

Demet AVCI ALPAR

İstanbul Üniversitesi Sağ.Bil.Enst.

Doktora Tezi

İSTANBUL-2018

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(DOKTORA TEZİ)

**İSTANBUL İLİNDE GEBELİKTE FEKAL İNKONTİNANS
SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

DEMET AVCI ALPAR

**DANIŞMAN
PROF. DR. NEVİN HOTUN ŞAHİN**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI**

İSTANBUL-2018

DOKTORA TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Doktora öğrencisi Demet Avcı Alpar tarafından Prof.Dr.Nevin Hotun Şahin danışmanlığında hazırlanan "İstanbul İlinde Gebelikte Fekal İnkontinans Sıklığı ve İlişkili Faktörler" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 14 / 09 / 2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.



Jüri Başkanı

Prof.Dr.Nurdan Demirci
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü



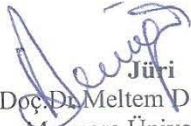
Jüri

Prof.Dr.Ergül Aslan
İ.Ü-C Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı



Jüri-Danışman

Prof.Dr.Nevin Hotun Şahin
İ.Ü-C Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı



Jüri

Doç.Dr.Meltem Demirgöz Bal
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri fakültesi
Ebelik Anabilim Dalı

Jüri

Doç.Dr.İlkay Güngör
İ.Ü-C Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

BEYAN

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

Demet AVCI ALPAR



İTHAF

Sevgili eşim Ayhan Alpar'a ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın tüm aşamalarında bilgi ve deneyimleri ile beni yönlendiren, sabrını ve desteğini esirgemeyen, her zorlukta yanımda olan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum kıymetli hocam ve danışmanım, Sayın Prof. Dr. Nevin Hotun Şahin'e,

Tezimin planlaması ve yürütülmesi aşamasında deneyimleri ve desteklerini esirgemeyen hocalarım Sayın Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji ve Sayın Prof. Dr. Nurdan Demirci'ye,

Katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Rian Dişçi'ye ve Aile Sağlığı Merkezlerinde tezimin uygulanması aşamasında bana zaman ayırıp, yer gösteren ve yardım eden tüm meslektaşlarıma ve hekim arkadaşlara,

Mesleki bilgi birikimiyle katkıda bulunan, beni maddi ve manevi destekleyen sevgili eşim Uzm. Dr. Ayhan Alpar'a ve özel zamanlarından çaldığım canım kızım Dolunay Alpar'a,

Maddi ve manevi destekleri ile hep yanımda olan kızları olmaktan gurur duyduğum sevgili babam Prof. Dr. Yusuf Avcı ve canım annem Halide Avcı'ya,

Bu süreçte manevi desteğini hep hissettiren Dr. Öğr. Üyesi Hüsniye Dinç ve Uzman Hemşire Hacer Özkul Özel'e,

En içten teşekkürlerimi ve minnetlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	İİ
BEYAN	İİİ
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar LİSTESİ	X
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	Xİİ
ÖZET.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ	15
2. GENEL BİLGİLER.....	18
2.1. Anal Kanal Anatomisi	18
2.2. Defekasyon Fizyolojisi	18
2.3. Gebelik Döneminde Pelvik Destekte Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler..	19
2.4. Fekal İnkontinansın Tanımı.....	20
2.5. Fekal İnkontinansın Prevalansı.....	21
2.6. Fekal İnkontinansın Etiyolojisi.....	21
2.7. Fekal İnkontinansın Değerlendirilmesi	22
2.7.1. Anamnez ve Fekal Günlük.....	22
2.7.2. Fizik Muayene ve Tanısal Testler.....	22
2.7.2.1. Anal Manometre:.....	22

2.7.2.2.	Pudental Sinir Terminal Latansı.....	22
2.7.2.3.	Anal Ultrasonografi (Endorektal (ERUS) ve Endoanal (EAUS)).....	22
2.7.2.4.	Defekografi.....	23
2.7.2.5.	Manyetik Rezonans Görüntüleme ve Bilgisayarlı Tomografi	23
2.8.	Fekal İnkontinansın Tedavi ve Bakımı.....	23
2.8.1.	Akupunktur	23
2.8.2.	Pelvik Kas Egzersizleri ve Biofeedback Tedavisi	24
2.8.3.	Diyet Değişiklikleri ve İlaç Tedavisi	24
2.8.4.	Elektrostimülasyon	24
2.8.5.	Radyofrekans Uygulaması (SECCA)	24
2.8.6.	Dolgu Maddesi Enjeksiyonu.....	24
2.8.7.	Cerrahi Yöntemler	25
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1.	Araştırmanın Amacı ve Tipi	26
3.1.2.	Araştırma Soruları.....	26
3.1.3.	Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman	26
3.1.3.1.	Araştırmanın Evreni	26
3.1.3.2.	Araştırmanın Örneklemi.....	26
3.1.4.	Araştırmada kullanılacak veri toplama araçları /verilerin toplanması	29
3.1.4.1.	Gebelikte Fekal İnkontinans Tanılama Formu.....	29
3.1.4.2.	Bristol Görsel Feçes Skalası.....	30
3.1.4.3.	Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası	30
3.1.5.	Verilerin Toplanması İçin Alınan Etik Kurul Kararları ve İzinler	31

3.1.6.	Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.2.	Çalışmanın sınırlılıkları	31
4.	AKIŞ ŞEMASI	32
5.	BULGULAR	33
5.1.	Gebelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	33
5.2.	Gebelerin Obstetrik Öykülerine İlişkin Bulgular	37
5.3.	Gebelerin Dışkılama Alışkanlıklarına ve Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Bulgular	40
5.4.	Gebelerin Farklı Özelliklerinin Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası İle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	45
6.	TARTIŞMA.....	57
6.1.	Gebelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
6.2.	Gebelerin Obstetrik Hikayeleri İle İlgili Bulguların Tartışılması	60
6.3.	Gebelerin Dışkılama Alışkanlıklarına ve Yaşadıkları Sorunlara Dair Bulguların Tartışılması	61
6.4.	Gebelerin Farklı Özelliklerinin, İnkontinans Durumu İle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	66
6.4.1.	Gebelerin Fekal inkontinans Prevalansları, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası ve Bristol Görsel Feçes Skalası Bulgularının Tartışılması	66
6.4.2.	Gebelerin Sürekli Değişken Parametreleri İle Wexner İnkontinans Skalası Değerleri Arasında İlişkinin Independent-Sample T Testi Analizi Bulgularının Tartışılması	68

6.4.3.	Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası Toplam Puanı İle Gebelerin Tanımlayıcı Bazı Parametreleri Arasındaki İlişkilerin Ki Kare Analizlerinin Tartışılması	69
6.4.4.	Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası İle Gebelerin Çoklu Parametreleri Arasında İlişki Değerlendirilmesi İçin Lojistik Regresyon Test Bulgularının Tartışılması	73
7.	SONUÇ VE ÖNERİLER	74
	FORMLAR	93
	ETİK KURUL KARARI	101
	İNTİHAL RAPORU	109
	ÖZGEÇMİŞ	110

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo. 2-1:Obstetrik Kaynaklı Olmayan Fekal İnkontinans Sebepleri	21
Tablo. 3-1: Çalışmanın Yapılacağı Aile Sağlığı Merkezlerinin Adları ve Alınacak Denek Sayıları	27
Tablo. 3-2 İstanbul İline Ait İlçelerden Nüfus Yoğunluklarına Göre Tabakalı Örneklem Hesaplanması ve İlçelerde Örnekleme Alınacak Gebe Sayıları.....	28
Tablo. 5-1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	34
Tablo. 5-2:Gebelerin Dışkılamayı Uyarıcı Madde Tüketim Alışkanlığı	35
Tablo. 5-3:Gebelerin Kronik Sağlık Sorunları	36
Tablo. 5-4:Gebelerin Obstetrik Bulguları	37
Tablo. 5-5:Gebelerden Vajinal Doğum Yapmış Olanlarda Perineal Müdahale Öyküsü	38
Tablo. 5-6:Gebelikte Alınan Kilo.....	39
Tablo. 5-7:Gebelikte Var Olan Perineal Problemler	39
Tablo 5-8:Gebelikte Dışkılama Alışkanlıkları ve Değişiklikleri	40
Tablo. 5-9: Gebelerin Fekal İnkontinans ve İlişkili Durumların Prevalansları.....	41
Tablo. 5-10:Gebelerin Bristol Görsel Feçes Skalası Bulguları	44
Tablo.5-11: Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası	45
Tablo. 5-12: Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası İle Gebelik Süresinin Değerlendirilmesi	45
Tablo.5-13:Gebelerin Bristol Görsel Feçes Skalası ile Tanımlanan Dışkılama Tarzları ve Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	47
Tablo.5-14:Sürekli Değişken Demografik Parametrelerin Independent-Sample T Testi İle Değerlendirilmesi	48
Tablo.5-15:Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası Skorları İle Gebelerin Tanımlayıcı Bazı Parametreleri Arasında İlişkinin Değerlendirilmesi.....	50
Tablo.5-16:Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası Toplam Puanı İle Gebelerin Dışkılama Alışkanlıklarının Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	54
Tablo 5-17: Wexner İnkontinans Skorları İle Gebelerin Çoklu Parametreleri Arasında İlişkinin Değerlendirilmesi	55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1 : Bristol Görsel Feçes Skalası	30
Şekil. 5.1 : Gebelerin Yaş Dağılımları	33
Şekil. 5.2 : Gebelik Haftaları.....	38



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
Fİ:	Fekal inkontinans
Aİ:	Anal inkontinans
ICS:	Uluslararası Kontinans Topluluğu
VKİ:	Vücut Kitle İndeksi
CYBE:	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
GFİT:	Gebelikte Fekal İnkontinans Tanılama Formu
BGFS:	Bristol Görsel Feçes Skalası
WKDS:	Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası
EAUS	Endoanal Ultrasonografi
ERUS	Endorektal Ultrasonografi

ÖZET

AVCI ALPAR, D. (2018). İstanbul İlinde Gebelikte Fekal İnkontinans Sıklığı ve İlişkili Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Doktora Tezi. İstanbul.

Anahtar Kelimeler: Fekal İnkontinans, Anal İnkontinans, Gebelik, Sıklık, Risk Faktörleri

Bu çalışmanın amacı ülkemizde gebelik döneminde sağlık ekibi tarafından ihmal edilen bir konu olan fekal inkontinans sıklığının ve risk faktörlerinin belirlenmesi ile koruma/önleme, tedavi ve bakıma ilişkin veri tabanı oluşturmaya katkı sağlanmasıdır.

İstanbul ilinde yaşayan gebeleri temsil edecek bir prevalans ve risk belirleme çalışmasıdır(n=1140).

Çalışmada gebelik süresince dışkılama ve gaz problemleri nedeniyle duygusal/psikososyal değişiklik ifade edenlerin %5,4 (n=62) olduğu görülmüştür. Gebelik süresince dışkılamaya engel olamama ya da kazara dışkılama varlığı ifade edenlerin %0,7'si (n=8) olduğu görülmüştür. Gebelik süresince dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle sosyal hayatta sorun varlığı ifade edenlerin %11,1'i (n=127) olduğu görülmüştür.

Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası Toplam Puanı “5 puandan az” arasında bulunan %88,2 oranında (n=1005), “5 puan ve üzeri” aralığında olanlar ise %1,8 (n=135) oranında olduğu bulunmuştur.

Çalışma sonucunda; daha önce doğum yapmış olma, sosyo ekonomik düzeyin düşük olması, önceki doğum hikayesinin vajinal doğum olması, vajinal doğumunda müdahale hikayesi ve hemoroid veya anal fissür varlığının fekal (anal) inkontinans görülme olasılığını arttırdığı bulunmuştur.

Çalışmamızda fekal inkontinans görülme sıklığını hemoroid /anal fissür varlığı 30,511 kat; gebelikte alınan kilonun 13kg'nin üzerinde olması 1,847 kat arttırırken; eğitim düzeyinin lise altında olmasının 0,464 kat ve üriner inkontinans problemi varlığının eşlik ettiği durumda 0,142 kat oranında azalttığı görülmektedir.

ABSTRACT

AVCI ALPAR, D (2018). The Frequency of Fecal Incontinence And Related Factors In Pregnancy In The City Of Istanbul. İstanbul, Turkey.

Key Words: Fecal Incontinence, Anal Incontinence, Pregnancy, Prevalence, Risk Factors

The aim of this study is to contribute to the establishment of the database of prevention / precaution, treatment and care by determining the frequency and risk factors of fecal incontinence, which is a neglected subject by the health care team during pregnancy period.

This is a prevalence and risk identification study to represent the pregnant women living in the city of Istanbul. 1140 pregnant were chosen as sample. 5.4% (n=62) of the pregnant expressed presence of emotional / psychosocial changes due to incontinence problems. Involuntary or accidental defecation was present in 0,7% (n=8) of pregnant. Social life problems due to fecal incontinence was present in 11.1% (n=127) of pregnant.

Total Score of "Wexner Continence Assessment Scale" of "less than 5 points" was found in 88.2% (n = 1.005) and total score of "5 points and over" in 1.8% (n = 135). Previous parity, vaginal delivery, intervention story during delivery, presence of hemorrhoids or anal fissures, low socioeconomic levels were found to increase the likelihood of having fecal (anal) incontinence regarding this study.

The incidence of fecal incontinence was found to be increased 30,511 times by hemorrhoid / anal fissure presence, 1,847 times by weight gain over 13kg during pregnancy. The incidence of fecal incontinence was found to be decreased 0,464 times by low grade education and 0,142 times by urinary incontinence presence in our study.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadınlarda pelvik taban bozuklukları tüm dünyada önemli ve maliyeti yüksek bir sağlık bakım sorunudur (Sung, Washington, & Raker, 2010). Fekal (anal) inkontinans bu sorunlardan en yaygını olduğu halde ifade edilmesindeki kültürel zorluklar, etiketlenme kaygıları, problemin çözümünün olmadığı veya yaşlanmanın doğal seyrinin bir parçası olduğuna dair yanlış inanışlar nedeniyle tedavi için en az çözüm aranan problemlerin başında gelmektedir (Bordeianou ve ark. 2007).

Fekal (Anal) inkontinans, anal sfinkter mekanizması ile katı ve/veya sıvı dışkı ve gaz (flatal) eliminasyonunun kontrol yeteneğinin azalması ya da kaybı şeklinde tanımlanmaktadır (Bordeianou ve ark., 2007; Boreham ve ark., 2005; Ö. Dedeli, 2006; Whitehead ve ark., 2009).

Tüm yaş grubundaki bireylerde, nörojenik disfonksiyon, zor doğum, forseps ve epizyotomi gibi benzeri perineal travma / yaralanmalar, serebrovasküler olaylar gibi nedenlerle defekasyon mekanizmasını kontrol eden internal anal sfinkter, eksternal anal sfinkter ve puborektalis kaslarında hasar ya da pudental sinir hasarı sonucu fekal inkontinans meydana gelebilmektedir (Dedeli, Fadiloğlu , Turan, & Bor 2008; Norton, 2008; Sung ve ark., 2010).

Toplumda genel fekal inkontinans görülme sıklığı literatürde %2–3 olarak belirtilirken, yaşın ilerlemesi ile birlikte bu sayının da arttığı ve yaklaşık %15'e yükselebildiği bildirilmiştir (O. Dedeli, Fadiloglu, & Bor, 2009; Norton, 2008).

Önceki yıllarda oldukça ihmal edilen fekal inkontinans toplum genelinde özellikle kadınlarda oldukça sık görülen bir durumdur. ABD'de yapılan bir çalışma sonucuna göre fekal inkontinans nedeniyle cerrahi işlem geçirmiş kadınların 2003'te yaklaşık maliyeti 24,5 milyon dolar olarak hesaplanmıştır (Sung ve ark., 2010).

Ekonomik problemlerin beraberinde bireylerde fiziksel, mental ve sosyal olarak kısıtlayıcı semptomlara neden olarak yaşam kalitesini de olumsuz etkilediği düşünülmektedir (Bordeianou ve ark., 2007; Boreham ve ark., 2005; Sung ve ark., 2010).

Fekal inkontinanslı 502 kişi üzerinde yapılmış bir prospektif çalışmaya göre özellikle kadınların orta yaşlardan başlayarak alışveriş, sinema gibi sosyal ortamlardan izole olmasına ve cinsel aktivitelerine engel olarak yaşam kalitesini ciddi bir biçimde düşürdüğü gösterilmiştir (Bordeianou ve ark., 2007).

Steinberg ve arkadaşlarının 678 hastada retrospektif anal inkontinans çalışmasının verdiği sonuçlara göre 160 kadında pelvik taban yetmezliği, vajinal doğum ve kronik konstipasyon ile yakından ilişkili bulunmuştur. Yine aynı çalışmada anal inkontinans probleminin kadınlarda erkeklerden 8 kat fazla görüldüğü belirtilmiştir (Steinberg A.C., 2009).

Fekal inkontinans, üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu gibi sorunlar gebelik ve doğuma bağlanmış olmasına rağmen gebelik ve doğumun pelvik organ desteği üzerindeki etkileri objektif olarak tanımlanmamıştır. Gebelik tüm organ sistemlerinde önemli derecede fizyolojik değişikliklere neden olur. Gebelik sırasında meydana gelen mekanik veya hormonal etkiler pelvik desteği olumsuz etkileyebilir (Steinberg A.C., 2009).

Gebelik süresince büyüyen uterusu bağlı olarak artan karın içi basıncın etkisiyle pelvik organlar aşağıya doğru itilmekte ve pelvik taban kasları sürekli olarak stres ve zorlanmaya maruz kalmaktadır (Salman, Özyüncü, & Durukan, 2005).

Gebeliğin erken dönemlerinde perineal ultrason ile saptanan bir bulgu olarak pelvik tabanda aşağı doğru yer değiştirmenin olduğu ve pelvik taban kaslarının kasılmalarının belirgin olarak azaldığı, mesane ve üretra mobilitesinin arttığı, geç gebelik döneminde bu mobilite artışının daha da belirgin olduğu gösterilmiştir. Ayrıca yapılan çalışmalarda gebe kadınlarda fasyaların direnç gücünün gebe olmayanlarla karşılaştırıldığında daha az olduğu saptanmıştır (Salman ve ark., 2005; Sayiner & Özerdoğan, 2012).

Pelvik taban bozukluklarının gelişimi açısından en önemli faktörlerden birinin de doğum şekli olduğu öne sürülmektedir. Bundan özellikle vajinal doğuma bağlı olarak pelvik destek dokularında ve bunlarla ilgili sinirsel yapılarda ortaya çıkan hasar sorumlu tutulmaktadır. Yine de mevcut verilerin çok azı pelvik organ prolapsusunun direkt olarak vajinal doğum sırasında oluşan hasarla ilişkilendirmektedir. Buna rağmen pelvik organ prolapsusunun önlenmesi için yaygın şekilde elektif sezaryenin uygulanmasının öneren yayınlarda vardır. Bir çalışmada kadın obstetrisyenlerin %31'inin pelvik tabanın hasar görmesinden korktukları için kendi gebeliklerinin sezaryen ile sonlandırılmasının tercih ettikleri görülmüştür (Salman ve ark., 2005).

Vajinal doğum sırasında çok sık uygulanan epizyotomi ve müdahalelerin sonucu oluşan perineal travmanın, doğum anında ve doğumdan sonra (kısa veya uzun dönemde) yarattığı etkiler ile, kadınların cinselliğini ve beden imgesini etkilerken, kadının boşaltım fonksiyonunda geçici veya uzun süreli bozukluklara ve anne-bebek etkileşiminin gecikmesine de yol açabilir (Aslan, Beji, Erkan, Yalcin, & Gungor, 2009; Dönmez & Sevil, 2009).

Doğum sonu dönemde anne ağrı yaşama endişesi veya ıkınma ile dikişlerin açılacağı korkusu nedeniyle boşaltımı erteleme eğilimi göstermektedir. Konstipasyondan kaçınması gereken bir dönemde olduğu halde tuvalete çıkma sayısında azalma bireyin epizyotomi dikişlerini de olumsuz etkiler. Tekrarlayan kanamalar, dikişlerin atmaları, fistül ve enfeksiyon gelişimine yol açabilmektedir (Salman ve ark., 2005; Sayiner & Özerdoğan, 2012; Carroli & Belizai, 2000; Dönmez & Sevil, 2009).

Yine dışkı retansiyonu sonucunda anorektal duyarlılıkta bozulmaya bağlı fekal inkontinans olabilir. Konstipasyonu olanlarda fekal inkontinans ve hemoroid sıklığı artmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda uygunsuz laksatif kullanım sıklığındaki artışa bağlı olarak ilerleyen yıllarda kolorektal kanser sıklığında artış bildirilmektedir (Leung & Schnelle, 2008; Longstreth ve ark., 2006).

Tüm bu tekrarlayan problemler sonucu kurumlar tedavi maliyeti, personelin zaman kaybı ile uğraşırken, bireysel özelliklerin göz önünde bulundurularak çözüm getirilebilecek sorunlar kronik problemlerle dönüşerek bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir. Postpartum dönemde epizyotomi ve oluşmuş perineal yırtıklar ile ilgili bireyin bakım gereksinimleri olduğu halde, enfeksiyonlardan korunma ve sağlık maliyetlerin düşmesi açısından evine gönderilen kadınların postpartum dönemde gelişen problemler takip edilememektedir.

Ülkemizde gebelik ve postpartum dönemde fekal inkontinans prevalans çalışmalarına rastlanmamıştır. Bu alışma sağlık ekibi tarafından ise ihmal edilen bir konu olan gebelikte fekal inkontinans sıklığının ve risk faktörlerinin belirlenmesi ile koruma / önleme, tedavi ve bakıma ilişkin veri tabanı oluşturmasına katkı sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anal Kanal Anatomisi

Anal kanal sindirim sisteminin sonu olarak defekasyonda ve fekal kontinansı sağlamada önemli bir rol oynar. Anal kanal yaklaşık 4 cm civarındadır. Anal kanal sağ ve sol ischioanal fossaların arasındadır. Rektumun devamı olan anal kanal anüste sonlanır (Buğra, 2010).

Defekasyon fonksiyonu dışında anal kanal internal ve external anal sfinkterler tarafından kapalı tutulur ve fekal materyalin geçişi böylelikle engellenir. Sfinkterler sayesinde fekal inkontinans önlenir (Bulut, 2011; Rothbarth ve ark., 2000a).

İnternal Anal Sfinkter: Anal kanalın üst 2/3'lük kısmını sarar. Bağırsak duvarının istemsiz sirküler düz kasların kalınlaşması ile şekillenmiştir.

Eksternal Anal Sfinkter: İstemli kaslar tarafından alt 2/4'lük kısmı sarar. Dolayısıyla internal sfinkter ile üst üste gelen kısımları vardır.

2.2. Defekasyon Fizyolojisi

İstirahat halinde puborektalis kasının oluşturduğu açılanmaya ek olarak internal ve eksternal sfinkter kaslarının tonusları kanalı kapalı tutar. Kanal basıncının büyük bir kısmını internal anal sfinkter yapar. Bu kas otonom santral sinir sistemi tarafından kontrol edilir. Anal kanal istemli sıkma basıncını ise eksternal anal sfinkter sağlar. Defekasyon sırasında bağırsak içeriğinin rektumda oluşturduğu distansiyon internal sfinkteri gevşetir. Buna rektoanal inhibitör refleks denir. İnternal kasın gevşemesi bir miktar bağırsak içeriğinin anal kanala girerek anal transizyonel alan ile temasına olanak verir. Böylelikle gaz-feçes ayırımı (anal örnekleme refleksi) sağlanabilir (Buğra, 2010; Neşşar, 2008).

Bu durum sırayla eksternal sfinkter ve levator kompleksinin kasılmasına yol açarak kontinans sürdürülür. Gaz çıkarmak için ya da ortam uygun ise defekasyonun sağlanması için çömelme pozisyonu alınarak rektum ile anal kanal arasındaki açı düzleştirilir. Karın içi basınç arttırılarak puborektal kas ve eksternal sfinkter gevşetilir ve defekasyon sağlanır. Daha sonra gevşemiş olan kaslar tekrar kasılarak anal kanal kapatılır. Sindirim kanalının son bölümü olan kolon tabakası kaslardan meydana gelmiştir ve kolon boyunca atık maddelerin ileri itilmesi sebebi ile hareketleri oldukça önemlidir. Bu itme hareketleri incebağırsağa göre daha yavaştır. Saatler değil günler sürer kolonun transit geçiş zamanı yaklaşık olarak saatte 1 cm kadardır (Buğra, 2010; Neşşar, 2008).

Kolonda oluşan hareketlenmeler yiyeceklerle ve yapılan hareketlerle çoğalır ve uyku sırasında azalır. Bu hareketler refleks mekanizmalar ile çalışır. Duedonokolik refleks ileum içeriğini kalın bağırsaklara iter,

gastrokolik refleks mideye besin girdiğinde kolonda kitle hareketini başlatır ve feçesi rektuma iter. Sindirim sisteminin son ürünü feçestir (Bulut, 2011).

Günde ortalama 150 gr civarında feçes vücuttan atılır (bunun 100 gr su, 50 gr kadar katı maddedir). Su ve bakteriler yanında feçes; yağ, nitrojen, safra pigmentleri, sindirilememiş gıdalar (selülöz gibi) ihtiva eder. Kolondaki bakteriler besinlerdeki (selüloz) lifleri içerir. Bu selülaz enzimleri nedeni ile (insanlarda selülaz enzimi bulunmamaktadır) başka çeşitli emilmeyen maddeleri de fermente yapabilirler. Kolon vücutta bir depo olarak vazife yapar ve uzun bir zaman kolon içerisinde bekletilen su elektrolit ile bakteri ve fermentasyon ürünleri kolon da oluşan karıştırıcı hareketlerle absorbe olur. Kolonda oluşan mukus iç kısımda kaygan bir zemin meydana getirerek atık maddelerin kolay bir şekilde rektum ile anüse geçişini sağlar. Rektuma feçesin aşağı hareketi ile defekasyon refleksini başlatır. Defekasyon refleksi ile feçes anüsten dışarı atılır (Buğra, 2010; Neşşar, 2008).

Barsağın fazla kontraksiyonları ile artan intestinal yüzey ve içeriğin birbiri ile teması kolonda suyun elektrolitlerin ve sekresyonların emilimini artırır. Böylelikle içerik katılaşır ve konstipasyon gözlenir. Eğer içerik kolondan hızlı geçiş yaparsa yetersiz emilen sıvılar sebebiyle feçes sıvı içeriği fazla kalır volümü artar ve diyare gözlenir (Coffin & Causse, 2011; Van Brummen, Bruinse, Van De Pol, Heintz, & Van Der Vaart, 2006).

Rektumun atmaya hazır olana dek feçesi fazladan depoladığı durumda (rektal komplians) kas duvarların esneme becerisi oranında feçes hacmi artar ve bu esneme basıncı sebebiyle lümen içi basınç düşük kalır. Rektum herhangi bir sebep ile hasar görürse rektal komplians ve kapasitesi etkilenir bu durumda urge ve sık defekasyon gözlenir (Allison, 2010).

2.3. Gebelik Döneminde Pelvik Destekte Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler

Gebelik tüm organ sistemlerinde önemli derecede fizyolojik değişikliklere neden olur. Gebelik sırasında meydana gelen mekanik veya hormonal etkiler pelvik desteği olumsuz etkileyebilir (Steinberg A.C., 2009).

Gebelik süresince büyüyen uterus ve fetusa bağlı olarak artan karın içi basıncın etkisiyle pelvik organlar aşağıya doğru itilmekte ve pelvik taban kasları sürekli olarak stres ve zorlanmaya maruz kalmaktadır. (Bo, 2009; Borello-France ve ark., 2006; Brincat ve ark., 2009; Chaliha, Sultan, Bland, Monga, & Stanton, 2001; Dinc, Kizilkaya Beji, & Yalcin, 2009; Salman ve ark., 2005; Van Brummen ve ark., 2006).

Gebeliğin erken dönemlerinde perineal ultrason ile saptanan bir bulgu olarak pelvik tabanda aşağı doğru yer değiştirmenin olduğu ve pelvik taban kaslarının kasılmalarının belirgin olarak azaldığı, mesane ve üretra mobilitesinin arttığı, geç gebelik döneminde bu mobilite artışının daha da belirgin olduğu gösterilmiştir. Ayrıca yapılan çalışmalarda gebe kadınlarda fasyaların direnç gücünün gebe olmayanlarla karşılaştırıldığında daha az olduğu saptanmıştır (Salman ve ark., 2005; Sayiner & Özerdoğan, 2012).

2.4. Fekal İnkontinansın Tanımı

Fekal inkontinansın (FI); uluslararası ve ulusal yayınlar incelendiğinde içerik ve adlandırmada kabul görmüş bir tanımı yoktur. Fekal inkontinans; aynı zamanda anal inkontinans, kazara bağırsak sızıntısı, dışkı kaçırma ve bağırsak inkontinans şeklinde tanımlanabilmektedir. Kısaca defekasyon kontrolünün kaybı, bağırsak içeriğinin (gaz, sıvı, mukus ve katı materyallerin) istemsiz atılımı olarak ifade edilebilir.

Fekal inkontinans hastalık değil bir semptom olarak çeşitli problemlerin bir işareti olarak değerlendirilir. Bireyler için ifade edilmesindeki güçlükler sebebiyle hasta olanlar yardım alamamakta ve danışmaktan çekinmektedirler (Erkmen Uyar & Türkay, 2005).

Fekal inkontinans, barsak içeriğinin (gaz, sıvı veya katı) uyanık yada uyku halinde istemsiz kaçırılması ile oluşan sosyal, hijyenik, psikolojik ve maddi sonuçlar doğuran bir problem olarak tanımlayabiliriz (Norton, 2008).

Whitehead ve ark. fekal inkontinans, mukus, sıvı ve katı dışkı kaçırma olarak tanımlarken bu dışkının niteliği ve olayın sıklığı değerlendiren çeşitli tanımlamalar bulunduğunu belirtmektedir (Whitehead ve ark., 2009).

Literatürde fekal inkontinansın tanımında bir netlik yoktur. Farklı şekillerde tanımlanmıştır. Uluslararası Kontinans Topluluğu (International Continence Society- ICS) fekal inkontinans 'istemsiz olarak katı ya da sıvı dışkı kaçırılması ile oluşan sosyal ve hijyenik problem' ve anal inkontinans ise 'istemsiz gaz kaçırma' olarak tanımlar (Abrams ve ark., 2010).

Ditah ve arkadaşlarının prevalans çalışmasında fekal inkontinans tekrarlayan fekal materyalin istemsiz çıkışı ve barsak içeriklerinin atımında kontrol kaybı olarak tanım esas alınmıştır (Ditah ve ark., 2014).

Fekal inkontinans 'barsak içeriğinin uygun zaman ve uygun yerde, anal yoldan çıkışının kontrol edilememesi olarak tanımlanması uygundur (Bulut, 2011).

Üç farklı tipte tanımlanmıştır:

- **Pasif İnkontinans:** Gaz veya feçesin farkında olmadan anal çıkışı için kullanılan tanımdır.
- **Fekal Urge İnkontinans:** Fekal materyallerin bağırsakta tutmaya çabalanmasına rağmen anal kaçaklar için kullanılan tanımdır.
- **Fekal Sızıntı:** Farkında olmadan fekal içerik çıkarma veya normal dışkılama sonrası çamaşırdaki kirlenme için kullanılan tanımlamadır (Erkmen Uyar & Türkay, 2005).

2.5. Fekal İnkontinansın Prevalansı

Tanımlanmasındaki farklılık gibi, çalışmalarda farklı grupların ele alınışı ve değerlendirme şekillerindeki çeşitlilik yüzünden de prevalans çalışmalarında tam olarak netlik yoktur.

Yetişkin bireylerde cinsiyete özel olmadan prevalansı %2'den %24'e varan değişik sonuçlarda bulunurken, yaşlı bakım merkezlerinde %50 ye varan sonuçlar görülmektedir (C. Norton, 2007).

2.6. Fekal İnkontinansın Etiyolojisi

Kontinansın korunması ve defekasyonun sağlanması, anal sfinkterlerin yapısal ve fonksiyonel bütünlüğü, pelvik taban kaslarının, rektal komplians, otonom ve santral sinir sisteminin fonksiyonlarının normal çalışması ve normal dışkı niteliği ile oluşur. Fekal inkontinans çok değişik durumlarda karşımıza bir belirti olarak çıkabilmektedir (Bulut, 2011; N. J. Norton, 2007).

Fekal inkontinansın en yaygın sebepleri uzamış doğum eylemlerinin oluşturduğu travmalar, önceki anorektal cerrahi komplikasyonları, bozulmuş bağırsak alışkanlıkları ve kostipasyonlardır. Birden fazla hastalık ve risk faktörü varlığında fekal inkontinansın asıl sebebi tam olarak belirlenemeyebilir (Solans-Domenech, Sanchez, and Espuna-Pons (2010).

Tablo 2-1:Obstetrik Kaynaklı Olmayan Fekal İnkontinans Sebepleri (Cook & Mortensen, 1998)

• Normal sfinkter mekanizması varlığında inkontinans
o Diyare
o Fekal impakt
o Zayıf rektal komplians
▪ İnflamatuvar barsak hastalığı
▪ Rektal tümörler
▪ Dışsal baskılar
o Fistüller
o Demans
• Anormal sfinkter mekanizması varlığında inkontinans
o Direkt sfinkter yaralanmaları
▪ Ameliyat kaynaklı
▪ Travma kaynaklı
o Sfinkter neuropati
▪ Üst motor nöron lezyonları
• Serebral (tumor, stroke, trauma)
• Spinal (demyelination, tumour)
▪ Alt motor neurone lezyonları
o Cauda equina lezyonları
o Diyabet
o Pelvik tümörler
o Demyelinasyon
o Konjenital anomaliler
o Rektal prolapsus

2.7. Fekal İnkontinansın Değerlendirilmesi

2.7.1. Anamnez ve Fekal Günlük

Hasta ile güven verici, iyi bir ilişki kurulmalıdır. Mahremiyetinin sağlanarak soruları rahatça cevaplaması sağlanmalıdır.

Mental durumu değerlendirilir. Mental problemi olmayan hastalarda inkontinansın süresi, sıklığı ve inkontinans sırasındaki farkındalık durumu ile fekal inkontinansın özelliği (sıvı, katı, gaz veya mukus) sorgulanır.

Fonksiyonel durum değerlendirmesi için detaylı obstetrik anamnezi ve ayrıntılı medikal durum bilgileri öğrenilmelidir. Kullanılan ilaçlar ve geçirilmiş kazalar mutlaka araştırılmalı ve dikkate alınmalıdır.

İnkontinansın şiddeti ve yaşam kalitesine etkisi değerlendirilebilmek için hastadan detaylı fekal günlük tutması istenir. Bu günlük ile günlük ped sayısı, gaita formu, inkontinansa eşlik eden diyet faktörleri ve inflamatuvar bağırsak problemleri gibi altta yatan tetikleyici problemler de tespit edilmelidir (Heymen, Jones, Ringel, Scarlett, & Whitehead, 2001).

2.7.2. Fizik Muayene ve Tanısal Testler

Digital rektal muayene ile istirahat halindeki anal sfinkter tonüsü, kanal uzunluğu, kas bütünlüğü ie gücü, perine elevasyonu ve anorektal açı değerlendirilir (Bulut, 2011).

Fekal inkontinansın değerlendirilmesinde pek çok tanısal test vardır. Etyolojik faktörler göz önüne alınarak birbirini tamamlayan testler seçilir.

2.7.2.1. Anal Manometre:

Anal manometre ile anal sfinkter sıkma ve istirahat halindeki basınçları objektif ölçümü için kullanılır. Rektuma yerleştirilen balonlu bir katater ile rektal duyum ve kompliansı(uygunluğu) değerlendirilir. İlk defekasyon ihtiyacı hissedilen volüm ve sonrasında ağrı duyduğu an ile maksimum tolere kapasitesi belirlenir. Bu basınç değeri rektal komplianstır (Bulut, 2011).

2.7.2.2. Pudental Sinir Terminal Latansı

Pudental sinirin bitim kısmının fonksiyonel bütünlük değerlendirmesi için kullanılır. Nöropatiyi ekarte etmek için kullanılır (Bulut, 2011).

2.7.2.3. Anal Ultrasonografi (Endorektal (ERUS) ve Endoanal (EAUS))

Internal ve eksternal anal sfinkter kasların yapısal değerlendirilmesinde en çok kullanılan basit ve ucuz bir yöntemdir. Skar yapıları, kas kaybı, anal cinsel süistimal, anal gerilme veya skleroza bağlı dejenerasyonları

değerlendirmede tercih edilir (Abrams ve ark., 2010; Allison, 2010; Carter, 2014; Cook & Mortensen, 1998; Nyangoh Timoh ve ark., 2015; Rudakov, Lyadov, Shapovalenko, & Rudakov, 2014).

ERUS'ta rektum duvar katları 5 farklı yoğunluk ile belirlenir. Ultrason probu ile yukarıdan anal kanala doğru çekilerek tüm rektum ve komşu yapılar incelenir. EAUS için ultrason probu üzerine sert bir plastik koruyucu geçirilir ve anal kanala ilerletilir. Plastik kılıfın içi su ile doldurulur, 360 derece döner başlık çalıştırılır ve kanalı çevreleyen kas yapısı, yağ dokusu anal kanal boyunca değerlendirilir (Buğra, 2010).

2.7.2.4. Defekografi

Opak maddenin rektuma verilmesi ile yapılan görüntüleme testidir. İstirahat halindeki anorektal açığı, rektosel varlığı, sıkışma hissi, öksürme gibi durumlarda kaçak varlığı ve defekasyon sırasında pelvik kas yapılarının açığı değerlendirilmesine yarar. Açısı genişledikçe inkontinans şiddeti artar (Bulut, 2011).

2.7.2.5. Manyetik Rezonans Görüntüleme ve Bilgisayarlı Tomografi

MRI radyasyonsuz gerçek zamanlı pelvik değerlendirme yapılabilmesi yönünden avantajlıdır. Endoanal MRI da ultrason jeli rektuma doldurulur. Anorektal yapılar uzanırken veya otururken dışkılaması istenerek detaylı görüntüleme sağlar (Abrams ve ark., 2010; Allison, 2010; Carter, 2014; Cook & Mortensen, 1998; Nyangoh Timoh ve ark., 2015; Rudakov ve ark., 2014).

2.8. Fekal İnkontinansın Tedavi ve Bakımı

Tedavi seçiminde amaç kontinansın tekrar sağlanması ve /veya şikayetlerin şiddetinin azaltılarak hasta yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Cerrahi tercihlerin seçiminden önce ve sonra destekleyici özel tedaviler hastaya mutlaka önerilmelidir (Erkmen Uyar & Türkay, 2005; Longstreth ve ark., 2006).

2.8.1. Akupunktur

Geleneksel Çin tıbbında geliştirilmiş Akupunktur da son yıllarda pelvik taban disfonksiyon durumunda değerli bir tedavi yöntemi olarak kabul görmektedir.

Franco ve arkadaşlarının 2016 da yaptıkları bir çalışmada fekal inkontinans tanısı olan 18 yetişkinin (2 erkek ve 16 kadın) 10 hafta boyunca akupunktur iğneleri ile aldığı tedavi öncesi ve sonrası Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Formu ile değerlendirilmiş. 10 seanslık tedavi sonrası belirgin olarak iyileşme göstermişlerdir. Çalışma sonucu olarak fekal inkontinanslı hastaların yaşam kalitesinde iyileşme olacağını göstermişlerdir (Franco, Agulhona, Vianib, & Viebigc, 2016).

2.8.2. Pelvik Kas Egzersizleri ve Biofeedback Tedavisi

Non invazif ve ekonomik bir yöntemdir. Hasta pelvik taban kasları kasarak kendi kendine de yapabilir. Monometri ve elektromyografi yardımı ile kas farkındalığı sağlanabilir. Bilinci kapalı olan hastalarda da uygundur. Biyofeedback ile kas gücü ve koordinasyonu geliştirilir. Anorektal duyusal algı artırılır.

Hasta mahremiyetinin sağlandığı bir odada yatırılarak Biyofeedback anal prop yerleştirilerek her gün 2 saat sıkma -gevşeme şeklinde pelvik taban kaslarının çalıştırılması sağlanır(Heymen ve ark., 2001).

2.8.3. Diyet Değişiklikleri ve İlaç Tedavisi

Diyet değişiklikleri hafif olgularda çözüm sağlar. Kronik konstipasyon durumlarında lifli gıdaların alımının artırılması fekal tıkaç ve dışkılama zorluklarını düzeltir. Diyare tablolarında ise kişiye özel programlar oluşturularak diyare olmayı tetikleyen gıdalar kısıtlanır (Heymen, Jones, Ringel, Scarlett, & Whitehead, 2001; Naimy ve ark., 2007).

Farklı mekanizmalara sahip birçok farmakolojik tedavi opsiyonu vardır. Loperamid, Atropin, Kodein Kolestramin, Östrojen, Fenillefrin ve Sodyum Valproat kullanılan farmakolojik alternatiflerdir.

2.8.4. Elektrostimülasyon

Anal sfinkterin gevşek olduğu durumlarda uygulanır. Cerrahi tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme amaçlı da uygulanabilir. Daha az invaziv olduğu için yaygın olarak tercih edilir. Sakral foraminalara yerleştirilen elektrodlar yardımıyla S2, S3veya S4 köklerinin stimülasyonu sağlanır. 1 haftadan 1 aya kadar sürebilen tedavi kontinansın sağlanmasında ciddi fark oluşturur (Heymen, Jones, Ringel, Scarlett, & Whitehead, 2001; Naimy ve ark., 2007).

Tibial sinirin uyarılmasının da belirgin etki sağladığını iddia eden güncel çalışmalar vardır (Allahdin, Oo, & Jones, 2011).

2.8.5. Radyofrekans Uygulaması (SECCA)

Özel bir anoskop ile iğne elektrodları anal kanalın submukozal radyofekans enerji verilmesi yöntemidir. (SECCA sistemi; Curon Medical Inc., USA) Rektal duyarlılığı artırarak kontinansı düzeltmeye yardımcı olur (Bulut, 2011; Carter, 2014; Healy, O'Herlihy, O'Brien, O'Connell, & Jones, 2008; Heymen ve ark., 2001; Naimy ve ark., 2007).

2.8.6. Dolgu Maddesi Enjeksiyonu

Biyouyumluluğu olan materyallerin perianal enjeksiyonu ile uygulanan tedavi yöntemidir. Otolog yağ, kollajen silikon, hayvansal olmayan hyalüranik asitle stabilise edilmiş dekstromer gibi çeşitli maddeler

deneysel olarak fekal inkontinanslı hastalarda invaziv yöntemlere nazaran uzun dönemde aynı sonuçlar alınmaktadır. Güncel çalışmalarda kök hücre uygulamaları eklenmiştir (Cook & Mortensen, 1998; Meyer & Richter, 2014; Newman, 2009; Rudakov ve ark., 2014; Sarveazad ve ark., 2017).

2.8.7. Cerrahi Yöntemler

- Primer Tamir
- Postanal Tamir
- Dinamik Grasiloplasti
- Gluteus Maksimus Transpozisyonu
- Yapay Sfinkter
- Total Pelvik Taban Tamiri
- Rektosigmoidektomi
- Antegrad Lavman (Malone Yöntemi)
- Kolostomi

Fekal inkontinansın çok çeşitli sayıda nedeni vardır. Çok ağır vakalar dışında cerrahi uygulamaların uzun dönemde etkisiz olduğu, problemlerin ve şiddetinin artarak tekrarladığı görülmüştür (Bulut, 2011; Eason, Labrecque, Marcoux, & Mondor, 2002; Glasgow & Lowry, 2012; Longstreth ve ark., 2006; Rothbarth ve ark., 2000a; Rothbarth ve ark., 2000b).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışmada İstanbul ilinde yaşayan gebelerin fekal inkontinans prevalansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

3.1.2. Araştırma Soruları

- 1) İstanbul'daki gebelerin fekal (katı, sıvı, gaz) inkontinans prevalansı nedir?
- 2) İstanbul'daki gebelerin fekal inkontinans sıklığını arttıran faktörleri nelerdir?
- 3) İstanbul'daki gebelerin fekal inkontinans varlığında birlikte görülen problemler nelerdir?
- 4) İstanbul'daki gebelerin daha önceki doğum şekli ve travmaları inkontinans sıklığını etkiler mi?
- 5) İstanbul'daki gebelerin fekal inkontinansın varlığı halinde risk faktörlerinin arasında ilişki var mıdır?

3.1.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

3.1.3.1. Araştırmanın Evreni

İstanbul ilinde yaşayan kadınlar çalışmanın evreni kabul edilmiştir.

TÜİK'in "Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2011" verileri esas alınarak toplam evren 6.708.450 olarak belirlenmiştir. (TÜİK-2011, 2011).

3.1.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma problemi olan fekal inkontinans daha önce ülkemizde gebelerde çalışılmamıştır. Örnek araştırmalar incelendiğinde incelenecek konunun tüm toplumda görülme sıklığının %2-3 civarında olduğu görülmüştür. $P = 0,03 \pm 0,01$ ($\alpha=0,05$ için)

%95 güven aralığında $CI = 0,02 \pm 0,04$ olarak belirlenmiş ve örneklem için $n=1119$ gebe kadın ile görüşülmesi kararlaştırılmıştır.

Gebelere ulaşmak için İstanbul ili, İlçe Merkez Aile Sağlığı Merkezleri (ASM'leri) seçilmiştir. İlçe ASM'lerinin adında merkez ifadesi olmadığı durumlarda ilçeyi temsil edecek ASM kura yöntemi ile seçilmiştir. Toplam 39 ASM belirlenmiştir. Çalışmanın yapılacağı ASM'ler Tablo.3-1'de verilmiştir.

İstanbul ili dahilinde gebe kadın sayısı belirlenemeyeceğinden örneklem alınacak gebeler, toplam kadın nüfusunun ilçe bazındaki nüfus yoğunluğuna göre her ilçeden tabakalı olarak seçilerek, belirlenmiş denek sayıları hesaplaması Tablo.3-2'de verilmiştir.

Her ilçenin kadın nüfusu il nüfusu ile oranlanarak hesaplanan örneklemde kaç gebenin o ilçeden alınması gerektiği tabakalanmış olup, kusurlu çıkan her sayı için yukarı yuvarlama işlemi yapılmış ve bu işlemler sonucu örneklem sayımız artmış $n=1140$ gebe kadın ile görüşülmesine karar verilmiştir.

Tablo 3-1: Çalışmanın Yapılacağı Aile Sağlığı Merkezlerinin Adları ve Alınacak Denek Sayıları

İlçe Adı	Aile Sağlığı Merkezinin Adı	Çalışmaya Alınacak Gebe Sayısı
Adalar	Büyükdada Merkez ASM	2
Arnavutköy	Arnavutköy Merkez ASM	16
Ataşehir	Ataşehir ASM	33
Avcılar	Merkez ASM	32
Bağcılar	Merkez ASM	62
Bahçelievler	Merkez ASM	51
Bakırköy	Merkez ASM	20
Başakşehir	Bahçeşehir Merkez ASM	24
Bayrampaşa	Merkez ASM	23
Beşiktaş	Merkez ASM	17
Beykoz	Beykoz Merkez ASM	19
Beylikdüzü	Beylikdüzü 80.Yıl ASM	19
Beyoğlu	Merkez ASM	21
Büyük çekmece	Büyük Çekmece Merkez ASM	17
Çatalca	Merkez 1 No'lu ASM	3
Çekmeköy	Çekmeköy 1 No'lu ASM	15
Esenler	Fatih ASM	38
Esenyurt	Esenyurt Merkez ASM	41
Eyüp	Merkez ASM	29
Fatih	Fatih Merkez ASM	37
Gaziosmanpaşa	Merkez ASM	40
Güngören	Merkez ASM	26
Kadıköy	Merkez ASM	48
Kağıthane	Merkez ASM	35
Kartal	Merkez ASM	37
Küçük çekmece	Cumhuriyet ASM	59
Maltepe	Altayçeşme ASM	38
Pendik	Fevzi Çakmak ASM	50
Sancaktepe	Sarıgazi ASM	22
Sarıyer	Sarıyer Merkez ASM	22
Silivri	Merkez 1 Nolu ASM	11
Sultanbeyli	Merkez ASM	25
Sultangazi	Esentepe ASM	40
Şile	Merkez ASM	2
Şişli	Merkez ASM	28
Tuzla	Merkez ASM	16
Ümraniye	Merkez ASM	52
Üsküdar	Merkez ASM	45
Zeytinburnu	Beştelsiz (Merkez) ASM	25
Toplam	39 ASM	1140 gebe

Tablo 3-2 İstanbul İline Ait İlçelerden Nüfus Yoğunluklarına Göre Tabakalı Örneklem Hesaplanması ve İlçelerde Örneklem Alınacak Gebe Sayıları

İlçe Adı Ve Gebe Sayısı	İlçe Kadın Nüfusu/İl	İlçe Adı Ve Gebe Sayısı	İlçe Kadın Nüfusu/İl	İlçe Adı Ve Gebe Sayısı	İlçe Kadın Nüfusu/İl	İlçe Adı Ve Gebe Sayısı	İlçe Kadın Nüfusu/İl	İlçe Adı Ve Gebe Sayısı	İlçe Kadın Nüfusu/İl
Adalar=2	(6579/6708450=0,001) 0,001*1119=1,119 ≈2	Bayrampaşa=23	(133360/6708450=0,0199) 0,0199*1119=22,2681 ≈23	Esenler=38	(225220/6708450=0,0336) 0,0336*1119=37,598 ≈38	Kartal=37	(220557/6708450=0,0329) 0,0329*1119=36,8151 ≈37	Sultangazi=40	(234754/6708450=0,035) 0,035*1119=39,165 ≈40
Arnavutköy=16	(92391/6708450=0,0138) 0,013*1119=15,4422 ≈16	Beşiktaş=17	(99441/6708450=0,0148) 0,0148*1119=16,5612 ≈17	Esenyurt=41	(243234/6708450=0,0363) 0,0363*1119=40,6197 ≈41	Kültürköy=59	(353750/6708450=0,0527) 0,0527*1119=58,9713 ≈59	Şile=2	(6180/6708450=0,0009) 0,0009*1119=1,0071 ≈2
Aşağısarıyer=33	(195051/6708450=0,0291) 0,0291*1119=32,5629 ≈33	Beşiktaş=19	(110566/6708450=0,0165) 0,0165*1119=18,4635 ≈19	Eyüp=29	(168453/6708450=0,0251) 0,0251*1119=28,0869 ≈29	Maltepe=38	(226331/6708450=0,0337) 0,0337*1119=37,7103 ≈38	Şişli=28	(162392/6708450=0,0242) 0,0242*1119=27,0798 ≈28
Arslanbey=32	(190609/6708450=0,0284) 0,0284*1119=31,7796 ≈32	Beşiktaş=19	(110681/6708450=0,0165) 0,0165*1119=18,4635 ≈19	Fatih=37	(216457/6708450=0,0323) 0,0323*1119=36,1437 ≈37	Pendik=50	(298274/6708450=0,0445) 0,0445*1119=49,7955 ≈50	Tuzla=16	(93291/6708450=0,0139) 0,0139*1119=15,5541 ≈16
Bağcılar=62	(366563/6708450=0,0546) 0,0546*1119=61,0974 ≈62	Beyoğlu=21	(121738/6708450=0,0181) 0,0181*1119=20,2339 ≈21	Gaziosmanpaşa=40	(239542/6708450=0,0357) 0,0357*1119=39,9483 ≈40	Sancaktepe=22	(129780/6708450=0,0193) 0,0193*1119=21,5967 ≈22	Ümraniye=52	(311347/6708450=0,0464) 0,0464*1119=51,9216 ≈52
Bahçeşehir=51	(299632/6708450=0,0447) 0,0447*1119=50,0193 ≈51	Büyükdere=17	(96054/6708450=0,0143) 0,0143*1119=16,0017 ≈17	Güngören=26	(154413/6708450=0,023) 0,023*1119=25,737 ≈26	Sarıyer=22	(127401/6708450=0,019) 0,019*1119=21,261 ≈22	Üsküdar=45	(269399/6708450=0,0402) 0,0402*1119=44,9838 ≈45
Bakırköy=20	(116131/6708450=0,0173) 0,0173*1119=19,3587 ≈20	Çatalca=3	(17655/6708450=0,0026) 0,0026*1119=2,9094 ≈3	Kadıköy=48	(287240/6708450=0,0428) 0,0428*1119=47,8932 ≈48	Silivri=11	(60078/6708450=0,009) 0,009*1119=10,071 ≈11	Zeytinburnu=25	(145512/6708450=0,0217) 0,0217*1119=24,2823 ≈25
Başakşehir=24	(138949/6708450=0,0207) 207*1119=23,1633 ≈24	Çekirgeköy=15	(87487/6708450=0,013) 0,013*1119=14,547 ≈15	Kağıthane=35	(207165/6708450=0,0309) 0,0309*1119=34,5771 ≈35	Sultanbeyli=25	(144793/6708450=0,0216) 0,0216*1119=24,1704 ≈25	Toplam	1140 gebe

- **Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- Gönüllü olması,
- 15-45 yaş arasında olması,
- Okur yazar olması,
- Gebe olması,
- Soruları cevaplayabilmesi olarak kararlaştırılmıştır.

- **Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri**

- Araştırmaya dahil olmak istememesi,
- Soruların hepsine cevap vermemesi,
- Okur yazar olmaması,
- Soruları kavrayamaması olarak kararlaştırılmıştır.

3.1.4. Araştırmada kullanılacak veri toplama araçları /verilerin toplanması

Her ilçenin belirlenmiş ASM'sinde, örnekleme seçilmiş gebe sayısı kotası tamamlanana kadar rasgele gönüllü olan gebelere dair veriler araştırmacının geliştirdiği “Gebelikte Fekal İnkontinans Tanılama Formu” yanında “Bristol Görsel Feçes Skalası” ve “Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası” yapılanmış görüşme yöntemi kullanılarak toplanacaktır.

3.1.4.1.Gebelikte Fekal İnkontinans Tanılama Formu

Araştırmacının Literatür doğrultusunda geliştirdiği tanılama formudur. Altı bölümden oluşan soru formunda veriler;

- Sosyo-demografik özellikler
- Sağlık öyküsü ve alışkanlıkları
- Obstetrik öyküsü
- Normal dışkılama alışkanlıkları
- Dışkılama sorunları risk değerlendirmesi ve ilişkili durumları
- Dışkılama sorunlarının değerlendirilmesi olarak gruplanarak incelenmiştir.

3.1.4.2.Bristol Görsel Feçes Skalası



Şekil 3.1 : Bristol Görsel Feçes Skalası

Şekil 3.1’de Bristol Görsel Feçes Skalası verilmiştir. Görsellerden seçim yapan katılımcıların dışkılama tarzlarını belirlemek ve daha objektif tanılama için kullanılmaktadır. Dışkılama tarzlarının genel olarak nasıl olduğu sorularak görsellerden seçmeleri istenir.

Bristol Görsel Feçes Skalasında;

- Tip 1 ve Tip 2’yi seçen bireylerde konstipasyon bulgusu kabul edilir.
- Tip 3, Tip 4 ve Tip 5 problemsiz dışkılamayı ifade eder.
- Tip 6 ve Tip 7 ise diyare bulgusu olarak kabul edilir.

3.1.4.3.Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası

	Hiçbir Zaman	<Ayda 1	Haftada <1- Ayda 1 <	Günde <1- Haftada 1 <	Günde 1≤
Katı İnkontinans	0	1	2	3	4
Sıvı İnkontinans	0	1	2	3	4
Gaz İnkontinans	0	1	2	3	4
Ped Gereksinimi	0	1	2	3	4
Yasam Tarzı Değişiklikleri	0	1	2	3	4

Şekil 3.2: Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası (0 Puan=mükemmel, 20 puan =Tam İnkontinans)

Şekil 3.2’de Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası verilmiştir. Araştırmacı görüşme sırasında katılımcıların dışkılama tarzlarını belirlemek ve daha objektif tanılama inkontinans türüne özel skala derecelerinden seçtirilerek 0 ila 20 arası bir toplam puan belirler. **0 Puan=mükemmel, 20 puan =Tam İnkontinans** olarak kabul edilir.

3.1.5. Verilerin Toplanması İçin Alınan Etik Kurul Kararları ve İzinler

İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 28.12.2012 tarihinde onaylanmış olup, tez projesi ve etik kurul kararı ile İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne çalışma için izin başvurusunda bulunulmuştur.

İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından oluşturulan protokol 29.03.2013 tarinde onay almıştır.

3.1.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS For Windows 20.0 Paket Programı (Statistical Package For The Social Sciences) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma) yanı sıra, grupların benzerliğinin analizinde ve ikili grup karşılaştırmalarında bağımsız gruplarda T-Testi, tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılmasındaki Ki-kare analizi, gruplar arasındaki çoklu karşılaştırma analizleri için Lojistik Regresyon analizi kullanılmıştır.

3.2. Çalışmanın sınırlılıkları

- Literatürde Fekal İnkontinans tanılanmasındaki kapsam ve yöntemlerinde çeşitlilik ve prevalans çalışmalarının da belirsizlikler yüzünden prevalansı öngörmek için yapılan Power Analizin değerlendirilmesi için Avrupa ve ABD kaynaklı çalışmaların sıklık değerlendirilmesinin baz alınmış olması,
- Gebelerde fiziksel muayene iznimiz olmadığından dolayı fekal inkontinans konusunu utanmadan dolayı beyan etmeyen gebe olasılığı,
- Araştırmanın sonuçlarının sadece yapıldığı grup için genellenebilir olması,
- Araştırmanın sadece Aile Sağlığı Merkezleri odaklı yürütülmüş olması, çalışmamızın sınırlılıklarıdır.

4. AKIŞ ŞEMASI

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırma gebelerde fekal inkontinans sıklığını ve risk faktörlerini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Araştırmanın Türü:

İstanbul ilinde yaşayan gebeleri temsil edecek bir sıklık ve risk belirleme çalışmasıdır.

Araştırmanın Evreni:

İstanbul ilinde yaşayan kadınlar çalışmanın evreni kabul edilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK-2011) "Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2011" verileri esas alınarak toplam evren 6.708.450 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Örneklemi:

Araştırmada; $P = 0,03 \pm 0,01$ ($\alpha = 0,05$ için) %95 güven aralığında $CI = 0,02 \pm 0,04$ olarak belirlenmiş ve örneklem için $n = 1119$ gebe kadın ile görüşülmesi planlanmış, tabakalı örneklem hesabı sonrasında gebe sayısı $n = 1140$ olarak karar verilmiştir.

Veri Toplama Yöntemi

Her ilçenin belirlenmiş ASM 'sinde, örneklem seçilmiş gebe sayısı kotası tamamlanıncaya dek rasgele gönüllü olan gebelere dair veriler araştırmacının geliştirdiği Gebelikte Fekal İnkontinans Tanılama Formu yanında Bristol Görsel Feçes Skalası ve Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanılarak toplanılmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Gönüllü olması
- 15-45 yaş arasında olma
- Okur yazar olma
- Gebe olması
- Soruları cevaplayabilmesi olarak kararlaştırılmıştır

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Araştırmaya dahil olmak istememe
- Soruların hepsine cevap vermeme
- Okur yazar olmaması
- Soruları kavrayamaması olarak kararlaştırılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 20.0 paket programı (Statistical Package for The Social Sciences) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma) yanı sıra, grupların benzerliğinin analizinde ve ikili grup karşılaştırmalarında bağımsız gruplarda T-Testi, tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılmasında Ki Kare analizi ve Logistic Regresyon analizi kullanılmıştır.

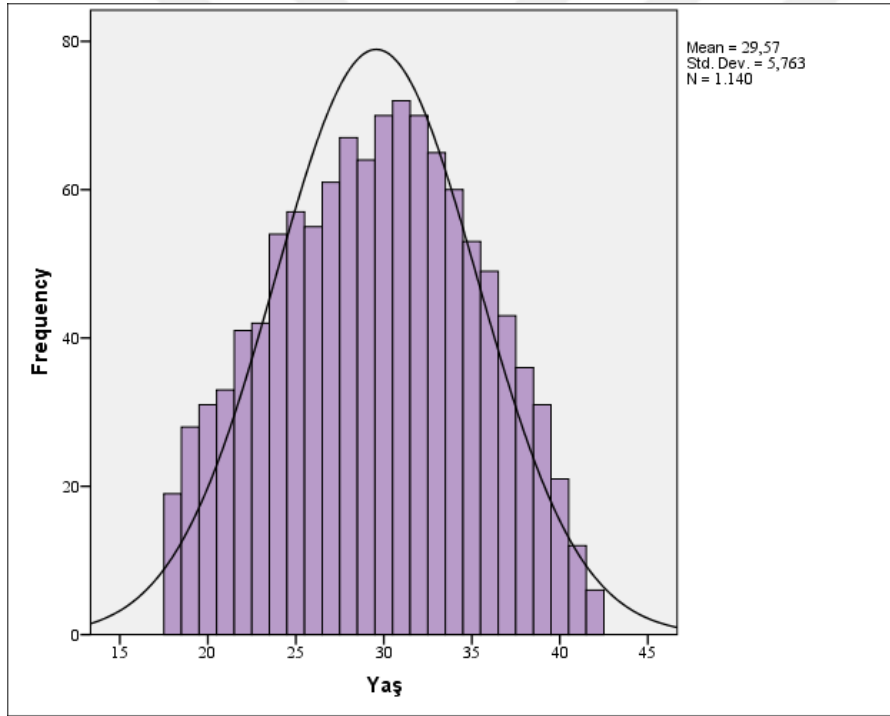
5. BULGULAR

Çalışmada elde edilen bulgular 4 bölüm halinde sunulmuştur.

1. Gebelerin demografik özelliklerine ilişkin bulgular
2. Gebelerin obstetrik hikayeleri ile ilgili bulgular
3. Gebelerin dışkılama alışkanlıklarına ve yaşadıkları sorunlara dair bulgular
4. Gebelerin farklı özelliklerinin, inkontinans durumu ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

5.1. Gebelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmada yer alan gebelerin sosyo-demografik özellikleri, geçirilmiş ameliyat öyküsü, devam eden sağlık sorunları, diyet ve ilaç gereksinimleri verilmiştir.



Şekil. 5.1:Gebelerin Yaş Dağılımları

Çalışmada örnekleme seçilen gebelerin yaş dağılımlarının normal dağılıma uyduğunu gösterir histogram grafiği Şekil. 5.1’de verilmiştir.

Gebelerin yaş ortalaması $29,57 \pm 5,763$ (median değeri=30, mode değeri=31) olarak bulunmuştur.

Tablo. 5-1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikleri		n	%
Yaş Grupları	18-19	47	4,1
	20-29	505	44,3
	30-39	549	48,2
	40 ve Üstü	39	3,4
Eğitim Düzeyi	Okur Yazar Değil	28	2,5
	Okur Yazar	40	3,5
	İlköğretim	101	8,9
	Orta Öğretim	254	22,3
	Lise	479	42,0
	Üniversite ve Üzeri	238	20,9
Sosyoekonomik Durum	Geliri Giderinden Az	140	12,3
	Geliri Giderine Denk	701	61,5
	Geliri Giderinden Fazla	299	26,2
Çalışma Durumu (Çalışan toplam n=447, %39,2)	Ev Hanımı	693	60,8
	İşçi	335	29,4
	Memur	112	9,8
Toplam Gebe		1140	100

Tablo.5-1’de gebelerinin yaş grupları, meslek, eğitim durumu ve sosyoekonomik durumlarına ilişkin dağılımlar görülmektedir.

Gebelerin %4,1’i (n=47) 18-20 yaş aralığında, %44,3’ü (n=505) 20-29 yaş aralığında, %48,2’si (n=549) 30-39 yaş aralığında olup, %3,4’ ise (n=39) 40 yaş ve üzerindedir.

Eğitim düzeylerine bakıldığında gebelerin %2,5’i (n= 28) okur yazar değildir. Okur yazar olduğunu belirten gebeler %3,5’i (n=40) iken, araştırmaya katılan gebelerin %8,9’u (n=101) ilköğretim, %22,3’ü (n=254) ortaöğretim, %42’si (n=479) lise mezunu olduğunu belirtmiştir. Gebelerin %20,9’u (n= 238) üniversite ve üzeri eğitim aldığı görülmüştür.

Sosyo-ekonomik durumları sorulduğunda gebelerin %12,3’ü (n=140) gelirinin giderinden az olduğunu, %61,5’i (n=701) gelirinin giderine denk olduğunu, %26,2’si (n=299) ise gelirinin giderinden daha fazla olduğunu söylemiştir.

Gebelerin %100'ü (n=1140) evli ve İstanbul ilinde ikamet etmektedirler.

Çalışma durumları incelendiğinde gebelerin %60,8'i (n=693) ev hanımı iken, %29,4'ü işçi olarak, %9,8'i ise memur olarak çalıştığı görülmüştür. Çalışan toplam gebe kadın n=447(%39,2) olarak bulunmuştur (Tablo.5.1).

Tablo. 5-2:Gebelerin Dışkılamayı Uyarıcı Madde Tüketim Aışkanlığı

Uyarıcı madde tüketim alışkanlığı		n	%
Alkol	Kullanmıyor	1.099	96,4
	Sosyal içici (ayda 1 ya da daha az)	41	3,6
Çay/kahve	Günde 5'ten az	688	60,4
	Günde 6-10 bardak	452	39,6
Sigara	Kullanmıyor	1.005	88,2
	Kullanıyor	135	11,8
Toplam Gebe		1140	100

Tablo.5-2'de gebelerinin bağımlılık yapabilen madde kullanım durumlarına ilişkin dağılımlar görülmektedir.

Gebelerin alkol kullanımı sorgulandığında %3,6'sı (n=41) sosyal içici olarak kullandığını (ayda 1 ya da daha az), %96,4'ü (n=1099) ise hiç kullanmadığını belirtmiştir.

Gebelerin kafein/tein kullanımı sorgulandığında %39,6'sı (n=452) günde 6-10 bardak civarında, %60,4'ü (n=688) ise günde 5 bardaktan daha az kahve veya çay tükettiği ifade edilmiştir.

Gebelerin sigara kullanımına baktığımızda %11,8'i (n=135) ise sigara kullandığını, %88,2'si ise (n=1005) hiç sigara kullanmadıklarını belirtmiştir.

Tablo. 5-3:Gebelerin Kronik Sağlık Sorunları

Sağlık Sorunu	n	%
Yok	1.037	91,0
Var (n=103)		
Hipertansiyon	37	3,2
Diyabet	34	3,0
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	7	0,6
Solunum Sistem Hastalıkları	3	0,3
CYBE	5	0,4
Hipotroidi/ Hipertroidi	7	0,6
Depresyon	10	0,9
Toplam Gebe	1140	100

Tablo. 5-3'te gebelerin var olan kronik sağlık problemleri sorulduğunda verilen cevaplar gösterilmiştir. Gebelerin %91'inin (n=1037) kronik sağlık sorununun olmadığı görülmüştür.

Var olan kronik sağlık problemleri sorgulandığında %3,2'sinin (n=37) hipertansiyon, %3'ünün (n=34) diyabet, %0,6'sının (n=7) gastrointestinal sistem hastalıkları, %0,3'ünün (n=3) solunum sistem hastalıkları, %0,4'ünün (n=3) CYBE, %0,6'sının (n=7) hipotroidi/hipertroidi, %0,9'unun (n=10) ise depresyon hikayesi olduğu gebelerden öğrenilmiştir.

Gebelerin %6,1'inin (n=69) bir kronik sağlık sorununa bağlı olarak diyet gereksinimi olduğu ve yine %8,4'ünün (n=96) bir kronik sağlık sorununa bağlı olarak ilaç gereksinimi olduğu, %0,9'unun (n=10) ise halen antidepresan kullandığı bilgisi edinilmiştir.

Sezeryan dışında geçirilmiş ameliyat hikayesi varlığı sorgulandığında %0,4'ünün (n=5) safra taşı, apandisit, rinoplasti, kırık ameliyatları gibi perineal alan dışı ameliyatlara geçirdiği, %0,5'inin ise (n=6) hemoroid ameliyatı hikayesi olduğu gebelerden öğrenilmiştir.

5.2. Gebelerin Obstetrik Öykülerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya alınan gebelerin şimdiki ve daha önceki gebeliklerine ilişkin obstetrik öyküsü ele alınmıştır.

Tablo. 5-4:Gebelerin Obstetrik Bulguları

Obstetrik Öykü		n	%
Gebelik Sayısı	1	515	45,2
	2	385	33,8
	3	206	18,1
	4	26	2,3
	5	8	0,7
Doğum Sayısı	0	571	50,1
	1	397	34,8
	2	160	14,0
	3	11	1,0
	4	1	0,1
Önceki Doğum Şekli	Doğum yok	571	50,1
	Vajinal Doğum	315	27,6
	Sezaryen Doğum	254	22,3
Toplam Gebe		1140	100

Çalışmaya katılan gebelerin gebelik ve doğum sayıları ile önceki doğum şekilleri Tablo.5-4'te verilmiştir.

Araştırmaya katılanların gebelik sayısı ortalama $1,8 \pm 0,86$ iken doğum sayısı ortalama $0,66 \pm 0,75$ 'tir.

Araştırmaya katılanların gebelik sayıları sorulduğunda %45,2'si (n=515) bir gebelik, %33,8'i (n=385) iki gebelik, %18,1'i (n=206) üç gebelik, %2,3'ü (n=26) dört gebelik ve %0,7'si (n=8) beş gebelik yaşadığını ifade etmiştir.

Gebelerin %50,1'i (n=571) hiç doğum yapmamış iken %34,8'i (n=397) bir doğum, %14'ü (n=160) iki doğum, %1'i (n=11) üç doğum, %0,1'i (n=1) dört doğum yapmıştır.

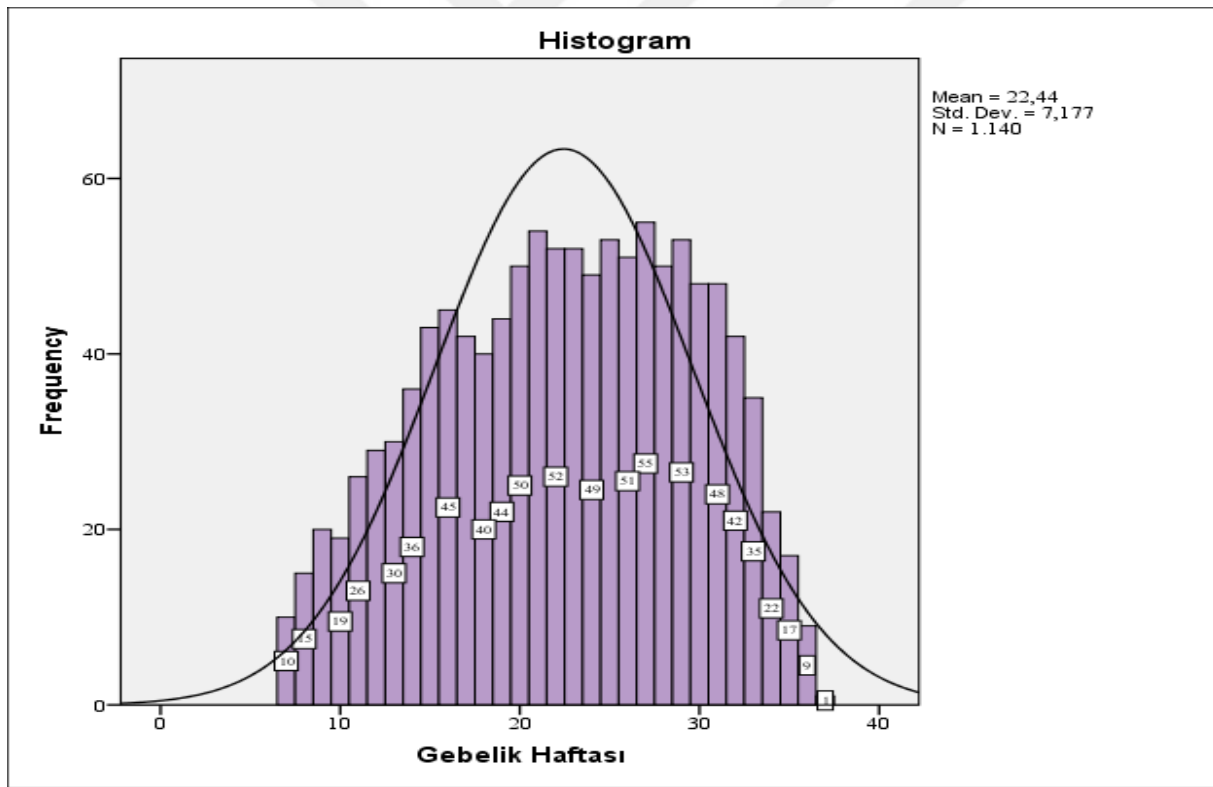
Katılımcıların önceki doğum şekilleri incelendiğinde %27,6'sının (n=315) vajinal doğum, %22,3'ünün (n=254) ise sezaryen doğum yapmış olduğu bilgisine ulaşılmıştır.

Tablo. 5-5:Gebelerden Vajinal Doğum Yapmış Olanlarda Perineal Müdahale Öyküsü

Perineal Müdahale Öyküsü	n	%
Yok	4	1,3
Var		
Forseps	4	1,3
Vakum	33	10,5
Epizyotomi	274	87
Vajinal Doğum Öyküsü Olan Toplam Gebe	315	100

Gebelerden 315'i daha önce vajinal doğum yapmış ve doğum sırasında yapılan perineal müdahale tipleri Tablo.5-5'te gösterilmiştir.

Vajinal doğum öyküsü olanlardan sadece 4 kişinin (%1,3) doğumları sırasında perineal müdahale öyküsü yoktur. Vajinal doğum öyküsü olanlardan %1,3'ünün (n=4) forseps, %10,5'inin (n=33) vakum, %87'sinin (n=274) epizyotomi müdahalesi yapıldığı öğrenildi.



Şekil. 5.2:Gebelik Haftaları

Gebelerin çalışmaya katıldıklarında bulundukları gebelik haftası Şekil.4.2'de histogram grafiği ile gösterilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin 7. ve 37. Haftalar arasında olduğu görülen gebeler normal dağılım göstermektedir. Katılımcıların ortalama gebelik haftası 22,44±0,213'tür.

Çalışmadaki gebelerin trimestırları değerdendirildiğinde 1.trimestırdı 149 (%13,1) gebe, 2.trimestırdı 716 (%62,8) gebe, 3.trimestır da ise 275 (%24,1) gebe olduğu görülmüştür.

Tablo. 5-6:Gebelikte Alınan Kilo

Gebelikte Alınan Kilo	n	%
0-10 Kg	403	35,4
11-15 Kg	290	25,4
16 Kg ve Üzeri	447	39,2
Toplam Gebe	1140	100

Gebelerin gebelikleri süresince aldıkları kilo Tablo.5-6'te verilmiştir.

Gebelerin boylarının ortalaması 161,3±5,9cm ve kilolarının ortalaması 76,1± 6,4 kg iken gebelerin vücut kitle endeksi ortalaması ise 28,8±2,5 olduğu görülmüştür.

Gebelerin aldıkları kilo sorgulandığında gebelerin %35,4'ü (n=403) 10kg ve altında, %25,4'ü (n=290) ise 11kg ile 15kg arasında, %39,2'si (n=447) ise 16kg ve üzeri değerdelerde kilo aldığı görülmüştür. Gebelikte alınan kilo ortalaması 12,907±0,1 olarak bulunmuştur. Bu sebeple riskli kilo alımını belirlerken cut-off değeri 13 kilo olarak belirlenmiştir.

Tablo. 5-7:Gebelikte Var Olan Perineal Problemler

Perineal Problemi	n	%
Yok	1.053	92,4
Mantar Enfeksiyonu	38	3,3
Var		
Genital Herpes	6	5
Genital Siğil	33	2,9
Anal Fissür/ Hemoroid	13	1,1
Toplam Gebe	1140	100

Gebelerin gebelikleri süresince var olan perineal problemleri Tablo.5-7'te verilmiştir.

Gebelerde perine problemleri olduğunu ifade edenler arasında mantar enfeksiyonu %3,3 (n=38), genital herpes %,5 (n=6), genital siğil %2,9 (n=33), anal fissür/ hemoroid %1,1 (n=13) oranlarında bildirilmiştir.

5.3. Gebelerin Dışkılama Aışkanlıklarına ve Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Bulgular

Tablo 5-8:Gebelikte Dışkılama Aışkanlıkları ve Değişiklikleri

		n	%
Gebelik Öncesinde Dışkılama Aışkanlığı	Her Gün	881	77,3
	2-3 Günde Bir	259	22,7
Gebelik Süresince Dışkılama Aışkanlığı	Her Gün	587	51,5
	2-3 Günde Bir	294	25,8
	Haftada 1 veya Daha Az	259	22,7
Gebelik Süresince Dışkılama Erteleme Davranışı	Hiçbir Zaman	294	25,8
	Nadiren	75	6,6
	Bazen	110	9,6
	Genellikle	269	23,6
	Her Zaman	392	34,4
Gebelik Süresince En Yakın Tuvaleti Bilme Gereksinimi	Hiçbir Zaman	247	21,7
	Nadiren	149	13,1
	Bazen	114	10,0
	Genellikle	279	24,5
	Her Zaman	351	30,8
Toplam Gebe		1140	100

Gebelikte dışkılama alışkanlıkları ve değişiklikleri Tablo.5-8’de gösterilmektedir.

Gebelik öncesi dışkılama alışkanlıkları sorgulandığında gebelerin %22’si (n=259) 2-3 günde bir, %77,3’ü ise (n=881) her gün cevabını vermiştir.

Gebelik süresince dışkılama alışkanlıkları sorgulandığında; gebelerin %51,5’i (n=587) her gün, %25,8’i (n=294) 2-3 günde bir cevabını verir iken, %22,7’si (n=259) haftada bir veya daha az dışkılama alışkanlığı olduğunu ifade etmiştir.

Gebelik süresince titizlik sebebiyle dışkılama erteleme alışkanlığı sorgulandığında; gebelerin %34,4’ü (n=392) her zaman, %23,6’sı (n=269) genellikle, %9,6’sı (n=110) bazen, %6,6’sı (n=75) nadiren ertelediğini ifade ederken %25,8 (n=294) oranında gebe hiçbir zaman cevabını verdiği görülmüştür.

Gebelik süresince en yakın tuvaleti bilme ihtiyacı sorgulandığında, gebelerin %21,7'si (n=247) hiçbir zaman, %13,1'i (n=149) nadiren, %10'u (n=114) bazen cevabını verirken, her zaman ertelediğini ifade edenlerin ise %30,8 (n=351) oranında olduğu görülmüştür.

Tablo 5-9: Gebelerin Fekal İnkontinans ve İlişkili Durumların Prevalansları

		Var		Yok	
		n	%	n	%
Gebelik öncesi	Üriner inkontinans	55	4,8	1.085	95,2
	Dışkılamaya engel olamama (fekal urge inkontinans) ya da kazara dışkılama	4	0,4	1.136	99,6
	Gaz inkontinans (flatus)	55	4,8	1.085	95,2
	Dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle ilaç kullanımı	146	12,8	994	87,2
Gebelik süresince	Üriner inkontinans	102	8,9	1.038	91,1
	Dışkılamaya engel olamama (fekal urge inkontinans) ya da kazara dışkılama	8	0,7	1.132	99,3
	Katı (biçimli) dışkılama kaçakları ¹	—	—	1.140	100
	Sıvı inkontinans ¹	9	0,8	1.131	99,2
	Gaz inkontinans (flatus) ¹	193	16,9	947	83,1
	Ped gereksinimi ¹	336	29,5	804	70,5
	Yaşam tarzı değişiklikleri ¹	222	19,5	918	80,5
	Konstipasyon ²	223	19,6	917	80,4
	Diyare ²	136	11,9	1004	88,1
	Dışkılama sırasında gerilme/ zorlanma	274	24,0	866	76,0
	Gaz çıkışı/flatus ile dışkılama ihtiyaçlarını ayırt etme güçlüğü	116	10,2	1.024	89,8
	Dışkılama sırasında ağrı	326	28,6	814	71,4
	Dışkılama sırasında rektal kanama	144	12,6	996	87,4
	Dışkılama sırasında mukus	207	18,2	933	81,8
	Dışkılama sırasında gerilme/ zorlanma	274	24,0	866	76,0
	Dışkılama veya sonrasında sarkan kitle/ hemoroid	914	80,2	226	19,8
	Parmak ile perineye basınç / dışkılamaya yardım	167	14,6	973	85,4
	Dışkılama sonrası alanı temizleme sırasında sorun (sızlama, tahriş vb.)	480	42,1	660	57,9
	Dışkılama bitiminde boşaltımın tam sağlanamadığı hissi	162	14,2	978	85,8
	Dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle sosyal hayatta sorun	127	11,1	1.013	88,9
	Dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle cinsel hayatta sorun	127	11,1	1.013	88,9
	Dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle duygusal/ psikososyal değişiklik	62	5,4	1.078	94,6

¹Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası ile elde edilen verilerdir.

²Bristol Görsel Değerlendirme Skalası ile elde edilen verilerdir.

Gebelik öncesi ve süresince tanımlanan dışkılama problemleri ve ilişkili konular Tablo.5-9'da gösterilmiştir.

Gebelik öncesi **üriner inkontinans** varlığı sorulduğunda gebelerin **%4,8'i** (n=55) var, **%95,2'si** (n=1085) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik öncesi dışkılamaya engel olamama (**fekal urge inkontinans**) ya da kazara dışkılama varlığı sorulduğunda gebelerin **%0,4'ü** (n=4) var, **%99,6** (n=1136) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik öncesi **gaz inkontinans (flatus)** varlığı sorulduğunda; gebelerin **%4,8'i** (n=55) var, **%95,2** (n=1085) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik öncesi dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle ilaç kullanımı varlığı sorulduğunda gebelerin **%12,8'i** (n=146) var, **%87,2'si** (n=994) yok olarak ifade etmiştir. Gebelik öncesi dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle kullanılan ilaç açıklaması sorgulandığında; laksatif ve gaz giderici gibi ilaçların gerekli hallerde gebeler tarafından kullanıldığı ifade edilmiştir.

Gebelik süresince idrar kaçırma/ mesane problemleri varlığı sorulduğunda gebelerin **%8,9'u** (n=102) var, **%91,1** (n=1038) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince dışkılamaya engel olamama (**fekal urge inkontinans**) ya da kazara dışkılama varlığı sorulduğunda gebelerin **%0,7'si** (n=8) var, **%99,3** (n=1132) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince **katı inkontinans** varlığı sorulduğunda; gebelerin **%100'ü** (n=1140) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince **sıvı inkontinans** varlığı sorulduğunda; gebelerin **%0,8'i** (n=9) var, **%99,2'si** (n=1131) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince **gaz inkontinans (flatus)** varlığı sorulduğunda; gebelerin **%16,9'u** (n=193) var, **%83,1'i** (n=947) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince dışkılama kaçırma problemleri nedeniyle **ped ve benzeri ürün kullanımı** varlığı sorulduğunda gebelerin **%29,5'si** (n=336) var, **%70,5'ü** (n=804) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince dışkılama kaçırma problemleri nedeniyle **yaşam tarzı değişiklikleri** varlığı sorulduğunda gebelerin **%19,5'si** (n=222) var, **%80,5'ü** (n=918) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince gaz çıkışı/flatus ile **dışkılama ihtiyaçlarını ayırt etme güçlüğü** varlığı sorulduğunda gebelerin **%10,2'si** (n=116) var, **%89,8'i** (n=1024) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince dışkılama sırasında **ağrı varlığı** sorulduğunda; gebelerin **%28,6'sı** (n=326) var, **%71,4'ü** (n=814) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince dışkılama sırasında **rektal kanama** varlığı sorulduğunda; gebelerin **%12,6'sı** (n=144) var, **%87,4'ü** (n=996) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince dışkılama sırasında **mukus varlığı** sorulduğunda; gebelerin **%18,2'si** (n=207) var, **%81,8'i** (n=933) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince dışkılama sırasında **gerilme/ zorlanma varlığı** sorulduğunda gebelerin %24'ü (n=274) var, %76'sı (n=866) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince dışkılama ya da sonrasında **sarkan kitle/ hemoroid** varlığı sorulduğunda gebelerin %80,2'si (n=914) var, %19,8'i (n=226) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince dışkılama bitiminde **boşaltımın tam sağlanamadığı hissi** varlığı sorulduğunda gebelerin %14,2'si (n=162) var, %85,8'i (n=978) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince parmak ile ya da **perineye basınç ile dışkılamaya yardım** gereksinimi sorulduğunda gebelerin %14,6'sı (n=167) var, %85,4'ü (n=973) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince dışkılama sonrası **alanı temizlemede sırasında sorun (sızlama, tahriş vb.)** varlığı sorulduğunda gebelerin %42,1'i (n=480) var, %57,9'u (n=660) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince dışkılama ve gaz problemleri nedeniyle **duygusal/ psikososyal değişiklik** varlığı sorulduğunda gebelerin %5,4 (n=62) var, %94,6 (n=1078) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle **sosyal hayatta sorun** varlığı sorulduğunda gebelerin %11,1'i (n=127) var, %88,9'u (n=1013) yok olarak ifade etmiştir.

Gebelik süresince dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle **cinsel hayatta sorun** varlığı sorulduğunda gebelerin %11,1'i (n=127) var, %88,9'u (n=1013) yok olarak ifade etmiştir. Gebelik süresince dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle cinsel sorunun açıklaması istenen gebelerin cevapları değerlendirildiğinde isteksizlik, koku endişesi ile cinsellikten kaçınma, istemsiz gaz kaçağı yaşama, gaz ağrısı yüzünden erteleme ve gaz kaçakları sebebiyle ayrı yataklarda yatma problemleri tarif edilmiştir.

Gebelik süresince dışkılama kaçakları miktarı sorgulandığında lekelenme şeklinde tarif eden %0,6 (n=7), çamaşır / ped değiştirmem gerekir cevabını veren ise %0,2 (n=2) oranında gebe olurken, hiç yaşamadım diyen gebe oranı %99,2'dir (n=1131).

Gebelik süresince yaşanan dışkılama kaçaklarında tedbir amaçlı ped ve benzeri ürün kullanım zamanı sorgulandığında, sorun ifade etmemiş gebelerin de değişik sıklıklarda tedbir amaçlı ped kullanımının olduğunu tespit edilmiş, gebelerden %99,2'si (n=1131) hiçbir zaman, %0,4' (n=5) uyanık olduğu zamanlarda, %0,4 (n=4) şeklinde ifade edilmiştir.

Gebelik süresince dışkılama kaçaklarının en sık yaşanma zamanının uyanık olduğu zamanlarda olduğunu gebelerin %0,7'si (n=8) belirtirken, her zaman yaşayabildiğini ifade eden %0,1 (n=1) oranında gebe görülmüştür.

Gebelik süresince dışkılamada kaçak kazaları yaşandığı sırada farkındalık sorgulandığında gebelerden %0,2'i (n=2) genellikle, %0,6'sı da (n=7) her zaman şeklinde cevaplamıştır.

Tablo. 5-10:Gebelerin Bristol Görsel Feçes Skalası Bulguları

		n	%
Gebelik Süresince Bristol Görsel Feçes Skalası	Tip1*	58	5,1
	Tip2*	165	14,5
	Tip3	261	22,9
	Tip4	322	28,2
	Tip5	198	17,4
	Tip6**	74	6,5
	Tip7**	62	5,4

*Konstipasyon

**Diyare

Tablo.5-10’da gebelerin gebelik süresince Bristol Görsel Feçes Skalası bulguları verilmiştir.

Gebelik süresince genel dışkılama tipini değerlendirmek amacıyla “Bristol Görsel Feçes Skalası” gösterilen gebelerden, %5,1 (n=58) oranıyla Tip1, %14,5 (n=165) oranıyla ise Tip2 şekillerini seçerek **konstipasyon tipi** dışkılama ifade etmiştir.

“Bristol Görsel Feçes Skalası” gösterilen gebelerden %22,9’u (n=261) Tip3, %28,2si (n=322) Tip4 ve %17,4’ü (n=198) Tip5 şeklini seçerek **normal dışkılama** ifade etmiştir.

“Bristol Görsel Feçes Skalası” gösterilen gebelerden **diyare** tablosu ifade eden gebelerden %6,5’inin (n=74) Tip6 şeklini, %5,4’ünün (n=62) ise Tip7 şeklini seçtiği görülmüştür.

5.4. Gebelerin Farklı Özelliklerinin Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası İle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 5-11: Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası (0 Puan=mükemmel, 20 puan =Tam İnkontinans)

	Hiçbir Zaman	<Ayda 1	Haftada 1<- Ayda 1 <	Günde 1<- Haftada 1 <	Günde 1≤
Katı İnkontinans	0	1	2	3	4
Sıvı İnkontinans	0	1	2	3	4
Gaz İnkontinans	0	1	2	3	4
Ped Gereksinimi	0	1	2	3	4
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	0	1	2	3	4

Çalışmamızda Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası ile inkontinans (katı, sıvı veya gaz) tipi ve sıklığı, ped kullanımı ve sıklığı, yaşam tarzında değişiklik durumu ve sıklığı değerlendirilmiştir.

Sıklık değerlendirmesinde sorgulanan kategoriler için hiçbir zaman cevabına 0 puan verilirken, <1/ay cevabı için 1 puan, <1/hafta /≥1ay cevabı için 2 puan; <1/gün /≥1hafta cevabı için de 3 puan ve ≥1/gün cevabı için ise 4 puan alan gebelerin toplam puan=0-20 arasında değerlendirilmiştir. 0=mükemmel kontinansı, 20=tam inkontinansı ifade eder (Tablo 5-11).

Tablo. 5-12: Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası İle Gebelik Süresinin Değerlendirilmesi

	Hiçbir Zaman		<Ayda 1		Haftada <1- Ayda 1 <		Günde <1- Haftada 1 <		Günde 1≤	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Katı İnkontinans	1140	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Sıvı İnkontinans	1131	99,2	7	0,6	1	0,1	1	0,1	-	-
Gaz İnkontinans	947	83,1	109	9,6	47	4,1	17	1,5	20	1,8
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	918	80,5	84	7,4	9	0,8	46	4,0	83	7,3
Ped Gereksinimi	804	70,5	241	21,1	51	4,5	34	3,0	10	0,9

Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası ile gebelik süresince var olan inkontinans değerlendirilmesi Tablo.5-12’de verilmiştir.

Gebelerin cevaplarında **katı inkontinansın** %100 oranında **hiçbir zaman yaşanmadığı** şeklinde cevaplanmış ve tüm gebeler 0 puan almışlardır.

Sıvı inkontinansı ifade edenlerden %99,2’si(n=1131) hiçbir zaman cevabı ile 0 puan, %0,6’sı (n=7) <1/ay cevabı ile 1 puan, %0,1’i (n=1) <1/hafta ≥1/ay cevabı ile 2 puan, %0,1’i(n=1) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 3 puan alırken ≥1/gün cevabı ile 4 puan alan olmamıştır.

Toplam **sıvı inkontinansı ifade eden gebe prevalansı %0,8** (n=9) bulunmuştur. Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası ile gebeleri değerlendirdiğimizde en sık görülen gaz inkontinans problemi ortaya çıkmaktadır.

Gaz inkontinansı ifade edenlerden %83,1’i (n=947) hiçbir zaman cevabı ile 0 puan, %9,6’sı (n=109) <1/ay cevabı ile 1 puan, %4,1’i (n=47) <1/hafta ≥1/ay cevabı ile 2 puan, %1,5’i (n=17) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 3 puan, %1,8’i ise(n=20) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 4 puan almışlardır. Toplam **gaz inkontinansı ifade eden gebe prevalansı %16,9**(n=193) bulunmuştur.

Yaşam tarzı değişikliği yaşadığını ifade edenlerden %80,5’i (n= 918) hiçbir zaman cevabı ile 0 puan, %7,4’ü (n=84) <1/ay cevabı ile 1 puan, %0,8’i (n=9) <1/hafta ≥1/ay cevabı ile 2 puan, %4’ü (n=46) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 3 puan, %7,3’ü ise(n=83) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 4 puan almışlardır.

Ped gereksinimi sıklığı sorgulandığında %70,5’i (n=804) hiçbir zaman cevabı ile 0 puan, %21,1’i (n=241) <1/ay cevabı ile 1 puan, %4,5’i (n=51) <1/hafta ≥1/ay cevabı ile 2 puan, %4,5’i (n=34) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 3 puan, %0,9’u ise(n=10) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 4 puan almışlardır.

Araştırma popülasyonun Ki Kare ve Lojistik Regresyon Analizleri öncesinde ROC’s Eğrisi Analizi ile kesme değeri 5 olarak belirlenmiş olup, eğri altında kalan alan 0,89 olarak bulunmuştur. Bu değer fiziksel muayene olmayan gebe popülasyonunun fekal inkontinans varlığını, gerçek pozitiflik gücünü arttıracak uygun kesme noktası olduğunu göstermektedir.

Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı;

-“**0 ve 5 puan**” arasında bulunan %88,2 oranında (n=1.005),

-“**5 puan ve üzeri**” aralığında olanlar ise %1,8 (n=135) oranında olduğu bulunmuştur.

Tablo 5-13:Gebelerin Bristol Görsel Feçes Skalası ile Tanımlanan Dışkılama Tarzları ve Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

		Wexner Kontinans Değerlendirme						X2	P
		Skalası Toplam Puanı				Toplam			
		5 Puandan Az		5 puan ve Üzeri					
		N	%	n	%	n	%		
Gebelik Süresince Bristol Görsel Feçes Skalası	Tip1	16	1,4	42	3,7	58	5,1	474,063	0,000***
	Tip2	134	11,8	31	2,7	165	14,5		
	Tip3	261	22,9	0	0,0	261	22,9		
	Tip4	322	28,2	0	0,0	322	28,2		
	Tip5	198	17,4	0	0,0	198	17,4		
	Tip6	46	4,0	28	2,5	74	6,5		
	Tip7	28	2,5	34	3,0	62	5,4		
Toplam		1.005	88,2	135	11,8	1140	100		

Tablo.5-13'te gebelik süresince Bristol Görsel Skalası ile gebelik süresince Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Gebelerin Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı ile Bristol Görsel Feçes Skalasında tanımladıkları dışkılama tarzları arasındaki ilişki ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Bristol Görsel Feçes Skala değerlendirmelerinde gebelerin gebelikleri süresince **diyare (Tip 1 ve Tip 2)** ve **konstipasyon (Tip 6 ve Tip 7)** bulguları yönlerinde Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası puanının (yani fekal inkontinansı şikayetlerinin) arttığı bulunmuştur (x2=474,062; p=0,000).

Tablo 5-14:Sürekli Değişken Demografik Parametrelerin Independent-Sample T Testi İle Değerlendirilmesi

	Wexner Kontinans Değerlendirme Skalas ¹	Toplam Puanı ¹	n	Mean	Ss	t	P
Yaş	5 Puandan Az		1097	29.55	5.756	-0.765	0.444
	5 Puan ve Üzeri		43	30.23	5.964	-0.740	0.463
Boy	5 Puandan Az		1097	161.32	5.933	0.701	0.484
	5 Puan ve Üzeri		43	160.67	5.943	0.700	0.488
Kilo	5 Puandan Az		1097	76.05	6.503	-1.271	0.204
	5 Puan ve Üzeri		43	77.33	5.554	-1.470	0.148
Doğum Sayısı	5 Puandan Az		1097	0.65	0.755	-1.965	0.050*
	5 Puan ve Üzeri		43	0.88	0.793	-1.877	0.067
Gebelik Sayısı	5 Puandan Az		1097	1.79	0.859	-1.583	0.114
	5 Puan ve Üzeri		43	2.00	0.951	-1.441	0.156
Gebelik Haftası	5 Puandan Az		1097	22.35	7.146	-2.088	0.037**
	5 Puan ve Üzeri		43	24.67	7.677	-1.954	0.057
Gebelikte Aldığı Kilo	5 Puandan Az		1097	12.83	5.987	-2.105	0.035**
	5 Puan ve Üzeri		43	14.79	6.124	-2.062	0.045**
Beden Kitle İndeksi	5 Puandan Az		1097	161.32	5.933	0.701	0.484
	5 Puan ve Üzeri		43	160.67	5.943	0.700	0.488

¹Wexner Kontinans Değerlendirme Skalas¹ toplam; 0-5 arasında puan alanlar kontinans ,5 puan ve üzeri alanlar inkontinans kabul edilmiştir.

*p değeri 0,1 ile 0,05 aralığında; sınırda anlamlılık anlamına gelmektedir.

** p değeri 0,01 ile 0,05 aralığında; istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

***p değeri 0,001 ile 0,01 aralığında; yüksek düzeyde olarak anlamlı fark vardır.

****p değeri 0,001'den daha küçük ise; çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Tablo. 5-14'te inkontinans varlığı ile gebelerin sürekli değişken parametreleri arasında ilişki olup olmadığı Independent-Sample T Testi ile gösterilmiştir.

Analiz sonuçları incelendiğinde **gebenin yaşı ile** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve”5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur($p \geq 0,05$).

Analiz sonuçları incelendiğinde **gebenin boyu ile** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve”5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p \geq 0,05$).

Analiz sonuçları incelendiğinde **gebenin kilosuna ile** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve”5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p \geq 0,05$).

Analiz sonuçları incelendiğinde gebenin **doğum sayısı ile** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve”5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki vardır. ($p = 0,050$; $p < 0,05$)

Analiz sonuçları incelendiğinde gebenin **gebelik sayısı ile** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve”5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p \geq 0,05$).

Analiz sonuçları incelendiğinde gebenin **gebelik haftası ile** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve”5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki vardır. ($p = 0,037$; $p < 0,05$)

Analiz sonuçları incelendiğinde gebenin **gebelikte aldığı kilo ile** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve”5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki vardır. ($p = 0,035$; $p < 0,05$)

Analiz sonuçları incelendiğinde **gebelerin vücut kitle indeksleri ile** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve”5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p \geq 0,05$).

Tablo 5-15:Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası Skorları İle Gebelerin Tanımlayıcı Bazı Parametreleri Arasında İlişkinin Değerlendirilmesi

		Wexner Kontinans Değerlendirme Skalasını Toplam Puan¹		X²	P
Ki Kare Testleri		5 puandan az	5 Puan ve Üzeri		
Riskli Yaş Grubu	35 Yaş ve Altında Olma	833	109	0,247	0,619
	35 Yaş Üzerinde Olma	172	26		
Eğitim Düzeyi	Lise ve Üzeri Eğitim	629	88	0,344	0,571
	Lise Eğitimi Tamamlamamış Olma	376	47		
Sosyo-Ekonomik Durum	Geliri Giderinden Yüksek	273	26	3,844	0,050*
	Geliri Giderine Eşit Ya da Az	732	109		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	400	47	1,241	0,265
	Ev Hanımı	605	88		
Sigara Kullanımı	Kullanmıyor	895	110	5,833	0,016**
	Kullanıyor	110	25		
Alkol Kullanımı	Kullanmıyor	968	131	X ² = P =0,454	
	Sosyal içici (ayda 1 ya da daha az)	37	4		
Kafein / Tein Kullanımı	Günde 5'ten az	605	83	0,082	0,775
	Günde 6-10 bardak	400	52		
Kronik Bir Hastalığa Bağlı Diyet Gereksinimi	Yok	1034	37	X ² = P = 0,041*	
	Var	63	6		
Kronik Bir Hastalığa Bağlı İlaç Gereksinimi	Yok	930	114	9,085	0,003**
	Var	75	21		
Antidepresan Kullanımı	Yok	996	134	X ² = P = 0,664	
	Var	9	1		
Geçirilmiş Ameliyat Hikayesi	Yok	1093	42	1,875	0,171
	Var	4	1		
Gebelik Sayısı	1	458	57	0,539	0,463
	1'den Fazla	547	78		

Doğum Sayısı	0	510	61	1,472	0,225
	1'den Fazla	495	74		
Gebelikte Alınan Kilo	13 Kg'dan Az	973	32	8.080	0.000****
	13 Kg ve Üzeri	124	11		
Gebelik Trimesteri	1 ve 2. Trimestir	736	79	12,645	0,000****
	3. Trimestir	269	56		
Müdahaleli Vajinal Doğum Hikayesi (Forseps/ Vakum/ Epizyotomi)	Yok	740	89	3,562	0,039*
	Var	265	46		
Prolapsus/ Hemoroid Ameliyat Hikayesi	Yok	941	112	X2= P = 0.469	
	Var	64	23		
Hemoroid /Anal Fissür Varlığı	Yok	1001	126	X2= P = 0.000****	
	Var	4	9		
Perineal Alanda Şikâyet Varlığı	Yok	941	112	17,734	0.000****
	Var	64	23		
Konstipasyon ²	Yok	855	62	113,447	0.000****
	Var	150	73		
Diyare ²	Yok	931	73	164,798	0.000****
	Var	74	62		

¹Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam; 0-5 arasında puan alanlar kontinans ,5 puan ve üzeri alanlar inkontinans kabul edilmiştir.

² Bristol Görsel Feçes Skalası'ndan elde edilmiştir.

*p değeri 0,10 ile 0,05 aralığında; sınırda anlamlılık anlamına gelmektedir.

** p değeri 0,01 ile 0,05 aralığında; istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

***p değeri 0,001 ile 0,01 aralığında; yüksek düzeyde olarak anlamlı fark vardır.

****p değeri 0,001'den daha küçük ise; çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Tablo.5-15'te Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı ile gebelerin tanımlayıcı bazı parametreleri arasındaki ilişki ki kare testleri ile incelenmiştir.

Çalışmaya katılanlardan **riskli yaş grubunda** olanlar ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. (x= 0,24;p=0,619)

Çalışmaya katılanlardan **eğitim düzeyi** gruplarından lise ve üzeri eğitim alanlar ile lise eğitimi tamamlamamış olanlar ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($x=0,344$; $p=0,571$).

Çalışmaya katılanların **sosyo ekonomik düzeyi** ve Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. **Gelirinin giderinden az veya eşit olduğunu söyleyenlerde** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanın arttığı görülmüştür ($x^2=3,844$, $p=0,050$).

Çalışmaya katılanlardan **çalışma durumu** gruplarından çalışıyorum diyenler ile ev hanımı olanlar ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($x=1,241$; $p=0,265$).

Çalışmaya katılanların **sigara kullanımı** ve Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. **Sigara kullananların** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanın arttığı görülmüştür ($x^2=5,833$, $p=0,016$).

Çalışmaya katılanlardan **alkol kullanımı** gruplarından kullanıyorum diyenler ile kullanmayanlar arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2= P =0,454$).

Çalışmaya katılanlardan **kafein /tein kullanımı** gruplarından kullanıyorum diyenler ile kullanmayanlar arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2=0,082$; $P =0,775$).

Çalışmaya katılan gebelerin kronik bir hastalığa bağlı diyet gereksinimi ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kronik bir hastalığa bağlı **diyet gereksinimine sahip olmanın** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükselttiği görülmüştür ($x^2 = p = 0,041$).

Çalışmaya katılan gebelerin kronik bir hastalığa bağlı ilaç gereksinimi ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark vardır. Kronik bir hastalığa bağlı **ilaç gereksinimine sahip olmanın** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükselttiği görülmüştür ($x^2 = p = 0,003$).

Çalışmaya katılanlardan **antidepresan kullanımı** gruplarından kullanıyorum diyenler ile kullanmayanlar arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2=P =0,320$).

Çalışmaya katılanlardan **geçirilmiş ameliyat hikayesi** gruplarından yok diyenler ile var diyenler arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2= 1,875$; $P=0,171$).

Çalışmaya katılanlardan **gebelik sayısı** gruplarından yok diyenler ile 1'den fazla diyenler arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2=0,539$; $P=0,463$).

Çalışmaya katılanlardan **doğum sayısı** gruplarından yok diyenler ile 1'den fazla diyenler arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2=1,472$; $P=0,225$).

Çalışmaya katılan gebelerin **gebelikte alınan kilo** ve Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark vardır. **13 Kg ve Üzeri kilo almanın** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükselttiği görülmüştür ($x^2 = 8.080$, $p = 0.000$).

Katılımcıların **gebelik trimestırları** ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu görülmüştür. **Üçüncü trimestirda olmanın** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükselttiği görülmüştür ($x^2 = 12,645$, $p=0,000$).

Gebelerden daha önce müdahaleli doğum hikayesi olanlar ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. **Müdahaleli vajinal doğum yaşamış olanlarda**, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanının yükseldiği görülmüştür ($x^2 = 3,562$, $p=0,039$).

Çalışmaya katılanlardan **prolapsus/ hemoroid ameliyat hikayesi** olanların, olmayanlar ile arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2=P=0,469$).

Gebelerden **hemoroid/anal fissür sorunu** tarifleyenler ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu görülmüştür. Gebelerden **hemoroid/anal fissür sorunu** tarifleyenlerde, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükseldiği görülmüştür ($x^2=p=0,000$).

Gebelerden **perine alanında şikâyet tarifleyenler** ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu görülmüştür. **Perine alanında şikâyet tarifleyenler** ifade edenlerde, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükseldiği görülmüştür ($x^2=17,734$, $p=0,000$).

Gebelerden **Bristol Görsel Feçes Skalasında konstipasyon bulgusu tarifleyenler** (Tip 1 ve Tip2) ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu görülmüştür. **Konstipasyon varlığı** tarifleyenlerde, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükseldiği görülmüştür ($\chi^2=113,447$, $p= 0,000$).

Gebelerden **Bristol Görsel Feçes Skalasında diyare bulgusu tarifleyenler** (Tip6 ve Tip7) ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu görülmüştür. **Diyare varlığı** tarifleyenlerde, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükseldiği görülmüştür ($\chi^2=164,798$, $p= 0,000$).

Tablo. 5-16:Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası Toplam Puanı İle Gebelerin Dışkılama Aışkanlıklarının Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

		Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası		X2	P
		Toplam Puan ¹			
		5 puandan az	5 Puan ve Üzeri		
Gebelik Öncesinde Dışkılama Aışkanlığı	Her Gün	862	19	27,875	0,000****
	2-3 Günde Bir	235	24		
Gebelik Süresince Dışkılama Aışkanlığı	Her Gün	568	19	33,529	0,000****
	2-3 Günde Bir	294	0		
	Haftada 1 veya Daha Az	235	24		

¹Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam; 0-5 arasında puan alanlar kontinans ,5 puan ve üzeri alanlar inkontinans kabul edilmiştir.

*p değeri 0,10 ile 0,05 aralığında; sınırda anlamlılık anlamına gelmektedir.

** p değeri 0,01 ile 0,05 aralığında; istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

***p değeri 0,001 ile 0,01 aralığında; yüksek düzeyde olarak anlamlı fark vardır.

****p değeri 0,001'den daha küçük ise; çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Tablo.5.16'da Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı ile gebelerin dışkılama alışkanlıklarının arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı ile gebelerin dışkılama alışkanlıklarının arasındaki ilişki ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Tablo.4.15 incelendiğinde **gebelik öncesi her gün dışkılama alışkanlığı** olduğunu söyleyen gebelerde Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanının düştüğü görülmektedir ($\chi^2=27.875$, $p=0,000$).

Gebelik süresince haftada 1 veya daha az dışkılama alışkanlığı olduğunu söyleyen gebelerde Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanının yükseldiği görülmektedir ($\chi^2=33,529$, $p=0,000$).

Tablo 5-17: Wexner İnkontinans Skorları İle Gebelerin Çoklu Parametreleri Arasında İlişkinin Değerlendirilmesi

Lojistik Regresyon Modelindeki								
Değişkenler	β	S.E.	Wald	Sd	Sig.	Exp(B)	95% C.I.For Exp(B)	
							Lower	Upper
Sigara	0,119	0,795	0,022	1	0,881	1,126	0,237	5,344
Alkol	0,229	0,970	0,056	1	0,814	1,257	0,188	8,424
BGFS Diyare Grup	21,367	1.343	0,000	1	0,987	1,904	0,000	.
Konstipasyon	21,827	5.956	0,000	1	0,997	3,014	0,000	.
Gebelikte Konstipasyon	-0,984	0,680	2,091	1	0,148	0,374	0,099	1,418
Gebelik Öncesi Konstipasyon	-0,032	6.106	0,000	1	1,000	0,969	0,000	.
Anal Fissür/ Hemoroid Varlığı	3,418	1,146	8,895	1	0,003***	30,511	3,228	288,381
Müdahaleli Doğum Hikayesi	-1,154	1,494	0,596	1	0,440	0,315	0,017	5,898
Vajinal Doğum Hikayesi	-1,413	1,507	0,879	1	0,348	0,243	0,013	4,666
13 ve Üzeri Kilo Almak	0,613	0,310	3,915	1	0,048**	1,847	1,006	3,390
Üçüncü Trimestırda Olmak	0,473	0,688	0,473	1	0,492	1,605	0,417	6,176
Multiparite	2,029	1,610	1,589	1	0,207	7,609	0,324	178,419
Nulliparite	-0,729	0,672	1,177	1	0,278	0,482	0,129	1,801
Depresyon	0,194	1,302	0,022	1	0,881	1,215	0,095	15,585
Hipo/Hipertiroid	-0,798	1,325	0,363	1	0,547	0,450	0,034	6,035
Solunum Sistemi Hastalıkları	-20,014	19.126	0,000	1	0,999	0,000	0,000	.
Diyabet	0,708	0,753	0,884	1	0,347	2,030	0,464	8,881
Hipertansiyon	1,527	0,896	2,903	1	0,088	4,603	0,795	26,659
Kafein/Tein Kullanımı	-0,143	0,277	0,268	1	0,605	0,867	0,504	1,491
Çalışması	0,131	0,336	0,153	1	0,696	1,140	0,590	2,204
Düşük Eğitim Düzeyi	-0,768	0,322	5,698	1	0,017**	0,464	0,247	0,872
Riskli Yaşta (40 üzeri) Olmak	-0,397	0,420	0,894	1	0,344	,672	0,296	1,530
Gebelik öncesi Üİ varlığı	0,103	0,875	0,014	1	0,906	1,108	0,199	6,158
Üriner İnkontinans varlığı	-1,949	0,654	8,873	1	0,003***	0,142	0,040	0,513
Constant	-20,694	1.343	0,000	1	0,988	0,000		

+Model summary (Step1, -2 Log Likelihood=370,360a, Cox & Snell R Square=0,331, Nagelkerke R Square=0,641)

*p değeri 0,10 ile 0,5 aralığında; sınırda anlamlılık anlamına gelmektedir.

** p değeri 0,01 ile 0,05 aralığında; istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

***p değeri 0,001 ile 0,01 aralığında; yüksek düzeyde olarak anlamlı fark vardır.

****p değeri 0,001'den daha küçük ise; çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Tablo.5.17’da Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası skorları ile gebelerin çoklu parametreleri arasında ilişki değerlendirilmesi için lojistik regresyon testleri uygulanmıştır.

Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası skorları ile gebelerin çoklu parametreleri arasında ilişki değerlendirilmesi için Multivariate Lojistik Regresyon testleri uygulanmıştır. Model ile (**Nagelkerke R Square=0,641**) %64,1 oranında inkontinansı olmayı açıklamaktadır.

Odds Ratiolar değerlendirildiğinde fekal inkontinans görülme sıklığını

Hemoroid /anal fissür varlığı 30,511 kat (95% CI 3,2-288,3);

-Gebelikte alınan kilonun 13kg’nin üzerinde olması 1,847 kat (95% CI 1,01-3,39)arttırırken;

-Eğitim düzeyinin lise altında olmasının 0,464 (95% CI 0,24-0,87) ve

-Üriner inkontinans problemi varlığının eşlik ettiği durumda 0,142 (95% CI 0,04-0,51) oranında negatif yönde etkilediği görülmektedir.

6. TARTIŞMA

Bu çalışma fekal inkontinans sıklığının ve risk faktörlerinin belirlenmesi ile koruma / önleme, tedavi ve bakıma ilişkin veri tabanı oluşturmaya katkı sağlamak amacıyla yapılmıştır. Bu bölümde araştırmamızda elde edilen bulgular Literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Fekal inkontinans kısaca defekasyon kontrolünün kaybı, bağırsak içeriğinin (gaz, sıvı, mukus ve katı materyallerin) istemsiz -uykuda ya da uyanık halde- atılımı şeklinde tanımlanabilir. Uluslararası ve ulusal literatürde tanım ve adlandırma üzerinde bir uzlaşma yoktur. Fekal inkontinans, aynı zamanda anal inkontinans, kazara bağırsak sızıntısı, dışkı kaçırma veya bağırsak inkontinansı şeklinde adlandırılabilir. Uluslararası ve ulusal çalışmalarında ortaya koyduğu üzere sıklıkla sağlık çalışanlarının sorgulamayı atladıkları bir konu olmakla beraber, bireylerin konuşmaktan utanması etiketlenme korkuları sebebiyle çok ciddi tablolarda bile danışmaktan kaçınmaları sonucu fekal(anal) inkontinans sorununun gerçek değerlerini yapılan çalışmalar ortaya koyamamaktadır(Allison, 2010; Bezerra ve ark., 2014; Ditah ve ark., 2014; Karakuş & Yanikkerem, 2015; N. J. Norton, 2007; Rasmussen & Ringsberg, 2010; Reynolds, Bissett, & Consedine, 2015; Rosenfeld, 2001; Scholefield & Walker, 2014; Sung ve ark., 2010).

Uluslararası ve ulusal çalışmalarda da tanımlamadaki farklılıkları veya yaşlı popülasyonlarda daha çok çalışılmış olduğundan, cinsiyete özel olmadan prevalansı %2'den %24'e varan değişik sonuçlarda bulunurken, yaşlı bakım merkezlerinde %50 ye varan sonuçlar ile fekal (anal) inkontinansın genel toplum prevalans değerleri çok geniş bir aralıklarda tanımlanır (C. Norton, 2007).

Fekal inkontinansa neden olabilecek obstetrik risk faktörleri arasında fetüsün malpozisyonu, doğum eyleminin hızlı sonlanması ve eylemin ikinci fazının uzaması, doğum sayısı ve bebeğin kilosudur. Perine travması yaşamış kadında kanama, enfeksiyon, doğum sonu ağrı, dispareni, fekal inkontinans ve üriner inkontinansa neden olmaktadır (Karakuş & Yanikkerem, 2015).

Yapılan çalışmalarda araştırmacıların hem fikir oldukları en önemli konu takip süresi, çalışma grubunun seçimi, sorgulama yöntemi ve soru formatının prevalansı değiştirdiğidir (Wang ve ark., 2006).

6.1.Gebelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde araştırmamıza katılan gebelerin elde edilen sosyo demografik bulguları Literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmamıza katılan gebe kadınlar ile 2011 TÜİK verilerine göre tabakalanmış olup, yaş ve gebelik haftalarında normal dağılım göstermektedir. Bu normal dağılıma uygunluk çalışmanın İstanbul ili dahilinde gebe kadınların kadınları temsil yeteneğini arttırmakta ve çalışmada incelenen bağımsız faktörlerin

etkilenmemesi açısından da önemlidir. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA-2013'te) katılan doğurgan yaş aralığındaki kadınların yaş ortalaması 30'un altındadır (TNSA,2013).

Benzer şekilde çalışmamızda gebelerin yaş ortalaması $29,57 \pm 5,763$, (median değeri= 30, mode değeri=31) olarak bulunmuştur (Şekil.5.1). Johannessen ve ark. yaptıkları anal inkontinans çalışmasında ise 573 gebenin yaş ortalaması 28,2 olarak gösterilmiştir (Johannessen, Morkved, Stordahl, Sandvik, & Wibe, 2014).

Çalışmamıza katılan gebelerin %4,1'i (n=47) 18-20 yaş aralığında, %44,3'ü (n=505) 20-29 yaş aralığında, %48,2'si (n=549) 30-39 yaş aralığında olup, %3,4' ise (n=39) 40 yaş ve üzerindedir (Tablo.5-1).

Bir çalışmada Van Brummen ve ark. fekal inkontinans açısından değerlendirdiği 12 haftalık 274 gebenin de yaş ortalaması $30 \pm 5,7$ olarak gözlenmiştir (Van Brummen ve ark., 2006).

Literatürde az oranda sağlıklı popülasyon prevalans çalışmaları gebelik ve gebelik sonrası gruplarda yapılmış olduğu görülmüştür. Literatür ile benzer olarak çalışmalara katılan gebe olan kadınların çoğunluğu 20-39 yaş gruplarındadır. Küçük yaşta olmanın veya ileri yaşta olmanın pelvik taban sorunlarını arttırdığı Literatürde görülmektedir. Yine benzer şekilde 349 primipar üzerinde yapılan bir çalışmada anal inkontinans yönünden risk faktörü olarak gebe yaşı ile (RR 2,7) gebeler 2,7 kat fazla tanı almaktadır (Zetterstrom ve ark., 2003).

TNSA-2008 verilerine baktığımızda da kadınların yaklaşık beşte birinin eğitimi olmayan veya ilköğretimi tamamlamamış kadınlardır; ancak kadınların önemli bir oranın (%21) en az lise mezunudur TNSA-2013 verilerinde ise kadınların %53 gibi bir kısmı en az ortaokul eğitimi almışlardır. Görüşülen kadınların %31'i ise lise mezunu olduğunu ifade etmiştir. TNSA-2008 verilerine bakıldığında ortanca eğitim süresi erkeklerde 5,1 yıl olup, kadınlarda yaklaşık yarım yıl daha uzundur. TNSA-2013 'te kadınlar için tamamlanan ortanca eğitim süresi de 10.7 yıl iken en düşük refah seviyesinde bu ortalama 4,5,2e düşmektedir (TNSA-2008, TNSA-2013).

Çalışmamızda ise eğitim düzeylerine bakıldığında gebelerin %2,5'i (n= 28) okur yazar değildir. Okur yazar olduğunu belirten gebeler %3,5'i (n=40) iken, araştırmaya katılan gebelerin %8,9'u (n=101) ilköğretim, %22,3'ü (n=254) ortaöğretim, %42'si (n=479) lise mezunu olduğunu belirtmiştir. Gebelerin %20,9'u (n=238) üniversite ve üzeri eğitim aldığı görülmüştür (Tablo.5-1).

Van Brummer ve ark. çalışmasında ise %5,1 (n=25) ilköğretim seviyesinde okuyan, 94,9'u ise lise ve üstü eğitim almış gebelerden oluşmaktadır (Van Brummen ve ark., 2006). Literatürde görülmektedir ki; toplum genelinde diğer hastalıklardan farklı olarak üniversite okumak ya da okur yazar olmama fekal inkontinans açısından yardım aramada bir fark yaratmamaktadır.

Sosyo-ekonomik durumları sorulduğunda gebelerin %12,3'ü (n=140) gelirinin giderinden az olduğunu, %61,5'i (n=701) gelirinin giderine denk olduğunu, %26,2'si (n=299) ise gelirinin giderinden daha fazla

olduğunu söylemiştir (Tablo.5-1). Benzer olarak TUIK 2011 verilerinde de yoksulluk oranı ve genel yaşam memnuniyet düzeyleri ile benzer sonuçlar göstermektedir (TUIK-2011, 2011).

Çalışmamızdaki gebelerin %100'ü (n=1140) evli ve İstanbul ilinde ikamet etmektedirler. Çalışma durumları incelendiğinde gebelerin %60,8'i (n=693) ev hanımı iken, %29,4'ü işçi olarak, %9,8'i ise memur olarak çalıştığı görülmüştür (Tablo.5-1). TNSA 2008 verilerinde her 3 kadından birinin çalıştığı bulunmuştur TNSA 2013'teki verilerde ise %31 araştırma sırasında bir yerde çalışıyor gözükmektedirler (TNSA-2008, TNSA-2013).

Alkol ve kafein/tein kullanımının defekasyon mekanizmasında uyarıcı olduğu bilinmektedir. Bu uyarıcı maddelerin kullanım sıklığı ile fekal inkontinans gelişebilir yahut var olan barsak problemleri şiddetlenebilir. Gebelikte zaten önerilmeyen bu alışkanlıkların rutin değerlendirmede takibi önemlidir. Gebelerin alkol kullanımı sorgulandığında %3,6'sı (n=41) sosyal içici olarak kullandığını (ayda 1 ya da daha az), %96,4'ü (n=1099) ise hiç kullanmadığını belirtmiştir. Gebelerin kafein/tein kullanımı sorgulandığında %39,6'sı (n=452) günde 6-10 bardak civarında, %60,4'ü (n=688) ise günde 5 bardaktan daha az kahve veya çay tükettiğini söylemiştir (Tablo.5-2). Gebelerin sigara kullanımına baktığımızda %11,8'i (n=135) ise sigara kullandığını, %88,2'si ise (n=1005) hiç sigara kullanmadıklarını belirtmiştir (Tablo.5-2). En çok kahve ve çay kullanımı gördüğümüz gebelerde sigara kullanımı literatürle benzer izlenmiştir. Ülkemizde gebe kadınların %11'i sigara içerken bu oran emzirenlerde %17'lerde gözlenmiştir.

Gebelerin %91'inin (n=1037) kronik sağlık sorununun olmadığı görülmüştür. Çalışmaya katılan gebelerden var olan kronik sağlık problemleri sorulduğunda %3,2'si (n=37) Hipertansiyon, %3'ü (n=34) Diyabet, %0,6'sı (n=7) Gastrointestinal Sistem Hastalıkları, %0,3'ü (n=3) Solunum Sistem Hastalıkları, %0,4'ü (n=3) CYBE, %0,6'sı (n=7) Hipotroidi/ Hipertroidi, %0,9'u (n=10) Depresyon tariflemiştir (Tablo.5-3). Diyabet, inflamatuvar barsak hastalıkları, barsak polipler gibi gastrointestinal sistem hastalıkları gibi kronik hastalıklar ile fekal inkontinans görülebilmektedir (Cook & Mortensen, 1998; Bulut, 2011).

Gebelerin %6,1'inin (n=69) diyet gereksinimi olduğu, %8,4'ünün (n=96) bir ilaç gereksinimi olduğu, %0,9'unun (n=10) halen antidepresan kullandığı bilgisi edinilmiştir. Literatürde fekal inkontinansı olan hastaların semptomları azaltmak için kendilerinin gıda alımının azaltılmasının yaygın olduğu bilinmektedir. Normalde gıda alımı ile gastrokolik refleks ve peristaltizmin harekete geçmesi ve defekasyon ihtiyacının oluşması şaşırtıcı değildir. Fakat uzun süre aç kalmak gaz artışı yaratacak ve beklenmedik barsak hareketlerine sebep olacaktır. (Norton & Chelvanayagam, 2000). Dolayısıyla herhangi bir diyet varlığının araştırılması barsak problemlerinin artmaması için önemlidir.

Sezeryan dışında geçirilmiş ameliyat hikayesi varlığı sorgulandığında %0,4'ünün (n=5) safra taşı, apandisit, rinoplasti, kırık ameliyatları gibi perineal alan dışı ameliyatlara geçirdiği, %0,5'inin ise (n=6) hemoroid ameliyatı hikayesi olduğu öğrenilmiştir (Tablo.5-3).

6.2.Gebelerin Obstetrik Hikayeleri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılanların gebelik sayısı ortalama $1,8 \pm 0,864$ iken doğum sayısı ortalama $0,66 \pm 0,757$ olduğu bulunmuştur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008) 2008 verilerinde 2,16 iken, (TNSA-2008) 2013'te 2,26 olarak daha az bulduğumuz ortalama gebelik sayısı verilerin sadece Aile Sağlığı Merkezlerinden toplandığı için çalışmamızda daha düşük olduğu düşünülmüştür. Evde veya 2.basamak sağlık kuruluşlarında gebeliklerini geçirenler çalışmanın kapsamında değildir.

Araştırmaya katılanların gebelik sayıları sorulduğunda %45,2'si (n=515) bir gebelik, %33,8'i (n=385) iki gebelik, %18,1'i (n=206) üç gebelik, %2,3'ü (n=26) dört gebelik ve %0,7'si (n=8) beş gebelik yaşadığını ifade etmiştir. Gebelerin %50,1'i (n=571) hiç doğum yapmamış iken %34,8'i (n=397) bir doğum, %14'ü (n=160) iki doğum, %1'i (n=11) üç doğum, %0,1'i (n=1) dört doğum yapmıştır (Tablo.5-4).

TNSA 2008 verilerinde ise doğurganlık hızı kırsal bölgelerde 2,7 iken kentsel alanda 2 olarak bulunmuştur araştırmaya katılan kadınların ideal çocuk sayısını iki olarak beyan ederken, yüzde 19'u ise dört ve daha fazla sayıda çocuğu ideal olarak görmektedir (TNSA-2008). TNSA-2013 çalışmasında ise ideal çocuk oranı 2,9'a yükselmiştir (TNSA 2013).

Önceki doğum şekillerine bakıldığında katılanların, %27,6'sının (n=315) vajinal doğum, %22,3'ünün (n=254) ise sezaryen doğum yapmış olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Tablo.5-4). Doğum tarzlarına bakıldığında da sezeryan ve vajinal doğum grupların sayılarının benzer olduğu grupların dengeli dağıldığını göstermektedir. Türkiye'de,2008'verilerine göre %36,7 olduğu; TNSA-2013 verilerine göre son beş yılda meydana gelen tüm doğumların yüzde 48'i sezaryen ile yapılmıştır. (TNSA-2008, TNSA-2013).

Fynes ve arkadaşları 39 nullipar gebeyi 4 sene takip ederek 2. Vajinal doğum öncesi, 2. gebelik ve 2.vajinal doğum sonrası fekal inkontinans problemlerini ve sebeplerini hem soru formu hem de Endoanal US değerlendirmeleri ile karşılaştırmışlar. Sonuçta %22'sinin ilk doğumdan sonra fekal inkontinans şikâyetleri varken 2. Vajinal doğumdan sonra %42'sinde fekal inkontinans tanılanmış. En büyük risk faktörünün vajinal doğumun kendisi olduğunu vurgulayan çalışma bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir (Fynes, Donnelly, Behan, O'Connell, & O'Herlihy, 1999).

Vajinal doğum öyküsü olanlardan sadece 4 kişinin (%1,3) doğumları sırasında perineal müdahale öyküsü yoktur. Vajinal doğum öyküsü olanlardan %1,3'ünün (n=4) forseps, %10,5'inin (n=33) vakum, %87'sinin (n=274) epizyotomi müdahalesi yapıldığı öğrenilmiştir (Tablo.5-5). Wang ve arkadaşlarının yapmış olduğu kapsamlı araştırmada büyük ölçekli tüm çalışmalarda anal inkontinans risk faktörlerinin etkili risklerinin arasında vajinal doğum ve sfinkter hasarları olarak ortaya konulmuştur (Wang ve ark., 2006).

Çalışmaya katılan gebelerin 7. ve 37. Haftalar arasında olduğu görülen gebeler normal dağılım göstermektedir. Katılımcıların ortalama gebelik haftası $22,44 \pm 0,213$ 'tür (Şekil.5.2). Normal dağılıma uygunluk sebebiyle çalışmamız gebelik sürecinde her trimestırı aynı ağırlıkta değerlendirebilme gücü fazladır.

Çalışmadaki gebelerin trimestırları değerdendirildiğinde 1.trimestırda 149 (%13,1) gebe, 2.trimestırda 716 (%62,8) gebe, 3.trimestır da ise 275 (%24,1) gebe olduğu görülmüştür.

Gebelerin aldıkları kilo sorgulandığında gebelerin %35,4'ü (n=403) 10kg ve altında, %25,4'ü (n=290) ise 11kg ile 15kg arasında, %39,2'si (n=447) ise 16kg ve üzeri değerdelerde kilo aldığı görülmüştür (Tablo.5-6). Gebelikte alınan kilo ortalaması 12,907±0178 olarak bulunmuştur. Bu sebeple riskli kilo alımını belirlerken cut-off değeri 13 kilo olarak belirlenmiştir.

Gebelerin boylarının ortalaması 161,3±5,932cm ve kilolarının ortalaması 76,1± 6,473kg iken gebelerin Vücut Kitle Endeksi ortalaması ise 28,8±2,501' olduğu görülmüştür. Van Brummen ve ark. çalışmasında VKİ ortalaması 23,7±3,8 olarak bulunmuştur (Van Brummen ve ark., 2006).

Gebelerde perine problemleri olduğunu ifade edenler arasında mantar enfeksiyonu %3,3 (n=38), genital herpes %,5 (n=6), genital siğıl %2,9 (n=33), anal fissür/ hemoroid %1,1 (n=13) oranlarında bildirilmiştir (Tablo.5-7).

6.3.Gebelerin Dışkılama Alışkanlıklarına ve Yaşadıkları Sorunlara Dair Bulguların Tartışılması

Gebelik öncesi dışkılama alışkanlıkları sorgulandığında gebelerin %22'si (n=259) 2-3 günde bir, %77,3'ü ise (n=881) her gün cevabını vermiştir (Tablo.5-8). Gebelerin çoğunluğunun düzenli dışkılama yaparak fekal inkontinans yönünden az riskli bir popülasyon olduğu düşünölmüştür.

Gebelik süresince dışkılama alışkanlıkları sorgulandığında gebelerin %51,5'i (n=587) her gün, %25,8'i (n=294) 2-3 günde bir cevabını verir iken, %22,7'si (n=259) haftada bir veya daha az dışkılama alışkanlığı olduğunu ifade etmiştir (Tablo.5-8). Belirgin olarak çalışmaya katılan popölasyonun gebeliğın etkisi ile gebelik öncesi döneme göre dışkılama sıklığını azaldığı ve fekal inkontinans açısından olmasa da konstipasyon açısından riskli bir grup olduğu düşünölmüştür.

Gebelik süresince titizlik sebebiyle dışkılama erteleme alışkanlığı sorgulandığında gebelerin %34,4'ü (n=392) her zaman, %23,6'sı (n=269) genellikle, %9,6'sı (n=110) bazen, %6,6'sı (n=75) nadiren ertelediğini ifade ederken %25,8 (n=294) oranında gebe hiçbir zaman cevabını verdiği görülmüştür (Tablo.5-8). Bu tür alışkanlıkların bireylerde izolasyon ve toplumdan soyutlanma hatta iş gücü kaybı gibi sıkıntılara sebep olduğu düşünölmektedir. Gebelikte ise dışkılama erteleme var olan semptomların artmasına sebep olur (Allison, 2010; Bezerra ve ark., 2014; Ditah ve ark., 2014; Karakuş & Yanıkkerem, 2015; N. J. Norton, 2007; Rasmussen & Ringsberg, 2010; Reynolds ve ark., 2015; Rosenfeld, 2001; Scholefield & Walker, 2014; Sung ve ark., 2010).

Gebelik süresince en yakın tuvaleti bilme gereksinimi sorgulandığında, gebelerin %21,7'si (n=247) hiçbir zaman, %13,1'i (n=149) nadiren, %10'u (n=114) bazen cevabını verirken, her zaman olarak ifade edenlerin ise %30,8 (n=351) oranında olduğu görülmüştür (Tablo.5-8).

Gebelik öncesi **üriner inkontinans** varlığı sorulduğunda gebelerin **%4,8'i** (n=55) var, %95,2'si (n=1085) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9). Yapılan bir meta analiz değişik popülasyonlarda yapılmış üriner inkontinans sıklıkları genç erişkin yaşlardaki kadınlarda %11,3'ten, ileri yaşlara vardıkça artarak %64leri bulmakta olduğunu göstermiştir (Shamliyan, Wyman, Bliss, Kane, & Wilt, 2007).

Gebelik öncesi dışkılamaya engel olamama (**fekal urge inkontinans**) ya da kazara dışkılama varlığı sorulduğunda gebelerin **%0,4'ü** (n=4) var, %99,6 (n=1136) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9).

Gebelik öncesi **gaz inkontinans(flatus)** varlığı sorulduğunda gebelerin **%4,8'i** (n=55) var, %95,2 (n=1085) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9).

Gebelik öncesi dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle **ilaç kullanımı varlığı** sorulduğunda gebelerin %12,8'i (n=146) var, %87,2'si (n=994) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9). Gebelik öncesi dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle kullanılan ilaç açıklaması sorgulandığında laksatif ve gaz giderici gibi ilaçların gerekli hallerde gebeler tarafından kullanıldığı ifade edilmiştir. Bu tür ilaçlar bazen semptomları azaltmada etkili olurken bazen de sürekli kullanımı sebebiyle barsak hareketlerinde azalma ve paterninin bozulması ile sonuçlanabilmektedir.

Gebelik süresince **üriner inkontinans** varlığı sorulduğunda gebelerin %8,9'u (n=102) var, %91,1 (n=1038) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9).

Gebelik süresince dışkılamaya engel olamama (**fekal urge inkontinans**) ya da kazara dışkılama varlığı sorulduğunda gebelerin %0,7'si (n=8) var, %99,3 (n=1132) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9). Gebelik süresince **katı inkontinans** varlığı sorulduğunda gebelerin %100'ü (n=1140) yok olarak ifade etmiştir. Gebelik süresince **sıvı inkontinans** varlığı sorulduğunda gebelerin %0,8'i (n=9) var, %99,2'si (n=1131) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9). Gebelik süresince **gaz inkontinans(flatus)** varlığı sorulduğunda gebelerin %16,9'u (n=193) var, %83,1'i (n=947) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9).

Çalışmamıza benzer olarak Chalida ve arkadaşları 161 gebenin doğum öncesi ve sonrası takiplerini yaptıkları bir çalışmada **fekal urge inkontinans** hamilelik öncesi, sırasında ve sonrasında sırasıyla %1, %9,4 ve %10,5, olarak bulunmuş, **fekal inkontinansı** ise (gaz ve dışkı kaçağı olarak tanımladıklarında) gebelik öncesi, sırasında ve sonrasında sırasıyla %1,4; %7,0 ve %8,7 olarak göstermişlerdir (Chalida ve ark., 2001).

Çalışmamıza benzer literatürler incelendiğinde Van Brummen ve ark. yaptığı bir çalışmada flatus problemlerin 12.gebelik haftasında %34,6 iken aynı grubun 36. Hafta gebelik zamanında 42,3' e yükseldiğini ortaya konmuştur. 3 aylık postpartum döneminde sorgulanan gebelerin tekrar 31,9'a gerilediği gözlenmiştir (Van Brummen ve ark., 2006).

Çalışmamızdaki katılımcılar gebelik süresince dışkılama kaçırma problemleri nedeniyle **ped ve benzeri ürün kullanımı** varlığı sorulduğunda gebelerin %29,5'si (n=336) var, %70,5'ü (n=804) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9). Hijyenik pedler uzun süreli kullanımda perine florasını bozan en büyük risk faktörlerindendi. Bu ürünleri kullanarak fekal veya üriner inkontinans semptomları azaltma yoluna giden

gebelerin bir kısmının gebeliğin getirdiği fizyolojik değişimle enfeksiyonlara daha yatkın olduğu bilinmektedir. Gebelerin sağlık çalışanlarına sormaya çekinerek, gebelik süreci normaldi diyerek inkontinans durumlarının kulaktan dolma bilgilerle önemsizleştirilmesinde pedlerin rolünün önemli olduğu düşünülmüştür. Halbuki sürekli günlük /yaprak ped kullanımı ile gebelerin sorunları ötelenmesine, muhtemel gaita ve idrar kaçaklarının perine cildi ile uzun süreli temasları cilt havalanmasının bozulması ile çeşitli enfeksiyonlara zemin hazırlaması kolaylaşmaktadır.

Çalışmamızdaki katılımcılar gebelik süresince dışkılama kaçırma problemleri nedeniyle **yaşam tarzı değişiklikleri** varlığı sorulduğunda gebelerin %19,5'si (n=222) var, %80,5'i (n=918) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9). Evden çıkamama, arkadaşlarla aile bireyleri ile geçirilen zamanda kısıtlamaya gitme, iş gücü kaybı, benlik algısında bozulma gibi birçok yaşam değişikliğine neden olan fekal inkontinansın erken tanılanmasında bu tür bulguların fark edilebilmesi için aile merkezli hemşireliğin hedeflenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin artırılması ile sosyal uyumun daha kolay sağlanabilir olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki katılımcılar gebelik süresince gaz çıkışı/flatüs ile **dışkılama ihtiyaçlarını ayırt etme güçlüğü** varlığı sorulduğunda gebelerin %10,2'si (n=116) var, %89,8'i (n=1024) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9).

Çalışmamızdaki katılımcılar gebelik süresince dışkılama sırasında **ağrı varlığı** sorulduğunda gebelerin %28,6'sı (n=326) var, %71,4'ü (n=814) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9). Çalışmamıza benzer literatürler incelendiğinde Van Brummen ve ark. yaptığı bir çalışmada ağırlı defekasyonun 12.gebelik haftasında 29,9 iken aynı grubun 36. Hafta gebelik zamanında 25,5' e gerilediği ortaya konmuştur. İlginçtir ki 3 aylık postpartum döneminde sorgulanan gebelerin tekrar 28,7'ye yükseldiği gözlenmiştir (Van Brummen ve ark., 2006).

Çalışmamızdaki katılımcılar gebelik süresince dışkılama sırasında **rektal kanama** varlığı sorulduğunda gebelerin %12,6'sı (n=144) var, %87,4'ü (n=996) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9).

Çalışmamızdaki katılımcılar gebelik süresince dışkılama sırasında **mukus varlığı** sorulduğunda gebelerin %18,2'si (n=207) var, %81,8'i (n=933) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9).

Çalışmamızdaki katılımcılar gebelik süresince dışkılama sırasında **gerilme/ zorlanma varlığı** sorulduğunda gebelerin %24'ü (n= 274) var, %76'sı (n=866) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9). Van Brummen ve ark. çalışmasında engellenme ve anal blokaj olarak tarif edilen problemin 12.gebelik haftasında %42,4 iken aynı grubun 36. hafta gebelik zamanında 35,5'e gerilediği ortaya konmuştur. İlginçtir ki 3 aylık postpartum döneminde sorgulanan gebelerin tekrar 28,7'ye yükseldiği gözlenmiştir (Van Brummen ve ark., 2006).

Çalışmamızdaki katılımcılar gebelik süresince dışkılama ya da sonrasında **sarkan kitle/ hemoroid** varlığı sorulduğunda gebelerin %80,2'si (n=914) var, %19,8'i (n=226) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9). Rektal kanama varlığının muhtemel fissür ve hemoroid açısından tanı almamış veya takip edilmeyen gebelerin

ilerleyen gebelik haftalarında ve postpartum dönemde de fekal inkontinans açısından ön değerlendirme risk faktörü kabul edilerek muhtemel hasta olarak takip edilmesi literatürde önerilmektedir (Chaliha, Kalia, Stanton, Monga, & Sultan, 1999; Reynolds ve ark., 2015; Roy ve ark., 2014).

Çalışmamızdaki katılımcılar gebelik süresince dışkılama bitiminde **boşaltımın tam sağlanamadığı hissi** varlığı sorulduğunda gebelerin %14,2'si (n=162) var, %85,8'i (n=978) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9). Çalışmamıza benzer çalışmalardan Van Brummen ve ark. yaptığı bir çalışmada tam bitmemiş defekasyon hissinin 12. gebelik haftasında %10,8 iken aynı grubun 36. Hafta gebelik zamanında 9,5'e gerilediği ortaya konmuştur. 3 aylık postpartum döneminde sorgulanan gebelerin tekrar 12,4'ye yükseldiği gözlenmiştir (Van Brummen ve ark., 2006).

Çalışmamızdaki katılımcılar gebelik süresince parmak ile ya da **perineye basınç ile dışkılamaya yardım** gereksinimi sorulduğunda gebelerin %14,6'sı (n=167) var, %85,4'ü (n=973) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9).

Çalışmamızdaki katılımcılar gebelik süresince dışkılama sonrası **alanı temizlemede sırasında sorun (sızlama, tahriş vb.)** varlığı sorulduğunda gebelerin %42,1'i (n=480) var, %57,9'u (n=660) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9). Enfeksiyon ve fissür gibi problemlerde kadınların hissettikleri ama sağlık kuruluşuna gitmek yerine kendi başına çözmeye çalışması zor bir durumdur.

Yaşam tarzı değişikliklerinin sadece bireysel boyutta olmadığı fekal inkontinans birey ve aileye getirdiği maddi yük, iş gücü, kaybı yüklü hastane masrafları ile ciddi toplumsal boyuta da sahiptir (Scholefield & Walker, 2014; Shamliyan ve ark., 2007; Sung ve ark., 2010).

Çalışmamızdaki katılımcılar gebelik süresince dışkılama ve gaz problemleri nedeniyle **duygusal/psikososyal değişiklik** varlığı sorulduğunda gebelerin %5,4 (n=62) var, %94,6 (n=1078) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9). Bireyin gebelik gibi keyifle geçirmeleri gereken bir dönemde bu tür problemlerle uğraşması kendisini yetersiz hissettirmekte, çocuğu için de gerekli duygusal konfora sahip olamamaktadırlar.

Çalışmamızdaki katılımcılar gebelik süresince dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle **sosyal hayatta sorun** varlığı sorulduğunda gebelerin %11,1'i (n=127) var, %88,9'u (n=1013) yok olarak ifade etmiştir (Tablo.5-9).

Çalışmamızdaki katılımcılar gebelik süresince dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle **cinsel hayatta sorun** varlığı sorulduğunda gebelerin %11,1'i (n=127) var, %88,9'u (n=1013) yok olarak ifade etmiştir. Gebelik süresince dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle cinsel sorunun açıklaması istenen gebelerin cevapları değerlendirildiğinde isteksizlik, koku endişesi ile cinsellikten kaçınma, istemsiz gaz kaçağı yaşama, gaz ağrısı yüzünden erteleme ve gaz kaçakları sebebiyle ayrı yataklarda yatma gibi problemler ifade edilmiştir (Tablo.5-9).

Rasmussen & Ringsberg in (2010) yaptığı kalitatif çalışmada doğum öncesi, gebelik ve sonrasında yaşanan fekal inkontinans problemlerinin eşlerden bile uzun yıllar saklanabildiğini duygusal, sosyal ve cinsel

yönlerden kendini yetersiz hisseden kadınların bir süre sonra kendini bu problemle baş etmek için kendilerini toplumdan soyutladıklarını bildirmiştir (Rasmussen & Ringsberg, 2010). Literatür ile uyumlu olan bu ifadeler, açık uçlu sorulardan gebelerin ifadelerinde gruplanmasıdır (Bezerra ve ark., 2014; Ditah ve ark., 2014; Karakuş & Yanıkkerem, 2015; N. J. Norton, 2007; Reynolds ve ark., 2015; Rosenfeld, 2001; Srivastava, Thakar, & Sultan, 2008; Stedenfeldt ve ark., 2014).

Literatürde bir vajinal doğumu olan anal hasarı olmayan 74 kadın ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası benzer olan, St.Mark Skorlaması ile anal sfinkter hasarı tanısı alan 37 kadın karşılaştırıldığında, vajinal doğumu müdahaleli olanların cinsel problemleri daha fazla olduğu tanımlanmıştır (Stedenfeldt ve ark., 2014).

Gebelik süresince **dışkılama kaçakları miktarı** sorgulandığında lekelenme şeklinde tarif eden %0,6 (n=7), çamaşır / ped değiştirmem gerekir cevabını veren ise %0,2 (n=2) oranında gebe olurken, hiç yaşamadım diyen gebe oranı %99,2'dir (n=1131) (Tablo.5-9).

Çalışmamızdaki katılımcılardan gebelik süresince dışkılama kaçaklarının **en sık yaşanma zamanının** uyanık olduğu zamanlarda olduğunu gebelerin %0,7'si (n=8) belirtirken, her zaman yaşayabildiğini ifade eden %0,1 (n=1) oranında gebe görülmüştür.

Çalışmamızdaki katılımcılardan gebelik süresince dışkılamada kaçak kazaları yaşandığı sırada **farkındalık** sorgulandığında gebelerden %0,2'i (n= 2) genellikle, %0,6'sı da (n=7) her zaman şeklinde cevaplamıştır (Tablo.5-9).

Çalışmamızdaki katılımcılar gebelik süresince genel dışkılama tipini değerlendirmek amacıyla "Bristol Görsel Feçes Skalası" gösterilen gebelerden, %5,1 (n=58) oranıyla **Tip1**, %14,5 (n=165) oranıyla ise **Tip2** şekillerini seçerek **konstipasyon tipi dışkılama** ifade etmiştir (Tablo.5-10).

"Bristol Görsel Feçes Skalası" gösterilen gebelerden %22,9'u (n=261) **Tip3**, %28,2si (n=322) **Tip4**, %17,4'ü (n=198) **Tip5** şeklini seçerek **normal dışkılama** ifade etmiştir (Tablo.5-10).

"Bristol Görsel Feçes Skalası" gösterilen gebelerden **diyare tablosu** ifade eden gebelerden %6,5'inin (n=74) **Tip6** şeklini, %5,4'ünün (n=62) ise **Tip7** şeklini seçtiği görülmüştür (Tablo.5-10).

6.4.Gebelerin Farklı Özelliklerinin, İnkontinans Durumu İle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

6.4.1. Gebelerin Fekal inkontinans Prevalansları, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası ve Bristol Görsel Feçes Skalası Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızdaki katılımcılar gebelik sırasında yapılan prevalans çalışmaları oldukça az olmakla birlikte Avrupa’da yapılmış bir çalışmada üriner inkontinans insidans %39,1 (95% CI 36,3-41,9) ve anal kontinans için %10,3 (95% CI 8,3-12,3) olduğu gösterilmiştir (Solans-Domenech ve ark., 2010).

Çalışmamızda gebelerin cevaplarında **kati inkontinansın %100 oranında hiçbir zaman yaşanmadığı** görülmüştür ve tüm gebeler 0 puan almışlardır (Tablo.5-12). Yapılan bir çalışmada 20. gebelik haftasında %1,3, 36. gebelik haftasında ise %1,8 bulunan fekal inkontinansın tanımlanmasında mukus ya da gaz olmadığı görülmüştür (Brincat ve ark., 2009).

Sıvı inkontinansı ifade edenlerden %99,2’si(n=1131) hiçbir zaman cevabı ile 0 puan, %0,6’sı (n=7) <1/ay cevabı ile 1 puan, %0,1’i (n=1) <1/hafta ≥1/ay cevabı ile 2 puan, %0,1’i(n=1) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 3 puan alırken ≥1/gün cevabı ile 4 puan alan olmamıştır. Toplam **sıvı inkontinansı ifade eden gebe prevalansı %0,8** (n=9) bulunmuştur (Tablo.5-12).

Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası ile gebeleri değerlendirdiğimizde en sık görülen gaz inkontinans problemi ortaya çıkmaktadır. Gaz inkontinansı ifade edenlerden %83,1’i (n=947) hiçbir zaman cevabı ile 0 puan, %9,6’sı (n=109) <1/ay cevabı ile 1 puan, %4,1’i (n=47) <1/hafta ≥1/ay cevabı ile 2 puan, %1,5’i (n=17) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 3 puan, %1,8’i ise(n=20) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 4 puan almışlardır. **Toplam gaz inkontinansı prevalansı %16,9 (n=193) bulunmuştur** (Tablo.5-12).

Johannassen ve ark. yaptığı çalışmada ortalama St. Mark puanının ortalama 5.6±3.1 (median değerinin= 4.0, 1–18 arasında puan aldıkları görülmüştür. Anal inkontinans tarifleyen 212 kadından %37’si tek başına fekal urge inkontinans, %16’sı tek başına flatus inkontinans semptomları gözlenmiş. Flatus, fekal urge inkontinans ve dışkı kaçırma semptomu da aynı anda yaşayan sadece 30 kadın (5%); iki semptom birlikte var diyen 120 kadın (%21) rapor edilmiştir (Johannessen ve ark., 2014).

Değişik ülkelerde yapılan sağlıklı populasyon prevalans çalışmalarına baktığımızda; Nijerya (2002), %6,96, Avusturalya (2002), % 9, İngiltere(2002), %1,4, Yeni Zellanda(2001), %12,7, Birleşik Arap Emirlikleri(2002), %11,3, İsviçre(2001), %4,4 Amerika Birleşik Devletleri(1995) %16,8 gibi farklı rakamlar görülmektedir (Bulut, 2011).

Yapılan başka bir çalışmada 524 gebenin 12 haftalıkken takibe alındığı bir çalışmada Fekal (gaz ve feçes) İnkontinans semptomlarının prevalansını %3,9 olarak bildirmişlerdir. Bu yüksek değerlerin posta yoluyla hastaların utanmadan şikayetlerini dile getirebildikleri için bulunduğunu söylemişlerdir (Van Brummen ve ark., 2006).

Eason ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada postpartum 3. Ayda dışkı kaçırma %3 bulunurken %26 gaz kaçırma tariflemiştir (Eason ve ark., 2002).

Yaşam tarzı değişikliği yaşadığını ifade edenlerden %80,5'i (n= 918) hiçbir zaman cevabı ile 0 puan, %7,4'ü (n=84) <1/ay cevabı ile 1 puan, %0,8'i (n=9) <1/hafta $\geq$ 1/ay cevabı ile 2 puan, %4'ü (n=46) <1/gün $\geq$ 1/hafta cevabı ile 3 puan, %7,3'ü ise (n=83) <1/gün $\geq$ 1/hafta cevabı ile 4 puan almışlardır (Tablo.5-12).

Johannessen ve ark. yaptığı çalışmada son 4 haftasında olan gebeler çalışmaya alınmış ve yaşam kaliteleri sorgulanmıştır. %3-10 oranlarında primipar gebelerin yaşam kalitelerinin anal inkontinans sebebiyle ciddi şekilde etkilendiği bulunmuştur (Johannessen ve ark., 2014).

Ped gereksinimi sıklığı sorgulandığında %70,5'i (n=804) hiçbir zaman cevabı ile 0 puan, %21,1'i (n=241) <1/ay cevabı ile 1 puan, %4,5'i (n=51) <1/hafta $\geq$ 1/ay cevabı ile 2 puan, %4,5'i (n=34) <1/gün $\geq$ 1/hafta cevabı ile 3 puan, %0,9'u ise (n=10) <1/gün $\geq$ 1/hafta cevabı ile 4 puan almışlardır (Tablo.5-12).

Wexner Kontinans Değerlendirme Skalasının ped kullanımının 4 puan aldığı sık kullanım ile fekal inkontinansı olmadan bu tanılama skalasının herhangi bir maddesine ilave 1 puanlık bir cevap verildiğinde yanıltıcı olarak bir anda kontinans skalasından 5 ve üzeri puan almak mümkündür. Bu ve benzeri sorgulama formlarının fiziksel muayene olmaksızın kullanımında yanıltıcı sonuçlar olabilmektedir. Bu nedenle Wexner Kontinans Değerlendirme Skalasının ilk üç maddesini katı, sıvı, gaz inkontinans değerleri olarak kabul edilmiştir. Fekal inkontinans prevalansı için yalancı pozitif değerlerin de muhtemel olduğundan bir cut-off değeri belirlenmesi gerekmiştir.

Araştırma popülasyonun Ki Kare ve Lojistik Regresyon Analizleri öncesinde ROC's Eğrisi Analizi ile kesme değeri 5 olarak belirlenmiş olup, eğri altında kalan alan 0,89 olarak bulunmuştur. Bulunan değer araştırma popülasyonunu oluşturan gebelerde fekal inkontinansı tanılamada gerçek pozitiflik gücünü arttırmada fiziksel muayene olmadan değerlendirmede uygun bir kesme noktası olduğu gösterilmiştir.

Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası Toplam Puanı;

-“0 ve 5 puan” arasında bulunan %88,2 oranında (n=1.005),

-“5 puan ve üzeri” aralığında olanlar ise %1,8 (n=135) oranında olduğu bulunmuştur

Sonuç olarak çalışmamızın incelediği İstanbul iline ait gebelerde **fekal inkontinans sıklığını %1,8** olarak kabul edilmiş olup risk faktör analizini bu değer esas alınarak gerçekleştirilmiştir. Gebelerde yaptığımız çalışmamızda anal manometre veya tuşe yöntemlerinin kullanılamamasından dolayı yapılandırılmış görüşme ve görsel skala desteği ile gebelik ve postpartum dönemlerinde de riskli hastaların tespit edilebileceğini düşünülmüştür.

Literatür göstermektedir ki birebir görüşmelerde hastaların utanması ve konuşmak istemediği ve geçiştirebileceği bir konu olan fekal inkontinansın muhtemelen elde ettiğimiz değerlerden daha yüksek olduğunu öngörülmektedir.

Gebelerin Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı ile Bristol Görsel Feçes Skalasında tanımladıkları dışkılama tarzları arasındaki ilişki ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur.

Bristol Görsel Feçes Skala değerlendirmelerinde gebelerin **diyare (Tip 1 ve Tip 2) ve konstipasyon (Tip 6 ve Tip 7)** bulguları yönlerinde Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası puanı yani fekal inkontinans şikayetleri artmaktadır ($\chi^2=474,062$, $p=0,000$) (Tablo.5-13).

Diyare ve konstipasyon olguları barsak hacmini ve pelvik destek mekanizmalarını etkileyen problemlerdendir. Dolayısıyla fekal(anal) inkontinans açısından diyare ve konstipasyon tarifleyen gebeler mutlaka yakından takip edilmesi Literatürde de önerilmektedir (Boreham ve ark., 2005).

6.4.2. Gebelerin Sürekli Değişken Parametreleri İle Wexner İnkontinans Skalası Değerleri Arasında İlişkinin Independent-Sample T Testi Analizi Bulgularının Tartışılması

Analiz sonuçları incelendiğinde **gebenin yaşı ile** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve “5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p \geq 0,05$) (Tablo.5-14).

Analiz sonuçları incelendiğinde **gebenin boyu ile** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve “5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p \geq 0,05$) (Tablo.5-14).

Analiz sonuçları incelendiğinde **gebenin kilosu ile** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve “5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p \geq 0,05$) (Tablo.5-14). Fekal inkontinans açısından gebelikte alınan kilo değerlerinin çalışmalarda kullanımı vücut kitle indeksine ve gebe kilosuna göre daha anlamlı bir değerlendirme yapılabileceği anlaşılmıştır (Chaliha ve ark., 1999; Chaliha ve ark., 2001; Rusavy, Jansova, & Kalis, 2014).

Analiz sonuçları incelendiğinde katılımcılardan **doğum sayısı ile** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve “5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki vardır. ($p=0,050$; $p<0,05$) (Tablo.5-14). Doğum sayısı arttıkça pelvik etkilenme de artmaktadır. Doğum sayısı 1 bile olsa Fİ açısından risk yarattığı Literatürde de birçok çalışma ile tanımlanmıştır (Adelstein ve ark., 2008; Bollard, Gardiner, Duthie, & Lindow, 2003; Boreham ve ark., 2005; Chaliha ve ark., 1999; Faltin, Boulvain, Floris, & Irion, 2005; Naimy ve ark., 2007; Pares, Vial, & Grande, 2008; Rao, 2004; Rusavy ve ark., 2014; Scott & Lunniss, 2007; Van Brummen ve ark., 2006; Weaver, 2004).

McKinnie ve arkadaşlarının 1004 denek (712 en az bir vajinal doğumu olan, 174 nullipar, 91 en az bir gebeliği olan kadınların oluşturduğu örneklem) üzerinde yapmış oldukları çalışmada vajinal doğum yapmış olmanın hem üriner hem de fekal inkontinansı arttırdığını göstermiştir. Çalışmamızdan farklı olarak yaştan fekal inkontinans riskini arttırdığını, Vücut Kitle Endeksinin ya da aşırı kilolu olmanın bir etkisi olmadığını belirtmişlerdir (McKinnie ve ark., 2005).

Analiz sonuçları incelendiğinde katılımcılardan **gebelik sayısı ile** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve “5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p \geq 0,05$) (Tablo.5-14).

Analiz sonuçları incelendiğinde katılımcılardan **gebelik haftası ile** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve “5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki vardır. ($p=0,037$; $p < 0,05$) (Tablo.5-14). Gebelikte hormonların dengesinin değişmesi, progesteronun artması ve pelvik desteğin azalması ile fekal inkontinans bulgularının gebelik haftası ile arttığı düşünülmektedir.

Analiz sonuçları incelendiğinde katılımcılardan **gebelikte aldığı kilo ile** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve “5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki vardır. ($p=0,035$; $p < 0,05$) (Tablo.5-14). Gebelik her trimestır artan kilo ve fizyolojik değişiklikler ile gebelerin barsak hareketleri de azalmaktadır (Barclay, 2009; Bezerra ve ark., 2014; Ditah ve ark., 2014; N. J. Norton, 2007; Waugh & Grant, 2004). İç organların yer değiştirmesine ek olarak iç organ yağlanması hem mekanik olarak hem metabolik olarak fekal inkontinans ve diğer pelvik problemlerin oluşmasını kolaylaştırdığı düşünülmüştür.

Analiz sonuçları incelendiğinde katılımcılardan **gebe VKİ (Vücut Kitle Endeksi) ile** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve “5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p \geq 0,05$) (Tablo.5-14). VKİ değerleri gebelikteki araştırmalarda çok doğru bir değerlendirme yöntemi olmamakla birlikte bazı çalışmalarda kullanıldığı görülmüş ve alınan kilo ile birlikte daha objektif bir veri sağlayacağı düşünüldüğünden çalışmada kullanılmıştır.

6.4.3. Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası Toplam Puanı İle Gebelerin Tanımlayıcı Bazı Parametreleri Arasındaki İlişkilerin Ki Kare Analizlerinin Tartışılması

Çalışmaya katılanlardan **riskli yaş grubunda** olanlar ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. ($x=0,24$; $p=0,619$) (Tablo.5-15).

Norveç’te yapılmış bir çalışmada 18 yaş üstü 1571 primipar sorulduğunda 573 (%37) kişi gebeliğinin son 4 haftasında anal inkontinans tariflemiştir. Genç, az eğitilmiş ve işsiz olanların daha az anal inkontinans tariflediği bulunmuştur (Johannessen ve ark., 2014).

Çalışmaya katılanlardan **eğitim düzeyi** gruplarından lise ve üzeri eğitim alanlar ile lise eğitimini tamamlamamış olanlar ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($x=0,344$; $p=0,571$) (Tablo.5-15). Çalışmaya katılanların **sosyo ekonomik düzeyi** ve Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. **Gelirinin**

giderinden az veya eşit olduğunu söyleyenlerde Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanın arttığı görülmüştür ($\chi^2=3,844$; $p=0,050$) (Tablo.5-15). Brincat ve ark. yaptığı çalışmada araştırmacılar düşük sosyo ekonomik düzeyin ve eğitim seviyesinin önemli bir risk faktörü olarak gebelikte bireyleri etkilediğini ve postpartum dönemde de devam ettiğini göstermiştir (Brincat ve ark., 2009).

Çalışmaya katılanlardan **çalışma durumu** gruplarından çalışıyorum diyenler ile ev hanımı olanlar ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($\chi^2=1,241$; $p=0,265$) (Tablo.5-15).

Çalışmaya katılanların **sigara kullanımı** ve Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. **Sigara kullananların** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanının arttığı görülmüştür ($\chi^2=5,833$; $p=0,016$) (Tablo.5-15).

Çalışmaya katılanlardan **alkol kullanımı** gruplarından kullanıyorum diyenler ile kullanmayanlar arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($\chi^2=0,454$) (Tablo.5-15).

Çalışmaya katılanlardan **kafein/tein kullanımı** gruplarından sık kullanıyorum diyenler ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($\chi^2=0,082$; $p=0,775$) (Tablo.5-15).

Çalışmaya katılan gebelerin diyet gereksinimi ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. **Diyet gereksinimine sahip olmanın** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükselttiği görülmüştür ($\chi^2 = p = 0,041$) (Tablo.5-15).

Çalışmaya katılan gebelerin ilaç gereksinimi ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark vardır. **İlaç gereksinimine sahip olmanın** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükselttiği görülmüştür ($\chi^2 = p = 0,003$) (Tablo.5-15). Çalışmaya katılanlardan **antidepresan kullanımı** gruplarından kullanıyorum diyenler ile kullanmayanlar arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($\chi^2=P=0,320$) (Tablo.5-15). Literatüre baktığımızda bazı trisiklik türevi antidepresanların fekal inkontinans semptomları için önerildiği görülmüştür (Bulut, 2011).

Çalışmaya katılanlardan **geçirilmiş ameliyat hikayesi** gruplarından yok diyenler ile var diyenler arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($\chi^2= 1,875$; $P =0,171$) (Tablo.5-15).

Çalışmaya katılanlardan **gebelik sayısı** gruplarından yok diyenler ile 1'den fazla diyenler arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2=0,539$; $P = 0,463$) (Tablo.5-15).

Çalışmaya katılanlardan **doğum sayısı** gruplarından yok diyenler ile 1'den fazla diyenler arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2=1,472$; $P = 0,225$) (Tablo.5-15).

Çalışmaya katılan gebelerin **gebelikte alınan kilo** ve Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark vardır. **13 Kg ve Üzeri kilo almanın** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükselttiği görülmüştür ($x^2=8.080$; $p = 0.000$) (Tablo.5-15). Çalışmamızla uyumlu olarak yapılan bir çalışmada alınan kilo gestasyon haftası ve konstipasyon bulgularını çalışmalarında anlamlı bulunan risk faktörleri olarak göstermişlerdir (Van Brummen ve ark., 2006).

Katılımcıların **gebelik trimestirleri** ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu görülmüştür. **Üçüncü trimestirda olmanın** Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükselttiği görülmüştür ($x^2 = 12,645$, $p=0,000$) (Tablo.5-15).

Çalışmaya katılanlardan **vajinal doğum hikayesi** olanların, hiç vajinal doğum yapmamış veya sezeryan doğum yapanlar ile arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2=0,460$; $P = 0,498$). Sırf doğum yaptıkları için anal sfinkter mekanizmasının bozulması çok muhtemel kadınların gebelik ve gebelik sonrası dönemde yakın takibi önerilmektedir (Cook & Mortensen, 1998; Fritel, Ringa, Varnoux, Zins, & Bréart, 2007; Homer & Dahlen, 2007; Kamm, 1994; Rudakov ve ark., 2014; Yılmaz, 2007; Zetterstrom ve ark., 2003). Kadınlarda fekal inkontinansın en büyük sebebi doğumun kendisi olduğu iddaa edilmektedir. (Allison, 2010).

Gebelerden daha önce müdahaleli doğum hikayesi olanlar ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. **Önceki doğumunda müdahaleli doğum yaşamış olanlarda**, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanının yükseldiği görülmüştür ($x^2=3,562$; $p=0,039$) (Tablo.5-15). Çalışmamıza benzer şekilde 949 hasta ile yapılan bir çalışmada fekal inkontinans şikayetleri olan 252 hastada forseps yardımcı doğumların sebep olduğu travmalar ile anlamlı ilişkide olduğu bulunmuştur (Eason ve ark., 2002).

Çalışmaya katılanlardan **prolapsus/ hemoroid ameliyat hikayesi** olanların, olmayanlar ile arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2=P = 0.469$) (Tablo.5-15).

Gebelerden hemoroid/anal fissür sorunu tarifleyenler ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu görülmüştür. Gebelerden **hemoroid/anal fissür sorunu** tarifleyenlerde, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükseldiği görülmüştür ($x^2= p= 0,000$) (Tablo.5-15).

Gebelerden perineal problem tarifleyenler ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu görülmüştür. **Perineal problem varlığı** ifade edenlerde, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükseldiği görülmüştür ($x^2=17,734$; $p= 0,000$) (Tablo.5-15).

Literatürde çeşitli hastalıkların barsak alışkanlıklarının bozulması sebebiyle görülen fekal inkontinans semptomlarının risk faktörlerinden olan konstipasyon ve diyare varlığı özellikle gebelik döneminde yakından takip altına alınmalıdır (Brincat ve ark., 2009; Coffin & Causse, 2011; Rusavy ve ark., 2014; Van Brummen ve ark., 2006; Wang ve ark., 2006). Gebelerden Bristol Görsel Feçes Skalasında konstipasyon bulgusu tarifleyenler (Tip 1 ve Tip2) ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu görülmüştür. **Konstipasyon varlığı** ifade edenlerde, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükseldiği görülmüştür ($x^2=113,447$; $p= 0,000$) (Tablo.5-15).

Gebelerden Bristol Görsel Feçes Skalasında diyare bulgusu tarifleyenler (Tip6 ve Tip7) ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu görülmüştür. **Diyare varlığı** ifade edenlerde, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükseldiği görülmüştür ($x^2=164,798$; $p= 0,000$) (Tablo.5-15).

Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı ile gebelerin dışkılama alışkanlıklarının arasındaki ilişki ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. **Gebelik öncesi her gün dışkılama alışkanlığı** olduğunu söyleyen gebelerde Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanının düştüğü görülmektedir ($x^2=27.875$, $p=0,000$) (Tablo.5.16). Düzenli dışkılama alışkanlıklarının konstipasyon, hemoroid, fissür gibi rahatsızlıkların gelişmesini önlediği Literatürde de gösterilmektedir (Demirbaş, 2010).

Gebelik süresince haftada 1 veya daha az dışkılama alışkanlığı olduğunu söyleyen gebelerde Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanının yükseldiği görülmektedir ($x^2=33,529$, $p=0,000$) (Tablo.5-16). Konstipasyon veya düzensiz dışkılama tarif edenlerde prolapsus, hemoroid gibi pelvik taban sorunları için risk faktörü olduğu bilinmektedir (Bezerra ve ark., 2014).

6.4.4. Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası İle Gebelerin Çoklu Parametreleri Arasında İlişki Değerlendirilmesi İçin Lojistik Regresyon Test Bulgularının Tartışılması

Wexner İnkontinans skorları ile gebelerin çoklu parametreleri arasında ilişki değerlendirilmesi için lojistik regresyon testleri uygulanmıştır. Model ile (Nagelkerke R Square=0,641) %64,1 oranında inkontinansı olmayı açıklamaktadır.

Odds Ratiolar değerlendirildiğinde fekal inkontinans görülme sıklığını

Hemoroid /anal fissür varlığı 30,511 kat (95% CI 3,2-288,3);

-Gebelikte alınan kilonun 13kg'nin üzerinde olması 1,847 kat (95% CI 1,01-3,39)arttırırken;

-Eğitim düzeyinin lise altında olmasının 0,464 (95% CI 0,24-0,87) ve

-Üriner inkontinans problemi varlığının eşlik ettiği durumda 0,142 (95% CI 0,04-0,51)

oranında negatif yönde etkilediği görülmektedir (Tablo.5-17).

Yaptıkları çalışmada enstrümantal vajinal doğum (RR 3,1) ve sfinkter hasarı (RR 3) fekal inkontinans görülme sıklığını arttırdığını bulmuştur (Zetterstrom ve ark., 2003). Gebelerde gözlenen risk faktörlerinden hemoroid/fissür problemlerin ve alınan kilonun önerilen sınırların üzerine çıkmasının bozulmuş pelvik kas desteği ile ilişkili olması şaşırtıcı bir sonuç olmadığı düşünülmüştür.

Çalışmamızdan farklı şekilde gebelikte üriner inkontinans ile artan oranda fekal inkontinans semptomları gösteren çalışmalar vardır (Solans-Domenech ve ark., 2010; Torrisi ve ark., 2012). Benzer olarak gebelikte alınan kilo ve çalışmamızdan farklı olarak eğitimin düşük olmasının anal inkontinans semptomlarını arttırdığını savunan çalışmalar görülmüştür (Solans-Domenech ve ark., 2010).

İlk bakışta üriner inkontinans şikâyeti olan gebelerde durumun negatif yönde çıkması şaşırtıcı bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada çıkan bu değerlerin sebebinin üriner inkontinans şikâyeti olan ya da gebeliklerinde önleme amaçlı eğitim almış olanların pelvik taban kaslarını güçlendirerek fekal inkontinans oranlarını düşürdükleri düşünülmüştür. ASM'lerde hemşireler ve ebeler tarafından yapılan gebeleri bilinçlendirme ve destekleme çalışmalarında üriner inkontinans problemi iyi tanıtılmış ve öğretilen Kegel egzersizlerinin fekal inkontinans açısından da gebelere destek oluşturduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda çeşitli risk faktörleri bir arada modellendiğinde eğitim düzeyinin düşük olmasının fekal inkontinansın azaltıcı etki gösterdiği bulunmuştur. Eğitim arttıkça toplumsal çevre ve statünün arttığı ve gebelerin utanarak ya da etiketlenme kaygısı ile yardım arama davranışının olmadığından ötürü görüldüğü düşünülmüştür. Zetterstrom ve ark. Yine farklı olarak genç olmanın fekal semptomlar üzerinde etkisini savunurken bizden yine farklı olarak sigaranın hiç etkisinin olmadığını raporlamış olan çalışmalar mevcuttur. (Johannessen ve ark., 2014).

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

İstanbul ilinde gebelik döneminde de fekal inkontinans sıklığının ve risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla planlanan araştırma bir prevalans ve risk belirleme çalışmasıdır.

İstanbul ilinin her ilçesinde belirlenmiş Aile Sağlığı Merkezlerinde(ASM'lerde) örnekleme seçilmiş gebe sayısı kotası tamamlanana kadar rasgele gönüllü olan gebelere dair veriler, araştırmacının geliştirdiği “Gebelikte Fekal İnkontinans Tanılama Formu” yanında “Bristol Görsel Feçes Skalası” ve “Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası” yapılanmış görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

Çalışma sonucunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Gebelerin yaş ortalaması $29,57 \pm 5,763$, median değeri=30, mode değeri=31 olarak bulunmuştur.
- Gebelerin %4,1'i (n=47) 18-20 yaş aralığında, %44,3'ü (n=505) 20-29 yaş aralığında, %48,2'si (n=549) 30-39 yaş aralığında olup, %3,4' ise (n=39) 40 yaş ve üzerindedir.
- Eğitim düzeylerine bakıldığında gebelerin %2,5'i (n= 28) okur yazar değildir. Okur yazar olduğunu belirten gebeler %3,5'i (n=40) iken, araştırmaya katılan gebelerin %8,9'u (n=101) ilköğretim, %22,3'ü (n=254) ortaöğretim, %42'si (n=479) lise mezunu olduğunu belirtmiştir. Gebelerin %20,9'u (n= 238) üniversite ve üzeri eğitim almıştır.
- Sosyo-ekonomik durumları sorulduğunda gebelerin %12,3'ü (n=140) gelirin giderinden az olduğunu, %61,5'i (n=701) gelirin giderine denk olduğunu, %26,2'si (n=299) ise gelirin giderinden daha fazla olduğunu ifade edilmiştir.
- Gebelerin %100'ü (n=1140) evli ve İstanbul ilinde ikamet etmektedirler.
- Çalışma durumları incelendiğinde gebelerin %60,8'i (n=693) ev hanımı iken, %29,4'ü işçi olarak, %9,8'i ise memur olarak çalıştığı görülmüştür. Çalışan toplam gebe kadın n=447(%39,2) olarak bulunmuştur
- Gebelerin alkol kullanımı sorgulandığında %3,6'sı (n=41) sosyal içici olarak kullandığını (ayda 1 ya da daha az), %96,4'ü (n=1099) ise hiç kullanmadığını belirtmiştir.
- Gebelerin kafein/tein kullanımı sorgulandığında %39,6'sı (n=452) günde 6-10 bardak civarında, %60,4'ü (n=688) ise günde 5 bardaktan daha az kahve veya çay tükettiğini söylemiştir.
- Gebelerin sigara kullanımına baktığımızda %11,8'i (n=135) ise sigara kullandığını, %88,2'si ise (n=1005) hiç sigara kullanmadıklarını belirtmiştir.
- Gebelerin %91'inin (n=1037) kronik sağlık sorunu yoktur.

- Çalışmaya katılan gebelerden var olan kronik sağlık problemleri sorulduğunda %3,2'si (n=37) hipertansiyon, %3'ü (n=34) diyabet, %0,6'sı (n=7) gastrointestinal sistem hastalıkları, %0,3'ü (n=3) solunum sistem hastalıkları, %0,4'ü (n=3) CYBE, %0,6'sı (n=7) hipotroidi/ hipertroidi, %0,9'u (n=10) depresyon tariflemiştir.
- Gebelerin %6,1'inin (n=69) diyet gereksinimi olduğu, %8,4'ünün (n=96) bir ilaç gereksinimi olduğu, %0,9'unun (n=10) halen antidepresan kullandığı bilgisi edinilmiştir.
- Sezeryan dışında geçirilmiş ameliyat hikayesi varlığı sorgulandığında %0,4'ünün (n=5) safra taşı , apandisit, rinoplasti, kırık ameliyatları gibi perineal alan dışı ameliyatlara geçirdiği, %0,5'inin ise (n=6) hemoroid ameliyatı hikayesi olduğu öğrenilmiştir.
- Araştırmaya katılanların gebelik sayısı ortalama $1,8 \pm 0,864$ iken doğum sayısı ortalama $0,66 \pm 0,757$ 'dir.
- Araştırmaya katılanların gebelik sayıları sorulduğunda %45,2'si (n=515) bir gebelik, %33,8'i (n=385) iki gebelik, %18,1'i (n=206) üç gebelik, %2,3'ü (n=26) dört gebelik ve %0,7'si (n=8) beş gebelik yaşadığını ifade etmiştir.
- Gebelerin %50,1'i (n=571) hiç doğum yapmamış iken %34,8'i
- (n=397) bir doğum, %14'ü (n=160) iki doğum, %1'i (n=11) üç doğum, %0,1'i (n=1) dört doğum yapmıştır.
- Vajinal doğum öyküsü olanlardan sadece 4 kişinin (%1,3) doğumları sırasında perineal müdahale öyküsü yoktur. Vajinal doğum öyküsü olanlardan %1,3'ünün (n=4) forseps, %10,5'inin (n=33) vakum, %87'sinin (n=274) epizyotomi müdahalesi yapıldığı öğrenilmiştir.
- Gebelerin aldıkları kilo sorgulandığında gebelerin %35,4'ü (n=403) 10kg ve altında, %25,4'ü (n=290) ise 11kg ile 15kg arasında, %39,2'si (n=447) ise 16kg ve üzeri değerlerde kilo aldığı ifade edilmiştir.
- Gebelerin boylarının ortalaması $161,3 \pm 5,9$ cm ve kilolarının ortalaması $76,1 \pm 6,4$ kg iken gebelerin vücut kitle endeksi ortalaması ise $28,8 \pm 2,5$ olduğu ortaya konmuştur.
- Gebelerde perine problemleri olduğunu ifade edenler arasında mantar enfeksiyonu %3,3 (n=38), genital herpes %5 (n=6), genital siğil %2,9 (n=33), anal fissür/ hemoroid %1,1 (n=13) oranlarında bildirilmiştir.
- Gebelik öncesi dışkılama alışkanlıkları sorgulandığında gebelerin %22'si (n=259) 2-3 günde bir, %77,3'ü ise (n=881) her gün cevabını vermiştir.
- Gebelik süresince dışkılama alışkanlıkları sorgulandığında gebelerin %51,5'i (n=587) hergün, %25,8'i (n=294) 2-3 günde bir cevabını verir iken, %22,7'si (n=259) haftada bir veya daha az dışkılama alışkanlığı olduğunu ifade etmiştir.

- Gebelik süresince titizlik sebebiyle dışkılama erteleme alışkanlığı sorgulandığında gebelerin %34,4'ü (n=392) her zaman, %23,6'sı (n=269) genellikle, %9,6'sı (n=110) bazen, %6,6'sı (n=75) nadiren ertelediğini ifade ederken %25,8 (n=294) oranında gebe hiçbir zaman cevabını vermiştir.
- Gebelik süresince en yakın tuvaleti bilme ihtiyacı sorgulandığında, gebelerin %21,7'si (n=247) hiçbir zaman, %13,1'i (n=149) nadiren, %10'u (n=114) bazen cevabını verirken, her zaman ertelediğini ifade edenlerin ise %30,8 (n=351) oranında ifade edilmiştir.
- Gebelik öncesi üriner inkontinans varlığı sorulduğunda gebelerin %4,8'i (n=55) var, %95,2'si (n=1085) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik öncesi dışkılamaya engel olamama (urge inkontinans) ya da kazara dışkılama varlığı sorulduğunda gebelerin %0,4'ü (n=4) var, %99,6 (n=1136) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik öncesi gaz inkontinans(flatus) varlığı sorulduğunda gebelerin %4,8'i (n=55) var, %95,2 (n=1085) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik öncesi dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle ilaç kullanımı varlığı sorulduğunda gebelerin %12,8'i (n=146) var, %87,2'si (n=994) yok olarak ifade etmiştir. Gebelik öncesi dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle kullanılan ilaç açıklaması sorgulandığında laksatif ve gaz giderici gibi ilaçların gerekli hallerde gebeler tarafından kullanıldığı ifade edilmiştir.
- Gebelik süresince idrar kaçırma/ mesane problemleri varlığı sorulduğunda gebelerin %8,9'u (n=102) var, %91,1 (n=1038) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince dışkılamaya engel olamama (urge inkontinans) ya da kazara dışkılama varlığı sorulduğunda gebelerin %0,7'si (n=8) var, %99,3 (n=1132) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince katı inkontinans varlığı sorulduğunda gebelerin %100'ü (n=1140) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince sıvı inkontinans varlığı sorulduğunda gebelerin %0,8'i (n=9) var, %99,2'si (n=1131) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince gaz inkontinans(flatus) varlığı sorulduğunda gebelerin %16,9'u (n=193) var, %83,1'i (n=947) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince dışkılama kaçırma problemleri nedeniyle ped ve benzeri ürün kullanımı varlığı sorulduğunda gebelerin %29,5'si (n=336) var, %70,5'ü (n=804) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince dışkılama kaçırma problemleri nedeniyle yaşam tarzı değişiklikleri varlığı sorulduğunda gebelerin %19,5'si (n=222) var, %80,5'ü (n=918) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince gaz çıkışı/flatus ile dışkılama ihtiyaçlarını ayırt etme gücü varlığı sorulduğunda gebelerin %10,2'si (n=116) var, %89,8'i (n=1024) yok olarak ifade etmiştir.

- Gebelik süresince dışkılama sırasında ağrı varlığı sorulduğunda gebelerin %28,6'sı (n=326) var, %71,4'ü (n=814) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince dışkılama sırasında rektal kanama varlığı sorulduğunda gebelerin %12,6'sı (n=144) var, %87,4'ü (n=996) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince dışkılama sırasında mukus varlığı sorulduğunda gebelerin %18,2'si (n=207) var, %81,8'i (n=933) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince dışkılama sırasında gerilme/ zorlanma varlığı sorulduğunda gebelerin %24'ü (n=274) var, %76'sı (n=866) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince dışkılama ya da sonrasında sarkan kitle/ hemoroid varlığı sorulduğunda gebelerin %80,2'si (n=914) var, %19,8'i (n=226) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince dışkılama bitiminde boşaltımın tam sağlanamadığı hissi varlığı sorulduğunda gebelerin %14,2'si (n=162) var, %85,8'i (n=978) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince parmak ile ya da perineye basınç ile dışkılamaya yardım gereksinimi sorulduğunda gebelerin %14,6'sı (n=167) var, %85,4'ü (n=973) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince dışkılama sonrası alanı temizlemede sırasında sorun (sızlama, tahriş vb.) varlığı sorulduğunda gebelerin %42,1'i (n=480) var, %57,9'u (n=660) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince dışkılama ve gaz problemleri nedeniyle duygusal/ psikososyal değişiklik varlığı sorulduğunda gebelerin %5,4 (n=62) var, %94,6 (n=1078) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle sosyal hayatta sorun varlığı sorulduğunda gebelerin %11,1'i (n=127) var, %88,9'u (n=1013) yok olarak ifade etmiştir.
- Gebelik süresince dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle cinsel hayatta sorun varlığı sorulduğunda gebelerin %11,1'i (n=127) var, %88,9'u (n=1013) yok olarak ifade etmiştir. Gebelik süresince dışkılama veya gaz problemleri nedeniyle cinsel sorunun açıklaması istenen gebelerin cevapları değerlendirildiğinde isteksizlik, koku endişesi ile cinsellikten kaçınma, istemsiz gaz kaçağı yaşama, gaz ağrısı yüzünden erteleme ve gaz kaçakları sebebiyle ayrı yataklarda yatma problemleri tarif edilmiştir.
- Gebelik süresince dışkılama kaçakları miktarı sorgulandığında lekelenme şeklinde tarif eden %0,6 (n=7), çamaşır / ped değiştirmem gerekir cevabını veren ise %0,2 (n=2) oranında gebe olurken, hiç yaşamadım diyen gebe oranı %99,2'dir (n=1131).
- Gebelik süresince yaşanan dışkılama kaçaklarında tedbir amaçlı ped ve benzeri ürün kullanım zamanı sorgulandığında, sorun ifade etmemiş gebelerin de değişik sıklıklarda tedbir amaçlı ped kullanımının olduğunu tespit edilmiş, gebelerden %99,2'si (n= 1131) hiçbir zaman, %0,4' (n=5) uyanık olduğu zamanlarda, %0,4 (n=4) şeklinde cevapladığı görülmüştür.

- Gebelik süresince dışkılama kaçaklarının en sık yaşanma zamanının uyanık olduğu zamanlarda olduğunu gebelerin %0,7'si (n=8) belirtirken, her zaman yaşayabildiğini ifade eden %0,1 (n=1) oranında gebe görülmüştür.
- Gebelik süresince dışkılamada kaçak kazaları yaşandığı sırada farkındalık sorgulandığında gebelerden %0,2'i (n= 2) genellikle, %0,6'sı da (n=7) her zaman şeklinde cevaplamıştır.
- Gebelik süresince genel dışkılama tipini değerlendirmek amacıyla "Bristol Görsel Feçes Skalası" gösterilen gebelerden, %5,1 (n=58) oranıyla Tip1, %14,5 (n=165) oranıyla ise Tip2 şekillerini seçerek konstipasyon tipi dışkılama ifade etmiştir.
- "Bristol Görsel Feçes Skalası" gösterilen gebelerden %22,9'u (n=261) Tip3, %28,2'si (n=322) Tip4 ve %17,4'ü (n=198) Tip5 şeklini seçerek normal dışkılama ifade etmiştir.
- "Bristol Görsel Feçes Skalası" gösterilen gebelerden diyare tablosu ifade eden gebelerden %6,5'inin (n=74) Tip6 şeklini, %5,4'ünün (n=62) ise Tip7 şeklini seçtiği görülmüştür.
- Gebelerin cevaplarında katı inkontinansın %100 oranında hiçbir zaman yaşanmadığı görülmüştür ve tüm gebeler 0 puan almışlardır.
- Sıvı inkontinansı ifade edenlerden %99,2'si(n=1131) hiçbir zaman cevabı ile 0 puan, %0,6'sı (n=7) <1/ay cevabı ile 1 puan, %0,1'i (n=1) <1/hafta ≥1/ay cevabı ile 2 puan, %0,1'i(n=1) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 3 puan alırken ≥1/gün cevabı ile 4 puan alan
- Wexner Kontinans Değerlendirme olmamıştır. Toplam sıvı inkontinansı ifade eden gebe prevalansı %0,8 (n=9) bulunmuştur. Skalası ile gebeleri değerlendirdiğimizde en sık görülen gaz inkontinans problemi ortaya çıkmaktadır.
- Gaz inkontinansı ifade edenlerden %83,1'i (n=947) hiçbir zaman cevabı ile 0 puan, %9,6'sı (n=109) <1/ay cevabı ile 1 puan, %4,1'i (n=47) <1/hafta ≥1/ay cevabı ile 2 puan, %1,5'i (n=17) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 3 puan, %1,8'i ise(n=20) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 4 puan almışlardır. Toplam gaz inkontinansı ifade eden gebe prevalansı %16,9(n=193) bulunmuştur.
- Yaşam tarzı değişikliği yaşadığını ifade edenlerden %80,5'i (n= 918) hiçbir zaman cevabı ile 0 puan, %7,4'ü (n=84) <1/ay cevabı ile 1 puan, %0,8'i (n=9) <1/hafta ≥1/ay cevabı ile 2 puan, %4'ü (n=46) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 3 puan, %7,3'ü ise(n=83) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 4 puan almışlardır.
- Ped gereksinimi sıklığı sorgulandığında %70,5'i (n=804) hiçbir zaman cevabı ile 0 puan, %21,1'i (n=241) <1/ay cevabı ile 1 puan, %4,5'i (n=51) <1/hafta ≥1/ay cevabı ile 2 puan, %4,5'i (n=34) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 3 puan, %0,9'u ise(n=10) <1/gün ≥1/hafta cevabı ile 4 puan almışlardır.
- Araştırma popülasyonun Ki Kare ve Lojistik Regresyon Analizleri öncesinde ROC's Eğrisi Analizi ile kesme değeri 5 olarak belirlenmiş olup, eğri altında kalan alan 0,89 olarak bulunmuştur. Gebelerde fekal inkontinansı tanılamada gerçek pozitiflik gücünü arttırmada fiziksel muayene olmadan değerlendirmede uygun kesme noktası olduğunu gösterilmiştir.

- Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı;
- -“0 ve 5 puan” arasında bulunan %88,2 oranında (n=1.005),
- -“5 puan ve üzeri” aralığında olanlar ise %1,8 (n=135) oranında olduğu bulunmuştur.
- Gebelerin Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı ile Bristol Görsel Feçes Skalasında tanımladıkları dışkılama tarzları arasındaki ilişki ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Bristol Görsel Feçes Skala değerlendirmelerinde gebelerin gebelikleri süresince diyare (Tip1 ve Tip2) ve konstipasyon (Tip6 ve Tip7) bulguları yönlerinde Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası puanının (yani fekal inkontinans şikayetlerinin) arttığı görülmüştür($\chi^2=474,062$; $p=0,000$).
- Analiz sonuçları incelendiğinde gebenin yaşı ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve”5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur($p\geq 0,05$).
- Analiz sonuçları incelendiğinde gebenin boyu ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve”5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p\geq 0,05$).
- Analiz sonuçları incelendiğinde gebenin kilosu ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve”5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p\geq 0,05$).
- Analiz sonuçları incelendiğinde doğum sayısı ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve”5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,050$; $p<0,05$).
- Analiz sonuçları incelendiğinde gebelik sayısı ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve”5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p\geq 0,05$).
- Analiz sonuçları incelendiğinde gebelik haftası ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve”5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,037$; $p<0,05$).
- Analiz sonuçları incelendiğinde gebelikte aldığı kilo ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve”5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,035$; $p<0,05$).
- Analiz sonuçları incelendiğinde gebe vücut kitle indeksleri ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası değerlendirmesinde “5 puandan az” alanlar ve”5 Puan ve Üzeri” alanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p\geq 0,05$).

- Çalışmaya katılanlardan riskli yaş grubunda olanlar ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($x = 0,24; p = 0,619$).
- Çalışmaya katılanlardan eğitim düzeyi gruplarından lise ve üzeri eğitim alanlar ile lise eğitimi tamamlamamış olanlar ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($x = 0,344; p = 0,571$).
- Çalışmaya katılanların sosyo ekonomik düzeyi ve Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. Gelirinin giderinden az veya eşit olduğunu söyleyenlerde Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanının arttığı görülmüştür ($x^2 = 3,844, p = 0,050$).
- Çalışmaya katılanlardan çalışma durumu gruplarından çalışıyorum diyenler ile ev hanımı olanlar ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($x = 1,241; p = 0,265$).
- Çalışmaya katılanların sigara kullanımı ve Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. Sigara kullananların Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanının arttığı görülmüştür ($x^2 = 5,833, p = 0,016$).
- Çalışmaya katılanlardan alkol kullanımı gruplarından kullanıyorum diyenler ile kullanmayanlar arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2 = P = 0,454$).
- Çalışmaya katılanlardan kafein /tein kullanımı gruplarından kullanıyorum diyenler ile kullanmayanlar arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2 = 0,082; P = 0,775$).
- Çalışmaya katılan gebelerin diyet gereksinimi ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Diyet gereksinimine sahip olmanın Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükselttiği görülmüştür ($x^2 = p = 0,041$).
- Çalışmaya katılan gebelerin ilaç gereksinimi ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark vardır. İlaç gereksinimine sahip olmanın Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükselttiği görülmüştür ($x^2 = p = 0,003$).
- Çalışmaya katılanlardan antidepresan kullanımı gruplarından kullanıyorum diyenler ile kullanmayanlar arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2 = P = 0,320$).

- Çalışmaya katılanlardan geçirilmiş ameliyat hikayesi gruplarından yok diyenler ile var diyenler arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2=1,875$; $P=0,171$).
- Çalışmaya katılanlardan gebelik sayısı gruplarından yok diyenler ile 1'den fazla diyenler arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2=0,539$; $P=0,463$).
- Çalışmaya katılanlardan doğum sayısı gruplarından yok diyenler ile 1'den fazla diyenler arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2=1,472$; $P=0,225$).
- Çalışmaya katılan gebelerin gebelikte alınan kilo ve Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark vardır. 13 Kg ve Üzeri kilo almanın Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükselttiği görülmüştür ($x^2=8,080$; $p=0,000$).
- Katılımcıların gebelik trimestırları ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu görülmüştür. Üçüncü trimestırda olmanın Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükselttiği görülmüştür ($x^2=12,645$, $p=0,000$).
- Çalışmaya katılanlardan vajinal doğum hikayesi olanların, hiç vajinal doğum yapanlar veya sezeryan doğum yapanlar ile arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2=0,460$; $P=0,498$).
- Gebelerden daha önce müdahaleli doğum hikayesi olanlar ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. Önceki doğumunda müdahaleli doğum yaşamış olanlarda, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanının yükseldiği görülmüştür ($x^2=3,562$, $p=0,039$).
- Çalışmaya katılanlardan prolapsus/ hemoroid ameliyat hikayesi olanların, olmayanlar ile arasında Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($X^2=P=0,469$).
- Gebelerden hemoroid/anal fissür sorunu tarifleyenler ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu görülmüştür. Gebelerden hemoroid/anal fissür sorunu tarifleyenlerde, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükseldiği görülmüştür ($x^2=p=0,000$).
- Gebelerden perineal problem tarifleyenler ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu görülmüştür.

Perineal problem varlığı ifade edenlerde, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükseldiği görülmüştür ($\chi^2=17,734$, $p= 0,000$).

- Gebelerden Bristol Görsel Feçes Skalasında konstipasyon bulgusu tarifleyenler (Tip 1 ve Tip2) ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu görülmüştür. Konstipasyon varlığı ifade edenlerde, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükseldiği görülmüştür ($\chi^2=113,447$, $p= 0,000$).
- Gebelerden Bristol Görsel Feçes Skalasında diyare bulgusu tarifleyenler (Tip6 ve Tip7) ile Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu görülmüştür. Diyare varlığı ifade edenlerde, Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanını yükseldiği görülmüştür ($\chi^2=164,798$, $p= 0,000$).
- Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanı ile gebelerin dışkılama alışkanlıklarının arasındaki ilişki ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Tablo.4.15 incelendiğinde gebelik öncesi her gün dışkılama alışkanlığı olduğunu söyleyen gebelerde Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanının düştüğü görülmektedir ($\chi^2=27.875$, $p=0,000$).
- Gebelik süresince haftada 1 veya daha az dışkılama alışkanlığı olduğunu söyleyen gebelerde Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası toplam puanının yükseldiği görülmektedir ($\chi^2=33,529$, $p=0,000$).
- Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası skorları ile gebelerin çoklu parametreleri arasında ilişki değerlendirilmesi için Multivariate Lojistik Regresyon testleri uygulanmıştır. Model ile (Nagelkerke R Square=0,641) %64,1 oranında inkontinansı olmayı açıklamaktadır.
- Odds Ratiolar değerlendirildiğinde fekal inkontinans görülme sıklığını hemoroid /anal fissür varlığı 30,511 kat (95% CI 3,2-288,3); gebelikte alınan kilonun 13kg'nin üzerinde olması 1,847 kat (95% CI 1,01-3,39)arttırırken; eğitim düzeyinin lise altında olmasının 0,464 (95% CI 0,24-0,87) ve üriner inkontinans problemi varlığının eşlik ettiği durumda 0,142 (95% CI 0,04-0,51) oranında negatif yönde etkilediği görülmektedir.

Öneriler;

- Elde edilen verilerin ışığında;

-Fekal inkontinans bireyleri yalnızlaştıran, hijyenik ve maddi sonuçları yüksek olan bir problemdir. Toplumumuzda da dünyada olduğu gibi iyi sorgulanmayan ama ciddi ekonomik sonuçlar doğuran iş kaybı ve izolasyon sebebiyle birey ve ailelerini birlikte etkiler.

-Prevalans çalışmalarının yetersizliği ve daha çok yaşlı bakım evlerinde olan özel gruplarda yapılmış çalışmalar toplumdaki genel problem varlığını yansıtmaktan uzakta kalmaktadır.

-Gebelik pelvik desteğin bozulduğu bir dönemdir. Fekal inkontinansın risk faktörlerini hemşirelerin bilmesi ve toplumda farkındalık yaratması bu konuyu konuşulabilir kılmakta önemlidir.

-Kadınların, hamilelik ve doğum gibi sağlıklı olmaları ve gelecek bebekle ilgilenebilmeleri gereken keyifli bir dönemde sağlık çalışanlarının olası problemler arasında mutlaka fekal inkontinansı da sorgulaması ve tespit edilen sorunlarda yol gösterici olması gerekmektedir.

-Kadın doğum servislerinde kadın doğum hemşirelerinin üriner inkontinansa olduğu gibi fekal (anal) inkontinansa da özelleşmesi, riskleri öngörmeye ve tanılamada uzmanlaşması elzemdir.

-Zaten bireylerin konuşmaya çekindikleri bir konu olan dışkılama, sorgulanmadığında veya doğumdan sonra geçer nasılsa diye geçirildiğinde bireylerin yardım arama gayretlerini engellemekte, onları ve ailelerini içinden çıkılmaz bir döngüde yalnızlaştırmaktadır.

-Gebelik döneminde;

- Fekal urge(erteleyememe) inkontinans, kronik konstipasyon veya diyare, anal cerrahi veya obstetrik hasar hikayesi ve diyabet durumlarında mutlaka fekal inkontinans sorgulanmalıdır.
- Üriner inkontinans problemi olan gebelerde fekal inkontinans mutlaka değerlendirilmelidir.
- İri bebek ya da 13 ve üzerinde kilo alımı durumlarında fekal inkontinans görülme olasılığı artmaktadır.
- Sosyo ekonomik düzeyinin ve eğitim seviyesinin düşük olduğu bölgelerde gebelerin yardım aramasını beklemeden rutin kontrollerde fekal inkontinans yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir.

-Kurumlar tedavi maliyeti, personelin zaman kaybı ile uğraşırken, bireysel özelliklerin göz önünde bulundurularak çözüm getirilebilecek sorunlar kronik problemlerle dönüşerek bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir.

-Postpartum dönemde ise;

- Epizyotomi ve oluşmuş perineal yırtıklar ile ilgili bireyin bakım gereksinimleri olduğu halde, enfeksiyonlardan korunma ve sağlık maliyetlerin düşürülmesi amacıyla evine gönderilen kadınların postpartum dönemde gelişen problemler takip edilmeli fekal inkontinans yönünden değerlendirilmesi hamilelik ve postpartum dönemlerinde 1 sene sonraya dek sürdürülmelidir.

- Uzman hemşireler tarafından şikâyet belirten tüm gebeler mutlaka doğum sonrası 6. Ayda izleme çağırılmalı şikayetlerinde gerileme olmayanlar izleme alınıp, destekleyici terapilere yönlendirilmelidir.
- Çoğu hastada davranış terapileri olumlu sonuçlar vermektedir. İleri yaşlar beklenmeden tedaviye yönlendirilmeli ve izlem altındaki hastalara yine uzman hemşireler tarafından psikolojik destek ve sosyal uyum becerileri desteği verilmelidir.
- Çalışan veya evde çocukları ile ilgilenen kadınların, hamilelik ve doğum gibi sağlıklı olmaları ve gelecek bebekle ilgilenebilmeleri gereken keyifli bir dönemde sağlık çalışanlarının olası problemler arasında mutlaka fekal inkontinansı da sorgulaması ve tespit edilen sorunlarda yol gösterici olması gerekmektedir.



7.KAYNAKLAR

- Abrams, P., Andersson, K. E., Birder, L., Brubaker, L., Cardozo, L., Chapple, C., . . . Fourth International Consultation on, I. (2010). Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*, 29(1), 213-240. doi:10.1002/nau.20870
- Adelstein, B. A., Irwig, L., Macaskill, P., Katelaris, P. H., Jones, D. B., & Bokey, L. (2008). A self administered reliable questionnaire to assess lower bowel symptoms. *BMC Gastroenterol*. PMID: 18312680 1 (8), 8. doi:10.1186/1471-230X-8-8.
- Allahdin, S., Oo, N., & Jones, C. (2011). Intractable flatus incontinence treated by percutaneous tibial nerve stimulation. *Int J Colorectal Dis*, 26(10), 1355-1356. doi:10.1007/s00384-010-1118-z
- Allison, M. (2010). Conservative management of faecal incontinence in adults. *Nurs Stand*, 24(26), 49-56; quiz 58, 60. doi:10.7748/ns2010.03.24.26.49.c7570
- Aslan, E., Beji, N. K., Erkan, H. A., Yalcin, O., & Gungor, F. (2009). The prevalence of and the related factors for urinary and fecal incontinence among older residing in nursing homes. *J Clin Nurs*, 18(23), 3290-3298. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02936.x
- Barclay, M. L. (2009). Physiology of Pregnancy. Retrieved from http://www.glowm.com/section_view/heading/Physiology%20of%20Pregnancy/item/103
- Bezerra, L. R., Vasconcelos Neto, J. A., Vasconcelos, C. T., Karbage, S. A., Lima, A. C., Frota, I. P., . . . Augusto, K. L. (2014). Prevalence of unreported bowel symptoms in women with pelvic floor dysfunction and the impact on their quality of life. *Int Urogynecol J*, 25(7), 927-933. doi:10.1007/s00192-013-2317-2
- Bo, K. (2009). Does pelvic floor muscle training prevent and treat urinary and fecal incontinence in pregnancy? *Nature Clinical Practice Urology*, 6(3), 122-123.
- Bollard, R. C., Gardiner, A., Duthie, G. S., & Lindow, S. W. (2003). Anal sphincter injury, fecal and urinary incontinence: a 34-year follow-up after forceps delivery. *Dis Colon Rectum*, 46(8), 1083-1088. doi:10.1097/01.DCR.0000081169.54207.27
- Bordeianou, L., Rockwood, T., Baxter, N., Lowry, A., Mellgren, A., & Parker, S. (2007). Does Incontinence Severity Correlate With Quality Of Life? Prospective Analysis Of 502 Consecutive Patiens. *Colorectal Disease*, 10, 273-279.

- Boreham, M. K., Richter, H. E., Kenton, K., Nager, K., Gregory, W. T., Aronson, M. P., . . . Schaffer, J. I. (2005). Anal Incontinence In Women Presenting For Gynecologic Care: Prevalence, Risk Factors, And Impact Upon Quality Of Life. *Am J Obstet Gynecol*, 192(5), 1637-1642.
- Borello-France, D., Burgio, K. L., Richter, H. E., Zyczynski, H., Fitzgerald, M. P., Whitehead, W., . . . Pelvic Floor Disorders, N. (2006). Fecal and urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol*, 108(4), 863-872. doi:10.1097/01.AOG.0000232504.32589.3b
- Brincat, C., Lewicky-Gaupp, C., Patel, D., Sampselle, C., Miller, J., Delancey, J. O., & Fenner, D. E. (2009). Fecal incontinence in pregnancy and post partum. *Int J Gynaecol Obstet*, 106(3), 236-238. doi:10.1016/j.ijgo.2009.04.018
- Buğra, D. (2010). Rektum ve Anal Bölgenin Cerrahi Anatomisi. *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics* 3(3), 1-7.
- Bulut, M. T. (2011). Fekal İnkontinens. In M. B., B. M.T., A. Ö., & L. S. (Eds.), *Anorektal Bölgenin Selim Hastalıkları* (pp. 187-217). Ankara Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği.
- Carroli, G., & Belizai, J. (2000). Episiotomy For Vaginal Birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(Cd000081).
- Carter, D. (2014). Conservative treatment for anal incontinence. *Gastroenterol Rep (Oxf)*, 2(2), 85-91. doi:10.1093/gastro/gou013
- Chaliha, C., Kalia, V., Stanton, S. L., Monga, A., & Sultan, A. H. (1999). Antenatal prediction of postpartum urinary and fecal incontinence. *Obstet Gynecol*, 94(5 Pt 1), 689-694.
- Chaliha, C., Sultan, A. H., Bland, J. M., Monga, A. K., & Stanton, S. L. (2001). Anal function: effect of pregnancy and delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 185(2), 427-432. doi:10.1067/mob.2001.115997
- Coffin, B., & Causse, C. (2011). Constipation assessment scales in adults: a literature review including the new Bowel Function Index. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, 5(5), 601-613. doi:10.1586/egh.11.53
- Cook, T. A., & Mortensen, N. J. (1998). Management of faecal incontinence following obstetric injury. *Br J Surg*, 85(3), 293-299. doi:10.1046/j.1365-2168.1998.00693.x
- Dedeli, O., Fadiloglu, C., & Bor, S. (2009). Validity and reliability of a Turkish version of the Fecal Incontinence Quality of Life Scale. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 36(5), 532-538. doi:10.1097/WON.0b013e3181b36010

- Dedeli, Ö. (2006). *Fekal inkontinans yaşam kalitesi ölçeği ve Gata İnkontinasi Anketi'nin geçerlilik güvenirlik çalışması*. Ege Üniversitesi.
- Dedeli , Ö., Fadıloğlu , Ç., Turan, İ., & Bor , S. (2008). YAŞLILARDA FEKAL İNKONTİNANS SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ. *Turkish Journal of Geriatrics*, 11(1), 33-41.
- Demirbaş, S. (2010). Kronik kabızlık nedenleri, tanı yöntemleri ve tedavi yaklaşımları. *Gülhane Tıp Derg*, 52(), 61-68.
- Dinc, A., Kizilkaya Beji, N., & Yalcin, O. (2009). Effect of pelvic floor muscle exercises in the treatment of urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 20(10), 1223-1231. doi:10.1007/s00192-009-0929-3
- Ditah, I., Devaki, P., Luma, H. N., Ditah, C., Njei, B., Jaiyeoba, C., . . . Szarka, L. (2014). Prevalence, trends, and risk factors for fecal incontinence in United States adults, 2005-2010. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 12(4), 636-643 e631-632. doi:10.1016/j.cgh.2013.07.020
- Dönmez, S., & Sevil, Ü. (2009). Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 105-112.
- Eason, E., Labrecque, M., Marcoux, S., & Mondor, M. (2002). Anal incontinence after childbirth. *CMAJ*, 166(3), 326-330.
- Erkmen Uyar, M., & Türkay, C. (2005). Fekal İnkontinasta Tetkik ve Tedavi. *Güncel Gastroloji*, 9(4), 245-251.
- Faltin, D. L., Boulvain, M., Floris, L. A., & Irion, O. (2005). Diagnosis of anal sphincter tears to prevent fecal incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 106(1), 6-13. doi:10.1097/01.AOG.0000165273.68486.95
- Franco, J. T. Y., Agulhona, A. M., Vianib, F. C., & Viebigc, R. G. (2016). Systemic acupuncture in patients with faecal incontinence *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 162-166.
- Fritel, X., Ringa, V., Varnoux, N., Zins, M., & Bréart, G. (2007). Mode of delivery and fecal incontinence at midlife: a study of 2,640 women in the Gazel cohort. *Obstetrics & Gynecology*, 110(1), 31-38.

- Fynes, M., Donnelly, V., Behan, M., O'Connell, P. R., & O'Herlihy, C. (1999). Effect of second vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence: a prospective study. *Lancet*, 354(9183), 983-986. doi:10.1016/S0140-6736(98)11205-9
- Glasgow, S. C., & Lowry, A. C. (2012). Long-term outcomes of anal sphincter repair for fecal incontinence: a systematic review. *Dis Colon Rectum*, 55(4), 482-490. doi:10.1097/DCR.0b013e3182468c22
- Healy, C. F., O'Herlihy, C., O'Brien, C., O'Connell, P. R., & Jones, J. F. (2008). Experimental models of neuropathic fecal incontinence: an animal model of childbirth injury to the pudendal nerve and external anal sphincter. *Dis Colon Rectum*, 51(11), 1619-1626; discussion 1626. doi:10.1007/s10350-008-9283-7
- Heymen, S., Jones, K. R., Ringel, Y., Scarlett, Y., & Whitehead, W. E. (2001). Biofeedback treatment of fecal incontinence: a critical review. *Dis Colon Rectum*, 44(5), 728-736.
- Homer, C., & Dahlen, H. (2007). Obstetric-induced incontinence: a black hole of preventable morbidity? An 'alternative' opinion. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 47(2), 86-90. doi:10.1111/j.1479-828X.2007.00692.x
- Johannessen, H. H., Morkved, S., Stordahl, A., Sandvik, L., & Wibe, A. (2014). Anal incontinence and Quality of Life in late pregnancy: a cross-sectional study. *BJOG*, 121(8), 978-987. doi:10.1111/1471-0528.12643
- Kamm, M. A. (1994). Obstetric damage and faecal incontinence. *Lancet*, 344(8924), 730-733.
- Karakuş, A., & Yanikkerem, E. (2015). Postpartum Dönemde İnkontinans ve Yaşam Kalitesi: Son 10 Yıllık Çalışmalar. *CBU-SBED*, 2(3), 54-59.
- Leung, F. W., & Schnelle, J. F. (2008). Urinary and fecal incontinence in nursing home residents. *Gastroenterol Clin North Am*, 37(3), 697-707, x. doi:10.1016/j.gtc.2008.06.005
- Longstreth, G. F., Thompson, W. G., Chey, W. D., Houghton, L. A., Mearin, F., & Spiller, R. C. (2006). Fonksiyonel Bağırsak Bozuklukları. *Gastroenterology TÜRKÇE BASKI*, 2(3), 179-193.
- McKinnie, V., Swift, S. E., Wang, W., Woodman, P., O'Boyle, A., Kahn, M., . . . Schaffer, J. (2005). The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol*, 193(2), 512-517; discussion 517-518. doi:10.1016/j.ajog.2005.03.056
- Meyer, I., & Richter, H. E. (2014). An Evidence-Based Approach to the Evaluation, Diagnostic Assessment and Treatment of Fecal Incontinence in Women. *Curr Obstet Gynecol Rep*, 3(3), 155-164. doi:10.1007/s13669-014-0085-8

- Naimy, N., Lindam, A. T., Bakka, A., Faerden, A. E., Wiik, P., Carlsen, E., & Nesheim, B. I. (2007). Biofeedback vs. electrostimulation in the treatment of postdelivery anal incontinence: a randomized, clinical trial. *Dis Colon Rectum*, 50(12), 2040-2046. doi:10.1007/s10350-007-9075-5
- Neşşar, G. (2008). Anal Kanal Anatomisi ve Fizyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji*, 12(3), 165-168.
- Newman, D. K. (2009). Gelnique - A new treatment for overactive bladder. Retrieved from <http://www.continencenurse.net/tools/>
- Norton, C. (2007). Pelvic Organ Disorders: Faecal Incontinence Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain (pp. 199-211): Springer London. doi:10.1007/978-1-84628-756-5_32
- Norton, C. (2008). Fecal incontinence and biofeedback therapy. *Gastroenterol Clin North Am*, 37(3), 587-604, viii. doi:10.1016/j.gtc.2008.06.008
- Norton, C., & Chelvanayagam, S. (2000). A nursing assessment tool for adults with fecal incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 27(5), 279-291. doi:10.1067/mjw.2000.109082
- Norton, N. J. (2007). Reporter's Guide to Bowel Incontinence. Retrieved from www.aboutincontinence.org
- Nyangoh Timoh, K., Bessede, T., Zaitouna, M., Peschaud, F., Chevallier, J. M., Fauconnier, A., . . . Moszkowicz, D. (2015). [Anatomy of the levator ani muscle and implications for obstetrics and gynaecology]. *Gynecol Obstet Fertil*, 43(1), 84-90. doi:10.1016/j.gyobfe.2014.11.015
- Pares, D., Vial, M., & Grande, L. (2008). Are you worried about bowel accidents? Quality of life in fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*, 51(9), 1432-1433; author reply 1434. doi:10.1007/s10350-008-9279-3
- Rao, S. S. C. (2004). Diagnosis and management of fecal incontinence. American College of Gastroenterology Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol*, 99(8), 1585-1604. doi:10.1111/j.1572-0241.2004.40105.x
- Rasmussen, J. L., & Ringsberg, K. C. (2010). Being involved in an everlasting fight--a life with postnatal faecal incontinence. A qualitative study. *Scand J Caring Sci*, 24(1), 108-115. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00693.x
- Reynolds, L. M., Bissett, I. P., & Consedine, N. S. (2015). Predicting the patients who will struggle with anal incontinence: sensitivity to disgust matters. *Colorectal Dis*, 17(1), 73-80. doi:10.1111/codi.12781

- Rosenfeld, J. A. (2001). *Handbook Of Women's Health* J. A. Rosenfeld (Ed.)
- Rothbarth, J., Bemelman, W. A., Meijerink, W. J., Buyze-Westerweel, M. E., van Dijk, J. G., & Delemarre, J. B. (2000a). Long-term results of anterior anal sphincter repair for fecal incontinence due to obstetric injury / with invited commentaries. *Dig Surg*, 17(4), 390-393; discussion 394. doi:18883
- Rothbarth, J., Bemelman, W. A., Meijerink, W. J. H. J., Buyze-Westerweel, M. E., Van Dijk, J. G., & Delemarre, J. B. V. M. (2000b). Long-Term Results of Anterior Anal Sphincter Repair for Fecal Incontinence due to Obstetric Injury. *Dig Surg*, 17(4), 390.
- Roy, A. L., Gourcerol, G., Menard, J. F., Michot, F., Leroi, A. M., & Bridoux, V. (2014). Predictive factors for successful sacral nerve stimulation in the treatment of fecal incontinence: lessons from a comprehensive treatment assessment. *Dis Colon Rectum*, 57(6), 772-780. doi:10.1097/DCR.000000000000115
- Rudakov, I., Lyadov, K., Shapovalenko, T., & Rudakov, B. (2014). Modern methods of conservative treatment of anal incontinence. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57, e373. doi:10.1016/j.rehab.2014.03.1363
- Rusavy, Z., Jansova, M., & Kalis, V. (2014). Anal incontinence severity assessment tools used worldwide. *Int J Gynaecol Obstet*, 126(2), 146-150. doi:10.1016/j.ijgo.2014.02.025
- Salman, M. C., Özyüncü, Ö., & Durukan, T. (2005). Gebelik, Doğum Ve Pelvik Taban Bozuklukları. *TJOD*, 2(5), 37-42.
- Sarveazad, A., Newstead, G. L., Mirzaei, R., Joghataei, M. T., Bakhtiari, M., Babahajian, A., & Mahjoubi, B. (2017). A new method for treating fecal incontinence by implanting stem cells derived from human adipose tissue: preliminary findings of a randomized double-blind clinical trial. *Stem Cell Res Ther*, 8(1), 40. doi:10.1186/s13287-017-0489-2
- Sayiner, F. D., & Özerdoğan, N. (2012). Doğal Doğum. *Maltepe Tıp Dergisi*, 4 (4).
- Scholefield, J. H., & Walker, D. (2014). Faecal incontinence: the 'Cinderella' disorder. *Colorectal Dis*, 16 Suppl 1, 1-4. doi:10.1111/codi.12540
- Scott, S. M., & Lunniss, P. J. (2007). Diagnosis and Treatment: Risk Factors in Faecal Incontinence In C. Ratto, G. B. Doglietto, A. C. Lowry, L. Pålman, & G. Romano (Eds.), *Fecal Incontinence* (pp. 43-66): Springer Milan. doi:10.1007/978-88-470-0638-6_4

- Shamliyan, T., Wyman, J., Bliss, D. Z., Kane, R. L., & Wilt, T. J. (2007). Prevention of urinary and fecal incontinence in adults. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*, 161(161), 1-379.
- Solans-Domenech, M., Sanchez, E., & Espuna-Pons, M. (2010). Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. *Obstet Gynecol*, 115(3), 618-628. doi:10.1097/AOG.0b013e3181d04dff
- Srivastava, R., Thakar, R., & Sultan, A. (2008). Female sexual dysfunction in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol Surv*, 63(8), 527-537. doi:10.1097/OGX.0b013e31817f13e3
- Stedenfeldt, M., Pirhonen, J., Blix, E., Wilsgaard, T., Vonen, B., & Oian, P. (2014). Anal incontinence, urinary incontinence and sexual problems in primiparous women - a comparison between women with episiotomy only and women with episiotomy and obstetric anal sphincter injury. *BMC Womens Health*, 14(14), 157. doi:10.1186/s12905-014-0157-y
- Steinberg A.C. , C. S. A., O'sullivan D.M. (2009). The Impact Of Flatal Incontinence On Quality Of Life. *American Journal Of Obstetrics& Gynecology*, 539.E531-533.
- Sung, V. W., Washington, B., & Raker, C. A. (2010). Costs of ambulatory care related to female pelvic floor disorders in the United States. *Am J Obstet Gynecol*, 202(5), 483 e481-484. doi:10.1016/j.ajog.2010.01.015
- TNSA-2008. (2008). Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması - 2008. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ozet_Rapor-tr.pdf
- TNSA-2013. (2013). Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması - 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
- Torrisi, G., Minini, G., Bernasconi, F., Perrone, A., Trezza, G., Guardabasso, V., & Ettore, G. (2012). A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 160(1), 110-115. doi:10.1016/j.ejogrb.2011.10.010
- TÜİK-2011. (2011). TÜİK-2011 Nüfus Araştırması. from Türkiye İstatistik Kurumu <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>
- Van Brummen, H. J., Bruinse, H. W., Van De Pol, G., Heintz, A. P., & Van Der Vaart, C. H. (2006). Defecatory symptoms during and after the first pregnancy: prevalences and associated factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 17(3), 224-230. doi:10.1007/s00192-005-1351-0

- Wang, A., Guess, M., Connell, K., Powers, K., Lazarou, G., & Mikhail, M. (2006). Fecal incontinence: a review of prevalence and obstetric risk factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 17(3), 253-260. doi:10.1007/s00192-005-1338-x
- Waugh, A., & Grant, A. (2004). *Anatomy and Physiology in Health and Illness*
- Weaver, J. (2004). Caesarean Section and Maternal Choices. *Fetal and Maternal Medicine Review*, 15(1), 1-25. doi:10.1017/s0965539503001165
- Whitehead, W. E., Borrud, L., Goode, P. S., Meikle, S., Mueller, E. R., Tuteja, A., . . . Ye, W. (2009). Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors. *Gastroenterology*, 137(2), 512-517, 517 e511-512. doi:10.1053/j.gastro.2009.04.054
- Yılmaz, E. (2007). *Normal Spontan Vajinal Doğum Ve Sezaryenin Anal Sfinkterin Üzerine Olan Etkisinin Manometrik Yöntem İle Değerlendirilmesi Ve Perine Uzunluğu İle Anal Sfinkter Hasarı Derecesinin İlişkisi.* (Uzmanlık UZMANLIK TEZİ), T.C.GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANKARA.
- Zetterstrom, J., Lopez, A., Holmstrom, B., Nilsson, B. Y., Tisell, A., Anzen, B., & Mellgren, A. (2003). Obstetric sphincter tears and anal incontinence: an observational follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82(10), 921-928.
-

FORMLAR

EK: GEBELİKTE FEKAL İNKONTİNANS TANILAMA FORMU

Gebelikte yaşanabilecek bir sorun olan **fekal inkontinans (dışkı ve/veya gaz kaçırma)** varlığını ve risklerini belirlemek amacıyla bir araştırma yapmaktayız. vereceğiniz bilgiler başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırmamıza katılırsanız çok memnun oluruz.

Aşağıda yer alan dışkı ve gaz kaçırma ile ilgili soruları şu anki gebeliğiniz süresince yaşadığınız sorunları düşünerek yanıtlayınız.

A. Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaşınız:
2. Yaşadığınız yer: ☐ Köy ☐ İlçe ☐ Şehir
3. Medeni durumunuz: ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Ayrı yaşıyor ☐ Boşanmış
4. Eğitim düzeyiniz: ☐ Okur yazar değil ☐ Okur yazar ☐ İlköğretim
☐ Orta öğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ve üzeri
5. Sosyo-ekonomik durumunuz: ☐ Geliri Giderinden Az ☐ Geliri Giderine eşit
☐ Geliri Giderinden Fazla
6. Mesleğiniz: ☐ Ev hanımı ☐ İşçi ☐ Memur
☐ Diğer.....

B. Sağlık Öyküsü ve Alışkanlıkları

7. Boy :
8. Kilo :
9. Sigara alışkanlığınız: ☐ Yok ☐ Sosyal içici ☐ Günde..... adet
10. Alkol alışkanlığınız: ☐ Yok ☐ Sosyal içici ☐ Günde..... bardak
11. Kahve /kafeinli içecek içme alışkanlığınız: ☐ Yok ☐ Günde..... .bardak
12. Herhangi bir diyet gereksinimiz var mı?
☐ Yok ☐ Var. (Varsa kısaca diyetinizin özelliği yazınız:.....)
13. Kullandığınız ilaçlar:.....
14. Depresyon varlığı / antidepresan kullanımı: ☐ Yok ☐ Var
15. Varsa geçirdiğiniz ameliyatlar: ☐ Yok ☐ Var
(Varsa kısaca yazınız:.....)
16. Varsa sağlık sorunlarınız:
☐ Hipertansiyon ☐ Diyabet ☐ GİS Hastalıkları ☐ Solunum Sistemi Hastalıkları

() Kardiyo Vasküler Sistem Hastalıkları () Obezite () Depresyon () Demans () Felç () Parkinson
() Troid () Bağ Dokusu Yaralanmaları () Omurga yaralanması () Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
Diğer

C. Obstetrik Öyküsü

17. Gebelik sayınız:.....

18. Doğum sayınız

19. Gebeliğinizin haftası:

20. Bu gebeliğinizde aldığınız kilo?.....

21. Daha önceki gebeliklerinizdeki doğum şekli? () Vajinal () Sezeryan doğum

22. Daha önceki gebeliklerinizdeki travma hikayesi? () Forseps () Vakum () Epizyotomi

23. Perine bölgesinde cilt problemleri / enfeksiyon varlığı? () Yok () Var

D. Normal Dışkılama Alışkanlıkları

24. Gebelik öncesi dönemdeki normal dışkılama alışkanlığınız nasıldı? Haftadakez

25. Gebelik ile oluşan dışkılama alışkanlığında değişiklik oldu mu? Haftadakez

E. Dışkılama Sorunları ve İlişkili Durumlar

26. Gebeliğiniz süresince dışkımanızın görüntüsü aşağıdaki şekildeki tiplerden genellikle hangisine benzemektedir?

(Bristol Görsel Feçes Skalası Tipi)..... (Araştırmacı yardımı ile doldurulacaktır)

27. Wexner Kontinans Değerlendirme Skalası Puanı:..... (Araştırmacı yardımı ile doldurulacaktır)

	Her Zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
28. Gebeliğiniz süresince, hiç en yakın tuvaletin nerede olduğunu bilme ihtiyacı hissettiniz mi?					
29. Gebeliğiniz süresince idrar kaçırma / mesane problemlerinizi var mı?					
30. Gebeliğiniz süresince dışkılama ihtiyacının karşılanmasında sorun oldu mu? (Titizlik, erteleme vb. gibi)					
31. Gebeliğiniz süresince, dışkılama sırasında ağrı hissettiniz mi?					
32. Gebeliğiniz süresince, dışkılama sırasında rektal kanamanız oldu mu?					
33. Gebeliğiniz süresince, dışkılama sırasında mukus varlığı fark ettiniz mi?					
34. Gebeliğiniz süresince, dışkılama sırasında gerilme veya zorlanma yaşadınız mı?					
35. Gebeliğiniz süresince, dışkılama bitiminde boşaltımın tam sağlanmadığını hissettiniz mi?					
36. Gebeliğiniz süresince, dışkılama ya da sonrasında sarkan kitle / hemoroid (basur) varlığı fark ettiniz mi?					
37. Gebeliğiniz süresince, gaz çıkışı ihtiyacınız ile dışkılama ihtiyacınızı ayırt etmekte zorluk yaşadığınız oldu mu?					
38. Gebeliğiniz süresince dışkılama ya da gaz problemleri nedeniyle duygusal / psikososyal değişiklik yaşadınız mı?					
39. Gebeliğiniz süresince dışkılamaya engel olamama ya da kazara dışkılama(dışkı kaçırma) problemi yaşadınız mı?					
40. Gebeliğiniz süresince dışkılama ya da gaz problemleri nedeniyle sosyal hayatta değişiklik yaşadınız mı?					

41. Gebeliğiniz süresince dışkılama ya da gaz problemleri nedeniyle partnerinizle olan cinsel ilişkilerinizde değişiklik oldu mu? **Kısaca problemin ne olduğunu yazınız:.....**

42. Gebeliğinizden önce, **dışkı ya da gaz kaçırmayı engellemek için bir ilaç** kullandınız mı?

* Eğer cevabınız evet ise; kullandığınız ilacın adı nedir?

Yazınız:

43. Gebeliğinizden önce **gaz kaçıрма problemi** yaşadınız mı?
(Yetişememe/kazara kaçıрма)

44. Gebeliğinizden önce **dışkı kaçıрма problemi** yaşadınız mı? (dışkılamaya engel olamama ya da kazara dışkılama)

45. Gebeliğinizden önce **idrar kaçıрма / mesane problemleri** yaşadınız mı?

F. Dışkılama Sorunlarını Değerlendirme Soruları

	Her Zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
46. Gebeliğiniz süresince, parmak yardımı ya da perineye basınç ile dışkılamaya yardım ettiğiniz olur mu?					
47. Gebeliğiniz süresince, dışkılama sonrasında alanı temizlenmede güçlük yaşadığınız olur mu? (sızlama, tahriş vb.)					
48. Gebeliğiniz süresince, bu dışkı kaçıрма kazaları ne sıklıkta olduğunu söyleyebilirsiniz?					
49. Dışkılamada kaçak “kazaları” sırasında, kaçığı fark ettiğiniz zamanlar oluyor mu?					
50. Gebeliğiniz süresince dışkı kaçıрма durumu yaşadığınızda hiç akıcı ya da sıvı dışkı kaçağı probleminiz olur mu?					
51. Gebeliğiniz süresince dışkı kaçıрма durumu yaşadığınızda hiç katı, veya biçimli dışkı kaçağı probleminiz olur mu?					

F. Dışkılama Sorunlarını Değerlendirme Soruları (Devam)

52. Dışkılama kaçaklarına tedbir olarak koruyucu bir ped kullanmak zorunda kaldıysanız ne zamanlar kullandınız?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Uykuda Olduğum Zamanlarda
- ☐ Uyanık Olduğum Zamanlarda
- ☐ Her zaman

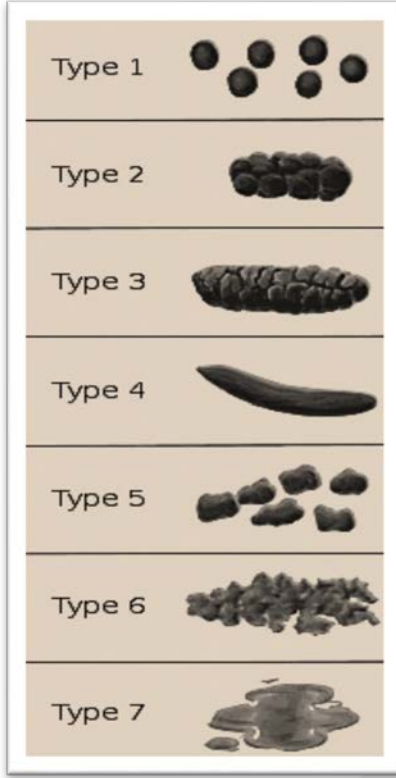
53. Gebeliğiniz süresince, dışkı kaçağını en sık ne zamanlarda yaşadınız?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Uykuda Olduğum Zamanlarda
- ☐ Uyanık Olduğum Zamanlarda
- ☐ Her zaman

54. Gebeliğiniz süresince, bu tür kaçak “kazaları” yaşadınız ise; tipik olarak ne kadar miktar dışkı kaçırdınız?

- ☐ Bozuk Para Kadar Bir Leke Şeklinde
- ☐ Ped /İç Çamaşırımı Değiştirmemi Gerektirir
- ☐ Kıyafetlerimin Tamamını Değiştirmemi Gerektirir
- ☐ Katı veya Biçimli Dışkılama Şeklinde

EK(2): BRİSTOL GÖRSEL FEÇES SKALASI



() **Tip 1:** Katı ve Ayrık Fındık Gibi Yuvarlaklar.

() **Tip 2:** Sosis Şeklinde ve Hacimli Dışkı.

() **Tip 3:** Sosis Gibi Ancak Üzerinde Çatlaklar Olan Dışkı.

() **Tip 4:** Sosis veya Yılan Gibi, Düz ve Yumuşak Dışkı.

() **Tip 5:** Birbirinden Ayrık Düzgün Kenarlı ve Yumuşak Küçük Toplar.

() **Tip 6:** Kabarık ve Düzensiz Kenarlı Dışkı.

() **Tip 7:** Katı Bölüm İçermeyen Su Gibi Dışkı

EK(3): WEXNER KONTİNANS DEĞERLENDİRME SKALASI

İnkontinans Tipi	Sıklık				
	Hiçbir Zaman	< Ayda 1	< Haftada 1 - ≥ Ayda 1	< Günde 1 - ≥ Haftada 1	≥ Günde 1
Katı	0	1	2	3	4
Sıvı	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Ped İhtiyacı	0	1	2	3	4
Yaşam Tarzı Değişimi	0	1	2	3	4

EK.4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı

“İstanbul İlinde Gebelikte Fekal İnkontinans Sıklığı ve İlişkili Faktörler”

Araştırmanın Amacı:

Gebelikte yaşanabilecek bir sorun olan fekal inkontinans (dışkı ve/veya gaz kaçırma) varlığını ve risklerini belirlemek amacıyla bir araştırma yapmaktayız. Paylaşacağınız bilgiler başka bir amaçla kullanılmayacaktır

Araştırmaya Katılan Gönüllü Sayısı:

Araştırmamız 1119 gebe gönüllü dâhil edilecektir.

Araştırmada İzlenecek Yöntem:

Anket uygulaması ve yüz yüze görüşme yapılacaktır

Alternatif Tedavi veya Girişimler:

Çalışmamızda tedavi veya girişim yer almamaktadır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler:

Çalışmamızda karşılaşılabilecek risk yoktur.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum.

Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.

Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Araştırmaya dahil olduğumda herhangi bir ücret alamayacağımı biliyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no)

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-soyadı, İmzası, Görevi

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

MSc. Demet AVCI ALPAR

ETİK KURUL KARARI



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 72425204-804.01/Yİ.29
Konu : Çalışma hk.

.../.../2013
23.01.2013•002337

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Demet AVCI ALPAR'ın yürüteceği 2012/1732-1292 dosya numaralı "İstanbul İlinde Gebelikte İnkontinans Sıklığı ve İlişkili Faktörler" başlıklı çalışmanız ile ilgili, Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 28.12.2012 tarih ve 1761 sayılı yazısı ve tutanakları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. F. Feyzi DARENDELİLER
Dekan Yardımcısı

EK: Tutanak



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 1761

Tarih : 28.12.2012

Konu : Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

İlgi : Florence Night. Hemşirelik Fakültesinin 04/12/2012 gün 2582 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'in üstlendiği ve Demet AVCI ALPAR'ın yürüteceği 2012/1732-1292 dosya numaralı "İstanbul ilinde gebelikte inkontinans sıklığı ve ilişkili faktörler" başlıklı çalışma kurulumuzun 21.12.2012 tarihli 21 sayılı toplantısında etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Tutanakların Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'e iletilmesi hususunda gereğinin yapılmasını arz ederim.

Prof.Dr. A. Yagiz ÜRESİN

İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: Tutanak

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	04/12/2012		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	☐		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
KARAR VERİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	☐	Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:21	Tarih: 21.12.2012		
	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesinde görevli Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN 'in sorumlu olduğu ve Demet AVCI ALPAR'ın yürüteceği yukarıda bilgileri verilen başvurud dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir..			

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI		19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki *		Katılım **	İmza	
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E ■	K □	E □	H ■	E ■	H □	
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E □	K ■	E □	H ■	E ■	H □	
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ■	K □	E □	H ■	E ■	H □	
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ■	K □	E □	H ■	E □	H ■	KATILIMCI
Dr. Sevda ÖZEL	Biyoistatistik	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Biyoistatistik	E □	K ■	E □	H ■	E ■	H □	

* :Araştırma ile ilişkili
** :Toplantıda Bulunma

Bu karar araştırma projesinin etik açıdan değerlendirme sonucunu bildirmektedir. Klinik ilaç araştırması projeleri için, etik kurulu onayı sonrasında, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmeliğin 5/a .maddesi gereğince, Sağlık Bakanlığına da başvurulması ve gerekli iznin alınması gerekmektedir.

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	04/12/2012		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	☐		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	☐	Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
KARAR BİLGİLERİ	DİĞER:	☒	Anabilim Dalı Başkanlığından Üst Yazı ve Akademik Kurul Kararı, Literatür Kaynağı, Sorumluluk Paylaşım Belgesi, Olgu Rapor Formu, İlgili Elemanların Bilgilendirildiğine Dair Belge, CV, CD	
	Karar No:21	Tarih: 21.12.2012		

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU							
ÇALIŞMA ESASI		19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi *	Katılım **	İmza	
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	KATILMAD	
Dr. Sevdâ ÖZEL	Biyostatistik	İ.U. İstanbul Tıp Fakültesi Biyostatistik	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		

* :Araştırma ile ilişkisi
** :Toplantıda Bulunma

Bu karar araştırma projesinin etik açıdan değerlendirme sonucunu bildirmektedir. Klinik ilaç araştırması projeleri için, etik kurulu onayı sonrasında, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmeliğin 5/a .maddesi gereğince, Sağlık Bakanlığına da başvurulması ve gerekli izin alınması gerekmektedir.

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"İstanbul ilinde gebelikte inkontinans sıklığı ve ilişkili faktörler"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Doğum Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐			
	Yüksek Doz Araştırması	☐			
	Diğer ise belirtiniz : Anket				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐	

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"İstanbul ilinde gebelikte inkontinans sıklığı ve ilişkili faktörler"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Doğum Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐			
	Yüksek Doz Araştırması	☐			
	Diğer ise belirtiniz : Anket				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐	



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



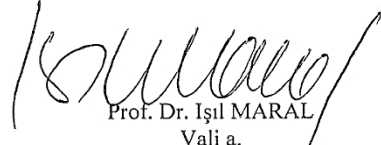
Sayı : 64222187/ / 19443 -
Konu : Doç. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN, Demet AVCI
ALPAR

14/03/2013

.....KAYMAKAMLIĞI
(İlçe Toplum Sağlığı Merkezi)

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesinde öğretim üyesi Doç. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'in danışmalığında yürütülecek olan "İstanbul ilinde gebelikte fekal inkontinans sıklığı ve ilişkili faktörler" konulu çalışma kapsamında ilçenize bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran kişilere yapılacak anket uygulaması müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, protokol örneği ekte gönderilmiştir.

Çalışmanın kurumunuzda uygulanması sırasında protokol dışına çıkılmaması için gerekli özenin gösterilmesi hususunda;
Gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Işıl MARAL
Vali a.
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

Ekler :
Protokol Örneği

Bilimsel Araştırmalar ve Projeler Bürosu
Seyitnizam Mh. Mevlana Cd. No:81-83 Ginza Plaza Zeytinburnu İSTANBUL
Telefon: 4092000-2074 Fax:

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Arzu Ertan
e-posta: hsm.bilimsel.arastirmalar@ihsgov.tr
Elektronik Ağ: www.istanbulhalksagligi.gov.tr

PROTOKOL

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı tüm Aile Sağlığı Merkezleri

Çalışmanın adı: "İstanbul ilinde gebelikte fekal inkontinans sıklığı ve ilişkili faktörler"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Doç. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN, Demet AVCI ALPAR

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmasını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

Madde 3-

Anket uygulaması yapılacaksa, anketi uygulamadan önce araştırma amacı hakkında bilgi verilecek ve anket uygulanacak kişiden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında ayrıklık:

Protokol süresince yapılacak çalışmaları aynı kişi(ler) yapacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokol ile tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 4 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç 08/04/2013 Bitiş 08/08/2013

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü protokölü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü: Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün ilgili birimi tarafından verilerin raporu değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Bilimsel Araştırmalar Bürosuna teslim edilecektir.

c) Yürürlük bölümündeki (a) ve (b) maddelerini yerine getirilmediği takdirde toplanan veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

e) Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Taraflar:

22.1.2013

Adı-Soyadı:

Doç. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

N. Şahin

OLUR

23/03/2013

Doç. Dr. Mustafa TAŞDEMİR

Halk Sağlığı Müdürü

Ma

İNTİHAL RAPORU

İSTANBUL İLİNDE GEBELİKTE FEKAL İNKONTİNANS SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

ORJİNALLIK RAPORU

% 6	% 5	% 2	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRCİL KAYNAKLAR

1	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	% 2
2	www.viralhepatitdergisi.org İnternet Kaynağı	% 1
3	www.tkrcd.com İnternet Kaynağı	<% 1
4	www.academia.edu İnternet Kaynağı	<% 1
5	www.rehberlikvepsikoloji.com İnternet Kaynağı	<% 1
6	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<% 1
7	www.dicle.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	www.sindirimsistemi.gen.tr İnternet Kaynağı	<% 1

Özgeçmiş

Kişisel bilgiler

Adı	Demet	Soyadı	AVCI ALPAR
Doğum Yeri	İstanbul	Doğum Tarihi	13.03.1981
E-mail	demet_avci@hotmail.com	Tel	05323128513

Eğitim düzeyi

	Mezun olduğu kurumun adı	Mezuniyet Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	2009-2018
Yüksek Lisans	İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2005-2008
Lisans	Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hemşirelik Yüksek Okulu	1999-2003
Lise	Vatan Anadolu Lisesi/ İstanbul	1992-1999

İş deneyimi (sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre
1.	Öğretim Görevlisi	Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu	2012-2016
2.	Öğretim Görevlisi	İstanbul Bilim Üniversitesi, Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2010- 2012
3.	Öğretim Görevlisi	Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Ebelik Bölümü	2009-2010
4.	Araştırma Görevlisi	Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Ebelik Bölümü	2008-2009
5.	KVC Yoğun Bakım	GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi	2006-2007

	Servis Hemşiresi		
6.	Acil/ Ambulans Hemşiresi	Jandarma Bölge Komutanlığı	2005-2006
7.	Ameliyathane / Acil Hemşiresi	Şırnak Asker Hastanesi	2004-2005
8.	KVC Yoğun Bakım Servis Hemşiresi	GATA Ankara Eğitim Hastanesi	2003-2004

Yabancı dilleri	Okuduğunu anlama*	Konuşma*	Yazma*	Kpds/Üds Puanı	İ.Ü.Yabancı Diller Bölümü Puanı
İngilizce	Çok iyi	İyi	İyi	70	95

	Sayısal	Eşit ağırlık	Sözel
ALes puanı	71,915	74.130	75.274

Bilgisayar bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	Çok iyi
Spss	Çok iyi
End Note	Çok iyi

Yayınları/Tebliğleri:

Yüksek Lisans Tez Başlığı ve Tez Danışmanı:

AVCI ALPAR D. : Gebe Kadınların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi
- İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Araştırma Projeleri Desteği, İstanbul, 2008

Danışman: Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler:

1. AVCI ALPAR D., BATDAL G., AVCI Y.: Öğrenci Merkezli Eğitimde Eğitim Teknolojileri Uygulamaları, Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı 7 19-31 (2007)

2. ŞAHİN, N.H., BAYRAM ONAT G., AVCI, D.*: Kültürlere Duyarlı Yaklaşım: Transkültürel Hemşirelik (Culturally Sensitive Care: Transcultural Nursing), Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, Cilt 6/sayı 1, (2009)

***ATIFLAR:** İşaretli makale “Seviğ Ü, Tanrıverdi G: Kültürlerarası Hemşirelik, İstanbul Tıp Kitabevi, 2011/2012” adlı kitabın “Seviğ Ü, Özcan A, Tanrıverdi G: Kültürlerarası Hemşirelikte Temel Kavramlar” ve “Seviğ Ü, Tanrıverdi G: Kültürlerarası Hemşireliğin Tanımı, Amacı, Önemi ve Tarihsel Gelişimi” adlı bölümlerde iki atıf almıştır.

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler:

1. AVCI ALPAR, D., ŞAHİN N.H.: Prenatal ve Postpartum Dönemin Konuşulmayan Problemi; Fekal İnkontinans ve Bakım Gereksinimleri, I. Uluslararası II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, İstanbul,23-24 Mart 2018(Poster Bildiri)
2. AVCI ALPAR, D., ŞAHİN N.H.: İstanbul İlinde Gebelikte Fekal İnkontinans Sıklığı ve İlişkili Faktörler, I. Uluslararası II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, İstanbul,23-24 Mart 2018(Sözel Bildiri)

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan Ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler:

1. ÖZDEMİR, Ş., SEVEN, M., DÖNMEZER, R., AVCI D.: Savaşın Melekleri (Savaşta Hemşirenin Rolü), 2.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Dokuz Eylül Üniversitesi 8-9 Mayıs 2003, (Poster Sunumu).

2. ÖZDEMİR, Ş., SEVEN, M., DÖNMEZER, R., AVCI, D.: Afetlerde Tıbbi Yanlış Uygulama Neden ve Sonuçları, 2.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi-, Dokuz Eylül Üniversitesi 8-9 Mayıs 2003, (Sözel Bildiri).

3. AVCI ALPAR D., BEJİ KIZILKAYA N.: Gebe Kadınların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi- TTB Desteği İle 1.Kadın Sağlığı Kongresi ‘Kadına Yönelik Şiddet’-2008 (Sözel Bildiri).

4. BEYDAĞ KD, AVCI ALPAR D, AKBULAK F, YÜRÜGEN B, YILDIZ A, TELLİ N.: Ebelik Öğrencilerinin Mesleksel Güdülenme Düzeyleri. 1.Ulusal & Uluslararası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi, İzmir, 5–7 Mayıs 2010, (Sözel Bildiri).

5. BEYDAĞ KD, AVCI ALPAR D, AKBULAK F, YÜRÜGEN B, TÜRKMEN T, AYDEMİR B.: Öğrenci Ebelerin Mesleki Örgütlenme Konusundaki Görüşleri. 1.Ulusal & Uluslararası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi, İzmir, 5–7 Mayıs 2010, (Sözel Bildiri).

6. BEYDAĞ KD, AVCI ALPAR D, YÜRÜGEN B, MERT N, DİRİ Ö.: Ebelik Öğrencilerinin Lisan Üstü Eğitim Konusundaki Görüşleri. 1.Ulusal & Uluslararası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi, 5-7 Mayıs 2010, İzmir, (Poster Sunumu).

7. BEYDAĞ KD, AVCI ALPAR D, AKBULAK F, YÜRÜGEN B, YILDIZ A, TELLİ N.: Öğrenci Ebelerin Domuz Gribi (İnfluenza A / H1N1 Virüsü) Hakkındaki Bilgi ve Düşünceleri. 1.Ulusal & Uluslararası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi, 5–7 Mayıs 2010, İzmir, (Poster Sunumu).

8. AKBULAK F, BEYDAĞ KD, AVCI ALPAR D, YÜRÜGEN B, TÜRKMEN T, ÖZTÜRK E. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. 1.Ulusal & Uluslararası Katılımlı Ebelik Öğrenci Kongresi, 5–7 Mayıs 2010, İzmir, (Poster Sunumu)

Sertifikaları:

1. “İlk Yardım- Savaş Alanında Temel Yaşam Desteği ve Acil Tıp Eğitimi” Kursu, Gülhane Askeri Tıp Akademisi- 15.08.2003
2. “Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması” Kursu, Gülhane Askeri Tıp Akademisi- 09.06.2004
3. “Cinsiyete Dayalı Şiddet Olgularına Sağlık Personelinin Yaklaşımı” Eğitimci Sertifikası, İstanbul Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Enstitüsü-2006
4. “Kadın Hastalıkları ve Doğum Pratiğinde 1.Epidemiyoloji ve Biyoistatistik Kursu”, Türk Alman Jinekoloji Eğitim, Araştırma ve Hizmet Vakfı 2.Bölgesel İstatistik Toplantısı, İstanbul -İstanbul Dedeman Oteli- 29 Kasım 2008
5. “Kadın Hastalıkları ve Doğum Pratiğinde 2.Epidemiyoloji ve Biyoistatistik Kursu”, Türk Alman Jinekoloji Eğitim, Araştırma ve Hizmet Vakfı 2.Bölgesel İstatistik Toplantısı, İstanbul -Taksim Hill Oteli- 28 Şubat
6. “İnfertilite Hemşireliği” Kursu 1.Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, İstanbul- Harbiye Askeri Müzesi 2-4 Kasım 2009
7. “Örnek Problem Ve Çözüm Odaklı Biyoistatistik Ve Epidemiyoloji” Eğitimi, Amerikan Hastanesi, İstanbul 12 Aralık 2009
8. “Üriner İnkontinans Hasta Değerlendirme, Konservatif Tedavi Multidisipliner Yaklaşım” Kursu, İstanbul Tıp Fakültesi 8-9 Nisan 2010
9. "Medicres Good Bioistatistical Rewiew Standards For Medical Journal Reviewers" Workshop İn Medicres IC2011 International Conference On "Good Medical Research", İstanbul, March, 25-27, 2011
10. “İstanbul Üniversitesi 3.Kadın Doğum Günleri”, Harbiye Askeri Müzesi- 28 Şubat-2 Mart 2013

Ödülleri:

1. ÖZDEMİR Ş., SEVEN M., DÖNMEZER R., AVCI D.: Afetlerde Tıbbi Yanlış Uygulama Neden ve Sonuçları, 8-9 Mayıs 2003, 2.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Bildiri Mansiyon Ödülü
2. AVCI ALPAR, D., ŞAHİN N.H.: İstanbul İlinde Gebelikte Fekal İnkontinans Sıklığı ve İlişkili Faktörler, I. Uluslararası II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, İstanbul,23-24 Mart 2018(Sözel Bildiri Onunculuk Ödülü)

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Tiyatro, Resim, Çocuk Gelişimi, Akupunktur