

KOÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN İNKONTİNANS ALAKALI  
DERMATİT'E İLİŞKİN BİLGİ  
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

FİRDES ŞAHİN

HEMŞİRELİK PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2017



KOÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN İNKONTİNANS ALAKALI  
DERMATİT'E İLİŞKİN BİLGİ  
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

**HEMŞİRELİK PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**FİRDES ŞAHİN**

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: PROF. DR. AYİŞE KARADAĞ

Bu çalışma, aşağıda yer alan jüri üyelerimiz tarafından Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Başkan**

Prof. Dr. Ayşe BEŞER




**Üye**

Doç. Dr. Şenay UZUN



**Üye (Danışman)**

Prof. Dr. Ayişe KARADAĞ



### ONAY

Bu tez çalışması, 20.03.2017 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.



Prof. Dr. İhsan SOLAROĞLU

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile 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 olmadığını beyan ederim.

İmza:

Adı Soyadı: Firdes ŞAHİN

## TEŞEKKÜR

Çalışmamı hazırlamamda, yüksek lisans öğrenimim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Nuran Akdemir'e, hiçbir başarının tesadüf olmadığını birkez daha gördüğüm nadir insanlardan değerli tez danışmanım Prof. Dr. Ayişe Karadağ'a,

Tez çalışmasının öneri aşamasında ve tez çalışmasını okuyarak görüş ve önerileri ile katkıda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Ayşe Beşer ve Doç. Dr. Şenay Uzun'a,

Araştırmanın istatistiksel boyutunda desteklerini esirgemeyen Doç.Dr. Ferudun Sezgin'e,

TYİEAH'si, KDC-Yoğun Bakım, GastroCer-Üroloji Yoğun Bakım, Koroner Bakım, Gastroenteroloji Yoğun Bakım ve Acil-Dahili Yoğun Bakım ünitelerinde çalışan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan tüm değerli meslektaşlarıma,

Yüksek lisans öğrenimim boyunca başarabileceğimi her zaman hissettiren ve her konuda desteğini esirgemeyen kızım Melis Şahin'e , anlayış ve manevi destekleri ile yanımda olan eşime ve oğluma,

Çalışmam boyunca takıldığım her noktada önümdeki engelleri kaldıran tüm dost ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

## ÖZET

### Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit'e İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Bu çalışma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit'e ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan tüm hemşireler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bulunan Kalp-Damar Cerrahi Yoğun Bakım, Gastro-Cerrahi ve Üroloji Yoğun Bakım, Koroner Bakım, Gastroenteroloji Yoğun Bakım ve Acil-Dahiliye Yoğun Bakım olmak üzere toplam beş erişkin yoğun bakım ünitesinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler (n=126) oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatüre dayanılarak hazırlanan, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini (14 soru) ve bilgi düzeylerini sorgulayan önermelerden oluşan (59 ifade) anket formu kullanılmıştır. Veriler 21/Temmuz/2016 - 15/Eylül/2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama formları hemşireler tarafından doldurulmuştur. Verilerin toplanmasına başlanmadan önce Koç Üniversitesi'nden (01.06.2016 tarih ve 2016.131.IRB3.073 sayılı) etik kurul onayı ile, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eğitim Plan ve Koordinasyon Kurulu'ndan (16.06.2016 tarih ve 346 sayılı toplantı kararı ile) araştırma izni alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, Shapiro Wilk's, Mann Whitney U, Kruskal Wallis-H Testleri, Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ve Spearman's Korelasyon Katsayısından yararlanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %46.83'ü lisans programı (örgün eğitim) mezunu olup, yaş ortalamaları  $29.5 \pm 6.77$ 'dir. Hemşirelerin en fazla doğru oranda yanıtladıkları önerme "Derinin pH' sı, derinin bariyer fonksiyonunu yerine getirmesinde etkilidir" (%94.44) ifadesiyken en fazla yanlış/fikrim yok yanıtını verdikleri önerme "Korneositlerin yapısında bulunan, Doğal Nemlendirici Faktör, derinin yağ düzeyinin korunmasına yardımcı olur" (%96.03) ifadesidir. IAD'nin önlenmesine ve tedavisine yönelik olarak, toplam bilgi düzeyi açısından yüksek lisans mezunu hemşirelerin doğru yanıt ortalamalarının en yüksek ( $\bar{X}=40.67 \pm 4.32$ ) sağlık meslek lisesi mezunu olanların ise en düşük ( $\bar{X}=29.12 \pm 10.08$ ) olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ).

Hemşirelerin IAD'ye ilişkin bilgilerinin istenilir düzeyde olmadığı belirlenmiş olup, bu konuya yönelik hizmet içi eğitim programlarının planlanması önerilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** İnkontinans Alakalı Dermatit, Bilgi Düzeyi, Hemşirelik, Yoğun Bakım,

## ABSTRACT

### Identifying Nurses Level Of Knowledge On Incontinence Associated Dermatitis

This study is performed as a descriptive and sectional study to determine the knowledge of incontinence associated dermatitis (IAD) among intensive care unit (ICU) nurses.

The study universe consisted of all nurses who work at Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (TYİEAH). Nurses who consented to participate in the study and work at the following five adult intensive care unit at TYİEAH formed our sample (n=126); Coronary ICU, Emergency Internal Medicine ICU, Gastroenterology ICU, Cardiovascular Surgery ICU and Gastrosurgery and Urology ICU. Data collecting was done by the questionnaire formed by the researcher based on the literature. The questionnaire consisted of propositions that examined nurses introductory features (14 propositions) and knowledge levels (59 propositions) and were filled out by the participants. Data collecting was done between 21/07/2016 - 15/09/2016. Koç University ethics committees approval (dated 01.06.2016 and numbered as 2016.131.IRB3.073 ) and TYİEAH Educational Planning and Coordination Committee's research permission (346 numbered meetings decision dated 16.06.2016) were gathered before data collecting. Shapiro Wilk's, Mann Whitney U, Kruskal Wallis-H Tests, Post-Hoc Multiple Comparison Test ve Spearman's Correlation Coefficient was used to evaluate the data.

Participant nurses were 46.83% licence graduate and mean age was 29.5(±6.77). Most correctly answered(94.44%) proposition was "pH of the skin acts in skins braier function.". The proposition most answered wrong or stated no knowledge (96.03%) was "Natural Moisturizer Factor found in the structure of corneocytes, helps skin to keep its oil levels.". Knowledge levels of prevention and treatment of IAD based on correct answered propositions was higher among post graduates (40.67±4.32) and lowest among health profession high school graduates (29.12±10.08). Differences between groups were statistically significant (p<0.05).

Knowledge on IAD was not found to be at desired level. In-service training programs on the subject was suggested.

**Key Words:** Incontinence Associated Dermatitis, Level of Knowledge, Nursing, Intensive Care



## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER .....	viii
TABLolar DİZİNİ .....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
KISALTMALAR .....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	7
1.3. Araştırma Soruları .....	8
2. GENEL BİLGİLER .....	9
2.1. Deri.....	9
2.2. İnkontinans Alakalı Dermatit .....	12
2.2.1. İnkontinans Alakalı Dermatitin Fizyopatolojisi .....	15
2.2.2. İnkontinans Alakalı Dermatit Riski Olan Hastaların Belirlenmesi .....	16
2.2.3. İnkontinans Alakalı Dermatitin Değerlendirilmesi .....	17
2.2.4. İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Ülseri İlişkisi .....	20
2.2.5. İnkontinans Alakalı Dermatit ile Basınç Ülserlerinin Ayırt Edilmesi....	21
2.2.6. İnkontinans Alakalı Dermatit'in Önlenmesi ve Yönetimi.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	27
3.1. Araştırmanın Tipi .....	27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	27

	<b>Sayfa</b>
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	28
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	29
3.5. Verilerin Toplama Araçları .....	29
3.5.1. Veri Toplama Formlarının Geliştirilmesi .....	29
3.5.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması .....	30
3.5.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	31
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	33
3.8. Etik Kurul Onayı .....	33
4. BULGULAR .....	34
5. TARTIŞMA .....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
6.1. Sonuçlar.....	57
6.2. Öneriler.....	59
7. KAYNAKLAR .....	61
8. EKLER.....	66
EK-1. Hemşirelerin “İnkontinans Alakalı Dermatit”e İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Anket Formu .....	66
EK-2. Koç Üniversitesi Etik Kurul Onayı .....	72
EK-3. TYİEAH Eğitim Plan ve Koordinasyon Kurulu Araştırma İzni .....	73
ÖZGEÇMİŞ .....	74

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. İnkontinans Alakalı Dermatit'in Sınıflaması.....	20
Tablo 2.2. İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Ülseri Arasındaki Farklar.....	22
Tablo 2.3. İAD Şiddetine Dayalı Önleme ve Yönetim Girişimleri.....	26
Tablo 3.1. Araştırma Kapsamına Alınacak olan Yoğun Bakımların Yatak ve Hemşire Sayılarına İlişkin Veriler.....	28
Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri.....	34
Tablo 4.2. Hemşirelerin Derinin Yapısı ve Fonksiyonlarına Yönelik Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı).....	35
Tablo 4.3. Hemşirelerin İAD'nin Tanımına ve Etiyolojisine Yönelik Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	36
Tablo 4.4. Hemşirelerin İAD'nin Tanılanmasına Yönelik Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	37
Tablo 4.5. Hemşirelerin İAD'nin Sınıflanmasına ve Değerlendirilmesine Yönelik Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	38
Tablo 4.6. Hemşirelerin İAD'yi Önleme ve Tedavi Girişimlerine Yönelik Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	39
Tablo 4.7. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre İAD'ye İlişkin Önermelere Verdikleri Doğru Yanıt Ortalamalarının Dağılımı.....	41
Tablo 4.8. Hemşirelerin Çalışılan Yoğun Bakım Ünitelerine Göre İAD'ye İlişkin Önermelere Verdikleri Doğru Yanıt Ortalamalarının Dağılımı....	43
Tablo 4.9. Hemşirelerin Daha Önce İAD Riski Yüksek Olan Hastaların Yattığı Bölümde Çalışma Durumlarına Göre İAD'ye İlişkin Önermelere Verdikleri Doğru Yanıt Ortalamalarının Dağılımı.....	44
Tablo 4.10. Hemşirelerin Mezuniyet Sonrası İAD'nin Önlenmesi/Tedavisi İle İlgili Bir Eğitime Katılma Durumlarına göre İAD'ye İlişkin Doğru Yanıt Ortalamalarının Dağılımı.....	45
Tablo 4.11. Hemşirelerin İAD'nin Önlenmesi/Tedavisine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarını Yeterli Bulma Durumlarına Göre İAD'ye İlişkin Önermelere Verdikleri Doğru Yanıt Ortalamalarının Dağılımı.....	46
Tablo 4.12. Hemşirelerin Hizmet Süresi, Şuan Çalışılan Yoğun Bakım Ünitesindeki Hizmet Süresi ve Yaş Değerleri İle İAD Doğru Yanıt Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	47

Tablo 4.13. Hemşirelerin İAD 'si Olan Hastaya Bakım Verirken Karşılaştıkları Sorunlar .....	48
Tablo 4.14. Hemşirelerin İAD 'in Önlenmesine/Tedavisine Yönelik Uygulamalarının Niteliğini Artırmaya Yönelik Öneriler.....	49



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Derinin katmanları .....	10
Şekil 2.2. Epidermisin tabakaları .....	10
Şekil 2.3. Stratum korneumun yapısının modeli .....	11
Şekil 2.4. IAD'den etkilenen deri bölgeleri .....	14
Şekil 2.5. İnkontinans alakalı dermatit ve şiddeti aracı .....	19
Şekil 2.6. İnkontinans alakalı dermatit ve basınç ülseri gelişiminde olası etki mekanizmaları .....	21



## KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda verilmiştir.

<b>Kısaltmalar</b>	<b>Açıklamalar</b>
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>BÜ</b>	: Basınç Ülseri
<b>EPUAP</b>	: Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (European Pressure Ulcer Advisory Panel)
<b>FYS</b>	: Fekal Yönetim Sistemi
<b>HUCEP</b>	: Hemşirelikte Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
<b>IAD</b>	: İnkontinans Alakalı Dermatit
<b>MASD</b>	: Nem İlişkili Deri Hasarı (Moisture-associated skin damage)
<b>NMF</b>	: Doğal Nemlendirici Faktör (Natural Moisturizing Factor)
<b>NPUP</b>	: Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (National Pressure Ulcer Advisory Panel)
<b>TESK</b>	: Transepidermal su kaybı
<b>TYİEAH</b>	: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
<b>YBÜ</b>	: Yoğun Bakım Ünitesi
<b>YOİHD</b>	: Yara, Ostomi, İnkontinans Hemşireleri Derneği

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Deri insan vücudunun en geniş organı olup yetişkin bir bireyin toplam vücut ağırlığının % 15'ini oluşturur (1, 2). Vücudun tüm dış yüzünü, dış kulak yolunu ve kulak zarının dış yüzünü kaplar. Yüzey alanı kişiye göre değişmekle birlikte, ortalama 1.5-2.5 m<sup>2</sup> alana sahiptir (3).

Deri, vücut yüzeyini kaplayan bir örtü olmasının yanısıra yaşamsal fonksiyonları olan bir organdır. Derinin diğer görevlerinin yanında en önemli görevi; organizmayı çevreden gelebilecek zararlı maddelere karşı korumaktır. Deri; çevresel faktörler, mikroorganizmalar, kimyasal maddeler, radyasyon ve çok çeşitli alerjenler için aşılması zor bir bariyer teşkil eder. Bununla birlikte tedavi amaçlı veya bakım ve iyileştirme amacı ile topikal olarak uygulanan maddelere geçirgenlik gösteren akıllı bir bariyerdir (4).

Derinin hayati fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesi önemlidir. Birçok faktör deri bütünlüğünün bozulmasına yol açabilmektedir. Deri bütünlüğünün bozulması koruyucu bariyeri zedeleyerek enfeksiyon gibi istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Deri bütünlüğünün bozulmasının en yaygın nedenleri arasında derinin fazla nemlenmesi (derinin ıslak kalması) veya kuruması yer alır (5, 6).

Derinin aşırı nemli kalması, İnkontinans Alakalı Dermatit ( IAD) olarak isimlendirilen yaygın sağlık sorununa yol açar. IAD, idrar ya da dışkının perianal veya perigenital cilde temasıyla oluşan bir cilt inflamasyonudur (7). IAD önemli ölçüde rahatsızlığa neden olur, tedavisi zor, zaman alıcı ve pahalı olabilir (8). Her yaştan birey birçok nedene bağlı olarak cilt hasarı ve IAD yaşayabilir. İdrar ve fekal inkontinans IAD için ana risk faktörleridir. IAD'nin yaygınlığı, inkontinans ile paralellik göstermektedir (9).

Literatürde inkontinansın yetişkinler için yaygın bir problem olduğuna ilişkin çalışmalar mevcuttur. Macmillan ve arkadaşlarının 2004 yılında Yeni Zelanda'da yaptıkları 16 araştırmadan oluşan sistematik literatür derleme çalışmasında incelenen araştırmalar, toplumda yaşayan 15-92 yaş aralığındaki bireylerde yapılmış olup, bu araştırmalardan elde edilen fekal inkontinans oranı %11-15 olarak bulunmuştur (10). Du Moulin ve arkadaşlarının 2005 yılında Hollanda' da evde bakım alan yetişkinler (n=2866) üzerinde yaptıkları kesitsel araştırmada ise, üriner inkontinans oranının %46'nın üzerinde olduğu tahmin edilmiştir (11) .

IAD özellikle yaşlılarda sık görülen bir sorun olmasına rağmen bu durum sıklıkla gözden kaçırılmaktadır (12). IAD'nin gelişimi açısından en belirgin neden idrar ve dışkı kaçırmadır (13). Yaşlı ve yüksek riskli hastalar (hareketlilikte bozulma, bilişsel farkındalığın azalması, felçli hastalar ) idrar ve dışkı kaçırmada riskli ana gruplardır (14).

Bale ve ark. 2004 yılında İngiltere'de 2 huzurevinde 115' i kadın (%70.1) ve 49'u erkek (%29.9) olmak üzere toplam (n=164) yaşlı üzerinde yaptıkları araştırmada, yaşlı kadınların %31'inde (n=115), yaşlı erkeklerin ise %23'ünde (n=49) üriner inkontinans görüldüğünü saptamışlardır (15) .

Goode ve arkadaşlarının 2005 yılında ABD' de toplum içinde yaşayan erişkinlerde fekal inkontinansın yaygınlığını ölçmek için, kesitsel ve nüfusa dayalı olarak bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada, Alabama eyaletinin üç kırsal, iki kentsel yerleşim bölgesi ele alınarak, 1999'dan 2001 yılına kadar olan süre içinde katılımcılarla (n=1000) röportaj yapılmıştır. Katılımcıların %50'si erkek ve %50'si kadın olarak belirlendiği çalışmada, fekal inkontinans prevalansı erkeklerde %12.4, kadınlarda %11.6 , ortalama %12 olarak rapor edilmiştir (16). IAD' nin başlıca nedeni idrar ve dışkı kaçırmadır olduğu düşünüldüğünde (13), bu alanda çalışan klinisyenler için inkontinans bakımının önemi açıktır.

IAD'yi önleme ve tedavi etmenin etkinliğini değerlendirmede kullanılan yöntemler, prevalans ve insidans çalışmalarıdır. Tıbbi kayıt tutmanın iyi yapıldığı ülkelerde, IAD'nin önemli bir sorun olduğu ortaya konulmuştur (17). Ancak toplumda



IAD'nin insidansı ve prevalansı henüz az bilinmektedir (18). Birçok ülkede ise IAD'den etkilenen hasta sayısı bilinmemektedir. Bu durum, IAD'nin yeterince bilinmemesinden ve Evre I ve Evre II basınç ülserlerinden (BÜ) ayırt edilmesinin zor olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (17). Bills ve arkadaşlarının 2008 yılında ABD'de yaptıkları tanımlayıcı ve karşılaştırmalı çalışmada toplumda yaşayan yetişkinlerden üriner inkontinas, fekal inkontinans ya da üriner ve fekal inkontinansın birlikte olduğu grubun (n=188) % 50'sinde IAD olduğunu rapor etmişlerdir (19).

İnkontinans hastanede yatan hastalar açısından da önemli ve yaygın bir problemdir (20). Junkin ve arkadaşlarının 2005 yılında ABD'de üç tıp Merkezinin yoğun bakımları dahil olmak üzere, yetişkin akut bakım hastalarında yaptıkları pilot çalışmada, 24 saatlik zaman içerisinde üriner, fekal ve miks inkontinansın birlikte olduğu (n=198) hastalarda % 33 BÜ, % 27 IAD ve %18 mantar enfeksiyonu olmak üzere toplam % 54 (n=106) perineal bölgede cilt hasarı rapor edilmiştir (21). Yine benzer bir çalışma Gray ve arkadaşlarının 2013 yılında ABD'de 20 akut bakım ünitesinde IAD prevalansını ölçmek amacıyla prospektif, çok merkezli ve epidemiyolojik olarak yapılmıştır. 24 saatlik zaman içerisinde üriner, fekal ve miks inkontinansın birlikte olduğu (n=791) hastalarda % 16 (n=129) perineal cilt hasarı ve % 23.3 (n=184) IAD tesbit edilmiştir (22). Akut bakım ünitelerinde yapılmış olan her iki çalışmadan elde edilen sonuçların uyumlu olduğu görülmektedir.

Arnold-Long 2008 yılında ABD'de uzun süreli akut bakım ünitesinde prospektif olarak 12 hafta süresinde yaptığı çalışmada (n=171) IAD prevalansını % 22.8, IAD insidansını ise yaklaşık 6.5 gün hastanede yatış süresi içerisinde 10 yeni vaka gelişmesi üzerine % 7.6 olarak rapor etmiştir (23).

Driver 2007 yılında, ABD'de cerrahi sonrası kalp ve beyin cerrahi hastaları ile sepsis ve solunum desteği olan yoğun bakım hastalarının dahil edildiği iki aşamalı çalışmada, önleyici cilt bakım uygulamaları kullanılan hastalardan (n=171) fekal inkontinansı olan 16 hastanın 3'ünde (%19) IAD tesbit etmiştir. Aynı çalışmada önleyici cilt bakım uygulamaları kullanılmayan hastalardan (n=131) fekal inkontinansı olan 16 hastanın 8'inde ise (%50) IAD geliştiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada yoğun bakım hastalarında IAD prevalansının yüksek olduğu ve önleyici cilt

bakım uygulamaları kullanılmayan hastalarda IAD prevalansının %36-50 olduğu tahmin edilmiştir (20).

Gray ve arkadaşları morbitide oranının, fekal inkontinans yüksekliği ile ilişkili olduğunu ve fekal inkontinansı olan üç hastadan birinde IAD geliştiğini belirtmişlerdir (24). Borchert ve arkadaşları geçerli değerlendirme araçlarının yokluğu nedeniyle IAD prevalansının olduğundan daha düşük gösterildiği riskine dikkat çekmişlerdir. Bu gerçeğe rağmen mevcut veriler, IAD'nin yaygın bir sorun olduğunu göstermektedir (25).

IAD tek başına sorun olmasının yanısıra BÜ gelişmesi ile de ilişkili görölmektedir. Beeckman ve arkadaşlarının 2013 yılında Belçika'da 58 çalışmayı kapsayan sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında; çalışmalardaki yöntemsel sorunlar ve sonuçların heterojenliğine rağmen IAD ve BÜ arasında ilişkiyi saptamışlardır. Bu çalışmada, IAD'nin BÜ oluşumunda en önemli risk faktörü olduğu belirtilmiştir (17).

Kimberly ve arkadaşlarının 2015 yılında ABD'de iki nöroloji yoğun bakım ünitesinde yaptıkları tanımlayıcı, prospektif ve kalite geliştirme çalışmasında; personel eğitimi, temizleyici, nemlendirici ve bariyer ürün kullanmanın IAD ve nozokomiyal BÜ gelişimindeki rolünü karşılaştırmışlardır. İki aşamalı yürütölen bu çalışmanın birinci aşamasında, çalışmaya dahil edilen ve inkontinansı olan (n=17) hastaların 5'inde IAD ve bu hastalarında tamamında Nozokomiyal 2.Evre BÜ geliştiği belirtilmiştir. Ortalama hastane yatış süresinin 7 gün olduğu bu çalışmada, inkontinansı olan tüm hastalarda IAD görölme sıklığı %29.4, IAD gelişen hastalarda Nozokomiyal BÜ görölme sıklığı %100 olarak bildirilmiştir. Çalışmanın ikinci aşamasında, çalışmaya dahil edilen ve inkontinansı olan (n=25) hastada, personel eğitimi, temizleyici, nemlendirici ve bariyer ürün kullanımı gibi girişimlerle ortalama 7.3 gün hastane yatış süresi boyunca hiçbir hastada IAD ve Nozokomiyal BÜ gelişmediği saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları, personel eğitimi ve inkontinans bakımının IAD ve Nozokomiyal BÜ gelişmesini azaltmaya yardımcı olacağını göstermiştir (26).

IAD sağlık bakım hizmetlerinin maliyetini artıran bir sorun olmasına rağmen gerçek maliyetini tahmin etmek gctr. Çünkü ilgili maliyetleri B'nin önlenmesi ve yönetimi maliyetlerinden ayırt etmek kolay değildir (27). Bu bağlamda IAD'nin ve kısmi kalınlıktaki B'nin ayırt edilmesi önemlidir. Dolayısıyla sağlık kurumlarında, doğru tanılama, uygun tedavinin düzenlenmesi, cilt değerlendirmesi ve bakımı, IAD ve B'lerini diğer cilt yaralanmalarından ayırılabilmesi açısından eğitimi uzman personelin veri toplamak üzere görevlendirilmesi gereklidir (7). Yanlış değerlendirmeler uygun olmayan tedavi ve bakım girişimlerine, hastanede yatış süresinin uzamasına ve yüksek maliyetlere yol açabilir (13).

Bale ve arkadaşlarının 2004 yılında ABD' de rastgele seçilmiş iki huzurevinde (n=164) durulama gerektirmeyen deri temizleyici, koruyucu krem ve bariyer kremden oluşan cilt bakım protokolünün personel zamanı ve ilgili maliyetlere etkisini belirledikleri çalışmada, protokol uygulamasından sonra IAD gelişiminin anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Bu protokol, hasta başına ortalama 4.2 dakika zaman tasarrufu sağlamıştır. Uygulanan yeni bakım protokolü deri bakımı yaparken harcanan süreyi kısaltarak, personel zamanından hasta başına günde 34.17 dakika tasarruf sağlamıştır. Personel maliyetlerinde ise; hasta başına günde ortalama nitelikli personel için 8.83  (13.75\$ ), vasıfsız personel için 3.43  (5.33 \$) tasarruf sağlandığı saptanmıştır (28).

Lewis-Byers ve Thayer'ın 2002 yılında ABD'de, rasgele seçilmiş (n=32) huzurevi sakini ile yürüttükleri randomize kontrollü çalışmada, cilt bakım protokolü uygulanmasının, cilt durumu, personel ve ürün maliyeti üzerindeki etkisini belirlemişlerdir. Bu çalışmada; su, sabun ve bir nemlendirici kullanılarak oluşturulan rastgele bir standart cilt bakım protokolü ile deri temizleyici ve dayanıklı koruyucu krem kullanılarak yapılan yeni bir cilt bakım protokolü karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, standart cilt bakım protokolü ile yapılan cilt bakımının, deri temizleyici ve dayanıklı koruyucu krem kullanılarak yapılan cilt bakım protokolüne kıyasla daha az etkili ve daha fazla zaman alıcı olduğunu göstermiştir. Perineal cilt bakımı için gereken personel zamanının ciddi ölçüde azaldığı rapor edildiği bu çalışmada, günlük ortalama azalan zamanın 79/dk olduğu belirtilmiştir (29).

Bliss ve arkadaşlarının 2005 yılında, ABD’de rasgele seçilmiş 4 bölgede bulunan 16 huzurevinde (n=1918), IAD’yi önlemek için yaptıkları yarı deneysel çalışmada, dört cilt bakım ürününün ekonomik analizini yapmışlardır. Bu ürünler; haftada üç kez uygulanan akrilat polimer bazlı bariyer film, her inkontinans epizodundan sonra uygulanan %43 petrolatum bazlı bir merhem, her inkontinans epizodundan sonra uygulanan %12 çinko oksid ve %1 dimetikon içeren krem ve her inkontinans epizodundan sonra uygulanan %98 petrolatum içeren merhemdir. Bu ürünlerin tüm masrafları (mesai, ürün ve tedarik) karşılaştırıldığında, ortalama tedavi maliyeti haftada üç kez uygulanan akrilat polimer bazlı bariyer film için 0.89\$, inkontinans epizodundan sonra uygulanan %43 petrolatum bazlı merhem için 1.74\$ olarak saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları, cilt bakım ürünlerinin seçiminde maliyet faktörünün de dikkate alınmasını gerekliliğini göstermiştir (30).

Yukarıda verilen literatürden de anlaşılacağı üzere IAD bireyin sağlığını ve yaşam kalitesini etkilemesinin yanısıra para, zaman ve işgücü kayıplarına da yol açmaktadır. IAD aynı zamanda hemşirelik bakımının kalite göstergesi olarak ele alınan BÜ gelişmesine yol açan ana risk faktörlerinden biridir (17). Hastane kaynaklı IAD’ nin azaltılması, hastane kaynaklı BÜ ve bununla ilişkili maliyetleri de potansiyel olarak azaltabilir (17, 31). Bu durumda IAD’ nin önlenmesi ve yönetimi daha da önem kazanmaktadır.

Doku bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesi özerk hemşirelik girişimleri ile sağlanabilmektedir. Bunun için temel hemşirelik eğitiminden başlamak üzere hemşirelerin doku bütünlüğünün sürdürülmesine ilişkin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları beklenmektedir. Hemşirelikte Ulusal Çekirdek Eğitim Programı’nda (HUCEP) ulusal çerçevede hemşirelik eğitim programının minimum standartlarını belirleyerek, ülke genelinde hemşirelik lisans eğitiminde standardizasyonu sağlamak için genel bir çerçeve/ulusal bir çerçeve sunulmaktadır (32).

HUCEP’de deri sağlığı ve hemşirelik bakımı konusu incelendiğinde; **‘Hemşirelik Tanımları’** başlığı altında, ‘deri bütünlüğünde bozulma’, ‘deri bütünlüğünde bozulma riski’, ‘doku perfüzyonunda bozulma’ ve ‘doku perfüzyonu bozulma riski’ yer almaktadır. Aynı programda **‘Temel Hemşirelik Uygulamaları ve**

**İlgili Beceriler'** başlığı altında, 'basınç yarasını önleme', 'deri ve mukoza bütünlüğünü koruma ile perine bakımı verme' konuları yer almaktadır. Bu programdaki meslek derslerine ilişkin konular, içerik ve hedefler bölümünde ise 'deri sağlığı ve hastalıklarında hemşirelik bakımı, doku zedelenmesi, yara ve bakımı' konuları bulunmaktadır (32).

Bu başlıklardan temel hemşirelik programının IAD içeriği açısından yeterli olmadığı kolayca anlaşılabilir. Diğer taraftan eski bir olgu olmasına rağmen IAD'ye ilişkin çalışmalar da çok yeni ve az sayıdadır. Özellikle de IAD'nin önlenmesi ve tedavisi konusunda hemem hemen hiç Türkçe literatür bulunmamaktadır. Oysa ki IAD, yoğun bakım ve kritik bakım gerektiren birçok hasta grubunda karşılaşılan yaygın, ağrılı ve yıpratıcı bir sorundur. O halde akla gelen en temel soru, bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde önemli olumsuz bir etkiye sahip olan IAD, hemşireler tarafından hangi girişimler ile önlenmekte ya da tedavi edilmektedir? Çünkü IAD, zamanında ve doğru hemşirelik girişimleri ve hastanın durumuna en uygun ürünlerin kullanılması ile önlenebilen bir sorundur (33).

IAD'nin önlenmesi ve tedavisi, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri açısından yasal ve etik bir zorunluluktur (18). Kanıta dayalı bir hemşirelik bakımı hastanın deneyimlerini, klinik sonuçlarını ve yaşam kalitesini artırabilir (34). Literatürde IAD konusundaki çalışmalar sınırlı olup, Türkiye'de hemşirelerin IAD konusundaki bilgi düzeylerini değerlendiren bir araştırmaya rastlanamamıştır. Araştırmadan elde edilecek sonuçların, ilgili ulusal ve uluslararası literatüre, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarına ve kurumların IAD'nin önleme ve tedaviye ilişkin protokollerinin geliştirilmesinde katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) çalışan hemşirelerin IAD'ye ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

### 1.3. Araştırma Soruları

1. Hemşirelerin IAD'ye ilişkin bilgi düzeyleri nedir?
2. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı yoğun bakım nitesi, hemşirelikte hizmet süresi, çalışılan yoğun bakımdaki hizmet süresi vb.) göre IAD'ye ilişkin bilgi puanları arasında fark var mıdır?.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Deri

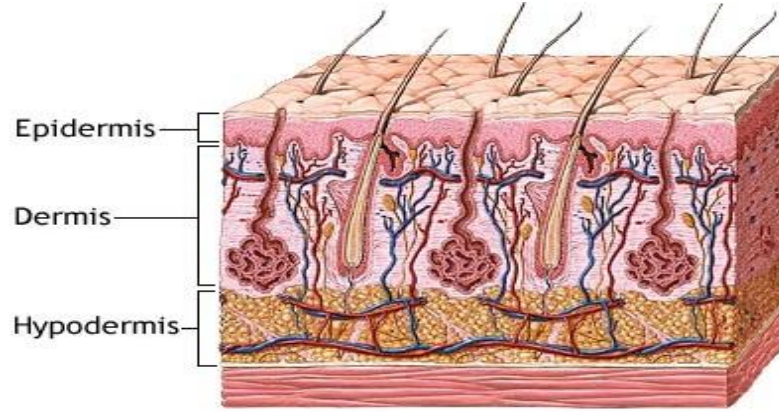
Deri, insan vücudunun en geniş organı olup, yetişkin bir bireyin toplam vücut ağırlığının % 15'ini oluşturmaktadır (1, 2). Deri, vücudun tamamını çepeçevre sararak, dış ve mekanik etkenlerden korur. Deri, kulaklar, gözler, burun, rektum gibi vücut boşluklarında ise, mukoza ile devam eder ve bu mukoza boşluklarını astar gibi sarar. Derinin dış dünya ile temas eden yerleri ise, sertleşerek bir bariyer oluşturur (35). Derinin kalınlığı vücudun çeşitli yerlerine göre değişiklik gösterir. Kulak lobunda en ince (0.5 mm) iken, avuç içi ve ayak tabanında en kalındır (1.5 mm). Yüzey alanı kişiye göre değişmekle birlikte ortalama 1.5-2.5 m<sup>2</sup> alana sahiptir (3).

Deri, vücudun en aktif organlarından birisidir. Duyu sinirlerinin birçoğu deride sonlandığından çeşitli duyuları (ağrı, dokunma, basınç vb.) alır, salgı yapar, vücut ısısının düzenlenmesinde görev yapar, iç organları yaralanmalardan korur ve mikroorganizmaların iç organlara girişini engeller. Deri, mikroorganizmalara karşı da vücudun birinci savunma hattını oluşturur (35).

#### Derinin yapısı

Embriyonel hayatta ektoderm ve mezodermden köken alan deri başlıca üç tabakadan oluşur.

- Epidermis
- Dermis
- Subkutan Doku ( Hipodermis) (35, 36), (Şekil 2.1).

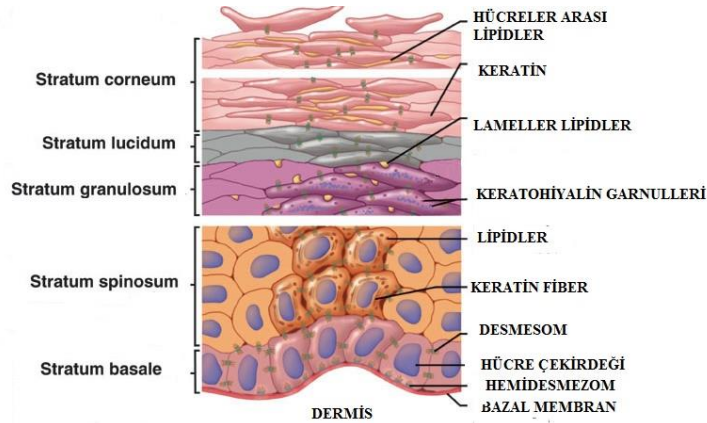


Şekil 2.1. Derinin katmanları (36)

## Epidermis

Derinin en dışta bulunan tabakasıdır. Kıl folikülleri ve ter bezlerinin kanalları epidermisten geçer. Epidermiste kan damarları ve sinirler yoktur. Epidermis kendisinden sonra gelen dokulara koruyucu görev yapar (örn: mekanik ya da kimyasal yaralanmalara karşı) (Şekil 2.2). Epidermis vücudun değişik bölgelerinde çeşitli kalınlıkta bulunur ve 5 tabakadan oluşmaktadır. Bu tabakalara dıştan içe doğru bakıldığında;

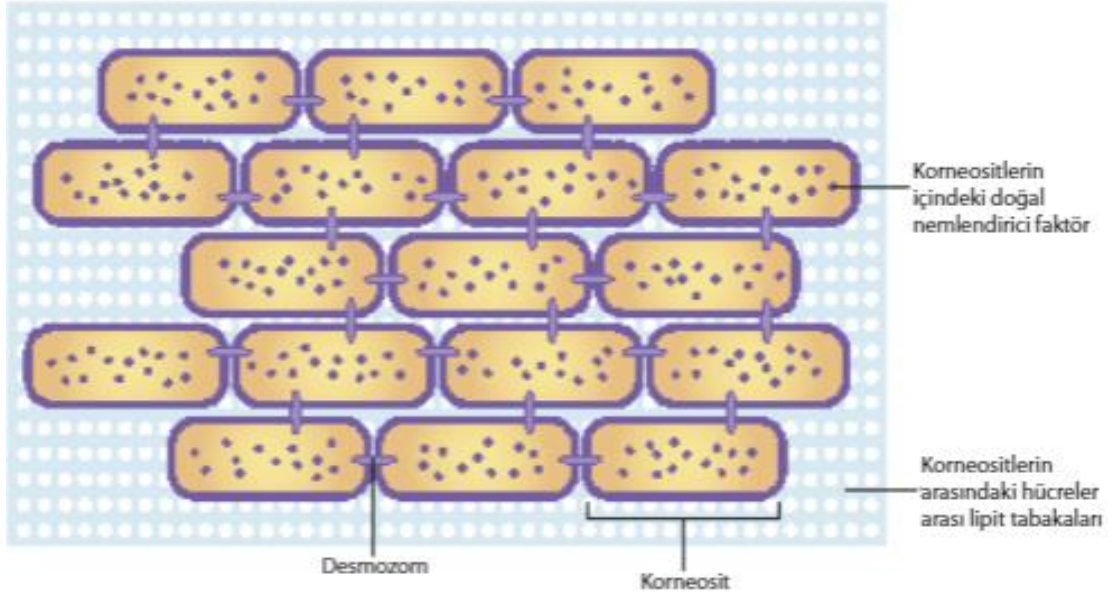
- Stratum Korneum
- Stratum Lusidum
- Stratum Granülozom
- Stratum Spinazum
- Germinatif ( bazal) tabaka (35, 36).



Şekil 2.2. Epiderminin tabakaları (36)



Derinin ana bariyeri, en dış tabakası olan Stratum Korneum'da yer alır. Stratum korneum, derinin bölgesine bağlı olarak, korneosit denilen düzleşmiş deri hücrelerinin 15-20 tabakasından oluşur (37). Bu tabakaları, epidermisdeki keratinositler oluşturur. Stratum korneum sürekli yenilenir; stratum korneum'daki korneositlerin üst tabakası döküldükçe, deri bariyerinin bütünlüğünü korumak üzere altta yeni bir korneosit tabakası gelişir (38). Korneosit tabakaları, bir duvardaki tuğla ve harca benzer bir düzende lipitler içine gömülüdür (Şekil 2.3). Korneositler ayrıca, desmozom olarak bilinen protein bağlantıları ile birbirine bağlanır. Bunlar, stratum korneumun matris yapısına stabilite katar (37). Bütün bu yapı, stratum korneumun içine ve dışına su hareketini düzenlemede (etkili deri fonksiyonu için yeterli hidrasyonun sağlanması, ancak aşırı hidrasyonun önlenmesinde) önemlidir (39). Korneositler, hep birlikte doğal nemlendirici faktör (NMF) olarak bilinen çeşitli proteinler, şekerler ve diğer maddeleri içerir. NMF, etkili ve esnek bir bariyeri idame ettirmek için bütün yapıyı hidrate etmeye yardımcı olur (40, 41).



**Şekil 2.3.** Stratum korneumun yapısının modeli (38)

Sağlıklı deri yüzeyi, 4-6 arasında pH değeri ile asidiktir. pH, derinin bariyer fonksiyonunda temel bir rol oynar (asit mantosu) ve deri üzerinde yerleşik bakterilerin (deri florası) düzenlenmesine yardımcı olur. Bununla birlikte, asidik bir pH, optimum stratum korneum kohezyonu ve bariyer fonksiyonun sağlanmasında ilave role sahiptir (42).

## **Dermis**

Dermis, derinin esas kitlesini oluşturan ikinci tabakasıdır. Epidermin altında kan damarları, sinirler, ter ve yağ bezleri, kıl ve kıl köklerinden oluşan bir bölümdür. Majör proteinler olan kollajen (gerilme gücü) ve elastini (elastikiyet) içerir. Kollajen ve elastin fibroblastlar tarafından sentezlenir. Avuç içi ve ayak tabanında kalın, göz kapakları, kulak zarı, skrotum ve peniste incedir (35).

## **Subkutan Doku (Hipodermis)**

Dermisin altında derinin en alt tabasını oluşturan subkutan doku yer alır. Bu doku gevşek bir doku olup, yağ tabakası, kaslar, damarlar ve sinirlerden oluşur. Subkutan doku en çok yağ dokusu (adipoz) içerir. Deri, kas ve kemik arasında yastık görevi yapar (35).

## **2.2. İnkontinans Alakalı Dermatit**

IAD; perineal ve perigenital bölgede idrar ve dışkı temasına bağlı olarak gelişen deri enflamasyonu olarak tanımlanmaktadır. IAD, üriner ve/veya dışkı inkontinansı olan hastalarda görülen irritan kontakt dermatitin (deri enflamasyonu) bir türüdür. IAD, önemli ölçüde rahatsızlığa neden olmakla birlikte tedavisi zor, pahalı ve zaman alıcıdır (38). IAD dünyada önemli bir sağlık sorunu olup, basınç ülseri gelişimi için de önemli bir risk faktörüdür.

IAD için bebek bezi/ peçete/ alt bezi dermatiti, bebek bezi/ peçete / alt bezi döküntüsü, irritan dermatit, ıslak lezyonlar, perineal döküntü, perineal dermatit gibi isimler kullanılmaktadır. IAD, nem ile ilişkili deri hasarı (Moisture-associated skin damage- MASD) olarak isimlendirilen geniş bir deri hastalıkları grubuna dahil edilmekle birlikte, IAD teriminin kullanılması tercih edilmektedir. Bu durumun nedeni, terimin inkontinans sebebiyle doğrudan idrar ve dışkı ile temastan kaynaklanan deri problemlerini, diğer deri hastalıklarından ayırt etmesi, sadece perine bölgesi değil perineal ve perigenital bölgeyi içine alan daha geniş bir alanı içermesi ve her yaşta insanı etkilemesi olarak kabul edilmektedir (38). Dünya Sağlık Örgütü'nün

Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının mevcut versiyonu (1994 yılından itibaren kullanımda olan ICD-10) bebek bezi dermatiti için kodlama içermekte ancak IAD için ayrı bir kodlama içermemektedir (38).

Araştırmacılar ve klinisyenler IAD'yi deri yüzeyinde görülen kızarıklık, ödem ve eksüda içeren veziküller şeklinde tanımlamaktadır. İleri safhalarda ve ciddi vakalarda ise, yüzeysel katmanların erozyonu görülmektedir (7).

İAD, açık tenli bireylerde başlangıçta, pembeden kırmızıya değişebilen eritem olarak görülmektedir. Koyu tenli bireylerde ise deri daha solgun, daha koyu, mor, koyu kırmızı veya sarıdır. Etkilenen bölge genellikle sınırları belli olmayan kenarlara sahiptir ve geniş alanda ise, bölge yamalı görünümde olabilmektedir (38, 43).

Altta yatan inflamasyondan dolayı, deri bütünlüğünün bozulmadığı İAD alanları, etkilenmemiş çevre deriye kıyasla daha sıcak ve sert hissedilebilmektedir. Veziküller veya büller, papüller veya püstülleri içeren lezyonlar görülebilmektedir. Epidermis, değişen derinliklerde zedelenmiş olmakla birlikte, bazı olgularda bütün epidermis aşınarak, nemli, akıntılı dermis açığa çıkmaktadır (38).

İAD hastaları, etkilenen bölgelerde rahatsızlık, ağrı, yanma, kaşıntı veya karıncalanma hisseder ve epidermis sağlam olduğunda bile ağrı yaşanabilir. İAD gelişen hastalar, ikincil deri enfeksiyonlarına duyarlı olup, bu hastalarda kandidiyazis en yaygın olarak görülen İAD ile ilişkili ikincil enfeksiyonlardandır (38, 44). İAD hastalarının %32'sinde, fungal enfeksiyonun görüldüğü belirlenmiştir (45). Kandidiazis, makulopapuler kızarıklık ve satellite lezyon ile karakterize olup, IAD'nin en yaygın komplikasyonudur. Corynebacterium adı verilen bakteriden kaynaklanan bir deri enfeksiyonu olan Erythrasma'da, gözlenen bir diğer potansiyel komplikasyondur. Ama bu komplikasyonun IAD'si olan hastalarda ne kadar sık görüldüğüne ilişkin bir çalışma bulunmamaktadır (7).

İAD'den etkilenen bölge, idrar ve/veya feçes ile temas derecesine bağlı olarak perinede geniş bir alanı içerebilmektedir. Üriner inkontinansta İAD, kadınlarda labia major kıvrımlarını ya da erkeklerde skrotum ve kasık kıvrımlarını etkileyebilmektedir.

Ayrıca bazı olgularda alt karın, anterior ve medial uyluklara kadar uzanabilmektedir. Fekal inkontinans ile ilişkili İAD, perianal bölgeden başlar. Çoğunlukla gluteal kıvrım ve kalçaları etkiler ve yukarı doğru, sakrokoksigeal bölgeye ve geriye aşağı doğru, uyluklara kadar uzanabilmektedir (38, 44), (Şekil 2.4).



**Şekil 2.4.** İAD'den etkilenen deri bölgeleri (38)

Her ne kadar İAD yaygın bir sağlık sorunu olsa da literatür incelendiğinde İAD insidansına ve prevalansına ilişkin sınırlı sayıda çalışma olduğu, birçok ülkede, İAD'den etkilenenlerin oranlarının kesin olarak bilinmediği, ayrıca insidans ve prevalans oranlarının geniş bir aralıkta yer aldığı dikkati çekmektedir. Bu durumun sebepleri olarak; İAD'nin tanınmasının ve Evre I ve II BÜ'den ayırt edilmesinin zor olması, İAD verilerinin toplanması için uluslararası geçerliliği olan ve kabul edilmiş bir yöntemin bulunmaması, İAD tanısı için yaygın olarak kabul edilen klinik kriterlerin yokluğu gösterilmektedir. Literatürde İAD prevalansı %5,6–%50; insidansı %3,4–%25 arasında değişmektedir (38, 44, 46, 47, 48, 49).

İAD'nin önlenmesi ve yönetiminin maliyetlerinin tahmin edilmesi oldukça karmaşıktır. Çünkü ilgili maliyetleri, inkontinans yönetimi maliyetlerinden ve basınç ülserinin önlenmesi ve yönetiminin maliyetlerinden ayırt etmek zor olabilmektedir. İAD'nin önlenmesi ve yönetimine ilişkin maliyetleri önemli ölçüde klinisyen ve bakıcı zamanı oluşturmaktadır. Herhangi bir maliyet analiz yapıldığında; çarşaf değiştirme maliyeti, çamaşırhane hizmetlerinin maliyeti, önlük, eldiven, deri temizleyiciler ve

koruyucular ile kirli malzemelerin imhası gibi maliyetler dikkate alınmalıdır. Hastane kaynaklı İAD'nin azaltılması, hastane kaynaklı basınç ülserlerini ve bunlarla ilgili maliyetleri potansiyel olarak azaltabilmektedir (38).

### **2.2.1. İnkontinans Alakalı Dermatitin Fizyopatolojisi**

İAD'ye ilişkin sınırlı sayıda çalışma olması fizyopatolojisinin tam olarak anlaşılmasını etkilemektedir. Kanıta dayalı rehberler incelendiğinde; derinin aşırı hidrasyonu ve pH'daki artış etkili olan anahtar mekanizmalar olarak belirtilmektedir (7, 38, 43, 50). İnkontinansda idrar ve/veya feçesten korneositlerin içine su çekilir ve burada tutulur. Bu aşırı hidrasyon, şişliğe ve stratum korneumun yapısının bozulmasına neden olur ve deride gözle görülür değişikliklere (örn. maserasyon) yol açar. Aşırı hidrasyonun bir sonucu olarak, iritanlar daha kolaylıkla stratum korneuma nüfuz ederek, enflamasyonun alevlenmesine yol açabilir. Deri aşırı hidrate olduğunda, epidermis, giysiler, inkontinans petleri veya yatak çarşafı ile temasın neden olduğu sürtünmeden kaynaklanan yaralanmaya daha eğilimli olur (7, 38).

Derinin normal pH değeri, kişiden kişiye değişmekle birlikte ortalama 4- 6 arasında olup asidiktir. İdrar ve/veya feçese maruz kalan deri, daha alkali hale gelir. Bunun nedeni, derideki bakterilerin üreyi (idrarda bulunan protein metabolizmasının bir ürünü) alkali olan amonyağa dönüştürmesidir. Deri pH'sındaki bu artış mikroorganizmaların yerleşmesine ve deri enfeksiyonu riskinin arttırmasına olanak sağlamaktadır. Feçes, stratum korneuma zarar verebilecek olan lipolitik (lipit sindirici) ve proteolitik (protein sindirici) enzimleri içerir. Sıvı feçesin katı feçese kıyasla daha zararlı olduğu gözlenmiştir. Çünkü sıvı feçes, en yüksek düzeyde sindirim enzimleri içermektedir (7, 38, 44). Enzimler ayrıca, üre üzerine etki ederek amonyak üretimine yol açabilir, bu da üriner inkontinansda görülen pH değerini daha da arttırabilir. Enzimler yüksek pH değerinde daha aktiftir, bu nedenle deri hasarı riski, alkali değişiklikleriyle birlikte artar. Bu durumda, deri üzerinde idrar ve feçesin bir arada bulunduğu miks inkontinans, tek başına idrar ya da dışkıya kıyasla daha iritan olmaktadır (7, 38, 44).

İdrar veya feçes ile atılan bazı ilaçların (örn. steroidler, kemoterapötik ajanlar veya metabolitleri) İAD gelişiminde rol oynayabileceği düşünülmektedir. Antibiyotik kullanımının İAD için istatistiksel olarak anlamlı bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (38, 51).

İAD gelişimine katkıda bulunan diğer faktörler:

- ✓ İnkontinans ürünlerinin yeterince sık değiştirilmemesi nedeniyle idrar ve feçese uzun süreli maruz kalma,
- ✓ Kalın oklüzif deri koruyucu ürünlerin, emici inkontinans ürünlerinin sıvı alımını sınırlandırarak stratum korneumun aşırı hidrasyonuna neden olması,
- ✓ Su ve sabunla sık sık deri temizlemenin, korneositlere hasar vermesi, lipitleri gidererek, kuruluğu artırması ve sürtünme yaratması nedeniyle derinin bariyer fonksiyonuna zarar vermesi,
- ✓ Agresif temizleme tekniğinin (örn. normal banyo lifi kullanarak) sürtünme kuvvetini artırması ve deriyi aşındırması olarak sıralanabilir (7, 38, 50, 52).

### **2.2.2. İnkontinans Alakalı Dermatit Riski Olan Hastaların Belirlenmesi**

İAD'nin gelişmesinde birçok risk faktörü ve bu faktörler arasındaki etkileşimler rol oynamaktadır.

İAD için temel risk faktörleri;

- İnkontinans tipi
  - Fekal inkontinans
  - İkili inkontinans
  - Üriner inkontinans
- Sık inkontinans epizotları
- Oklüzif toplama ürünlerinin kullanımı
- Sağlıksız deri durumu (Örn. Yaşlanma, steroid kullanımı, diyabet)

- Hareketlilikte bozulma
- Bilinç durumunda değişim
- Kişisel hijyeni sağlayamama
- Ağrı
- Ateş
- İlaçlar (antibiyotikler, immünosupresifler)
- Kötü beslenme alışkanlıkları
- Kritik hastalıklar

İleri yaşlarda inkontinans prevalansı daha yüksek olmakla birlikte, İAD için yaşın bağımsız bir risk faktörü olduğu düşünülmemektedir (38).

### **2.2.3. İnkontinans Alakalı Dermatitin Değerlendirilmesi**

İAD'nin doğru değerlendirilmesi temel olarak klinik gözlem ve hasta hikayesine dayanır. İAD'nin değerlendirmesinde ve tanısında yardımcı olacak teknoloji tam anlamıyla mevcut değildir. Derinin bariyer fonksiyonunu ölçmek için, transepidermal su kaybı (TESK) olarak bilinen, deri yoluyla pasif su kaybı ölçümü kullanılmaktadır. Genel olarak, TESK'de bir artış deri bariyer fonksiyonunun bozulduğunun göstergesidir. Ancak, klinikte TESK ölçümlerinin kullanımı karmaşıktır ve yorumlanması zordur. Tanıya yardımcı olmak üzere bu tekniğin uyarlamaları geliştirilebilmişse de, standart klinik değerlendirmeye kıyasla avantajları tam olarak bilinmemektedir (7, 38, 50).

Üriner ve/veya fekal inkontinansı olan hastaların, İAD belirtileri açısından günde en az bir kez ve inkontinans epizotlarının sayısına bağlı olarak daha sık, düzenli olarak deri değerlendirilmesi yapılmalıdır. Perine, perigenital bölgeler, kalçalar, gluteal kıvrım, uyluklar, bel, alt karın ve deri kıvrımları; maserasyon, eritem, lezyonların varlığı (veziküller, papüller, püstüller, vb.). erozyon veya denudasyon, fungal veya bakteriyel deri enfeksiyonu belirtileri açısından gözlenmelidir (7, 38, 50, 52).

İAD değerlendirmesi için birkaç araç geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları geçerlilik açısından incelenmişse de, günlük uygulamadaki kullanımları klinik karar vermeyi ve bakımı iyileştirdiğine ilişkin yeterli kanıt olmaması nedeniyle hala sınırlıdır (7, 38, 50, 52).

Bu araçlardan bazıları şunlardır:

Perirektal Cilt Değerlendirme Aracı (Perirectal Skin Assessment Tool [PSA] ): Brown ve Sears tarafından, 1993 yılında, kanser tedavisi alan hastalarda perirektal bölgedeki derinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. PSA, deri bütünlüğünde bozulma yok, inflamasyonsuz hafif eritem, inflamasyonlu orta derecede eritem, büll veya veziküller ile şiddetli eritem ve ülserasyon olmak üzere 5 bölümden oluşmaktadır. Gözlemciler arası güvenilirliği %87'dir (53). Araca ilişkin geçerlilik çalışmasının eksikliği ve perirektal bölge ile sınırlı olması gibi eleştiriler belirtilmektedir (7, 50).

Deri Değerlendirme Aracı (Skin Assessment Tool [SAT]): Junkin ve Selekof'un bildirdiğine göre; Kenndy ve Lutz tarafından, 1996 yılında geliştirilmiştir. Deri bütünlüğünde bozulma, kızarıklık ve erozyon olmak üzere 3 kategoriden oluşmaktadır. Her bir kategori için alt puanlamalar mevcuttur. Alt boyutların toplam skoru İAD şiddetinin derecesini belirlemektedir (54).

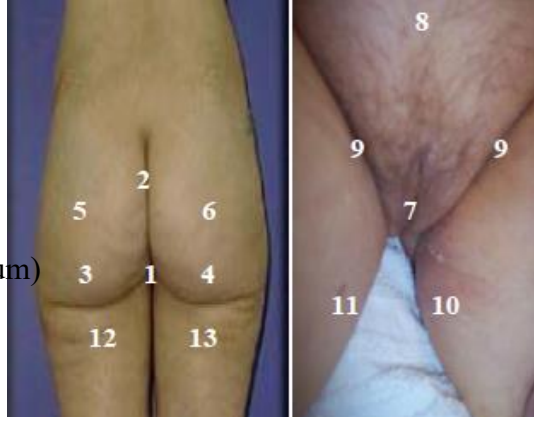
İnkontinans Alakalı Dermatit ve Şiddeti Aracı (The Incontinence- Associated Dermatitis and its Severity Instrument): İAD'nin tanılanması için Borchert, Bliss, Savik ve Radosevich tarafından, 2010 yılında geliştirilmiştir. Uzman görüşü alınarak kapsam geçerliliği yapılmış, güvenilirlik için sınıf içi korelasyon kat sayısı 0.98 bulunmuştur. İAD bulunan 13 bölge, kızarıklık, döküntü ve deri kaybı açısından puan verilerek toplam skor hesaplanmaktadır. Olası puan aralığı 0-52 olarak belirlenmektedir ve iyileşme oldukça toplam puan azalmaktadır (25), (Şekil 2.5).



## BÖLGE

İnkontinansa bağlı dermatit görülebilen 13 vücut bölgesi şu şekilde sıralanabilir:

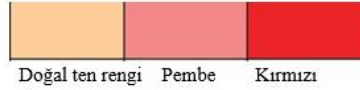
1. Perianal bölge
2. Kalçalar arasındaki kıvrım
3. Sol alt kalça
4. Sağ alt kalça
5. Sol üst kalça
6. Sağ üst kalça
7. Genital bölge (labia / skrotum)
8. Alt karın (suprapubik)
9. Kasık
10. Sol iç uyluk
11. Sağ iç uyluk
12. Sol arka uyluk
13. Sağ arka uyluk



### KIZARIKLIK

İnkontinansa bağlı dermatitte kızarıklık seçenekleri; doğal ten rengi (tende değişikliğin olmaması), pembe, kırmızı ve parlak kırmızıdır. İnkontinansa bağlı dermatitte parlak kırmızı deri hasarı koyu pigmentli deride morumsu görünümde olabilir.

#### Açık Renkli Deri



#### Kızarıklık Görüntüsü :

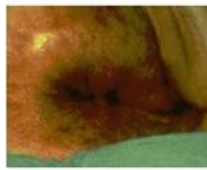


#### Koyu Renkli Deri

### DERİ KAYBI

Derinin ıslak görünümde olması ve üst tabakada doku kaybı (erozyon).

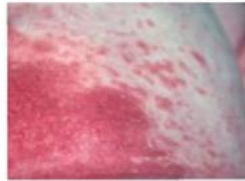
Var ya da Yok BÜ, İAD DEĞİL



### DÖKÜNTÜ

Çevresinde düzensiz ve kenarlara doğru azalan kırmızı noktaların bulunduğu kızarık alan.

Var ya da Yok



Şekil 2.5. İnkontinans alakalı dermatit ve şiddeti aracı (25)

Beeckman ve diğerleri (2015), İAD'nin sınıflanması için, bakımın yönlendirilmesinde deri hasarının düzeyi ve şiddetine dayanan basitleştirilmiş bir yaklaşımın benimsenmesini önermiş ve İAD şiddetini üç bölümde sınıflamışlardır (Tablo 2.1).

**Tablo 2.1.** İnkontinans Alakalı Dermatit'in Sınıflaması (38)

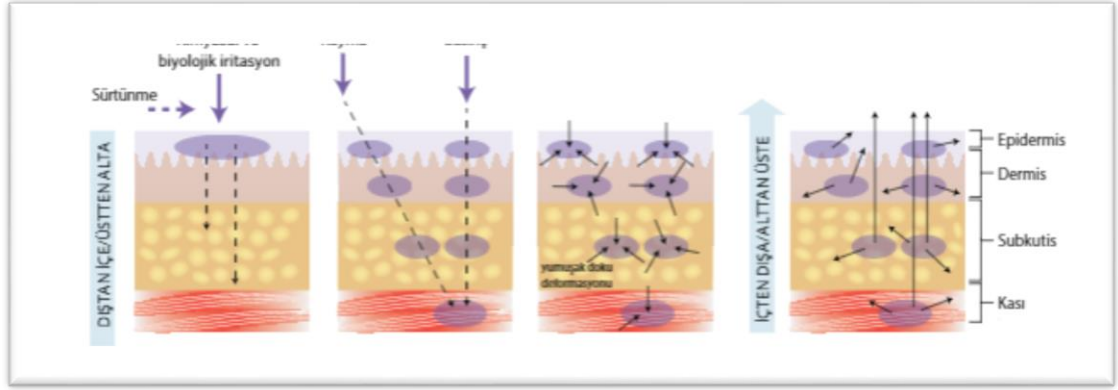
İAD Şiddeti	Belirtiler**
Kızarıklık yok ve deri bütünlüğü bozulmamış (risk altında)	Deri, vücudun geri kalanına kıyasla normaldir (İAD belirtisi yok)
Evre 1 – Kızarıklık* ancak deri sağlam (hafif)	Eritem +/- ödem
Evre 2 – Kızarıklık* ve deride bozulma var (orta şiddetli)	Eritem +/- ödem +/- veziküller/büller/deri erozyonu +/- deri denudasyonu +/- deri enfeksiyonu
* Ya da koyu tenli hastalarda daha soluk, daha koyu, mor, koyu kırmızı veya sarı ** Hastanın inkontinansı yoksa bu durum İAD değildir (Beeckman ve diğerleri, 2015)	

#### 2.2.4. İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Ülseri İlişkisi

IAD, dünyada önemli bir sağlık sorunu olup, basınç ülseri gelişimi için iyi bilinen bir risk faktörüdür (17). IAD ve BÜ birçok ortak risk faktörüne sahiptir. Her iki durumda sağlık durumu kötü ve hareketlilikle ilgili sorunları olan hastalarda görülmektedir (43).

Hastalarda IAD geliştiğinde, basınç ülseri gelişme riskinin artması ile birlikte, enfeksiyon ve morbidite riskinde de artış söz konusudur (54).

İAD ve BÜ farklı etiyolojilere sahiptir ancak bir arada bulunabilirler: İAD “yukarıdan aşağıya” bir zedelenmedir, yani hasar derinin yüzeyinde başlar, oysa basınç ülselerinin “aşağıdan yukarıya” zedelenmeler olduğuna belirtilmektedir, yani hasar, derinin altındaki ve içindeki yumuşak dokularda gerçekleşen değişiklikler tarafından başlatılır (38), (Şekil 2.6).



Şekil 2.6. İnkontinans alakalı dermatit ve basınç ülseri gelişiminde olası etki mekanizmaları (38)

Yüzeysel deri değişikliklerini derin BÜ'den ayırt etmek güçtür. Ancak tüm yüzeysel deri zedelenmeleri yalnızca basınç nedeniyle değil diğer etiyolojilere bağlı olarak da gelişebilmektedir. Yüzeysel deri değişikliklerine ağırlıklı olarak, deri yüzeyi üzerindeki sürtünme kuvvetleri neden olur. Literatür ayrıca, derinin mikroklima koşullarında meydana gelen, yüzeysel basınç ülseri riskini artırabilecek değişiklikleri de tanımlamaktadır (38).

Islak derinin daha yüksek sürtünme katsayısı gösterdiği ve idrar bileşenlerinin bu etkiyi şiddetlendirdiği kabul görmektedir. Bilgisayarlı modelleme kullanarak, deri destek sürtünme katsayısındaki artışın, derin dokularda makaslama ve basıncın etkisine karşı doku toleransını eşzamanlı olarak azalttığı gösterilmiştir. Bu da sonuçta BÜ oluşmasına neden olan yumuşak doku deformasyonunu artırır. Mekanik kuvvetlere ek olarak, inflamasyon, derinin BÜ'ye daha duyarlı hale getirilmesinde rol oynayabilir. Bu lezyonların aynı yerde ya da birbirine çok yakın oluşması sınıflandırmayı güçleştirir (38).

### 2.2.5. İnkontinans Alakalı Dermatit ile Basınç Ülserlerinin Ayırt Edilmesi

İAD 'yi doğru belirlemek ve basınç ülserlerinden (Evre I veya II) ve kontakt dermatit (örn. tekstil ürünleri veya deri ürünlerinden) gibi diğer deri sorunlarından ya da enfeksiyonlara bağlı (örn. herpes simplex) veya tere bağlı (örn. intertrigo) lezyonlardan ayırt etmek çoğu zaman zordur. Değerlendirmede, etiyoloji çok

önemlidir. Hastanın inkontinansı yoksa, bu durum İAD değildir. İAD'nin doğru değerlendirilmesi ve tanınması hastanın uygun önleyici bakım ve tedaviyi alması, dokümantasyonun doğru olması ve geri ödeme sistemleri için ödemenin kolaylaştırılması açısından önemlidir (7, 38, 50), (Tablo 2.2).

**Tablo 2.2.** İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Ülseri Arasındaki Farklar

Parametre	İAD	BÜ
Öykü	Üriner ve/veya fekal inkontinans	Basınca/makaslamaya maruz kalma
Semptomlar	Ağrı, yanma, kaşıntı, karıncalanma	Ağrı
Yeri	Perine, perigenital bölge; kalçalar; gluteal kıvrım; üst uyluğun medial ve posterior yönleri ve beli etkiler ve kemik çıkıntısına kadar uzanabilir.	Genellikle kemik çıkıntısı üzerinde veya bir tıbbi cihazın yeri ile ilişkili
Şekil/kenarlar	Etkilenen bölge, belirsiz kenarlarla dağınıktır/lekeli olabilir.	Belirgin kenarlar veya sınırlar.
Görünüm/derinlik	Eritemli sağlam deri (solan veya solmayan) +/- yüzeysel, kısmi kalınlıkta deri kaybı	Görünüm, solmayan eritemli bütünlüğü tam (intakt) deri ile tam kalınlıkta deri kaybı arasında değişir. Yaranın tabanı ölü doku içerebilir.
Diğer	Sekonder yüzeysel deri enfeksiyonu (Örn. kandidiyazis) bulunabilir.	Sekonder yumuşak doku enfeksiyonu bulunabilir.

### 2.2.6. İnkontinans Alakalı Dermatit'in Önlenmesi ve Yönetimi

İnkontinans alakalı dermatitin önlenmesi ve yönetimi inkontinansı olan tüm hastaları hedeflemelidir. İnkontinansı yönetmek ve yapılandırılmış bir deri bakımı uygulamak, inkontinans alakalı dermatitin önlenmesi ve yönetiminde anahtar girişimlerdir (38).

#### **İnkontinans Yönetimi**

İnkontinans etiolojisini belirlemek ve bakım planı oluşturmak üzere hastanın ayrıntılı değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın bakım ve tedavisi beslenme, sıvı yönetimi ve tuvalet teknikleri gibi girişimsel olmayan davranışsal adımlarla başlar (7). Hastaların sandalye kullandığı dönemlerde genel olarak, yetişkin külotları veya bezleri gibi emici inkontinans yönetim ürünlerini tercih edilmelidir. İAD hastalarında yeterli deri korumasına / iyileşmesine olanak sağlamak için idrar / feçesin geçici olarak deriden uzaklaştırılması gerekmektedir. Üriner inkontinansı olan hastalarda üriner kateter kullanımı gerekebilmekle birlikte, nozokomiyal enfeksiyon riski açısından son

tercih olarak görülmektedir. Sıvı feçes yönetimi, fekal yönetim sistemi (FYS ) ile sağlanabilir. FYS'nin kullanılmadığı durumlarda bir fekal torba ( ostomiler için kullanılan torbalara benzer ) kullanılabilir (38, 43).

### Yapılandırılmış Deri Bakım Uygulama

Yapılandırılmış bir deri bakımı iki anahtar girişimden oluşur:

- Deriyi temizleme
- Deriyi koruma

Hastalar deri üzerinde bırakılan uygun bir deri bakım ürünü kullanılarak derinin bariyer fonksiyonunu destekleyecek ve sürdüreceği bir 'onarım' olarak adlandırılan üçüncü bir aşamadan yarar görebilirler ( 7, 38, 50).

#### Deriyi temizleme

İnkontinans durumunda kullanılan deri temizleyiciler genelde '**perineal deri temizleyiciler**' olarak adlandırılırlar. Bu temizleyiciler, losyon veya sıvı çözeltiler şeklinde formüle edilmektedir. Sıvı temizleyiciler, sprey şişeleri içinde ambalajlanmış veya bir beze emdirilmiş formlarda olabilmektedir. Bunun yanında sıvıyı köpüğe dönüştüren bir konteyner olarak da ambalajlanabilirler. Birçok inkontinans deri temizleyiciler, halihazırda kullanım için tasarlanmış ve seyreltilmeden kullanılmalıdır (38, 50).

Deri temizleyiciler; yüzey gerilimi azaltan, kir ve debrisin deri üzerinde en az kuvvet uygulayarak giderilmesine olanak veren bileşikler (surfaktan ) içermektedirler. Kimyasal yapılarına göre farklı surfaktan kategorileri bulunmaktadır ve deri temizleyiciler çoğunlukla birden fazla surfaktan içermektedir. Deri temizleyiciler için, yüksüz yani iyonik olmayan surfaktanlar tercih edilmektedir (38, 50).

İrritanları uzaklaştırmak için derinin temizlenmesi kritik önem taşımaktadır. Geleneksel olarak, inkontinans epizotundan sonra idrar, feçes ve diğer kirleri deriden uzaklaştırmak için standart sabun, su ve normal bir temizleme bezi kullanılmıştır.

Ancak, standart sabun alkalidir ve deri pH'sını değiştirerek korneositlere saldırđı ve potansiyel olarak derinin bariyer fonksiyonuna zarar verdiği gösterilmiştir. Normal lifin kaba dokusu sürtünme hasarına neden olarak derinin bariyer fonksiyonunu daha da bozabilmektedir. Tek başına yapılan su uygulaması ise, TESK'deki artışla birlikte derinin bariyer sağlığını olumsuz etkilemektedir. Normal deri pH' sına benzer bir pH aralığında olan bir deri temizleyici, geleneksel sabuna tercih edilmelidir.

Deri temizleyicilerin bulunmadığı durumlarda, asgari standart olarak yumuşak bir sabun ve su ile temizlik önerilebilmektedir (38).

Birçok deri temizleyici '**durulama gerektirmez**', uygulama sonrasında da deride kalabilir ve hızlı bir şekilde kuruyarak, elle kurutmanın neden olduğu sürtünmeyi ortadan kaldırır. İnkontinans yönetiminde uygun durulamasız temizleyicilerin kullanılması önerilmektedir.

İnkontinansa ideal deri temizliği sıklığı belirlenmiş değildir. Temizliğin kendisi deri bariyer fonksiyonunu bozabilir ve bu nedenle inkontinansa bağlı iritasyonun giderilmesi ile temizliğin neden olduğu iritasyonun önlenmesi veya en aza indirilmesi arasında bir denge bulunması gerekmektedir (38).

IAD 'nin önlenmesi ve yönetiminde deri temizliği ilkeleri şu şekilde olmalıdır;

- ✓ Deri, günde en az bir kez ve her fekal inkontinans epizodundan sonra temizlenmelidir.
- ✓ Deri ovalanmadan kaçınarak sürtünmeyi en aza indirecek şekilde nazikçe temizlenmelidir.
- ✓ Standart (alkali) sabunlardan kaçınılmalıdır.
- ✓ Yumuşak, durulama gerektirmeyen bir sıvı deri temizleyici ya da normal deri pH'sına benzer bir pH'ya sahip (inkontinans için endike olan) nceden nemlendirilmiş, yumuşak, tek kullanımlık, dokuma olmayan bir temizlik mendili kullanılmadır.
- ✓ Temizledikten sonra gerekirse deri nazikçe kurulanmalıdır (38, 44, 50, 52).

## Deriyi Koruma

IAD'nin önlenmesi için, deriyi temizledikten sonra korumak gerekir. Deri koruyucular, stratum korneum ile nem veya iritanlar arasında bariyer oluşturmak suretiyle IAD'nin önlenmesinde ve tedavisinde kullanılmaktadır. Deri koruyucular '**nem bariyerleri**' olarak da adlandırılırlar ve içeriklerine bağlı olarak nem ve iritanlara karşı değişken koruma sağlarlar.

Deri koruyucu ürünler krem, pasta, losyon ya da film şeklinde formüle edilebilirler. Deri koruyucu bu ürünlerin ana bileşenleri petrolatum (vazelin), çinko oksit, dimetikon ve akrilat termopolimerdir (38).

IAD'nin önlenmesi ve yönetiminde deri koruyucu kullanım ilkeleri şöyle sıralanabilir;

- Deri koruyucuyu, deriyi koruma yeteneğine uygun sıklıkta ve üreticinin talimatları doğrultusunda uygulanmalıdır.
- Deri koruyucunun, diğer herhangi bir deri bakım ürünü ile uyumlu olduğundan emin olunmalıdır.
- Deri koruyucuyu, idrar ve/veya feçes ile temas eden ya da temas etme olasılığı bulunan tüm deriye uygulanmalıdır (7, 38, 50).

## Deriyi Onarma

Hastalar, derinin temizleme ve koruma aşamasından sonra deri bariyerinin bütünlüğünü destekleyecek ilave bir aşamadan yarar sağlayabilmektedir. Bu aşama deri üzerinde kalan deri bakım ürünleri kullanılarak gerçekleştirilir. 'Yumuşatıcılar' olarak bilinen bu ürünler, farklı kimyasal bileşenleri olsa da lipofilik malzeme veya yağlar içerir.

Bu ürünlerle, sağlıklı stratum korneum içinde bulunanlara benzer lipitler (Örn. seramid) ile formüle edilerek, kuruluğun azaltılması ve lipit matriksinin onarılması amaçlanır. Bir diğer bileşen kategorisi ise stratum korneumun içine su çekip burada

tutarak işlev gören maddeler olan humektanlardır. Bu ürünlerin yaygın örnekleri arasında, gliserin ve üre sayılabilir (38, 44, 50, 52, 55).

IAD'nin şiddetine dayalı önleme ve yönetim girişimleri Tablo 2.3'de verilmiştir.

**Tablo 2.3.** IAD Şiddetine Dayalı Önleme ve Yönetim Girişimleri

ÜRİNER +/- fekal inkontinans hastaları	EYLEMLER	
Kızarıklık yok ve deri risk altında	İnkontinansı Yönetme Hastalara ve Bakım Verenlere Eğitim	<b>TEMİZLEME*,KORUMA**&amp; ONARMA***</b>
		ÖNLEME: Seçenek 1 veya 2'yi seçin.
1 Kontinans bakım mendili (3'ü 1 arada: temizleyici + deri koruyucu + nemlendirici) Ekstra deri koruma gerekiyorsa, deri koruyucu (örn. dimetikon içeren ürün) EKLEYİN		
2 Deri temizleyici VEYA banyo/temizlik mendili ARTI Deri koruyucu (örn. akrilat terpolimer film veya petrolatum bazlı ürün veya dimetikon içeren ürün)		
YÖNETİM: Seçenek 1 veya 2'yi seçin.		
1 Kontinans bakım mendili (3'ü 1 arada: temizleyici + deri koruyucu + nemlendirici) Eritem/derinin durumu kötüleşirse, deri koruyucu (örn. akrilat terpolimer bariyer film) EKLEYİN		
2 Deri temizleyici VEYA banyo/temizlik mendili ARTI Deri koruyucu (örn. akrilat terpolimer bariyer film veya dimetikon içeren ürün)		
1 Kontinans bakım mendili (3'ü 1 arada: temizleyici + deri koruyucu + nemlendirici) Eritem/derinin durumu kötüleşirse, deri koruyucu (örn. akrilat terpolimer bariyer film) EKLEYİN		
2 Deri temizleyici VEYA banyo/temizlik mendili ARTI Deri koruyucu (örn. akrilat terpolimer bariyer film, dimetikon içeren ürün ya da çinko oksit bazlı merhem veya pasta)		
VE toplama cihazlarını (örn.FMS/fekal torba) düşünün.		
Artı deri enfeksiyonu	Kategori 2 gibi ARTI Mümkün olduğunda mikrobiyolojik örnek alın ve sonucu kullanarak uygun tedaviye karar verin (örn: antifungal krem, topikal antibiyotik, anti-enflamatuar ürün)	
<p>*Temizlik, her gün ve her fekal inkontinans epizotundan sonra yapılmalıdır.  **Deri koruyucular üreticinin talimatlarına uygun olarak uygulanmalıdır.  ***Aşırı hidrate olan veya maserasyon bulunan deri için, nemi hapseden ya da nemi çekmek üzere formüle edilmiş deri bakım ürünlerini kullanmayın.  ( Beeckman ve diğerleri, 2015)</p>		

UZMAN TAVSİYESİNE BAŞVURMA  
3-5 gün içinde hiç iyileşme yoksa VEYA deri enfeksiyonu şüphesi varsa



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma YBÜ’de çalışan hemşirelerin IAD’ye ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Bu araştırma, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin (TYİEAH) Kalp-Damar Cerrahi Yoğun Bakım, Gastro-Cerrahi ve Üroloji Yoğun Bakım, Koroner Bakım, Gastroenteroloji Yoğun Bakım ve Acil-Dahiliye Yoğun Bakım olmak üzere toplam beş erişkin yoğun bakım ünitesinde yapılmıştır. Hastane, 1964 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı kurulmuş olup, 1995 yılında özerk bir yapıya kavuşturularak Sağlık İşletmesi’ne dönüştürülmüştür. 2 Kasım 2011 tarihli 663. Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Sekreterliğine bağlanmıştır. Hastane bünyesinde toplam 420 hemşire görev yapmaktadır. Tüm servislerde hemşireler, 08:00-16:00, 16:00-08:00 olmak üzere iki vardiya halinde çalışmaktadır. TYİEAH’da, Kalp-Damar Cerrahi Yoğun Bakım, Pediatrik Kalp-Damar Cerrahi Yoğun Bakım, Gastro-Cerrahi ve Üroloji Yoğun Bakım, Koroner Bakım, Gastroenteroloji Yoğun Bakım ve Acil-Dahiliye Yoğun Bakım olmak üzere altı YBÜ bulunmaktadır. Bu YBÜ’de bulunan toplam yatak sayısı 115, hemşire sayısı 177’dir. Kalp-Damar Cerrahi Yoğun Bakım, Gastro-Cerrahi ve Üroloji Yoğun Bakım, Koroner Bakım, Gastroenteroloji Yoğun Bakım ve Acil Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi’nde toplam 167 hemşire çalışmaktadır. TYİEAH’de yoğun bakım ünitelerinde inkontinansı önleme ve yönetmeye yönelik herhangi bir bakım protokolü bulunmamaktadır.

Araştırma etik kurul onaylarının alınmasını takiben, veri toplama formunun ön uygulaması 20 –28 Haziran 2016 tarihleri arasında, veri toplama formunun uygulaması ise, 21 Temmuz-15 Eylül 2016 tarihleri arasında YBÜ’de çalışan hemşireler ile yapılmıştır.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara Büyükşehir Belediye sınırları içerisinde yer alan TYİEAH çalışan tüm hemşireler oluşturmuştur. Evren kapsamına alınacak hastanenin belirlenmesinde; TYİEAH'nin Sağlık Bakanlığı hastaneleri içerisinde aynı anda kalp, karaciğer, böbrek ve akciğer transplantasyonu yapılabilen tek hastane olması ve yoğun bakımlarının ekipman ve personel açısından bu ihtiyaca göre düzenlenmiş olması, üst dal branş hastanesi olması, toplam yatak sayısının beşte biri oranında yoğun bakım yatağına sahip olması, Ankara'da bulunan üç bölge sekreterliğine bağlı olarak çalışan tüm devlet hastaneleri arasında en çok yoğun bakım yatağına sahip olması göz önüne alınmıştır (Toplam hasta yatağının, toplam yoğun bakım yatağına oranı). TYİEAH'de bulunan hasta yataklarının %22.8'ini yoğun bakım yatakları oluşturmaktadır.

İAD, yoğun bakım ve kritik bakım gerektiren birçok hasta grubunda karşılaşılan yaygın, ağırlı, yıpratıcı bir sorundur. İAD ile ilgili insidans ve prevalans çalışmalarının sonuçları da konuyu desteklemektedir (20, 21, 22, 26). Bu nedenle TYİEAH'de bulunan Kalp-Damar Cerrahi Yoğun Bakım, Gastro-Cerrahi ve Üroloji Yoğun Bakım, Koroner Bakım, Gastroenteroloji Yoğun Bakım ve Acil Dahiliye Yoğun Bakım olmak üzere toplam beş yoğun bakım ünitesinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır. TYİEAH'de hemşirelik hizmetleri, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Araştırma kapsamına alınan yoğun bakımların fiili yatak ve hemşire sayıları Tablo 3.1'de verilmiştir.

**Tablo 3.1.** Araştırma Kapsamına Alınacak olan Yoğun Bakımların Yatak ve Hemşire Sayılarına İlişkin Veriler

YOĞUN BAKIMLAR	YATAK KAPASİTESİ	ÇALIŞAN HEMŞİRE SAYISI
Kalp-Damar Cerrahi Yoğun Bakım	23	45
Gastro-Cerrahi ve Üroloji Yoğun Bakım	31	54
Koroner Bakım	28	40
Gastroenteroloji Yoğun Bakım	10	13
Acil- Dahili Yoğun Bakım	6	15
<b>TOPLAM</b>	<b>98</b>	<b>167</b>

### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri

**Araştırmanın bağımlı değişkeni:** Hemşirelerin IAD'ye ilişkin bilgi düzeyleri.

**Araştırmanın bağımsız değişkeni:** Yaş, cinsiyet, en son tamamladığı hemşirelik programı, hemşirelikte hizmet süresi, çalıştığı yoğun bakım ünitesi, yoğun bakım ünitesindeki çalışma süresi, daha önce IAD gelişme riski olan hastaların yattığı ünite de çalışma durumu, çalıştığı yoğun bakım ünitesinde IAD olan hastaya bakım verme durumu, bir haftada ortalama bakım verdiği IAD'si olan hasta sayısı, mezuniyet sonrası IAD' nin önlenmesi/ tedavisi ile ilgili eğitim programına katılma durumu, IAD 'nin önlenmesi/ tedavisi ile ilgili eğitim programına katıldı ise; edinilen bilgilerin hemşirelik bakımına yansıtılma durumu, IAD'nin önlenmeye/ tedaviye yönelik uygulamalarda başvurulan bilgi kaynaklarının durumu, IAD'nin önlenmeye/ tedaviye yönelik uygulamalarda yeterlilik açısından kendini değerlendirme durumu.

### 3.5. Verilerin Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından literatüre dayanılarak hazırlanan ve uzman görüşü alınarak düzenlenen 'Hemşirelerin IAD'ye İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Veri Toplama Formu' kullanılarak toplanmıştır (7, 13, 18, 38, 44, 50).

#### 3.5.1. Veri Toplama Formlarının Geliştirilmesi

Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu ile toplanmıştır. Veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır. Formun birinci bölümünde hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini (yaşı, eğitim durumu, hizmet süresi vb.) içeren 14 soru yer almaktadır.

Veri toplama formunun ikinci bölümü, hemşirelerin IAD'nin tanımlaması, önlenmesi ve tedavisine ilişkin bilgi düzeylerini sorgulayan ifadeleri içermektedir. Bu bölümde 'A' sütununda hemşirelerin bilgi düzeylerini ölçen ifadeler ve 'B' sütununda 'Doğru', 'Yanlış' ve 'Fikrim Yok' seçenekleri bulunmaktadır. 59 ifadeden oluşan bu

bölüm, 5 başlık altında toplanmıştır. 1. başlık altında ‘Derinin yapısı ve fonksiyonları’ ile ilgili 4 önerme, 2. başlık altında ‘IAD’nin tanımı ve etiyolojisi’ ile ilgili 16 önerme, 3.başlık altında ‘IAD’nin tanılanması’ ile ilgili 11 önerme, 4. başlık altında ‘IAD’nin sınıflama ve değerlendirilmesi’ ile ilgili 6 önerme ve son olarak 5. başlık altında ‘IAD’nin önleme ve tedavi girişimleri’ ile ilgili 22 önerme bulunmaktadır. Her ifade için sadece bir seçenek işaretlenmiştir (Ek 1).

Veri toplama formu hazırlandıktan sonra ön uygulama öncesi uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman değerlendirmesi için form, beşi hemşirelik bölümünden, diğeri eğitim bilimlerinden olmak üzere altı uzmana gönderilmiştir. Uzmanlar, veri toplama formunu; biçimsellik, soru sayısı, niteliği, anlaşılabilirlik, soruların belli bir mantık düzeni içinde dizilme durumu, cevap anahtarında ‘Doğru’ ve ‘Yanlış’ ifadelerin birbirine oranı ve sıralanış şekli gibi bilimsel içerik ve ölçme değerlendirme kriterleri açısından inceleyerek görüş bildirmişlerdir. Uzmanlardan gelen görüş ve önerilere dayanılarak veri toplama formundan iki soru çıkarılarak bir soru eklenmiştir. Veri toplama formunun ikinci bölümünde bulunan ve hemşirelerin IAD’e ilişkin bilgilerini sorgulayan ifadelerin ‘Doğru’ ve ‘Yanlış’ olarak dizilimi gözden geçirilerek yeniden düzenlenmiş, forma son şekli verilmiştir.

### **3.5.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması**

Veri toplama formlarının ön uygulanmasına, etik kurul onayı (Koç Üniversitesi – 01/06/2016) ve uygulamanın yapılacağı hastaneden gerekli izinlerin (Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eğitim Plan ve Koordinasyon Kurulu – 16/06/2016) alınmasını takiben başlanmıştır.

Veri toplama formunda bulunan soruların anlaşılabilirliğini test etmek için, uzman görüşleri alınarak son şekli verilmiş olup ön uygulama 20 - 28 Haziran 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama formunun ön uygulaması, yoğun bakımlarda çalışan, ön uygulamaya katılmayı kabul eden ve örneklem hacminin (n=167) % 10’u olan 17 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamaya dahil edilen hemşireler araştırmanın yapılacağı beş yoğun bakım ünitesinin toplam hemşire sayısına göre eşit ağırlıklı olarak hesaplanarak bulunmuştur. Uygulama araştırmacının gözlemi altında

gerçekleştirilmiştir. Uygulamada hemşirelerin veri toplama formunu doldurmaya başlama ve bitiş süresi kaydedilmiş olup, bunun sonucunda veri toplama formunun yanıtlanması için gereken ortalama süre 15 /dk olarak hesaplanmıştır. Ön uygulama sonrasında veri toplama formunda gerekli düzenlemeler yapılması planlanmış olmakla birlikte, ön uygulamadan elde edilen sonuçlarda herhangi bir problem yaşanmaması üzerine, veri toplama formunun uygulanmasına geçilmiş ve ön uygulamada kullanılan formlarda uygulamaya dahil edilmiştir.

### **3.5.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması**

Veri toplama formlarının uygulanmasına 21/07/2016'da başlanmıştır. YBÜ'de çalışan hemşirelerinin tamamına ulaşmak amacı ile 15/09/2016 tarihine kadar uygulamaya devam edilmiştir. Veri toplama formlarının uygulanması için hemşirelerin daha az yoğun oldukları saatler belirlenerek, o saatlerde uygulama yapılmıştır. Araştırmanın uygulaması için belirlenen yoğun bakımlara gidilerek, yoğun bakım sorumlu hemşirelerine bilgi verilmesini takiben uygulamaya başlanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelere, araştırma hakkında gerekli açıklamalar yapılarak bilgi verilmiş olup sözel izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere veri toplama formu verilerek doldurmaları sağlanmıştır. Araştırmada kullanılacak veri toplama formunu hemşirelerin kendileri arasındaki etkileşimi önlemek amacıyla, araştırmacının gözetimi altında yanıtlamaları sağlanmış, araştırmacı, hemşireler ile aynı ortamda bulunmuş ve soruları olduğunda gerekli açıklamalar yapılmıştır.

Araştırma süresince görüşülemeyen hemşirelerin çalışma saatleri yoğun bakım sorumlu hemşiresinden ve/veya hemşire çalışma listelerinden öğrenilerek, o tarihlerde tekrar gidilerek örneklem kapsamına alınan hemşirelerin tamamına ulaşmaya çalışılmıştır.

TYİEAH'inde araştırma kapsamına alınan yoğun bakım hemşire sayısı toplam 167 olarak (Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü'den alınan verilere dayanarak) belirlenmiştir. Veri toplama formunun uygulandığı 21 Temmuz-15 Eylül 2016 tarihleri arasında ise, hemşirelerin çeşitli sebeplerden hastaneden ayrılmaları nedeniyle

bu sayı 157 olarak belirlenmiştir. Yoğun bakımda çalışan mevcut 157 hemşirenin 16'sı doğum öncesi, doğum sonrası ve ücretsiz izin gibi mazeretlerden dolayı uzun süreli izin kullandıkları için aktif çalışan hemşire sayısı 141'e düşmüştür. Veri toplama formu, gönüllülük esası dikkate alınarak ve araştırmacının gözlemi altında 126 yoğun bakım hemşiresine uygulanmıştır. Bu sayı aktif çalışan hemşire sayısının ( n=141) % 90'ına denk gelmektedir. Diğer kalan %10 oranında (n=15) hemşire ise, yoğunluk ve zaman ayıramayacağı gibi sebeplerle uygulamaya katılmaya gönüllü olmamışlardır. Planlanan sayıda hemşireye ulaşıldıktan sonra, 15 Eylül 2016 tarihinde araştırma sonlandırılmıştır.

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler, SPSS 20 paket programı ile değerlendirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's' den yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0.05 kullanılmış olup;  $p < 0.05$  olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği,  $p > 0.05$  olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılımdan geldikleri belirtilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi nedeniyle Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H Testlerinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis-H Testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir. Normal dağılımdan gelmeyen değişkenler arasındaki ilişkiler incelenirken Spearman's Korelasyon Katsayısından yararlanılmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0.05 kullanılmış olup;  $p < 0.05$  olması durumunda anlamlı bir ilişkinin olduğu,  $p > 0.05$  olması durumunda ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup;  $p < 0,05$  olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu,  $p > 0.05$  olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Hemşirelerin IAD'ye ilişkin bilgi düzeylerinin sonuçları sadece bir eēitim araştırma hastanesinin yoēun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyleri ile sınırlı olup diēer servislerde özel ve niversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin bilgi düzeylerini kapsamamaktadır. Bu da sonuçların genellenebilirliēi açısından araştırmanın sınırlılıklarındandır.

### **3.8. Etik Kurul Onayı**

Araştırmanın uygulanmasına başlamadan önce Koç Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 01/06/2016 tarih ve 2016.131.IRB3.073 sayılı etik kurul izni (Ek.2) ve Ankara Kamu Hastaneleri Birliēi 1. Bölge Genel Sekreterliēi'ne baēlı Türkiye Yüksek İhtisas Eēitim ve Araştırma Hastanesi Eēitim Plan ve koordinasyon Kurulu'ndan 16/06/2016 tarih ve 346 sayılı toplantı kararı ile yazılı izin (Ek.3) alınmıştır. Araştırmanın uygulanması aşamasında, araştırmacı tarafından hemşirelere araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırma hakkında bilgi verildikten sonra, hemşirelerden sözel izin alınmıştır.

## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n: 126)

Tanıtıcı özellikler	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	112	88.89
Erkek	14	11.11
<b>En son tamamlanan hemşirelik programı</b>		
Sağlık meslek	25	19.84
Ön lisans	29	23.02
Lisans (Örgün)	59	46.83
Lisans (Uzaktan)	7	5.56
Yüksek lisans	6	4.75
<b>Çalışılan yoğun bakım ünitesi</b>		
Gastro-üroloji	37	29.37
Kalp-damar	36	28.37
Koroner	31	24.60
Acil dahili	12	9.52
Gastroenteroloji	10	7.94
<b>Daha önce “İnkontinans Alakalı Dermatit” riski yüksek olan hastalarla çalışma durumu</b>		
Çalışan	47	37.30
Çalışmayan	79	62.70
<b>Bir haftada ortalama bakım verilen “İnkontinans Alakalı Dermatit”i olan hasta sayısı</b>		
1-2	103	81.75
3-4	14	11.11
5 ve üzeri	9	7.14
<b>Mezuniyetten sonra “İnkontinans Alakalı Dermatit”in önlenmesi / tedavisi ile ilgili eğitim programına katılma durumu</b>		
Katılan	20	15.87
Katılmayan	106	84.13
<b>İnkontinans Alakalı Dermatit”in önlenmesine / tedavisine yönelik uygulamalarda kullanılan bilgi kaynakları*</b>		
Temel hemşirelik eğitimi sırasında alınan bilgiler	110	87.30
Aynı bölümde çalışan tecrübeli hemşirelerin bilgi ve uygulamaları	88	69.84
Stoma ve yara bakım ünitesinin önerileri	82	65.08
Hekimlerin istem ve önerileri	74	58.73
Basılı materyaller (Kitap, dergi, broşür, kitapçık vb.)	47	37.30
Kitle iletişim araçları (İnternet, televizyon, gazete vb.)	44	34.92
Diğer	6	4.76
<b>İnkontinans Alakalı Dermatit”in önlenmesine / tedavisine yönelik hemşirelik uygulamalarının yeterliliğini değerlendirme durumu</b>		
Yeterli	18	14.29
Kısmen yeterli	86	68.25
Yetersiz	22	17.46
<b>Yaş <math>\bar{X}=29.5\pm 6.77</math> min=19 ve max=46</b>		
<b>Hemşirelikte hizmet süresi (Yıl)</b>		
$\bar{X}= 7.99\pm 6.5$ min= 1 ve max=27		
<b>Çalışılan yoğun bakım ünitesindeki hizmet süresi (Yıl)</b>		
$\bar{X}= 5.16\pm 5.6$ min= 1 ve max=26		

\*“n” katlanmıştır.



Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin tamamına yakını (%88.89) kadın olup, yaş ortalamaları  $29.5\pm 6.77$ ’dir. Araştırmaya katılan hemşirelerin % 46.83’ü lisans programı (örgün eğitim) mezunudur. Hemşirelerin %29.37’si Gastro-Üroloji Yoğun Bakım, %28.37’si Kalp-damar Cerrahi Yoğun Bakım ünitesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin yarısından fazlasının (%62.07) daha önce inkontinans alakalı dermatit gelişme riski yüksek olan hastaların yattıkları bir bölümde çalışmadıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin %81.75’i haftada ortalama 1-2 inkontinans alakalı dermatiti olan hastaya bakım verdiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu (%84.13) mezuniyetten sonra inkontinans alakalı dermatitin önlenmesi/tedavisi ile ilgili eğitim programına katılmamıştır. Hemşirelerin %68.25’si inkontinans alakalı dermatitin önlenmesine/tedavisine yönelik kendi hemşirelik uygulamalarını “Kısmen yeterli” olarak değerlendirmişlerdir.

**Tablo 4.2.** Hemşirelerin Derinin Yapısı ve Fonksiyonlarına Yönelik Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=126)

Derinin Yapısı ve Fonksiyonlarına Yönelik Önermeler		Doğru		Yanlış/Fikrim yok	
		n	%	n	%
1	Derinin, en dış tabakası düzleşmiş epitel hücrelerden oluşur	105	83.33	21	16.67
2	Sağlıklı derinin pH değerı, 7-9 olup alkalidir	54	42.86	72	57.14
3	Derinin pH’ sı, derinin bariyer fonksiyonunu yerine getirmesinde etkilidir.	119	<b>94.44</b>	7	5.56
4	Korneositlerin yapısında bulunan, Doğal Nemlendirici Faktör (DMF), derinin yağ düzeyinin korunmasına yardımcı olur.	5	3.97	121	<b>96.03</b>

Tablo 4.2’de hemşirelerin derinin yapısına ve fonksiyonlarına yönelik önermelere verdikleri yanıtların dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin en fazla doğru yanıtladıkları önerme “Derinin pH’sı, derinin bariyer fonksiyonunu yerine getirmesinde etkilidir” (%94.44) ifadesidir. Hemşirelerin en fazla yanlış/fikrim yok yanıtını verdikleri önerme ise, “Korneositlerin yapısında bulunan DMF, derinin yağ düzeyinin korunmasına yardımcı olur” (%96.03) ifadesidir.

**Tablo 4.3.** Hemşirelerin İAD'nin Tanımına ve Etiyolojisine Yönelik Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=126)

İAD'nin Tanımı ve Etiyolojisine Yönelik Önermeler		Doğru		Yanlış/Fikrim Yok	
		n	%	n	%
5	İAD, idrar ya da dışkı temasına bağlı deri hasarına verilen genel addır.	100	<b>79.37</b>	26	20.63
6	İAD, bez pişigi, perineal dermatit, perineal döküntü, ıslak lezyonlar olarak isimlendirilen cilt lezyonlarından farklı bir durumdur.	34	26.98	92	73.02
7	İAD'nin en temel nedenlerinden biri derinin aşırı hidrasyonudur.	80	63.49	46	36.51
8	İAD'de doku hasarı derin dokulardan yüzeye doğrudur.	81	64.29	45	35.71
9	Aşırı hidrasyon, derinin en dışındaki tabaka olan 'stratum korneum'un iritanlara geçirgenliğini artırır.	58	46.03	68	53.97
10	Deri bütünlüğünün bozulmadığı İAD alanları, çevre deriye kıyasla daha sıcak ve serttir.	71	56.35	55	43.65
11	Derideki bakteriler, idrarda bulunan üreyi alkali olan amonyağa dönüştürerek İAD gelişmesine yol açar.	66	52.38	60	47.62
12	İdrar, stratum korneum'a zarar verebilecek olan lipolitik (lipit sindirici) ve proteolitik (protein sindirici) enzimleri içerir.	12	9.52	114	<b>90.48</b>
13	İnkontinans tipi (idrara, dışkı veya miks olması), İAD gelişme riskini etkilemez.	88	69.84	38	30.16
14	Kötü beslenme, kişisel hijyen eksikliği, hareketsizlik İAD için risk faktörleridir.	102	<b>80.95</b>	24	19.05
15	İleri yaş, İAD gelişmesinde rol oynayan bağımsız bir risk faktörüdür.	25	19.84	101	<b>80.16</b>
16	Derinin inkontinans nedeniyle aşırı hidrate olması, sürtünme katsayısını etkilemez.	96	<b>76.19</b>	30	23.81
17	Antibiyotik kullanımı, İAD gelişiminde rol oynar.	60	47.62	66	52.38
18	İdrar ve dışkı ile atılan steroid ve kemoterapötik ajanların, İAD gelişimine etkisi yoktur.	75	59.52	51	40.48
19	Üriner ve fekal inkontinansın yetersiz ve uygunsuz yönetimi, İAD gelişime katkıda bulunur.	95	75.40	31	24.60
20	Oklüzif (kapatici) toplama ürünlerinin kullanımı, İAD oluşumunu önler.	16	12.70	110	<b>87.30</b>

Tablo 4.3'de hemşirelerin İAD'nin tanımına ve etiyolojisine yönelik önermelere verdikleri yanıtların dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin en fazla doğru yanıtladıkları ilk üç önerme sırası ile "Kötü beslenme, kişisel hijyen eksikliği, hareketsizlik İAD için risk faktörleridir" (%80.95), "İAD, idrar ya da dışkı temasına bağlı deri hasarına verilen genel addır" (%79.37) ve "Derinin inkontinans nedeniyle aşırı hidrate olması, sürtünme katsayısını etkilemez" (%76.19) dir.

Hemşirelerin en fazla yanlış/ fikrim yok yanıtını verdikleri önermeler ise sırası ile "İdrar, stratum korneum'a zarar verebilecek olan lipolitik (lipit sindirici) ve

proteolitik (protein sindirici) enzimleri içerir” (%90.48), “Oklüzif (kapatici) toplama ürünlerinin kullanımı, İAD oluşumunu önler” (%87.30) ve “İleri yaş, İAD gelişmesinde rol oynayan bağımsız bir risk faktörüdür” (%80.16) ifadeleridir.

**Tablo 4.4.** Hemşirelerin İAD'nin Tanılanmasına Yönelik Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=126)

İAD'nin Tanılanmasına Yönelik Önermeler		Doğru		Yanlış/Fikrim Yok	
		N	%	n	%
21	İAD' den etkilenen deri bölgesinin üriner/fekal inkontinansının varlığı ile ilişkisi yoktur.	87	69.05	39	30.95
22	İAD, perineal ve perigenital bölge ile etrafındaki geniş bir alanda gelişir.	92	73.02	34	26.98
23	İAD'nin doğru değerlendirilmesi ve tanılanması hastanın uygun bakım ve tedavi girişimlerini almasını sağlar.	107	<b>84.92</b>	19	15.08
24	İAD, sıklıkla Evre III ve IV basınç ülserleri ile karıştırılmaktadır.	33	26,19	93	<b>73,81</b>
25	İAD gelişen hastalarda kandidiyazis (mantar enfeksiyonu) gibi ikincil deri enfeksiyonları yaygın görülür.	89	70.63	37	29.37
26	İAD; ağrı, rahatsızlık, uyku bozukluğu ve bağımsızlık kaybına neden olur.	106	<b>84.13</b>	20	15.87
27	İAD geliştiğinde; deride veziküller, büller, papüller veya püstülleri içeren lezyonlar görülmez.	70	55.56	56	<b>44.44</b>
28	İAD, koyu tenli bireylerde geliştiğinde deri daha solgun, daha koyu, mor, koyu kırmızı veya sarı olarak görünür.	71	56.35	55	43.65
29	İAD'si olan bazı olgularda bütün epidermis aşınarak, nemli, akıntılı dermis açığa çıkabilir.	98	77.78	28	22.22
30	İnkontinansı olan bir hastada deride kızarıklık var ve deri bütünlüğü bozulmuşsa Evre I İAD olarak sınıflandırılır.	25	19.84	101	<b>80.16</b>
31	Sağlık kuruluşlarında, İAD'nin basınç ülseri ve diğer cilt yaralanmalarından ayırt edilmesi, İAD'nin doğru tanılanması ve uygun tedavisi açısından gereklidir.	99	<b>78.57</b>	27	21.43

Tablo 4.4'de hemşirelerin İAD'nin tanılanmasına yönelik önermelere verdikleri yanıtların dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin en fazla doğru yanıtladıkları ilk üç önerme sırası ile “İAD'nin doğru değerlendirilmesi ve tanılanması hastanın uygun bakım ve tedavi girişimlerini almasını sağlar” (%84.92), “İAD; ağrı, rahatsızlık, uyku bozukluğu ve bağımsızlık kaybına neden olur” (%84.13) ve “Sağlık kuruluşlarında, İAD'nin basınç ülseri ve diğer cilt yaralanmalarından ayırt edilmesi, İAD'nin doğru tanılanması ve uygun tedavisi açısından gereklidir” (%78.57) ifadeleridir.

Hemşirelerin en fazla yanlış/fikrim yok yanıtını verdikleri önermeler ise sırası ile “İnkontinansı olan bir hastada deride kızarıklık var ve deri bütünlüğü bozulmuşsa Evre I İAD olarak sınıflandırılır”( %80.16), “İAD, sıklıkla Evre III ve IV basınç ülserleri ile karıştırılmaktadır”( %73.81 ) ve “İAD geliştiğinde; deride veziküller, büller, papüller veya püstülleri içeren lezyonlar görülmez”( %44.44 ) ifadeleridir.

**Tablo 4.5.** Hemşirelerin İAD'nin Sınıflanmasına ve Değerlendirilmesine Yönelik Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=126)

İAD'nin Sınıflandırılmasına ve Değerlendirilmesine Yönelik Önermeler		Doğru		Yanlış/Fikrim Yok	
		n	%	n	%
32	İnkontinansı olan tüm hastalarda deri değerlendirmesi günde en az bir kez yapılır.	100	<b>79.37</b>	26	20.63
33	İAD'de deri kaybı olabilir veya olmayabilir.	96	<b>76.19</b>	30	23.81
34	Uygulamada İAD ve Basınç Ülserleri aynı anda karşılaşılan bir durum değildir.	68	53.97	58	<b>46.03</b>
35	İAD'de etkilenen bölgenin kenarları belirlidir.	21	16.67	105	<b>83.33</b>
36	İnkontinans yönetiminde; inkontinansın nedenlerini belirlemek ve kapsamlı bir bakım planı oluşturmak üzere hastanın ayrıntılı değerlendirilmesi gereklidir.	105	<b>83.33</b>	21	16.67
37	Deri değerlendirme sıklığı günlük inkontinans sıklığına bağlı olarak değişmez.	76	60.32	50	<b>39.68</b>

Tablo 4.5'de hemşirelerin İAD'nin sınıflanmasına ve değerlendirilmesine yönelik önermelere verdikleri yanıtların dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin en fazla doğru yanıtladıkları ilk üç önerme sırası ile “İnkontinans yönetiminde; inkontinansın nedenlerini belirlemek ve kapsamlı bir bakım planı oluşturmak üzere hastanın ayrıntılı değerlendirilmesi gereklidir”( %83.33), “İnkontinansı olan tüm hastalarda deri değerlendirmesi günde en az bir kez yapılır.” ( %79.37 ) ve “İAD'de deri kaybı olabilir veya olmayabilir”( %76.19) ifadeleridir.

Hemşirelerin en fazla yanlış /fikrim yok yanıtını verdiği önermeler ise sırası ile “İAD'de etkilenen bölgenin kenarları belirlidir” ( %79.37), “Uygulamada İAD ve Basınç Ülserleri aynı anda karşılaşılan bir durum değildir”( %46.03 ) ve “Deri değerlendirme sıklığı günlük inkontinans sıklığına bağlı olarak değişmez” ( %39.68 ) ifadeleridir.

**Tablo 4.6.** Hemşirelerin İAD'yi Önleme ve Tedavi Girişimlerine Yönelik Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=126)

İAD'yi Önleme ve Tedavi Girişimlerine Yönelik Önermeler		Doğru		Yanlış/Fikrim Yok	
		n	%	n	%
38	İnkontinansı yönetmek ve yapılandırılmış bir cilt bakımı uygulamak, (temizleme ve cilt koruyucularının kullanımı) İAD'nin önlenmesi ve yönetimi için iki anahtar girişimdir.	92	73.02	34	26.98
39	İAD'li hastalarda derinin korunmasını ve iyileşmesini sağlamak için ilk yaklaşım üriner kateter kullanımı olmalıdır.	37	29.37	89	<b>70.63</b>
40	Sıvı feçes yönetimi, fekal yönetim sistemi (FMS) veya fekal torba ile sağlanabilir.	74	58.73	52	41.27
41	İnkontinansın hemen sonra perianal bölge su ve sabunla temizlenir.	24	19.05	102	<b>80.95</b>
42	Eritem gözlenen bir hastada etiyolojisi açık hale gelene kadar standart deri bütünlüğünü koruma girişimleri uygulanır.	93	73.81	33	26.19
43	Deriye uygulanan, uygun bir cilt bakım ürünü, idrar ve dışkı bulaşmasına karşı, derinin bariyer fonksiyonunu destekler.	94	74.60	32	25.40
44	İAD'nin önlenmesi ve yönetiminde kullanılan ürünlerin içerikleri ve etkileri açısından fark yoktur.	58	46.03	68	53.97
45	İnkontinansı olan hastada, deri temizliğinin sık aralıklarla yapılması, nem ve iritanlara karşı iyi bir koruma sağlamak için gereklidir.	24	19.05	102	<b>80.95</b>
46	İnkontinans yönetimi, beslenme, sıvı yönetimi ve tuvalet tekniklerini en iyi düzeye çıkarmak gibi girişimleri kapsar.	96	76.19	30	23.81
47	Evre II İAD olarak değerlendirilen hastada, yapılandırılmış bir cilt bakımı (temizleme/koruma içeren) uygulanmalıdır.	68	53.97	58	46.03
48	Klinik olarak etkinliği kabul edilmiş cilt bakım ürünlerinin, maliyeti açısından fark yoktur.	54	42.86	72	57.14
49	Deri bütünlüğünde bozulma riski bulunan hastalarda, hemşirelik girişimleri belirlenirken "Stoma ve Yara Bakım Hemşireleri" ile işbirliği yapılır.	102	<b>80.95</b>	24	19.05
50	İAD'nin önlenmesi ve tedavisinde kullanılan ürünlerin (deri temizleyiciler, deri koruyucular) kendi aralarında uyumlu olması gerekmez.	75	59.52	51	40.48
51	Deriden iritanları uzaklaştırmak amacıyla kullanılan deri temizleme ürünlerinin pH'sının, normal deri pH'sına yakın olması gerekir.	97	<b>76.98</b>	29	23.02
52	Deri temizlemede kullanılan sabunlar alkali olduğu için, deri pH'sını ve derinin bariyer fonksiyonunu etkilemez.	51	40.48	75	59.52
53	Hastanın kullandığı ped vb. ürünlerin sık değiştirilmemesi, İAD gelişimine katkıda bulunan bir durum değildir.	78	61.90	48	38.10
54	Deri bütünlüğünün korunmasında ve sürdürülmesinde hemşireliğe özgü girişimlerin rolü büyüktür.	109	<b>86.51</b>	17	13.49
55	Cilt bakımında kullanılan ürünlerin temizleme, onarma ve koruma fonksiyonuna sahip olması zamandan tasarruf sağlar.	98	<b>77.78</b>	28	22.22
56	İAD'nin önlenmesinde ve tedavisinde, topikal antimikrobiyal ürünlerin rutin olarak kullanılması etkilidir.	24	19.05	102	<b>80.95</b>
57	Deri koruyucu ürünler bariyer bileşeni (petrolatum, çinko oksit, dimetikon vb.) içermelidir.	71	56.35	55	43.65
58	Yapılandırılmış bir cilt bakım protokolünün 3-5 gün uygulanmasından sonra hastada iyileşme gözlenmese bile uygulamaya devam edilmelidir.	38	30.16	88	<b>69.84</b>
59	Aşırı hidrate olan ve maserasyon bulunan deri için, nemi hapsetmek üzere formüle edilmiş cilt bakım ürünleri kullanılmalıdır.	22	17.46	104	<b>82.54</b>

Tablo 4.6’da hemşirelerin İAD’yi önleme ve tedavi girişimlerine yönelik önermelere verdikleri yanıtların dağılımı görülmektedir. Hemşirelerin en fazla doğru yanıtladıkları ilk dört önerme sırası ile “Deri bütünlüğünün korunmasında ve sürdürülmesinde hemşireliğe özgü girişimlerin rolü büyüktür” (%86.51), “Deri bütünlüğünde bozulma riski bulunan hastalarda, hemşirelik girişimleri belirlenirken Stoma ve Yara Bakım Hemşireleri” ile işbirliği yapılır”( %80.95), “Cilt bakımında kullanılan ürünlerin temizleme, onarma ve koruma fonksiyonuna sahip olması zamandan tasarruf sağlar.” (%77.78 ) ve “Deriden iritanları uzaklaştırmak amacıyla kullanılan deri temizleme ürünlerinin pH’sının, normal deri pH’sına yakın olması gerekir”( % 76.98 ) ifadeleridir.

Hemşirelerin en fazla yanlış/ fikrim yok yanıtını verdiği önermeler ise sırası ile “Aşırı hidrate olan ve maserasyon bulunan deri için, nemi hapsetmek üzere formüle edilmiş cilt bakım ürünleri kullanılmalıdır”( %82.54), “İAD’nin önlenmesinde ve tedavisinde, topikal antimikrobiyal ürünlerin rutin olarak kullanılması etkilidir” (%80.95), “İnkontinanslı olan hastada, deri temizliğinin sık aralıklarla yapılması, nem ve iritanlara karşı iyi bir koruma sağlamak için gereklidir”( %80.95), “İnkontinanslı hastanın hemen sonra perianal bölge su ve sabunla temizlenir” (%80.95), “İAD’si olan hastalarda derinin korunmasını ve iyileşmesini sağlamak için ilk yaklaşım üriner kateter kullanımı olmalıdır” (%70.63) ve “Yapılandırılmış bir cilt bakım protokolünün 3-5 gün uygulanmasından sonra hastada iyileşme gözlenmese bile uygulamaya devam edilmelidir”( %69.84 ) ifadeleridir.

**Tablo 4.7.** Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre İAD'ye İlişkin Önermelere Verdikleri Doğru Yanıt Ortalamalarının Dağılımı

Eğitim durumu		Doğru yanıt ortalamaları						İstatistiksel değerlendirme		
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	KW	p
Derinin yapısı ve fonksiyonları	Sağlık meslek	25	1.96	2	0	4	0.89	51.30	7.696	0.103
	Ön lisans	29	2.41	2	1	4	0.73	69.38		
	Lisans örgün	59	2.20	2	1	3	0.74	61.99		
	Lisans uzaktan	7	2.57	3	2	3	0.53	78.43		
	Yüksek lisans	6	2.67	3	2	3	0.52	83.33		
	Toplam	126	2.25	2	0	4	0.77			
İAD'nin tanımı ve etiolojisi	Sağlık meslek	25	8.04	9	0	13	3.08	58.58	8.555	0.073
	Ön lisans	29	9.03	10	0	14	3.12	72.40		
	Lisans örgün	59	7.88	8	1	14	3	56.66		
	Lisans uzaktan	7	9.86	10	6	13	2.85	82.21		
	Yüksek lisans	6	10.33	10.50	8	13	1.75	86.42		
	Toplam	126	8.40	9	0	14	3.04			
İAD'nin tanılanması	Sağlık meslek	25	5.72	6	0	10	2.81	45.50	20,064	0,001
	Ön lisans	29	7.41	8	0	10	2.47	71.22		
	Lisans örgün	59	6.83	7	0	11	2.54	60.10		
	Lisans uzaktan	7	8.43	9	6	10	1.40	85.86		
	Yüksek lisans	6	9.50	9.50	9	10	0.55	108.5		
	Toplam	126	6.96	8	0	11	2.60			
İAD'nin sınıflanması ve değerlendirilmesi	Sağlık meslek	25	3.48	4	0	6	1.48	56.42	7.762	0.101
	Ön lisans	29	4.07	4	1	6	1.25	72.60		
	Lisans örgün	59	3.47	4	0	6	1.47	58.45		
	Lisans uzaktan	7	4.00	4	2	5	1.15	71.29		
	Yüksek lisans	6	4.67	5	3	6	1.03	89.58		
	Toplam	126	3.70	4	0	6	1.41			
İAD önleme ve tedavi girişimleri	Sağlık meslek	25	9.92	10	0	17	4.24	47.64	12.116	0.017
	Ön lisans	29	13.24	14	3	20	4.10	75.55		
	Lisans örgün	59	11.31	12	0	20	4.61	60.19		
	Lisans uzaktan	7	14.14	17	4	18	5.46	87.36		
	Yüksek lisans	6	13.50	13	12	17	1.87	76		
	Toplam	126	11.74	12	0	20	4.52			
Toplam puan	Sağlık meslek	25	29.12	31	0	43	10.08	48.62	17.41	0.002
	Ön lisans	29	36.17	40	6	48	9.95	77.43		
	Lisans örgün	59	31.69	35	3	48	9.81	57.01		
	Lisans uzaktan	7	39	44	23	47	10.41	89		
	Yüksek lisans	6	40.67	39.50	37	49	4.32	92.25		
	Toplam	126	33.05	36	0	49	10.16			

Tablo 4.7’de Hemşirelerin eğitim durumlarına göre İAD’ye ilişkin önermelere verdikleri doğru yanıt ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. İAD’nin tanılanması puanları bakımından eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Tabloda İAD tanılanmasına ilişkin doğru yanıt ortalamalarına bakıldığında, yüksek lisans mezunu olanların doğru yanıt ortalamalarının en yüksek olduğu ( $\bar{X}=9.5\pm 0.55$ ) buna karşılık sağlık meslek lisesi mezunu olanlarda bu alana ilişkin doğru yanıt ortalamalarının ise en düşük ( $\bar{X}=5.72\pm 2.81$ ) olduğu görülmektedir. Sağlık meslek lisesi ve lisans örgün

programından mezun olanların İAD'nin tanınması puan ortalaması, yüksek lisans programı mezunlarına göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

İAD önleme ve tedavi girişimleri doğru yanıt ortalamaları bakımından en son tamamlanan programlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Tabloda İAD önleme ve tedavi girişimlerine ilişkin doğru yanıt ortalamalarına bakıldığında, uzaktan lisans eğitim mezunu olanların puan ortalaması en yüksek ( $\bar{X}=14.14\pm 5.46$ ) buna karşılık sağlık meslek lisesi mezunu olanlarda bu alana ilişkin doğru yanıt ortalamalarının en düşük ( $\bar{X}=9.92\pm 4.24$ ) olduğu görülmektedir. Sağlık meslek lisesi mezunlarının İAD önleme ve tedavi girişimleri puanı ön lisans mezunlarına göre anlamlı derecede düşüktür ( $p<0.05$ ).

Toplam puan bakımından en son tamamlanan programlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Toplam doğru yanıt ortalamaları incelendiğinde, yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin doğru yanıt ortalamalarının en yüksek ( $\bar{X}=40.67\pm 4.32$ ) buna karşılık sağlık meslek lisesi mezunu olanların doğru yanıt ortalamalarının en düşük ( $\bar{X}=29.12\pm 10.08$ ) olduğu görülmektedir. Sağlık meslek lisesi mezunlarının toplam doğru yanıt ortalamaları ön lisans programını tamamlayan hemşirelere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ).



**Tablo 4.8.** Hemşirelerin Çalışılan Yoğun Bakım Ünitelerine Göre İAD'ye İlişkin Önermelere Verdikleri Doğru Yanıt Ortalamalarının Dağılımı

Çalışılan yoğun bakım ünitesi		Doğru yanıt ortalamaları						İstatistiksel değerlendirme		
		N	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	KW	p
Derinin yapısı ve fonksiyonları	Kalp-damar	36	2.17	2	1	3	0.74	60.21	1.99	0.738
	Gastro-cerrahi	37	2.32	2	1	4	0.85	65.70		
	Koroner	31	2.16	2	1	3	0.69	59.48		
	Gastroenteroloji	10	2.30	2.5	0	3	0.95	69.95		
	Acil dahili	12	2.42	2.5	1	3	0.67	71.58		
	Toplam	126	2.25	2	0	4	0.77			
İAD'nin tanımı ve etiolojisi	Kalp-damar	36	7.78	8	1	14	3.29	56.22	2.395	0.663
	Gastro-cerrahi	37	8.41	9	0	13	3.12	63.89		
	Koroner	31	8.74	9	2	14	2.94	67.74		
	Gastroenteroloji	10	8.60	8.5	0	13	3.6	66.80		
	Acil dahili	12	9.25	9.5	6	11	1.42	70.42		
	Toplam	126	8.40	9	0	14	3.04			
İAD'nin tanılanması	Kalp-damar	36	6.83	7	0	10	2.21	58.79	3.189	0.527
	Gastro-cerrahi	37	6.81	8	0	11	3.1	64.76		
	Koroner	31	6.87	7	0	11	2.54	60.47		
	Gastroenteroloji	10	6.90	8	0	10	3.18	66.45		
	Acil dahili	12	8.08	8	4	10	1.62	79.13		
	Toplam	126	6.96	8	0	11	2.6			
İAD'nin sınıflanması ve değerlendirilmesi	Kalp-damar	36	3.58	4	0	6	1.34	58.71	4.078	0.396
	Gastro-cerrahi	37	3.51	4	0	6	1.5	60.30		
	Koroner	31	3.71	4	0	6	1.51	63.68		
	Gastroenteroloji	10	4.20	4	0	6	1.69	79.50		
	Acil dahili	12	4.17	4	3	5	0.58	73.96		
	Toplam	126	3.70	4	0	6	1.41			
İAD önleme ve tedavi girişimleri	Kalp-damar	36	10.92	11	0	19	4.15	55.51	2.835	0.586
	Gastro-cerrahi	37	12.08	14	0	20	5.22	68.16		
	Koroner	31	11.87	12	2	20	4.41	63.35		
	Gastroenteroloji	10	12	13.5	0	17	4.78	68.20		
	Acil dahili	12	12.58	13.5	6	17	3.5	69.54		
	Toplam	126	11.74	12	0	20	4.52			
Toplam puan	Kalp-damar	36	31.28	33.50	3	48	9.64	53.82	4.301	0.367
	Gastro-cerrahi	37	33.14	38	6	48	11.25	66.66		
	Koroner	31	33.35	35	12	48	10.12	64.45		
	Gastroenteroloji	10	34	37	0	49	13.06	70.40		
	Acil dahili	12	36.50	37.50	29	41	4.54	74.58		
	Toplam	126	33.05	36	0	49	10.16			

Tablo 4.8'de Hemşirelerin çalışılan yoğun bakım ünitelerine göre İAD'ye ilişkin doğru yanıt ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Hemşirelerin çalışılan yoğun bakım ünitelerine göre İAD'ye ilişkin doğru yanıt ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.9.** Hemşirelerin Daha Önce İAD Riski Yüksek Olan Hastaların Yattığı Bölümde Çalışma Durumlarına Göre İAD'ye İlişkin Önermelere Verdikleri Doğru Yanıt Ortalamalarının Dağılımı

Daha önce İAD riski olan hastalarla çalışma durumu		Doğru yanıt ortalamaları						İstatistiksel değerlendirme		
		N	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	U	p
Derinin yapısı ve fonksiyonları	Çalışan	47	2.38	2	1	4	0.77	69.30	-1.486	0.137
	Çalışmayan	79	2.16	2	0	4	0.76	60.05		
	Toplam	126	2.25	2	0	4	0.77			
İAD'nin tanımı ve etiolojisi	Çalışan	47	8.64	9	1	13	2.81	65.69	-0.523	0.601
	Çalışmayan	79	8.27	9	0	14	3.18	62.20		
	Toplam	126	8.40	9	0	14	3.04			
İAD'nin tanılanması	Çalışan	47	7.36	8	0	11	2.69	71.01	-1.801	0.072
	Çalışmayan	79	6.72	7	0	11	2.54	59.03		
	Toplam	126	6.96	8	0	11	2.6			
İAD'nin sınıflanması ve değerlendirilmesi	Çalışan	47	3.74	4	0	6	1.41	65.35	-0.454	0.65
	Çalışmayan	79	3.67	4	0	6	1.42	62.40		
	Toplam	126	3.70	4	0	6	1.41			
İAD önleme ve tedavi girişimleri	Çalışan	47	12.19	13	0	20	4.87	68.48	-1,184	0.237
	Çalışmayan	79	11.47	12	0	20	4.3	60.54		
	Toplam	126	11.74	12	0	20	4.52			
Toplam puan	Çalışan	47	34.32	37	3	49	9.97	68.62	-1.215	0.224
	Çalışmayan	79	32.29	34	0	48	10.26	60.46		
	Toplam	126	33.05	36	0	49	10.16			

Tablo 4.9'da Hemşirelerin daha önce İAD riski yüksek olan hastaların yattığı bölümde çalışma durumlarına göre İAD'ye ilişkin doğru yanıt ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Daha önce İAD'si olan hastaların yattığı bir bölümde çalışan hemşirelerin, İAD'ye yönelik "derinin yapısı ve fonksiyonları, İAD'nin tanımı ve etiolojisi, İAD'nin tanılanması, İAD'nin sınıflanması ve değerlendirilmesi, İAD önleme ve tedavi girişimleri" başlıkları için toplam doğru yanıt puan ortalamaları, çalışmayan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur Ancak Hemşirelerin daha önce İAD riski yüksek olan hastaların yattığı bölümde çalışma durumlarına göre İAD'ye ilişkin doğru yanıt ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.10.** Hemşirelerin Mezuniyet Sonrası İAD'nin Önlenmesi/Tedavisi İle İlgili Bir Eğitime Katılma Durumlarına göre İAD'ye İlişkin Doğru Yanıt Ortalamalarının Dağılımı

İAD'nin önlenmesi/tedavisi ile ilgili bir eğitime katılma durumu		Doğru yanıt ortalamaları						İstatistiksel değerlendirme		
		n	Mea n	Media n	Mi n	Max	ss	Sıra Ort.	U	p
Derinin yapısı ve fonksiyonları	Katılan	20	2.40	2	1	3	0.60	70.28	-0.978	0.328
	Katılmayan	106	2.22	2	0	4	0.79	62.22		
	Toplam	126	2.25	2	0	4	0.77			
İAD'nin tanımı ve etiolojisi	Katılan	20	9.40	10	5	13	2.09	73.95	-1.404	0.16
	Katılmayan	106	8.22	9	0	14	3.16	61.53		
	Toplam	126	8.40	9	0	14	3.04			
İAD'nin tanılanması	Katılan	20	8.60	9	6	10	1.23	88.15	-3.329	<b>0.001</b>
	Katılmayan	106	6.65	7	0	11	2.68	58.85		
	Toplam	126	6.96	8	0	11	2.60			
İAD'nin sınıflanması ve değerlendirilmesi	Katılan	20	4.25	4	3	6	0.79	76.33	-1.772	0.076
	Katılmayan	106	3.59	4	0	6	1.48	61.08		
	Toplam	126	3.70	4	0	6	1.41			
İAD önleme ve tedavi girişimleri	Katılan	20	13.80	13.5	7	20	3.49	79.55	-2.149	<b>0.032</b>
	Katılmayan	106	11.35	12	0	20	4.59	60.47		
	Toplam	126	11.74	12	0	20	4.52			
Toplam puan	Katılan	20	38.45	38.5	25	49	5.51	82.80	-2.58	<b>0.01</b>
	Katılmayan	106	32.03	34	0	48	10.53	59.86		
	Toplam	126	33.05	36	0	49	10.16			

Tablo 4.10'da Hemşirelerin mezuniyet sonrası İAD'nin önlenmesi/tedavisi ile ilgili bir eğitime katılma durumlarına göre İAD'ye ilişkin doğru yanıt ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Mezuniyet sonrası İAD'nin önlenmesi/ tedavisi ile ilgili bir eğitime katılmayanların İAD'nin tanılanması puan ortalaması ( $\bar{X}=6.65\pm 2.68$ ) mezuniyet sonrası İAD'nin önlenmesi/tedavisi ile ilgili bir eğitime katılanlara ( $\bar{X}=8.6\pm 1.23$ ) göre anlamlı derecede düşüktür. İAD'nin tanılanması puanları bakımından mezuniyet sonrası İAD'nin önlenmesi/tedavisi ile ilgili bir eğitime katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0.05$ ).

İAD önleme ve tedavi girişimleri puanları bakımından mezuniyet sonrası İAD'nin önleme/tedavisi ile ilgili bir eğitime katılma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Mezuniyet sonrası İAD'nin önleme/ tedavisi ile ilgili bir eğitime katılmayanların İAD önleme ve tedavi girişimleri puanı mezuniyet sonrası İAD'nin tedavisi ile ilgili bir eğitime katılanlara göre anlamlı derecede düşüktür ( $p<0.05$ ).

Hemşirelerin toplam puanlar bakımından mezuniyet sonrası İAD nin tedavisi ile ilgili bir eğitime katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Mezuniyet sonrası İAD'nin tedavisi ile ilgili bir eğitime katılmayanların toplam puanı mezuniyet sonrası İAD'nin tedavisi ile ilgili bir eğitime katılanlara göre anlamlı derecede düşüktür ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.11.** Hemşirelerin İAD'nin Önlenmesi/Tedavisine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarını Yeterli Bulma Durumlarına Göre İAD'ye İlişkin Önermelere Verdikleri Doğru Yanıt Ortalamalarının Dağılımı

Hemşirelerin İAD'nin önlenmesi/tedavisine yönelik hemşirelik uygulamalarının yeterli bulma durumları		Doğru yanıt ortalamaları						İstatistiksel değerlendirme		
		N	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	KW	p
Derinin yapısı ve fonksiyonları	Yeterli	18	2.33	2	1	4	0.84	66.92	4.839	0.089
	Kısmen yeterli	86	2.30	2	0	4	0.78	66.47		
	Yetersiz	22	1.95	2	1	3	0.58	49.11		
	Toplam	126	2.25	2	0	4	0.77			
İAD'nin tanımı ve etiolojisi	Yeterli	18	9.39	10	3	14	2.97	74.36	2.698	0.26
	Kısmen yeterli	86	8.37	9	0	14	3.04	63.28		
	Yetersiz	22	7.73	8	1	11	3.01	55.45		
	Toplam	126	8.40	9	0	14	3.04			
İAD'nin tanlanması	Yeterli	18	8.17	8	5	10	1.38	79	3.889	0.143
	Kısmen yeterli	86	6.71	7	0	11	2.76	60.67		
	Yetersiz	22	6.95	7.5	0	11	2.55	61.89		
	Toplam	126	6.96	8	0	11	2.60			
İAD'nin sınıflandırılması ve değerlendirilmesi	Yeterli	18	4.17	4	2	6	1.15	73.81	1.791	0.408
	Kısmen yeterli	86	3.65	4	0	6	1.35	61.77		
	Yetersiz	22	3.50	4	0	6	1.77	61.84		
	Toplam	126	3.70	4	0	6	1.41			
İAD önleme ve tedavi girişimleri	Yeterli	18	14.22	14	4	20	4.24	84.08	8.33	0.016
	Kısmen yeterli	86	11.67	12	0	20	4.20	62.33		
	Yetersiz	22	9.95	10	0	17	5.19	51.25		
	Toplam	126	11.74	12	0	20	4.52	3-1		
Toplam puan	Yeterli	18	38.28	38.5	23	49	8.04	81.22	5.911	0.052
	Kısmen yeterli	86	32.71	36	0	48	10.06	62.28		
	Yetersiz	22	30.09	31.5	3	47	10.94	53.77		
	Toplam	126	33.05	36	0	49	10.16			

Tablo 4.11'de Hemşirelerin İAD'nin Önlenmesi/Tedavisine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarını Yeterli Bulma Durumlarına Göre İAD'ye İlişkin Önermelere Verdikleri Doğru Yanıt Ortalamalarının Dağılımı yer almaktadır.

Hemşirelerin İAD'nin önleme/tedavi girişimleri doğru yanıt ortalamaları bakımından İAD önleme/tedavisine yönelik hemşirelik uygulamalarını yeterli bulma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ). İAD'nin önleme/tedavisine yönelik hemşirelik uygulamalarının yetersiz olduğunu belirtenlerin İAD'nin önleme ve tedavi girişimleri puan ortalamaları yeterli olduğunu belirtenlere göre anlamlı derecede düşüktür.

Hemşirelerin diğer puan ortalamaları bakımından İAD'nin önleme/tedavisine yönelik kendi hemşirelik uygulamalarını yeterli bulma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.12.** Hemşirelerin Hizmet Süresi, Şuan Çalışılan Yoğun Bakım Ünitesindeki Hizmet Süresi ve Yaş Değerleri İle İAD Doğru Yanıt Ortalamaları Arasındaki İlişki

		Hemşirelikte hizmet süresi	Şuan ki yoğun bakım ünitesinde hizmet süresi	Yaş ortalaması
Derinin yapısı ve fonksiyonları	r	0.082	0.133	0.027
	p	0.359	0.138	0.766
	n	126	126	126
İAD'nin tanımı ve etiolojisi	r	<b>.237</b>	<b>.212</b>	<b>.241</b>
	p	0.008	0.017	0.007
	n	126	126	126
İAD'nin tanılanması	r	<b>.330</b>	<b>.223</b>	<b>.335</b>
	p	0.001	0.012	0.001
	n	126	126	126
İAD'nin sınıflanması ve değerlendirilmesi	r	0.087	0.094	0.094
	p	0.331	0.293	0.294
	n	126	126	126
İAD önleme ve tedavi girişimleri	r	<b>.197</b>	<b>.237</b>	0.164
	p	0.027	0.008	0.067
	n	126	126	126
Toplam puan	r	<b>.265</b>	<b>.260</b>	<b>.232</b>
	p	0.003	0.003	0.009
	n	126	126	126

Tablo 4.12'de Hemşirelerin Hizmet Süresi, Şuan Çalışılan Yoğun Bakım Ünitesindeki Hizmet Süresi ve Yaş Değerleri İle İAD Doğru Yanıt Ortalamaları Arasındaki İlişki incelenmiştir.

Hemşirelikte hizmet süresi ile İAD'nin tanımı ve etiolojisi, İAD'nin tanılanması, İAD'yi önleme ve tedavi girişimleri ve İAD'ye ilişkin toplam puan

ortalamları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Bu ilişki zayıf ancak pozitif yönlüdür. Hizmet süresi arttıkça hemşirelerin İAD'nin tanımı ve etiolojisi, İAD'nin tanınması, İAD' yi önleme ve tedavi girişimleri ve İAD'ye ilişkin toplam puan ortalamaları da artmaktadır.

Şuan çalışılan yoğun bakım ünitesindeki hizmet süresi ile İAD'nin tanımı ve etiolojisi, İAD'nin tanınması, İAD' yi önleme ve tedavi girişimleri ve İAD'ye ilişkin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Bu ilişki zayıf ancak pozitif yönlüdür. Şuan çalışılan yoğun bakım ünitesindeki hizmet süresi arttıkça hemşirelerin İAD'nin tanımı ve etiolojisi, İAD'nin tanınması, İAD' yi önleme ve tedavi girişimleri ve İAD'ye ilişkin toplam puan ortalamaları da artmaktadır.

Hemşirelerin yaş ortalamaları ile İAD'nin tanımı ve etiolojisi, İAD'nin tanınması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Bu ilişki zayıf ancak pozitif yönlüdür Yaş değerleri arttıkça İAD'nin tanımı ve etiolojisi ile İAD'nin tanınması puan ortalamaları da artmaktadır.

**Tablo 4.13.** Hemşirelerin İAD 'si Olan Hastaya Bakım Verirken Karşılaştıkları Sorunlar

Karşılaşılan Sorunlar	Sayı *	%
<b>Hastaya İlişkin sorunlar</b>		
Bölgenin anatomik özelliğinin etkisi ile neme maruz kalmasının oluşturduğu iyileşmede gecikme	22	17.46
Hastaya ait aşırı kilo, kötü koku ve ajitasyon gibi bireysel özelliklerin bakımı zorlaştırması	8	6.35
Hastanın genel sağlık durumunda bozulma	7	5.55
Hastanın yaşam kalitesinin düşmesi (ağrı, yanma vb.)	7	5.55
Hastanın kooperasyon problemi yaşaması	5	3.97
<b>Ürünlere ilişkin sorunlar</b>		
Hasta bakımında kullanılacak uygun ve yeterli bakım ürünlerinin olmaması	50	39.68
Kurumun fiziksel şartlarının yetersiz olması	4	3.17
<b>Personel ile ilişkili sorunlar</b>		
Hasta başına düşen hemşire sayısının azlığı	22	17.45
Yardımcı personel sayısının azlığı	21	15.08
Stoma ve yara bakım ünitesinden alınan danışmanlık hizmetlerinin yetersizliği	1	0.79
<b>Bilgi eksikliği ile ilgili sorunlar</b>		
Bakım vericilerin (hemşire, yardımcı hizmetli ve hasta yakınları ) bilgi eksikliği	18	14.29
Hatalı uygulamalar	6	4.76
<b>İlgisiz cevaplar</b>	7	5.56

\* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.13’de Hemşirelerin İAD 'si olan hastaya bakım verirken karşılaştıkları sorunlar verilmiştir. Hemşirelerin ifade ettikleri sorun kategorileri arasında hastalara ilişkin sorunlar olarak “Bölgenin anatomik özelliğinin etkisi ile neme maruz kalmasının oluşturduğu iyileşmede gecikme” (%17.46), ürüne ilişkin sorunlar olarak “Hasta bakımında kullanılacak uygun ve yeterli bakım ürünlerinin olmaması” (%39.68), personel ile ilişkili sorunlar olarak ”Hasta başına düşen hemşire sayısının azlığı” (%17.45) ve bilgi eksikliği ile ilgili sorunlar olarak "Bakım vericilerin (hemşire, yardımcı hizmetli ve hasta yakınları ) bilgi eksikliği” (%14.29) en yüksek oranlarda belirtilmiştir.

**Tablo 4.14.** Hemşirelerin İAD 'in Önlenmesine/Tedavisine Yönelik Uygulamalarının Niteliğini Artırmaya Yönelik Öneriler

Öneriler	Sayı *	%
<b>Hastaya İlişkin öneriler</b>		
Hasta bakımında uygun üriner ve fekal yönetim sistemlerinin kullanılması	8	6.34
Bölgenin kuru ve temiz kalmasının sağlanması	7	5.56
Hastanın durumuna uygun diyet almasının sağlanması	1	0.79
<b>Ürün kullanımına ilişkin öneriler</b>		
Hasta bakımında uygun ürünlerin (temizleme mendili,bariyer krem,bariyer sprey vb.) temin edilmesi ve kullanılması	45	35.71
Pozisyon vermek için yeterli sayıda pozisyon yastığı temin edilmesi	3	2.38
Uygun destek yüzey kullanımı	1	0.79
<b>Personel ile ilişkili öneriler</b>		
Hasta başına düşen hemşire ve yardımcı personel sayısının artırılması	101	80.13
Stoma ve yara bakım ünitesinden alınan danışmanlık desteğinin artırılması	12	9.52
<b>Bilgi eksikliğine ilişkin öneriler</b>		
IAD'ye ilişkin eğitim ve kurs programlarının düzenlenmesi	41	27.77
Bilimsel yayınların takibi	2	1.59
<b>İlgisiz cevaplar</b>	4	3.17

\*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.14’de Hemşirelerin İAD 'in Önlenmesine/Tedavisine Yönelik Uygulamalarının Niteliğini Artırmaya Yönelik Önerilerine yer verilmiştir. Bu öneriler içerisinde en yüksek oran olarak hastaya ilişkin önerilerde “Hasta bakımında uygun üriner ve fekal yönetim sistemlerinin kullanılması” (%6.34), ürün kullanımına ilişkin öneriler olarak “Hasta bakımında uygun ürünlerin (temizleme mendili, bariyer krem, bariyer sprey vb.) temin edilmesi ve kullanılması” (%35.71), personel ile ilişkili öneriler olarak “Hasta başına düşen hemşire ve yardımcı personel sayısının artırılması” ve bilgi gereksinimine ilişkin öneriler olarak " IAD'ye ilişkin eğitim ve kurs programlarının düzenlenmesi” (%27.77) yer almaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma hemşirelerin (n=126) İAD'ye ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmada hemşirelerin yarısından fazlasının daha önce İAD gelişme riski yüksek olan hastaların yattıkları bir bölümde çalışma deneyimleri olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Bu bulgu, hemşirelerin İAD'si olan hastalarla ilk olarak halen çalışmakta oldukları YBÜ'de karşılaştıklarını göstermektedir. Daha önce İAD'si olan hastaların yattığı bir bölümde çalışan hemşirelerin, İAD'ye yönelik "derinin yapısı ve fonksiyonları, İAD'nin tanımı ve etiolojisi, İAD'nin tanılanması, İAD'nin sınıflanması ve değerlendirilmesi, İAD önleme ve tedavi girişimleri" başlıkları için toplam doğru yanıt puan ortalamaları, çalışmayan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.9). Bu sonuç hemşirelik mesleğinde deneyimin önemini göstermesi açısından önemli bulunmuştur. Bununla birlikte hemşirelerin halen çalışmakta oldukları yoğun bakım üniteleri ile İAD tanılama doğru yanıt puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.8).

Araştırmada hemşirelerin tamamının İAD'si olan hastaya bakım vermesine rağmen, çoğunluğunun mezuniyetlerinden sonra İAD'nin önlenmesine /tedavisine yönelik herhangi bir eğitim programına katılmadıkları saptanmıştır (Tablo 4.1). İAD ile ilgili bir eğitim programına katılan hemşirelerin doğru yanıt puan ortalamaları ile katılmayanların doğru yanıt puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. İAD'nin tanılanması puanları, İAD önleme ve tedavi girişimleri puanları ve toplam puanlar bakımından, mezuniyet sonrası İAD ile ilgili bir eğitime katılanlar ve katılmayanlar arasındaki fark anlamlıdır. Mezuniyetten sonra İAD'nin önlenmesi / tedavisi ile ilgili bir eğitime katılmayanların puanları eğitime katılanlara göre anlamlı derecede düşüktür ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.6). Bilgi ve becerisini güncelleme ve sürekli mesleki gelişim hemşirenin etik sorumluluğudur. Uluslararası Hemşireler Birliği, Hemşirelik Etik Kodlar'ında, hemşirenin mesleki gelişimini sağlamaya yönelik çabalarda bulunması ve sürekli eğitim ile yeterliliğini sürdürme sorumluluğu taşıması gerektiğini belirtmektedir. Çalışmanın yapıldığı YBÜ'lerde yatan hastalarda birçok içsel ve dışsal risk faktörleri nedeniyle İAD gelişme riski yüksektir. Dolayısıyla bu YBÜ'lerinde çalışan hemşirelerin İAD'nin önlenmesine /tedavisine yönelik



gelişmeleri takip etmeleri, bilgi ve uygulamalarını güncellemeleri önemlidir ve gereklidir. Ayrıca bir hemşirelik uygulamasına ilişkin yeterlilik, temel hemşirelik eğitiminin yanı sıra mezuniyet sonrası hizmetiçi eğitim programları, kongre ve sempozyum gibi bilimsel faaliyetlere katılma ve mesleki yayınları takip etme yoluyla kazanılır ve geliştirilir. İAD özelinde ise bu konu hemşirelik lisans müfredatlarında yeterince yer almamaktadır. Örneğin Hemşirelikte Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP-2014) incelendiğinde, İAD içeriği açısından yetersiz olduğu görülmektedir (32). Aynı zamanda yoğun bakım hemşirelerine yönelik hizmet içi eğitim programlarının içeriğinde de İAD ile ilişkili konuların yer almaması dikkat çekicidir. Oysa ki hemşirelerin bu konu hakkında farkındalığını artırmak için ya temel eğitimde ya da mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programlarında bu konunun yer alması gerekir. Yoğun bakım hemşireliği, çok özel girişimleri içeren, araştırma sonuçlarından yararlanmayı ve kanıta dayalı uygulamayı gerekli kılan bir hemşirelik alanıdır. Bu nedenle bir yoğun bakım hemşiresi sağlık alanındaki yenilikleri ve gelişmeleri yakından takip etmelidir (56, 57, 58). Hemşirelerin çoğunluğunun İAD'ye ilişkin bir eğitime katılmamasının İAD insidansının yüksek olduğu bu ünitelerde hemşirelik bakımın kalitesini olumsuz yönde etkileyeceğini düşündürmektedir (20, 26).

Hemşireler, İAD'yi önlemeye/televaviye ilişkin uygulamalarında, bilgi kaynağı olarak, çoğunlukla temel hemşirelik eğitimi sırasında edindikleri bilgiden, deneyimli hemşirelerin uygulamalarından, stoma ve yara bakım hemşirelerinin önerilerinden ve hekimlerin istem ve önerilerinden yararlandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.1). İAD ve BÜ'nin kurs ve eğitim programlarında birlikte yer aldığı göz önünde bulundurulduğunda, bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Özdemir ve Karadağ'ın (2006) YBÜ'lerde BÜ gelişme riski bulunan hastalara bakım veren hemşireler (n=30) üzerinde yaptıkları çalışmada ve Aydın, Karabağ ve Karadağ'ın (2008) hemşirelerin (n=237) derin doku hasarı ve 1.Evre basınç ülserlerinin bakımına ilişkin uygulamalarının belirlenmesine yönelik yaptıkları çalışmada da hemşireler bilgi kaynağı olarak çoğunlukla temel hemşirelik eğitimi sırasında edindikleri bilgiden yararlandıklarını belirtmişlerdir (59, 60) Bunun yanında, Ayello ve Meaney (2003) yaptıkları literatür taramasında temel hemşirelik eğitimi sırasında kullanılan

kaynaklarda BÜ'ye yönelik bilgilerin oldukça sınırlı ve yetersiz olduğunu saptamışlardır (61).

Hemşirelerin tamamına yakını, Derinin Yapısı ve Fonksiyonlarına ilişkin bilgilerini sorgulayan “Korneositlerin yapısında bulunan, Doğal Nemlendirici Faktör (NMF), derinin yağ düzeyinin korunmasına yardımcı olur.”ifadesini yanlış yanıtlamıştır (Tablo 4.2). Bu oranın yüksek olması hemşirelik eğitim programlarının içeriğinde Korneositlerin yapısı ve NMF'ün yer almaması ile de ilişkilendirilebilir. Korneositlerin deri bariyerinin bütünlüğünü korumada rolü mevcuttur ve NMF'nin etkili ve esnek bir bariyeri idame ettirmek için bütün yapıyı hidrate etmede yardımcı rol oynar. Bu rollerin bilinmesi hemşirelerin deri bakımına ilişkin inkontinans yönetimini şekillendirilmesi açısından önemlidir.

İAD'yi doğru tanımlamak ve etiolojisini bilmek önleme ve etkin tedavi planlanmasında önemlidir. Bu bağlamda hemşirelerin İAD'nin tanımı ve etiolojisine ilişkin bilgilerini sorgulayan önermeler arasında 5, 14. ve 16. ifadelere verdikleri doğru yanıt oranı yüksektir (Tablo 4.3). Bu bulgular hemşirelerin çoğunluğunun İAD'nin tanımını bildiklerini ancak risk faktörlerinin tamamına ilişkin bilgi sahibi olmadıklarını göstermektedir. Hemşirelerin kötü beslenme, kişisel hijyen eksikliği, hareketsizlik ve derinin aşırı hidrate olmasını İAD için risk faktörleri olarak değerlendirmeleri, çalıştıkları ünitelerde bu risk faktörlerine sahip hastalarla karşılaştıklarının bir yansımasıdır. Hemşirelerin çoğunluğunun yanlış yanıtladıkları önermeler arasında ise 12. 15.ve 20. önermeler yer almıştır (Tablo 4.3). İAD'nin risk faktörlerini içeren 15.soruda, hemşirelerin çoğunluğu ileri yaşı İAD için bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirmektedir. Oysa literatürde ileri yaşın daha yüksek inkontinans prevalansı ile ilişkili olmakla birlikte, İAD için bağımsız bir risk faktörü olmadığı belirtilmektedir (62). Hemşirelerin çalıştığı bölümler dikkate alındığında her yaş grubundan hastaya bakım vermelerinin bu değerlendirmede etkili olabileceği düşünülmektedir. İAD'nin etiolojisini içeren 12. ve 20. sorulara yanlış yanıt vermeleri ise bu konudaki teorik bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir (Tablo 4.3).

Literatürde İAD'nin tanılanması ve BÜ'den ayırt edilmesinde eğitimin önemi belirtilmektedir (7, 38, 50). Çalışmada hemşirelerin İAD'nin tanılanması, sınıflandırılması ve değerlendirilmesine yönelik önermelere verdikleri yanıtlar incelendiğinde hemşirelerin büyük oranda “İAD'nin doğru değerlendirilmesi ve tanılanmasının ve BÜ'den ayırt edilmesinin gerekliliğinin farkında olduğu belirlenirken (%84.92) hemşirelerin büyük bölümünün İAD'nin sınıflandırılması ve BÜ'den ayırt edilmesi ile ilgili sorulara yanlış yanıt verdikleri saptanmıştır (Tablo 4.4, 4.5). Benzer şekilde Beeckman ve diğerleri, 212 hemşire ve 214 hemşirelik son sınıf öğrencisini İAD ve BÜ'nün ayırt edilmesi konusunda değerlendirmiş ve her iki grubun da bu konuda zorluk yaşadığını belirlemişlerdir. Çalışmada, her iki gruba BÜ'nün sınıflandırılması ile ilgili on-line ve sınıf içi eğitim şeklinde verilen eğitimin fayda sağladığı belirlenmiştir. BÜ'ye ilişkin bu on-line program, Belçika, Hollanda, Portekiz ve İngiltere'de hemşireler (n=1217) tarafından kullanılmıştır. Eğitimden önce hemşirelerin %55.5'i BÜ'yü doğru tanımlarken bu oran eğitimden sonra %70.7'ye yükselmiştir (63).

IAD'nin önlenmesi ve tedavisi, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri açısından yasal ve etik bir zorunluluktur (18). Kanıta dayalı bir hemşirelik bakımı hastanın deneyimlerini, klinik sonuçlarını ve yaşam kalitesini artırabilir (34). İnkontinansı yönetmek ve yapılandırılmış bir deri bakımı uygulamak, inkontinans alakalı dermatitin önlenmesi ve yönetiminde anahtar girişimlerdir (38). IAD bireyin sağlığını ve yaşam kalitesini etkilemesinin yanısıra para, zaman ve işgücü kayıplarına da yol açmaktadır. IAD aynı zamanda hemşirelik bakımının kalite göstergesi olarak ele alınan BÜ gelişmesine yol açan ana risk faktörlerinden biridir (17). Hastane kaynaklı IAD'nin azaltılması, hastane kaynaklı BÜ ve bununla ilişkili maliyetleri de potansiyel olarak azaltabilir (17, 31). Bu durumda IAD'nin önlenmesi ve yönetimi daha da önem kazanmaktadır. Çalışmamızda hemşirelerin IAD'yi önleme ve tedavi girişimlerine yönelik önermeler arasında en fazla doğru yanıtladıkları önerme “Deri bütünlüğünün korunmasında ve sürdürülmesinde hemşireliğe özgü girişimlerin rolü büyüktür” (%86.51) (Tablo 4.6). Hemşirelerin IAD'yi önleme ve tedavi girişimlerine yönelik bu farkındalıkları sevindici bir bulgudur ancak hemşirelerin en fazla yanlış/fikrim yok yanıtını verdiği önermeler ise sırası ile “Aşırı hidrate olan ve maserasyon

bulunan deri için, nemi hapsetmek üzere formüle edilmiş cilt bakım ürünleri kullanılmalıdır” (%82.54), “İAD’nin önlenmesinde ve tedavisinde, topikal antimikrobiyal ürünlerin rutin olarak kullanılması etkilidir” (%80.95), “İnkontinansı olan hastada, deri temizliğinin sık aralıklarla yapılması, nem ve iritanlara karşı iyi bir koruma sağlamak için gereklidir” ( %80.95), “İnkontinanstan hemen sonra perianal bölge su ve sabunla temizlenir” (%80.95 ) olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca çalışmamızda hemşirelerin İAD’nin önleme/tedavi girişimleri doğru yanıt ortalamaları bakımından İAD önleme/tedavisine yönelik hemşirelik uygulamalarını yeterli bulma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). İAD’nin önleme/tedavisine yönelik hemşirelik uygulamalarının yetersiz olduğunu belirtenlerin İAD’nin önleme ve tedavi girişimleri puan ortalamaları yeterli olduğunu belirtenlere göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.11). Bu bulgular sonucunda hemşirelerin İAD’nin önlenmesi ve tedavisine yönelik bilgi eksikliklerinin giderilmesi amacıyla hemşirelere yönelik hizmetiçi eğitim programlarının geliştirilmesi ve hemşirelerin düzenli olarak programlara katılımlarının desteklenmesi, temel hemşirelik eğitiminde, İAD konusunun kapsamlı yer alması sağlanmalıdır.

Hemşirelere ait tanıtıcı özelliklerden biri olan mezun oldukları eğitim programı İAD’nin önlenmesi ve tedavisindeki kararlarını etkilemektedir. İAD’ye ilişkin toplam doğru yanıt puan ortalamaları bakımından yüksek lisans mezunu olanların bilgi düzeyleri en yüksekken (% 40.67), buna karşılık sağlık meslek lisesi mezunu olanlarda bu oran en düşük düzeydedir (%29.12) (Tablo 4.7). Bu bulgu profesyonel bir kimlik için gerekli olan lisansüstü eğitimin derinlemesine bilgi ve beceri kazandırmasının bir göstergesi şeklinde yorumlanabilir. Literatürde eğitim durumu ile bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi vurgulayan, bulgularımızı destekleyen pek çok çalışmaya rastlanmaktadır. Pancorbo-Hidalgo PL ve diğerleri (2007) İspanya’da, BÜ’nün önlenmesine/tedavisine ilişkin hemşirelerin bilgi düzeyini ve bilginin klinik alanda kullanım durumunu belirlemek amacıyla 740 hemşire üzerinde yaptıkları bir çalışmada; lisans mezunu hemşirelerin önlemeye yönelik bilgi düzeylerinin %80.3, tedaviye yönelik bilgi düzeylerinin %81.2, önlisans mezunu hemşirelerin ise önlemeye yönelik bilgi düzeylerinin %71.7, tedaviye yönelik bilgi düzeylerinin %64.4 olduğunu

saptamışlardır (64). Sinclair ve diğerleri (2004) mezuniyet sonrası bir eğitim programını uygulamak ve değerlendirmek amacıyla 595 lisans mezunu hemşire ve 59 önlisans mezunu hemşire ile yaptıkları BÜ ile ilgili bir çalışmada, eğitimden önce 1 test, eğitimden sonra 2 test uygulamış ve değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada hem eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu hem de mezuniyet sonrasında alınan eğitimin etkisi ortaya konulmuştur (65).

Çalışmamızda hemşirelerin yaşının, hemşirelikte toplam hizmet süresinin ve şuan çalışılan yoğun bakım ünitesindeki hizmet süresinin İAD'nin tanımı ve etiolojisi, İAD'nin tanılanması, İAD'yi önleme ve tedavi girişimleri ve İAD'ye ilişkin toplam doğru yanıt puanları üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır ( Tablo 4.12). Hizmet süresi ve yaş arttıkça hemşirelerin İAD'nin tanımı ve etiolojisi, İAD'nin tanılanması ve İAD'ye ilişkin toplam puanları da artmaktadır. Bu bulgular hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin, toplam doğru yanıt puanlarını etkilediğini göstermektedir.

Hemşireler İAD'si olan hastaya bakım vermede karşılaştıkları sorunları ve çözüm önerilerini oldukça somut şekilde belirtmişlerdir. İAD bakım ürünlerinin yetersizliği, hemşire sayısının azlığı ve anatomik bölge literatürde de belirtilen ortak nedenler ve çözüm seçenekleri arasında yer almaktadır (Tablo 4.13, 4.14). Benzer şekilde Panagiotopoulou K, Kerr SM (2002) tarafından yapılan çalışmada hemşireler ilk sırada personel sayısının artırılması önerisinde bulunmuşlardır (66). Aydın Karabağ'ın çalışmasında (2008) ise hemşirelerin BÜ'nün önlenmesine/tedavisine yönelik önerileri arasında ilk sırada sürekli mesleki eğitim programlarının geliştirilmesi, ikinci sırada hemşire sayısının artırılması önerileri yer almaktadır (60).

İAD'ye ilişkin eğitim sonrası hasta bakımında uygun ve yeterli bakım ürünlerinin kullanılması hemşirelik bakımının kalitesini ve hasta memnuniyetini artıracaktır. Bale ve diğerleri (2004), İngiltere'de, iki bakım evinde yapılandırılmış bir deri bakım protokolünün (deri temizleyici, bariyer krem ve bariyer film) uygulanmasıyla (n=164 hasta), üç ay sonunda, İAD ve Evre I BÜ'nün azaltıldığını bildirmişlerdir. Beeckman ve diğerlerinin (2011) huzur evinde 464 hasta ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, İAD yönetiminde kontinans bakım mendili (temizleyici + deri koruyucu + nemlendirici içeren) %3 dimetikon bazlı cilt koruyucu

kullanımı ile su ve sabun kullanımını karşılaştırmışlardır. İAD oranı kontinans bakım mendili ve %3 dimetikon bazlı cilt koruyucu kullanılan grupta %8,1 iken su ve sabun kullanılan grupta %27,1 larak belirlenmiştir (28). Hunter ve diğerlerinin (2003) iki huzur evinde yaptıkları yarı deneysel çalışmada, kontrol ve deney grubundaki hastalar üç ay boyunca takip edilmiş, kontrol grubuna rutin hemşirelik bakımı uygulanırken deney grubuna cildi koruma ve temizlemeye yönelik geliştirilen cilt bakım protokolüne uygun bakım verilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda, kontrol grubunda doku bütünlüğünde bozulma oranı %19,9; deney grubunda %8,1 olarak saptanmıştır (67). Hemşirelerin İAD'ye ilişkin bilgi düzeylerinin artırılması hasta bakım kalitesinin artmasını doğrudan sağlayacaktır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit'e ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan (n=126) bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

- 1- Araştırmaya katılan hemşirelerin % 46.83'ü örgün lisans programı mezunudur. Hemşirelerin yarısından fazlası (% 62.07) daha önce İAD gelişme riski yüksek olan hastaların yattıkları bir bölümde çalışmamıştır ve çoğunluğu (% 84.13) mezuniyetten sonra İAD'nin önlenmesi/tedavisi ile ilgili eğitim programına katılmamıştır (Tablo 4.1).
- 2- Hemşireler derinin yapısı ve fonksiyonuna yönelik en yüksek oranda (% 94.44) doğru yanıt verdikleri ifade, "Derinin pH' sı, derinin bariyer fonksiyonunu yerine getirmesinde etkilidir" ifadesidir (Tablo 4.2).
- 3- Hemşirelerin İAD'nin tanımına ve etiyojisine yönelik ifadelerden en yüksek oranda doğru yanıtladıkları ilk üç ifade "Kötü beslenme, kişisel hijyen eksikliği, hareketsizlik İAD için risk faktörleridir" (%80.95), "İAD, idrar ya da dışkı temasına bağlı deri hasarına verilen genel addır" (%79.37) ve "Derinin inkontinans nedeniyle aşırı hidrate olması, sürtünme katsayısını etkilemez" (%76.19 ) ifadeleridir (Tablo 4.3).
- 4- Hemşirelerin en fazla yanlış/ fikrim yok yanıtını verdikleri önermeler ise sırası ile "İdrar, stratum korneum'a zarar verebilecek olan lipolitik ve proteolitik enzimleri içerir" (%90.48), "Oklüzif toplama ürünlerinin kullanımı, İAD oluşumunu önler" (%87.30) ve "İleri yaş, İAD gelişmesinde rol oynayan bağımsız bir risk faktörüdür" (%80.16) ifadeleridir (Tablo 4.3).
- 5- Hemşirelerin İAD'nin tanınmasına yönelik ifadelerden en yüksek oranda doğru yanıtladıkları ilk üç ifade %84.92 oranıyla "İAD'nin doğru değerlendirilmesi ve tanınması hastanın uygun bakım ve tedavi girişimlerini almasını sağlar", %84.13 oranıyla "İAD; ağrı, rahatsızlık, uyku bozukluğu ve bağımsızlık kaybına neden olur" ve % 78.57 oranıyla

“Sağlık kuruluşlarında, İAD’nin basınç ülseri ve diğer cilt yaralanmalarından ayırt edilmesi, İAD’nin doğru tanılması ve uygun tedavisi açısından gereklidir” ifadeleridir (Tablo 4.4).

- 6- Hemşirelerin en fazla yanlış/fikrim yok yanıtını verdikleri önermeler ise sırası ile “İnkontinans olan bir hastada deride kızarıklık var ve deri bütünlüğü bozulmuşsa Evre I İAD olarak sınıflandırılır” (% 80.16), “İAD, sıklıkla Evre III ve IV basınç ülserleri ile karıştırılmaktadır” (%73.81 ) ve “İAD geliştiğinde; deride veziküller, büller, papüller veya püstülleri içeren lezyonlar görülmez” (% 44.44 ) ifadeleridir (Tablo 4.4).
- 7- Hemşirelerin hemşirelerin İAD'nin sınıflanmasına ve değerlendirilmesine yönelik ifadelerden en yüksek oranda doğru yanıtladıkları ilk üç ifade %83.33 oranıyla “İnkontinans yönetiminde; inkontinansın nedenlerini belirlemek ve kapsamlı bir bakım planı oluşturmak üzere hastanın ayrıntılı değerlendirilmesi gereklidir”, %79.37 oranıyla “İnkontinans olan tüm hastalarda deri değerlendirmesi günde en az bir kez yapılır.” ve %76.19 oranıyla “İAD’de deri kaybı olabilir veya olmayabilir” ifadeleridir (Tablo 4.5).
- 8- Hemşirelerin İAD’yi önleme ve tedavi girişimlerine yönelik ifadelerden en yüksek oranda doğru yanıtladıkları ilk dört ifade %86.51 oranıyla “Deri bütünlüğünün korunmasında ve sürdürülmesinde hemşireliğe özgü girişimlerin rolü büyüktür”, %80.95 oranıyla “Deri bütünlüğünde bozulma riski bulunan hastalarda, hemşirelik girişimleri belirlenirken Stoma ve Yara Bakım Hemşireleri” ile işbirliği yapılır”, %77.78 oranıyla “Cilt bakımında kullanılan ürünlerin temizleme, onarma ve koruma fonksiyonuna sahip olması zamandan tasarruf sağlar.” ve % 76.98 oranıyla “Deriden iritanları uzaklaştırmak amacıyla kullanılan deri temizleme ürünlerinin pH’sının, normal deri pH’sına yakın olması gerekir” ifadeleridir (Tablo 4.6).
- 9- Hemşirelerin en fazla yanlış/ fikrim yok yanıtını verdikleri önermeler ise sırası ile “Aşırı hidrate olan ve maserasyon bulunan deri için, nemi hapsetmek üzere formüle edilmiş cilt bakım ürünleri kullanılmalıdır” (%82.54), “İAD’nin önlenmesinde ve tedavisinde, topikal antimikrobiyal ürünlerin rutin olarak kullanılması etkilidir” (%80.95), “İnkontinans olan



hastada, deri temizliğinin sık aralıklarla yapılması, nem ve iritanlara karşı iyi bir koruma sağlamak için gereklidir” (%80.95), “İnkontinansın hemen sonra perianal bölge su ve sabunla temizlenir” (%80.95) ifadeleridir (Tablo 4.6).

10- Hemşirelerin İAD’ye ilişkin doğru yanıt ortalamalarını en son tamamladıkları eğitim programları, mezuniyet sonrası İAD’nin önlenmesi/tedavisi ile ilgili bir eğitime katılma durumları, hizmet süresi, şuan çalışılan yoğun bakım ünitesindeki hizmet süresi ve yaş değerleri etkilemiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). (Tablo 4.7, 4.10, 4.12).

11- Hemşireler İAD 'si olan hastaya bakım verirken karşılaştıkları sorunlar olarak “Bölgenin anatomik özelliğinin etkisi ile neme maruz kalmasının oluşturduğu iyileşmede gecikme” “Hasta bakımında kullanılacak uygun ve yeterli bakım ürünlerinin olmaması” ”Hasta başına düşen hemşire sayısının azlığı” ve "Bakım vericilerin (hemşire, yardımcı hizmetli ve hasta yakınları) bilgi eksikliği” en yüksek oranlarda belirtilmiştir (Tablo 4.13).

12- Hemşireler İAD 'in önlenmesine/tedavisine yönelik uygulamalarının niteliğini artırmaya yönelik olarak “Hasta bakımında uygun ürünler ve fekal yönetim sistemlerinin kullanılması”, “Hasta bakımında uygun ürünlerin (temizleme mendili, bariyer krem, bariyer sprey vb.) temin edilmesi ve kullanılması”, “Hasta başına düşen hemşire ve yardımcı personel sayısının artırılması” " İAD’ye ilişkin eğitim ve kurs programlarının düzenlenmesini ” önermiştir (Tablo 4.14).

## 6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Hemşirelerin İAD’ye ilişkin doğru yanıt puan ortalamaları düşük bulunmuştur.

Bu nedenle;

- a) Hemşirelere yönelik hizmetiçi eğitim programlarının geliştirilmesi ve hemşirelerin düzenli olarak programlara katılımlarının desteklenmesi, sağlanması.
  - b) Temel hemşirelik eğitiminde, İAD konusunun kapsamlı yer alması.
  - c) Eğitim programlarının derinin yapısı ve fonksiyonları, İAD'nin tanımı ve etiolojisi, İAD'nin tanılanması, İAD'nin sınıflanması ve değerlendirilmesi, İAD'yi önleme ve tedavi girişimleri temel konu başlıklarını içermesi.
  - d) Doğru yanıt puan ortalaması lisans ve üstü eğitim grubunda daha yüksek bulunmuştur. Bu nedenle temel hemşirelik eğitiminin en az lisans düzeyinde devam ettirilmesi.
2. Hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve bu konudaki önerileri inkontinans yönetim sistemleri, personel sayısı ve eğitim ihtiyacı üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu nedenle;
- a) İnkontinans yönetim sistemlerinin temin edilmesi.
  - b) İAD'nin önlenmesine/tedavisine yönelik bakım protokollerinin geliştirilmesi ve hemşirelerin bilgi kaynağı olarak bu protokolleri ve kitapları kullanmaları açısından teşvik edilmesi, desteklenmesi.
  - c) İAD'nin sınıflanmasını içeren posterlerin geliştirilmesi ve yoğun bakımlarda tüm hemşirelerin görebileceği bir yere asılması,
  - d) Hemşirelerin önerileri dikkate alınarak, stoma ve yara bakım ünitesinden alınan danışmanlık desteğinin artırılması.
  - e) İAD'yi önleyici/tedavi edici uygulamaların hemşirenin çalışma saatinin önemli bir bölümünü aldığı düşünüldüğünde hasta başına düşen hemşire ve yardımcı personel sayısının artırılması.
  - f) Hemşirelerin kongre, sempozyum gibi bilimsel faaliyetlere katılmaya teşvik edilmesi ve desteklenmesi.

## 7. KAYNAKLAR

1. Woo KY, Ayello A, Sibbald RC (2009). The skin and periwound skin disorders and management. *Wound Healing Southern Africa* 2(2): 1-6.
2. Karadağ, A. ve Atabek. A, T. (2012). *Hemşirelik Esasları*,1. baskı, İstanbul: Akademi Yayınevi, s: 488.
3. Aydın, .S. (2006). *İnsan Anatomisi ve Fizyolojisi*, 1.basım, Eskişehir: Web-Ofset Yayıncılık, 71
4. Atakan,N. (2004). Derinin Bariyer Fonksiyonu. *Türkiye Klinikleri J Cosmetol* 2004;5(3):97-100
5. Gray M, Black JM, Baharestani MM, et al (2011). Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 38(3): 233-41.
6. White-Chu EF, Reddy M (2011). Dry skin in the elderly: Complexities of a common problem. *Clinics Dermatol*, 29(1): 37-42.
7. Gray M, Bliss DZ, Ermer-Sulten J, et al. Incontinence associated dermatitis: a consensus. *J WOCN* 2007; 34(1): 45-54.
8. Doughty d, Junkin J, Kurz P et al. Incontinence-associated dermatitis. consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, current challenges. *J WOCN* 2012; 39(3): 303-15.
9. Copson D (2006) Management of tissue excoriation in older patients with urinary or faecal incontinence. *Nursing Standard*. 21, 7, 57-62.
10. Macmillan AK, Merrie AE, Marshall RJ, Parry BR (2004) The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adults: a systematic review of the literature. *Dis Colon Rectum*, 47(8): 134- 9.
11. Du Moulin MF, Hamers JP, Ambergen AW, Janssen MA, Halfens RJ (2008) Prevalence of urinary incontinence among community-dwelling adults receiving home care. *Res Nurs Health*, 31(6): 604–12.
12. Corcoran,E. and Woodward,S. (2013) Incontinence-associated dermatitis in the elderl:treatment options.*British Journal of Nursing*, 22, 8.
13. Beeckman D, Defloor T, Verhaeghe S, Vanderwee K, Demaare L, Schoonhoven L (2010a) What is the most effliecdve method of preventing and treating incontinence associated dermatitis? *Nursing Times*, 106(38): 22-4.
14. National Institute for Health and Clinical Excellence (2005) *The Management of Pressure Ulcers in Primary and Secondary Care*. [www.nice.org.uk/CG029](http://www.nice.org.uk/CG029) (accessed 11 April 2016).

15. Bale S, Tebble N, Jones V, Price P (2004) The benefits of implementing a new skin care protocol in nursing homes. *J Tissue Viability*, 14(2): 44-5.
16. Goode PS, Burgio KL, Halli AD et al (2005) Prevalence and correlates of fecal incontinence in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc*, 53(4): 629-35.
17. Beeckman D, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S. A systematic review and meta-analysis of incontinence-associated dermatitis, incontinence, and moisture as risk factors for pressure ulcer development. *Res Nurs Health*, 2014; 37: 204-18.
18. Beeckman D, Woodward S, Gray M. Incontinence-associated dermatitis: step-by-step prevention and treatment. *Br J Community Nurs*, 2011; 16(8): 382-89
19. Bliss DZ, Lowry A, Whitebird R et al (2008) Absorbent product use and incontinence-associated dermatitis in community-living persons with fecal incontinence. Paper presented at: 38th Annual Meeting of the International Continence Society; October 2008; Cairo, Egypt. <http://tiny.cc/ji1ts> (accessed 27 July 2011).
20. Driver DS. Perineal dermatitis in critical care patients. *Critical Care Nurse* 2007; 27(4): 42-46.
21. Junkin J, Moore-Lisi L, Selekof JL (2005) What we don't know can hurt us. Pilot prevalence survey of incontinence and related perineal skin injury in acute care. [Abstract] 2005. WOCN National conference, Las Vegas NV, June 2005
22. Mikel G. And Steve B. (2013). Incontinence Associated Dermatitis in the Acute Care Setting: A Prospective Multi-site Epidemiologic Study. Presented at the 23rd Annual Meeting of the Wound Healing Society; SAWC Spring/WHS Joint Meeting: Denver, Colorado • May 1 - 5.
23. Arnold-Long (2011) Incontinence-Associated Dermatitis (IAD) in a Long Term Acute care (LTAc) Facility: Findings from a 12 Week Prospective Study. [Abstract] 2011. WOCN National conference, New Orleans LA.
24. Gray M, Ratliff C, Donovan A. Perineal skin care for the incontinent patient. *Adv Skin Wound Care*. 2002; 15(4):170-178.
25. Borchert K, Bliss DZ, Savik K, Radosevich DM (2010) The incontinence-associated dermatitis and its severity instrument: development and validation. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 37(5): 527 -35.
26. Kimberly D. and Rebecca C. Clark, (2015) A Prospective, Descriptive, Quality Improvement Study to Decrease Incontinence-Associated Dermatitis and Hospital-Acquired Pressure Ulcers. *Ostomy Wound Management*, 2015;61(7):26-30.

27. Doughty D, Junkin J, Kurz P et al. Incontinence-associated dermatitis. Consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, current challenges. *J WOCN* 2012; 39(3): 303-15.
28. Bale, S., Tebble, N., Jones, V. and Price, P. (2004). The benefits of implementing a new skin care protocol in nursing homes. *J Tissue Viabil*, 14(2), 44-50.
29. Lewis-Byers K, Thayer D. An evaluation of two incontinence skin care protocols in a long-term care setting. *Ostomy Wound Manag.* 2002;48(12):44-51.
30. Bliss DZ, Zehrer C, Ding L, Hedblom E. An economic evaluation of skin damage prevention regimens among nursing home residents with incontinence: labor costs. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2005;32(suppl 3):51.
31. Demarre L, Verhaeghe S, Van Hecke A, et al. Factors predicting the development of pressure ulcers in an at-risk population who receive standardized preventive care: secondary analyses of a multicentre randomised controlled trial. *J Adv Nurs* 2014; Aug 19. doi: 10.1111/jan.12497.
32. Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP) 2014.
33. Nix D, Haugen V (2010) Prevention and management of incontinence-associated dermatitis. *Drugs Aging* 27(6): 491–6.
34. Tel H, Özden D, Güneş Çetin P, Yatağa Bağımlı Hastalarda Basınç Yarası Gelişme Riski ve Hemşirelerin Bu Hastalara Uyguladıkları Önleyici Bakım, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2006; 1(2): 35–45.
35. Perry, A.G. ve Potter, P.A. (2012). *Clinical Nursing Skills & Techniques*. (8th Ed). USA: Mosby, 1176-1183.
36. Netter, F. H. (2010). *Atlas of Human Anatomy*. Publisher Saunders, 56-59.
37. Menon G, Cleary GW, Lane ME. The structure and function of the stratum corneum. *Int J Pharmaceutics* 2012; 435: 3-9.
38. İnternet: Beeckman, D. ve diğerleri. Proceedings of the Global İAD Expert Panel. İnkontinans Alakalı Dermatit: Önlemeyi Geliştirme. *Wounds International* 2015. <http://www.woundsinternational.com> adresinden 23 Eylül 2016'da alınmıştır.
39. Del Rosso JQ, Levin J. The clinical relevance of maintaining the function and integrity of the stratum corneum in both healthy and disease-affected skin. *J Clin Aesthetic Dermatol* 2011; 4(9): 22-42.
40. Ersser SJ, Getliffe K, Voegeli D, Regan S. A critical view of the interrelationship between skin vulnerability and urinary incontinence and related nursing intervention. *Int J Nurs Stud* 2005; 42: 823-35. 22.

41. Voegeli D. Moisture-associated skin damage: aetiology, prevention and treatment. *Br J Nurs* 2012; 21(9): 517-21.
42. Ali SM, Yosipovitch G. Skin pH: from basic science to basic skin care. *Acta Derm Venereol* 2013; 93: 261-67.
43. Langemo, D., Hanson, D., Hunter, S., Thompson, P. and Oh, I.E. (2011). Incontinence and incontinence associated dermatitis. *Advanced Skin Wound Care*, 24(3), 126-140.
44. Gray, M., Beeckman, D., Bliss, D.Z., Donna, Z., Fader, M., Logan, S., Junkin, J., Selekof, J., Doughty, D. and Kurz, P. (2012). Incontinence-associated dermatitis: A comprehensive review and update. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 39(1), 61-74.
45. Campbell, J. L., Coyer, F. M. and Osborne, S.R. (2014). Incontinence-associated dermatitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting. *International Wound Journal*, 13(3), 403-411.
46. Bliss, D.Z., Savik, K., Harms, S., Fan, Q. and Wyman, J. F. (2006). Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing. *Nursing Research*, 55, 243-251.
47. Bliss, D. Z., Zehrer, C., Savik, K., Smith, G. and Hedblom, E. (2007). An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence: economics of skin damage prevention. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 34, 143-152.
48. Ehman, S., Thorson, M., Lebak, K., Bliss, D .Z., Savik, K. and Thorson, M. A. L. (2006). Development of perineal dermatitis in critically ill adults with fecal incontinence. *American Journal of Critical Care*, 15, 333-339.
49. Junkin, J. and Selekof, J. L. (2007). Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 34, 260-269.
50. Black, J. M., Gray, M., Bliss, D. Z., Evans, K. L., Logan, S., Baharestani, M.M., Colwell, J. C., Goldberg, M. and Ratliff, C. R. (2011). MASD Part 2: Incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 38(4), 359-70.
51. Shiu, S.R., Hsu, M.Y., Chang, S.C., Hui C. C. and Hsiao, H. H. (2013). Prevalence and predicting factors of incontinence-associated dermatitis among intensive care patients. *Journal of Nursing Healthcare Research*, 9(3), 210-218.
52. Beeckman, D., Schoonhoven, L., Verhaeghe, S., Heyneman, A. and Defloor, T. (2009). Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *Journal of Advance Nursing*, 65(6), 1141–1154.
53. Brown, S.D. and Sears, M. (1993). Perineal dermatitis: a conceptual framework. *Journal of Ostomy Wound Management*, 39(7), 20-25.

54. Junkin, J. and Selekof, J. L. (2008). Beyond “diaper rash”: Incontinence-associated dermatitis: Does it have you seeing RED? *Nursing*, 38(11), 56-67.
55. Moncrieff, G., Cork, M., Lawton, S., Kokiet, S., Daly, C. and Clark C. (2013). Use of emollients in dry-skin conditions: consensus statement. *Journal of Clinical & Experimental Dermatology Research*, 38: 231-38.
56. Kaya N. (2003). Yoğun bakım unitesinden hastanın taburcu edilmesinin planlanma ve uygulaması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 7, 109-115.
57. Kavaklı, Ö., Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2009).\_Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51, 168-173.
58. Terzi, B. ve Kaya, N. (2011). Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 21, 21-25.
59. Özdemir H. Basınç Ülseri Gelisme Riski Bulunan Hastalara Bakım Veren Hemsirelerin Basınç Ülseri Gelisimini Önlemeye Yönelik Davranışları. Yüksek Lisans. Ankara. Gazi Üniversitesi. 2006.
60. Aydın KA. Hemşirelerin Derin Doku Hasarı ve 1. Evre Basınç Ülselerinin Bakımına İlişkin Uygulamalarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans. Ankara. Gazi Üniversitesi. 2008.
61. Ayello EA, Meaney G. Replicating a Survey of Pressure Ulcer Content in Nursing Textbooks. *J WOCN*. 2003;30: 266–271.
62. Kottner J, Blume-Peytavi U, Lohrmann C, Halfens R. Associations between individual characteristics and incontinence-associated dermatitis: A secondary data analysis of a multi-centre prevalence study. *Int J Nurs Studies* 2014; 51: 1372-80.
63. Beeckman, D., Schoonhoven, L., Fletcher, Furtado, K., Heyman, H., Paquay, L., Bacquer, D. and Defloor, T. (2010). Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the Pressure Ulcer Classification education tool on classification by nurses. *Journal of Quality & Safety in Health Care*, 19 (5), 1-4.
64. Pancorbo-Hidalgo PL, Garcı’a-Ferna’ndez FP, Lo’pez-Medina IM, Lo’pez-Ortega J, Pressure Ulcer Care in Spain: Nurses’ Knowledge and Clinical Practice. *Journal of Advanced Nursing*, 2007; 58: 327– 338.
65. Sinclair L, Berwiczonek H, Thurston N, Butler S, Bulloch G, Ellery C, Giesbrecht G. Evaluation of an Evidence-Based Education Program for Pressure Ulcer Prevention. *J WOCN*. 2004; 31(1): 43–50.
66. Panagiotopoulou K, Kerr SM. Pressure Area Care: An Exploration of Grek Nurses’ Knowledge and Practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 40(3): 285–296.
67. Hunter, S., Anderson, J., Hanson, D.,Thompson, P., Langem, D. and Klug, M.G. (2003). Clinical trial of a prevention and treatment protocol for skin breakdown in two nursing homes. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 30(5), 250-258.

## 8. EKLER

### **EK-1. Hemşirelerin “İnkontinans Alakalı Dermatit”e İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Anket Formu**

Değerli Meslektaşım,

Doku bütünlüğünün bozulduğu durumlardan biri olan “İnkontinans Alakalı Dermatit-IAD”, hemşirelik bakımı ile yakından ilişkili, yaygın bir sağlık sorunudur. IAD aynı zamanda hemşirelik bakımının göstergesi olarak kabul edilen basınç ülserlerinin de en önemli risk faktörlerinden biridir.

Bu araştırma; Hemşirelerin IAD’ye ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmadan elde edilecek sonuçlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının ilgili ulusal ve uluslararası literatüre, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarına ve kurumların IAD’nin önleme ve tedaviye ilişkin protokollerinin geliştirilmesinde katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Bu nedenle tüm soruları eksiksiz cevaplamanız önemlidir.

Bu anket formu sizi bireysel olarak değerlendirmeye yönelik olmadığından formun üzerine isminizi yazmanız gerekmemektedir. Anket formunu cevaplandırarak hemşirelik bilimine katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim.

Firdes ŞAHİN

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi



## 1. BÖLÜM

### TANITICI BİLGİLER

- 1) Yaşınız \_\_\_\_\_
- 2) Cinsiyetiniz  
 Kadın  
 Erkek
- 3) En son tamamladığınız hemşirelik programı:  
 Sağlık Meslek Lisesi  
 Ön Lisans Programı  
 Lisans Programı (Örgün Eğitim)  
 Lisans Programı (Uzaktan Eğitim)  
 Yüksek Lisans Programı  
 Doktora Programı
- 4) Hemşirelikte hizmet süreniz \_\_\_\_\_ (yıl)
- 5) Çalıştığınız yoğun bakım ünitesi:  
 Kalp- Damar Cerrahi Yoğun Bakım  
 Gastro-Cerrahi-Üroloji Yoğun Bakım  
 Koroner Yoğun Bakım  
 Gastroenteroloji Yoğun Bakım  
 Acil Dahili Yoğun Bakım
- 6) Bu yoğun bakım ünitesindeki hizmet süreniz \_\_\_\_\_ (yıl)
- 7) Daha önce “İnkontinans Alakalı Dermatit” riski yüksek olan hastaların yattığı bir bölümde çalıştınız mı?  
 Evet  Hayır
- 8) Mezuniyetinizden sonra “İnkontinans Alakalı Dermatit”in önlenmesi / tedavisi ile ilgili bir eğitim programına katıldınız mı? (Cevabınız ‘Evet ’ ise program tipini belirtiniz?)  
 Evet  Hayır

9) Katılmış olduğunuz eğitim programında edindiğiniz bilgileri hemşirelik bakımına yansıtılabildiniz mi?

( ) Evet

( ) Hayır

10) “İnkontinans Alakalı Dermatit”in önlenmesine / tedavisine yönelik uygulamalarınızda aşağıdaki bilgi kaynaklarından hangisi / hangilerini kullanıyorsunuz? ( Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz )

( ) Temel hemşirelik eğitimi sırasında alınan bilgiler

( ) Aynı bölümde çalışan tecrübeli hemşirelerin bilgi ve uygulamaları

( ) Hekimlerin istem ve önerileri

( ) Basılı materyaller ( Kitap, dergi, broşür, kitapçık vb.)

( ) Kitle iletişim araçları ( İnternet, televizyon, gazete vb.)

( ) Stoma ve yara bakım ünitesinin önerileri

( ) Diğer

(Açıklayınız.....)

11) Şu anda çalıştığınız yoğun bakım ünitesinde bir haftada ortalama kaç “İnkontinans Alakalı Dermatit”i olan hastaya bakım veriyorsunuz?

( ) Hiç

( ) 1-2

( ) 3-4

( ) 5 ve

üzeri

12) “İnkontinans Alakalı Dermatit”in önlenmesine / tedavisine yönelik hemşirelik uygulamalarınızı yeterlilik açısından nasıl değerlendirirsiniz?

( ) Yeterli

( ) Kısmen yeterli

( ) Yetersiz

13) “İnkontinans Alakalı Dermatit”i olan hastaya bakım verirken karşılaştığınız öncelikli sorunlardan en az ikisini yazınız.

-

-

14) “İnkontinans Alakalı Dermatit”in önlenmesine / tedavisine yönelik hemşirelik uygulamalarınızın niteliğini artırmaya yönelik en az iki öneri yazınız.

-

-

## 2. BÖLÜM

Aşağıda “A Sütununda” İnkontinans Alakalı Dermatit’in (IAD) tanımlanması, tanımlanması, değerlendirilmesi, önlenmesi ve bakımına yönelik ifadeler, “B Sütununda” ise bu ifadelerle ilişkin kararınızı gösteren “Doğru”, “Yanlış” veya “Fikrim yok” seçenekleri yer almaktadır. Herbir ifadenin karşısındaki seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Her ifade için sadece bir seçeneği işaretleyiniz. Araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından tüm soruları eksiksiz cevaplandırınız.

	A SÜTUNU	B SÜTUNU		
		DOĞRU	YANLIŞ	FİKRİM YOK
1	Derinin, en dış tabakası düzleşmiş epitel hücrelerden oluşur.	X		
2	Sağlıklı derinin pH değeri, 7-9 olup alkalidir		X	
3	Derinin pH' sı, derinin bariyer fonksiyonunu yerine getirmesinde etkilidir.	X		
4	Korneositlerin yapısında bulunan, Doğal Nemlendirici Faktör (DMF), derinin yağ düzeyinin korunmasına yardımcı olur.		X	
5	IAD, idrar yada dışkı temasına bağlı deri hasarına verilen genel addır.	X		
6	IAD, bez pişigi, perineal dermatit, perineal döküntü, ıslak lezyonlar olarak isimlendirilen cilt lezyonlarından farklı bir durumdur.		X	
7	IAD'nin en temel nedenlerinden biri derinin aşırı hidrasyonudur.	X		
8	IAD'de doku hasarı derin dokulardan yüzeye doğrudur.		X	
9	Aşırı hidrasyon, derinin en dışındaki tabaka olan 'stratum korneum'un iritanlara geçirgenliğini artırır.	X		
10	Deri bütünlüğünün bozulmadığı IAD alanları, çevre deriye kıyasla daha sıcak ve serttir.	X		
11	Derideki bakteriler, idrarda bulunan üreyi alkali olan amonyağa dönüştürerek IAD gelişmesine yol açar.	X		
12	İdrar, stratum korneum'a zarar verebilecek olan lipolitik (lipit sindirici) ve proteolitik (protein sindirici) enzimleri içerir.		X	
13	İnkontinans tipi (idrar, dışkı veya miks olması), IAD gelişme riskini etkilemez.		X	
14	Kötü beslenme, kişisel hijyen eksikliği, hareketsizlik IAD için risk faktörleridir.	X		
15	İleri yaş, IAD gelişmesinde rol oynayan bağımsız bir risk faktörüdür.		X	
16	Derinin inkontinans nedeniyle aşırı hidrate olması, sürtünme katsayısını etkilemez.		X	
17	Antibiyotik kullanımı, IAD gelişiminde rol oynar.	X		
18	İdrar ve dışkı ile atılan steroid ve kemoterapötik ajanların, IAD gelişimine etkisi yoktur.		X	
19	Üriner ve fekal inkontinansın yetersiz ve uygunsuz yönetimi, IAD gelişime katkıda bulunur.	X		
20	Oklüzif (kapatıcı) toplama ürünlerinin kullanımı, IAD oluşumunu önler.		X	
21	IAD' den etkilenen deri bölgesinin üriner/fekal inkontinansının varlığı ile ilişkisi yoktur.		X	
22	IAD, perineal ve perigenital bölge ile etrafındaki geniş bir alanda gelişir.	X		
23	IAD'nin doğru değerlendirilmesi ve tanımlanması hastanın uygun bakım ve tedavi girişimlerini almasını sağlar.	X		

24	IAD, sıklıkla Evre III ve IV basınç ülserleri ile karıştırılmaktadır.		X	
25	IAD gelişen hastalarda kandidiyazis (mantar enfeksiyonu) gibi ikincil deri enfeksiyonları yaygın görülür.	X		
26	IAD; ağrı, rahatsızlık, uyku bozukluğu ve bağımsızlık kaybına neden olur.	X		
27	IAD geliştiğinde; deride veziküller, büller, papüller veya püstülleri içeren lezyonlar görülmez.		X	
28	IAD, koyu tenli bireylerde geliştiğinde deri daha solgun, daha koyu, mor, koyu kırmızı veya sarı olarak görünür.	X		
29	IAD'si olan bazı olgularda bütün epidermis aşınarak, nemli, akıntılı dermis açığa çıkabilir.	X		
30	İnkontinansı olan bir hastada deride kızarıklık var ve deri bütünlüğü bozulmuşsa Evre I IAD olarak sınıflandırılır.		X	
31	Sağlık kuruluşlarında, IAD'nin basınç ülseri ve diğer cilt yaralanmalarından ayırtililmesi, IAD'nin doğru tanılması ve uygun tedavisi açısından gereklidir.	X		
32	İnkontinansı olan tüm hastalarda deri değerlendirmesi günde en az bir kez yapılır.	X		
33	IAD'de deri kaybı olabilir veya olmayabilir.	X		
34	Uygulamada IAD ve Basınç Ülserleri aynı anda karşılaşılan bir durum değildir.		X	
35	IAD'de etkilenen bölgenin kenarları belirlidir.		X	
36	İnkontinans yönetiminde; inkontinansın nedenlerini belirlemek ve kapsamlı bir bakım planı oluşturmak üzere hastanın ayrıntılı değerlendirilmesi gereklidir.	X		
37	Deri değerlendirme sıklığı günlük inkontinans sıklığına bağlı olarak değişmez.		X	
38	İnkontinansı yönetmek ve yapılandırılmış bir cilt bakımı uygulamak, (temizleme ve cilt koruyucularının kullanımı) IAD'nin önlenmesi ve yönetimi için iki anahtar girişimdir.	X		
39	IAD'li hastalarda derinin korunmasını ve iyileşmesini sağlamak için ilk yaklaşım üriner kateter kullanımı olmalıdır.		X	
40	Sıvı feçes yönetimi, fekal yönetim sistemi (FMS) veya fekal torba ile sağlanabilir.	X		
41	İnkontinans hemen sonra perianal bölge su ve sabunla temizlenir.		X	
42	Eritem gözlenen bir hastada etiyolojisi açık hale gelene kadar standart deri bütünlüğünü koruma girişimleri uygulanır.	X		
43	Deriye uygulanan, uygun bir cilt bakım ürünü, idrar ve dışkı bulaşmasına karşı, derinin bariyer fonksiyonunu destekler.	X		
44	IAD'nin önlenmesi ve yönetiminde kullanılan ürünlerin içerikleri ve etkileri açısından fark yoktur.		X	
45	İnkontinansı olan hastada, deri temizliğinin sık aralıklarla yapılması, nem ve iritanlara karşı iyi bir koruma sağlamak için gereklidir.		X	
46	İnkontinans yönetimi, beslenme, sıvı yönetimi ve tuvalet tekniklerini en iyi düzeye çıkarmak gibi girişimleri kapsar.	X		
47	Evre II IAD olarak değerlendirilen hastada, yapılandırılmış bir cilt bakım (temizleme/koruma içeren) uygulanmalıdır.	X		
48	Klinik olarak etkinliği kabul edilmiş cilt bakım ürünlerinin, maliyeti açısından fark yoktur.		X	
49	Deri bütünlüğünde bozulma riski bulunan hastalarda, hemşirelik girişimleri belirlenirken "Stoma ve Yara Bakım Hemşireleri" ile işbirliği yapılır.	X		
50	IAD'nin önlenmesi ve tedavisinde kullanılan ürünlerin (deri temizleyiciler, deri koruyucular) kendi aralarında uyumlu olması gerekmez.		X	
51	Deriden iritanları uzaklaştırmak amacıyla kullanılan deri temizleme ürünlerinin pH'sının, normal deri pH'sına yakın olması gerekir.	X		
52	Deri temizlemede kullanılan sabunlar alkali olduğu için, deri pH'sını ve derinin bariyer fonksiyonunu etkilemez.		X	

53	Hastanın kullandığı ped vb. ürünlerin sık değiştirilmemesi, IAD gelişimine katkıda bulunan bir durum değildir.		X	
54	Deri bütünlüğünün korunmasında ve sürdürülmesinde hemşireliğe özgü girişimlerin rolü büyüktür.	X		
55	Cilt bakımında kullanılan ürünlerin temizleme, onarma ve koruma fonksiyonuna sahip olması zamandan tasarruf sağlar.	X		
56	IAD'nin önlenmesinde ve tedavisinde, topikal antimikrobiyal ürünlerin rutin olarak kullanılması etkilidir.		X	
57	Deri koruyucu ürünler bariyer bileşeni (petrolatum,çinko oksit,dimetikon vb.) içermelidir.	X		
58	Yapılandırılmış bir cilt bakım protokolünün 3-5 gün uygulanmasından sonra hastada iyileşme gözlenmese bile uygulamaya devam edilmelidir.		X	
59	Aşırı hidrate olan ve maserasyon bulunan deri için, nemi hapsedmek üzere formüle edilmiş cilt bakım ürünleri kullanılmalıdır.		X	



## EK-2. Koç Üniversitesi Etik Kurul Onayı

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



KOÇ  
ÜNİVERSİTESİ

### ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	01.06.2016
Karar No:	2016.131.IRB3.073
Sorumlu Araştırmacı:	Firdevs Şahin
Araştırma Başlığı:	Hemşirelerin "İnkontinans Alakalı Dermatit'e İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi
Başlangıç tarihi:	10.06.2016
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Sekreteryası" tarafından değerlendirilmiş ve Üniversite Akademik Kurulu'nun 05.04.2012 tarih ve 04 Nolu kararıyla birinci düzey inceleme yapılmasına karar verilmiştir. Yapılan inceleme sonucunda etik ve bilimsel açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesi uygun bulunmuştur.

#### Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.
- Araştırmaya katılan kurum dışı merkezlerden ayrıca idari izin alınması gerekmektedir.

Saygılarımla,

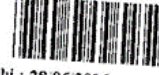
Hakan S. Orer  
Başkan

### EK-3. TYİEAH Eğitim Plan ve Koordinasyon Kurulu Araştırma İzni



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Ankara İ. Bölge Kamu Hastaneleri  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara  
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Giden Evrak Tarihi : 28.06/2016  
Giden Evrak No : 6094

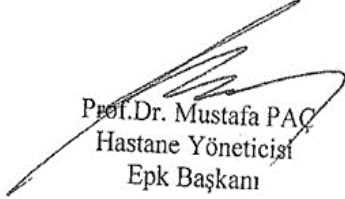
Sayı : 29620911-EPK  
Konu : Araştırma İzni/Firdevs ŞAHİN

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği

İlgi : 02/06/2016 tarih ve 51700877-806.01.03-E.7054 sayılı yazınız.

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programında öğrenim gören **Firdevs ŞAHİN'in** HSGN 599 Yüksek Lisans Tez Dersi Kapsamında Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit'e İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmasını hastanemizde yapma talebi; Eğitim Plan Ve Koordinasyon Kurulumuzun 16/06/2016 tarihli ve 346 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, hastanemizde yapmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof. Dr. Mustafa PAÇ  
Hastane Yöneticisi  
Epk Başkanı

Kızılay Sokak No:4 06100 Sıhhiye/ANKARA  
Telefon : (0312) 306 10 09  
e-posta : [personel@tyih.gov.tr](mailto:personel@tyih.gov.tr)  
TYİH-FRM-TKY-018/12.12.2006/01

Belge Geçer : (0312) 312 41 20  
Elektronik Ağ : [www.tyih.gov.tr](http://www.tyih.gov.tr)

EPK SEKRETERLİĞİ

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Soyadı, Adı : ŞAHİN Firdes  
Uyruğu : T.C.  
Medeni Hali : Evli  
Telefon : 0 (530) 3632305  
e-posta : firdevs.sahin9323@gmail.com



### EĞİTİM BİLGİLERİ

Koç Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı (Tez Çalışması)-**2016**  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Gerontoloji Hemşireliği  
Yüksek Lisans Programı -**2014-2016**  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi-Gazi Üniversitesi Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans  
Dersleri (Özel Öğrenci Olarak ) -**2013**  
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu-**1992**  
Kırşehir Sağlık Meslek Lisesi-**1987**

### İŞ TECRÜBELERİ

**2015-** Halen Radyoloji Kliniği (Tomografi Ünitesi) Hemşireliği  
**2012-2014** Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü Birim Sorumluluğu  
**2002-2012** Başhemşire Yardımcılığı  
**2000-2002** Radyoloji Kliniği (Tomografi Ünitesi) Hemşireliği  
**1998-2000** Başhemşire Yardımcılığı  
**1992-1998** Kardiyoloji Kliniği, Koroner Yoğun Bakım Sorumlu Hemşireliği  
**1987-1992** Kardiyoloji Kliniği, Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği  
**1987** Kardiyoloji Kliniği, Kardiyoloji Servis Hemşireliği

### BİLGİSAYAR BİLGİSİ

Microsoft Office Word-Excel-Powerpoint  
Microsoft Windows