

TC
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANTİBİYOTİK KULLANAN BEBEKLERDE
KORUYUCU ALT BAKIM PROTOKOLÜNÜN PİŞİK
GELİŞİMİNİ ÖNLEMeye ETKİSİ

Gülbeyaz BARAN

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2009

TC
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANTİBİYOTİK KULLANAN BEBEKLERDE
KORUYUCU ALT BAKIM PROTOKOLÜNÜN PİŞİK
GELİŞİMİNİ ÖNLEMeye ETKİSİ

Gülbeyaz BARAN

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
YARD. DOÇ. DR. SANİYE ÇİMEN

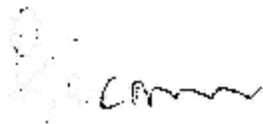
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2009

“Antibiyotik Kullanan Bebeklerde Koruyucu Alt Bakım Protokolünün Pisik Gelişimini Önemeye Etkisi” isimli bu tez 29.09.2009 tarihinde tarafımızdan değerlendirilip başarılı bulunmuştur.



Jüri Başkanı
Yard.Doç.Dr. Saniye Çimen



Jüri Üyesi
Prof.Dr. Gülseren Kocaman



Jüri Üyesi
Yard.Doç.Dr. Candan Öztürk

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında en büyük desteği aldığım ve her zaman yanımda olduğunu hissettiğim değerli hocam

Sayın Yard. Doç. Dr. Saniye Çimen'e

Tezimi okuyarak önerileriyle bana yol gösteren değerli hocalarım

Sayın Prof. Dr. Gülseren Kocaman'a,

Uzman görüşlerinde önerileri ve değerlendirmeleri ile katkı veren değerli hemşirelik

Manevi destek sağlayan, bana zamanını ayıran ve bilgilerini paylaşan

Sayın Öğr. Gör. Murat Bektaş'a,

öğretim üyesi hocalarıma,

Tez çalışmam süresince destekleyici ve motive edici tutumlarından dolayı

sevgili aileme ve arkadaşlarıma,

Tez çalışmama katılımlarıyla destek sağlayan

tüm çocuklara sevgilerimi ve herkese

yürekten teşekkürlerimi sunarım...

Gülbeyaz Baran

İzmir-2009

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	iii
ŞEKİL DİZİNİ	iii
KISALTMALAR	iii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ	4
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	4
1.2. Araştırmanın Amacı	9
2.GENEL BİLGİLER	10
2.1. Pişik	10
2.2. Pişğin Klinik Şekilleri	10
2.2.1. Pişik Komplikasyonları	11
2.2.2. Ayırıcı Tanılar	12
2.3. Pişğin Patogenezi	14
2.3.1. Pişğin Patogenezinde Rol Alan Faktörler	15
2.4. Pişikten Korunma	20
2.5. Pişğin Tedavisi	23

3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Örnekleme	26
3.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	30
3.4. Veri Toplama Araçları.....	31
3.5. Verilerin Toplanması.....	31
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.7. Araştırmanın Etiği	31
3.8. Araştırmanın Zaman Planı	32
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	39
KAYNAKLAR	40
EKLER	
EK 1. DEÜ Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Kararı.....	45
EK 2. DEÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden Alınan İzin Belgesi.....	46
EK 3. Hastalara Yönelik Bilgilendirilmiş Onam Formu	47
EK 4. Deney Grubuna Yönelik Veri Toplama Formu.....	48
EK 5. Kontrol Grubuna Yönelik Veri Toplama Formu	51
EK 6. Koruyucu Alt Bakım Eğitim Broşürü	54

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Kontrol ve Deney Grubundaki Çocukların Cinsiyeti ve Enfeksiyon Tanılarının Sistemlere Göre Dağılım	28
Tablo 2. Kontrol ve Deney Grubunun Pişik Gelişimini Etkileyebilecek Özelliklere Göre Karşılaştırılması	29
Tablo 3. Kontrol ve Deney Grubundaki Çocukların Koruyucu Alt Bakım Uygulamalarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4. Kontrol ve Deney Grubundaki Çocuklarda Pişik Gelişme Oranlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 5. Kontrol ve Deney Grubundaki Çocuklarda Pişik Gelişme Günü ve Pişik Şiddetinin Karşılaştırılması	34

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Pişiğin Görünümü	10
Şekil 2. Pişiğin Görünümü	10
Şekil 3. Pişik Modeli	15
Şekil 4. Kontrol ve Deney Grubundaki Çocuklarda Pişik Görülme Durumunun Karşılaştırılması	33
Şekil 5. Kontrol ve Deney Grubundaki Pişik Gelişen Çocuklarda Pişik Gelişme Gününün Karşılaştırılması	35
Şekil 6. Kontrol ve Deney Grubundaki Pişik Gelişen Çocuklarda Pişik Gelişme Şiddetinin Karşılaştırılması	35

KISALTMALAR

FDA: Food and Drug Administration

WEN: Woman's Enviromental Network

ANTİBİYOTİK KULLANAN ÇOCUKLARDA KORUYUCU ALT BAKIM
PROTOKOLÜNÜN PİŞİK GELİŞİMİNİ ÖNLEMeye ETKİSİ

ÖZET

Gülbeyaz Baran

rozbaran@gmail.com

Küçük çocuklarda ve yenidoğanlarda yaygın olarak görülen enflamatuvar deri hastalıklarından birisi olan pişik, pişiğe neden olan etmenlerin kontrol altına alınması ve iyi bir alt bakımı ile önlenmesi ya da azaltılması mümkündür.

Bu çalışmanın amacı, hastanede yatan antibiyotik kullanan 0-18 aylık çocuklarda pişikten koruyucu alt bakımın pişik gelişimini azaltmadaki etkinliğini saptamaktır.

Araştırma kontrol-deney gruplu, prospektif yarı deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Dokuz Eylül Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Kliniğinde Ocak-Mayıs 2009 tarihleri arasında yatan, antibiyotik alan 0-18 aylık çocuklar oluşturmuştur. Koruyucu alt bakımına yönelik bir girişimde bulunulmayan kontrol grubuna 41, koruyucu alt bakımı uygulanan ve vazelin kullanılan deney grubuna 42 çocuk alınmıştır. Deney grubundaki çocukların annelerine eğitim verilmiştir. Tüm çocuklar 3-7 gün arasında izlenerek veriler toplanmış ve bilgisayar ortamında Pearson Ki-kare, Fisher Kesin Ki-kare ve Yatest Düzeltmeli Ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Koruyucu alt bakımı uygulanmayan kontrol grubundaki çocuklarda pişik gelişme oranı %34.1 iken, koruyucu alt bakımı uygulanan ve vazelin kullanan deney grubunda %7.1 olarak bulunmuştur ($p<.05$). Kontrol grubunda pişik görülen çocukların çoğunda pişik gelişimi 2-3.günlerde olmak üzere deney grubuna göre daha erken gelişirken, deney grubundaki çocuklarda 4.günden sonra gelişmiştir. Deney grubundaki pişikli olan çocukların hepsinin pişikli birinci derece iken, kontrol grubundakilerde ikinci ve üçüncü derece pişikli olanlar görülmüştür.

Sonuç olarak; Koruyucu alt bakımı uygulanan ve vazelin kullanılan deney grubundaki çocuklarda pişik gelişme oranı koruyucu alt bakımı uygulanmayan kontrol grubundaki çocuklara göre anlamlı olarak daha azdır. Deney grubunda pişik gelişen çocukların pişik gelişimi daha geç günlerde başlamış ve pişik dereceleri de daha hafiftir.

Antibiyotik kullanan çocuklarda daha çok pişik görüldüğünden pişikliğin önlenmesi için koruyucu alt bakımın düzenli olarak uygulanması, her bez değişiminden sonra vazelin kullanılması, annelerin bu konuda eğitilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Bez Pişikli, Vazelin, Koruyucu Alt Bakım, Çocuk, Antibiyotik.

THE EFFECT OF PROTECTIVE BOTTOM CARE PROTOCOL ON THE
PREVENTION OF DIAPER RASH DEVELOPMENT IN CHILDREN USING
ANTIBIOTICS

ABSTRACT

Gülbeyaz Baran

rozbaran@gmail.com

Diaper rash is one of the inflammatory skin disorders which is common in little children and infants. It is possible to control the factors causing diaper rash and to prevent or reduce these diaper rash through a well bottom care.

The purpose of this study is to determine the efficiency of protective bottom care in decreasing diaper rash of the infants 0-18 months old who are hospitalized and are taking antibiotics.

The research was carried out in a prospective and semi-experimental way through control-experiment group. The sampling of the research involved the infants 0-18 months taking antibiotics and are hospitalized in Child Clinic of Dokuz Eylül University Research and Application Hospital between January and May in 2009. In the control group that did not attempt anything related to protective bottom care, there were 41 infants, while there were 42 in the experiment group that applied protective bottom care and used vaseline. The mothers of children in the experiment group were given education. All children were followed for 3-7 days, and the data were collected. Then, these data were assessed through computerized evaluation by using Pearson's Chi-Square Test, Fisher's exact Chi-Square Test, and Yates Corrected Chi-Square Test.

It was observed that while the rate of diaper rash development in children of control group not applied protective bottom care was %34.1, this rate was %7.1 in those of experiment group applied protective bottom care and vaseline ($p<.05$). Moreover, the development of diaper rash in most of the children of control group was in 2 or 3 days and observed earlier when compared to those in experiment group, whereas this development was determined in the children of experiment group after 4 days. It was observed that the diaper rash in all of the children in experiment group was a first degree diaper rash, while it was second and third degree in the children of control group.

As a result, the diaper rash development rate in children of experiment group applied protective bottom care and vaseline was significantly lower in comparison to the rate in

children of control group not applied protective bottom care. Furthermore, the diaper rash development in children of experiment group initiated in later days and the degree of their diaper rash was lower.

Because diaper rash is more common in children using antibiotics, it is suggested that the protective bottom care should be applied regularly, and vaseline should be used after every change of diapers and mothers should be educated about this subjects.

Key Words: Diaper rash, Vaseline, Protective Bottom Care, Child, Antibiotic.

1.GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Pişik küçük çocuklarda ve yenidoğanlarda yaygın olarak görülen enflamatuvar deri hastalıklarından biridir. Genellikle çocuklarda bez bağlanan bölgede en çok karın alt bölgesi, inguinal ve gluteal bölgelerde döküntü şeklinde görülür (Adalat, Wall ve Goodyear, 2007; Görak, 2002; Elizabeth, 2007; Saner, 2002; Sesim,1996; Önder, Adışen ve Velagiç, 2007; Whaley ve Wilson, 1995).

Ebeveynler genellikle pişiği hastalık olarak görmedikleri ve hastaların çoğu evde tedavi edildikleri için görülme sıklığı tam olarak bilinmemektedir (Hatipoğlu, Kurtoğlu, Keskin ve Kendirci, 2007; Kimberly, 2009; Wolf ve ark., 2000). Yurtdışında yapılan çeşitli araştırmalarda pişik sıklığı %15.2–60.3 arasında değişmektedir (Adalat ve ark., 2007; Daniel ve ark., 2000; Longhi ve ark., 1992; Philipp, Hughes ve Goldin.,1997; Ward, Fleischer, Feldman ve Krowchuk, 2008). Ülkemizde ise pişik görülme sıklığı %23.9–61.5 arasındadır (Çimen, Aslan ve Yaprak, 2007; Kırçuval, 2001).

Hemşireler konularından dolayı kaliteli bir bakım sağlayabilecek yetkiye sahiptirler. Hemşireler ve aileler genel pişik tanılama kriterlerini biliyorlarsa erken dönemde pişik gelişimini fark edebilirler. Özellikle pişiğin etyolojisi, özellikleri, korunması ve pişiğin iyileşmesinde etkili olabilecek alternatif koruyucu bakımların farkında olmalıdırlar. Hemşirelerin öncelikli hedeflerinden birisi pişik oluşumunu önleme ve anne baba eğitimidir (Adalat ve ark., 2007; Borkowski, 2004).

Yıllardır pişiğe neden olan en büyük faktör olarak çocuğun idrarındaki üreinin bakteriler tarafından parçalanması sonucu ortaya çıkan amonyağın sebep olduğuna inanılmaktaydı. Günümüzde kabul edilen görüşlere göre pişiğin gelişiminde rol alan başlıca nedenler arasında aşırı nem, sürtünme, idrar ve gaitanın uzun süre deriye temas ederek hidrasyonu arttırması; mantar enfeksiyonları, bakteriyel enfeksiyonlar, kullanılan bezin cinsi, oral alınıp bağırsaklardan atılan ilaçların cildi tahriş etmesi, beslenme şekli, deri pH'ı yer almaktadır (Elizabeth, 2007; Mandleco, 2002; İşgüven, Yıldız, Ergüven, Malçok ve Güven, 2007; Prasad, Srivastava, ve Verma., 2003; Whaley ve Wilson,1995). Çocukların derilerinin yetişkinlere göre daha ince olması (Whaley ve Wong, 1995), diyarenin sık görülmesi ve enfeksiyonlar nedeniyle antibiyotik kullanımının sık olması çocuklarda pişik oluşma riskini arttırmaktadır (Mandleco, 2002; Whaley ve Wilson,1995). Yapılan araştırmalarda deri hastalık öyküsünün olması da pişik gelişiminde etkili risk faktörü olduğu görülmüş (Adalat ve ark., 2007; Longhi ve ark., 1992) fakat bir araştırmada etkili bulunmamıştır (Kırçuval, 2001).

Pişik her iki cinsiyette eşit sıklıkta bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda cinsiyete göre pişik grlme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Adalat ve ark., 2007; Longhi ve ark., 1992; imen ve ark., 2007; Kırıval, 2002). Bez bağlanması azaldığı için 18-20 aylıktan sonra pişik grlme sıklığı azalmaktadır. Pişik en çok grlme sıklığı 6-12 ay arasında olduğu bildirilmektedir ancak yapılan araştırmalarda farklılıklar olduğu da grlmüştur. (Davies ve Perissinotto, 2008; Longhi ve ark., 1992; Gupta ve Skinner, 2004). 3-24 aylık çocuklarla yapılan çalışmada, pişik gelişimi 3-6 ay aralığında, anlamlı olarak daha fazla grlmüştur (Longhi ve ark., 1992). imen ve arkadaşlarının çalışmasında (2007), 6-12 ay grubunda daha fazla pişik grlmüştur, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kırıval'ın araştırmasında (2001) pişik grlme sıklığı ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ayrıca imen ve arkadaşlarının çalışmasında anne eğitim durumu ve ocuk sırasının pişik sıklığını etkilediği, eğitim düzeyi yüksek olanlarda ve ilk ocuk olanlarda daha az pişik geliştiği bulunmuştur (imen ve ark., 2007). Anne sütü alan çocuklarda hazır mama ile beslenen çocuklara göre daha az pişik grldğu ifade edilmektedir. Anne sütü ile beslenen çocukların dışkılarında üreaz içeren organizmalar daha azdır. Düşük pH'lı ve fekal enzim içeren anne sütü ile beslenen bebeklerde perianal zedelenme daha zordur (Adherton, 2001; Shin, 2005; Bryant, 2006). Fakat yapılan çalışmalarda beslenme biçiminin pişik grlme sıklığını istatistiksel olarak önemli düzeyde etkilediği bulunmamıştır (Adalat ve ark., 2007; imen ve ark., 2007; Kırıval, 2001). Bir araştırmada anne sütünün pişik Şiddeti zerindeki etkisi grlmştur (Parlak ve ark.,1995).

Küçük ocuklarda çok fazla diyare olması pişik oluşumunu artırır (Saner, 2002; Schenfield, 2005; Whaley ve Wilson, 1995). Yapılan araştırmalarda diyare olanlarda pişik grlme sıklığı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Adalat ve ark., 2007; imen ve ark., 2007; Kırıval, 2001; Longhi ve ark., 1992). Diyare varlığında bağırsak geçişi hızlı olur ve feesteki sindirim enzimlerinin miktarı artar. ocukta gaitanın deri ile teması daha çok olduğundan fekal enzimler olan proteaz ve lipaz stratum corneum tabakasının bozulmasını ve deriyi tahriş ederek pişik oluşumunu kolaylaştırır (Whaley ve Wilson, 1995).

Pişik oluşumunda önemli rolü olan diğer bir etmen de antibiyotik kullanımıdır. Bu çalışmada, antibiyotik kullanan çocuklarda pişik gelişimi üzerinde durulmuştur. Çocuklarda enfeksiyon hastalıkları siktir. Özellikle lkemizde sıklık açısından ÜSYE, gastroenterit ve bronkopnmoninin önemini koruduğu görülmektedir (rmeci, 1999). Enfeksiyonların sıklığı nedeniyle de ülkemizde en çok kullanılan ilaçlar arasında antibiyotiklerin olduğu görülmektedir (Bakır, 2001). Bebekler eğer antibiyotik alıyorsa veya anne sütü ile beslenen

bebeklerin annesi antibiyotik alıyorsa bu bebeklerde normal bağırsak florası bozulduğu için kolay bir şekilde mantar kolonizasyonu (*Candida albicans*) gelişir. Böylece mantarlar bölgesel direnci azalmış olan bölgeyi çok kolay bir şekilde enfekte ederler. Mantar (*Candida A.*) kolonizasyonun en güzel örneği ağızda oluşan mantar enfeksiyonları (pamukçuklar) ve bağırsak düzenin bozulması ile oluşan ishallerdir (Whaley ve Wilson, 1995; Akşit, 2001). Pişik gelişiminde mikroorganizmaların etkili olduğu görülmüştür. Ferrazzini ve arkadaşlarının 77 çocuğu incelediği bir araştırmada pişik gelişen çocukların bez bölgesinde çok sayıda *Candida* kolonileri görülmüştür. Yapılan araştırmalarda pamukçuğu olan çocuklarda pamukçuğu olmayanlara göre pişik gelişimi istatistiksel olarak önemli derecede yüksek bulunmuştur (Adalat ve ark., 2007; Çimen ve ark., 2007; Ferrazzini ve ark., 2003). Ancak Kırçuval'ın çalışmasında pamukçuğun pişik oranını etkilemediği görülmüştür (Kırçuval, 2001). İshal geliştiğinde ayrıca gaita ile derinin teması arttığı için pişik gelişme riski de artar. Yapılan pek çok araştırmada da antibiyotik kullanan çocuklarda pişik gelişme oranı kullanmayanlara göre yüksek bulunmuştur (Brook, 2000; Campell, Seymour, Stone ve Milligan, 1988; Çimen ve ark., 2007; Kırçuval, 2001; Longhi ve ark., 1992; Honig ve ark., 1988). Adalat ve arkadaşlarının çalışmasında pişik görülme sıklığı ile antibiyotik kullanımı arasında ilişki bulunmamıştır (Adalat ve ark., 2007).

Ülkemizde ve dünyada pişiğin sıklığı ve tedavisi ile ilgili araştırmalar mevcutken, pişiğin önlenmesi ile ilgili çok az araştırmaya rastlamaktayız.

Pişik gelişimini engellemek için; emiciliği iyi olan kaliteli hazır bezlerin kullanılması (Honig ve ark., 2005), bez bölgesinin kuru olması, her gaitadan sonra bez değiştirilmesi ve bezin günde en az beş defa değiştirilmesi ve bölgenin temizliği, bezlerin çok sıkı bağlanmaması, sıkı dar giysi kullanılmaması, odanın fazla sıcak ve nemli olmaması, etkin koruyucu madde kullanılması ve sık havalandırılması önerilmektedir (Adherton, 2005; Akkaya, 1999; Wolf ve ark., 2000). Pişiğin gelişiminde kullanılan bez tipi önemlidir. Kumaş bezlerin hazır bezlere oranla daha fazla pişiğe neden olduğu bulunmuştur. Günümüzde kumaş bez kullanma oranı çok azdır. Kullanılan hazır bezin emiciliği ve hava alıp almadığı pişik oluşumunda önemlidir (Adalat ve ark., 2007; Kırçuval, 2001; Hong, Kim ve Kang, 2005; Odio ve Friedlander, 2000).Yapılan araştırmalarda pişik görülme sıklığı ile hazır bezlerin markası arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Çimen ve ark., 2007; Longhi ve ark., 1992). Bir araştırmada bez değiştirme sıklığının pişik gelişiminde etkili olduğu görülürken (Adalat ve ark., 2007), bazı araştırmalarda etkili olmadığı görülmüştür (Çimen ve ark., 2007; Kırçuval, 2001). Bezi sıkı bağlanan bebeklerde sıkı bağlanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha çok pişik geliştiği görülmüştür (Çimen ve ark.,

2007). Pişiğin önlenmesinde bir diğerk önemli etken bez bölgesinin havalandırılmasıdır, ancak Çimen ve arkadaşlarının araştırmasında etkili bulunmamıştır.

Deri temizliği her bez değişiminden sonra ılık su veya ılık su ile ıslatılmış pamukla yapılmalı ve bez bölgesi günde iki defa yıkanmalıdır (Adherton, 2005; Schenfield, 2005; Shin, 2005). Normal sabunlar pH'ı yüksek olduğundan günde en fazla iki defa kullanılmalı ve hemen durulanmalıdır. Her seferinde sabunla yıkamaya gerek yoktur. Yumuşak sabunlar tercih edilmelidir. Çocuğun altını temizlemek amacıyla kullanılan ıslak mendiller deri bütünlüğünün bozulduğu durumlarda kullanılmamalıdır (Wananukul, 2006; Whaley ve Wilson, 1995). Araştırmalarda bez bölgesini silme şeklinin (Adalat ve ark., 2007; Çimen ve ark., 2007) ve ıslak mendillerle temizlemenin pişik gelişiminde etkili olmadığı saptanmıştır (Adalat ve ark., 2007; Akin, Spraker, Leyden, Raynor ve Landin, 2001; Çimen ve ark., 2007; Ehretsmann, Schaefer, Adam, 2001; Şenses, 2007; Odio ve ark., 2001; Visscher, 2009). Pudra tahriş edici özellikleri ve aspirasyon tehlikesi nedeni ile kullanılmamalıdır (Wolf ve ark., 2000; Fiorillo, 2004). Adalat ve arkadaşlarının çalışmasında pudra kullanımı ile pişik sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Adalat ve ark., 2007).

Her bez değişiminden sonra temiz deriye (zeytinyağı, vazelin, lanolin veya bebek yağı gibi) koruyucu kremler uygulanmalıdır (Whaley ve Wilson, 1995). Günümüzde de annelerin yarısından çoğu çocuğun pişiği geçsin diye zeytinyağı kullanmaktadır (Biltekin, Boran, Denkli ve Yalçınkaya, 2004). Adalat ve arkadaşlarının (2007) yaptığı araştırmada koruyucu pişik kremi kullananlarda anlamlı olarak daha yüksek oranda pişik geliştiği bulunmuş, nedeni olarak pişik öyküsü olanların krem kullanmayı tercih ettikleri belirtilmiştir. Bir çalışmada her bez değişiminden sonra koruyucu madde sürülmesine göre pişik görülme durumu arasında anlamlı fark bulunurken (Kırçuval, 2001), başka bir çalışmada ise koruyucu madde kullanımı ve pişik görülme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Çimen ve ark., 2007). Çimen ve arkadaşlarının çalışmasında bebeklere koruyucu krem kullanılması düzenli ve sürekli olmadığı ifade edilmiştir. En çok kullanılan koruyucu ürün çinko oksit ve vazelindir. Vazelin, çinko oksit, dimetikon, lanolin gibi bariyer kremleri deri üzerinde lipid bir tabaka oluşturarak, deriyi zararlı iritan ve mikroorganizmalardan korur. Bazı koruyucu kremler güzel kokulu katkı maddeleri (aloe vera, vitaminler, bitkiler) içerirler. Bu özelliklerinden dolayı alerji veya tahriş etme potansiyeline sahip oldukları da belirlenmiştir (Önder ve ark., 2007; Shin, 2005). Koruyucu kremler enfeksiyonların varlığında tabloyu şiddetlendirebilir (Adherton, 2001; Baldwin, 2001; Borkowski, 2004). En çok kullanılan ürünlerden birisi olan, uzun zincirli alifatik hidrokarbonların karışımından oluşan vazelin (petrolatum), suyu itici özelliğinden dolayı cildi

koruyan bir kremdir (Aboud ve Khachemoune, 2009; Borkowksi, 2004; Wananukul, 2006; Wolf ve ark., 2000). Diğ er sık kullanılan çinko oksit içeren kremler veya merhemler bariyer koruyucu özellikli fakat deriden çıkarılması zor olan ajanlardır (Fiorillo, 2004). Çinko oksit merhem veya kremlerde asılı kalan (süspansiyon şeklinde) beyaz pudradır (Önder ve ark., 2007). Çinko oksit koruyuculuğunun yanısıra aynı zamanda tahriş olan derinin iyileşmesini sağlar ve toksisitesi azdır (Baldwin ve ark., 2001; Borkowksi, 2004). Hazır koruyucu kremlerin çoğu çinko oksit veya vazelin içerir. Çocuk bezi üretiminde de gelinen son nokta, bezin iç kısmında çinko oksit/vazelin/steril alkol bileşiklerinin kullanımı olmuştur. Çinko oksit/vazelin (Baldwin ve ark., 2001; Spraker ve ark., 2006) ve sadece vazelin içeren bezlerin pişik oluşma oranını ve şiddetini azalttığı gösterilmiştir (Odio, Connor, Sarbaugh ve Baldwin, 2000). Çok fazla kortikosteroid kullanımının deri atrofisi ve Cushing sendromu gibi yan etkileri olduğu için kullanılması önerilmemektedir (Semiz, Balcı, Ergin, Candemir ve Polat, 2008; Shared ve ark., 2003).

Pişik kısa veya uzun zamanda tedaviye yanıt verir. Pişigin en etkili tedavisi etyolojik etkenin saptanması ile olur (Akkaya, 1990). Ulusal Ayaktan Bakım Araştırma kayıtlarına (1990-1997) göre Amerika'da pişik tedavisinde en çok kullanılan ilk beş ilaç olarak; nystatin %27, klotrimazole %16, nistatin-triamcinolone %16, hidrokortizon %8,3, klotrimazole-betamethasone-dipropionate %6.2, triamcinolone %2.1, oranında kullanıldığı ifade edilmektedir (Daniel ve ark., 2000). Son çalışmalarda ise %81.5 vazelin, %15 çinko oksit, %0.25 oranında Mikanazol nitratın etkili olduğu bulunmuştur (Adherton, 2001). Bu ilaçların tümü Food and Drug Administration (FDA) tarafından da önerilmektedir (FDA, 2008). Yapılan araştırmalarda Mikanazol Nitrat'ın (%0.25) (çinko oksit +vazelin içeriyor) herhangi bir kreme göre pişik şiddetini önemli derecede azaltmış olduğu, hiçbir ciddi ters etki yapmadığı saptanmıştır. Çinko oksit/vazelinin cildi koruduğu aynı zamanda pişigi iyileştirdiği kanıtlanmıştır (Concannon, Gisoldi ve Grossman, 2001; Parlak ve ark., 1995). Ayrıca Al-Waili'nin (2005) araştırmasında pişigi olan 12 çocukta, zeytinyağı, balmumu ve bal ile hazırlanan bir karışımın pişik tedavisinde etkili olduğu bulunmuştur.

Ailelere pişikten korunma ve tedavisi hakkında broşürler ve kitapçıklar yolu ile bilgi verilmelidir (Borkowski, 2004; Kırçuval, 2001). Özellikle annelere alt bakımının önemi anlatılmalıdır (Adalat ve ark., 2007; Borkowski, 2004). Odio ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada pişigi olan çocuklarda sürekli topikal vazelin uygulanmasını sağlayan vazelin içeren bezler kullanıldığında, bölge temizliği sürdürüldüğünde çocukların pişik şiddetinin ve kızarıklığının azaldığı bulunmuştur (Odio ve ark., 2000).

Antibiyotik kullanan ve bez bağlanan bebeklerde en sık görülen sağlık sorunlarından birisi olan pişik önlenmesi mümkündür. Ayrıca pişik gelişme riski yüksek çocuklarda erken tanımlama ile pişik gelişimi erken evrede belirlenmeli, gerekli bakım ve tedavi ile şiddeti azaltılmalıdır. Pişğin önlenmesi ile çocuklarda pişiğe bağlı gelişen ağrı ve rahatsızlıklar da önlenerek daha konforlu bir yaşam sağlanmış olacaktır. Ayrıca koruyucu bakım sonucunda pişğin önlenmesi yanı sıra erken tanınması ile tedaviye erken başlanması, sonuç olarak şiddetinin azaltılması ile tedavi maliyeti de azalacaktır.

Pişik konusunda yapılan çalışmaların çoğunluğu pişiği olan çocuklarda pişğin tedavisi ve şiddetinin azaltılmasına yöneliktir. Koruyucu bakım ya da ürün kullanılarak pişğin önlenmesine yönelik çalışmalara yer verilmemiştir. Klinik gözlemlere göre klinikte antibiyotik kullanan çocuklarda pişikten korunmaya yönelik standart eğitim ve bakım girişimleri bulunmamaktadır ve yapılan girişimler yetersizdir. Pişik gelişimi de sık görülmektedir. Antibiyotik kullanımı sık olan çocuklarda pişik gelişme riski yüksek olduğundan, anne/bakıcı eğitimi iyi bir koruyucu bakım sağlanarak pişik gelişiminin azaltılabileceği düşünülmüştür.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, hastanede yatan antibiyotik kullanan 0–18 aylık çocuklarda pişikten koruyucu alt bakımın pişik gelişimini azaltmadaki etkinliğini saptamaktır.

Hipotez 1: Antibiyotik kullanan 0-18 aylık çocuklarda pişiği önlemeye yönelik bakım alan grupta pişik gelişim oranı almayan gruba göre daha azdır.

Hipotez 2: Antibiyotik kullanan 0-18 aylık çocuklarda pişiği önlemeye yönelik bakım alan grup ile almayan grup arasında pişğin gelişme başlangıç günü arasında fark vardır.

Hipotez 3: Antibiyotik kullanan 0-18 aylık çocuklarda pişiği önlemeye yönelik bakım alan grup ile almayan grup arasında pişik gelişme şiddeti arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Pişik

Pişik, çocuk bezinin temas ettiği alanda, kapalılık, nem, iritasyon sonucu oluşan tüm döküntülere denir (DERMA, 1993; Fiorillo, 2004; Kanerva ve Lauerma, 2003 Önder ve ark., 2007; Sesim, 1996; Shin, 2005). Genellikle karın alt bölgesi, inguinal bölge, genital bölge ve gluteal bölgede döküntüler şeklinde görülür (Akşit 2001; Gupta ve Skinner, 2004; Wolf ve ark., 2000). Literatürlerde bez pişigi (Şekil 1-2), diaper rash, napkin dermatit, arabezi dermatiti gibi terimler ile aynı anlamda kullanılmaktadır (Kırçuval 2001;Wolf ve ark., 2000).



Şekil 1. Pişğin Görünümü (Skin Sight, 2008)



Şekil 2. Pişğin Görünümü (Hardin Library for the Health Sciences, 2007)

2.2. Pişğin Klinik Şekilleri

Pişğin tanınması iyi bir öykü ve fizik muayeneye dayanır. Öyküde dikkat edilmesi gereken noktalar; başlangıç, süre, lezyonların niteliğindeki değişimler, bez bölgesi dışında lezyonların varlığı, eşlik eden kaşıntı ve ağlama, diyare, antibiyotik kullanımı, son geçirmiş olduğu hastalık, kullanılan bezin tipi, bez değiştirme sıklığı, bez bölgesini temizlemek için kullanılan yöntemler ve kremler olmalıdır (Kırçuval, 2001; Scheinfeld, 2005; Shin, 2005; Gupta ve Skinner, 2004).

Pişik önce hafif bir kızarıklıkla başlar sonra bu kızarıklıklar belirginleşerek lezyon ve soyulmalar görülür. Pişik gelişen çocuklarda pişik bölgesindeki bulgulara göre pişiğin derecesi belirlenir.

Pişik Derecesi

I.Derece: Sadece bez bölgesinde sınırlı hafif kızarıklık

II. Derece: Bez bölgesinde sınırlı belirgin kızarıklık, lezyon veya soyulma

III. Derece: Bez bölgesi, bacakların iç yüzü ve karına yayılan belirgin kızarıklık

IV. Derece: Bez bölgesi, bacakların iç yüzü ve karına yayılan belirgin kızarıklık, erozyon ve püstül (Kırçuval, 2001).

2.2.1. Pişik Komplikasyonları

Kandidiazis: Pişiğin *Candida albicans* mantarıyla enfekte olmasıdır. Yenidoğanlar etkeni annenin doğum kanalından alır. Etkilenen alanlar eritemli ve keskin sınırlıdır. Lezyon sınırlarında vezikül ve püstüller şeklinde gümüş lezyonlar da görülebilir. Kandidal pişiği olan çocuklarda oral mukozaya sıçrayarak pamukçuk gelişebilir. Sistemik belirtileri diyare, anemi, hepatosplenomegali, lenfadenopatiyi içerir. Genellikle yayma ve kültür ile tanı kolaylıkla konulur (Önder ve ark., 2007; Shin, 2005; Humprey ve ark., 2006).Yapılan araştırmalarda pişiği olan çocukların %22.2-69.2'sinde candida albicans görülmüştür (Kırçuval, 2001; Parlak ve ark., 1995).

Bakteriyel enfeksiyonlar: Bez bölgesinde bakteriyel enfeksiyonlar sık gelişebilir. Sık gözlenenlerden birisi impetigodur ve özellikle hayatın ilk altı ayında ve yaz mevsiminde siktir. Bal renginde kabuklu ya da kabuksuzdur. *Büllöz impetigo*, koagüloz pozitif stafilokokus aureus ile enfekte olarak lezyonlar bez bölgesi ve alt karın bölgesindedir. Bül sıvısında genelde Stafilokokus aureus görülür. Yüzeysel erozyonlar krutlar görülür. Yüzeysel enfeksiyonlar kendini sınırlayabilir, ancak oral antibiyotiklerle tedavi gerektiren derin püstül ve apseler de gelişebilir. Tanısı gram boyama ve kültürle konulur.

Perianal streptokokal hastalık: Anüs ve vulva etrafında parlak kırmızı, sınırları belirgin eritem vardır ve bazen peri-rektal fissür (çatlak) gelişebilir. Gaita ve idrar çıkışı ağrılıdır ve bu bölgeler sık sık kaşınır. Ailelerinde sıklıkla tekrarlayan farenjit öyküsü vardır. Sık tekrarlanırsa aile taşıyıcılık yönünden araştırılmalıdır (Shin, 2005).

2.2.2. Ayırıcı Tanılar

Alerjik kontakt dermatit: Kozmetik ürünler; parfümler, sabunlar, güneş koruyucular, diş macunları, tırnak boyları, saç boyları, astım egzema, gibi etkenler atopik dermatitin oluşmasını başlatır (Baylis ve ark., 2005). Alerjik kontakt dermatit bebeklerde bağışıklık sistemi gelişimini tamamlamadığı için görülür, ancak allerjenlerle çok karşılaşmadıklarından az gelişmektedir. Alerjik kontakt dermatit çocuklarda bez kenarındaki yapışkan uçlu bantlara ya da bez içindeki boyaya karşı gelişebilmektedir (Alberta, Susan ve Karen, 2005). Bez bölgesindeki kıvrım bölgelerini de tutan ekzematöz görüntüler de alerjik kontakt dermatit akla getirmelidir (Önder ve ark., 2007).

İntertrigo: Kıvrım bölgelerinde ortaya çıkan yüzeysel enflamatuar bir deri hastalığıdır. Isı, nem, ter ve sürtünme, irritasyon ve aşınmalara neden olmaktadır (Bayliss ve ark., 2005; Shin, 2005).

Seboreik dermatit: Genellikle doğumdan sonra ikinci hafta ile üç ay arasında başlar (Shin, 2005). Deri kıvrımlarında yoğunlaşan iyi sınırlı, parlak kırmızı eritemli ve soyula şeklindeki lezyonlar bulunmaktadır. Mantar pişiginde olduğu gibi lezyonlar yoktur. Sıklıkla saçlı deride eritem, sarı ve yağlı kabuklanmaların olması tanı için önemli ipucudur. Saçlı deride gözlenen karakteristik sarı, yağlı soyulmalar bez bölgesinde nem nedeniyle görülmezler (Bayliss ve ark., 2005; Kırçival, 2001; Scheinfeld, 2005).

Atopik dermatit: Yaşamın ilk yılında başlar. Atopik dermatiti olan çocuklarda kontakt dermatit gelişmeye yatkınlık vardır. Kontakt dermatitten farklı olarak, atopik dermatiti olan çocuklar sıcaklık, terleme, ıslaklık, sabun ve deterjan gibi maddelerden daha çabuk etkilenirler. Atopik dermatitte lezyonlar daha çok yüz, bacak, ayakların üst tarafında ve dizlerde görülür (Mallory, Bree ve Chern, 2005). Daha az olmakla birlikte bez bölgesinde de görülür. Atopik dermatiti olan hastaların bez bölgesinde *Staphylococcus aureus* kolonizasyonuna daha sık rastlanır. Bezin bağlandığı kısım eritemli, nemli ve kaşıntılıdır (Shin, 2005).

İnfanıl psöriasis (Sedef Hastalığı): Yenidoğanlarda çocuk bezi bölgesinde görülür. Üre, dışkı ve bu bölgeye yerleşmiş mantarların etkilediği düşünülmektedir. Genellikle simetrik, iyi sınırlı, eritemli ve soyulmuş plaklar inguinal kıvrımlar ve konveks yüzeylerde gelişir (Önder ve ark., 2007; Shin, 2005). Tipik gümüş renkli soyulmalar hidrasyon artışı nedeniyle görülmeyebilir (Kimberly ve ark., 20; Önder ve ark., 2007). Bu hastalığın tedaviye yanıtı

kontakt dermatit ve kandidiaziste olduğu kadar hızlı değildir. Tanı genellikle lezyonların yerleşimi, topikal kortikosteroid tedavisine yavaş yanıt vermesi, aile öyküsü ile kolay bir şekilde konabilir (Shin, 2005).

Granuloma gluteale infantum: Topikal kortikosteroidlere karşı gelişen enflamatuvar reaksiyonlardır. Çocuk bezi bölgesinde mavimsi kırmızı renkte, yuvarlak, çapları birkaç milimetre ile birkaç santimetre arasındadır (Fiorillo, 2004; Shin, 2005; Önder ve ark., 2007; Humprey ve ark., 2006). Steroidler kesildikten sonra birkaç hafta ya da ay içerisinde düzelir (Fiorillo, 2004; Önder ve ark., 2007; Humprey ve ark., 2006; Shin, 2005).

Miliyarya: Stratum korneum tabakasının aşırı hidrate olmasıyla ter bezlerinin tıkanması sonucu oluşur (Scheinfeld, 2005; Shin, 2005). Lezyonlar çoklu, toplu iğne başı büyüklüğünde vezikülopüstüller veya eritemli büllerdir. Bez bölgesindeki benzer lezyonlar boyunda, koltuk altında ve yüzde görülebilir. En çok sırt bölgesinde görülür (Scheinfeld, 2005). Genellikle kendiliğinden iyileştiğinden tedaviye gerek yoktur (Shin, 2005).

Viral hastalıklar: Herpes simpleks (Scheinfeld, 2005), papilloma virüsü ve human immundeficiency virüs (HIV) çocuk bezi bölgesinde lezyonlar oluşturabilir. HIV enfeksiyonunda bez bölgesinde erozyon ve ülserler görülür. Lezyonlar perianal bölge ve gluteal yarığa dağılmış olabilir (Kırçuval, 2001).

Doğumdan sonraki ilk günlerde neonatal herpes simpleks enfeksiyonu gelişebilir. Lezyonlar veziküller erüpsiyon olarak başlar, veziküller hızla erozyonlara dönüşürler. Ateş eşlik etmez. Bu hastalarda keratokonjonktivit ve neonatal sepsis gelişebilir. Tanı veziküller görülerek konulur, aynı zamanda antikör testi ve viral kültür yapılabilir (Önder ve ark., 2007; Shin, 2005).

Skabies (Uyuz): Skabiyesi olan bebeklerde kaşıntılı papüller, veziküller ve vezikülopüstüller gelişebilir. Bu lezyonlar ekzematöz alanlar, plaklar, kabuklanmalar arasında görülür. Parmak araları, el bilekleri, dirsek içi, koltukaltı, areola, göbek çevresi, alt batın ve genital bölgeye ek olarak çocuklarda el içi ayak tabanı, baş, boyun ve yüz de tutulabilir. Çocuklarda nodüler ve kabuklu lezyonlar gelişebilir. Aile öyküsü ve şiddetli kaşıntı tanı için önemli ipuçlarıdır (Önder ve ark., 2007; Shin, 2005).

Beslenme bozuklukları: Bez bölgesi hastalıkları beslenme bozukluklarıyla da ilişkili olabilir. Akrodermatitis enteropatika, çinko metabolizmasıyla ilgili otozomal resesif kalıtım gösteren bir hastalıktır. Bağırsakta çinko bağlayıcı ligandlarda eksiklik vardır. Özellikle çinko

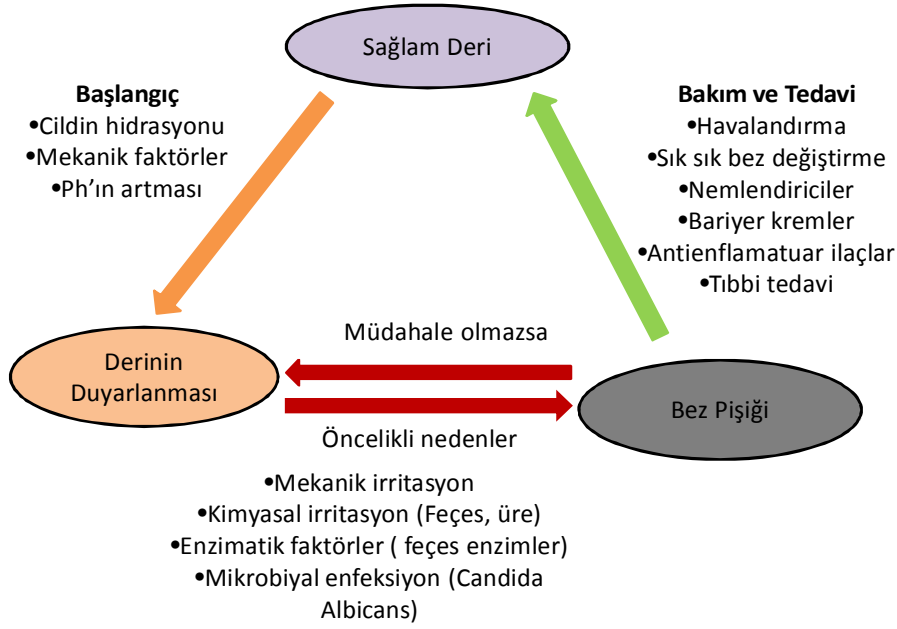
alımı yetersiz olan çocuklarda büllöz, perianal ve genital lezyonlar gözlenebilir. Belirtiler anne sütünden hazır mamalara geçiş olduğunda başlar. Bez bölgesinde keskin sınırlı, eritemli, kepekli, plaklar şeklinde başlayan lezyonlar, yüz ve ekstremitelerinde yayılabilir. Bu hastalarda tipik olarak ishal, büyüme geriliği ve alopesi eşlik eder. Tanı serum çinko düzeyinin ölçülmesi ile konulur (Shin, 2005).

Malignensiler: Langerhans hücreli histiyosistozis seyrek görülen ve bazen de yaşamı tehdit eden bir hastalıktır. Kasıkta kaşıntılı eritemli papüller, vezikülopüstüller, peteşi, erozyon ve ülserasyonlarla seyreder. İnguinal kıvrımlarda atrofi olabilir. Sistemik olarak anemi, ishal, hepatosplenomegali, kemik tutulumu ve lenfadenopatiler görülebilir. Tanı biyopsi ile konur (Önder ve ark., 2007; Shin, 2005).

2.3. Pişiğin Patogenezi

İlk olarak pişiğin idrardaki ürenin amonyağa dönüşmesinden kaynaklandığına inanılırdı. Yapılan deneysel araştırmalarda yüksek amonyak konsantrasyonun sağlam deride inflamasyona neden olmadığı, zarar görmüş deride irritasyonu kolaylaştırdığı görülmüştür. Bez pişiği idrar ve gaitanın deri ile etkileşimi sonucu meydana gelmektedir. Fekal atık idrarda amonyak salımına neden olur ve lokal pH'ı artırır. Artan pH üreyi amonyağa dönüştürmekten sorumlu olan üreaz enzimleri Proteaz ve Lipaz enzimlerinin (cilde tahriş etme potansiyeli yüksek olan enzimler) aktivitesini artırır. Safra asitleri de proteaz enziminin aktivitesini artırır. Bundan dolayı kısa barsak sendromu ve konjuge hiperbilirubinemi olan çocuklarda inatçı pişikler görülebilmektedir. Bütün bu etkenlerin yanında çevresel faktörlerin etkisiyle *C.albicans* kolonileri gelişerek bez bölgesinde enfeksiyonlara neden olabilirler. Özellikle derinin kıvrım bölgelerinde derinin birbirine sürtünmesi sonucunda pişik daha da kötüleşir. Bu yüzden pişik en çok inguinal bölgede deri kıvrımlarının olduğu bölgelerde görülmektedir (Akşit, 2001; Fiorillo, 2004).

Çocukların derisi yetişkinlerin derisinden daha ince, yumuşak, hassas ve daha zayıftır. Bu nedenle ter, vücuttaki iritanlar, enfeksiyon gibi iç ve dış faktörlere bağlı olarak pişik gelişimi kolaylaşmaktadır. Şekil 3'de de özetlendiği gibi pişiğin gelişiminde rol alan başlıca nedenler arasında sürtünme, idrar ve gaitanın uzun süre deriye temas ederek hidrasyonu artırması, pH değişiklikleri ve kimyasal irritasyonlar, mantar enfeksiyonları, bakteriyel enfeksiyonlar, antibiyotiklerin kullanımı, beslenme şekli, kullanılan bezin cinsi ve cilt bakım uygulamaları yer almaktadır (Mandleco, 2002; İşgüven ve ark., 2007; Whaley ve Wilson, 1995).



Şekil 3. Pişik Modeli (Runeman, 2008, Clinics in Dermatology, 26: 45-51)

2.3.1. Pişigin patogenezinde rol alan faktörler

Hidrasyon artışı: Pişik gelişimini hazırlayıcı önemli bir faktör olan derinin çok fazla nemli olması sürtünmeyi daha fazla elverişli hale getirmekte ve ıslak bezlerin deriye uzun süre teması sonucunda stratum corneumun aşınmasına sebep olmaktadır. Bu yüzden zararlı mikroorganizmaların bu deri tabakasının içine girmesi kolaylaşmaktadır (Atherton, 2001; Fiorillo, 2004; Gupta ve Skinner, 2004). Deri tabakasının içine giren mikroorganizmalar eritem ve pişik gelişmesine neden olmaktadır (Wolf ve ark., 2000).

Bezin rolü: Bezin değiştirilme sıklığı, pişigin önlenmesi ve tedavisini etkileyen önemli faktörlerden birisidir. Hidrasyonun artması, dışkı ve idrar karışımının teması ve pH'ın artması normal sağlıklı derinin koruyucu fonksiyonunu azaltarak, deriyi kimyasal, biyolojik ve mekanik irritanlara açık hale getirmektedir. Bu nedenle deride hidrasyonu azaltan, idrarla dışkının karışmasını engelleyen ve deri pH'ını fizyolojik değere yakın tutan bezlerin, pişigi önlemede önemli olduğu söylenmektedir (Campell ve ark., 1987; Odio ve ark., 2000). Campell'in ve Odio'unun araştırmalarında absorben jel materyali içeren bezlerin emiciliğinin iyi olduğu, bu nedenle pişik gelişimini azalttığı görülmüştür (Campell ve ark., 1987; Odio ve ark., 2000).

Pişğin gelişiminde kullanılan bezin tipi önemlidir. Kumaş bezlerinin hazır bezlere oranla daha fazla pişğe neden olduğu bulunmuştur. Günümüzde kumaş bez kullanma oranı giderek azalmaktadır. Kullanılan hazır bezin emiciliği ve hava alıp almadığı pişik oluşumunda önemlidir (Adalat ve ark., 2007; Akkaya, 1990; Kırçuval, 2001; Hong ve ark., 2005). Aynı zamanda çocuk bezlerinin diğer bir çeşidi ise “nefes alabilen” mikroporlu ürünlerdir. Bunlarda sıvı sızıntısı olmaksızın su buharı deriden uzaklaştırılır. Bu bezler suyu geçirmeyen, ama buharı geçiren seçici geçirgenlik gösterirler. “Nefes alabilen” çocuk bezleri pişik sıklığını %50 oranda azaltmışlardır. Kandida çoğalmasında ve kandidal pişik sayısında azalma diğer önemli üstünlükleridir. Nefes alabilen bezlerin pişik önleyici etkileri, normal deri hidrasyonunun korunması, friksiyon ve maserasyonun ortadan kaldırılması ve oklüzyon yapmadığından kandida çoğalmasını uyaran CO₂ düzeylerini arttırmaması ile açıklanmıştır (Shin, 2005). Bunun yanında bez bölgesinin kuru olması ve bezlerin sık değiştirilmesi (ortalama günde beş kez) çok önemlidir (Akkaya, 1990). Çocukluk döneminde her 3-4 saatte bir, neonatal dönem içinde her saat bez değişikliği pişik önlenmesi için önerilmektedir. Bezin görevi kapalı bölgedeki idrar ve dışkı temasını en aza indirmek ve çocuğun derisini bu maddelerden korumaktır. Günümüzde yapılan araştırmalarda hazır bez markalarının pişik gelişimini etkilemediği görülmüştür (Çimen ve ark., 2007; Longhi, 1992). Bazı araştırmalarda çinko oksit içeren bezlerin pişik oluşma oranını ve şiddetini azalttığı gösterilmiştir (Baldwin ve ark., 2000).

Sürtünme: Derinin deriye teması veya derinin beze sürtünmesi durumunda tek başına pişik gelişiminde dominant bir faktör değildir, fakat aşırı nem ile derinin stratum corneasını fiziksel hasara uğratarak pişik gelişimine yatkın hale getirmektedir (Atherton, 2001; Humphrey ve Bergman, 2006; Önder ve ark., 2007; Shin, 2004; Wolf ve ark., 2000). Kızarıklıkların özellikle derinin beze en çok temas ettiği konveks bölgelerde (kalçanın alt kısmı, genital bölgenin konveks yüzeyi) olması bunu desteklemektedir (Atherton, 2001; Bayliss, Alan ve Chern, 2005).

İdrar ve Amonyakın Rolü: İdrardaki ürenin bakteriler tarafından parçalanması sonucu amonyak ortaya çıkması pişik gelişiminde primer sebep değildir fakat deri bütünlüğünü bozarak ve permeabilitesini arttırarak pişik gelişimine yatkın hale getirir. Wolf ve arkadaşlarının derleme makalesinde söz edilen bir araştırmada 37°C’de 18 saat beklemiş idrarın çocuğun derisinde oluşturduğu, ancak bunun pH ve amonyak konsantrasyonu ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Burada da görüldüğü gibi amonyak tek başına pişik oluşumunda etkili değildir, ortamın pişik gelişimine uygun hale gelmesine ve tablonun artmasına neden olmaktadır (Kırçuval, 2001; Wolf ve ark., 2000).

Dışkı: Dışkı ve idrardaki üre ile uzun süre temas eden deride değişiklikler olur. Fekal enzimler üreyi parçalar ve normalde asidik olan deri pH'ını daha da arttırırlar. Artan pH ortamda fekal proteaz ve lipazların aktivitesi artar. Çocukların dışkıdaki proteaz ve lipazların deri için en önemli tahriş ediciler olduğu bilinmektedir. Özellikle deri bu enzimlerle uzun süre ve kapalı ortamlarda karşılaştırıldığında deride şiddetli eritem ve bütünlüğünde bozulma olduğu görülmüştür (Shin, 2005; Önder ve ark., 2007). İnek sütüyle ve formüla mamalarla beslenen çocukların dışkılarında anne sütüyle beslenen çocuklardan daha fazla üreaz enzimleri görüldüğünden pişik gelişme riski artmaktadır (Atherton, 2001).

Dışkılama sayısı arttıkça pişik gelişme riski artar. İshal geliştiğinde bağırsak geçişleri hızlı olur ve dışkıdaki sindirim enzimlerinin sayısı artar. Ayrıca safra tuzları derideki fekal enzimlerin aktivitesini artırarak yaptığı hasarı kolaylaştırır, bu yüzden kısa bağırsak sendromlu ya da konjuge hiperbilürinemi çocuklarda şiddetli perianal pişikler sık görülmektedir (Fiorillo, 2004; Önder ve ark., 2007).

Mikroorganizmalar: Pişik gelişiminde mikroorganizmaların tek başına etkili olduğu yönünde kanıtlar yoktur. Kapalı bölgedeki sıcaklık, ıslaklık ve dışkının organik materyali bakteri ve mayaların yerleşmesine uygun bir ortam hazırlanır. Perianal bölge kandidal kolonizasyon için uygun bir ortam oluşturur. Pişik nedeniyle stratum corneum zedelendiğinde, sık olarak mantar ve bakteriler epidermise girerek sekonder enfeksiyona neden olurlar. Sekonder enfeksiyonlar geliştiğinde klinik daha da şiddetlenir (Atherton, 2001; Shin, 2005). Etyolojik olarak Candida albicansın rolü ön plandadır. Ayrıca çocukların ağız (pamukçuk) (Adalat ve ark., 2007; Çimen ve ark., 2007; Ferrazzini ve ark., 2003; Parlak ve ark., 1995), anüs ve bez bölgelerindeki Candida albicans varlığına göre pişik oranı ya da şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Ferrazzini ve ark., 2003; Kırçival, 2001).

Kimyasal ajanlar: Pişğin gelişmesinde ve belirtilerin şiddetlenmesinde sabunlar, deterjanlar ve antiseptik amaçlı kullanılan kimyasal maddeler önemli faktörlerdir. İyi durulanmayan çamaşırlar pişik şiddetini arttırmaktadır (Atherton, 2001).

Antibiyotikler: Çeşitli nedenlerle antibiyotik kullanan çocuklarda pişik oluşma riski artmaktadır (Atherton, 2001). Antibiyotikler normal bağırsak florasını baskılayarak bozulmasına neden olmakta ve bu da mikroorganizmaların kolonileşmesinin artmasına sebep olmaktadır. Mantar kolonileri (C.albicans) bölgesel direnci azalmış alanı kolay bir şekilde enfekte ederek doku bütünlüğünün bozulmasına sebep olurlar. Bu nedenle oral antibiyotik kullananlarda

candida albicans enfeksiyonları sık görülmektedir (Akşit, 2001; Scheinfeld, 2005). Yapılan araştırmalarda antibiyotik kullanan bebeklerde pişik sıklığı yüksek bulunmuştur (Campell ve ark., 1988; Çimen ve ark., 2007; Kırçival, 2001; Longhi ve ark., 1992; Honig ve ark., 1988). Brook'un (2000) araştırmasında oral ve parenteral yoldan, en az üç-on gün arası Amoxicillin tedavisi alan 25 çocuğun bez bölgesinde Candida albicans kolonilerinin arttığı ve bu çocukların dördünde pişik geliştiğı görülmüştür.

Diyet: Anne sütünün pişiğı azalttığı bilinmektedir (Erdoğan, 1996). Shin'in derleme makalesinde belirtildiğı gibi yapılan çalışmalarda da anne sütü ile beslenen çocuklarda orta ve ağır derecede olan bez pişiğı oranı %18.5 iken, hiç anne sütü almayan çocuklarda bu oranın %29.1 olarak daha yüksek olduğı görülmüştür. Anne sütü ile beslenen çocuklarda hazır mamalarla beslenenlere oranla daha az pişik geliştiğı ifade edilmektedir (Shin, 2005).

Anne sütü ile beslenen çocukların dışkılarında mama ile beslenenlere göre üreaz enzimleri daha azdır. Anne sütü ile beslenenlerde baskın olarak gram pozitif bakteri florası daha fazladır. İnek sütü ile beslenenlerde ise karışık bakteriyel flora bulunmaktadır. Anne sütü ile beslenen çocukların gaitaların pH'ı ve fekal enzimleri daha düşük olduğundan perianal deri zedelenmesi daha azdır (Önder ve ark., 2007; Shin, 2004). Parlak ve arkadaşlarının (1995) araştırmasında anne sütü ile beslenen çocuklarda pişiğın şiddetinde azalma olduğü görülmüştür.

Deri hastalık öyküsü: Yapılan araştırmalarda deri hastalığı öyküsünün olmasının da pişik gelişiminde etkili risk faktörü olduğü görülmüştür (Adalat ve ark., 2007; Longhi ve ark., 1992). Fakat Kırçival'in araştırmasında etkili bulunmamıştır (Kırçival, 2001).

Bez bölgesinin bakımı/temizlenmesi: Bebeğın genital bölgesinin alkollü, kokulu ıslak mendillerle silinmesi, parfüm, pudra gibi diğier iritanların kullanılması pişik oluşumunu arttırmakta ve zemin hazırlamaktadır. Normal deri pH'ı bölgelere göre değışmektedir, 4.5-6.0 arasında ve asidik yapıdadır. Yenidoğlanlarda pH değeri 6.0'dır. Bu değeri doğumdan birkaç gün sonra normal seviyesine dönmektedir (Adam, 2008). Bir aylıktan büyük çocuklarda yapılan çalışmada bez bölgesinin nem nedeniyle pH'ı 6.2-6.8'iken, bez dışındaki bacak bölgesinde pH'ının 5.2-5.5 arasında olduğü bulunmuştur. Cilt sağılığını sürdürülmesi ve yan etkilerin azaltılması için derinin pH'ının sürdürülmesi gerekir. Cildin uzun süreli kapalı kalması/hava almaması bezin pH'ın yükselmesine ve bez bölgesindeki mikroorganizmaların artmasına neden olur (Runeman, 2008; Visscher, M.O., Chatterjee, R., Munson, K.A., Bare, D. ve Hoath, S.B., 2000).

Bu nedenle pH'ı cilde uygun olmayan, deri pH'ını bozacak sabunların ya da kimyasalların kullanılması, ıslak ılık su yerine alkollü, kokulu bezlerin kullanılması, bebeğin derisinin havasız kalması pişik oluşumunu arttırmaktadır. Bunların yerine ılık ıslak su ile derinin silinmesi önerilmektedir (Gupta ve Skinner, 2004). Literatürde alkollü mendillerin pişik gelişimini arttırdığından söz edilmekte olup (Gupta ve Skinner, 2004; Odio ve ark., 2000) yapılan çalışmalarda alkol içermeyen mendil ve suyla temizleme arasında pişik oluşumu açısından fark olmadığı bulunmuştur (Çimen ve ark., 2007; Fiorillo, 2004; Gupta ve Skinner, 2004; Kırçival, 2001; Odio ve ark., 2000). Aynı zamanda çocuğun altını sık değiştirmemek (günlük değiştirme sıklığının dört ve altında olması) talk pudrası kullanmak gibi yanlış uygulamalar sonucu pişik gelişmesi kaçınılmazdır (Atherton, 2000). Pudra deri kıvrımları arasında birikerek deriyi tahriş eder ve çocuğun solunum yoluna kaçarak boğulma tehlikesi yarattığından kullanılmamalıdır (Fiorillo, 2004; Wolf ve ark., 2000).

Koruyucu Kremler: Pişğin gelişmesi ve tekrarlanmalarının önlenmesinde uygun koruyucu kremler kullanılması önemlidir. (Akkaya, 1990; Ward ve ark., 2008). Koruyuculuğunun yanı sıra tedavide önemli olan ve en çok kullanılan koruyucu kremler çinko oksit, yumuşak beyaz vazelin kremleridir. Bebek yağları da kullanılabilir (Akkaya, 1990; Atherton, 2001). Her banyodan ve alt değişiminden sonra bez bölgesine koruyucu krem uygulanmalıdır. Koruyucu kremler deri üzerinde kalın bir yağ tabakası oluşturarak suyun deri ile temasını önler ve kimyasal maddelerin ve mikroorganizmaların stratum corneumun içerisine girmesine engel olarak pişik gelişimini azaltır (Atherton, 2001; Shin, 2004; Humphrey ve ark., 2006).

2.4. Pişikten Korunma

Bez bölgesinin bakımı ve korunması ile pişik gelişim riskini azaltmak mümkündür. Bu konuda bebeğin bakımından sorumlu olan anne ya da bakıcılara eğitim verilmelidir.

Eğitim: Annelere ve bakım verenlere pişiğin tanısı, korunması ve tedavisi konusunda bilgi verilmelidir. Özellikle bu tür eğitimlerin broşür ve kitapçıklar yoluyla olması önemlidir (Adalat ve ark., 2007; Borkowski, 2004). Pişik gelişimini önlemede beş önemli yol ABCDE olarak sınıflandırılmıştır (Kimberly ve ark., 2009; Humprey ve ark., 2006).

A = Air out; Havalandırma,

B = Barrier; Cildi koruyucu krem kullanma,

C = Clean; Cildi temiz tutma,

D = Disposable diapers; Tek kullanımlık bezler, kumaş bezlere göre daha iyi emicidir,

E = Educate; Pişiğin tekrar gelişmemesi ve önlemek için ailelere eğitim verilmesi.

Bu uygulamalar işlem sırasına göre sondan başa doğru sıralanmıştır.

Bez tipi: Derinin nemi bezin ıslaklığı ile orantılıdır. Kumaş bezler, tek kullanımlık hazır bezlere göre deriyi daha ıslak tutar. Kumaş bezlere göre, tek kullanımlık hazır bezler daha az pişik gelişimine neden olur. Özellikle süper emici özellikli jel materyalli çocuk bezleri ıslaklığı azaltır, maserasyonları engeller ve deri pH'ının normal sınırlar içerisinde kalmasını sağlarlar. Bezlerin çok sıkı bağlanması ve plastik külotların giydirilmesi derinin hava almasını önlediğinden önerilmemektedir (Kimberly ve ark., 2009; Prased ve ark., 2003). Günümüzde de kumaş bez kullananlara çok az rastlanmaktadır. Bu durumda kullanabilecek kumaş bezlerin, sık değiştirilmesi durumunda, pişiği önleme yönünden hazır bezlerden çok farkı yoktur (Akşit, 2001). Son zamanlarda, suya karşı cildi koruyan çinko oksit/vazelin içeren bezler üretilmektedir (Kimberly ve ark., 2009). Bu bezlerin diğer bezlere oranla pişik şiddetini azalttığı görülmektedir (Angus ve Robertson 2000; Baldwin ve ark., 2001).

Kumaş bezlerin yıkanması: Kumaş bezler yıkama öncesi antiseptik içeren suda tutulmalıdır. Özellikle enzim içeren deterjan (Biyolojik) ve yumuşatıcılar kullanılmamalıdır (Atherton, 2001; Wolf ve ark., 2000; Akkaya, 1990; Yücelten, 1999; Wet ve ark., 2004). Sabun tozu kullanılmalıdır

(Yücelten, 1999). En az 60 derecede yıkanmalıdır. Bezin kaynatılması, kullanma süresini azaltacağından yapılmaması önerilmektedir. Bezin kokusunu gidermek için güneşte asılarak kurutulması önerilmektedir (WEN, 2004). Makinada yıkama ve durulama işlemi daha sistematik ve güvenilir olduğu için elde yıkamaya tercih edilmelidir (Yücelten, 1999).

Bez değişim sıklığı: Bezin değiştirilme sıklığı pişigin tedavi ve korunmasında önemli rol oynar (Wolf ve ark., 2000). Bebekler doğumdan sonra 24 saatte ortalama 20 defa idrar yaparlar. Bir yaşına geldiğinde çocuğun günlük idrar yapma sayısı giderek azalır yediye kadar düşer (Akkaya, 1990; Atherton, 2001). Bez değişim sayısı arttıkça pişik gelişme sıklığı azalır. Bez gece dahil olmak üzere 2-4 saatte bir değiştirilmelidir. Bazı literatürde de günde en az beş defa bez değiştirilmesi önerilmektedir (Akkaya, 1990). Pişigi olan çocuklarda bezin deri ile temas süresini azaltmak için bu sayı arttırılmalıdır (Atherton, 2001; Longhi ve ark., 1992; Whaley ve Wilson, 1995; Wolf ve ark., 2000). Parlak ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında bezi sık değiştirmenin pişik şiddetinin azalttığı sonucuna varılmıştır.

Bez bölgesinin bakımı: Bez bölgesinin bakımı temizleme ve koruyucu krem kullanmaktan oluşmaktadır.

Bez havalandırılması: Pişigin önlenmesinde bez bölgesinin havalandırılması önemlidir (Görak ve ark., 1996; Kırçuval, 2001; Longhi ve ark., 1992). Pişigin önlenmesinde bezin havalandırılması önemlidir. Çimen ve arkadaşlarının (2007) araştırmasında bez bölgesini havalandırma pişigin gelişiminde etkili bulunmamıştır.

Temizleme: Deri temizliği idrar sonrası ılık su veya su ile ıslatılmış pamuk ile yapılmalıdır (Atherton, 2001; Longhi ve ark., 1992; Whaley ve Wilson, 1995; Wolf ve ark., 2000). Gaita sonrasında ise yumuşak ve parfümsüz bir sabun (Dove, Cetaphil gibi) tercih edilmelidir (Kimberly ve ark., 2009). Sabun kullanımı günde iki defadan fazla olmamalı, pH'ları yüksek olan sabunlar kullanılmamalı ve anında kurulanmalıdır (Visscher ve ark., 2000; Wolf ve ark., 2000). Uzun süredir hazır ıslak mendiller yaygın olarak kullanılmaktadır. Bunların deri pH'ını düşürdüğü ve düşük pH'ın cilt için olumsuz yönde etkisi olduğu söylenmektedir. Bez pişiginde bu mendillerin kullanılması önerilmemektedir. Bu kısmen etanol ve isoproponal içeren mendiller için geçerlidir (Önder ve ark., 2007). Birçok çalışma, bez bölgesini ıslak mendillerle temizlemenin pişik geliştirmedeğini göstermektedir (Adalat ve ark., 2007; Çimen ve ark., 2007; Ehretsmann ve ark., 2001; Şenses ve ark., 2007; Odio ve ark., 2001). Günümüzde kullanılan ıslak mendil ya da havluların

çoğunda alkol ya da türevlerinin bulunmadığı, bebek ürünlerine ait firmaların ürünlerinde ise gliserin, pentanol gibi koruyucu maddelerin eklendiği görülmektedir.

Koruyucu kremler, pudralar: Bez bölgesindeki pişik gelişmemesi ya da tekrarlanmaması açısından koruyucu kremlerin kullanılması öncelikli önlemlerden biridir (Akkaya, 1990; Atherton, 2001). Her bez değişiminden sonra bez bölgesine koruyucu madde kullanımının incelendiği araştırmalarda pişik görülme durumunda azalma yönünden anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Kırçival, 2001; Parlak ve ark., 1995). Koruyucu kremler her bez değişiminden sonra deriye uygulanmalıdır. Bu ürünlerin deriyi mikroorganizmalardan ve nemden koruyucu özelliği vardır. Çinko oksit ve vazelin en çok kullanılan bariyer özellikli kremlerdir. Çinko oksit krem ve merhem şeklinde kullanılır ve fiziksel bariyer oluşturarak suyun geçirgenliğini önler.

Vazelin: Vazelin 1859 yılında İngiliz kimyacı Robert Augustos Chesebrough tarafından bulunmuştur (Aboud ve Khachemoune, 2009). Yaklaşık 139 senedir birçok sağlık ve kozmetik alanında kullanılan vazelin uzun zincirli alifatik hidrokarbonların karışımından oluşan petrol türevi bir maddedir. Alifatik hidrokarbonlar, arıtılmamış yağlardan geliştirilmiştir ve bu yağlar cildin epidermis tabakasındaki boşluklardan geçerek cildin iyileşmesine yardımcı olur. Kullanımı güvenli ve herhangi bir allerjen etkisi olmayan beyaz vazelinin cildi kimyasal ajanlara karşı koruyucu özelliği vardır (Atherton, 2001). Odio ve arkadaşlarının çalışmasında (2000), vazelin içerikli hazır bezlerin pişik şiddetini azaltmada önemli bir etkisi olduğu görülmüştür.

Reçetesiz satılan bu tür ilaçlar pişik bölgesini koruyan maddeler içerdiklerinden kullanımları için reklamları yapılmaktadır (Khalid ve Khachemoune, 2009). Bazı vazelin türleri katkı maddeleri (aloe, vitaminler, bitkiler) ya da koku veren ürünler içerebilmektedir, bu özelliklerinden dolayı alerji veya tahriş etme potansiyeline sahip oldukları da belirlenmiştir.

Pudralar hem çocuğun soluk borusuna kaçarak çocuğun boğulmasına, hem de deri kıvrımlarında birikerek ciddi enfeksiyonlara neden olduğu için kullanılması önerilmemektedir (Fiorillo, 2004; Wolf ve ark., 2000). Çalışmalarda pudranın koruyuculuğuna dair anlamlı istatistiksel sonuç bulunmamıştır (Adalat ve ark., 2007; Parlak ve ark.1995).

2.5. Pişigin Tedavisi

Pişigin tedavisinin en önemli iki amacı; hasarlanmış derinin iyileşmesini hızlandırmak ve tekrarlamaları önlemektir (Atherton, 2004). Tedavi seçenekleri pişigin klinik tablosuna derecesine ve türüne göre değişir. Pişigin tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar Nistatin, klotrimazol, nistatin-triamsinolon, hidrokortizon, klotrimazol-betametazon dipropiyonat, ketakonazol, triamsinolon, çinko oksit/vazelin ve mikanazoldür (Önder ve ark., 2007; Shin, 2005).

Çinko Oksit: Hazır koruyucu kremlerin çoğu çinko oksit veya vazelin içermektedir (Elizabeth, 2007). Çinko oksit merhem veya kremlerde asılı kalan (süspansiyon şeklinde) beyaz pudradır. Titanyum oksitin beyaz yumuşak parafin gibi veya suyu uzaklaştırıcı madde özelliği vardır. Pişigin tedavisinde önemli yer edinen çinko oksitin tedavi edici özelliğinin yanında koruyucu etkisi de bulunmaktadır. Concannon ve arkadaşlarının (2001), 2-13 aylık olan 202 çocukla yaptığı araştırmada, pişigin tedavisinde çinko oksit/vazelin içeren Mikanazol nitrat (%0.25) kullanılanlarda sadece çinko oksit/vazelin kullananlara göre kızarıklık alanının ve şiddetinin daha hızlı azaldığı ve pişigin daha hızlı iyileştiği saptanmıştır.

Odio ve arkadaşları (2000), 8-24 aylık 391 çocuğu aldıkları araştırmalarında deneysel iki çalışma yapmışlardır. Her iki çalışmada da çocukların bez bölgesindeki kızarıklık çapı 1-3 arasında değerlendirilmiş ve 2'den fazla olanlar çalışmadan çıkarılmıştır. Vazelin içeren bez kullananlarda kızarıklık şiddetinin anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır. Bu çalışmaya alınan çocuklarda koruyucu ürün kullanılmasına izin verilmemiş ancak su, sabun, ıslak mendille temizleme gibi hijyen uygulamalarına izin verilmiştir. *Birinci çalışmaya;* 64 çocuk alınmış, vazelin içerikli hazır bezlerle normal bezlerin bez bölgesinde kızarıklığın şiddeti üzerine etkisi araştırılmıştır. *İkinci çalışmada* 327 çocuk alınmış, vazelin içerikli hazır bez kullananlarda, normal bez kullananlara göre pişik şiddetinin önemli düzeyde azaldığı saptanmıştır.

Baldwin ve arkadaşlarının (2001) yaş ortalamaları 9.9 ay (9-15 ay) arasında olan 268 çocukta yaptığı deneysel çalışmada çocuklar iki gruba ayrılmış, bir grupta çinko oksit/vazelin içerikli hazır bezler kullanılmış, diğer grupta vazelinsiz hazır bezler kullanılmış ve bez pişiginin üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çinko oksit/vazelin içeren bezleri kullanan grupta eritem şiddetinde ve bez pişiginde anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür. Sonuç olarak çinko oksit/vazelin karışımının cildi iyileştirdiği ve cilde temasını azaltarak mikroorganizmaları vücuttan uzaklaştırıcı etkisiyle pişik şiddetini anlamlı derecede azalttığı bulunmuştur.

Parlak ve arkadaşlarının (1995), yaşları 5-90 gün arasında ve pişığı olan 54 çocukla yaptığı çalışmada koruyucu madde kullanılmayan ve kozmetik krem kullanılan çocuklarda birinci derece pişik görülme oranının çinko oksit kullanan çocuklardakine göre daha düşük, 2., 3. ve 4. derece pişik oranının daha yüksek olduğu, çinko oksit kullanılanlarda hepsinin birinci derece düzeyinde kaldığı, zeytinyağı kullanılan çocuklarda ise pişığın yarısının birinci derece, yarısının da ikinci derece şiddetinde olduğu bulunmuştur. Dekspantol kullanılan çocuklarda 2/3'ünün birinci derece, 1/3'ünün ikinci derece düzeyinde, pudra kullanılanlarda ise %20'sinin üçüncü derece düzeyinde, diğerlerinin birinci derece düzeyinde olduğu görülmüştür. Bu çalışmada çocuklarda herhangi bir eğitim ya da tedavi uygulanmamış, kesitsel tanımlayıcı bir çalışma şeklinde anneden alınan bilgilere göre karşılaştırmalar yapılmıştır.

Antifungal İlaçlar: Şiddetli pişik vakalarında fungal ajanlarla sekonder enfeksiyonlar fazla görülmektedir. Pişik üç günden uzun sürüyorsa ve kandidiyazis şüphesi varsa topikal antifungal ajanlar günde iki kez olmak üzere birkaç hafta kullanılmalıdır. Etken madde olarak Nistatin, Klotrimazol ve Mikanazol, Siklopiroks ilaçlar pişik tedavisinde en sık kullanılan antifungal ajanlardır (Gupta ve Skinner, 2004; Önder ve ark., 2007).

Nistatin *C.albikansa* karşı son derece etkili bir ilaçtır. Wet ve arkadaşlarının çalışmasında Nistatinin pişik tedavisinde etkili olduğu görülmüştür (Wet ve ark., 1999). Nistatin tedavisinden sonra sık görülen pişik tekrarlamalarının sebepleri arasında nistatinin antibakteriyel ve antienflamatuar etkilerinin olmaması, pişik bölgesinde yeniden mantar kolonizasyonun olması ve direnç gelişmesi yer almaktadır (Gupta ve Skinner, 2004; Önder ve ark., 2007). Klotrimazol ve Mikanazol (Fungicid) ise pişik tedavisinde kullanılan diğer ilaçlardır. Her iki ilacın da pişığı %80 oranında tedavi ettiği bildirilmektedir (Concannon ve ark., 2001). Yapılan bir araştırmada mikanazol'un (%0.25) diğer kremlere oranla pişik şiddetini önemli derecede azalttığı görülmüştür (Cancannon ve ark., 2001). Piyasada pişik tedavisinde en çok kullanıldığını gördüğümüz hem antifungal hem de antibakteriyel olan pişik kremleri Dermo-trosyd ve Dermorest pişik kremleridir (<http://www.ilacrehberi.com/cgi-bin/vademecum.asp>). Siklopiroks geniş spektrumlu bir antifungaldır. *Saureus* ve *C.albicans*'a karşı etkili olup aynı zamanda antienflamatuar etkisi vardır (Gupta ve Skinner, 2004; Önder ve ark., 2007).

Antibakteriyel ilaçlar: Pişik tedavisinde topikal antibakteriyel ajanlar sadece sekonder bakteriyel bir enfeksiyon söz konusu ise kullanılmalıdır. Topikal mupirosin, bacitrasin ya da polysporin günde üç kez uygulanmalıdır. Wet ve arkadaşlarının çalışmasında Mupirosin pişik

tedavisinde etkili olduğu görülmüştür. Pişik tedavisinde kullanılan %2 Mupirosinin Nistatinle karşılaştırılabilir etkinlikte olduğu, C.albicansı 2-6 günde yok ettiği ve ortalama 4.7 günde tüm lezyonları iyileştirdiği tespit edilmiştir (Wet ve ark., 1999). En çok kullanılan Mupirosin içerikli krem Bakteriopan kremdir (Wet ve ark., 1999). Ülkemizde de pişik tedavisinde en çok kullanılan antibakteriyel kremdir.

Kortikosteroidler: Topikal kortikosteroidler, diğer tedavilere yanıt vermeyen orta ya da şiddetli irritasyona bağlı (erozif) pişiklerde tedaviye eklenebilir. Antifungaller ilaçlarla kombine şekilde sık kullanılır (Shin, 2005). Topikal kortikosteroidler, sadece kısa süreli kullanılabilen anti-enflamatuvar etkili ilaçlardır (Gupta and Skinner, 2004; Shin 2005). Uzun süreli kullanıldıklarında bütünlüğü bozulan lezyonlu deriden emilimleri artarak ciddi yan etkilere neden olabilirler. Bu yan etkiler, deri atrofisi, deride çizgilenmeler, hipotalamus ve adrenal bez baskılanması, Cushing sendromu, intrakranial hipertansiyon, büyüme geriliği pediatrik hastalarda görülen yan etkilerdir. Başka bir yan etkisi ise deride bulunan candidaların çoğalmasına neden olduğu olabilirler. Çocuklarda %1 hidrokortizondan daha kuvvetli ilaçların asla kullanılmaması gerektiği önerilmektedir (Adherton, 2001; Önder ve ark., 2007). En fazla iki haftayı geçmeyecek şekilde günde iki defa temiz deriye sürülmelidir (Kanevra ve Lauerma, 2003; Mallory ve ark., 2005; Gupta ve Skinner, 2004). Genellikle piyasada betametazon ve triamsinolon olarak bulunmaktadır (Önder ve ark., 2007; Shin, 2005). Pişik tedavisinde en çok bilinen kortikosteroid krem Dermovate'dir. Ülkemizde bez pişigi nedeniyle uzun süreli kortizon krem (dermovate) öyküsü olan iki çocukta Cushing sendromu geliştiği ve deri lezyonlarında candida albicans ve stafilokokus aureus üremesinin saptandığı bildirilmektedir (Semiz ve ark., 2008).

Tedavide Kullanılan Diğer Ürünler: Pişik tedavisinde zeytinyağı, balmumu ve bal ile hazırlanan bir bitkisel karışımın etkili olduğu bulunmuştur. Zeytinyağının ve balın antioksidan, antibakteriyel ve antifungal etkileri olduğu ve yerel prostoglandin sentezi ve nitrik oksit sentezini azaltarak pişigi tedavi ettiği ileri sürülmüştür (Al-Waili, 2005). Naldöken ve arkadaşlarının (2004) araştırmasında annelerin yarısından çoğunun bebeğinin pişigini zeytinyağı ile tedavi ettiği görülmektedir. Başka bir araştırmada topikal uygulamalara yeterli cevap vermeyen ondört olguda kolostomi pastası ve cilt koruyucu tabaka uygulaması pektin ve karboksimetilsellüloz içerir. Bu uygulamadan sonra olguların %86'sının cilt lezyonlarının 1-3 günde iyileştiği görülmüştür (Hancı ve ark., 1998).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Araştırma kontrol-deney gruplu, prospektif yarı deneysel olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini Dokuz Eylül Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Kliniğinde Ocak-Mayıs 2009 tarihleri arasında yatan, antibiyotik alan 0-18 aylık çocuklar oluşturmuştur. Kontrol grubuna 41, deney grubuna 42 çocuk alınmıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda antibiyotik alanlarda pişik görülme oranı %61.5-%69.2 bulunmuş, ortalaması %67.5 olarak alınmıştır (Çimen ve ark., 2007; Kırçival, 2001). Çalışma sonunda bu oranın %50 azaltılması hedeflenmiştir. Bu verilere göre (%67.50-%33.75) Alfa güvenilirlik düzeyi %95, testin gücü .80 olarak yapılan güç analizinde her bir gruba alınacak örneklem sayısı en az 26 olarak bulunmuştur. Çalışma sonunda; kontrol ve deney grubu verileri sırasıyla n:41/n:42, pişik gelişme oranı %34.1/%7.1 ve Alfa güvenilirlik düzeyi %95 olarak yapılan güç analizinde testin gücü 93.1 bulunmuştur (DSS research, 2009).

Örneklem seçme kriterleri :

Çalışmaya alınan çocuklar:

- Çocuklar antibiyotiğin başladığı birinci günden itibaren çalışmaya alınmış, 3-7 gün arası izlenmiştir. Üç günden önce taburcu olanlar çalışmadan çıkarılmıştır. Antibiyotik kullanılanlarda pişik gelişimi genellikle iki ve üçüncü günlerde gelişmektedir. Yedi günden fazla antibiyotik kullanan çocuk sayısı azalmaktadır. Bu nedenle çocuklar 3-7 gün arasında izlenmiştir.
- Sadece hazır bez kullanan çocuklar bu çalışmaya alınmıştır.

Çalışmaya alınmayan çocuklar:

- Tuvalet alışkanlığı kazandırılmış olanlar,
- Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebekler,
- Başlangıçta pişiği, ishali ve pamukçuğu olanlar,
- Egzema, alerjik hastalıklar, seboreik dermatit gibi deri hastalığı öyküsü olanlar,
- Antimikotik ilaç (Amphotericin vb.) kullananlar,
- Meningomyoel, serebral palsi vb. nedenle sürekli damla damla idrar yapması şeklinde idrar inkontinansı olanlar,
- Uzun süre idrar torbası kullanan çocukların labia majörlerinde, genital bölgede tahriş veya kızarıklık gelişebileceğinden çalışmaya alınmamıştır.

İşlem:

Kontrol grubundaki çocuklara özel bir girişimde bulunulmamıştır. Kontrol grubunu klinikte antibiyotik kullanan, antibiyotik kullanım süresince pişikten korunmaya yönelik özel eğitim ve koruyucu bakım almayan 0-18 aylık çocuklar oluşturmuştur.

Klinik rutinde pişikten koruyucu eğitimi olmadığı için önce kontrol grubunun, daha sonra deney grubunun verileri toplanmıştır.

Deney grubunu antibiyotik tedavisinin ilk gününden itibaren pişikten koruyucu bakım alan 0-18 aylık çocuklar oluşturmuştur. Antibiyotik kullanan çocukların anneleri ile tedavinin ilk gününde birebir görüşülerek pişiğin önlenmesi için genital bölge bakımı ve koruyucu krem olarak vazelinin kullanımına yönelik eğitim verilmiş ve çocukların tedavi süresince planlanan koruyucu bakımı almaları sağlanmıştır. Eğitim ve bakımın etkin olması için ayrıca yazılı broşür verilmiştir (Ek 3).

Koruyucu bakımın içeriğini: bezin sık değiştirilmesi (en az beş kez), genital bölgenin temizliği (su ile silme, kurulama), bezin sıkı bağlanmaması, havalandırılması ve her bez değişimi sonrası koruyucu krem olarak vazelin kullanımı (beyaz vazelin) oluşturmuştur. Çalışmada, suyu itici özelliğinden dolayı vazelin (Baldwin, Odio, Haines, Connor, Englehart ve Lane, 2001; R.Wolf, D.Wolf, B.Tüzün ve Y.Tüzün, 2000; Fiorillo, 2004; Wananukul, 2006) kullanımı tercih edilmiştir. Koruyucu bakım içeriği ve eğitim broşürü için uzman görüşü alınmıştır.

Kontrol ve Deney Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışmaya alınan çocukların pişik gelişiminde etkili olmayan tanımlayıcı özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Çocuklara ait diğer pişik gelişiminde etkili olduğu bilinen tanımlayıcı özellikler ise Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 1. Kontrol ve Deney Grubundaki Çocukların Cinsiyeti ve Enfeksiyon Tanılarının Sistemlere Göre Dağılımı

Tanılar	Kontrol Grubu (n=41)		Deney Grubu (n=42)	
	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet				
Erkek	25	61.0	26	61.9
Kız	16	39.0	16	38.1
Tanımlar				
Solunum yolu enfeksiyonları	24	58.6	19	45.2
Üriner sistem enfeksiyonları	6	14.6	3	7.2
Diğer enfeksiyonlar	11	26.8	20	47.6
Bakım veren kişi				
Anne	41	100.0	38	90.5
Anneanne /Hala	-	-	4	9.5
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS
Anne yaş ortalaması	28.8	5.0	26.9	5.0

Tablo 2. Kontrol ve Deney Grubunun Pişik Gelişimini Etkileyebilecek Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Özellikler	Kontrol Grubu (n=41)		Deney Grubu (n=42)		X ²	SD	p
	Sayı	%	Sayı	%			
Çocuğun Yaşı							
0-6Ay	32	57.1	24	57.2	4.474	2	.107
7-12Ay	6	14.6	14	33.3			
13-18 Ay	3	7.3	4	9.5			
Kaçıncı Çocuk							
İlk çocuk	18	43.9	26	61.9	2.820	2	.244
İkinci çocuk	17	41.5	11	26.2			
Üçüncü çocuk ve üzeri	6	14.6	5	11.9			
Beslenme Türü							
Anne Sütü	19	46.3	13	31.0	2.205	3	.531
Oral almıyor	9	22.0	11	26.2			
Karışık beslenme	10	24.4	13	31.0			
Yapay beslenme	3	7.3	5	11.9			
Pamukçuk Gelişme Durumu							
Evet	3	7.3	1	2.4			.360*
Hayır	38	92.7	41	97.6			
İshal Gelişme Durumu							
Evet	4	9.8	3	7.1			.713*
Hayır	37	90.2	39	92.9			
Antibiyotik kullanma durumu							
Tekli	22	53.7	32	76.2	4.634	1	.055**
Çiftli	19	46.3	10	23.8			
Antibiyotik kullanma yolu							
Oral	4	9.8	6	14.2	.588	2	.745
Parenteral	34	82.9	34	81.0			
Oral +Parenteral	3	7.3	2	4.8			
Antibiyotiğin türü							
Penisilin	10	24.4	8	19.0	3.852	2	.278
Sefalosporin	12	29.3	17	40.5			
Aminoglikozid	14	34.2	8	19.0			
Karbapenem ^a	1	2.4	2	4.8			
Monobaktam ^a	-	-	2	4.8			
Penisilin+Sefalosporin ^a	1	2.4	1	2.4			
Aminoglikozid +Penisilin ^a	1	2.4	4	9.5			
Monobaktamlar + Sefalosporin ^a	2	4.9	-	-			
Annelerin eğitim durumu							
İlköğretim	24	58.5	27	64.3	.761	2	.684
Lise	10	24.4	7	16.7			
Üniversite	7	17.1	8	19.0			

*Gözlerde 5'den küçük beklenen sayı olduğu için Fisher Kesin Ki-kare analizi yapılmıştır.

** Gözlerde 25'den küçük gözlenen sayı olduğu için Yates Düzeltmeli Ki-kare analizi yapılmıştır

^aSayılar az olduğu için gruplar birleştirilerek analiz yapılmıştır.

Pişik gelişiminde etkili olan etmenler yönünden kontrol ve deney grubu eşleştirilmeye çalışılmıştır. Tablo 2'de yer alan, pişik gelişiminde etkili olan etmenler yönünden her iki grubun benzer olduğunu belirlemek için ki-kare analizi ile gruplar karşılaştırılmış, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > .05$, Tablo 2).

Kontrol grubundaki çocukların alt bakım uygulamaları konusunda değişiklik yapmak için girişimde bulunulmamıştır. Bu gruptaki çocukların alt bakım uygulama durumu Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Kontrol Grubundaki Çocukların Koruyucu Alt Bakım Uygulamaları (n = 41)

Alt Bakım Uygulamaları	Sayı	%
Bezin Değiştirilme Sıklığı (Sayı/gün)		
2-4 kez	31	75.6
5 kez ve üzeri	10	24.4
Bez Bölgesini Temizleme Şekli		
Su ve pamukla silme/ suyla yıkama	10	24.4
Islak mendil	31	75.6
Bez Bölgesini Havalandırma Sıklığı		
Evet	7	17.1
Hayır	27	65.9
Bazen	7	17.0
Bezi Sıkı Bağlama Durumu		
Evet	5	12.2
Hayır	36	87.8

Deney grubundaki çocukların annelerinin eğitimi ile planlanan pişikten koruyucu bakım uygulamalarını almaları sağlanmıştır.

Deney grubunda tüm çocuklarda bir günde bezin değiştirilme sayısı beş ve üzerinde iken, kontrol grubunda bu oran daha düşüktür. Bez bölgesini suyla silme/yıkama ve havalandırma deney grubunda tüm çocuklarda uygulanırken, kontrol grubunda bu uygulamaların da oranı daha düşüktür. Bezin sıkı bağlama durumu deney grubunda hiçbir çocukta yok iken, kontrol grubunda bazı çocuklarda bezin sıkı bağlandığı görülmüştür.

3.3 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri

- Pişik gelişme durumu ve şiddeti, pişik gelişme günü

Bağımsız değişkenleri

- Pişikten koruyucu eğitim ve bakım alma durumu.

3.4 Veri Toplama Aracı

Araştırmada 0-18 aylık çocukların sosyodemografik özelliklerine yönelik 10 soru ve genital bakıma yönelik 10 sorudan oluşan veri toplama formu ve Kırçuval (Kırçuval, 2001) tarafından yapılan pişik derecesinin sınıflaması kullanılarak Çimen ve arkadaşları tarafından düzenlenen Pişik Bölgesinin Değerlendirilmesi Formu kullanılmıştır (Ek 5-6).

3.5 Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından hastane ortamında annelerle yüz yüze görüşme yöntemi ve çocukların cildini 24 saatte bir gözlem yoluyla veri toplama formları doldurularak toplanmıştır. Ayrıca pişik geliştiğinde iki gözlemci tarafından (araştırmacı ve klinik hemşiresi) değerlendirilmiştir. Gözleme katılacak klinik hemşireleri ile bire bir görüşülerek pişik tanılması konusunda araştırmacı tarafından bilgi verilmiştir. Çocuklar 3-7 gün arası izlenmiştir. Kontrol grubu ortalama 5.3 ± 1.5 , deney grubu 4.5 ± 1.7 gün izlenmiştir ($t = 2.23$, $p = .150$).

3.6 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri bilgisayar ortamında Pearson Ki-kare, Fisher Kesin Ki-kare ve Yates Düzeltmeli Ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

3.7 Araştırma Etiği

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu etik kurulu ve araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya alınacak annelere çalışmanın amacı ve yapılacak uygulamalar hakkında bilgi verilerek sözel izin alınmış, katılmayı gönüllü kabul edenler çalışmaya alınmıştır. Deney grubunda alınacak olan bir anne kabul etmediği için çalışmaya katılmamıştır. Çalışma sırasında her iki grupta pişik gelişimi görüldüğü zaman tedavisi için hekime iletilmiştir.

3.8 Araştırmanın Zaman Planı

Literatür tarama, tez önerisi hazırlama (Temmuz -Kasım 2008)



Etik kurul izni (Aralık 2008)



Eğitim ve bakım rehberinin hazırlanması ve uzman görüşünün alınması (Aralık 2008)



Veri toplanacak kurumdan izin (Aralık 2008-Ocak 2009)



Veri toplama – (Ocak -Mayıs 2009)



Veri analizi– (Mayıs-Temmuz 2009)



Rapor yazımı (Haziran-Eylül 2009)



Tez bitirme sınavı – (Eylül 2009)

4. BULGULAR

Bu bölümde kontrol ve deney grubunda pişik gelişme durumu, pişiğin gelişme günü ve şiddetinin karşılaştırılmasına yönelik bulgular verilmiştir. Deney grubunda pişik gelişen çocuk sayısı az olduğu için araştırmanın ikinci ve üçüncü hipotezleri için iki grubun verileri analiz yapılarak karşılaştırılmamış, sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

Kontrol ve Deney Grubundaki Çocuklarda Pişik Gelişme Durumunun Karşılaştırılması

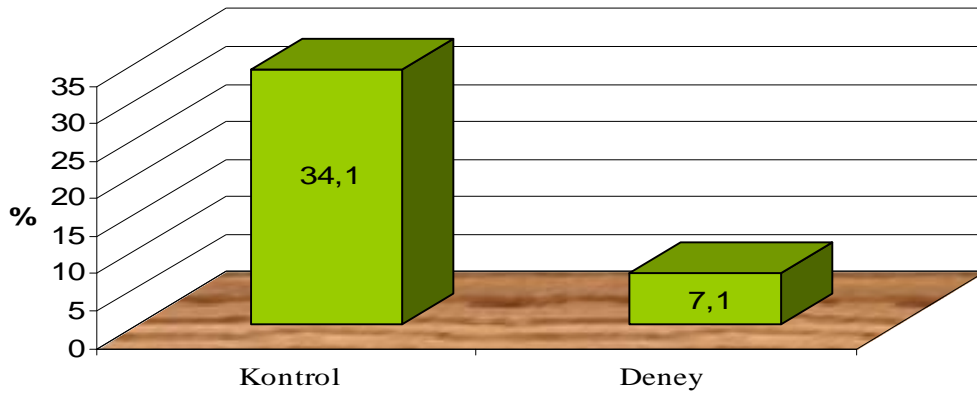
Kontrol ve deney grubundaki çocuklarda pişik gelişme durumu Ki-kare analizi ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 4. Kontrol ve Deney Grubundaki Çocuklarda Pişik Gelişme Oranlarının Karşılaştırılması

Grup	Pişik Gelişme Durumu				X ²	SD	p
	Var		Yok				
	Sayı	%	Sayı	%			
Kontrol Grubu	14	34.1	27	65.9	7.705*	1	.006
Deney Grubu	3	7.1	39	92.9			

* Gözlerde 25'den küçük gözlenen sayı olduğu için Yates Düzeltmeli Ki-kare Analizi yapılmıştır.

Kontrol grubundaki çocuklarda pişik gelişme oranının deney grubundakilere göre istatistiksel olarak çok anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<.01, Tablo 4, Şekil 4).



Şekil 4. Kontrol ve Deney Grubundaki Çocuklarda Pişik Gelişme Oranlarının Karşılaştırılması

Kontrol ve Deney Grubundaki Çocuklarda Pişik Şiddeti ve Pişik Gelişme Günlerinin Karşılaştırılması

Kontrol ve deney grubundaki pişik gelişen çocuklarda **pişiğin şiddeti** ve antibiyotik tedavisine başlandıktan sonra **kaçıncı günde pişik geliştiğine** ilişkin bulgular Tablo 5'te verilmiştir. Deney grubunda pişik gelişen çocuk sayısı az olduğu için çalışmanın ikinci ve üçüncü hipotezleri olan gruplara göre pişik gelişme günü ve pişiğin şiddetine ilişkin veriler test edilememiştir.

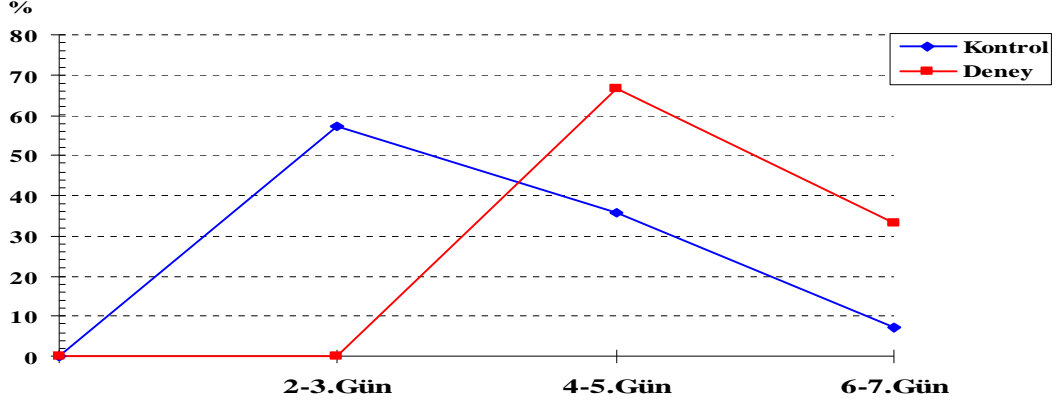
Tablo 5. Kontrol ve Deney Grubundaki Çocuklarda Pişik Gelişme Günü ve Pişik Şiddetinin Karşılaştırılması

Pişik Gelişme Günü ve Şiddeti	Kontrol Grubu		Deney Grubu*	
	Sayı	%	Sayı	%
Pişik Gelişme Günü				
2- 3. Gün	8	57.1	-	-
4- 5. Gün	5	35.8	2	66.7
6- 7. Gün	1	7.1	1	33.3
Pişik Şiddeti				
1.Derece	12	85.8	3	100.0
2.Derece	1	7.1	-	-
3.Derece	1	7.1	-	-
TOPLAM	14	100.0	3	100.0

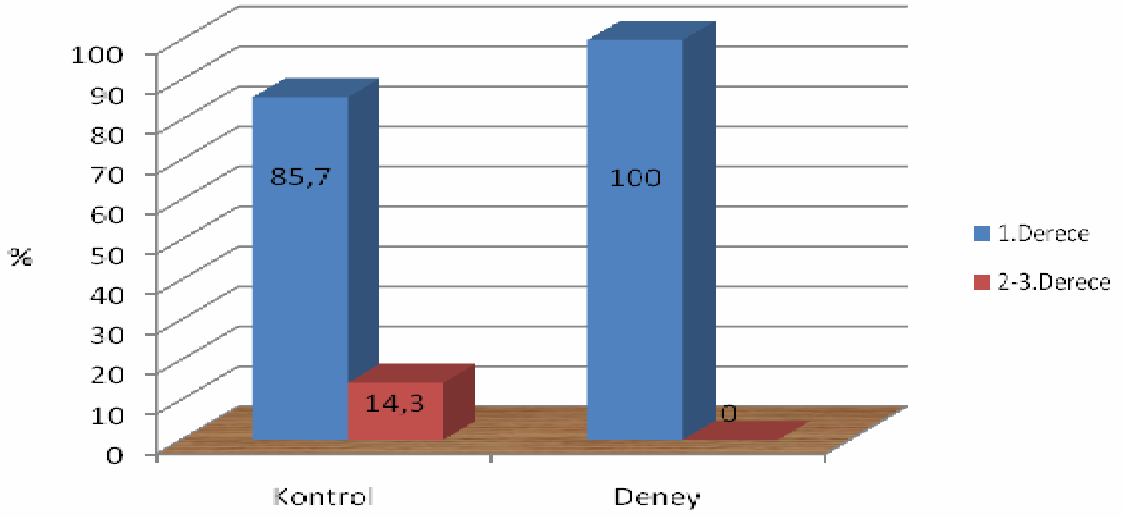
*Deney grubunda örneklem sayısı 5'in altında (n=3) ve gözlerde beklenen değerler 1'in altında olduğu için analiz yapılamamıştır.

Kontrol grubundaki çocukların yarısından fazlasında 2. ve 3.günlerde, geri kalanının 4.günden sonra pişik geliştiği görülürken, deney grubundaki çocuklarda 4. ve 5. günlerde pişik geliştiği görülmüştür.

Kontrol grubunda pişik gelişen çocukların %85.8'inde birinci derece pişik, %14.2'sinde ise ikinci ve üçüncü derece pişik gelişirken, deney grubunda pişik gelişen çocukların tümünde birinci derece pişik gelişmiştir.



Şekil 5. Kontrol ve Deney Grubundaki Pişik Gelişen Çocuklarda Pişik Gelişme Gününün Karşılaştırılması



Şekil 6. Kontrol ve Deney Grubundaki Pişik Gelişen Çocuklarda Pişik Gelişme Şiddetinin Karşılaştırılması

5. TARTIŞMA

Çocuklarda sık görülen sorunlar arasında yer alan bez pişığının azaltılması iyi bir alt bakım ve pişığı kolaylaştıran faktörlerin kontrol altına alınmasıyla mümkündür. Bu çalışmada koruyucu alt bakım uygulamalarının pişığı önlemeye etkisi araştırılmıştır. Ülkemizde ve dünyada pişığın tedavisi ve etyolojisi ile ilgili araştırmalara sık rastlanırken, pişikten koruyucu alt bakımı ile ilgili yapılmış çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle tartışmada sınırlılıklar yaşanmıştır.

Bu çalışmada annelerin eğitimi ile düzenli olarak koruyucu alt bakımı uygulamaları yapılan ve vazelin kullanılan deney grubundaki çocuklara göre (%7.1), düzenli koruyucu bakım uygulamayan kontrol grubundaki çocuklarda (%34.1) anlamlı olarak daha fazla pişik geliştiği görülmüştür. Araştırmanın birinci hipotezi kabul edilmiştir. Pişığı önlemek için bez bölgesinin kuru olması, her gaitadan sonra bez değiştirilmesi ve günde en az beş defa değiştirilmesi ve bölge temizlendikten sonra kurulması ve havalandırılması, bezlerin çok sıkı bağlanmaması, sıkı dar giysi kullanılmaması, odanın fazla sıcak ve nemli olmaması, etkin koruyucu madde kullanılması ve sık havalandırılması önerilmektedir (Adherton, 2005; Akkaya, 1999; Wolf ve ark., 2000). Yapılan çalışmalarda da günde beş ve daha fazla bez değiştirildiğinde (Kırçival, 2001; Parlak ve ark., 1995), sıkı bağlanmadığında (Çimen ve ark., 2007), pişik oranının azaldığı görülmüştür.

Antibiyotik kullanımı pişik gelişme riskini arttırmaktadır. Bu çalışmada antibiyotik kullanan çocuklarda deney grubunda annelerin eğitimi pişik gelişimini ile azaltıcı uygulamaların yapılması ve vazelin kullanması sağlanmıştır ancak klinik standartlarında koruyucu bakımın düzenli bir şekilde uygulanmadığı kontrol grubunda bu uygulamalar tam olarak yapılmamasının (Tablo 3) pişik gelişiminin daha fazla olmasında etkili olabileceği düşünülmüştür. Kontrol grubundaki çocukların çoğunda bölge temizliğinde alkolsüz ıslak mendil kullanılmıştır, ancak çalışmalarda ıslak mendilin pişik gelişiminde etkili olmadığı görülmüştür (Adalat ve ark., 2007; Akin, Spraker, Leyden, Raynor ve Landin, 2001; Çimen ve ark., 2007; Ehretsmann, Schaeffe, Adam, 2001; Şenses, 2007; Odio ve ark., 2001; Visscher, 2009). Bu çalışmada daha çok bez değiştirme sıklığı, havalandırma, sıkı bağlamama girişimlerinin daha etkili olduğu düşünülmüştür.

Deney grubunda pişığın daha az görülmesinin nedeni olarak koruyucu alt bakım uygulamaları yanı sıra bu çocuklarda her bez değişiminden sonra vazelin kullanılmasının

etkili olduğu düşünölmüştür. Pişigi önlemek için, bez bölgesini nemlendirmek, idrar ve gaitanın temasını önlemek amacıyla koruyucu özelliği olan kremlerin kullanılması önerilmektedir. Çalışmamızda koruyucu madde olarak deney grubunda *Vazelin* kullanılmıştır. Vazelin nemlendirici ve su geçirmez özelliğinden dolayı cildi koruduğu bilinmektedir (Aboud ve Khachemoune, 2009; Borkowksi, 2004; Wananukul, 2006; Wolf ve ark., 2000). Pişigi olan çocuklarda yapılan bir çalışmada da koruyucu madde olarak çinko oksit/vazelin içeren bez kullanımının pişik oranını ve şiddetini azalttığı saptanmıştır (Baldwin ve ark., 2001). Başka bir araştırmada vazelin içeren bezlerin pişigi olan çocuklarda pişigin şiddetini ve kızarıklığını azalttığı görölmüştür (Odio ve ark., 2000).

Tanımlayıcı olarak yapılan çalışmalarda, antibiyotik kullanan ve koruyucu alt bakım almayan çocuklarda pişik sıklığı %61.5-%69.2 bulunmuştur (Çimen ve ark., 2007; Kırçuval, 2001). Bu araştırmada özel bakım uygulanmayan çocuklarda pişik gelişim oranı diğer çalışmaların yaklaşık yarısı kadar düşük bulunmuştur. Bunun nedeni olarak; koruyucu bakım uygulanmasa da çocukların 3-7 gün sürekli izlenmiş olmasının annelerin farkındalığını arttırarak daha iyi bakım vermiş olabileceği, düşünölmüştür. Çimen ve arkadaşlarının çalışmasında koruyucu madde kullanımı ile pişik görölme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Çimen ve ark., 2007). Kırçuval'ın araştırmasında koruyucu madde kullananlar kullanmayanlarla karşılaştırıldığında, kullanmayanlarda pişik görölme sıklığı daha az bulunmuştur. Ayrıca Kırçuval'ın araştırmasında koruyucu maddeler birbirleri ile karşılaştırıldığında çinko oksit, dekspantenol, kozmetik kremler ve vazelin içeren kremleri kullananlarda birbirine yakın oranda pişik görölmüştür. Pişigin azaltılmasında koruyucu madde kullanımının etkili olması beklenirken tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan çalışmalarda pişigi azaltma yönünden etkili bulunmaması ve bu çalışma sonucuyla uyumlu olmamasının nedeni olarak kullanılan ürünlerin düzenli kullanılmamış olabileceği ve özellikle anne ifadelerine göre pişik öyküsü olan çocukların annelerinin koruyucu madde kullanmayı tercih etmelerinin etkili olduğu düşünölmüştür (Adalat ve ark., 2007; Kırçuval, 2001).

Araştırmanın ikinci ve üçüncü hipotezleri olan gruplar arasında pişigin gelişme günü ve şiddeti arasında fark olup olmadığı konusunda deney grubunda pişik gelişme sayısı az olduğundan test edilememiştir. Bu verilere ulaşabilmek için gelecekte daha büyük örnekleme sahip araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmada kontrol grubunda pişik daha erken (çoğunluğu 2 ve 3.gün) gelişmiş, deney grubunda daha geç günlerde (4.günden sonra) gelişmiştir. Deney grubunda pişik gelişen çocukların pişik dereceleri de daha hafif olmuştur. Kontrol grubunun çoğunda (%85.7) birinci derece pişik gelişirken, deney grubunun hepsinde

birinci derece pişik gelişmiştir. Deney grubunda pişiğin daha geç günlerde ortaya çıkması ve pişik şiddetinin ilerlememesi koruyucu alt bakımının etkinliği ve vazelinin nemlendirici ve suyu itici özelliğinin olmasından (Aboud ve Khachemoune, 2009; Borkowksi, 2004; Wananukul, 2006; Wolf ve ark., 2000) kaynaklandığı düşünülmüştür. Vazelin deri üzerinde lipid bir tabaka oluşturarak deri için zararlı olan idrar ve gaita ile teması önlediği, böylece ciltteki hasarı azalttığı düşünülmüştür. Pişiği olan çocuklarda yapılan iki çalışmada da koruyucu madde olarak çinko oksit/vazelin içeren bez bağlanan çocuklarda, normal bez bağlananlara göre pişik şiddetinin anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır (Baldwin ve ark., 2001; Odio ve ark., 2000). Bu çalışmalarda da olduğu gibi vazelinin cildi koruyucu etkisi söz konusudur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar;

Bu çalışmada hastanede yatan 0-18 aylık olan, antibiyotik kullanan koruyucu alt bakım uygulanan ve uygulanmayan çocuklarda pişik gelişme durumu karşılaştırılmıştır.

- Koruyucu alt bakımı uygulanan deney grubundaki çocuklarda pişik gelişme oranı (%7.1), koruyucu alt bakımı uygulanmayan kontrol grubundaki çocuklardan (%34.1) daha azdır ($p < .05$).

- Kontrol grubunda pişik görülen çocukların çoğunda pişik gelişimi 2-3.günlerde olmak üzere deney grubuna göre daha erken gelişirken, deney grubundaki çocuklarda 4.günden sonra gelişmiştir, sayı az olduğu için veriler test edilememiştir.

- Deney grubunda pişiği olan çocukların pişik dereceleri daha hafiftir. Deney grubundaki pişiği olan çocukların hepsinin pişiği birinci derece iken, kontrol grubundakilerde ikinci ve üçüncü derece pişiği olanlar görülmüştür. Sayı az olduğu için veriler test edilememiştir.

Öneriler:

- Antibiyotik kullanan çocuklarda daha çok pişik görüldüğünden pişiğin önlenmesi için koruyucu alt bakımın düzenli olarak uygulanması,
 - Her gaitadan sonra ve günde en az beş kez bez değiştirilmesi,
 - Ilık su ile yıkama/silinmesi,
 - Sık havalandırılması,
 - Etkin koruyucu madde olarak vazelin kullanılması,
 - Bezin sıkı bağlanmaması,
- Çocukları pişikten korumak için her alt değişiminden sonra koruyucu krem olarak vazelin uygulanmalı ve kullanımı bakım veren anne/bakıcılara önerilmesi,
- Alt bezi bağlanan çocuklarda pişik gelişiminin önlenmesi veya azaltılması için annelerin alt bakımı konusunda eğitilmesi, konu hakkında broşürlerin verilmesi,
- Çocukları pişikten koruma yöntemleri ile ilgili farklı koruyucu maddelerin kullanıldığı araştırmaların yapılması,
- Daha büyük örnekleme çalışmanın yapılması,
- Farklı ürünler kullanılarak etkilerinin karşılaştırıldığı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Adalat, S., Wall, D., Goodyear, H. (2007). Diaper dermatitis-frequency and contributory factors in hospital attending children. *Pediatric Dermatology*, 24(5), 483-488.
- Adam, R. (2008). Skin care of the diaper area. *Pediatric Dermatology*, 25(4), 427-433.
- Adherton, D.J. (2001).The aetiology and management of irritant diaper dermatitis. *European Academy of Dermatology and Venereology*, 15(1), 1-4.
- Akin, F., Spraker, M., Aly, R., Leyden, J., Raynor, W., Landin, W. (2001). Effects of breathable disposable diapers: reduced prevalence of candida and common diaper dermatitis. *Pediatric Dermatology*, 18(4), 282-290.
- Akkaya, S. (1990). Diaper döküntüler “Diaper dermatit”. *Katkı Pediatri Dergisi*, 11(1), 41-44.
- Akşit, S. (2001). Diaper dermatit. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 10(9), 328-329. Erişim Tarihi: 17.06.2008. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0901/diaper.pdf>.
- Alberta, L., Sweeney, S.M., Wiss, K. (2005). Diaper dye dermatitis. *Pediatrics*, 116(3), 449-453.
- Al-Waili, N.S. (2005). Clinical and mycological benefits of topical application of honey, olive oil and beeswax in diaper dermatitis. *Clinical Microbiology and Infection*, 11(2), 141-163.
- Pharmaceutical Society of Australia (2003). Nappy Rash. Pharmacy self care is a program of the pharmaceutical society of australia. http://www.kingsleyvillagepharmacy.com.au/downloads/fact%20card%20PDFs/NAPPY_RASH_2003.pdf. Erişim Tarihi:22.08.2009.
- Bakır, M. (2001). Antibiyotik kullanımının temel ilkeleri. *Klinik Dergisi*, 14(3), 95-101.
- Baldwin, S., Odio, M.R., Haines, S.L., Connor, R.J., Englehart, J.S., Lane, A.T. (2001). Skin benefits from continuous topical administration of a zinc oxide/petrolatum formulation by a novel disposable diaper. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 15(1), 5-11.
- Biltekin, Ö., Boran, Ö.D., Denkli, M.D., Yalçınkaya, S. (2004). Naldöken sağlık ocağı bölgesinde 0-11 aylık bebeği olan annelerin doğum öncesi dönem ve bebek bakımında geleneksel uygulamaları. *Sürekli Tıp Dergisi*, 13(5), 166-168.
- Borkowski, S. (2004). Diaper rash care and management. *Pediatric Nursing*, 30(6), 467-470.
- Bryant, R. (2006). Diaper dermatitis: From simple rashes to complex differentials. *Dermatology Times.Special Report*, 36-37.
- Campbell, R.L., Bartlett, A.F., Sarbaugh, F.C., Pickering, L.K. (1988). Effects of diaper types on diaper dermatitis associated with diarrhea and antibiotic use in children in day-care centers (Abstract). *Pediatric Dermatology*, 5(2), 83-87.
- Concannon, P., Gisoldi, E., Phillips, S., Grossman, R. (2001). Diaper dermatitis: a therapeutic dilemma. Results of a double-blind placebo controlled trial of miconazole nitrate 0.25%. *Pediatric Dermatology*, 18(2), 149-55.
- Çakır, M., Ağırman, İ., Mungan, İ., Orhan, F., Ökten, A. (2005). Topikal steroid kullanımına bağlı iyatrojenik Cushing Sendromu. *Türk Pediatri Arşivi*, 40, 102-104.

- Çimen, S., Aslan, G.,Yaprak, E. (2007). Hastanede yatan 0-24 aylık bebeklerde pişik görülme durumu ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 1.Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongre Özet Kitabı, 100-100.
- Daniel, B.W., Alan, B.F., Steven, R.F., Daniel, P.K. (2000). Characterization of diaper dermatitis in the United States. *Archive Pediatric Adolescent Medicine*,15, 943-946.
- Davies, M.W., Dore, A.J., Perissinotto, K.L. (2008). Topical Vitamin A, or its derivatives, for treating and preventing napkin dermatitis in infants (Review) in *The Cochrane Library*, Issue 4, 1-11. <http://www.thecochranelibrary.com>. Erişim Tarihi: 12.08.2008.
- DERMA. (1993). Çocuk bez pişığı, Roche s:10
- Dorko, E., Viragova, S., Pilipinec, E., Tkaiova, L. (2003). Candida – agent of the diaper dermatitis? *Folia Microbiology*, 48 (3), 385-388.
- DSS Research. (2009). Researcher's toolkit. http://www.dssresearch.com/toolkit/sscalc/size_p2.asp. Erişim Tarihi: 1.12.2008
- Ehretsmann, C., Schaefer, P., Adam, R. (2001). Cutaneous tolerance of baby wipes by infants with atopic dermatitis, and comparison of the mildness of baby wipe and water in infant skin. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 5(1), 16-21.
- Erdoğan, S. (1996). Çocukluk çağlarında beslenme. İçinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Hikmet SEÇİM (Editör), Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Hemşirelik Önlisans Eğitimi, (s. 148-167). Açıköğretim Yayınları, Eskişehir: Web Ofset.
- Ferrazzini, G., Kaiser, R.R., Cheng, S.K.H., Wehrli, M., Casa, V.D., Pohlig, G., Gonser, S., Graf, F., Jörg, W. (2003). Microbiological aspects of diaper dermatitis. *Dermatology (Basel)*, 206(2), 136-41.
- Fiorillo, L. (2004). Therapy of pediatric genital diseases. *Dermatology Therapy*, 7, 117-128.
- Foodand Drug Administration (FDA, 2008). <http://www.fda.gov/cder/foi/label/2006/021026s0001bl.pdf> Erişim tarihi: 20.10.2008.
- Gagnon, L. (2007). Defeating diaper dermatitis. *Dermatology Times*, Special Report: 66.
- Görak, G. (1996). Çocukta Deri ile ilgili Problemler ve Hemşirelik Bakımı. İçinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Hikmet Seçim (Editör) Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Hemşirelik Önlisans Eğitimi, (s. 203-221). Açıköğretim Yayınları, Eskişehir: Web Ofset.
- Görak G. (2002). Yenidoğanın deri hastalıkları. içinde Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. Türkan Dağoğlu, Gülay Görak (Editörler). (s.649-650). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. Nobel Matbaacılık.
- Gupta, A., Skinner, A. (2004). Management of diaper dermatitis. *International Journal of Dermatology*, 43, 830-834.
- Hancı, S., Boyacı, M., İsmuhan, Ö., Töre, B., İlhan, H., Tokar, B., Koku, N. (1998). Pişik bakımında perianal kolostomi pastası ve cilt koruyucu tabaka kullanımı. Hemşirelik Forumu, 1(6), 270-271.
- Hardin Library for the Health Sciences. (2007) Diaper Rash Picture. <http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/dermnet/diaperrash3.html>. Erişim: 06.06.2009.

- Hatipoğlu, N., Kurtoğlu, S., Keskin, M., Kendirci, M. (2007). Topikal steroid kullanımına bağlı iyatrojenik cushing sendromu. Olgu Sunumları. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal), 29(2),155-158.
- Hong, K.H., Kim, S.C., Kang, T.J. (2005). Effect of abrasion and absorbed water on the handle of nonwovens for disposable diapers. *Textile Research Journal*, 75, 544-550.
- Honig, P.J., Gribetz, B, Leyden, J.L. (1988). Amoxicillin and diaper dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 19, 275-279.
- Humphrey, S., Bergman, J. N., Au, S. (2006). Practical management strategies for diaper dermatitis. *Skin Therapy Letter*,11(7), 1-6.
- İşgüven, P., Yıldız, M., Ergüven, M., Malçok, M., Güven, A. (2007). Bez dermatiti nedeniyle kullanılan topikal steroide bağlı cushing sendromu: olgu sunumu. *Güncel Pediatri*, 5, 35-37.
- Kanerva, L., Lauerma, A.I. (2003). Contact dermatitis. In A.D. Katsambs and T.M. Lotti (Eds.), *European Handbook of Dermatological Treatments* (pp: 113-114). USA: Springer.
- Khalid, M. A. A, Khachemoune, A. (2009). Vaseline®: a historical perspective. *Dermatology Nursing*, 21(3),143-144. <http://www.unileverusa.com/ourbrands/personalcare/vaseline.asp>. Erişim Tarihi: 12.08.09.
- Kırçival, D. (2001). 0-2 yaş çocuklarda diaper dermatiti sıklığı, klinik özellikleri ve etyolojik faktörlerin değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne.
- Kimberly, A.H. (2009). Patient information: Diaper rash in infants and children <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~xrAHHNqmCOJqF1t>. Erişim Tarihi: 12.07.09.
- Longhi, F., Garlucci, G., Bellucci, R., Girolamo, D.I., Palumbo, G. (1992). Amerio P. Diaper dermatitis: a study of contributing factor. *Contact Dermatitis*, 26, 248-252.
- Mallory, S.B., Bree, A., Chern, P. (2005). Eczematous dermatoses. in *Illustrated Manual of Pediatric Dermatology Diagnosis and Management* (pp:59-67), London and Newyork: Taylor &Francis Group.
- Mandleco, B.L. (2002). Therotical appoaches to the growt and development of children. In *Pediatric Nursing Caring for children and their families*. Editor: Micki L. Potts, (pp. 182). United States of America: Delmar Thomsan Learning.
- Odio, M.R., Fallon, F.S. (2000). Diaper dermatitis and advances in diaper technology. *Current Opinion Pediatrics*,12(4), 342-346.
- Odio, M.R., Oconnor, R.J., Sarbaugh, F., Baldwin, S. (2000). Continous topical administration of a petrolatum formulation by a novel disposable diaper. *Dermatology*, 200, 238-243.
- Odio, M.R., Scot, J.S., Hansen, R.C. (2001). Disposable baby wipes: efficacy and skin mildness. *Dermatology Nursing*, 13(2), 107-121.
- Önder, M., Adışen, E., Velagiç, Z. (2007). Diaper dermatit. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 50, 129-135.
- Örmeci, R.A. (1999). Çocuklarda enfeksiyon hastalıklarının sıklığı. *Pediatric Dergisi*,8(1), 27-30.

- Palumbo, J.E. (2007). Rash. In The Merck Manual of Medical Information. R. S. Porter, J. L. Kaplan, B. P. Homeier, MD, M. H. Beers. (Eds. of the Online Version). Second Home Edition, Whitehouse Station, N.J.: Merck Research Laboratories. <http://www.merck.com/mmhe/sec23/ch267/ch267g.html>. Erişim Tarihi: 02.06.2009.
- Parlak, M., Energin, M., Mukaddes, S., Bitlisli, H., Alp, H. (1995). Diaper dermatitli 54 olgunun değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikler Dermatoloji*, 5, 66-70.
- Phillipa, P., Hughes, A., Golding, J. (1997). Getting to the bottom of nappy rash. *The British Journal of General Practice*, 47(421), 493-497.
- Prasad, H.R.Y., Srivastava, P., Verma, K.K. (2003). Diaper dermatitis- an overview. *Indian Journal of Pediatrics*, 70, 635-637.
- Runeman, B. (2008). Skin interaction with absorbent hygiene products. *Clinics in Dermatology*, 26, 45-51.
- Saner, G. (2002). Çocuklarda sık görülen deri hastalıkları. İçinde *Pediatri*, Cilt:2, Olcay Neyzi ve Türkan Ertuğrul (Editörler), (s. 1552). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Schenfield, N. (2005). Diaper dermatitis "Review brief survey of eruptions of the diaper area". *Therapy In Practice Am J Clinics in Dermatology*, 6(5), 273-281.
- Shin, H.T. (2005). Diaper dermatitis that does not quit. *Dermatology Therapy*, 18, 124-135.
- Skin Sight. (2008). Diaper Rash (Irritant Diaper Dermatitis) A parent's guide for infants and babies. (<http://www.skinsight.com/infant/diaperIrritantDermatitis.htm>). Erişim Tarihi:12.08.2009.
- Spraker, M.K., Gisoldi, E.M., Siegfried, E.C., Fling, J.A., Espinosa, Z.D., Quiring, J.N., Zangrilli, S.G. (2006). Topical miconazole nitrate ointment in the treatment of diaper dermatitis complicated by candidiasis. *Cutaneous Medicine for The Practitioner*, 72(2), 112-120.
- Şenses, A.D., Öztürk, C.E., Yar, N.E., Acar, S. (2007). Do baby wet wipes periurethral aerobic flora. *Japanese Journal of Infectious Diseases*, 60, 225-226.
- Türk İlaç Rehberi. (2007). <http://www.ilacrehberi.com/cgi-bin/vademecum.asp>. Erişim Tarihi: 01.09.2009.
- University of Virginia Health System. (2004). Normal Newborn: Diapers/Diaper Rash. http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_newborn/diprrash.cfm. Erişim Tarihi: 12.08.09.
- Visscher, M.O. (2009). Recent advances in diaper dermatitis: etiology and treatment *Pediatric Health*, 3(1), 81-89.
- Visscher, M.O., Chatterjee, R., Munson, K. A., Bare, D.E., Hoath, S.B. (2000). Development of diaper rash in the newborn. *Pediatric Dermatology*, 17(1), 52-57.
- Wananukul, S., Limpongsanuruk, W., Singalavanija, S., Wisuthsarewong, W. (2006). Comparison of dexpanthenol and zinc oxide ointment with ointment base in the treatment of irritant diaper dermatitis from diarrhea: a multicenter study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 89(10), 1654-1658.
- Ward, D.B., Fleischer, A.B., Feldman, S.R., Krowchuk, D.P. (2000). Characterization of diaper dermatitis in the United States. *Archive Pediatric Adolescent Medicine*, 154 (9), 943-946.

- Wet, P.M., Rode, R., Dyk, A., Millar, A.J.W. (1999). Nappie Perianal candidosis - a comparative study with mupirocin and nystatins and the Environment. *International Journal of Dermatology*, 38(8), 618-622.
- Wolf, R., Wolf, D., Tüzün, B., Tüzün, Y. (2000). Diaper dermatitis. *Clinical Dermatology*, 18, 657-660.
- Woman's Enviromental Network (WEN, 2004). Nappies and the environment. www.wen.org.uk. Erişim Tarihi: 12.05.2009.
- Wong, D.M.,Wilson, D. (1995). Diaper dermatitis in *Whaley & Wong' s Nursing Care of Infants and Children*. Sally Schrefer (Editor), Fifth Edition (pp. 598-600)., United Stated of America: Mosby Company.
- Yücelten, D. (1999). Arabezi dermatiti. *Klinik Gelişim*, 12(7). <http://www.klinikgelisim.org.tr/1999-4.html#8>. Erişim Tarihi: 12.06.2009.



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ



SAYI : B.30.2.DEÜ.0.Y3.02.05/1925
KONU : Etik Kurul Kararı

Sayın, Yrd.Doç.Dr.Saniye ÇİMEN

Etik Kurulumuzun 5 Aralık 2008 tarih ve 41/2/08 sayılı toplantısında, 1271 kayıt numaralı evrak ile görüşülen "Antibiyotik Kullanan Bebeklerde Koruyucu Alt Bakım Protokolünün Pişik Gelişimini Önlemeye Etkisi" konulu tez önerisi ile ilgili etik kurul kararı ekte gönderilmektedir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Besti
Prof.Dr.Besti ÜSTÜN
Müdür

Ek: 1

DEÜ Hemşirelik Yüksekokulu İnciraltı-İZMİR (35340) 278 46 19 Faks: (0.232) 278 46 06
<http://www.deu.edu.tr>

hekime iletceği belirtilmiştir.Düncelme payını şiddetiyle ilgili olan ikinci hipotezin çıkarılması, -Gözlemcilerin eğitiminin nasıl olacağını yazılması önerisi ile uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur. Oy birliği ile kabul edilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN
Etik Kurul Başkanı



Ek 2.

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI: B.30.2.DEÜ.0.H1.00.00 - 447
KONU: Tez Çalışması Hak.

BALÇOVA-İZMİR
...../...../2008

26.12.2008*011709

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü'ne

İLGİ : 24.12.2008 tarih B.30.2.DEÜ.0.Y3.00.01/1406 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen Yüksekokulunuz Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Gülbeyaz BARAN'ın "Antibiyotik Kullanan Bebeklerde Koruyucu Alt Bakımın Pişik Gelişimini Önlemeye Etkisi" isimli tezini Hastanemizde geçekleştirmesi uygun görülmüştür.

Gereğinin yapılmasını saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. İbrahim ASTARCIOĞLU
Başhekim

29/12
Kalem
4/11

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/İZMİR
Tel:+90(232)412 23 15 Faks.+90(232) 259 97 23
E posta: elcin.safyurek@deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Hem.Hiz.Müd. Gülay EŞREFGİL

Elektronik ağ: www.deu.edu.tr

B5 46

Bilgilendirilmiş Olur Formu**Sayın Bay/Bayan,**

Sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yatan bireye verilen sağlık hizmeti, tıbbi ve cerrahi uygulamaları içermektedir. Bu uygulamalar 1.gününden itibaren antibiyotik kullanmaya başlayan 0-18 aylık bebekler ortalama 3-7 gün arasında hastanede izlenecektir.

Bu çalışmayla; "Hastanede yatan antibiyotik kullanan 0-18 aylık bebeklerde pişikten koruyucu alt bakımın pişik gelişimini azaltmadaki etkinliğini saptamak" amaçlanmıştır. Hastaneden ve etik kuruldan izin alınmıştır. Bu araştırma kapsamında çocuklarınızı pişikten korumaya yönelik alt bakımı ile ilgili eğitim broşürü ve vazelin verilecektir.0-18 aylık antibiyotik kullanan, başlangıçta pişiği, ishali ve pamukçuğu olmayan çocuklar 3-7 gün arasında izlenecektir. Bu süre içerisinde çocuğunuzda pişik gelişimi görüldüğü zaman tanılması ve tedavisi için hekime iletilecektir. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte bilgiler kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır.

Ben, hasta olarak katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

DENEY GRUBU VERİ TOPLAMA FORMU

Tarih:

Koruyucu alt bakımı alıyor: eğitim, alt bakımı ve vazelin kullanımı

1. Adı Soyadı:
2. Cinsiyet:
3. Doğum Tarihi:
4. Hastaneye yatış tarihi:
5. Tanısı:
6. Annenin yaşı:
7. Annenin Eğitim Durumu:
8. Kaçınca Çocuk:.....
9. Çocuğa kim bakıyor:
 - a) Anne
 - b) Bakıcı
 - c) Diğer

10. ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ

İlaç isimleri:	Başlama Tarihi:	Kesilme Tarihi
-		
-		
-		
-		
-		

11. BESLENME TÜRÜ

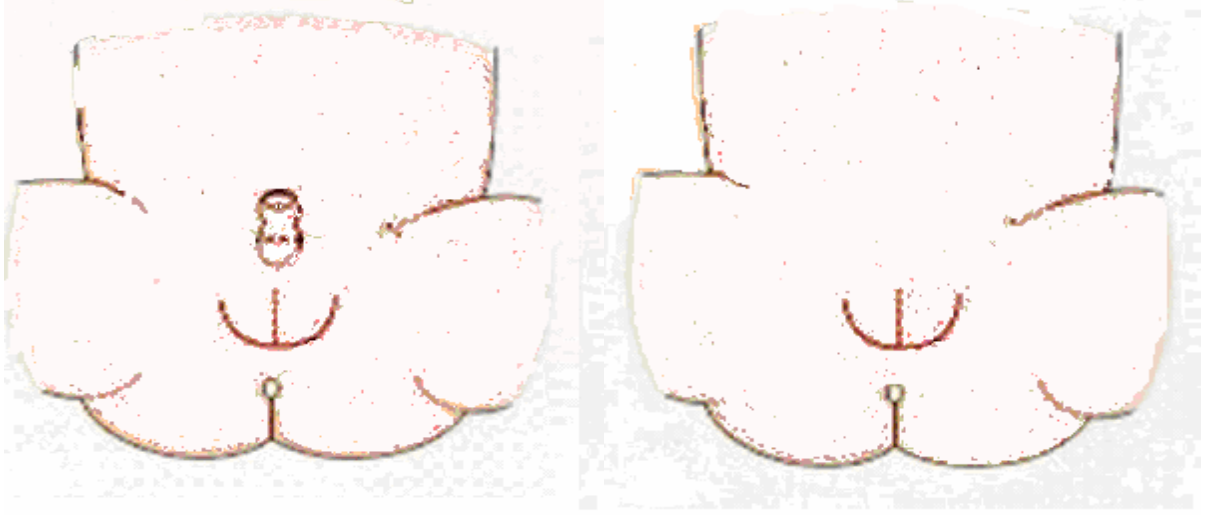
- a) Anne Sütü
- b) Anne sütü ve formüla mama
- c) Formüla mama
- d) İnek sütü
- e) Ek besin
- f) TPN
- g) IV mayi
- h) Diğer:.....

	1.gün	2.gün	3.gün	4.gün	5.gün	6.gün	7.gün
12.Bezin değiştirilme sıklığı Günde kaç kez							
13.Bez bölgesini temizleme şekli a)Su ve pamukla silme: b) Islak mendil: c) Sabunlu bez/ duru su d) Ilık suyla yıkama: e) Kağıt havlu/kuru bezle temizleme f) Diğer:..... İdrar sonrası Gaita sonrası							
14.Bez bölgesine kullanılan koruyucu madde Vazelin kullanma Günde Kaç kez							
15.Bez Bölgesini havalandırma/açık bırakma Evet -sıklığı							
16. Bezin bağlanma şekli uygunluğu Sıkı Sıkı bağlama Bez in ön üst kısmını içe katlama							
17.İshal gelişme durumu Günde kaç kez Günlük gaita yapma sayısı							
18.Pişik gelişti mi?							
19.Pişik bölgesinin değerlendirilmesi (gözlem verileri) a) Hafif eritem b) Belirgin eritem ve hafif soyulma c) Artmış eritem ve kabarcıklar d) Artmış eritem ve ülser (derin soyulma) e) Bez bölgesindeki lezyonlarda akıntı -Var (renk):..... -Yok							
20.Pamukçuk gelişme durumu							

21. PİŞİĞİN ÖZELLİĞİ (Hekimle İşbirliği)

- Candidiyazis (Mantar enfeksiyonu)
- İrritant Kontakt Dermatit
- Alerjik kontakt dermatit
- İmpetigo
- Diğer

YERİ-ÇAPI



Pişiği olan çocuklarda pişik bölgesindeki bulgulara göre pişiğin derecesi belirlenecektir.

I.Derece: Sadece bez bölgesinde sınırlı hafif kızarıklık

II. Derece: Bez bölgesinde sınırlı belirgin kızarıklık, lezyon veya soyulma

III. Derece: Bez bölgesi, bacakların iç yüzü ve karına yayılan belirgin kızarıklık

IV. Derece: Bez bölgesi, bacakların iç yüzü ve karına yayılan belirgin kızarıklık, erozyon ve püstül

KONTROL GRUBU VERİ TOPLAMA FORMU

Tarih:

Koruyucu alt bakımı almıyor.

10. Adı Soyadı:
11. Cinsiyet:
12. Doğum Tarihi:
13. Hastaneye yatış tarihi:
14. Tanısı:
15. Annenin yaşı:
16. Annenin Eğitim Durumu:
17. Kaçınıcı Çocuk:.....
18. Çocuğa kim bakıyor:
a) Anne b) Bakıcı c) Diğer

10. Antibiyotik Tedavisi

İlaç isimleri:	Başlama Tarihi:	Kesilme Tarihi
-		
-		
-		
-		
-		

11. Beslenme Türü

- i) Anne Sütü
j) Anne sütü ve formüla mama
k) Formüla mama
l) İnek sütü
m) Ek besin
n) TPN
o) IV mayi
p) Diğer:.....

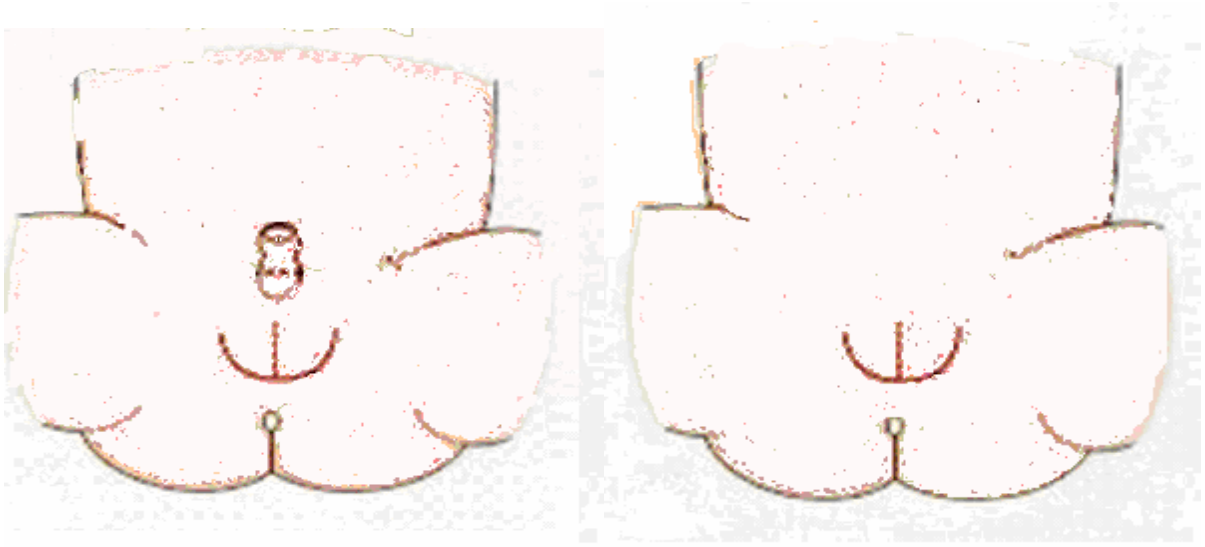
	1.gün	2.gün	3.gün	4.gün	5.gün	6.gün	7.gün
12.Bezin değiştirilme sıklığı Günde kaç kez							
13. Bez bölgesini temizleme şekli a)Su ve pamukla silme: g) Islak mendil: h) Sabunlu bez/ duru su i) Ilık suyla yıkama: j) Kağıt havlu/kuru bezle temizleme k) Diğer:..... İdrar sonrası Gaita sonrası							
14. Varsa kullanılan koruyucu maddenin adı ve sıklığı							
15.Bez Bölgesini havalandırma/açık bırakma Evet –sıklığı Hayır							
16. Bezin bağlanma şekli uygunluğu Sıkı Sıkı bağlama Bezin ön üst kısmını içe katlama							
17. İshal gelişme durumu Günde kaç kez Günlük gaita yapma sayısı							
18.Pişik gelişti mi?							
19.Pişik bölgesinin değerlendirilmesi (gözlem verileri) f) Hafif eritem g) Belirgin eritem ve hafif soyulma h) Artmış eritem ve kabarcıklar i) Artmış eritem ve ülser (derin soyulma) j) Bez bölgesindeki lezyonlarda akıntı -Var (renk):..... -Yok							
20.Pamukçuk görülme durumu							

-

21. Pişigin Özelliği (Hekimle İşbirliği)

- f) Candidiyazis (Mantar enfeksiyonu)
- g) İrritant Kontakt Dermatit
- h) Alerjik kontakt dermatit
- i) İmpetigo
- j) Diğer

YERİ-CAPİ



Pişiği olan çocuklarda pişik bölgesindeki bulgulara göre pişiğin derecesi belirlenecektir.

I.Derece: Sadece bez bölgesinde sınırlı hafif kızarıklık

II. Derece: Bez bölgesinde sınırlı belirgin kızarıklık, lezyon veya soyulma

III. Derece: Bez bölgesi, bacakların iç yüzü ve karına yayılan belirgin kızarıklık

IV. Derece: Bez bölgesi, bacakların iç yüzü ve karına yayılan belirgin kızarıklık, erozyon ve püstül

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU



HAZIRLAYAN

Araş. Gör. Gülbeyaz BARAN

DANIŞMAN

Yard.Doç.Dr. Saniye ÇİMEN

BEBEĞİNİZİ PİŞİKTEN



NASIL KORUYABİLİRSİNİZ?

Pişik nedir?

Pişik bebek ve küçük çocuklarda bez bölgesinde kızarıklık, soyulma ve yara şeklinde yaygın olarak görülen bir deri hastalığıdır.

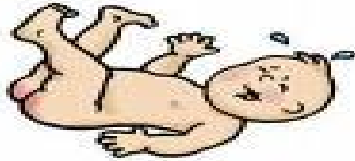
Nerelerde oluşur?

Pişik sıklıkla bezin deriyle doğrudan temas ettiği yerlerde kasıklar ve popoda oluşur.

Pişğin nedeni nedir?

- ü İdrar ve kakanın uzun süre deriye temas etmesi, Aşırı ıslak kalması
- ü Bezin sıkı bağlanması, sürtünme
- ü Mantar enfeksiyonları (pamukçuk gibi), bakteriyel enfeksiyonlar,
- ü Bez alerjisi,
- ü Besin allerjileri
- ü İshal ,
- ü Antibiyotiklerin kullanılması pişik gelişimini **arttırır**.

Antibiyotikler normal barsak florasını bozar ve mantarların üremesini kolaylaştırarak pişğe neden olur. Sizin çocuğunuz antibiyotik kullanmaktadır. Çocuğunuzda her zamankinden daha kolay pişik gelişebilir. Koruyucu önlemleri alarak pişik gelişimini önleyebilir ya da azaltabilirsiniz.



Pişik nasıl önlenir?

- ü Bez bölgesi (bebeğinizin altı) kuru olmalıdır. Bezi günde en az beş defa değiştiriniz.
- ü Her kaka yaptıktan sonra bezi hemen değiştiriniz.
- ü Her bez değişiminden sonra altını ılık su ile ıslatılmış pamukla/mendille önden arkaya doğru siliniz. Bez bölgesinde pişik ya da enfeksiyon varsa ıslak mendil kullanmayınız. Koşullar uygunsa ılık su ile bölgeyi yıkayabilirsiniz.
- ü Her bez değişiminden sonra temiz deriye antibiyotik kullanmaya bağlı pişği azaltmak için **vazelin** uygulayınız.
- ü Oda ısısı uygunsa bebeğinizin altını bir süre açık tutarak havalandırınız.
- ü Bezi çok sıkı bağlamayınız, sıkı ve dar giysi kullanmayınız.
- ü Odanın çok sıcak ve nemli olmamasına özen gösteriniz.
- ü Kaka yaptıktan sonra beyaz sabun kullanabilirsiniz ancak günde 2 defadan fazla kullanmayınız ve hemen durulayınız.
- ü Pudra kullanmayınız (solunum yollarına kaçabilir, derinin gözeneklerini tıkar ve ısladığında tahriş eder).

Dikkat! Pişik belirtileri; bez bölgesinde kızarıklık ve soyulma görülüyorsa doktor ya da hemşirenize söyleyiniz. Size verilen kremleri önerilen şekilde kullanınız.