

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**0-24 AY ÇOCUKLARDA PİŞİK GÖRÜLME
SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Hasan KURT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

**ŞANLIURFA
2019**

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**0-24 AY ÇOCUKLARDA PİŞİK GÖRÜLME
SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Hasan KURT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Selma KAHRAMAN

Bu tez, Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından 1894 proje numarası ile desteklenmiştir.

**ŞANLIURFA
2019**

T. C.

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Hasan Kurt'un hazırladığı "0-24 AY ÇOCUKLARDA PİŞİK GÖRÜLME SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER" başlıklı çalışması 03.07.2019 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

Doç. Dr. Selma KAHRAMAN (Danışman)
Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi. Mert KARTAL

Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi. Ayşegül ÖZCAN

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi,
Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksek
Okulu, Halk Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 18.07/2019 tarih ve 2019.12.02.....sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Fuat DİLMEÇ

Enstitü Müdürü

TEŐEKKÖRLER

Yüksek lisans eğitim süresince tezimin planlanmasından enstitüye teslim edilmesine kadar bütün aşamalarında sabırla yol gösteren, bilimsel desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve bana her konuda büyük katkı sağlayan tez danışmanım, değerli hocam **Doç. Dr. Selma KAHRAMAN'** a, beni her konuda destekleyen her zaman yanımda olan sevgili eşim **Nazlı KURT' a**, tüm eğitim hayatım boyunca her zaman yanımda olan ve bana destek veren aileme, tez dönemim boyunca sıkıntılarımı paylaştığım beni destekleyen arkadaşlarıma ve çalışmaya gönüllü katılan bütün katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hasan KURT

2019

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
ONAY SAYFASI	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Pişik	3
2.2. Pişiğin Patogenezi	3
2.2.1. Pişiğin Patogenezinde Rol Alan Faktörler	4
Hidratasyon Artışı.....	4
Bezin Rolü.....	5
Sürtünme.....	5
İdrar ve Amonyanın Rolü.....	6
Dışkı.....	6
Mikroorganizmalar.....	6
Kimyasal Ajanlar.....	7
Antibiyotikler.....	7
Anne Sütü.....	7
Deri Hastalık Öyküsü.....	7
Bez Bölgesinin Bakımı/Temizlenmesi.....	8
Koruyucu Kremler.....	8
2.3. Pişiğin Klinik Şekilleri	9
2.3.1. Pişik Komplikasyonları	9
Bakteriyel Enfeksiyonlar.....	9
Perianal Streptokokal Hastalık.....	10

Kandidiazis.....	10
2.4. Pişikten Korunma.....	10
2.4.1. Eğitim.....	10
2.4.2. Bez Tipi.....	11
2.4.3. Bez Değişim Sıklığı.....	11
2.4.4. Bez Bölgesinin Bakımı.....	11
2.4.5. Bez Bölgesi Havalandırılması.....	11
2.4.6. Temizleme.....	12
2.4.7. Koruyucu Kremler ve Pudralar.....	12
2.4.8. Vazelin.....	12
2.5. Pişiğin Tedavisi.....	13
2.5.1. Çinko Oksit.....	13
2.5.2. Antifungal İlaçlar.....	13
2.5.3. Antibakteriyel İlaçlar.....	14
2.5.4. Kortikosteroidler.....	14
2.5.5. Tedavide Kullanılan Diğer Ürünler.....	14
2.5.6. Hemşirelik ve Pişik.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Şekli.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	16
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	16
3.4. Araştırmanın Uygulanması.....	16
3.4.1. Gerekli İzinlerin Alınması.....	16
3.4.2. Verilerin Toplanması.....	16
3.5. Verilerin Toplanması ve Araçlar.....	17
3.5.1. Anket Formu.....	17
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	17
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	17
4. BULGULAR.....	19
5. TARTIŞMA.....	28
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	31
7. KAYNAKLAR.....	33

EKLER	38
Anket Formu.....	38
Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ Onayı.....	41
Etik Kurul Onayı.....	43
Anne Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	44
Orjinallik Beyan Belgesi.....	47
Turnitin Raporu.....	48
Tez Veri Giriş Formu.....	58



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

No

Şekil 2.1. Pişğin Görünümü..... 3

Şekil 2.2. Pişik Modeli..... 4



TABLolar DİZİNİ	Sayfa
	No
Tablo 4.1. Çocukların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	18
Tablo 4.2. Annelerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	19
Tablo 4.3. Çocukların Beslenme Durumu.....	19
Tablo 4.4. Çocukların Alt Değişirilm Durumu.....	20
Tablo 4.5. Çocukta Pişik Durumu.....	21
Tablo 4.6. Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Pişik ile İlişisinin Karşılaştırılması.....	22
Tablo 4.7. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Pişik ile İlişisinin Karşılaştırılması.....	23
Tablo 4.8. Çocukların Beslenme Durumu ile Pişik Oluşum Durumunun Karşılaştırılması.....	24
Tablo 4.9. Çocukların Alt Değişirilm Durumu ile Pişik Oluşum Durumunun Karşılaştırılması.....	25

ÖZET

0-24 AY ÇOCUKLARDA PİŞİK GÖRÜLME SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hasan KURT

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Pişik, süt çocuklarında bezlerin sürtüdüğü bölgelerde, koltuk altı gibi kapalı kısımlarda, sıcaklık, nem ve irritasyon sonucu görülen ve çocuğu çok rahatsız eden önemli bir cilt sorunudur. Çalışma, Şanlıurfa'da 0-24 ay çocuklarda pişik görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı- kesitsel tipte Şubat 2018 – Mart 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışma evrenini, Şanlıurfa Merkez ilçelerdeki Eyyübiye, Karaköprü, Haliliye aile sağlık merkezlerine kayıtlı olan 0-24 aylık çocuğa sahip anneler oluşturmuştur. Şanlıurfa merkez ilçelerinden basit rastgele örnekleme yöntemine göre her bir ilçeden bir aile sağlık merkezi belirlenerek, Şubat 2018 – Mayıs 2018 tarihleri arasında 0-24 aylık çocuğa sahip 322 anne araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler, araştırmacı 8-17 saatleri arasında aile sağlık merkezlerine giderek, araştırmayı kabul eden annelerle yüz yüze görüşülerek ve çocuk fizik muayenesi yapılarak toplanmıştır. Araştırma Harran Üniversitesi Etik Kurulu, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve katılımcılardan izin alınarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistik ve pearson Ki-kare analizi yapılmıştır.

Çalışmaya katılan 0-24 aylık çocuklarda pişik görülme oranı %18.6 olarak belirlenmiştir. Pişik olan çocukların %11.8'i 1.Derece pişik, %6.8'i 2.Derece ve üstü pişik olduğu görülmüştür. Annelerin hepsi alt bezi olarak hazır bez kullandığını belirtmiştir. Çocukların %58.1'inin alt temizliğinin günde 1-4 defa yapıldığı

belirlenmiştir. Annelerin %50.6'sı çocuk alt bezini idrar ve kaka yapılması durumunda değiştirdiğini ifade etmiştir. Anneler çocukların %84.5'inin daha önce pişik olduğunu ifade etmiştir. Annelerin %82.9'unun çocuk temizliğini ıslak mendille yaptığı saptanmıştır. Annelerin %57.1'inin çocuk bez bölgesini açık bırakıp havalandırmadıkları ifade etmiştir. Annelerin %70.2'sinin çocuk bez bölgesine koruyucu krem/madde kullanmadığı tespit edilmiştir. 1.Derece pişik çocukların %50'si kız, %50'si erkek çocuktur ($p>0.05$). Daha önce pişik gelişen çocukların %56.6'sı 1-12 aylıktır ($p<0.05$). 1.Derece pişik olan çocukların %55.3'ü 3-8 kilogramdır ($p>0.05$). 1.Derece pişik gelişen çocuk annelerinin %68.4'ü 17-27 yaşındadır ($p>0.05$). 1.Derece pişik gelişen çocuk annelerinin %44.7'si ortaokul ve üzeri mezundur ($p>0.05$). 1.Derece pişik olan çocukların %57.9'unun günde 1-4 defa alt bezi değiştirilmektedir ($p>0.05$).

Sonuç olarak; Şanlıurfa'da sıcak havaların olmadığı mevsimde yapılan bu çalışmada pişik görülme sıklığının yüksek olduğu, annelerin pişik oluştuğunda genellikle doğru uygulama yapmadıkları ve bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir. Bu nedenle hemşireler tarafından annelere yönelik çocuklarını pişikten koruma ve pişik olduğunda tedavisine yönelik uygulamalar konusunda bilinçlendirme çalışmalarının başlatılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Çocuk, Bez pişik, Hemşirelik, Anne

ABSTRACT

PREVALENCE OF DIAPER RASH AND FACTORS AFFECTING 0-24 MONTHS IN CHILDREN

Hasan KURT

Department of Nursing, Master Thesis

Diaper rash is an important skin problem that is seen in the areas where the diapers are rubbed, in closed areas such as underarms, as a result of temperature, humidity and irritation and which disturb the child very much. The study was carried out in Şanlıurfa in order to determine the incidence of diaper rash in 0-24 months and the factors affecting it in descriptive-cross-sectional type between February 2018 and March 2019. The study population, 0-30 months old mothers of children from the central districts of Şanlıurfa, Eyyübiye, Karaköprü and Haliliye families were formed. According to the simple random sampling method from the central districts of Şanlıurfa, a family health center planning a family district, February 2018 - May 2018 between 322 parents with children between 0-24 months prepared the sample of research. Data are analyzed face-to-face with mothers who accept research in family health centers between 8-17 hours, and child sub-examination is performed. Research Harran University Ethics Committee receives permission from the Public Health Directorate and its members. Descriptive statistics and pearson chi-square analysis were used to evaluate the data.

The rate of diaper rash was found to be 18.6% in children aged 0-24 months. 11.8% of the children who had rash were found to have 1st degree diaper rash, 6.8% to

2nd degree and above rash. It was determined that 58.1% of the children had undergone cleaning for 1-4 times a day. 50.6% of mothers stated that they changed the diaper in case of urine and poo. Mothers stated that 84.5% of children had previously had diaper rash. It was found that 82.9% of the mothers made children's cleaning with wet wipes. It was determined that 70.2% of mothers did not use protective cream / substance in the diaper area. 12 months old ($p < 0.05$). 55.5% of children with diaper rash was 3-8 kilograms ($p > 0.05$). 44.7% of the mothers who have developed diaper rashes have graduated from middle school or higher ($p > 0.05$).

As a result, it was determined that the incidence of diaper rash was high in the study conducted in Şanlıurfa in the absence of hot weather. For this reason, it is recommended that nurses should raise awareness of their children about rash to protect their children from rash and to treat them when they have a rash.

Keywords: Child, Cloth diaper, Nursing, Mother

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Pişik süt çocuklarında, bezlerin sürtüdüğü bölgelerde, koltuk altı gibi kapalı kısımlarda, sıcaklık, nem ve irritasyon sonucu görülen ve çocuğu çok rahatsız eden önemli cilt bozukluğu sorunudur. (1,2). Pişik dünyada bebeklerde en sık görülen deri hastalığı olup, bebeklerin %7-35'inde ve genellikle de 7 ile 12. aylarda gelişmektedir (3,4). Yurtdışında yapılan çeşitli araştırmalarda pişik sıklığı %15,2-60,3 arasında değişmektedir (8,9). Ülkemizde ise pişik görülme sıklığı %23,9-61,5 arasındadır (10,11).

Çocukların derisi yetişkinlerin derisinden daha ince, yumuşak, hassas ve daha zayıf olduğundan dolayı ter, vücuttaki iritanlar, enfeksiyon gibi iç ve dış faktörlere bağlı olarak pişik gelişimi kolaylaşmaktadır (6). 2007 yılında yapılan çalışmada pişiğin Amerika Birleşik Devletleri'nde en sık görülen bebeklik cilt bozukluğu olduğu ve yılda 1 milyondan fazla klinik ziyarete neden olduğu bildirilmektedir (5). 90'lı yıllara kadar pişiğe neden olan en büyük faktörün çocuk idrarındaki ürenin bakteriler tarafından parçalanması sonucu ortaya çıkan amonyağın sebep olduğu düşünülmekteydi. Günümüz literatürlerinde pişiğin gelişiminde rol alan başlıca nedenler arasında; aşırı nem, sürtünme, idrar ve gaitanın uzun süre deriye temas ederek hidrasyonu artırması; mantar enfeksiyonları, bakteriyel enfeksiyonlar, kullanılan bezin cinsi, bağırsaklardan atılan ilaçların cildi tahriş etmesi, beslenme şekli, deri pH'ı kabul edilmektedir (6,7,8). Diyarenin küçük çocuklarda fazla olması pişik oluşumunu arttırmaktadır (9,10).

Pişik oluşumu çocuğa acı vermekte, buna bağlı olarak çocuğun beslenmesi, uyku düzeni büyük ölçüde etkilenmektedir. Bu durum ebeveynleri de psikolojik olarak çöküntüye uğratmaktadır. Ayrıca ebeveynler genellikle pişiği hastalık olarak görmedikleri ve hastaların çoğu evde tedavi edildikleri için görülme sıklığı artmakta ve pişik daha kötü olmakta ve bebeğin sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Pişik korunulabilir ve önlenbilir bir sorundur. Bez bölgesinin bakımı ve korunması ile pişik gelişim riskini azaltmak mümkündür. Bu konuda primer görevi sağlığı koruma ve geliştirme olan halk sağlığı hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Hemşireler

pişigin etyolojisi, özellikleri, korunması ve pişigin iyileşmesinde etkili olabilecek alternatif koruyucu bakımların farkında olmalı ve bu konuda toplumu; özellikle anneleri bilinçlendirmelidir.

Özellikle pişik konusunda yapılan çalışmaların çoğunluğu pişiği olan çocuklarda pişigin tedavisi ve şiddetinin azaltılmasına yöneliktir (7,15,18,21,22). Bu sebeple pişigin görülme sıklığının ve yapılan yanlış uygulamalar belirlenerek pişigin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Şanlıurfa'nın sıcak bir il olması, anne eğitim seviyesinin düşük olması, ilde ikamet eden Suriye mültecilerinin de fazla olması sebebiyle çalışmakta olduğum çocuk yoğun bakım ünitesinde fazla sayıda pişikli çocuk vakası görülmüş ve çocukların sağlıkları olumsuz etkilenmiştir. Bu nedenle pişigin görülme sıklığı ve yapılan yanlış uygulamalar belirlenip pişigin önlenmesine yönelik çalışma yapma ihtiyacı doğurmuştur. Pişigin erken tanınması ile tedaviye erken başlanması pişik şiddetinin azalmasını ve tedavi maliyetinin düşmesini sağlayacaktır. Böylelikle çocukların acı çekmeleri de önlenecektir. Bu çerçevede bu çalışma 0-24 ay çocuklarda pişik görülme sıklığı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Pişik

Pişik, çocuk bezinin temas ettiği alanda, kapalılık, nem, iritasyon sonucu oluşan tüm döküntülere denilmektedir (16,17,18,19,20,21). Genellikle karın alt bölgesi, inguinal bölge, genital bölge ve gluteal bölgede görülür (4,22,23). Literatürlerde bez pişigi, diaper rash, napkin dermatit, arabezi dermatiti gibi terimler ile aynı anlamda kullanılmaktadır (13,22).

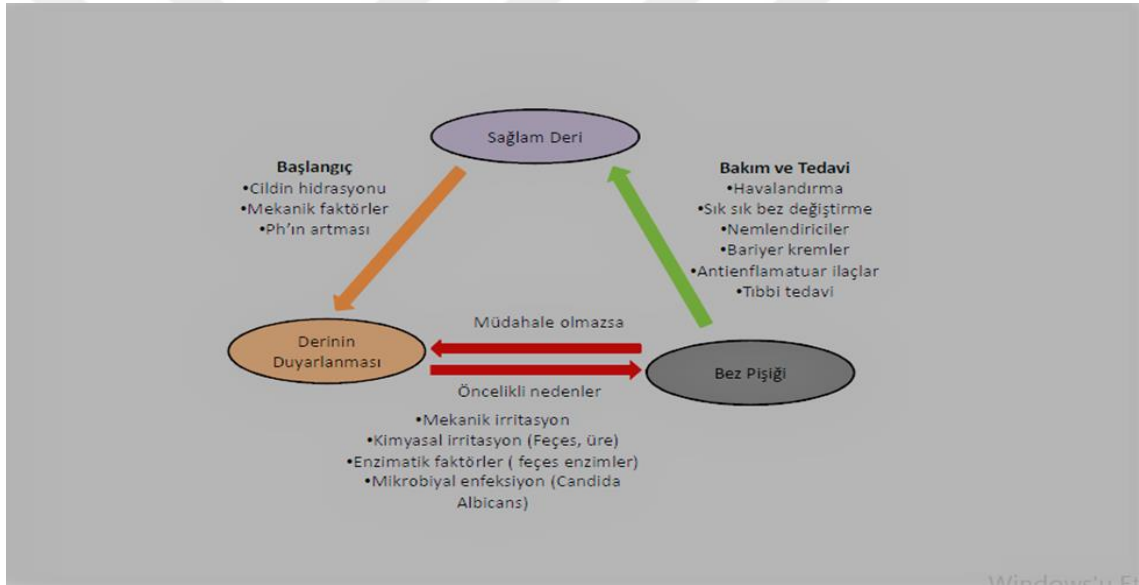


Şekil 2.1. Pişigin Görünümü

2.2. Pişigin Patogenezi

İlk zamanlarda pişigin idrardaki ürenin amonyağa dönüşmesi ile oluştuğu inancı varken, yapılan deneysel araştırmalarda yüksek amonyak konsantrasyonunun sağlam deride inflamasyona neden olmadığı, zarar görmüş deride iritasyonu kolaylaştırdığı görülmüştür. İdrar ve gaitanın deri ile etkileşimi sonucu bez pişigi meydana gelir. Fekal atık idrarda amonyak salımına neden olur ve lokal pH'ı artırır. Artan pH üreyi amonyağa dönüştürmekten sorumlu olan üreaz enzimleri ile safra asitleri proteaz ve lipaz enzimlerinin (cildi tahriş etme potansiyeli yüksek olan enzimler) aktivitesini

arttırır. Bu nedenle kısa barsak sendromu ve konjuge hiperbilirubinemisi olan çocuklarda inatçı pişikler görülebilir. Çevresel faktörlerin etkisiyle C.albicans kolonileri gelişerek bez bölgesinde enfeksiyonlara neden olabilir. Derinin birbirine sürtünmesi sonucu pişik en çok inguinal deri kıvrım bölgelerinde görülür (18,23). Çocuk derisi yetişkin derisine oranla daha ince, yumuşak, hassas ve daha zayıftır bu nedenle ter, vücuttaki iritanlar, enfeksiyon gibi iç ve dış faktörlere bağlı olarak pişik gelişimi kolaylaşır. Şekil 2’de de özetlendiği gibi pişiğin gelişiminde rol alan başlıca nedenler arasında sürtünme, idrar ve gaitanın uzun süre deriye temas ederek hidrasyonu arttırması, pH değişiklikleri ve kimyasal iritasyonlar, mantar enfeksiyonları, bakteriyel enfeksiyonlar, antibiyotiklerin kullanımı, beslenme şekli, kullanılan bezin cinsi ve cilt bakım uygulamaları yer almaktadır (6,7,26).



Şekil 2.2. Pişik Modeli (38)

2.2.1. Pişiğin Patogenezinde Rol Alan Faktörler

Hidrasyon Artışı

Derinin fazla nemli olması sürtünmeyi daha fazla elverişli hale getirir. Islak bezlerin deriye uzun süre teması sonucunda stratum corneumda aşınma görülür. Böylelikle zararlı mikroorganizmaların deri tabakasının içine girmesi kolaylaşır

(3,4,18). Deri tabakasının içine giren mikroorganizmalar eritem ve pişik gelişmesine sebebiyet verir (22).

Bezin Rolü

Bez değiştirme sıklığı pişiğin önlenmesinde ve tedavisinde önemli bir faktördür (29). Hidratasyon artışı, dışkı ve idrar karışımının teması ve pH'ın artması normal sağlıklı derinin koruyucu fonksiyonunu azaltarak, deriyi kimyasal, biyolojik ve mekanik iritanlara açık hale getirir. Bu nedenle deride hidratasyonu azaltan, idrarla dışkının karışmasını engelleyen ve deri pH'ını fizyolojik değere yakın tutan bezlerin, pişiği önlemede önemli olduğu söylenmektedir. Campell'in ve Odio'unun araştırmalarında absorjen jel materyali içeren bezlerin emiciliğinin iyi olduğu, bu nedenle pişik gelişimini azalttığı görülmüştür (27,28). Kumaş bezler hazır bezlere oranla daha fazla pişiğe neden olur. Günümüzde kumaş bez kullanımı yok denecek kadar azdır. Kullanılan hazır bezin de emiciliği ve hava alıp almaması pişik oluşumunda önemlidir (11,13,14,29). Çocuk bezlerinin diğer bir çeşidi ise “nefes alabilen” mikroporlu ürünlerdir. Bu bezler suyu geçirmeyen, ama buharı geçiren seçici geçirgenlik gösterdiklerinden dolayı sıvı sızıntısı olmadan su buharı deriden uzaklaştırılır. “Nefes alabilen” çocuk bezleri pişik sıklığını %50 oranında azaltmasının yanısıra kandidal pişik sayısında da azaltma mevdana getirir. Bu bezlerin pişik önleyici etkileri arasında normal deri hidrasyonunun korunması, friksiyon ve maserasyonun ortadan kaldırılması ve oklüzyon yapmadığından kandida çoğalmasını uyaran CO2 düzeylerini arttırmaması sayılabilir (17). Pişiği önlemek için çocukluk döneminde her 3-4 saatte bir, neonatal dönem içinde her saat bez değişikliği 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 (12,30). Bazı araştırmalarda çinko oksit içeren bezlerin pişik oluşma oranını ve şiddetini azalttığı gösterilmiştir (31).

Sürtünme

Pişik gelişimi için derinin deriye teması veya derinin beze sürtünmesi tek başına bir faktör değildir, yalnız aşırı nem derinin stratum corneasını fiziksel hasara uğratarak pişik gelişimine yatkın hale getirir (3,16,17,22,24). Örnek olarak kızarıklıkların

özellikle derinin beze en çok temas ettiği konveks bölgelerde (kalçanın alt kısmı, genital bölgenin konveks yüzeyi) olması verilebilir (3,17).

İdrar ve Amonyakın Rolü

İdrardaki ürenin bakteriler tarafından parçalanması sonucu amonyak ortaya çıkar. Amonyak pişik gelişiminde primer sebep olmasa da deri bütünlüğünü bozar, permeabiliteyi artırır pişik gelişimine yatkın hale getirir.

Dışkı

Dışkı ve üre deri ile uzun süre temas ettiğinde değişiklikler meydana getirir. Normalde asidik olan deri pH'ı fekal enzimlerin üreyi parçalaması sonucu daha da artar. Böylelikle deri için en önemli tahriş ediciler olarak bilinenler çocukların dışkıdaki proteaz ve lipazların aktivitesi artar. Bu enzimlerle derinin uzun süre ve kapalı ortamlarda birlikte kalması sonucunda deride şiddetli eritem ve deri bütünlüğünde bozulma görülür (16,17). Üreaz enzimleri inek sütü ve formüla mamalarla beslenen çocukların dışkılarında anne sütüyle beslenen çocuklara oranla daha fazla görüldüğünden pişik gelişme riski artar (3).

Dışkılama ile pişik gelişme riski arasında doğru orantı mevcuttur. 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 (16,18).

Mikroorganizmalar

Mikroorganizmalar tek başına pişik gelişiminde etkili değildir fakat kapalı bölgedeki sıcaklık, ıslaklık ve dışkının organik materyali bakteri ve mayaların yerleşmesine uygun bir ortam hazırlar perianal bölgede kandidal kolonizasyon için uygun bir ortam oluşur. Pişik nedeniyle stratum corneum zedelendiğinde, sık olarak mantar ve bakteriler epidermise girerek sekonder enfeksiyona neden olduğundan klinik daha da şiddetlenir (3,17). Etiyolojik olarak Candida albicansın rolü ön plandadır. Ayrıca çocukların ağız (pamukçuk) anüs ve bez bölgelerindeki Candida albicans

varlığına göre pişik oranı ya da şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (11,12,13,25,32).

Kimyasal Ajanlar

Sabunlar, deterjanlar ve antiseptik amaçlı kullanılan kimyasal maddeler pişiğin gelişmesinde ve belirtilerin şiddetlenmesinde önemli faktörlerdir. Pişik şiddetini arttırmada iyi durulanmayan çamaşırlar da rol oynamaktadır (3).

Antibiyotikler

Çeşitli nedenlerle antibiyotik kullanan çocuklarda pişik oluşma riski artar(3). Normal bağırsak florasının baskılanması ve bozulmasına neden olan antibiyotikler mikroorganizmaların kolonileşmesinin artmasına da sebebiyet verirler. 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 (9,23). Yapılan araştırmalarda antibiyotik kullanan bebeklerde pişik sıklığı yüksek bulunmuştur (12,13,28,30,33).

Anne Sütü

Anne sütünün pişiği azalttığı bilinmektedir (34). Hazır mamalarla beslenen çocuklarda anne sütü ile beslenen çocuklara oranla daha fazla pişik geliştiği ifade edilmektedir (17). Anne sütü ile beslenenlerde baskın olarak gram pozitif bakteri florası daha fazlayken, inek 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 (16,17).

Deri Hastalık Öyküsü

Yapılan araştırmalarda deri hastalığı öyküsünün olmasının da pişik gelişiminde etkili risk faktörü olduğu görülmüştür (11,30).

Bez Bölgesinin Bakımı/Temizlenmesi

Pişik oluşumunun artmasında önemli faktörlerden biri de bebeğin genital bölgesinin alkollü, kokulu ıslak mendillerle silinmesi, parfüm, pudra gibi diğer irritanların kullanılmasıdır. Bölgelere göre normal deri pH'ı farklılık göstermektedir, 4.5-6.0 arasında ve asidik yapıdadır. Yenidoğanlarda pH değeri 6.0'dır. Doğumdan birkaç gün sonra bu değer normal seviyesine döner (35). Yapılan çalışmada bir aylıktan büyük çocuklarda bez bölgesinin nem nedeniyle pH'ı 6.2-6.8'iken, bez dışındaki bacak bölgesinde pH'ının 5.2-5.5 arasında olduğu bulunmuştur. Deri pH'ının sürdürülmesi cilt sağlığını sürdürmek ve yan etkileri azalmak için önemli bir ölçüttür. Bez bölgesindeki mikroorganizmaların artması nedenleri arasında cildin uzun süreli kapalı kalması/hava almaması bezin pH'ın yükselmesi olarak sayılabilir (36,37). 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 arttırdığı için bunların yerine ılık ıslak su ile derinin silinmesi önerilmektedir (4). Literatürde alkollü mendillerin pişik gelişimini arttırdığı söz edilirken (4,27) yapılan çalışmalarda alkol içermeyen mendil ve suyla temizleme arasında pişik oluşumu açısından fark olmadığı bulunmuştur (4,12,13,18,27). Bununla beraber çocuğun altını sık değiştirmemek (günlük değiştirme sıklığının dört ve altında olması) pudra kullanmak gibi yanlış uygulamalar sonucunda pişik gelişmesi an meselesidir (3). Pudra deri kıvrımları arasında birikir deriyi tahriş eder ve çocuğun solunum yoluna kaçarak boğulma tehlikesi yaratması sebebiyle kullanılmamalıdır (18,22).

Koruyucu Kremler

Koruyucu krem kullanmak pişigin gelişmesi ve tekrarlamasının önlenmesinde önemli ölçüde rol oynar (29,38). Koruyucu olmasının yanı sıra tedavide önemli rol üstlenen koruyucu kremler arasında çinko oksit, yumuşak beyaz vazelin ve bebek yağları gösterilebilir (3,29). Pişik gelişimini azaltmak için 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, mikroorganizmaların stratum corneumun içerisine girmesine engel olur bu nedenle pişik gelişimini azaltır (3,17,24).

2.3. Pişigin Klinik Şekilleri

Pişigi tanılamak için iyi bir öykü almak ve fizik muayene yapmak gerekir. Öykü alırken; başlangıcı, süresi, lezyon niteliğindeki değişimler, bez bölgesi dışındaki lezyonların varlığı, bununla beraber eşlik eden kaşıntı ve ağlama, kullanılan bezin tipi, bezi değiştirme sıklığı, bez bölgesini temizlemek için kullanılan yöntem ve kremler, antibiyotik kullanımı, diyare, son geçirmiş olduğu hastalık gözden kaçırılmamalı ve üzerinde durulması gereken konular olmalıdır (4,9,13,17). Pişik hafif bir kızarıklıkla başlayıp daha sonra bu kızarıklıklar belirginleşip yerini lezyon ve soyulmalara bırakır. Pişigin derecesi pişik bölgesindeki bulgulara göre 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 (13).

2.3.1. Pişik Komplikasyonları

Bakteriyel Enfeksiyonlar

Bez bölgesinde sık gelişebilen enfeksiyon çeşitlerinden birisi de bakteriyel enfeksiyonlardır. Bakteriyel enfeksiyon çeşitlerinden biri olan impetigo yaşamın ilk altı ayı ve yaz mevsiminde daha çok karşılaşılan, balımsı renkte kabuklu ya da kabuksuz olarak görülür. Büllöz impetigo, koagüloz pozitif stafilokokus aureus ile enfekte olarak lezyonlar bez bölgesi ve alt karın bölgesindedir. Bül sıvısında genelde Stafilokokus aureus görülür ve bu duruma yüzeysel erozyonlar eşlik eder. Yüzeysel enfeksiyonlar kendini sınırlayabilirken, oral antibiyotiklerle tedavi gerektiren derin püstül ve apseler de geliştirebilir. Tanısı gram boyama ve kültürle konulur (17).

Perianal Streptokokal Hastalık

Anüs ve vulva etrafında parlak kırmızı, sınırları belirgin eritem ve fazla kaşınma olarak görülür. Bazen peri-rektal fissür (çatlak) da gelişebilir. Çocuklar gaita ve idrar yaparken ağrı çekerler (17).

Kandidiazis

Etkenini anne doğum kanalından alan yenidoğan pişiğinin *Candida albicans* mantarıyla enfekte olup eritemli ve keskin sınırlı bir hal alması halidir. Lezyon sınırlarında vezikül ve püstüller şeklinde gümüş lezyonlar da görülebilir. Oral mukozaya *Candida albicans*'ın sıçraması ihtimali nedeniyle pamukçuğu olan çocuklar kandidiazis yönünden araştırılmalıdır. Diyare, anemi, hepatosplenomegali, lenfadenopati sistemik belirtilerindedir. Yayma ve kültür ile tanı kolaylıkla konulabilir (16,17,24). Yapılan araştırmalarda pişiği olan çocukların %22.2-69.2'sinde *Candida albicans* görülmüştür (13,25).

2.4. Pişikten Korunma

Pişik gelişim riskini azaltmak bez bölgesinin bakımı ve korunması ile mümkün olacaktır. Bu konuda bebeğin bakımından sorumlu olan anne ya da bakıcılara eğitim verilmelidir.

2.4.1. Eğitim

Annelere ve bakım verenlere pişiğin tanısı, korunması ve tedavisi konusunda broşür ve kitapçıklar yoluyla bilgi verilmelidir (11,15). Pişik gelişimini önlemede beş önemli yol ABCDE olarak sınıflandırılmıştır (24,39).

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.

2.4.2. Bez Tipi

Derinin nemi bezin ıslaklığı ile orantılıdır. Kumaş bezlerin deriyi ıslak tutma oranı tek kullanımlık hazır bezlere göre daha fazladır. Kumaş bezler pişik gelişimine daha fazla neden olur. Süper emici özellikli jel materyalli çocuk bezleri ıslaklığı azaltır, maserasyonları engeller ve deri pH'ının normal sınırlar içerisinde kalmasını sağlar. Derinin hava almasını engellediğinden plastik külot kullanılması önerilmemektedir (8,39). Günümüzde kumaş bez kullanma oranı çok düşüktür. Kumaş bezlerin, sık değiştirilmesi durumunda, pişığı önleme yönünden hazır bezlerden çok farkı olmadığı bulunmuştur (23). Son zamanlarda, suya karşı cildi koruyan çinko oksit/vazelin içeren bezler üretilmektedir (39). Bu bezlerin diğer bezlere oranla pişik şiddetini azalttığı görülmektedir (31).

2.4.3. Bez Değişim Sıklığı

Pişğin tedavi edilmesi ve korunmasında bez değiştirme sıklığı önemli role sahiptir (22). Bebekler doğduktan ilk 24 saat sonra günde ortalama 20 defa idrar yaparlar. Bu sayı çocuğun yaşı ilerledikçe azalır ve bir yaşına geldiğinde çocuğun günlük idrar yapma sayısı yediye kadar düşmüş olur (3,29). Pişik gelişiminin azalması bez değişim sayısı ile doğru orantılıdır. Gece de dahil olmak üzere 2-4 saatte bir bezin değiştirilmesi gerekir. Bazı literatürde de günde en az beş defa bez değiştirilmesi önerilmektedir (29). Çocuklarda pişik gelişme durumunda bezin deri ile temas süresini azaltmak için bez değiştirme sayısını arttırmak gerekir (3,22,26,30).

2.4.4. Bez Bölgesinin Bakımı

Bez bölgesinin bakımı uygun bir şekilde temizleme ve koruyucu krem kullanmaktan oluşmaktadır.

2.4.5. Bez Bölgesi Havalandırılması

Pişğin önlenmesinde önemli bir etken de bez bölgesinin havalandırılmasıdır (13,21,30).

2.4.6. Temizleme

Deri temizliği idrar sonrası ılık su veya su ile ıslatılmış pamuk ile yapılmalıdır (3,22,26,30). Gaita sonrasında ise yumuşak ve parfümsüz bir sabun tercih edilmelidir (39). Temizlik için sabun kullanılacak ise günde iki defadan fazla olmamalı, pH'ları yüksek olan sabunlar kullanılmamalı ve anında kurulanmalıdır (22,36). 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 pişiğinde bu mendillerin kullanılması önerilmemektedir. Bu kısmen etanol ve isoproponal içeren mendiller için geçerlidir (16). Birçok çalışma, bez bölgesini ıslak mendillerle temizlemenin pişik geliştirmediğini göstermektedir (11,12,27,40,41).

2.4.7. Koruyucu Kremler ve Pudralar

Bez bölgesindeki pişiğin gelişmemesi ya da tekrarlanmaması açısından koruyucu kremlerin kullanılması büyük önem arz etmektedir (3,29). Yapılan araştırmalarda her bez değişiminden sonra bez bölgesine koruyucu madde kullanımının pişik görölme durumunda azalma olduğu bulunmuştur (13,25). Bu ürünler deriyi mikroorganizmalardan ve nemden korurlar. Çinko fiziksel bariyer oluşturarak suyun geçirgenliğini önler. Pudralar hem çocuğun soluk borusuna kaçarak çocuğun boğulmasına, hem de deri kıvrımlarında birikerek ciddi enfeksiyonlara neden olduğu için kullanılması önerilmemektedir (18,22). Çalışmalarda pudranın koruyuculuğuna dair anlamlı istatistiksel sonuç bulunmamıştır (11,25).

2.4.8. Vazelin

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 (3). 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 unutulmamalıdır.

2.5. Pişik Tedavisi

Hasarlanmış derinin iyileşmesini hızlandırmak ve tekrarlamaları önlemek pişik tedavisinde en önemli iki amaçtır (42). Pişik klinik tablosuna, derecesine ve türüne göre tedavi seçenekleri değişebilir. Pişik tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar Nistatin, klotrimazol, nistatin-triamsinolon, hidrokortizon, klotrimazol-betametazon dipropiyonat, ketakonazol, triamsinolon, çinko oksit/vazelin ve mikanazoldür (16,17).

2.5.1. Çinko Oksit

Hazır koruyucu kremlerin çoğu çinko oksit veya vazelin içermektedir. Çinko oksit merhem veya kremlerde asılı kalan (süspansiyon şeklinde) beyaz pudradır. Titanyum oksitin beyaz yumuşak parafin gibi veya suyu uzaklaştırıcı madde özelliği vardır. Pişik tedavisinde önemli yer edinen çinko oksitin tedavi edici özelliğinin yanında koruyucu etkisi de bulunmaktadır.

2.5.2. 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. Etkin madde olarak Nistatin, Klotrimazol ve Mikanazol, Siklopiroks ilaçlar pişik tedavisinde en sık kullanılan antifungal ajanlardır (4,16). Nistatin *C.albicans* karşı son derece etkili bir ilaçtır. Wet ve arkadaşlarının çalışmasında Nistatinin pişik tedavisinde etkili olduğu görülmüştür (43). 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 (4,16). Klotrimazol ve Mikanazol (Fungicid) ise pişik tedavisinde kullanılan diğer ilaçlardır. Her iki ilacın da pişigi %80 oranında tedavi ettiği bildirilmektedir. Yapılan bir araştırmada mikanazol'un (%0.25) diğer kremlere oranla pişik şiddetini önemli derecede azalttığı görülmüştür (44). Siklopiroks geniş spektrumlu bir antifungaldır. *S.aureus* ve *C.albicans*'a karşı etkili olup aynı zamanda antienflamatuar etkisi vardır (4,16).

2.5.3. Antibakteriyel İlaçlar

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 (43).

2.5.4. Kortikosteroidler

Topikal kortikosteroidler, diğer tedavilere yanıt vermeyen orta ya da şiddetli irritasyona bağlı (erozif) pişiklerde tedavide kullanılabilir. Antifungaller ilaçlarla birlikte sık kullanılır (17). Topikal kortikosteroidler, sadece kısa süreli kullanılabilen anti-enflamatuar etkili ilaçlardır (4,17). 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 (3,16). En fazla iki haftayı geçmeyecek şekilde günde iki defa temiz deriye sürülmelidir (4,20,45). Genellikle piyasada betametazon ve triamsinolon olarak bulunmaktadır (16,17).

2.5.5. 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 pişığı tedavi ettiği ileri sürülmüştür (46,47).

2.5.6. Hemşirelik ve Pişik

Hemşireler kaliteli bakım sağlayabilecek yetkiye sahiptirler. Halk Sağlığı hemşireliği, bakım konusu bireyler, aileler ve toplum olan bir hemşirelik alanıdır. Sağlığın tüm düzeyleri ile ilgili olmakla beraber, birincil odağı hastalıkların önlenmesi,

en yüksek düzeyde iyiliğin sağlanıp sürdürülmesidir. Bu nedenle genel pişik tanılama kriterlerini kullanarak erken dönemde pişik gelişimini fark edebilirler. Özellikle pişğin etyolojisi, özellikleri, korunması ve pişğin iyileşmesinde etkili olabilecek alternatif koruyucu bakımların farkında olmalıdırlar. Yaş gruplarının risk faktörlerini dikkate alarak koruyucu sağlık bakımı veren Halk Sağlığı Hemşirelerinin öncelikli hedeflerinden birisi pişik oluşumunu önleme ve anne baba eğitimidir (11,15). Hemşirelerin, meslekleri gereği kültürel özellikler hakkında bilgi sahibi olmaları, etkili hizmet ve eğitim verebilmek için toplumun bilgi ve uygulamalarını bilmesi gerekmektedir (51). Annelerin bebek bakımına ilişkin bilgi yetersizliği veya öğrendiği yanlış geleneksel inanç, bilgi ve uygulamalar, bebeklerin erken tanı ve tedavisini geciktirmekte ve bebeklerin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle annelerin bebek bakımı uygulamalarının ve bu uygulamaları etkileyen faktörlerin bilinmesi önem taşımaktadır. Hemşireler ailelere pişikten korunma ve tedavisi hakkında broşürler ve kitapçıklar yolu ile de bilgi vermelidirler (13,15). Akut bakım gereksinimi olanların hemşirelik bakımını evde yapmak, yapılmasını ayarlamak, öğretmek ve gözetmek Halk Sağlığı Hemşiresinin görevleri arasındadır. Halk Sağlığı Hemşireliği gerektiğinde çocukların tıbbi bakımına destek verir ve tedavilerini de yürütür.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma Şanlıurfa'da, 0-24 ay çocuklarda pişik görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı – kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma Şanlıurfa Merkez'de yapılmıştır. Şanlıurfa Merkez Eyyübiye, Haliliye ve Karaköprü olmak üzere 3 ilçeden oluşmaktadır. Bu çalışma Şubat 2018 – Mart 2019 tarihleri arasında yapılmış olup, çalışmanın verileri Şubat 2018 – Mayıs 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Şanlıurfa merkez ilçelerdeki Eyyübiye, Karaköprü, Haliliye aile sağlık merkezlerine (ASM) kayıtlı olan 0-24 aylık çocuk anneleridir.

Şanlıurfa merkez ilçelerinden basit rastgele örnekleme yöntemine göre bir ASM belirlenmiştir. Şubat 2018 - Mayıs 2018 tarihleri arasında 0-24 aylık çocuğa sahip 322 anne araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Uygulanması

3.4.1. Gerekli İzinlerin Alınması

Araştırmanın uygulanması için Harran Üniversitesi Etik Kurulu, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve katılımcılardan izin alınmıştır.

3.4.2. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması 2018 Şubat ayından başlanıp, 2018 Mayıs ayında tamamlanmıştır. Veri toplama aracının eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden düzenlenmesi ve uygulama planının belirlenmesi amacıyla 20.02.2018-24.02.2018 tarihinde 10 anne ile araştırmanın ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama çalışması araştırmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulama sonucunda veri toplama

formunun uygulanabilir ve anlaşılabilir olduğuna karar verilmiştir. Veriler, 8-17 saatleri arasında Aile Sağlığı Merkezlerine gidilerek araştırmayı kabul eden annelerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Anketler ortalama 15 dakikada doldurulmuştur. Ayrıca çocuk fizik muayenesi yapılarak veriler alınmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması ve Araçlar

Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan Veri Toplama Formu (EK-1) aracılığı ile toplanmıştır.

3.5.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama formu; çocukların ve annelerin sosyo-demografik özellikleri, çocukların beslenme şekilleri, annelerin alt bezi bağlama ve bez bölgesini temizleme şekli, pişik geliştiği zaman yaptığı uygulamalar ve pişik derecesini içeren 30 sorudan oluşmaktadır (Ek I).

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır (Ek II). Araştırmanın etiksel uygunluğu açısından Harran Üniversitesi Etik Kurulundan izin alınmıştır (Ek III). Veri toplama aşamasında ise annelere yine araştırmanın konusu, amacı, süresi ve uygulanacak veri toplama metodu anlayacakları şekilde açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "Özerklik" ilkesi, verdikleri bilgilerin kimseyle paylaşılmayacağı ve korunacağını söyleyerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, kimliklerin gizli tutulacağı belirtilerek "Kimliksizlik ve Güvenlik" ilkesi yerine getirilmiştir. Bu ilkeler sağlandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden veriler elde edilmiştir (Ek IV).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma 322 çocuğa ulaşılması ile sonlandırılmıştır. Araştırma verilerinin bilgisayar ortamına aktarılması araştırmacı tarafından yapılmıştır. Anket formundan

elde edilen veriler SPSS 16.0 (Statistical Package For Social Sciences) paket programında kodlanarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama), Pearson Ki-kare analizi testi kullanılmıştır.



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kız	159	49.4
Erkek	163	50.6
Yaş		
Yaş ortalaması=10.6±6.9		
1-12 aylık	189	58.7
13-24 aylık	133	41.3
Kilo		
X±Ss=8.3±2.7		
3-8 kg	156	48.4
9-15 kg	166	51.6
Boy		
X±Ss=67.5±10.4		
42-68 cm	163	50.6
69-98 cm	159	49.4
Toplam	322	100

Tablo 4.1’de Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, Çocukların %49.4’nün kız, %50.6’nın erkek olduğu saptanmıştır. Çocukların yaş ortalamaları 10.6±6.9 aydır. 1-12 aylık çocuk yaş oranı %58.7 olarak belirlenmiştir. Çocukların kilo ortalaması 8.3±2.7 kiloğramdır. Çocukların %51.6’sı 9-15 kiloğram olarak belirlenmiştir. Çocuk boy ortalaması 67.5±10.4 santimetredir. Çocukların %50.6’sının 42-68 cm boyunda olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
Yaş ortalaması=27.9±6.02		
17-27 yaş	168	52.2
28-50 yaş	154	47.8
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	55	17.1
okuryazar-ilkokul	135	41.9
ortaokul ve üzeri	132	41.0
Sahip olduğu çocuk sayısı		
1.çocuk	94	29.2
2-3.çocuk	164	50.9
4.ve üzeri çocuk	64	19.9
Toplam	322	100

Tablo 4.2’de Annelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Annelerin yaş ortalaması 27.9 ± 6.02 yıldır. Annelerin %52.2’si 17-27 yaş arasındadır. Annelerin %41.9’unun okuryazar-ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur. Annelerin %50.9’unun 2-3 çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Çocukların Beslenme Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Beslenme çeşidi		
Sadece anne sütü	87	27.0
Anne sütü ve ek besinler	134	41.6
Sadece ek besinler	101	31.4
Gündüz beslenme öğün sayısı		
2-4 öğün	51	15.8
5 ve üzeri	271	84.2
Gece beslenmesi		
Var	275	85.4
Yok	47	14.6
Gece verilen besin		
Anne sütü	193	59.9
Ek besin	82	25.5
Toplam	322	100

Tablo 4.3’te çocukların beslenme durumu yer almaktadır. Annelerin %41.6’sı çocuklarını anne sütü ve ek besinlerle beslemiştir. Annelerin %84.2’si çocuklarını gündüz 5 ve üzeri öğün ile beslediği saptanmıştır. Çocukların %85.4’ü gece beslenilmiştir. Annelerin %59.9’u gece beslemesinde anne sütünü tercih etmiştir.

Tablo 4.4. Çocukların Alt Değiştirilme Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Alt bezi değiştirme sayısı		
1-4 defa	187	58.1
5-10 defa	135	41.9
Bez değiştirme nedeni		
İdrar yapma	113	35.1
Kaka yapma	46	14.3
İdrar ve kaka yapma	163	50.6
Alt temizleme yöntemi		
Suyla yıkayarak ve kağıt havlu/pamukla	55	17.1
Islak mendille	267	82.9
Bez bölgesinin açık bırakılıp havalandırılması		
Evet	138	57.1
Hayır	184	42.9
Bez bağlama şekli		
Sıkı bağlama ve bezin ön kısmını içe katlama	54	16.8
Gevşek bağlama	268	83.2
Bez bölgesine kullanılan koruyucu madde/krem		
Evet	96	29.8
Hayır	226	70.2
Toplam	322	100

Tablo 4.4’de çocukların alt değiştirilme dağılımları yer almaktadır. Annelerin hepsi alt bezi olarak hazır bez kullandığını belirtmiştir. Çocukların %58.1’inin alt temizliğinin günde 1-4 defa yapıldığı belirlenmiştir. Annelerin %50.6’sı çocuk alt bezini idrar ve kaka yapılması durumunda değiştirdiğini ifade etmiştir. Annelerin %82.9’unun alt temizlemede ıslak mendil kullandıkları tespit edilmiştir. Annelerin %57.1’inin çocuk bez bölgesini açık bırakıp havalandırmadıkları, %83.2’sinin alt bezini gevşek bağladıkları belirlenmiştir. Annelerin %70.2’sinin bez bölgesine koruyucu madde sürmedikleri, %29.8’inin koruyucu madde/krem (%15.6 çinko oksit içermeyen kremler, %2.5 çinko oksit içeren krem, %2.2 antifungal krem, %0.6 zeytinyağı, %9.3 pudra) kullandıkları saptanmıştır.

Tablo 4.5. Çocukta Pişik Görülme Sıklığı

	Sayı	Yüzde
Daha Önce Çocukta Pişik Gelişme Durumu		
Pişik Olan	272	84.5
Pişik olmayan	50	15.5
Pişik Geliştiği Zaman Yapılan Uygulamalar		
Pişik yok	50	15.5
Doktora gitme	55	17.1
Pişik kremi kullanma	168	52.2
Popuyu sık havalandırma, sık bezini değiştirme, zeytin yağı sürme, pudra sürme, yıkama	49	15.2
Şuan Pişiğin Görülme		
Pişik Olmayan	262	81.4
Pişik Olan		
1. derece Pişik	38	11.8
2. derece ve üstü Pişik	22	6.8
Toplam	322	100

Tablo 4.5’de Çocukta pişik durumu dağılımları yer almaktadır. Çocukların %84.5’inin daha önce pişik geçirdiği, %15.5’inin hiç pişik geçirmediği saptanmıştır. Annelerin %52.2’si çocuklarda pişik gelişiminde pişik kremi kullandığını ifade etmiştir. Şuan çocukların %81.4’ünde pişik olmadığı, %18.6’sında pişik olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.6. Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Pişik Olma Durumuna Göre Dağılımı

Değişkenler	Şuanki Pişik Gelişme Durumu						Daha önce Pişik Gelişme Durumu			
	Pişik yok		1. Derece		2. Derece ve üstü		Var		Yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kız	125	47.7	19	50.0	15	68.2	133	48.9	26	52.0
Erkek	137	52.3	19	50.0	7	31.8	139	51.1	24	48.0
X ²	3.477						0.163			
P	0.176						0.687			
Yaş										
1-12 aylık	153	58.4	22	57.9	14	63.6	153	56.6	36	72.0
13-24 aylık	109	41.6	16	42.1	8	33.4	119	43.8	14	28.0
X ²	0.244						4.322			
P	0.885						0.038			
Kilo										
3-8 kg	123	46.9	21	55.3	12	54.5	130	47.8	26	52.0
9-15 kg	139	53.1	17	44.7	10	45.5	142	52.2	24	48.0
X ²	1.271						0.299			
P	0.530						0.584			

Tablo 4.6’da Çocukların Sosyo-Demografik özellikleri ile pişik arasındaki ilişki dağılımları bulunmaktadır. Daha önce pişik gelişen çocukların %48.9’u kız, %51.1’i erkektir ($p>0.05$). Şuan 1.Derece pişik çocukların %50’si kız, %50’si erkek çocuktur. Pişik gelişme durumu ile cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($p>0.05$). Daha önce pişik gelişen çocukların %56.6’sı 1-12 aylıktır ($p<0.05$). 1.Derece pişik olan çocukların %57.9’u 1-12 aylıktır. Pişik gelişme durumu ile yaş arasında istatistiksel fark anlamlı çıkmamıştır ($p>0.05$). Daha önce pişik gelişen çocukların %52.2’si 9-15 kilogramdır ($p>0.05$). 1.Derece pişik olan çocukların %55.3’ü 3-8 kilogramdır. Pişik gelişme durumu ile kilo arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Pişik Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Şuanki Pişik Gelişme Durumu						Daha önce Pişik Gelişme Durumu			
	Pişik yok		1. Derece		2. Derece ve üstü		Var		Yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş										
17-27	133	50.8	26	68.4	9	40.9	138	50.7	30	60.0
28-50	129	49.2	12	31.6	13	59.1	134	49.3	20	40.0
X ²	5.465						1.453			
P	0.065						0.228			
Eğitim durumu										
okur-yazar değil	44	43.1	6	15.8	5	22.7	47	17.3	8	16.0
okuryazar-ilkokul	105	40.1	15	39.5	7	31.8	116	42.6	19	38.0
ortaokul ve üzeri			17	44.7	10	45.5	109	40.1	23	46.0
X ²	1.436						0.615			
P	0.838						0.735			
Sahip olduğu çocuk sayısı										
1.çocuk	69	26.3	19	50.0	6	27.3	81	29.8	13	26.0
2-3.çocuk	137	52.3	15	39.5	12	54.5	134	49.3	30	60.0
4.ve üzeri çocuk	56	21.4	4	10.5	4	18.2	57	21.0	7	14.0
X ²	8.974						2.253			
P	0.062						0.324			

Tablo 4.7’de Annelerin Sosyo-Demografik özellikleri ile pişik arasındaki dağılımları yer almaktadır. Daha önce pişik gelişen çocuk annelerinin %50.7’si 17-27 yaşındadır ($p>0.05$). 1.Derece pişik gelişen çocuk annelerinin %68.4’ü 17-27 yaşındadır. Pişik gelişme durumu ile anne yaşı istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır ($p>0.05$). Daha önce pişik gelişen çocuk annelerinin %42.6’sı okuryazar-ilkokul mezunudur ($p>0.05$). 1.Derece pişik gelişen çocuk annelerinin %44.7’si ortaokul ve üzeri mezunudur. Pişik gelişme durumu ile anne eğitim düzeyi arasındaki istatistiksel fark anlamlı çıkmamıştır ($p>0.05$). Daha önce pişik gelişen çocuk annelerinin %60’ı 2-3 çocuğa sahiptir ($p>0.05$). 1.Derece pişik olan çocuk annelerinin %50’si 1 çocuğa sahiptir. Pişik gelişme durumu ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Çocukların Beslenme Durumuna Göre Pişik Olma Durumunun Dağılımı

Değişkenler	Şuanki Pişik Gelişme Durumu						Daha önce Pişik Gelişme Durumu			
	Pişik yok		1. Derece		2.Derece ve üstü		Var		Yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Beslenme çeşidi										
Sadece anne sütü	76	87.4	10	11.5	1	1.1	62	71.3	25	28.7
Anne sütü ve ek besinler	105	78.9	15	11.3	13	9.8	114	85.7	19	14.3
Sadece ek besinler	80	79.2	13	12.9	8	7.9	95	94.1	6	5.9
X ²	8.637						18.747			
P	0.071						0.000			
Gündüz beslenme öğün sayısı										
2-4 öğün	38	14.5	8	21.1	5	22.7	46	16.9	5	10.0
5 ve üzeri	224	85.5	30	78.9	17	77.3	226	83.1	45	90.0
X ²	1.782						1.514			
P	0.410						0.219			
Hangi tür ağırlıklı beslenme										
Süt ve süt ürünleri	199	76.0	33	86.8	20	90.9	211	7.6	41	82.0
Et ve et ürünleri, kurubaklagil	32	12.2	3	7.9	1	4.5	34	12.5	2	4.0
Sebze ve meyve	31	11.8	2	5.3	1	4.5	27	9.9	7	14.0
X ²	5.311						4.195			
P	0.257						0.123			

Tablo 4.8’de Çocukların beslenme durumunun pişik olma durumuna göre dağılımı bulunmaktadır. Daha önce pişik gelişen çocukların %94.1’i sadece ek besinlerle beslenmektedir ($p<0.05$). 1.Derece pişik olan çocukların %12.9’u sadece ek besinlerle beslenmektedir. Pişik gelişim durumu ile beslenme çeşidi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($p>0.05$). Daha önce pişik gelişen çocukların %90.0’ı gündüz 5 ve üzeri öğün ile beslenilmiştir. 1.Derece pişik olan çocukların %78.9’u gündüz 5 ve üzeri öğün ile beslenilmiştir. Pişik gelişme durumu ile gündüz beslenen öğün sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Daha önce pişik gelişen çocukların %77.6’sı süt ve süt ürünleriyle beslenmektedir ($p>0.05$). 1.Derece pişik olan çocukların %86.8’i süt ve süt ürünleriyle

beslenmektedir. Pişik gelişim durumu ile ağırlıklı beslenme türü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Çocukların Alt Değiştirilme Durumunun Pişik Olma Durumuna Göre Dağılımı

Değişkenler	Pişik Derecesi						Daha önce Pişik Gelişme Durumu			
	Pişik yok		1.Derece		2.Derece ve üstü		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alt bezi değiştirme sayısı										
1-4 defa	151	57.6	22	57.9	14	63.6	159	58.5	28	56.0
5-10 defa	111	42.4	16	42.1	8	36.4	113	41.5	22	44.0
X ²	0.305						0.105			
P	0.859						0.746			
Alt temizleme yöntemi										
Suyla yıkayarak ve kağıt havlu/pamukla	37	14.1	5	12.2	2	9.1	38	14.0	6	12.0
Islak mendille	225	85.9	33	86.8	20	90.9	234	86.0	44	88.0
X ²	0.489						0.139			
P	0.783						0.709			
Bez bölgesinin açık bırakılıp havalandırılması										
Evet	147	56.1	21	55.3	16	72.7	159	58.5	25	50.0
Hayır	115	43.9	17	44.7	6	27.3	113	41.5	25	50.0
X ²	2.463						1.233			
P	0.292						0.267			
Bez bağlama şekli										
Sıkı bağlama ve bezin ön kısmını içe katlama	82	31.3	13	34.2	9	40.9	85	31.3	19	38.0
Gevşek bağlama	180	68.7	25	65.8	13	59.1	187	68.8	31	62.0
X ²	2.956						0.880			
P	0.228						0.348			
Bez bölgesine kullanılan koruyucu madde/krem										
Evet	74	28.2	16	42.1	6	27.3	78	28.7	18	36.0
Hayır	188	71.8	22	57.9	16	72.7	194	71.3	32	64.0
X ²	2.956						1.083			
P	0.228						0.298			

Tablo 4.9’da Çocukların Alt Değiştirme Durumu ile Pişik arasındaki dağılımları yer almaktadır. Daha önce pişik gelişen çocukların %58.5’inin alt bezi günde 1-4 defa alt değiştirilmektedir ($p>0.05$). 1.Derece pişik olan çocukların %57.9’unun günde 1-4 defa alt bezi değiştirilmektedir. Pişik gelişme durumu ile alt bezi değişim sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Daha önce pişik gelişen çocuk annelerinin %86.0’sı alt temizliğinde ıslak mendil kullanmıştır ($p>0.05$). 1.Derece pişik olan çocuk annelerinin %86.8’i alt temizliğinde ıslak mendil tercih etmiştir. Pişik gelişim durumu ile alt temizleme yöntemi arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır ($p>0.05$). Daha önce pişik gelişen çocuk annelerinin %58.5’i bez bölgesini havalandırdıklarını ifade etmiştir ($p>0.05$). 1.Derece pişik olan çocuk annelerinin %55.3’ünün bez bölgesini havalandırdıkları belirlenmiştir. Pişik gelişme durumu ile bez bölgesini havalandırma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p>0.05$). Daha önce pişik gelişen çocuk annelerinin %68.8’i çocuk alt bezini gevşek bağladıklarını ifade etmiştir ($p>0.05$). 1.Derece pişik olan çocuk annelerinin %65.8’i alt bezini gevşek bağladığını ifade etmiştir. Pişik gelişme durumu ile bez bağlama yöntemi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). Daha önce pişik gelişen çocuk annelerinin %71.3’ü bez bölgesine koruyucu krem sürmemektedir. 1.Derece pişik olan çocuk annelerinin %57.9’u bez bölgesine koruyucu krem sürmemektedir. Pişik gelişim durumu ile bez bölgesine koruyucu krem sürme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

5. TARTIŞMA

Pişik, bezlenen bütün bebeklerde görülebilen ve çocukluk döneminde en yaygın olan deri sorunudur (38). Çalışma kapsamında çocukların %18.6'sında pişik olduğu, %84.5 çocuğun daha önce pişik geçirdiği görülmüştür (Tablo 5). Ülkemizde pişik görülme sıklığı %23,9–61,5 arasındadır (12,13). Şanlıurfa'da bu konuda yapılan bir çalışma yoktur. Şanlıurfa'da yıllık ortalama 50-55 bin doğum olmaktadır (21). Türkiye'de doğum oranının en yüksek olduğu Şanlıurfa'da doğum oranının bu denli fazla olması, çocukluk döneminde bazı sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle bu çalışmada çıkan sonuç daha önemli olmaktadır. Literatüre göre çalışma kapsamındaki çocuklarda pişik görülme oranının düşük olduğu görüldü. Ancak bu çalışma Şanlıurfa'da sıcak havalarının olmadığı mevsimde yapıldığı için pişik görülme oranının düşük olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda 2.Derece ve üstü pişikli kız çocuğu oranı %68.2, erkek çocuk oranı %31.8 dir. Pişik gelişimi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Gözen ve arkadaşlarının yapmış olduğu (çocukların %53'ünün kız, %47'sinin erkek) çalışmada pişik gelişimi ile cinsiyet arasında anlamlı fark çıkmıştır (48). Küçük Alemdar'ın yapmış olduğu (çocukların %62,2'sinin kız, %37,8'inin erkek) çalışmada ise pişik gelişimi ile cinsiyet arasında fark çıkmamıştır (49). Literatürde pişik gelişimi ile cinsiyet arasında farklı sonuçlar elde edilmesi pişik gelişiminde cinsiyetin anlamlı olmadığını düşündürmektedir. Kız çocuklarında daha fazla oranda pişik görülmesinin nedeni geleneksel yapı daha ağırlıklı olan Şanlıurfa'da erkek çocuklarına daha çok önem verilmiş olup daha iyi bakım verilebileceğini düşündürmüştür. Ayrıca kız çocuklarında perine bakımı erkek çocuklara göre daha meşakkatlidir. Daha dikkat olunması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda 1.Derece pişikli 1-12 aylık çocuk oranı %57.9, 13-24 aylık çocuk oranı %42.1 dir. 1.Derece pişik gelişimi ile çocuk yaşı arasında istatistiksel fark anlamlı çıkmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Çimen ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmalarında (12), Kırçuval'ın yapmış olduğu araştırmasında (13) pişik görülme ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu çalışmalar bizim

araştırmamıza paralellik göstermektedir. Yapılan literatür taramasında pişik gelişimi daha çok 6-12 ay arasında olduğu bildirilmektedir. Araştırmamızda pişik gelişimi ile yaş arasında anlamlı fark çıkmaması çocukların ek gıdaya geç geçirildiğini düşündürmektedir. Anne sütü ile beslenen çocukların ek gıda ile beslenen çocuklara oranla daha az pişik oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Parlak ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmalarında anne sütü alanlar ile karışık beslenenlerin pişik olma sıklıkları arasında anlamlı bir fark bulmuşlardır (25). Bu durum çalışmamızı desteklemektedir. Anne sütü alan çocuklarda daha az pişik gelişme nedeni dışkılarında üreaz içeren organizmaların daha az olmasından kaynaklı olduğunu söyleyen kaynaklar bulunmaktadır. Beslenme şekli ile pişik gelişimi arasındaki farkın anlamlı çıkmaması çocukların karışık beslenmeye çok yakın zamanda geçmiş olabileceği, karışık beslenen çocuklarda anne sütünün ağırlıklı olarak verilmiş olabileceği, annelerin kendi beslenmelerinde baharatlı yiyeceklerden kaçınmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada daha önce pişik gelişen çocukların %58.5'inin alt bezi günde 1-4 defa alt değiştirilmektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.9). 1.Derece pişik olan çocukların ise %57.9'unun günde 1-4 defa alt bezi değiştirilmektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Adalat ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada bez değiştirme sıklığının pişik gelişiminde etkili olduğu görülmüştür (11). Çalışmamızda bez değiştirme sıklığı ile pişik gelişimi arasında anlamlı fark görülmemesi sebebi çalışmamızda pişik olan çocuk sayısının az olması, bez değişiminden sonra altının açık bırakılıp hemen bezlenmemiş olabileceği, alt bezi kalitesinin yüksek olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Annelerin %57.1'inin çocuk bez bölgesini açık bırakıp havalandırmadıkları ifade etmiştir. Çalışmamızda bez bölgesini havalandırma ile pişik gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Çimen ve arkadaşlarının araştırmasında da etkili bulunmamıştır (12). Bu durum çalışmamıza paralellik göstermektedir. Bez bölgesinin havalandırılması ile pişik gelişiminin anlamlı çıkmamasının sebebi pişikli çocuk sayısının az olması, bez bölgesi havalandırılmasının etkin yapılmamış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda alt temizliği şekli ile pişik gelişimi arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Çalışmada annelerin %82.9'unun çocukların alt temizliğinde ıslak mendil kullanmayı tercih ettikleri görülmüştür (Tablo

4). Adalat ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da benzer şekilde alt temizliğinde en sık (%57) ıslak mendilin kullanıldığı ve alt temizliği şekli ile pişik gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmektedir (11). Bu durum çalışmamıza paralellik göstermektedir. Çalışmamızda alt temizleme yöntemi ile pişik gelişimi arasında anlamlı bir durum görülmemesi sebebi annelerin alt temizliğinde alkol ve türevlerinin bulunmadığı gliserin, pentanol gibi koruyucu maddelerin bulunduğu ıslak mendilleri kullanıyor olabileceğini düşündürdü. Bunun yanı sıra annelerin alt temizliğinde daha çok ıslak mendili tercih etmeleri ıslak mendilin rahat kullanım ve taşıma kolaylığının olabileceğini düşündürdü.

Çalışmamızda bez bölgesine sürülen koruyucu krem ile pişik gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Başer, Mucuk, Korkmaz ve Seviğ'in yaptıkları çalışmada annelerin %25,5'inin pişik bakımı konusunda eğitime gereksinim duyduklarını ifade ettikleri bildirilmektedir (50). Çalışmamızda annelere koruyucu krem kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda büyük çoğunluğu %52.2'si çocuklarında yalnızca pişik olduğunda koruyucu krem kullandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.5). Literatür taramalarında pişik varlığında koruyucu krem kullanmanın tablonun şiddetlenmesine neden olabileceği, ancak enfeksiyon geriledikten sonra kullanılabilirliği belirtilmektedir (4). Uygun olmayan yöntemlerin sık olarak kullanılması annelerin pişik konusunda eğitime gereksinimleri olduğunu düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışma kapsamındaki çocuklarda şuan ki pişik oranı az görülmüş olup, daha önce yüksek derecede pişik geçirdikleri tespit edilmiştir.
- Şuan pişik olan çocukların çoğunluğu 1.Derece pişik olmuştur.
- Annelerin hepsi alt bezi olarak hazır bez kullandığını belirtmiştir.
- Anneler çocukların alt temizliğini genel anlamda az yapmaktadır.
- Annelerin %50.6'sı çocuk alt bezini idrar ve kaka yapılması durumunda değiştirdiğini ifade etmiştir.
- Annelerin büyük bir kısmı çocuk alt temizliğini ıslak mendille yapmaktadır.
- Annelerin %57.1'i çocuk bez bölgesini açık bırakıp havalandırmadıklarını ifade etmiştir.
- Çocuk bez bölgesine yüksek oranda koruyucu krem/madde kullanılmadığı tespit edilmiştir.
- 1.Derece pişik çocukların yarısı kız, yarısı erkek çocuktur.
- Daha önce pişik gelişen çocukların %56.6'sı 1-12 aylıktır.
- 1.Derece pişik olan çocukların %55.3'ü 3-8 kilogramdır.
- 1.Derece pişik gelişen çocuk annelerinin çoğunluğu 17-27 yaşındadır.
- Annelerin bez dermatiti oluştuğunda genellikle doğru uygulama yapmadıkları ve bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir.
- Annelerin birçoğu çocuğun pişik olduktan sonra pişik kremi kullandığı belirlenmiştir.

ÖNERİLER

- Alt değişim temizliğinde ıslak mendillerin kullanılmaması, enfeksiyon geriledikten sonra koruyucu krem kullanılması ve pudra kullanılmaması önerilmektedir.
- Annelerin çocuklarını pişikten koruma ve pişik olduğunda tedavisine yönelik uygulamalar konusunda eğitime gereksinimleri olduğu görüldü.
- Hemşireler pişiğın etyolojisi, özellikleri, korunması ve pişiğın iyileşmesinde etkili olabilecek alternatif koruyucu bakımların farkında olmalı ve bu konuda toplumu, özellikle anneleri bilinçlendirmelidir.
- Primer görevi sağığı koruma ve geliştirme olan halk sağığı hemşirelerinin öncelikli hedeflerinden birisi pişik oluşumunu önleme ve anne baba eğitimi olmalıdır.
- Alt bezi bağlanan çocuklarda pişik gelişiminin önlenmesi veya azaltılması için annelerin alt bakımı konusunda eğitilmesi, konu hakkında broşürlerin verilmesi, bu eğitim çerçevesinde annelerin yaptıkları zararlı uygulamaların ortadan kaldırılmaya çalışılması (ıslak mendil kullanımı, pudra kullanımı), yararlı uygulamaların (bebeğın altını sık değiştirme, ılık su ile yıkamak, kurulamak, havalandırmak, koruyucu pişik kremi kullanmak vb.) ise pekiştirilmesi uygun yaklaşım olarak görülmektedir.
- Ayrıca daha büyük örnekleme çalışmaları yapılması, mümkünse yaz aylarında çalışma yapılması ve pişik ile ilgili farklı ürünler kullanılarak etkilerinin karşılaştırıldığı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Kenner C, Lott JW, Flandermeyer A. A Comprehensive Neonatal Nursing. WB Saunders: Philadelphia-1998; 2: 6758.
2. Rash N. The Newborn Child. 8th Ed. London: Churchill Livingstone; 1998: 557.
3. Atherton DJ. The Aetiology and Management of Irritant Diaper Dermatitis. European Academy of Dermatology and Venereology 2001; 15: 1-4.
4. Gupta A K, Skinner A R. Management of Diaper Dermatitis. Int J Dermatol 2004; 43: 830-834.
5. Nield LS, Kamat D. Prevention, Diagnosis, and Management of Diaper Dermatitis. Clin Pediatr 2007; 46: 480- 486.
6. Mandleco BL. Therotical Approaches to the Growt and Development of Children. In Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families. (Edit): Micki L. Potts. United States of America. Delmar Thomsan Learning 2002: 182.
7. İşgüven P, Yıldız M, Ergüven M, Malçok M, Güven A. Bez Dermatiti Nedeniyle Kullanılan Topikal Steroide Bağlı Cushing Sendromu: Olgu Sunumu. Güncel Pediatri 2007; 5: 35-37.
8. Prasad HRY, Srivastava P, Verma KK. Bezi Dermatite Genel Bir Bakış. Indian J Pediatr 2003; 70: 635-637.
9. Schenfield N. Diaper Dermatitis "Review Brief Survey of Eruptions of The Diaper Area". Therapy In Practice Am J Clinics İn Dermatology 2005; 6(5): 273-281.
10. Saner G. Çocuklarda Sık Görülen Deri Hastalıkları. İçinde Pediatri. (Edit): Olcay N, Ertuğrul T. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi 2002.
11. Adalat S, Wall D, Goodyear H. Diaper Dermatitis Frequency and Contributory Factors İn Hospital Attending Children. Pediatric Dermatology 2007; 24(5): 483-488.

12. Çimen S, Aslan G, Yaprak E. Hastanede Yatan 0-24 Aylık Bebeklerde Pişik Görülme Durumu ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 1.Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. 2007; 21-23 Haziran, İzmir.
13. Kırçuval D. 0-2 Yaş Çocuklarda Diaper Dermatiti Sıklığı, Klinik Özellikleri ve Etyolojik Faktörlerin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. 2001; Edirne.
14. Hong KH, Kim SC, Kang TJ. Effect of Abrasion and Absorbed Water On The Handle of Nonwovens For Disposable Diapers. Textile Research Journal 2005; 75: 544-550.
15. Borkowksi S. Diaper Rash Care and Management. Pediatric Nursing 2004; 30(6): 467-470.
16. Önder M, Adışen E, Velagiç Z. Diaper Dermatit. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2007; 50: 129-135.
17. Shin H. Diaper Dermatitis That Does Not Quit. Dermatologic Therapy 2005; 18: 124-135.
18. Fiorillo L. Therapy of Pediatric Genital Diseases. Dermatol Therapy 2004; 17: 117-128.
19. Langoen A, Vik H, Nyfors A. Diaper dermatitis. Classification, occurrence, causes, prevention and treatment. Tidsskr Nor Laegeforen 1993; 1712-1715.
20. Kanerva L, Lauerma AI. Contact Dermatitis. In A. D. Katsambs and T.M. Lotti (Edit): European Handbook of Dermatological Treatments. USA: Springer. 2003: 113-114.
21. Görak G. Çocukta Deri İle İlgili Problemler ve Hemşirelik Bakımı. İçinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. (Edit) Seçim H. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Hemşirelik Önlisans Eğitimi, Açıköğretim Yayınları, Eskişehir: Web Ofset. 1996.
22. Wolf R, Wolf D, Tüzün B, Tüzün Y. Diaper Dermatitis. Clinical Dermatology 2000; 18: 657-660.

23. Akşit S. Diaper Dermatit. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2001; 10(9): 328-329.
24. Humphrey S, Bergman JN, Au S. Practical Management Strategies For Diaper Dermatitis. Skin Therapy Letter 2006; 11(7): 1-6.
25. Parlak M, Energin M, Mukaddes S, Bitlisli H, Alp H. Diaper Dermatitli 54 Olgunun Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikler Dermatoloji 1995; 5, 66-70.
26. Wong DM, Wilson D. Diaper Dermatitis İn Whaley & Wong' S Nursing Care of Infants and Children. Sally Schrefer (Edit): Fifth Edition. United States of America: Mosby Company 1995: 598-600.
27. Odio MR, Fallon FS. Diaper Dermatitis and Advances İn Diaper Technology. Current Opinion Pediatrics, 2000; 12(4): 342-346.
28. Campell RL, Bartlett AF, Sarbaugh FC, Pickering LK. Effects of Diaper Types On Diaper Dermatitis Associated With Diarrhea And Antibiotic Use İn Children İn Day-Care Centers (Abstract). Pediatric Dermatology 1988; 5(2): 83-87.
29. Akkaya S. Diaper Döküntüleri "Diaper Dermatit". Katkı Pediatri Dergisi 1990; 11(1): 41-44.
30. Longhi F, Garlucci G, Bellucci R, Girolamo DI, Palumbo G, Amerio P. Diaper Dermatitis: A Study of Contributing Factor. Contact Dermatitis 1992; 26: 248-252.
31. Baldwin S, Odio MR, Haines SL, Connor RJ, Englehart JS, Lane AT. "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 2001; 15(1): 5-11.
32. Ferrazzini G, Kaiser RR, Cheng SKH, Wehrli M, Casa VD, Pohlig G, et al. Microbiological Aspects of Diaper Dermatitis. Dermatology (Basel) 2003; 206(2): 136-41.
33. Honig PJ, Gribetz B, Leyden JL. Amoxicillin and Diaper Dermatitis. Journal of The American Academy of Dermatology 1988; 19: 275-279.

34. Erdoğan S. Çocukluk Çağlarında Beslenme. İçinde Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği. Seçim H. (Edit): Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Hemşirelik Önlisans Eğitimi. Açıköğretim Yayınları, Eskişehir: Web Ofset 1996: 148-167.

35. Adam R. Skin Care of The Diaper Area. *Pediatric Dermatology* 2008; 25(4): 427-

433.

36. Visscher MO, Chatterjee R, Munson KA, Bare DE, Hoath SB. Development of Diaper Rash In The Newborn. *Pediatr Dermatol* 2000; 17: 52-57.

37. Runeman B. Skin Interaction With Absorbent Hygiene Products. *Clinics In Dermatology* 2008; 26: 45-51.

38. Ward DB, Fleischer AB, Feldman SR, Krowchuk DP. Characterization of Diaper Dermatitis In The United States. *Archive Pediatric Adolescent Medicine* 2000; 154 (9): 943-946.

39. Kimberly AH. Patient Information: Diaper Rash In Infants and Children 2009.

40. Ehretsmann C, Schaefer P, Adam R. 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* 2001; 5(1): 16-21.

41. Şenses AD, Öztürk CE, Yar NE, Acar S. Do Baby Wet Wipes Periurethral Aerobic Flora. *Japanese Journal of Infectious Diseases* 2007; 60: 225-226.

42. Atherton DJ. A Review of The Pathophysiology, Prevention and Treatment of Irritant Diaper Dermatitis. *Curr Med Res Opin* 2004; 20: 645-649.

43. Wet PM, Rode R, Dyk A, Millar AJW. Nappie Perianal Candidosis - A Comparative Study With Mupirocin and Nystatins and The Environment. *International Journal of Dermatology* 1999; 38(8): 618-622.

44. Concannon P, Gisoldi E, Phillips S, Grossman R. Diaper Dermatitis: A Therapeutic Dilemma. Results of A Double-Blind Placebo Controlled Trial of Miconazole Nitrate 0.25%. *Pediatric Dermatology* 2001; 18(2): 149-55.

45. Mallory SB, Bree A, Chern P. Eczematous Dermatoses. In Illustrated Manual of Pediatric Dermatology Diagnosis and Management, London and Newyork: Taylor &Francis Group 2005: 59-67.
46. Al-Waili NS. Clinical and Mycological Benefits of Topical Application of Honey, Olive Oil And Beeswax İn Diaper Dermatitis. Clinical Microbiology and Infection 2005; 11(2): 141-163.
47. Hancı S, Boyacı M, İsmuhan Ö, Töre B, İlhan H, Tokar B, ve ark. Pişik Bakımında Perianal Kolostomi Pastası ve Cilt Koruyucu Tabaka Kullanımı. Hemşirelik Forumu 1998; 1(6): 270-271.
48. Gözen D, Çağlar S, Doğan Z. 0-24 Ay Arası Bebeği Olan Annelerin Pişığı Önleme ve Bakımına Yönelik Uygulamaları. İ.U.F.N. Hem. Dergisi 2011; 19(1): 17-22.
49. Küçük Alemdar D, Yaman Aktaş Y. Medical Error Types and Causes Made by Nurses in Turkey. TAF Prev Med Bull 2013; 12(4): 409-416.
50. Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, Seviğ U. Postpartum Dönemde Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 14: 54-58.
51. Bekar M. Kültürlerarası (Transkültürel) Hemşirelik. Toplum Ve Hekim 2001; 16(2): 136-141.

EKLER

ANKET FORMU

1. Bebeğinizin Cinsiyeti nedir ? 1.Kız 2.Erkek

2. Bebeğiniz doğum tarihi?.....

3. Bebeğin kilosu.....

4. Bebeğin boyu.....

5. Bebeğinizin herhangi bir hastalığı var mı? 1- hayır 2- evet.....

6. Kaç yaşındasınız?.....

7. Eğitim Durumunuz nedir ?

1- Okur yazar değil 2- okur yazar 3-İlkokul 4- ortaokul 5- lise 6- üniversite

8. Bebeğiniz kaçınıcı çocuğunuz ? 1.birinci 2.ikinci 3.üçüncü 4.dördüncü ve üstü

9. Çocuğunuza kim bakıyor? 1.Anne 2.Bakıcı 3.Büyükanne 4.Diğer.....

10. Bebeğinizi besleme çeşidiniz nedir?

1.Sadece Anne Sütü 2.Anne sütü ve formüle mama
3. Sadece formüle mama 4. Sadece ek besinlerle
5. Anne sütü ve ek besinler. 6. diğer (açıklayınız).....

11. Bebeğinizi gece besliyor musunuz? 1- hayır 2- evet (Kaç defa yazınız).....

12. Bebeğinize gece verdiğiniz besin?

1- anne sütü 2- mama 3- ek besin (ne olduğunu yazınız).....

13. Bebeğinize günlük olarak verdiğiniz su?

14. Bebeğinize gündüz beslenme öğün sayısı?

1- 2 öğün 2- 3 öğün 3- 4 öğün 4- 5 ve daha fazla

15. Bebeğinizi hangi tür besin ağırlıklı besliyorsunuz?

1- süt ve süt ürünleri 2- et ve et ürünleri 3- kurubaklagiller 4- sebze ve meyve

5- diğ er.....

19. Bebeğ inizin bezini günde kaç kez değ iştiriyorsunuz?.....

20. Bebeğ inizin bezinin değ iştirme nedeniniz?

1.idrar yapması 2.kaka yapması 3.idrar ve kaka yapması
4.diğ er.....

21.Bezi değ iştirirken bebeğ inizin altını nasıl temizliyorsunuz ?

1.Su ve pamukla 2.Islak mendille 3.Sabunlu bezle
4.suyla yıkayarak 5.Kağı t havlu / kuru bezle 6.diğ er.....

22. Bebeğ inize kullandığınız bez çeş idi nedir?

1- hazır bez 2- evde kullanılan kumaş
3- havlu- tuvalet kağı dı 4.diğ er.....

23.Bez Bölgesini havalandırıp, açık bırakıyor musunuz ?

1.Evet
2.Hayır

24.Bebeğ inizin bezini nasıl bağ lıyorsunuz ?

1.Sıkı bağ lıyorum 2.Bezin ön üst kısmını iç e katlıyorum
3.Gevş ek bağ lıyorum 4. Diğ er.....

25. Bez bölgesine kullandığınız koruyucu madde/krem var mıdır?

1- Hayır 2- Evet.....

26. Bu maddeyi ne kadar sıklıkla sürüyorsunuz ?

1.Her bez değ iş imde 2-. Gerek görü ldük ç e 3- Hekimin talimatına göre
4- diğ er.....

27. Bebeğ inizde hiç piş ik geliş ti mi?

1- Evet (en son ne zaman).....
2- Hayır

28. Piş ik geliş tiğ i zaman ne yaparsınız?

1- doktora giderim 2- piş ik kremi kullanırım 3- daha sık havalandırırım
4- daha sık bezini değ iştiririm 5- diğ er.....

29.Piş ik bölgesinin değ erlendirilmesi (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

30. Pişğin 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



HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 20/06/2017-13684

ŞANLIURFA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - ŞANLIURFA
AİLE HİKİMİSİ ÇOCUKLAR VEYA YERİNE GEÇİREBİLİR
16042017 1638 2079142 605 01 E 035
0047542777



T.C.
ŞANLIURFA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 80079142-605.01
Konu : Araştırma Talebi (Yard.Doç.Dr.
Selma KAHRAMAN)

HARRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı)

İlgi : 16/05/2017 tarihli ve 84763298-4420 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden, Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yard. Doç.Dr.Selma KAHRAMAN denetiminde, yüksek lisans öğrencisi Hasan KURT'un tez çalışması kapsamında "0-24 Aylık Çocuklarda Pişik Görülme Sıklığı ve Etkilleyen Faktörler" konulu araştırmanın anket formu kullanılarak Mayıs-Eylül 2017 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezlerimizde yapılabilmesi ile ilgili izin talebiniz Müdürlüğümüzde uygun görülmüş olup, anket sonucu hakkında tarafımıza bilgi verilmesi hususunu;

Bilgilerinize arz ederim.

Güvenli Elektronik İmzalı

Aslı ile Aynıdır

16.06.2017

Aile DEKANI
Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü
E-Posta Kayıtlı Elektronik

e-İmzalıdır.

Dr. Mehmet Yaşar ŞİMŞEK
Halk Sağlığı Müdürü

EK: Müdürlük Oluru (1 Sayfa)

İletişim: Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürlüğü İrtibat : İ.Halil ASLAN Tel:
(0414) 3187259 Fax : (0414) 3187402 Web: www.sanlıurfahsm.gov.tr e-mail:
hsm63.ahu@saglik.gov.tr

Faks No:

e-Posta: ibrabimhalil.aslan@saglik.gov.tr İnt. Adresi: Adres: Selahattini Fıyıklı Mah.
Recep Tayyip Erdoğan Bulvarı No: 19 T. Telekom Yarı PK. 63300 Haliliye /
ŞANLIURFA

Bilgi için: İbrahim Halil ASLAN

Unvan: SAĞLIK MEMURU

Telefon No: 0414 318 72 00 / 72 59

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 86bc3dcf-38cc-44c7-916f-081d1748377c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 20/06/2017-13684



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
ŞANLIURFA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 80079142-605.01
Konu : Araştırma Talebi (Yard.Doç.Dr. Selma
KAHRAMAN)

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Harran Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yard. Doç.Dr. Selma KAHRAMAN denetiminde, yüksek lisans öğrencisi Hasan KURT'un tez çalışması kapsamında "0-24 Aylık Çocuklarda Pişik Görülme Sıklığı ve Etikileyen Faktörler" konulu araştırmanın anket formu kullanılarak Mayıs-Eylül 2017 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezlerimizde yapılabilmesi ile ilgili izin talebi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan araştırma izin talepleri başvuru ve değerlendirme merci hakkındaki yazısının 6. Maddesinde yer alan "5. Maddede bahsi geçen tarama ve araştırmaların invaziv girişim içermemesi halinde başvuru halk sağlığı müdürlükleri tarafından değerlendirilecektir." hükmü doğrultusunda şubemizce uygun görülmüştür.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde;
Olurlarınıza arz ederim.

Deniz BAYHAN
Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
Dr.Mahmut AKTAŞ
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

OLUR
...../06/2017
Dr. Mehmet Yaşar ŞİMŞEK
Vali a.
Halk Sağlığı Müdürü

İletişim: Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürlüğü İrtibat : İ.Halil ASLAN Tel:
(0414) 3187259 Fax : (0414) 3187402 Web: www.sanlıurfahsm.gov.tr e-mail:
hsm63.ahu@saglik.gov.tr

Bilgi için: İbrahim Halil ASLAN

Faks No.
e-Posta: ibrabimhalil.aslan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Adres: Selaheddini Eyyübi Mah.
Recep Tuyyip Erdoğan Bulvarı No: 19 T.Telekom Yanı PK. 63300 Haliliye /

Unvan: SAĞLIK MEMURU

Telefon No: 0414 318 72 00 / 72 59

ŞANLIURFA
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 80663187-0042-0016-0016-0016-0016 koda ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ETİK KURUL ONAYI

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurulu Kararı	
TARİH	: 03.11.2016
OTURUM	: 10
SAAT	: 15:00

16/10/09	<p>Karar: Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN'ın yürütücüsü olduğu "0-24 Ay Çocuklarda Pişik Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmaya Etik Kurulu Onayı verilmesine,</p> <p>Oybirliğiyle karar verilmiştir.</p> <p>ASLİ GİBİDİR Yrd. Doç. Dr. Makim CELİK Etik Kurulu Raportörü</p>
----------	--

ANNE BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: 0-24 Ay Çocuklarda Pişik Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler

ANNE ADI: _____

Bu çalışmada 0-24 Ay Çocuklarda Pişik Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörleri belirlemek amaçlandığı tarafıma anlatıldı.

Uygulamada annelere anket formlarının uygulanacağı ve belirli zaman aralıklarında ev ziyaretlerine geleceği konusunda bilgilendirildim.

Araştırma etik kurul onayı alındıktan sonra 12 ay içerisinde bitirilmesi planlandığı tarafıma anlatıldı.

Bu çalışmanın kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve diğer tıbbi bakım için benden hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir.

Bu çalışmanın yürütülmesinden sorumlu araştırmacı, almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla veya çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

Çalışmanın yürütülmesi, olası yan etkiler veya bir katılımcı olarak haklarım konusunda kafamda sorular belirlediğinde aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır:

Doç. Dr. Selma KAHRAMAN

Telefon: 0544 771 32 57

Araştırmacı Hasan KURT

Telefon: 0545 492 71 34

Araştırma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri gereğinde Doç. Dr. Selma KAHRAMAN ve yöneticilerine ulaştırılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler uygulamanın kullanımının onaylanması için veriye ihtiyaç duyan diğer ülke hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Bu çalışmanın sonuçları toplantılar veya bilimsel yayınlarda sunulabilir, ancak bu durumda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, bu çalışmadan istediğim an çıkabileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimin ve bu durumun şimdi ya da gelecekte ihtiyacım olan tıbbi bakımı hiçbir şekilde etkilemeyeceğimin bilincindeyim.

12. Helsinki Deklarasyonuna uygunluk onayı

Bu çalışma Fakülte Etik Kurulu tarafından incelenerek Helsinki Deklarasyonunda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır.

13. Çalışmaya katılma oluru

Bu olur formunu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri kendi ana dilimde okudum veya bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana açıklandı. Bana aklıma gelen bütün soruları sorma fırsatı tanındı ve sorularım tatminkâr cevaplar aldım. Bu çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra vazgeçtiğim takdirde hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu bildirimli olur sözleşmesinin imzalı bir nüshasını aldım.

Anne Adı-İmzası
(Veli veya vasisinin)

Tarih

Sorumlu Araştırmacının Adı-İmzası

Tarih

Tanığın Adı-İmzası

Tarih





T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ

Öğrencinin

Numarası :16628864078
Adı, Soyadı : HASAN KURT
Anabilim Dalı : HEMŞİRELİK
Programı : Yüksek Lisans
Tezin Adı : “0-24 AY ÇOCUKLARDA PİŞİK GÖRÜLME SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER”

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans çalışmamın; *kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç* kısımlarından oluşan toplam ...62 sayfalık kısmına ilişkin, 06/08/2019 tarihinde şahsım/ danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, benzerlik oranı %18'tür.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç
- 4- 5 kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen tezin, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından kabul edilen lisansüstü orijinallik raporu alınması uygulama esasları ile belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığını ve bütün bilgilerin, akademik kurallara uygun olarak toplanıp sunulduğunu, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı, blok şeklinde alıntılar yapmadığımı ve tüm alıntılarının bilimsel atıf kuralları çerçevesinde kaynağını gösterdiğimi, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi ile Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesinin 8. maddesinde yer alan etik ihlallerden herhangi birisinin yer almadığımı, etik ihlal tespiti halinde, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca, diplomamın iptal edilmesini kabul ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim. 06/08/2019

Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı-Soyadı: HASAN KURT

İmzası:

Yukarıda yer alan raporun ve beyanın doğruluğunu onaylarım. 06/08/2019

Danışmanın

Unvani-Adı-Soyadı: Doç. Dr. Selma

İmzası:

KAHRAMAN

0-24 AY ÇOCUKLARDA PİŞİK GÖRÜLME SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ORIJINALLIK RAPORU

% **18**
BENZERLİK ENDEKSİ

% **16**
İNTERNET
KAYNAKLARI

% **8**
YAYINLAR

% **13**
ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

- 1** tip.harran.edu.tr
İnternet Kaynağı % **2**
- 2** www.guvenlitarim.gov.tr
İnternet Kaynağı % **1**
- 3** e-dergi.atauni.edu.tr
İnternet Kaynağı % **1**
- 4** www.ncbi.nlm.nih.gov
İnternet Kaynağı <% **1**
- 5** www.phdernegi.org
İnternet Kaynağı <% **1**
- 6** Submitted to Napier University
Öğrenci Ödevi <% **1**
- 7** library.neu.edu.tr
İnternet Kaynağı <% **1**
- 8** Submitted to King's College
Öğrenci Ödevi <% **1**

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10281013
Yazar Adı / Soyadı	HASAN KURT
T.C.Kimlik No	16628864078
Telefon	5454927134
E-Posta	hasankurtt0@gmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	0-24 AY ÇOCUKLARDA PİŞİK GÖRÜLME SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER
Tezin Tercümesi	PREVALENCE OF DIAPER RASH AND FACTORS AFFECTING 0-24 MONTHS IN CHILDREN
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Harran Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Hemşirelik Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	62
Tez Danışmanları	DOÇ. DR. SELMA KAHRAMAN
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	

22.08.2019
İmza:.....