarda Konstipasyon Ciddiyeti ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2015.

54. Paquette IM, Varma M, Ternent C, Melton-Meaux G, Rafferty JF, Feingold D, & Steele SR. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guideline for the evaluation and management of constipation, *Diseases of the Colon & Rectum*, 2016, 59(6):479-492.

55. Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, Aros SD, Santos JF, Rubio ERD, & Manrique FM. Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 2: Diagnosis and treatment. *Gastroenterología y Hepatología (English Edition), 2017.*

56. Connor M, Hunt C, Lindley A, & Adams J. Using abdominal massage in bowel management, *Nursing Standard*, 2014, 28(45):37-42.

57. Folden Susan L. Practice guidelines for the management of constipation in adults, *Rehabilitation Nursing*, 2002, 27(5):169-175.

58. Schuster BG, Kosar L, Kamrul R. Constipation in older adults Stepwise approach to keep things moving, *Canadian Family Physician*, 2015, 61(2):152-158.

59. https://www.rcseng.ac.uk/library-and-publications/college-publications/docs/faecal-incontinence-guide/ Erişim Tarihi: 24.08.2017.

60. https://www.nice.org.uk/guidance/cg49 Erişim Tarihi: 24.08.2017

61. http://www.ishal.gen.tr/ishal-yapan-meyveler.html Erişim Tarihi: 26.08.2017.

62. Asmaz E. Fekal İnkontinanslı Hastalarda Artifisyel Anal Bandın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul:Marmara Üniversitesi, 2012.

63. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949036/ Erişim Tarihi: 26.08.2017.

64. Terzi R. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniğinde takip edilen hastalardaki enfeksiyonlar, *FTR Bil Der*, 2014, 17:19-23.

65. Serdaroğlu E. Temiz Aralıklı Kateterizasyon, *Turkiye Klinikleri Journal of Pediatric Surgery Special Topics*, 2016, 6(2):81-87.

66. Yılmaz Karabulutlu E, Balcı Akpınar R. Temiz Aralıklı Kateterizasyon, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 10(4):83-90.

67. Paik B, Sarker SK, Chowdhury PK, Ahmed MS. A comporison of drug treatment outcome of irritable bowel syndrome patients with and without education: a randomize controlled study, *Mediscope*, 2015, 2(2):22-27.

68. Akşit Akıncı N. Stres Üriner İnkontinans tanısı Alan Kadınlara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2009.

69. Çamtosun A. Üriner İnkontinansı Olan Kadın Hastalarda Gaz-Gaita İnkontinansının İncelenmesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2008.

70. Gezginci E, İyigün E, Yılmaz S. Comparison of 3 Different Teaching Methods for a Behavioral Therapy Program for Female Overactive Bladder, *J Wound Ostomy Continence Nurs* ,2018, 45(1):68-74.

71. Aydın T, Taşpınar Ö, Kepekçi M, Keskin Y, Eaten B, Günel M, Gök M, Bektaş E, Saraç M, Mutluer AS. Functional independence measure scores of patients with hemiplegia followed up at home and in university hospitals, *The Journal of Physical Therapy Science,* 2016, 28:553-557.

72. Aizen E, Nixon H, Shugaev I. Awareness and Functional Outcome of Hip Fracture-Related Falls among Patients with a History of Recurrent Falling, *IMAJ,* 2018, Vol 20:38-42.

73. Goode P S, Burgio K L, Redden D T, Markland A, Richter H E, Sawyer P, Allman R M. Population-based study of incidence and predictors of urinary inkontinence in African American and white older adults, *NIH Public Access,* 2008, 179(4):1449-1454.

74. Bindawas SM, Vennu V, Mawajdeh H, Alhaidary HM, Moftah E. Length of Stay and Functional Outcomes Among Patients with Stroke Discharged from an Inpatient Rehabilitation Facility in Saudi Arabia, *Medical Science Monitor,* 2018, 24:207-214.

75. Demir S, Kızılkaya Beji N. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2015, 29(1):23-31.

76. Aydın ZD. Yaşlıda immobilite ve sonuçları, *Nobel Medicus*, 2008, 3(2):12-17.

77. Alves JO, Da Luz ST, Brandao S, Da Luz CM, Jorge RN, Da Roza T. Urinary İnkontinence in Physically Active Young Women: Prevalence and Related Factors, *Sports Med*, 2017, 38:937-941.

78. Ersin A. Mesane Eğitimi ve Pelvik Taban Ev Egzersiz Programının Üriner İnkontinans Semptomları Üzerine Kısa Dönem Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Yeditepe Üniversitesi, 2014.

79. Iovino P, Chiarioni G, Bilancio G, Cirillo M, Mekjavic İB, Pisot R, Ciacci C. New Onset of Constipation during Long-Term Physical Inactivity: A Proof-of-Concept Study on the Immobility- Induced Bowel Changes, *Plos One*, 2013, 8(8):e72608, Doi:10.1371/journal.pone.0072608.

80. Ayaz S, Hisar F. The efficacy of education programme for preventing constipation in women, *International Journal of Nursing Practice*, 2014, 20: 275–282.

81. Ergun S. Beyin Hasarlı Hastalara Verilen Mesane Eğitiminin Etkinliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2014.

82. Pekmezci H. Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi, 2013.

83. Erdoğan GY. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Semptomların Değerlendirilmesi ve Semptom Yönetiminde Eğitimin Rolü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2011.

8. EKLER

EK-1. Hastaların Özelliklerini, Mesane ve Bağırsak Durumlarını Öğrenmeye Yönelik Veri Toplama Formu

1- Cinsiyet :

1) Kadın

2) Erkek

2- Yaş :……..

3- Kilo:……

4- Boy:……..

5- Medeni durumunuz:

1) Bekar

2) Evli

3) Dul

6- Çocuğunuz varsa; doğum şekliniz:

1) CSI (Sezeryan)

2) ND (Normal Doğum) (7. soruya geçiniz.)

7- Normal doğum kaç kere yaptınız?

……

8- Öğrenim durumunuz :

1) Okuma-yazma biliyor

2) İlkokul

3) Ortaokul

4) Lise

5) Üniversite

EK-1. Devam

9- Kronik hastalığınız (hipertansiyon vb.) var mı? Varsa belirtiniz

1) Yok

2) Var…….

10- Rehabilitasyon kliniğine yatmanıza neden olan hastalık:

……..

11- Hastalığı geçirdiğiniz tarih:

……..

12- Kliniğe yatış tarihiniz:

……..

13- Mobilizasyon durumunuz:

1) Yürüyebiliyor (14. soruya geçiniz)

2) Yürüyemiyor (15. soruya geçiniz)

14- Yürüyebiliyorsanız:

1) Tek başına/desteksiz yürüyebiliyor

2) Tekli/Üçlü bastonla yürüyebiliyor

3) Walker ile yürüyebiliyor

15- Yürüyemiyorsanız:

1) Tekerlekli sandalyeye bağlı

2) Yatağa bağımlı (16. soruya geçiniz)

16- Yatağa bağımlı iseniz:

1) Yatak içi hareketli

2) Yatak içi destek ile hareketli (yakını yardımcı oluyor)

3) Yatak içi hareketsiz (pozisyon veriliyor)

EK-1. Devam

17- Kliniğe ilk yattığınızdaki mesane durumunuz:

1) İdrar sondası takılı

2) SAK/TAK (Steril/Temiz Aralıklı Kateterizasyon) yapıyor (18.soruya geçiniz.)

3) Bez kullanıyor

4) Ördek/Sürgü kullanıyor (19. soruya geçiniz.)

5) Tuvaleti kullanıyor (20. soruya geçiniz.)

18- SAK/TAK durumunuz:

1) Kullanılan malzemeleri kendi hazırlayıp işlemi kendi yapıyor

2) Kullanılan malzemeleri kendi hazırlıyor, işlem esnasında sözel yardım alıyor

3) Kullanılan malzemelerin hazırlanmasında yardım alıyor, işlemi kendi yapıyor

4) Kullanılan malzemelerin hazırlanması ve işlemin yapılması esnasında %50 yardım alıyor

5) Kullanılan malzemeleri refakatçi hazırlıyor ve işlemi yapıyor, hastanın %25 katılımı var, alt bezi veya ped kullanımı gerekiyor

6) Kullanılan malzemeleri refakatçi hazırlıyor ve işlemi yapıyor, hastanın katılımı %25'in altında, alt bezi veya ped kullanımı gerekiyor.

19- Ördek/sürgü kullanıyorsanız:

1) Kullanılan ördek/sürgü hasta tarafından kullanılır, temizliği yapılır

2) Kullanılan ördek/sürgü hasta tarafından kullanılır, temizliği yakını tarafından yapılır

3) kullanılan ördek/sürgü hasta yakını tarafından kullanılır ve temizliği yine hasta yakını yapar

20- İdrar kaçırma durumunuz:

1) Kaçırma yok

2) 2 haftada birden az kaçırma var

3) 2 hafta bir veya daha fazla kaçırma var

4) Haftada bir veya daha fazla kaçırma var

5) Her gün kaçırma var, azaltmaya çalışıyor

6) Her gün kaçırma var, azaltmaya çalışılsa da yardımı olmuyor

EK-1. Devam

21- Kliniğe yattığınızdaki bağırsak durumunuz:

1) Bez kullanıyor

2) Tuvaleti kullanıyor

22- Gaitanızı (Büyük abdest) yapma durumunuz:

1) Kabızlık yok, her gün düzenli çıkıyor

2) Kabızlık var, kabızlık için parmakla uyarma, doğal olmayan laksatif ve lavman kullanıyor

3) Kabızlık yok, sözel yönlendirmelerle uygun boşaltım sağlanıyor

4) Kabızlık yok, hasta yakını tarafından fitil, sürgü ile boşaltımı sağlanıyor

5) Kabızlık yok, bez kullanıyor

23- Gaita kaçırma durumunuz:

1) Kaçırma yok

2) Kaçırma var, iki haftada birden az

3) Kaçırma var, haftada birden seyrek

4) Kaçırma var, her günden daha seyrek

5) Kaçırma var, her gün

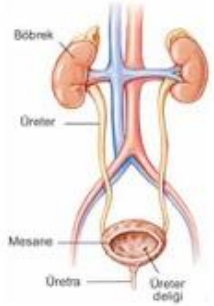
MESANE VE BAĞIRSAK EĞİTİMİ

E. MİRAY ŞİRRİN

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Bahar İNKAYA

Mesane ve Bağırsak

Mesane (İdrar Kesesi); her iki böbrekte üretilen idrar, üreter adını verdiğimiz sağ ve sol üreter tüpleri ile mesaneye iletilir. Mesanede biriken idrar üretra (idrar yolu) ile vücut dışına atılır. Boşaldığı zaman armut şeklini alır ve 40-50 ml civarı hacim kaplar. İdrarla tamamen dolduğunda ise 400-500 ml'lik hacime sahip olur. Mesanenin dolumu sırasında idrar kaçağını önlemek için iç tıpa ve dış tıpa adı verilen iki sfinkter yani tıpa mekanizması mevcuttur. Bu tıpa mekanizması hem dolum esnasında idrar kaçağını önler hem de boşaltım esnasında idrarın rahat atılması için mesanenin huni şekline girmesine olanak vererek rahat idrar boşaltmayı sağlar.



http://www.urolojiistanbul.com/urolojik-hastaliklar/urolojik-kanser-turleri-ve-tedavi-yontemleri.html

EK-2. Devam

Bağırsak; mideden anüse kadar olan sindirim kanalıdır. Sindirimin ve emilimin gerçekleştiği ince bağırsaklarda besinler, ufak moleküllere ayrıştırılır, bağırsağın iç yüzeyi tarafından emilir ve kana geçer. Kalın bağırsaklar ise artık pek az yararlı madde içeren ezilmiş besin posasının suyunu ve inorganik tuzlarını emme görevi yapar. Yaramaz posa, rektümdan (bağırsağın son kısmı) geçip anüsten dışarı atılır.

http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/44-ince-bagirsak-kanseri.html

3

İnkontinans (kaçırma) nedir?

Halk arasında kontrolsüz olarak idrar kaçırma ya da idrar tutamama olarak tanımlanır. Uluslarası İnkontinans Derneği (ICS) miktarı ne olursa olsun her türlü istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmıştır.

İdrar Kaçırmanın Sebepleri

-İlerleyen yaş
-Doğum
-Fazla kilolu olmak, Obezite
-Kalıtımsal sebepler
-Kabızlık
-Sigara
-Kronik hastalıklar(Felç, MS, SVO,)

http://www.inkontinans.com.tr/inkontinans-nedir/

4

EK-2. Devam

Kabızlık nedir?

Bağırsak hareketlerinin, düzeninin bozularak, zayıflamasına ya da yetersiz hale gelmesine bağlı olarak dışkının sertleşerek dışkılama işleminin zor ve sıkıntılı hale gelmesine denir.

Kabızlığın Sebepleri

-Kafeini fazla almak
-Yeterince su içmemek
-Hareketsizlik
-Protein ağırlıklı beslenmek
-Kullanılan ilaçlar

http://saglikrr.net/kabizlik-icin-en-iyi-yontem-ve-kabizlik-cozumu-nedir/

5

MESANE EĞİTİMİ

İdrar kaçırmanız varsa;

1- Saat başı idrar yapmak için lavaboya gidiniz. Eğer saat gelmeden sıkıştıysanız lavaboya gidin ancak saati geldiğinde yine tuvalete gidiniz. Zamanla saatlerin arasını açarak uygun zamanlarda idrar yapımı sağlanacaktır. Kaçırmalarınız azalacak ya da tamamen ortadan kalkacaktır.
2- Sıvı olan gıdaları akşam vakitlerinde daha az tüketiniz.
3- İdrar hissini yaşadığınız anda hemen tuvalete gidiniz.
4- İdrar sıkışması yaşıyorsanız hemen kalkmayın sakinleşin ve sakinleştikten sonra lavaboya gidiniz.
5- İdrar kaçırmanız çok yoğun oluyorsa sağlık personelleri tarafından idrar yapmada işlevi olan kasları geliştirmek için pelvik taban kas egzersizler (kegel egzersizleri) öğretilir.

https://www.doktorsitesi.com/makale/asiri-aktif-mesane-(aam)

6

Herhangibi bir hastalık nedeniyle idrar yapmada sıkıntı yaşıyorsanız ya da daimi sonda kullanmak zorundaysanız;

1- SAK/TAK (steril/temiz aralıklı kateterizasyon) ile mesaneye esnek bir tüp sokularak ve idrar boşaltarak çalışan bir boşaltım tekniği uygulanabilir.
2- İşlemde idrar çıkışına yardımcı olmak için karın altı bölgeye hafif hafif masaj ile yardımcı olunur.



https://www.cocukuroloji.com/tr/aileler-icin-kilavuzlar/Temiz-Aralikli-Kateterizasyon---Erkekler/amp/amp

7

BARSAK EĞİTİMİ

Kabızlığı önlemek için;

1- Dışkılama isteği geldiğinde hemen lavaboya gidin. Dışkılama refleksi birkaç dakika sonra azalır ve birkaç saat sessizleşebilir. Bu durum dışkının sertleşmesine neden olarak kabızlığa neden olabilir.
2- Her gün kahvaltı ve akşam yemeği sonrası aynı saatte dışkılama hissiniz olsun ya da olmasın mutlaka dışkılama ihtiyacınızı giderin.
3- Kahvaltı ve yemekten 30-40 dakika sonra en uygun zamanlama olduğu düşünülmektedir.
4- Mümkün olduğunca mahremiyetinizi koruyarak (sesin, kokunun duyulacağı endişesi yaşamayacağınız bir yerde) dışkılamayı gerçekleştirin.
5- Dışkılama ihtiyacını karşılarken pozisyonunuz da önemlidir. Çömelme pozisyonunu alamıyorsanız taklit etmek için ayak altına tabure koyularak çömelme pozisyonu taklit edebilirsiniz.
6- Dışkılama için yatağınızı kullanmayınız. Yattığınız klinikten tuvalet sandalyesi sizin için tahsis edilecektir.
7- Kabızlığı önlemek için yiyeceklerinize lifli besinleri eklemelisiniz. Bu besinlerde bazıları fındık, kepekli tahıl, meyve ve sebzeler, baklagiller gibi…

8

EK-2. Devam

https://www.cocukuroloji.com/tr/hastaliklar/Gunduz-cocuklarda-idrar-Kacirma

Kabızlık problemi yaşıyorsanız;

1. Adım: Hastanedeki yemekleriniz iffli besin ağırlıklı olacaktır.
2. Adım: Makatınıza sıcak su torbası (kesinlikle direk konulmamalı, ince bir havluya sarılmalı) koyabilirsiniz.
3. Adım: Makatı parmağınızla uyarabilirsiniz.
4. Adım: Eğer hala dışkılama gerçekleşmediyse doktor isteniyle ağızdan laksatif ilaçlar verilebilir.

5. Adım: Tüm yapılan işlemler sonucu dışkılama olmadıysa doktor istemiyle lavman yapılması gerekebilir.

KAYNAKLAR:

1. Folden, Susan L. "Practice guidelines for the management of constipation in adults." *Rehabilitation Nursing* 27.5 (2002): 169-175.
2. Norton, Christine, Louise Thomas, and Jennifer Hill. "Management of faecal incontinence in adults: summary of NICE guidance." *BMJ* 334.7608 (2007): 1370-1371.
3. Schuster, Brenda G., Lynette Kosar, and Rejina Kamrul. "Constipation in older adults Stepwise approach to keep things moving." *Canadian Family Physician* 61.2 (2015): 152-158.
4. Vahr, S., et al. "Urethral intermittent in adults." Dilatation, urethral intermittent in adults. EAUN guideline (2013).
5. Syan, Raveen, and Benjamin M. Brucker. "Guideline of guidelines: urinary incontinence." *BJU international* 117.1 (2016): 20-33.
6. Consortium for Spinal Cord Medicine. Bladder Management for Adults with Spinal Cord Injury: A Clinical Practice Guideline for Health-Care Providers J Spinal Cord Med. 29.5 (2006): 527–573.
7. Yip, Sallis O., et al. "The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older

EK-2. Devam

women." *American journal of obstetrics and gynecology* 208.2 (2013): 146-e1.

8. http://www.urolojiistanbul.com/urolojik-hastaliklar/mesane-hastaliklari/mesane-nedir.html Erişim: 24.12.2016
9. http://www.bagirsak.gen.tr Erişim: 24.12.2016
10. http://www.urolojiistanbul.com/urolojik-hastaliklar/urolojik-kanser-turleri-ve-tedavi-yontemleri.html Erişim: 27.12.2016
11. http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/44-ince-bagirsak-kanseri.html Erişim: 27.12.2016
12. http://www.inkontinans.com.tr/inkontinans-nedir/ Erişim: 26.12.2016
13. http://sagliktr.net/kabizlik-icin-en-iyi-yontem-ve-kabizlik-cozumu-nedir/ Erişim: 26.12.2016
14. https://www.doktorsitesi.com/makale/asiri-aktif-mesane-(aam) Erişim:26.12.2016
15. https://www.cocukuroloji.com/tr/aileler-icin-kilavuzlar/Temiz-Aralikli-Kateterizasyon---Erkekler/amp/amp Erişim:26.12.2016
16. https://www.cocukuroloji.com/tr/hastaliklar/Gunduz-cocuklarda-idrar-Kacirma Erişim: 26.12.2016

EK-3. FBÖ (Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği)

Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ)

Functional Independence Measures (FIM)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/_____

Temelde beyin hasarı olan hastalar için tasarlanmış bir ölçektir.

KENDİNE BAKIM	____/____	____/____
A. Yemek yeme		
B. Kendine bakım (traş, makyaj vs)		
C. Yıkanma		
D. Üst taraf giyimi		
E. Alt taraf giyimi		
F. Tuvalet kullanımı-temizliği		
SFİNKTER KONTROLÜ		
G. Mesane bakımı		
H. Bağırsak bakımı		
TRANSFER		
I. Yatak, sandalye, tekerlekli sandalye		
J. Tuvalet		
K. Banyo, duş		
YER DEĞİŞTİRME		
L. Yürüme, Tekerlekli Sandalye, Her İkisi		
Y TS Hİ	☐	☐
M. Merdiven		
Motor Skor Toplamı		
İLETİŞİM		
N. Anlama: İşitsel Görsel Her ikisi		
İ G Hİ	☐	☐
O. İfade edebilme: Sesli: Sessiz Her ikisi		
S M Hİ	☐	☐
SOSYAL ALGILAMA		
P. Sosyal katılım (etkileşim)		
R. Problem çözme		
S. Hafıza		
Kognitif Skor Toplamı		
Total Skor		

Değerlendirme: Hasta toplamda maksimum 126 puan alabilir. Hasta 6 veya 7 puan alabilmek için yardımcı bir kişi olmadan aktiviteyi yapabilmelidir.

Her bir soru için puanlar:

7 puan: Tam bağımsız (Cihazsız, yardımcı bir kişi olmadan, zamanında)

6 puan: Kısmi bağımsız (Yardımcı cihaz yardımıyla ya da normalden daha uzun sürede, yardımcı bir kişi olmadan)

5 puan: Yardımcı kişinin fiziksel yardımı gerekmez, sözel uyarılar yeterlidir.

4 puan: Minimal yardım (Hafif bir fiziksel temas, hasta gerekli çabanın en az %75'ini sarf eder.)

3 puan: Orta derecede yardım (Hasta gerekli çabanın %50-75 kadarını sarf edebilmektedir.)

2 puan: Maksimal yardım (Hasta gerekli çabanın %25-50 kadarını sarf edebilmektedir)

1 puan: Tam yardım (Hasta gerekli çabanın %0-25 kadarını sarf edebilmektedir)

Toplam Puan: _____

Hall, K. M., Hamilton, B. (1993) Journal of Head Trauma Rehabilitation, 8, 60–74.

ftronline

www.ftronline.com

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Salbaş 2016

EK-4. Etik Kurulu Onay Formu

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU (SBEK)
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ..... Sağlık Bilimleri ..... ~~Fakültesi~~/Enstitüsü ..... Hemşirelik ..... Yüksekokulu ..... bölümü ~~akademisyenlerinden~~ / öğrencilerinden ..... Emine Miray Elmalı ..... 'in, Bir Üniversite Hastanesinin Kliniğinde Yatan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Ölüme İlişkin Eğitimin Sınıflandırılması adlı araştırması değerlendirilmiştir. *(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.	☒
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.	☐
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.	☐

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	438
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	20.01.2017
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	22.02.2017/11
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	**Başkan**	
Doç. Dr. Musa AYGÜL	**Başkan Yardımcısı**	Musa Aygül
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	**Üye**	
Prof. Dr. Ergün ERASLAN	**Üye**	katılmadı
Prof. Dr. Metin ÖZDEMİR	**Üye**	katılmadı
Prof. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	**Üye**	
Doç. Dr. Tekin AKDEMİR	**Üye**	
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	**Üye**	katılmadı

9

EK-5. Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli İzin Yazısı

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

ACELE
16.06.2017

Sayı : 93984376-044-E.30777
Konu : Emine Miray ŞİRRİN'in Tez Çalışması

ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 25.05.2017 tarihli ve 14267719-302.14.01-E.36396 sayılı yazınız.

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği tezli yüksek lisans programı öğrencisi Emine Miray ŞİRRİN'in "Bir Rehabilitasyon Kliniğinde Yatan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Mesane ve Bağırsak Eğitiminin Sfinkter Kontrolüne Etkisi" konulu tez çalışmasını Fakültemiz Cebeci Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalında yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

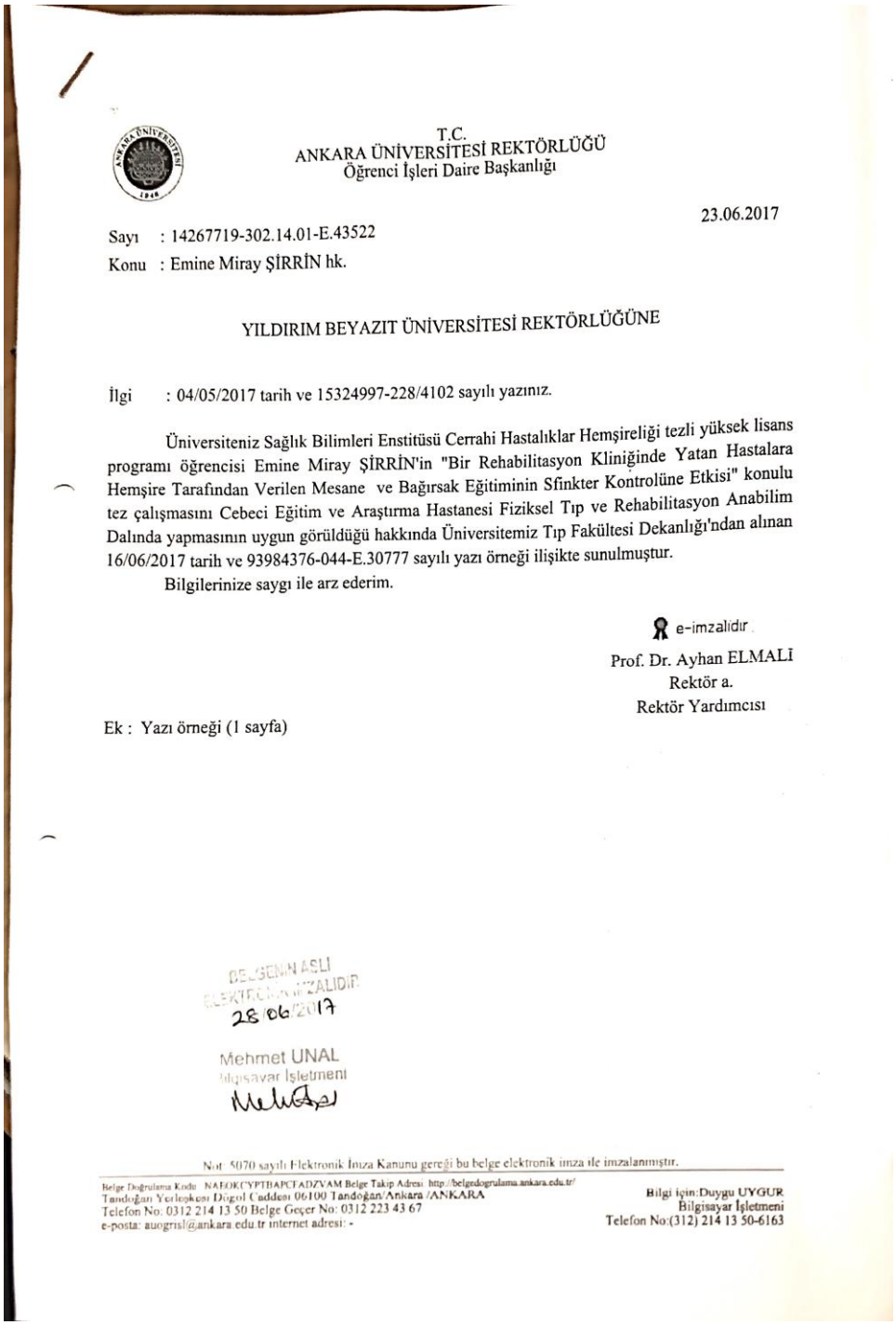
e-imzalıdır
Prof. Dr. Şehsuvar ERTÜRK
Dekan V.

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Kızılay Sokak Blok 001 06100 Sıhhiye / Altındağ / Ankara /ANKARA
Telefon No: 0312 595 82 01 Belge Geçer No: 0312 310 63 70
e-posta: yazi@medicine.ankara.edu.tr internet adresi: -

Bilgi için:Ebru CAN
Memur
Telefon No:(312) 595 82 01

EK-5. Devam



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

23.06.2017

Sayı : 14267719-302.14.01-E.43522
Konu : Emine Miray ŞİRRİN hk.

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 04/05/2017 tarih ve 15324997-228/4102 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği tezli yüksek lisans programı öğrencisi Emine Miray ŞİRRİN'in "Bir Rehabilitasyon Kliniğinde Yatan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Mesane ve Bağırsak Eğitiminin Sfinkter Kontrolüne Etkisi" konulu tez çalışmasını Cebeci Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalında yapmasının uygun görüldüğü hakkında Üniversitemiz Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan alınan 16/06/2017 tarih ve 93984376-044-E.30777 sayılı yazı örneği ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize saygı ile arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ayhan ELMALİ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek : Yazı örneği (1 sayfa)

BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR
28/06/2017
Mehmet UNAL
Bilgisayar İşletmeni

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : NAE0KCYPTHAPCFADZVAM Belge Takip Adresi: http://belgedogrulama.ankara.edu.tr/
Tandoğan Yerleşkesi Dögol Caddesi 06100 Tandoğan/Ankara /ANKARA
Telefon No: 0312 214 13 50 Belge Geçer No: 0312 223 43 67
e-posta: auogrisl@ankara.edu.tr internet adresi: -

Bilgi için:Duygu UYGUR
Bilgisayar İşletmeni
Telefon No:(312) 214 13 50-6163

EK-6. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmacının açıklaması:

Sayın Katılımcı,

Yatan hastalara hemşire tarafından verilen mesane ve bağırsak eğitiminin sfinkter kontrolüne etkisini belirlemek amacıyla Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları/Hemşirelik Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans tez çalışmasını yapan Emine Miray Şirrin tarafından bir araştırma yapılmaktadır. Bu araştırmaya katılmanız için sizi davet ediyorum. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuduktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz belgeyi imzalayınız.

Araştırma kapsamında size araştırmacı tarafından sizi tanımak amaçlı bir anket verilecektir. Yine araştırmacı tarafından hazırlanan bir kitapçık eşliğinde, mesane ve bağırsak eğitimini kapsayan sözel bir eğitim verilecektir. Size ait olan bu bilgiler gizli tutulacak ve bilimsel yayınlarda kime ait oldukları belirtilmeden kullanılabilecektir. Bu çalışmaya katılmanız için herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme de yapılmayacaktır.

Katılımcının beyanı:

Katılmam istenen çalışmanın amacını ve gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde bilgilerimin gizli tutulacağı konusunda yeterli güven verildi. Çalışmaya katılmam durumunda benden hiçbir ücret istenmeyeceğini ve bana da hiçbir ödeme yapılmayacağını anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu belgenin bir kopyası bana verilecektir.

KATILIMCI
Adı soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:

ARAŞTIRMACI
Adı soyadı, Unvanı:
Adres:
Tel:
İmza:

EK-7. Güç Analizi

"Bir Rehabilitasyon Kliniğinde Yatan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Mesane ve Bağırsak Eğitiminin Sfinkter Kontrolüne Etkisi" isimli projede, kullanılması öngörülen yöntemlerden biri olan Ki Kare Analizine göre yapılan güç analizleri sonucu, gerekli örnek genişliği **toplamda en az 126** birey olarak belirlenmiştir. Bu durumda testin gücü için beklenen değer **% 80.331**'dür. Simülasyon sonuçları aşağıda yer almaktadır. İlgili satır renklendirilerek vurgulanmıştır. Çalışmadan elde edilen veri setinin Sosyo-Demografik sorulardan ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeğinden elde edilecek alt faktör puanları ve toplam puan istatistik yöntemlerle değerlendirilecektir. Sürekli değişkenler için parametrik test önşartları sağlandığında Tek yönlü varyans analizi gerekli görüldüğü taktirde çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSd testi, bağımsız iki grup t testi (Student's t-test) ve önce sonra puanları için Bağımlı (Eş yapma) t testi, sağlanmadığında ise Kruskal Wallis gerekli görüldüğü taktirde çoklu karşılaştırma testlerinden Dunn testi, Mann Whitney-U testi ve Wilcoxon testi kullanılacaktır.

İki sürekli puanının değerlendirilmesinde parametrik test önşartları sağlandığında Pearson Korelasyon Katsayısı ile parametrik test ön şartlarını sağlamadığı durumda ise Spearman Korelasyon Katsayısı ile değerlendirilmesi öngörülmektedir.

Kategorik değişkenlerin arasındaki ilişkiler araştırılırken çoklu yanıtların Ki-Kare testi ve Fisher's Exact test (Fisher's Kesinlik Testi) ile değerlendirilmesi ön görülmektedir.

Chi-Square Test Power Analysis

Numeric Results for Chi-Square Test

Power	N	W	Chi-Square	DF	Alpha	Beta
0,78020	120	0,3300	13,0680	6	0,05000	0,21980
0,78419	121	0,3300	13,1769	6	0,05000	0,21581
0,78813	122	0,3300	13,2858	6	0,05000	0,21187
0,79200	123	0,3300	13,3947	6	0,05000	0,20800
0,79583	124	0,3300	13,5036	6	0,05000	0,20417
0,79960	125	0,3300	13,6125	6	0,05000	0,20040
0,80331	126	0,3300	13,7214	6	0,05000	0,19669
0,80697	127	0,3300	13,8303	6	0,05000	0,19303
0,81057	128	0,3300	13,9392	6	0,05000	0,18943
0,81412	129	0,3300	14,0481	6	0,05000	0,18588
0,81762	130	0,3300	14,1570	6	0,05000	0,18238
0,82107	131	0,3300	14,2659	6	0,05000	0,17893

References

Cohen, Jacob. 1988. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey.



Mustafa Agah TEKINDAL, Dr. (PhD) (Biostatistics)

EK-8. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Emine Miray Şirrin
Doğum tarihi	: 16.02.1990
Doğum yeri	: Zonguldak
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Etlik/Ankara
Tel	: 05366173509
Faks	: -
E-mail	: mi_ray_1990@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Mimar Sinan Lisesi
Lisans	: Artvin Çoruh Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu
Yüksek lisans	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı
Doktora	: -
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: -
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
-	