

TC.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FEKAL İNKONTİNANSLI HASTALARDA İKİ FARKLI BAKIM
ÜRÜNÜNÜN PERİNEAL DERMATİT OLUŞUMUNA ETKİSİNİN
İNCELENMESİ

Hemşirelik Programı

DOKTORA TEZİ

Hazırlayan

Araş.Gör. Yıldız DENAT

Tez Danışmanı

Prof.Dr. Leyla KHORSHID

İzmir- 2007

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan: Prof.Dr. Leyla KHORSHID



(Danışman)

Üye: Prof.Dr. Gülümser ARGON



Prof.Dr. Nevbahar TURGAN



Doç.Dr. İsmet EŞER



Yard.Doç.Dr. Sakine MEMİŞ



Doktora tezini kabul edildiği tarih: 22-11-2007

ÖNSÖZ

Araştırmanın yürütülmesi aşamasında destek ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Leyla KHORSHID'e,

Araştırmanın her aşamasında görüşlerine başvurduğum tez jüri üyeleri Prof.Dr. Güliümser ARGON , Prof. Dr. Nevbahar TURGAN, Doç. Dr. İsmet EŞER ve Yard. Doç. Dr. Sakine MEMİŞ'e,

Araştırmanın her aşamasında desteklerini gördüğüm ve evlerini paylaştığım Araş. Gör. Yurdanur DEMİR ve Araş. Gör. Yasemin YILDIRIM'a,

Araştırmanın yürütülmesi sırasında ihtiyaç duyduğum malzemelerin teminini sağlayan ve gerekli desteği gösteren İzmir Hekimsan Ltd. Şti. yöneticisi Zehra KIRANKAYA'ya,

Araştırmanın yürütülmesi sırasında yardımlarını esirgemeyen başta Nöroloji Kliniği Yoğun Bakım Hemşireleri, Hekimleri ve Personeli olmak üzere Nöroloji, Nöroşirürji Servisi Hemşirelerine ve Gürçeşme Zübeyde Hanım Huzurevi Hekim ve Hemşirelerine,

Bu araştırmayı destekleyen Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma Fonu Yönetim Kurulu'na,

Araştırmanın istatistik aşamasında katkılarını esirgemeyen Araş. Gör. Hatice ULUER'e,

Doktora eğitim yaşantımı başından sonuna kadar büyük bir sabır ve özveriyle destekleyen eşime,

Eğitimimin her aşamasında manevi desteklerini esirgemeyen aileme

TEŞEKKÜR EDERİM

YILDIZ DENAT

İÇİNDEKİLER	SAYFA
ÖNSÖZ	II
İÇİNDEKİLER	III
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VII
BÖLÜM I	
GİRİŞ ve GENEL BİLGİLER	
1.1. Araştırmanın Konusu	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Hipotezler.....	6
1.4. Araştırmanın Önemi.....	7
1.5. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler.....	8
1.6. Tanımlar	9
1.7.Genel Bilgiler.....	11
1.7.1.Fekal İnkontinans.....	11
1.7.1.1. Fekal İnkontinansın Tanımı	10
1.7.1.2. Fekal İnkontinansın Çeşitleri.....	11
1.7.1.3. Fekal İnkontinansın Görülme Sıklığı	12
1.7.1.4. Fekal İnkontinansın Maliyeti.....	14
1.7.1.5. Fekal İnkontinansın Etyolojisi.....	15
1.7.1.6. Fekal İnkontinansın Tanılanması ve Tedavisi.....	18
1.7.1.7. Fekal İnkontinansın Sonuçları ve Hemşirelik Bakımı.....	20
1.7.1.7.1. Rektuma Foley Kateter Uygulama.....	25
1.7.1.7.2. Nazofarengeal Airway.....	28
1.7.1.7.3. Emici İnkontinans Ürünleri /Diaperler.....	29
1.7.2. Fekal İnkontinansı Kontrol Altına Alınan Perianal Torbalar.....	32
1.7.2.1. Perianal Torbaların Avantajları.....	35
1.7.2.2. Perianal Torba Uygulamasında Karşılaşılan Güçlükler.....	37
1.7.2.3. Perianal Torba Uygularken Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar	42
1.7.3. Perineal Dermatit.....	44
1.7.3.1. Perineal Dermatitin Nedenleri ve Risk Faktörleri.....	47
1.7.3.2. Perineal Dermatitte Hemşirelik Bakımı.....	51

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi	61
2.2. Kullanılan Gereçler.....	61
2.3. Kullanılan Yöntem ve Yöntemler.....	62
2.3.1. Hasta Tanıtım Formu	62
2.3.2. Hasta İzlem Formu.....	63
2.3.3. Perineal Cilt Bütünlüğü Değerlendirme Formu.....	63
2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	65
2.5. Araştırmanın Evreni.....	65
2.6. Araştırmanın Örneklemi.....	65
2.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	66
2.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	66
2.8.1. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Bakımının Standardize Edilmesi.....	68
2.8.2. Diaper Grubundaki Hastalara Emici İnkontinans Ürünü (Diaper) Uygulanması.....	71
2.8.3. Perianal Torba Grubundaki Hastalara Perianal Torbanın Uygulanması.....	71
2.9. Verilerin Analiz Edilmesi.....	74
2.10. Süre ve Olanaklar.....	75
2.11. Araştırmanın Etiği.....	75

BÖLÜM III

BULGULAR.....	76
3.1. Hastalarla İlgili Tanıtıcı Bilgiler.....	76
3.2. Hastaların Önceden Kullandıkları İnkontinans Ürününe İlişkin Bulgular.....	79
3.3. Hastaların Defekasyon Özelliklerine ve Kullanılan İnkontinans Ürününe İlişkin Bulgular.....	80
3.4. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastalarda Dermatit Oluşumuna İlişkin Bulgular.....	82

3.5. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastalarda Dermatit Oluşumunu Etkileyen Etmenlere İlişkin Bulgular.....	87
3.5.1. Hareket Düzeyinin Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi.....	87
3.5.2. Beslenme Biçiminin Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi.....	96
3.5.3. Yaşın Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi.....	103
3.5.4. Cinsiyetin Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi.....	112
3.5.5. Defekasyon Sayısının Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi.....	119
3.5.6. Gaita Kıvamının Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi.....	122
3.5.7. Gaita pH'ının Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi.....	128
3.5.8. Torba Çıkma Durumunun Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi..	131

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Hastaların Önceden Kullandıkları İnkontinans Ürününe İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	133
4.2. Hastaların Defekasyon Özelliklerine ve Kullanılan İnkontinans Ürününe İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	134
4.3. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastalarda Dermatit Oluşumunun İncelenmesi.....	135
4.4. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastalarda Dermatit Oluşumunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi.....	141
4.4.1. Hareket Düzeyinin Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi.....	141
4.4.2. Beslenme Biçiminin Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi.....	145
4.4.3. Yaşın Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi.....	147
4.4.4. Cinsiyetin Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi....	148
4.4.5. Defekasyon Sayısının Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi.....	149
4.4.6. Gaita Kıvamının Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi	152
4.4.7. Gaita pH'ının Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi.....	156
4.4.8. Torba Çıkma Durumunun Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin	

İncelenmesi	158
BÖLÜM V	
SONUÇ VE ÖNERİLER	160
5.1. Sonuçlar.....	160
5.2. Öneriler.....	166
ÖZET.....	167
ABSTRACT.....	169
KAYNAKLAR.....	171
EK-I. Hasta Tanıtım Formu.....	181
EK-II. Hasta İzlem Formu.....	182
EK-III. Perineal Cilt Bütünlüğünü Değerlendirme Formu.....	183
EK-IV. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu I.....	184
EK-V. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu II.....	186
EK-VI. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu İzin Yazısı.....	188
EK-VII. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Araştırma Etik Kurulu İzin Yazısı.....	189
EK-VIII. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Yazısı.....	190
EK-IX. İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü İzin Yazısı	191
EK-X. Perianal Torba.....	192
EK-XI. pH Ölçümü Malzemesi (pH İndikatör Şeritleri).....	193
EK-XII. Perianal Torba Uygulama.....	194

ŞEKİLLER DİZİNİ

	SAYFA
Şekil 1: Cilt Bütünlüğü Ölçüm Bölgeleri.....	64

TABLolar DİZİNİ

TABLO NO		SAYFA
1	Cilt Bütünlüğü Ölçüm Bölgelerinin Tanımlanması.....	64
2	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	76
3	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Önceden Kullandıkları İnkontinans Ürünün Markasına Göre Dağılımı.....	79
4	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Önceden Kullandıkları İnkontinans Ürünü Kullanma Sürelerine Göre Dağılımı.....	79
5	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların İzlem Süresi Boyunca Defekasyon Sayısı Ortalamalarının Dağılımı.....	80
6	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Gaita Kıvamı Ortalamalarının Dağılımı.....	80
7	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Gaita pH'ı Ortalamalarının Dağılımı.....	81
8	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastalarda Kullanılan Ürün Sayısı Ortalamalarının Dağılımı.....	82
9	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Dermatit Oluşma Durumuna Göre Dağılımı.....	82
10	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastalarda Dermatit Oluşma Günü Ortalamalarının Dağılımı.....	83
11	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastalarda Dermatit Oluşan Bölge Sayısı Ortalamalarının Dağılımı.....	83
12	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastalarda Perineal Dermatit Şiddetinin Bölgelere Göre Dağılımı.....	84
13	Perianal Torba Grubundaki Hastaların Hareket Düzeylerine Göre Dermatit Oluşma Durumunun Dağılımı.....	87

14	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Hareket Düzeyine Göre Dermatit Oluşma Günü Ortalamalarının Dağılımı..	88
15	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Hareket Düzeyine Göre Dermatit Oluşan Bölge Sayısı Ortalamalarının Dağılımı.....	89
16	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Hareket Düzeylerine Göre Vücut Bölgelerinde Perineal Dermatit Şiddetinin Dağılımı.....	90
17	Perianal Torba Grubundaki Hastaların Beslenme Biçimine Göre Dermatit Oluşma Durumunun Dağılımı.....	96
18	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Beslenme Biçimine Göre Dermatit Oluşma Günü Ortalamalarının Dağılımı...	96
19	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Beslenme Biçimine Göre Dermatit Oluşan Bölge Sayısı Ortalamalarının Dağılımı.....	97
20	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Beslenme Biçimlerine Göre Vücut Bölgelerinde Perineal Dermatit Şiddetinin Dağılımı.....	99
21	Perianal Torba Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dermatit Oluşma Durumunun Dağılımı.....	103
22	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dermatit Oluşma Günü Ortalamalarının Dağılımı.....	104
23	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dermatit Oluşan Bölge Sayısı Ortalamalarının Dağılımı.....	105
24	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına Göre Vücut Bölgelerinde Perineal Dermatit Şiddetinin Dağılımı...	106
25	Perianal Torba Grubundaki Hastaların Cinsiyetine Göre Dermatit Oluşma Durumunun Dağılımı.....	112
26	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Cinsiyetine Göre Dermatit Oluşma Günü Ortalamalarının Dağılımı.....	113
27	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Cinsiyetine Göre Dermatit Oluşan Bölge Sayısı Ortalamalarının Dağılımı.....	113
28	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Cinsiyetlerine	

	Göre Vücut Bölgelerinde Perineal Dermatit Şiddeti Dağılımı.....	115
29	Perianal Torba Grubundaki Hastaların Dermatit Oluşma Durumuna Göre Defekasyon Sayısı Ortalamalarının Dağılımı.....	119
30	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Defekasyon Sayısı ile Perineal Dermatit Oluşma Günü Arasındaki İlişki.....	119
31	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Defekasyon Sayısı ile Perineal Dermatit Oluşan Bölge Sayısı Arasındaki İlişki.	120
32	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Defekasyon Sayısı İle Dermatit Oluşan Vücut Bölgelerindeki Perineal Dermatit Şiddeti Arasındaki İlişki.....	121
33	Perianal Torba Grubundaki Hastaların Gaita Kıvamı Ortalamasına Göre Dermatit Oluşma Durumunun Dağılımı.....	122
34	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Gaita Kıvamı İle Dermatit Oluşma Günü Arasındaki İlişki.....	123
35	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Gaita Kıvamı İle Dermatit Oluşan Bölge Sayısı Arasındaki İlişki.....	124
36	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Gaita Kıvamı İle Dermatit Oluşan Vücut Bölgelerindeki Perineal Dermatit Şiddeti Arasındaki İlişki.....	126
37	Perianal Torba Grubundaki Hastaların Dermatit Oluşma Durumuna Göre Gaita pH'ı Ortalamalarının Dağılımı.....	128
38	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Gaita pH'ı İle Dermatit Oluşma Günü Arasındaki İlişki.....	129
39	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Gaita pH'ı İle Dermatit Oluşan Bölge Sayısı Arasındaki İlişki.....	129
40	Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Gaita pH'ı İle Dermatit Oluşan Vücut Bölgelerindeki Perineal Dermatit Şiddeti Arasındaki İlişki.....	130
41	Perianal Torba Grubundaki Hastaların Torba Çıkma Durumuna Göre Dermatit Oluşma Durumunun Dağılımı.....	131
42	Perianal Torba Grubundaki Hastalarda Torba Çıkma Durumuna Göre Dermatit Oluşma Günü Ortalamalarının Dağılımı.....	132

BÖLÜM I

GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

19. yüzyıla kadar yatak yalnızca uyunulacak bir yer olarak kabul edilirken ve yalnızca ölmek üzere olan hastalar yatağa alınırken, günümüzde gelişen ulaşım araçlarının paralelinde trafik kazalarının artması, kronik hastalıkların yaygınlığı, tıbbın hastaları uzun süre yaşatabilme olanağı, yaşlı nüfusun artması, yatağa bağımlı hastaların sayısında artışa neden olmaktadır. Yatağa bağımlılık ister uzun süreli isterse kısa süreli olsun insan yaşamında katlanılması zor ve trajik bir tablodur. Yatak istirahati insan organizmasına pekçok yarar sağlamanın yanında yatağa bağımlılık iyi bir bakım sağlanmadığında fiziksel, sosyal ve duygusal sorunları da beraberinde getirebilmektedir. Hareketsizlikten dolayı deri ve kas iskelet sisteminde meydana gelen işlev kayıpları ve deformatelerin düzeltilmesi çok zaman alır, çok emek ve harcama gerektirir (1,88). Yatağa bağımlı hastalar hemen hemen tüm fizyolojik gereksinimlerini yatakta karşılamaktadırlar. Dolayısıyla bu hastalar en önemli fizyolojik gereksinimlerinden biri olan defekasyon gereksinimi de yatakta karşılamaktadır. Yatağa bağımlılık fekal inkontinansa neden olan birçok hastalığın da bir nedeni olabilmektedir ve bu hastalar fekal inkontinansın birçok komplikasyonu ile karşı karşıya kalmaktadırlar.

Fekal inkontinans anüsteki sfinkterlerin gaz ve feçes çıkışını kontrol edememesi olup (21,65,66) özellikle bakım evlerinde önemli bir problemdir. Fekal inkontinans, özellikle uzun dönem yatağa bağımlı hastalarda kontaminasyon açısından güç sonuçlarla, enfeksiyon ve deri ülserlerinin oluşma riskiyle pahalı ve potansiyel tehlikeli patolojik bir durumdur (11,66,67,73,80). Fekal inkontinans bakım evleri sakinlerinin %20-50'sini etkilemektedir (11,80). Fekal inkontinansın

kesin olarak insidansı bilinmemekle birlikte, toplumdaki prevalans raporları önemli bir değişkenlik göstermektedir (49,73). Genel populasyona yönelik fekal inkontinansın prevalans çalışmaları yetersiz olup 65 yaşın altındaki yetişkinlerin %0.7-0.9'unda, 60 ve üstü yaş grubundaki bireylerin %3.1-8.2'sinde, huzurevinde kalanların ise %10.3-60'ında fekal inkontinans görüldüğü tahmin edilmektedir (11,66,67,73,80). Ülkemizde ise Bor ve arkadaşları (2005) Türkiye Gastroözefageal Reflü ve Fonksiyonel Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Taraması'nda fekal inkontinans prevalansını %8.9 olarak bulmuşlardır (19).

Fekal inkontinansı kontrol altına almak ve gelişen komplikasyonları tedavi etmek amacıyla pekçok strateji geliştirilmiş olmasına rağmen fekal inkontinans, inkontinansın özellik ve şiddetiyle orantılı olacak şekilde büyük bir mali külfeti de beraberinde getirmektedir (49,66). Amerika'da bakım kurumlarında yaşlı diaperleri için her yıl 400.000 000 Amerikan Doları'ndan fazla para ödenmektedir (49,65,67). Ülkemizde ise fekal inkontinans insidansı ve maliyetini saptamaya yönelik çalışmalara pek rastlanmamıştır.

Fekal inkontinans hastaneye yatan hastalarda hareketsizlik, ilaçlar veya tüple besleme gibi pekçok faktör nedeniyle gelişebilir (51). Fekal inkontinans hastalara sadece sıkıntı vermez aynı zamanda normal deri bütünlüğü için potansiyel bir tehlike yaratır ve en kötüsü septiseminin bir nedeni olabilir (51,83). Özellikle yatağa bağımlı fekal inkontinanslı hastalar perineal deri hasarı için risk altındadır (85).

Perineal dermatit, inkontinans deneyimleyen bireyler için ortak bir problem olup (13,63) üriner ve fekal inkontinanslı hastalarda deri problemlerini tanımlamada kullanılan geniş bir terimdir (13,33). İdrar ve feçese maruz kalmaktan kaynaklanan deri hasarı inkontinansın iyi bilinen bir komplikasyonudur (53,62). Özellikle de

diaperle bakımı sürdürülen inkontinanslı hastaların bakımında sık karşılaşılan bir problemdir (33).

Perineal dermatitlerin insidansı ve prevalansı tam olarak bilinmemekle (33) birlikte hastanede yatan yetişkinlerin üçte biri kadar büyük bir bölümünde görülmekte olup (28) literatürde hastaneye yatan ve inkontinans kaynaklanan perineal deri yaralanmasının yetişkinlerin %33'ünde görüldüğü ve hastanede ya da uzun dönem bakım merkezlerinde yatan yetişkin hastaların %30-41'inde perineal dermatit oluştuğu belirtilmektedir (62,63).

İnkontinansa ikincil olarak gelişen perineal deri hasarı ağrılı, yaygın ve önlenelirdir (62). Hemşirelik bakım evlerinde perineal deriyi korumak ve perineal derinin sağlığını sürdürmek önemli bir mücadeleyi gerektirmektedir (89). Bu alanda olup verilecek kaliteli bir bakımla inkontinanslı hastalar koruyucu bakımdan yararlanabilir ve perineal dermatitin tedavisi hızlandırılabilir (84).

Fekal inkontinansı olan hasta pekçok potansiyel tehlike ve sorunla karşı karşıyadır ve bu komplikasyonları önlemek, bireysel konforu sağlamak ve sorunlara çözüm bulmak için kapsamlı bir hemşirelik bakımına gereksinim duyar (83). Hemşire hastanın perineal /kalça derisini koruyucu uygulamalardan sorumludur (85).

Fekal inkontinanslı hastaların bakımında bireyin kuru ve temiz kalması, komplikasyonların önlenmesi için değişik uygulamalar yapılmakta, çok farklı ürünler piyasaya sunulmaktadır (21). Bu ürünlerden hastalar, hasta yakınları ve bakım veren sağlık personeli tarafından en sık kullanılan emici inkontinans ürünü yani diaperdir. Diaperler deriden sıvı ve feçesi emer ve şayet uygunsa, sızıntının dışarı kaçmasını önlemek için kalçaların etrafını sarar (7). Diaperler, inkontinansı yönetmek için pratik bir yol olması, perakende satış noktalarında satılması dolayısıyla elde edilebilirliğinin kolay olması ve hastaların bütçelerinin kısıtlı olması nedeniyle

pekçok hasta ve hasta yakını tarafından tercih edilmektedir. Bunun yanında diaperlerin, hemşirelerin iş yükünü ve bakımın maliyetini arttırabildiği, deri bütünlüğünün bozulmasına neden olabildiği, sıklıkla kontrol edilmeye, hastanın perine bölgesinin daha sık temizlenmesine, yatak çarşaflarını sık değiştirilmesine gereksinim duyululabildiği ve hemşirelik bakımı için harcanan süre ve malzemelerin maliyetinin yüksek olabildiği literatürde belirtilmektedir (32,83).

Günümüzde fekal inkontinansı olan hastalarda feçesin perianal deriyle olan temasını önlemek ve kapalı bir sistemle feçesin drenajını sağlamak amacıyla rektal tüp, rektal foley kateter, nazofarengeal airway ve perianal torbalar gibi pekçok ürün de piyasaya sunulmuştur. Bu ürünlerin içinden perianal torbalar, fekal inkontinansı kontrol altına almak için en sık tavsiye edilendir(32,60).

Bir eksternal toplama aracı olan perianal torbalar, bir drenaj torbası içine feçesi toplamak amacıyla perianal bölgeye yerleştirilen ostomi biçimli esnek plastik torbadır (47,60). Perianal torba, dışkıyı toplayarak hem deriyi koruyan hem de fekal inkontinansı kontrol altına alarak yara iyileşmesini sağlayan güvenli bir yöntemdir (7,29,51). Hemşire fekal inkontinansı kontrol altına almada kullandığı diğer yöntemlerde daha fazla zaman harcamakta ve gelişen komplikasyonlarla da bu zaman daha da artmaktadır (7,15).

Perianal torbanın birincil ve en önemli avantajı perineal deriyi korumasıdır (21). Ayrıca perianal torbaların hastaların konforu ve kendilerine saygısını sağlama, hemşirelik bakımı için harcanan süreyi azaltma, uygulama sırasında kontaminasyonu azaltma, perine temizliği ve bakımı için harcanan zamandan tasarruf sağlama gibi pekçok avantajı vardır (7,15,21,29,83).

Pekçok inkontinans ürünüyle karşılaştırıldığında ve hastaya ve bakım verene sağlayacağı yararlar göz önüne alındığında perineal torbalar fekal inkontinansı

kontrol altına almada ve inkontinansa bağlı gelişen perineal dermatitleri önlemede önemli bir yere sahiptir.

Görüldüğü gibi perineal dermatitlerin önlenmesi ve tedavisine yönelik pekçok uygulama ve bakım ürünü bulunmaktadır. Hastaların özellikle de uzun süre yatağa bağımlı immobil hastaların bakımından sorumlu hemşireler perineal dermatitlerin önlenmesinden birinci derece sorumludurlar (38). Bu nedenle mevcut inkontinans ürünlerini ve her birinin avantaj ve dezavantajlarını bilme, alınacak önlemlerle ve doğru uygulamayla yan etkileri en aza indirme hemşirelerin en önemli sorumlulukları arasına girmektedir. Çünkü seçilecek doğru yöntem hem hastalar hem de hemşireler için büyük yarar sağlar ve en büyük maliyet etkinliğiyle optimal hasta bakımını yükseltir (7).

İnkontinanslı hastalarda perineal veya perianal cilt hasarının önlenmesi önemlidir. Bu nedenle günümüzde fekal inkontinans için varolan inkontinans ürünlerinin performansını değerlendirmeye ve bu konuda çalışmalar/ürünler tasarımılamaya ihtiyaç vardır (60). Ülkemizde fekal inkontinansın kontrolünde diaperler ve bütçe sınırlılığı nedeniyle bazen ev koşullarında pamuklu alt bezleri kullanılmaktadır. Ülkemizde diaperlerin ve alternatif ürünlerin dermatiti önleme özelliklerine ilişkin bir çalışma bulunmaması nedeniyle bu çalışmanın yapılmasına gereksinim duyulmuştur.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırma, fekal inkontinansı kontrol altına almada kullanılan iki farklı ürünün (perianal torba ve diaper) perineal dermatit oluşumuna etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. HİPOTEZLER

H₁: Fekal inkontinans nedeniyle perianal torba ve diaper kullanılan hastaların perineal dermatit oluşma oranları arasında fark vardır.

H₂: Fekal inkontinans nedeniyle perianal torba ve diaper kullanılan hastaların tüm vücut bölgeleri arasında perineal dermatit şiddeti açısından fark vardır.

H₃: Fekal inkontinans nedeniyle perianal torba ve diaper kullanılan hastaların perineal dermatit oluşan bölge sayıları arasında fark vardır.

H₄: Fekal inkontinans nedeniyle perianal torba ve diaper kullanılan hastaların perineal dermatit oluşma süreleri arasında fark vardır.

H₅: Fekal inkontinans nedeniyle perianal torba ve diaper kullanılan hastaların kullandıkları ürün sayıları arasında fark vardır.

H₆: Perianal torba ve diaper grubundaki hareketlilik düzeyleri farklı olan hastalarda fekal inkontinans nedeniyle perineal dermatit oluşma oranı, tüm bölgelerdeki dermatit şiddeti ve oluşma süreleri arasında fark vardır.

H₇: Perianal torba ve diaper grubundaki beslenme şekli farklı olan hastalarda fekal inkontinans nedeniyle perineal dermatit oluşma oranı, tüm bölgelerdeki dermatit şiddeti ve oluşma süreleri arasında fark vardır.

H₈: Perianal torba ve diaper grubundaki yaş grupları farklı olan hastalarda fekal inkontinans nedeniyle perineal dermatit oluşma oranı, tüm bölgelerdeki dermatit şiddeti ve oluşma süreleri arasında fark vardır.

H₉: Perianal torba ve diaper grubundaki kadın ve erkek hastalarda fekal inkontinans nedeniyle perineal dermatit oluşma oranı, tüm bölgelerdeki dermatit şiddeti ve oluşma süreleri arasında fark vardır.

H₁₀: Perianal torba ve diaper grubundaki toplam defekasyon sayısı farklı olan hastalarda fekal inkontinans nedeniyle perineal dermatit oluşma oranı, tüm bölgelerdeki dermatit şiddeti ve oluşma süreleri arasında fark vardır.

H₁₁: Perianal torba ve diaper grubundaki gaita kıvamı farklı olan hastalarda fekal inkontinans nedeniyle perineal dermatit oluşma oranı, tüm bölgelerdeki dermatit şiddeti ve oluşma süreleri arasında fark vardır.

H₁₂: Perianal torba ve diaper grubundaki gaita pH'ı farklı olan hastalarda fekal inkontinans nedeniyle perineal dermatit oluşma oranı, tüm bölgelerdeki dermatit şiddeti ve oluşma süreleri arasında fark vardır.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Birçok önleyici ve tedavi edici strateji geliştirilmesine rağmen, perineal dermatitler önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Perineal deri yaralanması hastanede yatan yetişkinlerin üçte biri kadar büyük bir bölümünde görülmekte olup (28) literatürde hastaneye yatan ve inkontinans kaynaklı perineal deri yaralanmasının yetişkinlerin %33'ünde görüldüğü ve hastanede ya da uzun dönem bakım merkezlerinde yatan yetişkin hastaların %30-41'inde perineal dermatit olduğu belirtilmektedir (62,63).

Koruma ve tedavi için bakım uygulamalarının teknolojiyle birlikte gelişmesine rağmen fekal inkontinans ve perineal dermatitler hastanın yaşam kalitesini etkileyen, hastanede kalma süresini uzatan, bakım maliyetini arttıran ve bakım verenlerin iş yükünü arttıran önemli bir sağlık sorunudur. Fekal inkontinansın kontrol altına alınması ve perineal dermatitlerin önlenmesi bu sorunların giderilmesinde önemli bir etkidir.

Fekal inkontinansın kontrol altına alınması ve perineal dermatitlerin önlenmesi için günümüze kadar pekçok ürün ve yöntem denenmiş olmasına rağmen bunların hiçbiri rutin olarak uygulanmamakta ve alternatifler kullanılmamaktadır.

Perineal torbaları uzun yıllardan beri kullanılmasına rağmen hemşirelerin uygulamayı denemeden, yarar ve zarar ilişkisi gözetmeden alışık oldukları yöntemleri kullanmayı tercih ettikleri görülmektedir. Oysa perianal torbaların kullanımına yönelik literatürde pekçok avantajdan ve kullanım kolaylığından söz edilmektedir. Perianal torbalar; hastaların konforu ve kendilerine saygısını sağlama, hemşirelik bakımı için harcanan süreyi azaltma, uygulama sırasında kontaminasyonu azalma, perine temizliği ve bakımı için harcanan zamandan tasarruf sağlama, feçesin perianal deriyle olan temasını önleme ve kapalı bir sistemle feçesin drenajını sağlama ve böylece perianal deriyi koruma gibi pekçok avantaja sahiptir. Ayrıca perineal torbalar non invaziftir ve hasta için güvenlik sağlar (7,15,21,29,83).

Fekal inkontinansı kontrol altına alma ve perineal dermatitleri önleme ve tedavi etme hemşirenin sorumluluğundadır. Bu araştırmanın ülkemizde fekal inkontinansın kontrol altına alınmasında ve perineal dermatitlerin önlenmesinde yeni bir yöntemin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.5. SINIRLILIKLAR VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Araştırmanın planlama ve öneri aşamasında çalışmanın Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji, Nöroşirurji, Ortopedi ve Travmatoloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniklerinde, Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi'nde, Gürçeşme Zübeyde Hanım Huzurevi ve Basın Sitesi Huzurevi'nde gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Ancak Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi'nden araştırmayı uygulama izni alınamaması, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji

Kliniği ile Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniklerinde araştırmanın sınırlılıklarına uyan hasta bulunamaması nedeni ile araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji ve Nöroşirurji Kliniklerinde ve Gürçeşme Zübeyde Hanım Huzurevi'nde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada kullanılan perianal torbanın Türkiye'de üretilmemesi ve maliyetinin yüksek olması nedeniyle perianal torbanın temininde güçlükler yaşanmış ve belirli bir sayıda perianal torbaya ulaşılabilmıştır.

Araştırma sonucunu etkileyeceği ve araştırmacı tarafından denetlenmesi güç olduğu düşünülerek; Perineal bölgesinde deri bütünlüğü korunmuş olanlar/ perineal dermatiti olmayan hastalar, deri bakım ürünlerine yönelik bilinen allerjik deri öyküsü olmayan hastalar, yara açılma riski yüksek olduğundan diyabeti olmayan hastalar, idrarın dermatit oluşumunu etkileyebileceği ve perianal torbanın etkinliğini değerlendirmeyi etkileyebileceği için üriner kateteri olan hastalar araştırma kapsamına dahil edildiğinden bu sınırlılıklara uyan 65 hastaya ulaşılmış fakat bu hastalardan 13'ü araştırmanın izlem süresi tamamlanmadan üriner kateterleri çıkarıldığı, 4'ü taburcu edildiği, 2'si başka bir kuruma sevk edildiği, 5'i ex olduğu, 6'sı araştırmadan çekilmek istediği, 2'si pozisyonu kısıtlandığı, 3'ü perianal bölgeye koruyucu krem uygulandığı için (toplam 35 hasta) araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Bu nedenle araştırmada 30 hastanın izlemi tamamlanabilmiştir.

1.6. TANIMLAR

İnkontinans: Kişinin idrar veya feçesini tutamaması; idrar boşaltımının veya defekasyonun irade dışı oluşmasıdır (50).

Fekal İnkontinans: Anüsteki sfinkterlerin gaz ve feçes çıkışını kontrol edememesidir.

Perineal Dermatit: Üriner ve fekal inkontinanslı hastalarda idrar ve feçese maruz kalmadan kaynaklanan deri hasarı ve iltihabıdır (33,50,53,62).

Perianal Torba: Bir eksternal toplama aracı olan perianal torbalar, bir drenaj torbası içine feçesi toplamak amacıyla perianal bölgeye yerleştirilen ostomi biçimli fleksible plastik torbalardır (32,60,67).

Diaper: Hasta bezi, çocuk bezi. İnkontinansı kontrol altına almada kullanılan diaper.

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. FEKAL İNKONTİNANS

1.7.1.1. Fekal İnkontinansın Tanımı

Fekal kontinans, gaitanın sosyal olarak kabul edilebilir zaman ve mekanda boşaltılması, rektumun içindeki muhtevanın uykuda dahi kalitesinin, yani katı, sıvı, gaz mı olduğunun fark edilebilmesidir (66,68). Fekal kontinans; internal anal sfinkter, eksternal anal sfinkter, anorektal açılma, intrarektal basınç, gaitanın kıvamı, normal anal hislenme, perirektal duyu reseptörleri vb. faktörlerin senkronize çalışmasıyla sağlanır (66,73,68).

Fekal inkontinans ise, anüsteki sfinkterlerin gaz ve feçes çıkışını kontrol edememesidir (2,21,65,66,68). İstemsiz olarak gaz ve/veya gaita kaçırılması yani gaz ya da gaitanın kontrol edilememesi ile karakterize bir hastalık grubudur (2,27,46,65,30,61). Fekal inkontinans “son bir ay içerisinde iki defadan fazla olmak kaydıyla uygunsuz yer ve zamanda istem dışı gaita çıkarılması” olarak da tanımlanmaktadır (58). Fekal inkontinans yetişkin nüfusun %1’inden fazlasını etkileyen, bireyin fonksiyonel, psikolojik ve sosyal iyilik halini azaltıcı etkiye sahip, yüksek maliyetlere ve sosyal sıkıntılara neden olan önemli bir sağlık problemidir (10,11,49,64).

1.7.1.2. Fekal İnkontinans Çeşitleri

İnkontinans minör-majör, pasif-zorunlu (kaçınılmaz) ya da parsiyel-tam inkontinans olarak sınıflandırılabilir (66,67,68). Minor fekal inkontinans, gaz ya da şekilsiz gaita kaçırılması anlamındadır ve daha kolay tedavi edilebilen bir tablodur. Major inkontinansa ise şekilli gaitanın tutulamaması söz konusudur ve pelvik taban kaslarında ciddi anatomik ve/veya innervasyon defektinin sonucudur (88).

Parsiyel İnkontinans bir miktar sıvı-gaz (ıslak gaz) ve gaz kaçırarak çamaşırın kirlenmesidir. Yaşlılarda, nörolojik hastalarda, fekal tıkaçta, hemoroid, anal fissür, parsiyel mukoza prolapsusu, fistülotomi, anal dilatasyon, hemoroidektomilerden sonra ve internal sfinkterotomiden sonra olabilir (66,68).

Tam İnkontinans pelvis tabanını yırtan travmalar, yüksek fistül ameliyatları, intrarektal patolojiler, doğuma bağlı perine laserasyon ve yırtıkları, defekasyonda çok ıkınma alışkanlıkları ve idyopatik nedenlerle olur. Gaitanın istem dışı çıkarılması şeklinde sosyal bir sorundur (66,68).

1.7.1.3. Fekal İnkontinansın Görülme Sıklığı

İnkontinans yaygın ve sıkıntı verici bir sağlık sorunu olup İngiltere’de 3 milyon bireyin ve Amerika’da 10 milyon bireyin inkontinans deneyimlediği tahmin edilmektedir (16). Fekal inkontinans da bakım evlerinde önemli bir problemdir ve bakımevleri sakinlerinin %20-66’sını etkilemektedir (11,80,61). Fekal inkontinans Amerika’da bakımevlerine kabul edilme için ikinci ve en yaygın neden olarak gösterilmektedir (20). Fekal inkontinans genellikle üriner inkontinansla birlikte görülmektedir (58) ve kesin olarak insidansı bilinmemekte, toplumdaki prevalans raporları önemli bir değişkenlik göstermektedir (2,49,73). Fekal inkontinansı olan bireylerin bunu açıklamak istememe eğilimi nedeniyle kesin rakamlar verilmesi oldukça zordur. Fakat toplumda çeşitli derecelerde oldukça yaygın olduğu düşünülmektedir. Ancak, yabancı kaynaklarda örneğin bakımevlerinde yaşayan yaşlılarda %10’un üzerinde sıklıklara ulaştığı bilinmektedir (12,30,87). Yapılan çalışmalarda normal popülasyonun %0.5 - %2 ‘sinde, 65 yaşın altındaki erişkinlerin %0.7-%0.9’unda, 60 ve üstü yaş grubundaki bireylerin %3.1 ve %8.2’sinde, huzurevlerinde kalanların ise %10.3-60’ında, akut ve kritik bakımdaki hastaların %33’ünde fekal inkontinans görüldüğü belirlenmiştir (2,11,12,48,66,68,67,73,80).

Toplum temelli çalışmalarda, çok yaşlılarda bu oran %16.9 'dur (49). Bazı literatürlerde yaşlılarda % 1-10, huzurevlerinde kalanlarda % 10-60'a varan oranlar bildirilmiştir (2,12,58,61,72,87). Saleshi ve Pfeifer (2001) şayet inkontinans kirlenmeyi içeriyorsa bu oranın %5'in üzerine çıkabileceğini, geriatrik bakım merkezlerinde ise bu oranın %30'a, psikiyatri servislerinde ise %50'ye çıkabileceğini belirtmektedirler (73). Huzurevi sakinlerinde oran %20 ile %54 olarak belirtilmektedir (2,9). Borrie ve Davidson ise uzun dönem bakım merkezlerinde bu oranın yaklaşık %46 olduğunu belirtmişlerdir (46). Toplumda inkontinanslı kadın ve erkekler arasında fekal inkontinansın prevalansında farklılıklar mevcuttur (11). Nelson ve arkadaşları fekal inkontinans için kadın cinsiyetinin bağımsız bir risk faktörü olduğunu belirtmelerine rağmen, Thomas ve arkadaşları 15-64 yaş grubu erkeklerde kadınlara göre fekal inkontinansın daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (67).

Pekçok ülkede fekal inkontinansa yönelik yapılan prevalans çalışmaları incelenecek olursa; Tomas ve arkadaşlarının (1984) İngiltere'de yaptıkları çalışmada oran %1.4, Campbell ve arkadaşlarının (1985) Yeni Zelanda'da 65 yaş ve üzerinde yaptıkları çalışmada %3.1, Talley ve arkadaşlarının Amerikada 65-93 yaş grubu bireylerde yaptıkları çalışmada %3.7 (kadınlarda %3.1, erkeklerde %4.5), Kok ve arkadaşlarının (1992) Hollanda'da yaptıkları çalışmada 60-84 yaş grubunda %4.2, 85 ve üstü yaş grubunda %16.9, Drossman ve arkadaşlarının (1993) Amerikada yaptıkları çalışmada %7.8, Nelson ve arkadaşlarının (1995) yaptıkları çalışmada %2.2, Nakanishi ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları çalışmada erkeklerde %8.7, kadınlarda %6.6, Roberts ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları çalışmada erkeklerde %11.1, kadınlarda %15.2, Lam ve arkadaşlarının (1999) Avustralya'da yaptıkları çalışmada %15 (erkeklerde %20, kadınlarda %11), Kalanter ve arkadaşlarının (2002)

Avustralya'da yaptıkları çalışmada %11.3 (erkeklerde %10.8, kadınlarda %11.6), Bharucha ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada % 12.1 (10 yetişkin kadından biri), Bliss ve arkadaşlarının akut ve kritik bakım ünitelerinde (78) yaptıkları çalışmada %33 olarak bulunmuştur (8,10,46,49).

Görüldüğü gibi fekal inkontinans daha çok yaşlıların sorunudur. Madoff ve arkadaşları İngiltere'de bu oranın 15-65 yaş arasındaki kadınlarda binde 1.7, erkeklerde binde 4.2 iken, 65 yaş ve üzeri kadınlarda binde 13.4, erkeklerde binde 10.9 olduğunu belirtmişlerdir (21).

Bor ve arkadaşlarının (2005) Türkiye Gastroözofageal Reflü ve Fonksiyonel Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Taraması'nda fekal inkontinans prevalansını %8.9 olarak bulmuştur. Bu değer yaşları 15 ila 34 olan bireylerde %1.9 iken, 75 yaş ve üzerindeki bireylerde %13.2'dir. Kadınlarda %3.5, erkeklerde ise %3.1'dir (19).

1.7.1.4. Fekal İnkontinansın Maliyeti

Fekal inkontinans, inkontinansın özellik ve şiddetiyle orantılı olacak şekilde büyük bir mali külfeti de beraberinde getirmektedir (49,66). Amerika'da kurumlarda yaşlı diaperleri için her yıl 400.000 000 Amerikan Doları üzerinde fiyatlar ödenmektedir (49,65,67). Borrie ve arkadaşları tarafından Kanada'da yapılan bir çalışmada bu oran 9771 dolar/yıl olarak belirtilmektedir (46,66,67). Kanada'da yapılan diğer epidemiyolojik çalışmalara göre, inkontinansı olan bir kişinin bu olaya bağlı senelik ek masrafı 10 000 dolar civarındadır. İşgücü kaybı, diyare ön tanısıyla yapılan tetkik ve tedaviler, inkontinansa ikincil gelişen üriner infeksiyonların ve perianal cilt lezyonlarının tedavisi, psikiatrik konsültasyon gibi unsurlar böyle bir rakamı oluşturmaktadır (46,58).

1.7.1.5. Fekal İnkontinansın Etyolojisi

Fekal kontinansı sürdürmeyi sağlayan pekçok faktördeki değişiklik fekal inkontinansın gelişmesine neden olur (73). Fekal inkontinanslı hastaların 2/3'ünde uzun ve zorlu vaginal doğum, ıkınarak zorlu defekasyon sonucunda pudental ve sakral sinirlerin aşırı gerilmesine bağlı pelvis tabanı adelelerin denervasyonu söz konusudur. Sinir hasarlı veya hasarsız pelvis fraktürü, iatrojenik yaralanmalar, rektum içi yabancı cisimler, obstetrik yaralanmalar ve cerrahi müdahaleler gibi nedenler de fekal inkontinansın nedenleri arasındadır. Ayrıca lokal, spinal ve serebral lokalizasyonlu nörolojik nedenler, spina bifida, miyelomeningosel, meningosel ve agangliyonik megakolon gibi konjenital hastalıklar etyolojide rol oynayabilir (2,27,30,64,66,80,68,). Nelson ve arkadaşları fekal inkontinansın tüple beslenme, üriner inkontinans, günlük yaşam aktivitelerinin kaybı, diyare, demans, dışkı tıkaçı, konstipasyon, cinsiyet, yaş ve beden kitle indeksinin artmasıyla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (59). Bir çalışmada bakımevi sakinlerinin %50'sinin veya daha fazlasının üriner ve fekal inkontinansın etkilendiği her iki durum için hareketsizlik ve demansın birincil risk faktörü olduğu belirtilmiştir (75).

Fekal inkontinansın gelişmesinde yaşlanma da önemli bir faktördür (2,10,21). Genellikle yaşlılarda hareketsizlik, sağlıksız diyet alışkanlıkları ve yetersiz hidrasyon gibi nedenlerle gelişebilen dışkı tıkaçı, rektal distansiyon ile sürekli bir iç anal sfinkter (İAS) gevşemesine ve inkontinansa sebep olabilir. Ayrıca diabetli hasta grubunda, otonom nöropati ve İAS basıncının düşüklüğü nedeniyle inkontinans görülebilir (2,58).

Yaşlılığın dışında dışkı tutamamaya neden olan durumlar arasında diyare, laksatiflerin kötü kullanılması, feçes tıkaçı gibi faktörler yer almaktadır (2,21,27). Diyare bir hastanın bağırsak alışkanlığı değiştiği için dışkı kaybetme yeterliliğinin

artan sıklığıyla ilgili dışkı volümünde bir artış olmakla birlikte kolonun ilealden akan dışkıyı absorbe edemediği zaman oluşur ve diyare özellikle kritik bakım hastalarında fekal inkontinans olarak görülür (7,27). Diyare, yoğun bakım ünitesindeki hastalarda çok sık görülen komplikasyonlardan biridir. Kritik hastalarda diyare prevalansı, %32-%82 olarak rapor edilmiştir (32).

Literatürde, fekal inkontinansın idiyopatik, travmatik, nörolojik ve konjenital sebeplerle gelişebildiği belirtilmektedir (30,58,64,66,80).

İdiopatik inkontinans, pudental ve sakral sinirlerde oluşan gerilme tipi hasar sonucu pelvik taban kaslarının denervasyonu sonucu gelişir (58).

Travmatik inkontinans, pelvik taban kaslarına aksidental ya da iatrojenik travmalara bağlıdır ve kadınlarda en sık raslanan tiptir. Özellikle forseps kullanılan zor doğumlarda ya da yanlış uzatılan epizyotomiler sonucu anal kanal ön duvarında dış anal sfinkter ve iç anal sfinkterde anatomik defektler gelişebilir. İatrojenik travmalar dahilinde; manuel anal dilatasyon, anal fissürün cerrahi tedavisinde uygulanan sfinkterotomi veya hemoroidektominin yanlış teknikle yapılması, ve kompleks anorektal fistül cerrahisinde oluşabilen sfinkter defektleri sayılabilir. Rektum içi yabancı cisimler ve anormal cinsel eylemler de etiolojide bildirilmiştir (58).

Kongenital nedenlere ikincil inkontinans, erişkin anorektal cerrahi pratiğinde nispeten az rastlanan vakalardır. Anüsün doğuştan kapalı oluşu, aganglionik megakolon, spina bifida, myelomeningosel, meningosel gibi kongenital malformasyonlar sıklıkla fekal inkontinansa sebep olurlar (58).

Nörolojik inkontinans (ya da nörolojik nedenlere ikincil fekal inkontinans), lokal, spinal veya serebral düzeyde nörolojik nedenlere bağlı olabilir. Lokal nörolojik nedenler içerisinde; laksatifler, fenotiazin ve antikolinergik ajanların uzun süreli

kullanılmaları sonucu miyenterik pleksusta toksik harabiyet gelişmesi sayılabilir. Bu toksik harabiyet, gevşek bir sfinkter ve anormal anorektal refleksler ile inkontinansa yol açar. Spinal kordda aşağı seviyede yaralanmalar, aşağı motor tip lezyon tablosu ile karakterli bir tabloda anorektumun somatik afferent ve efferent yollarını bloke eder ve fekal boşalma otonom ve tam inkontinans şeklinde gerçekleşir. Pelvik yaralanmalar ve pelvisin metastatik tutulumlarında da benzer bir tablo ortaya çıkabilir. Spinal kordun suprasakral lezyonlarında ise (yukarı motor tip lezyon), refleks kolon oluşur ve duyu yokluğuna karşın refleks ve tam bir boşalma gerçekleşir. Demans ve serebrovasküler olaylarda, duyuların tam olmasına karşın rektal doluluk bilinçli olarak algılanmaz ve yanıtlanmaz. Tipik olarak, yemek sonrası gastrokolik refleks etkisiyle inkontinans ortaya çıkar (58)

Diğer bir literatürde ise fekal inkontinansın nedenleri aşağıdaki gibi özetlenmiştir (46);

Anal sfinkter fonksiyonu korunmuş bireylere yönelik fekal inkontinans

Nörolojik Durumlar

- Santral Sinir sisteminin konjenital anomalisi (meningosel veya myelomeningosel içeren nöral tüp defektleri, sakral agenez)
- Multiple Skleroz
- Demans oluşumu (Alzheimer hastalığı, çoklu infarkt demansı, Parkinson, normal basınçlı hidrosefali)
- Serebrovasküler olay
- Periferik Polinöropati (diyabet, kronik alkolizm, ağır-metal toksik etkileri)
- Beyin, spinal kordun tümörleri veya cauda equina
- Beyin spinal kord yaralanmaları veya cauda equina

Diyare ile İlgili Durumlar

- İnfeksiyöz diyareler
- İnflamatuar bağırsak hastalıkları
- Kısa bağırsak sendromu

- Laksatif suistimali
- Radyasyon enteritleri

Fekal materyalin retansiyonu sonucu oluşan fekal inkontinans

- Fekal tıkaç
- Enkomprezis (Dışkı kaçırma)
- Rektal tümörler

Anal sfinkter fonksiyonu bozulan bireylere yönelik fekal inkontinans

Konjenital Anorektal Malformasyon (Doğuştan Kapalı aniüs...vb)

Travma

- Kaza yaralanmaları (delinme, pelvik kırıklar)
- Anorektal ameliyat
- Obstetrik yaralanma

Yaşlanma

Pelvik Taban Sinirinin Kesilmesi / Çıkarılması (denervation) (idyopatik nörolojik inkontinans)

- Vajinal doğum
- Dışkıda kronik süzülme
- Rektal prolapsus
- Dessenden perine sendromu

1.7.1.6. Fekal İnkontinansın Tanılanması ve Tedavisi

Günümüzde inkontinansın derecesinin ve etyolojisinin saptanması oldukça kolaydır. İyi bir fizik muayene ile kombine anal ultrason ve anorektal fizyolojik testler doğrultusunda, sorumlu anatomik ve/veya sinirsel defektlerin doğru tanımlanması olasıdır. Tuşe rektal, sigmoidoskopi, anal manometri, elektromiyelografi, anal endosonografi ve defakografi gibi tetkiklerle tanı konulabilir (27,39,46,65,66,68,80).

Fekal inkontinansı yönetme stratejileri hem semptomların kontrolünü hem de azami kontinansı sağlamayı içerir. Bu doğrultuda fekal inkontinansın kontrol altına

alınmasında hasta, hekim ve hemşire işbirliği içinde çalışır (46). Hemşire, tanılama, değerlendirme ve fekal inkontinansı yönetmede anahtar bir rol oynar (46). Fekal inkontinansın tedavisi mutlaka inkontinansın nedenine ve şiddetine yönelik olacaktır. Tedavi konservatif, ilaç tedavisi ve cerrahi tedaviyi içerir (27,46,58,65,66,80).

Konservatif tedavide; pedler, kilotlar, anal tıkaçlar..vb. inkontinans ürünleri, biofeedback, elektriksel stimülasyon, beslenmenin düzenlenmesi, bağırsak egzersizleri gibi uygulamalar yer alır (11,46,58,65).

Fekal inkontinansın medikal tedavisi hastanede veya ayaktan poliklinik hastalarında kişinin davranışının düzenlenmesi ve ilaç tedavisi gibi uygulamaları içerir (66). Özellikle diyare nedenli bir fekal inkontinansın tedavisinde uygun ilaçlar kullanılır (27,58).

Yaşlı hastaların bakıma muhtaç hale gelmeleri söz konusudur. Fekal tıkaç (impaction) yaşlıda inkontinansın birinci sebepleri arasındadır. Özellikle hareketsiz yaşlılarda gözden kaçabilir. Bunun, taşlaşmış gaitanın eritilerek, yumuşatılarak çıkartılması ve tekrarının önlenmesi olmak üzere iki yönlü tedavisi vardır. Taşlaşmış gaitanın eritilerek, yumuşatılarak çıkartılması için rektal muayenede rektumun boşaldığı tesbit edilinceye ve lavman suyu berrak gelinceye kadar lavmanlar yapılmalıdır. Sert gaitanın yumuşatılması için yağlı lavmanlar yapılır. Buna rağmen çoğu zaman parmakla boşaltmak gerekir. Tekrar taşlaşmanın önlenmesi için günlük gliserinli suppozituar kullanılır. 3 gün deşarj olmadıysa lavmanla deşarj sağlanır. Konstipasyonun muhtemel sebebi, narkotik, antidepresan, antihistaminik, adele rölaksanı gibi ilaçlar ise bunlar kesilmeli ve alternatif tedbirler alınmalıdır (66,68).

Sakral kord lezyonlu hastalarda ise sadece duyu kaybı değil inen kolon rektumun motilitesi de bozulmuştur. Bu düşük anal basınç ve zayıf sfinktere rağmen boşaltma zorluğu ile sonuçlanır ve sıklıkla parmakla boşaltmayı gerektirir.

Suprasakral lezyonlu hastalarda internal anal sfinkter basıncı normaldir, duyu kaybına rağmen, refleks olarak boşalma olabilir. Bu gastrokolik refleks sayesinde olabilir. Şöyleki; yemekten 15-20 dakika sonra gliserinli suppozatuar ile boşalma refleksi stimüle edilir. Bu şekilde planlanan defekasyonla günün geri kalan kısmı kirlenmeden geçirilebilir (66).

İlaç tedavisinde steroid sulfasalazine ülseratif kolitli hastalarda inkontinansı kontrol edebilir. Steroid lavmanları radyasyon proktitli hastalarda faydalı olabilir. Crohn hastalarında sekonder olarak safra tuzlarının malabsorbsiyonuna bağlı diyarelerden olan inkontinanslarda cholestyramin tedavisinde cevap alınabilir. Gaita volümü artmış hastalarda lomotil, kodein ve loperamide gibi ilaçlarla kolon transitisi geciktirilebilir ve su reabsorbsiyonu kolaylaştırılarak gaita volümü azaltılabilir (66).

Cerrahi tedavi pelvik taban, anal kanal ya da anal sfinkter yaralanmaları nedeniyle fekal inkontinansı olan bireyler için bir seçenek olabilir. Tam fekal inkontinans varsa cerrahi tedavi gereklidir (46,58,66,80). Cerrahi tedavide; postnatal onarım, sfinkteroplasti, grasilis kası transpozisyonu, bilateral gluteus maksimus transpozisyonu, transanal elektrostimülasyon, yapay sfinkter, tıkaç ve kolostomi gibi işlemleri içerir (27,46,66).

1.7.1.7. Fekal İnontinansın Sonuçları ve Hemşirelik Bakımı

Fekal inkontinans hastaneye yatan hastalarda hareketsizlik, ilaçlar veya tüple besleme gibi pekçok faktör nedeniyle gelişebilir (51). Fekal inkontinans özellikle uzun dönem yatağa bağımlı hastalarda kontaminasyon açısından güç sonuçlarla, enfeksiyon ve deri ülserlerinin oluşma riskiyle pahalı ve potansiyel tehlikelere neden olan bir durumdur (67). Fekal inkontinans (FI) “ifade edilmeyen sıkıntı” ve “ ifade edilmeyen semptom” olarak da söz edilmekle birlikte hem hastalar hem de bakım verenler için büyük bir sıkıntı yaratmaktadır (9). Bu nedenlerle de sosyal bir

etkiye ve ilerleyen bir izolasyona neden olabilmektedir (2,7,20,80,87). Hastalarda asabiyet, anksiyete, depresyon, kendine saygının azalması gibi pekçok psikolojik problem görülebilmektedir (2,20,32,67,80,87). Edward ve Jones tarafından yapılan bir prevalans çalışmasında (2001) fekal inkontinans ve anksiyete, depresyon, ve yetersizlik arasında önemli bir ilişki bulunmuştur. Literatürde hastaların yaşadıkları sıkıntı nedeniyle yardım aramada isteksiz davrandıkları da belirtilmektedir (20). Fekal inkontinanslı hastalara yönelik bakım ise, bakım verenlerin zamanının oldukça önemli bir bölümünü almakta ve bakım verenlerin özellikle de kritik bakım hemşirelerinin enerjilerini ve güçlerini bitiren yüksek derecede sinir bozucu bir görev olmaktadır (7,20,80).

Fekal inkontinans hastalara sadece sıkıntı vermez aynı zamanda normal deri bütünlüğü için potansiyel bir tehlike yaratır ve en kötüsü septiseminin bir nedeni olabilir (51,83,87). Özellikle yatağa bağımlı fekal inkontinanslı hastalar perineal deri hasarı için risk altındadır (85). Şayet inkontinans kontrol edilmezse perineal bölgenin dermatiti tahriş edici sulu dışkıyla temasın birkaç dakikası içinde dahi dermatit gelişebilir (51). Fekal inkontinans diyare şeklinde görüldüğünde fekal inkontinansın etkileri yüzeysel deri iritasyonundan ciddi perineal dermatitlere kadar ilerleyebilir (6). Perianal deri yaralanması fekal inkontinansın başlamasında sonra birkaç dakika içinde oluşabilir (7,38). Lyder ve arkadaşları (1992) tarafından inkontinanslı geriyatrik psikiyatri hastalarında yaptıkları çalışmada idrar ve dışkı inkontinansının kombine olduğu hastalarda 2 gün içinde perineal dermatitin geliştiği saptanmıştır (55). Kalantar ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan çalışmada da fekal inkontinans ile perianal cilt hasarı arasında önemli bir ilişki bulunmuştur (49). Fekal inkontinansın, hastalarda perineal deri hasarını/riskini arttırması yanında üriner sistem enfeksiyonlarına, basınç ülseri ve sekonder dermal enfeksiyonlara hassasiyet de artar

(7,32,20,51). Hatta dışkıyla yara kontaminasyonunun sonucu sepsise kadar uzanabilir (32). Ayrıca hastalar içinde buldukları durum nedeniyle utanabilirler, kötü koktukları için başkalarını rahatsız etmek istemezler. Bu durum hastalarda sosyal izolasyona neden olabilir (21). Bu problemler sadece hastanın tüm sağlığını olumsuz olarak etkilemekle kalmaz aynı zamanda hastanede yatışın uzamasına dolayısıyla da masrafların artmasına neden olur (51). İnkontinanslı hastalarda depresyon ve anksiyete semptomlarında artış ve bireylerin yaşam kalitesinde ise düşüş vardır (70). Görüldüğü gibi hasta fekal inkontinansa bağlı pekçok potansiyel tehlike ve sorunla karşı karşıyadır ve bu komplikasyonları önlemek, bireysel konforu sağlamak ve sorunlara çözüm bulmak için kapsamlı bir hemşirelik bakımına gereksinim duyar (83). Hemşire hastanın perineal /kalça derisini koruyucu uygulamalardan sorumludur (85).

Fekal inkontinansı olan hastanın bakımı için hemşire çok fazla miktarda enerji ve zaman harcar. Bununla birlikte fekal inkontinanstaki hasta çamaşırlarının sık sık değiştirilmesine ve çok dikkatli deri bakımına rağmen ilerleyici irritasyon ve hasar görülebilmektedir (29). Fekal inkontinanslı hastaların bakımında bireyin kuru ve temiz kalması, komplikasyonların önlenmesi için değişik uygulamalar yapılmakta, çok farklı ürünler piyasaya sunulmaktadır (21).

Bliss ve arkadaşları (2005) tarafından toplu yaşayan yaşlıların fekal inkontinansı kontrol altına almak için kullandıkları kendi kendilerine bakım uygulamalarını tanımlamak için yaptıkları çalışmada yaşlıların uyguladıkları kendi kendine bakım uygulamaları arasında sıklıkla diyeti değiştirme, temiz ve sağlıklı ped/çamaşır giyme, aktivite ve egzersizi azaltma uygulamalarında buldukları saptanmıştır. Bunun yanında yaşlı kadınların ve fekal inkontinansı şiddetli

yaşayanların ve kronik sağlık problemi olanların daha fazla kendi kendine bakım uygulamalarında buldukları saptanmıştır (9).

Fekal inkontinanslı hastalarda bireylere anal sfinkter kontrolü kazandırmak için yapılan uygulamalardan birisi bireye bağırsak jimnastiği uygulanmasıdır (11,21,83). Bazı bireyler bu uygulamadan yarar görebilirler (21). Uygulamada bireyin diyetinde yeterli miktarda sıvılar ve lifli yiyeceklere yer verilmeli ve birey kapasitesi elverdiğince egzersiz yapmalıdır. Bireyin defekasyon alışkanlığı belirlenmeli ve defekasyon zamanlarında sürgüye, oturaklı sandalyeye veya tuvalete kolayca ulaşması sağlanmalıdır. Gastrokolik refleks en çok kahvaltıdan sonra uyarılır ve defekasyon için uygun bir zamandır. Planlanan defekasyon saatinden önce bir fincan sıcak çay veya kahve içmek peristaltizmi uyarabilir. Doktor tarafından önerilmişse hemşire bireye her gün feçes yumuşatıcı ilaç verebilir. Doktor tarafından laksatif süpozituar uygulaması önerilmişse planlanan defekasyon saatinden 30 dakika önce uygulanabilir. Defekasyon sırasında bireyin gizliliği sağlanmalı ve oda ısısı ayarlanmalıdır. Bireye tuvalete veya oturaklı sandalyeye otururken kalçaları üzerine öne doğru eğilmesi, elleriyle karına basınç yapması öğretilmelidir. İkinma hemoroid oluşmasına neden olabileceği için önerilmez (11,21).

Fekal inkontinansı azaltmak için hergün temizleyici lavman veya süpozituar uygulanabilir. Rektum sfinkterinde zayıflama varsa defekasyonu sağlamak için anüs parmakla uyarılabilir (21). Tüm bunların yanında fekal inkontinans için kullanılan pekçok araç ve ürünler bulunmaktadır. Bunlar; koruyucu merhemler/ kremler gibi deri bakım ürünleri, diaper/hasta bezi/emici inkontinans ürünleri, anal tıkaçlar ve rektal tüpler, nazofarengeal airway, mantar uçlu kateterler, büyük balonlu ve çaplı foley kateterler, tuvalet yerine geçenler, tıkayıcı araçlar ve perianal torba (fekal inkontinans torbaları) uygulamasıdır (21,32,51,60,83,85). Bir fekal inkontinansı

kontrol altına alma aracı bu hastalar için etkili bir yönetim sağlar. Diyare, uzun süreli hareketsizlik, bilinç düzeyindeki değişiklikler ve diğer nörolojik olaylar gibi geçici fekal inkontinansa neden olan durumlarda bu ürünler sıklıkla kullanılabilir. Bu ürünler tam ve doğru olarak uygulandığı zaman deri bütünlüğünün riski azalabilir (46). Literatürde fekal inkontinans ve üriner inkontinans için kullanılan bu ürünler için çeşitli gruplamalar yapılmıştır. Örneğin Fader (2003) bu ürünleri 2 grupta toplamıştır: (a) inkontinansı önleyenler (sürgü ve ördekler gibi tuvalet yerine geçenler, üretral yerleştirilenler veya emici araçlar, anal tıkaçlar, intravajinal araçlar ve penis kompresyon araçları) ve (b) üriner /fekal inkontinansı toplayan ve biriktiren araçlar (emici pedler, kateterler ve fekal torbalar gibi.) (60). Bu ürünler özellikle ciddi diyare, uzun süre hareketsizlik, bilinç düzeyinde değişiklik veya diğer nörolojik krizler nedeniyle fekal inkontinans deneyimleyen hastalarda da güvenli ve etkilidir (29). Bu araçlar ve ürünler hastanın konforunu ve sağlığını etkileyen sınırlılıklara sahiptir ve kullanımı ve sürdürülebilirliği açısından personeli zorlayabilir (51).

İngiltere sağlık planlarında bu ürünlerin seçilmesinde müşteri yardımcıları için inkontinans ürünleri ve araçlarının çeşitlerinin sistematik bir değerlendirmesi vardır; değerlendirme imalatçıların bağımsızlığında ve hükümet desteklidir (24,60). Amerika'da benzer bir sistem yoktur. Kronik inatçı inkontinanslı bireyler için bakım gibi bazı alanlarda, araç ve ürün seçme sıklıkla bireysel seçime, imalatçıların istek ve taleplerine, bakım vericilerin rahatlığına veya ürünlerin fiyatlarına temellenir (60). Pekçok hemşire ve ürün kullanıcıları da güvenlik ve etkililik için Amerika Federal İlaç Yönetimi (FDA) inkontinans ürünleri ve araçları onayını alır. Bununla birlikte ürün veya araç sınıflamasında onaylamaya ihtiyaç duyar. Tüm I.sınıf (penis kompresyon araçları, eksternal kateterler, eksternal üretral emici araçlar, ördekler ve sürgüler) ve pekçok 2. sınıf (kalıcı kateterler, pezer ve aralıklı veya sürekli kateterler)

ürünler ve araçlar FDA onayından muaf tutulur. II. Sınıf araçlar (üretal yerleştirilenler ve anal tıkaçlar) market öncesi onaya, güvenlik ve etkinliğinin garantisini gösteren klinik çalışmalara ihtiyaç duyar (60).

Fekal inkontinans için kullanılan her bir ürünün kendine özel uygulama biçimleri, avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. İnkontinanstaki kaynaklanan komplikasyonların önlenmesi için hangi ürünün seçilmesi gerektiğine karar vermek ve en uygun ürünü seçmek için ürünlerin kullanım biçimleri, avantaj ve dezavantajlarının bilinmesine ve bu konuda çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

1.7.1.7.1. Rektuma Foley Kateter Uygulama

Fekal inkontinansı kontrol altına almada uygulanan ürünlerden birisi rektal foley kateterlerdir. Foley kateterler feçesi kontrol altına almanın en invaziv yöntemidir. Foley kateterler geniş lümenli olup (20F-30F) rektuma yerleştirilir (7,32,39). Foley kateterler daha çok sıvı dışkılamasının kontrol altına alınmasında kullanıldığı gibi zaman zaman diyarenin kontrolünde de kullanılmaktadır (7,32,39). Şayet dışkı sulu değilse tıkanma oluşabilir ve bu durum konstipasyon veya ileus gibi ileri komplikasyonların gelişmesine öncülük edebilir (32). Literatürde, rektal kateterin cilt bütünlüğünü koruma ve sıvı feçesi doğru olarak ölçme gibi yararlar sağladığı belirtilmektedir (21). Ayrıca kateter sistemiyle kapalı bir dışkı toplama sistemi sağlanmakta ve vücuda özel potansiyel infeksiyon ajanlarıyla hemşirelerin teması azaltılmaktadır. Bunun yanında foley kateterler drenaj sistemini boşaltma kolaylığı ve en önemlisi iritan dışkıdan perianal ve perineal deriyi koruma kolaylığı sağlar (7). Aynı amaçla rektal tüpler de kullanılmaktadır, fakat rektuma uygulanan foley kateterin rektal tüpe oranla üstünlükleri vardır. Foley kateterin balonu sfinkterin kapanmasını sağlar ve feçesin sürekli olarak dışarıya sızmasını önler. Retansiyon lavmanı (örneğin, neomycinli lavman) uygulanması gereken ancak

lavmanı bağırsakta tutamayan komadaki bireylere retansiyon lavman uygulanmasında kolaylık sağlar (21).

İşlem rektal tüp uygulamasına benzerdir. Erişkinler için 28 veya 30 French'lik temiz bir kateterin 5-7.6 cm lik bölümü rektuma itilir. Rektuma foley kateter uygulama steril değil temiz bir işlemdir. Kateter sigmoid kolona ulaşmamalıdır. Foley kateter uygulandıktan sonra kateteri yerinde tutmak için kateterin balonu serum fizyolojik solüsyonu veya hava ile şişirilir. Balonun anal sfinkterin üzerine yerleşmesi için kateter nazikçe geri çekilir. Kateterin ucu bir drenaj torbası ile birleştirilir. Kateter balonun oluşturduğu basıncı azaltmak için her saat başı beş dakika süre ile balon söndürülür. Balonu söndürme ihmal edilirse rektumda nekrozlar meydana gelebilir ve sfinkter hasarına neden olabilir (21,29,39). Rektal kateterin ve drenaj torbasının hergün veya daha sık değiştirilmesi karmaşaya yol açabilir. Bunu önlemek amacıyla, her birey için iki kateter kullanılabilir. Her bir kateter kullanıldıktan sonra temizlenmeli ve bir dahaki kullanıma kadar nozokomiyal enfeksiyon riskini azaltmak için temiz bir örtü içinde saklanmalıdır(21).

Rektuma kateter uygulamanın güvenilirliğini gösteren araştırma sayısı azdır. Bununla birlikte baryum granülomu (Barium granuloma) ve rektal perforasyon içeren komplikasyonlar rapor edilmiştir. Balonlu rektal kateterin yaygın kullanımının güvenliği ile ilgili birkaç kaygı verici durum literatürde belirtilmiştir (32). Vulhop ve arkadaşları (1984) standart bir sfingmomanometre ile yaptıkları ölçümde bir foley kateter balonunun 250-300 mmHg basıncında uygulanmasının rektal perforasyonla ilişkili olduğunu belirtmektedirler (83).

Bazı hemşireler uygulanan kateterin rektumdaki duyu sinirlerini uyararak peristaltizmi arttırdığını ve diyareyi şiddetlendirdiğini iddia etmektedirler. Balondan basınçla meydana gelen travmanın riski rektal nekroz, rektal perforasyon ve anal

sfinkter hasarını içerir. Ayrıca rektuma kateter uygulama doktor istemine bağlı bir işlemdir ve bireyin dikkatli izlenmesini gerektirir (21,32).

Rektal foley kullanımının dezavantajları avantajlarından daha ağır gelir. Öncelikle rektal foleyin kullanılması için fekal drenaj sıvı yoğunlukta olmalıdır. Yarı biçimlenmiş veya biçimlenmiş dışkı balonu geçemez. Normal bağırsak kontrolünün tüp çıkar çıkmaz başlayıp başlamadığını belirlemek zordur. Komplikasyonları önlemek özellikle de rektal foleyin balonunun rektal mukozayı nekrotize etmesinin önlenmesi için her saatte birkaç dakika için indirilmesi ve sonra tekrar şişirilmesi gerekir (7,60). Akut hastalığı olan hastalarda, bu uygulamanın sonuçları tartışılabilir. Rektal foley kateter balonu şişirme ve indirme ve kateteri temizleme ihtiyacı yüksek bir araç kullanım becerisine sahip olmayı gerektirir (32).

Dezavantajlarından bir diğeri de uygulama, çıkarma, balonu şişirme, indirme, foleyi temizleme ve tekrar yerleştirme hemşirelerin bakım için önemli bir süre harcamasını gerektirir (7).

Rektal foleyler bazı hastalarda kontrendikedir. Örneğin yeni geçirilmiş prostat ameliyatlarında, miyokart infaktüsünde, rektal mukoza hastalıklarında ve immun sistemin baskılandığı hastalıklarda rektuma foley kateter uygulanması kontrendike olabilmektedir (7). Nötropenili hastalarda veya kanama hastalığı olan hastalarda da rektuma foley kateter yerleştirilmez. Bazı literatürlerde rektal sfinkter tonusunun azalması ve rektal perforasyonun rektal foley kullanımıyla ilgili olduğu belirtilmektedir. Yine literatürde rektuma foley kateter uygulamayla ilgili bakım verenlerin kaygı duydukları belirtilmektedir. Bu kaygıların sebebi olarak da kateterlerin potansiyel problemleri ve güvenliği hakkında kesin kanıtların eksikliği gösterilmektedir. Tüm bunlar da bu ürünün kullanımından kaçınılmasına neden olmakta ve uygulama geçerli bir seçenek olarak dikkate alınmamaktadır (7).

1.7.1.7.2. Nazofarengeal Airway

Geçen 5 yılda nazofarengeal airway çeşitli hastanelerde kullanılmıştır. Örneğin Yale New Haven Hospital'da ortalama 30 gün süresince yüzlerce hastada nazofarengeal airway kullanılmıştır (85). Nazofarengeal airway nazal airwayi sürdürmek için hastalarda ortak olarak kullanılan nazal borular olarak bilinir. Araç, sık sık nazal sakşına ihtiyaç duyan hastaların nazal mukozasını korumak için kullanılmaktadır. Günümüzdeki çalışmalar bir toplama ünitesine eklemeyele fekal inkontinansı kontrol etmek amacıyla bu ürünün kullanılabilceğini göstermiştir (51). Literatürde, rektal tüplerin 20 dakikadan daha uzun süre rektumda kaldığında rektal sfinkterin yanıt verme durumunu azalttığından tüpün ayrılması gerektiği belirtilmiştir (83,85). Bununla birlikte bazı yazarlar kendi deneyimlerine göre nazofarengeal airway kullanımından sonra hiçbir hastada bu durumun gelişmediğini belirtmektedirler (85). Aracın kullanımı aşağıdaki gibidir. Uygulama için gerekli araç gereçler şunlardır: Nazofarengeal airway, idrar drenaj toplama sistemi, suda çözünür kayganlaştırıcı, steril olmayan eldivenler, underped ve koruyucu. Uygulamaya başlamadan önce mümkünse hastaya gerekli açıklamalar yapılır (ne yapılacağı, hastanın neler hissedebileceği..vb), hastaya yan yatış pozisyonu verilir. Airwayin giriş bölümüne suda çözünen kayganlaştırıcı, sürülür. Rektum içine airway sokulur ve iç ve dış sfinkterden geçilir. Drenaj sistemi ile airwayin dışarıda kalan sistemi birleştirilir ve sistem hastaya ve yatağa sabitlenir. Yataktan kalkabilen hastalar için airwayin pozisyonunu sürdürmeye yardım edilir. Airway her iki günde bir değiştirilir. Tekrar yerleştirme öncesi yaklaşık 1 saat beklenir. Koruyucu sistem deriyi korumak için kullanılmalıdır. Bu sistem; lökopenik önlemler, perirektal apse ve gastrointestinal kanama gibi klinik durumlar söz konusu olduğunda kullanılmamalıdır. Daha çok kısa süreli kullanım için uygun bir yöntemdir (85).

Gragon ve Kramer (2002) tarafından fekal inkontinansı kontrol altına almada nazofarengal airway yönteminin etkili ve pratik olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada hastaların (22 hasta) tümünde dışkıyı toplama veya kontrol altına alma mümkün olmuştur. Ayrıca deri bütünlüğü bozulmuş hastaların (20 hasta) %90'ında deri bütünlüğünde yenilenme ve iyileşme gözlenmiştir. Hastaların hiçbirinde anal sfinkterde hasar veya tonüste hiçbir değişim görülmemiştir. Rektal tüpün sokulmasıyla rahatsızlık deneyimleyen hastaların %41'ine karşın, %86'sı tüpün pozisyonunu sürdürmede hiçbir rahatsızlık deneyimlememiştir. Rektal tüpü yerleştirmede sorumlu hemşirelerin %84'ü işlemi kolay olarak belirtmiştir (32).

1.7.1.7.3. Emici İnkontinans Ürünleri /Diaperler

Bu ürünler hastalar, hasta yakınları ve bakım veren sağlık personeli tarafından en sık kullanılan ürünlerdir. Diaperler deriden sıvı ve feçesi emer ve şayet uygunsa, sızıntının dışarı kaçmasını önlemek için kalçaların etrafını sarar (7). Diaperler, inkontinansı yönetmek için pratik bir yol olması, perakende satış yapan dükkanlarda satılması dolayısıyla ürünün elde edilebilirliğinin kolay olması ve hastaların bütçelerinin kısıtlı olması nedeniyle pekçok hasta ve hasta yakını tarafından tercih edilmektedir (60). Benzer nedenlerden dolayı ve ürün performansı hakkında klinisyenlerin kısıtlı bir bilgiye sahip olmaları nedeniyle klinisyenlerin inkontinanslı hastalara bu ürünleri tavsiye ettikleri düşünülmektedir (24,60). Diaperler, emici bir ortam yaratır ve deri ve feçes arasında bariyer sağlamaz. Nem, emici çevre mikrobiyal floranın artmasına zemin hazırlar. Şayet deri, zaten hasarlıysa, mikroorganizmalar daha derinlere yayılabilir. Diaper altındaki derinin yüksek bir pH'ı fecal-enzim aktivitesini arttırabilir, deri abrazyon, irritasyon ve infeksiyonlara daha fazla hassaslaşabilir (32).

Diaperler, hemşireler için iş yükünü ve bakımın maliyetini arttırabilir, deri bütünlüğünün bozulmasına neden olabilir. Diaperlerin sıklıkla kontrol edilmeye, temizlenmeye ihtiyacı vardır ve hemşirelik bakımı için harcanan süre ve malzemelerin maliyeti yüksek olabilmektedir (32).

Hastalar tarafından yaygın olarak kullanıldığı görülmekle birlikte ürünü kullanan insan sayısı ve ürünün üriner ve fekal inkontinansı kontrol altına almadaki etkililiği hakkında az sayıda yayın bulunmaktadır (60). Literatürde bakımevlerinde tek kullanımlık ve tek kullanımlık olmayan emici ürünlerin oldukça yüksek oranda kullanıldığı belirtilmiştir. Ayaktan tedavi merkezlerinde, klinisyenler rutin olarak idrar kaçıran kadınlara bu amaç için özellikle tasarlanan inkontinans pedleri yerine kadın hijyen ürünlerini kullanmaktadırlar. Bunun nedeni olarak da menstrüel pedlerin daha düşük maliyetli olması gösterilmektedir (60). İngiltere’de inkontinans için tek kullanımlık diaperlerin özellikleri ve ayırıcı nitelikleri ile ürün ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiye yönelik olarak araştırmalar üzerinde durulmaya başlanmıştır (16,60).

Diaperler tek kullanımlık ya da tekrar kullanılabilir olmaktadır. Tekrar kullanılabilir ürünlerin elde edilebilirliği daha kolay olup tek kullanımlık olmayan ve tek kullanımlık olan inkontinans ürünlerine yönelik az sayıda araştırma vardır. Yapılan bir çalışmada pamuklu pedlerle yapılan tek kullanımlık olmayan pedler düşük volümlü üriner inkontinanslı hastalar için uygun etkililikte bulunmuştur (60). Brazelli ve arkadaşları (2002) tarafından inkontinanslı bireyler için diaperlerin farklı tiplerinin etkililik ve maliyet etkililiğini değerlendirmek için yaptıkları bir çalışmada tek kullanımlık ürünlerin deri problemlerini azaltmada tek kullanımlık olmayan ürünlerden daha etkili olduğu fakat maliyetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (16). Gallo & Staskin (1997) hastanede yatmayan kadın ve erkeklerde giysi altına

yerleştirilen tekrar kullanılabilen ürünlerden genel olarak memnun olduğunu, %48'i ise ürünle kendini çok kuru hissetmediğini belirtmişlerdir (60).

Günümüzde fekal inkontinans için varolan inkontinans ürünlerinin performansını değerlendirmeye ve mümkünse bu konuda çalışmalar/ürünler tasarımılamaya ihtiyaç vardır. İnkontinanslı hastalarda perineal veya perianal cilt hasarının önlenmesi önemlidir. Bu nedenle uzun süreli bakımda deri hasarının olasılığını azaltmak için bakım vericiler tarafından fekal inkontinansın erken tanılanması zorunludur. Doymuş bir ped veya külotu değiştirme zorunluluğu bakım vericiler için zaman alıcı ve fiziksel olarak uğraştırıcı olabilir (60).

Büyük boy hasta bezleriyle fekal inkontinansın yönetimi deri yaralanmasını azaltmada, çamaşır ve giysileri korumada ve hastanın konforunu sağlamada başarılı olabilir. Burada önemli olan nokta hasta bezlerinin normal deri bütünlüğu sürdürmesi için sık değerştirilmesi ve iyi bir perine bakımı yapılmamasıdır. Cildi temizleme şayet doğru yapılırsa perianal deri yaralanmasını azaltmada başarılı olunabilir. Her bir bağırsak hareketinden hemen sonra, feçes ile bulaşmış cilt yumuşak bir cilt temizleyici ile temizlenmeli, durulanmalı, kurulanmalı ve koruyucu bariyer krem bölgeye uygulanmalıdır (4,7,83). şayet defekasyon sıklığı azalmazsa ve diaper hemen değerştirilmezse, ürünler feçes ve idrarı tuttuğu için ve bunlar cilde temas ettiği için çok kısa süre içinde deri yaralanmaları gelişebilir. Bazı literatürler bu nedenle hasta bezi tavsiye edilmemektedir (7). Diaperler derinin sık temizlenmesini ve yatak çarşaflarının sık değerştirilmesini gerektirmesi nedeniyle hemşire ve diğer bakım verenler için de oldukça büyük bir zaman harcamayı gerektirir. Ayrıca hastaya diaper ve diaperine yönelik bakım uygulamaları hasta için onur kırıcıdır, rahatsızlık verici ve küçük düşürücü olabilir (83).

1.7.2. Fekal İnkontinansı Kontrol Altına Almada Perianal Torbalar

Fekal inkontinansı olan hastalarda feçesi toplamak, feçesinin perianal deriyle olan temasını önlemek ve kapalı bir sistemle feçesinin drenajını sağlamak amacıyla rektal tüp, rektal foley kateter, nazofarengeal airway ve perianal torbalar kullanılmaktadır. Bu ürünlerin içinden perianal torbalar, fekal inkontinansı kontrol altına almak için en sık tavsiye edilendir (32,60,57).

Bir eksternal toplama aracı olan perianal torbalar, bir drenaj torbası içine feçesi toplamak amacıyla perianal bölgeye yerleştirilen ostomi biçimli fleksible plastik torbadır (60).

Ostomi ürünleri uzun yıllardır uygulanmakta olup, hemşireler stoma yaralarını ve fistüllerini drene eden bu torbaları çok rahatlıkla ve kolaylıkla uygulayabilmektedirler. Günümüzde fekal içeriği toplamak için de bu ürünlerden yararlanılmaktadır ve bu uygulamada torba hastanın perianal bölgesine uygulanır ve torba kolaylıkla boşaltılabilir ve temizlenebilir veya yerçekimiyle drene olabilen bir torbaya eklenebilir (7,15,83). Perineal torbalar sıvı feçes için drene olabilen bir çıkış yerine sahip olup yumuşak ve sert feçes için klemp kullanılabilir (25,26).

Gragon ve Kramer (2002), perianal inkontinans torbalarının hasta bezi ve balonlu rektal kateterlerden daha fazla avantajları olduğunu ve bu uygulamanın dışkı toplamada en güvenli yöntem olduğunu belirtmektedirler (32). Perianal torba, dışkı toplamak ve deriyi korumak için yöntemi uygulama adına iyi bir güvenlik sağlar (7,29) ve fekal inkontinansı kontrol altına alarak yara iyileşmesini de sağlayan birincil faktör rolündedir (32).

İnkontinanslı hastaların pek çoğu için, en iyi dışkı toplama aracı olan perianal torbaların kullanımı konusunda pekçok hemşire tereddütlü ve isteksiz davranmaktadır (15). Bunun nedeni sorgulandığında ise, hemşireler torba

uygulamanın zaman alıcı olabileceğini, torbaları uygulamada zorluk yaşayabileceklerini ve torbaları çok uzun süre hastada tutmada zorluk yaşayabileceklerini düşündüklerini belirtmişlerdir (7,15). Literatürde başarılı bir perianal torba uygulamasının 10-20 dakika gerektirdiği ve 2 hemşireyi gerektirebileceği belirtilmektedir (32). Fakat hemşire torbayı nasıl uygulayacağını, nelere dikkat etmesi gerektiğini biliyorsa daha az zaman harcayacak ve birkaç uygulamadan sonra bu işi tek başına da gerçekleştirebilecektir.

Perianal torbalar doğru uygulandığında ortalama 24 -48 saat dayanabilirler (7,15,25). Vulhop ve arkadaşları uyguladıkları perianal torbaların ortalama 24 ila 48 saat yapışık olarak kalabildiğini belirtmektedirler (83). Bunun yanında güvenli kullanımın 5 ila 6 gün sürebildiği de literatürde belirtilmektedir (7). Hemşire fekal inkontinansı kontrol altına almada kullandığı diğer yöntemlerde daha fazla zaman harcamakta ve gelişen komplikasyonlarla da bu zaman daha da artmaktadır (7,15). Palmier ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada da perianal torba uygulayan ve bu hastaların bakımını üstlenen hemşirelerin %77'si uygulamayı, %98'i çıkan materyeli değerlendirmeyi, %78'i çıkarmayı, %96'sı perineal deriyi korumayı kolaylaştırdığını ve %70'i torbayı değiştirme sırasında uygulamanın perineal temizleme zamanını azalttığını belirtmişlerdir (67).

Perianal torba uygulamada temelde 3 adım vardır. Birincisi perianal derinin yumuşak bir deri temizleyici ile temizlenmesi ve tıraş edilmesi. İkincisi, nemli deri torbanın yapışmasını önlediği için perianal derinin kuruluşunun sağlanmasıdır. Son olarak, uygulamayı yapan kişi dışında birisi tarafından kalçalar birbirinden ayrılarak tutulmalı, bölge mümkün olduğunca düzleştirilmelidir (83). Daha iyi yapışma için perianal bölgeyi tıraş etme, hastanın anatomisine göre yapışkan koruyucu kesme, deri dolgu macunu kullanma veya yapışkan hazırlama, bantlı yapışkan bariyerin

kenarlarını çerçeveleme ve gaz toplanmasını önlemek ve drenajı sürdürmek için plastik torbanın içine bir sakşın kateter yerleştirme önerilmektedir (32).

Yatakta kayan hasta, perianal inkontinans torbasının sürdürülmesini bozabilir. Yapışkan bariyerin travmatik olarak kaldırılmasıyla deri yırtılması ve abrazyon yaralanmaları oluşabilir. Deri nemi, derideki kalıntılar (sabunlardan, yara jellerinden, merhemler veya temizleyiciler), ödem ve hastanın anatomisi etkili yapışmayı sürdürme ve sağlamayı engelleyebilir (32). Bu nedenle uygulama basamaklarının doğru yapılması ve gerekli önlemlerin alınması önemlidir.

Perianal torbanın üçte biri ya da yarısı dolduktan sonra boşaltılmalıdır. Şayet torbanın perianal bölgeye yapışıklığı devam ediyorsa torba alttan kesilerek boşaltılır ve 50-100 cc'lik musluk suyu ile içerisi yıkanarak torbanın altı bir kısıkaçla kapatılabilir. Gerekirse perianal torbanın alt ucu drenaj torbasına bağlanarak dışkının drenajı sağlanabilir. Şayet torba sızdırıyorsa tekrar yeni torba yerleştirilir. Sızdırmayan bir torba 7 güne kadar yerinde tutulabilir (29).

Perianal torba uygulamak için çeşitli torbalar kullanılabilir. Burada önemli olan bükülebilir ve esnek, yapışkan bariyerli, drene olabilen bir torbanın kullanılmasıdır. Sıvı dışkısı olan hastalar için torba bir drenaj toplayıcıya bağlanabilir. Dışkı yoğunsa tamamen bükülebilir ve esnek, yapışkan kaplı drene olan torba en iyi seçimdir (83). Perianal torbanın etkinliği doğru kullanımı için üretici firmanın önerileri de göz önünde bulundurulmalıdır (7).

Torbanın yapışkan kısmına bir jelatin deri koruyucu/ pastanın uygulanması yapışkanı kuvvetlendirmeyi sağlar ve torbanın yapışkan yüzeyine sabitlik vermeyle uygulama kolaylaşır (83).

Perianal torbalar, yetişkin alt bezleri, tek kullanımlık alt bezleri ile ve rektal yerleştirilen kateterler gibi diğer ürünlerle karşılaştırıldığında daha fazla avantajlıdır (15).

1.7.2.1. Perianal Torbaların Avantajları

Perianal torba kullanımının avantajları şunlardır:

- Perianal torbanın birincil ve en önemli avantajı perianal deriyi korumasıdır. Cildin feçes ile temasının neden olduğu riskleri ortadan kaldırır (21). Feçes torbada toplanarak deri yaralanması önlenir (7,29,83). Fakat perianal torbaların fekal inkontinansla ilgili dermatitleri diaperlerden daha iyi önleyip önlemediği bilinmemekle birlikte (60) Vulhop ve arkadaşları (1984) tarafından yapılan bir çalışmada hastalarının birçoğunda perianal derideki kızarıklık ve irritasyonun perianal torba kullanıldıktan sonra 2 ila 3 günde iyileştiği belirtilmiştir (83).
- Hastaların konforu ve kendilerine saygısı perianal torba kullanımıyla sağlanabilir. Çünkü hasta sık deri temizleme ve sık bulaşma nedeniyle çamaşırları değiştirmenin rahatsızlığından uzaklaşmaktadır. Hastanın perianal torba uygulanmasıyla kendini daha iyi hissedebileceği ve hasta konforunun artabileceği literatürde belirtilmektedir (7,83).
- Perianal torbalama hemşirelik bakımı için harcanan süreyi de azaltabilir. Bu çalışma süresinde çeşitli zamanlarda çarşafı değiştirme ve hastayı temizlemektense torbaya feçes drenajını sürdürme ve boşaltma daha az zaman alır (7,25,83).
- Perianal torba, uygulama sırasında kontaminasyonu azaltır. Özellikle cerrahi insizyonu olan veya anal bölgeye yakın bir alanda deri bütünlüğü bozulmuş hastalarda bölgenin dışkı ile kontaminasyonunu önler (29,83).

- Dışkıdan gelen koku toplanmış olur ve dolayısıyla koku yoktur ya da azalmıştır (7,83).
- Hastanın çıkardığı dışkı özellikle de sıvı dışkı nicelik ve nitelik bakımından kolaylıkla değerlendirilebilir (7,29).
- Rektal kateter lümeni biçimli dışkı ile kolaylıkla tıkanabilir oysa ki perianal torba biçimli dışkıyı kolaylıkla toplayabilir (29).
- Yetişkin alt bezleri değiştirme ve perianal temizlik yapma zaman harcamayı gerektirir ve hastaya alt bezi bağlama hasta için onur kırıcı olabilir. Fakat bir perianal torbada dışkı toplandığı zaman bireye bakım veren hemşire sadece torbayı boşaltmaya gereksinim duyar. Hastanın perinesini temizleme zamanı daha önemli bir hemşirelik uygulaması için harcanabilir (7,15).
- Şayet torba doğru uygulandıysa, dışkı onun dışına kaçmaz ve hastanın deri bütünlüğünü tehlikeye atmaz. Kirlenen tek kullanımlık underpedler deri bütünlüğünü bozma riskini arttırır (15).
- Rektal kateterler invazivdir ve güvenli oldukları kanıtlanmamıştır. Rektal kateterler feçesle kolaylıkla tıkanabilirler. Perianal torbalar ise non invazivdir, kullanımı kolaydır ve hasta için güvenliği sağlar (15).
- Perianal torba uygulama perine temizliği ve bakımı için harcanan zamandan tasarruf sağlar. Perianal torbayı uygulamak için yaklaşık 10 dakika gerekir ve bir meslektaş ya da hasta yakınının yardımına gereksinim duyulur. Ancak zamanla tek başına uygulama becerisi öğrenilir ve uygulama pratiği kazanılır. Şayet uygulama süreci çok zaman harcamaya yol açarsa, hastanın sıklıkla temizlenmeye ihtiyaç duyulmayacağı, hastanın derisinin dışkı inkontinansı ile tehlikeye girmeyeceği ve bir kateter yerleştirmeden zarar

görme riski olmayacağı unutulmamalıdır. Tüm bunlarda zaman, maliyet vb. tasarruflara neden olacaktır (7,15,21).

Palmier ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada perianal torba uygulamanın kontaminasyon ve infeksiyondan perianal bölgeyi korumak ve dışkıyı toplamak için basit ve etkili bir uygulama olduğu, fekal kontaminasyonla ilgili deri yaralanması riskinin azalabildiği ve çalışmada perianal torba uygulanan hastaların hiçbirinde basınç ülseri gelişmediği belirtilmektedir. Çalışmada hastaların büyük çoğunluğu (%76) torbayı iyi tolere etmiş, torbayı uygulama ve çıkarmada ağrı hissetmediğini (%85) belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin tümü kontaminasyonu ve çapraz enfeksiyonu önlemek için torba kullanımının kolaylığını belirtmişler ve perianal torbanın fekal inkontinansı yönetme ve komplikasyonları önlemek için kullanılmasını önermişlerdir (67).

1.7.2.2. Perianal Torba Uygulamasında Karşılaşılan Güçlükler

Vulhop ve arkadaşları perianal torba uygulamayla ilgili olarak 2 problem deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Bunlardan biri hemşirelerin direncidir. Bunun için eğitim ve servis protokollerinde perianal torba uygulanmaya yer verilmesini değişime direnci etkileyebileceği belirtilmektedir. İkinci bir sorun ise obez inkontinanslı hastalar ve yatak/sandalyede oturan hastalar için yapışıklığı sürdürmede yaşanan zorluktur (26,83).

Bir perianal torba uygulamadan önce hastanın fekal tıkaçının olmadığından emin olunmalıdır. Bir perianal torba uygulamadan önce hemşire diyarenin dışkı tıkaçından kaynaklanmadığını ayırt edebilmelidir. Çünkü, dışkı tıkaçı fekal inkontinansın bir nedeni olabilir. Rektumun hafif bir dijital değerlendirmesi genellikle bağırsak durumunu belirtebilir. Burada unutulmaması gereken nötropenik

hastalarda rektal dijital değerlendirmenin kontrendike olduğudur (Beyaz kan hücresinin sayısı düşer) (7,29).

Eğer rektal bölgede deri sağlamsa torba en başarılı biçimde uygulanabilir (7). Deride sıyrıklar oluşmuşsa deri koruyucu pudralar, torba yerleştirilmeden önce uygulanabilir. Deri tamamen soyulmuşsa, en iyisi bu bölgeye fekal torba uygulamamaktır, fakat iyileşme olana kadar bir nem koruyucu kremle ilk olarak irrite olan bölge tedavi edilmelidir (7).

Perianal inkontinans torbaları travmatik olacak şekilde dikkatsizce kaldırılırsa cilt yaralanması oluşabilir (32). Bu nedenle torbanın çıkarılması sert bir hareketle değil nazikçe yapılmalıdır. Şayet hastaya uygulanan perianal torba bir drenaj sistemine bağlıysa ve hasta kalın bir dışkı çıkarıyorsa drenaj sistemi tıkanabileceğinden torba altından kesilerek boşaltılır ve bir klempile kapatılır. Torbayı boşaltmak için torba yıkanarak ve / veya sağma yöntemiyle boşaltılır ve sonra tekrar klempenir (29).

Perianal torba doğru uygulandığında etkin sonuçlar alınmasını sağlar. Bunun için perianal torba uygulanmasında aşığıdaki adımlar izlenmelidir:

Araç- Gereç (15,21):

- Eldiven,
- Cilt temizleyici veya yumuşak sabun,
- Gaz bezinden yapılmış pedler (4x4),
- Su geçirmeyen koruyucu örtü,
- Makas, Küvet, Havlu, Banyo bezi,
- Perianal torba,
- Deri koruyucu macun (paste)
- 2.5 cm genişliğinde flaster.

İşlem (7,15,21,29,57):

- Araç gereç hazırlanır.
- Mikroorganizmaları uzaklaştırmak için eller yıkanır.
- Ellerin mikroorganizmalarla bulaşmasını önlemek için temiz eldiven giyilir.
- Hasta sağ ya da sol lateral pozisyonda yatırılır.
- Perianal bölgeyi iyi görebilmek için bireyin üstteki bacağı göğsüne doğru bükülü olarak yan yatmasına yardım edilir. Bu pozisyon hastanın perianal bölgesinin daha kolay görülmesini sağlar.
- Perianal deri oldukça irrite ise ve ıslaksa torba yapışmaz/yapıştırılmaz. Torbayı uygulamak için kullanılan dolgu macunu alkol içerdiği için deriyi aşındırabilir ve ciddi bir yanma hissine neden olabilir. Bu durumda bölgeye çinko oksit gibi maddeler içeren nem önleyici bir krem kullanımı denenebilir.
- Torbanın iyi yapışmasını sağlamak için deri mümkün olduğunca kuru tutulmalıdır. Bunun için deri dikkatli bir şekilde kurulanır. Cildin iyi kurutulması perianal torbanın iyi yapışmasını sağlar.
- Perianal bölge cilt temizleyici ile ya da sabunlu bez ile silinerek temizlenir.
- Perianal deri temizlenmesinin yanında bölgede kılların da olmaması gerekir. Perianal tüyler makasla kesilir. Fazla tüyler torbanın yapışkan yüzeyine yapışır, torbayı çıkarırken ağrıya neden olur. İritasyona neden olabileceği için cilt traş edilmez.
- İlk olarak torbanın açıklığı bireyin anüsü üzerine gelecek şekilde tutulur. Feçesin açıklıktan torbaya kolaylıkla girip giremeyeceği tahmin edilir. Feçes boşaltımı sırasında anüsün daha fazla genişlediği unutulmamalıdır. Bu nedenle torbanın açıklığı feçes boşaltımına uyum sağlayacak genişlikte olmalıdır. Genellikle 1-3 cm çapındaki bir açıklık uygundur. Açıklığı

genişletmek için torbanın perianal bölgeye yapışacak açıklığı merkezden dışa doğru oklar şeklinde kesilebilir.

- Açıklığı genişletmek gerekiyorsa, çevresi dairesel olarak 0.6-1.3 cm daha kesilir yada torbanın açıklığı etrafına yaklaşık 0.6-1.3cm uzunluğunda merkezden dışa doğru düz kesikler atılabilir. Torbanın yapışkan yüzeyli koruyucusunun cilde iyi yapışması ve daha geniş bir cilt yüzeyini koruması için açıklık fazla genişletilmemelidir.
- Diğer bir hemşireden bireyin st kalçasını kaldırması için yardım istenmelidir. Bireyin koksiks ve anal bölgesi değerlendirilir. Perianal bölge yüzeyini düz (pürüzsüz) duruma getirmek için deri koruyucu macun (paste) ile kaplanır. Bazı klinisyenler yapışkan yüzeyli deri koruyucunun arkasındaki kağıdın tamamen çıkarılması ve deri koruyucu pastanın torba açıklığının çevresine sürülmesini önermektedirler.
- Yapışkan yüzeyli cilt koruyucunun arkasındaki kağıdın büyük bölümü kaldırılır. Torba yerleştirilirken eldivenlerin yapışmasını önlemek için dış köşedeki kağıdın bir kısmı kaldırılmamalıdır.
- Torbanın yapışkan yüzeyli deri koruyucu bölümü önce (perianal köprüye) kadınlarda anüs ile vajen; erkeklerde anüs ile skrotum tabanı arasında kalan bölgeye sonra koksikse daha sonra bir kalçaya ve son olarak diğer kalçaya yapıştırılır. Yapışkan bariyerin iç kısımlarında boşluk oluşturmamaya dikkat edilir.
- Torba yerleştirildikten sonra yapışkan deri koruyucunun köşesinde kalan son kağıt parçası da kaldırılır. Yapışkan deri koruyucusuna iki elle sıkıca bastırılır (Ellerin sıcaklığı yapışmayı kolaylaştırır). İyi yapışmayı sağlamak için basınç uygulamaya bir dakika süre ile devam edilir.

- Son olarak yapışkan deri koruyucunun kenarları 2.5 cm genişliğinde flasterle (allerjen olmayan) yapıştırılır. Buna resim çerçevesi tekniği denir, yapışkan deri koruyucunun kenarlarını korur.
- Perianal torbayı çıkarmak için; yapışkan deri koruyucuyu ılık su ile ıslatarak gevşetilir. Bu sırada derinin yaralanmamasına ve bireyin rahatsız olmamasına dikkat edilmelidir.
- Torba çıkartılır. Yapışkan kalıntıları ılık su ve sabunla temizlenir. Bireyin cildi ve perine tüylerindeki yapışkan kalıntıları çıkarmak için özel olarak üretilmiş çözücüler kullanılabilir.

Torba yapışkanının etrafına uygulanan kağıt bantlar/flasterler idrar, yara drenaj veya deri koruyucunun altına vajinal akıntının geçişi önlenir. Bant, daima torba kenarlarını sabitler (83).

Bir perianal torba kullanan hastanın hemşirelik bakımı torba uygulamayla son bulmaz. Dışkıyla dolan torba boşaltılmalıdır. Torbayı boşaltma sıklığı çıkartı miktarına bağlıdır. Dolu bir torbanın ağırlığı ve basıncı torbanın yapıştığı yerden ayrılmasını sağlayacaktır ve deriye dışkı bulaşmasına neden olacaktır. Yine gaz basınç oluşturarak torbanın yapıştığı yerden ayrılmasına neden olabilir. Gaz torbanın altından boşaltılmalıdır. Bir başka seçenek gazın çıkmasına izin vermek için torbanın üzerine birkaç delik açılabilir. Bununla birlikte bu delikler açılacaksa torbanın yapıldığı materyal koku geçirmez nitelikte olmalıdır (83).

Perianal torbayı çıkarılırken bir elle torba kenardan kaldırılırken diğer elle deri tutularak aşağı doğru bir hareketle nazikçe torbanın ayrılması sağlanır (29).

Rektal ısıyı ölçme ihtiyacı olan veya rektal ilaç uygulanan, anal torba kullanan hastalarda vücut ısısını ölçmek için başka yol yoksa bu torbanın altından uygulanabilir. Termometre yerleştirilmeden veya rektuma ilaç uygulanmadan önce,

bir eldivenle torbanın alt açıklığından torbadaki çıkartı boşaltılmalı ve torbanın içi temizlenmelidir. Bazı fekal inkontinans torbalarının termometre girişi için bir giriş portu tasarlanmış ancak pek kullanışlı bulunmamıştır (29,83).

1.7.2.3. Perianal Torba Uygularken Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

Perianal torba uygularken dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

✚ Perianal bölgenin temizliğinde deterjan içeren sabunlar, yumuşatıcı veya lanolin içeren temizleyiciler kullanılmamalıdır. Bu maddeler deride film oluşturarak torbanın yapışmasını önleyebilir (21).

✚ Nem, torbanın ciltten çabuk ayrılmasına neden olabilir, bu nedenle torba yerleştirilmeden önce cilt iyice kurulanmalıdır (21).

✚ Torbanın daha kolay yapışması için torba yerleştirilmeden önce cilde saç kurutma makinesi ile sıcak hava üflenebilir (15,21).

✚ Bireyin perianal bölgesinde hafif ve orta derecede sıyrıklar varsa yapışkan deri koruyucular derinin iyileşmesi için iyi bir ortam oluşturduklarından torba doğrudan bu bölge üzerine yerleştirilebilir. Ciddi sıyrıklar ve soyulmalar varsa, bunlar koruyucu pansumanlar ile kaplanamıyor feçes ile temas ediyorsa koruyucu merhemler sürülmelidir(15,21).

✚ Bireyin perianal bölgede, drenajı olan cerrahi yarası varsa ve perianal torba ile korunamıyorsa veya idrar inkontinansı varsa bölge maksimum emici pansumanlar kullanılarak veya eksternal üriner kateter takarak olabildiğince kuru tutulmalıdır (15,21).

✚ Torba yerleştirildikten sonra bireye torbaya basınç yapmayacak bir pozisyon verilir (15,21).

✚ Torba bireyin kalçalarının üzerinde bir taraftan diğer tarafa kaydırılmamalıdır. Bu durum deride sürtünme ve kesiklere neden olabilir (15,21).

✚ Hasta döndürüldüğü veya kaydırıldığı zaman torbanın pozisyonu önemlidir. Torbadaki aşırı çekilme veya torbanın üzerinde pozisyon verilen hasta yapışma yerinin rahatsızlığına neden olabilir. Torba pozisyon vermeden önce boşaltılmalıdır (83).

✚ Birey torbayı tamamen şişirecek kadar gaz çıkarıyorsa torbanın kenarları ayrılabilir. Gaz, torbanın üzerinde iğne ile delikler açarak çıkarılabilir veya gaz çıkışı sağlayan torbalar kullanılabilir (15,21).

✚ Torbanın üçte biri veya yarısı dolduğunda değiştirilmelidir. Torbanın yarısından çoğu dolduğunda drenajın ağırlığı torbayı yerinden çıkarabilir (15,21).

✚ Drenaj yoğun ise perianal torbanın alt tarafı kesilerek içerik boşaltılır. Üretici firmanın verdiği kısıkaç ile torbanın kenarı kapatılabilir (15,21).

✚ Torbanın musluğuna drenaj torbası ekleyerek bağırsaklardan gelen sıvı drenajın sürekli boşalması ve torbanın her zaman boş kalması sağlanabilir (15,21).

✚ Torba sağlamsa bir irrigasyon enjektörü ile 50-100 ml musluk suyu vererek torba temizlenir ve yeniden kullanılabilir (15,21).

✚ Torbayı çıkartmak için ilk olarak ılık suyla yapışkan koruyucu gevşetilir. Bu dikkatle yapılmalıdır. Böylece hasta rahatsızlık duymadan veya derisi yaralanmadan torba çıkartılmış olacaktır. Torba çıkartıldıktan sonra hastanın derisi ılık sabun ve suyla yıkanarak kalan tüm yapışkanlardan temizlenir. Bunun için özel cilt temizleyiciler kullanılabilir (15,21).

Fekal inkontinanslı hastaların bakımı yoğun bakım hemşireleri için mücadele gerektiren önemli bir konudur. Elde olan inkontinans ürünlerinin sınıflanmasını bilme ve her birinin avantaj ve dezavantajlarını anlama, seçilen ürünün avantaj ve dezavantajlarını bilme, alınacak önlemlerle ve doğru uygulamayla yan etkilerini en aza indirme hemşirelerin önemli sorumlulukları arasına girmektedir. Çünkü karar

verilecek yöntem hem hastalar hem de hemşireler için büyük bir ödül olur ve yüksek düzeyde maliyet etkinliğiyle optimal hasta bakımı yükseltilir (15,21).

1.7.3. PERİNEAL DERMATİT

Perineal dermatit, inkontinans deneyimleyen bireyler için ortak bir problem olup (13,37,40,43,63) üriner ve fekal inkontinanslı hastalarda deri problemlerini tanımlamada kullanılan geniş bir terimdir (13,33,35).

Özellikle yatalak ve fekal ve/veya üriner inkontinanslı bir hasta perineal dermatite daha duyarlıdır (13,35,38,39,78). İdrar ve feçese maruz kalmadan kaynaklanan deri hasarı inkontinansın iyi bilinen bir komplikasyonudur (5,34,35,37,43,44,45,48,53,62,78). Özellikle de diaperler/emici inkontinans toplama araçlarıyla bakımı sürdürülen inkontinanslı hastaların bakımında sık karşılaşılan bir problemdir (33,40). Perineal dermatitler genitaller, kalçalar, alt karın, mons pubis, labia majorler, skrotum, üst uyluk bölgelerinde oluşan derinin bir iritasyonu veya inflamasyonunun kontakt tipidir (13,40,72,74,78). İdrar ve feçesten kaynaklanan perineal dermatitlerde lokalizasyon kemik çıkıntılar üzerinde değil, idrar ve feçesle temas eden deri katmanlarında lokalizedir (47).

Dermatit gibi perineal deri problemleri özellikle fekal inkontinansın başlıca ve en erken gelişen sonuçlarıdır (11,90). İnkontinansa ilişkin dermatitin önlenmesi ve tedavi edilmesi için öncelikle uygun maliyetli deri bakım protokollerinin geliştirilmesi, duyurulması ve kullanımının izlenmesi gerekmektedir (11).

Lyder ve arkadaşları (1992) tarafından yaşlılarda perineal dermatiti önlemek için yapılandırılmış deri bakım uygulamasının etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada idrar ve dışkı inkontinansının birlikte olduğu vakalarda perineal dermatitlerin iki gün içinde geliştiği belirtilmiştir. Çalışmanın bulguları idrar ve dışkı

inkontinansı olduğunda perineal dermatitin hızlı olarak oluştuğunu desteklemiştir (20).

Perineal dermatitlerin insidansı ve prevalansı tam olarak bilinmemekle (16) birlikte inkontinansa ikincil olarak gelişen perineal deri hasarı ağrılı, yaygın ve önlenebilirdir (62).

Huzurevi ve bakımevinde kalan bireylerin yarısından fazlası idrar ve feçesin inkontinansından kaynaklanan perineal deri sağlığında değişim deneyimlemektedir (72,90). Perineal deri yaralanması hastanede yatan yetişkinlerin ise üçte biri kadar büyük bir bölümünde görülmektedir (28). Literatürde hastaneye yatan ve inkontinansın kaynaklanan perineal deri yaralanmasının yetişkinlerin %33'ünde görüldüğü ve hastanede ya da uzun dönem bakım merkezlerinde yatan yetişkin hastaların %30-54'inde perineal dermatit oluştuğu belirtilmektedir (40,62,71,72,86).

Junkin ve arkadaşları (2005) tarafından 3 bakım merkezinde perineal deri yaralanması ve inkontinansın prevalansına yönelik yapılan çalışmada, hastaların %2.6'sında idrar, %13'ünde dışkı, %4.7'sinde her ikisinin birlikte bulunduğu ve inkontinanslı hastaların %54'ünün bir perineal bölge yaralanmasına sahip olduğu belirtilmiştir. Çalışmada bu yaralanmaların %33'ünün basınç ülseri, %27'sinin perineal dermatit ve %18'inin fungal enfeksiyon olduğu, hastaların %21'inin yaralanmanın bir tipinden daha fazlasına sahip olduğu belirlenmiştir (35,47).

Lyder ve arkadaşları tarafından geropsikiyatri ünitesinde yapılan bir çalışmada ise bu oran %23-25 arasında bulunmuştur. Reler ve arkadaşları da uzun dönem bakım yetersizliği olan 121 yaşlı bireyin bir grubunda perineal dermatit prevalansı %41 olarak belirlemişlerdir (33,40). Gray, üriner inkontinans için ürodinamik testlere maruz kalan ve ayaktan tedavi gören 50 hastanın bulunduğu grupta perineal dermatitin prevalansının %42 olduğunu belirtmiştir (33). Bliss ve arkadaşları

tarafından yapılan (2006) bir çalışmada bakımevinde kalan bireylerin %5.7'sinde perineal dermatitin olduğu ve bunların %73'ünün inkontinanslı, %10'unun sadece üriner inkontinanslı, %15'inin sadece fekal inkontinanslı ve sadece %48'inin hem üriner hem de fekal inkontinanslı olduğu saptanmıştır (13). Yine Bliss ve arkadaşları tarafından yapılan (2007) bir çalışmada bakımevinde kalan bireylerin %51'inde inkontinans dermatitinin bulunduğu, bu bireylerin çoğunun kadın (%80.1) ve yaşlı (%96- 65 yaş ve üstü) olduğu saptanmıştır (14).

Perineal deri bütünlüğünü sürdürmek, üriner inkontinansdan mustarip olan hastaların %50 ila 70'inin bulunduğu kapsamlı bakım ortamlarında ve uzun dönem bakım ortamlarında en büyük uğraş gerektiren bakım uygulamalarından biridir (28). Bununla birlikte perianal dermatitler tedavi edilmezse ülserasyon ve sekonder enfeksiyonlar hızla gelişebilmekte (84) ve bireyleri ve onların bakımını etkilemektedir (53).

İnkontinansa ilişkin değişen deri bütünlüğüyle ilgili rahatsızlık bir bireyin fonksiyonel durumunu ve yaşam kalitesini bozabilir (53,56,84,89), bireyin mortalite ve morbiditesini arttırabilir ve hastanede kalma süresini uzatabilir (56). Deri yaralanması (bütünlüğünün bozulması) daima bakım gereksinimlerini arttırır, bakım vericilerin başarısızlığıyla, memnuniyetsizlik ve tükenmişlikle sonuçlanabilir ve bakım vericilere ek sorumluluk almayı gerektirir. Tüm bunlara bağlı olarak da bakım maliyetini arttırabilir (53,62). Bliss ve arkadaşlarının belirttiğine göre inkontinanslı olan ve bakımevinde kalan bireylerde perineal dermatitlerin tahmin edilen toplam mali gideri 136.3 milyon dolardır (13).

Uzun dönem bakım yetersizliği olan bireyler için fonksiyonel durumu korumak ve yaşam kalitesini desteklemek bakımın önemli bir hedefidir.

İnkontinansın yönetimi ve deri sağlığını sürdürme de bu hedefleri sağlamanın önemli bir bileşenidir (53).

1.7.3.1. Perineal Dermatitin Nedenleri ve Risk Faktörleri

Sağlam deri, travma ve hastalıklara karşı vücudu korumada ve vücudun homeostazisini sürdürmede önemli bir role sahiptir ve mikroorganizmalara karşı vücudun ilk savunma hattını oluşturur (17,41). Derinin durumu tüm yaş grupları, ırk ve cinsiyetten etkilenir (63). Özellikle epidermal yenilenmede azalmanın olduğu ve sebumun doğal koruyuculuğunun azaldığı yaşlılarda perineal dermatit riski daha yüksektir (28,35,44,52,71). Yaşlanma subkutan doku kaybına, cildin yağ ve elastikiyetinin kaybına neden olur (41,42). Yaşlanma skrotum korneumun koruyucu özelliğini etkiler. Çünkü yaşlılarda, strotum korneum ve onun koruyucu fonksiyonu daha yavaş yenilenir. Bu durum yaşlılarda diyarede görüldüğü gibi daha yüksek hasarlanma yapan irritasyon ve tekrarlı olarak maruz kalındığında deri hasarı için daha büyük riske neden olur (53,44,42).


Arteriyel ve venöz yetersizlik, diyabetik nöropati gibi pekçok hastalık da perineal dermatit ve basınç ülseriyle ilgili çoklu deri yaralanması için risk oluşturmaktadır. Çoklu hastalığa sahip olan bireylerde ve immobil hastalarda da dışkılama sıklığı deri hasarı için yüksek risk oluşturur (76). Ayrıca idrar inkontinansı ve/veya sıvı dışkı sıklığının ve irritasyona maruz kalma süresinin perineal deri yaralanmasının bir nedeni olabileceği de literatürde belirtilmiştir (4,63,64,84). Brown (1995), Bliss ve Savik (2002) ve Bliss ve arkadaşları (2006) ve perineal dermatite sahip olmanın; a) Doku toleransındaki zayıflık (daha fazla sağlık problemi, ateşin olması, ihtiyaç duyulan beslenme desteği, perfüzyon ve oksijenasyonda azalma problemlerine sahip olma), b) Perineal çevrenin problemleri (sadece fekal inkontinansa sahip olma, çift inkontinansa sahip olma ve mekanik aşınmayla ilgili

daha fazla maddeler) ve c) boşaltım yeteneğindeki değişiklikler (hareket problemleri, duyuşsal algı, bilişsel farkındalık) ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (12,13,35).

Junkin ve Selekof (2007) tarafından yapılan çalışmada fekal inkontinansın hipoalbuminemi ve beslenme desteğindeki yetersizlik ile ilişkili olduğu ve bunların da yüksek oranda deri yaralanması ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (48).

Yaşlanma, uzun süre neme ve iritanlara maruz kalma, zayıflık, yatağa bağımlılık, fekal ve üriner inkontinans, inkontinansı kontrol altına almada kullanılan araçlar, alkalen pH, mantar enfeksiyonu, bakterilerin çoğalması veya enfeksiyon, immun sistemi baskılayan bir ilaç kullanma, doku toleransında azalma, hareketsizlik, ıslak derinin beze sürtünmesi, kıvrım bölgelerinde derinin birbirine sürtünmesi ve deriyi tehlikeye atacak mekanik hasarlar, beslenme yetersizliğı gibi perineal dermatite katkıda bulunan pekçok faktör bulunmaktadır (4,13,33,34,36,37,42,44,48,54,72,74,77,78,86).


Genel olarak incelendiğinde ise inkontinanslı hastalarda perineal dermatitin oluşumu için katkıda bulunan faktörler aşağıdaki başlıklar altında gruplanabilir (39):


 **Kimyasal İrritasyon;** Kimyasal irritasyon, deri yoğun nem, tuzlar, enzimler, idrar ve dışkının içerisindeki pekçok kimyasallara maruz kaldığında oluşur (33,44). İnkontinanslı hastalardaki aşırı nem idrar, ter veya sıvı dışkıyı içeren birkaç kaynaktan oluşur (36,37,41,61). Nem, sürtünme katsayısını arttırabilir, epiderminin elastikiyetini değiştirebilir ve deri bu durumda eksternal faktörlere korunmasız kalır (28,37,40,43,61,86). Sıvı dışkı veya kaçırılan idrardan kaynaklanan neme maruz kalma derinin yüksek hidrasyonda olduğunu, mikroorganizmalar tarafından istilaya daha fazla hassas olduğunu düşündürmektedir (13,34,37,72). Nemli ve yumuşamaya başlamış deri kimyasal ve patojenlere de maruz kaldığında deri kolaylıkla irrite

olabilir. Derinin normal koruyucu nemini kaybetmesi de hem normal hem de patojenik bakteriyel floranın ve mantarların üremesini teşvik eder (37,39,61). Masere olan cilt kuru ciltten daha fazla friksiyon ve abrazyona hassastır ve iritanlara daha fazla duyarlıdır (23,43). Nemli veya ıslak deri, kuru deriden daha yüksek pH'a sahiptir ve bakteri ve iritanlara daha fazla geçirgendir (63,86). İdrar ve dışkı ise sudan daha fazla irrite edici madde içerir (33,39). Vücut atıkları özellikle deri için yakıcı/ aşındırıcı olabilmektedir. Örneğin fekal materyal perineal deriyi irrite edebilen 500'den fazla mikroorganizma içerir. Bu nedenle idrar ve fekal atıklar deriye temas ettiği zaman –özellikle kuru, çatlak, yaşlı deri –bakteri için iyi bir üreme ortamı oluşur (28,72). İdrarda, bakterinin varlığında amonyak oluşur ve pH'ı artırır. Dışkı ise (özellikle sıvı dışkı) daima deriyi irrite eden ve aşındıran sindirim enzimleri içerir (33,34,36,38,40,41,42,48,52,54,61,62,64,86,72,74,78). Fekal inkontinans üriner inkontinanstan daha fazla perineal deri iritasyonuna neden olur (35,37,48,52,74). Kalın bağırsaklardan gelen dışkı sıklıkla biçimlidir ve daha az nemlidir. Çalışmalarda ince bağırsaklardan gelen sıvı dışkının deri için güçlü bir iritan olduğu belirtilmiş ve bazı çalışmalarda uzayan emilimin feçesteki sindirim enzimlerine maruz kaldığını ve insanda epidermal koruyuculuğu engellediği belirtilmiştir. Daha yüksek pH'lı sindirim enzimlerinin daha ciddi deri değişiklikleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (36,42,52,54,63,64,72,74,78). İnkontinansın sıklığı ve volümünün artışı ile perineal deriyi nemli tutan bir ped veya külot gibi bir toplama aracını kullanma deri hasarı gelişme riskini daha da artırır (37,38,39,48,63,78,35). Uzun süre suya maruz kalma 2 gün kadar kısa bir sürede deri hasarına neden olur (33,48). Sağlıklı gönüllülerde suya bastırılmış bez kullanan Kligman bu uygulamanın lokalize ödem, mast hücre istilası, vazodilatasyon ve fibroblast proliferasyonu ile karakterize hidrasyon dermatitine neden olduğunu


belirtmiştir. Dışkı ve idrar ise yalnız başına sudan daha fazla irritasyon maddesine sahiptir (33). Non-allerjik iritan kontakt dermatitlerin diğer çeşitleriyle ilgili olarak irritana maruz kalma süresi ve iritanın doğası (çeşidi/niteliği) (sıvı dışkı, idrar, vb.) büyük ölçüde derinin tepkisinin ciddiyetini etkiler (53).

Ped veya külot gibi inkontinansı kontrol altına almak amacıyla kullanılan ürünler perineal deriyi etkileyecek nemden ve terlemeden deriyi koruyacağı ve daima riski kaldıracağı bazı literatürlerde belirtilse (39) de bu ürünlerin inkontinansın bulunmadığı durumlarda kullanımının derinin koruyucu fonksiyonunu bozan nemin tutulumunu ve uzayan terlemeye neden olabileceği literatürde belirtilen diğer bir bilgidir (33,35,48).

 **Deri pH' ı:** Normal deri hafif asidik pH'a sahiptir (pH yaklaşık 5.5' dir). Perineal deri uzun süre terlemeye, idrar ve fekal inkontinansa maruz kaldığında alkaline olmaya eğilimlidir ve bu durumda hastada dermatit veya bakteriyel proliferasyon riski artar (33,34,35,37,38,39,41,43,48,54,61). Uzun süre terlemeye maruz kalan derinin pH'ı 7.0-7.5'e çıkar, terlemeyle birlikte idrar ve sıvı dışkıya maruz kaldığında ise pH 8.0 veya daha yükseğe ulaşabilir. Çoklu faktörler alkali özelliğe katkıda bulunur. Tüm bunlar da perineal dermatit riskini artırır (33,34,35,37,41,48,54).

 **Mikroorganizmalarla Kolonizasyon:** Bakterilerin artması deriyi irite ve inflame eden kütanöz enfeksiyonlara öncülük edebilir ve bir koruyucu olarak derinin etkinliğini azaltır. Perinenin deri katmanları olan obez hastalar, immün sistemi baskılanan hastalar ve diyabetli hastalar özellikle ikincil kütanöz enfeksiyonlara eğilimlidirler. İkincil enfeksiyon riski fekal inkontinanslı hastalarda daha yüksektir çünkü hastanın derisi dışkıdaki sindirim enzimleri ve gastrointestinal floraya maruz kalır (33,34,37,39,72,78). Bir inkontinans pedi, külotu veya diğer

inkontinansı kontrol altına alıcı ürünlerin kullanımı özellikle bakteri ve lokal enfeksiyonların gelişmesine öncülük eder. İrrite ve inflamasyonlu deri mikroorganizmalara karşı deriyi savunmasız bırakır (38, 37).

 **Friksiyon (Sürtünme):** Sürtünme, bir yüzey diğerine karşı hareket ettiği zaman oluşan yüzey gerilimi olarak tanımlanır (33). Nemli deri inkontinans toplama aracına, çamaşırlara ve yatak veya sandalyenin yüzeyine karşı sürtüldüğü zaman, sürtünme deride aşınmaya neden olur. Pekçok vakada bu aşınma yüzeyeldir fakat perineal derinin geniş bir bölgesini içine alabilir (33,37,38,39,78,86). İnkontinanslı hasta yatakta veya sandalyede pozisyon aldığı zaman da sürtünme oluşur ve basınç yaralanması veya ülserasyona katkıda bulunur. İnkontinansın tipi daima perineal deri hasarı riskini ve onun karakterini etkiler. İdrardaki su, perineal derinin doymasına katkıda bulunur; üre ve amonyak alkaliliği artırır. Yine idrarın pekçok bileşeni (özellikle de hastanın glikozürisi ve diyabeti varsa) mikroorganizmaların çoğalmasını sağlar. Fekal inkontinans ise feçesin bakteri ve sindirim enzimleri içermesi nedeniyle idrardan daha fazla perineal irritasyona neden olur (33,39,41).

1.7.3.2. Perineal Dermatitte Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik bakım evlerinde perineal deriyi korumak ve perineal derinin sağlığını sürdürmek önemli bir mücadeleyi gerektirir (89) ve verilecek kaliteli bir bakımla inkontinanslı hastalar koruyucu bakımdan yararlanabilir, aynı zamanda perineal dermatitin tedavisi hızlandırılabilir (84). Uzun dönem bakımı verilen merkezlerde inkontinanslı hastaların deri bakımı temel bir aktivite olmasına rağmen inkontinans yönetimi (harcanan zaman ve sıklıkla engellenen görevler vb. nedenlerle) genellikle hemşire yardımcılara devredilir (53). Oysaki inkontinansı kontrol altına almada ve gelişebilecek komplikasyonları önlemede kaliteli bir

hemşirelik bakımı gerekli olup, hemşirelik bakım planı hastanın deri bütünlüğünü korumak için etkili stratejileri içermelidir (39).

Bu stratejilerin en önemlisi iyi bir değerlendirmeyi ve etkili bir bakım planını gerektirir (39). Perineal derinin değerlendirilmesi üriner ve fekal inkontinanslı, hareketsiz ve özellikle de sakral bir yaralanması olan hasta için önemlidir (33). Perineal deri değerlendirmesi her deri bakımından önce yapılmalıdır (45). Perineal deri değerlendirmesi sırasında, deri bütünlüğü ve ikincil enfeksiyonlar değerlendirilmelidir. Değerlendirme için öncelikle hastanın gizliliği sağlanmalıdır. Gizlilik sağlandıktan sonra hastanın çamaşırları, pedleri veya diğer inkontinans toplama araçları çıkartılır (33,39).

Erkek hasta değerlendirileceği zaman sünnet derisi geriye çekilir ve glans penis, inguinal kıvrımlar ve skrotumun iç bölgeleri gözden geçirilir. Kadın hasta değerlendirileceği zaman ise labia majorler ve minörler nazikçe geriye doğru açılır ve mokoza vajinanın distal kısmına kadar gözlenir. Tüm hastalarda anüsü gözlemek için kalçalar nazikçe ayrılır (37,39). Normal perineal deri yüzeyi üstteki uyluklar veya daha aşağı karının derisine benzerdir. Şayet vücudun bu bölgesi güneş ışığına düzenli olarak maruz kaldıysa abdomenin veya bacakların derisinden daha solgun olabilir. Erkeklerin skrotal derisi çevredeki deriden daha koyu renkli veya kırmızımsı olabilir. Kadınlarda labial deri daima bitiş derisinden bir dereceye kadar daha koyu olabilir ve labia minor ve vajinal mukoza koyu pembe ve nemli olmalıdır. Yaşlı kadınlarda labia minör ve vajinal mukoza daha genç kadınlardan daha soluk olabilir fakat bu doku kurudur, dokunmaya hassastır ve labia kaybolmamıştır (Yapışmamış olmalıdır) (37,39). Hasta değerlendirilirken her deri katmanı nazikçe geriye doğru açılmalı ve öncelikle yüzey gözlenmelidir. Bu özellikle hasta obezse, diyabeti varsa ve immun sistemi baskılanmışsa önemlidir. Perianal temizleme sırasında sıklıkla

gözden kaçan deri katmanları geriye çekilmeli ve dikkatle gözlenmelidir. Çünkü bu bölgelerin terleme olasılığı fazladır ve bakteriyel üreme için mükemmel ortamlardır (33,39).

Üriner ve fekal inkontinansla ilgili perineal dermatit başlangıçta su toplama, erozyon ve ciddi eksudayla ortaya çıkan ve koyu kırmızı renge doğru ilerleyen eriteme neden olur. Perineal dermatitin hafif biçiminde, deride kızarıklık (eritem), lokal rahatsızlık ve kaşınma ortaya çıkar. Daha ciddi vakalarda yüzeysel deri tabakalarının kaybı, isilik, sulu olabilen kabarcıklar ve ağrı oluşabilir. Ağır durumlarda ikincil fungal veya bakteriyel enfeksiyon ve ülser oluşmuş nodüller oluşabilir (13,78). Dermatitin durumu incontinansın tipinden, kullanılan inkontinans kontrol altına alma aracının özelliğinden, kullanımından ve ikincil enfeksiyonların varlığından etkilenir. İdrar inkontinansı ile ilgili perineal dermatitler sıklıkla kadınlarda labial kıvrımlarda veya erkeklerde skrotum alt bölümünde başlar. Fekal inkontinanslı bireylerde ise dermatit tipik öncelikle üst uylukların arka bölgesine yayılan perianal alanda başlar. Ayrıca dermatitler inkontinans kontrol altına alma aracıyla örtülen deri bölümünde veya kronik olarak terlemeyle etkilenen bir deri kıvrımı altında bağımsız olarak oluşabilir (33,35,37).

Perineal değerlendirme yapıldıktan sonra, hastanın ihtiyaçlarına temellenen bir bakım planı hazırlanır (39). Perineal dermatitler için bakımda temel prensipler fistül veya stomaya çok yakın olan deri için uygulanan bakıma benzer bir bakımdır (33). Hasta merkezli bakımda, perineal deri bütünlüğünü sürdürmek için hemşirelik bakımının amacı inkontinansın erken girişimi sağlamaktır (76). İnkontinanslı hastalardaki perineal deri bakımının diğer amaçları ise (37,38);

- ✚ Düzenli olarak deriden kirlenmeleri ve iritanları uzaklaştırmak,
- ✚ Zarar veren iritan ve bakterilere maruz kalmayı azaltmak veya önlemek,

İyileşme için olanak sağlayan lokal bir çevre meydana getirmektir (38,37).

İnkontinanslı hastaların bakımında deri bakım planları kullanılmalıdır (38). Bu girişimler absorban ürünleri değiştirmek, koku kontrolü, hastanın rahatını sağlamak ve hastanın saygınlığını sürdürmek için deri bakımı uygulanmasını kapsar. Tipik deri bakım uygulaması iritanları uzaklaştırmak için temizlenmeyi ve bunu takiben kurulamayı içerir (4,37,41,43,53,54,72,78). Uygulamalarda genel olarak; perine günlük olarak, perineal deri nemli olduğunda ve her büyük idrar kaçırma sonrası tamamen temizlenir, nemli, rutubetli, üriner toplama araçları rutin olarak veya önemli miktarda idrar kaçırıldıktan sonra değiştirilir (33,38,39,72,74,78). Deri iritanlara maruz kaldığı zaman rutin hijyen bütün perinenin temizlenmesini içerir (37,38,40,41,43). Geleneksel olarak deri hijyeni için standart olarak su, sabun ve sabunlama bezi kullanılır. Sabunlama beziyle uygulanan su ve sabunla deri temizlemede düzenli olarak deriyi kurulamaya yönelinir ve bu da deri pH'ını yükseltebilir. İşlem aşırı şiddetli uygulanırsa ve su sıcak olursa sabun ve su epidermin erozyonuna katkıda bulunabilir. Bu uygulama perineal deriyi korumaktan ziyade iritan dermatit riskini ve ikincil dermal enfeksiyonlara katkıda bulunabilir veya şiddetlendirebilir (28,37,35,38,41,43,71). Burada kullanılacak sabun /temizleyicinin pH dengeli yüzey aktif maddesi içermesine dikkat edilmelidir (Normal deri pH'ı 5.5' tir) (28,35,41,45,61,71,78).

Karşılaşılabilecek riskler nedeniyle, seçilen temizleyiciler perineal derinin yüzeyinden kirleri uzaklaştırabilmeli ve gelecek hasarlardan deriyi koruyabilmeli, iyileştirici özelliğe sahip olmalıdır (33,37,38). Şayet perineal deri temizlendikten sonra kuruma veya çatlama başlamışsa nemlendirici krem veya merhem uygulanır (33,35,38,39,72). Günümüzde inkontinans kaynaklanan perineal dermatitin standart bakımı protokolleri içine bir temizleyici ürün ve bir koruyucu krem

kullanımı da girmektedir (4,33,40,84,71,74). Cooper ve Gray tarafından deri bütünlüğünde 2 deri bakım uygulamasının etkisini karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmada su ve sabunun kullanıldığı grubun %37'sinde deri bütünlüğü sürdürülürken çok fonksiyonlu ürünlerin (temizleyici/nemlendirici/koruyucu) kullanıldığı gruptaki hastaların %66'sında deri bütünlüğünün sürdürüldüğü belirtilmiştir. Su ve sabun grubunun %30'unda deride bozulma görülürken multifonksiyonel grubun % 12'sinde deride bozulma görülmüştür (18,53).

Fekal inkontinansta ise perineal deri günlük ve her majör defekasyon sonrası temizlenir, gerekirse koruyucu krem veya merhem uygulanabilir (38,39).

Şayet hastanın perine bölgesinde eksuda üreten geniş bir deri lezyonu varsa bölgeye koruyucu macun (paste) uygulanabilir ve böylece deri irritasyondan korunabilir. Ayrıca perineal deri lezyonu için yara bakım uzmanı veya primer bakım sağlayıcı konsültasyonu ile sistemik veya lokal tedavi uygulanır (39).

Hemşirelik bakım planının asıl amacı perineal deride herhangi bir hasar oluşumunu önlemektir. Çünkü oluşmuş deri hasarını tedavi etmek ve komplikasyonlardan uzak tutmak daha zordur ve daha fazla bakım ve tedavi uygulamalarını gerektirir. Koruyucu deri bakımı her kliniğin olanaklarına bağlıdır (28). Standart bakım protokolü, su ve sabunla her bir inkontinanstan sonra deriyi temizlemeyi içerir ve gerekli görülürse özel koruyucusuz bir nemlendirici uygulamayı içerir (33,37,38,53,74). Losyon ve kremler gibi pekçok nemlendirici derinin yağlanmasını ve su kaybını önleyerek derinin nemini tutmaya yardım eder. Bu kategoride seçim için yüzlerce ürün vardır (28,33,69,72).

Perineal deriyi temizlemek ve korumak amacıyla özel olarak üretilmiş perineal deri temizleyiciler, derinin yüzeyinden ilgili materyalleri ve iritanları çıkarmak için tasarlanmış bir yüzey aktif maddesiyle su içerir. Deri temizleyicilerin seçiminde

derinin normal pH'ına (normal deri pH'ı: 5.5 tir) uygun ürünler seçilmelidir (38,37,61,69,78). Nemlendiriciler; gliserin, metil glükoz ester, lanolin gibi nemlendirici madde içerirler. Perineal deride idrar ve dışkıya maruz kalmadan kaynaklanan yüksek hidrasyon normal deride görülen yağların eksikliği nedeniyle mantığa aykırı olarak kuru görülebilir ve bu nedenle nemlendiriciye ihtiyaç duyulabilir (33,37,38,44). Nem koruyucular ise bazen deri koruyucu olarak adlandırılırlar. Bir nem koruyucu deri temizleyicilerin içeriğinde de yer alabilir veya merhem olarak ayrı ayrı uygulanabilir (33,38). Bu alanla ilgili pekçok ürün mevcut olmakla birlikte petrolatum (saf vazelin) içeren yağlar veya kremler temel koruyuculardır. Bu ürünler karışık olmayan idrar inkontinansı veya arasıra meydana gelen inkontinanslar için uygundur. Dimethicone ve zinc oxide içeren ürünler daha değerlidir. Paste (macun) ürünler ise hem bütünlüğü bozulmamış hem de soyulmuş veya açılmış deri için kullanılan oldukça dayanıklı ürünlerdir. Sıvı kopolimer film koruyucular da daima deri bütünlüğünü korumaya yardım ederler. Bu ürünlerin amacı da nemden deriyi koruyan plastik gibi film oluşturmaktadır (28,69). Klinisyenler deri dolgu macununda bulunan çözücünün alkol olduğunun farkında olmalıdır ve bu perineal irritasyonun varlığında kontrendikedir. Bu durumda alkolsüz bir dolgu macunu seçilebilir (33).

Lewis-Byers ve arkadaşları (2002) tarafından inkontinanslı hastalarda iki deri bakım protokolünün derinin durumu, ağrı ve bakım vericilerin zamanına etkisini karşılaştırmak için yaptıkları çalışmada hastalar standart yöntem uygulanan (her bir epizottan sonra su ve sabunla yıkanan ve bunu takiben nemlendirici bir losyon uygulanan) veya çalışma bakım protokolü uygulanan (her bir epizottan sonra durulanmayan deri temizleyiciler ve her bir çalışma saatinin ilk inkontinans epizotundan sonra dayanıklı özelliği olan bir koruyucu kremin uygulaması) olmak

üzere iki gruba ayrılmıştır. Çalışmada inkontinans epizotunun sayısı ve tipi, derinin durumu, ağrı ve bakım vericinin harcadığı zaman değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda derinin bütünlüğü kontrol grubunun %69'unda ve çalışma grubundakilerin %72'sinde sürdürülmüştür. Çalışma grubunun protokolü kontrol grubununkinden daha az zaman almış (79 dakika/hasta/gün), deri bütünlüğü düzeyi ve ağrı şiddeti arasında pozitif bir ilişki gözlenmiştir ($r=0.88$). Bu çalışmanın sonuçları sabun su ve bir nemlendirici kullanımıyla yapılan bir perineal bakımın, durulanmayan temizleyicilerle yapılan bir perineal bakımdan daha fazla zaman harcama gerektirdiği ve daha az etkili olduğu belirlenmiştir (53). Warshow ve arkadaşları (2002) tarafından perineal deri yaralanmasının tedavisi için kullanılan bir temizleyici koruyucu losyonun klinik ve maliyet etkililiğini belirlemek amacıyla yapılan bir başka çalışmada ise uygulama başladıktan 7 gün sonra hem eritem hem de ağrı skorunda önemli bir düşüş görülmüştür. Bakım vericilerin değerlendirilen üründe standart bakım protokolüne göre daha az zaman harcadıkları saptanmıştır. Ürünün yıllık kişi başına maliyeti 136 dolar olup ürünün kullanımının, standart bakım protokolünden daha düşük maliyete neden olduğu saptanmıştır (84).

İnkontinansın temelini oluşturan bakımı sağlamada bir ürolog, gastroenterolog, ürojinekolojist veya kontinans yönetiminde uzmanlaşmış hemşirenin konsültasyonuna da ihtiyaç duyulabilir. Temelde idrarı absorbe eden veya dışkı toplayıcı bir araç kullanılır ve derinin bu iritanlara maruz kalması önlenir veya azaltılır. Bunun için pekçok hasta bir pedi veya inkontinans çamaşırını (külot) tercih eder. Bu amaçla kullanılan kadın hijyen ürünleri ise fazla miktarda idrar kaçırma sorunu olanlar için memnun edici değildir. Bunun yerine süper absorban materyaller içeren idrarın ağırlığını daha uzun süre tutan ürünler kullanılabilir. İdeal ürün idrar ve

dışkı kaçışını emer, giysi altında gizli durur, hasta hareket ettiği zaman ses çıkarmaz (39).

Perineal deri bütünlüğünü korumak ve üriner inkontinansı kontrol altına almak amacıyla üriner kateterler de kullanılmaktadır. Fakat bu uygulama bazı riskleri de beraberinde getirdiği için uzun dönem bakımı için uygun bir seçim olarak düşünülmemektedir. Bunun yanında toplayıcı araçlar ve diaperler daha iyi seçim olarak değerlendirilmektedir. Çünkü bu ürünler başka hasarlara neden olmaksızın deriyi koruyabilirler ve idrar ve fekal inkontinansı yönetmeye yardım edebilirler. Fekal inkontinansı kontrol altına almak için ise fekal inkontinansın kollektörleri, eksternal kateterler, underpedler, yetişkin kilotları ve diaperler gibi toplama araçlarının kullanımı dikkate alınmalıdır (28).

Ciddi fekal inkontinansı olan ve perine derisi irrite aşınmış olan hastalar için kolostomi ve ileostomi torbası gibi kullanılan ostomi araçlarına benzer bir perianal torba kullanımı da düşünülebilir. Perianal torbanın başarılı uygulaması su geçirmez bir ortam yaratmayı gerektirir. Perineal torba dışında perineal bölgede lezyon varsa / deri bütünlüğü bozulmuşsa yara bakım hemşiresinden konsültasyon alınabilir ve reçete edilen bir rektal tüp, kateter veya benzeri araçlar perineal deriden fekal atığı uzaklaştırmak için kullanılabilir (39). Bu ürünlere yakın zamanda yeni bir ürün daha eklenmiştir. Bu ürün bağımlı ve immobil hastalardan gastrointestinal atıkları ve potansiyel zararlıları toplamak, ayırmak (saptırmak) için tasarlanmış bir kateter sistemidir. Bu sistemin anal sfinkter hasarına neden olmadığı fekal inkontinansı yönetmede ve ciddi enfeksiyon yayılımını azaltmada etkili olabileceği vurgulanmaktadır (28).

Tek kullanımlık vücuda uyumlu pedler ise idrar ve feçesi emme ve toplama için bakım merkezlerinde sıklıkla kullanılan ürünlerdir (28). Fakat vücuda uyumlu

tek kullanımlık pedleri kullanmayla ilgili pekçok problem de mevcuttur. Bu problemler şunlardır (31):

- Koku, deride hassasiyet, bakıcılar için artan işyükü ve hasta için saygınlığın kaybı (çamaşırları ve yatak takımlarını değiştirme ve temizleme),

- Pedin hatalı yerleştirilmesi, ürünün plastik bölümlerinin deriyle temas etmesi, derinin duyarlılığı /allerjik reaksiyonlar, ter nedeniyle oluşan isilikler, pedlerde emili olarak bulunan idrarın deriyle temasını önlemek için kullanılan koruyucu kremler, uygun olmayan bir ped kullanma; örneğin, hastanın yerleştiği yerde pedi tutmak için kilotsuz, bacaklarının arasına bir ped yerleştirme gibi nedenlerle oluşabilen deri bütünlüğü problemleri,

- İhtiyaç duyulmadığı zaman da pedlerin kullanılması, pede bağımlı olunması ve bir kullanma şartı geliştirilmesi, pedlerin uygun olmayan emiciliği, uygun olmayan tip ve büyüklükte ped seçme, koku, pedlerin uygunsuz değiştirilmesi, hasta eğitimi ve bilginin eksikliği gibi nedenlerle hasta saygınlığını tehlikeye girmesi,

- Uygunsuz ve etkisiz kullanma, stok yapmak için gereğinden fazla sipariş verme, ped bağımlılığı, tedavi programının veya alternatiflerin göz önüne alınmaması gibi nedenlerle yüksek maliyetler önemli problemlerden biridir (31). Ped kullanım masraflarına temizleme ve koruyucu ürünlerin kullanımı da eklendiğinde bu maliyetler daha da artmaktadır. İnkontinans pedlerine ilişkin NHS fiyatları 80 milyon İngiliz sterlini (28) olup Zehrer ve arkadaşları (2004) tarafından inkontinans dermatitlerini önlemede kullanılan 3 perineal deri koruyucunun maliyet etkililiğini değerlendirmek için yapılan çalışmada, katılımcıların günlük ortalama inkontinans epizodu 4.1 olarak bulunmuş ve çalışmanın ekonomik analiz sonuçları

değerlendirildiğinde günlük koruyucu uygulama fiyatları yağlar için 0.76 dolar, koruyucu film için 0.17 dolar olarak bulunmuştur (89).

Diaperlerin kullanımı bakım merkezlerindeki yaşlı hastalar için üriner inkontinansı yönetmenin temel yöntemidir. Bu ürünler kullanıldığında olabildiğince çabuk değiştirilmeli ve perine bölgesinde hava almayı engelleyecek kadar sıkı sarılmamalıdır (4,68). Teknolojideki gelişmeler tüm gece giyilebilen yüksek emici ürünlerin gelişimini sağlamıştır, fakat uzun süreli giyilen pedlerin yaşlının derisi üzerindeki etkisi bilinmemektedir. Fader ve arkadaşları (2003) iki farklı ped değiştirme uygulamasının deri sağlığına etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada uygulamalar arasında eritemin ciddiyetinde veya deri pH'ında hiçbir farklılık bulunmamıştır. Çalışmada daha az sıklıkta ped değişimi uygulanan grupta uygulama sırasında 5 katılımcıda 2. derece basınç ülseri geliştiği belirtilmiştir. Bu sonuç istatistiksel bir öneme sahip bulunmamıştır. Çalışmada daha az sıklıkta ped değişim uygulamasının deri eritemi veya pH'ında bir etkisinin olduğunu gösteren bir kanıt bulunmadığı fakat nemli derinin friksiyon ve abrazyona daha fazla hassas olabildiğine ilişkin kanıt bulunduğu belirtilmiştir (23).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, fekal inkontinansı kontrol altına almada kullanılan iki farklı ürünün (perianal torba ve diaper) perineal dermatit oluşumuna etkisini incelemek amacıyla yapılmış prospektif yarı deneysel bir çalışmadır (3,79).

2.2. KULLANILAN GEREÇLER

Araştırma verilerinin toplanması sırasında perianal torba, diaper, pH ölçümü malzemesi (pH indikatör şeritleri), antiseptik solüsyon gibi araç ve gereçten yararlanılmıştır.

1. Perianal Torba: Bir eksternal toplama aracı olan perianal torba, bir drenaj torbası içine feçesi toplamak amacıyla perianal bölgeye yerleştirilen, hidrokolloid deri koruyuculu, gaz çıkışı ve feçes drenajı sağlayan kapaklı, ostomi biçimli esnek plastik torbadır (Araştırmada “Hollister 9823 Faecal Collector” kullanılmıştır).

2. Diaper: İnkontinansı kontrol altına almada kullanılan, bariyerli, yapışkan bel bant sistemiyle kolay açılıp kapanabilen hasta alt bezi, çocuk bezidir (Araştırmada “Minion Bariyerli Hasta Altı Bezi” kullanılmıştır).

3. pH Ölçümü Malzemesi (pH indikatör şeritleri): Çözeltinin pH'ına bağlı olarak 1 ile 10 pH aralığında renk değiştiren indikatördür (Araştırmada “Merck, pH-İndikatorpapier Universalindikator, pH 1-10” kullanılmıştır).

4. Antiseptik Solüsyon: %15 Cetrimide, %1.5 Klorheksidin Glukonat ve Etanol içeren, hastane ve evlerde genel antiseptik yara ve yanıklarda ayrıca eşya ve aletlerin dezenfeksiyonunda kullanılan konsantre antiseptik bir solüsyondur. Çalışmamızda

%1'lik solüsyonu kullanılmıştır (Araştırmada “Savlosol Konsantre Solüsyonu” kullanılmıştır).

Araştırma verilerinin toplanması sırasında kullanılan bu araç ve gereçlerin tümünün son kullanma tarihleri incelenmiştir.

2.3. KULLANILAN YÖNTEM VE YÖNTEMLER

Araştırmada veriler, Hasta Tanıtım Formu, Hasta İzlem Formu, Perineal Cilt Bütünlüğü Değerlendirme Formu kullanılarak toplanmıştır.

2.3.1. Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen hasta tanıtım formunda; yaş, cinsiyet, hastanın yattığı klinik, hastanın tanısı, fekal inkontinansı kontrol altına almada kullanılan ürün, kronik hastalığı olup olmadığı, vücut tipi, hareketlilik düzeyi, beslenme şekli, çalışmaya katılmadan önce kullandığı inkontinans ürünü, çalışmaya katılmadan önce kullandığı inkontinans ürününü kullanma süresi gibi hastalara ilişkin toplam 11 soru yer almaktadır.

Hastanın Hareketlilik Düzeyinin Değerlendirilmesi; Hastanın hareketlilik düzeyi Braden Risk Değerlendirme Aracındaki hareket parametresi kullanılarak belirlenmiş ve değerlendirme buna göre yapılmıştır.

- 1. Tamamen hareketsiz:** Yardımsız pozisyon değiştiremiyor.
- 2. Çok hareketsiz:** Vücut ve ekstremitelerde pozisyonunda hafif değişiklik yapabiliyor. Kendiliğinden pozisyonunu değiştiremiyor.
- 3. Az hareketli:** Vücut ve ekstremitelerinde sık, ancak hafif değişiklik yapabiliyor.
- 4. Hareketli:** Pozisyonunu yardımsız sıklıkla değiştirebiliyor.

2.3.2. Hasta İzlem Formu

Hasta İzlem Formu'nda, hastanın günlük defekasyon sayısı, gaita kıvamı, gaita pH'ı, fekal inkontinans için kullanılan ürün sayısı gibi ölçütlerin günlük izlem çizelgesi yer almaktadır. Hastaların defekasyon sayısı, gaita kıvamı, gaita pH'ı ve fekal inkontinans için kullanılan ürün sayısı günlük olarak bu forma kaydedilmiştir.

2.3.3. Perineal Cilt Bütünlüğü Değerlendirme Formu

Perineal Cilt Bütünlüğü Değerlendirme Formu'nda cilt bütünlüğünü değerlendirmek için “Görsel Dereceleme Skalası” ve “Cilt Bütünlüğü Ölçüm Bölgeleri” izlem çizelgesi kullanılmıştır. Perineal dermatitin değerlendirilmesinde “Görsel Dereceleme Skalası” ve “Cilt Bütünlüğü Ölçüm Bölgeleri”nin kullanımının uygunluğu hakkında Dermatoloji Bölümü'nden uzman görüşü alınmıştır.

Cilt Bütünlüğü Değerlendirmesi; Görsel Dereceleme Skalası;

Araştırmada cilt bütünlüğünü ve perineal dermatiti dereceleme amacıyla uluslararası kontakt dermatit skoru temel alınarak planlanan ve pekçok çalışmada kullanılan 5 li cilt dereceleme skalası (görsel dereceleme skalası) kullanılmıştır (23).

0: Normal , hiç kızarıklık yok

1: Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan)

2: Orta derecede kızarıklık (pembe deri)

3: Daha yoğun kızarıklık (deri derin pembelikte/kırmızı)

4: Ciltte erozyon / aşınması

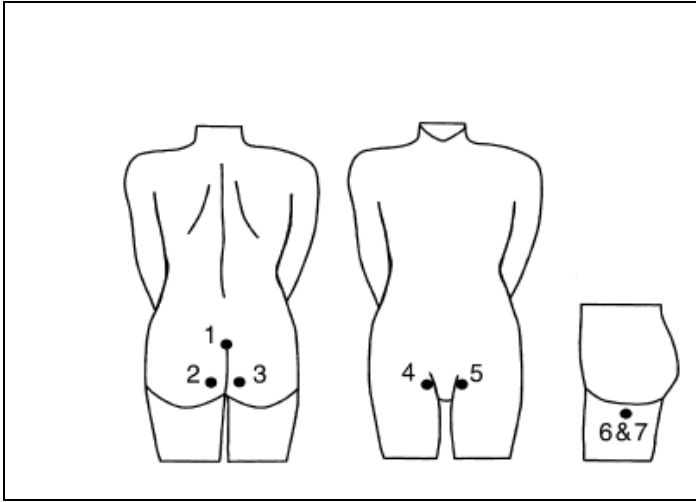
Cilt Bütünlüğü Ölçüm Bölgeleri

Deri sağlığını gözlemek için 8 temel bölge kullanılmıştır (23). Bu bölgeler Tablo-1 ve Şekil-1'de gösterilmiştir.

Tablo -1 Cilt Bütünlüğü Ölçüm Bölgelerinin Tanımlanması

Bölge No	Bölge	Hastanın Pozisyonu	Bölge Tanımı
1	Sakrum	Lateral	Kalça kıvrımlarının distal ucunda
2	Kalça (Sol)	Lateral	Anüs Düzeyinde Kalça kıvrımlarının 3 cm yanında
3	Kalça (Sağ)	Lateral	Anüs Düzeyinde Kalça kıvrımlarının 3 cm yanında
4	Kasık (Sağ)	Supine	Uzun addüktörün 3cm uzağında
5	Kasık (Sol)	Supine	Uzun addüktörün 3cm uzağında
6	Uyluk (Sol)	Lateral	Uyluğun/perineal birleşme yerinin 3 cm yukarısında
7	Uyluk (Sağ)	Lateral	Uyluğun/perineal birleşme yerinin 3 cm yukarısında
8	Skrotum	Supine	Erkeklerde penis altındaki torba

Şekil-1 Cilt Bütünlüğü Ölçüm Bölgeleri



Araştırmanın başlangıcında 8 temel bölge ele alınmış fakat araştırma sürecinde bir hastanın skrotum bölgesinde de perineal dermatit gözlenmesi üzerine skrotum da 8. bölge olarak ele alınmıştır.

Araştırma sırasında hastaların cilt bütünlüğü ölçüm bölgeleri “görsel dereceleme skalası” ile değerlendirilmiş ve günlük olarak kaydedilmiştir.

2.4.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji, Nöroşirurji, Ortopedi ve Travmatoloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniklerinde, Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi'nde, Gürçeşme Zübeyde Hanım Huzurevi ve Basın Sitesi Huzurevi'nde gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Ancak Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi'nden araştırmayı uygulama izni alınamaması, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği ile Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniklerinde araştırmanın sınırlılıklarına uyan hasta bulunamaması nedeni ile araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji ve Nöroşirurji Kliniklerinde ve Gürçeşme Zübeyde Hanım Huzurevi'nde 01/07/2006 ve 30/7/2007 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

2.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji ve Nöroşirurji Kliniklerinde ve Gürçeşme Zübeyde Hanım Huzurevi'nde yatan, yatağa bağımlı ve boşaltım gereksinimini yatakta karşılayan / fekal inkontinansı olan hastalar oluşturmuştur.

2.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji ve Nöroşirurji Kliniklerinde ve Gürçeşme Zübeyde Hanım Huzurevi'nde yatan, araştırmanın sınırlılıklarına uyan ve randomize kontrollü örnekleme tekniği ile seçilen 30 hasta oluşturmuştur.

Araştırma kapsamına alınan 15 hasta perianal torba grubunu, 15 hasta diaper grubunu oluşturmuştur. Araştırmada toplam 65 hastaya ulaşılmış fakat bu hastalardan 13'ü araştırmanın izlem süresi tamamlanmadan üriner kateterleri

çıkarıldığı, 4'ü taburcu edildiği, 2'si başka bir kuruma sevk edildiği, 5'i ex olduğu, 6'sı araştırmadan çekilmek istediği, 2'si pozisyonu kısıtlandığı, 3'ü perianal bölgeye koruyucu krem uygulandığı için (toplam 35 hasta) araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Örnekleme büyüklüğünün gücünü belirlemek amacı ile power analizi yapılmıştır. Dermatitin açılma günü ele alındığında 0.05 anlamlılık seviyesinde ($N_1=10$, $N_2=15$) power analizi yapıldığında %76 güç tespit edilmiştir. Aynı vakalarda dermatit açılma oranı göz önüne alındığındaki güç ise %53 olarak tesbit edilmiştir.

Grupların homojenliğini incelemek amacı ile yapılan Ki-kare testi sonucunda, perianal torba ve diaper grubundaki hastaların yaşı, cinsiyeti ve beslenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2).

2.7. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, perineal alanlarda dermatit gelişme şiddeti, dermatit gelişen bölge sayısı, dermatit açılma günüdür.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; hastanın yaşı, cinsiyeti, beslenme biçimi, hareketlilik durumu, defekasyon sayısı, gaita kıvamı, fekal inkontinans için kullanılan ürün sayısı, perianal torba veya diaper kullanımındır.

2.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Perineal bölgesinde deri bütünlüğü korunmuş olanlar/ perineal dermatiti olmayan, deri bakım ürünlerine yönelik bilinen allerjik deri öyküsü olmayan, diyabeti olmayan, üriner kateteri olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar örnekleme alınmıştır.

Araştırmada, araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan hastalara/ yakınlarına öncelikle araştırma hakkında bilgi verilmiş ve kendilerinden ya da yakınlarından yazılı aydınlatılmış onay alınmıştır.

Perianal torba ve diaper grubundaki hastalar için öncelikle hasta tanıtım formundaki (Ek I) bilgiler toplanmıştır.

Perianal torba grubundaki hastaların perianal bölgesine perianal torba uygulanmıştır. Perianal torba uygulanan hastalara torba çıkarıldıktan sonra/torba değişimi sırasında perine bakımı verilmiştir.

Diaper grubundaki hastalara ise rutinde sıklıkla kullanılan diaper (emici inkontinans ürünü / hasta bezi) uygulanmıştır. Diaper grubundaki hastalara da her defekasyon sonrası ve eğer defekasyon yoksa günde en az bir kez perine bakımı verilmiş ve her perine bakımı sonrası diaper değiştirilmiştir.

Perianal torba ve diaper grubundaki hastalar “Hasta İzlem Formu (Ek II)” ve “Perineal Cilt Bütünlüğü Değerlendirme Formu (Ek III)”nda yer alan veriler doğrultusunda maksimum 15 gün izlenmiştir. Hastaların perineal cilt bütünlüğü diaper grubundaki hastalarda her gün değerlendirilmiş, perianal torba grubundaki hastalarda ise anal bölge dışındaki bölgeler hergün, anal bölge ise torba değişimi sırasında torba çıkarıldıktan 20 dakika sonra değerlendirilmiştir (20 dakikalık süreye Dermatoloji Bölümü’nden uzman görüşü alınarak karar verilmiştir). Maksimum 15 günlük izlem süresinde hastanın perineal cilt bütünlüğünde herhangi bir değişim gözleldiyse bu durum skalayla değerlendirilerek “Perineal cilt bütünlüğü formuna” kaydedilmiş ve hasta araştırma kapsamından çıkartılarak uygun bakımı alması sağlanmıştır. 15 günlük maksimum izlem süresinde araştırma sınırlılıklarına uymayan, taburcu olan, başka bir hastaneye sevk edilen ve ex olan hastalar araştırma kapsamından çıkartılmıştır.

2.8.1 Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Bakımının Standardize Edilmesi

Perineal dermatitlerin gelişmesinde bakımın etkisini kontrol altına almak için; her iki gruptaki hastaların yakınlarına araştırmacının bulunmadığı saatlerde perine bakımında dikkat edecekleri noktalar ve perine bakımı hakkında bilgi verilmiş ve her defekasyondan sonra bu işlemi uygulamaları sağlanmıştır. Çalışmada tüm uygulamalar araştırmacı tarafından yapılmış olup gece saatlerindeki uygulamalar için yakınlarına bu bilgiler verilmiştir. Perianal torba grubunda gece saatinde torbanın çıkması durumunda hasta yakınından torbanın çıkma saatini, torba çıktıktan sonra hastanın kaç kez gaita yaptığını, gaita kıvamını ve pH'ını kaydetmesi istenmiştir.

Perine bakımı ile ilgili hasta yakınlarına verilen bilgi aşağıda verilmiştir:

Araç Gereç:

- Yıkama küveti (2 adet)
- Antiseptik solüsyon
- Su (43-46 °C)
- Bol miktarda gaz bezi
- Yatak koruyucu örtü
- Tek kullanımlık eldiven
- Kirli kabı

Uygulama

- İşlem hastaya açıklanır.
- Odanın kapısını kapatılarak ve yatağın çevresine paravana yerleştirilerek, hastanın gizliliğini sağlanır.
- Mikroorganizma geçişini önlemek için eller yıkanır.

- Hastanın yatağının çalışacak taraftaki parmaklıkları indirilir. Kadın hastalara sırt üstü pozisyonda dizlerden bükülü olacak şekilde bacaklarını iki yana açarak, erkek hastalara sırt üstü yatış pozisyonu verilir. Hastanın vücudunun alt bölümünde varsa bezi/çamaşırları çıkartılır üzerinde sadece çarşaf kalmasını sağlanır.
- Tek kullanımlık eldivenleri giyilir.
- Kadın hastalarda, çarşaf hastanın üzerine eşkenar dörtgen şeklinde yerleştirilir. Daha sonra, çarşafın iki yanda kalan köşeleri, hastanın bacaklarına dolanarak, bacaklar örtülür. Çarşafın iki bacak arasında kalan kısmı ise yalnızca işlem sırasında açılır. Erkek hastalarda ise çarşaf yalnız genital bölgesi açıkta kalacak biçimde, bacakların üzerine düz olarak örtülür.
- Yatak koruyucu hastanın kalçalarının altına serilir.
- Yıkama küvetlerinin 2/3'si (yarısından biraz fazla) 43-46° C' lik su ile doldurulur. Küvetlerin biri duru, diğeri sabunlu su için kullanılır.
- Gaz bezlerinin bir kısmı, kurulamada kullanılmak üzere kuru olarak saklanır. Perine temizliği yapılacak gaz bezleri ya da pamuk tamponlar, küvetlerin içine yerleştirilir.
- Kirli kabı hastanın bacaklarının arasına, yatak koruyucu üzerine yerleştirilir.
- **Kadın hastalarda;**
 - Silme işlemine uzak tarafta olan uyluğun üst-iç yüzünden başlanır. Silme işlemi kasıklardan kalçalara doğru olacak biçimde ve uzunlamasına hareketle yapılır. Her silme hareketi sonunda tampon kirli küvete atılıp yeni bir tampon alınır.

- Yakın taraftaki uyluğun üst-iç yüzünden aynı şekilde silinir.
- Genital bölgenin üst kısmı, bir yandan diğer yana doğru uzunlamasına hareketle önce antiseptik solüsyonlu su ile temizlenir.
- Silme işleminde kullanılmayan el ile büyük dudaklar hafifçe uyluklara (yanlara) doğru açılır. Önce uzak taraftaki sonra yakın taraftaki büyük dudak yukarıdan aşağıya doğru uzunlamasına hareketlerle ve her harekette yeni bir tampon kullanarak, antiseptik solüsyonlu su ile silinir.
- Küçük dudaklar da aynı şekilde açılarak bir önceki basamakta anlatıldığı gibi temizlenir.
- Dudaklar, idrar yapılan bölge ve hazne görülecek biçimde açtıktan sonra, bu bölge de yukarıdan aşağıya temizlenir.
- Antiseptik solüsyonlu su ile yapılan işlemlerin tümü sırasıyla duru su ile tekrar yapılır ve daha sonra aynı şekilde kurulanır.

➤ **Erkek hastalarda;**

- Antiseptik solüsyonlu su bulunan yıkama küvetinden, bir gaz bez alınır ve silme işlemine uyluğun üst-dış yüzünden başlanır. Daha sonra genital bölgenin üst kısmı temizlenir.
- Penis orta kısmından hafifçe tutulur, hasta sünnetsiz ise, sünnet derisi geriye doğru çekilir.
- Penis, en üstten başlanarak dairevi hafif hareketlerle hayalara kadar silinir. Her dairevi hareketi tamamladıktan sonra, gaz bezi değiştirilir.
- Hastanın bacaklarını açması söylenir/ bacakları açılır. Hayalar yavaşça kaldırılır. Hayaların ön, yan ve arka yüzeyini, uzunlamasına hafif hareketlerle temizlenir. Antiseptik solüsyonlu su ile yapılan işlemlerin tümü sırasıyla duru su ile tekrar yapılır ve daha sonra aynı şekilde kurulanır.

- Makat bölgesini temizlemek için, hastanın sırtı çalışılan tarafa dönük olacak biçimde yatırılır ve hastanın üzeri, yalnızca anal bölge açıkta kalacak biçimde örtülür.
- Hastanın üstte kalan kalçası, bir el ile yukarı doğru kaldırılır ve anüs çevresinde herhangi bir sorun ya da fekal atık olup olmadığı gözlenir.
- Anal bölge uzunlamasına hareketlerle, önce sabunlu gaz bezi, sonra duru su ile silinir. Daha sonra kurulanır.
- Kullanılan araç gereç ortamdaki kaldırılır.
- Eldivenleri çıkarılır ve eller yıkanır.
- Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.

NOT: Cilt temizliği yaparken gazlı bez hastanın derisini tahriş etmeyecek şekilde kullanılır. Özellikle kurulama işlemi sırasında gazlı bez nazik hareketlerle cilde hafifçe dokundurulur (81,82).

2.8.2 Diaper Grubundaki Hastalara Emici İnkontinans Ürünü (Diaper)

Uygulanması

Diaper grubundaki hastalara her defekasyon sonrası ve eğer defekasyon yoksa günde en az bir kez perine bakımı verilmiş ve defekasyon sonrası diaper değiştirilmiştir.

2.8.3. Perianal Torba Grubundaki Hastalara Perianal Torbanın

Uygulanması

Araç- Gereç (15,21):

- Eldiven
- Antiseptik solüsyon ve su,
- Gaz bezinden yapılmış pedler (4x4),
- Su geçirmeyen koruyucu örtü,

- Makas,
- Küvet,
- Havlu,
- Banyo bezi,
- Perianal torba,
- Deri koruyucu macun (paste)
- 2.5 cm genişliğinde flaster.

İşlem Basamakları (7,15,21):

- Araç gereç hazırlanır.
- Mikroorganizmaları uzaklaştırmak için eller yıkanır.
- Ellerin mikroorganizmalarla bulaşmasını önlemek için temiz eldiven giyilir.
- Hasta sağ ya da sol lateral pozisyonda yatırılır.
- Perianal bölgeyi iyi görebilmek için bireyin üstteki bacağı göğsüne doğru bükülü olarak yan yatmasına yardım edilir. Bu pozisyon hastanın perianal bölgesinin daha kolay görülmesini sağlar.
- Perianal bölgedeki kıllar / tüyler makasla kesilir. Fazla tüyler torbanın yapışkan yüzeyine yapışır, torbayı çıkarırken ağrıya neden olur. İrritasyona neden olabileceği için cilt traş edilmez.
- Perianal bölge cilt temizleyici ile ya da sabunlu bez ile silinerek temizlenir.
- Torbanın iyi yapışmasını sağlamak için deri mümkün olduğunca kuru tutulur. Bunun için deri dikkatli bir şekilde kurulanır. Kurulama gaz bezinden yapılmış pedler bölgeye hafifçe dokundurularak (bastırmadan) gerçekleştirilir. Cildin iyi kurutulması perianal torbanın iyi yapışmasını sağlar (29).

- İlk olarak torbanın açıklığı bireyin anüsü üzerine gelecek şekilde tutulur. Feçesin açıklıktan torbaya kolaylıkla girip giremeyeceğinin tahmini yapılır. Feçes boşaltımı sırasında anüsün daha fazla genişlediği unutulmamalıdır. Bu nedenle torbanın açıklığı feçes boşaltımına uyum sağlayacak genişlikte olmalıdır. Genellikle 1-3 cm çapındaki bir açıklık uygundur. Açıklığı genişletmek için torbanın perianal bölgeye yapışacak açıklığa uygun büyüklükte kesilir (15,21,29).
- Açıklığı genişletmek gerekiyorsa, çevresi dairesel olarak 0.6-1.3 cm daha kesilir ya da torbanın açıklığı etrafına yaklaşık 0.6-1.3 cm uzunluğunda merkezden dışa doğru düz kesikler atılabilir. Torbanın yapışkan yüzeyli koruyucusunun cilde iyi yapışması ve daha geniş bir cilt yüzeyini koruması için açıklık fazla genişletilmemelidir.
- Diğer bir hemşireden / hasta yakınından bireyin üst kalçasını kaldırması için yardım istenmelidir. Bireyin koksiks ve anal bölgesi değerlendirilir. Perianal bölge yüzeyini düz (pürüzsüz) duruma getirmek için deri koruyucu macun (paste) ile kaplanır. Bazı klinisyenler yapışkan yüzeyli deri koruyucunun arkasındaki kağıdın tamamen çıkarılması ve deri koruyucu pastanın torba açıklığının çevresine sürülmesini önermektedirler.
- Yapışkan yüzeyli cilt koruyucunun arkasındaki kağıdın büyük bölümü kaldırılır. Torba yerleştirilirken eldivenlerin yapışmasını önlemek için dış köşedeki kağıdın bir kısmı kaldırılmamalıdır.
- Torbanın yapışkan yüzeyli deri koruyucu bölümü önce (perianal köprüye) kadınlarda anüs ile vajen; erkeklerde anüs ile skrotum tabanı arasında kalan bölgeye sonra koksikse daha sonra bir kalçaya ve son olarak diğer

kalçaya yapıştırılır. Yapışkan bariyerin iç kısımlarında boşluk oluşturmamaya dikkat edilir.

- Torba yerleştirildikten sonra yapışkan deri koruyucunun köşesinde kalan son kağıt parçası da kaldırılır. Yapışkan deri koruyucusuna iki elle sıkıca bastırılır (Ellerin sıcaklığı yapışmayı kolaylaştırır). İyi yapışmayı sağlamak için bir dakika süre ile basınç uygulamaya devam edilir.
- Son olarak gerekirse yapışkan deri koruyucunun kenarları 2.5 cm genişliğinde flasterle (allerjen olmayan) yapıştırılır.
- Perianal torbanın yarısı ya da 2/3'ü dolduğunda torbanın alt ucundan boşaltılır /torba değiştirilir.
- Perianal torbayı çıkarmak için; yapışkan deri koruyucuyu ılık su ile ıslatılarak gevşetilir. Bu sırada derinin yaralanmamasına ve bireyin rahatsız olmamasına dikkat edilmelidir.
- Torba çıkartılır. Yapışkan kalıntıları ılık su ve sabunla temizlenir. Gerekirse bireyin cildi ve perine tüylerindeki yapışkan kalıntıları çıkarmak için çözücü kullanılır.

Perianal torba uygulanan deney grubundaki bireylere her torba değişimi sırasında perine bakımı verilir.

2.9. VERİLERİN ANALİZ EDİLMESİ

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi, Ege Üniversitesi Bioistatistik Anabilim Dalı'nda Statistical Package For Social Science (SPSS) 15.0 paket programında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan verilerin analizinde; Yüzdelik, Ki-Kare, Fisher's Kesin Ki-Kare, Spearman's Korelasyon, Kruskal-Wallis ve Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

2.10. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma 2005 yılı sonunda planlanmış, Mart 2006'da tez önerisi olarak sunulmuştur. Gerekli izinler alındıktan sonra veriler 01/07/2006 ve 30/7/2007 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Kalan sürede araştırma verileri rapor haline getirilerek doktora tezi olarak sunulmuştur.

2.11. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Araştırma için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu'ndan (**EK VI**), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Araştırma Etik Kurulu'ndan (**EK VII**) ve araştırmanın yapılacağı kliniklerden (**EK VIII-IX**) yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalara/yakınlarına uygulamaya ilişkin bilgi verilmiş ve yazılı bilgilendirilmiş onayları alınmıştır (**EK IV-V**).

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1.HASTALARLA İLGİLİ TANITICI BİLGİLER

Tablo 2. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaş	Perianal Torba Grubu		Diaper Grubu		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
46-59	2	13.3	5	33.3	7	23.3
60-71	6	40.0	2	13.3	8	26.7
72-77	2	13.3	5	33.3	7	23.3
78-93	5	33.3	3	20.0	8	26.7
X²=5.071 SS=3 p= 0.16 p>0.05						
Cinsiyet						
Kadın	10	66.7	8	53.3	18	60.0
Erkek	5	33.3	7	46.7	12	40.0
X²=0.556 SS=1 p= 0.71 p>0.05						
Hastaların Yattığı Klinikler						
Nöroloji	14	93.3	13	86.7	27	90.0
Nöroşirurji	-	-	2	13.3	2	6.7
Huzurevi	1	6.7	-	-	1	3.3
Hastaların Tanıları						
Serebrovasküler Olay	10	66.7	10	66.7	20	66.7
Demans	1	6.7	1	6.7	2	6.7
Beyin / Spinal Tümör	2	13.3	2	13.3	4	13.3
Beyin Enfeksiyon Hast.	2	13.3	-	-	2	6.7
Guillain-Barre Sendromu	-	-	1	6.7	1	3.3
Amiyotrofik Lateral Skleroz	-	-	1	6.7	1	3.3
Kronik Bir Hastalığa Sahip Olma Durumu						
Kronik Hastalığı Olan	14	93.3	12	80.0	26	86.7
Kronik Hastalığı Olmayan	1	6.7	3	20.0	4	13.3
Vücut Tipleri						
Zayıf	3	20.0	4	26.7	7	23.3
Normal	5	33.3	8	53.3	13	43.4
Şişman	7	46.7	3	20.0	10	33.3
Hareket Düzeyi						
Tamamen Hareketsiz	6	40.0	2	13.3	8	26.7
Çok Hareketsiz	4	26.7	3	20.0	7	23.3
Az Hareketli	5	33.3	10	66.7	15	50.0
Beslenme Biçimleri						
Oral	4	26.7	8	53.3	12	40.0
NGT	11	73.3	7	46.7	18	60.0
X²=2.222 SS=1 p= 0.26 p>0.05						
TOPLAM	15	100.0	15	100.0	15	100.0

Araştırma kapsamına alınan perianal torba ve diaper grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 2’de görülmektedir. Perianal torba grubunda yer alan hastaların yaş ortalaması 71.46 ± 9.98 olup hastaların %13.3’ünün 46-59 yaş grubunda, %40.0’inin 60-71 yaş grubunda, %13.3’ünün 72-77 yaş grubunda, %33.3’ünün 78-93 yaş grubunda olduğu, diaper grubunda yer alan hastaların ise yaş ortalaması 68.73 ± 13.00 olup bu gruptaki hastaların %33.3’ünün 46-59 yaş grubunda, %13.3’ünün 60-71 yaş grubunda, %33.3’ünün 72-77 yaş grubunda, %20.0’inin 78-93 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Grupların homojenliğini incelemek amacı ile yapılan Ki-kare testi sonucunda, perianal torba ve diaper grubundaki hastaların yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2 = 5.071$, $SS=3$, $p>0.05$) (Tablo 2).

Perianal torba grubundaki hastaların %66.7’sinin kadın, %33.3’ünün erkek olduğu, diaper grubundaki hastaların ise %53.3’ünün kadın, %46.7’sinin erkek olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Grupların homojenliğini incelemek amacı ile yapılan Fisher’s Kesin Ki-kare testi sonucunda, perianal torba ve diaper grubundaki hastaların cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2 = 0.556$, $SS=1$, $p>0.05$) (Tablo 2).

Perianal torba grubundaki hastaların %93.3’ünün Nöroloji Kliniğinde, %6,7’sinin Huzurevinde yattığı, diaper grubundaki hastaların ise %86.7’sinin Nöroloji Kliniğinde, %13.3’ünün Nöroşirürji Kliniğinde yattığı saptanmıştır (Tablo 2).

Perianal torba grubundaki hastaların %66.7’sinin Serebro Vasküler Olay (SVO), %6,7’sinin demans, %13.3’ünün beyin ve spinal tümör, %13.3’ünün beyin enfeksiyon hastalığı tanısına sahip oldukları, diaper grubundaki hastaların ise %66.7’sinin Serebro Vasküler Olay (SVO), %6,7’sinin demans, %13.3’ünün beyin

ve spinal tümör, %6.7'sinin Guillain-Barre Sendromu (GBS), %6.7'sinin Amiyotrofik Lateral Skleroz (ALS) tanısına sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 2).

Perianal torba grubundaki hastaların %93.3'ünün kronik hastalığının bulunduğu, %6.7'sinin kronik bir hastalığının bulunmadığı, diaper grubundaki hastaların ise %80.0'inin kronik bir hastalığının bulunduğu, %20.0'sinin kronik bir hastalığının bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Perianal torba grubundaki hastaların %20.0'sinin zayıf, %33.3'ünün normal, %46.7'sinin şişman bir vücut tipine sahip oldukları, diaper grubundaki hastaların ise %26.7'sinin zayıf, %53.3'ünün normal, %20.0'sinin şişman bir vücut tipine sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 2).

Perianal torba grubundaki hastaların %40.0'ının tamamen hareketsiz, %26.7'sinin çok hareketsiz, %33.3'nün az hareketli olduğu, diaper grubundaki hastaların ise %13.3'ünün tamamen hareketsiz, %20.0'sinin çok hareketsiz, %66.7'sinin az hareketli olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Perianal torba grubundaki hastaların %26.7'sinin oral yolla, %73.3'ünün NGT ile beslendiği, diaper grubundaki hastaların ise %53.3'ünün oral yolla, %46.7'sinin NGT ile beslendiği saptanmıştır (Tablo 2). Grupların homojenliğini incelemek amacı ile yapılan Fisher's Kesin Ki-kare testi sonucunda, perianal torba ve diaper grubundaki hastaların beslenme biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2= 2.222$, $SS=1$, $p>0.05$) (Tablo 2).

3.2. HASTALARIN ÖNCEDEN KULLANDIKLARI İNKONTİNANS ÜRÜNÜNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 3. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Önceden Kullandıkları İnkontinans Ürünün Markasına Göre Dağılımı

İnkontinans Ürününün Markası	Perianal Torba Grubu		Diaper Grubu		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
Ürün 1	7	46.7	8	53.3	15	50.0
Ürün 2	7	46.7	5	33.3	12	40.0
Ürün 3	1	6.7	1	6.7	2	6.7
Ürün 4	-	-	1	6.7	1	3.3
TOPLAM	15	100.0	15	100.0	30	100.0

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların tümünün çalışmaya katılmadan önce diaper kullandıkları saptanmış olup Tablo 3’de görüldüğü gibi, perianal torba grubundaki hastaların %46.7’sinin Ürün 1, %46.7’sinin Ürün 2, %6.7’sinin Ürün 3 inkontinans ürünü kullandıkları, diaper grubundaki hastaların ise %53.3’ünün Ürün 1, %33.3’ünün Ürün 2, %6.7’sinin Ürün 3, %6.7’sinin Ürün 4’ü kullandıkları saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Önceden Kullandıkları İnkontinans Ürünü Kullanma Sürelerine Göre Dağılımı

İnkontinans Ürünü Kullanma Süreleri	Perianal Torba Grubu		Diaper Grubu		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
1 aydan az	13	86.7	12	80.0	25	83.3
1ay - 3 ay	1	6.7	2	13.3	3	10.0
4 ay – 1yıl	1	6.7	1	6.7	2	6.7
TOPLAM	15	100.0	15	100.0	30	100.0

Tablo 4’de görüldüğü gibi, perianal torba grubundaki hastaların %86.7’sinin 1 aydan daha az bir süre, %6.7’sinin 1-3 ay arasında, %6.7’sinin 4 ay ila 1 yıl arasında, önceden inkontinans ürünü kullandıkları, diaper grubundaki hastaların %80.0’inin

1 aydan daha az, %13.3'ünün 1-3 ay arasında, %6.7'sinin 4 ay-1 yıl arasında önceden inkontinans ürününü kullandıkları saptanmıştır (Tablo 4).

3.3. HASTALARIN DEFEKASYON ÖZELLİKLERİNE VE KULLANILAN İNKONTİNANS ÜRÜNÜNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 5. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların İzlem Süresi Boyunca Defekasyon Sayısı Ortalamalarının Dağılımı

Gruplar	Defekasyon Sayısı		
	N	X	SS
Perianal Torba Grubu	15	7.06	4.80
Diaper Grubu	15	4.26	2.37
U=69.50, p=0.07, p>0.05			

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların izlem süresi boyunca defekasyon sayısı ortalamalarının dağılımı Tablo 5'de görülmektedir. Defekasyon sayısı ortalaması perianal torba grubundaki hastalarda 7.06, diaper grubundaki hastalarda 4.26 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U=69.50, p=0.07, p>0.05) (Tablo 5).

Tablo 6. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Gaita Kıvamı Ortalamalarının Dağılımı

Gaita Kıvamı	Çalışma Grupları	Gaita Kıvamı				
		N	X	SS	U	p
Sıvı	Perianal Torba	15	3.93	4.19	87.00	0.30 p>0.05
	Diaper	15	2.46	2.82		
Yumuşak	Perianal Torba	15	2.60	3.13	76.50	0.13 p>0.05
	Diaper	15	0.80	0.94		
Sert	Perianal Torba	15	1.45	1.45	91.50	0.38 p>0.05
	Diaper	15	1.51	1.51		

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların gaita kıvamı ortalamalarının dağılımı Tablo 6'de görülmektedir. Perianal torba grubundaki hastalarda sıvı gaita ortalaması 3.93, diaper grubundaki hastalarda 2.46 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U= 87.00, p=0.30, p>0.05$) (Tablo 6).

Perianal torba grubundaki hastalarda yumuşak gaita ortalaması 2.60, diaper grubundaki hastalarda 0.80 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U= 76.50, p=0.13, p>0.05$) (Tablo 6).

Perianal torba grubundaki hastalarda katı gaita ortalaması 1.45, diaper grubundaki hastalarda 1.51 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U= 91.50, p=0.38, p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Gaita pH'ı Ortalamalarının Dağılımı

Gruplar	Gaita pH'ı		
	N	X	SS
Perianal Torba Grubu	15	5.97	2.55
Diaper Grubu	15	6.44	1.96
$U=108.5, p=0.87, p>0.05$			

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların gaita pH'ı ortalamalarının dağılımı Tablo 7'de görülmektedir. Gaita pH'ı ortalaması perianal torba grubundaki hastalarda 5.97, diaper grubundaki hastalarda 6.44 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=108.5, p=0.87, p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastalarda Kullanılan Ürün Sayısı Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Grupları	Kullanılan Ürün Sayısı		
	N	X	SS
Perianal Torba Grubu	15	5.80	3.25
Diaper Grubu	15	5.46	2.64
U=106.00, p=0.80, p>0.05			

Perianal torba ve diaper grubundaki hastalarda kullanılan ürün sayısı ortalamalarının dağılımı Tablo 8’de görülmektedir. Kullanılan ürün sayısı ortalaması perianal torba grubundaki hastalarda 5.80, diaper grubundaki hastalarda 5.46 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U= 106.00, p=0.80, p>0.05) (Tablo 8).

3.4. PERİANAL TORBA VE DİAPER GRUBUNDAKİ HASTALARDA DERMATİT OLUŞMUNA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 9. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Dermatit Oluşma Durumuna Göre Dağılımı

Dermatit Oluşma Durumu	Perianal Torba Grubu		Diaper Grubu		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
Dermatit Oluşan	10	66.7	15	100.0	25	83.3
Dermatit Oluşmayan	5	33.3	-	-	5	16.7
TOPLAM	15	100.0	15	100.0	30	100.0
* $\chi^2=6.000$ SS=1 p= 0.04 p<0.05						

*Fisher’s Kesin Ki-kare

Tablo 9’da görüldüğü gibi perianal torba grubundaki hastaların %66.7’sinde dermatit oluştuğu, %33.3’ünde dermatit oluşmadığı saptanmıştır (Tablo 9).

Diaper grubundaki hastaların tamamında (%100) dermatit oluştuğu saptanmıştır (Tablo 9).

Yapılan Ki-kare analizi sonucunda perianal torba ve diaper grubundaki hastalar arasında dermatit oluşma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=6.000$ $SS=1$ $p<0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastalarda Dermatit Oluşma Günü Ortalamalarının Dağılımı

Gruplar	Dermatit Oluşma Günü		
	N	X	SS
Perianal Torba Grubu	10	6.4	2.63
Diaper Grubu	15	3.8	1.97
U= 30.500, p= 0.011, p< 0.05			

Perianal torba ve diaper grubundaki hastalarda dermatit oluşma günü ortalamalarının dağılımı Tablo 10'da görülmektedir. Dermatit oluşma günü ortalaması perianal torba grubundaki hastalarda 6.4, diaper grubundaki hastalarda 3.8 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U=30.500, p=0.011, p<0.05) (Tablo 10).

Tablo 11. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastalarda Dermatit Oluşan Bölge Sayısı Ortalamalarının Dağılımı

Gruplar	Dermatit Oluşan Bölge Sayısı		
	N	X	SS
Perianal Torba Grubu	10	1.80	0.91
Diaper Grubu	15	2.13	0.83
U= 55.500, p= 0.23, p> 0.05			

Perianal torba ve diaper grubundaki hastalarda dermatit oluşan bölge sayısı ortalamalarının dağılımı Tablo 11'de görülmektedir. Dermatit oluşan bölge sayısı ortalaması perianal torba grubundaki hastalarda 1.80, diaper grubundaki hastalarda 2.13 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U=30.500, p=0.011, p<0.05) (Tablo 11).

Tablo 12. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastalarda Perineal Dermatit Şiddetinin Bölgelere Göre Dağılımı

Bölgeler	Gruplar	Perineal Dermatit Şiddeti										X ²	p
		0		1		2		3		4			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sakrum	Perianal Torba	9	60.0	3	20.0	2	13.3	1	6.7	-	-	4.20	0.38
	Diaper	11	73.3	-	-	2	13.3	1	6.7	1	6.7		
Kalça (Sol)	Perianal Torba	9	60.0	2	13.3	2	13.3	1	6.7	1	6.7	9.43	0.05
	Diaper	2	13.3	3	20.0	7	46.7	3	20.0	-	-		
Kalça (Sağ)	Perianal Torba	11	73.3	-	-	3	20.0	1	6.7	-	-	8.41	0.03
	Diaper	4	26.7	4	26.7	4	26.7	3	20.0	-	-		
Kasık (Sağ)	Perianal Torba	14	93.9	-	-	1	6.7	-	-	-	-	1.03*	1.00
	Diaper	15	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-		
Kasık (Sol)	Perianal Torba	14	93.3	-	-	1	6.7	-	-	-	-	0.00*	0.75
	Diaper	14	93.3	-	-	1	6.7	-	-	-	-		
Uyluk (Sol)	Perianal Torba	15	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1.034*	0.50
	Diaper	14	93.3	-	-	1	6.7	-	-	-	-		
Uyluk (Sağ)	Perianal Torba	15	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1.034*	0.50
	Diaper	14	93.3	-	-	1	6.7	-	-	-	-		
Skrotum	Perianal Torba	15	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1.034*	0.50
	Diaper	14	93.3	-	-	-	-	1	6.7	-	-		

*Fisher Kesin Ki-Kare

Perianal torba ve diaper grubundaki hastalarda perineal dermatit şiddetinin bölgelere göre dağılımı Tablo 12’de görülmektedir. Perianal torba grubundaki hastaların %60.0’inin sakrum bölgesinde “Hiç kızarıklık olmadığı (0)”, %20’sinin “Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)”, %13.3’ünün “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)”, %6.7’sinin “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)” olduğu saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların %73.3’ünün sakrum bölgesinde “Hiç kızarıklık olmadığı (0)”, %13.3’ünün “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)”, %6.7’sinin “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)”, %6.7’sinin “Ciltte erezyon /aşınma (4)” olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark yapılan Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2= 4.20$, $p=0.38$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların %60.0’inin sol kalça bölgesinde “Hiç kızarıklık olmadığı (0)”, %13.3’ünün “Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)”, %13.3’ünün “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)”, %6.7’sinin “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)”, %6.7’sinin “Ciltte erezyon /aşınma (4)” olduğu saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların %13.3’ünün sol kalça bölgesinde “Hiç kızarıklık olmadığı (0)”, %20.0’sinin “Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)”, %46.7’sinin “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)”, %20.0’sinin “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)” olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark yapılan Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 9.43$, $p=0.05$, $p= 0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların %73.3’ünün sağ kalça bölgesinde “Hiç kızarıklık olmadığı (0)”, %20.0’sinin “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)”, %6.7’sinin “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)” olduğu saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların %26.7’sinin sol kalça bölgesinde “Hiç kızarıklık

olmadığı (0)”, %26.7’sinin “Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)”, %26.7’sinin “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)”, %20.0’sinin “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)” olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark yapılan Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 8.41$, $p=0.03$, $p< 0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların %93.9’unun sağ kasık bölgesinde “Hiç kızarıklık olmadığı (0)”, %6.7’sinin “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların tamamının (%100) sağ kasık bölgesinde “Hiç kızarıklık olmadığı (0)” saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark yapılan Fisher’s Kesin Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2= 1.03$, $p=1.00$, $p> 0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların %93.9’unun sol kasık bölgesinde “Hiç kızarıklık olmadığı (0)”, %6.7’sinin “Orta Kızarıklığının(Pembe Deri) (2)” olduğu saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların %93.9’unun sol kasık bölgesinde “Hiç kızarıklık olmadığı (0)”, %6.7’sinin “Orta Kızarıklığının(Pembe Deri) (2)” olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark yapılan Fisher’s Kesin Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2= 0.00$, $p=0.75$, $p> 0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların tamamının (%100) sol uyluk bölgesinde “Hiç kızarıklık olmadığı (0)” saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların %93.9’unun sol uyluk bölgesinde “Hiç kızarıklık olmadığı (0)”, %6.7’sinin “Orta Kızarıklığının(Pembe Deri) (2)” olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark yapılan Fisher’s Kesin Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2= 1.034$, $p=0.50$, $p> 0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların tamamının (%100) sağ uyluk bölgesinde “Hiç kızarıklık olmadığı (0)” saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların %93.9’unun

sağ uyluk bölgesinde “Hiç kızarıklık olmadığı (0)”, %6.7’sinin “Orta Kızarıklığın(Pembe Deri) (2)” olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark yapılan Fisher’s Kesin Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2= 1.034$, $p=0.50$, $p> 0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların tamamının (%100) skrotum bölgesinde “Hiç kızarıklık olmadığı (0)” saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların %93.9’unun skrotum bölgesinde “Hiç kızarıklık olmadığı (0)”, %6.7’sinin “Orta Kızarıklığın(Pembe Deri) (2)” olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark yapılan Fisher’s Kesin Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2= 1.034$, $p=0.50$, $p> 0.05$) (Tablo 12).

3.5. PERİANAL TORBA VE DİAPER GRUBUNDAKİ HASTALARDA DERMATİT OLUŞUMUNU ETKİLEYEN ETMENLERE İLİŞKİN BULGULAR

3.5.1. Hareket Düzeyinin Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi

Tablo 13. Perianal Torba Grubundaki Hastaların Hareket Düzeylerine Göre Dermatit Oluşma Durumunun Dağılımı

Hareket Düzeyi	Dermatit Oluşma Durumu				TOPLAM	
	Oluşan		Oluşmayan		N	%
	N	%	N	%		
Tamamen Hareketsiz	6	40.0	-	-	6	40.0
Çok Hareketsiz	2	13.3	2	13.3	4	26.6
Az Hareketli	2	13.3	3	20.1	5	33.4
TOPLAM	10	66.6	5	33.4	15	100.0
$X^2=5.10$, $p=0.07$, $p>0.05$						

Perianal torba grubundaki hastaların hareket düzeylerine göre dermatit oluşma durumunun dağılımı Tablo 13’de görülmektedir. Perianal torba grubundaki tamamen hareketsiz hastaların %40.0’ında, çok hareketsiz hastaların %13.3’ünde, az hareketli

hastaların %13.3'ünde dermatit olduğu bunun yanında çok hareketsiz hastaların %13.3'ünde, az hareketli hastaların %20.1'inde dermatit oluşmadığı saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların hareket düzeylerine göre dermatit oluşma durumları arasındaki fark yapılan Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2 = 5.10$, $p=0.07$, $p>0.05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Hareket Düzeyine Göre Dermatit Oluşma Günü Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Grupları	Hareket Düzeyi	Dermatit Oluşma Günü			KW	p
		N	X	SS		
Perianal Torba Grubu	Tamamen Hareketsiz	6	6.00	3.03	0.85	0.65 $p>0.05$
	Çok Hareketsiz	2	8.00	2.82		
	Az Hareketli	2	6.00	1.41		
Diaper Grubu	Tamamen Hareketsiz	2	3.50	0.70	0.25	0.88 $p>0.05$
	Çok Hareketsiz	3	3.66	2.08		
	Az Hareketli	10	3.90	2.23		

Perianal torba grubundaki hastaların hareket düzeyine göre dermatit oluşma günü ortalamalarının dağılımı Tablo 14'de görülmektedir. Perianal torba grubundaki tamamen hareketsiz hastalarda dermatit oluşma günü ortalaması 6.00, çok hareketsiz hastalarda 8.00, az hareketli hastalarda 6.00 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların hareket düzeylerine göre dermatit oluşma günü ortalamaları arasındaki fark yapılan Kruskal-Wallis analizi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (KW=0.85, $p= 0.65$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki tamamen hareketsiz hastalarda dermatit oluşma günü ortalaması 3.50, çok hareketsiz hastalarda 3.66, az hareketli hastalarda 3.90 olarak saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların hareket düzeylerine göre dermatit oluşma günü ortalamaları arasındaki fark yapılan Kruskal-Wallis analizi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (KW=0.25, $p= 0.88$, $p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Hareket Düzeyine Göre Dermatit Oluşan Bölge Sayısı Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Grupları	Hareket Düzeyi	Dermatit Oluşan Bölge Sayısı			KW	p
		N	X	SS		
Perianal Torba Grubu	Tamamen Hareketsiz	6	2.00	1.09	0.50	0.77
	Çok Hareketsiz	2	1.50	0.70		
	Az Hareketli	2	1.50	0.70		
Diaper Grubu	Tamamen Hareketsiz	2	2.50	0.70	0.70	0.70
	Çok Hareketsiz	3	2.00	1.00		
	Az Hareketli	10	2.10	0.87		

Perianal torba grubundaki hastaların hareket düzeyine göre dermatit oluşan bölge sayısı ortalamalarının dağılımı Tablo 15’de görülmektedir. Perianal torba grubundaki tamamen hareketsiz hastalarda dermatit oluşan bölge sayısı ortalaması 2.00, çok hareketsiz hastalarda 1.50, az hareketli hastalarda 1.50 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların hareket düzeylerine göre dermatit oluşan bölge sayısı ortalamaları arasındaki fark yapılan Kruskal-Wallis analizi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (KW=0.50, p= 0.77, p>0.05).

Diaper grubundaki tamamen hareketsiz hastalarda ise dermatit oluşan bölge sayısı ortalaması 2.50, çok hareketsiz hastalarda 2.00, az hareketli hastalarda 2.10 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların hareket düzeylerine göre dermatit oluşan bölge sayısı ortalamaları arasındaki fark yapılan Kruskal-Wallis analizi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (KW=0.70, p= 0.70, p>0.05) (Tablo 15).

Tablo 16. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Hareket Düzeylerine Göre Vücut Bölgelerinde Perineal Dermatit Şiddetinin Dağılımı

BÖLGE	Dermatit Şiddeti	PERİANAL TORBA GRUBU (N=15)						DİAPER GRUBU (N=15)					
		Tamamen Hareketsiz		Çok Hareketsiz		Az Hareketli		Tamamen Hareketsiz		Çok Hareketsiz		Az Hareketli	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sakrum	0	4	66.7	2	50.0	3	60.0	1	50.0	2	66.7	8	80.0
	1	2	33.3	1	25.0	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	2	40.0	-	-	1	33.3	1	10.0
	3	-	-	1	25.0	-	-	-	-	-	-	1	10.0
	4	-	-	-	-	-	-	1	50.0	-	-	-	-
	$X^2=8.44, p= 0.20, p>0.05$						$X^2=8.47, p= 0.20, p>0.05$						
Kalça (Sol)	0	2	33.3	3	75.0	4	80.0	-	-	-	-	2	20.0
	1	-	-	1	25.0	1	20.0	1	50.0	1	33.3	1	10.0
	2	2	33.3	-	-	-	-	1	50.0	1	33.3	5	50.0
	3	1	16.7	-	-	-	-	-	-	1	33.3	2	20.0
	4	1	16.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	$X^2=8.56, p= 0.38, p>0.05$						$X^2=3.47, p= 0.74, p>0.05$						
Kalça (Sağ)	0	2	33.3	4	100.0	5	100.0	-	-	1	33.3	3	30.0
	1	-	-	-	-	-	-	1	50.0	2	66.7	1	10.0
	2	3	50.0	-	-	-	-	1	50.0	-	-	3	30.0
	3	1	16.7	-	-	-	-	-	-	-	-	3	30.0
	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	$X^2=8.18, p= 0.08, p>0.05$						$X^2=6.62, p= 0.35, p>0.05$						
Kasık (Sağ)	0	5	83.3	4	100.0	5	100.0	2	100.0	3	100.0	10	100.0
	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	1	16.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	$X^2=1.60, p= 0.44, p>0.05$												

Tablo 16'nın devamı. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Hareket Düzeylerine Göre Vücut Bölgelerinde Perineal Dermatit Şiddetinin Dağılımı

BÖLGE	Dermatit Şiddeti	PERİANAL TORBA GRUBU (N=15)						DİAPER GRUBU (N=15)					
		Tamamen Hareketsiz		Çok Hareketsiz		Az Hareketli		Tamamen Hareketsiz		Çok Hareketsiz		Az Hareketli	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kasık (Sol)	0	5	83.3	4	100.0	5	100.0	2	100.0	3	100.0	9	90.0
	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	1	16.7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10.0
	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	$X^2=1.60, p= 0.44, p>0.05$						$X^2=0.53, p= 0.76, p>0.05$						
Uyluk (Sol)	0	6	100.0	4	100.0	5	100.0	2	100.0	3	100.0	9	90.0
	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10.0
	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	$X^2=0.53, p= 0.76, p>0.05$						$X^2=0.53, p= 0.76, p>0.05$						
Uyluk (Sağ)	0	6	100.0	4	100.0	5	100.0	2	100.0	3	100.0	9	90.0
	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10.0
	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	$X^2=0.53, p= 0.76, p>0.05$						$X^2=0.53, p= 0.76, p>0.05$						
Skrotum	0	6	100.0	4	100.0	5	100.0	2	100.0	3	100.0	9	90.0
	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	10.0
	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	$X^2=0.53, p= 0.76, p>0.05$						$X^2=0.53, p= 0.76, p>0.05$						

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların hareket düzeylerine göre vücut bölgelerinde perineal dermatit şiddeti dağılımı Tablo 16’da görülmektedir. Perianal torba grubundaki hastaların sakrum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, tamamen hareketsiz hastaların %66.7’sinde, çok hareketsiz hastaların %50.0’sinde, az hareketli hastaların %60.0’ında “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, tamamen hareketsiz hastaların %33.3’ünde, çok hareketsiz hastaların %25.7’sinde “Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)” olduğu, az hareketsiz hastaların %40.0’ında “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu, çok hareketsiz hastaların %25.0’inde “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=8.44$, $p= 0.20$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sakrum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, tamamen hareketsiz hastaların %50.0’sinde, çok hareketsiz hastaların %66.7’sinde, az hareketli hastaların %80.0’inde “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, çok hareketsiz hastaların %33.3’ünde, az hareketsiz hastaların %10.0’unda “Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)” olduğu, yine az hareketli hastaların %10.0’unda “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu, tamamen hareketsiz hastaların %50.0’sinde “Ciltte erozyon /aşınma (4)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=8.47$, $p= 0.20$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sol kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, tamamen hareketsiz hastaların %33.3’ünde, çok hareketsiz hastaların %75.0’inde, az hareketli hastaların %80.0’inde “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, çok hareketsiz hastaların %25.0’inde, az hareketli hastaların %20.0’sinde “Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)” olduğu, tamamen hareketsiz

hastaların %33.3'ünde "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)" olduğu, çok hareketsiz hastaların %16.7'sinde "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)" olduğu, %16.7'sinde "Ciltte erozyon /aşınma (4)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=8.56$ $p= 0.38$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sol kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, az hareketli hastaların %20.0'sinde "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, tamamen hareketsiz hastaların %50.0'sinde, çok hareketsiz hastaların %33.3'ünde, az hareketli hastaların %10.0'unda "Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)" olduğu, tamamen hareketsiz hastaların %33.3'ünde "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)" olduğu, tamamen hareketsiz hastaların %50.0'sinde, çok hareketsiz hastaların %33.3'ünde, az hareketli hastaların %50.0'sinde "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)" olduğu, çok hareketsiz hastaların %33.3'ünde, az hareketli hastaların %20.0'sinde "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=3.47$ $p= 0.74$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sağ kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, tamamen hareketsiz hastaların %33.3'ünde, çok hareketsiz hastaların %100.0'ünde, az hareketli hastaların %100.0'ünde "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, tamamen hareketsiz hastaların %50.0'sinde "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)" olduğu, %16.7'sinde "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=8.18$ $p= 0.08$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sağ kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, çok hareketsiz hastaların %33.3'ünde, az hareketli hastaların

%30.0'unda "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, tamamen hareketsiz hastaların %50.0'sinde, çok hareketsiz hastaların %66.7'sinde, az hareketli hastaların %10.0'unda "Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)" olduğu, tamamen hareketsiz hastaların %50.0'sinde, az hareketli hastaların %30.0'unda "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)" olduğu, az hareketli hastaların % 30.0'unda "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=6.62$, $p= 0.35$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sağ kasık bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, tamamen hareketsiz hastaların %83.3'ünde, çok hareketsiz hastaların ve az hareketli hastaların %100.0'ünde "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, tamamen hareketsiz hastaların %16.7'sinde "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.60$ $p= 0.44$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sağ kasık bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, tamamen hareketsiz, çok hareketsiz hastaların, az hareketli hastaların tümünde (%100.0) "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, saptanmıştır.

Perianal torba grubundaki hastaların sol kasık bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, tamamen hareketsiz hastaların %83.3'ünde, çok hareketsiz hastaların ve az hareketli hastaların %100.0'ünde "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, tamamen hareketsiz hastaların %16.7'sinde "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.60$ $p= 0.44$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sol kasık bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, tamamen hareketsiz, çok hareketsiz hastaların, az hareketli hastaların tümünde (%100.0) “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, saptanmıştır.

Perianal torba grubundaki hastaların sol ve sağ uyluk bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, tamamen hareketsiz, çok hareketsiz hastaların, az hareketli hastaların tümünde (%100.0) “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların sol ve sağ uyluk bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde; tamamen hareketsiz ve çok hareketsiz hastaların tümünde (%100.0), az hareketli hastaların %90.0’ında “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, az hareketli hastaların %10.0’unda “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0.53$, $p= 0.76$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların skrotum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, tamamen hareketsiz, çok hareketsiz hastaların, az hareketli hastaların tümünde (%100.0) “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların skrotum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde ise tamamen hareketsiz ve çok hareketsiz hastaların tümünde (%100.0), az hareketli hastaların %90.0’ında “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, az hareketli hastaların %10.0’unda “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0.53$, $p= 0.76$, $p>0.05$) (Tablo 16).

3.5.2. Beslenme Biçiminin Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi

Tablo 17. Perianal Torba Grubundaki Hastaların Beslenme Biçimine Göre Dermatit Oluşma Durumunun Dağılımı

Beslenme Biçimi	Dermatit Oluşma Durumu				TOPLAM	
	Oluşan		Oluşmayan		N	%
	N	%	N	%		
Oral	3	20.0	1	6.7	4	26.7
NGT	7	46.7	4	26.6	11	73.3
TOPLAM	10	66.7	5	33.3	15	100.0

* $X^2=0.17$, $p=1.00$, $p>0.05$

*Fisher's Kesin Ki- Kare

Perianal torba grubundaki hastaların beslenme biçimine göre dermatit oluşma durumunun dağılımı Tablo 17'de görülmektedir. Perianal torba grubunda oral yolla beslenen hastaların %20.0'sinde, nazogastrik tüple (NGT) beslenen hastaların %46.7'sinde dermatit oluştuğu, oral yolla beslenen hastaların %6.7'sinde, NGT ile beslenen hastaların %26.6'sında dermatit oluşmadığı saptanmıştır.

Perianal torba grubundaki hastaların beslenme biçimine göre dermatit oluşma durumu arasındaki fark yapılan Fisher's Kesin Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2= 0.17$, $p=1.00$, $p>0.05$) (Tablo 17).

Tablo 18. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Beslenme Biçimine Göre Dermatit Oluşma Günü Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Grupları	Beslenme Biçimi	Dermatitin Oluşma Günü			U	p
		N	X	SS		
Perianal Torba Grubu	Oral	3	7.66	2.08	6.50	0.35
	NGT	7	5.85	2.79		$p>0.05$
Diaper Grubu	Oral	8	4.75	2.25	10.50	0.03
	NGT	7	2.71	0.75		$p<0.05$

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların beslenme biçimine göre dermatit oluşma günü ortalamalarının dağılımı Tablo 18'de görülmektedir. Perianal torba

grubundaki oral yolla beslenen hastalarda dermatit oluşma günü ortalaması 7.66, NGT ile beslenen hastalarda 5.85 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların beslenme biçimlerine göre dermatit oluşma günü ortalamaları arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (U=6.50, p=0.35, p>0.05).

Diaper grubundaki oral yolla beslenen hastalarda dermatit oluşma günü ortalaması 4.75, NGT ile beslenen hastalarda 2.71 olarak saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların beslenme biçimlerine göre dermatit oluşma günü ortalaması arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmuştur (KW=10.50, p= 0.03, p<0.05) (Tablo 18).

Tablo 19. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Beslenme Biçimine Göre Dermatit Oluşan Bölge Sayısı Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Grupları	Beslenme Biçimi	Dermatitin Oluşan Bölge Sayısı			U	p
		N	X	SS		
Perianal Torba Grubu	Oral	3	1.66	0.57	10.50	1.00
	NGT	7	1.85	1.06		
Diaper Grubu	Oral	8	2.00	0.53	24.00	0.61
	NGT	7	2.28	1.11		

Perianal torba grubundaki hastaların beslenme biçimine göre dermatit oluşan bölge sayısı ortalamalarının dağılımı Tablo 19’da görülmektedir. Perianal torba grubundaki oral yolla beslenen hastalarda dermatit oluşan bölge sayısı ortalaması 1.66, NGT ile beslenen hastalarda 1.85 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların beslenme biçimlerine göre dermatit oluşan bölge sayısı ortalamaları arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (U=10.50, p= 1.00, p>0.05).

Diaper grubundaki oral yolla beslenen hastalarda dermatit oluşan bölge sayısı ortalaması 2.00, NGT ile beslenen hastalarda 2.28 olarak saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların beslenme biçimlerine göre dermatit oluşan bölge sayısı ortalamaları arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (U=24.00, p= 0.61, p>0.05) (Tablo 19).

Tablo 20. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Beslenme Biçimlerine Göre Vücut Bölgelerinde Perineal Dermatit Şiddetinin Dağılımı

BÖLGE	Dermatit Şiddeti	Perianal Torba Grubu (N=15)				Diaper Grubu (N=15)			
		Oral		NGT		Oral		NGT	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sakrum	0	1	25.0	8	72.7	6	75.0	5	71.4
	1	1	25.0	2	18.2	1	12.5	1	14.3
	2	1	25.0	1	9.1	1	12.5	-	-
	3	1	25.0	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	1	14.3
	$X^2= 4.48, p= 0.21, p>0.05$					$X^2= 2.03, p= 0.56, p>0.05$			
Kalça (Sol)	0	2	50.0	7	63.6	-	-	2	28.6
	1	2	50.0	-	-	2	25.0	1	14.3
	2	-	-	2	18.2	6	75.0	1	14.3
	3	-	-	1	9.1	-	-	3	42.9
	4	-	-	1	9.1	-	-	-	-
	$X^2= 7.04, p= 0.13, p>0.05$					$X^2= 8.87, p= 0.03, p<0.05$			
Kalça (Sağ)	0	4	100.0	7	63.6	2	25.0	2	28.6
	1	-	-	-	-	1	12.5	3	42.9
	2	-	-	3	27.3	4	50.0	-	-
	3	-	-	1	9.1	1	12.5	2	28.6
	4	-	-	-	-	-	-	-	-
	$X^2= 1.98, p= 0.37, p>0.05$					$X^2= 5.29, p= 0.15, p>0.05$			
Kasık (Sağ)	0	4	100.0	10	90.9	8	100.0	7	100.0
	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	1	9.1	-	-	-	-
	3	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-
	$*X^2= 0.39, p= 1.00, p>0.05$								
Kasık (Sol)	0	4	100.0	10	90.9	8	100.0	6	85.7
	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	1	9.1	-	-	1	14.3
	3	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-
	$*X^2= 0.39, p= 1.00, p>0.05$					$*X^2= 1.22, p= 0.46, p>0.05$			
Uyluk (Sol)	0	4	100.0	11	100.0	8	100.0	6	85.7
	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	1	14.3
	3	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-
						$*X^2= 1.22, p= 0.46, p>0.05$			
Uyluk (Sağ)	0	4	100.0	11	100.0	8	53.2	6	85.7
	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	1	14.3
	3	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-
						$*X^2= 1.22, p= 0.46, p>0.05$			
Skrotum	0	4	100.0	11	100.0	8	53.2	6	85.7
	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	-	-
	3	-	-	-	-	-	-	1	14.3
	4	-	-	-	-	-	-	-	-
						$*X^2= 1.22, p= 0.46, p>0.05$			

*Fisher's Kesin Ki Kare

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların beslenme biçimlerine göre vücut bölgelerinde perineal dermatit şiddeti dağılımı Tablo 20’de görülmektedir. Perianal torba grubundaki hastaların sakrum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, oral yolla beslenen hastaların %25.0’inde, NGT ile beslenen hastaların %72.7’sinde, “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, oral yolla beslenen hastaların %25.0’inde, NGT ile beslenen hastaların %18.2’sinde “Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)” olduğu, oral yolla beslenen hastaların %25.0’inde, NGT ile beslenen hastaların %9.1’inde “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu, oral yolla beslenen hastaların %25.0’inde “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=4.48$, $p=0.21$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sakrum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, oral yolla beslenen hastaların %75.0’inde, NGT ile beslenen hastaların %71.4’ünde, “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, oral yolla beslenen hastaların %12.5’inde, NGT ile beslenen hastaların %14.3’ünde “Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)” olduğu, oral yolla beslenen hastaların %12.5’inde “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu, NGT ile beslenen hastaların %14.3’ünde “Ciltte erozyon /aşınma (4)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=2.03$, $p=0.56$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sol kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, oral yolla beslenen hastaların %50.0’inde, NGT ile beslenen hastaların %63.6’sında, “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, oral yolla beslenen hastaların

%50.0'sinde "Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)" olduğu, NGT ile beslenen hastaların %18.2'sinde "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)", %9.1'inde "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)", %9.1'inde "Ciltte erozyon /aşınma (4)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=7.04$, $p= 0.13$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sol kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, NGT ile beslenen hastaların %28.6'sında, "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, oral yolla beslenen hastaların %25.0'inde, NGT ile beslenen hastaların %14.3'ünde "Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)" olduğu, oral yolla beslenen hastaların %75.0'inde, NGT ile beslenen hastaların %14.3'ünde "Orta Kızarıklık olduğu (Pembe Deri) (2)", NGT ile beslenen hastaların %42.9'unda "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=8.87$, $p= 0.03$, $p<0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sağ kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, oral yolla beslenen hastaların tümünde (%100.0), NGT ile beslenen hastaların %63.6'sinde, "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, NGT ile beslenen hastaların %27.3'ünde "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)", %9.1'inde "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.98$, $p= 0.37$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sağ kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, oral yolla beslenen hastaların %25.0'inde, NGT ile beslenen hastaların %28.6'sında, "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, oral yolla beslenen hastaların

%12.5'inde, NGT ile beslenen hastaların %42.9'unda "Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)" olduğu, oral yolla beslenen hastaların %50.0'sinde, "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)" olduğu, oral yolla beslenen hastaların %12.5'inde, NGT ile beslenen hastaların %28.6'sında "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=5.29$, $p=0.15$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sağ kasık ve sol kasık bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, oral yolla beslenen hastaların tümünde (%100.0), NGT ile beslenen hastaların %90.9'unda "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, NGT ile beslenen hastaların %9.1'inde "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0.39$, $p=1.00$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sağ kasık bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, oral yolla ve NGT ile beslenen hastaların tümünde (%100.0) "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların sol kasık bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, oral yolla beslenen hastaların tümünde (%100.0), NGT ile beslenen hastaların %85.7'sinde "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, NGT ile beslenen hastaların %14.3'ünde "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.22$, $p=0.46$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sol ve sağ uyluk ile skrotum bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, oral yolla ve NGT ile beslenen hastaların tümünde (%100.0) "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı saptanmıştır.

Diaper grubundaki hastaların sol ve sağ uyluk bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, oral yolla beslenen hastaların tümünde (%100.0), NGT ile beslenen hastaların %85.7'sinde “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, NGT ile beslenen hastaların %14.3'ünde “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.22$, $p= 0.46$, $p>0.05$). Diaper grubundaki hastaların skrotum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, oral yolla beslenen hastaların tümünde (%100.0), NGT ile beslenen hastaların %85.7'sinde “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, NGT ile beslenen hastaların %14.3'ünde “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.22$, $p= 0.46$, $p>0.05$) (Tablo 20).

3.5.3. Yaşın Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi

Tablo 21. Perianal Torba Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dermatit Oluşma Durumunun Dağılımı

Yaş Grupları	Dermatit Oluşma Durumu				TOPLAM	
	Oluşan		Oluşmayan		N	%
	N	%	N	%		
46-59 yaş	-	-	2	13.3	2	13.3
60-71 yaş	4	26.7	2	13.3	6	40.0
72-77 yaş	2	13.3	0	0	2	13.3
78-93 yaş	4	26.7	1	6.7	5	33.4
TOPLAM	10	66.7	5	33.3	15	100.0
$X^2=5.40$, $p=0.14$, $p>0.05$						

Perianal torba grubundaki hastaların yaş gruplarına göre dermatit oluşma durumunun dağılımı Tablo 21'de görülmektedir. Perianal torba grubunda 46-59 yaş grubundaki hastaların hiçbirinde dermatit oluşmazken, 60-71 yaş grubundaki hastaların %26.7'sinde, 72-77 yaş grubunun %13.3'ünde, 78-93 yaş grubunun

26.7'sinde dermatit oluştuğu, 46-59 yaş grubundaki hastaların 13.3'ünde, 60-71 yaş grubundaki hastaların %13.3'ünde, 72-77 yaş grubunun hiçbirinde, 78-93 yaş grubunun %6.7'sinde dermatit oluşmadığı saptanmıştır.

Perianal torba grubundaki hastaların yaş gruplarına göre dermatit oluşma durumu arasındaki fark yapılan Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=5.40$, $p=0.14$, $p>0.05$) (Tablo 21).

Tablo 22. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dermatit Oluşma Günü Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Grupları	Yaş Grupları	Dermatit Oluşma Günü			KW	p
		N	X	SS		
Perianal Torba Grubu	46-59 yaş	0	0	0	3.181	0.20 $p>0.05$
	60-71 yaş	4	6.50	1.29		
	72-77 yaş	2	9.00	1.41		
	78-93 yaş	4	5.00	3.36		
Diaper Grubu	46-59 yaş	5	3.60	1.51	1.805	0.61 $p>0.05$
	60-71 yaş	2	2.50	0.70		
	72-77 yaş	5	4.00	2.34		
	78-93 yaş	3	4.66	2.88		

Perianal torba ve diaper grubundaki hastalarda dermatit oluşma günü ortalamasının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 22'de görülmektedir. Perianal torba grubundaki 46-59 yaş grubundaki hastalarda dermatit oluşmadığı, 60-71 yaş grubundaki hastalarda dermatit oluşma gün ortalaması 6.50, 72-77 yaş grubundaki bireylerde 9.00, 78-93 yaş grubundaki bireylerde 4.66 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların yaş gruplarına göre dermatit oluşma günü ortalamaları arasındaki fark yapılan Kruskal-Wallis analizi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (KW=3.181, $p= 0.20$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki 46-59 yaş grubundaki hastalarda dermatit oluşma günü ortalaması 3.60, 60-71 yaş grubundaki hastalarda 2.50, 72-77 yaş grubundaki hastalarda 4.00, 78-93 yaş grubundaki hastalarda 4.66 olarak saptanmıştır. Diaper

grubundaki hastaların yaş gruplarına göre dermatit oluşma günü ortalamaları arasındaki fark Kruskal-Wallis analizi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (KW=1805, $p= 0.61$, $p>0.05$) (Tablo 22).

Tablo 23. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dermatit Oluşan Bölge Sayısı Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Grupları	Yaş Grupları	Dermatit Oluşan Bölge Sayısı			KW	p
		N	X	SS		
Perianal Torba Grubu	46-59 yaş	0	0	0	1.12	0.57
	60-71 yaş	4	1.50	0.57		
	72-77 yaş	2	1.50	0.70		
	78-93 yaş	4	2.25	1.25		
Diaper Grubu	46-59 yaş	5	2.00	0.70	1.43	0.69
	60-71 yaş	2	2.50	0.70		
	72-77 yaş	5	2.00	1.22		
	78-93 yaş	3	2.33	0.57		

Perianal torba grubundaki hastaların yaş gruplarına göre dermatit oluşan bölge sayısı ortalamalarının dağılımı Tablo 23’de görülmektedir. Perianal torba grubundaki 60-71 yaş grubundaki hastalarda dermatit oluşan bölge sayısı ortalaması 1.50, 72-77 yaş grubundaki hastalarda 1.50, 78-93 yaş grubundaki hastalarda 2.25 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların yaş gruplarına göre dermatit oluşan bölge sayısı ortalamaları arasındaki fark yapılan Kruskal-Wallis analizi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (KW=1.12, $p= 0.57$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki 46-59 yaş grubundaki hastalarda dermatit oluşan bölge sayısı ortalaması 2.00, 60-71 yaş grubundaki hastalarda 2.50, 72-77 yaş grubundaki hastalarda 2.00, 78-93 yaş grubundaki hastalarda 2.33 olarak saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların yaş gruplarına göre dermatit oluşan bölge sayısı ortalamaları arasındaki fark yapılan Kruskal-Wallis analizi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (KW=1.43, $p= 0.69$, $p>0.05$) (Tablo 23).

Tablo 24. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına Göre Vücut Bölgelerinde Perineal Dermatit Şiddetinin Dağılımı

BÖLGE	Dermatit Şiddeti	PERİANAL TORBA GRUBU (N=15)								DİAPER GRUBU (N=15)							
		46-59 yaş		60-71 yaş		72-77 yaş		78-93 yaş		46-59 yaş		60-71 yaş		72-77 yaş		78-93 yaş	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sakrum	0	2	100.0	2	33.3	2	100.0	3	60.0	4	80.0	1	50.0	4	80.0	2	66.7
	1	-	-	1	16.7	-	-	2	40.0	-	-	-	-	-	-	1	33.3
	2	-	-	2	33.3	-	-	-	-	-	-	1	50.0	-	-	-	-
	3	-	-	1	16.7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	20.0	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	20.0	-	-	-	-	-	-
	$X^2= 8.11, p=0.52, p>0.05$								$X^2= 8.47, p=0.48, p>0.05$								
Kalça (Sol)	0	2	100.0	5	83.3	1	50.0	1	20.0	-	-	-	-	2	40.0	-	-
	1	-	-	1	16.7	-	-	1	20.0	1	20.0	1	50.0	1	20.0	-	-
	2	-	-	-	-	1	50.0	1	20.0	3	60.0	1	50.0	1	20.0	2	66.7
	3	-	-	-	-	-	-	1	20.0	1	20.0	-	-	1	20.0	1	33.3
	4	-	-	-	-	-	-	1	20.0	-	-	-	-	-	-	-	-
	$X^2= 10.44, p=0.57, p>0.05$								$X^2= 7.38, p=0.59, p>0.05$								
Kalça (Sağ)	0	2	100.0	5	83.3	-	-	4	80.0	1	20.0	-	-	3	60.0	-	-
	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	20.0	2	100	-	-	1	33.3
	2	-	-	1	16.7	2	100.0	-	-	2	40.0	-	-	1	20.0	1	33.3
	3	-	-	-	-	-	-	1	20.0	1	20.0	-	-	1	20.0	1	33.3
	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	$X^2= 11.60, p=0.07, p>0.05$								$X^2= 10.66, p=0.29, p>0.05$								
Kasık (Sağ)	0	2	100.0	6	100.0	2	100.0	4	80.0	5	100.0	2	100.0	5	100.0	3	100.0
	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	1	20.0	-	-	-	-	-	-	-	-
	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	$X^2= 2.14, p=0.54, p>0.05$																

Tablo 24'ün devamı. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına Göre Vücut Bölgelerinde Perineal Dermatit Şiddetinin Dağılımı

BÖLGE	Dermatit Şiddeti	PERİANAL TORBA GRUBU (N=15)								DİAPER GRUBU (N=15)							
		46-59 yaş		60-71 yaş		72-77 yaş		78-93 yaş		46-59 yaş		60-71 yaş		72-77 yaş		78-93 yaş	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kasık (Sol)	0	2	100.0	6	100.0	2	100.0	4	80.0	5	100.0	2	100.0	4	80.0	3	100.0
	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	1	20.0	-	-	-	-	1	20.0	-	-
	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	$X^2= 2.14, p=0.54, p>0.05$								$X^2= 2.14, p=0.54, p>0.05$								
Uyluk (Sol)	0	2	100.0	6	100.0	2	100.0	5	100.0	5	100.0	2	100.0	4	80.0	3	100.0
	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	20.0	-	-	
	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	$X^2= 2.14, p=0.54, p>0.05$								$X^2= 2.14, p=0.54, p>0.05$								
Uyluk (Sağ)	0	2	100.0	6	100.0	2	100.0	5	100.0	5	100.0	2	100.0	4	80.0	3	100.0
	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	20.0	-	-	
	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	$X^2= 2.14, p=0.54, p>0.05$								$X^2= 2.14, p=0.54, p>0.05$								
Skrotum	0	2	100.0	6	100.0	2	100.0	5	100.0	5	100.0	2	100.0	4	80.0	3	100.0
	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	20.0	-	-	
	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	$X^2= 2.14, p=0.54, p>0.05$								$X^2= 2.14, p=0.54, p>0.05$								

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların yaş gruplarına göre vücut bölgelerinde perineal dermatit şiddeti dağılımı Tablo 24’de görülmektedir. Perianal torba grubundaki hastaların sakrum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, 46-59 yaş grubundaki hastaların tümünde (%100.0), 60-71 yaş grubundaki hastaların %33.3’ünde, 72-77 yaş grubundaki hastaların tümünde (%100.0), 78-93 yaş grubundaki hastaların %60.0’ında “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, 60-71 yaş grubundaki hastaların %16.7’sinde, 78-93 yaş grubundaki hastaların %40.0’ında “Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)” olduğu, 60-71 yaş grubundaki hastaların %33.3’ünde “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)”, olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=8.11$, $p= 0.52$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sakrum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, 46-59 yaş grubundaki hastaların %80.0’inde, 60-71 yaş grubundaki hastaların %50.0’inde, 72-77 yaş grubundaki hastaların %80.0’inde, 78-93 yaş grubundaki hastaların %66.7’sinde “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, 78-93 yaş grubundaki hastaların %33.3’ünde “Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)” olduğu, 60-71 yaş grubundaki hastaların %50.0’inde “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu, 72-77 yaş grubundaki hastaların %20.0’inde “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)” olduğu, 46-59 yaş grubundaki hastaların %20’sinde “Ciltte erozyon /aşınma (4)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=8.47$, $p= 0.48$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sol kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, 46-59 yaş grubundaki hastaların tümünde (%100.0), 60-71 yaş grubundaki hastaların %83.3’ünde, 72-77 yaş grubundaki hastaların

%50.0'sinde, 78-93 yaş grubundaki hastaların %20.0'sinde "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, 60-71 yaş grubundaki hastaların %16.7'sinde, 78-93 yaş grubundaki hastaların %20.0'sinde "Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)" olduğu, 72-77 yaş grubundaki hastaların %50.0'sinde "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)" olduğu, 78-93 yaş grubundaki hastaların %20.0'sinde "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)" olduğu ve yine aynı yaş grubundaki hastaların %20.0'sinde "Ciltte erozyon /aşınma (4)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=10.44$, $p= 0.57$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sol kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, 72-77 yaş grubundaki hastaların %40.0'ında "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, 46-59 yaş grubundaki hastaların %20.0'sinde, 60-71 yaş grubundaki hastaların %50.0'sinde, 72-77 yaş grubundaki hastaların %20.0'sinde "Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)" olduğu, 46-59 yaş grubundaki hastaların %60.0'ında, 60-71 yaş grubundaki hastaların %50.0'ında, 72-77 yaş grubundaki hastaların %20.0'sinde, 78-93 yaş grubundaki hastaların %66.7'sinde "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)" olduğu, 46-59 yaş grubundaki hastaların %20.0'sinde, 72-77 yaş grubundaki hastaların %20.0'sinde, 78-93 yaş grubundaki hastaların %33.3'ünde "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=7.38$, $p= 0.59$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sağ kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, 46-59 yaş grubundaki hastaların tümünde (%100.0), 60-71 yaş grubundaki hastaların %83.3'ünde, 78-93 yaş grubundaki hastaların %80.0'inde "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, 60-71 yaş grubundaki hastaların %16.7'sinde, 72-77

yaş grubundaki hastaların tümünde (%100.0) “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu, 78-93 yaş grubundaki hastaların %20.0’inde “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=11.60$, $p= 0.07$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sağ kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, 46-59 yaş grubundaki hastaların %20.0’inde, 72-77 yaş grubundaki hastaların %60.0’inde “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, 46-59 yaş grubundaki hastaların %20.0’inde, 60-71 yaş grubundaki hastaların tümünde (%100.0), 78-93 yaş grubundaki hastaların %33.3’ünde “Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)” olduğu, 46-59 yaş grubundaki hastaların %40.0’inde, 72-77 yaş grubundaki hastaların %20.0’inde, 78-93 yaş grubundaki hastaların %33.3’ünde “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu, 46-59 yaş grubundaki hastaların %20.0’inde, 72-77 yaş grubundaki hastaların %20.0’inde, 78-93 yaş grubundaki hastaların %33.3’ünde “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=10.66$, $p= 0.29$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sağ kasık bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, 46-59 yaş, 60-71 yaş ve 72-77 yaş grubundaki hastaların tümünde (%100.0), 78-93 yaş grubundaki hastaların %80.0’inde “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, 78-93 yaş grubundaki hastaların %20.0’inde “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=2.14$, $p= 0.54$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sağ kasık bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, hastaların tümünde (%100.0) “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı saptanmıştır.

Perianal torba grubundaki hastaların sol kasık bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, 46-59 yaş, 60-71 yaş ve 72-77 yaş grubundaki hastaların tümünde (%100.0), 78-93 yaş grubundaki hastaların %80.0’inde “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, 78-93 yaş grubundaki hastaların %20.0’sinde “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=2.14$, $p= 0.54$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sağ kasık bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, 46-59 yaş, 60-71 yaş ve 78-93 yaş grubundaki hastaların tümünde (%100.0), 72-77 yaş grubundaki hastaların %80.0’inde “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, 72-77 yaş grubundaki hastaların %20.0’sinde “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=2.14$, $p= 0.54$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sol ve sağ uyluk ile skrotum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, hastaların tümünde (%100.0) “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların sağ ve sol uyluk bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, 46-59 yaş, 60-71 yaş ve 78-93 yaş grubundaki hastaların tümünde (%100.0), 72-77 yaş grubundaki hastaların %80.0’inde “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, 72-77 yaş grubundaki hastaların %20.0’sinde “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=2.14$, $p= 0.54$, $p>0.05$). Diaper grubundaki hastaların skrotum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, 46-59 yaş, 60-71 yaş ve 78-93

yaş grubundaki hastaların tümünde (%100.0), 72-77 yaş grubundaki hastaların %80.0'inde “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, 72-77 yaş grubundaki hastaların %20.0'sinde “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=2.14$, $p=0.54$, $p>0.05$) (Tablo 24).

3.5.4. Cinsiyetin Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi

Tablo 25. Perianal Torba Grubundaki Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dermatit Oluşma Durumunun Dağılımı

Cinsiyet	Dermatit Oluşma Durumu				TOPLAM	
	Oluşan		Oluşmayan		N	%
	N	%	N	%		
Kadın	7	46.7	3	20.0	10	66.7
Erkek	3	20.0	2	13.3	5	33.3
TOPLAM	10	66.7	5	33.3	15	100.0
$X^2=0.15$, $p=1.00$, $p>0.05$						

Perianal torba grubundaki hastaların cinsiyetine göre dermatit oluşma durumunun dağılımı Tablo 25’de görülmektedir. Perianal torba grubunda kadın hastaların %46.7’sinde, erkek hastaların %20.0’sinde dermatit olduğu, kadın hastaların %20.0’sinde, erkek hastaların %13.3’ünde dermatit oluşmadığı saptanmıştır.

Perianal torba grubundaki hastaların cinsiyetine göre dermatit oluşma durumu arasındaki fark yapılan Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0.15$, $p=1.00$, $p>0.05$) (Tablo 25).

Tablo 26. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Cinsiyetine Göre Dermatit Oluşma Günü Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Grupları	Cinsiyet	Dermatit Oluşma Günü			U	p
		N	X	SS		
Perianal Torba Grubu	Kadın	7	6.14	3.13	8.50	0.64 p>0.05
	Erkek	3	7.00	1.00		
Diaper Grubu	Kadın	8	4.50	2.50	20.50	0.35 p>0.05
	Erkek	7	3.00	0.57		

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların cinsiyetine göre dermatit oluşma günü ortalamalarının dağılımı Tablo 26’da görülmektedir. Perianal torba grubundaki kadın hastalarda dermatit oluşma gün ortalaması 6.14, erkek hastalarda 7.00 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların cinsiyete göre dermatit oluşma günü ortalamaları arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (U= 8.50, p= 0.64, p>0.05).

Diaper grubundaki kadın hastalarda dermatit oluşma günü ortalaması 4.50, erkek hastalarda 3.00 olarak saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların cinsiyete göre dermatit oluşma günü ortalamaları arasındaki fark Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (U= 20.50, p= 0.35, p>0.05) (Tablo 26).

Tablo 27. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Cinsiyetine Göre Dermatit Oluşan Bölge Sayısı Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Grupları	Cinsiyet	Dermatit Oluşan Bölge Sayısı			U	p
		N	X	SS		
Perianal Torba Grubu	Kadın	7	2.00	1.00	6.00	0.25
	Erkek	3	1.33	0.57		
Diaper Grubu	Kadın	8	2.12	0.64	26.50	0.84
	Erkek	7	2.14	1.06		

Perianal torba grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre dermatit oluşan bölge sayısı ortalamalarının dağılımı Tablo 27’de görülmektedir. Perianal torba grubundaki kadın hastalarda dermatit oluşan bölge sayısı ortalaması 2.00, erkek hastalarda 1.33

olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre dermatit oluşan bölge sayısı ortalamaları arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır ($U=6.00$, $p= 0.25$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki kadın hastalarda dermatit oluşan bölge sayısı ortalaması 2.12, erkek hastalarda 2.14 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre dermatit oluşan bölge sayısı ortalamaları arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır ($U=26.50$, $p= 0.84$, $p>0.05$) (Tablo 27).

Tablo 28. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Cinsiyetlerine Göre Vücut Bölgelerinde Perineal Dermatit Şiddeti Dağılımı

BÖLGE	Dermatit Şiddeti	Perianal Torba Grubu (N=15)				Diaper Grubu (N=15)			
		Kadın		Erkek		Kadın		Erkek	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sakrum	0	6	60.0	3	60.0	5	62.5	6	87.5
	1	3	30.0	-	-	-	-	-	-
	2	1	10.0	1	20.0	1	12.5	1	14.3
	3	-	-	1	20.0	1	12.5	-	-
	4	-	-	-	-	1	12.5	-	-
	$X^2=3.75, p=0.29, p>0.05$					$X^2=2.0.3, p=0.56, p>0.05$			
Kalça (Sol)	0	5	50.0	4	80.0	-	-	2	28.6
	1	1	10.0	1	20.0	3	37.5	-	-
	2	2	20.0	-	-	4	50.0	3	42.9
	3	1	10.0	-	-	1	12.5	2	28.6
	4	1	10.0	-	-	-	-	-	-
	$X^2=2.75, p=0.60, p>0.05$					$X^2=5.43, p=0.14, p>0.05$			
Kalça (Sağ)	0	7	70.0	4	80.0	2	25.0	2	28.6
	1	-	-	-	-	2	25.0	2	28.6
	2	2	20.0	1	20.0	2	25.0	2	28.6
	3	1	10.0	-	-	2	25.0	1	14.3
	4	-	-	-	-	-	-	-	-
	$X^2=0.54, p=0.76, p>0.05$					$X^2=0.26, p=0.96, p>0.05$			
Kasık (Sağ)	0	9	90.0	5	100.0	8	100.0	7	100.0
	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	1	10.0	-	-	-	-	-	-
	3	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-
	$*X^2=0.53, p=1.00, p>0.05$								
Kasık (Sol)	0	9	90.0	5	100.0	8	100.0	6	85.7
	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	1	10.0	-	-	-	-	1	14.3
	3	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-
	$*X^2=0.53, p=1.00, p>0.05$					$*X^2=1.22, p=0.46, p>0.05$			
Uyluk (Sol)	0	10	100.0	5	100.0	8	100.0	6	85.7
	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	1	14.3
	3	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-
						$*X^2=1.22, p=0.46, p>0.05$			
Uyluk (Sağ)	0	10	100.0	5	100.0	8	100.0	6	85.7
	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	1	14.3
	3	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	-	-	-	-	-	-	-
						$*X^2=1.22, p=0.46, p>0.05$			
Skrotum	0	10	100.0	5	100.0	8	100.0	6	85.7
	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	-	-
	3	-	-	-	-	-	-	1	14.3
	4	-	-	-	-	-	-	-	-
						$*X^2=1.22, p=0.46, p>0.05$			

*Fisher's Kesin Ki-Kare

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre vücut bölgelerinde perineal dermatit şiddeti dağılımı Tablo 28’de görülmektedir. Perianal torba grubundaki hastaların sakrum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, kadın ve erkeklerin %60.0’ında “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, kadınların %30.0’unda “Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)” olduğu, kadınların %10.0’unda, erkeklerin %20.0’sinde “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu, erkeklerin %20.0’sinde “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=3.75$, $p=0.29$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sakrum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, kadınların %62.5’inde, erkeklerin %85.7’sinde “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, kadınların %12.5’inde, erkeklerin %14.3’ünde “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu, kadınların %12.5’inde “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)” olduğu yine kadınların %12.5’inde “Ciltte erozyon /aşınma (4)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=2.03$, $p=0.56$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sol kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, kadınların %50.0’sinde, erkeklerin %80.0’inde “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, kadınların %10.0’unda, erkeklerin %20.0’sinde “Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)” olduğu, kadınların %20.0’sinde “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)”, %10.0’unda “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)”, %10.0’unda “Ciltte erozyon /aşınma (4)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=2.75$, $p=0.60$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sol kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, erkeklerin %28.6'sında "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, kadınların %37.5'inde "Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)" olduğu, kadınların %50.0'sinde, erkeklerin %42.9'unda "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)" olduğu, kadınların %12.5'inde, erkeklerin %28.6'sında "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=5.43$, $p=0.14$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sağ kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, kadın %70.0'inde, erkeklerin %80.0'inde "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, kadınların %20.0'sinde, erkeklerin %20.0'sinde "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)" olduğu, kadınların %10.0'unda "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0.54$, $p=0.76$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sağ kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, kadınların %25.0'inde, erkeklerin %28.6'sında "Hiç kızarıklık (0)" olmadığı, kadınların %25.0'inde, erkeklerin %28.6'sında "Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)" olduğu, kadınların %25.0'inde, erkeklerin %28.6'sında "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)" olduğu, kadınların %25.0'inde, erkeklerin %14.3'ünde "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)" olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0.26$, $p=0.96$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sağ ve sol kasık bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, kadın %90.0'ında, erkeklerin tümünde (%100.0)

“Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, kadınların %10.0’unda “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0.53$, $p= 1.00$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sağ kasık bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde hastaların tümünde (%100.0) “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, sol kasık bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde ise kadınların tümünde (%100.0), erkeklerin %85.7’sinde “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, erkeklerin %14.3’ünde “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.22$, $p= 0.46$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sağ ve sol uyluk ile skrotum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, kadın ve erkeklerin tümünde (%100.0) “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların sağ ve sol uyluk bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, kadınların tümünde (%100.0), erkeklerin %85.7’sinde “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, erkeklerin %14.3’ünde “Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.22$, $p= 0.46$, $p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların skrotum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti incelendiğinde, kadınların tümünde (%100.0), erkeklerin %85.7’sinde “Hiç kızarıklık (0)” olmadığı, erkeklerin %14.3’ünde “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)” olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.22$, $p= 0.46$, $p>0.05$) (Tablo 28).

3.5.5. Defekasyon Sayısının Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi

Tablo 29. Perianal Torba Grubundaki Hastaların Dermatit Oluşma Durumuna Göre Defekasyon Sayısı Ortalamalarının Dağılımı

Dermatit Oluşma Durumu	Defekasyon Sayısı				
	N	X	SS	U	p
Oluşan	10	6.30	5.22	18.00	0.38 p>0.05
Oluşmayan	5	8.60	3.84		

Perianal torba grubundaki hastaların dermatit oluşma durumuna göre defekasyon sayısı ortalamalarının dağılımı Tablo 29’da görülmektedir. Perianal torba grubunda dermatit oluşan hastaların defekasyon sayısı ortalaması 6.30 olup, dermatit oluşmayan hastaların defekasyon sayısı ortalaması 8.60 olarak saptanmıştır.

Perianal torba grubundaki hastaların dermatit oluşma durumuna göre defekasyon sayısı ortalamaları arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (U= 18.00, p= 0.38, p>0.05) (Tablo 29).

Tablo 30. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Defekasyon Sayısı ile Perineal Dermatit Oluşma Günü Arasındaki İlişki

Defekasyon Sayısı	Perineal Dermatit Oluşma Günü
Perianal Torba Grubu	r=0.486, p=0.15
Diaper Grubu	r=0.025, p=0.93

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile perineal dermatit oluşma günü arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Spearman’s Korelasyon analizi sonucunda;

Perianal torba grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile dermatit açılma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r = 0.486, p= 0.15, p>0.05).

Diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile dermatit açılma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r = 0.025, p= 0.93, p>0.05) (Tablo 30).

Tablo 31. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Defekasyon Sayısı ile Perineal Dermatit Oluşan Bölge Sayısı Arasındaki İlişki

Defekasyon Sayısı	Dermatit Oluşan Bölge Sayısı
Perianal Torba Grubu	r=0.637 p=0.04
Diaper Grubu	r=-0.41 p=0.12

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Spearman's Korelasyon analizi sonucunda;

Perianal torba grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r = 0.637, p= 0.04, p<0.05).

Diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r = -0.416, p= 0.12, p>0.05) (Tablo 31).

Tablo 32. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Defekasyon Sayısı İle Dermatit Oluşan Vücut Bölgelerindeki Perineal Dermatit Şiddeti Arasındaki İlişki

Defekasyon Sayısı	Perineal Dermatit Şiddeti							
	Sakrum	Kalça (Sol)	Kalça (Sağ)	Kasık (Sağ)	Kasık (Sol)	Uyluk (Sol)	Uyluk (Sağ)	Skrotum
Perianal Torba Grubu	r =-0.253 p =0.36	r =-0.167 p =0.55	r =0.438 p =0.10	r=0.435 p =0.10	r =0.435 p =0.10			
Diaper Grubu	r =-0.438 p =0.10	r =-0.091 p =0.74	r =0.177 p =0.52		r =0.094 p =0.74	r =-0.375 p =0.16	r =-0.375 p =0.16	r =-0.375 p =0.16

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile dermatit oluşan vücut bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Spearman's Korelasyon analizi sonucunda;

Perianal torba grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile sakrum ($r = -0.253$, $p=0.36$, $p>0.05$), sol kalça ($r = -0.167$, $p=0.55$, $p>0.05$), sağ kalça ($r = 0.438$, $p=0.10$, $p>0.05$), sağ kasık ($r = 0.435$, $p=0.10$, $p>0.05$), sol kasık ($r = 0.435$, $p=0.10$, $p>0.05$) bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile sakrum ($r = 0.438$, $p=0.10$, $p>0.05$), sol kalça ($r = -0.091$, $p=0.74$, $p>0.05$), sağ kalça ($r = 0.177$, $p=0.52$, $p>0.05$), sol kasık ($r = 0.094$, $p=0.74$, $p>0.05$), sol uyluk ($r = -0.375$, $p=0.16$, $p>0.05$), sağ uyluk ($r = -0.375$, $p=0.16$, $p>0.05$), skrotum ($r = -0.375$, $p=0.16$, $p>0.05$), bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 32).

3.5.6. Gaita Kıvamının Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi

Tablo 33. Perianal Torba Grubundaki Hastaların Gaita Kıvamı Ortalamasına Göre Dermatit Oluşma Durumunun Dağılımı

Gaita Kıvamı	Dermatit Oluşma Durumu	N	X	SS	U	p
Sıvı	Oluşan	10	4.00	5.07	22.00	0.70
	Oluşmayan	5	3.80	1.92		$p>0.05$
Yumuşak	Oluşan	10	1.50	2.54	7.00	0.02
	Oluşmayan	5	4.80	3.27		$p<0.05$
Sert	Oluşan	10	0.90	1.72	17.50	0.18
	Oluşmayan	5	0.00	0.00		$p>0.05$

Perianal torba grubundaki hastaların gaita kıvamı ortalamasına göre dermatit oluşma durumunun dağılımı Tablo 33'de görülmektedir. Perianal torba grubunda dermatit oluşan hastaların sıvı gaita sayısı ortalaması 4.00 olup, dermatit oluşmayan

hastaların sıvı gaita sayısı ortalaması 3.80 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların dermatit oluşma durumuna göre sıvı gaita sayısı ortalamaları arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (U= 22.00, p= 0.70, p>0.05). Perianal torba grubunda dermatit oluşan hastaların yumuşak gaita sayısı ortalaması 1.50 olup, dermatit oluşmayan hastaların yumuşak gaita sayısı ortalaması 4.80 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların dermatit oluşma durumuna göre yumuşak gaita sayısı ortalamaları arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmuştur (U= 7.00, p= 0.02, p<0.05). Perianal torba grubunda dermatit oluşan hastaların sert gaita sayısı ortalaması 0.90 olup, dermatit oluşmayan hastaların sert gaita sayısı ortalaması 0.00 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların dermatit oluşma durumuna göre sert gaita sayısı ortalamaları arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (U= 17.50, p= 0.18, p>0.05) (Tablo 33).

Tablo 34. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Gaita Kıvamı İle Dermatit Oluşma Günü Arasındaki İlişki

Sıvı Gaita	Dermatit Oluşma Günü
Perianal Torba Grubu	r=0.323, p=0.36
Diaper Grubu	r=-0.211, p=0.45
Yumuşak Gaita	
Perianal Torba Grubu	r=0.484, p=0.15
Diaper Grubu	r=0.349, p=0.20
Sert Gaita	
Perianal Torba Grubu	r=0.090, p=0.80
Diaper Grubu	r=0.382, p=0.16

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların gaita kıvamı ile dermatit oluşma günü arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Spearman's Korelasyon analizi sonucunda;

Perianal torba grubundaki hastaların sıvı gaita sayısı ile dermatit oluşma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r = 0.323$, $p = 0.36$, $p > 0.05$). Diaper grubundaki hastaların sıvı gaita sayısı ile dermatit oluşma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r = -0.211$, $p = 0.45$, $p > 0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların yumuşak gaita sayısı ile dermatiti oluşma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r = 0.484$, $p = 0.15$, $p > 0.05$). Diaper grubundaki hastaların yumuşak gaita sayısı ile dermatit oluşma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r = 0.349$, $p = 0.20$, $p > 0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sert gaita sayısı ile dermatit oluşma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r = 0.090$, $p = 0.80$, $p > 0.05$). Diaper grubundaki hastaların sert gaita sayısı ile dermatit oluşma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r = 0.382$, $p = 0.16$, $p > 0.05$) (Tablo 34).

Tablo 35. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Gaita Kıvamı İle Dermatit Oluşan Bölge Sayısı Arasındaki İlişki

Sıvı Gaita	Dermatit Oluşan Bölge Sayısı
Perianal Torba Grubu	$r=0.343$, $p=0.33$
Diaper Grubu	$r=-0.237$, $p=0.39$
Yumuşak Gaita	
Perianal Torba Grubu	$r=0.182$, $p=0.61$
Diaper Grubu	$r=-0.018$, $p=0.95$
Sert Gaita	
Perianal Torba Grubu	$r=0.371$, $p=0.29$
Diaper Grubu	$r=-0.148$, $p=0.59$

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların gaita kıvamı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Spearman's Korelasyon analizi sonucunda;

Perianal torba grubundaki hastaların sıvı gaita sayısı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=0.343$, $p=0.33$, $p>0.05$). Diaper grubundaki hastaların sıvı gaita sayısı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=-0.237$, $p=0.39$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların yumuşak gaita sayısı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=0.182$, $p=0.61$, $p>0.05$). Diaper grubundaki hastaların yumuşak gaita sayısı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=-0.018$, $p=0.95$, $p>0.05$).

Perianal torba grubundaki hastaların sert gaita sayısı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=0.371$, $p=0.29$, $p>0.05$). Diaper grubundaki hastaların ser gaita sayısı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=-0.148$, $p=0.59$, $p>0.05$) (Tablo 35).

Tablo 36. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Gaita Kıvamı İle Dermatit Oluşan Vücut Bölgelerindeki Perineal Dermatit Şiddeti Arasındaki İlişki

Gaita Kıvamı	Çalışma Grupları	Perineal Dermatit Şiddeti							
		Sakrum	Kalça (Sol)	Kalça (Sağ)	Kasık (Sağ)	Kasık (Sol)	Uyluk (Sol)	Uyluk (Sağ)	Skrotum
Sıvı Gaita	Perianal Torba Grubu	r =-0.419 p=0.12	r =-0.132 p=0.63	r =0.704 p=0.00	r =0.439 p=0.10	r =0.439 p=0.10			
	Diaper Grubu	r =-0.035 p=0.90	r =-0.010 p=0.97	r =0.114 p=0.68		r =-0.064 p=0.82	r =-0.289 p=0.29	r =-0.289 p=0.29	r =0.385 p=0.15
Yumuşak Gaita	Perianal Torba Grubu	r =-0.047 p=0.86	r =-0.574 p=0.02	r =-0.295 p=0.28	r =-0.290 p=0.29	r =-0.290 p=0.29			
	Diaper Grubu	r =-0.400 p=0.13	r =-0.138 p=0.62	r =0.095 p=0.73		r =0.366 p=0.17	r =0.133 p=0.63	r =0.133 p=0.63	r =-0.266 p=0.33
Sert Gaita	Perianal Torba Grubu	r =0.485 p=0.12	r =0.411 p=0.12	r =-0.297 p=0.28	r =-0.133 p=0.63	r =-0.133 p=0.63			
	Diaper Grubu	r =-0.299 p=0.27	r =-0.161 p=0.56	r =-0.013 p=0.96		r =0.280 p=0.31	r =-0.210 p=0.45	r =-0.210 p=0.45	r =-0.210 p=0.45

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların gaita kıvamı ile dermatit oluşan vücut bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasındaki ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Spearman's Korelasyon analizi sonucunda;

Perianal torba grubundaki hastaların sıvı gaita sayısı ile sakrum ($r = -0.419$, $p = 0.12$), sol kalça ($r = -0.132$, $p = 0.63$), sağ kasık ($r = 0.439$, $p = 0.10$, $p > 0.05$), sol kasık ($r = 0.439$, $p = 0.10$, $p > 0.05$) bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olup perianal torba grubundaki hastaların sıvı gaita sayısı ile sağ kalça ($r = 0.704$, $p = 0.00$, $p < 0.05$) bölgesindeki perineal dermatit şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların sıvı gaita sayısı ile sakrum ($r = -0.035$, $p = 0.90$, $p > 0.05$), sol kalça ($r = -0.010$, $p = 0.97$, $p > 0.05$), sağ kalça ($r = 0.114$, $p = 0.68$, $p > 0.05$), sol kasık ($r = -0.064$, $p = 0.82$, $p > 0.05$), sol uyluk ($r = -0.289$, $p = 0.29$, $p > 0.05$), sağ uyluk ($r = -0.289$, $p = 0.29$, $p > 0.05$), skrotum ($r = 0.385$, $p = 0.15$, $p > 0.05$) bölgesindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Perianal torba grubundaki hastaların yumuşak gaita sayısı ile sakrum ($r = -0.047$, $p = 0.86$, $p > 0.05$), sağ kalça ($r = -0.295$, $p = 0.28$, $p > 0.05$), sağ kasık ($r = -0.290$, $p = 0.29$, $p > 0.05$), sol kasık ($r = -0.290$, $p = 0.29$, $p > 0.05$) bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olup perianal torba grubundaki hastaların yumuşak gaita sayısı ile sol kalça ($r = -0.574$, $p = 0.02$, $p < 0.05$) bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların yumuşak gaita sayısı ile sakrum ($r = -0.400$, $p = 0.13$, $p > 0.05$), sol kalça ($r = -0.138$, $p = 0.62$, $p > 0.05$), sağ kalça ($r = 0.095$, $p = 0.73$, $p > 0.05$), sol kasık ($r = 0.366$, $p = 0.17$, $p > 0.05$), sol uyluk ($r = 0.133$, $p = 0.63$, $p > 0.05$), sağ uyluk ($r = 0.133$, $p = 0.63$, $p > 0.05$), skrotum ($r = -0.266$, $p = 0.33$, $p > 0.05$) bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Perianal torba grubundaki hastaların sert gaita sayısı ile sakrum ($r = -0.485$, $p = 0.12$, $p > 0.05$), sol kalça ($r = -0.411$, $p = 0.12$, $p > 0.05$), sağ kalça ($r = -0.297$, $p = 0.28$, $p > 0.05$), sağ kasık ($r = -0.133$, $p = 0.63$, $p > 0.05$), sol kasık ($r = -0.133$, $p = 0.63$, $p > 0.05$) bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Diaper grubundaki hastaların sert gaita sayısı ile sakrum ($r = -0.299$, $p = 0.27$), sol kalça ($r = -0.161$, $p = 0.56$, $p > 0.05$), sağ kalça ($r = -0.013$, $p = 0.96$, $p > 0.05$), sol kasık ($r = -0.280$, $p = 0.31$, $p > 0.05$), sol uyluk ($r = -0.210$, $p = 0.45$, $p > 0.05$), sağ uyluk ($r = -0.210$, $p = 0.45$, $p > 0.05$), skrotum ($r = -0.210$, $p = 0.45$, $p > 0.05$) bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 36).

3.5.7. Gaita pH'nın Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi

Tablo 37. Perianal Torba Grubundaki Hastaların Dermatit Oluşma Durumuna Göre Gaita pH'ı Ortalamalarının Dağılımı

Dermatit Oluşma Durumu	Gaita pH'ı				
	N	X	SS	U	p
Oluşan	10	5.61	3.08	22.50	0.75
Oluşmayan	5	6.70	0.61		

Perianal torba grubundaki hastaların dermatit oluşma durumuna göre gaita pH'ı ortalamalarının dağılımı Tablo 37'de görülmektedir. Perianal torba grubunda dermatit oluşan hastaların gaita pH'ı ortalaması 5.61 olup, dermatit oluşmayan hastaların gaita pH'ı ortalaması 6.70 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların dermatit oluşma durumuna göre gaita pH'ı ortalaması arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır ($U = 22.50$, $p = 0.75$, $p > 0.05$) (Tablo 37).

Tablo 38. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Gaita pH'ı İle Dermatit Oluşma Günü Arasındaki İlişki

Gaita pH'ı	Dermatit Oluşma Günü
Perianal Torba Grubu	r=-0.159, p=0.57
Diaper Grubu	r=-0.159, p=0.57

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların gaita pH'ı ile dermatit oluşma günü arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Spearman's Korelasyon analizi sonucunda;

Perianal torba grubundaki hastaların gaita pH'ı ile dermatit oluşma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r =-0.159, p= 0.57, p>0.05). Diaper grubundaki hastaların gaita pH'ı ile dermatit oluşma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r = -0.159, p= 0.57, p>0.05) (Tablo 38).

Tablo 39. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Gaita pH'ı İle Dermatit Oluşan Bölge Sayısı Arasındaki İlişki

Gaita pH'ı	Dermatit Oluşan Bölge Sayısı
Perianal Torba Grubu	r=0.282, p=0.42
Diaper Grubu	r=0.072, p=0.79

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların gaita pH'ı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Spearman's Korelasyon analizi sonucunda;

Perianal torba grubundaki hastaların gaita pH'ı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0.282, p=0.42, p>0.05). Diaper grubundaki hastaların gaita pH'ı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (r=0.072, p=0.79, p>0.05) (Tablo 39).

Tablo 40. Perianal Torba ve Diaper Grubundaki Hastaların Gaita pH'ı İle Dermatit Oluşan Vücut Bölgelerindeki Perineal Dermatit Şiddeti Arasındaki İlişki

Gaita pH'ı	Perineal Dermatit Şiddeti							
	Sakrum	Kalça (Sol)	Kalça (Sağ)	Kasık (Sağ)	Kasık (Sol)	Uyluk (Sol)	Uyluk (Sağ)	Skrotum
Perianal Torba Grubu	r =-0.038 p=0.89	r =0.065 p=0.81	r =0.305 p=0.26	r =0.310 p=0.26	r =0.310 p=0.26			
Diaper Grubu	r =-0.393 p=0.14	r =0.162 p=0.56	r =0.508 p=0.05		r =-0.186 p=0.50	r =0.062 p=0.82	r =0.062 p=0.82	r =0.186 p=0.50

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların gaita pH'ı ile dermatit oluşan vücut bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Spearman's Korelasyon analizi sonucunda;

Perianal torba grubundaki hastaların gaita pH'ı ile sakrum ($r = -0.038$, $p = 0.89$, $p > 0.05$), sol kalça ($r = 0.065$, $p = 0.81$, $p > 0.05$), sağ kalça ($r = 0.305$, $p = 0.26$, $p > 0.05$), sağ kasık ($r = 0.310$, $p = 0.26$, $p > 0.05$), sol kasık ($r = 0.310$, $p = 0.26$, $p > 0.05$) bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Diaper grubundaki hastaların gaita pH'ı ile sakrum ($r = -0.393$, $p = 0.14$, $p > 0.05$), sol kalça ($r = 0.162$, $p = 0.565$, $p > 0.05$), sağ kalça ($r = 0.508$, $p = 0.05$, $p > 0.05$), sol kasık ($r = -0.186$, $p = 0.50$, $p > 0.05$), sol uyluk ($r = 0.062$, $p = 0.82$, $p > 0.05$), sağ uyluk ($r = 0.062$, $p = 0.82$, $p > 0.05$), skrotum ($r = 0.186$, $p = 0.50$, $p > 0.05$) bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 40).

3.5.8. Torba Çıkma Durumunun Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi

Tablo 41. Perianal Torba Grubundaki Hastaların Torba Çıkma Durumuna Göre Dermatit Oluşma Durumunun Dağılımı

Torbanın Çıkma Durumu	Dermatit Oluşma Durumu				TOPLAM	
	Oluşan		Oluşmayan		N	%
	N	%	N	%		
Çıkmayan	6	40.0	4	26.7	10	66.7
Çıkan	4	26.7	1	6.6	5	33.3
TOPLAM	10	66.7	5	33.3	15	100.0

* $X^2 = 0.43$, $p = 0.60$, $p > 0.05$

*Fisher's Kesin Ki-Kare

Perianal torba grubundaki hastaların torba çıkma durumuna göre dermatit oluşma durumunun dağılımı Tablo 41'de görülmektedir. Perianal torba grubunda torba çıkmayan hastaların %40.0'ında dermatit olduğu, %26.7'sinde dermatit oluşmadığı, torba çıkan hastaların %26.7'sinde dermatit olduğu, %6.6'sında

oluşmadığı saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların torba çıkma durumuna göre dermatit oluşma durumu arasındaki fark yapılan Fisher's Kesin Ki-Kare testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0.43$, $p=0.60$, $p>0.05$) (Tablo 41).

Tablo 42. Perianal Torba Grubundaki Hastalarda Torba Çıkma Durumuna Göre Dermatit Oluşma Günü Ortalamalarının Dağılımı

Torbanın Çıkma Durumu	Dermatitin Oluşma Günü			U	p
	N	X	SS		
Çıkmayan	6	5.83	2.78	8.00	0.38 $p>0.05$
Çıkan	4	7.25	2.50		

Perianal torba grubundaki hastalarda torba çıkma durumuna göre dermatit oluşma günü ortalamalarının dağılımı Tablo 42'de görülmektedir. Perianal torba grubunda torba çıkmayan hastalarda dermatit oluşma gün ortalaması 5.83, çıkan hastalarda 7.25 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların torba çıkma durumuna göre dermatit oluşma günü ortalamaları arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır ($U= 8.00$, $p= 0.38$, $p>0.05$) (Tablo 42).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Fekal inkontinansı kontrol altına almada kullanılan iki farklı ürünün perineal dermatit oluşumuna etkisini incelemek amacı ile yapılmış olan çalışmada toplam 30 hasta izlenmiştir. 15 hasta perianal torba grubuna, 15 hasta diaper grubuna alınmıştır. Perianal torba grubuna alınan 15 hastada perianal torba, diaper grubuna alınan 15 hastada ise rutinde kullanılan diaper (hasta bezi) kullanılmıştır. Her iki gruptaki hastalar maksimum 15 gün süreyle perineal dermatit oluşumu açısından izlenmiş, ancak bu süre içinde dermatitin oluştuğu günde hasta izlemine son verilmiştir.

4.1. HASTALARIN ÖNCEDEN KULLANDIKLARI İNKONTİNANS ÜRÜNÜNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların tümünün (%100.0) çalışmaya katılmadan önce diaper kullandıkları saptanmış olup, perianal torba grubundaki hastaların %46.7'sinin inkontinans ürünü olarak Ürün 1'i, %46.7'sinin Ürün 2'yi, %6.7'sinin Ürün 3'ü kullandığı, diaper grubundaki hastaların ise %53.3'ünün Ürün 1'i, %33.3'ünün Ürün 2'yi, %6.7'sinin Ürün 3'ü, %6.7'sinin Ürün 4'ü kullandığı saptanmıştır (Tablo 3). Genel olarak incelendiğinde hastaların inkontinansı kontrol altına almak için genellikle ürün 1 ve ürün 2'yi tercih ettikleri görülmektedir.

Perianal torba grubundaki hastaların %86.7'sinin 1 aydan daha az, %6.7'sinin 1-3 ay arasında, %6.7'sinin 4 ay ila 1 yıl arasında, diaper grubundaki hastaların %80.0'ının 1 aydan daha az, %13.3'ünün 1-3 ay arasında, %6.7'sinin 4 ay-1 yıl arasında önceden inkontinans ürünü kullandığı saptanmıştır (Tablo 4). Çalışmaya katılan hastaların çalışmaya katılmadan önce çoğunlukla 1 aydan daha az bir süre inkontinans ürünü kullandıkları görülmektedir.

4.2. HASTALARIN DEFEKASYON ÖZELLİKLERİNE VE KULLANILAN İNKONTİNANS ÜRÜNÜNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırmaya katılan hastaların izlem süresi boyunca defekasyon sayısı ortalaması perianal torba grubundaki hastalarda 7.06, diaper grubundaki hastalarda 4.26 olarak saptanmıştır (Tablo 5). Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasına ($U=69.50$, $p=0.07$, $p>0.05$) rağmen perianal torba grubundaki hastaların defekasyon sayısı ortalamasının, diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısı ortalamasından daha fazla olduğu görülmektedir. Bu sonucun diaper grubuna göre perianal torba grubundaki hastalarda daha uzun sürede perineal dermatit açılması nedeniyle perianal torba grubundaki hastaların daha uzun süre izlenmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Gaita pH'ı ortalaması perianal torba grubundaki hastalarda 5.97, diaper grubundaki hastalarda 6.44 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=108.5$, $p=0.87$, $p>0.05$) (Tablo 7). Çalışmada hastaların gaita pH ortalamalarının asidik özellikte olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hastalarda kullanılan ürün sayısı ortalaması perianal torba grubundaki hastalarda 5.80, diaper grubundaki hastalarda 5.46 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U= 106.00$, $p=0.80$, $p>0.05$) (Tablo 8). Çalışma sonucunda, perianal torba ve diaper kullanan hastaların kullandıkları ürün sayıları arasında fark olmadığı söylenebilir. Bu sonuç H_5 hipotezini doğrulamamaktadır.

4.3. PERİANAL TORBA VE DİAPER GRUBUNDAKİ HASTALARDA DERMATİT OLUŞUMUNUN İNCELENMESİ

Yatağa bağımlı fekal ve/veya üriner inkontinanslı hastalar perineal deri hasarı açısından risk altındadır (13,35,38,39,85,78). Maklebust öncelikle fekal inkontinanslı hastalarda dışkısını tutabilen hastalardan 22 kez daha fazla deri ülseri gelişme olasılığı olduğunu belirtmiştir (48). Bliss ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise perineal dermatit ve sadece üriner inkontinansa sahip olma arasında önemli bir ilişki bulunmamış fakat fekal inkontinansa sahip olmanın perineal dermatitle güçlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (13,35). Araştırmamızın örneklem grubunu oluşturan hastaların tümü yatağa bağımlı ve fekal inkontinanslı olmaları nedeniyle perineal deri hasarı için risk altındadırlar. Araştırmamız örneklem grubuna alınan hastaların hepsinde üriner kateter yerleştirilmiş olup perianal torba grubundaki hastalara perianal torba, diaper grubundaki hastalara ise diaper uygulanmıştır.

Araştırmada perianal torba grubundaki hastaların %66.7'sinde perineal dermatit olduğu, %33.3'ünde perineal dermatit oluşmadığı, diaper grubundaki hastaların tamamında ise (%100) perineal dermatit olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-kare analizi sonucunda perianal torba ve diaper grubundaki hastalar arasında perineal dermatit görülme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=6.000$ $SD=1$ $p<0.05$) (Tablo 9). Sonuç olarak perianal torba uygulanan hastalarda, diaper uygulanan hastalara oranla daha az perineal dematit olduğu söylenebilir. Bu sonuç H_1 hipotezini doğrulamaktadır.

Literatürde perianal torbanın birincil ve en önemli avantajının perineal deriyi koruması olduğu (21), perianal torbaların fekal inkontinansı kontrol altına almada ve inkontinansa bağlı gelişen perineal dermatiti önlemede önemli bir yere sahip olduğu bunun yanında yara iyileşmesinde de etkili olduğu belirtilmektedir (32). Vulhop ve

arkadaşları (1984) tarafından yapılan bir çalışmada hastaların birçoğunda perianal derideki kızarıklık ve irritasyonun perianal torba kullanıldıktan sonra 2 ila 3 günde iyileştiği belirtilmiştir (83). Palmier ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışma sonuçları da fekal kontaminasyonla ilgili deri yaralanması riskinin azalabildiğini desteklemekte ve çalışmada perianal torba uygulanan hastaların hiçbirinde basınç ülseri gelişmediği belirtilmektedir (67). Tüm bunlara karşın, perianal torbaların fekal inkontinansla ilgili dermatitleri emici ürünlerden daha iyi önleyip önlemediği kesin olarak bilinmemektedir (60). Palmier ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada perianal torba uygulayan ve bu hastaların bakımını üstlenen hemşirelerin %96'sı torbanın perineal deriyi korumayı kolaylaştırdığını belirtmişlerdir (67). Bizim çalışmamızın sonuçları literatür bilgilerini desteklemekte olup perineal torbanın perineal deriyi korumayı kolaylaştırdığı söylenebilir.

Literatürde perineal deriyi nemli tutan bir ped veya külot gibi bir toplama aracını kullanmanın ise deri hasarı riskini daha da arttırdığı belirtilmektedir (33,35,37,38,39,40,48,63,78). Ped veya külot gibi inkontinans kontrol altına almak amacıyla kullanılan ürünler, perineal deriyi etkileyecek nemden ve terlemeden deriyi koruyacağı ve daima perineal dermatit riskini kaldıracığı bazı literatürlerde belirtilse (13,39) de bu ürünlerin inkontinansın bulunmadığı durumlarda kullanımının derinin koruyucu fonksiyonunu bozan nemin tutulumunu ve uzun süreli terlemeye neden olabileceğini belirten bilgiler de mevcuttur (13,33,35,48). İnkontinans bulunmasa da, inkontinans toplayan bir hasta bezi altında terlemeyle oluşan nem ile perineal derinin uzun süre teması deri pH'ını yaklaşık 7.1'e yükseltip irritan dermatitler için riski arttırmaktadır (37). Çalışmamızda diaper grubundaki bir hastada diaper uygulamasının 1. gününden itibaren diaperin bel bölgesinde kaşıntı yakınması başlamış ve bu yakınma ilerleyen günlerde de devam etmiştir. Hastada izlem

süresince sadece 3. gün 1 kez defekasyon görülmesine rağmen 3. günde hastanın sol kalça ve sağ kalça bölgesinde “Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı)”, sol uyluk ve sağ uyluk bölgesinde “Orta Kızarıklık (Pembe Deri)” şiddetinde perineal dermatit gözlenmiştir. Bu bulgu inkontinans olmasa da diaperin perineal dermatite neden olduğu bilgisini destekler niteliktedir.

Fader ve arkadaşları (2004) emici ürünlerin gerçekte ıslandığı zaman hatta azalan basınçla birlikte kullanıldığı zaman doku arayüzü basınçlarının arttığını kanıtlamışlardır (22,35). Akut Bakım Merkezlerindeki inkontinanslı hastaları içeren bir çalışmada üriner ve fekal inkontinanslı, inkontinans dermatit gelişen 198 hastanın %93’ünün emici ürünlerle bakımının sürdürüldüğü saptanmıştır (35). Bliss ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir çalışmada ise emici ürün kullanan sadece fekal inkontinanslı bakımevi sakinlerinin %70 oranında en fazla perineal dermatite sahip oldukları saptanmıştır. Çalışmamızın sonucunda diaper (hasta bezi) kullanan diaper grubu hastalarının tümünde perineal dermatit görülmesi literatür bilgilerini desteklemektedir.

Çalışmamıza katılan hastalarda perineal dermatit oluşma süresi incelendiğinde; Perianal torba grubundaki hastalarda ortalama 6.4, diaper grubundaki hastalarda 3.8 günde perineal dermatit oluştuğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu fark yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U=30.500, p=0.011, p<0.05) (Tablo 10). Sonuç olarak perianal torba uygulanan hastalarda diaper uygulanan hastalara göre daha uzun sürede perineal dermatit oluştuğu söylenebilir. Bu sonuç, iki bakım ürünü arasındaki farkı ortaya koymaktadır ve diaperin özelliği nedeniyle gaitanın hemen ve daha çok bölgeye bulaşmasına bağlanmaktadır. Bu sonuç, H₄ hipotezini doğrulamaktadır.

Literatürde, perianal deri yaralanmasının, fekal inkontinansın başlamasını takiben birkaç dakika içinde oluşabileceği (7,32,38), şayet inkontinans kontrol edilemezse özellikle sulu dışkıyla derinin temasının birkaç dakikasını içinde dermatitin gelişebileceği belirtilmiştir (51). Yine idrar ve/veya dışkıya maruz kalmanın 2 gün ya da daha kısa bir süre içinde deri yaralanmasıyla sonuçlanabileceği literatürde belirtilmektedir (33,48). Lyder ve arkadaşlarının (1992) inkontinanslı geriyatrik psikiyatri hastalarında yaptıkları çalışmada idrar ve dışkı inkontinansının kombine olduğu hastalarda 2 gün içinde perineal dermatitin geliştiği saptanmıştır (20,55). Gray ve arkadaşlarının belirttiği üzere, Zhai ve Maibach yaptıkları çalışmada normal deriye bir inkontinans toplama aracının uygulanmasının, maruz kalma süresine orantılı olan hiper-hidrasyon ürettiğini göstermişlerdir (35). Yapılan bir başka çalışmada ise yapılandırılmış deri bakımı uygulamasından önce ve sonra 5 bireyde 2 gün içinde perineal dermatit oluştuğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da diaper (hasta bezi) kullanılan diaper grubu hastalarında ortalama 3.8 günde perineal dermatit gelişmesi literatür bilgisini destekler niteliktedir. Yine çalışma sonuçlarımıza göre perianal torbanın perineal bölgeyi diaperlerden daha uzun süre dermatit oluşumuna karşı koruduğu söylenebilir.

Perineal dermatitler genitaler, kalçalar, alt karın, mons pubis, labia majorler, skrotum, üst uyluk bölgelerinde oluşan derinin bir irritasyonu veya inflamasyonunun kontakt tipidir (13,40,72,74,78). İdrar ve feçesten kaynaklanan perineal dermatitlerde lokalizasyon kemik çıkıntılar üzerinde değil, idrar ve feçesle temas eden deri katmanlarında lokalizedir (47).

Çalışmamıza katılan hastalarda dermatit oluşan bölge sayısı ortalamalarının dağılımı incelenmiş, dermatit oluşan bölge sayısı ortalaması perianal torba grubundaki hastalarda 1.80, diaper grubundaki hastalarda 2.13 olarak saptanmıştır.

Gruplar arasındaki bu fark yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=30.500$, $p=0.011$, $p<0.05$) (Tablo 11). Bu sonuç H_3 hipotezini doğrulamamaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen diaper grubundaki hastalarda daha fazla bölgede dermatit açıldığı görülmektedir. Bu sonuca, diaper grubundaki hastalarda diaper kullanılmasının ve diaper kullanıldığında gaitanın daha geniş bir bölgeye temas etmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda perianal torba grubundaki hastaların %60.0'nin sol kalça bölgesinde "Hiç kızarıklık olmadığı (0)", %13.3'ünün "Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)", %13.3'ünün "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)", %6.7'sinin "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)", %6.7'sinin "Ciltte erezyon /aşınma (4)" olduğu, diaper grubundaki hastaların %13.3'ünün sol kalça bölgesinde "Hiç kızarıklık olmadığı (0)", %20.0'sinin "Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)", %46.7'sinin "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)", %20.0'sinin "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)" olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark yapılan Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 9.43$, $p=0.05$, $p=0.05$). Perianal torba grubundaki hastaların %73.3'ünün sağ kalça bölgesinde "Hiç kızarıklık olmadığı (0)", %20.0'sinin "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)", %6.7'sinin "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)" olduğu, diaper grubundaki hastaların %26.7'sinin sol kalça bölgesinde "Hiç kızarıklık olmadığı (0)", %26.7'sinin "Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan) (1)", %26.7'sinin "Orta Kızarıklık (Pembe Deri) (2)", %20.0'nin "Daha yoğun kızarıklık (Deri Derin Pembelikte/kırmızı) (3)" olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark yapılan Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 8.41$, $p=0.03$, $p< 0.05$) (Tablo 12). Çalışmamız sonucunda perianal

torba ve diaper kullanımının sakrum, sağ ve sol kasık, sağ ve sol uyluk ve skrotumda gelişen perineal dermatitin şiddetini etkilemediği bulunmuştur (Tablo 13). Bunun yanında çalışmamız sonucunda perianal torba veya diaper kullanımının sağ ve sol kalçada gelişen perineal dermatitin şiddetini etkilediği bulunmuştur. Diaper kullanan hastalarda 1.,2. ve 3. derecede dermatit gelişme oranı perianal torba kullanan hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, perianal torbanın gaitanın yayılımını sınırlamasına; oysa diaperde hastaların her hareketi ile öncelikle en yakındaki kalça bölgesinde perineal dermatit gelişmesine ve şiddetinin hızlıca artmasına bağlanabilir.

Literatürde fekal inkontinans kaynaklanan irritan dermatitlerin özellikle perianal bölgede odaklandığı ve uylukların iç kısımlarına ve kalçaların arasına yayıldığı belirtilmektedir (37). Junkin ve arkadaşları (2005) üriner, fekal veya üriner + fekal inkontinanslı 198 hastanın %18'inde perinede, perianal bölgede veya kasıklarda derinin fungal enfeksiyonunun bulunduğunu belirtmişlerdir (47,35). Bliss ve arkadaşları tarafından (2006) yapılan bir çalışmada ise inkontinansa bağlı dermatit oluşan bireylerin %48'inin üriner + fekal inkontinanslı olduğu, %73'ünde dermatitin kalçalarda veya %70'inde perineal bölgede olduğu ve genellikle 1 anatomik yerden daha fazla bölgede olduğu, %49'unda hafif, %39'unda orta ve %12'sinde ağır düzeyde dermatit olduğu saptanmıştır (40).

Bizim çalışmamızda da perineal dermatitlerin perianal torba grubu için daha çok sakrum, sağ ve sol kalça bölgesinde, diaper grubundaki hastalarda ise en fazla sağ ve sol kalça bölgesinde olduğu saptanmıştır. Diaper grubundaki sadece bir hastada uyluk bölgesinde, perianal torba ve diaper grubundaki birer hastada kasık bölgesinde perineal dermatit görülmüştür. Çalışmamızda perianal torba grubundaki hastalarda perineal dermatitin şiddetinin daha çok hafif kızarıklık ve orta kızarıklık

(pembe deri) düzeyinde yoğunlaştığı, diaper grubundaki hastalarda ise daha çok orta kızarıklık (pembe deri) düzeyinde olmakla birlikte çok hafif kızarıklık ve daha yoğun kızarıklık (Derin pembelikte/kırmızı) düzeylerinde yoğunlaştığı söylenebilir. Çalışmamızın sonuçları literatür bilgisiyle paralellik göstermektedir.

Gray ve arkadaşları (2002), fekal inkontinansla ilgili dermatitlerin perianal bölgede başlama eğilimi varken erkeklerde skrotum etrafında veya kadınlarda labia majörlerin kıvrımlarında oluşma eğilimi olduğunu gözlemlemiştir (35,37). Bizim çalışmamızda ise diaper grubundaki sadece bir hastanın skrotumunda perineal dermatit görülmüştür. Çalışmamızda perianal torba grubundaki bir hastada sol kalça bölgesinde, diaper grubundaki bir hastada sakrum bölgesinde “ciltte erozyon/aşınma (4)” düzeyinde perineal dermatit görülmüştür. Perianal torba grubundaki bu hasta obez ve ödemliydi. Hastanın yatışının 2. gününde sırt ve kollarındaki basınç bölgelerinde kızarıklıklar oluştu, 3. günde ise torbanın etrafına yapıştırılan kağıt flaster altında sol kalça bölgesinde ciltte erozyon gözlemlendi. Diaper grubundaki hastada ise ilk gün defekasyon görülmezken 2. ve 3. günlerde toplam 5 kez olmak üzere diyare gözlemlendi ve 3. gün hastanın sakrum bölgesinde, “ciltte erozyon/aşınma (4)” düzeyinde dermatit gözlemlenmiştir.

4.4. PERİANAL TORBA VE DİAPER GRUBUNDAKİ HASTALARDA DERMATİT OLUŞUMUNU ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

4.4.1. Hareket Düzeyinin Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi

Nemli deri inkontinans toplama aracına, çamaşırlara ve yatak veya sandalyenin yüzeyine sürtüldüğü zaman, sürtünme derinin epidermisinin erozyonuna neden olabilir. Pekçok vakada bu aşınma yüzeyle fakat perineal derinin geniş bir bölgesini içine alabilir (33,37,38,39,78,86). Özellikle yaşlı popülasyonundaki

hareketsizlik, yatak çarşafı ve deri arasında sürtünmeye neden olur (72). Deriyle temas eden yoğun nemin sürtünmeyle birlikte deri katmanlarını doğrudan etkilediğine inanılır. Sürtünme, deri katmanlarında kepeklenmeye, maserasyona, irritasyonun artmasına ve sonuç olarak da deri yaralanmasına neden olabilir (86).

Araştırmamızda perianal torba grubundaki hastaların %66.7'sinde dermatit görüldüğü, %33.3'ünde dermatit görülmediği, diaper grubundaki hastaların ise tamamında (%100) dermatit görüldüğü (Tablo 9) için sadece perianal torba grubunda dermatit görülme oranı ile etkileyen etmenler arasında istatistiksel çalışma yapılmıştır.

Perianal torba grubundaki tamamen hareketsiz hastaların %40.0'ında, çok hareketsiz hastaların %13.3'ünde, az hareketli hastaların %13.3'ünde perineal dermatit görüldüğü bunun yanında çok hareketsiz hastaların %13.3'ünde, az hareketli hastaların %20.1'inde dermatit oluşmadığı saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastalarda dermatit oluşma durumu ile hareket düzeyi arasındaki fark yapılan Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2= 5.10$, $p=0.07$, $p>0.05$) (Tablo 13).

Perianal torba grubundaki tamamen hareketsiz hastalarda dermatit oluşma günü ortalaması 6.00, çok hareketsiz hastalarda 8.00, az hareketli hastalarda 6.00 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların hareket düzeylerine göre dermatit oluşma günü ortalamaları arasındaki fark yapılan Kruskal-Wallis analizi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (KW=0.85, $p= 0.65$, $p>0.05$) (Tablo 15). Sonuç olarak, perianal torba kullanan hastaların hareket düzeyinin perineal dermatit oluşma süresini etkilemediği söylenebilir.

Literatürde yatakta kayan hastanın, perianal inkontinans torbasının yerinde tutulmasını bozabildiği, yapışkan bariyerin travmatik olarak kaldırılmasının deri

yırılması ve abrazyon yaralanmaları oluşturabileceği belirtilmektedir. Yine deri nemi, derideki kalıntılar (sabunlardan, yara jellerinden, merhemler veya temizleyiciler), ödem ve hastanın anatomisi etkili yapışmayı, torbanın yerinde tutulmasını engelleyebilir (32). Bizim çalışmamızda perianal torba grubundaki hastalarda hareket düzeyinin yanı sıra literatürde belirtilen bu faktörlerin de dermatit açılmasını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Diaper grubundaki tamamen hareketsiz hastalarda dermatit oluşma günü ortalaması 3.50, çok hareketsiz hastalarda 3.66, az hareketli hastalarda 3.90 olarak saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların hareket düzeylerine göre dermatit oluşma günü ortalaması arasındaki fark yapılan Kruskal-Wallis analizi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (KW=0.25, p= 0.88, p>0.05) (Tablo 15). Diaper (hasta bezi) kullanan hastaların hareket düzeyinin perineal dermatit oluşma süresini değiştirmedeği söylenebilir.

Bliss ve Savik (2002), Bliss ve arkadaşları (2006) ve Brown (1995) perineal dermatit oluşumunun hareket problemleri, duyuşsal algı, bilişsel farkındalık ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (12,13,35). Bliss ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada (2006), herhangi bir mekanik sürtünme maddesiyle temas eden huzurevi sakinlerinde %12.5 daha fazla perineal dermatit görüldüğü saptanmıştır (13). Brown tarafından yapılan diğeri bir çalışmada ise tehlike oluşturan hareketlilik ile inkontinansla ilgili dermatit arasında istatistiksel olarak ilişki bulunmuştur (35). Çalışmamızda perianal torba kullanılan perianal torba grubunda hareket düzeyi ile perineal dermatit oluşması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonucu perianal torbaların gaitanın perine ile olan temasını azaltmasının etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma sırasında yapılan gözlem ve değerlendirmeler incelendiğinde; perianal torba grubundaki bir hastanın çalışmanın ilk birkaç gününde az hareketli olduğu gözlenmiş, fakat hastanın izlendiği 5.günde hastanın yatak içindeki hareketlilik ve ajitasyon düzeyinin arttığı, 7. günde yatak içindeki hareketlilik ve ajitasyonunun daha da ilerlediği gözlenmiştir. Hastanın 7. günde sakrum bölgesinde “Orta Kızarıklık (pembe deri)” ve sol kalça bölgesinde “Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan)” şiddetinde perineal dermatit geliştiği gözlenmiştir. Perianal torba grubunda sağ ASM tanısı ile izlenmekte olan diğer bir hastanın ise sol tarafını hiç hareket ettiremediği, sağ alt ekstremitelerini ise oldukça sık hareket ettirdiği ve yatak içinde sürekli aşağıya doğru kaydığı gözlenmiştir. Bu hastanın 7. günde sakrum bölgesinde “Orta Kızarıklık (pembe deri)” şiddetinde perineal dermatit geliştiği gözlenmiştir. Diaper grubundaki oldukça kaşektik bir hastaya ise solunum sıkıntısı nedeniyle uzun süreli lateral pozisyon verilemediği, bu hastada ise 2. günde sakrum bölgesinde “Orta Kızarıklık (pembe deri)”, sol ve sağ kalça bölgelerinde “Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan)” şiddetinde perineal dermatit geliştiği gözlenmiştir.

Bu gözlemlerin yanında çalışmamızda perianal torba ve diaper grubundaki tüm hastaların hareket düzeylerinin, dermatit oluşan bölge sayısını (Tablo 15) ve değerlendirilen tüm vücut bölgelerindeki (sakrum, sağ ve sol kalça, sağ ve sol kasık, sağ ve sol uyluk, skrotum) perineal dermatit şiddetini değiştirmedeği saptanmıştır (Tablo 16). Sonuç olarak hareketlilik düzeyinin hastaların fekal inkontinans nedeniyle perineal dermatit oluşan bölge sayısını ve perineal dermatit şiddetini etkilemediği söylenebilir. Tüm bu sonuçlar H_6 hipotezini doğrulamamaktadır.

4.4.2. Beslenme Biçiminin Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi

Perineal dermatit oluşma durumunun beslenme biçimine göre dağılımı incelendiğinde; perianal torba grubunda, oral yolla beslenen hastaların %20.0'sinde, nazogastrik tüple (NGT) beslenen hastaların %46.7'sinde dermatit olduğu saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların beslenme biçimine göre dermatit oluşma durumu arasındaki fark yapılan Fisher's Kesin Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2= 0.17$, $p=1.00$, $p>0.05$) (Tablo 17).

Junkin ve Selekof (2007) tarafından yapılan çalışmada fekal inkontinansın hipoalbünemi ve beslenme desteğindeki yetersizlik ile ilişkili olduğu, tüm bunların da yüksek oranda deri yaralanması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (48). Bliss ve Savik (2002), Bliss ve arkadaşları (2006) ve Brown (1995) perineal dermatite sahip olmanın ihtiyaç duyulan beslenme desteği ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (12,13,35). Bliss ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir çalışmada perineal dermatit oluşumu parenteral beslenme veya tüple beslenme gibi beslenme desteğine ihtiyaç duymayla ilişkili bulunmuştur (13). Aynı çalışmada (2006) perineal dermatit, oksijenasyon ve beslenme desteği olan sakinlerde bu durumları olmayan sakinlerden %20 daha fazla olarak saptanmıştır (13). Bizim araştırmamızda diaper (hasta bezi) kullanılan diaper grubundaki tüm hastalarda perineal dermatit açılmıştır. Araştırmamızda perianal torba kullanılan perianal torba grubundaki hastalarda ise beslenme biçimine göre perineal dermatit açılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması, perianal torbanın gaitanın perineye temasını azaltmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Literatürde bu konuya ilişkin çalışmalar genellikle emici inkontinans ürünü kullanan bireylerle yapılan çalışmalardır.

Perianal torba grubundaki oral yolla beslenen hastalarda dermatit oluşma günü ortalaması 7.66, NGT ile beslenen hastalarda 5.85 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların beslenme biçimlerine göre dermatit oluşma günü ortalaması arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır ($U=6.50$, $p= 0.35$, $p>0.05$) (Tablo 18). Sonuç olarak, perianal torba kullanımında beslenme biçiminin perineal dermatit oluşma süresini etkilemediği söylenebilir.

Diaper grubundaki oral yolla beslenen hastalarda dermatit oluşma günü ortalaması 4.75, NGT ile beslenen hastalarda 2.71 olarak saptanmıştır. Diaper grubundaki hastaların beslenme biçimlerine göre dermatit oluşma günü ortalaması arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmuştur ($KW=10.50$, $p= 0.03$, $p<0.05$) (Tablo 18). Çalışmamız sonucunda diaper (hasta bezi) kullanımında beslenme biçiminin perineal dermatit oluşum günü ortalamasını değiştirdiği NGT ile beslenen hastalarda oral yolla beslenen hastalara göre daha kısa sürede dermatit oluştuğu saptanmıştır. Lieratrde yapılan pek çok çalışmada da beslenme desteği ve parenteral /tüple beslenme ile dermatit açılma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (12,13,35,48).

Çalışmamız sonucuna göre, beslenme biçiminin fekal inkontinans nedeniyle perineal dermatit oluşan bölge sayısını (Tablo 19) etkilemediği, diaper grubundaki hastaların beslenme biçimlerinin sol kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddetini etkilediği, diaper grubundaki tüm hastaların diğer bölgelerindeki ve perianal torba grubundaki tüm hastaların tüm bölgelerindeki perineal dermatit şiddetini etkilemediği saptanmıştır (Tablo 20).

4.4.3. Yaşın Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda, perianal torba grubundaki hastaların yaş gruplarına göre dermatit oluşma durumu arasındaki fark yapılan Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=5.40$, $p=0.14$, $p>0.05$) (Tablo 21).

Derinin durumu tüm yaş grupları, ırk ve cinsiyetten etkilenir (63). İnkontinans dermatitleri ise her yaşta oluşabilir, özellikle de çocuk ve yaşlı bireyler daha fazla risk altındadır (54). Epidermal yenilenmede azalmanın olduğu, sebumun doğal koruyuculuğunun azaldığı, subkutan doku kaybının görüldüğü, cildin yağ ve elastikiyetini kaybettiği yaşlılarda perineal dermatit riski daha yüksektir (28,35,41,42,44,52). Yaşlanma skrotum korneumun koruyucu özelliğini etkiler. Çünkü yaşlılarda, skrotum korneumun ve onun koruyucu fonksiyonu daha yavaş yenilenir. Bu durum yaşlılarda herhangi bir irritasyon ve bu irritasyonun tekrarlarına maruz kalındığında deri hasarı için daha büyük riske neden olur (42,44,53). Yaşlanan deri, özellikle idrar veya dışkı gibi yüzey iritanlarına uzun süre maruz kalmadan kaynaklanan hasara hassastır (35). Çalışmamız sonucuna göre perianal torbanın uygulandığı perianal torba grubunda yaş gruplarının dermatit açılma durumunu etkilemediği söylenebilir. Bliss ve arkadaşları tarafından yapılan (2007) bir çalışmada bakımevinde kalan bireylerin %51'inde inkontinans dermatitinin bulunduğu, bu sakinlerin çoğunun yaşlı (%96- 65 yaş ve üstü) olduğu saptanmıştır (14). Bliss ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada ise inkontinansa bağlı dermatit oluşan bireylerin % 88'inin 89 yaşından daha genç olduğu, %48'inin üriner + fekal inkontinanslı olduğu saptanmıştır (40). Yapılan çalışmalar genellikle emici inkontinans ürünü kullanan bireylerle yürütülmüştür. Bizim çalışmamızda da diaper kullanan hastaların tümünde perineal dermatit oluştuğu saptanmış olup, çalışmamızın örneklemini oluşturan 30 hastanın 23'ünün 60 yaş ve üstü bireylerden

oluştugu, perianal torba grubunda perineal dermatit açılan hastaların ise büyük çoğunluğunu 60 yaş ve üstü hastaların oluşturduğu görülmektedir (Tablo 21).

Çalışmamız sonucunda hem perianal torba hem de diaper grubunda (Tablo 22) yaş gruplarının perineal dermatit oluşma süresini etkilemediği söylenebilir.

Çalışmamızda perianal torba ve diaper grubundaki hastaların yaş gruplarına göre perineal dermatit açılan bölge sayısı ve vücut bölgelerinde perineal dermatit şiddeti dağılımı incelenmiş, perianal torba ve diaper grubundaki tüm hastaların yaş gruplarının perineal dermatit açılan bölge sayısını (Tablo 23) ve değerlendirilen tüm vücut bölgelerindeki (sakrum, sağ ve sol kalça, sağ ve sol kasık, sağ ve sol uyluk, skrotum) perineal dermatit şiddetini değiştirmedeği saptanmıştır (Tablo 24). Sonuç olarak hem perianal torba hem diaper grubundaki hastaların yaş gruplarının fekal inkontinans nedeniyle perineal dermatit oluşan bölge sayısını ve perineal dermatit oluşma şiddetini etkilemediği söylenebilir. Tüm bu sonuçlar H_8 hipotezini doğrulamamaktadır.

4.4.4. Cinsiyetin Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda perianal torba grubundaki hastaların cinsiyetine göre dermatit oluşma durumu arasındaki fark yapılan Ki-kare testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0.15$, $p=1.00$, $p>0.05$) (Tablo 25).

Bliss ve arkadaşları tarafından yapılan (2007) bir çalışmada bakımevinde kalan bireylerin %51'inde inkontinans dermatitinin bulunduğu, bu bireylerin çoğunun kadın (%80.1) olduğu saptanmıştır (14). Bliss ve arkadaşları tarafından (2006) yapılan bir başka çalışmada ise inkontinansa bağlı dermatit oluşan bireylerin %76'sının kadın, %48'inin çift inkontinanslı olduğu saptanmıştır (40). Bizim çalışmamızda da kadınlarda daha yüksek oranda perineal dermatit açıldığı saptanmış ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamız sonucunda

perianal torba uygulamasında cinsiyetin perineal dermatit oluşmasını etkilemediği söylenebilir.

Çalışmamız sonucunda hem perianal torba hem de diaper grubunda, cinsiyetin fekal inkontinans nedeniyle perineal dermatit oluşma süresini etkilemediği saptanmıştır (Tablo 26).

Çalışmamızda perianal torba ve diaper grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre perineal dermatit oluşan bölge sayısı ve vücut bölgelerinde perineal dermatit şiddeti dağılımı incelenmiş, perianal torba ve diaper grubundaki tüm hastaların cinsiyetlerinin, perineal dermatit oluşan bölge sayısını (Tablo 27) ve değerlendirilen tüm vücut bölgelerindeki (sakrum, sağ ve sol kalça, sağ ve sol kasık, sağ ve sol uyluk, skrotum) perineal dermatit şiddetini değiştirmedeği saptanmıştır (Tablo 28)

Çalışmamızın sonucuna göre cinsiyetin fekal inkontinans nedeniyle perineal dermatit oluşma süresini, dermatit oluşan bölge sayısını ve perineal dermatit oluşma şiddetini etkilemediği söylenebilir. Tüm bu sonuçlar H₀ hipotezini doğrulamamaktadır.

4.4.5. Defekasyon Sayısının Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi

Çoklu hastalığa sahip olan bireylerde ve immobil hastalarda dışkılama sıklığı deri hasarı için yüksek risk oluşturur (76).

Çalışmamızda perianal torba grubundaki hastaların defekasyon sayısı ortalaması 7.06, diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısı ortalaması 4.26 bulunmuştur (Tablo 5). Diaper grubundaki hastaların tümünde, perianal torba grubundaki hastaların ise %66.7'sinde perineal dermatit oluşmuştur. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (Tablo 9). Perianal torba grubundaki hastaların defekasyon sayısı, diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısından fazla olmasına rağmen perineal dermatit oluşma oranı perianal torba grubunda daha

düşüktür. Bu sonuç perianal torba kullanımının perineal dermatit oluşumunu daha fazla önlediğini göstermektedir.

Perianal torba grubunda dermatit oluşan hastaların defekasyon sayısı ortalaması 6.30 olup, dermatit oluşmayan hastaların defekasyon sayısı ortalaması 8.60 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların dermatit oluşma durumuna göre defekasyon sayısı ortalamaları arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır (U= 18.00, p= 0.38, p>0.05) (Tablo 29).

Görüldüğü gibi çalışmamızda perianal torba grubunda perineal dermatit oluşmayan hastalardaki defekasyon sayısı, perineal dermatit oluşan hastaların defekasyon sayısından daha fazladır. Bu sonucun perianal torba grubundaki hastalarda perianal torba kullanılmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde inkontinansın sıklığı ve volümünün artışı ile perineal deriyi nemli tutan bir ped veya külot gibi bir toplama aracı kullanımının deri hasarı riskini daha da arttırdığı belirtilmektedir (35,37,38,39,48,63,78). Ayrıca defekasyon sıklığı azalmaz ve emici inkontinans ürünleri hemen değiştirilmezse, emici ürünlerin feçes ve idrarı tutması nedeniyle emici ürünün cilde temas ettiği çok kısa bir süre içinde deri yaralanmaları gelişebildiği belirtilmekte olup bazı literatürlerde bu nedenle hasta bezi tavsiye edilmediği görülmektedir (7). Bizim çalışmamızda da diaper (hasta bezi) kullanan hastaların tümünde perineal dermatit oluşması literatür bilgisini destekler niteliktedir.

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile dermatit oluşma günü arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon analizi sonucunda;

Perianal torba grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile dermatit oluşma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r = 0.486$, $p = 0.15$, $p > 0.05$) (Tablo 30).

Diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile dermatit oluşma günü arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r = 0.025$, $p = 0.93$, $p > 0.05$) (Tablo 30).

Çalışmamız sonucuna göre; defekasyon sayısı farklı olan hastalarda fekal inkontinans nedeniyle perineal dermatit oluşma süresi arasında herhangi bir ilişki olmadığı söylenebilir.

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Spearman's Korelasyon analizi sonucunda;

Perianal torba grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = 0.637$, $p = 0.04$, $p < 0.05$) (Tablo 31). Bu sonucu perianal torba grubundaki hastalarda perianal torbanın gaita ile dolduktan (özellikle yumuşak ve sert gaita ile) sonra değiştirilmesinin ve yumuşak ve sert biçimli gaita çıkışında torbanın daha sık yerinden ayrılmasının etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r = -0.416$, $p = 0.12$, $p > 0.05$) (Tablo 31).

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile vücut bölgelerinde perineal dermatit oluşma şiddeti arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon analizi sonucunda;

Perianal torba grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile sakrum ($r = -0.253$, $p = 0.36$, $p > 0.05$), sol kalça ($r = -0.167$, $p = 0.55$, $p > 0.05$), sağ kalça ($r = 0.438$, $p = 0.10$,

$p>0.05$), sağ kasık ($r = 0.435, p=0.10, p>0.05$), sol kasık ($r = 0.435, p=0.10, p>0.05$) bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 32).

Diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile sakrum ($r = 0.438, p=0.10, p>0.05$), sol kalça ($r = -0.091, p=0.74, p>0.05$), sağ kalça ($r = 0.177, p=0.52, p>0.05$), sol kasık ($r = 0.094, p=0.74, p>0.05$), sol uyluk ($r = -0.375, p=0.16, p>0.05$), sağ uyluk ($r = -0.375, p=0.16, p>0.05$), skrotum ($r = -0.375, p=0.16, p>0.05$), bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 32).

Çalışmamız sonucuna göre defekasyon sayısı farklı olan hastalarda fekal inkontinans nedeniyle perineal dermatit oluşma şiddeti arasında herhangi bir ilişki olmadığı söylenebilir. Bu sonuçlar H_{10} hipotezini doğrulamamaktadır.

4.4.6. Gaita Kıvamının Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi

Deri ıslaklığı ve nem, diaper dermatitin gelişmesine katkıda bulunan önemli bir faktördür (86). İnkontinanslı hastalardaki aşırı nem; idrar, ter veya sıvı dışkıyı içeren birkaç kaynaktan oluşabilir (36,37,41,61). Nem, sürtünme katsayısını artırabilir, epidermin elastikiyetini değiştirebilir. Bu durumda deri eksternal faktörlere korunmasız kalır (28,37,40,43,61,86). Sıvı dışkı sıklığının ve irritasyona maruz kalma süresinin perineal deri yaralanmasının bir nedeni olabileceği literatürde belirtilmiştir (4,63,64,84). Sıvı dışkıdan veya kaçırılan idrardan kaynaklanan neme maruz kalma ise derinin yüksek hidrasyonda olduğunu, mikroorganizmalar tarafından istilaya daha fazla hassas olduğunu düşündürmektedir (13,34,37,72).

Dışkı (özellikle sıvı dışkı) daima deriyi irrite eden ve aşındıran sindirim enzimleri içerir (33,34,36,38,40,41,42,48,52,54,61,62,64,72,74,78,86). İdrar ve sıvı dışkıya maruz kalma pH'ı 6 veya daha yükseğe çıkarır, dolayısı ile dermatit için risk

artar (37). İnkontinansla ilgili deri hasarı oluşma riski ve ciddiyeti katı dışkıya göre sıvı dışkıda daha fazladır (36,37). Özellikle sıvı dışkıdaki fekal enzimler, metabolik atık ürünler, idrarla birleştiği zaman deri hasarına katkıda bulunan pH alkale olur (36).

Çalışmamızda perianal torba grubunda dermatit oluşan hastaların sıvı gaita sayısı ortalaması 4.00 olup, dermatit oluşmayan hastaların sıvı gaita sayısı ortalaması 3.80 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların dermatit oluşma durumuna göre sıvı gaita sayısı ortalamaları arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır ($U= 22.00$, $p= 0.70$, $p>0.05$) (Tablo 33). Çalışmamızda sıvı gaita sayısı ortalamasının perineal dermatit oluşumunu değiştirmedeği saptanmış olup perianal torbanın gaita ile perineal derinin temasını önlemesinin bu sonucu etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca literatürdeki çalışmalar ve bilgiler genellikle diaper (hasta bezi) kullanan hastalara yöneliktir. Bizim çalışmamızda da diaper (hasta bezi) kullanan hastaların tümünde perineal dermatit açılması bu bilgileri destekler niteliktedir.

Perianal torba grubunda dermatit oluşan hastaların yumuşak gaita sayısı ortalaması 1.50 olup, dermatit oluşmayan hastaların yumuşak gaita sayısı ortalaması 4.80 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların dermatit oluşma durumuna göre yumuşak gaita sayısı ortalamaları arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmuştur ($U= 7.00$, $p= 0.02$, $p<0.05$) (Tablo 33). Literatürde genellikle sıvı dışkının perineal dermatit oluşumu üzerinde durulmuş, inkontinansla ilgili deri hasarı oluşma riski ve ciddiyetinin katı dışkıya göre sıvı dışkıda daha fazla olduğu belirtilmiştir (36,37). Bunun yanında yumuşak dışkının perineal dermatit üzerindeki etkisine değinilmemiştir. Çalışmamızda perineal dermatit oluşmamış hastalarda yumuşak gaita ortalamasının daha fazla

olması, yumuşak gaitada perineal torbanın etkin kullanılabilirdiğini düşündürmektedir.

Perianal torba grubunda dermatit oluşan hastaların sert gaita sayısı ortalaması 0.90 olup, dermatit oluşmayan hastaların sert gaita sayısı ortalaması 0.00 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların dermatit oluşma durumuna göre sert gaita sayısı ortalamaları arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır ($U= 17.50, p= 0.18, p>0.05$) (Tablo 33).

Çalışma sırasında katı gaitanın perianal torbadan kolaylıkla drene olmadığı ve katı gaitalama sonrasında torbanın kolaylıkla yerinden ayrıldığı ve daha sık torba değişimi gerektirdiği gözlenmiştir. Fakat araştırmaya katılan hastalarda daha az oranda katı defekasyon görülmesinin sonucu etkilemediği düşünülmektedir.

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların gaita kıvamı ile perineal dermatit oluşma günü arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon analizi sonucunda;

Perianal torba grubundaki hastaların sıvı gaita sayısı ile perineal dermatit oluşma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r =0.323, p= 0.36, p>0.05$). Diaper grubundaki hastaların sıvı gaita sayısı ile perineal dermatit oluşma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r = -0.211, p= 0.45, p>0.05$) (Tablo 34).

Perianal torba grubundaki hastaların yumuşak gaita sayısı ile perineal dermatit oluşma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r =0.484, p= 0.15, p>0.05$). Diaper grubundaki hastaların yumuşak gaita sayısı ile perineal dermatit oluşma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r = 0.349, p= 0.20, p>0.05$) (Tablo 34).

Perianal torba grubundaki hastaların sert gaita sayısı ile perineal dermatit oluşma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r =0.090, p= 0.80, p>0.05$).

Diaper grubundaki hastaların sert gaita sayısı ile perineal dermatit oluşma günü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r = 382$, $p = 0.16$, $p > 0.05$) (Tablo 34).

Çalışmamız sonucuna göre gaita kıvamının dermatit oluşma süresini etkilemediği söylenebilir. Literatürde, inkontinansın kontrol edilmediği durumlarda perineal bölgenin tahriş edici sulu gaitayla temasın birkaç dakikası içinde dermatit gelişebileceği (51), diyare şeklinde fekal inkontinansın yüzeysel deri iritasyonundan ciddi perineal dermatitlere kadar ilerleyebildiği belirtilmiştir (6). Çalışmamız sırasındaki birtakım gözlem ve değerlendirmeler incelendiğinde; perianal torba grubundaki hastalardan birinde diyarenin perianal torba ile 2 gün kontrol altında tutulabildiği gözlemlenmiş, 3. günde hastada diyare görülmemiş fakat gece hastanın diyaresi tekrar başlamış ve hastanın perianal torbası yerinden hasta yakınları tarafından çıkarılmıştır. Hasta perianal torbasızken 9 kez bol miktarda diyare şeklinde defekasyona çıkmıştır. Ertesi gün hastanın perianal bölgesi değerlendirildiğinde geniş bir alanda perineal dermatit görülmüştür. Diaper grubundaki bir hastanın ise birinci gün 1 kez, 2. gün 6 kez olmak üzere diyare şeklinde dışkıladığı gözlemlenmiş, bunun sonucunda hastada 2.günde sol kalça bölgesinde “Orta kızarıklık (pembe deri)”, skrotum bölgesinde “Daha Yoğun Kızarıklık (derin pembelikte/kırmızı)” şeklinde perineal dermatit gözlenmiştir. Diğer bir hasta ise izlem süresinin 3. gününde 3 kez diyare biçimli defekasyona çıkmış ve hastada 3. günde sağ kalça, sol kalça ve sakrum bölgelerinde “Orta kızarıklık (pembe deri)” düzeyinde perineal dermatit gözlenmiştir. Bu gözlemsel sonuçlar literatürde belirtildiği gibi diyarenin perineal deriyi çok kısa bir sürede ve ciddi ölçüde etkilediğini destekler niteliktedir.

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların gaita kıvamı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Spearman's Korelasyon analizi sonucunda;

Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların sıvı,yumuşak ve sert gaita sayısı ile perineal dermatit oluşan bölge sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 35).

Çalışmamız sonucuna göre gaita kıvamının perineal dermatit oluşan bölge sayısını etkilemediği söylenebilir.

Çalışmamız sonucuna göre, genel olarak gaita kıvamının perineal bölgedeki perineal dermatit şiddetini etkilemediği, sadece perianal torba grubunda sıvı gaita sayısı ile sağ kalça bölgesindeki dermatit şiddetiyle pozitif yönde ilişkili olduğu, yumuşak gaita sayısı ile de sol kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti arasında negatif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 36). Hastaya verilen pozisyonun bu sonuçla bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

4.4.7. Gaita pH'nın Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi

Normal deri hafif asidik pH'a sahiptir (pH yaklaşık 5.5' dir). Dışkı, ince bağırsak enzimleri ve sindirilmemiş besinlerle ince bağırsaktan hızlı olarak geçtiğinde deri yaralanması riskini arttıran normal pH'dan daha yüksek pH'a sahip olur. Yükselen pH, derinin koruyucu özelliğini etkiler. Fekal inkontinansa birlikte fekal enzimler ve idrardan çıkan ürenin birleşimi, derinin pH'ını alkalen yönde değiştirir ve bakteri yayılımına karşı koruyan derinin asit bariyerini elimine eder (72).

Literatürde yüksek pH'lı sindirim enzimlerinin daha ciddi deri değişiklikleriyle ilişkili olduğu (36,42,52,54,63,64,72,74,78), uzun süre terlemeye, idrar ve fekal inkontinansa maruz kalan perineal derinin alkaline olmaya eğilimli

olduğu tüm bunların da hastada dermatit veya bakteriyel proliferasyon riskini arttırdığı belirtilmiştir (33,34,35,37,38,39,41,43,48,54,61). Çalışmamızda perianal torba grubundaki hastaların gaita pH'ının perineal dermatit oluşumunu değiştirmediği saptanmış (Tablo 37) olup perianal torba grubundaki hastaların gaita pH ortalamasının asitik özellikte olmasının ve perianal torbanın gaita ile perineal deri temasını önlemesinin bu sonucu etkilediği düşünölmektedir.

Literatürde diaper altındaki derinin yüksek bir pH'ının fecal-enzim aktivitesini arttırabildiği, derinin abrazyon, irritasyon ve infeksiyonlara daha fazla hassaslaşabildiği (13,32), inkontinans bulunmasa da inkontinansı toplayan bir hasta bezi altında terlemeyle oluşan nem ile perineal derinin uzun süre temasının irritan dermatitler için riski arttıran pH'ı yaklaşık 7.0-7.5'e yükselttiği, terlemeyle birlikte idrar ve sıvı dışkıya maruz kalmanın ise pH'ı 8.0 veya daha yükseğe çıkarabildiği, çoklu faktörlerin alkali özelliğe katkıda bulunduğu, tüm bunların da perineal dermatit riskini arttırdığı belirtilmektedir (33,34,35,37,41,48,54).

Yenidoğanlarda yapılan çalışmalarda nemlilik ile diaper dermatiti arasındaki ilişki, deri pH'ı ile diaper dermatiti arasındaki ilişkidenden daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte her ikisi diaper dermatiti ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur (86). Yapılan çalışmalarda diaper çevresinin pH'ındaki bir artmanın deri hasarına yol açabilen fekal proteazların ve lipazların aktivitelerini arttırarak, diaper dermatitin etyolojisinde rol oynayabileceği ileri sürölmüştür (86). Berg ve arkadaşları bebeklerde inkontinansa ilişkin dermatit gelişiminde nem ve pH'ın etkisini belirlemek için 4 klinik deneyden verileri birleştirmişlerdir. Aly's grubunun sonuçlarıyla uyumlu olarak onlar bir diaperle kaplanmış derinin havaya açılmış deriden daha yüksek pH'a sahip olduğunu bulmuşlardır. Nemin inkontinansa ilişkin

dermatitle asıl faktör olarak ortaya çıkmasına rağmen bir alkalen pH, inkontinansa ilişkin dermatit gelişmesinin artan bir olasılığıyla daima ilgili bulunmuştur (35).

Bizim araştırmamızda da diaper (hasta bezi) kullanan hastaların gaita pH'ı ortalaması asitik (6.44) özellikte olmasına rağmen diaper (hasta bezi) kullanan hastaların tümünde perineal dermatit oluşması literatür bilgilerini destekler niteliktedir.

Çalışmamız sonucuna göre, perianal torba ve diaper grubundaki hastaların gaita pH'ının, perineal dermatit oluşma süresini (Tablo 38), dermatit oluşan bölge sayısını (Tablo 39) ve dermatit şiddetini (Tablo 40) etkilemediği saptanmıştır. Tüm bu sonuçlar H₁₂ hipotezini doğrulamamaktadır.

4.4.8. Torba Çıkma Durumunun Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi

Deri nemi, derideki kalıntılar, ödem ve hastanın anatomisi perianal torbanın etkili yapışmasını ve bu yapışıklığın sürdürülmesini engelleyebilir. Özellikle yatakta kayan hasta, perianal inkontinans torbasının yapışıklığını bozarak ayrılmasına neden olabilir (32). Bizim çalışmamızda da hastanın durumuna, defekasyon sayısı, yoğunluğu ve biçimine göre değişmekle birlikte uygulanan perianal torbalar yaklaşık 24-48 saat yapışık kalabilmiştir. Fakat araştırmacının geceleri hasta yanında bulunamamasından dolayı gece yerinden ayrılan perineal torbalar hasta yakınları tarafından kaydedilmiştir. Literatürde perianal torbaların doğru uygulanması durumunda ortalama 24 -48 saat yapışık kalabildiği hatta güvenli kullanımın 5 ila 6 gün sürebildiği belirtilmektedir (7,15,25). Vulhop ve arkadaşları da uyguladıkları perianal torbaların ortalama 24 ile 48 saat yapışık olarak kalabildiğini belirtmişlerdir (83).

Perianal torbaların yerinden ayrılırken / çıkarılırken yapışkan bariyerin travmatik olarak kaldırılmasıyla deri hasarı, deri yırtılması ve abrazyon yaralanmaları oluşabileceği literatürde belirtilmektedir (32). Çalışmamızda perianal torba grubundaki bir hastada 6. günde sakrum bölgesinde “Daha yoğun kızarıklık (derin pembelik/kızarıklık)” şiddetinde torbanın yapışma bölgesinin altında perineal dermatit gözlenmiştir. Bu hastada perineal torba araştırıcının değerlendirilmesinden yarım saat önce personel tarafından çıkarılmıştır. Bu sonucun torbanın uygun çıkarılmamasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda perianal torba grubunda torba çıkmayan hastaların %40.0’ında perineal dermatit olduğu, %26.7’sinde oluşmadığı, torba çıkan hastaların %26.7’sinde perineal dermatit dermatit olduğu, %6.6’sında oluşmadığı saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastalarda torba çıkma durumuna göre dermatit oluşma durumu arasındaki fark yapılan Fisher’s Kesin Ki-Kare testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0.43$, $p=0.60$, $p>0.05$) (Tablo 41). Çalışma sonucuna göre perianal torbanın yerinden çıkmasının perineal dermatit oluşumunu etkilemediği söylenebilir.

Perianal torba grubunda torba çıkmayan hastalarda dermatit oluşma gün ortalaması 5.83, çıkan hastalarda 7.25 olarak saptanmıştır. Perianal torba grubundaki hastaların torba çıkma durumuna göre dermatit oluşma günü ortalamaları arasındaki fark yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı bulunmamıştır ($U= 8.00$, $p= 0.38$, $p>0.05$) (Tablo 42).

Çalışma sonucuna göre perianal torbanın yerinden çıkmasının perineal dermatit oluşma süresini etkilemediği söylenebilir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Fekal inkontinansı kontrol altına almada kullanılan iki farklı ürünün perineal dermatit oluşumuna etkisini incelemek amacı ile yapılan araştırma bulgularına göre;

Perianal torba grubundaki hastaların %40.0'ının 60-71 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 71.46 ± 9.98 yıl olduğu, diaper grubundaki hastaların %33.3'ünün 46-59 yaş, %33.3'ünün 72-77 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 68.73 ± 13.00 yıl olduğu bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan perianal torba ve diaper grubundaki hastaların yaş, cinsiyet ve beslenme biçimi yönünden homojen dağılım gösterdikleri belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba ve diaper grubundaki hastaların izlem süresi boyunca defekasyon sayısı, gaita kıvamı, gaita pH'ı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba ve diaper grubundaki hastaların kullanılan inkontinans ürünü sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba ve diaper grubundaki hastaların dermatit oluşma durumları, dermatit oluşma günleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba ve diaper grubundaki hastaların dermatit oluşan bölge sayısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba ve diaper grubundaki hastaların sağ kalça ve sol kalça bölgelerindeki perineal dermatit şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0.05$), sakrum, sağ ve sol kasık, sağ ve sol uyluk, skrotum bölgesindeki perineal dermatit şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba ve diaper grubundaki hastaların hareket düzeylerine göre dermatit oluşma durumları, dermatit oluşma gün ortalamaları, dermatit oluşan bölge sayısı ortalamaları, perineal dermatit şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba grubundaki hastaların beslenme biçimlerine göre dermatit oluşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba grubundaki hastaların beslenme biçimlerine göre dermatit oluşma gün ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ($p>0.05$) ancak diaper grubundaki hastaların beslenme biçimlerine göre dermatit oluşma gün ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba ve diaper grubundaki beslenme biçimlerine göre dermatit oluşan bölge sayısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba grubundaki hastaların beslenme biçimlerine göre sol kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ($p>0.05$) ancak diaper grubundaki hastaların beslenme biçimlerine göre sol kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba ve diaper grubundaki hastaların yaş gruplarına göre dermatit oluşma durumları, dermatit oluşma gün ortalamaları, dermatit oluşan bölge sayısı ortalamaları, perineal dermatit şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba ve diaper grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre dermatit oluşma durumları, dermatit oluşma gün ortalamaları, oluşan bölge sayısı ortalamaları, perineal dermatit şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba grubundaki hastaların dermatit oluşma durumlarına göre defekasyon sayısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Araştırma kapsamına alınan perianal torba ve diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile dermatit açılma günü, perineal dermatit şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Araştırma kapsamına alınan perianal torba grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile dermatit oluşan bölge sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ($p<0.05$) fakat diaper grubundaki hastaların defekasyon sayısı ile dermatit oluşan bölge sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba grubundaki hastalarda perineal dermatit oluşma durumuna göre sıvı ve sert gaita sayısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ($p>0.05$) ancak perineal dermatit oluşma durumuna göre yumuşak gaita sayısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba ve diaper grubundaki hastaların gaita kıvamı ile perineal dermatit oluşma günü ve dermatit oluşan bölge sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba grubundaki hastaların sıvı gaita sayısı ile sakrum, sol kalça, sağ ve sol kasık bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış ($p>0.05$) ancak perianal torba grubundaki hastaların sıvı gaita sayısı ile sağ kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırma kapsamına alınan diaper grubundaki hastaların sıvı gaita sayısı ile sakrum, sol ve sağ kalça, sol kasık, sol ve sağ uyluk, skrotum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba grubundaki hastaların yumuşak gaita sayısı ile sakrum, sağ kalça, sağ ve sol kasık bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış ($p<0.05$) ancak perianal torba grubundaki hastaların yumuşak gaita sayısı ile sol kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddeti arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırma kapsamına alınan diaper grubundaki hastaların yumuşak gaita sayısı ile sakrum, sol ve sağ kalça, sol kasık, sağ ve sol uyluk, skrotum bölgesindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba ve diaper grubundaki hastaların sert gaita sayısı ile tüm vücut bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba grubundaki hastaların dermatit oluşma durumlarına göre gaita pH'ı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan perianal torba ve diaper grubundaki hastaların gaita pH'ı ile perineal dermatit oluşma günü ve dermatit oluşan bölge sayısı, perineal

dermatit şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Sonuç olarak;

- Perianal torba uygulanan hastalarda, diaper uygulanan hastalara oranla daha az perineal dematit oluştuğu,
- Perianal torba uygulanan hastalarda diaper uygulanan hastalara göre daha uzun sürede perineal dermatit oluştuğu,
- Perianal torba ve diaper kullanımının sakrum, sağ ve sol kasık, sağ ve sol uyluk ve skrotumdaki gelişen perineal dermatitin şiddetini etkilemediği bunun yanında perianal torba veya diaper kullanımının sağ ve sol kalçada gelişen perineal dermatitin şiddetini etkilediği,
- Beslenme biçimi farklı olan hastalarda perianal torba kullanımının perineal dermatit oluşma süresini etkilemediği ancak diaper kullanan hastalarda beslenme biçiminin perineal dermatit oluşma süresini etkilediği, diaper kullanan ve NGT ile beslenen hastalarda daha kısa sürede dermatit oluştuğu,
- Perianal torba kullanımda beslenme biçiminin sol kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddetini etkilemediği ancak diaper kullanımında beslenme biçiminin sol kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddetini etkilediği,
- Perianal torba kullanımında sıvı ve sert gaita sayısının perineal dermatit oluşumunu etkilemediği, yumuşak gaita sayısının perineal dermatit oluşumunu etkilediği,
- Perianal torba kullanımında sıvı gaita sayısı ile sakrum, sol kalça, sağ ve sol kasık bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti ile ilişkili olmadığı ancak sıvı gaita sayısı arttıkça sağ kalça bölgesindeki perineal dermatit şiddetinin arttığı,

- Perianal torba kullanımında yumuşak gaita sayısı ile sakrum, sağ kalça, sağ ve sol kasık bölgelerindeki perineal dermatit şiddeti arasında ilişki olmadığı ancak perianal torba kullanımında yumuşak gaita sayısı arttıkça perineal dermatit şiddetinin azaldığı saptanmıştır.

İstatistiksel bulguya dayanmamakla birlikte araştırmanın yürütülmesi sırasında araştırmacı tarafından aşağıdaki durumlar gözlenmiştir;

- Perianal torbaların bilinci açık hastalar tarafından kullanılmak istenmediği (İç çamaşırı giyilmemesi ve üzerlerinin açılması endişesi ile),
- Perianal torbaların özellikle diyarenin kontrol altına alınmasını ve diyareli hastanın bakımını kolaylaştırdığı,
- Özellikle sert kıvamlı defekasyonda, gaitanın perianal torbayı itmesi nedeniyle torbanın daha sık yerinden ayrıldığı,
- Sert ve yumuşak kıvamlı defekasyonda gaitanın perianal torbaya drenajının zorlaştığı ve bu nedenle bu tür defekasyonlardan sonra torbanın dolduğu durumda hemen değiştirilmesinin gerektiği,
- Perianal torba kullanımında hastanın perianal bölgesinde terleme nedeniyle sık ıslaklık olduğunda etkin kullanılmadığı,
- Vücut sıcaklığı yüksek hastalarda perianal torbanın perianal bölgeye yapışma özelliğinin arttığı,
- Perianal torbanın etkin kullanımı için torbanın uygulanmadan önce bölgenin iyi temizlenmesi ve kurulanması gerektiği,
- Özellikle eğitim düzeyi yüksek hasta yakınları tarafından perianal torbanın tercih edildiği,

- Perianal torbanın gaita miktarının ve içeriğinin gözlenmesini kolaylaştırdığı gözlemlenmiştir.

5.2. ÖNERİLER

Fekal inkontinansı kontrol altına almada kullanılan iki farklı bakım ürününün perineal dermatit oluşumuna etkisini incelemek amacı ile yapılan bu araştırma sonuçları doğrultusunda şunlar önerilmektedir:

1. Perianal torba kullanımının diaper uygulanan hastalara oranla perineal dermatit oluşumunu azaltması ve daha uzun sürede dermatit oluşmasına neden olması göz önünde bulundurularak, hastanın yaşam kalitesini yükselteceği, hemşirenin iş yükünü azaltacağı düşünülerek perineal dermatitlerin önlenmesinde ve fekal inkontinansın kontrol altına alınmasında yeni bir bakım ürünü olarak kullanılması,
2. Perianal torba ve diaper kullanımının perineal dermatit oluşumuna etkisinin incelendiği daha geniş örneklemlerle çalışmalar yapılması,
3. Perianal torba ve diaper kullanımında bakım verenlerin ve hastaların memnuniyetinin belirlendiği çalışmalar yapılması,
4. Yapılacak çalışmalarda fekal inkontinansı kontrol altına almada perianal torba ve diaper kullanımı ile diğer bakım ürünlerinin etkinliklerinin karşılaştırılması,
5. Perianal torbanın yapıştırıldığı anal bölge dışında kalan sakrum, kalçalar vb. fekal materyalle bulaşma riski olan yatak yaralarının iyileşmesindeki etkinliğinin incelendiği çalışmalar yapılması,
6. Hemşirelerin için fekal inkontinansı kontrol altına almada kullanılan ürünler ve perineal dermatitlerin önlenmesi ve bakımı konusunda eğitim etkinliklerinin düzenlenmesi önerilmektedir.

ÖZET

FEKAL İNKONTİNANSLI HASTALARDA İKİ FARKLI BAKIM ÜRÜNÜNÜN PERİNEAL DERMATİT OLUŞUMUNA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırma, fekal inkontinansı kontrol altına almada kullanılan iki farklı ürünün (perianal torba ve diaper) perineal dermatit oluşumuna etkisini incelemek amacıyla yapılmış prospektif yarı deneysel bir çalışmadır.

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji ve Nöroşirurji Kliniklerinde ve Gürçeşme Zübeyde Hanım Huzurevi'nde 01/07/2006 ve 30/7/2007 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini yatağa bağımlı, fekal inkontinansı olan, üriner kateteri bulunan, perineal bölgesinde deri bütünlüğü korunmuş olan/ perineal dermatiti olmayan, deri bakım ürünlerine yönelik bilinen allerjik deri öyküsü ve diyabeti olmayan ve randomize kontrollü örnekleme tekniği ile seçilen 30 hasta (perianal torba grubu=15 kişi, diaper grubu=15 kişi) oluşturmuştur. Perianal torba grubundaki hastalara perianal torba, diaper grubundaki hastalara diaper (hasta bezi) uygulanmıştır. Her iki gruptaki hastalar maksimum 15 gün süreyle perineal dermatit oluşumu açısından izlenmiş, ancak bu süre içerisinde perineal dermatitin oluştuğu günde hasta izlemine son verilmiştir.

Veriler , “Hasta Tanıtım Formu”, “ Hasta İzlem Formu”, “Perineal Cilt Bütünlüğü Değerlendirme Formu” ile toplanmıştır. Hastaların perineal cilt bütünlüğü diaper grubundaki hastalarda her gün, perianal torba grubundaki hastalarda ise anal bölge dışındaki bölgeler hergün anal bölge ise torba değişimi sırasında torba çıkarıldıktan 20 dakika sonra değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmesi, sayı, yüzde, Ki-Kare, Fisher's Kesin Ki-Kare,

Spearman's Korelasyon, Kruskal-Wallis ve Mann Whitney U Testi kullanılarak yapılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan perianal torba ve diaper grubundaki hastaların dermatit oluşma durumları, dermatit oluşma günleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların dermatit oluşan bölge sayısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Perianal torba ve diaper grubundaki hastaların sağ kalça ve sol kalça bölgelerindeki perineal dermatit şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0.05$), sakrum, sağ ve sol kasık, sağ ve sol uyluk, skrotum bölgelerindeki perineal dermatit şiddetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç olarak, perianal torba uygulanan hastalarda, diaper uygulanan hastalara oranla daha az oranda ve daha uzun sürede perineal dermatit oluştuğu, perianal torba ve diaper kullanımının sakrum, sağ ve sol kasık, sağ ve sol uyluk ve skrotumda gelişen perineal dermatitin şiddetini etkilemediği bunun yanında sağ ve sol kalçada gelişen perineal dermatitin şiddetini etkilediği saptanmıştır.

Sonuç olarak perianal torbalar, perineal dermatitleri önlemek amacıyla fekal inkontinanslı hastalarda yeni bir bakım ürünü olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: fekal inkontinans, perineal dermatit, perianal torba, diaper

ABSTRACT

THE INVESTIGATION OF THE EFFECT OF TWO DIFFERENT CARE PRODUCTS ON PERINEAL DERMATITIS IN PATIENTS WITH FECAL INCONTINENCE

This research is a prospective semi-experimental study which is carried out to investigate the effects of two distinct products (perianal pouch and diaper) used to manage fecal incontinence, on the occurrence of dermatitis.

Research was conducted in Neurology and Neurosurgery Clinics of Ege University Medical Faculty Hospital and Gürçeşme Zübeyde Hanım Rest Home between the dates of 01 July 2006 and 30 July 2007. Thirty bedridden patients who were selected through a randomized controlled sampling technique (perianal pouch group = 15 individuals, diaper group = 15 individuals) who had fecal incontinence, who had urinary catheter, whose skin integrity on the perineal region was protected, without perineal dermatitis, had not a known allergic skin history toward skin care products and diabetes mellitus, comprised the sampling of the research. In the perianal pouch group perineal pouches and in the diaper group diapers were used. The patients in both groups were observed for maximum 15 days in terms of formation of perineal dermatitis; however, during this period on the day perineal dermatitis was formed patient monitoring was terminated.

Data were collected with “Patient Identification Form”, “Patient Observation Form” and “Perineal Skin Integrity Assessment Form”. In diaper group the perineal skin integrity of patients was evaluated every day, in perianal pouch group areas other than the anal region were evaluated every day but the anal region was evaluated during pouch replacement time and after 20 minutes following the removal

of the pouch. The statistical assessment of the data was performed by using the number, percentage, chi-square, Fisher's Exact Chi-Square, Spearman's Correlation, Kruskal-Wallis and Mann Whitney U Test.

A statistically significant difference was found between the perianal pouch and diaper groups of patients included in the scope of research in terms of dermatitis occurrence status and dermatitis occurrence days ($p < 0.05$). A statistically significant difference was not found between the perianal pouch and diaper groups of patients in terms of the mean number of regions where dermatitis formed. In perianal pouch and diaper groups of patients a statistically significant difference was found between the right hip and left hip regions in terms of severity of perineal dermatitis ($p < 0.05$); however, among the sacrum, right and left groins, right and left thighs and scrotum regions a statistically significant difference was not found in terms of the severity of perineal dermatitis ($p > 0.05$).

Finally, it was determined that perineal dermatitis has occurred less frequently and more prolonged time in perianal pouch group of patients than in diaper group of patients; that use of perianal pouch and diaper did not affect the severity of perineal dermatitis developed at sacrum, right and left groins, right and left thighs and scrotum but it affected the severity of perineal dermatitis developed at right and left hips.

Consequently, perianal pouches can be utilized as a new management product to prevent perineal dermatitis in patients with fecal incontinence.

Key Words: fecal incontinence, perineal dermatitis, perianal pouch, diaper

KAYNAKLAR

1. Akdemir A., Birol L. (2003). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı, Vehbi Koç Vakfı, SANERC Yayın No: 2, İstanbul.
2. Akhtar A.J., Padda M. (2005) Fecal Incontinence in Older Patients. Journal of The American Medical Directors Association, January/February: 54-60.
3. Aksayan S., Bahar Z., Bayık A. ve ark. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği Dergisi, 1. Basım, Odak Ofset, İstanbul.
4. Akşit S. (2001) Diaper Dermatit. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 10 (9): 328-329.
5. Bates-Jensen B.M., Alessi C.A., Al-Samarrai N.R., Schnelle J.F. (2003) The Effects of An Exercise And Incontinence Intervention on Skin Health Outcomes in Nursing Home Residents. JAGS, 51: 348-355.
6. Beitz J.M. (2006) Fecal Incontinence in Acutely and Critically Ill Patients: Options in Management. Ostomy Wound Management, 52(12): 56-58.
7. Beitz J.M., Cetn C. (1997). Caring For The Fecally Incontinent. Critical Care Nurse, 17(4): 86-89.
8. Bharucha A.E., Zinsmeister A.R., Locke G.R., Seide B.M., McKean K., Schleck, C.D., Melton, L.J. (2005). Prevalence and Burden of Fecal Incontinence: A Population-Based Study in Women, Gastroenterology, 129(1):42-49.
9. Bliss D.Z., Fischer L.R., Savik K.(2005). Managing Fecal Incontinence: Self-Care Practices of Older Adults, Journal of Gerontological Nursing; July 31(7): 35-44.
10. Bliss D.Z., Johnson S., Savik K., Clabots C.R., Gerding D.N. (2000) Fecal Incontinence in Hospitalized Patients Who Are Acutely. III. Nursing Research. 49(2):101-108.

11. Bliss D.Z., Norton C.A., Miller J., Krissowich M. (2004). Directions for Future Nursing Research on Fecal Incontinence. *Nursing Research*, 53(6):S15-S21.
12. Bliss D.Z., Savik K. (2002) Perineal Dermatitis in Nursing Home Elders: Prevalence and Correlates. *The Gerontologist*, 42(1): 11.
13. Bliss D.Z., Savik K., Harms S., Fan Q., Wyman J.F. (2006) Prevalence and Correlates of Perineal dermatitis in Nursing Home Residents. *Nursing Research*, 55(4): 243-251.
14. Bliss D.Z., Zehrer C., Savik K., Smith G., Hedblom E. (2007) An economic Evaluation of Four Skin Damage Prevention Regimens in Nursing Home Residents With Incontinence: Economics of Skin Damage Prevention. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 34(2): 143-152.
15. Bosley C.L. (1995). Applying Perianal Pouches With Confidence, *Nursing*95, June: 58-61.
16. Brazzelli M., Shirran E., Vale L.(2002). Absorbent Products For Containing Urinary and / or Fecal Incontinence in Adults, *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 29: 45-54.
17. Bryant R.A., Rolstand B.S. (2001) Examining Threats To Skin Integrity. *Ostomy Wound Management*, 47(6):18-27.
18. Cooper P., Gray D. (2001). Comparison of Two Skin Care Regimes For Incontinence. *British Journal of Nursing*. 10 (6S):S6-S10.
19. Dedeli Ö. (2006) Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof.Dr.Çiçek Fadiloğlu), İzmir.
20. Edwards N.I., Jones D. (2001). The Prevalence of Faecal Incontinence in Older People Living at Home, *Age and Ageing*, 30: 503-507.

21. Eşer İ. (1999). Bağırsak Boşaltımı Uygulamaları ve Hemşirelik Bakımı., Meta Basım, İzmir.
22. Fader M., Bain D., Cottenden A. (2004) Effect of Absorbent Incontinence Pads on Pressure Management Mattresses. Journal of Advanced Nursing, 48(6): 569-574.
23. Fader M., Clarke-O'Neill, Cook D., Dean G., Brooks R., Cottenden A., Malone-Lee J. (2003). Management of Night-Time Urinary Incontinence in Residential Setting For Older People: An Investigation in to the Effects of Different Pad Changing Regimes on Skin Health, Journal of Clinical Nursing, 12: 374-386.
24. Fader M., Cottenden A., Brooks R. (2001). The CPE Net-work: Creating an Evidence Base For Continence Product Selection, Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing, 28(2): 106-112.
25.Faecal Collector .
www.hollister.com/uk/files/continence/literature/Hollister_B11.pdf. (Erişim Tarihi: 10.08.2006)
26. Fecal Devices.
http://216.239.59.104/search?q=cache:USNG_SN67esJ:www.continence-foundation.org.uk/directory/categories.php%3Fclass%3D4+faecal+devices&hl=tr&ct=clnk&cd=1&gl=tr (Erişim Tarihi: 08..08.2006)
27.Fecal Incontinence.
http://www.wrongdiagnosis.com/artic/fecal_incontinence_niddk.htm (Erişim Tarihi = 10.05.2007)
28. Fleck C.A. (2004). How to Avoid Perineal Skin Care Problems, Extended Care Product News, 96 (6): 1, 13-16.

29. Freedman P. (1991). The Rectal Pouch: A Safer Alternative to Rectal Tubes, American Journal of Nursing, May 91: 105.
30.Gaz-Gaita Kaçırma (İnkontinans), http://www.coloproctology.com/general.phd?id=1&general_page= (Erişim Tarihi: 04.03.2006)
31. Gilbert R. (2005). Choosing and Using Disposable Body-Worn Continence Pads, Nursing Times, 101 (29): 50-51.
32. Gragon T.A., Kramer D.J. (2002). The Rectal Trumpet: Use of a Nazopharyngeal Airway to Contain Fecal Incontinence in Critically Ill Patients, Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing, 29(4): 193-201.
33. Gray M. (2004). Preventing and Managing Perineal Dermatitis; A Shared Goal For Wound and Continence Care, Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing, 31(1): 2-12.
34. Gray M. (2005) Influence of Delivery Vehicle on Topical Therapy for Partial-Thickness Perineal Wounds. WOUNDS: A Compendium of Clinical Research and Practice, Supplement May, 2-15.
35. Gray M., Bliss D.Z., Doughty D.B., Ermer-Seltun J., Kennedy-Evans K.L., Palmer, M.H. (2007) Incontinence-Associated Dermatitis A Consensus. Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing, 34(1): 45-54.
36. Gray M., Bohacek L., Weir D., Zdanuk J. (2007) Moisture vs Pressure; Making Sense Out of Perineal Wounds. Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing, 34(2): 134-142.
37. Gray M., Ratliff C., Donovan A. (2002) Perineal Skin Care For The Incontinent Patient. Advances in Skin & Wound Care; 15(4): 170-178.
38. Gray M., Ratliff C., Donovan A. (2002). Protecting Perineal Skin Integrity, Nursing Management, 33 (12): 61-63.

39. Gray M., Ratliff C., Donovan A. (2002). Tender Mercies; Providing Skin Care For an Incontinent Patient, *Nursing*, 32(7):51-54.
40. Hanson D., Macejkovic C., Langemo D., Anderson J., Thompson P., Hunter S. (2006) Perineal Dermatitis: A Consequence of Incontinence. *Advances In Skin & Wound Care*, 19(5): 246-250.
41. Haugen V. (1997) Perineal Skin Care for Patients With Frequent Diarrhea of Fecal Incontinence. *Gastroenterology Nursing*, 20(3): 87-90.
42. Hodgkinson B., Nay R. (2005) Effectiveness of Topical Skin Care Provided in Aged Care Facilities. *Int. J. Evid. Based Healthc*, 3:65-101.
43.How Incontinence Affects The Skin.
<http://www.convatec.it/convatec/jsp/CVTUSHStaticContent.do?lang=en&country=US&audience=HCP&channelId=-13520> (Erişim Tarihi: 10.05.2007)
44. Hunter S., Anderson J., Hanson D., Thompson P., Langemo D., Klug M:G (2003) Clinical Trial of a Prevention and Treatment Protocol For Skin Breakdown in Two Nursing Homes. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 30(5): 250-258.
45.Incontinence Dermatitis
<http://www.edu.rcsed.ac.uk/Wound%20Management/Incontinence%20dermatitis.htm> (Erişim Tarihi: 10.05.2007)
46. Jensen L.L. (1997). Fecal Incontinence; Evaluation and Treatment, *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 24: 277-282.
47. Junkin J., Moore-Lisi G., Selekof J.L. (2005). What We Don't Know Can Hurt Us: Pilot Prevalence Survey of Incontinence and Related Perineal Skin Injury in Acute Care, Presented at the Clinical Symposium on Advances in Skin and Wound Care Caesar's Palace. LAs Vegas, NV. October 23-26, 2005.

- 48.** Junkin J., Selekof J.J.(2007) Prevelence of Incontinence and Associated Skin Injury in The Acute Care Inpatient. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 34(3): 260-269.
- 49.** Kalantar J.S., Howell S., Talley N.J. (2002). Prevalence of Incontinence and Associated Risk Factors, *MJA*; 176 (2):54-57.
- 50.** Kocatürk U. (1997). *Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü.*, 7. Basım, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- 51.** Leary E., Buncher L. (2005). An Intervention Study: A Clinical Comparison of the Rectal Trumpet and Fecal Collector. *Abstracts From Medical Technology, Physical Therapy and Nursing, Undergraduate Summer Research Symposium August 10, 2005.*
- 52.** Lekan-Rutledge D., Moore K.N., Doughty D., Wooldridge L. (2003) Products and Devices in thr Management of Urinary Incontence. *Urology Nursing*, 23(6): 416-458.
- 53.** Lewis-Byers K., Thayer D., Kahl A. (2002). An Evaluation of Two Incontinence Skin Care Protocols in a Long-Term Care Setting, *Ostomy/Wound Management*, 48 (12): 44-51.
- 54.** Lievre S.L. (2000) Care of The Incontinent Client's Skin. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2): 1-7
- 55.** Lyder C.H., Clemes-Lowrance C., Davis A., Sullivan L., Zucker A. (1992). Structured Skin Care Regimen to Prevent Perineal Dermatitis in The Elderly, *Journal of Enterostomal Nursing*, 19 (1): 12-16.
- 56.** Maas-İrslinger R., Hensby C.N., Farley K.L. (2003) Experimental Methods to Demonstrate the Efficacy and Safety of Xenaderm™ Oinment: A Novel

Formulation For Treatment of Injured Skin Due to Pressure Ulcers. WOUNDS: A Compendium of Clinical Research and Practice, 15 (3 Supplement):2S-8S.

57...... Management and Delegation: Application and Care of Rectal Pouches and Rectal Tubes.

www3.us.elsevierhealth.com/promo/Black/pdfs/ManageDelegation.pdf- (Erişim Tarihi: 6.05.2006)

58. Menteş B.B., Leventoğlu S., Oğuz M. Pelvik Taban Hastalıkları, http://www.colo-proctology.com/doc_file/pelvik_tab_hst.doc (Erişim Tarihi: 04.03.2006).

59. Nelson R., Norton N., Cautley E., Furner S. (1995). Community-Based Prevalence of Anal Incontinence, JAMA, 274: 559-561.

60. Newman D.K., Fader M., Bliss D.Z. (2004). Managing Incontinence Using Technology, Devices and Products: Directions For Research, Nursing Research, 53(6): S42-S48.

61. Newman D.K., Wallance D.W., Wallance J. (2002) Moisture Control and Incontinence Management. Extended Care Product News, 79 (1): 24-32.

62. Nix D., Ermer-Setn J. (2004). A Review of Perineal Skin Care Protocols and Skin Barrier Product Use, Ostomy/Wound Management, 50 (12):59-67.

63. Nix D.H. (2002). Validity and Reliability of The Perineal Assessment Tool, Ostomy/Wound Management, 48(2):43-49.

64. Norton C., Chelvanayagom S. (2000). A Nursing Assessment Tool For Adults with Fecal Incontinence. Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing, 27(5):279-291.

65. Oliveira L., Current Trends in the Non Surgical Treatment of Anal Incontinence,

http://www.proctosite.com/procto2001/news/trends/current_trends_lucia_fecal_incontinence.htm (Erişim Tarihi: 04.03.2006).

66. Özbal A.N. (1998). Fakal (Anal) İnkontinans. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri; Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu, 12-13 Kasım 1998, İstanbul, s. 95-97.

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

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

69.(2002) Perineal Care Products. RN Market Choices, 65(12): 59-62.

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

71.Process Variation: Barrier to Effective Incontinence Skin Care. <http://www.sageproducts.com/lit/20317G.pdf> (Erişim Tarihi = 10.05.2007)

72. Ratliff C., Dixon M. (2007) Treatment of Incontinence-Associated Dermatitis (Diaper Rash) in a Neonatal Unit. Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing, 34(2):158-162.

73. Salehi B., Pfeifer J. (2001). Surgical Treatment Options For Fecal Incontinence. The International Journal of Surgery, 1 (2). MJA, 176 (21):54-57.

74. Scheinfeld N. (2005) Diaper Dermatitis: A review and Brief Survey of Eruptions of the Diaper Area. American Journal of Clinical Dermatology, 6(5): 273-281.

75. Schnelle J.F., Leung F.W. (2004) Urinary and Fecal Incontinence in Nursing Homes, *Gastroenterology*, 126(1):S41-S47.
76. Schroeder K., Dillow P., Labanco C., Joves C., Dreher T., Yuhase S., Scargelli N., Shaw A. (2005). Prevention of Perineal Skin Injury in A High Risk Patient, Presented at the Clinical Symposium on Advances in Skin and Wound Care Caesar's Palace, Las Vegas, NV. October 23-26, 2005.
77. Serdarođlu S. (1998) Allerjik Deri Hastalıkları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Allerji – Astım Sempozyumu, 6 Mart 1998, İstanbul, 55-65.
78. Shin H.T. (2005) Diaper Dermatitis That Does Not Quit. *Dermatologic Therapy*, 18: 124-135.
79. Sümbüloğlu V., Sümbüloğlu K. (2002) Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri. Hatiboğlu Basım ve Yayım Sa. T.c. Ltd. Şti. 4. Baskı, Ankara.
80. Tarig S.H., Morley J.E., Prather C.M. (2003). Fecal Incontinence in the Elderly Patient, *The American Journal of Medicine*, 115: 217-227.
81. Taylor C., Lills C., LeMone P. (1989). *Fundamentals of Nursing.*, Lippincot Company, Philadelphia.
82. Ulusoy F., Görgülü R.S. (2001) Hemşirelik Esasları: Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler, Cilt:1,5.bs. Ankara, 72 TDFO Ltd. Şti.
83. Vulhop L., Sommers M., Wolverton C. (1984). Containment of Fecal Incontinence by The Use of A Perianal Pouch, *Journal of Enterostomal Therapy*, 11(2): 59-62.
84. Warshaw E., Nix D., Kula J., Marcon C.E. (2002). Clinical and Cost Effectiveness of a Cleanser Protectant Low-Risk Patients with Incontinence, *Ostomy /Wound Management*, 48(6): 44:51.

- 85.** Watterworth B., Ryzevski J. (2005). Letters to The Editor: Managing Fecal Incontinence, *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 217:218.
- 86.** Wolf R., Wolf D., Tüzün B., Tüzün Y. (2000) Diaper Dermatitis. *Clinics in Dermatology*, 18: 657-660.
- 87.** Wyman J.F., Bliss D.Z., Dougherty M.C., Gray M., Kaas M., Newman D.K., Palmer M.H., Wells T.J. (2004) Shaping Future Directions For Incontinence, *Research in Aging Adults. Nursing Research*, 53(6S): S1-S10.
- 88.** Yapucu Ü. (2004) Bası Ülserlerinin Tedavisinde Bal Pansumanın Etkisinin İncelenmesi., Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Doktora Tezi, (Danışman Doç. Dr. İsmet Eşer) İzmir.
- 89.** Zehrer C.L., Lutz J.B., Heblom E.C., Ding L. (2004). A Comparison of Cost and Efficacy of Three Incontinence Skin Barrier Products, *Ostomy Wound Management*, 50 (12): 51-58.
- 90.** Zimmaro B.D., Zehrer C., Savik K., Thayer D., Smith G. (2006) Incontinence-associated Skin Damage in Nursing Home Residents: A Secondary Analysis of a Prospective, Multicenter Study. *Ostomy Wound Management*, 52(12): 46-55.

EKLER

-EK I

HASTA TANITIM FORMU

Gönüllü No:

Formun Doldurulduğu Tarih:

Yaş:

Cinsiyet:

Yattığı Klinik:

Tanısı:

Hastada fekal inkontinansı kontrol altına almada kullanılacak ürün :

1. Perianal Torba 2. Diaper

Uygulamanın Başlama Tarihi: / /

Uygulamanın Bitiş Tarihi: / /

1. Kronik hastalığı

1. Var..... 2. Yok

2. Vücut Tipi

1. Zayıf 2. Normal 3. Şişman

3. Hareketlilik Düzeyi

1. Tamamen hareketsiz 2. Çok hareketsiz
3. Az hareketli 4. Hareketli

4. Hastanın Beslenme Şekli

1. Oral Beslenme 2. NGT ile beslenme
3. TPN ile beslenme 4. IV tedavi

5. Çalışmaya katılmadan önce kullandığı inkontinans ürünü ve bu ürünün markası

1. Diaper..... 2. Underped..... 3. Diğer.....

6. Çalışmaya katılmadan önce kullanılan inkontinans ürününün kullanım süresi.....

EK-II
HASTA İZLEM FORMU

Gönüllü No:

	1. gün	2. gün	3. gün	4. gün	5. gün	6. gün	7. gün	8. gün	9. gün	10. gün	11. gün	12. gün	13. gün	14. gün	15. gün
Defekasyon Sayısı															
Gaita Kıvamı															
1. Sıvı															
2. Yumuşak															
3. Sert															
Gaita pH'ı															
Fekal İnkontinans İçin Kullanılan Ürün Sayısı															

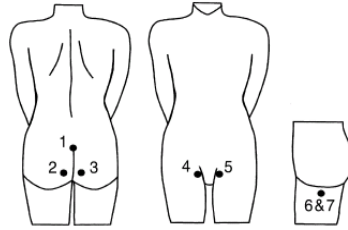
EK-III**PERİNEAL CİLT BÜTÜNLÜĞÜ DEĞERLENDİRME FORMU**

Gönüllü No:

		*Perianal Cilt Bütünlüğünün Değerlendirmesi														
**Cilt Bütünlüğü Bozulan Alan		1.gün	2.gün	3.gün	4.gün	5.gün	6.gün	7.gün	8.gün	9.gün	10.gün	11.gün	12.gün	13.gün	14.gün	15.gün
1	Sakrum															
2	Kalça (Sol)															
3	Kalça (Sağ)															
4	Kasık (Sağ)															
5	Kasık (Sol)															
6	Uyluk (Sol)															
7	Uyluk (Sağ)															

***Perianal Cilt Bütünlüğünün Değerlendirmesi**

- 0: Normal , hiç kızarıklık yok
1: Çok hafif kızarıklık (belli belirsiz algılanan)
2: Orta kızarıklık (pembe deri)
3: Daha yoğun kızarıklık (deri derin pembelikte/kırmızı)
4: Ciltte erezyon / aşınması

****Cilt Bütünlüğü Bozulan Alan**

Bölge No	Bölge	Hastanın Pozisyonu	Bölge Tanımı
1	Sakrum	Lateral	Kalça kıvrımlarının distal ucunda
2	Kalça (Sol)	Lateral	Anüs Düzeyinde Kalça kıvrımlarının 3 cm yanında
3	Kalça (Sağ)	Lateral	Anüs Düzeyinde Kalça kıvrımlarının 3 cm yanında
4	Kasık (Sağ)	Supine	Uzun addüktörün 3cm uzağında
5	Kasık (Sol)	Supine	Uzun addüktörün 3cm uzağında
6	Uyluk (Sol)	Lateral	Uyluğun/perineal birleşmenin 3 cm yukarısında
7	Uyluk (Sağ)	Lateral	Uyluğun/perineal birleşmenin 3 cm yukarısında

EK-IV

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU-I (Fotoğraf Çekimi Yapılacak Hastalar İçin)

Araştırmanın Adı: Fekal İnkontinanslı Hastalarda İki Farklı Bakım Ürününün Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi

Bu çalışma genital bölgede pişik (kızarıklık ve yara) oluşumunu önlemede dışkıyı kontrol altına almada kullanılan hasta bezi ve perianal torbanın etkinliğini karşılaştırmak amacıyla yapılmaktadır. Hasta bezleri, dışkının kontrol altına alınmasında kliniklerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Perianal torba ise dışkıyı deriye bulaşmadan toplamayı sağlayan ve hastanın makat bölgesine dışarıdan yapıştırılan bir torbadır. Çalışmada 60 hastanın yarısına (30 hastaya) hasta bezi, yarısına (30 hastaya) perianal torba uygulanacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ilk hastaya perianal torba uygulanacak, ikinci hastaya ise hasta şayet yaş, cinsiyet ve beslenme biçimleri yönünden birinci hastaya benzer özellikler taşıyorsa hasta bezi uygulanacaktır. Birinci hastayla benzer özellikler taşımiyorsa perianal torba uygulanacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul eden diğer hastalarda uygulanacak yöntem benzer şekilde belirlenecektir.

Perianal torba uygulanacak hastaların makatına bu torba yapıştırılarak hastanın torbanın içine dışkılaması sağlanacaktır. Torbanın yarısı dışkıyla dolduğunda torba boşaltılacak ya da yenisi yapıştırılacaktır. Yenisi yapıştırılmadan önce bölge temizlenecektir. Hasta bezi uygulanacak hastalarda ise hastanın genital bölgesine hasta bezi uygulanacaktır. Hasta bezi her dışkılama sonrası değiştirilecek ve dışkı ile kirlenen bölge temizlenecektir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar en fazla 15 gün süreyle izlenecektir. Bu süre içerisinde hergün hastanın genital bölgesi araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Eğer bölgede herhangi bir pişik (kızarıklık/reng değişimi) belirtisi görülürse çalışmaya son verilecektir. Bölgede pişik oluşursa bilinci açık hastalarda pişiklerin fotoğrafı (sadece kızarıklığın olduğu bölgenin) çekilecektir. Fotoğraf çekimi araştırmacı tarafından dijital fotoğraf makinası ile gerçekleştirilecek, çalışma sonuçlarının raporlanmasında bilimsel bilgi olarak kullanılacaktır. Fotoğraf çekimi yapılan hastanın kişisel bilgilerine yer verilmeyecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. **Araştırma ile ilgili olarak 0 555 410 25 09 numaralı telefonda araştırmacıya (Araş. Gör. Yıldız DENAT) ulaşmanız mümkündür.** Bu formun bir örneği size de verilecektir.

Herhangi bir yan etkisi olmayan bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınızda da daha sonraki hizmette hiç bir olumsuzluğa yol açmayacaktır. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır. Bu form iki sayfadan oluşmaktadır.

Ben.....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım. Sorularıma kanımca yeterli yanıt aldım.

Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmek koşulu ile kabul ediyorum. **Bu bilgilendirme formunun bir örneği bana verilmiştir.**

Gönüllünün Adı, İmzası, Adresi (Varsa Telefon No, Faks No)/ Tarih :

Velayet Veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin Veli Veya Vasinin Adı, İmzası, Adresi /Tarih :
(Varsa Telefon No, Faks No) :

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı, İmzası / Tarih :

Rıza Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin Adı, İmzası, Görevi/ Tarih :

EK-V

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU-II

Araştırmanın Adı: Fekal İnkontinanslı Hastalarda İki Farklı Bakım Ürününün Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi

Bu çalışma genital bölgede pişik (kızarıklık ve yara) oluşumunu önlemede dışkıyı kontrol altına almada kullanılan hasta bezi ve perianal torbanın etkinliğini karşılaştırmak amacıyla yapılmaktadır. Hasta bezleri, dışkının kontrol altına alınmasında kliniklerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Perianal torba ise dışkıyı deriye bulaşmadan toplamayı sağlayan ve hastanın makat bölgesine dışarıdan yapıştırılan bir torbadır. Çalışmada 60 hastanın yarısına (30 hastaya) hasta bezi, yarısına (30 hastaya) perianal torba uygulanacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ilk hastaya perianal torba uygulanacak, ikinci hastaya ise hasta şayet yaş, cinsiyet ve beslenme biçimleri yönünden birinci hastaya benzer özellikler taşıyorsa hasta bezi uygulanacaktır. Birinci hastayla benzer özellikler taşımıyorsa perianal torba uygulanacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul eden diğer hastalarda uygulanacak yöntem benzer şekilde belirlenecektir.

Perianal torba uygulanacak hastaların makatına bu torba yapıştırılarak hastanın torbanın içine dışkılaması sağlanacaktır. Torbanın yarısı dışkıyla dolduğunda torba boşaltılacak ya da yenisi yapıştırılacaktır. Yenisi yapıştırılmadan önce bölge temizlenecektir. Hasta bezi uygulanacak hastalarda ise hastanın genital bölgesine hasta bezi uygulanacaktır. Hasta bezi her dışkılama sonrası değiştirilecek ve dışkı ile kirlenen bölge temizlenecektir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar en fazla 15 gün süreyle izlenecektir. Bu süre içerisinde hergün hastanın genital bölgesi araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Eğer bölgede herhangi bir pişik (kızarıklık/rengi değişimi) belirtisi görülürse çalışmaya son verilecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. **Araştırma ile ilgili olarak 0 555 410 25 09 numaralı telefonda araştırmacıya (Araş. Gör. Yıldız DENAT) ulaşmanız mümkündür.** Bu formun bir örneği size de verilecektir.

Herhangi bir yan etkisi olmayan bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınızda da daha sonraki hizmette hiç bir olumsuzluğa yol açmayacaktır. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır. Bu form iki sayfadan oluşmaktadır.

Ben.....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım. Sorularıma kanımca yeterli yanıt aldım.

Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmek koşulu ile kabul ediyorum. **Bu bilgilendirme formunun bir örneği bana verilmiştir.**

Gönüllünün Adı, İmzası, Adresi (Varsa Telefon No, Faks No)/ Tarih :

Velayet Veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin Veli Veya Vasinin Adı, İmzası, Adresi /Tarih :
(Varsa Telefon No, Faks No) :

Açıklamaları Yapan Araştırıcının Adı, İmzası / Tarih :

Rıza Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin Adı, İmzası, Görevi/ Tarih :

EK-VI

EK-VI

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI :2006-43
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
19.04.2006

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında Doç.Dr.Leyla KHORSHID'in sorumluluğunda 20.04.2006 – 30.07.2007 tarihleri arasında yapılması planlanan “Fekal İnkontinanslı Hastalarda İki Farklı Bakım Ürününün Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi” konulu araştırması 17.04.2006 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve “Araştırmanın Yürütülmesi Uygun” bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Yard.Doç.Dr.Türkan ÖZBAYIR
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

EK-VII

EK-VII

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA ETİK KURULU
RESEARCH ETHICS COMMITTEE OF MEDICAL FACULTY, EGE UNIVERSITY
Bornova, İZMİR-TÜRKİYE

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU					
	PROTOKOL ADI	Fekal İnkontinanslı Hastalarda İki Farklı Bakım Ürününün Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisi.				
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI/ ADI	Doç. Dr. Leyla KORSHID				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	EÜ Hemşirelik Yüksek Okulu, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı				
	DESTEKLEYİCİ FİRMA	-				
FAZİ	-					
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi / Değişiklik No. su			Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ				Türkçe	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU				Türkçe	
	OLGU RAPOR FORMU				Türkçe	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 06-5.1/6 Tarih : 31.05.2006					
	Üniversitemizde yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU					
ÜYELER						
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Kabılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kaan KAVAKLI Başkan	Çocuk Sağlığı Hst. ve Çocuk Kan Hst.	E.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst.AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>A. Kaan Kavaklı</i>
Prof. Dr. Sibel GÖKSEL Başkan Yardımcısı	Farmakoloji	E.Ü.T.F. Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Sibel Gökse</i>
Prof. Dr. Saliha SOYDAN Üye	Patoloji	E.Ü.T.F. Patoloji AD.	K	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	KATILMADI
Prof. Dr. Seçkin ÇAĞIRGAN Üye	İç Hst. ve Hematoloji	E.Ü.T.F. İç Hst. AD. Hematoloji BD.	E	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	KATILMADI
Prof. Dr. Mehmet UYAR Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	KATILMADI
Doç. Dr. H. Hakan AYDIN Üye	Biyokimya	E.Ü.T.F. Biyokimya AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>H. Hakan Aydın</i>
Doç. Dr. Fisun AKDENİZ Üye	Psikiyatri	E.Ü.T.F. Psikiyatri AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Fisun Akdeniz</i>
Doç. Dr. Ekin Ö. AKTAŞ Üye	Adli Tıp	E.Ü.T.F. Adli Tıp AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Ekin Ö. Aktaş</i>
Yrd. Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Deontoloji	E.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Deontoloji	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Çağatay Üstün</i>
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Raportör	Eczacı / Analitik Kimya	E.Ü.T.F. Araştırma Etik Kurulu	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Ebru Bedir</i>
Prof. Dr. Bahri ÖZTÜRK Üye	Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku	Istanbul Kültür Üniversitesi	E	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	KATILMADI

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

Revizyon Tarihi : 24.06.2005/Ver.no. 2

ASLI GİZLİDİR
E.Ü.T.F. Araştırma Etik Kurulu
Başkan:

1/1

EK-VIII

EK-VIII

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği

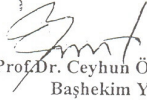
Hemş.Hizmt.Yönetimi
SAYI : B.30.2.EGE.0.1H.00.04/H- 1362
KONU :

..11.../8.../2006

EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 1362 sayılı ve 13.06.2006 tarihli yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı doktora öğrencisi Yıldız DENAT'ın "Fekal İnkontinanslı Hastalara İki Farklı Bakım Ürününün Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını 30 Haziran 2006 -31 Aralık 2007 tarihleri arasında Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Nöroloji Anabilim Dalı ve Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.


Prof.Dr. Ceyhan ÖZYURT
Başhekim Yrd.

EK-IX

EK-IX

T.C.
B A Ş B A K A N L I K
SOSYAL HİZMETLER VE ÇOCUK ESİRGEME KURUMU
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.02.1.SÇE.0.72.00.01/605.01- 426
KONU : Araştırma Talebi
(Yıldız DENAT)

08.09.2006

İZMİR VALİLİĞİNE
(İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü)

İLGİ: İzmir Valiliği İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'nün 22.08.2006 tarih ve 10187 sayılı yazısı.

İlgi yazı ile Ege Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Yıldız DENAT'ın "Fekal İnkontinanslı Hastalarda İki Farklı Bakım Ürününün Perineal Dermatit Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi" konulu çalışmasını İzmir'de Kurumumuza bağlı huzurevlerinde uygulayabilme talebi bildirilmiştir.

Söz konusu çalışmanın yaşlılarımız üzerinde uygulanmasında sakınca olup olmadığı yönünde Tıp Merkezi'nden görüş istenmiş, Tıp Merkezi'nin 06.09.2006 tarih ve 1466 sayılı yazısı ile uygulamasında bir sakınca olmadığı görüşü bildirilmiştir.

Makam'ın 08.09.2006 tarih ve 184 sayılı Onayı ile Yıldız DENAT'ın İl Müdürlüğünün koordinesinde Kuruluş Müdürlüğünün denetiminde uygulamaya katılmaya gönüllü yaşlılarla Onay tarihinden itibaren 31.12.2007 tarihine kadar İzmir İlinde Kurumumuza bağlı Huzurevleri Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde söz konusu çalışmayı gerçekleştirebilmeleri ve araştırma tamamlandığında çalışmanın bir örneğinin Eğitim Merkezi Başkanlığımıza gönderilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.



H.Lütfi ÖZTÜRK
Genel Müdür a.
Eğitim Merkezi Başkanı

EK: Onay Sureti

DAĞITIM :

Gereği :
- İzmir İl Sos.Hiz.Müid.

Bilgi :
- YBHD.Bşk.

Anafartalar Cad. 68/4 Ulus / ANKARA
Telefon: (0 312) 311 31 30 / 1233
e-posta: egitim@shcek.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : S.Ö.ÇETİN - S.H.U.
Faks: (0 312) 311 89 98
Elektronik Ağ: www.shcek.gov.tr

EK X

PERIANAL TORBA



EK XI

Ph ÖLÇÜM MALZEMESİ (Ph İndikator Şeritleri)



EK XII

PERİANAL TORBA UYGULAMA



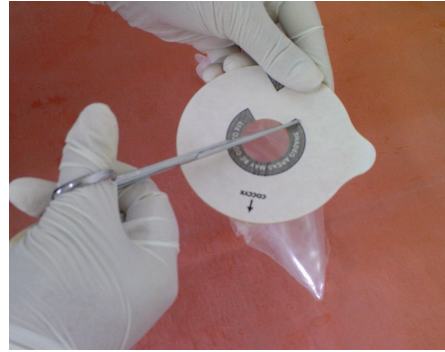
1. Malzemeler hazırlanır.



4. Bölge temizlenir ve kurulanır.



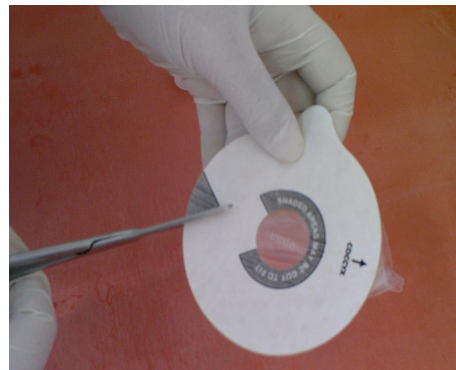
2. Hastaya sims pozisyonu verilir.



5. Gerekirse torbanın açıklığı genişletilir.



3. Bölgedeki tüyler kesilir/traş edilir.



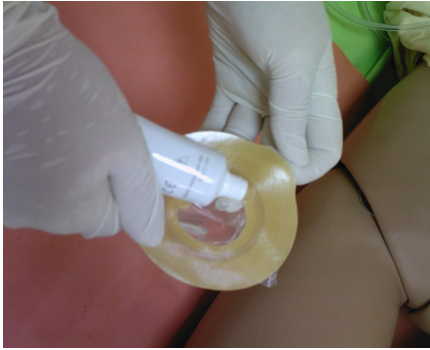
6. Kadın hastalar için vajinaya gelen kısım kesilir.



7. Koruyucu kağıt çıkarılır.



10. Kalçalar birbirinden ayrılır.



8. Gerekirse açıklığın etrafına pasta sürülür.



11. Yapışkan koruyucu önce sakrum ve vagina/skrorum arasındaki bölgeye yapıştırılır.



9. Yapışkan bariyer iki katlanarak tutulur.



12. Sonra yapışkan koruyucu kalçalara yapıştırılır



13. Deriye karşı deri koruyucu bir süre sıkıca bastırılarak yapıştırılır.



16. Daha yoğun gaitayı boşaltmak için drenaj bölgesinin üst kısmından kesilir.



14. Yapıştırılan deri koruyucu kenarlarına flaster uygulanarak sabitlenir.



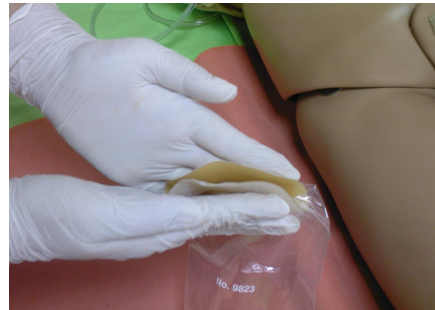
17. Torbanın alt ucu klemple kapatılır.



15. Diyarede sürekli drenajı sağlamak için drenaj torbasına bağlanabilir.



18. Perineal deri desteklenerek torba nazikçe çıkarılır.



19. Yapışkan koruyucunun iki yanı birbirine yapıştırılarak torba atılır.

ÖZGEÇMİŞ

1978 yılında Aydın'ın Yenipazar ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini aynı ilçede tamamladıktan sonra 1994 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu'nda lisans öğrenimine başladı, 1998 yılında mezun oldu. Aynı yıl İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelikte Öğretim Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimine başladı. 1998 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroşirürji Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak göreve başladı. 1 yıl çalıştıktan sonra 1999 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksek Okulu'nda Araştırma Görevlisi olarak göreve başladı. 2000 yılında yüksek lisans öğrenimini tamamladı. 2003 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda doktora öğrenimine başladı ve Adnan Menderes Üniversitesi tarafından Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'na Araştırma Görevlisi olarak görevlendirildi. Doktora bilim derslerini tamamladıktan sonra Ekim 2005 tarihinde yeterlilik sınavına girdi. Doktora tez önerisini Mart 2006'da verdi. Bu tarihten itibaren doktora tez çalışmalarını yürüten aday evlidir.