

← Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak  
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya  
(sol yandaki gibi) olacak .

← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;  
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

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

**( YÜKSEK LİSANS TEZİ )**

**YENİDOĞANDA BEZ DERMATİTİ BAKIMINDA  
KULLANILAN HİDROKOLLOİD ÖRTÜNÜN İYİLEŞME  
SÜRECİNE ETKİSİ**

**GÖZDE YILMAZ**

**DANIŞMAN  
PROF. DR. SUZAN YILDIZ**

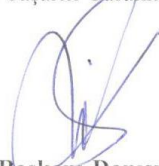
**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
PROGRAMI**

**İSTANBUL-2018**

## TEZ ONAYI

### YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans öğrencisi Gözde Yılmaz tarafından Prof.Dr.Suzan Yıldız danışmanlığında hazırlanan "Yenidoğanda Bez Dermatiti Bakımında Kullanılan Hidrokolloid Örtünün İyileşme Sürecine Etkisi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 01 / 08 / 2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



**Jüri Başkanı-Danışman**  
Prof.Dr.Suzan YILDIZ

İ.Ü-C Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı



**Jüri**

Prof. Dr. Ayşe YÜKSEL  
İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

**Jüri**

Doç. Dr. Gülçin BOZKURT  
İ.Ü-C Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Ebelik Bölümü




**Jüri**

Doç.Dr.Aynur AYTEKİN ÖZDEMİR  
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak. Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Selmin KÖSE  
Hemşirelik Bölümü

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün saffhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla 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.

Gözde YILMAZ



## İTHAF

*Beni ben yapan canım aileme ithaf ediyorum.*

## TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Suzan YILDIZ' a,

Akademik gelişimime değerli katkıları bulunan sayın hocalarım Doç. Dr. Duygu GÖZEN, Doç. Dr. Serap BALCI, Dr. Öğretim Üyesi Seda ÇAĞLAR ve Dr. Öğretim Üyesi Birsen MUTLU' ya,

Çalışmamın gerçekleşmesinde ve veri toplama sürecimde gösterdikleri kolaylık ve iş birliği nedeniyle değerli çalışma arkadaşlarım Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi hemşirelerine,

Tez çalışmam boyunca bilgi ve deneyimlerini esirgmeden paylaşan, yol gösteren, her zaman yanımda olan hocalarım Prof. Dr. Ayşe YÜKSEL, Dr. Öğretim Üyesi Sevda KARAKAŞ, Dr. Öğretim Üyesi Çiğdem Fulya DÖNMEZ, Öğr. Gör. Seçil ERDEN MELİKOĞLU' na

Çalışmama katılan bebeklere ve ailelerine,

Varlıklarından güç aldığım canım aileme,

Her konuda sevincime ve üzüntüme ortak olan Cemil AKSUCU' ya,

Tez çalışmam boyunca bilgi ve deneyimlerini esirgmeden paylaşan, her zaman yanımda olan arkadaşım Arş. Gör. Özge Eda YILMAZ'a

Adını saymadığım, tez çalışmam boyunca katkıda bulunan herkese en içten dileklerimle teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	ii
BEYAN.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	ix
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	x
ÖZET .....	xi
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Bez Dermatiti Tanımı ve Epidemiyolojisi .....	3
2.2. Bez Dermatitinin Patogenezi .....	3
2.3. Bez Dermatitinin Komplikasyonları .....	6
2.4. Bez Dermatitinin Klinik Bulguları.....	7
2.5. Tanı .....	7
2.6. Ayırıcı Tanılar.....	9
2.7. Bez Dermatitinden Korunma ve Hemşirelik Bakımı.....	11
2.8. Bez Dermatitinin Tedavisi .....	14
2.9. Hidrokolloid Örtüler .....	16
2.9.1. Hidrokolloid Örtülerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Kullanımı .....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	19
3.2. Araştırmanın Hipotezleri .....	19
3.3. Araştırmanın Değişkenleri .....	19
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	19
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	20
3.6. Araştırma Grubu Seçim Kriterleri .....	21
3.7. Verilerin Toplanması .....	21

3.7.1. Veri Toplama Araçları .....	21
3.7.2. Uygulama Basamakları .....	25
3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	29
3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri, Karşılaşılan Güçlükler, Sınırlılıkları.....	29
3.10. Etik Konular.....	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	45
KAYNAKLAR .....	53
FORMLAR .....	63
ETİK KURUL KARARI .....	67
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	73
ÖZGEÇMİŞ .....	74



## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Bez Dermatitinin Klinik Değerlendirme Skalası (Clinical Evaluation Scale for Characterization of the Severity of Diaper Dermatitis)-Stamatas ve Tierney (2014). 8	8
Tablo 4-1: Grupların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=44) 32	32
Tablo 4-2: Grupların Doğumdaki Vücut Ölçümlerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=44)..... 33	33
Tablo 4-3: Grupların Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (N=44) .. 34	34
Tablo 4-4: Deney Grubundaki Bez Dermatiti Vakalarında Kullanılan Hidrokolloid Örtü Sayısı (n=22)..... 36	36
Tablo 4-5: Grupların Bez Dermatiti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=44) .... 37	37
Tablo 4-6: Grupların Ölçüm Zamanları Arasındaki Bez Dermatiti Puanları Farkının İleri Analiz (Post Hoc) Sonuçları ..... 39	39
Tablo 4-7: İzlem Zamanına Göre Gruplardaki Bez Dermatiti Vakalarının İyileşme Oranları ve Karşılaştırılması (N=44) ..... 41	41
Tablo 4-8: Gruplardaki Bez Dermatiti Vakalarının 72. Saatte Bez Dermatiti Derecesine Göre İyileşme Oranları ..... 42	42
Tablo 4-9: Gözlemciler Arası Bez Dermatitinin Klinik Değerlendirme Skalası Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (S= 44) ..... 43	43

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Bez Dermatiti Gelişim Süreci .....	4
Şekil 2-2: Bez Dermatiti Evrelerinin Görsel Sunumu .....	8
Şekil 3-1: Hidrokolloid Örtü .....	23
Şekil 3-2: Oksizinc Pomat %40 Çinko Oksit.....	23
Şekil 3-3: Distile Su .....	24
Şekil 3-4: Steril Gazlı Bez .....	24
Şekil 3-5: Makas .....	25
Şekil 3-6: Bebek Bezi .....	25
Şekil 3-7: Araştırma Akış Şeması.....	28
Şekil 4-1: Grupların Bez Dermatiti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	38
Şekil 4-2: İzlem Zamanına Göre Gruplardaki Bez Dermatitinin İyileşme Oranları.....	42

## SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

**DD:** Diaper Dermatitis (Bez Dermatiti)

**FDA:** Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Kurumu)

**ICC:** Intraclass Correlation Coefficient (Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı)

**NICU:** Neonatal Intensive Care Unit (Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi)

**SC:** Stratum Corneum

**YYBÜ:** Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi



## ÖZET

Yılmaz, G. (2018). Yenidoğanda Bez Dermatiti Bakımında Kullanılan Hidrokolloid Örtünün İyileşme Sürecine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, yenidoğan ve süt çocuklarında bez dermatiti bakımında kullanılan hidrokolloid örtünün iyileşme sürecine etkisini belirlemek amacıyla randomize olmayan gruplarda ön test – son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü tasarım olarak gerçekleştirildi. Araştırma için etik kurul ve kurum izni alındı. Araştırmanın evrenini İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Kasım 2017-Mart 2018 tarihleri arasında yatan yenidoğan ve süt çocukları, örneklemini vaka seçim kriterlerine uyan 44 bebek (Deney: 22, Kontrol: 22) oluşturdu. Veri toplamada; Bilgi Formu, Gözlem Formu, bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası kullanıldı. Deney grubundaki bebeklerin bez dermatiti bakımında hidrokolloid örtü, kontrol grubundaki bebeklerin bez dermatiti bakımında ise %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanıldı. Bebeklerin bakım öncesinde ve bakım sonrası 24., 48., ve 72. saatlerde bez dermatiti puanı bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası ile değerlendirildi. Araştırma sonucunda deney ve kontrol grubundaki bebeklerin tanımlayıcı özellikleri ve bakım öncesi bez dermatiti puan ortalamaları açısından benzer olduğu görüldü ( $p>0,05$ ). Hidrokolloid örtü kullanılan bebeklerin 24., 48. ve 72. saatlerdeki bez dermatiti derecesini belirleyen puan ortalamaları %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılan bebeklere göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ( $p=0,000$ ). Hidrokolloid örtü kullanılan bebeklerin iyileşme süresinin %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılan bebeklere göre anlamlı düzeyde daha kısa olduğu saptandı ( $p=0,000$ ).

Sonuç olarak hidrokolloid örtü bez dermatitinin iyileşmesinde oldukça etkilidir ve kısa sürede iyileşme sağlamaktadır. Bez dermatiti bakımında hidrokolloid örtü kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Pişik, bez dermatiti, hidrokolloid pansuman, çinko oksit, yenidoğan.

## ABSTRACT

Yılmaz, G. (2018). The Effect of Hydrocolloid dressing on the Healing Process Used in Neonatal Diaper Dermatitis Care. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Child Health and Diseases Nursing. Master Thesis. İstanbul.

The research has been conducted nonrandomized, pretest-posttest comparison group design, repeated measure to determine the effect of the hydrocolloid dressing on the healing process in neonatal and infants diaper dermatitis (DD) care. The permission for the research was obtained from the ethics committee and the institution. The universe consists of babies staying in İstanbul, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital at NICU between the dates November 2017-March 2018 and the sample comprises of 44 babies meeting the case selection criteria. In data collecting, information form, observation form and DD clinical evaluation scale were used. Hydrocolloid dressing was used for DD care of babies in the case group, and 40% zinc oxide cream was used in the control group. Before the care, DD scores were assessed by clinical assessment scale of DD at 24th, 48th, and 72nd hours. As a result of the research, it was seen that the descriptive characteristics of the babies in the case and control groups were similar in terms of the mean score of the pre-care DD ( $p>0,05$ ). The mean score of the DD grade at 24th, 48th and 72nd hours of the case group was significantly lower than that of the control group ( $p=0,000$ ). The recovery period of case group was significantly shorter than that of control group ( $p=0,000$ ).

Consequently, hydrocolloid dressing is highly effective in the recovery of DD and provides short-term healing. Hydrocolloid dressing can be used in the treatment of DD.

**Key Words:** Diaper rash, diaper dermatitis, hydrocolloid dressing, zinc oxide, newborn.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bez dermatiti yenidoğan ve küçük çocuklarda görülen en yaygın cilt problemidir (Blume-Peytavi ve ark. 2014; Gözen ve ark. 2013). Genellikle bebek bezinin altında kalan karın alt bölgesi, inguinal bölge, genital bölge ve gluteal bölgede (Baran 2009; Önder ve ark. 2007) havasızlık, nem, sürtünme, üre ve dışkı gibi faktörlerin etkisiyle gelişen döküntü şeklindedir (Çağlar 2015; Esser ve Schierholz 2016; Gözen ve ark. 2013; Önder ve ark. 2007; Stamatas ve Tierney 2014). Hafif olgularda etkilenen cilt bölgesinde kızarıklık, ilerlemiş olgularda ise açık yaralar ve büller oluşur (Akşit 2001). Bebek ve çocuklarda şiddetli bir ağrıya sebep olurken enfeksiyon gelişme riskini de artırır (Esser ve Schierholz 2016). Tedavi edilmeyen olgularda *Candida albicans* ve bakterilerin yol açtığı sekonder enfeksiyonlar gelişebilir (Önder ve ark. 2007). Bu enfeksiyonlar hastanede kalış süresini uzatırken hastane harcamalarında da artışa neden olur (Esser ve Schierholz 2016).

Bez dermatiti yaşamın birinci haftasından itibaren gelişebileceği gibi (Horii 2016) en sık 9-12 aylar arasında görülmektedir (Blume-Peytavi ve ark. 2014; Horii 2016; Klunk ve ark. 2014; Wananukul ve ark. 2006). Ebeveynler tarafından genellikle hastalık olarak görülmediği ve hastaların çoğu evde tedavi edildiği için prevalansı tam olarak belirlenememekle birlikte (Baran 2009) %7-35 arasında bir orana sahip olduğu tahmin edilmektedir (Arıkan ve Alemdar 2013; Horii 2016; Klunk ve ark. 2014). Ebeveynler bez dermatitini tedavi etmek amacıyla sağlık profesyonellerine danışmadan zaman zaman çocuklarının sağlığını tehlikeye atacak uygulamalar yapmaktadır (Önder ve ark. 2007). Literatürde bez dermatitini tedavi etmek amacıyla kına uygulaması sonucu akut böbrek yetersizliği ve hemolitik anemi geçiren bir yenidoğan vakası bildirilmiştir (Devecioğlu ve ark. 2001). Bu tür durumların önüne geçmek için ebeveyn eğitimi elzemdir, hemşirelerin bu konudaki öncelikli hedefleri arasında bez dermatiti oluşumunu önleme ve ebeveyn eğitimi olmalıdır (Baran 2009).

Tedavide amaç hasarlı bölgenin iyileşmesini hızlandırmak ve nükslerin önüne geçmektir (Çağlar 2015; Önder ve ark. 2007). Bez dermatitinin önlenmesi ve tedavisinde bebeğin altının havalandırılması, sık aralıklarla bez değişimi, alt değişiminin su ve pamuk veya su emdirilmiş ıslak mendiller ile yapıldıktan sonra kurulanıp (Stamatas ve Tierney 2014) uygun bariyer kremlerin (çinko oksit, lanolin,

petrolatum içerikli) kalın bir tabaka halinde sürülmesi, bezin sıkı bağlanmaması gibi uygulamaların yararlı olduğu bildirilmektedir (Adam 2008; Wondergem 2010).

Günümüzde bez dermatiti bakımında sıklıkla kullanılan çinko oksit içerikli kremlerin koruyucu etki sağlamasına karşın ciltten uzaklaştırılmaya çalışılmasındaki güçlük nedeniyle sert bir şekilde silinmesi ciltte irritasyona neden olabilmektedir (Friedlander ve ark. 2009). Yara bakımında sıklıkla kullanılan hidrokolloid örtülerin üzerindeki yarı geçirgen film sayesinde hava alışverişine imkan sağlaması (Fletcher ve ark. 2011; Türsen 2013) ve bölgeye zararlı mikroorganizmaların girişini engellemesi, ayrıca yara için nemli bir ortam oluşturması, yara üzerindeki eksüdayı absorbe edebilmesi (Bookout 2008; Özek ve Akman 2007) gibi özellikleri ile yara bakımında başarılı olduğu bildirilmektedir. Bez dermatiti olan bebeklerde hidrokolloid örtü, mupirosin ve çinko oksitin kullanıldığı bir çalışmada hidrokolloid örtü iyileşme sürecinde daha etkin bulunmuş ve en az yan etkinin geliştiği grup olduğu belirlenmiştir (Qiao ve Ge 2016). Ancak literatürde bez dermatiti bakımında hidrokolloid örtünün kullanıldığı bu çalışmadan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu nedenle araştırma yenidoğan ve süt çocuklarında bez dermatiti bakımında kullanılan hidrokolloid örtünün iyileşme sürecine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Bez Dermatiti Tanımı ve Epidemiyolojisi

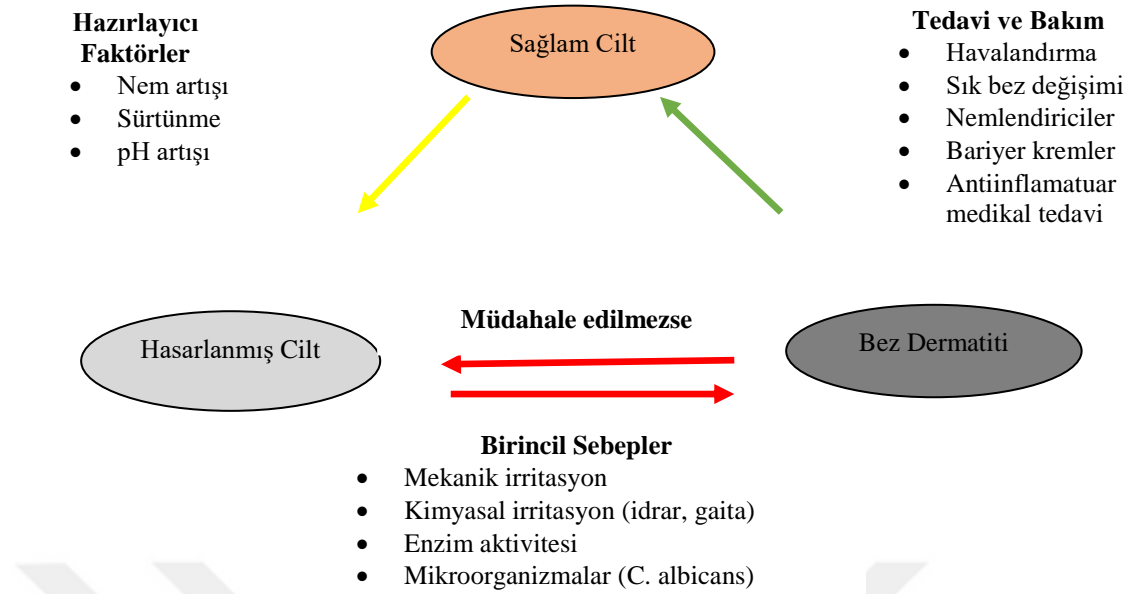
Halk arasında pişik olarak bilinen (Gözen ve ark. 2011) ve literatürde diaper rash, diaper dermatitis kelimeleri ile de karşımıza çıkan bez dermatiti, bebek bezinin altında kalan bölgede nem, sürtünme, idrar ve gaitanın cilde uzun süreli teması ile gelişen akut inflamatuvar bir deri hastalığıdır (Blume-Peytavi ve ark. 2014; Ergenekon ve Aybey 2009). Abdomenin alt kısımları, gluteal bölge, inguinal bölge, mons pubis, labia majör ve skrotum en çok tutulan alanlardır (Friedlander ve ark. 2009; Shin 2005; Tüzün ve ark. 2015). Görülme sıklığı, yapılan çalışma sonuçlarındaki çeşitlilik (Klunk ve ark. 2014; Merrill 2015) ve ailelerin genellikle bez dermatitini bir hastalık olarak görmeyip hastaneye başvurmamasından dolayı tam olarak belirlenememekle birlikte (Arıkan ve Alemdar 2013; Baran 2009; Önder ve ark. 2007) bebeklerin %7-35'inde ve en sık 9-12. aylar arasında görülmektedir (Gözen ve ark. 2011; Gupta ve Skinner 2004; Klunk ve ark. 2014; Önder ve ark. 2007; Wolf ve ark. 2000). Görülme sıklığı cinsiyet ve ırka göre farklılık göstermez (Önder ve ark. 2007; Shin 2014).

### 2.2. Bez Dermatitinin Patogenezi

Bez dermatitinin oluşumu çeşitli faktörlerin etkileşimi ile gerçekleşir (Shin, 2014), bu faktörlerin en önemlisi hassas bebek cildinin uzun süre idrar ve gaita ile temasıdır (Atherton ve ark. 2015; Atherton 2004) Bez bölgesinde oluşan nem ve pH artışı, sürtünme gibi faktörler, dış etkenlere karşı cildi koruyucu bir bariyer görevi gören, stratum corneum (SC) tabakasına zarar vererek cilt irritasyonu ve bez dermatitine yatkınlığı artırır (Shin 2014). Bez dermatitinin gelişme süreci Şekil 2.1'de gösterilmiştir.

**Sürtünme:** Cilt-cilt ve cilt-bez arasındaki sürtünme özellikle nem artışı ile birleştiğinde cilt bütünlüğüne zarar verdiği için çok önemli bir hazırlayıcı faktördür. Cildin bebek bezine en çok temas ettiği karın alt bölgesi, inguinal, genital ve gluteal bölgenin bez dermatitinin en sık geliştiği yerler olması bunun kanıtıdır (Atherton 2001; Tüzün ve ark 2015; Wolf ve ark. 2000).





**Şekil 2-1: Bez Dermatiti Gelişim Süreci -Runeman (2008)**

**Nem artışı:** Aşırı nemli ortam cildin aşınma ve sürtünmeye karşı hassasiyetini artırır, cildin bariyer özelliğini bozup geçirgenliği artırarak mikroorganizmaların geçişini kolaylaştırır (Gupta ve Skinner 2004; Shin 2005; Tüzün ve ark. 2015). Yalnızca su veya ter ile uzun süreli temas bile eritem ve dermatit gelişimi için yeterlidir (Wolf ve ark. 2000). Günümüzde süper emici jel materyaller içeren, mikroporlu modern bebek bezleri, bez bölgesindeki nem ve kapalılık konusunda büyük faydalar sağlamasına karşın sorunu tam olarak ortadan kaldıramamaktadır (Wolf ve ark. 2000).

**İdrar ve gaita:** Önceki yıllarda amonyağın bez dermatitine neden olduğu şeklinde görüşler mevcut iken (Ergenekon ve Aybey 2009; Tüzün ve ark. 2015), sonraki yıllarda sağlam ciltte tek başına irritasyon oluşturmadığı, hasarlanmış ciltte irritasyonu kolaylaştırdığı şeklinde görüşler bildirilmiştir (Baran 2009; Önder ve ark. 2007; Shin 2005).

Gaita ve idrar karıştığında, gaitadaki fekal üreazın etkisi ile idrardaki üre yıkılır ve amonyak açığa çıkar. Amonyakın açığa çıkması cilt pH'ını artırır, artan pH ile ciltte kolaylıkla irritasyon yaratabilecek, gaitada bulunan sindirim enzimleri proteaz ve lipazın aktivitesi artar. Ayrıca pH seviyesindeki artışın etkisiyle özellikle deri kıvrımlarında C. albicans ve bakterilerin kolonizasyonu ile sekonder enfeksiyonların gelişme riski artar (Atherton ve ark. 2015).

Şiddetli diyare geliştiğinde kapalı kalan bez bölgesinde nemlilik ve bağırsak geçişleri hızlı olduğu için de gaitadaki sindirim enzimlerinin miktarı artacağından cildin bariyer görevi daha da bozulur (Friedlander ve ark. 2009). Aynı zamanda safra tuzları da proteazın aktivitesini artırır, bu yüzden kısa bağırsak sendromu ve konjuge hiperbilirubinemi olan çocuklarda inatçı bez dermatitleri görülebilir (Atherton ve ark. 2015; Atherton 2001; Baran 2009; Merrill 2015; Shin 2014).

**Mikroorganizmalar:** Bez dermatiti gelişiminde mikroorganizmalar tek başına etkili değildir. Diğer faktörlerin etkileşimiyle zarar gören SC tabakasından epidermise mikroorganizmaların erişimi kolaylaşır, bunun sonucunda mantar ve bakterilerin sebep olduğu sekonder enfeksiyon gelişme riski artar (Atherton 2001; Shin 2005). Sekonder enfeksiyon geliştiğinde bez dermatitinin seyri daha da şiddetlenir (Önder ve ark. 2007). Bez dermatiti bulunan ve bulunmayan bebekler arasında bez bölgesinde bakterilerin gelişimi açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak mantar enfeksiyonunun bez dermatiti gelişimindeki rolü bakterilere göre daha belirgindir (Tüzün ve ark. 2015). 72 saatten uzun süren bez dermatiti vakalarında *C. albicans* bulunması muhtemeldir (Friedlander ve ark. 2009; Shin 2005).

**Diyet:** Bebeğin beslenme şekli bez dermatiti gelişimi ile ilişkilidir (Tüzün ve ark. 2015). Yalnızca anne sütü ile beslenen bebeklerde, formüle mama ile beslenenlere göre bez dermatiti gelişme oranının daha az olduğu gösterilmiştir (Al-Waili 2005). Anne sütü ile beslenen bebeklerin gaitalarında üreaz içeren organizmalar daha az, gaita pH'ı ve fekal enzim seviyeleri daha düşük olduğu için bez bölgesinde irritasyon gelişme potansiyeli daha düşüktür (Benjamin 1987; Bikowski 2011). Anne sütü ile beslenen bebeklerde ağırlıklı olarak gram pozitif flora bulunurken inek sütü ile beslenen bebeklerde bakteri florası karışıktır (Shin 2005).

**Antibiyotik kullanımı:** Çeşitli nedenlerle geniş spektrumlu antibiyotiklerin kullanımı bez dermatiti gelişimini arttırmaktadır (Atherton 2016; Gupta ve Skinner 2004; Pogaçar ve ark. 2017; Tüzün ve ark. 2015). Antibiyotikler doğal bağırsak florasını bozarak mikroorganizmaların kolonileşmesini kolaylaştırır, bunun sonucunda antibiyotik kullanan bebeklerde dışkılama sayısında artma ve diyare gelişebilir (Baran 2009; Cohen 2017).

**Uygun olmayan alt bakımı:** Cilt bakımı uygun bir şekilde yapılmadığında bez dermatitinin gelişmesi kaçınılmazdır. Bebek bezleri yenidoğanlarda saat başı, süt

çocuklarında ise 3-4 saatte bir değiştirilmelidir (Çağlar 2015). Bezlerin sık değiştirilmemesi, cilt temizliğinde cildin pH'ını bozacak sıvı sabun, alkollü, parfümlü mendiller, pudra gibi irritan maddelerin kullanımı yanlış yapılan uygulamalar arasındadır (Atherton 2001). Özellikle pudra deri kıvrımları arasında birikerek mikroorganizmaların kolonizasyonu için elverişli bir ortam oluşturur ve bebeklerin solunum yollarına kolaylıkla kaçabileceğinden aspirasyon riski taşır (Görak 2008; Wolf ve ark. 2000)

**Cilt hastalık öyküsü:** Yapılan bir çalışmada tekrarlayan bez dermatiti vakaları ile cilt hastalık öyküsü ve ailedeki cilt hastalık öyküleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Adalat ve ark. 2007). Yapılan başka bir çalışmada yine cilt hastalığı öyküsünün olması bez dermatiti gelişimi açısından etkili bulunmamıştır (Kırçival 2001).

### 2.3. Bez Dermatitinin Komplikasyonları

**Kandidal enfeksiyonlar:** Kandidal enfeksiyonlar genellikle; inguinal kıvrımlar, kalça, uyluk, genital ve abdominal bölgede (Shin 2014) eritematöz, iyi sınırlı kırmızı lezyonlar ile kendini gösterir, lezyon kenarlarında püstüller ve veziküllerin de bulunabildiği (Humphrey ve ark. 2006) bez dermatitinin en yaygın komplikasyonudur (Önder ve ark. 2007; Shin 2014; Tüzün ve ark. 2015). Yenidoğanlar bu etkeni doğum kanalından geçerken alır (Baran 2009). Kandidal bez dermatiti olan bebeklerde oral kandidiyazis gelişimi de dikkat çekicidir (Merrill 2015; Tüzün ve ark. 2015). Bez dermatiti olan bebeklerin gaitalarındaki *C. albicans* düzeyi ile bez dermatiti şiddeti arasında doğru orantılı bir ilişki vardır (Ferrazzini ve ark. 2003; Kırçival 2001). Geniş spektrumlu oral antibiyotik tedavisi gören çocuklarda bez dermatiti sıklığının fazla olması da gaitalarındaki *C. albicans* miktarının artışı ile bağlantılıdır (Kırçival 2001). Kandidal bez dermatiti tanısı smear ve kültür ile konur (Ergenekon ve Aybey 2009; Tüzün ve ark 2015).

**Bakteriyel enfeksiyonlar:** Bakteriyel enfeksiyonlar birçok farklı formda görülebilir, bunlardan en sık rastlanılanlar impetigo ve bakteriyel folikülitir (Baran 2009; Shin 2014). Bakteriyel bez dermatitinde en sık streptokok ve stafilokokların yol açtığı enfeksiyonlarla karşılaşılır (Merrill 2015). Yapılan çalışmalarda bez dermatiti olan ve olmayan çocuklarda bezin altında kalan bölgeden kültür yapıp bez dermatiti olanlarda *Staphylococcus aureus* kolonizasyonunun fazla olmasından başka bir fark

görülmemiştir. Kolonizasyonun fazla olması sekonder enfeksiyon gelişimine neden olmaktadır (Kırçuval 2001). Bez bölgesindeki bakteriyel enfeksiyonların tanısı genellikle gram boyama ve kültür ile konur (Shin 2014).

#### **2.4. Bez Dermatitinin Klinik Bulguları**

Bez dermatitinin tanısı klinik olarak konulmakta olup ilk klinik belirtisi ciltte kuruluk olabilir. Erken dönemde eritem, hafif maserasyon ve ödem gözlenir. Lezyon zamanla şiddetli eritem ve maserasyon şeklinde yayılma eğilimindedir (Gözen ve ark. 2013). İlerlemiş evrelerde eritamatöz bölgede parlak görünümlü yoğun eritem, ağrılı erozyon, ülserasyon, papül ve nodüller gelişir (Gözen ve ark. 2013; Pogaçar ve ark. 2017). Geç dönemde *C. albicans* gibi mikroorganizmaların neden olduğu sekonder enfeksiyonlar gelişebilir (Önder ve ark. 2007). Aynı zamanda bez dermatiti bebekte ciddi bir ağrı ve rahatsızlık, bakım verende de stres yaratmaktadır (Heimall ve ark. 2012; Shin 2005).

Bebeklerinde bez dermatiti gelişen aileler, bebeklerin yüz ifadesinde meydana gelen değişiklikler başta olmak üzere ağlama sıklığında artış, normal beslenme ve uyku alışkanlıklarında farklılık gözlemlediklerini bildirmişlerdir (Stamatas ve Tierney 2014).

#### **2.5. Tanı**

İyi bir anamnez ve fiziksel muayene, bez dermatitinin teşhisi açısından çok önemlidir. Değerlendirme yapılırken başlangıç zamanı, lezyonların niteliği, yapısındaki değişimler, lezyonların yerleşim yerleri, eşlik eden kaşıntı, öncesinde geçirilen hastalıklar, antibiyotik kullanımı, diyare, bebek bezinin değiştirilme sıklığı, bezin yapısı, alt bakımının nasıl yapıldığı, alt bakımında hangi koruyucu veya temizleyici ürünlerin kullanıldığı gibi konulara dikkat etmek gerekir (Kazaks ve Lane 2000; Kırçuval 2001). Tanı koymada lezyonların görünümü ve kültür sonucu önemlidir (Çavuşoğlu 2013).

Bez dermatitinin derecesi klinik olarak Tablo 2-1'deki gibi bir skala yardımıyla belirlenebilir, ayrıca bez dermatiti evrelerinin görsel olarak sunumu da Şekil 2-2'de verilmiştir (Stamatas ve Tierney 2014).

**Tablo 2-1: Bez Dermatitinin Klinik Değerlendirme Skalası (Clinical Evaluation Scale for Characterization of the Severity of Diaper Dermatitis)-Stamatas ve Tierney (2014)**

Puan	Derece	Tanım
0	Yok	Cilt temiz (Çok hafif kuruluk ve/veya tek bir papül olabilir fakat eritem yok)
0,5	Önemsiz	Çok küçük bir alanda soluk pembe görünüm (<%2) ayrıca tek bir papül ve/veya hafif kuruluk olabilir
1,0	Hafif	Küçük bir alanda soluk pembe görünüm (%2-10) veya çok küçük bir alanda kızarıklık (<%2) ve/veya dağınık papüller ve/veya hafif kuruluk/pullanma
1,5	Hafif/Orta	Geniş bir alanda pembe görünüm (%10) veya küçük bir alanda (%2-10) kızarıklık veya çok küçük bir alanda (<%2) çok yoğun kızarıklık ve/veya dağınık papüller (<%10) ve/veya orta derecede kuruluk/pullanma
2	Orta	Geniş bir alanda belirgin kızarıklık (%10-50) veya çok küçük bir alanda çok yoğun kızarıklık (<%2) ve/veya 5 veya daha fazla püstül ile birlikte bir veya birçok alanda papül (%10-50), hafif deskuamasyon veya ödem olabilir
2,5	Orta/Şiddetli	Çok geniş bir alanda belirgin kızarıklık (>%50) veya ödem olmaksızın küçük bir alanda çok yoğun kızarıklık (%2-10) ve/veya büyük bir alanda (>%50) birçok papül ve/veya püstül; orta derecede deskuamasyon ve/veya ödem olabilir
3,0	Şiddetli	Geniş bir alanda çok yoğun kızarıklık (>%10) ve/veya şiddetli deskuamasyon ve ödem, erozyon ve ülserasyon; geniş bir alanda bitişik papüller veya birçok püstül/vezikül



**Şekil 2-2: Bez Dermatiti Evrelerinin Görsel Sunumu: A) önemsiz, B) hafif, C) orta, D) orta/şiddetli, E) şiddetli -Stamatas ve Tierney (2014)**

## 2.6. Ayrırcı Tanılar

**Alerjik kontakt dermatit:** Bebek bezi, cilt bakım ve temizleme ürünlerinde bulunan parfüm, koruyucu, boya gibi maddeler alerjik kontakt dermatit gelişimine neden olabilir (Kırçuval 2001; Merrill 2015). Genellikle yeni ürünler kullanmaya başladığında görülür (Cohen 2017). 2 yaşın altındaki çocuklarda immun sistem tam olarak gelişmediği için alerjik kontakt dermatitin daha az geliştiği düşünülmektedir (Tüzün ve ark. 2015). Yenidoğan döneminde daha nadir olarak görülür (Kırçuval 2001). Başta özellikle kıvrım bölgelerini tutan veziküler lezyonlar oluşur, daha sonra lezyonlar ekzamatöz bir görünüm alır (Baran 2009; Tüzün ve ark. 2015). Bu durum genellikle allerjenin kullanımının sonlandırılması ve gerektiğinde reçete edilen düşük doz topikal kortikosteroid kullanımıyla ortadan kalkar (Merrill 2015).

**Atopik dermatit:** Atopik dermatit genellikle yaşamın ilk yılında görülen inflamatuvar bir cilt bozukluğudur, deride kuruluk ve pullanma oluşturur (Lund 2013). Oluşumunda genetik ve çevresel faktörler etkilidir (Ekim ve Ocakçı 2014; Lund 2013). Atopik dermatiti olan çocukların yaklaşık %60'ının ailesinde alerji öyküsü bulunmaktadır (Correa ve Nebus 2012). Bu çocuklarda daha sık bez dermatiti gelişir ve Staphylococcus aureus enfeksiyonuna daha çok rastlanır. Bu durum atopik dermatiti olan çocukların iritanlara karşı daha hassas olduğunu düşündürür (Kırçuval 2001). Çocuklarda yüz, dizler, bacak ve ayakların üst kısımlarında daha çok olmak üzere bez bölgesinde de görülebilmektedir (Baran 2009; Kırçuval 2001). Çocuklukta ortaya çıkan atopik dermatit sıklıkla alerjik astım ve alerjik rinitin öncüsü olmaktadır (Lund 2013). Tedavide cildi nemli tutmak esastır (Ekim ve Ocakçı 2014).

**Seboreik dermatit:** İnguinal kıvrımlarda daha yoğun olmak üzere, aksilla, diz arkası, saçlı deri, alın, kaşlar ve kulak arkasında iyi sınırlı eritematöz papüller ve sarı, yağlı plaklar şeklinde tutulum olur (Gysel 2016). Bebek bezinin altında kalan bölgedeki nem sebebiyle karakteristik sarı, yağlı plaklar görülmez (Kırçuval 2001). Genellikle yaşamın 3 ile 12. haftaları arasında ortaya çıkar, 6. aydan sonra nadir görülür (Fernandes ve ark. 2009). Lezyonlar %1 hidrokortizon gibi düşük doz topikal kortikosteroidlere iyi yanıt verirler (Önder ve ark. 2007; Shin 2005).

**Miliyarya:** Cildin SC tabakasının çok fazla hidrate olması sonucunda, ter bezleri tıkanır ve tıkanıklığın olduğu alanlarda iğne ucu büyüklüğünde birçok eritematöz papül şeklinde ortaya çıkar (Ravanfarve ark. 2012). Lezyonlar, yüz, aksiller

bölge ve boyunda da bez bölgesindekilere benzer bir şekilde görülebilir (Scheinfeld 2005). Bu durum genellikle kendiliğinden geçer ve tedavi gerektirmez (Shin 2005).

**Psöriasis:** İyi sınırlı eritamatoz plaklar inguinal kıvrımlar ve kalçada görülmektedir. Bebek bezinin altında kalan bölgede nem artışı nedeniyle karakteristik gümüş rengi plaklar görülmeyebilir (Pogaçar ve ark. 2017). Tedaviye yanıt diğer hastalıklara göre daha yavaştır (Tüzün ve ark. 2015). Psöriasisi olan çocukların ailelerinde de genellikle aynı öykü bulunmaktadır (Shin 2014).

**Skabies:** Oluşmasındaki etken *Sarcoptes scabiei*'dir. Bez bölgesinde bulunabileceği gibi aşırı kaşıntılı vezikül ve büller çocuklarda saçlı deri, boyun, aksiller bölge, ayak tabanı, genital bölge, parmak araları ve avuç içine yayılabilir (Merrill 2015; Yıldız 2011). Şiddetli kaşıntı ve aile öyküsü tanıyı destekler (Önder ve ark. 2007).

**Beslenme yetersizliği:** Çinko ve biotin eksikliği bez dermatitine neden olabilir (Tüzün ve ark. 2015). Yeterli çinko alımı olmayan çocuklarda bez bölgesi, yüz ve ekstremitelerde keskin sınırlı, eritamatoz, bazen halka şeklinde plaklar gözlenebilir. Ayrıca büyüme gelişme geriliği, diyare, dağınık şekilde alopesi, irritabilite görülebilir (Shin 2005). Serum çinko düzeyinin ölçülmesi ile tanı konur (Önder ve ark. 2007). Oral çinko tedavisi ciltteki lezyonların iyileşmesinde etkili olmaktadır (Kırçuval 2001; Shin 2005).

İnatçı bez dermatitinin biotin eksikliğinin erken belirtilerinden biri olduğu düşünülmektedir. Bez bölgesinde papül, vezikül, püstül olmaksızın keskin sınırlı pullu eritemin varlığı ile karakterizedir (Pogaçar ve ark. 2017).

**Granuloma gluteale infantum:** Çapları birkaç milimetre ile birkaç santimetre arasında değişmekte olan, ovalimsi, mavimsi kırmızı renkte lezyonlardan oluşur (Baran 2009). Florürlü topikal kortikosteroidlere karşı gelişen inflamatuvar reaksiyondur (Fernandes ve ark. 2009; Önder ve ark. 2007). Önerilen tedavi topikal kortikosteroidlerin kesilip çinko içerikli kurutucu kremlerin kullanılmasıdır (Kırçuval 2001). Birkaç hafta ile birkaç ay arasında iyileşme sağlanır (Shin 2014).

**İntertrigo:** Genellikle kilolu çocuklarda (Kırçuval 2001), cildin kıvrım bölgelerinde oluşan yüzeysel inflamatuvar bir hastalıktır (Önder ve ark. 2007). Isı, nem, ter tutulumu, sürtünme etkilenen bölgelerde irritasyon ve maserasyon oluşmasına katkıda bulunur, etkilenen bölgeler havalandırıldığında semptomlar düzelir (Shin 2014).

**Histiyositozis X (Langerhans hücreli histiyositozis):** Nadir görülen bu hastalık bez dermatiti ile karıştırılabilir (Kırçuval 2001). Genellikle bez bölgesinde eritematöz papüller, vezikülopüstüller, hemorajik papüller, peteşi, erozyon (Merrill 2015), seboreik dermatitteki gibi skuamlı plaklar görülür. Bu lezyonlara diyare, hepatosplenomegali, anemi, lenfadenopati, kemik tutulumu gibi sistemik belirtiler de eklenebilir (Önder ve ark. 2007; Shin 2014). Tanı cilt biyopsisi ile konur (Kırçuval 2001; Merrill 2015).

**Neonatal herpes simpleks enfeksiyonu:** Doğumdan sonraki ilk birkaç gün veya hafta boyunca görülen vezikül ve büller ile kendini gösterir, lezyonlar ülserleşme eğilimindedir (Shin 2005). Bu lezyonlar penis, vulva, vajinada olduğunda bez dermatiti ile karıştırılabilir (Kırçuval 2001). Hastalarda ayrıca neonatal sepsis, keratokonjonktivit, pnömoni veya meningoensefalit gelişebilir (Shin 2005). Veziküller değerlendirilerek tanı konur (Baran 2009; Önder ve ark. 2007; Shin 2005).

**Çocuk istismarı:** Tedaviye dirençli, şiddetli, atipik bez dermatiti vakalarında çocuk istismarı düşünülmesi gereken önemli bir konudur. Tedaviye dirençli görünen bez dermatiti ebeveyn veya bakım veren kişi tarafından çocuğun ihmali; bez bölgesindeki morluklar veya (Pogačar ve ark. 2017) genellikle çocuğu kaynar suya batırma ile oluşan yanıklar (Scheinfeld 2005) çocuğun fiziksel istismarı; kasık ve genital bölgede karşılaşılan human papilloma virüsü çocuğun cinsel istismarı sonucunda görülebilmektedir (Pogačar ve ark. 2017).

## 2.7. Bez Dermatitinden Korunma ve Hemşirelik Bakımı

Hem korunma hem de tedavi için nonfarmakolojik yöntemler en sade şekilde İngilizce air (havalandırma), barrier (bariyer krem kullanımı), cleansing (temizleme), diapering (bebek bezi) ve education (eğitim) kelimelerinin baş harflerinden oluşan "ABCDE" kuralı ile özetlenebilir (Boiko 1999; Brucker ve ark. 2015; Klunk ve ark. 2014; Merrill 2015).

**Eğitim:** Bez bölgesinde hijyen sağlamanın temel unsuru ebeveyn ve bakım verenlere yönelik planlanan eğitimlerdir. Bez dermatiti önlenabilir bir durumdur ve tüm ebeveynlerin korunmaya, bez hijyenini sağlamaya yönelik doğru cilt bakım uygulamalarını hemşirelerden veya diğer klinisyenlerden uygun bir şekilde öğrenmesi gerekir (Çağlar 2015; Seifi ve ark. 2017). Bu eğitimlerin daha çok kitapçık, broşür gibi materyallerle verilmesi yararlı olacaktır (Arıkan ve Alemdar 2013).



Ebeveynlere her bez değişiminden önce ve sonra ellerini yıkaması (Merrill 2015), bebek cildinin kirli bezdeki iritanlarla temasını en aza indirmek için her 1-3 saatte bir gece de en az bir kez olacak şekilde bebek bezini sık sık değiştirmesi (Adalat ve ark. 2007), bezde yalnızca idrar olsa bile ılık su ve yumuşak bir bez yardımıyla bebek cildine zarar vermeden nazikçe önden arkaya doğru temizliğini yapması (Klunk ve ark. 2014; Wondergem 2010), bariyer krem kullanılıyorsa kalıntıları çıkarmak için ovalamaktan ve sert bir şekilde silmekten kaçınması (Merrill 2015), bez bölgesinin temizliği yapıldıktan sonra bölgenin kurulanması ve kalın bir tabaka halinde bariyer krem uygulaması gerektiği anlatılmalıdır (Adam 2008; Wondergem 2010). Ayrıca bez dermatiti geliştikten sonra bu adımların izlenmesine rağmen sonraki birkaç gün içinde bez dermatiti şiddeti gerilemez veya daha da artarsa bir sağlık profesyonelinden yardım alması gerektiği de vurgulanmalıdır (Merrill 2015). Yanlış uygulamaların önüne geçmek adına ebeveynlere bakımda kullanılan yararlı ve zararlı ürünler hakkında da mutlaka bilgi verilmelidir (Klunk ve ark. 2014).

**Bebek bezi:** Bebek bezinin değişim sıklığı ve kullanılan bezin tipi bez dermatiti gelişimi üzerinde oldukça etkilidir. Bez değişim sıklığı arttıkça bez dermatiti görülme sıklığı azalır (Merrill 2015; Shin 2005). Yenidoğan döneminde saat başı, sonraki dönemlerde en geç 3-4 saatte bir, 10-12 saat arası uyuyan bir bebekte gece boyunca en az bir defa olacak şekilde bez değiştirilmelidir (Önder ve ark. 2007; Shin 2005). Bez dermatiti gelişen çocuklarda bezdeki iritanlarla cildin temasını azaltmak için bu süre daha kısa olmalıdır (Atherton 2001). Bebek bezi, hava alamayacağı ve bebeğin cildine daha çok temas edebileceği için çok sıkı bağlanmamalı (Baran ve Çimen 2013; Bookout 2008), mümkünse bir beden büyük olmalıdır (Önder ve ark. 2007).

Bebek bezi teknolojisindeki gelişmeler son yıllarda büyük ölçüde artmış ve artmaya devam etmektedir. Süper emici jel materyaller içeren tek kullanımlık bebek bezleri, bez dermatiti sıklığı ve şiddetini azaltmıştır (Blume-Peytavi ve Kanti 2018; Friedlander ve ark. 2009). Tek kullanımlık bebek bezi kullanılan bebeklerde içeriğindeki süper emici katmanlar, en üstteki katmanın bebek cildine ıslaklığı temas ettirmeyecek özellikte olması, cilt pH'ını daha normale yakın seviyede tutması nedeniyle kumaş bebek bezi kullanılan bebeklere göre daha az bez dermatiti geliştieği düşünülmektedir (Arıkan ve Alemdar 2013; Atherton 2001). Gelişmiş ülkelerde tek

kullanımlık bebek bezi kullanımının %90'ın üzerinde olduğu tahmin edilmektedir (Friedlander ve ark. 2009; Önder ve ark. 2007).

Son yıllarda kullanım süresi boyunca içerdiği petrolatum ve çinko oksit sayesinde cilde sürekli bu koruyucu materyalleri nüfuz ettiren tek kullanımlık bebek bezleri tasarlanmıştır. Bu bezler petrolatum ve çinko oksit içermeyen diğer tek kullanımlık bezlere göre bez dermatiti şiddetinin azaltılmasında daha etkili olmaktadır (Baldwin ve ark. 2001; Baran 2009; Odio ve ark. 2000; Shin 2005)

**Temizleme:** Bez bölgesini temizlemekteki amaç; cildi iritanlardan ve kirlerden arındırmak, enfeksiyon gelişimini önlemek ve cildin pH düzeyini normal sınırlarda tutmaktır (Coughlin ve ark. 2014).

Son yıllarda bez bölgesinin temizliğinde kullanılmak üzere parfüm, koruyucu madde içeren çok çeşitli ıslak mendiller üretilmiştir. Kullanımı kolay olmasına rağmen hassas bebek cildinde bu mendillerin içeriğindeki maddelere karşı alerjik reaksiyon gelişebilir (Fields ve ark. 2006; Utaş 2011). Bez bölgesinin temizliği yapılırken alkol içeren ıslak mendil kullanımı, sert bir şekilde sabunlamak, silmek, ovma cildin bariyer fonksiyonunda bozulmaya yol açabilmektedir (Arıkan ve Alemdar 2013). Alkol içeren tek kullanımlık ıslak mendiller yerine bez bölgesinin temizliği ılık su veya su emdirilmiş ıslak mendiller yardımıyla nazikçe yapılmalıdır (Gözen ve ark. 2013). Defekasyon artıklarını temizlemek için pH'ı yüksek olmayan, parfümsüz bir sabun günde iki defadan fazla olmamak koşulu ile kullanılabilir (Kırçuval 2001; Özek ve Akman 2007).

Alkol içermeyen su emdirilmiş ıslak mendil ile sadece su ve pamuk ile bez bölgesi temizliğinin karşılaştırıldığı çalışmalarda, transepidermal sıvı kaybı, enfeksiyon, eritem, cildin nem ve pH düzeyinde iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Coughlin ve ark. 2014; Lavender ve ark. 2012).

Silme işleminden sonra bez bölgesi ıslak bırakılmamalı, sürterek değil küçük dokunuşlarla dokundurup çekme şeklinde kurulanmalıdır (Arıkan ve Alemdar 2013; Önder ve ark. 2007). Kurulama işleminde saç kurutma makinesi gibi aletlerin kullanılması hassas bebek cildinde yanıklara neden olabilir (Boiko 1999; Shin 2005).

**Bariyer krem kullanımı:** Hafif derecedeki bez dermatitini önleme ve tedavide çinko oksit, lanolin, petrolatum, dimetikon gibi maddeleri içeren topikal bariyer

kremlerin kullanımı yararlıdır (Önder ve ark. 2007). Bebek cildinin idrar ve gaita gibi iritlanlar ile temasını azaltıp neme maruziyetini sınırlayıcı lipid bir bariyer oluşturduğundan cildin hasarlanması ve enfeksiyonların gelişmesi önlenmiş olur (Merrill 2015; Ravanfar ve ark. 2012; Stamatas ve Tierney 2014). Oluşan bu lipid bariyer cildin koruyucu SC tabakasına bağlanır ve hücre içi lipidleri taklit ederek ciltten su kaybını azaltır (Shin 2005; Wondergem 2010). Bariyer kremlerin her bez değişiminde kalın bir tabaka halinde sürülmesi ve bebeğin cildine zarar verebileceğinden tamamen temizlemek için uğraşılması, nazikce silinmesi önerilir (Clark-Greuel ve ark. 2014; Çağlar 2015). Tekrarları önlemek için bez dermatiti iyileştikten sonra da bariyer krem kullanımına devam edilmelidir (Gupta ve Skinner 2004)

Bazı bariyer kremlerin içeriğinde ek olarak bulunan parfüm, vitamin, aloe vera gibi tahriş etme potansiyeli olan maddeler alerjik duyarlanmaya neden olabilmektedir (Shin 2005). Ayrıca sekonder enfeksiyonların varlığında petrolatum veya çinko oksit içerikli kremlerin kullanımı bez dermatiti tablosunu daha da şiddetlendirebilir. (Gupta ve Skinner 2004).

**Havalandırma:** Bebek bezini çıkarıp bez bölgesinin havalandırılması, bez yüzeyindeki idrar, gaita gibi iritlanlarla temasın azaltılması çoğu zaman en etkili terapötik girişimdir (Boiko 1999; Stamatas ve Tierney 2014). Ayrıca bebek bezinin çıkarılması cildin hava ile kurummasına ve bebek bezi ile cilt arasındaki sürtünmenin ortadan kaldırılmasına neden olur (Merrill 2015). Ebeveynler için bebeğin bezlenmeden bırakılması çoğu zaman zor olabilir ancak belli sürelerle bebek bezlenmemeli, bez bölgesi havalandırılmalıdır (Görak 2008; Klunk ve ark. 2014). İlk zamanlarda bebek uyurken, hareket kabiliyeti kazandığı dönemlerde ise evde oyun oynarken bebek bezi çıkarılabilir. En ideal zaman bebek idrar ve gaitasını yaptıktan hemen sonra bezi çıkarmaktır (Shin 2005).

## 2.8. Bez Dermatitinin Tedavisi

Birincil hedef bez dermatiti gelişimini önlemek olsa da dermatit geliştiğinde en önemli hedef; inflamasyonu azaltmak, hasarlanmış cildi iyileştirmek ve tekrarları önlemektir (Atherton 2004; Shin 2014). Tedavide izlenecek yol bez dermatitinin derecesine, klinik tablosuna göre değişmektedir (Baran 2009; Shin 2005). Hafif derecedeki bez dermatitinde hazırlayıcı faktörlerin ortadan kaldırılması ve bariyer

kremler yeterli olurken ilerlemiş veya enfeksiyondan şüphelenilen olgularda antifungal, antibakteriyel, kortikosteroidli kremler veya yara bakımı gerekebilir (Gupta ve Skinner 2004; Önder ve ark. 2007).

**Çinko oksit:** Bez dermatitinin tedavisi ve korunmada kullanılan reçetesiz olarak eczanelerde satılan bariyer kremlerde en sık karşılaşılan etken madde çinko oksit olup (Atherton 2001; Heimall ve ark. 2012) FDA (Food and Drug Administration) onaylı olarak kullanılır (Wananukul ve ark. 2006). Çinko oksit; kremlerin, merhemlerin içinde süspansiyon şeklinde asılı duran beyaz pudradır (Baran 2009). Bir taraftan iyileştirici etkisiyle zarar görmüş cildi onarıırken bir taraftan da idrar, gaita gibi iritanların cilde temasını önleyen lipid bir bariyer oluşturur (Stamatas ve Tierney 2014). Bariyer krem içerisindeki lipidler SC'ye bağlanarak hücrelerarası lipidleri taklit ederek ciltten sıvı kaybını azaltır (Önder ve ark. 2007; Wondergem 2010). Hem korunma hem de oluşmuş bez dermatitinin tedavisi için her bez değişiminde kalın bir tabaka halinde temizlenmiş bez bölgesine sürülmeli ve bir önceki bakımdan kalan artıkların hepsini temizlemek için sert bir şekilde silmekten kaçınılmalıdır (Merrill 2015; Özek ve Akman 2007).

**Antifungal ajanlar:** Bez dermatitinin sekonder komplikasyonu olarak kandidal bez dermatiti sık görülmektedir. Bu nedenle 72 saatten uzun süren bez dermatiti varsa tedaviye mutlaka topikal antifungal ajanlar eklenmelidir (Kırçuval 2001; Tüzün ve ark. 2015). Bez dermatiti tedavisinde en fazla nistatin, mikanazol, klotrimazol, siklopiroks içerikli antifungal ajanlar kullanılmaktadır (Gupta ve Skinner 2004; Önder ve ark. 2007). Nistatin bez dermatiti tedavisinde oldukça etkilidir ancak 1-2 gün içinde etki göstermez ise farklı bir ajanın kullanımı düşünülür (Gupta ve Skinner 2004). Topikal antifungallerin başarı oranı yüksektir. Oral antifulgallere nadiren ihtiyaç duyulur (Tüzün ve ark. 2015). Antifungal tedavi yalnızca mantar enfeksiyonunun var olduğu bilindiğinde kullanılmalı, rutin olarak kullanılmamalıdır (Atherton 2004).

**Antibakteriyel ajanlar:** Topikal antibakteriyel ajanlar bez dermatiti tedavisinde genellikle önerilmez ve kullanımı gerekmez (Merrill 2015). Fakat mupirosin, polisporin, basitrasin gibi topikal antibiyotikler, bez bölgesinde bakteriyel enfeksiyonların var olduğu durumlarda enfekte alan temizlenene kadar günde üç kez kullanılmak üzere tedaviye eklenebilir (Baran 2009; Shin 2014). Topikal antibiyotiklerin etkili olmadığı durumlarda oral antibiyotik kullanımı gerekebilir (Shin 2014). Antifungal tedavide olduğu gibi bez dermatitine bakterilerin yol açtığı

kesinleştirilmeden antibakteriyel ajanlar kullanılmamalı, normal mikroflora korunmalıdır (Atherton 2004). Ülkemizde bez dermatiti tedavisinde en fazla mupirosin içerikli kremler kullanılmaktadır (Baran 2009).

**Kortikosteroidler:** Diğer tedavilere yanıt vermeyen orta veya şiddetli bez dermatitinin tedavisinde kullanılabilirler (Baran 2009). Topikal steroidlerin kullanımı bez dermatiti tedavisinde genellikle etkin olmasına rağmen bebeklerde topikal ilaçların perkütan olarak emiliminin yetişkinlerden daha fazla olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle bebeklerde hidrokortizonun %1'den daha yüksek oranlarda (Atherton 2004; Önder ve ark. 2007) ve uzun süreli kullanımından kaçınılmalıdır (Tüzün ve ark. 2015). Erüpsiyon yatışmaya kadar, en fazla iki hafta, günde iki defayı geçmeyecek şekilde tek başına veya antifungal ajanların kombinasyonu ile kullanılır (Gupta ve Skinner 2004).

**Tamamlayıcı alternatif tedavi:** Literatürde bez dermatitinin tedavisinde nonfarmakolojik yöntemlerin kullanıldığı birçok çalışma vardır. Yapılan bir çalışmada; bal, zeytinyağı ve balmumu içeren bir karışımın bez dermatitinin iyileşmesinde etkili olduğu bulunmuştur (Al-Waili 2005). Tedavide anne sütünün kullanıldığı çalışmalar da yer almaktadır, bu çalışmalar sonucunda anne sütü hafif bez dermatitinin iyileşmesinde etkili bulunmuştur (Gözen ve ark. 2013; Seifi ve ark. 2017). Kişniş ekstresinin kullanıldığı başka bir çalışmada bez dermatiti tedavisinde tek başına kişniş ekstresi kullanımının iyileştirici etkisi üzerine istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara ulaşılmamıştır (Dastgheib ve ark. 2017).

## 2.9. Hidrokolloid Örtüler

Literatürde hidrokolloid pansuman olarak da karşımıza çıkabilen hidrokolloid örtüler yarı geçirgen bir film veya köpük desteğiyle tutturulmuş jel formundaki bir maddeden yapılmıştır. Jel tabakası sodyum karboksimetilselüloz, pektin ve jelatinin kombinasyonundan oluşan hidrokolloid matriks içeren yapışkan yapıdaki malzemelerdir. Eksüdayı absorbe edip jele dönüşür (Çizmeci 2008; Fletcher ve ark. 2011; Heenan 1998; Türsen 2013). Birçok farklı şekil, boyut, kalınlıkta hidrokolloid örtü bulunmaktadır (Bookout 2008). Bunlar yapı olarak benzer gözükseler bile absorbe edebildiği sıvı miktarları farklıdır. Bazı ürünler kenarlarından kalkmayı önlemek için yuvarlatılmış yapıda veya pansumanı çıkarmadan yarayı gözlemleyebilmek için ince ve saydam yapıda olabilir (Fletcher 2003; Fletcher ve ark. 2011).

Üzerindeki yarı geçirgen film sayesinde hava alışverişi devam ederken (Fletcher ve ark. 2011; Türsen 2013) bölgeye zararlı mikroorganizmaların girişi engellenir, yara için nemli bir ortam oluşturarak iyileşmeyi hızlandırır ve yara üzerindeki eksüdayı absorbe eder (Bookout 2008; Özek ve Akman 2007). Bu özelliklerinden dolayı enfeksiyon gelişme riskini de azaltır, hasta konforunu sağlar (Türsen 2013). Ayrıca nemli ve oksijen ile direkt temasın bulunmadığı ortamın sinir uçlarını korumasından kaynaklı (Fletcher ve ark. 2011; Çevener 2015; Queen 2009) ağrıyı azalttığı düşünülmektedir (Özek ve Akman 2007; Türsen 2013). Hidrokolloid örtüler yumuşak, esnek ve ekonomik materyallerden yapılmıştır, kullanımı kolay ve güvenlidir (Xie 2014). Esnek yapısı sayesinde cildi iyi kavrar ve neme dayanıklıdır (Lund 2014).

Hidrokolloid örtüler genellikle 3-5 günde bir değiştirilir, ancak 7 güne kadar kalabilmektedir (Fletcher ve ark. 2011). Genellikle spesifik zaman aralığından sonra, sızıntı oluşursa (Törüner ve Büyükgönelç 2017), yarada eksüda üretimi fazla ise veya enfeksiyondan şüpheleniliyorsa çıkarılır (Fletcher 2003). Yara örtülerinin günlerce değiştirilmeden kalmasının bile enfeksiyon riskini arttırmadığı gösterilmiştir (Özek ve Akman 2007), ayrıca günlük olarak değiştirmek yara çevresindeki sağlam dokuya da zarar verebileceğinden önerilmez. Örtü ne kadar uzun süre kalırsa çıkarması o kadar kolay olur (Törüner ve Büyükgönelç 2017).

Hidrokolloid örtüler çok uzun yıllardır yara bakımında kullanılmasına rağmen yan etki olarak nadiren gelişen alerjik kontakt dermatite rastlandığı bildirilmiştir (Heenan 1998).

### **2.9.1. Hidrokolloid Örtülerin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Kullanımı**

Literatürde yenidoğanlarda en çok görülen yaralar; yırtılma, epidermal soyulma, maserasyon, termal yaralanma, kimyasal irritasyon, bası ve iskemik yaralar, cerrahi yaralar, ekstremitasyon, doğumsal bozukluklar ve bez dermatitidir (Altıntaş 2016; Çevener 2015).

Yenidoğan cildi yetişkine göre daha incedir, term bir bebekte dermis tabakası yetişkin cildinin %60'ı kadardır (Thames Valley Neonatal ODN Quality Care Group 2012). Bu yüzden cildin flaster vb. yapışkanlar ile hasarlanması, enfeksiyon ve topikal ajanlar ile toksisite oluşma riski daha fazladır (Çevener 2015). Yapışkan malzemeler yenidoğan cildine dermis ile epidermis arasındaki bağdan daha kuvvetli yapışarak

dermis ile epidermis tabakalarının birbirinden kolayca ayrılmasına böylece cildin bariyer fonksiyonunun bozulmasına yol açmaktadır (Aktaş 2015; Altıntaş 2016).

Hidrokolloid örtüler, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) yara bakımının yanında (Çövener 2015), kullanılan entübasyon tüpü, umbilikal katater, ostomi/kolostomi torbaları, beslenme sondaları gibi araçları sabitlemek için yenidoğanın cildine yapıştırılan her türlü materyalin altına yapıştırılır. Böylece sabitleme araçlarının yenidoğan cildine verdiği zarar engellenir veya azaltılabilir (Altıntaş 2016; Lund 2013; Milligan ve ark. 2017).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma YYBÜ’de bez dermatiti bakımında kullanılan hidrokolloid örtünün iyileşme sürecindeki etkinliğini belirlemek amacıyla randomize olmayan gruplarda ön test – son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü bir tasarım olarak gerçekleştirildi.

#### 3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 0 ( $H_0$ ): Hidrokolloid örtü ve %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılan yenidoğan ve süt çocuklarının;

$H_{0A}$ : Bez dermatiti iyileşme süresi arasında fark yoktur,

$H_{0B}$ : Bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası puanları arasında fark yoktur.

Hipotez 1 ( $H_1$ ): Hidrokolloid örtü kullanılan yenidoğan ve süt çocuklarının, %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılan yenidoğan ve süt çocuklarına göre bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası puanları daha düşüktür.

Hipotez 2 ( $H_2$ ): Hidrokolloid örtü kullanılan yenidoğan ve süt çocuklarının, %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılan yenidoğan ve süt çocuklarına göre bez dermatitinin iyileşme süresi daha kısadır.

#### 3.3. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı değişkenler:** Bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası puanları ve bez dermatitinin iyileşme süresi

**Bağımsız değişkenler:** Bez dermatiti bakımı yaparken kullanılan hidrokolloid örtü ve %40 çinko oksit içerikli bariyer krem.

#### 3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi YYBÜ ’de Kasım 2017- Mart 2018 tarihleri arasında yapıldı. Ünitelerde I., II. ve III. düzey yenidoğan yoğun bakım hizmeti verilmekte olup toplam 26 küvöz, 14 ventilatör, 1 hipotermi yatağı bulunmaktadır. Ünitelerde 26 hemşire, 5 asistan doktor, 1 neonatalog görev yapmakta, hemşireler 08:00 – 16:30; 16.00 – 08:00 saatleri arasında vardiyalı olarak çalışmaktadır. Ünitelerde en sık görülen tanılar prematürite ve solunum sıkıntısıdır. Çeşitli nedenlerle tedavi ve bakımı uzun süren bebekler bulunduğu



için postnatal yaşı 28 günden daha büyük bebekler de ünitelerde yatmaktadır. Ünitelerde bulunan yabancı uyruklu (Suriyeli) hastaların sayısı da oldukça fazladır. Ünitenin hemen yanında anne odası bulunmakta ancak sadece emziren anneler bu odada kalabilmekte ve bakım saatlerinde bebeğinin yanına alınmaktadır.

### 3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi YYBÜ’de Kasım 2017- Mart 2018 tarihleri arasında yatan ve örneklem seçim kriterlerine uyan yenidoğan ve süt çocukları oluşturdu.

Literatürde karşılaşılan bez dermatiti ile ilgili benzer çalışmalar (Gözen ve ark. 2013; Seifi ve ark. 2017) baz alınarak yapılan Power analizinde (G\*Power 3.1.9.2) dermatit puanına göre yapılan değerlendirmede  $\alpha:0,05$  ve  $\beta:0,05$  değerleriyle %80’lik güvenilirlik düzeyi doğrultusunda örneklem büyüklüğü deney (hidrokolloid örtü kullanılan) ve kontrol (rutin bakım uygulanan) gruplarında 22’şer olmak üzere toplam 44 olarak bulundu. Aynı ünitelerden vaka toplandığı ve hastaların ebeveynlerinin seçilen yöntemden etkilenmemesi için hangi grubun verilerinin daha önce toplanacağı kura yöntemi ile belirlendi. Yapılan kura çekiminde önce deney, sonra kontrol grubu verilerinin toplanması belirlendi. Deney grubunun verileri; vaka seçim kriterlerine uyan tüm hastalar alınarak toplandıktan sonra, aynı şekilde kontrol grubunun verileri toplandı. Ayrıca araştırmacının veri toplama işlemine adaptasyonunu sağlamak amacıyla çalışmanın başlangıcında 2 vaka üzerinde hidrokolloid örtü kullanarak ön çalışma yapıldı. Bu bebekler çalışmaya dahil edilmedi. Araştırmacı, araştırma süresince vaka çıktıkça hastanede bulunarak veri topladı.

Çalışma sonucunda tekrar Power analizi yapıldı. Bu sonuçlara göre ise; deney ve kontrol grubundaki bebeklerde 72. saatte bez dermatiti iyileşme oranı (Tablo 4-7; G: %95,5; K: %0) ve dermatit puanı (Tablo 4-5; G:  $0,05\pm0,21$ , K:  $1,50\pm0,71$ ) çalışmanın primer sonucu olarak kabul edilmiştir. G\*Power (3.1.9.2) programında %5 alfa hata payı (iki yönlü) ile yapılan Post Hoc güç analizinde; girişim sonrası 72. saatte iyileşme oranı değerlerine göre güç % 100 (1,00), girişim sonrası 72. saatte bez dermatiti puanlarına göre güç %100 (1,00) ve uygulamanın bez dermatiti puanındaki değişim üzerine etki büyüklüğü 2,77 (büyük etki) olarak bulunmuş ve örneklem sayısının yeterli olduğu görülmüştür.

### 3.6. Araştırma Grubu Seçim Kriterleri

Araştırma grupları aşağıdaki kriterlere göre seçildi;

- Ailelerin araştırmaya katılmayı kabul etmesi ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalaması,
- Bebeğin YYBÜ 'de bulunduğu süre içinde bez dermatiti gelişmesi,
- Uygulamaya başlanacağı tarihte bebeğin kilosunun 1000 gram üzerinde olması,
- Uygulamaya başlanacağı tarihte 26. gestasyon haftasının üzerinde olması.
- Bebeğin tanılanmış alerjik veya dermatolojik başka bir sorununun olmaması.

### 3.7. Verilerin Toplanması

#### 3.7.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında aşağıdaki formlar ve materyaller kullanıldı;

- Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formları
- Bilgi Formu
- Gözlem Formu
- Hidrokolloid rt
- %40 inko Oksit İçerikli Bariyer Krem
- Distile Su
- Steril Gazlı Bez
- Makas
- Bebek Bezi

#### **Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK 1)**

Çalışmaya başlamadan önce ebeveynleri bilgilendirmek ve onamını almak için araştırmacı tarafından deney ve kontrol grupları için ayrı ayrı hazırlanan formlardır.

### **Bilgi Formu (EK 2)**

İncelenen literatür (Gözen ve ark. 2013; Sabzghabae ve ark. 2011) doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan, bebeğin doğum tarihi, cinsiyeti, gestasyonel ve postnatal yaşı, tanısı, yatış günü, doğum kilosu, boyu, baş çevresi, doğum şekli, beslenme şekli, mekanik ventilasyon ve antibiyotik alma durumu, antibiyotik kullandığı gün sayısı ve kullandığı antibiyotiklerin isimlerini içeren çoktan seçmeli 5 ve açık uçlu 9 olmak üzere toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

### **Gözlem Formu (EK 3)**

Araştırmacı tarafından amaca uygun olarak hazırlanan gözlem formu; bebeğin adı-soyadı, bakımda kullanılan yöntem, uygulamaya başlangıç tarihi ve saati, bez dermatitinin klinik değerlendirme skalasına göre bakım öncesinde ve bakım sonrası 24., 48., 72. saatlerde aldıkları puanların, hidrokolloid örtü değişim sayısının yazıldığı bölümleri içeren bir formdur. Ayrıca formun bir yarısında bez dermatiti derecesinin belirlenmesi amacıyla 2014'de Stamatas ve Tierney tarafından yayımlanan bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası (Tablo 2-1) bulunmaktadır. Skala Türkçe'ye uyarlanmamıştır ve geçerlik-güvenirliği yapılmaya uygun olarak geliştirilmemiştir. Skala 0 ile 3,0 arasında her biri 0,5 birim artış gösteren 7 puandan oluşur, puan arttıkça bez dermatiti derecesi artmaktadır. Ayrıca her puan bir derece ve bir tanım ile açıklanmıştır. Bu çalışmada skaladan alınan puanlar gruplandırılarak 0 puan bez dermatiti yok; 0,5-1,0 puan arası hafif; 1,5-2,0 puan arası orta; 2,5-3,0 puan arası şiddetli olarak değerlendirildi.

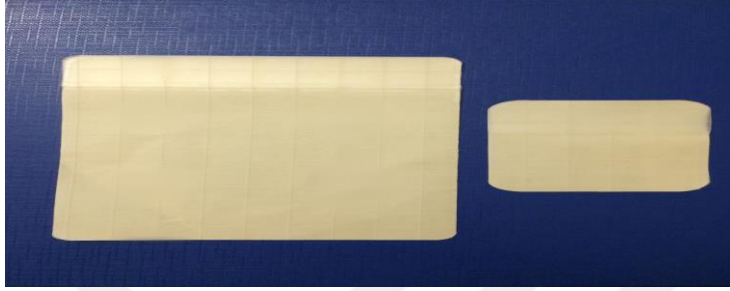
### **Hidrokolloid Örtü**

Kliniklerde yara bakım ve tedavisinde kullanılan hidrokolloid örtüler YYBÜ'de yara bakımı haricinde kullanılan tedavi ve destek materyallerinin hassas yenidoğan cildine zarar vermesini önlemek veya hasarın şiddetini azaltmak amacıyla da kullanılabilir.

Çalışmada kullanılan hidrokolloid örtü şeffaf, elastik, üzerinde yarı geçirgen bir film olan, jel formunda materyalden yapılmış cilde yapıştırılabilir bir malzemedir. İçeriğindeki jel katman sodyum karboksimetilselülöz, pektin ve jelatin birleşiminden oluşmaktadır ve yara üzerindeki eksüdayı absorbe edebilir. Üzerindeki yarı geçirgen

film nemin buharlaşmasına izin verirken yarayı dış ortamdaki bakteriyi geçişine izin vermemektedir.

Çalışmada kullanılan şeffaf hidrokolloid örtü her bebeğin bez dermatitini kapsayacak ve anüsü kapatmayacak ölçülerde kesilip deney grubu verileri toplanırken kullanıldı (Şekil 3-1).



**Şekil 3-1: Hidrokolloid Örtü**

### **%40 Çinko Oksit İçerikli Bariyer Krem**

Çinko oksit içerir. Güneş yanıklarında, böcek sokmalarında ve kaşıntılarında, isiliklerde, bez dermatitlerinde, cilt tahrişlerinde ve suçiçeği tedavisinde tedaviye yardımcı olarak kullanılır. Krem uygulanan bölge hava almayacak şekilde kapatılmaz veya bandajlanmaz. Ürünün kullanımına bağlı olarak yaygın görülen hiçbir yan etki bildirilmemiştir.

Yapılan birçok çalışma ile bez dermatiti bakım ve tedavisinde etkin bulunmuş (Baldwin ve ark. 2001; Gözen ve ark. 2013), literatürde kullanılması önerilen ve kliniklerde de bez dermatiti bakım ve tedavisinde sık kullanılan (Atherton 2004; Merrill 2015; Shin 2014). Klinikte bez dermatitinin rutin bakımında kullanılan %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kontrol grubu verileri toplanırken kullanıldı (Şekil 3-2).



**Şekil 3-2: %40 Çinko Oksit İçerikli Bariyer Krem**

### **Distile Su**

Bebeklerin alt temizliği yapılırken steril gazlı bezlerin ıslatılıp bez bölgesinin silinmesi amacıyla 1000 ml'lik cam şişelerde bulunan distile sular kullanıldı (Şekil 3-3).



**Şekil 3-3: Distile Su**

### **Steril Gazlı Bez**

Bez bölgesi temizliğinin yapılması ve temizleme işleminin ardından bölgenin kurulanması için kare şeklinde, steril paketlerde bulunan, hastanenin sterilizasyon ünitesinde hazırlanmış steril gazlı bezler kullanıldı (Şekil 3-4).



**Şekil 3-4: Steril Gazlı Bez**

### **Makas**

Hidrokolloid örtünün bebeğin ölçülerine uygun kesilebilmesi amacıyla her bebek için özel olarak bulunan metal makaslar kullanıldı (Şekil 3-5). Bu makaslar, hasta taburcu olduğunda klinik prosedürlerine uygun olarak temizlenip başka hastalar için kullanılabilir.



**Şekil 3-5: Makas**

### **Bebek Bezi**

Yenidoğan ve süt çocuğu ölçülerine uygun boyutta, ailelerin aldığı, süper emici özellikteki tek kullanımlık bebek bezleri kullanıldı (Şekil 3-6).



**Şekil 3-6: Bebek Bezi**

### **3.7.2. Uygulama Basamakları**

#### **1. Aşama (Uygulama Öncesi)**

- Uygulama öncesi bebeklerin ebeveynlerine araştırma hakkında bilgi verildi, yazılı onamları alındı.
- Tüm bebeklerin bilgi formuna yazılacak verileri uygulama öncesinde ebeveynlerinden ve dosya kayıtlarından yararlanılarak elde edildi ve Bilgi Formu dolduruldu.
- Eller yıkanarak alt bakımı ve uygulama için gerekli malzemeler (distile su, steril gazlı bez, bebek bezi, deney grubu için hidrokolloid örtü ve makas, kontrol grubu için %40 çinko oksit içerikli bariyer krem) hazırlanıp küvöz başına gidildi.

- Her bebeğe özel küvöz başında bulunan non steril eldiven giyildi, distile su ile ıslatılmış steril gazlı bez yardımıyla alt temizliği yapılıp kuru steril gazlı bez ile bez bölgesi kurulandı.
- Bez dermatitinin klinik değerlendirme skalasına göre bez dermatiti puanlaması 2 gözlemci (araştırmacı ve deneyimli yenidoğan yoğun bakım hemşiresi) tarafından birbirinden bağımsız olarak yapılıp Gözlem Formu'ndaki (EK 2) ilgili yerlere uygulama öncesi puan kaydedildi. Deneyimli yenidoğan yoğun bakım hemşiresinin hastanede bulunmadığı izlem zamanlarında araştırmacı bez dermatiti bölgesinin fotoğrafını çekti, yenidoğan yoğun bakım hemşiresi fotoğraf üzerinden bez dermatiti değerlendirmesini yaparak puanladı.

## 2. Aşama (Uygulama Esnası)

### Deneş grubu:

- Her bebeğin bez dermatitini kaplayacak ölülerde dikdörtgen şeklindeki 2 adet hidrokolloid örtü kesildi.
- Hidrokolloid örtülerin kenarlardan kalkmasını önlemek amacıyla dört kenarı da yuvarlatıldı.
- Hidrokolloid rt, anüs açıkta kalacak şekilde sağ ve sol gluteal, perianal bölgelere; hastaya temas eden i yüzüne direkt el ile temastan kaçınarak cilt ile örtü arasında hiç hava baloncuğu kalmayacak şekilde sabitlendi.

### Kontrol grubu:

- Bez dermatiti gelişen bölge üzerine kalın bir tabaka halinde %40 çinko oksit içerikli bariyer krem sürüldü.

## 3. Aşama (Uygulama Sonrası)

- Uygulama sonrası her iki grup temiz bebek bezi ile bezlendi, 72 saat boyunca alt bakımı 3 saatte bir her iki grupta da aynı şekilde yapılmaya devam edildi. Araştırmacının nitede olmadığı zamanlarda alt temizliğini hastanın hemşiresi/annesi yaptı.
- 24., 48. ve 72. saatlerde bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası ile bez dermatiti puanlaması uygulama öncesinde olduğu gibi yapıldı, puanlar Gözlem Formu'na kaydedildi.

- Bez dermatiti puanı 72 saatten daha önce “0” değerine ulaşarlarda tam iyileşme sağlandığı için uygulamaya devam edilmedi.

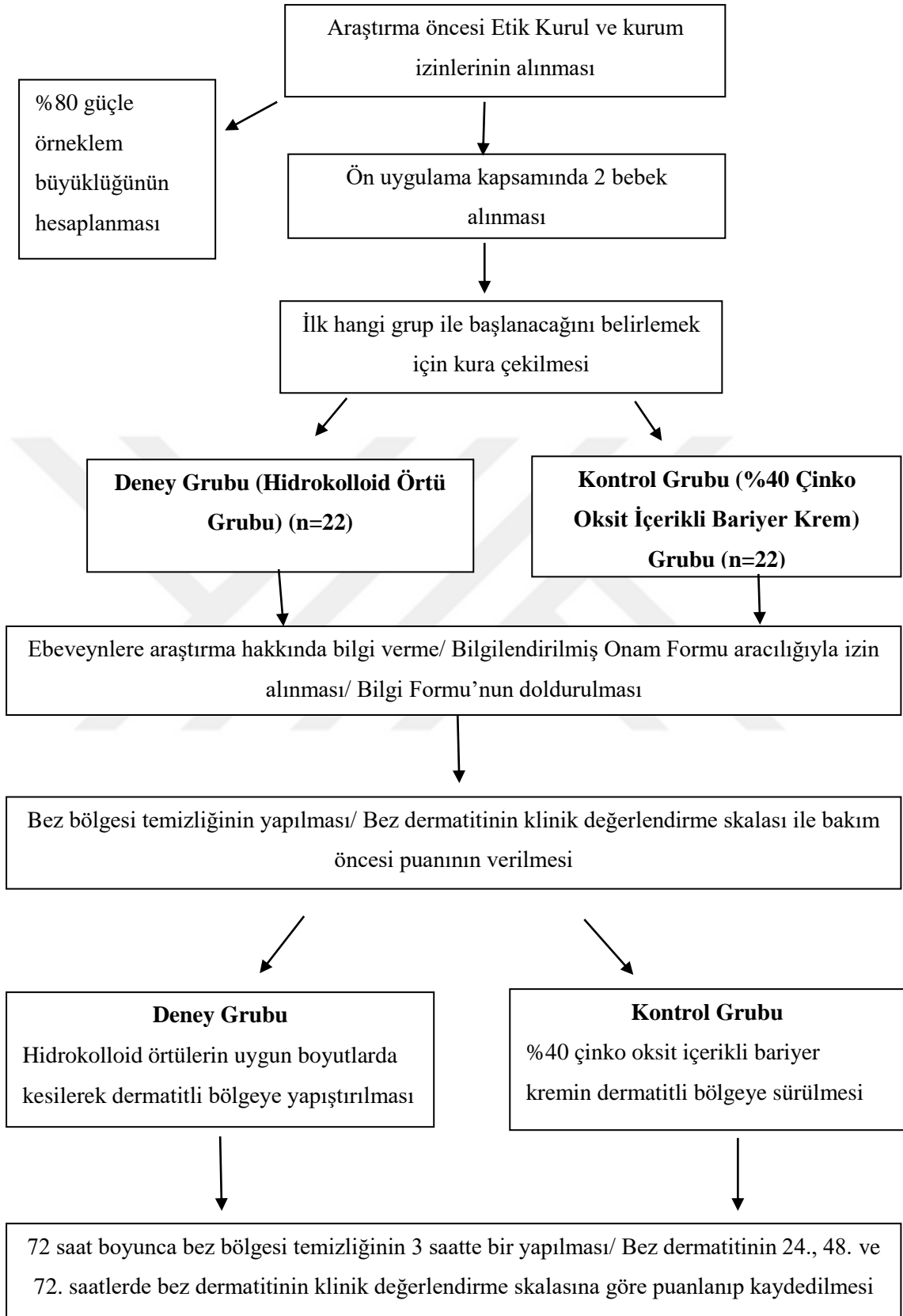
**Deney grubu:**

- Hidrokolloid örtü; değiştirilmesi gereken durumlar (hidrokolloid örtünün yerinden çıkması, iç kısmına gaita bulaşı olması vb.) haricinde çıkarılmadı. Bebeklerin alt temizliği hidrokolloid örtü üzerinden, örtü çıkarılmadan yapıldı.
- İzlem süresi boyunca deney grubunda hidrokolloid örtünün yerinden çıkması, iç kısmına gaita bulaşı olması durumlarında hidrokolloid örtü yenisi ile değiştirildi (Araştırmacının ünite de olmadığı zamanlarda hidrokolloid örtünün yenilenmesi işlemini için araştırmacı üniteye çağırıldı), yapılan değişim Gözlem Formu’na kaydedildi.

**Kontrol grubu:**

- Bebeklere her alt temizliği sonrası %40 çinko oksit içerikli bariyer krem yeniden sürüldü.





**Şekil 3-7: Araştırma Akış Şeması**

### 3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışmanın tanımlayıcı istatistiklerinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma verilmiştir. İki çalışma grubunun tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılmasında kategorik değişkenler için Pearson ki-kare, Yates düzeltilmeli ki-kare ve Fisher Exact testi, sayısal değişkenler için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubundaki bez dermatiti vakalarının iyileşme oranlarının karşılaştırılmasında Fisher Exact testi ve Yates düzeltilmeli ki-kare testi, bez dermatiti puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Zamana göre (tekrarlayan dört ölçümde) grup içi bez dermatiti puanlarının/ortalamaların karşılaştırılmasında ise Friedman testi (ileri analiz olarak Bonferroni düzeltilmeli Wilcoxon Signed Rank testi) kullanılmıştır. Önemlilik düzeyi olarak  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

### 3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri, Karşılaşılan Güçlükler, Sınırlılıkları

#### *Güçlü Yönleri*

- Bez dermatiti bakımında kullanılan hidrokolloid örtünün iyileşme sürecine etkisini inceleyen yurt dışında sınırlı sayıda (tek bir çalışma), ülkemizde deneysel türde ilk çalışma olması,
- Hidrokolloid örtü uygulamasının, yenidoğan yoğun bakım hemşiresi olan araştırmacı tarafından yapılması,
- Bez dermatiti derecesinin iki gözlemci tarafından (araştırmacı ve deneyimli yenidoğan hemşiresi) birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmesi ve gözlemciler arası uyum testi yapılması,
- Değerlendirmelerin tekrarlayan ölçüm zamanlarında yapılması,
- Araştırmanın bir üniteye yapılması nedeniyle standardizasyonunun sağlanması.

#### *Karşılaşılan Güçlükler*

- Veri toplama sırasında hidrokolloid örtülerin anüse çok yakın bölgelerde sabit tutulması konusunda güçlük yaşandı.
- Vaka kaybını önlemek ve hidrokolloid örtü uygulamasının sürekliliğini sağlamak için (hidrokolloid örtünün yerinden çıkması, iç kısımlarına

gaita bulaşı olması durumları, vb) araştırmacının uzun ve dzensiz saatler boyunca klinikte bulunması gerekti.

- Yoğun bakımda bebeği yatan, fazla sayıdaki Suriyeli ebeveyne araştırmanın amacı, içeriği ve uygulanması hakkında bilgi verilirken iletişim sorunu nedeniyle güçlük yaşanmıştır.

### ***Sınırlılıkları***

Araştırma, Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi YYBÜ 'de yatan 44 yenidoğan ve süt çocuğundan elde edilen veriler ve bilgi formundaki sorularla sınırlıdır. Araştırma sadece çalışma grubuna genellenebilir

### **3.10. Etik Konular**

Veri toplamaya başlamadan önce Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izin (EK 4; tarih: 06.11.2017 – karar no: 2017-15-12) ve Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni (EK 5) alındı. Uygulama öncesinde araştırmacı tarafından ebeveynlere çalışmanın amacı açıklanıp gerekli bilgiler verilerek deney ve kontrol grupları için ayrı ayrı hazırlanmış “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” (EK 1) imzalatıldı. “Bez Dermatitinin Klinik Değerlendirme Skalası” (EK 6) ile “Bez Dermatiti Evrelerinin Görsel Sunumu'nda” (EK 7) kullanılan yazılı materyaller için yazar ve yayımlandığı dergiden gerekli izinler alındı.

## 4. BULGULAR

YYBÜ’de bez dermatiti bakımında kullanılan hidrokolloid örtünün iyileşme sürecindeki etkinliğini belirlemek amacıyla randomize olmayan gruplarda ön test – son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü tasarım olarak gerçekleştirilen çalışmanın bulguları 4 bölümde ele alındı.

**Bölüm 1:** Gruplardaki Bebeklerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Bölüm 2:** Gruplardaki Bebeklerin Bez Dermatitinin Klinik Değerlendirme Skalası Puanlarına İlişkin Bulgular

**Bölüm 3:** Gruplardaki Bebeklerin İyileşme Sürelerine İlişkin Bulgular

**Bölüm 4:** Gözlemciler Arası Uyumun Değerlendirilmesi

## Bölüm 1. Gruplardaki Bebeklerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde bebeklerin tanımlayıcı özellikleri ile sağlık durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı ve gruplar arası karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4-1’de grupların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması görülmektedir.

**Tablo 4-1: Grupların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=44)**

Özellikler	Deney (n= 22)		Kontrol (n= 22)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Cinsiyet</b>						
Kız	12	54,5	12	54,5	0,000	1,00 <sup>Y</sup>
Erkek	10	45,5	10	45,5	(sd: 1)	
<b>Doğum şekli</b>						
Normal doğum	6	27,3	11	50,0	1,534	0,216 <sup>Y</sup>
Sezaryen	16	72,7	11	50,0	(sd: 1)	
<b>Gestasyon haftası</b>						
≤ 31	9	40,9	6	27,3	1,074	0,585
32 – 36 <sup>a</sup>	3	13,6	3	13,6	(sd: 2)	
37 <sup>a</sup>	2	9,1	2	9,1		
38 – 40	8	36,4	11	50,0		
<b>Postnatal yaş (gün)</b>						
1-14	13	59,1	10	45,5	1,391	0,499
15-30	3	13,6	6	27,2	(sd: 2)	
≥ 31	6	27,3	6	27,3		
<b>Şimdiki ağırlığı (g)</b>						
≤ 1500	2	9,1	1	4,5	0,977	0,614
1501-2500	7	31,8	5	22,8	(sd: 2)	
≥ 2501	13	59,1	16	72,7		
<b>Beslenme</b>						
Anne sütü	11	50,0	7	31,8	2,889	0,236
Mama	9	40,9	9	40,9	(sd: 2)	
Karışık	2	9,1	6	27,3		

$\chi^2$ : Pearson Ki-kare testi

Y: Yates Düzeltmeli Ki-kare testi

a: Gruplardaki örneklem sayısı az olduğu için satırlar birleştirilerek analize alındı.

Deney ve kontrol grubunun cinsiyet yönünden dağılımının eşit ve çoğunlukla kız (%54,5) olduğu; deney grubunda çoğunlukla sezaryen (%72,7), kontrol grubunda sezaryen (%50) ve normal doğumun (%50) eşit olduğu; deney grubunda anne sütü (%50), kontrol grubunda ise mama (%40,9) ile beslenmenin daha fazla olduğu; 1-14 gün arasındaki postnatal yaşın deney (%59,1) ve kontrol (%45,5) gruplarında en fazla olduğu görüldü. Grupların cinsiyet, doğum şekli, gestasyon haftası, postnatal yaş, şimdiki vücut ağırlığı ve beslenme şekline göre dağılımları arasındaki fark incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, her iki grubun belirtilen özellikler açısından homojen dağılım gösterdiği saptandı ( $p>0,05$ ; Tablo 4-1).

Tablo 4-2’de grupların doğumdaki vücut ölçümlerinin karşılaştırılması görülmektedir.

**Tablo 4-2: Grupların Doğumdaki Vücut Ölçümlerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=44)**

Vücut Ölçümleri	Deney (n=22)	Kontrol (n=22)	Z	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Doğum boyu (cm)	43,77±6,69	44,93±7,77	0,872	0,383
Baş çevresi (cm)	31,80±4,36	31,77±4,42	0,130	0,897
Doğum kilosu (g)	2565,45±1299,49	2556,05±1125,10	0,000	1,000

Z: Mann Whitney U testi

Deney grubundaki bebeklerin doğum boyları ortalamasının 43,77±6,69 cm, baş çevresi ortalamasının 31,80±4,36 cm, doğum kilosu ortalamasının 2565,45±1299,49 g olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki bebeklerin doğum boyları ortalamasının 44,93±7,77 cm, baş çevresi ortalamasının 31,77±4,42 cm, doğum kilosu ortalamasının 2556,05±1125,10 g olduğu belirlendi. Grupların doğum boyu, baş çevresi ve doğum ağırlığı özelliklerine göre yapılan karşılaştırmalarda aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, homojen dağılım gösterdikleri saptandı ( $p>0,05$ ; Tablo 4-2).

Tablo 4-3’de grupların sağlık durumuna ilişkin özelliklerin karşılaştırılması görülmektedir.

**Tablo 4-3: Grupların Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (N=44)**

Özellikler	Deney (n: 22)		Kontrol (n: 22)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Yatış süresi (gün)</b>						
0-7	6	27,3	5	22,7	0,144	0,931
8-14	7	31,8	7	31,8	(sd: 2)	
≥ 15	9	40,9	10	45,5		
<b>Tanı</b>						
Prematüre	8	36,4	9	40,9	2,435	0,487
Solunum sıkıntısı	6	27,3	5	22,7	(sd: 3)	
Beslenme sorunu	5	22,7	2	9,1		
Diğer*	3	13,6	6	27,3		
<b>Mekanik ventilasyon</b>						
Yok	19	86,4	18	81,8		1,00 <sup>F</sup>
Entübe <sup>a</sup>	1	4,5	-	-		
Nazal CPAP <sup>a</sup>	2	9,1	4	18,2		
<b>Antibiyotik kullanımı</b>						
Yok	3	13,6	4	18,2		1,00 <sup>F</sup>
Var	19	86,4	18	81,8		
<b>Antibiyotik sayısı</b>						
Almıyor	3	13,6	4	18,2	5,558	0,062
1-2	17	77,3	10	45,4	(sd: 2)	
3-4	2	9,1	8	36,4		
<b>Antibiyotik kullanma süresi (gün)</b>						
1-3	4	18,2	8	36,4	2,615	0,271
4-6	5	22,7	6	27,3	(sd: 2)	
≥ 7	13	59,1	8	36,3		

$\chi^2$ : Pearson Ki-kare testi

F ( $\chi^2$ ): Fisher Exact testi

\*Diğer: indirekt hiperbilirubinemi, metabolik hastalık, sepsis, sosyal endikasyon

a: Gruplardaki örneklem sayısı az olduğu için satırlar birleştirilerek analize alındı.

Her iki grupta da çoğunlukla; hastanede yatış süresinin  $\geq 15$  gün, tanıların prematürelilik olduğu, antibiyotik aldıkları, antibiyotik kullanımının 1-2 antibiyotik olduğu ve mekanik ventilasyon almadıkları görüldü. Deney ve kontrol grubundaki bebeklerin hastanede yatış süresi, tanısı, mekanik ventilasyon uygulaması, antibiyotik kullanma durumu, antibiyotik kullanma süresi ve kullanılan antibiyotik sayısına göre dağılımları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ( $p>0,05$ ; Tablo 4-3), gruplarda bulunan bebeklerin sağlık durumuna ilişkin özellikler yönünden benzer olduğu belirlenmiştir.





## Bölüm 2: Gruplardaki Bebeklerin Bez Dermatitinin Klinik Değerlendirme Skalası Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde bebeklerin bez dermatiti dereceleri bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası ile bakım öncesinde ve bakım sonrası 24., 48., ve 72. saatlerdeki değerlendirme sonuçlarına yönelik bulgular verilmiştir.

Deney grubunda hidrokolloid örtü, kontrol grubunda ise %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılmıştır. Deney grubundaki bez dermatiti vakalarında kullanılan hidrokolloid örtü sayısı tablo 4-4'de verilmiştir.

**Tablo 4-4: Deney Grubundaki Bez Dermatiti Vakalarında Kullanılan Hidrokolloid Örtü Sayısı (n=22)**

Hidrokolloid Örtü Sayısı	n	%
1	11	50,0
2	7	31,8
3	3	13,6
4	1	4,5

Bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası puanları gruplandırılarak aşağıdaki şekilde değerlendirildi;

- 0 = bez dermatiti yok,
- 0,5-1,0 = hafif,
- 1,5-2,0 = orta,
- 2,5-3,0 = şiddetli

Tablo 4-5'de grupların bez dermatiti puanlarının karşılaştırılması görülmektedir.

**Tablo 4-5: Grupların Bez Dermatiti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=44)**

Bez Dermatiti Puan Ortalamaları						
Ölçüm Zamanı	Deney (n: 22) $\bar{X} \pm SS$	Min-max (medyan)	Kontrol (n: 22) $\bar{X} \pm SS$	Min-max (medyan)	Z	p
Bakım Öncesi	1,75 ± 0,55	0,50-2,50 (2,00)	1,95 ± 0,49	1,00-3,00 (2,00)	1,066	0,286
24. saat	0,73 ± 0,55	0,00-2,00 (0,75)	1,86 ± 0,49	1,00-3,00 (1,75)	5,071	<b>0,000</b>
48. saat	0,16 ± 0,36	0,00-1,50 (0,00)	1,75 ± 0,53	1,00-3,00 (1,75)	5,710	<b>0,000</b>
72. saat	0,05 ± 0,21	0,00-1,00 (0,00)	1,50 ± 0,71	0,50-2,50 (1,75)	5,878	<b>0,000</b>
<i>Friedman</i>	60,574		22,432			
<i>p</i>	<b>0,000</b>		<b>0,000</b>			
<i>Fark</i>	<b>BÖ &gt; 24. s &gt; 48. s &gt; 72. saat</b>			<b>BÖ &gt; 24. s, 48. s, 72. saat / 24. s, 48. s &gt; 72. saat</b>		

Z: Mann Whitney U testi      Friedman testi (sd: 3)

Grupların bakım öncesi değerlendirmelerinde, bez dermatiti bakımında hidrokolloid örtü kullanılan deney grubunda bulunan bebeklerin bez dermatiti puan ortalaması  $1,75 \pm 0,55$  (orta), %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılan kontrol grubunda bulunan bebeklerde ise bez dermatiti puan ortalaması  $1,95 \pm 0,49$  (orta) olarak bulundu. Deney ve kontrol grubunun bakım öncesi bez dermatiti puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmadı ( $p > 0,05$ ; Tablo 4-5).

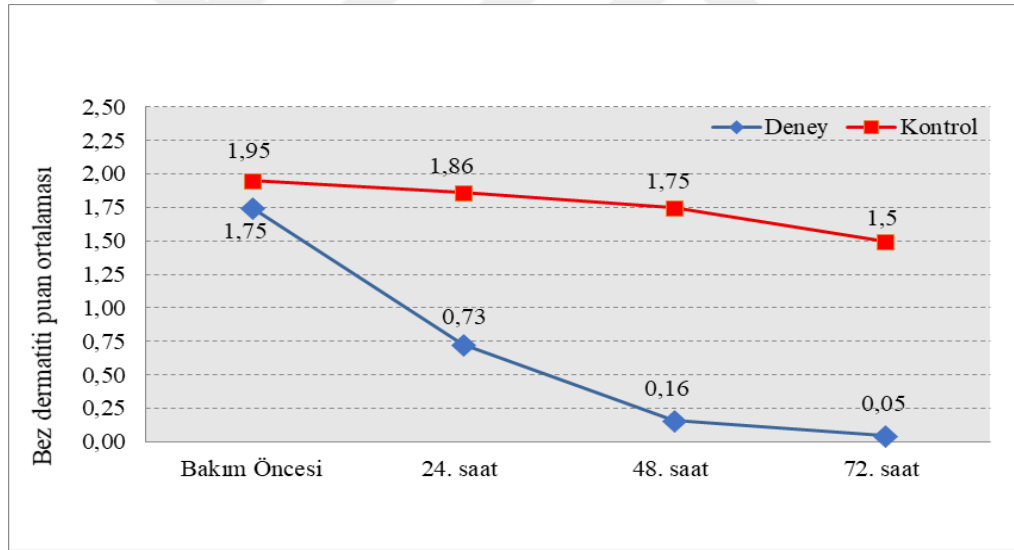
Bakıma başlandıktan sonra 24. saatte deney grubundaki bebeklerde bez dermatiti puan ortalaması  $0,73 \pm 0,55$  (hafif), kontrol grubundaki bebeklerin bez dermatiti puan ortalaması ise  $1,86 \pm 0,49$  (orta) olarak bulundu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı ( $p = 0,000$ ; Tablo 4-5).

Bakıma başlandıktan sonra 48. saatte yapılan gözlemlerde, bebeklerin bez dermatiti puan ortalaması deney grubunda  $0,16 \pm 0,36$  (hafif), kontrol grubunda  $1,75 \pm 0,53$  (orta) olarak bulundu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel yönden çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı ( $p = 0,000$ ; Tablo 4-5).

Bakımın 72. saatinde yapılan değerlendirmede, bebeklerin bez dermatiti puan ortalaması deney grubunda  $0,05 \pm 0,21$  (hafif), kontrol grubunda  $1,50 \pm 0,71$  (orta) olarak bulundu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel yönden çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı ( $p=0,000$ ; Tablo 4-5).

Ölçüm zamanlarına göre bez dermatiti puanları grupların kendi içinde ayrı ayrı değerlendirildiğinde; deney grubunda bakım öncesine göre 24. saatte, 24. saate göre 48. saatte, 48. saate göre 72. saatte istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi ( $F=60,574$ ,  $p=0,000$ ; Tablo 4-5). Kontrol grubunda ise bakım öncesine göre 24, 48 ve 72. saatte; 24 ve 48. saate göre 72. saatte istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi ( $F=22,432$ ,  $p=0,000$ ; Tablo 4-5).

Şekil 4-1'de grupların bez dermatiti puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir.



**Şekil 4-1: Grupların Bez Dermatiti Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Grupların ölçüm zamanları arasındaki bez dermatiti puan farkları için ileri analiz (Post Hoc) yapıldı.

Tablo 4-6'da grupların ölçüm zamanları arasındaki bez dermatiti puanları farkının ileri analiz (Post Hoc) sonuçları görülmektedir.

**Tablo 4-6: Grupların Ölçüm Zamanları Arasındaki Bez Dermatiti Puanları Farkının İleri Analiz (Post Hoc) Sonuçları**

Ölçüm Zamanı	Test	Deney (n= 22)	Kontrol (n= 22)
<b>BÖ - 24. saat</b>	Z	4,272	2,000
	p	<b>0,000</b>	<b>0,046</b>
<b>BÖ - 48. saat</b>	Z	4,156	2,310
	p	<b>0,000</b>	<b>0,021</b>
<b>BÖ - 72. saat</b>	Z	4,148	3,161
	p	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>
<b>24. saat - 48. saat</b>	Z	3,729	1,890
	p	<b>0,000</b>	0,059
<b>24. saat - 72. saat</b>	Z	3,703	2,909
	p	<b>0,000</b>	<b>0,004</b>
<b>48. saat - 72. saat</b>	Z	2,236	2,668
	p	<b>0,025</b>	<b>0,008</b>

Wilcoxon Signed Rank Testi

Bez dermatiti bakımında hidrokolloid örtü ve %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılan deney ve kontrol grubunda bulunan bebeklerde bez dermatiti puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0,000; Tablo 4-5). Farkın hangi ölçüm zamanları arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, ölçümler ikili olarak karşılaştırıldığında (Tablo 4-6), deney grubunda tüm ikili ölçüm zamanları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu (48-72. saat farkı için p=0,025; diğerleri p=0,000), bez dermatiti puanının anlamlı düzeyde giderek düştüğü belirlendi.

Kontrol grubunda ise farkın hangi ölçüm zamanları arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde ölçümler ikili olarak karşılaştırıldığında (Tablo 4-6);

- 24. ve 48. saatte bez dermatiti puan ortalamasının bakım öncesine göre anlamlı düzeyde (24. saatte p=0,046; 48. saatte p=0,021), 72. saatte ise bakım öncesine göre çok anlamlı düzeyde düştüğü (p=0,002),

- 24. saat ile 48. saatteki bez dermatiti puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ( $p=0,059$ ),
- 72. saatteki bez dermatiti derecesi puan ortalamasının 24. saat ( $p=0,004$ ) ve 48. saate ( $p=0,008$ ) göre çok anlamlı düzeyde düştüğü belirlendi.

Sonuç olarak; 72. saatte bez dermatiti puan ortalaması bakım öncesine göre deney grubunda 1,70 puan düşerken, kontrol grubunda 0,45 puan düştüğü görüldü, aradaki fark çok ileri düzeyde anlamlı bulundu ( $t: 7,998; p= 0,000$ ).



### Bölüm 3: Gruplardaki Bebeklerin İyileşme Sürelerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde gruplardaki bebeklerde görülen bez dermatitinin izlem zamanına göre iyileşme oranlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular verilmiştir.

Tablo 4-7’de izlem zamanına göre gruplardaki bez dermatiti vakalarının iyileşme oranları ve karşılaştırılması görülmektedir.

**Tablo 4-7: İzlem Zamanına Göre Gruplardaki Bez Dermatiti Vakalarının İyileşme Oranları ve Karşılaştırılması (N=44)**

İzlem Zamanı	Bez Dermatiti	Deney (n= 22)		Kontrol (n= 22)		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
24. saat	İyileşti	5	22,7	-	-	24,540	0,048 <sup>F</sup>
	İyileşmedi	17	77,3	22	100,0		
48. saat	İyileşti	17	77,3	-	-	36,439	0,000 <sup>Y</sup>
	İyileşmedi	5	22,7	22	100,0		
72. saat	İyileşti	21	95,5	-	-	36,439	0,000 <sup>Y</sup>
	İyileşmedi	1	4,5	22	100,0		

$\chi^2$  – Y: Yates Düzeltmeli Ki-kare testi

F: Fisher Exact testi

sd: 1

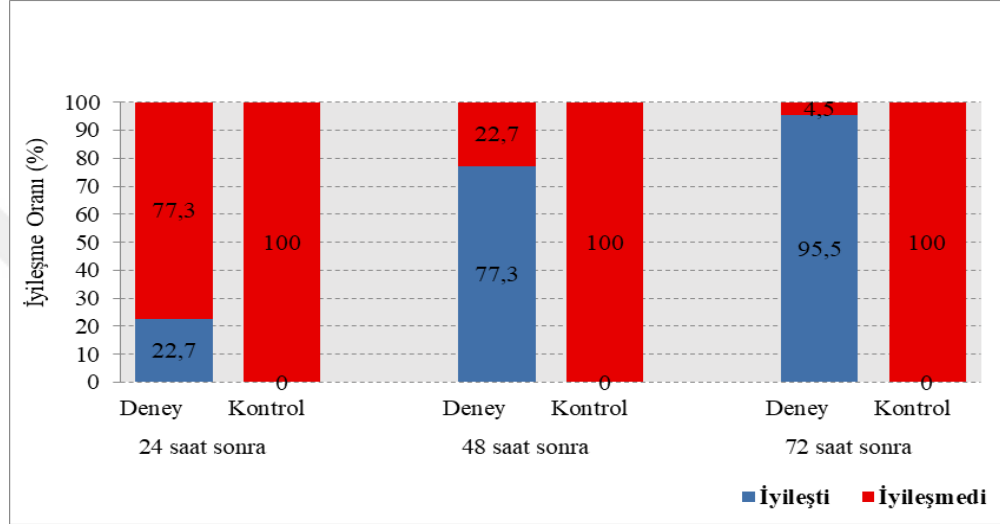
Bez dermatiti bakımında hidrokolloid örtü kullanılan bebeklerin bulunduğu deney grubunda 24. saatte bez dermatitinin iyileşme oranının %22,7 olduğu, %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılan bebeklerin bulunduğu kontrol grubunda ise hiç iyileşme olmadığı görüldü. İlk 24. saatte gruplara göre bez dermatitinin iyileşme oranları arasında anlamlı düzeyde fark bulundu (p=0,048; Tablo 4-7).

Bez dermatiti bakımında hidrokolloid örtü kullanılan deney grubundaki bebeklerin 48. saatte bez dermatitinin iyileşme oranının %77,3 olduğu, %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılan kontrol grubundaki bebeklerin bez dermatitinde ise hiç iyileşme olmadığı görüldü. Grupların 48. saatteki bez dermatiti iyileşme oranları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark bulundu (p=0,000; Tablo 4-7).

Bez dermatiti bakımında hidrokolloid örtü kullanılan deney grubundaki

bebeklerin 72. saatte bez dermatitinin iyileşme oranının %95,5 olduğu, %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılan kontrol grubundaki bebeklerin bez dermatitinde ise hiç iyileşme olmadığı görüldü. Grupların 72. saatteki bez dermatiti iyileşme oranları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ( $p=0,000$ ; Tablo 4-7).

Şekil 4-2’de izlem zamanına göre gruptaki bez dermatiti vakalarının iyileşme oranları görülmektedir.



**Şekil 4-2: İzlem Zamanına Göre Grublardaki Bez Dermatitinin İyileşme Oranları**

Tablo 4-8’de grublardaki bez dermatiti vakalarının 72. saatte bez dermatiti derecesine göre iyileşme oranları görülmektedir.

**Tablo 4-8: Grublardaki Bez Dermatiti Vakalarının 72. Saatte Bez Dermatiti Derecesine Göre İyileşme Oranları**

Grup	Hafif			Orta			Şiddetli		
	n	İyileşme (n)	İyileşme oranı (%)	n	İyileşme (n)	İyileşme oranı (%)	n	İyileşme (n)	İyileşme oranı (%)
<b>Deney (n= 22)</b>	4	4	100,0	14	14	100,0	4	3	75,0
<b>Kontrol (n= 22)</b>	1	-	-	15	-	-	6	-	-
Test	AY			AY			AY		

AY: Gözlerde gözlenen sayı az ve beklenen sayı <1 olduğu için analiz yapılmadı.

#### Bölüm 4: Gözlemciler Arası Uyumun Değerlendirilmesi

Çalışmada gruplardaki bebeklerin bez dermatitleri, bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası ile iki farklı gözlemci (araştırmacı ve deneyimli yenidoğan yoğun bakım hemşiresi) tarafından birbirinden bağımsız olarak değerlendirildi.

Tablo 4-9'da gözlemciler arası bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası puan ortalamalarının değerlendirilmesine yönelik bulgular görülmektedir.

**Tablo 4-9: Gözlemciler Arası Bez Dermatitinin Klinik Değerlendirme Skalası Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (S= 44)**

Ölçüm Zamanı	Birinci Gözlemci (Araştırmacı)	İkinci Gözlemci	Z*	p	ICC**	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$				
Bakım öncesi	1,85±0,52	1,83±0,55	1,414	0,157	0,990	0,000
24 saat sonra	1,30±0,77	1,28±0,77	1,000	0,317	0,998	0,000
48 saat sonra	0,95±0,92	0,97±0,92	1,000	0,317	0,998	0,000
72 saat sonra	0,77±0,90	0,76±0,86	0,577	0,564	0,994	0,000

\*Wilcoxon Signed Rank testi

\*\* Intraclass Correlation Coefficients

İki gözlemcinin bez dermatiti olan bebekleri değerlendirmesi sonucu elde edilen, bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası puan ortalaması arasındaki fark Wilcoxon analizi ile değerlendirildiğinde;

- Bakım öncesi yapılan ölçümde birinci gözlemci (1,85±0,52) ve ikinci gözlemcinin (1,83±0,55) bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ( $p>0,05$ ),

- Bakımdan 24 saat sonra yapılan ölçümde, birinci gözlemcinin (1,30±0,77) ve ikinci gözlemcinin (1,28±0,77) bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ( $p>0,05$ ),

- Bakımdan 48 saat sonra yapılan ölçümde, birinci gözlemci (0,95±0,92) ve ikinci gözlemcinin (0,97±0,92) elde ettiği bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ( $p>0,05$ ),



- Bakımdan 72 saat sonra yapılan ölçümde birinci gözlemci ( $0,77\pm 0,90$ ) ve ikinci gözlemcinin ( $0,76\pm 0,86$ ) elde ettiği bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ; Tablo 4-9).

Birinci ve ikinci gözlemcinin bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası puanları arasındaki uyumu değerlendirmek için ICC (=sınıf içi korelasyon katsayısı) yöntemiyle incelendiğinde; gözlemciler arasında hem bakım öncesi hem de bakım sonrası 24, 48 ve 72. saatlerde yapılan ölçüm puanlarında %99 ile %99.8 arasında olmak üzere mükemmel uyumun olduğu saptandı ( $p=0,000$ ; Tablo 4-9).

Sonuç olarak, dört ölçümden elde edilen iki gözlemcinin bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı, sonuçların uyumlu olduğu bulundu. Gözlemciler arası ölçüm sonuçlarının güvenilirlik düzeyi yüksek bulunduğu için çalışma analizlerinde araştırmacının puanları kullanıldı.

## 5. TARTIŞMA

Bebeklerde en çok karşılaşılan cilt problemlerinden biri bez dermatitidir (Çağlar 2015; Çövenner 2015). Bez dermatiti bebekte ciddi bir ağrı ve rahatsızlık, bakım verende ise stres yaratmaktadır (Heimall ve ark. 2012; Shin 2005). Uygun bakım ve tedavi ile bez dermatiti ortadan kaldırılabilir. Böylece bez dermatitine bağlı gelişen ağrı ve rahatsızlıklar da ortadan kaldırılarak bebek ve çocuklara daha konforlu bir yaşam sağlanır (Baran 2009).

Tedavide farmakolojik yöntemlerin yanı sıra çok sayıda etkili alternatif yöntemler de kullanılmaktadır. Literatür incelendiğinde yurt içinde ve yurt dışında bez dermatiti bakım ve tedavisine yönelik yapılan alternatif tedavi uygulamalarına yönelik birçok çalışma bulunmaktadır (Al-Waili 2005; Baran 2009; Baran ve Çimen 2013; Brown 2006; Dastgheib ve ark. 2017; Gözen ve ark. 2013; Keshavarz ve ark. 2016; Nourbakhsh ve ark. 2016; Odio ve ark. 2000; Qiao ve Ge 2016; Sabzghabae ve ark. 2011; Seifi ve ark. 2017; Wananukul ve ark. 2006). Yurt dışında bez dermatiti bakımında hidrokolloid örtünün kullanıldığı tek bir çalışmaya (Qiao ve Ge 2016) rastlanılmış ancak ülkemizde böyle bir çalışma daha önce yapılmamıştır. Bu nedenle tartışma bölümünde bulgular, öncelikle kendi çalışma bulgularımız ve bulunan ilgili tek çalışmanın yanında bez dermatiti bakımında uygulanan farklı yöntemlerin (zeytinyağı, bal, bal mumu karışımı, anne sütü, kişniş vb.) etkinliğini araştıran benzer, kısıtlı sayıdaki çalışma sonuçları ile tartışılmıştır.

Tartışma, aşağıda verilen başlıklar doğrultusunda yapılmıştır;

**Bölüm 1:** Gruplardaki Bebeklerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

**Bölüm 2:** Gruplardaki Bebeklerin Bez Dermatitinin Klinik Değerlendirme Skalası Puanlarına Yönelik Bulguların Tartışılması

**Bölüm 3:** Gruplardaki Bebeklerin Bez Dermatiti İyileşme Sürelerine Yönelik Bulguların Tartışılması

### **5.1. Gruplardaki Bebeklerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması**

Çalışmanın bu bölümünde çalışma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki bebeklerin tanımlayıcı özelliklerinin tartışması yapılmıştır.

Çalışmada bulunan deney ve kontrol grubundaki bebeklerin cinsiyet, doğum şekli, gestasyon haftası, postnatal yaş, son vücut ağırlığı ve beslenme şekli (Tablo 4-1), doğum boyu, baş çevresi ve doğum ağırlığı (Tablo 4-2) özelliklerine göre dağılımları arasındaki fark incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, her iki grubun belirtilen özellikler açısından homojen dağılım gösterdiği saptandı ( $p>0,05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki bebekler yatış süresi, tanı, mekanik ventilasyon alma durumu, antibiyotik kullanım durumu ve kullandığı antibiyotik sayısı gibi sağlık durumuna ilişkin özellikleri açısından karşılaştırıldıklarında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, her iki grubun belirtilen özellikler açısından homojen dağılım gösterdiği bulundu ( $p>0,05$ ; Tablo 4-3).

İki grubun bez dermatiti derecesini etkileme potansiyeli olan değişkenler açısından benzer özellikte olması hidrokolloid örtü ve %40 çinko oksit içerikli bariyer krem uygulamasının bez dermatitinin iyileşme süreci üzerine etkisini kanıtlamada önemlidir. Çalışma sonuçlarının güvenilirliği için tanımlayıcı özelliklerin homojenliğinin sağlanması, iyileşme süreci üzerindeki olası etkiyi de önlemiştir.

### **5.2. Gruplardaki Bebeklerin Bez Dermatitinin Klinik Değerlendirme Skalası Puanlarına Yönelik Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde deney ve kontrol grubunda bulunan bebeklerin bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılmıştır.

Bez dermatitinin bakım ve tedavisinde öncelikli amaç inflamasyonu azaltmak, hasarlanmış cildi iyileştirmek ve tekrarları önlemektir (Atherton 2004; Shin 2014). Bez dermatitinin bebek ve bakım veren üzerinde istenmeyen etkileri olduğundan (Heimall ve ark. 2012; Shin 2005) ebeveynlere gerekli eğitim verilerek önlenmeye çalışılması (Baran 2009), bez dermatiti risk faktörleri konusunda bilgi sahibi olunması ve önceden farkedilmesi, bakım ve tedavide uygun farmakolojik veya nonfarmakolojik yöntemlerin seçilip doğru şekilde uygulanarak bez dermatitinin kontrol altına alınması konularında hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir (Merrill 2015; Qiao ve Ge 2016).

Hidrokolloid örtünün üzerindeki yarı geçirgen film sayesinde hava alışverişine imkan sağlaması (Fletcher ve ark. 2011; Türsen 2013) ve bölgeye zararlı mikroorganizmaların girişini engellemesi, ayrıca yara için nemli bir ortam oluşturması, yara üzerindeki eksüdayı absorbe edebilmesi (Bookout 2008; Özek ve Akman 2007), bundan dolayı enfeksiyon gelişme riskini de azaltması özellikleri ile yara bakımında başarılı bir şekilde iyileşme sağladığı bilinmektedir. Yara iyileşmesinde oldukça etkili bulunan ve yapısı itibariyle kullanım kolaylığı sağlayan hidrokolloid örtüler (Bookout 2008; Fletcher 2003; Fletcher ve ark. 2011; Türsen 2013) yara bakımında sıklıkla kullanılmasına rağmen bez dermatiti bakımındaki kullanımı henüz sınırlıdır (Qiao ve Ge 2016).

Bu bilgiler doğrultusunda planlanan çalışmada ölçüm zamanlarına göre bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası puan ortalamaları gruplar bazında incelendiğinde; deney grubundaki bebeklerin 24. saatteki ( $0,73 \pm 0,55$ ), 48. saatteki ( $0,16 \pm 0,36$ ) ve 72. saatteki ( $0,05 \pm 0,21$ ) bez dermatiti puan ortalamalarının kontrol grubundaki bebeklerin 24. Saatteki ( $1,86 \pm 0,49$ ), 48. saatteki ( $1,75 \pm 0,53$ ) ve 72. saatteki ( $1,50 \pm 0,71$ ) bez dermatiti puan ortalamalarına göre düşük olup iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak deney grubu lehine ileri derecede anlamlı olduğu bulundu ( $p=0,000$ ; Tablo 4-5). Ölçüm zamanlarına göre deney ( $p=0,000$ ) ve kontrol ( $p=0,000$ ) grupları kendi içinde ayrı ayrı karşılaştırıldıklarında; her ikisinde de bebeklerdeki bez dermatiti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu, her iki grupta da bez dermatiti puan ortalamalarının ölçüm zamanları süresince tedricen azaldığı görülmüştür (Tablo 4-5). Bu sonuçlar kullanılan her iki yöntemin de bez dermatiti bakımında oldukça etkili olduğunu göstermektedir. Ancak sonuncu ölçüm zamanı olan 72. saatteki bez dermatiti puan ortalaması bakım öncesine göre deney grubunda 1,70 puan düşerken, kontrol grubunda 0,45 puan düşmüş ve aradaki fark istatistiksel yönden çok ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $t:7,998$ ;  $p=0,000$ ; Tablo 4-5; Şekil 4-1). Bu sonuç bez dermatiti bakım ve tedavisinde kliniklerde ve ebeveyn bakımında halen en sık kullanılan ve büyük yarar sağlayan yöntemlerden biri olan (Bae ve ark. 2010; Baran 2009; Önder ve ark. 2007; Shin 2005) %40 çinko oksit içerikli bariyer kreme göre hidrokolloid örtünün 3,77 kat farkla daha iyi iyileşme sağladığını göstermektedir. Çalışmada hidrokolloid örtülerin hava almasını önlemek amacıyla anüse çok yakın yapıştırılamaması, bazı bebeklerde kenarlarından hava alıp değişim gerektirmesi, kısa süreliğine de olsa uygulama kesintiye uğramasına rağmen %40 çinko

oksit içerikli bariyer kreme nazaran daha etkili bir iyileşme sağladığı görülmektedir. Bu sonuçlar bebeklerin bez dermatiti bakımında kullanılan hidrokolloid örtünün, yaygın olarak kullanılan %40 çinko oksit içerikli bariyer kreme göre bez dermatiti derecesini azaltma ve iyileştirmede daha etkili olduğunu göstermekte ve *“Hidrokolloid örtü kullanılan yenidoğan ve süt çocuklarının, %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılan yenidoğan ve süt çocuklarına göre bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası puanları daha düşüktür”* şeklindeki hipotez 1’i desteklemektedir.

Bunun yanında ölçüm zamanlarına göre bez dermatiti puanları grupların kendi içinde ayrı ayrı değerlendirildiğinde; deney grubunda bakım öncesine göre 24. saatte, 24. saate göre 48. saatte, 48. saate göre 72. saatte istatistiksel olarak anlamlı düşüşler olduğu belirlenmiştir ( $F=60,574$ ,  $p=0,000$ ). Kontrol grubunda ise bakım öncesine göre 24, 48 ve 72. saatte; 24 ve 48. saate göre 72. saatte istatistiksel olarak anlamlı düşüşler olduğu bulunmuştur ( $F=22,432$ ,  $p=0,000$ ) (Tablo 4-5). Ayrıca yapılan Post Hoc ileri analize göre bez dermatiti puan ortalamaları farkı; deney grubunda her ölçüm zamanında bir önceki ölçüm zamanına göre istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir şekilde düşme gösterirken (48.-72. saat  $p=0,025$  hariç diğer tüm aralıklarda  $p=0,000$ ) kontrol grubunda 24. ve 48. saat arasındaki farkın ( $p=0,059$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür (Tablo 4-6). Bu sonuçlar deney grubundaki puan düşüşünün sürekliliğini ve hidrokolloid örtü kullanımı ile verilen bez dermatiti bakımının bez dermatiti derecesini istikrarlı bir şekilde hızla azalttığını göstermektedir.

Çalışma sonuçları Qiao ve Ge (2016)’nin bez dermatiti bakımında hidrokolloid örtü, mupirosin ve çinko oksit kullandıkları çalışma sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Çalışmalarında hafif derecedeki bez dermatitinde %96,3 oranında, orta derecedeki bez dermatitinde %81,5 oranında, şiddetli derecedeki bez dermatitinde ise %72,2 oranındaki iyileşme ile hidrokolloid örtünün kullanıldığı grubun diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde en yüksek iyileşme oranına sahip olduğunu belirtmektedirler.

Grupların ölçüm zamanları arasındaki bez dermatiti puan farkları Tablo 4-6’da görüldüğü gibi Qiao ve Ge’nin 2016 yılında yaptığı çalışma sonuçlarına benzer olup ilk 24 saatte bile hidrokolloid örtünün etki ettiği, bez dermatiti puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı düşüş yarattığı görülmüştür. Ayrıca deney grubunda 48. ve

72. saat aralığı hariç diğer tüm zamanlardaki puan farklarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha anlamlı derecede düşüş gösterdiği, dolayısı ile hidrokolloid örtü kullanımının daha etkili olduğu anlaşılmaktadır.

Diğer taraftan 48. – 72. saat aralığında deney grubundaki ( $p=0,025$ ) bez dermatiti puan farkının kontrol grubuna ( $p=0,008$ ) göre istatistiksel olarak daha az anlamlı düşüş göstermesi, yani daha az iyileşmiş gibi görünüyor olması, deney grubundaki bez dermatiti vakalarının çoğunun (%77; Tablo 4-7) zaten 48. saatin sonuna kadar iyileşmesi ile açıklanabilir. Bu sonuçlar hipotez 1'i de desteklemektedir.

Deney grubunda hidrokolloid örtü ile izlem yapılırken bebeklerin yarısında (%50) hidrokolloid örtünün değiştirilmesini gerektirecek bir sorun gerçekleşmeyip 1 adet hidrokolloid örtü ile izlem tamamlanmıştır. Bebeklerin %31,8'inde 2 adet, %13,6'sında 3 adet ve %4,5'inde 4 adet hidrokolloid örtü izlem süresince kullanılmıştır (Tablo 4-4). Hidrokolloid örtü değişimi gerektiren durumlar haricinde çoğunlukla tek bir örtünün kullanımı, her alt bakımında bez bölgesinin uygun yöntemlerle temizlenmesinin haricinde, tekrarlayan uygulama gerekliliğinin olmaması kontrol grubundaki tekrarlayan bariyer krem uygulamasına göre kullanım kolaylığı sağlayacağını ve bakım vermede zamandan tasarruf edilebileceğini de düşündürmektedir. Kabaca bir maliyet hesabı yapıldığında 10x10 ölçülerde bir hidrokolloid örtünün satış fiyatı 8,44 TL olduğundan, bu örtü ortalama 3'e bölünerek kullanıldığında hidrokolloid örtü ile bakım verilen grupta vakaların %50'sinin 2,81 TL maliyet ile tedavi edildiği söylenebilir. Diğer taraftan %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılan grupta 3 gün boyunca tamamen iyileşme olmadığından 3 saatte bir yapılan her bez değişiminde (günde 8 kez), bir tüpünde 40 gr bulunan ve satış fiyatı 15 TL olan %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılmıştır. Bir tüp krem bir hastaya 3-4 gün boyunca yeterli olmaktadır. Bu bilgiler ışığında hidrokolloid örtünün maliyet açısından daha etkin olduğu düşünülmüştür. Qiao ve Ge ise yaptıkları çalışmada hidrokolloid örtü kullanılan grubun, mupirosin ve çinko oksit kullanılan diğer gruplara göre hastanede kalış süresinin daha kısa ve maliyetinin daha az olduğunu bulmuşlardır (Qiao ve Ge 2016).

Çalışma sonucunda her ne kadar hidrokolloid örtü kullanılan grupta bez dermatiti iyileşme oranı daha iyi olmasına rağmen %40 çinko oksit kullanılan grupta da

etkili iyileşme oranları mevcuttur (Tablo 4-5). Literatür incelendiğinde bez dermatiti bakımında %40 çinko oksit ve diğer tedavi yöntemlerine yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin bez dermatiti olan 54 süt çocuğu üzerinde eosin, çinko oksit ve kortikosteroidin karşılaştırıldığı bir çalışmada tedaviye başlandıktan 5 gün sonra eosin kullanılan gruptaki iyileşme oranı, çinko oksit ve kortikosteroid kullanılan gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,048$ ) (Arad ve ark. 1999). Başka bir çalışmada bal, zeytinyağı, bal mumundan oluşan özel bir karışım bez dermatiti tedavisinde kullanılmış, güvenli ve etkin bulunmuştur (Al-Waili 2005). Tayland'da yapılan bir çalışmada bez dermatitinin önlenmesinde talk pudrası ve çinko oksit krem karşılaştırılmış, çalışma sonucunda çinko oksitin bez dermatitinin önlenmesinde daha iyi sonuçlar verdiği bildirilmiştir (Chaithirayanon 2016). Gözen ve arkadaşlarının bez dermatiti bakımında anne sütü ile %40 çinko oksit içerikli bariyer kremi karşılaştırdığı çalışmada %40 çinko oksit içerikli bariyer kremin daha etkili olduğu bulunmasına rağmen anne sütünün de etkili olduğu sonucuna varmışlardır (Gözen ve ark. 2013). Anne sütü ile ilgili yapılan başka bir çalışmada bez dermatiti bakımında anne sütü etkili bulunmuş ve kullanımı önerilmiştir (Seifi ve ark. 2017).

### **5.3. Gruplardaki Bebeklerin Bez Dermatiti İyileşme Sürelerine Yönelik Bulgularının Tartışılması**

Bu bölümde deney ve kontrol grubunda bulunan bebeklerin izlem zamanına göre bez dermatiti iyileşme sürelerinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılmıştır.

Bez dermatitinin iyileşme süresi, bebeğin konforu (Blume-Peytavi ve Kanti 2018) ve sekonder enfeksiyonların gelişimini önleme açısından önemlidir (Friedlander ve ark. 2009; Shin 2005).

Çalışmada grupların izlem zamanına göre bez dermatiti iyileşme oranları incelendiğinde; 24.saatte deney grubunda %22,7, kontrol grubunda ise %0 oranında iyileşme olduğu görülmüştür. Gruplar arası bu oranın istatistiksel olarak deney grubu lehine anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur ( $p=0,048$ ; Tablo 4-7; Şekil 4-2). Deney grubunda 48. saatte %77,3 oranında ve 72. saatte %95,5 oranında iyileşme olurken kontrol grubunda hiç iyileşme olmadığı ve grupların 48. ile 72. saatteki bez dermatiti iyileşme oranları arasında deney grubu lehine çok ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,000$ ; Tablo 4-7; Şekil 4-2). Buna göre hidrokolloid örtü bez dermatiti bakımında 24. saatte bile iyileşme sağlarken %40 çinko oksit içerikli bariyer kremin 72

saatten önce iyileşme sağlamadığı görülmektedir. Bu sonuçlar bebeklerin bez dermatiti bakımında kullanılan hidrokolloid örtünün, %40 çinko oksit içerikli bariyer kreme göre daha kısa sürede iyileşme sağladığını göstermekte ve “*Hidrokolloid örtü kullanılan yenidoğan ve süt çocuklarının, %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılan yenidoğan ve süt çocuklarına göre iyileşme süresi daha kısadır.*” şeklindeki hipotez 2’yi desteklemektedir.

Hidrokolloid örtünün üzerindeki yarı geçirgen film sayesinde hava alışverişine imkan sağlaması (Fletcher ve ark. 2011; Türsen 2013) ve bölgeye zararlı mikroorganizmaların girişini de engellemesi, ayrıca yara için nemli bir ortam oluşturması, yara üzerindeki eksüdayı absorbe edebilmesi (Bookout 2008; Özek ve Akman 2007), bundan dolayı enfeksiyon gelişme riskini de azaltması gibi iyileşme etkililiğini arttıran faktörlerin aynı etki mekanizması ile iyileşme süresini kısalttığı da düşünülmektedir.

Qiao ve Ge (2016)’nin çalışması incelendiğinde hidrokolloid örtünün kullanıldığı grubun bez dermatiti iyileşme süresi mupirosin ve çinko oksitin kullanıldığı diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha kısa bulunmuştur.

Sonuç olarak; gruptaki bez dermatiti vakalarının 72. saatte bez dermatiti derecesine göre iyileşme oranları incelendiğinde; deney grubunda bulunan 4 hafif, 14 orta derecedeki bez dermatiti vakasının tamamının (%100), 4 şiddetli bez dermatiti vakasının ise 3’ünün (%75) iyileştiği, kontrol grubundaki 1 hafif, 5 orta ve 6 şiddetli bez dermatiti vakasında iyileşme olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4-8).



## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hidrokolloid örtü ve %40 çinko oksit içerikli bariyer krem grubundaki bebekler tanımlayıcı özellikler bakımından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur, gruplar benzerdir ( $p>0,05$ ).
- Grupların bakım öncesi bez dermatiti puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur, gruplar benzerdir ( $p>0,05$ ).
- Bez dermatiti bakımında hidrokolloid örtü kullanılan bebeklerin 24., 48. ve 72. saatlerdeki bez dermatitinin klinik değerlendirme skalası puan ortalamaları %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılan bebeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür ( $p<0,01$ ).
- Hidrokolloid örtü kullanılan grubun bez dermatiti puan ortalamaları her ne kadar daha düşük ise de %40 çinko oksit kullanılan grupta da bez dermatiti puan ortalamaları anlamlı derecede düşmüştür ( $p<0,01$ ).
- Bebeklerin bez dermatiti puan ortalamalarının gözlemciler arası uyum düzeyi mükemmeldir.
- Bez dermatiti bakımında hidrokolloid örtü kullanılan bebeklerin iyileşme süresi %40 çinko oksit içerikli bariyer krem kullanılan bebeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kısadır ( $p<0,01$ ).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Çalışma sonuçlarının araştırmanın yapıldığı üniteye paylaşılması,
- Bebeklerde bez dermatiti bakım ve tedavisinde daha etkin ve kısa sürede iyileşme sağlamak için hidrokolloid örtü uygulamasının hemşireler tarafından kullanılması,
- Hidrokolloid örtü etkinliğinin belirlenmesine yönelik ülkemizde ilk defa yapılan bu çalışmanın farklı araştırma projelerinde kullanılması ve kanıt temelli araştırmalarla desteklenmesi önerilmektedir.

**KAYNAKLAR**

- Adalat, S., Wall, D. ve Goodyear, H. (2007). Diaper dermatitis-frequency and contributory factors in hospital attending children. *Pediatric Dermatology*, 24(5), 483–488.
- Adam, R. (2008). Skin care of the diaper area. *Pediatric Dermatology*, 25(4), 427–433.
- Akşit, S. (2001). Diaper Dermatit. *Sted*, 10(9), 328–329.
- Aktaş, E. (2015). Flaster Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, 1(2), 34–38.
- Al-Waili, N. S. (2005). Clinical and mycological benefits of topical application of honey, olive oil and beeswax in diaper dermatitis. *Clinical Microbiology and Infection*, 11(2), 160–163.
- Altıntaş, M. (2016). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Bebeklerde Cilt Sorunlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hülya Karataş).
- Arad, A., Mimouni, D., Ben-Amitai, D., Zeharia, A. ve Mimouni, M. (1999). Efficacy of topical application of eosin compared with zinc oxide paste and corticosteroid cream for diaper dermatitis pharmacology and treatment. *Dermatology*, 199, 319–322.
- Arıkan, D. ve Alemdar, D. K. (2013). Çocuklarda bez dermatiti görülme sıklığının ve yapılan uygulamaların incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(4), 409–416.

- Atherton, D. J. (2001). The aetiology and management of irritant diaper dermatitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*, 15(1), 1–4.
- Atherton, D. J. (2004). A review of the pathophysiology, prevention and treatment of irritant diaper dermatitis. *Current medical research and opinion*, 20(5), 645–649.
- Atherton, D. J. (2016). Understanding irritant napkin dermatitis. *International Journal of Dermatology*, 55, 7–9.
- Atherton, D., Proksch, E., Schaubert, J. ve Stalder, J.-F. (2015). Irritant diaper dermatitis: best practice management. *Self Care*, 6(1), 1–11.
- Bae, Y. S., Hill, N. D., Bibi, Y., Dreiherr, J. ve Cohen, A. D. (2010). Innovative uses for zinc in dermatology. *Dermatol Clin*, 28, 587–597.
- Baldwin, S., Odio, M. R., Haines, S. L., O'Connor, R. J., Englehart, J. S. ve Lane, A. T. (2001). Skin benefits from continuous topical administration of a zinc oxide/petrolatum formulation by a novel disposable diaper. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*, 15(1), 5–11.
- Baran, G. (2009). Antibiyotik kullanan bebeklerde koruyucu alt bakım protokolünün pişik gelişimini önlemeye etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Saniye Çimen).
- Baran, G. ve Çimen, S. (2013). The effect of protective genital care protocol on preventing diaper dermatit development in 0 - 18 month old children using antibiotics. *Open Journal of Nursing*, 3, 153–161.
- Benjamin, L. (1987). Clinical correlates with diaper dermatitis. *Pediatrician*, 14(1), 21–26.

- Bikowski, J. (2011). Update on prevention and treatment of diaper dermatitis. *Practical Dermatology for Pediatrics*, 16–19.
- Blume-Peytavi, U., Hauser, M., Lünemann, L., Stamatias, G. N., Kottner, J. ve Garcia Bartels, N. (2014). Prevention of diaper dermatitis in infants - A literature review. *Pediatric Dermatology*, 31(4), 413–429.
- Blume-Peytavi, U. ve Kanti, V. (2018). Prevention and treatment of diaper dermatitis. *Pediatric Dermatology*, 35, 19–23.
- Boiko, S. (1999). Treatment of diaper dermatitis. *Dermatologic clinics*, 17(1), 235–240.
- Bookout, K. (2008). Wound care product primer for the nurse practitioner: part I. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(1), 60–63.
- Brown, M. W. (2006). A Parallel, Evaluator-Blind, Randomized Clinical Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of Two Marketed Topical Skin Protectants Containing Zinc Oxide in Children with Diaper Rash. Erişim 11.03.2018, <http://art45-paediatric-studies-docs.ema.europa.eu/GROUP%20Z/zinc%20oxide/zinc%20oxide%20A2301007.pdf>
- Brucker, M., Mcguire, S., Merrill, L., Rossing, F. ve Sayaseng, K. (2015). Clinicians discuss diaper dermatitis. *Nursing for Women's Health*, 19(5), 422–429.
- Çağlar, S. (2015). Bez dermatiti ve bakımı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, 1(2), 29–33.
- Çavuşoğlu, H. (2013). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset.
- Chaithirayanon, S. (2016). Comparative study between talcum and zinc oxide cream for the prevention of irritant contact diaper dermatitis in infants. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 99(8), 1–6.

- Çizmeçi, O. (2008). Yara Bakımı ve Tedavi Ürünlerine Genel Bakış. İçinde Ş. K. Erdost ve O. Çetinkale. (Ed.), *Yara bakımı ve tedavisi*. İstanbul: Aksu; 231-236.
- Clark-Greuel, J. N., Helmes, T. C., Lawrence, A., Odio, M. ve White, J. C. (2014). Setting the record straight on diaper rash and disposable diapers. *Clinical Pediatrics*, 53(9), 23–26.
- Cohen, B. (2017). Differential diagnosis of diaper dermatitis. *Clinical Pediatrics*, 56(5), 16–22.
- Correa, C. M. M. ve Nebus, J. (2012). Management of patients with atopic dermatitis: The role of emollient therapy. *Dermatology Research and Practice*. 1-15.
- Coughlin, C. C., Frieden, I. J. ve Eichenfield, L. F. (2014). Clinical approaches to skin cleansing of the diaper area: Practice and challenges. *Pediatric Dermatology*, 31(1), 1–4.
- Dastgheib, L., Pishva, N., Saki, N., Khabnadideh, S., Kardeh, B., Torabi ve ark. (2017). Efficacy of topical coriandrum sativum extract on treatment of infants with diaper dermatitis: A single blinded non-randomised controlled trial. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 24(4), 97–101.
- Devecioğlu, C., Katar, S., Doğru, O. ve Taş, M. A. (2001). Henna-induced hemolytic anemia and acute renal failure. *The Turkish journal of pediatrics*, 43(1), 65–66.
- Ekim, A. ve Ocakçı, A. F. (2014). Yenidoğan cilt bakımında güncel yaklaşımlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(2), 30–37.
- Ergenekon, G. ve Aybey, B. (2009). Deri Hastalıkları. İçinde O. Neyzi ve T. Ertuğrul. (Ed.). *Pediyatri*. İstanbul: Nobel Tıp; 1851-1892.
- Esser, M. ve Schierholz, E. (2016). Diaper dermatitis: What do we do next?. *Advances in Neonatal Care*, 16(5), 21–25.

- Fernandes, J. D., Machado, M. C. R., ve Oliveira, Z. N. P. (2009). Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas: parte II. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 84(1), 47–54.
- Ferrazzini, G., Kaiser, R. R., Hirsig Cheng, S.-K., Wehrli, M., Della Casa, V. ve ark. (2003). Microbiological aspects of diaper dermatitis. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 206(2), 136–141.
- Fields, K. S., Nelson, T., ve Powell, D. (2006). Contact dermatitis caused by baby wipes. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 54(5), S230–S232.
- Fletcher, J. (2003). The benefits of using hydrocolloids. *Nursing times*, 99(21), 57.
- Fletcher, J., Moore, Z., Anderson, I. ve Matsuzaki, K. (2011). Pressure ulcers and hydrocolloid made easy. *Wounds International*, 2(4), 1–6.
- Friedlander, S. F., Eichenfield, L. F., Leyden, J., Shu, J. ve Spellman, M. C. (2009). Diaper dermatitis: Appropriate evaluation & optimal management strategies diaper dermatitis. *Contemporary Pediatrics*, 1–15.
- Görak, G. (2008). Yenidoğanın Deri Hastalıkları. İçinde T. Dağoğlu ve G. Görak. (Ed.). *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri*. İstanbul: Nobel Tıp; 667-688.
- Gözen, D., Çağlar, S., Bayraktar, S. ve Atıcı, F. (2013). Diaper dermatitis care of newborns human breast milk or barrier cream. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 515–523.
- Gözen, D., Çağlar, S. ve Doğan, Z. (2011). 0-24 Ay arası bebeği olan annelerin pişığı önleme ve bakımına yönelik uygulamaları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 17–22.
- Gupta, A. K. ve Skinner, A. R. (2004). Management of diaper dermatitis. *International Journal of Dermatology*, 43(11), 830–834.

- Gysel, D. Van. (2016). Infections and skin diseases mimicking diaper dermatitis, 55(1), 10-13.
- Heenan, A. (1998). Hydrocolloid Dressings: Frequently Asked Questions. Erişim 10.06.2018, World Wide Wounds: <http://www.worldwidewounds.com/1998/april/Hydrocolloid-FAQ/hydrocolloid-questions.html>
- Heimall, L., Storey, B., Stellar, J. J. ve Finn Davis, K. (2012). Beginning at the bottom: Evidence-based care of diaper dermatitis. *CE*, 37(1), 10–16.
- Horii, K. (2016). Diaper dermatitis. Erişim 04.06.2017, UpToDate: <https://www.uptodate.com/contents/diaper-dermatitis>
- Humphrey, S., Bergman, J. N. ve Au, S. (2006). Practical management strategies for diaper dermatitis. *SkinTherapy Letter*, 11(7).
- Kazaks, E. L. ve Lane, A. T. (2000). Diaper dermatitis. *Pediatric Clinics of North America*, 47(4), 909–919.
- Keshavarz, A., Zeinaloo, A. A., Mahram, M., Mohammadi, N., Sadeghpour, O. ve Maleki, M. R. (2016). Efficacy of traditional medicine product henna and hydrocortisone on diaper dermatitis in infants. *Iranian Red Crescent medical journal*, 18(5), 1-6.
- Kırçuval, D. (2001). 0-2 yaş çocuklarda diaper dermatiti sıklığı, klinik özellikleri ve etyolojik faktörlerin değerlendirilmesi. Tıp Fakóltesi, Dermatoloji Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne (Prof. Dr. Adnan Görgölü).
- Klunk, C., Domingues, E. ve Wiss, K. (2014). An update on diaper dermatitis. *Clinics in Dermatology*, 32(4), 477–487.

- Lavender, T., Furber, C., Campbell, M., Victor, S., Roberts, I., Bedwell, C. ve Cork, M. J. (2012). Effect on skin hydration of using baby wipes to clean the napkin area of newborn babies: Assessor-blinded randomised controlled equivalence trial. *BMC Pediatrics*, 12(59), 1–9.
- Lund, C. (2013). An Overview of the 2013 Neonatal Skin Care Guideline. Association of Women’s Health Obstetric and Neonatal Nurses. Erişim 24.03.2018, <http://www.nationwidechildrens.org/GD/Applications/Files/2014-neonatal-conference/day-1/5-day-1-main-breakout-1-option-b-carolyn-lund-2-overview-skin-carre-guideline-lund.pdf>
- Lund, C. (2014). Medical Adhesives in the NICU. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 14(4), 160–165.
- Merrill, L. (2015). Prevention, treatment and parent education for diaper dermatitis. *Nursing for Women’s Health*, 19(4), 324–337.
- Milligan, P. S., Goldstein, M. R. ve Neonatologist, A. (2017). Implementation of an evidence-based non-invasive respiratory support ( NIRS ) bundle in the NICU to decrease nasal injury complications. *Journal of Neonatal Nursing*, 23(2), 89–98.
- Nourbakhsh, S. M. K., Rouhi-Boroujeni, H., Kheiri, M., Mobasheri, M., Shirani, M., Ahrani ve ark. (2016). Effect of topical application of the cream containing magnesium 2% on treatment of diaper dermatitis and diaper rash in children a clinical trial study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(1), 4–6.
- Odio, M. R., O’Connor, R. J., Sarbaugh, F. ve Baldwin, S. (2000). Continuous topical administration of a petrolatum formulation by a novel disposable diaper. 2. Effect on skin condition. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 200(3), 238–243.
- Önder, M., Adışen, E. ve Velagiç, Z. (2007). Diaper dermatit. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 50(2), 129–135.



- Özçelik Çövenner, Ç. (2015). Yenidoğanlarda cilt bütünlüğünün bozulması. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, 1(2), 52–58.
- Özek, E., ve Akman, İ. (2007). Yenidoğanın Cilt Bakımı. İçinde T. Dağoğlu ve F. Ovalı. (Ed.). *Neonatoloji*. İstanbul: Nobel Tıp; 167-174.
- Pogačar, M. Š., Maver, U., Varda, N. M. ve Mičetić-Turk, D. (2017). Diagnosis and management of diaper dermatitis in infants with emphasis on skin microbiota in the diaper area. *International Journal of Dermatology*, 1–11.
- Qiao, X. P. ve Ge, Y. Z. (2016). Clinical effect of hydrocolloid dressings in prevention and treatment of infant diaper rash. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 12(6), 3665–3669.
- Queen, D. (2009). Technology update: Understanding hydrocolloids. Erişim 10.06.2018, Wounds International: <http://www.woundsinternational.com/journal-content/view/technology-update-understanding-hydrocolloids>
- Ravanfar, P., Wallace, J. S. ve Pace, N. C. (2012). Diaper dermatitis: A review and update. *Current Opinion in Pediatrics*, 24(4), 472–479.
- Runeman, B. (2008). Skin interaction with absorbent hygiene products. *Clinics in Dermatology*, 26(1), 45–51.
- Sabzghabae, A. M., Nili, F., Ghannadi, A., Eizadi-Mood, N. ve Anvari, M. (2011). Role of menthol in treatment of candidial napkin dermatitis. *World Journal of Pediatrics*, 7(2), 167–170.
- Scheinfeld, N. (2005). Diaper dermatitis: A review and brief survey of eruptions of the diaper area. *American Journal of Clinical Dermatology*, 6(5), 273–281.
- Seifi, B., Jalali, S. ve Heidari, M. (2017). Assessment effect of breast milk on diaper dermatitis. *Dermatology Reports*, 9(1), 17–20.

- Shin, H. T. (2005). Diaper dermatitis that does not quit. *Dermatologic Therapy*, 18(2), 124–135.
- Shin, H. T. (2014). Diagnosis and management of diaper dermatitis. *Pediatric Clinics of North America*, 61(2), 367–382.
- Stamatas, G. N. ve Tierney, N. K. (2014). Diaper dermatitis: Etiology, manifestations, prevention, and management. *Pediatric Dermatology*, 31(1), 1–7.
- Thames Valley Neonatal ODN Quality Care Group. (2012). Guideline Framework for Neonatal Wound Care. Erişim 10.06.2018, nhsnetworks: <http://www.networks.nhs.uk/nhs-networks/thames-valley-wessex-neonatal-network>
- Törüner, E. ve Büyükgönenç, L. (2017). *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. Ankara: Ankara Nobel Tıp.
- Türsen, Ü. (2013). Ülser Tedavisinde Yara Örtüleri. *Turk J Dermatol*, 7, 61–71.
- Tüzün, Y., Wolf, R., Bağlam, S. ve Engin, B. (2015). Diaper (napkin) dermatitis: A fold (intertriginous) dermatosis. *Clinics in Dermatology*, 33(4), 477–482.
- Utaş, S. (2011). Yeni doğanlarda deri bakımı. *Turkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi*, 45(3), 123–126.
- Wananukul, S., Limpongsanuruk, W., Singalavanija, S. ve Wisuthsarewong, W. (2006). Comparison of dexpanthenol and zinc oxide ointment with ointment base in the treatment of irritant diaper dermatitis from diarrhea: A multicenter study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 89(10), 1654–1658.
- Wolf, R., Wolf, D., Tüzün, B. ve Tüzün, Y. (2000). Diaper dermatitis. *Clinics in Dermatology*, 18, 657–660.

Wonggem, F. (2010). Napkin dermatitis and its treatment. *Journal of Community Nursing*, 24(4).

Xie, L. (2014). Hydrocolloid dressing in preventing nasal trauma secondary to nasal continuous positive airway pressure in preterm infants. *World Journal of Emergency Medicine*, 5(3), 218–222.

Yıldız, S. (2011). Deri ve Mukoza Yolu ile Bulaşan Enfeksiyonlar ve Hemşirelik Bakımları. İçinde G. Görak, S. Savaşer ve S. Yıldız (Ed.). *Bulaşıcı Hastalıklar Hemşireliği*. İstanbul: İstanbul Tıp; 207-230.



## FORMLAR

### EK 1

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (Deney Grubu)

Sayın Ebeveyn;

Yenidoğanda Bez Dermatiti Bakımında Kullanılan Hidrokolloid Örtünün İyileşme Sürecine Etkisi konulu bir araştırma yapmaktayız. Bu araştırma İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans tez araştırmasıdır. Araştırmanın amacı, yenidoğanlarda bez dermatiti bakımında kullanılan hidrokolloid örtünün iyileşme sürecindeki etkisini belirlemektir.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni bebeğinizde bez dermatiti (pişik) olmasıdır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde bebeğinizin bez dermatiti bakımı klinikte yara bakımında kullanılan hidrokolloid maddeden üretilmiş, su geçirmez, kendinden yapışkanlı, emici özellikteki yara iyileştirici bir örtü ile yapılacak ve iyileşmesi üç gün boyunca değerlendirilecektir. Bez dermatiti derecesini belirlemek için geliştirilmiş olan ölçekler kullanılacaktır. Yapılan uygulamalar, bebeğinizde herhangi bir rahatsızlığa neden olmayacak, bebeğinize dermatolojik olarak da zarar vermeyecektir. Araştırma sonucunda, bez dermatiti gelişen bebeklerde iyileşme sürecinin kısılması hedeflenmektedir.

Bu çalışmaya katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı izin vermiş olmanıza karşın, çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. Böyle bir durumda ilgili sağlık çalışanlarıyla olan ilişkileriniz olumsuz yönde etkilenmeyecek, tedavi ve bakım uygulamalarınızda aksama olmayacaktır.

Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayınlandığında kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Çalışmada yer aldığınız için herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi, çalışma sırasında araştırma amacıyla sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'dan herhangi bir ücret alınmayacaktır. Çalışma ile ilgili aklınıza takılan sorular olduğunda 05469785978 nolu telefonda Gözde YILMAZ adlı kişiye ulaşabilirsiniz.

*“Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum ve anladım. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”*

Tarih:

Ebeveynin Adı-Soyadı, İmza:

Araştırmacı Gözde YILMAZ, İmza:

**EK 1A****BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (Kontrol Grubu)**

Sayın Ebeveyn;

Yenidoğanda Bez Dermatiti Bakımında Kullanılan Hidrokolloid Örtünün İyileşme Sürecine Etkisi konulu bir araştırma yapmaktayız. Bu araştırma İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans tez araştırmasıdır. Araştırmanın amacı, yenidoğanlarda bez dermatiti bakımında kullanılan hidrokolloid örtünün iyileşme sürecindeki etkisini belirlemektir.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni bebeğinizde bez dermatiti (pişik) olmasıdır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde bebeğinizin bez dermatiti bakımı klinikte bez dermatiti bakımında rutin olarak kullanılan %40 çinko oksit içerikli bariyer krem ile yapılacak ve iyileşmesi üç gün boyunca değerlendirilecektir. Bez dermatiti derecesini belirlemek için geliştirilmiş olan ölçekler kullanılacaktır. Yapılan uygulamalar, bebeğinizde herhangi bir rahatsızlığa neden olmayacak, bebeğinize dermatolojik olarak da zarar vermeyecektir. Araştırma sonucunda, bez dermatiti gelişen bebeklerde iyileşme sürecinin kısılması hedeflenmektedir.

Bu çalışmaya katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı izin vermiş olmanıza karşın, çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. Böyle bir durumda ilgili sağlık çalışanlarıyla olan ilişkileriniz olumsuz yönde etkilenmeyecek, tedavi ve bakım uygulamalarınızda aksama olmayacaktır.

Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayınlandığında kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Çalışmada yer aldığınız için herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi, çalışma sırasında araştırma amacıyla sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'dan herhangi bir ücret alınmayacaktır. Çalışma ile ilgili aklınıza takılan sorular olduğunda 05469785978 nolu telefondan Gözde YILMAZ adlı kişiye ulaşabilirsiniz.

*“Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum ve anladım. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”*

Tarih:

Ebeveynin Adı-Soyadı, İmza:

Araştırmacı Gözde YILMAZ, İmza:

**EK 2****BİLGİ FORMU**

NO:

Uygulama Başlangıç Tarihi ve Saati:

1) Adı- Soyadı:.....

2) Doğum Tarihi (ay ve gün olarak):.....

3) Cinsiyeti: Kız ( ) Erkek ( )

4) Gestasyonel Yaş:..... Postnatal Yaş: .....

5) Tanı:.....

6) Yatış Günü: .....

7) Doğum Kilosu:..... Şimdiki Kilosu:.....

8) Doğum Boyu:.....

9) Baş Çevresi:.....

10) Doğum Şekli: Normal Doğum ( ) Sezaryen ( )

11) Beslenme Şekli: Anne sütü ( ) Mama ( )  
Karışık ( ) Parenteral Beslenme ( )

12) Mekanik Ventilasyon: Entübe ( ) Nazal CPAP ( ) Yok ( )

13) Antibiyotik Kullanımı: Var ( ) Yok ( )

14) Antibiyotik Günü: ..... Kullandığı Antibiyotikler:.....

**EK 3****GÖZLEM FORMU**

NO:

Adı- Soyadı:

Bakımda Kullanılan Yöntem:

Başlangıç Tarihi ve Saati:

	<b>Puan</b>	<b>Hidrokolloid Örtü Değişimi</b>
Bakım öncesi		
24 saat sonra		
48 saat sonra		
72 saat sonra		

**Bez Dermatitinin Klinik Değerlendirme Skalası**

<b>Puan</b>	<b>Derece</b>	<b>Tanım</b>
0	Yok	Cilt temiz (Çok hafif kuruluk ve/veya tek bir papül olabilir fakat eritem yok)
0,5	Önemsiz	Çok küçük bir alanda soluk pembe görünüm (<%2) ayrıca tek bir papül ve/veya hafif kuruluk olabilir
1,0	Hafif	Küçük bir alanda soluk pembe görünüm (%2-10) veya çok küçük bir alanda kızarıklık (<%2) ve/veya dağınık papüller ve/veya hafif kuruluk/pullanma
1,5	Hafif/Orta	Geniş bir alanda pembe görünüm (%10) veya küçük bir alanda (%2-10) kızarıklık veya çok küçük bir alanda (<%2) çok yoğun kızarıklık ve/veya dağınık papüller (<%10) ve/veya orta derecede kuruluk/pullanma
2	Orta	Geniş bir alanda belirgin kızarıklık (%10-50) veya çok küçük bir alanda çok yoğun kızarıklık (<%2) ve/veya 5 veya daha fazla püstül ile birlikte bir veya birçok alanda papül (%10-50), hafif deskuamasyon veya ödem olabilir
2,5	Orta/Şiddetli	Çok geniş bir alanda belirgin kızarıklık (>%50) veya ödem olmaksızın küçük bir alanda çok yoğun kızarıklık (%2-10) ve/veya büyük bir alanda (>%50) birçok papül ve/veya püstül; orta derecede deskuamasyon ve/veya ödem olabilir
3,0	Şiddetli	Geniş bir alanda çok yoğun kızarıklık (>%10) ve/veya şiddetli deskuamasyon ve ödem, erozyon ve ülserasyon; geniş bir alanda bitişik papüller veya birçok püstül/vezikül

Stamatas, G.N., Tierney, N.K. (2014). Diaper dermatitis: etiology, manifestations, prevention, and management. *Pediatr Dermatol*, 31(1), 1-7.

## ETİK KURUL KARARI

## EK 4

BAKIRKÖY DR. SADI KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yenidoğanda Bez Dermatiti Bakımında Kullanılan Hidrokolloid Örtünün İyileşme Sürecine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2017/349

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	BAKIRKÖY DR. SADI KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	Zuhuratbaba Mh. Tevfik Sağlık Cd. No:11 Bakırköy İstanbul
	TELEFON	(0212) 414 74 04
	FAKS	(0212) 414 74 04
	E-POSTA	nurten.aydemir@saglik.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Suzan Yıldız, Hem.Gözde Yılmaz			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	İstanbul Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	22 adet 10x10 cm ölçülerinde hidrokolloid yara örtüsü sorumlu araştırmacı tarafından karşılanacaktır.			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (T.C.BİTAK vb. gibi kayıtlardan değil olarak için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tam cihazlar ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz: <b>Prospektif Klinik Çalışma</b>					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TİK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Dr.Gülsüm Oya Hergünel  
İmza:



*Not: Etik Kurul Başkanı, imzasız her altımdığı her sayfaya imza atmalıdır.*



**BAKIRKÖY DR. SADI KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yenidoğanda Bez Dermatiti Bakımında Kullanılan Hidrokolloid Örtünün İyileşme Sürecine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2017/349

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	06.11.2017	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.11.2017	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	06.11.2017	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/> 22 adet 10x10 cm bülçülerinde hidrokolloid yara örtüsü sorumlu araştırmacı tarafından karşılanacaktır.				
	BİYOLÖJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	PLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BELDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİK BELDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
	DİĞER	<input type="checkbox"/>				
KARAR BELGELERİ	Karar No: 2017-15-12	Tarih: 06.11.2017				
Yukarıda bilgileri verilen başvuruya dayanarak ilgili belgeler araştırması/ilan edilmesi amacıyla, amaç, yaklaşımları ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunan olup araştırması/ilan edilmesi başvuruya dayanarak belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel bakımdan bulunmadığına açıklarıyla kararla etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönermelik kapsamında yer alan araştırmaları/ilanları için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

<b>ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI</b>	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönermelik, İyileşme Uygulamaları Kurumuna
<b>BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>	Uz.Dr.Gülsüm Oya Hergünel

Unvanı/Adı/Soyadı	Ünvanlık Alanı	Kurumu	Çalıştır		Araştırma ile İlgili		Karar *		İmza
Uz.Dr.Gülsüm Oya HERGÜNEL	Anestesi ve Reanimasyon	BEAİH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Sait SARI HATİPOĞLU	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	BEAİH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Meltem Vural	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	BEAİH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Azhan GEDİKBAŞI	Biyokimya	BEAİH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
PROF.DR.UBER ERMEKLİ	Plastik, Rekon. Ve Estetik Cerrahi	I.C.İst. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uz.Dr.Gülşay ÖZDÖN	Farmakoloji	Nezihler Genetik	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uz.Dr.Kaya SARI NİZAMOĞLU	İlaç Sağlığı	İst. Sağ. Müd.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Ercan Şahin	Biyoetik ve Etik	İst. Sağ. Müd.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Özkan TÜM	İlaç	İst. Sağ. Müd.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Selim Çakır	Öğretim Görevlisi	İstanbul Bilgi MYO	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* Toplantıda Bulunan

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Uz.Dr.Gülsüm Oya Hergünel  
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer aldığı her sayfaya imza atmaktadır.

EK 5

## KURUM İZİNİ

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

## KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

"Yenidoğanda Bez Dermatiti Bakımında Kullanılan Hidrokolloid Örtünün İyileşme Sürecine Etkisi" başlıklı çalışmanın kliniğimiz/kurumumuzda yapılmasında sakınca yoktur. Etik Uygunluk açısından değerlendirilmesi arz olunur.

Klinik Eğitim Sorumlusu

Doç. Dr. Nevin HATİPOĞLU



Yenidoğan Yoğun Bakım Sorumlusu

Doç. Dr. Özgül SALİHOĞLU



## EK 6

## BEZ DERMATİTİNİN KLİNİK DEĞERLENDİRME SKALASI VE BEZ DERMATİTİ EVRELERİNİN GÖRSEL SUNUMU YAZAR İZİNİ

03.05.2018

İstanbul Üniversitesi Posta - Clinical Evaluation Scale for Characterization of the Severity of Diaper Dermatitis



GÖZDE YILMAZ &lt;gozde.yilmaz@ogr.iu.edu.tr&gt;

### Clinical Evaluation Scale for Characterization of the Severity of Diaper Dermatitis

Stamatas, Georgios [JJ8BF] <GStamata@its.jn.com>  
 Alıcı: GÖZDE YILMAZ <gozde.yilmaz@ogr.iu.edu.tr>

16 Nisan 2018 10:47

Dear Mr Yilmaz,

Thank you for your interest in our work. You can use the scale for your research, but if you want to include it in published material please check with the journal for the copyright.

Regards,

Georgios Stamatas

From: GÖZDE YILMAZ [mailto:gozde.yilmaz@ogr.iu.edu.tr]

Sent: Sunday, April 15, 2018 3:32 PM

To: Stamatas, Georgios [JJ8BF] &lt;GStamata@its.jn.com&gt;

Subject: [EXTERNAL] Re: Clinical Evaluation Scale for Characterization of the Severity of Diaper Dermatitis

Dear Mr. Stamatas,

I am writing to about "Visual digital images demonstrating the range of severity of diaper dermatitis" in your article which name is

"Diaper dermatitis: Etiology, manifestations, prevention, and management". I am master student at İstanbul University and my thesis about diaper dermatitis. I would like to use this scale on my thesis.

I look forward to your answer.

Sincerely,

Gözde Yılmaz

2017-07-13 12:52 GMT+03:00 Stamatas, Georgios [JJ8BF] &lt;GStamata@its.jn.com&gt;:

Dear Gözde,

Thank you for your interest. I am happy that our work is being used by other scientific groups.

Best regards,

Georgios Stamatas

03.05.2018

İstanbul Üniversitesi Posta - Clinical Evaluation Scale for Characterization of the Severity of Diaper Dermatitis

From: GÖZDE YILMAZ [mailto:gozde.yilmaz@ogr.iu.edu.tr]  
Sent: Tuesday, July 11, 2017 2:25 PM  
To: Stamatias, Georgios [JSBF] <GStamata@ts.jn.com>  
Subject: [EXTERNAL] Clinical Evaluation Scale for Characterization of the Severity of Diaper Dermatitis

Dear Mr. Stamatias,

I am writing to about "Clinical Evaluation Scale for Characterization of the Severity of Diaper Dermatitis" in your article. I am master student at İstanbul University and my thesis about diaper dermatitis. I read your scale for diaper dermatitis and would like to use this scale on my thesis. At the same time I would like to do validity and reliability of the Turkish version of the Clinical Evaluation Scale for Characterization of the Severity of Diaper Dermatitis.

I look forward to your answer.

Sincerely,

Gözde Yılmaz

EK 7

**BEZ DERMATİTİ EVRELERİNİN GÖRSEL SUNUMU TELİF HAKKI İZİNİ**

17.05.2018

RightsLink Printable License

**JOHN WILEY AND SONS LICENSE  
TERMS AND CONDITIONS**

May 17, 2018

This Agreement between Mrs. Gözde YILMAZ ("You") and John Wiley and Sons ("John Wiley and Sons") consists of your license details and the terms and conditions provided by John Wiley and Sons and Copyright Clearance Center.

License Number	4351511163934
License date	May 17, 2018
Licensed Content Publisher	John Wiley and Sons
Licensed Content Publication	Pediatric Dermatology
Licensed Content Title	Diaper Dermatitis: Etiology, Manifestations, Prevention, and Management
Licensed Content Author	Georgios N. Stamatias, Neena K. Tierney
Licensed Content Date	Nov 14, 2013
Licensed Content Volume	31
Licensed Content Issue	1
Licensed Content Pages	7
Type of use	Dissertation/Thesis
Requestor type	University/Academic
Format	Electronic
Portion	Figure/table
Number of figures/tables	1
Original Wiley figure/table number(s)	Figure 1
Will you be translating?	Yes, without English rights
Number of languages	1
Languages	English and Turkish
Title of your thesis / dissertation	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Kullanılan Hidrokolloid Örtünün Bez Dermatiti Bakımındaki Etkinliği
Expected completion date	Sep 2018
Expected size (number of pages)	70
Requestor Location	Mrs. Gözde YILMAZ [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] Turkey Attn: Mrs. Gözde YILMAZ
Publisher Tax ID	EU826007151
Total	0.00 USD
Terms and Conditions	

**TERMS AND CONDITIONS**

This copyrighted material is owned by or exclusively licensed to John Wiley & Sons, Inc. or one of its group companies (each a "Wiley Company") or handled on behalf of a society with which a Wiley Company has exclusive publishing rights in relation to a particular work (collectively "WILEY"). By clicking "accept" in connection with completing this licensing

<http://dx.doi.org/10.1002/copyright.com/AppDispatchServlet>

1/5

## İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

### YENİDOĞANDA BEZ DERMATİTİ BAKIMINDA KULLANILAN HİDROKOLLOİD ÖRTÜNÜN İYİLEŞME SÜRECİNE ETKİSİ

#### ORJİNALLIK RAPORU

<b>%2</b> BENZERLİK ENDEKSİ	<b>%1</b> İNTERNET KAYNAKLARI	<b>%0</b> YAYINLAR	<b>%0</b> ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>acikerisim.deu.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>%1</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Istanbul University</b> Öğrenci Ödevi	<b>&lt;%1</b>
<b>3</b>	<b>www.cshd.org.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Uludag University</b> Öğrenci Ödevi	<b>&lt;%1</b>
<b>5</b>	<b>dergi.cumhuriyet.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>6</b>	<b>www.cumhuriyet.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>7</b>	<b>docs.neu.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>8</b>	<b>YALÇIN, İlhan and ERSEVER, Oya G. "İlişki Geliştirme Programının Üniversite Öğrencilerinin ", Hacettepe Üniversitesi, 2015.</b>	<b>&lt;%1</b>

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Gözde	<b>Soyadı</b>	YILMAZ
<b>Doğ.Yeri</b>	İstanbul	<b>Doğ.Tar.</b>	07.11.1993
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kim No</b>	
<b>Email</b>	gzdylmz23@gmail.com	<b>Tel</b>	

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Lisans</b>	İstanbul Arel Üniversitesi	2015
<b>Lise</b>	Selimpaşa Atatürk Anadolu Lisesi	2011

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
<b>1.</b>	Araştırma Görevlisi	İstanbul Arel Üniversitesi	2018-Devam ediyor
<b>2.</b>	Hemşire	Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH Yenidoğan Yoğun Bakım	2015-2017
<b>3.</b>	Hemşire	Beylikdüzü Kolan Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım	2015-2015

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi		71,25 (YÖKDİL)

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	73,71	74,06	67,54

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları (Word, Excel, Power Point)	İyi
SPSS Programı	Orta

### Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):** Keman çalmak, kitap okumak