



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNKONTİNANS İLİŞKİLİ DERMATİT YÖNETİMİNDE YOĞUN
BAKIM HEMŞİRELERİNİN BİLGİ, TUTUM VE
UYGULAMALARI**

ÖZNUR CAN

**HEMŞİRELİK ESASLARI ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Haziran / 2024



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNKONTİNANS İLİŞKİLİ DERMATİT YÖNETİMİNDE YOĞUN
BAKIM HEMŞİRELERİNİN BİLGİ, TUTUM VE
UYGULAMALARI

ÖZNUR CAN

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. TÜLAY BAŞAK

HEMŞİRELİK ESASLARI ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Haziran / 2024

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Öznur CAN

27.06.2024

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, yoğun bakım hemşirelerin inkontinans ilişkili dermatit (İİD) yönetiminde bilgi, tutum ve uygulamaları ile İİD bulunan bölgeleri ve şiddetini değerlendirme düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntemler: Tanımlayıcı özellikte tasarlanan araştırmanın evrenini, Türkiye’de bir eğitim ve araştırma hastanesinin bazı yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem hesaplaması yapılarak araştırmaya katılmayı kabul eden 126 hemşire dâhil edilmiştir. Çalışma, ölçek kullanım izinleri, kurum izni ve etik kurul izni alındıktan sonra 01.12.2024-01.03.2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler “Tanımlayıcı Özellikler Formu”, “İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği (İİD-BTU-Ö)” ve “İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddeti Aracı (İBDŞA)” ile toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar T-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizi kullanılmıştır. Hemşirelerin ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen (d) ve Eta kare (η^2) katsayıları kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda $p \leq 0.05$ anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin %73,1’i lisans mezunu olup, yaş ortalaması $27,610 \pm 3,139$ ve %57,9’unun yoğun bakım hemşireliği sertifikası bulunmamaktadır. İİD-BTU-Ö alt boyut puanları açısından yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken ($p > 0.05$); çalışılan bölüm, meslekte ve yoğun bakımda hizmet süresi ve yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin İBDŞA-Vaka-1 değerlendirme puan ortalaması $27,080 \pm 7,950$; İBDŞA-Vaka-2 değerlendirme puan ortalaması $16,240 \pm 6,006$; İBDŞA-Vaka-3 değerlendirme puan ortalaması

19,940±6,341; İBDŞA-Vaka-4 değerlendirme puan ortalaması 4,480±2,900 olarak bulunmuştur. İBDŞA'ya göre vaka değerlendirme puanları ile İİD-BTU-Ö alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç: Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin İİD'ye yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarının geliştirilmesi gerektiği bulunmuştur. İİD'nin önlenmesi ve yönetimine ilişkin hizmet içi eğitim programlarının sürekliliğinin sağlanması önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler: : İnkontinans İlişkili Dermatit, Hemşire, Yoğun Bakım Ünitesi



ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the knowledge, attitudes, and practices of intensive care nurses in the management of incontinence associated dermatitis (IAD) and their level of evaluation of the areas and severity of IAD.

Material-Methods: The population of the research, which was designed to be descriptive, consisted of nurses working in some intensive care units of a training and research hospital in Turkey. In the study, 126 nurses who agreed to participate in the study were included in the sample calculation. The study was conducted between 01.12.2024 and 01.03.2024 after obtaining scale use permissions, institutional and ethics committee permission. Data were collected with the "Descriptive Characteristics Form", "Knowledge, Attitude, and Practice of Nurses in Managing Incontinence-Associated Dermatitis Questionnaire (KAP-IAD-Q)" and "The Incontinence-Associated Dermatitis and It Severity Instrument (IADS)". The data obtained in the study were evaluated on a computer using the SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 statistical program. Independent groups t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), and post hoc (Tukey, LSD) analysis were used to examine the differences in scale levels according to the descriptive characteristics of nurses. The relationships between the dimensions determining the nurses' scale levels were investigated through Pearson correlation analyses. Cohen (d) and Eta squared (η^2) coefficients were used to calculate the effect size. In statistical decisions, $p \leq 0.05$ was accepted as an indicator of significant difference.

Results: 73.1% of the nurses participating in the study have a bachelor's degree, the average age is $27,610 \pm 3,139$, and 57.9% do not have an intensive care nursing certificate. While there was no statistically significant difference in terms of KAP-IAD-Q subscale scores according to age, gender, marital status, and education level ($p > 0.05$); A statistically significant difference was found according to the department worked, length of service in the profession and in intensive care, and having an intensive care nursing certificate ($p < 0.05$). In this study, the average IADS-Case-1 evaluation score of intensive care nurses was 27.080 ± 7.950 ; IADS-Case-2 evaluation score average was $16,240 \pm 6,006$; IADS-Case-3 evaluation score average was

19.940±6.341; The average IADS-Case-4 evaluation score was found to be 4,480±2,900. There was no statistically significant relationship between case evaluation scores according to IADS and KAP-IAD-Q subscale scores ($p>0.05$).

Conclusion: In this study, it was found that intensive care nurses' knowledge, attitudes, and practices towards IAD should be improved. It is recommended to ensure the continuity of in-service training programs regarding the prevention and management of IAD.

Keywords: Incontinence-Associated Dermatitis, Nurse, Intensive Care Unit



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim süresince; engin bilgi birikimi, mesleki donanımı, sabrı ve anlayışlı kişiliği ile yolumu aydınlatan Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı Başkanı değerli danışman hocam Prof. Dr. Sayın Tülay BAŞAK'a saygılarımı sunar içtenlikle teşekkür ederim.

Değerli görüş ve önerileri için tez savunma jürileri Prof. Dr. Sayın Nurcan ÇALIŞKAN'a ve Dr. Öğr. Üyesi Sayın Gül ŞAHİN KARADUMAN'a,

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden yoğun bakım hemşirelerine,

Yüksek lisans eğitimine birlikte başladığım, bu yolu birlikte yürüdüğüm sevgili arkadaşlarım Kübra, Ecem ve Esin'e,

Çalışmamın tamamlanmasında her türlü desteği sağlayan, geçirdiğim tüm yoğun zamanlarda benimle birlikte olan ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Mert CAN'a teşekkür ederim.

Öznur CAN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLO LİSTESİ	xii
ŞEKİL LİSTESİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiv
ÖLÇÜM BİRİMLERİ	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ	1
1.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI	4
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. DERİ	7
2.1.1. Epidermis	8
2.1.1.1. Keratinositler	9
2.1.1.2. Melanositler	9
2.1.1.3. Langerhans Hücreleri	9
2.1.1.4. Merkel Hücreleri	9
2.1.1.5. Dermis	11
2.1.2. Hipodermis	12
2.2. İNKONTİNANS	13
2.2.1. Üriner İnkontinans	13
2.2.2. Fekal İnkontinans	13
2.3. İNKONTİNANS İLİŞKİLİ DERMATİT	15
2.3.1. İnkontinans İlişkili Dermatit Riski Olan Hastaların Belirlenmesi	16
2.3.2. İnkontinans İlişkili Dermatit Prevelansı	17
2.3.3. İnkontinans İlişkili Dermatitin Fizyopatolojisi	19
2.3.3.1. Dış Tetikleyici Faktörler	19
2.3.3.2. Predispozan Faktörler	21

2.3.4. İnkontinans İlişkili Dermatitin Görünümü ve Etkilenen Bölgeler	24
2.3.5. İnkontinans İlişkili Dermatitin Değerlendirilmesi ve Değerlendirmede Kullanılan Araçlar	26
2.3.5.1. Perirektal Cilt Değerlendirme Aracı (Perirectal Skin Assessment Tool (PSAT))	27
2.3.5.2. Deri Değerlendirme Aracı (Skin Assessment Tool (SAT))	27
2.3.5.3. Perineal Değerlendirme Aracı (The Perineal Assessment Tool (PAT))	27
2.3.5.4. İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddeti Aracı (The Incontinence Associated Dermatitis and its Severity Instrument(IADS))	28
2.3.5.5. Ghent Global Incontinence Associated Dermatitis Sınıflandırma Aracı (GLOBIAD)	28
2.3.6. İnkontinans İlişkili Dermatit ve Basınç Yaralanması	29
2.4. İNKONTİNANS İLİŞKİLİ DERMATİT ÖNLENMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ	31
2.4.1. İnkontinans İlişkili Dermatitin Önlenmesi ve Yönetimi	33
2.4.1.1. Temizleme	33
2.4.1.2. Nemlendirme	35
2.4.1.3. Cildi Koruma	36
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	37
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ	37
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	37
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM HESAPLANMASI	37
3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	38
3.3.2. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	38
3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	39
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	39
3.5.1. Tanımlayıcı Özellikler Formu (EK-1)	39

3.5.2. İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği (İİD-BTU-Ö) (EK-2)	39
3.5.3. İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddeti Aracı (İBDŞA) (EK-3)	41
3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI	41
3.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	42
4. BULGULAR	45
5. TARTIŞMA	55
5.1. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	60
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	61
6.1. SONUÇLAR	61
6.2. ÖNERİLER	62
7. KAYNAKÇA	63
8. EKLER	75
EK-1: TANIMLAYICI ÖZELLİKLER FORMU	75
EK-2: İNKONTİNANS İLİŞKİLİ DERMATİT YÖNETİMİNDE HEMŞİRELERİN BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (İİD-BTU-Ö)	76
EK-3: İNKONTİNANSA BAĞLI DERMATİT VE ŞİDDETİ ARACI	78
EK-4: ÖLÇEK İZİNLERİ	84
EK-5: GÜLHANE EAH SAĞLIK UYGULAMA ARAŞTIRMA MERKEZİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KURULU (BADEK) İZNİ	85
EK-6: KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAY RAPORU	87
EK-7: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)	89
EK-8: KATILDIĞI EĞİTİMLER	90
EK-9: GHENT GLOBAL INCONTINENCE-ASSOCIATED DERMATİTİS SINIFLANDIRMA ARACI(GLOBIAD)	91
9. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ	95

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1.1.1	Epidermisin Tabakaları	10
Tablo 2.3.1.1.	İnkontinans İlişkili Dermatit İçin Nedensel ve Dolaylı Risk Faktörleri	17
Tablo 2.3.3.1.	İnkontinans İlişkili Dermatitin Kavramsal Çerçevesi	23
Tablo 2.3.5.1.	İnkontinans İlişkili Dermatit ve Basınç Yaralanması Arasındaki Farklar	31
Tablo 3.7.1.	Normal Dağılım	42
Tablo 4.1.	Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	45
Tablo 4.2.	İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamaları.....	46
Tablo 4.3.	İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması	47
Tablo 4.4.	Yoğun Bakım Hemşirelerinin İnkontinans İlişkili Dermatit Bölgelerini ve Şiddetini Değerlendirme Puan Ortalamaları	52
Tablo 4.5.	İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddeti Aracı ve İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasında Korelasyon Analizi	53

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1.1	Deri Dokusunun Histolojik Yapısı ve Elemanları.....	8
Şekil 2.1.1.1.	Epidermisin Tabakaları	10
Şekil 2.3.4.1.	İnkontinans İlişkili Dermatitten Etkilenebilecek Cilt Bölgeleri	25
Şekil 2.3.5.1.	İnkontinans İlişkili Dermatit ve Basınç Yaralanması Gelişiminde Olası Etki Mekanizmaları	30
Şekil 3.3.1.	Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine Yönelik Formül	38



SİMGELER VE KISALTMALAR

BGOF	: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
İBDŞA	: İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddeti Aracı
İİD	: İnkontinans İlişkili Dermatit
İİD-BTU-Ö	: İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği
MASD	: Moisture Associated Skin Damage- Nemle İlişkili Cilt Hasarı
p	: Anlamlılık Değeri
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi
$\bar{x}$	: Ortalama

ÖLÇÜM BİRİMLERİ

mm : milimetre

m² : metrekare

% : yüzde





1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

“Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ), bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastalara yaşamsal desteğin verildiği, ileri teknoloji ile donatılmış ve aynı zamanda disiplinlerarası yaklaşımların yoğun olarak uygulandığı birimler” olarak tanımlanmaktadır (7, 89). YBÜ’ye kabul edilen hastalarda; hemodinamik dengesizlik, zayıf doku perfüzyonu ve oksijenasyonu, tıbbi cihazların varlığı, mekanik ventilasyon uygulaması, immobilizasyon, ilaç tedavisi (örn sedatifler, vazoaaktif ilaçlar, kortikosteroidler), enteral beslenme veya yetersiz beslenme gibi çeşitli hastalık ve tedaviyle ilgili faktörler, cildin bariyer fonksiyonunun bozulmasına sebep olmaktadır (28, 99). Cilt bütünlüğünün bozulmasına neden olan bir diğer etken de diyare, fekal ve üriner inkontinansın bu hastalarda görülme sıklığıdır. İnkontinans ilişkili dermatit (İİD); idrar, dışkı veya her ikisine birden kronik veya tekrarlanan maruziyet nedeniyle deride gelişen iltihaplanma ve/veya erozyon ile karakterize sınırları belirsiz eritematöz plaklar olarak ortaya çıkan bir tür nemle ilişkili cilt hasarıdır (16, 54). İİD gelişen hastalarda sıklıkla enfekte cilt bölgesinde ağrı, rahatsızlık, yanma hissi, kaşıntı veya karıncalanma, aktivitelerde bozulma, uyku bozukluğu, yaşam kalitesinde azalma görülür (49).

İnkontinans ilişkili dermatitin oluşmasına çeşitli risk faktörleri sebep olabilir ve bunlar farklı ülkelere ve sağlık hizmeti ortamına göre değişebilir (102). İİD gelişmesinde kimyasal iritanlar (sindirim sistemindeki bağırsak enzimleri proteaz ve lipaz gibi), idrarda bulunan üre, cilt yüzeyi pH'ındaki değişiklikler, ilişkili mikroorganizmalar (candida albicans vd.), cilt temizleme ürünlerine tekrar tekrar maruz kalmanın neden olduğu fiziksel travma, inkontinans pedleri ve sürtünme gibi mekanik faktörler etkilidir (28). Yapılan bazı çalışmalar yaşlanma sürecinin cildin hücre yenilenmesinde azalma, bariyer fonksiyonunda ve mekanik korumasında bozulma, ter ve sebum üretiminde azalma, doğal nemlendirici faktörler ve lipid

içeriğinde azalma, nörosensör algısında azalma, bağışıklık fonksiyonunda azalma ve yaralanmaya yanıt olarak cilt hasarına karşı hassasiyeti arttırabilecek onarım yeteneğinde değişiklikler dâhil olmak üzere yapı ve fonksiyonunda değişikliklere uğraması nedeniyle özellikle yaşlı hastaların İİD'den daha fazla etkilendiğini göstermiştir (8, 23). YBÜ'de ise yapılan mekanik ventilasyon uygulaması, çoklu organ yetmezliği, değişen bilinç düzeyleri, immobilizasyon, enteral beslenme, antibiyotikler, vazoaaktif ve sedatif ilaçlar, üriner ve fekal inkontinans prevelansı hastalarda İİD gelişmesi açısından yüksek risk oluşturmaktadır (23, 51).

İnkontinans ilişkili dermatit, tüm sağlık bakım ortamlarında görülmesine rağmen yaygınlık bakım ortamlarına göre değişmektedir (51). İİD prevalansını veya insidansını bildiren sınırlı sayıda çalışma tespit edilse de Palma et al. (2021) tarafından yapılan çalışmada İİD prevalansının %4,3 ile %42 ve insidans oranlarının %3,4 ile %50 arasında değiştiği bildirilmiştir (85). Gray ve Giuliano'nun (2018) Amerika Birleşik Devletleri'nde 36 eyalette YBÜ'de yatan 5342 yetişkin hasta ile yürüttüğü bir çalışmada İİD prevalansının %21,3 olduğu ve üriner, fekal veya her iki inkontinansı da olan hastalar arasında bu oranın %45,7 olduğu bildirilmiştir (41). İİD'nin yoğun bakım hastalarının yaklaşık üçte birinde meydana geldiği varsayılırken, prevalans oranları %15 ile %95 arasında değişmektedir (83). Campbell et al. (2019) yürüttüğü bir çalışmada haftalık İİD prevalansı yıl boyunca %0 ila %70 arasında değiştiği, İİD gelişme riski taşıyan hastaların %17'sinde İİD tespit edildiği ve prevelans eğiliminin %10'dan başlayıp yıl sonunda %24,1'e yükseldiği görülmüştür (23). Yapılan bazı çalışma sonuçlarına göre YBÜ'de İİD prevelansının %5-50'lere kadar arttığı bildirilmiştir (26, 51). Bliss et al. (2011) yürüttüğü bir çalışmada yoğun bakım hastalarında İİD görülme oranının %20,4-36 arasında değiştiğini bildirilmiştir (20). Köse ve Şenturan (2022) ülkemizde nöroşirürji ve post-operatif cerrahi YBÜ'de 155 hasta ile yürüttüğü çalışmasında hastaların %8,6'sında İİD geliştiğini saptamıştır (60). YBÜ'de görülme sıklığı yüksek olan bu cilt hasarının tedaviden çok önlenmesine dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (61, 108).

İnkontinans ilişkili dermatit ağrı, enfeksiyon riskinin artması ve basınç yaralanması gibi olumsuz sonuçlar için önemli bir risk faktörüdür (51). Bu sonuçlar hastanın hastanede kalış süresini uzatabilir, tıbbi maliyetleri ve hemşirelik bakım

yükünü artırabilir ve hastaların yaşam kalitesini düşürebilir (49). Kayser et al. (2021) 937 hastaneden çok sayıda hastaya ulaşılarak yürüttükleri çalışma sonucuna göre; İİD tedavisi gören hastaların bakım maliyetlerinin daha yüksek, hastane kalış süresinin daha uzun ve hastaneye yeniden yatışta artış olasılığı gibi olumsuz sonuçlar açısından risk oluşturduğunu ortaya koyulmuştur (54). Bu nedenle, yoğun bakım hastalarında İİD risk faktörlerinin gözden geçirilmesi, etkili hemşirelik müdahalelerini planlamak açısından önemlidir (49).

Yoğun bakım hemşirelerinin hastaya uygun hemşirelik müdahalelerini planlayabilmesi için doğru değerlendirme kritik öneme sahiptir (39, 69). İİD'nin değerlendirilmesi perianal ve perigenital bölgenin klinik gözlemi, hastanın sağlık öyküsünün bilinmesi ve görsel muayeneye dayanır (8, 73). Etiyolojideki benzerlik nedeniyle hemşirelerin İİD ve basınç yaralanmasını ayırt etmekte çoğu zaman zorluk yaşadığı ifade edilmektedir (39, 78). Bu ayrımın doğru bir şekilde yapılmaması bakımın yönetimi ve raporlama açısından hatalara ve hemşirelik kalite göstergelerinde ciddi sorunlara yol açabilir (78). İİD ve basınç yaralanması ayrımının yapılabilmesi için ölçüm araçları geliştirilmiştir. Ancak bu araçların klinik olarak doğrulanmadığı vurgulanmış olup, bu nedenle yeterli kanıtlar olmadığı için yaygın olarak kullanılmadığı bildirilmiştir (6, 25, 73). Ülkemizde İİD değerlendirmede Avşar ve ark. (2019) İBDŞA'nın geçerlilik ve gözlemciler arası doğrulama çalışmasını yapan tek bir araç bulunmaktadır (6).

İnkontinans ilişkili dermatit, hemşirelerin cilt bütünlüğünü geliştirmeye yönelik bakım sağlamasıyla uygun önlemler alındığında önlenabilir bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmektedir (51). Hemşirelerin cilt bütünlüğünü etkin bir şekilde korumak, cilt bütünlüğünün bozulması açısından yüksek risk altındaki hastaları belirlemek, İİD'yi doğru sınıflandırmak ve kanıta dayalı önleme ve tedavi stratejilerini uygulamak için yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaları önemlidir (51). İİD oluşumunda rol oynayan risk faktörleri hakkında iyi bilgiye sahip olmak ve doğru değerlendirmek, İİD'nin önlenmesi ve yönetimine yönelik kanıta dayalı hemşirelik girişimleri açısından önemlidir ve hemşirelerin cilt bütünlüğünde bozulma olasılığı yüksek olan hastaları tespit edebilmesini sağlar (6, 102). Ayrıca hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya yönelik tutum ve inançları, İİD'nin önlenmesi ve yönetiminin

uygulanması üzerinde büyük etkiye sahiptir. İİD'ye karşı olumlu tutumu olan hemşirelerin, ilgili önleyici tedbirleri uygulamaya daha yatkın olduğu belirtilmiştir (51). Alzghoul et al. (2015) hemşirelik bakımının optimum düzeyde uygulanması için hemşirelerin daha çok tutumlarını değiştirmeye ve bilgi düzeylerini artırmaya odaklanılması gerektiğini vurgulamıştır (2). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik bilgi ve tutumları, İİD ile ilgili doğru klinik uygulamalara karar vermelerini ve uygulamalarını sağlarken, hemşirelerin bilgi eksiklikleri, olumsuz tutumları ve uygunsuz uygulamaları da kanıtların uygulamaya entegrasyonunu ciddi şekilde etkilemektedir (51). Avşar ve Karadağ'ın 2016'da ülkemizde YBÜ'de yatan hastalar üzerinde hemşirelik girişimlerinin doku bütünlüğüne olan etkisini inceledikleri çalışmasında, İİD oranları kontrol grubunda %31,2; kanıta dayalı hemşirelik girişimlerinin uygulandığı müdahale grubunda ise %10,4 olarak bildirilmiştir (6). Kanıta dayalı hemşirelik bakımı, klinik sonuçları ve yaşam kalitesini iyileştirebilir. İnkontinansın yönetimi İİD'nin önlenmesi ve yönetimi açısından kritik öneme sahiptir. İİD, hemşirelik bakımının kalite göstergesi olarak kabul edilen basınç yaralanmasının gelişmesinde de temel risk faktörlerinden biridir. Yoğun bakım hemşireleri, hastalarla doğrudan ve sık temasta bulunmaları nedeniyle sağlık bakım ortamlarında İİD'nin önlenmesi ve tedavisinde ön sıralarda yer almaktadır (109). Ülkemizde YBÜ'de İİD ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır (53, 87). Yoğun bakım hemşirelerin İİD yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları ile İİD bulunan bölgeleri ve şiddetini değerlendirme düzeylerinin incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerin İİD yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları ile İİD bulunan bölgeleri ve şiddetini değerlendirme düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasına, hasta sonuçlarının iyileştirilmesine ve sağlık bakım maliyetlerinin azaltılmasına katkı sağlayacaktır.

ARAŞTIRMA SORULARI

1. Yoğun bakım hemşirelerin İİD yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve uygulama puanları nasıldır?
2. Yoğun bakım hemşirelerin İİD yönetiminde bilgi, tutum ve uygulama puanlarını etkileyen faktörler nelerdir?

3. Yoğun bakım hemşirelerin İİD bulunan bölgeleri ve şiddetini değerlendirme puanları nasıldır?

4. Yoğun bakım hemşirelerin İİD yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve uygulama puanları ile İİD bulunan bölgeleri ve şiddetini değerlendirme puanları arasında ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. DERİ

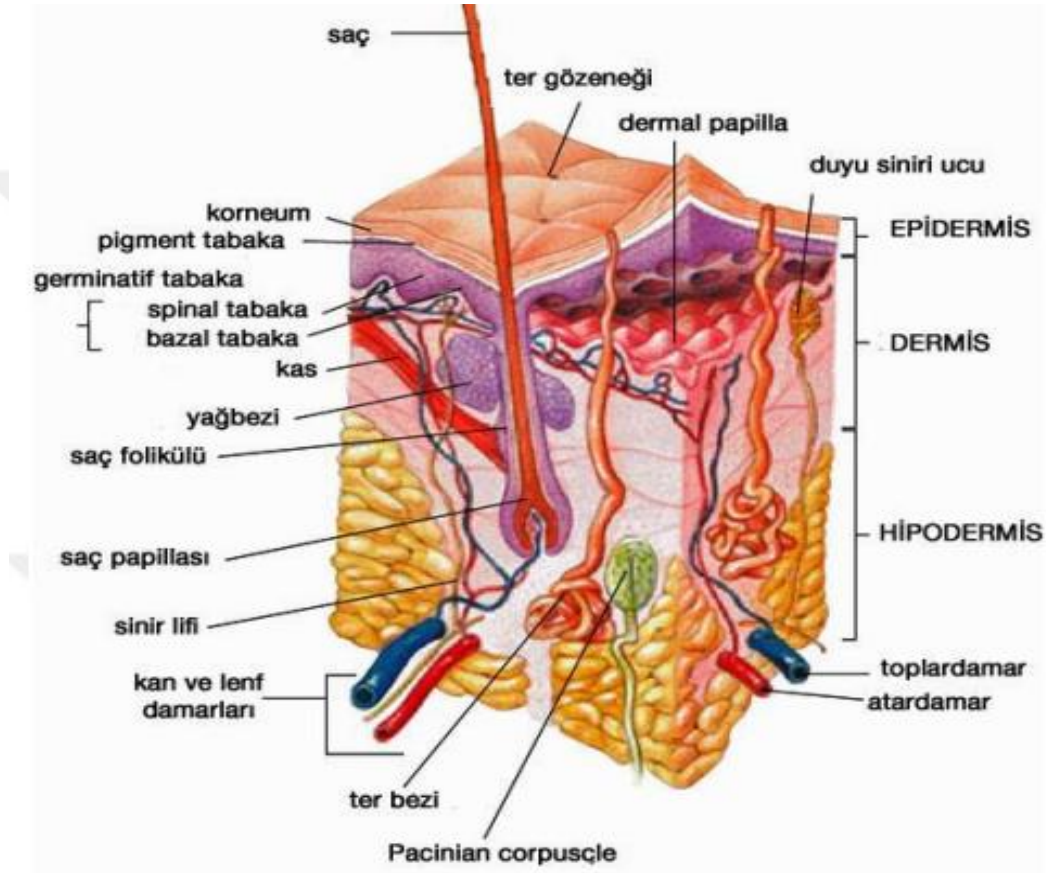
Derinin çok katmanlı yapısı 19. yüzyıldan beri bilim insanlarının ilgisini çekmektedir (70). Deri insan vücudunun en büyük organıdır ve toplam vücut ağırlığının %15'ini oluşturur (36). Sağlıklı ve bütünlüğü bozulmamış bir deri vücudu fiziksel, kimyasal ve biyolojik saldırılara karşı koruyarak birey için birinci savunma hattını oluşturur. Aynı zamanda vücuttan sıvı kaybederek kurummasının önlenmesi, vücut ısısının korunması ve düzenlenmesi de dâhil olmak üzere birçok hayati işlevi yerine getirir (98). Bunun için hemşirenin primer görevlerinden bir tanesi de deri sağlığını korumak ve aynı zamanda deri sağlığını sürdüren hemşirelik bakımlarını uygulamaktır. Deri yapısının, fonksiyonlarının anlaşılması ve normal yara iyileşme sürecinin bilinmesi, gerekli girişimlerin ve uygulamaların planlanmasında hemşireye rehberlik eder (4).

Deri anatomisi, yerine getirilmesi gereken birçok fonksiyona uygun özelliklere sahiptir. Bazı bölgelerde deri, spesifik rollere izin verecek şekilde küçük anatomik farklılıklar gösterir. Genel olarak deri stabil bir iç ortam sağlar. Derinin görevleri;

- vücudu kimyasal, antimikrobiyal, ısı ve radyasyon hasarından koruyan fiziksel immünolojik bir bariyer görevi yapar,
- sıcak havalarda terin buharlaşmasıyla ve soğuk havalarda kan damarlarının daralması ve erektör pili kaslarının kasılmasıyla vücut ısısını düzenler,
- su ve tuz (ter) atılımı ile sıvı dengesini korur ve epidermisteki keratinositlerin sıkı temasıyla vücuttan su kaybını önler,
- sıcaklık, ağrı, dokunma ve vibrasyon duyularının farkındalığını sağlar,
- dış görünüş, koku ve deri rengi açısından iletişim aracı görevi görür,
- D vitamini sentezinden ve subkutan dokuda yağ depolanmasından sorumludur (29).

Deri vücut için koruyucu bir bariyerdir. Spesifik olarak epidermisin en dış tabakası olan stratum korneum koruma sağlar. Yağ asitleri, kolesterol ve

seramidlerden oluşur. Keratinositler de fiziksel bariyerin bir parçasıdır. Keratinositler cildi mikroorganizmalara, aşınmaya, ısıya ve kimyasallara karşı korur. Ayrıca keratinositlerin gömülü olduğu lipid tabakaları suyun girişini geciktirerek ve suyun buharlaşmasını engelleyerek cildin dehidrasyonuna karşı koruma sağlar (99). Deri, üst üste yerleşmiş ve birbiriyle işlevsel olarak bağlantılı üç farklı tabakadan meydana gelir. Bu tabakalar; *epidermis* (üst deri), *dermis* (alt deri) ve *hipodermis* (subkutan yağ tabakası)dir (98).



Şekil 2.1.1. Deri Dokusunun Histolojik Yapısı ve Elemanları (107)

2.1.1. Epidermis

Epidermis, derinin en dış kısmıdır ve sürekli bir rejenerasyon halindedir. Kalınlığı bölgeye özgüdür ve göz kapaklarında 0,5 mm kalınlıktayken topukta 4,0 mm'ye kadar değişebilir (29, 82). Epidermis tabakası kan damarları içermez (77). Epidermis, keratinize tabakalı skuamöz epitel adı verilen epitelden oluşur ve dört temel hücre tipini içerir (82).

2.1.1.1. Keratinositler

Epidermis, esas olarak bazal tabakadan çoğalan, bölünen ve kornifiye tabakayı oluşturmak üzere olgunlaştıkça dışarı doğru hareket eden keratinosit adı verilen farklı şekil ve gelişim sürecindeki hücrelerin oluşturduğu tabakalardan meydana gelir. Bu işlem normal deride 45 gün sürer (36, 98). Epidermis tabakasında bulunan hücrelerin %90'dan fazlası ektodermal kaynaklı hücreler olan keratinositlerdir. Bunlar antijenler, kimyasallar ve enfeksiyon yapıcılara karşı etkili bir bariyer oluşturur. Keratinositlerin bu koruyucu etkisinin sağlamasında keratin ara filaman ağları etkindir (77).

2.1.1.2. Melanositler

Melanositler, üretmiş oldukları melanozom içeriğindeki melanin pigmentini epidermal hücrelere dağıtırlar (1). Melaninin en önemli rolü deriyi ultraviyole ışınlarından koruyarak malign tümör oluşumunu ve güneş ışığının zararlı etkilerini azaltmaktır. Melaninler ayrıca zararlı aktif enzimleri, metalleri ve ilaçları emebilir (36).

2.1.1.3. Langerhans Hücreleri

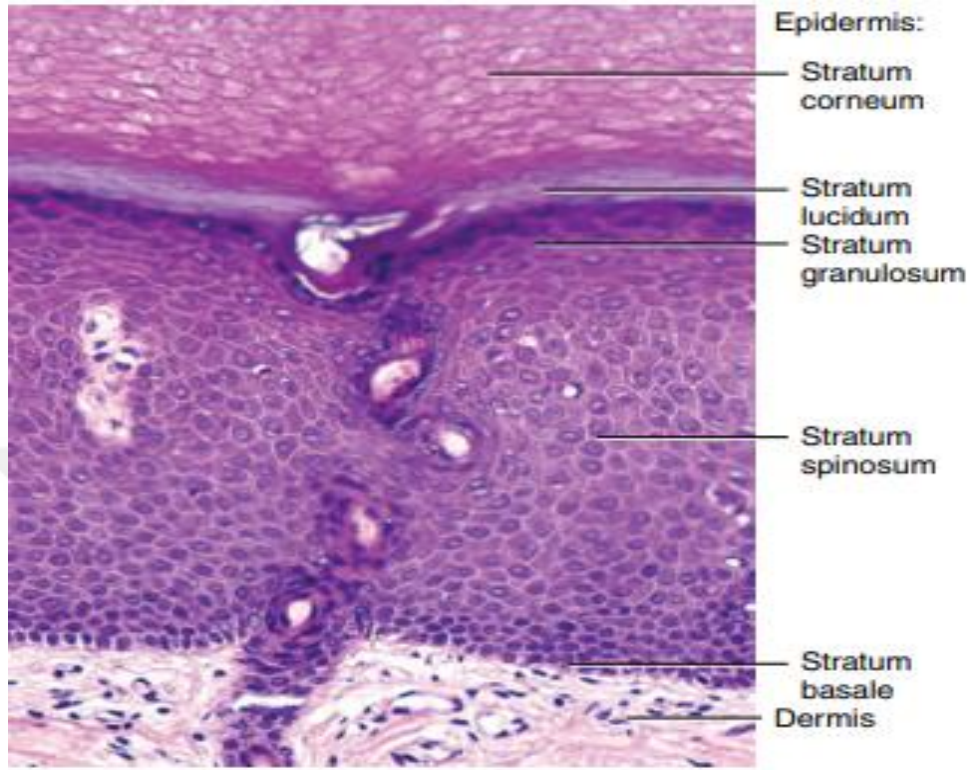
Epidermiste bulunan monosit kaynaklı hücrelerdir. İmmün cevapta, derinin aşırı duyarlılık reaksiyonlarının başlangıcında, T lenfositlere antijen sunarlar. Bu hücreler, epidermisten lenf düğümlerine göç ederek, burada majör histokompatibilite kompleksi I ve II ile B7 hücre yüzey antijenini taşıyan aktif dendritik hücrelere dönüşürler. Aktif dendritik hücreler de, T lenfositleri uyarak aktif hale getirir (77).

2.1.1.4. Merkel Hücreleri

Bunlar derideki duysal bilgileri duysal sinirlere ileten az sayıda, küçük, yuvarlak hücrelerdir (29). Stratum bazalede bulunan bu hücreler özellikle parmak uçlarında daha yoğundur (77).

Epidermis içinde keratinositler farklı olgunlaşma aşamalarından geçtiği için epidermis tabakalar halinde düzenlenmiştir (36). Epidermis kendi içinde dıştan içe

doğru stratum korneum, stratum lucidum, stratum granulozum, stratum spinozum ve stratum basale (germinativum) olmak üzere beş tabakadan oluşur (82).



Şekil 2.1.1.1. Epiderminin Tabakaları (82)

Tablo 2.1.1.1 Epiderminin Tabakaları

Stratum Korneum	Epiderminin en üst tabakası olup, keratinize hücrelerden oluşur. Vücudu zararlı çevresel maddelere karşı korur ve su kaybını kısıtlar. Suyun dışarı çıkmasına izin veren ancak içeri girmeyen ve vücudu bakterilerden koruyan su geçirmez keratine sahiptir. Yassı ölü keratinize hücrelerden oluşur. Stratum korneumun ince tabakası, altındaki hücrelerin dehidratasyonunu önler ve belli kimyasalların girişi için fiziksel bariyer oluşturur. Bariyer seçicidir; pasta, merhem ve dermal patch şeklindeki lokal ilaçların emilimine izin verir (4). Stratum korneumun %70'i protein, %15'i lipit ve %15'i sudan oluşur. Lipitler ve su cildin bariyer fonksiyonunun temel bileşenidir (79).
------------------------	---

Tablo 2.1.1.1 Epidermisin Tabakaları (Devamı)

Stratum Lucidum	Saydam bir tabakadır. Yalnızca avuç içi ve ayak tabanının kalın cildinde bulunur (95).
Stratum Granulosum	Keratohyalin sitoplazmik granüllere sahip matür keratinositleri içerir. Bu granüllerden dolayı granulosum tabakası olarak adlandırılır. Bu tabakada protein sentezi yoğundur (95). Lipitler, su bariyeri oluşturmak amacıyla bu katmanda üretilmektedir. Hücreler bir sonraki katmana geçerken çekirdeklerini ve organellerini kaybeder (29).
Stratum Spinosum	Dikensi hücre tabakası olarak bilinir. Bu tabakada keratin üreten büyük keratinositler vardır. Bu tabakadaki hücreler birbiri ile dikensi uzantılarla birleşmiştir (95).
Stratum Basale (Germinativum)	Epidermisin en içteki tabakasıdır. Mitoz bölünmenin gerçekleştiği katman ve yeni hücrelerin eski hücreleri yüzeye ittiği yer burasıdır. Dokunma duyusundan sorumlu reseptörler olan Merkel hücreleri bu katmanda bulunur. Hücresel tabaka keratin hücrelerinin sentezlendiği tabakadır (101). Stratum germinativumun önemli hatları dermis içinde aşağı doğru yönelen epidermal çıkıntılardır. Bunlar cilt yapısının elastikiyetini ve bütünlüğünü sağlar. Aynı zamanda bu tabakada, derinin rengini veren melanositler bulunmaktadır (4).

2.1.2. Dermis

Cildin en derin kısmına dermis adı verilir ve epidermisin hemen altında yer alır; ağırlıklı olarak kollajen ve elastik lifler içeren yoğun bağ dokusundan oluşur (82). Kalınlığı yaşa ve vücut bölgesine bağlı olarak 1-4 mm arasında değişmektedir. Dermis; kollajen (%90), elastik lifler (%10), ara madde (glikoproteinler ve proteoglikanlar), fibroblastlar, mast hücreleri, plazma hücreleri ve histiyositlerden oluşan hücresel bileşenlerden oluşur (29). Dermis iki bölümden oluşur (97).

Epidermisin hemen altındaki yüzeyel yerleşimli *papiller dermis*, bünyesindeki çok sayıdaki damar aracılığı ile epidermisteki bazal tabaka hücrelerine

gerekli besin ve enerjiyi sağlar. Dermisin derin kısmına *retiküler dermis* denir ve dermisin esas kütlesini oluşturur. Damarsal yapılar daha azdır ve büyük oranda deriye sağlamlık ve direnç veren her türlü gerilme, bükülme ve çekilme karşısında esnekliğin korunmasını sağlayan lif yapıları içerir. Dermis hücreleri tarafından üretilen bu lif yapıları üst deriye tutunarak deriyi sağlamlaştıran iplik örgüleri olan kollajen liflerinden (%70-80'ini oluşturur) ve deriye esnekliğini sağlayan ince elastin liflerinden meydana gelir. Bu yapısı nedeniyle deriye, sağlamlık ve diriliğini veren dermistir (98).

Dermis içerdiği damarsal yapıların dış ortam ısisına göre özelleşmiş duyu sensörleriyle kan akımının hızını ve hacmini, ter bezleri sayesinde de deri yüzeyi sıcaklığını terleme aracılığı ile değiştirerek vücut sıcaklığının kontrolünü sağlar. Yani termoregülasyon işlevini böyle yerine getirir. Ayrıca içerdiği zengin sinir ucu örgüsü ve özelleşmiş duyu algılama sensörleri aracılığı ile dokunma, sıcak, soğuk, ağrı, kaşınma, mekanik uyarılma, basınç, titreşim, ıslaklık ve kuruluk gibi duyuların hissedilmesini büyük oranda dermis sağlar (98).

2.1.3. Hipodermis

Dermisin altına serili olan ve büyük oranda kollajen içeren lifsi yapılarla bölmelere ayrılmış yağ dokusundan meydana gelir. Bu lifsi yapılarda kan damarları, sinirler ve lenfatik damarlar da bulunur. Yağ dokusunu ise içeriğinde yoğun yağ birikimleri barındıran iğ şeklindeki yağ hücreleri oluşturur. Deri altının kalınlığı vücut bölgelerine, yaşa ve cinsiyete göre büyük farklılıklar gösterir. El ayak sırtı, alın gibi kemik çıkıntılar üzerinde ince iken, kalça ve uyluklarda oldukça kalındır. Böylece kişiye özgü vücut biçimini de belirleyen büyük oranda deri altıdır (98). Dermise giden kan damarlarını, lenfatikleri ve nöronları içerir (29). Subkutan yağ dokusunun çok önemli ısı izolasyonu görevi yanında, besin deposu görevi de bulunmaktadır (97). Ayrıca şok emici rolü ile deriye olan darbelerin şiddetini azaltır (98).

2.2. İNKONTİNANS

İnkontinans kişinin istemli bir şekilde idrar/gaita yapabilme durumunu kontrol edememesidir (60, 75). Üriner ve fekal inkontinans olmak üzere iki türdür.

2.2.1. Üriner İnkontinans

Üriner inkontinans, Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society - ICS) tarafından; “sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan ve hastanın hayat kalitesini etkileyen, istemsiz idrar kaçırma” olarak tanımlanmıştır (34).

Dünya çapında 200 milyonun üzerinde ciddi üriner inkontinans sorunu yaşayan ve çok daha fazlasında hafif mesane sorunları olan insan bulunmaktadır. Birleşik krallıkta 40 yaşın üzerindeki 10000’den fazla yetişkinin katılımıyla yürütülen bir çalışmada, kadınların %20’sinden fazlasında ve erkeklerin de yaklaşık %15’inde üriner inkontinans sorunu olduğu bulunmuştur (37). Ülkemizde Nazım ve Pakyüz (2019) tarafından dâhiliye kliniklerinde 321 hasta ile yürütülen çalışmada hastaların %34,3’ünde üriner inkontinans geliştiği bildirilmiştir (72).

Erkeklerde üriner inkontinans, prostat büyümesi veya prostat kanseri ameliyatı veya radyoterapi sırasında üriner inkontinans mekanizmalarının hasar görmesinin bir sonucu olarak görülmektedir. Kadınlarda ise üriner inkontinans tipik olarak mesane veya pelvik taban kaslarının işlev bozukluğuyla ilişkilidir; bu tür işlev bozuklukları sıklıkla hamilelik, doğum veya menopoz sırasında ortaya çıkar (3).

Normal idrar sterildir ve tahriş etme gücü düşüktür, ancak zamanla cilt pH’ını arttırır ve cilt alkali hale gelir. Bununla birlikte, yüksek miktarda bakteri ve/veya diğer mikroorganizmalar içeren idrar, ürenin amonyağa dönüşmesiyle birlikte pH artışları nedeniyle cildi tahriş eder (85).

2.2.2. Fekal İnkontinans

Fekal inkontinans, “anal sfinkter mekanizmasının kontrol yeteneğinin azalması veya kaybı sonucunda dışkı ya da gaz eliminasyonunu kontrol edememe” olarak tanımlanmaktadır (17). Dışkının devamlılığı, rektum ve anüs içindeki ve

çevresindeki yetkin kaslara ve sinirlere bağlıdır; dolayısıyla fekal inkontinans bu kas ve sinirlerin fonksiyonel veya yapısal bozukluğuyla ortaya çıkar. Bağırsak fonksiyonunun kontrolünü sağlayan dört faktör vardır ve bunlardan herhangi birinin bozulması fekal inkontinansa neden olabilir. Bu dört faktör rektal duyu, rektal depolama kapasitesi, sfinkter basıncı ve bireyin bağırsak alışkanlıklarıdır. Anal sfinkterin fonksiyonun bozulması, fekal inkontinansın en yaygın nedenidir. Fekal inkontinans aslında kendi başına ayrı bir tanı olmaktan ziyade başka bir hastalık veya durumun belirtisi veya semptomu olabilmektedir (62).

Tüm yaş grubundaki bireylerde, nörojenik disfonksiyon, travma/ yaralanmalar, serebrovasküler olaylar gibi nedenlerle fekal inkontinans meydana gelebilmektedir (17). Fekal inkontinansın görülme sıklığı konusunda kesin bir veri bulunmamakla birlikte farklı ülkelerde yapılan prevalans çalışmalarında, toplum içinde fekal inkontinans %1,4–12,7 arasında iken bu oran, geriatri kliniklerinde yaklaşık %50 olarak bildirilmiştir (106). Huzurevinde kalanların dörtte birinden fazlasını etkileyen, önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir (46). Fekal inkontinans YBÜ’de %17-68 arasında görülmektedir (31). Fekal inkontinansın kesin nedeni bilinmemekle beraber anorektal cerrahi, nörolojik hastalıklar, enfekte kolon hastalıkları, rektal kanserler, diyabet, ileri yaş, enteral beslenme, kullanılan bazı ilaçlar vd. gibi nedenler hastalarda fekal inkontinans gelişmesine neden olabilir (31).

Çeşitli çalışmalar fekal inkontinansın sıvı veya gevşek dışkı şeklinde olmasının cilt üzerindeki zararlı etkisini göstermiştir. Dışkının zararlı etkisi, yüksek su içeriğine, dışkı enzimlerinin varlığına, mikroorganizmalara ve alkali pH'a (bağırsak enzimatik aktivitesinin aktive edilmesi için gereklidir) atfedilebilir. Sıvı dışkı maddesi ile cilt arasındaki kısa süreli temas bile, eritem ve artan transepidermal su kaybının gösterdiği hasara neden olabilir ve epidermisi diğer tahriş edici maddelere karşı daha savunmasız hale getirir. Sıvı dışkı olan inkontinansın İİD başlangıcında önemli bir rol oynadığını belirtilmiştir (85). Perianal deri yaralanması, fekal inkontinansın başlamasında sonra, özellikle de diyare şeklinde görüldüğünde deri temasının birkaç dakikası içinde oluşabilir (35).

Fekal inkontinansın sonuçları çok yönlüdür ve sosyal izolasyondan kişisel sağlığın azalmasına kadar uzanır. Ayrıca genel olarak fekal inkontinansın sıklığından

veya miktarından bağımsız olarak yaşam kalitesi üzerinde etkisi vardır. Yoğun bakım hastalarında sıvı-elektrolit kaybına, hijyen gereksiniminde artışa, basınç yaralanmasının oluşmasına, enfeksiyonların gelişmesine ve cerrahi yaraların kontaminasyonuna, hemşirelerin iş yükünde artışa, hastanede kalış süresinin uzamasına, çeşitli laboratuvar testlerinin kullanımı ve koruyucu ürünlerin kullanımının gerekliliğinden dolayı ekonomik yük oluşmasına neden olmaktadır (31, 46). Aynı zamanda dışkı çok fazla farklı mikroorganizma içerdiğinden, İİD varlığında enfeksiyon potansiyeli çok önemlidir (62).

2.3. İNKONTİNANS İLİŞKİLİ DERMATİT

İnkontinans ilişkili dermatit; idrar, dışkı veya her ikisiyle temasın kronik veya tekrarlanan maruziyet nedeniyle perineal derinin tahriş olmasıyla gelişen bir tür kontakt dermatit olarak tanımlanmaktadır (16, 71). İİD ayrıca ‘perineal dermatit’, ‘bebek bezi döküntüsü’ ve diğer birçok isimle de bilinir (9). İİD neme bağlı cilt hasarının çeşitli klinik belirtisinden biri olarak kabul edilmektedir (15). İİD terimi, idrar ve/veya dışkı ile doğrudan temastan kaynaklanan inkontinans nedeniyle ortaya çıkan cilt problemlerini diğer durumlardan ayırdığı ve bu durumun perine bölgesini ve her yaştaki insanı etkileyebileceğini kabul ettiği için tercih edilmektedir (9). DSÖ’nün (2010) Uluslararası Hastalık Sınıflandırması şu anda bebek bezi dermatiti için bir kodlama listelemektedir, ancak İİD’yi ayrı bir durum olarak kodlamamaktadır. Kullanılan terimlerin çokluğu, araştırma ve raporlamada tutarsız terminoloji yaratmaktadır. Bu durum, İİD tanısı için kullanılacak net bir tanımın ve klinik kriterlerin mevcut olmayışı ile birleşmektedir ve literatürde bildirilen İİD oranlarındaki büyük farklılıkların ana nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (79).

İnkontinans ilişkili dermatit sıklıkla ciltte kızarıklık, döküntü veya vezikülasyon, epidermal erozyon ve derinin yumuşamış görünümü, eritem, ödem, pullanma gibi nesnel belirtilerle ortaya çıkabildiği gibi etkilenen bölgede rahatsızlık, ağrı, yanma, kaşıntı veya karıncalanma gibi bazı subjektif belirtilerle de ortaya çıkabilir (8, 62). İİD açık tenli bireylerde başlangıçta pembeden kırmızıya kadar değişen eritem olarak ortaya çıkar (9). Koyu ten rengine sahip bireylerde iltihap

genellikle çevredeki deriden farklı bir renkte görünür; muhtemelen beyazımsı, koyu kırmızı/mor ve hatta sarı olabilir (62). Etkilenen alanın kenarları genellikle iyi tanımlanmamıştır ve geniş alanlar üzerinde parçalı veya sürekli bir görünüme sahip olabilir (9).

İnkontinans ilişkili dermatit perine, kalça, kasık ve uylukta sınırları belirsiz olacak şekilde ortaya çıkar (16). Bu yüzden İİD oldukça rahatsız edici bir durumdur ve tedavisi zor, zaman alıcı ve pahalı olabilir (9). İİD'nin doğru nedenini belirlemek ve diğer cilt rahatsızlıklarından ayırt etmek, önleme ve tedaviyi yönlendirmek açısından zorunludur (69). İİD dünya çapında önemli bir sağlık sorununu temsil eder ve basınç yaralanması gelişimi için iyi bilinen bir risk faktörüdür (9). İİD gibi dünya çapındaki bir sağlık sorununa çözüm bulmak için sorunun boyutunun belirlenmesi gerekir. Ne yazık ki, İİD bir sağlık durumu olarak eksik rapor edilmektedir (69).

2.3.1. İnkontinans İlişkili Dermatit Riski Olan Hastaların Belirlenmesi

Üriner ve fekal inkontinansın varlığı, İİD için ana risk faktörüdür (91). İİD'nin yaygınlığı, inkontinans ile paralellik göstermektedir (6). Ancak, mekanik ventilasyon, enteral beslenme, immobilizasyon ve kullanılan ilaçlar (örn. sedatifler, opioidler, antibiyotikler) YBÜ'deki hastaları İİD gelişmesi açısından yüksek risk oluşturmaktadır (51).

İnkontinans ilişkili dermatit ile ilişkili diğer risk faktörleri arasında yaşlanmaya veya steroid kullanımına bağlı olarak cildin bariyer fonksiyonunun bozulması, ağrı, ciltte yetersiz oksijenlenme, ateş ve immobilité yer almaktadır (62). Katkıda bulunan diğer faktörler arasında hastalığın ciddiyeti ve komorbid durumların yanı sıra cilt hasarı ihtimalinde belirgin bir artışla ilişkili olan düşük serum albümini yer almaktadır (18). Tülü ve Cura'nın (2024) ülkemizde YBÜ'de birlikte yürüttüğü çalışma sonucuna göre cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık, düzenli ilaç kullanımı, beslenme türü ve düzeyi, dışkılama özellikleri ve sayısı, üriner ve fekal inkontinans varlığı, immobilizasyon, pozisyon değiştirme sıklığı, nem ve terleme gibi faktörler İİD gelişmesinde etkili olmuştur (96).

Risk altındaki kişilerin belirlenmesi ve önleyici bakımın uygulanması İİD’de anahtardır. Risk faktörlerini göz önünde bulundururken nedensel ve dolaylı faktörlerin dikkate alınması önemlidir (Tablo 2.3.1.1). İİD tanısının konulabilmesi için bu risk faktörlerinden birinin mevcut olması gerekir (38).

Tablo 2.3.1.1 İnkontinans İlişkili Dermatit İçin Nedensel ve Dolaylı Risk Faktörleri (38)

Nedensel Risk Faktörleri	İnkontinansın tipi
	• Üriner/ fekal inkontinans veya her ikisi • Katı veya sıvı dışkı
Dolaylı Risk Faktörleri	• Hasta bezi • Maruz kalma süresi • Sıklığı ve hacmi • İdrar veya dışkıda bazı yiyecekler/ilaçlar • Mekanik kuvvet • Zayıf cilt durumu • Yıkama türü ve sıklığı • Kullanılan ürünler • Hareket kabiliyetinin kısıtlanması • Diyabet • İleri yaş • Psikososyal faktörler • Bilişsel farkındalığın azalması • Yetersiz kişisel hijyen • İlaçlar • Yetersiz beslenme • Sigara içmek • Kritik hastalık • Ateş • Düşük oksijen saturasyonu

2.3.2. İnkontinans İlişkili Dermatit Prevelansı

İnkontinans ilişkili dermatitin sağlık bakım ortamlarında yaygın bir sorun olmasına rağmen, İİD’nin görülme sıklığı ve yaygınlığı üzerine sınırlı araştırma

yapılmıştır (87). Bildirilen İİD prevalansı %4,3 ile %42 arasında değişmektedir ve rapor edilen insidans oranları %3,4 ile %50 arasında değişmektedir (85). Prevalans ve insidanstaki bu geniş aralıklar, İİD'nin tanınmamasına, İİD'yi basınç yaralanmasından ayırmanın zorluğuna, uluslararası geçerlilik ve kabul görmüş bir tanı yönteminin bulunmamasına bağlanabilir (87). Üriner inkontinans yaygınlık oranları uzun süreli bakımda %7,7 ile %78,6 ve akut bakım ortamlarında %22 ile %46 arasında değişmektedir; fekal inkontinans %7 ile %42 arasında, çift inkontinans ise %20 ile %78 arasında değişmektedir (62). Bliss et al. (2006) uzun süreli bakım tesislerinde kalan 59558 sakinden oluşan çalışmada inkontinans prevalansını %59,8 olarak bildirmiştir. İnkontinansı olan hastaların %7,7'sinde yalnızca üriner inkontinans, %12,4'ünde yalnızca fekal inkontinans, %39,7'sinde ise çift inkontinans olduğunu belirtmiştir (19). İİD tüm sağlık bakım ortamlarında görülür; ancak yaygınlık ortamlar arasında değişmektedir. Son epidemiyolojik çalışmalarda İİD prevalansı akut bakım merkezlerinde %0,70 ile %7,6 rehabilitasyon merkezleri veya bakımevlerinde %4,5 ile %8,4 ve bakım evlerinde %3,1 ile %30 arasında değişmektedir. YBÜ'de bu oran %5-50'ye kadar artmaktadır (51).

Yoğun bakım ünitesi gelişmiş hasta bakım ekipmanlarıyla donatılmıştır ve kritik hastaların uzun süreli gözlemi, tedavisi ve hemşirelik bakımı için tasarlanmıştır. Cilt yalnızca kalitenin çok hassas bir göstergesi değildir, aynı zamanda hastanın güvenliğiyle de yakından ilişkilidir. Bu yüzden hemşire hastanın cilt bakımına dikkat göstermelidir. Son birkaç yılda basınç yaralanmasının önlenmesi ve tedavisine daha fazla önem verilmiştir. Ancak araştırmalar, YBÜ'deki hastaların İİD açısından yüksek risk altında olduğunu giderek daha fazla göstermektedir (102). Yoğun bakım hastalarında bildirilen İİD insidans oranları %20,4 ile %36 arasında değişmektedir (20, 24). Kaymak Köse'nin (2022) ülkemizde yoğun bakım hastalarında İİD gelişimini incelediği çalışmada hastaların %8,6'sında İİD geliştiğini bildirmiştir (53). Brisbane'de yetişkin YBÜ'de yürütülen bir çalışma sonucuna göre yoğun bakım hastalarında İİD'nin prevalansı yaklaşık olarak %7 ile %50 arasında iken, YBÜ'de ve diyaresi olan hastaların %50'sinde İİD görüldüğü bildirilmiştir (81).

2.3.3. İnkontinans İlişkili Dermatitin Fizyopatolojisi

İnkontinans ilişkili dermatit epidemiyolojisi hakkındaki verilerin azlığı göz önüne alındığında, etiyolojisi ve patofizyolojisi hakkında nispeten az şey bilinmektedir (18). İİD'nin patofizyolojisi cildin nem bariyeri fonksiyonunun anlaşılmasına dayanmaktadır. Her türlü neme (su, salin veya idrar) uzun süre maruz kalmak tahriş edici etki yaparak inflamasyonu ve ardından cilt hasarını tetiklemesi ile kontakt dermatite neden olabilir (8, 18).

Deri veya deri sistemi vücut kütlelerinin %10'unu oluşturan ve yaklaşık iki m² bir alanı kaplayan en büyük organ olup epidermis, dermis, hipodermis veya hipodermal yağ tabakasından oluşur (79). Derinin ve özellikle epidermisin ana işlevi soğuğa, ısıya, ultraviyole radyasyona, basınca, sürtünmeye, kimyasal maddelere, mikroorganizmaların istilasına vb. karşı korumadır. Cildin bariyer fonksiyonu, dış tetikleyici faktörlerden ve predispozan faktörlerden etkilenir (15).

2.3.3.1. Dış tetikleyici faktörler

Sağlıklı ve sağlam cilt, hafif asidik olan ve asit manto olarak adlandırılan 4-6 pH aralığına sahiptir (79). İİD hastalarında dış tetikleyici faktörler idrar ve dışkıyla temas, sürtünme gibi mekanik faktörler ve ikincil enfeksiyondur. Neme uzun süreli maruz kalma, özellikle pH'deki değişiklikler ve amonyak ve/veya dışkı varlığıyla birleştiğinde, derinin maserasyonuna ve derinin geçirgenliğinin artmasına, yaralanmaya karşı duyarlılığın artmasına ve mikroorganizma kolonizasyonunun artmasına neden olur (15).

İnkontinans ilişkili dermatit gelişmesinde, inkontinanstaki kimyasal irritanlar (sindirim sistemindeki bağırsak enzimleri proteaz ve lipaz gibi), idrarda bulunan üre, cilt yüzeyi pH'ındaki değişiklikler, ilişkili mikroorganizmalar (*Candida Albicans* vd.), cilt temizleme ürünlerine tekrar tekrar maruz kalmanın neden olduğu fiziksel travma, inkontinans pedleri ve sürtünme gibi mekanik faktörler etkilidir (28).

İdrar esas olarak sudan (>%95) oluşur. Fakat aynı zamanda değişken bir üre, sodyum, potasyum, klorür, kreatinin karışımı ve eser miktarda diğer metabolitleri de içerir (43). Bileşimi oldukça değişkendir ve etnik köken, diyet, sıvı alımı, çevresel

koşullar, günün saati ve ilaç metabolitlerinin atılımından etkilenir. Biyolojik idrarın pH'si 4,8 ila 8,0 arasındadır. İdrar maruziyetini takiben cilt bariyerinin bozulmasının altında yatan mekanizmaları epidermisin aşırı hidrasyonu, korneositlerin şişmesi ve derinin maserasyonunun kutanöz hasara katkıda bulunmasıdır (59). Cildin uzun süreler boyunca su ve idrara maruz kalması ile stratum korneumun hücrelerarası lipitleri büyük ölçüde bozulmaktadır. Hücreler arası alanda ve bireysel korneositlerde sıvı birikimi oluşmaktadır. Korneositlerde sıkışıp kalan çözünen maddelerle birlikte bu sıvı birikimi, ozmotik bir çekim yaratır ve tekrarlanan maruz kalmayla daha da kötüleşen ilk hasara yol açmaktadır. Üreaz enziminin reaksiyonuyla idrardaki üreyi amonyağa dönüştüren, böylece pH'si alkali seviyelerine yükselten ve cilt yüzeyinin koruyucu asit örtüsünü bozan dışkı bakterileri de cilt hasarını daha da kötüleştirebilir. Bu alkalın ortam, β glukoserebrosidaz gibi lipit işleyen enzimlerin üretimi yoluyla cilt bariyer fonksiyonunu daha da bozmaktadır (58).

Üriner inkontinans durumunda nem kaynağındaki ana kimyasal tahriş edici madde amonyaktır. Hiperhidrasyon cilt yüzeyinin pH'ını değiştirmiyor gibi görünse de üreaz üreyi amonyuma dönüştürür. Amonyanın önceden düşünüldüğü gibi toksik bir etkisi yoktur, ancak amonyak pH'ın asitten nötr ve hatta alkalın seviyelere geçmesine neden olur. Bu daha alkali pH, cildin asit örtüsünü bozar; stratum korneum yapışmasının azalmasına ve cilt bariyeri fonksiyonunun bozulmasına yol açar; florayı değiştirir (daha fazla patojene neden olur); ve dışkı enzimlerini (proteazlar ve lipazlar) aktive eder. Etkinleştirilen bu enzimler, epidermisteki, özellikle de stratum korneumdaki proteinleri ve yağları parçalayabilir. Nemle uzun süreli temas aynı zamanda giysiler, üriner inkontinans pedleri veya yatak çarşafı ile temastan kaynaklanan sürtünmeden kaynaklanan yaralanma olasılığını da artırır. Ayrıca aşırı mekanik etki (örneğin dışkıyı temizlemek için şiddetli sürtünme) klinik tabloyu ağırlaştırabilir (15).

Dışkının yaklaşık %75'i su, protein, sindirilmemiş yağlar ve gıda kalıntıları, polisakkaritler ve bakterilerden oluşur. İdrarda olduğu gibi bileşimi, lif ve protein alımı da dâhil olmak üzere nem içeriğine ve diyetle bağlı olarak büyük ölçüde değişir. Dışkı pH aralığı 5,0 ile 8,0 arasında değişir. Klinik deneyim, lipolitik (lipit sindirici) ve proteolitik (protein sindirici) enzimlerin daha yüksek bileşimi ve alkali pH

nedeniyle sıvı dışkının, kıvamlı dışkıdan daha zararlı olduğunu göstermektedir. Çeşitli çalışmalar dışkı enzimlerinin alkali ortamda oldukça aktif olduğunu göstermiştir. Buna karşılık, oluşan dışkı, sindirim enzimlerini aktive etmeyen daha nötr bir pH'ye sahip olma eğilimindedir. Klinik deneyimler idrar ve fekal inkontinansa birlikte maruz kalmanın, tek başına idrar veya fekal inkontinansa maruz kalan hastalara göre daha ciddi cilt hasarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (58).

Dışkı, hem proteolitik hem de lipolitik sindirim enzimlerini, özellikle proteaz ve lipazı içerir; bunlar alkalın pH'ye sahiptir ve normalde dışkı sindirim kanalından geçerken etkisiz hale gelir. Ancak bazı durumlarda, cildin pH'si yükseldiğinde sindirim enzimleri yeniden aktive olabilir ve ciltte daha fazla tahrişe neden olabilir (62).

2.3.3.2. Predispozan Faktörler

Her yaş grubunda inkontinansı olan kişilerde neme maruz kalma mevcut olmasına rağmen, bu maruziyete bağlı dermatit özellikle çok genç hastalarda (yenidoğanlarda) ve inkontinansı olan yaşlı hastalarda görülür çünkü bu hastaların derisi cilt bozulmasına daha duyarlıdır (15).

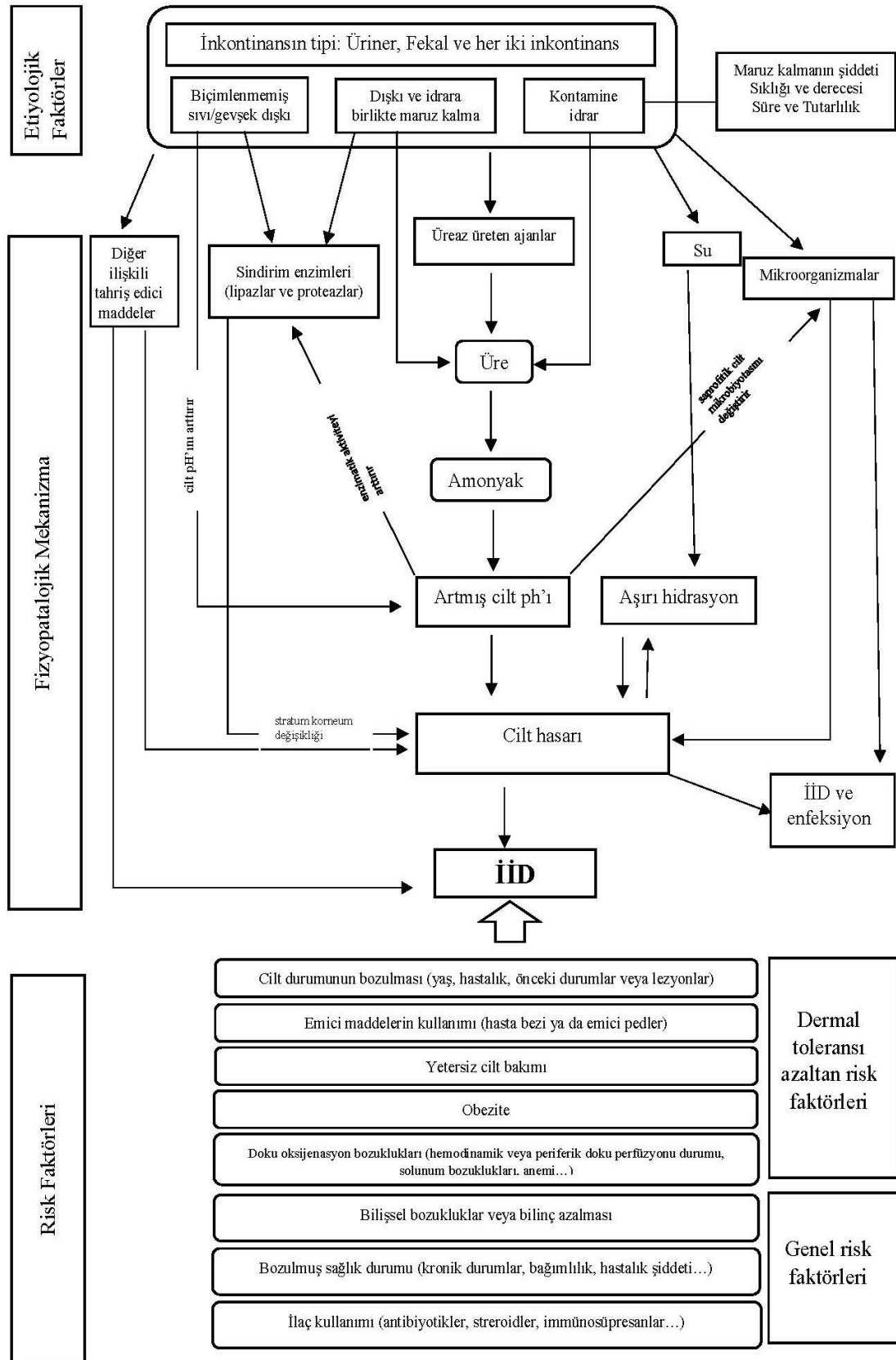
Yaşlanma süreci ciltte hücre yenilenmesinde azalma (bu da dermisin daha ince olmasına ve yara iyileşme sürecinin kusurlu ve gecikmiş olmasına neden olur), bariyer fonksiyonunda ve mekanik korumada bozulma, yara iyileşmesinde gecikme, ter ve sebum üretiminde azalma ve doğal nemlendirici faktörler ve lipid içeriğinde azalmaya neden olur. Bu yüzden özellikle yaşlı hastalar İİD'den etkilenir (8).

Dermo-epidermal bağlantının düzleşmesi ve elastin liflerinin sayısı ve kalınlığındaki azalma nedeniyle mekanik fonksiyon tehlikeye girer, bu da elastikiyetin azalmasına neden olur. Ek olarak, sebum ve ter üretiminin azalması ve stratum korneumdaki doğal nemlendirici faktörlerin ve lipidlerin içeriğinin azalması, cildin kurummasına, transepidermal su kaybının artmasına ve bariyer fonksiyonunun bozulmasına neden olur. Bu hasta grubunda, gecikmiş bağışıklık tepkileri, kronik hastalıklar (örn. diyabet) ve uzun süreli ilaç alımı (örn. kortikoidler) gibi İİD gelişimine katkıda bulunan yaşa bağlı diğer faktörler de mevcuttur (15).

Aşırı nemlendirilmiş cilt tahriş edici maddelere karşı daha geçirgen, bozulma riski daha yüksek ve bakteri büyümesine ve mantar istilasına karşı daha savunmasızdır (69). Ayrıca hem üriner inkontinans hem de fekal inkontinans bir arada olduğunda sonuç daha yüksek bir pH olur. Üriner inkontinans durumunda idrarın içeriği cildi aşırı nemlendirir ve idrarın parçalanmasında mevcut olan üre ve amonyak, dışkı ürası ile daha da kötüleşen alkali pH'a yol açar. Bunlar birleşerek asit örtüsünü değiştirir ve mikroorganizma istilasına karşı cilt kapısını açar. İki veya daha fazla gün suya uzun süre maruz kalındığında cilt bariyer fonksiyonu tehlikeye girerken, idrar veya dışkı çok daha kısa sürede cilde zarar verir (62).



Tablo 2.3.3.1 İnkontinans İlişkili Dermatitin Kavramsal Çerçevesi (85)



2.3.4. İnkontinans İlişkili Dermatitin Görünümü ve Etkilenen Bölgeler

İnkontinans ilişkili dermatitin ana klinik belirtisi ciltte kızarıklık (eritem) görülmesidir (43). İİD, kalıcı pigment değişikliği, ödem, maserasyon, veziküller veya büller ve buna bağlı hasta rahatsızlığı dâhil olmak üzere belirgin kutanöz değişikliklerle karakterizedir (16).

İnkontinans ilişkili dermatit, cilt rengine ve ten rengine bağlı olarak değişen görünümlere sahip olabilir (16). Açık tenli bireylerde, başlangıçta pembeden kırmızıya kadar değişebilen eritem olarak ortaya çıkarken koyu tenli bireylerde etkilenen bölgede hiperpigmentasyon, hipopigmentasyon veya mor renk değişikliği görülebilir (9,16).

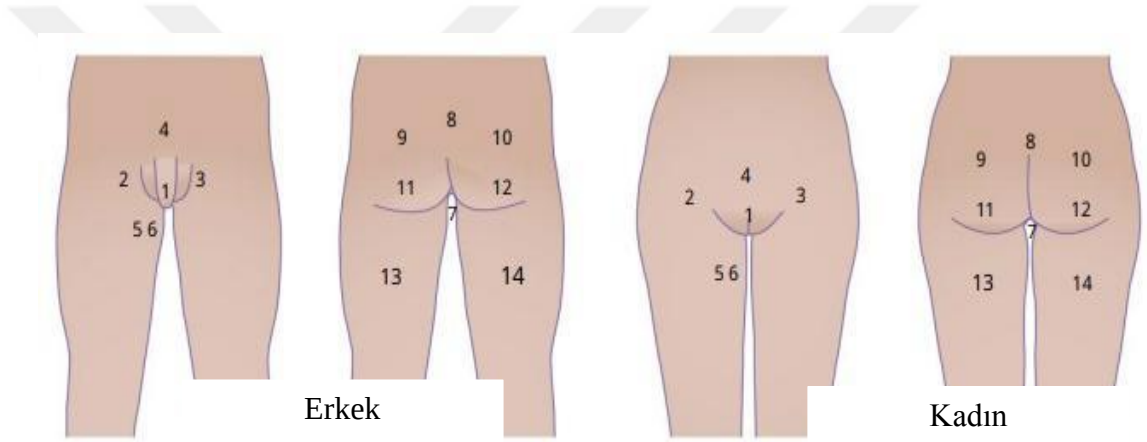
Lezyonlar düzensiz şekilli, dağınık kenarlı, berrak seröz eksuda nedeniyle parlaktır ve nekroz olmadan aşınma gösterebilir (16). Etkilenen alanın kenarları genellikle iyi tanımlanmamıştır ve geniş alanlar üzerinde parçalı veya sürekli olabilir. Altta yatan enfeksiyon nedeniyle, İİD'nin cildin sağlam olduğu alanları, çevredeki etkilenmemiş cilde göre daha sıcak hissedilebilir. Veziküller veya büller, papüller veya püstüller gibi lezyonlar gözlemlenebilir. Epidermis değişen derinliklerde hasar görebilir; bazı durumlarda epiderminin tamamı aşınarak nemli, enfeksiyonlu dermisi açığa çıkarabilir (9).

İnkontinans ilişkili dermatit mevcut olan hastalar sıklıkla kaşıntı, yanıcı ağrı ve rahatsızlık hissederler ve kutanöz enfeksiyonlara karşı artan duyarlılık gösterirler (16). İnkontinans ilişkili dermatit mevcut olan hastalar ikincil cilt enfeksiyonlarına duyarlıdır; İİD ile ilişkili en yaygın mikroorganizmalar gastrointestinal sistemden *Candida albicans*, *Escherichia coli* ve *Clostridium difficile*, perineal deriden *Pseudomonas aeruginosa* ve *Staphylococcus aureus* yer alır (13).

Tipik olarak merkezi bir bölgeden yayılan parlak kırmızı bir döküntü olarak görünür. Döküntünün kenarlarında normal deriye uzanan satellit lezyonlar (yani noktasal papüller veya püstüller) görülür. Koyu cilt tonlarında veya uzun süredir devam eden enfeksiyonda kandidiyazisin merkezi bölgesi koyulaşabilir. Mantar döküntüleri aynı zamanda spesifik olmayan birleşik papüller şeklinde de ortaya

çıkabilir; bunların klinik olarak teşhis edilmesi zor olabilir ve tedaviyi yönlendirmek için mikrobiyolojik kültürlerin alınması gerekir (9).

İnkontinans ilişkili dermatitte etkilenen derinin dağılımı değişkendir ve cildin idrar ve/veya dışkıyla temasının boyutuna bağlı olarak perinenin çok ötesine uzanabilir. Üriner inkontinanstaki İİD, kadınlarda labia major kıvrımlarını, erkeklerde skrotumu ve kasık kıvrımlarını etkileme eğilimindedir. Ayrıca alt karın bölgesi ile uylukların ön ve iç kısımlarına da uzanabilir. Fekal inkontinansla ilişkili İİD perianal bölgeden kaynaklanır. Çoğunlukla gluteal kıvrımı ve kalçaları içerir ve sakrokoksigeal alan üzerinden yukarıya ve uylukların arka kısmına doğru geriye ve aşağıya doğru uzanabilir (9).



- | | | |
|--|-------------------------------|--------------------|
| 1. Cinsel organ (labia/skrotum) | 4. Alt karın/suprapubik | 9. Sol üst kalça |
| 2. Cinsel organ ile uyluk arasındaki sağ kasık kıvrımı | 5. Sağ iç uyluk | 10. Sağ üst kalça |
| 3. Cinsel organ ile uyluk arasındaki sol kasık kıvrımı | 6. Sol iç uyluk | 11. Sol alt kalça |
| | 7. Perianal deri | 12. Sağ alt kalça |
| | 8. Kalçalar arasındaki kıvrım | 13. Sol arka uyluk |
| | | 14. Sağ arka uyluk |

Şekil 2.3.4.1 İnkontinans İlişkili Dermatitten Etkilenebilecek Cilt Bölgeleri (9)

İdrar ve/veya dışkıyla temasın derecesine bağlı olarak İİD, yalnızca perine cildini değil, derinin geniş bölgelerini etkileyebilir (9). Ayrıca, İİD'nin gelişimi aşırı bakım yüküne, bağımsızlık kaybına, aktivitelerde ve/veya uykuda bozulmaya, yaşam

kalitesinde azalmaya, kirlenme sıklığı ve miktarıyla birlikte kötüleşmeye neden olabilir (9).

2.3.5. İnkontinans İlişkili Dermatitin Değerlendirilmesi ve Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

Değerlendirme, uygun bakımın sağlanabilmesi için önemli bir ilk adımdır (69). İİD'nin değerlendirilmesi perineal ve perigenital derinin klinik gözlemi ve görsel muayenesine dayanır (8). Klinik gözlem ve görsel muayene, klinisyenin, İİD'yi hafif ila orta şiddette olan ayakta tedavi gören hastaları veya sıklıkla daha ciddi vakalarla başvuran akut hastalığı olan yatan hastaları muayene etmesi durumunda kullanılır (18).

Üriner ve/veya fekal inkontinansı olan tüm hastaların ciltleri, İİD belirtilerini kontrol etmek için düzenli olarak değerlendirilmelidir. Bu, günde en az bir kez olmalıdır ancak inkontinans ataklarının sayısına bağlı olarak daha sık da olabilir. Deri kıvrımlarına veya kir ve/veya nemin sıkışabileceği uyluklar, kalça, bel, perine, perigenital bölgelere özel dikkat gösterilmelidir. Çok yüksek İİD riski taşıyan inkontinansı mevcut olan hastalar; diyaresi olan veya birden fazla risk faktörü taşıyan bireylerde cilt muayenesi daha sık yapılmalıdır. (9). Değerlendirme yapılırken bu bölgelerde özellikle maserasyon, eritem, pigmentasyon değişiklikleri, veziküller, papüller, püstüller gibi lezyonların varlığı, cilt kaybı alanları ve satellit lezyonlarla beraber kandidiyaz gibi kutanöz enfeksiyon bulguları incelenmelidir (18).

Klinik uygulamada İİD için evrensel olarak kabul edilmiş bir tanı yöntemi veya şiddet sınıflaması yoktur (16). İİD değerlendirilmesinde bazı puanlama araçları kullanılabilmektedir. Bu araçlardan bazılarının geçerlilik çalışmaları yapılmasına rağmen, bakımın iyileştirilmesine ilişkin yeterli kanıtların olmamasından dolayı kullanımları sınırlıdır. Literatürde sıklıkla kullanılan değerlendirme araçları aşağıda açıklanmaktadır (73).

2.3.5.1. Perirektal Cilt Değerlendirme Aracı (Perirectal Skin Assessment Tool (PSAT))

Brown ve Sears (1993) inkontinanstaki kaynaklanan gerçek cilt hasarı miktarının tahmini olarak cilt rengi ve bütünlüğüne ilişkin tanımları kullanır. Ayrıca etkilenen alanın büyüklüğü ve hasta semptomları da derecelendirilir (62).

PSAT, (1) cilt rengini eritem yok, hafif eritem, orta ve şiddetli eritem olarak; (2) deri bütünlüğünü bozulma yok, inflamasyon olmadan hafif eritem, inflamasyonla birlikte orta derecede eritem, büll veya veziküllerle birlikte ciddi eritem ve ülserasyon olmak üzere beş dereceli olarak; (3) boyutunu santimetre cinsinden önce sağ sonra sol taraf için hem uzunluk hem genişlik olarak; (4) hasta semptomlarını da semptom yok, kaşıntı, yanma, ağrı olarak değerlendirir (44). Bu ölçek ile yapılan çalışmada hasta gözlemci arası uyum oranının %87 olduğu saptanmış ancak, bu aracın inkontinansa bağlı deri hasarını tam olarak belirleyemediği ve gözlenen alanın sadece perirektal alan olduğu bildirilmiştir (76).

2.3.5.2. Deri Değerlendirme Aracı (Skin Assessment Tool (SAT))

Kenndy ve Lutz tarafından, 1996 yılında geliştirilmiştir. İİD'yi 3 kategoriden alınan kümülatif puana göre sınıflandırır. Kategoriler ciltte bozulma bölgesini, cilt kızarıklığını ve cilt erozyonunu içerir. (62). Her bir kategori için alt puanlar mevcut olup, ölçüm aracından alınan toplam puan inkontinans ilişkili dermatitin derecesini belirlemektedir (73).

2.3.5.3. Perineal Değerlendirme Aracı (The Perineal Assessment Tool (PAT))

2002 yılında Nix tarafından geliştirildi. Bu araç (1) tahriş edici maddenin türünü ve yoğunluğunu değerlendirmek; (2) cildin tahriş edici maddeye maruz kaldığı süre; (3) perineal cilt durumu; ve (4) etkileyen faktörler (düşük albümin düzeyi, antibiyotik ilaçların kullanımı, tüple beslenme, enfeksiyon) gibi dört temel yapı üzerine kurulmuştur (21). Alt ölçekler bir (en az risk) ile üç (en fazla risk)

arasında derecelendirilir ve toplam puan aralığı 4 ile 12 arasındadır (62). Daha yüksek puanlar İİD geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu gösterir (64).

Bu ölçeğin gözlemciler arası uyum çalışmalarında uyumun yüksek olduğu, ancak ölçeğin dermatit düzeyini belirlemekten çok dermatit gelişim riskini belirlediği, dermatitin düzeyini/şiddetini belirlemediği bildirilmiştir (76).

2.3.5.4. İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddeti Aracı (The Incontinence Associated Dermatitis and its Severity Instrument (IADS))

Ölçek İİD'nin düzeyini ve hangi alanda geliştiğini belirlemek için Borchert, Bliss, Savik ve Radosevich tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir (6, 62). Bu ölçek lokalizasyon, kızarıklık, cilt kaybı ve döküntüden oluşan dört yapıyı içerir; yedi uzman hemşire tarafından değerlendirilerek içerik geçerliliği sağlanmıştır ve güvenilir (62). Ölçek perianal bölgeyi 13 bölgeye ayırmakta ve numaralandırmaktadır. Ölçekte dermatit ve basınç yaralanması ayırımı varmak için görsel vardır. Kızarıklık, döküntü ve deri kaybının tanımı yapılmış olup ayrıca kızarıklığın ten rengine göre değişimlerine yer verilmiştir (21). Deri hasarı, derinin en üst tabakasının aşınması ve derinin nemli olması, döküntü ise perineal bölgede kenarları düzensiz kızarık alan ve etrafa doğru yayılan uçları küçük kırmızı noktalar olarak tanımlanmaktadır (76). Ölçekteki puanlama sistemi kızarıklık yok ise 0, pembe renk 1, kırmızı renk ise 2, döküntü var ise 3 ve deri kaybı var ise 4 puan şeklindedir. Bu ölçekte olası puan aralığı 0-52 olarak belirlenmektedir. İyileşme oldukça toplam puan azalır, dermatitin şiddeti arttıkça toplam puan da artar (21). Bu çalışmanın Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik çalışması Karadağ, Avşar ve Gül tarafından 2015 yılında yapılmıştır (EK-3).

2.3.5.5. Ghent Global Incontinence Associated Dermatitis Sınıflandırma Aracı (GLOBIAD)

Bu İİD ciddiyet sınıflandırma aracı, klinik ve araştırma ortamlarında kullanılmak üzere etkilenen cilt bölgelerinin görsel incelemesine dayanarak Belçika, İrlanda, Portekiz, Türkiye, U.S.A, İspanya gibi 30 ülkenin uzmanlardan oluşan bir panel tarafından geliştirilmiştir. 823 sağlık profesyonelinden oluşan uluslararası bir

örneklemin yer aldığı son çalışma, GLOBIAD'ın sağlam ancak eritemli cilt ile cilt kaybı arasında ayırım yapma konusundaki duyarlılığının arttığını göstermiştir. (58).

GLOBIAD, kalıcı kızarıklık (kategori 1) ve deri kaybının (kategori 2) varlığına dayalı iki kategoriden oluşur; her ikisi de enfeksiyonun klinik belirtilerinin varlığına göre alt bölümlere ayrılır (13) (EK-9).

2.3.6. İnkontinans İlişkili Dermatit ve Basınç Yaralanması

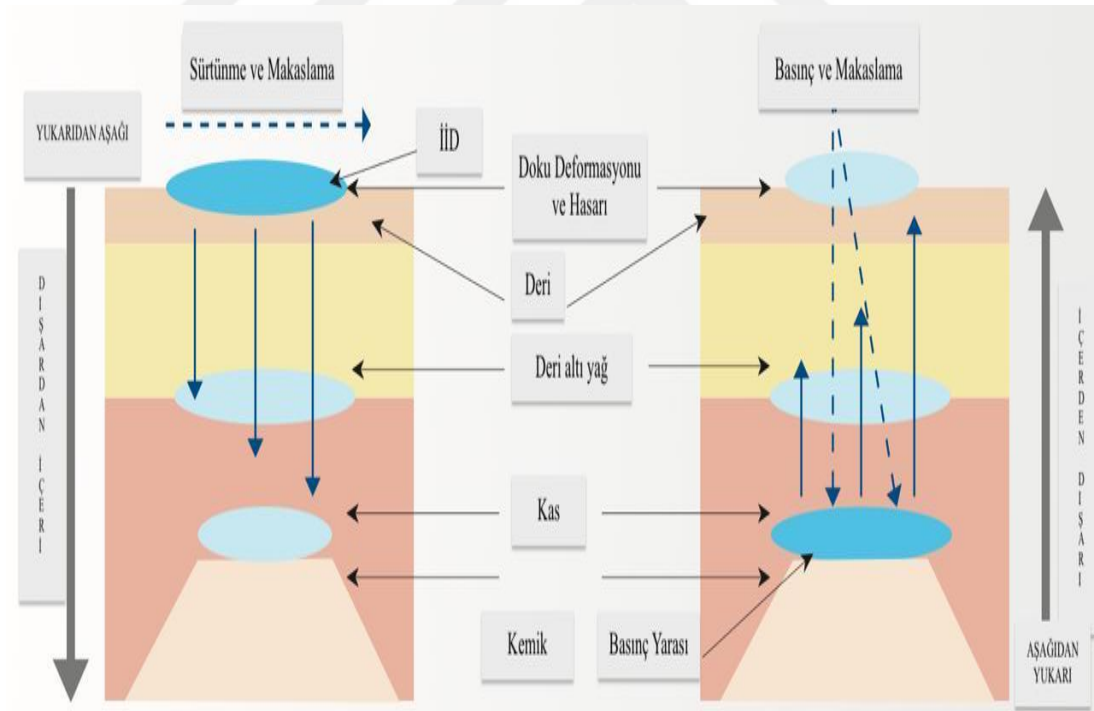
Basınç yaralanması, genellikle bir kemik çıkıntısı üzerinde yoğun ve/veya uzun süreli basınç nedeniyle veya tıbbi bir araç ile ilişkili olarak ciltte ya da cilt altındaki yumuşak dokuda meydana gelen lokalize bir hasardır (104). Basınç yaralanması hastanelerde en sık meydana gelen olumsuz olaylardan biridir ve görülme sıklığı hastanenin bakım kalitesinin önemli bir göstergesidir (5, 66). YBÜ, basınç yaralanması oluşumu açısından yüksek riskli bir bölümdür ve yoğun bakım hastalarında prevalans ve insidans oranı sırasıyla %11,5-%32,7 ve %3,0-%39,3 olarak rapor edilmiştir (66).

Basınç yaralanmasının hastalar üzerinde bazı olumsuz etkileri vardır. Örneğin; hastaların uzun süre hastanede kalış süresini arttırmakta, tedavi ve testler için gereksiz tıbbi harcamaları arttırmakta ve yaşam kalitesini düşürmenin yanı sıra değerlendirmenin ve uygun tedavinin yapılmaması durumunda ciddi enfeksiyon ve hatta ölüm gibi komplikasyonlara da yol açabilmektedir. Basınç yaralanmasının önlenmesi, yönetilmesi ve iyileşme durumunun değerlendirilmesi hemşirelik bakımının kalitesinin arttırılmasının önemli bir parçasıdır (78).

Basınç yaralanması genellikle erken evrede İİD ile karıştırılır (104). Ancak İİD, basınç yaralanması gelişimine katkıda bulunur ve durumu ağırlaştırır. İnkontinansın tipik olarak meydana geldiği perineal bölge anatomik olarak basınç yaralanmasının gelişebileceği bölgelere yakındır. Benzer şekilde İİD ve basınç yaralanması için yüksek riskli popülasyonlar da benzerdir. Bu nedenle, İİD ile basınç yaralanması arasında ayırım yapmak zordur ve uygun olmayan koruyucu bakıma, tedaviye, raporlama hatalarına ve hemşirelik kalite göstergelerinde ciddi sorunlara yol açabilir; dolayısıyla yoğun bakım hemşirelerinin, hastaların iyileşmesini teşvik

etmek ve tıbbi anlaşmazlıklardan kaçınmak için hedefe yönelik yönetim sağlamak amacıyla basınç yaralanması sınıflandırma sistemi ve ayırıcı tanı becerisine ilişkin bilgi ve becerilere hâkim olmaları önemlidir (66, 78). Pather ve Hines'in (2016) İİD'nin önlenmesindeki temel bilgilerini araştırmak için 31 hemşire ile birlikte yürüttükleri bir çalışma sonucuna göre YBÜ'de çalışan personele eğitim vermenin ve kullanılan ürünleri standart hale getirmenin sonucunda personelin İİD ve basınç yaralanması arasındaki farkı ayırt etmenin %40 oranında artmış olduğu sonucuna ulaşılmıştır (80).

İnkontinans ilişkili dermatitin basınç yaralanmasından farklı etiyolojileri vardır ancak ikisi bir arada bulunabilir. İİD, hasarın cilt yüzeyinde başlatıldığı 'yukarıdan aşağıya' hasarın sonucudur; basınç yaralanması ise hasar derinin altındaki ve içindeki yumuşak dokudaki değişikliklerle başlatıldığında gelişir ve bu nedenle buna 'aşağıdan yukarıya' yaralanma adı verilir (Şekil 2.3.5.1). Hemşirelerin İİD ile basınç yaralanması arasındaki farkları bilmesi ve tanıması önemlidir (74).



Şekil 2.3.5.1. İnkontinans ilişkili Dermatit ve Basınç Yaralanması Gelişiminde Olası Etki Mekanizmaları (74).

Tablo 2.3.5.1. İnkontinans İlişkili Dermatit ve Basınç Yaralanması Arasındaki Farkları (9)

Parametreler	İİD	Basınç Yaralanması
Öykü	Üriner ve/veya fekal inkontinans	Basınca/makaslamaya maruz kalma
Yeri	Perine, perigenital bölgeyi etkiler; kalçalar; gluteal kıvrım; üst uylukların medial ve posterior yönleri; alt sırt; kemik çıkıntısının üzerine uzanabilir	Genellikle bir kemik çıkıntının üzerinde veya tıbbi cihazın konumuyla ilişkili
Şekil/Kenarlar	Etkilenen alan dağınıktır ve kenarları iyi tanımlanmamıştır/lekeli olabilir	Belirgin kenarlar veya sınırlar
Görünüm/Derininlik	Yüzeysel, kısmi kalınlıkta deri kaybı olan/olmayan, eritemli (beyazlatılabilir veya beyazlatılamaz) sağlam cilt	Görünüm, solmayan eritemli sağlam ciltten tam kalınlıkta cilt kaybına kadar değişir. Yaranın tabanı canlı olmayan doku içerebilir.
Semptomlar	Ağrı, yanma, kaşıntı, karıncalanma	Ağrı
Diğer	Sekonder yüzeysel deri enfeksiyonu (örneğin kandidiyaz) mevcut olabilir	Sekonder yumuşak doku enfeksiyonu mevcut olabilir

2.4. İNKONTİNANS İLİŞKİLİ DERMATİT ÖNLENMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Hemşirelik bakımının amacı, hastalığı olan kişilerin kendilerine bakabilme yeteneklerini desteklemektir. Bilgilendirme, tavsiye ve eğitim yoluyla inkontinans sorunu olan kişilere tedavinin ilerleyişi hakkında kendi kararlarını verme fırsatı verilmelidir. Hemşirelerden iletişim, bilgilendirme, tavsiye ve rehberlik alanlarında bilgi ve beceriye sahip olmaları beklenmektedir. Bilgi, danışmanlığın bir parçasıdır. Bakım verenlerin inkontinans konusunda bilgi verme konusundaki yasal yükümlülüğünü yerine getirebilmeleri için inkontinansın nedenleri, tanısı ve tedavisi konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir (61).

İnkontinans ilişkili dermatitin önlenmesinde temel güç olan hemşireler, hastalarla uzun süreli ve yakın temas nedeniyle akut ve uzun süreli bakımda cilt sağlığının korunmasından ve iyileştirilmesinden sorumlu kişilerdir (108). İİD, hemşirelerin cilt bütünlüğünü geliştirmeye yönelik bakım sağlamasıyla uygun önlemler alındığında önlenabilir bir sağlık sorunu olduğu için cilt bütünlüğünün korunması ve geliştirilmesi, hemşirelik bakımının önemli bir kalite göstergesidir (90). Kişisel hijyen ve cilt bakımı faaliyetleri hemşireler tarafından sağlanır ve günlük hemşirelik uygulamaları arasında yer alır. Hemşirelerin hastaların cilt bütünlüğünü korumak, cilt bütünlüğünün bozulması açısından yüksek risk altındaki hastaları belirlemek, İİD'yi doğru sınıflandırmak ve kanıta dayalı önleme ve tedavi stratejilerini uygulamak için yeterli bilgi birikimine sahip olmaları gerekir. Benzer şekilde hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumları İİD'nin önlenmesini ve tedavi yönetimini önemli ölçüde etkilemektedir. Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik bilgi ve tutumları, İİD ile ilgili doğru klinik uygulamalara karar vermelerini ve uygulamalarını sağlarken, hemşirelerin bilgi eksiklikleri, olumsuz tutumları ve uygunsuz uygulamaları kanıtın uygulamaya entegrasyonunu ciddi şekilde etkilemektedir (51). Çin'de yapılan bir araştırmaya göre, hemşirelerin çoğunun, bilgi eksikliği nedeniyle hastalara cilt bakımı sağlamaya yeterince hazırlıklı olmadığı bildirilmiştir. Hemşirelerin İİD bilgisi, değerlendirme, risk faktörü yönetimi ve önleyici tedbirlerin uygulanması açısından önemlidir. Tutum aynı zamanda profesyonel davranışların ve İİD önlemenin pratik modellerinin geliştirilmesinde de önemli bir bileşendir. Bu yüzden tedavinin ve bakımın her aşamasında olan hemşirelerin İİD önleme ve yönetimini iyi bilmesi gerekmektedir (108) .

İnkontinans ilişkili dermatit görülen hastalarda tanılama ve değerlendirme için araç kullanımı; yoğun bakım hemşirelerinin hastaya vereceği bakımı planlaması, yürütmesi, bakımı standart hale getirmesi ve müdahalelerin etkinliğini değerlendirmesi için oldukça önemlidir (9, 39, 73). Tanı kriterlerinin standartlaştırılmaması, İİD varlığını ve şiddetini değerlendirecek doğru bir değerlendirme aracının olmaması nedeniyle yapılan çalışmalarda prevelans oranlarında değişiklikler söz konusu olabilir (16).

2.4.1. İnkontinans İlişkili Dermatitin Önlemesi ve Yönetimi

Kontinansın sürdürülmesi, İİD'nin birincil önlenmesinde en etkili yöntemdir. İkincil koruma şekli de dört ana stratejiye odaklanır. Bunlar: (1) cildi temizlemek ve cildi idrar veya dışkı maddesine daha fazla maruz kalmaktan korumak için yapılandırılmış bir cilt bakım sağlamak, (2) ciltteki nemi emen ürünlerin kullanımını sağlamak, (3) cildi aşırı nem kaynağından korumak ve (4) ikincil kutanöz enfeksiyonları tedavi etmektir (58). Tedavi hedefleri arasında cildin tahriş edici maddelere daha fazla maruz kalmasını önlemek, iyileştirici bir ortam oluşturmak ve herhangi bir cilt enfeksiyonunu ortadan kaldırmak yer alır (42).

Uygun temizleme, nemlendirme ve cilt korumayı içeren yapılandırılmış bir cilt bakımı, inkontinansı olan hastalarda İİD'nin önlenmesi için çok önemlidir. Her fekal inkontinanstaki hastanın da dâhil olmak üzere cildin günlük temizliği yapılmalıdır (16).

Yapılandırılmış cilt bakımı uygulama, İİD'nin önlenmesi ve tedavisine yönelik mevcut müdahaleler, idrar ve dışkıdan kaynaklanan cilt tahrişini en aza indirmek veya ortadan kaldırmak için tasarlanmış yapılandırılmış cilt bakımını içerir. Yapılandırılmış cilt bakımı, idrara, dışkıya veya her ikisine birden maruz kalmış cildi korumaya ve cildin bariyer fonksiyonunun etkinliğini yeniden sağlamaya yardımcı olur. Bu bakım genellikle tahriş edici maddelerin giderilmesi için uygun temizlemeyi, cilt nemini geri kazandırmayı ve bariyer ürünlerle cildin korunmasını içerir (16, 30).

2.4.1.1. Temizleme

Her inkontinans sonrasında hastanın cilt temizliği yapılmalıdır (16) Cilt temizliğinde kullanılan malzemelerin pH'si normal cildinkine benzer olmalıdır (18). Bakım verenler, "durulamasız (duruluma gerektirmez)" cilt temizleyicileri veya önceden nemlendirilmiş mendilleri tercih edebilir (16). Havluyla kurulama cildin nem bariyerini bozduğundan, sık banyolarda durulama gerektirmeyen bir formül kullanılmalıdır. Durulama gerektirmeyen seçenekler arasında inkontinans veya perine temizleyicileri, tek kullanımlık mendiller veya üçü bir arada mendiller

(temizleyici, nemlendirici, cilt koruyucu) bulunur. Güncel çalışmalar üçü bir arada mendillerin kullanımını önermektedir. Bu tek kullanımlık mendiller nazik temizlik, nemlendirme ve cildi idrar, dışkı veya terden koruyan yüzeysel bir cilt koruma filmi sağlar (61). İyonik olmayan yüzey aktif maddeler içeren temizleyiciler seçilmeli, her gün ve her fekal inkontinans olayından sonra hijyen sağlamak dermatit oluşumunu önlemede etkilidir. Agresif sürtünme ve havluyla kurulama en aza indirilmeli, kurutma gerekiyorsa, hafifçe dokunmayı tercih etmek veya cildin havayla kurumasını sağlamak önemlidir (16).

Geleneksel olarak standart sabun, su ve normal bir bez, idrar, dışkı ve diğer kirleri gidermek amacıyla inkontinans olaylarından sonra cildi temizlemek için kullanılmıştır. Standart sabun alkalidir ve cildin pH'sini değiştirdiği, korneositlerin yapısını bozduğu ve potansiyel olarak cilt bariyer fonksiyonuna zarar verdiği gösterilmiştir (9). Bezlerin sürtünme hasarına yol açabilen yumuşak dokusu nedeniyle cilt daha da bozulabilir. Suyun tek başına uygulanması cildin bariyer fonksiyonunu bozabilir. Ayrıca lavabo kullanımıyla ilişkili enfeksiyon kontrolü sorunları da tespit edilmiştir. Bu yüzden geleneksel sabun yerine normal cilde benzer pH aralığına sahip bir cilt temizleyici tercih edilebilir. İnkontinans için kullanılan cilt temizleyicilerine sıklıkla 'perineal' cilt temizleyicileri adı verilir. Sıvı solüsyonlar veya losyonlar halinde formüle edilirler. Sıvı temizleyiciler sprey şişelerinde paketlenabilir veya bir beze emdirilebilir. Temizleyiciler ayrıca sıvıyı köpüğe dönüştüren bir kap şeklinde de paketlenabilir; köpükler bazı klinisyenler tarafından deriden damlamadıkları veya akmadıkları için tercih edilmektedir (9).

İİD'nin önlenmesinde ve yönetiminde temizlik ilkeleri;

- Her gün ve her fekal inkontinans olayından sonra temizlenmelidir.
- Minimum sürtünmeyle nazik teknik kullanılmalı, cildi ovalamaktan/ovmaktan kaçınılmalıdır.
- Cilt pH'ına uygun olmayan alkali sabunlardan kaçınılmalıdır.
- Normal cilde benzer pH'a sahip, yumuşak, durulama gerektirmeyen sıvı bir cilt temizleyici veya önceden nemlendirilmiş mendil seçilmelidir.
- Mümkünse yumuşak, tek kullanımlık bir bez kullanılmalıdır.

- Temizledikten sonra gerekli ise cilt nazıkçe kurulanmalı ya da oda havasında kuruması beklenilmelidir (9).

2.4.1.2. Nemlendirme

Cildin bariyer fonksiyonu, hücreler arası lipitlerin yanı sıra sağlam keratinositlere de bağlıdır. Epidermiste keratinositler cilt yapısının ve homeostazın korunmasında önemli bir sorumluluğa sahiptir. Deriden su kaybı dikkatle düzenlenmelidir. Nemlendirme, cildin nem bariyerini onarmak veya güçlendirmek, su içeriğini korumak ve artırmak, transepidermal su kaybını azaltmak ve lipit bariyerlerinin suyu çekme, tutma ve yeniden dağıtma yeteneğini geri kazandırmak için tasarlanmıştır (42, 69).

Nemlendiriciler (örneğin gliserin, üre, hidroksi asitler ve şekerler) suyu stratum korneuma çekmeyi amaçlar (69). Stratum korneumdaki hücreler arası lipitlerin yerini almayı amaçlayan yumuşatıcılar, cilt yüzeyini pürüzsüzleştirmek ve cilt bariyerindeki "boşlukları" önlemek için tasarlanmıştır (18).

Nemlendiriciler, faydalı etkilerini elde etmek için çeşitli yumuşatıcı, tıkayıcı, nemlendirici ve su kombinasyonları içerir. Lipitler yumuşatıcıların ana bileşenleridir ve katı yağları, mumları veya sıvı yağları içerir. Lipid kaynakları arasında lanolin (koyun yünü yağından kaynaklanan), vazelin ve dimetikon (mineral yağlardan kaynaklanan) gibi hayvansal ürünler ve sebzeler (fındık, tohum ve bazı meyveler dâhil) bulunur. Faydalarını cilt bariyeri üzerindeki olumlu etkileriyle, kısmen de daha iyi bir hidrasyonla sonuçlanan daha iyi onarım ve geçirgenlik yoluyla gösterirler. Bazı yumuşatıcılar ayrıca gliserin gibi nemlendiriciler de içerir (42).

Cilde yumuşatıcı nemlendiriciler uygulamak, zor çıkarılan kıyafetlerden kaçınmak, ıslatılmış veya aşırı nemlendirilmiş ciltlerde yüksek nem içeren ürünlerden kaçınmak da dermatit oluşumunu önlemek için yapılabilir (16).

Çoğu temizleyici, lipit bariyerini korumak için nemlendiriciler veya yumuşatıcılar veya her ikisini birden içerir. Nemlendiriciler ayrı bir ürün olarak kullanılabildiği gibi bir durulama veya perineal temizleyiciye dâhil edilebilir (18).

2.4.1.3. Cildi Koruma

Cilt koruyucuları aynı zamanda nem bariyerleri olarak da adlandırılır (9, 69). Bir cilt koruyucu öncelikle cilt üzerinde geçirimsiz veya yarı geçirgen bir nem bariyeri sağlayarak, tahriş edici maddelerin stratum korneuma nüfuz etmesini önleyerek cilt bozulmasını önlemeyi amaçlar (9, 42, 69). Ek olarak, koruyucular hem hidrasyonu hem de normal transepidermal su kaybı seviyesini korumalı, aynı zamanda uzun süreli kullanımdan kaynaklanan maserasyondan kaçınmalıdır (18). Bu koruyucular vazelin, çinko oksit, dimetikon veya akrilat terpolimer gibi çeşitli bileşenler içerebilir (27). Bu ürünler kremler, losyonlar, merhemler, macunlar veya filmler halinde formüle edilebilir (9, 69). Kon et al (2017) cilt bakım protokolüne cilt bariyer kreminin eklenmesinin, Japonya'da uzun süreli bakım tesisindeki kişilerde stratum korneumun hidrasyonunun artmasına, cilt pH'nın düşmesine ve eritem boyutunun azalmasını sağladığını bulmuşlardır (55). Razor et al. (2014) Filipinler'de hastanede yatan yetişkin hastalarda çinko oksitli krem kullanarak İİD'nin daha iyi tedavi edilmesini sağladığı bildirilmiştir (69). Diğer yandan Beeckman et al. (2016) yetişkinlerde İİD'yi önlemek ve tedavi etmek için cilt bakımı müdahalelerinin etkinliğine ilişkin sistematik bir inceleme gerçekleştirmiştir. İncelenen 13 çalışmaya dayanarak herhangi bir cilt bakım ürününün diğerinden daha iyi olduğu sonucuna varamamışlardır (12). İİD'nin önlenmesi ve tedavisinde topikal cilt ürünlerinin etkinliğinin sistematik bir incelemesinde de; Pather et al. (2017) ürünler arasında bir farklılık saptamamıştır (81). Benzer şekilde Lian (2016) İİD tedavisinde bariyer ürünlerinin kullanımına ilişkin 6 çalışmayı gözden geçirmiş ve vazelin, çinko oksit yağı ve polimer bazlı bariyer filmi arasında etkinlik açısından önemli bir fark bulamamıştır (65).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Bu araştırma, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin İİD yönetiminde bilgi, tutum ve uygulamaları ile İİD bulunan bölgeleri ve şiddetini değerlendirme düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Bu araştırma, Türkiye’de bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde 01.12.2023-01.03.2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Hastane bünyesinde 3. Basamak Dâhiliye Yoğun Bakım, 2. Basamak Dâhiliye Yoğun Bakım, Koroner Yoğun Bakım, Kalp-Damar Cerrahisi Yoğun Bakım, Anestezi Yoğun Bakım, Beyin ve Sinir Cerrahisi Yoğun Bakım, Genel Cerrahi Yoğun Bakım, Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım ve Nöroloji Yoğun Bakım olmak üzere dokuz tane erişkin yoğun bakım mevcuttur. Bu YBÜ’lerde toplam yatak sayısı 120 olup, hemşireler 08.00-16.00, 16.00-08.00 olmak üzere iki vardiya şeklinde çalışmaktadır. Hemşireler 3. basamak YBÜ’de iki hastaya, 2. basamak YBÜ’de üç hastaya bakım vermektedir. Cilt temizliği sırasında bariyer kremli inkontinans perine pedleri, bu pedlerin olmadığı durumda ise pamuk ve su kullanılmaktadır. Hastanın cilt nemini sağlamak için bariyer kremler kullanılmaktadır. İİD’nin izlenmesi ve önlenmesine ilişkin herhangi bir form bulunmamaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM HESAPLANMASI

Araştırmanın evrenini bir eğitim araştırma hastanesinin 3. Basamak Dâhiliye Yoğun Bakım, 2. Basamak Dâhiliye Yoğun Bakım, Koroner Yoğun Bakım, Kalp-Damar Cerrahisi Yoğun Bakım, Anestezi Yoğun Bakım, Beyin ve Sinir Cerrahisi Yoğun Bakım, Genel Cerrahi Yoğun Bakım ve Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım ünitesi olmak üzere toplam sekiz YBÜ’de çalışan 170 hemşire oluşturmuştur. Örneklemi bu yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler üzerinden yapılan

örneklem hesabı ile belirlenmiş ve örneklem hesabı sonunda 126 hemşire çalışmaya dâhil edilmiştir.

Örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'ın (1994) belirlediği formül ile hesaplanmıştır (88).

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

Şekil 3.3.1. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine Yönelik Formül (88).

n: Örneklem alınacak örnek sayısı

N: Hedef kitledeki birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı

t: Belirlenen bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen $\pm$ örneklem hatası

Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, $\pm$ % 5 örneklem hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n = 170$ $(1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,5)^2 (170-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5) = 118$ olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0,15 etki büyüklüğünde 107 kişiye ulaşılması gerekmektedir (df=2; F=3,086). Araştırmada testin gücünün yüksek ve evrenin temsiline yönelik 118 ve üzeri hemşireye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmadan çıkarılma kriterleri göz önünde bulundurularak bu çalışmada 126 hemşireye ulaşılmıştır. Ancak veri toplama formlarını eksik dolduran katılımcı olmadığı için araştırmadan çıkarılan olmamıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- YBÜ'de en az 1 yıl çalışmış olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

3.3.2. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Veri toplama formlarını tam doldurmamış olmak

3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Çalışmada kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştiren sorumlu yazarlardan kullanım izinleri (EK-4) alındıktan sonra Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kurulu'nun (BADEK) E-50687469-799-228361973 sayılı 07.11.2023 tarihli 18 no'lu toplantısında araştırma izni alınmıştır. Araştırmanın uygulanması için, SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 22.11.2023 tarihli 2023/271 sayı ile etik kurul onayı alınmıştır. Araştırma örnekleme alınan hemşirelere araştırma öncesinde, araştırmanın amacı ve araştırmaya katılımın gönüllülük ilkesi doğrultusunda olduğu konusunda bilgilendirilmiş, katılımcılara "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)" imzalatılmıştır (EK-7).

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada, verilerinin toplanmasında literatür taranarak oluşturulan "Tanımlayıcı Özellikler Formu", "İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği (İİD-BTU-Ö) ve "İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddeti Aracı (İBDŞA)" kullanılmıştır.

3.5.1. Tanımlayıcı Özellikler Formu (EK-1)

Bu bölümde hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalıştığı bölüm, eğitim durumu, hemşirelikte çalışma yılı (hizmet süresi), yoğun bakım ünitesinde çalışma yılı, yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olma durumu ve çalıştığı yoğun bakım ünitesindeki hemşire sayısını içeren toplam dokuz soru yer almaktadır.

3.5.2. İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği (İİD-BTU-Ö) (EK-2)

Cheryl Tay ve arkadaşları tarafından 2020 yılında hemşirelerin İİD yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeğin, 2022 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Sönmez ve

ark. (2022) tarafından yapılmıştır. Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki boyutlar; “İİD Etiyolojisi ve Tanılama Bilgisi” (5 madde), “İİD Risk Faktörleri Bilgisi” (6 madde), “İİD Önlemeye Yönelik Tutum” (3 madde) ve “İİD Önlemeye Yönelik Uygulamalar” (6 madde) olmak üzere toplamda 20 maddeyi içermektedir. Her bir alt boyutta ifadeler 5’li likert tipinde olup; “Kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4), “kesinlikle katılıyorum”(5) olarak puanlanmaktadır.

Ölçekteki alt boyutlardan “İİD Etiyolojisi ve Tanılama Bilgisi” alt boyutunda hemşirelerin İİD Etiyoloji ve Tanılama bilgisini değerlendiren beş ifade bulunmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 5-25 puan arasında değişmektedir ve alınan yüksek puanlar; hemşirelerin İİD Etiyoloji ve Tanılama bilgi puanlarının yüksek olduğunu yansıtmaktadır. “İİD Risk Faktörleri Bilgisi” alt boyutu hemşirelerin, İİD Risk Faktörlerine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendiren altı ifadeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 6-30 puan arasında değişmektedir ve alınan yüksek puanlar; hemşirelerin İİD Risk Faktörleri bilgi puanlarının yüksek olduğunu yansıtmaktadır. “İİD Önlemeye Yönelik Tutum” alt boyutunda hemşirelerin, İİD’ye ilişkin tutumlarını değerlendirmeye yönelik üç ifade bulunmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 3-15 arasında değişmektedir ve alınan yüksek puanlar hemşirelerin İİD’ye yönelik olumlu tutumunu yansıtmaktadır. İİD Önlemeye Yönelik Uygulamalar alt boyutunda; hemşirelerin, İİD’yi önlemeye yönelik uygulamalarını değerlendiren altı ifade bulunmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 6-30 arasında değişmektedir ve alınan yüksek puanlar hemşirelerin İİD’ye yönelik olumlu uygulamalarını yansıtmaktadır. Ölçüm aracından elde edilebilecek toplam puan bulunmayıp, dört bölüm birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir.

Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasında ölçeğin tamamı için hesaplanan Cronbach’s alpha katsayı 0.92, “ İİD Etiyolojisi ve Tanılama Bilgisi” alt boyutu için $\alpha=0.79$, “İİD Risk Faktörleri Bilgisi” alt boyutu için $\alpha=0.88$, “İİD Önlemeye Yönelik Tutum” alt boyutu için $\alpha=0.77$ ve “İİD Önlemeye Yönelik Uygulamalar” alt boyutu için $\alpha=0.88$ ’dir (90). Bu çalışmada da ölçeğin tamamı için Cronbach’s alpha katsayı 0,854; ‘İİD Etiyolojisi ve Tanılama Bilgisi’ alt boyutu için $\alpha=0,796$; ‘İİD

Risk Faktörleri Bilgisi’’ alt boyutu için $\alpha=0,798$; ‘‘İİD Önlemeye Yönelik Tutum’’ alt boyutu için $\alpha=0,815$; ‘‘İİD Önlemeye Yönelik Uygulamalar’’ alt boyutu için $\alpha=0,789$ bulunmuştur.

3.5.3. İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddeti Aracı (İBDŞA) (EK-3)

Borchert, Bliss, Savik ve Radosevich tarafından 2010 yılında, İİD’nin düzeyini ve hangi alanda geliştiğini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (6, 62). Avşar, Gül ve Karadağ tarafından 2019 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Bu form, inkontinansa bağlı dermatit bölgelerini ve şiddetini değerlendiren yedi sütundan oluşmaktadır. Ölçek, perineal bölgeyi 13 bölgeye ayırmakta ve numaralandırmaktadır; 1. perianal deri, 2. iki kalça arasındaki kıvrım, 3. sol alt kalça, 4. sağ alt kalça, 5. sol üst kalça, 6. sağ üst kalça, 7. genital (labia/skrotum), 8. alt karın (suprapubik), 9. genital ile uyluk arasındaki kıvrım, 10. sol ön iç uyluk, 11. sağ ön iç uyluk, 12. sol arka uyluk, 13. sağ arka uyluk. Ayrıca ölçekte, basınç yaralanması ve dermatit ayırımını sağlamak amacıyla fotoğraflar da yerleştirilmiş ve kızarıklık tonu, döküntü ve deri kaybının tanımları yapılarak kızarıklık tonunun açık tenli ve koyu tenli bireylerdeki farkını gösteren renk şeridine yer verilmiştir. Bu ölçekte kızarıklığın tonları, kırmızılık yok, pembe, kırmızı veya parlak kırmızıdır. Koyu tenli bireylerde kızarıklık parlak kırmızı renkli, deri hasarının ise morumsu renkte olabileceği ifade edilmektedir. Deri hasarı, derinin en üst tabakasının aşınması ve derinin nemli olması, döküntü ise perineal bölgede kenarları düzensiz kızarık alan ve etrafa doğru yayılan uçları küçük kırmızı noktalar olarak tanımlanmaktadır. İİD bulunan 13 bölgeyi kızarıklık, döküntü ve deri kaybı açısından değerlendiren bu formda en kötü cilt hasarı türü tanımlanarak sadece her vücut bölgesi için bir puan verilip toplam puan hesaplanmaktadır. Araştıran alınabilecek minimum puan 0; maksimum puan 52’dir (6).

3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Gerekli tüm yasal izinler alındıktan sonra araştırmanın uygulaması 01.12.2023-01.03.2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veri toplama formlarının uygulanması için hemşirelerin iş yoğunluğunun daha az olduğu saatler

seçilmiştir. Araştırmanın uygulaması için belirlenen yoğun bakım üniteleri ziyaret edilerek, yoğun bakım sorumlu hemşirelerine bilgi verilmiş ve sonrasında dâhil edilme kriterlerini sağlayan yoğun bakım hemşirelerinden veri toplanmaya başlanmıştır. Araştırmaya dâhil edilen hemşirelere, araştırma ile ilgili gerekli açıklamalar yapılmış ve izinleri alınmıştır. Araştırmada kullanılacak veri toplama formunu hemşirelerin kendileri arasındaki etkileşimi önlemek amacıyla, araştırmacının gözetimi altında yanıtlamaları sağlanmıştır. İBDŞA'ya göre vaka değerlendirmesi görseller üzerinden değerlendirilmiştir. Bunun için araştırmacı, hemşireler ile aynı ortamda bulunmuş ve soruları olduğunda gerekli açıklamaları yapmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması 12-15 dakika sürmüştür.

3.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 3.7.1. Verilerin Normal Dağılıma Uygunluk Durumları

	Basıklık	Çarpıklık
İİD Etiyolojisi ve Tanılama Bilgisi	-0,334	-0,040
İİD Risk Faktörleri Bilgisi	-1,058	-0,082
İİD Önlemeye Yönelik Tutum	-0,289	0,130
İİD Önlemeye Yönelik Uygulamalar	-0,706	-0,051
İBDŞA Vaka-1 Değerlendirme	1,024	-0,013
İBDŞA Vaka-2 Değerlendirme	0,452	1,032
İBDŞA Vaka-3 Değerlendirme	-0,745	0,597
İBDŞA Vaka-4 Değerlendirme	-0,652	1,828

Literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (92), +2.0 ile -2.0 (40) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Hemşirelerin ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar T-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen (d) ve Eta kare (η^2) katsayıları kullanılmıştır. Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup olmadığını göstermektedir. Cohen değeri $r=0.2$:küçük; $r=0.5$:orta; $r=0.8$:büyük olarak, eta kare değeri 0.01:küçük; 0.06:orta; 0.14:büyük olarak değerlendirilmektedir (22). İstatistiksel kararlarda $p \leq 0.05$ anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n=126)

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş ($\bar{x}=27,610\pm3,139$; Min=22; Maks=44)		
25 ve Altı	28	22,2
26-30	85	67,5
31 ve Üzeri	13	10,3
Cinsiyet		
Kadın	93	73,8
Erkek	33	26,2
Medeni Durum		
Evli	47	37,3
Bekâr	79	62,7
Çalışılan Bölüm		
Üçüncü Basamak Dâhiliye YBÜ	43	34,1
İkinci Basamak Dâhiliye YBÜ	14	11,1
Koroner YBÜ	25	19,8
Kalp Damar Cerrahisi YBÜ	9	7,1
Anestezi YBÜ	12	9,5
Beyin ve Sinir Cerrahisi YBÜ	7	5,6
Genel Cerrahi YBÜ	9	7,1
Göğüs Hastalıkları YBÜ	7	5,6
Eğitim Durumu		
Lise	10	7,9
Ön Lisans	16	12,7
Lisans	92	73,1
Lisans Üstü	8	6,3
Meslekte Çalışma Süresi ($\bar{x}=5,420\pm3,322$; Min=1; Maks=26)		
1-5 Yıl	89	70,6
6 Yıl ve Üzeri	37	29,4
Yoğun Bakımda Çalışma Süresi ($\bar{x}=4,140\pm2,422$; Min=1; Maks=23)		
1-5 Yıl	109	86,5
6 Yıl ve Üzeri	17	13,5
Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikasına Sahip Olma		
Var	53	42,1
Yok	73	57,9

Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular Tablo 4.1’de yer almaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması $27,610\pm3,139$ (Min=22; Maks=44), %73,8’i kadın ve %37,3’ü evlidir. Hemşireler çalıştıkları YBÜ’ye göre %34,1’i üçüncü basamak Dâhiliye YBÜ, %11,1’i ikinci basamak Dâhiliye YBÜ, %19,8’i koroner YBÜ, %7,1’i kalp damar cerrahisi YBÜ, %9,5’i anestezi YBÜ, %5,6’sı beyin ve

sinir cerrahisi YBÜ, %7,1'i genel cerrahi YBÜ, %5,6'sı göğüs hastalıkları YBÜ olarak dağılmaktadır. Hemşireler eğitim durumuna göre %7,9'u lise, %12,7'si ön lisans, %73,1'i lisans ve %6,3'ü lisansüstü olarak dağılmaktadır.

Hemşireler meslekte çalışma süresine göre %70,6'sı 1-5 yıl, %29,4'ü 6 yıl ve üzeri olarak dağılmaktadır. Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ortalaması $5,420 \pm 3,322$ yıl (Min=1; Maks=26) olarak saptanmıştır. Hemşireler yoğun bakımda çalışma süresine göre %86,5'i 1-5 yıl, %13,5'i 6 yıl ve üzeri olarak dağılmaktadır. Hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süresi ortalaması $4,140 \pm 2,422$ yıl (Min=1; Maks=23) olarak saptanmıştır. Hemşireler yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olmaya göre %42,1'i var, %57,9'u yok olarak dağılmaktadır.

Tablo 4.2. İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamaları (n=126)

	$\bar{x}$	SS	Min.	Maks.	cronbach alpha
İİD Etiyolojisi ve Tanılama Bilgisi	21,262	2,277	15,000	25,000	0,796
İİD Risk Faktörleri Bilgisi	26,246	2,715	20,000	30,000	0,798
İİD Önlemeye Yönelik Tutum	9,651	2,394	4,000	15,000	0,815
İİD Önlemeye Yönelik Uygulamalar	25,421	2,954	18,000	30,000	0,789

Hemşirelerin İİD-BTU-Ö puanlarına yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri Tablo 4.2.'de yer almaktadır.

Hemşirelerin "İİD etiyolojisi ve tanılama bilgisi" puan ortalaması $21,262 \pm 2,277$ (Min=15; Maks=25), "İİD risk faktörleri bilgisi" puan ortalaması $26,246 \pm 2,715$ (Min=20; Maks=30), "İİD önlemeye yönelik tutum" puan ortalaması $9,651 \pm 2,394$ (Min=4; Maks=15), "İİD önlemeye yönelik uygulamalar" puan ortalaması $25,421 \pm 2,954$ (Min=18; Maks=30) olarak saptanmıştır.

Tablo 4.3. İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	n	İİD Etiyolojisi ve Tanılama Bilgisi	İİD Risk Faktörleri Bilgisi	İİD Önlemeye Yönelik Tutum	İİD Önlemeye Yönelik Uygulamalar
Yaş		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
25 ve Altı	28	21,000±2,524	25,893±2,315	9,357±2,313	24,929±3,442
26-30	85	21,282±2,245	26,294±2,729	9,518±2,363	25,447±2,736
31 ve Üzeri	13	21,692±2,016	26,692±3,473	11,154±2,410	26,308±3,225
F=		0,417	0,422	2,996	0,978
p=		0,660	0,657	0,054	0,379
Cinsiyet		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kadın	93	21,419±2,286	26,258±2,774	9,613±2,387	25,613±3,007
Erkek	33	20,818±2,228	26,212±2,583	9,758±2,450	24,879±2,770
t=		1,306	0,083	-0,297	1,229
p=		0,194	0,934	0,767	0,221
Medeni Durum		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Evli	47	21,106±2,352	25,894±2,936	9,745±2,454	25,489±2,888
Bekâr	79	21,354±2,242	26,456±2,571	9,595±2,372	25,380±3,010
t=		-0,590	-1,125	0,338	0,201
p=		0,556	0,263	0,736	0,841
Çalışılan Bölüm		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
ÜB-DYBÜ	43	21,674±2,146	26,605±2,896	9,558±2,027	25,954±2,663
İB-DYBÜ	14	21,500±3,057	26,214±2,778	9,000±2,148	25,429±2,738
K-YBÜ	25	20,680±1,842	25,040±2,371	8,880±2,261	23,720±3,646
KDC-YBÜ	9	21,889±3,018	28,556±2,297	9,778±2,386	27,333±2,739
A-YBÜ	12	21,667±2,060	26,583±2,314	10,833±2,209	25,250±2,800
BSC-YBÜ	7	19,857±1,069	24,571±1,988	7,429±1,813	24,571±1,134
GC-YBÜ	9	19,778±2,048	25,222±2,224	11,889±2,804	25,556±2,603
GH-YBÜ	7	22,143±2,268	27,857±2,268	11,429±2,573	26,714±2,360
F		1,755	2,983	4,087	2,375
p		0,103	0,006	0,0001	0,026
PostHoc=			4>1, 4>2, 1>3, 4>3, 8>3, 4>6, 8>6, 4>7, 8>7 (p<0.05)	7>1, 8>1, 5>2, 7>2, 8>2, 5>3, 7>3, 8>3, 7>4, 1>6, 4>6, 5>6, 7>6, 8>6 (p<0.05)	1>3, 4>3, 8>3 (p<0.05)
Eğitim Durumu		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Lise	10	20,600±1,776	25,500±1,958	8,900±2,470	24,500±3,866
Ön Lisans	16	21,188±2,926	26,750±2,490	9,688±2,414	25,313±3,554
Lisans ve Üzeri	100	21,340±2,217	26,240±2,815	9,720±2,396	25,530±2,765
F		0,486	0,650	0,531	0,561
p		0,616	0,524	0,589	0,572
Meslekte Çalışma Süresi		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
1-5 Yıl	89	21,258±2,386	26,427±2,696	9,360±2,327	25,539±2,962
6 Yıl ve Üzeri	37	21,270±2,023	25,811±2,747	10,351±2,441	25,135±2,955
t=		-0,026	1,162	-2,148	0,698
p=		0,979	0,248	0,034	0,486

Tablo 4.3. İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Yoğun Bakımda Çalışma Süresi		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
1-5 Yıl	109	21,229±2,352	26,358±2,703	9,486±2,352	25,514±2,936
6 Yıl ve Üzeri	17	21,471±1,772	25,529±2,764	10,706±2,469	24,824±3,087
t=		-0,405	1,172	-1,976	0,895
p=		0,686	0,244	0,050	0,372
Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikasına Sahip Olma		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Var	53	21,396±1,955	26,208±2,699	10,170±2,293	25,679±2,779
Yok	73	21,164±2,495	26,274±2,745	9,274±2,411	25,233±3,080
t=		0,563	-0,135	2,101	0,836
p=		0,575	0,893	0,038	0,405

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD
 ÜB-DYBÜ= Üçüncü Basamak Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi
 İB-DYBÜ = İkinci Basamak Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi
 K-YBÜ = Koroner Yoğun Bakım Ünitesi
 KDC-YBÜ = Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi
 A-YBÜ = Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi
 BSC-YBÜ = Beyin ve Sinir Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi
 GC-YBÜ = Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi
 GH-YBÜ = Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi

Yaş

Hemşirelerin; İİD etiyolojisi ve tanılama bilgisi, İİD risk faktörleri bilgisi, İİD önlemeye yönelik tutum, İİD önlemeye yönelik uygulamalar puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Cinsiyet

Hemşirelerin; İİD etiyolojisi ve tanılama bilgisi, İİD risk faktörleri bilgisi, İİD önlemeye yönelik tutum, İİD önlemeye yönelik uygulamalar puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Medeni durum

Hemşirelerin; İİD etiyolojisi ve tanılama bilgisi, İİD risk faktörleri bilgisi, İİD önlemeye yönelik tutum, İİD önlemeye yönelik uygulamalar puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Çalışılan bölüm

Hemşirelerin; İİD risk faktörleri bilgisi puanları çalışılan bölüme göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,983$; $p=0.006<0.05$; $\eta^2=0,150$). Farkın nedeni çalışılan bölüm kalp damar cerrahisi YBÜ olanların İİD risk faktörleri bilgisi puanlarının çalışılan bölüm üçüncü basamak dâhiliye YBÜ olanların İİD risk faktörleri bilgisi puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm kalp damar cerrahisi YBÜ olanların İİD risk faktörleri bilgisi puanlarının çalışılan bölüm ikinci basamak dâhiliye YBÜ olanların İİD risk faktörleri bilgisi puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm üçüncü basamak dâhiliye YBÜ olanların İİD risk faktörleri bilgisi puanlarının çalışılan bölüm koroner YBÜ olanların İİD risk faktörleri bilgisi puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm kalp damar cerrahisi YBÜ olanların İİD risk faktörleri bilgisi puanlarının çalışılan bölüm koroner YBÜ olanların İİD risk faktörleri bilgisi puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm göğüs hastalıkları YBÜ İİD risk faktörleri bilgisi puanlarının çalışılan bölüm koroner YBÜ olanların İİD risk faktörleri bilgisi puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm kalp damar cerrahisi YBÜ olanların İİD risk faktörleri bilgisi puanlarının çalışılan bölüm beyin ve sinir cerrahisi YBÜ olanların İİD risk faktörleri bilgisi puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm göğüs hastalıkları YBÜ İİD risk faktörleri bilgisi puanlarının çalışılan bölüm beyin ve sinir cerrahisi YBÜ olanların İİD risk faktörleri bilgisi puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm kalp damar cerrahisi YBÜ olanların İİD risk faktörleri bilgisi puanlarının çalışılan bölüm genel cerrahi YBÜ olanların İİD risk faktörleri bilgisi puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm göğüs hastalıkları YBÜ İİD risk faktörleri bilgisi puanlarının çalışılan bölüm genel cerrahi YBÜ olanların İİD risk faktörleri bilgisi puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Hemşirelerin İİD önlemeye yönelik tutum puanları çalışılan bölüme göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,087$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,195$). Farkın nedeni çalışılan bölüm genel cerrahi YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarının çalışılan bölüm üçüncü basamak dâhiliye YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm göğüs hastalıkları YBÜ İİD önlemeye yönelik tutum puanlarının çalışılan bölüm üçüncü basamak

dâhiliye YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm anestezi YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarının çalışılan bölüm ikinci basamak dâhiliye YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm genel cerrahi YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarının çalışılan bölüm ikinci basamak dâhiliye YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm göğüs hastalıkları YBÜ İİD önlemeye yönelik tutum puanlarının çalışılan bölüm ikinci basamak dâhiliye YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm anestezi YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarının çalışılan bölüm koroner YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm genel cerrahi YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarının çalışılan bölüm koroner YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm göğüs hastalıkları YBÜ İİD önlemeye yönelik tutum puanlarının çalışılan bölüm koroner YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm genel cerrahi YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarının çalışılan bölüm kalp damar cerrahisi YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm üçüncü basamak dâhiliye YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarının çalışılan bölüm beyin ve sinir cerrahisi YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm kalp damar cerrahisi YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarının çalışılan bölüm beyin ve sinir cerrahisi YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm anestezi YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarının çalışılan bölüm beyin ve sinir cerrahisi YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm genel cerrahi YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarının çalışılan bölüm beyin ve sinir cerrahisi YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm göğüs hastalıkları YBÜ İİD önlemeye yönelik tutum puanlarının çalışılan bölüm beyin ve sinir cerrahisi YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Hemşirelerin İİD önlemeye yönelik uygulamalar puanları çalışılan bölüme göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,375$; $p=0.026<0.05$; $\eta^2=0,124$). Farkın nedeni çalışılan bölüm üçüncü basamak dâhiliye YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik uygulamalar puanlarının çalışılan bölüm koroner YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik uygulamalar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm kalp damar cerrahisi YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik uygulamalar puanlarının çalışılan bölüm koroner YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik uygulamalar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Çalışılan bölüm göğüs hastalıkları YBÜ İİD önlemeye yönelik uygulamalar puanlarının çalışılan bölüm koroner YBÜ olanların İİD önlemeye yönelik uygulamalar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Hemşirelerin İİD etiyolojisi ve tanılama bilgisi puanları çalışılan bölüme göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Eğitim durumu

Hemşirelerin; İİD etiyolojisi ve tanılama bilgisi, İİD risk faktörleri bilgisi, İİD önlemeye yönelik tutum, İİD önlemeye yönelik uygulamalar puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Meslekte çalışma süresi

Meslekte çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşirelerin İİD önlemeye yönelik tutum puanları ($x=9,360$), meslekte çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olan hemşirelerin İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından ($x=10,351$) düşük bulunmuştur ($t=-2,148$; $p=0.034<0.05$; $d=0,420$; $\eta^2=0,036$).

Hemşirelerin; İİD etiyolojisi ve tanılama bilgisi, İİD risk faktörleri bilgisi, İİD önlemeye yönelik uygulamalar puanları meslekte çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Yoğun bakımda çalışma süresi

Yoğun bakım ünitesinde çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşirelerin İİD önlemeye yönelik tutum puanları ($x=9,486$), YBÜ’de çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olan hemşirelerin İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından ($x=10,706$) düşük bulunmuştur ($t=-1,976$; $p=0.05<0.05$; $d=0,515$; $\eta^2=0,031$).

Hemşirelerin; İİD etiyolojisi ve tanılama bilgisi, İİD risk faktörleri bilgisi, İİD önlemeye yönelik uygulamalar puanları yoğun bakımda çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olma

Yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olan hemşirelerin İİD önlemeye yönelik tutum puanları ($x=10,170$), yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olmayan hemşirelerin İİD önlemeye yönelik tutum puanlarından ($x=9,274$) yüksek bulunmuştur ($t=2,101$; $p=0.038<0.05$; $d=0,379$; $\eta^2=0,034$).

Hemşirelerin; İİD etiyolojisi ve tanılama bilgisi, İİD risk faktörleri bilgisi, İİD önlemeye yönelik uygulamalar puanları yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olmaya göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Yoğun Bakım Hemşirelerin İnkontinans İlişkili Dermatit Bölgelerini ve Şiddetini Değerlendirme Puan Ortalamaları ($n=126$)

İBDŞA	Orjinal ölçek puanı	$\bar{x}$	Ss	Min.	Maks.
Vaka-1 Değerlendirme Puanı	34	27,080	7,950	4,000	52,000
Vaka-2 Değerlendirme Puanı	16	16,240	6,006	2,000	49,000
Vaka-3 Değerlendirme Puanı	22	19,940	6,341	2,000	49,000
Vaka-4 Değerlendirme Puanı	4	4,480	2,900	1,000	16,000

Hemşirelerin “İBDŞA-Vaka-1 değerlendirme” puan ortalaması $27,080\pm7,950$ (Min=4; Maks=52), “İBDŞA-Vaka-2 değerlendirme” puan ortalaması $16,240\pm6,006$ (Min=2; Maks=49), “İBDŞA-Vaka-3 değerlendirme” puan ortalaması $19,940\pm6,341$ (Min=2; Maks=49), “İBDŞA-Vaka-4 değerlendirme” puan ortalaması çok yüksek $4,480\pm2,900$ (Min=1; Maks=16) olarak saptanmıştır.

Tablo 4.5. İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddeti Aracı ve İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasında Korelasyon Analizi

İİD-BTU-Ö		İBDŞA			
		Vaka-1 Değerlendirme	Vaka-2 Değerlendirme	Vaka-3 Değerlendirme	Vaka-4 Değerlendirme
İİD Etiyolojisi ve Tanılama Bilgisi	r	0,141	0,049	0,103	0,021
	p	0,116	0,589	0,251	0,819
İİD Risk Faktörleri Bilgisi	r	-0,028	0,131	0,167	0,116
	p	0,756	0,143	0,061	0,197
İİD Önlemeye Yönelik Tutum	r	-0,104	-0,074	0,150	0,020
	p	0,248	0,412	0,093	0,825
İİD Önlemeye Yönelik Uygulamalar	r	-0,004	0,046	-0,037	0,087
	p	0,966	0,611	0,683	0,332

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

İBDŞA'na göre Vaka-1, Vaka-2, Vaka-3 ve Vaka-4 değerlendirme puanları ile İİD etiyolojisi ve tanılama bilgisi, İİD risk faktörleri bilgisi, İİD önlemeye yönelik tutum, İİD önlemeye yönelik uygulamalar puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Yoğun bakım hemşirelerinin İİD yönetiminde bilgi, tutum ve uygulamaları ile İİD bulunan bölgeleri ve şiddetini değerlendirme düzeylerinin belirlenmesi amacıyla 126 hemşirenin katılımıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular, sınırlı sayıda literatür verileri doğrultusunda sistematik olarak ele alınmıştır.

Tanımlayıcı özellikler incelendiğinde; çalışmaya katılan 126 yoğun bakım hemşiresinin çoğunluğu 26-30 yaş aralığında (%67,5; n=85; ort: 27,610±3,139), %73,8'i kadın ve %73,1'i lisans mezunu hemşiredir. Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ortalama 5,420±3,322 yıl; YBÜ'de çalışma süresi ortalaması 4,140±2,422 yıldır ve yarısından fazlasının (%57,9) yoğun bakım hemşireliği sertifikası bulunmamaktadır (Tablo 4.1). Bu bulgular, yoğun bakım hemşirelerinin genç, mesleki ve yoğun bakım çalışma sürelerinin az olduğunu göstermektedir. Şahin ve Karadağ (2017)'in ülkemizde 126 yoğun bakım hemşiresi ile yürüttüğü benzer çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 29,5±6,77, çoğunluğu kadın ve lisans mezunu hemşirelerdir. Aynı çalışmada katılımcıların meslekte hizmet süresi ortalama 7,99±6,5 yıl ve YBÜ'de çalışma süresi ise ortalama 5,16±5,6 yıl olarak bulunmuştur (87). Tay et al. (2020) 263 yoğun bakım hemşiresi ile yürüttüğü benzer çalışmada hemşirelerin çoğunluğu kadın, yaş aralığı 25-34, yarısından fazlası lisans mezunu ve mesleki deneyim süresi ortalama 8 yıldır (93). Korkmaz ve ark. (2022) ülkemizde yoğun bakım ve palyatif bakım kliniğinde 272 hemşire ile yürüttüğü çalışmasında hemşirelerin yaş ortalaması 26,45±4,58, %82,4'ü kadın, %68,4'ü lisans mezunu, meslekte çalışma yılı ortalaması 4,52±4,49 yıl olarak saptanmıştır (90). Kaçmaz ve ark. (2023)'in 226 yoğun bakım hemşiresi ile yaptıkları çalışmada araştırmaya katılan hemşirelerin 27-31 yaş aralığında (ort: 30,81 ± 5,75), kadın hemşirelerin çoğunlukta olduğu ve çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun lisans düzeyinde olduğu görülmektedir (51). Zhang et al. (2023) çalışmasına katılan 259 yoğun bakım hemşiresinin sosyo-demografik özelliklerine incelendiğinde; kadın hemşirenin daha fazla sayıda, 31-35 yaş aralığında, lisans mezunu olduğu ve hemşirelerin meslekteki deneyim süresi 6-10 yıl arasında olduğu belirlenmiştir (108). Avşar ve ark. (2019) yürüttüğü çalışmaya katılan 181 hemşirenin yaş ortalamaları ise 30,99±5,73, tamamı

kadın, %73,6'sı lisans mezunu ve şu an çalıştıkları servislerde çalışma süresi $4,62 \pm 4,60$ yıl olduğu bildirilmiştir (6). Ulusal boyutta yoğun bakım hemşireleri ile yapılan çalışmalar ile bu çalışmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin tanımlayıcı özelliklerinin benzer olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerin İİD etiyolojisi ve tanılama bilgisi puan ortalaması $21,262 \pm 2,277$; İİD risk faktörleri bilgisi puan ortalaması $26,246 \pm 2,715$; İİD'yi önlemeye yönelik tutumları puan ortalaması $9,651 \pm 2,394$; İİD'yi önlemeye yönelik uygulamalar puan ortalaması $25,421 \pm 2,954$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). Kaçmaz ve ark. (2023) yoğun bakım hemşireleri ile yürüttüğü çalışmada; yoğun bakım hemşirelerinin İİD etiyoloji ve tanılama bilgisi puan ortalaması $18,22 \pm 4,05$, İİD risk faktörleri bilgisi puan ortalaması $23,13 \pm 5,02$, İİD'yi önlemeye yönelik tutum puan ortalaması $8,18 \pm 3,38$ ve İİD önlemeye yönelik uygulamalar puan ortalaması $25,18 \pm 4,35$ olarak bulunmuştur (51). Sönmez ve ark. (2022) yaptıkları çalışmada ise yoğun bakım hemşirelerinin İİD etiyoloji ve tanılama bilgisi puan ortalaması $25,59 \pm 4,85$; İİD risk faktörleri bilgisi puan ortalaması $20,06 \pm 3,84$; İİD önlemeye yönelik tutumları puan ortalaması $13,71 \pm 2,93$; İİD'yi önlemeye yönelik uygulamalar puan ortalaması $23,58 \pm 4,25$ olarak belirlenmiştir (90). Bu çalışmada Kaçmaz ve ark. (2023) yaptığı çalışmaya göre nispeten daha yüksek İİD-BTU-Ö alt boyut puanına, Sönmez ve ark. (2022) yaptığı çalışmaya göre de benzer sonuca ulaşılmıştır. Yoğun bakım hastalarında İİD oluşumunu önlemede hemşirelerin kilit öneme sahip olduğu ve hastalarda İİD gelişiminin etkili hemşirelik bakımı uygulamalarıyla önlenebilecek bir komplikasyon olduğu belirtilmektedir (96). Bu nedenle İİD'nin etiyolojisi, tanınması, risk faktörleri, önlenmesi ve yönetimine ilişkin yoğun bakım hemşirelerinin bilgi, tutum ve uygulamalarının sürekli geliştirilmesi için hizmet içi eğitim programlarının yapılandırılması önemlidir. İİD etiyolojisi, tanılama bilgisi ve İİD risk faktörleri bilgisinin geliştirilmesi İİD yönetiminde kullanılan müdahalelerin uygunluğunu belirleme açısından önemlidir (93). Risk faktörleri, hastanın İİD geliştirme olasılığını artıran durumlardır. Bunlar arasında üriner/fekal inkontinansın varlığı, yaşlanmaya bağlı cildin bariyer fonksiyonunun azalması, immobilité, bazı ilaçlar, öz bakım eksikliği, bilişsel fonksiyonların azalması ve yetersiz beslenme durumu vd. yer alır (9). İİD için risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olmak ve risk altındaki hastaları belirlemek,

koruyucu hemşirelik girişimlerinin planlanmasına katkı sağlar aynı zamanda İİD önleme çabalarının ilk adımıdır (93, 94). İİD ortalama üç günde gelişir ve ortalama iki günde hafiften şiddetliye doğru ilerler (67), bu durum İİD'nin son derece hızlı geliştiğini ve risk faktörlerinin değerlendirilmesinin önemli bir ihtiyaç olduğunu göstermektedir (93). Yoğun bakım hemşirelerinin risk altındaki hastaları erken tespit etmesi İİD'ye karşı uygun önlemlerin alınmasını sağlayabilir (93). Ayrıca hemşirelerin tutumunun, İİD önlenmesinde önemli bir belirleyici olduğu ve bakım kalitesini artırabileceği belirtilmiştir (109). Aynı şekilde hemşirelerin olumsuz tutumlarının ise, bu konuyla ilgili iyi düzeyde bilgi sahibi olsalar bile, İİD'nin önlenmesini ve bakımın kalitesini riske atabileceği vurgulanmıştır (93). Hemşirelerin İİD'ye karşı tutumları bir davranış değil, çeşitli durumlarda sorunları fakedebilme ve çözme eğilimi olarak değerlendirilmektedir (108). İİD-BTU-Ö alt boyutundan elde edilen sonuçlar, İİD yönetiminde hemşirelerin eğitim gereksinimlerine rehberlik eder (93). İİD'nin önlenmesi ve yönetiminde yoğun bakım hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda bakım vermesi, hemşirelik bakım kalitesini artırılması ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesi açısından önemlidir (93).

Çalışmaya katılan yoğun bakım hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu ve aldığı eğitime göre çalışmaya katılan hemşirelerin İİD-BTU-Ö alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4.3). Kaçmaz ve ark. (2023) çalışmasında da benzer şekilde yaş, cinsiyet ve aldıkları eğitime göre ölçek alt boyutları puanı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (51). İİD-BTU-Ö alt boyut puanlarına bakıldığında çalışılan yoğun bakım üniteleri bölümler arası anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4.3; $p<0,05$). İİD risk faktörleri bilgisi alt boyutu puanı Kalp Damar Cerrahisi YBÜ'de, İİD'yi önlemeye yönelik tutum alt boyut puanı Genel Cerrahi YBÜ'de ve İİD'yi önlemeye yönelik uygulama alt boyut puanı Kalp Damar Cerrahisi YBÜ'de çalışan hemşirelerde daha yüksektir (Tablo 4.3; $p<0,05$). Yoğun bakım ünitelerine göre hemşirelerin İİD-BTU-Ö puanlarını karşılaştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yoğun bakım ünitelerine göre İİD-BTU-Ö alt boyut puanlarının değişmesinin nedenlerinden bazıları; hemşirelerin mesleki deneyim süresi, yoğun bakım deneyim süresi, hemşirelerin çalıştıkları yoğun bakım üniteleri arasında rotasyon yapması ve/veya İİD sorunu olan hastaya bakım verme deneyimi olabilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin meslekte çalışma süresi ve YBÜ’de çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olan hemşirelerin daha az çalışma yılı olan hemşirelere göre İİD’yi önlemeye yönelik tutum puanını daha yüksektir (Tablo 4.3; $p<0.05$). Literatür incelendiğinde benzer şekilde Kaçmaz ve ark. (2023) yaptığı çalışmada yoğun bakım ünitelerinde 7 yıl veya daha uzun süre çalışan hemşirelerin İİD bilgi, tutum ve uygulamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (51). Şahin’in (2017) yaptığı çalışmada hemşirelerin meslekte toplam hizmet süresinin ve çalışılan yoğun bakım ünitesindeki hizmet süresinin İİD’nin tanımı ve etiyolojisi, İİD’nin tanılanması, İİD’yi önleme ve tedavi girişimleri ve İİD’ye ilişkin toplam doğru yanıt puanları üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (91). Yeni’nin (2019) ülkemizde yoğun bakım hemşireleri ile yürüttüğü çalışmasında da YBÜ’de çalışma süresi 5 yıl ve üzeri olan hemşirelerin bilgi düzeyi puanının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (105). Bu çalışma ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalardan elde edilen sonuçlar, yoğun bakım hemşirelerinin İİD’ye yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarının yoğun bakım deneyimi kazandıkça geliştiğini göstermektedir. Ancak yoğun bakım hemşirelerinin İİD’nin önlenmesi ve bakımına yönelik hazır oluşluklarını sağlamak için hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası eğitim programlarında İİD’nin önlenmesi ve yönetimi konularına yer verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olan hemşirelerin İİD’yi önlemeye yönelik tutum puanları, yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olmayan hemşirelerin İİD’yi önlemeye yönelik tutum puanlarından yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3; $p<0.05$). Ancak hemşirelerin İİD-BTU-Ö alt boyut puanları arasında yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olma durumuna göre anlamlı farklılık görülmemektedir. Bu sonuç, yoğun bakım hemşireliği sertifikasının önemini göstermesi açısından dikkat çekicidir. Yoğun bakım hemşirelerinin sertifika durumuna göre İİD-BTU-Ö ve alt boyutlarını sertifika durumuna göre karşılaştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde yoğun bakım hemşireliği sertifikalı eğitim programında (2015) basınç yaralanması konusu yer almakla birlikte, İİD konusu bulunmamaktadır (86). Ayrıca Hemşirelikte Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP-2022)’e incelendiğinde de İİD konusu hemşirelik lisans müfredatında da spesifik olarak yer almamaktadır (45). Hemşirelerin İİD’yi önleme ve bakımına yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarını geliştirmek için hem mezuniyet

öncesi hem de mezuniyet sonrası eğitim programlarında bu konunun yer almasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin İBDŞA-Vaka-1 değerlendirme puan ortalaması $27,080 \pm 7,950$; İBDŞA-Vaka-2 değerlendirme puan ortalaması $16,240 \pm 6,006$; İBDŞA-Vaka-3 değerlendirme puan ortalaması $19,940 \pm 6,341$; İBDŞA-Vaka-4 değerlendirme puan ortalaması $4,480 \pm 2,900$ olarak saptanmıştır. Avşar ve ark. (2019) ülkemizde yoğun bakım üniteleri, ortopedi ve geriatri klinikleri ile yara bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle yürüttüğü çalışmada hemşirelerin İBDŞA-Vaka-1 değerlendirme puan ortalaması $31,93 \pm 4,39$; İBDŞA-Vaka-2 değerlendirme puan ortalaması $16,02 \pm 2,48$; İBDŞA-Vaka-3 değerlendirme puan ortalaması $20,83 \pm 3,11$; İBDŞA-Vaka-4 değerlendirme puan ortalaması ise $4,01 \pm 0,83$ olarak bulunmuştur (6). Borchert et al. (2010) yoğun bakım hemşireleri ile yürüttüğü çalışmada İBDŞA-Vaka-1 değerlendirme toplam puanı 34, İBDŞA-Vaka-2 değerlendirme toplam puanı 16, İBDŞA-Vaka-3 değerlendirme toplam puanı 22 ve İBDŞA-Vaka-4 değerlendirme toplam puanı 4 olarak bulunmuştur (21). Bu çalışmada Avşar ve ark. yürüttüğü çalışmaya göre İBDŞA-Vaka-1 puanları nispeten daha düşük olmakla birlikte İBDŞA-Vaka-2, İBDŞA-Vaka-3 ve İBDŞA-Vaka-4 puanları benzerdir. Bochert ve ark. (2010) yürüttüğü çalışmaya göre ise İBDŞA-Vaka-1 ve İBDŞA-Vaka-3 puanları daha düşük; İBDŞA-Vaka-2 ve İBDŞA-Vaka-4 puanları benzerdir. Vaka puanları arasındaki değişkenlik, örneklem grubundan, yoğun bakım hemşirelerinin daha önce İİD için herhangi bir değerlendirme aracını kullanmamış olması ve/veya İİD'ye yönelik deneyimlerinin farklılığından kaynaklanmış olabilir. Lee ve Kim (2016) İİD konusunda hemşirelerin görsel ayırıcı tanı yeteneğini geliştirmek için klinik uygulamaya dayalı sürekli farklılaştırılmış eğitime ihtiyaç olduğunu vurgulamıştır (63). Yoğun bakım hemşirelerinin İİD'nin önlenmesi ve yönetimine yönelik planlanacak eğitim programlarında teorik derslerin yanı sıra pratik uygulamanın da yapılması önemlidir. Pratik uygulamada simüle ve gerçek vakaların kullanılması yoğun bakım hemşirelerinin İİD'yi tanılama becerilerini geliştirmesi açısından yararlı olabilir.

İBDŞA'ya göre vaka-1, vaka-2, vaka-3, vaka-4 değerlendirme puanları, İİD-BTU-Ö alt boyut puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.5; $p>0.05$). Literatürde İİD-BTU-Ö, İİD bölgeleri ve şiddetini değerlendirme puanları arasında ilişkiyi karşılaştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Oysa yoğun bakım hemşirelerin İİD'ye yönelik bilgi, tutum ve uygulama puanları arttıkça, İİD bulunan bölgeleri ve şiddetini değerlendirme puanlarının da artması beklenmektedir. İnkontinansın tipik olarak meydana geldiği perineal bölge anatomik olarak basınç yaralanması oluşma bölgesine yakındır ve İİD ile basınç yaralanması için yüksek riskli hasta grubu benzerdir (78). Etiyolojideki bu benzerlik nedeniyle hemşirelerin İİD ve basınç yaralanmasını ayırt etmekte zorluk yaşadığı ve İİD'nin basınç yaralanmaları ve diğer cilt hastalıklarıyla da karıştırılabileceği belirtilmiştir (9, 39, 57, 78). Liu et al. (2023) Çin'in 12 eyaletinden 24 hastanede yoğun bakım hemşirelerinin basınç yaralanmasını ve İİD'yi tanımlama yeteneğini ve olası etkileyen faktörleri incelemek için yürüttükleri çalışmada; yoğun bakım hemşirelerinin basınç yaralanmasını ve İİD'yi ayırt etme yeteneğinin beklenilenden düşük olduğu sonucuna varılmıştır (66). Park et al. (2024) hemşirelerin basınç yaralanması sınıflandırma sistemi ve İİD bilgisi ve görsel ayırt edebilme yeteneğini değerlendirdiği tanımlayıcı çalışmada da basınç yaralanması ve İİD ayırt etme bilginin yeterli olmadığı bulunmuştur (78). Literatürde İİD'yi doğru tanımlamanın, tedaviyi sağlamak açısından zorunlu olduğu bildirilmiştir (69). Aksi takdirde semptomların şiddetlenmesine yol açabilir (57). İİD başarılı bir şekilde tanımlanabilir, önlenir ve tedavi edilebilirse, komplikasyonları ve maliyeti azaltmaya yardımcı olur (80).

Sonuç olarak; bu çalışmadan elde edilen bulgular, yoğun bakım hemşirelerinin İİD yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları ile İİD bölgeleri ve şiddetini değerlendirme düzeylerinin geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur.

5.1. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışmanın sonuçları tek bir hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireleri ile sınırlı olup, bulgular genellenemez. Ayrıca çalışmanın yapıldığı hastanenin sadece bir yoğun bakım ünitesi araştırmaya dâhil edilememiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Yoğun bakım hemşirelerinin İİD yönetiminde bilgi, tutum ve uygulamalarını ile İİD bulunan bölgeleri ve şiddetini değerlendirme düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan (n=126) bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

1- Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $27,610 \pm 3,139$ olarak saptanmıştır. Hemşirelerin %73,1'i lisans mezunu, %73,8'i kadın, %37,3'ü evli ve %34,1'i üçüncü basamak dâhiliye YBÜ'de çalışmaktadır. Hemşirelerin YBÜ'de çalışma süresi ortalaması $4,140 \pm 2,422$ yıl olup, yarısından fazlasında (%57,9) yoğun bakım hemşireliği sertifikası yoktur (Tablo 4.1).

2- Hemşirelerin İİD-BTU-Ö'ye göre İİD etiyolojisi ve tanılama bilgi puan ortalaması $21,262 \pm 2,277$, İİD risk faktörleri bilgi puan ortalaması $26,246 \pm 2,715$, İİD önlemeye yönelik tutum puan ortalaması $9,651 \pm 2,394$, İİD önlemeye yönelik uygulama puan ortalaması $25,421 \pm 2,954$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.2).

3- Yoğun bakım hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumuna göre İİD-BTU-Ö alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$; Tablo 4.3).

4- Çalışılan bölüme göre İİD-BTU-Ö alt boyutunda İİD risk faktörleri bilgisi puanı, İİD önlemeye yönelik tutum puanı, İİD önlemeye yönelik uygulama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$; Tablo 4.3)

5- Meslekte ve YBÜ'de çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olanların İİD önlemeye yönelik tutum alt boyut puanları daha yüksektir (Tablo 4.3).

6- Yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olan hemşirelerin İİD önlemeye yönelik tutum alt boyut puanları daha yüksektir (Tablo 4.3).

7- Yoğun bakım hemşirelerinin İBDŞA-Vaka-1 değerlendirme puan ortalaması $27,080 \pm 7,950$; İBDŞA-Vaka-2 değerlendirme puan ortalaması $16,240 \pm 6,006$; İBDŞA-Vaka-3 değerlendirme puan ortalaması $19,940 \pm 6,341$; İBDŞA-Vaka-4 değerlendirme puan ortalaması $4,480 \pm 2,900$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.4).

8- İBDŞA'ya göre değerlendirilen vaka-1, vaka-2, vaka-3, vaka-4 değerlendirme puanları ile İİD-BTU-Ö alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.5; $p > 0.05$).

6.2. ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre;

- İİD önlenmesi ve yönetimine yönelik yoğun bakım hemşirelerinin bilgi, tutum ve uygulamalarını geliştirmek için sürekli hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Yoğun bakım hemşireliği sertifikalı eğitim programında İİD'nin önlenmesi ve yönetimi konularına yer verilmesi,
- Bu çalışmanın çok merkezli bir evrende ve daha fazla örneklemin dâhil edilebileceği bir araştırma yürütülmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Akkuş, M. (Ed) (2022). Sağlık&Bilim Genel Embriyoloji-1, Efe Akademi Yayınları.
2. Alzghoul, B. I., & Abdullah, N. A. (2016). Pain Management Practices by Nurses: an Application of the Knowledge, Attitude and Practices (KAP) Model. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 154-160.
3. Aoki, Y., Brown, H. W., Brubaker, L., Cornu, J. N., Daly, J. O., & Cartwright, R. (2017). Urinary Incontinence in Women. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1), 1-20.
4. Aştı, T., & Karadağ, A. (2021). Hemşirelik Esasları (2. Baskı), Akademi Yayınevi.
5. Avrupa Basınç Yaralanması Danışma Paneli, Ulusal Basınç Yaralanması Danışma Paneli ve Pan Pasifik Basınç Yaralanması İttifakı, 2019.
6. Avşar, P., Gül, Ş., & Karadağ, A. (2019). İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddeti Aracı'nın Türkçeye Uyarlanması ve Geçerlilik ve Gözlemciler Arası Doğrulama Yüzdesi Çalışması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(2), 104-111.
7. Azap, A., Yalın, N. Y., & Cinel, İ. (2021). Yoğun Bakım Ünitelerinde Karar Verme Konulu Politika Belgesi. *Klimik Journal/Klimik Dergisi*, 34(2).
8. Beeckman, D. (2017), a Decade of Research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Evidence, Knowledge Gaps and Next Steps. *Journal of Tissue Viability*, 26(1), 47- 56.
9. Beeckman, D., Campbell, J., Campbell, K., Denise Chimentão, D., Domansky, R., Gray, M., ... & Wang, L. (2015). Incontinence-Associated Dermatitis: Moving Prevention Forward. *Wounds International*.
<https://woundsinternational.com/consensus-documents/incontinence-associated-dermatitis-moving-prevention-forward/> (Erişim Tarihi: 28.04.2024)
10. Beeckman, D., Schoonhoven, L., Fletcher, J., Furtado, K., Gunningberg, L., Heyman, H., ... & Defloor, T. (2007). EPUAP Classification System for Pressure Ulcers: European Reliability Study. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 682-691.

11. Beeckman, D., Schoonhoven, L., Verhaeghe, S., Heyneman, A., & Defloor, T. (2009). Prevention and Treatment of Incontinence- Associated Dermatitis: Literature Review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1141-1154.
12. Beeckman, D., Van Damme, N., Schoonhoven, L., Van Lancker, A., Kottner, J., Beele, H., Gray, M., Woodward, S., Fader, M., Van den Bussche, K., Van Hecke, A., De Meyer, D., & Verhaeghe, S. (2016). Interventions for Preventing and Treating Incontinence-Associated Dermatitis in Adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD011627.
13. Beeckman, D., Van Den Bussche, K., Alves, P., Arnold Long, M. C., Beele, H., Ciprandi, G., ... & Kottner, J. (2018). Towards an International Language for Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Design and Evaluation of Psychometric Properties of The Ghent Global IAD Categorization Tool (GLOBIAD) in 30 Countries. *British Journal of Dermatology*, 178(6), 1331-1340.
14. Beeckman, D., Verhaeghe, S., Defloor, T., Schoonhoven, L., & Vanderwee, K. (2011). a 3-In-1 Perineal Care Washcloth Impregnated With Dimethicone 3% Versus Water and Ph Neutral Soap to Prevent and Treat Incontinence-Associated Dermatitis: a Randomized, Controlled Clinical Trial. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 38(6), 627-634.
15. Beele, H., Smet, S., Van Damme, N., & Beeckman, D. (2018). Incontinence-Associated Dermatitis: Pathogenesis, Contributing Factors, Prevention and Management Options. *Drugs & Aging*, 35(1), 1-10.
16. Bermudez, N., Sa, B. C., Yaghi, M., Hargis, A., & Elman, S. A. (2023). Incontinence-Associated Dermatitis: a Practical Guide for the Consulting Dermatologist. *Current Dermatology Reports*, 12(4), 291-295.
17. Bilge, Ç., & Beji, N. K. (2018). Fekal İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, 4 (1):86-99
18. Black, J. M., Gray, M., Bliss, D. Z., Evans, K. L., Logan, S., Baharestani, M.M., Colwell, J. C., Goldberg, M. And Ratliff, C. R. (2011). MASD Part 2: Incontinence-Associated Dermatitis and Intertriginous Dermatitis. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 38(4), 359-70.

19. Bliss, D. Z., Savik, K., Harms, S., Fan, Q., & Wyman, J. F. (2006). Prevalence and Correlates of Perineal Dermatitis in Nursing Home Residents. *Nursing Research*, 55(4), 243-251.
20. Bliss, D. Z., Savik, K., Thorson, M. A., Ehman, S. J., Lebak, K., & Beilman, G. (2011). Incontinence- Associated Dermatitis in Critically Ill Adults: Time to Development, Severity, and Risk Factors. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society/WOCN*, 38(4), 433–445.
21. Borchert, K., Bliss, D. Z., Savik, K., & Radosevich, D. M. (2010). The Incontinence-Associated Dermatitis and Its Severity Instrument: Development and Validation. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 37(5), 527-535.
22. Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö. ve Köklü, N. (2018). *Sosyal Bilimler İçin İstatistik*, Pegem Akademi.
23. Campbell, J., Cook, J. L., Doubrovsky, A., Vann, A., Mcnamara, G., & Coyer, F. (2019). Exploring Incontinence-Associated Dermatitis in a Single Center Intensive Care Unit: a Longitudinal Point Prevalence Survey. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 46(5), 401-407.
24. Chianca, T. C., Gonçalves, P. C., Salgado, P. O., Machado, B. O., Amorim, G. L., & Alcoforado, C. L. (2017). Incontinence-Associated Dermatitis: a Cohort Study in Critically Ill Patients. *Dermatite Associada à Incontinência: Estudo de Coorte em Pacientes Críticos. Revista Gaucha de Enfermagem*, 37(spe), e68075.
25. Clarke-O'Neill, S., Farbroth, A., Eidrup, M. L. L., Cottenden, A., & Fader, M. (2015). Is It Feasible to Use Incontinence-Associated Dermatitis Assessment Tools in Routine Clinical Practice in the Long-Term Care Setting?. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 42(4), 379-388.
26. Coyer, F., & Campbell, J. (2018). Incontinence- Associated Dermatitis in the Critically Ill Patient: an Intensive Care Perspective. *Nursing in Critical Care*, 23(4), 198-206.
27. Coyer, F., Campbell, J., & Doubrovsky, A. (2020). Efficacy of Incontinence-Associated Dermatitis Intervention for Patients in Intensive Care: an Open-Label

- Pilot Randomized Controlled Trial. *Advances in Skin & Wound Care*, 33(7), 375-382.
28. Coyer, F., Gardner, A., & Doubrovsky, A. (2017). an Interventional Skin Care Protocol (Inspire) to Reduce Incontinence-Associated Dermatitis in Critically Ill Patients in The Intensive Care Unit: a Before and After Study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 40, 1-10.
 29. Craythorne, E., & Daly, M., (2022). *Pocket Tutor Dermatology*. (Çev. E. Yüksel, S. Gürel). İstanbul Tıp Kitapevler, İstanbul (Orijinal yayın tarihi: 2015).
 30. Cunich, M., Barakat-Johnson, M., Lai, M., Arora, S., Church, J., Başjarahil, S., ... & Coyer, F. (2022). The Costs, Health Outcomes and Cost-Effectiveness of Interventions for The Prevention and Treatment of Incontinence-Associated Dermatitis: a Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 129, 104216.
 31. Çelik, S. (2009). Yoğun Bakım Hastalarında Fekal İnkontinans Yönetim Sistemlerinin Etkinliği: Hemşirelik Açısından Anlamı. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 17(2), 137-143.
 32. Defloor, T., & Schoonhoven, L. (2004). Inter- Rater Reliability of the EPUAP Pressure Ulcer Classification System Using Photographs. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), 952-959.
 33. Del Cotillo-Fuente, M., Valls-Matarin, J., & Sandalinas-Mulero, I. (2021). Efficacy of a Comprehensive Strategy to Reduce Moisture-Associated Skin Damage in an Intensive Care Unit: a Quasi-Experimental Study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 63, 102964.
 34. Demir, S., & Beji, N. K. (2015). Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları. *FN Hem. Derg*, 23(1), 23-31.
 35. Denat, Y., & Khorshid, L. (2010). Fekal İnkontinansın Bakımı ve Bakımda Kullanılan Ürünler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 94-103.
 36. Dursun, R. (Ed) (2020). *Shimizu'nun Dermatolojisi (II. Baskı)*. İstanbul Tıp Kitapevi.
 37. Ersser, S. J., Getliffe, K., Voegeli, D., & Regan, S. (2005). a Critical Review of The Inter-Relationship Between Skin Vulnerability and Urinary Incontinence

- and Related Nursing Intervention. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 823-835.
38. Fletcher, J., Beeckman, D., Boyles, A., Fumarola, S., Kottner, J., McNichol, L., ... & Voegeli, D. (2020). International Best Practice Recommendations: Prevention and Management of Moisture-Associated Skin Damage (MASD).
 39. Francis, K. (2019). Damage Control: Differentiating Incontinence-Associated Dermatitis From Pressure Injury. *The Nurse Practitioner*, 44(12), 12-17.
 40. George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS For Windows Step By Step: a Simple Guide and Reference*, 17.0 Update (10a Ed.) Boston: Pearson.
 41. Gray, M., & Giuliano, K. K. (2018). Incontinence-Associated Dermatitis, Characteristics and Relationship to Pressure Injury: a Multisite Epidemiologic Analysis. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 45(1), 63-67.
 42. Gray, M., Beeckman, D., Bliss, D.Z., Donna, Z., Fader, M., Logan, S., Junkin, J., Selekof, J., Doughty, D. And Kurz, P. (2012). Incontinence-Associated Dermatitis: a Comprehensive Review and Update. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 39(1), 61-74.
 43. Gray, M., Bliss, D. Z., & McNichol, L. (2022). Moisture-Associated Skin Damage: Expanding and Updating Practice Based on the Newest ICD-10-CM Codes. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 49(2), 143-151.
 44. Gray, M., Bliss, D. Z., Doughty, D. B., Ermer-Seltun, J., Kennedy-Evans, K. L., & Palmer, M. H. (2007). Incontinence-Associated Dermatitis: a Consensus. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 34(1), 45-54.
 45. Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP) 2022. https://www.hemed.org.tr/wpcontent/uploads/2023/10/hemsirelik_cekirdek_egitim_programi.pdf (Erişim Tarihi: 05.06.2024).
 46. Hoedl, M., Osancevic, S., & Bauer, S. (2023). Characteristics of Fecal Incontinence: a Secondary Analysis of Stool Consistency Data as Predictors for Incontinence-Associated Dermatitis. *Journal of the Dermatology Nurses' Association*, 15(2), 76-83.
 47. Hoggarth, A., Waring, M., Alexander, J., Greenwood, A., & Callaghan, T. (2005). a Controlled, Three-Part Trial to Investigate the Barrier Function and

- Skin Hydration Properties of Six Skin Protectants. *Ostomy/Wound Management*, 51(12), 30-42.
48. Hödl, M., Blanař, V., Amir, Y., & Lohrmann, C. (2020). Association Between Incontinence, Incontinence- Associated Dermatitis and Pressure Injuries: a Multisite Study Among Hospitalised Patients 65 Years Or Older. *The Australasian Journal of Dermatology*, 61(1), e144.
 49. Jiang, H., Shen, J., Lin, H., Xu, Q., Li, Y., & Chen, L. (2023). Risk Factors of Incontinence-Associated Dermatitis Among Critically Ill Patients: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Medicine*, 10, 1146697.
 50. Johansen, E., Bakken, L. N., Duvaland, E., Faulstich, J., Hoelstad, H. L., Moore, Z., ... & Beeckman, D. (2018). Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Prevalence and Associated Factors in 4 Hospitals in Southeast Norway. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 45(6), 527-531.
 51. Kaçmaz, H. Y., Kaplan, Ö., Kaplan, A., Şahin, M. G., Cetinkaya, A., & Avci, A. (2023). Incontinence-Associated Dermatitis: Prevalence in Intensive Care Units and Knowledge, Attitudes, and Practices of Nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 38(4), 354-360.
 52. Kalaycı, Şeref (2006) SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, S.116.
 53. Kaymak Köse, Y. (2022). Yoğun Bakım Hastalarında İnkontinans Alakalı Dermatit Gelişiminin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
 54. Kayser, S. A., Koloms, K., Murray, A., Khawar, W., & Gray, M. (2021). Incontinence and Incontinence-Associated Dermatitis in Acute Care: a Retrospective Analysis of Total Cost of Care and Patient Outcomes from the Premier Healthcare Database. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 48(6), 545-552.
 55. Kon, Y., Ichikawa-Shigeta, Y., Iuchi, T., Nakajima, Y., Nakagami, G., Tabata, K., ... & Sugama, J. (2017). Effects of a Skin Barrier Cream on Management of Incontinence-Associated Dermatitis in Older Women: a Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 44(5), 481-486.

56. Kottner, J., Blume-Peytavi, U., Lohrmann, C., & Halfens, R. (2014). Associations Between Individual Characteristics and Incontinence-Associated Dermatitis: a Secondary Data Analysis of a Multi-Centre Prevalence Study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(10), 1373-1380.
57. Kottner, J., Kolbig, N., Bültemann, A., & Dissemond, J. (2020). Incontinence-Associated Dermatitis: a Position Paper. *Der Hautarzt*, 71, 46-52.
58. Koudounas, S., Bader, D. L., & Voegeli, D. (2020). Knowledge Gaps in the Etiology and Pathophysiology of Incontinence-Associated Dermatitis: a Scoping Review. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 47(4), 388-395.
59. Koudounas, S., Bader, D. L., & Voegeli, D. (2021). Investigating the Release of Inflammatory Cytokines in a Human Model of Incontinence-Associated Dermatitis. *Journal of Tissue Viability*, 30(3), 427-433.
60. Köse, O., Bayrak, Ö., & Kadioğlu, A. (2023). Kadın Mesane Çıkış Obstruksiyonu: Teşhis ve Tedavi.
61. Kroboth, G. (2014), “Inkontinenz Assoziierte Dermatitis”, [Inkontinenzassoziierte Dermatitis. Gabriele Kroboth, Msc - PDF Kostenfreier Download \(Docplayer.Org\)](#) (Erişim Tarihi: 01.05.2024)
62. Langemo, D., Hanson, D., Hunter, S., Thompson, P., & Oh, I. E. (2011). Incontinence and Incontinence-Associated Dermatitis. *Advances in Skin & Wound Care*, 24(3), 126-140.
63. Lee, Y. J. & Kim, J. Y., Korean Association of Wound Ostomy Continence Nurses. (2016). Effects of Pressure Ulcer Classification System Education Programme on Knowledge and Visual Differential Diagnostic Ability of Pressure Ulcer Classification and Incontinence- Associated Dermatitis for Clinical Nurses in Korea. *International Wound Journal*, 13, 26-32.
64. Li, Y. M., Lee, H. H. C., Lo, Y. L., & Chao, H. L. (2019). Perineal Assessment Tool (PAT-C): Validation of a Chinese Language Version and Identification of a Clinically Validated Cut Point Using ROC Curve Analysis. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 46(2), 150-153.
65. Lian, Y. (2016). Barrier Products in the Treatment of Incontinence-Associated Dermatitis. *Nurs Stand*, 30(47), 59-69.

66. Liu, H., Du, A., Tian, Y., Gao, M., Ji, S., Mi, J., ... & Cao, X. (2023) The Ability of Critical Care Nurses to Identify Pressure Injury and Incontinence- Associated Dermatitis: a Multicentre Cross- Sectional Survey. *Nursing Open*, 10(3), 1556-1564.
67. Ma, Z. Z., Song, J. Y., & Wang, M. (2017). Investigation and Analysis on Occurrence of Incontinence-Associated Dermatitis of ICU Patients With Fecal Incontinence. *Int J Clin Exp Med*, 10(5), 7443-7449.
68. Mahoney, M., Rozenboom, B., Doughty, D., & Smith, H. (2011). Issues Related to Accurate Classification of Buttocks Wounds. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 38(6), 635-642.
69. McNichol, L. L., Ayello, E. A., Phearman, L. A., Pezzella, P. A., & Culver, E. A. (2018). Incontinence-Associated Dermatitis: State of the Science and Knowledge Translation. *Advances in Skin & Wound Care*, 31(11), 502-513.
70. Menon, G. K., Cleary, G. W., & Lane, M. E. (2012). the Structure and Function of the Stratum Corneum. *International Journal of Pharmaceutics*, 435(1), 3-9.
71. Mohamed Elsayed, S. (2023). Risk Determinants of Incontinence Associated Dermatitis Among Critically Ill Patients. *Egyptian Journal of Health Care*, 14(1), 155-171.
72. Nazim, H. (2019). Dâhiliye Kliniklerinde Yatan Hastalarda Üriner ve Fekal İnkontinans Varlığının Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
73. Orhan, B.N., Gezgin, E. & Göktaş, S. (2023). Üriner İnkontinans İlişkili Dermatit ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(4), 696-700.
74. Ousey, K., & O'Connor, L. (2017). IAD Made Easy. *Wounds UK*, 13(1), 1-6.
75. Özcan, M., Kapucu, S. (2014), Üriner İnkontinansı Olan Geriatrik Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 101-109.
76. Özdemir Aydın, G., Kaya, H. (2017), İnkontinans ile İlişkili Dermatiti Değerlendirme Ölçeği; Gözlemciler Arası Uyum Çalışması, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(2): 111-118.

77. Özkan, A., Ş. & Akyol, M. (Eds) (2019). *Dermatookoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
78. Park, S., Kim, E. J., Lee, S. J., Kim, E. J., Lee, J. Y., & Hong, J. E. (2024). Knowledge and Visual Differentiation Ability of the Pressure Injury Classification System and Incontinence-Associated Dermatitis Among Hospital Nurses: a Descriptive Study. in *Healthcare*, Vol. 12, No. 2, P. 145.
79. Pather, P. (2018). Incidence and Measurement of Incontinence-Associated Dermatitis in Adult Intensive Care Patients (Doctoral Dissertation, Queensland University of Technology).
https://eprints.qut.edu.au/115804/1/Priscilla_Pather_Thesis.pdf
80. Pather, P., & Hines, S. (2016). Best Practice Nursing Care for ICU Patients with Incontinence-Associated Dermatitis and Skin Complications Resulting from Faecal Incontinence and Diarrhoea. *JBIC Evidence Implementation*, 14(1), 15-23.
81. Pather, P., Hines, S., Kynoch, K., & Coyer, F. (2017). Effectiveness of Topical Skin Products in the Treatment and Prevention of Incontinence-Associated Dermatitis: a Systematic Review. *JBIC Evidence Synthesis*, 15(5), 1473-1496.
82. Peate, I., & Nair, M. (Eds.). (2016). *Fundamentals of Anatomy and Physiology: for Nursing and Healthcare Students* (2nd ed). John Wiley & Sons.
83. Peterson, K., Bliss, D. Z., Nelson, C., & Savik, K. (2006). Practices of Nurses and Nursing Assistants in Preventing Incontinence Dermatitis in Acutely/Critically Ill Patients. *American Journal of Critical Care*, 15, 325.
84. Rodríguez-Palma, M., Verdú-Soriano, J., Soldevilla-Agreda, J. J., Pancorbo-Hidalgo, P. L., & García-Fernández, F. P. (2021). Conceptual Framework for Incontinence-Associated Dermatitis Based on Scoping Review and Expert Consensus Process. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 48(3), 239-250.
85. Rodríguez-Palma, M., Verdú-Soriano, J., Soldevilla-Agreda, J. J., Pancorbo-Hidalgo, P. L., & García-Fernández, F. P. (2021). Conceptual Framework for Incontinence-Associated Dermatitis Based on Scoping Review and Expert Consensus Process. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 48(3), 239-250.

86. Sağlık Alanı Sertifikalı Eğitim Standartları Yoğun Bakım Hemşireliği (2015), 31 Standart No, <https://Dosyamerkez.Saglik.Gov.Tr/Eklenti/41589/0/Yogun-Bakim-Hemsireligi-Sep-Standartlari-Revizyonpdf.Pdf> (Erişim Tarihi: 01.06.2024)
87. Sahin, F., Karadag, A., & Avsar, P. (2019). a Survey of Turkish Nurses' Knowledge of Incontinence-Associated Dermatitis. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 46(5), 434-440.
88. Salant, P., & Dillman, D. A. (1994). *How to Conduct Your Own Survey*. John Wiley & Sons, Inc. Newyork, S. 55
89. Sezen A., Temiz G., Güngör M. D., (2015), Yoğun Bakım Hemşireliği, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul. S: 3-67.
90. Sönmez, M., Korkmaz, S., & Kısacık, Ö. G. (2022). İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 9(2), 316-343.
91. Şahin, F. (2017). Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatite İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
92. Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2013). *Using Multivariate Statistics* (Vol. 6, Pp. 497-516). Boston, MA: Pearson.
93. Tay, C., Yuh, A. S., Lan, E. L. S., Ong, C. E., Aloweni, F., & Lopez, V. (2020). Development and Validation of the Incontinence Associated Dermatitis Knowledge, Attitude and Practice Questionnaire. *Journal of Tissue Viability*, 29(4), 244-251.
94. Tezcan, B., Eraydın, C., & Karabacak, B. G. (2022). Evaluating the Scales Used to Diagnose Incontinence-Associated Dermatitis: a Systematic Review. *Advances in Skin & Wound Care*, 35(5), 1-9.
95. Tosun, Z. (2020). *Plastik Cerrahide Temel İlkeler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
96. Tülü, B., & Cura, Ş. Ü. (2024). Factors Affecting the Development of Incontinence Dermatitis Among Patients in Intensive Care Unit. *Journal of Tissue Viability*. 33(3), 357–361.

97. Tüzün Y., Kotoğyan A., Aydemir E.H., Baransü O., (1994), Dermatoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, S:17-28.
98. Uzun, S., Durdu, M. (Eds.) (2021), Derimiz İçin Öneriler. Deri Bakımı, Hastalıklardan Korunma, Teşhis ve Tedavi. İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul. S: 5-6-7-8.
99. Van Damme, N., Clays, E., Verhaeghe, S., Van Hecke, A., & Beeckman, D. (2018). Independent Risk Factors for the Development of Incontinence-Associated Dermatitis (Category 2) in Critically Ill Patients With Fecal Incontinence: a Cross-Sectional Observational Study in 48 ICU Units. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 30-39.
100. Van Den Bussche, K., Verhaeghe, S., Van Hecke, A., & Beeckman, D. (2018). the Ghent Global IAD Monitoring Tool (GLOBIAD- M) to Monitor the Healing of Incontinence- Associated Dermatitis (IAD): Design and Reliability Study. *International Wound Journal*, 15(4), 555-564.
101. Venus, M., Waterman, J., & McNab, I. (2010). Basic Physiology of the Skin. *Surgery (Oxford)*, 28(10), 469-472.
102. Wang, X., Zhang, Y., Zhang, X., Zhao, X., & Xian, H. (2018). Incidence and Risk Factors of Incontinence- Associated Dermatitis Among Patients in the Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 4150-4157.
103. Wei, M., Yang, D., Wu, L., Chen, W., Chen, Y., & Fu, Q. (2020). the Prevalence of Incontinence-Associated Dermatitis in Hospitalized Patients in China: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Advances in Skin & Wound Care*, 33(10), 1-7.
104. Ximenes, R. R. C., Chaves, E. M. C., Girão, A. L. A., Gonçalves, M. H. R. B., Ferreira, S. L., & Carvalho, R. E. F. L. D. (2024). Knowledge of Nursing Staff Before and After Training on Incontinence-Associated Dermatitis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 58, e20230272.
105. Yeni, T. (2019). Yatağa Bağımlı Bireylere Bakım Veren Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanması Ayrımına Dair Farkındalıklarının İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

106. Yılmaz, B., & Aslan, E. (2018). Fekal İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(3), 39-44.
107. Zeybek, B., Hasırcı, N., Kımız, I., & Ürkmez, Ş. A. (2015). Doku Mühendisliği Yöntemi ile Kollajen ve Nacmc Kullanılarak Çift Katmanlı Deri Modeli Oluşturulması. file:///C:/Users/PC/Downloads/TVRRNU5EYzM%20(3).pdf (Erişim Tarihi: 20.04.2024).
108. Zhang, Q., Li, X., Zhang, K., Lv, L., & Jin, Y. (2023). Psychometric Properties of the Chinese Version of the Knowledge, Attitudes and Practices of the Incontinence- Associated Dermatitis Questionnaire (C- KAP- IAD- Q) Used With Chinese Nurses. International Journal of Nursing Practice, 29(3), E13107.
109. Zhang, Q., Zhang, K., Wang, Y., Jia, Y., Gu, J., Li, X., & Li, M. (2021). Psychometric Properties of the Chinese Version of the Attitude Towards the Prevention of Incontinence-Associated Dermatitis (C-APrIAD) Among Chinese Nurses. Journal of Tissue Viability, 30(3), 421-42.

8. EKLER

EK-1: TANIMLAYICI ÖZELLİKLER FORMU

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: a. Kadın b. Erkek

3) Medeni haliniz: a. Evli b. Bekâr

4) Çalıştığınız Bölüm:

a) Dâhiliye Yoğun Bakım Ünitesi (3. Basamak)

b) Dâhiliye Yoğun Bakım Ünitesi (2. Basamak)

c) Koroner Yoğun Bakım Ünitesi

d) Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi

e) Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi

f) Beyin ve Sinir Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi

g) Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi

h) Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi

5) Eğitim Durumunuz:

a) Lise

c) Ön Lisans

d) Lisans

e) Lisans Üstü

f) Diğer:

6) Hemşirelikteki çalışma yılınız:

7) Yoğun bakımda çalışma yılınız:

8) Yoğun bakım hemşireliği sertifikanız var mı? a.Var b. Yok

EK-2: İNKONTİNANS İLİŞKİLİ DERMATİT YÖNETİMİNDE HEMŞİRELERİN BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (İİD-BTU-Ö)

Maddeler	1-Kesinlikle Katılmıyorum	2- Katılmıyorum	3- Kararsızım	4- Katılıyorum	5-Kesinlikle Katılıyorum
İnkontinans İlişkili Dermatitin (İİD) Etiyolojisi ve Tanılama Bilgisi					
1. İnkontinans ilişkili dermatit (İİD) idrar, dışkı ya da her ikisine birden maruz kalma nedeniyle oluşan bir cilt hasarıdır.	1	2	3	4	5
2. İnkontinans ilişkili dermatit, bazen seröz eksüda ve/veya cilt erozyonunun da gözlemlendiği, cilt yüzeyinde eritem ve ödem ile karakterize bir durumdur.	1	2	3	4	5
3. İnkontinans ilişkili dermatit, perineal dermatit veya alt bezi dermatiti olarak da bilinir.	1	2	3	4	5
4. İdrar ve dışkıya maruz kaldığında, cilt daha asidik hale gelir ve bu da inkontinans ilişkili dermatite neden olur.	1	2	3	4	5
5. Su ve sabunla sık sık yapılan cilt temizliği, kuruluğu artırması ve sürtünme oluşturmaları nedeniyle cilt bariyer fonksiyonuna zarar verir.	1	2	3	4	5
İnkontinans İlişkili Dermatit Risk Faktörleri Bilgisi					
6. İnkontinans ilişkili dermatit oluştuğunda, basınç yaralanması gelişme riski daha yüksektir.	1	2	3	4	5
7. Yaşlanmaya bağlı ciltteki değişiklikler, daha yüksek inkontinans ilişkili dermatit prevalansı ile ilişkilidir.	1	2	3	4	5
8. Hareket kısıtlılığı, inkontinans ilişkili dermatitin gelişme riskini artırır.	1	2	3	4	5
9. Dehidratasyon ve ödem, inkontinans ilişkili dermatitin kötüleşmesine katkıda bulunabilir.	1	2	3	4	5
10. İnkontinans ilişkili dermatit gelişme riski olan hastalarda, yeterli beslenme, hidrasyon ve cilt üzerindeki basıncın azaltılması çok önemlidir	1	2	3	4	5
11. İnkontinans ilişkili dermatit değerlendirmesi, rutin genel cilt değerlendirmesine dâhil edilmelidir.	1	2	3	4	5
İnkontinans İlişkili Dermatiti Önlemeye Yönelik Tutum					
12. Kurumumda inkontinans ilişkili dermatitin tanınması, önlenmesi ve yönetimine ilişkin kullanılan mevcut prosedür yada talimatları bilirim.	1	2	3	4	5

13. İnkontinansı olan hastalara bakım verenleri (refakatçi), inkontinans ilişkili dermatitin tanılanması ve yönetimi konusunda eğitmek için yeterince donanımlıyım.	1	2	3	4	5
14. İnkontinans ilişkili dermatitin tanılanması, evrelendirilmesi, önlenmesi ve yönetimi konusunda yeterince donanımlıyım.	1	2	3	4	5
İnkontinans İlişkili Dermatiti Önlemeye Yönelik Uygulamalar					
15. İnkontinans ilişkili dermatiti önleme müdahalelerini kullanmak, inkontinans ilişkili dermatit riskini ortadan kaldırır.	1	2	3	4	5
16. İnkontinans sorununun ele alınması, inkontinans ilişkili dermatitin önlenmesinin ve tedavisinin temelidir.	1	2	3	4	5
17. İnkontinans ilişkili dermatit önleme girişimleri uygulanmayan inkontinans hastalarında, inkontinans ilişkili dermatit riski artar.	1	2	3	4	5
18. İnkontinans ilişkili dermatitin varlığının ve şiddetinin düzenli olarak değerlendirilmesi, iyileşmeyi sağlamak için önemlidir.	1	2	3	4	5
19. İnkontinans ilişkili dermatitli hastaların hemşirelik bakımı, cildin dışkı ve idrara maruz kalmasını önlemeye odaklanır.	1	2	3	4	5
20. İnkontinans ilişkili dermatite bağlı cilt hasarının yönetimi, cildin temizlenmesini ve bariyer etkili bir ürünün uygulanmasını içerir.	1	2	3	4	5

EK-3: İNKONTİNANSA BAĞLI DERMATİT ŞİDDETİ VE ARACI

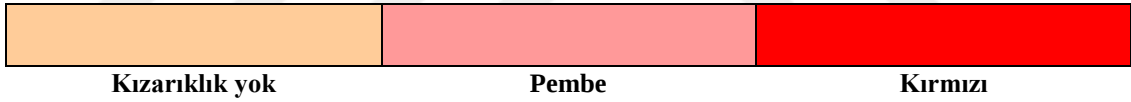


KIZARIKLIK

Seçenekler; kızarıklık yok, pembe, kırmızı ve parlak kırmızıdır. İnkontinans ile ilişkili dermatit koyu pigmentli bireylerde parlak kırmızı renkte deri kaybı morumsu görünümde olabilir.

Kızarıklık tonu:

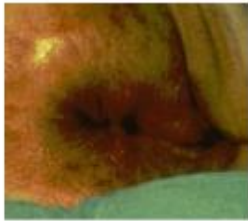
Açık tenli bireylerde deri görünümü



Koyu tenli bireylerde deri görünümü

DERİ KAYBI

En üst tabaka aşınmış ve deri nemli



Evet

veya



Hayır



Basınc Ülseri İİD değil

DÖKÜNTÜ

Kenarları düzensiz kızarıklık, bölge ve çevresinde iğne ucu büyüklüğünde azalarak yok olan küçük kırmızı noktalar.

Evet



Hayır



İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddeti Aracı (İBDŞA) Puanlama Formu

Yönerge:

1. İnkontinansa bağlı dermatit bulunan 13 vücut bölgesinin her biri için en kötü cilt hasarını tanımlayın.
2. Her bir vücut bölgesi için en kötü cilt hasarını tanımlayan bir numara kaydedin.
3. Olası puan aralığı 0-52 olarak belirlenmelidir.
4. İBDŞA'nın puanını belirlemek için 13 numarayı toplayın (iyileşme oldukça toplam puan azalacaktır).

TARİH:						
		KIZARIKLIK			DÖKÜNTÜ	DERİ KAYBI
		Yok	Pembe	Kırmızı	Var	Var
		(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
1	Perianal bölge					
2	Kalçalar arasındaki kıvrım					
3	Sol alt kalça					
4	Sağ alt kalça					
5	Sol üst kalça					
6	Sağ üst kalça					
7	Genital bölge (labia / skrotum)					
8	Alt abdomen (suprapubik)					
9	Kasık					
10	Sol iç uyluk					
11	Sağ iç uyluk					
12	Sol arka uyluk					
13	Sağ arka uyluk					
TOPLAM						
						PUAN

İNKONTİNANSA BAĞLI DERMATİT VAKALARI

1. VAKA:

Bebek P. 6 aylık. Bebeğin ailesi çevresel kirlenmeyi azaltmak için tek kullanımlık çocuk bezinden tekrar kullanılabilen ve kumaş bez geçmişler. Bebeğin penisinde, skrotumda, ön taraftaki deri kıvrımlarında, bacaklarının arasında, bacakların arkasında, alt kalça bölgesinde ve alt karın bölgesinde yoğun kızarıklıklar mevcut. Skrotum ve alt karın bölgesindeki deri dokunulduğunda nemli.



TARİH:		KIZARIKLIK			DÖKÜNTÜ	DERİ KAYBI	
		Yok	Pembe	Kırmızı	Var	Var	
		(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	
1	Perianal bölge						
2	Kalçalar arasındaki kıvrım						
3	Sol alt kalça						
4	Sağ alt kalça						
5	Sol üst kalça						
6	Sağ üst kalça						
7	Genital bölge (labia / skrotum)						
8	Alt abdomen (suprapubik)						
9	Kasık						
10	Sol iç uyluk						
11	Sağ iç uyluk						
12	Sol arka uyluk						
13	Sağ arka uyluk						
TOPLAM							PUAN

2. VAKA:

Bay A. 67 yaşında, kolon kanseri nedeniyle 6 gün önce kolonunun yarısı alındı. Bağırsak hareketleri 24 saat önce başladı. Gaitanın kıvamı sıvı olduğu için sık ve acilen tuvalete gidiyor ve dışkılama kontrolünde kısmi yetersizlik yaşıyordu. Anal açıklığın olduğu yerde ve kalçalar arasındaki derinin birbirine dokunduğu yerde doku hasarı gelişmişti. Anal açıklıktaki bölgede kanama ile beraber alt kalça ve kalçalar arasında hafif kızarıklıklar gözlemlendi. Kızarıklığın sınırları düzensizdi ve kırmızı noktalar yoktu.



TARİH:		KIZARIKLIK			DÖKÜNTÜ	DERİ KAYBI	
		Yok	Pembe	Kırmızı	Var	Var	
		(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	
1	Perianal bölge						
2	Kalçalar arasındaki kıvrım						
3	Sol alt kalça						
4	Sağ alt kalça						
5	Sol üst kalça						
6	Sağ üst kalça						
7	Genital bölge (labia / skrotum)						
8	Alt abdomen (suprapubik)						
9	Kasık						
10	Sol iç uyluk						
11	Sağ iç uyluk						
12	Sol arka uyluk						
13	Sağ arka uyluk						
							PUAN
TOPLAM							

3. VAKA:

Bayan R. 72 yaşında, 5 gün önce septik diz eklemi şikâyeti ile hastaneye yatırıldı. Bayan R.'nin cerrahi insizyonu vardı, hastaneye yattıktan bir gün sonra akıntısı oldu ve IV antibiyotik tedavisi başlandı. Aşırı kilolu olan Bayan R'ye foley kateter takıldı ve 3 gündür fekal inkontinansı var. Bayan R'nin kalçalarının arasında ve anal açıklığın çevresinde deri bütünlüğünde yüzeysel bozulma var (oklara bakınız). Kızarıklık öncelikle alt kalça bölgesinde bulunmaktadır.



TARİH:		KIZARIKLIK			DÖKÜNTÜ	DERİ KAYBI	PUAN
		Yok	Pembe	Kırmızı	Var	Var	
		(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	
1	Perianal bölge						PUAN
2	Kalçalar arasındaki kıvrım						
3	Sol alt kalça						
4	Sağ alt kalça						
5	Sol üst kalça						
6	Sağ üst kalça						
7	Genital bölge (labia / skrotum)						
8	Alt abdomen (suprapubik)						
9	Kasık						
10	Sol iç uyluk						
11	Sağ iç uyluk						
12	Sol arka uyluk						
13	Sağ arka uyluk						
TOPLAM							

4. VAKA:

Bayan I. pnömoni şikâyeti ile hastaneye yatırıldı. Yaşlı olan Bayan I. öksürme ve hapsirme sırasında mesane kontrolünü yapamadığı (idrar kaçırdığı) için ped kullanmaktadır. Resimdeki anormallik dışında cildinde herhangi bir sorun yoktur.



TARİH:		KIZARIKLIK			DÖKÜNTÜ	DERİ KAYBI	
		Yok	Pembe	Kırmızı	Var	Var	
		(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	
1	Perianal bölge						
2	Kalçalar arasındaki kıvrım						
3	Sol alt kalça						
4	Sağ alt kalça						
5	Sol üst kalça						
6	Sağ üst kalça						
7	Genital bölge (labia / skrotum)						
8	Alt abdomen (suprapubik)						
9	Kasık						
10	Sol iç uyluk						
11	Sağ iç uyluk						
12	Sol arka uyluk						
13	Sağ arka uyluk						
TOPLAM							PUAN

EK-4: ÖLÇEK İZİNLERİ

İnkontinans ilişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği



Gelen kutusu



ben 28 Ağu 2023

Syn Hocam, Ben Öznur CAN. Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi...



munevver unlu 30 Ağu 2023

alıcı: ben



Şona Dili diline çevir



Merhaba Öznur;

Ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyarım.. Ette ölçek maddelerini ve makaleti iletiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Doç. Dr. Münevver Sönmez

İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddeti Aracı



Gelen kutusu



ben 22 Ağu 2023

Syn hocam, Ben Öznur CAN. Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi...



Senay Gul 27 Ağu 2023

alıcı: ben



Şona Dili diline çevir



Sevgili Öznur,

Tez çalışmanız için istemiş olduğun vakalar ekte yer almaktadır. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Saygılarımla,

Doç. Dr. Şenay Gül

EK-5: GÜLHANE EAH SAĞLIK UYGULAMA ARAŞTIRMA MERKEZİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KURULU (BADEK) İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 08.11.2023-298929



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Öğrenci İşleri Birimi



Sayı : E-62602371-799--298929
Konu : Araştırma İzni (Yüksek Lisans Program
Öğrencisi Öznur CAN)

08.11.2023

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 03.11.2023 tarihli Araştırma İzni (Yüksek Lisans Öğrencisi Program Öğrencisi Öznur CAN) konulu ve E-50687469-799-228361973 sayılı yazı,

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü sorumluluğunda sürdürülen Lisansüstü Eğitim Öğretim faaliyetleri kapsamında; Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı öğrencisi Öznur CAN hakkında Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından gönderilen ilgi yazının Ek'te gönderildiği hususunda;
Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Onur GENÇ
Enstitü Müdürü

Ek:İlgi Yazı (1 Sayfa)

Dağıtım:
Gereği:
Gsbe Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Başkanlığına

Bilgi:
Gülhane Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına

Evrak Tarih ve Sayısı: 07.11.2023-298582



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-50687469-799-228361973
Konu : Araştırma İzni (Yüksek Lisans Öğrencisi
Program Öğrencisi Öznur CAN)

03.11.2023

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları
başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Bilimsel
Araştırma Değerlendirme Kurulu(BADEK)'nın 01.11.2023 tarih ve 18 no'lu toplantısında görüşülerek kabul
edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya
başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar
sorumludur.

Gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Haneî Cem GÜL
Başhekim

EK-6: KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAY RAPORU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2023/271

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SIGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
KARAR BİLGİLE Rİ	DİĞER:	☐	
	Karar No: 2023/271	Tarih: 22.11.2023	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili sorumlu araştırmacı Prof. Dr. Tülay BAŞAK'a ait belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI				İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:				Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza	
Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI	Göğüs Hst.	Gülhane EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Prof. Dr. Nesrin ÖCAL	Göğüs Hst.	Gülhane EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Prof. Dr. Gülden YILMAZ TEHLİ	Enfeksiyon Hst.	Gülhane EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Prof. Dr. Özhan ÖZDEMİR	Kadın Doğum	Gülhane EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Doç. Dr. Gökhan ARSLAN	Kalp Damar Cerrahisi	Gülhane EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Doç. Dr. Aydan ÖRSÇELİK	Spor Hekimliği	Gülhane EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Doç. Dr. G. Berktaş BAHADIR	Çocuk Cerrahisi	Gülhane EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Dr. Öğr. Üyesi Saliha Ayşenur ÇAM ÖZÜNLÜ	Tıbbi Farmakoloji	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Uzm. Dr. İrem MEDENİ	Halk Sağlığı	Ankara İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Aslıhan Burcu KILIÇ	Biyomedikal	Gülhane EAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Çiğdem Filiz EKER	Hukuk	Serbest Avukat	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		
Necmeddin TEKİN	İmam-Sivil Üye	Ankara Atatürk Sanatoryum EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐		

Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnkontinans ilişkili Dermatit Yönetiminde Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2023/271

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BASVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Tülay BAŞAK			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Esasları			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
DESTEKLEYİCİ	-			
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☒		
	Diğer ise belirtiniz			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	15.11.2023	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	15.11.2023	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	15.11.2023	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI
İmza: 

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-7: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

BİLGİLENDİRME BÖLÜMÜ

Sizi “İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları” başlıklı araştırmamıza davet ediyoruz. Bu çalışma, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakımlarında çalışan hemşirelerin inkontinans ilişkili dermatit yönetiminde bilgi, tutum ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılmanız sizin isteğinize bağlıdır. Sizden **"Tanımlayıcı Özellikler Formunu", "İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeğini"** ve **"İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddeti Aracını"** dikkatle okumanızı ve soruları cevaplamanızı rica ediyoruz. Bu çalışmada, siz katılımcıların isimleri kullanılmayacak, araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi sizin kimliğiniz gizli kalacaktır. Bu form sizi çalışma hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Size özel olarak anlatılan bilgilerin yazılı halini içermektedir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve imzalayınız. Çalışmanın süresi maksimum 15 dakikadır. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Siz istediğiniz zaman çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirileceksiniz, ayrıca istediğiniz anda çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederim.

GÖNÜLLÜ OLURU BÖLÜMÜ

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Forumu’ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ya da gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, özgür irademle katılmayı kabul ediyorum.

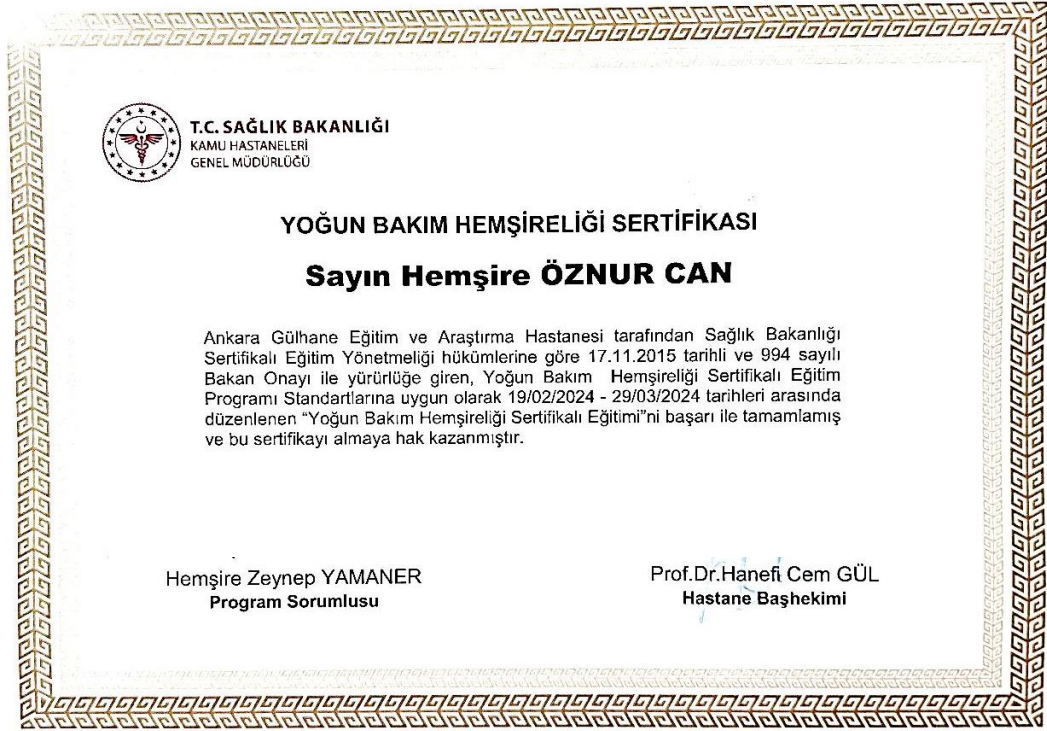
Tarih:

Katılımcı:

Sorumlu Araştırmacı
Prof. Dr. Tülay Başak

Yardımcı Araştırmacı
Öznur Can

EK-8: KATILDIĞI EĞİTİMLER



EK-9: GHENT GLOBAL INCONTINENCE-ASSOCIATED DERMATİTİS SINIFLANDIRMA ARACI (GLOBIAD)

Kategori: Kalıcı Kızarıklık

Kategori 1A - Klinik Enfeksiyon Belirtisi Olmayan Kalıcı Kızarıklık:

Ayırıcı Kriter;

- Kalıcı kızarıklık
- Çeşitli tonlarda kızarıklık mevcut olabilir.
- Koyu ten rengine sahip hastaların cildi normalden daha soluk, daha koyu ya da mor renkte olabilir.

Ek Kriterler;

- Daha önceki (iyileşmiş) bir cilt rahatsızlığından kaynaklanan renk değişikliği
- Cildin parlak görünümü
- Maserasyonlu cilt
- Bütünlüğü bozulmamış veziküller ve/veya büller
- Palpasyon sırasında cilt gergin veya ödemli hissedilebilir
- Yanma, karıncalanma, kaşıntı veya ağrı



Kategori 1B - Klinik Enfeksiyon Belirtileriyle Birlikte Kalıcı Kızarıklık:

Ayırıcı Kriter;

- Kalıcı kızarıklık
- Çeşitli tonlarda kızarıklık mevcut olabilir.
- Koyu ten rengine sahip hastaların cildi normalden daha soluk, daha koyu veya mor renkte olabilir.

Enfeksiyon belirtileri

- Deride beyaz pullanma (mantar enfeksiyonunu düşündürür) veya satellit lezyonlar (lezyonu çevreleyen püstüller, candida albicans mantar enfeksiyonunu düşündürür)

Ek Kriterler;

- Daha önceki (iyileşmiş) bir cilt kusurundan kaynaklanan renk değişikliği
- Cildin parlak görünümü
- Maserasyonlu cilt
- Bütünlüğü bozulmamış veziküller ve/veya büller
- Palpasyon sırasında cilt gergin veya ödemli hissedilebilir
- Yanma, karıncalanma, kaşıntı veya ağrı



Kategori: Deri Kaybı**Kategori 2A - Klinik Enfeksiyon Belirtileri Olmadan Deri Kaybı:**

Ayrımcı Kriter;

- Deri kaybı
- Cilt kaybı, cilt erozyonu (hasar görmüş/aşınmış kesecikler veya büllerden kaynaklanabilir), soyulma veya yüzölme şeklinde ortaya çıkabilir.

Ek Kriterler;

- Kalıcı kızarıklık

Çeşitli tonlarda kızarıklık mevcut olabilir. Koyu ten rengine sahip hastaların cildi normalden daha soluk, daha koyu ya da mor renkte olabilir.

- Daha önceki (iyileşmiş) bir cilt kusurundan kaynaklanan renk değişikliği
- Cildin parlak görünümü
- Maserasyonlu cilt
- Bütünlüğü bozulmamış veziküller ve/veya büller
- Palpasyon sırasında cilt gergin veya şişmiş hissedilebilir
- Yanma, batma, kaşıntı veya ağrı



Kategori 2B - Klinik Enfeksiyon Belirtileri İle Birlikte Deri Kaybı:

Ayırıcı Kriterler;

- Deri kaybı

Cilt kaybı, cilt erozyonu (hasar görmüş/aşınmış kesecikler veya büllerden kaynaklanabilir), soyulma veya yüzölme şeklinde ortaya çıkabilir.

- Enfeksiyon belirtileri: Deride beyaz pullanma (mantar enfeksiyonunu düşündürür) veya satellit lezyonlar (lezyonu çevreleyen püstüller, Candida albicans mantar enfeksiyonunu düşündürür), yara yatağında görünür kabuk (sarı/kahverengi/ grimsi), yara yatağında yeşil görünüm gibi (Pseudomonas aeruginosa ile bakteriyel bir enfeksiyonu düşündürür), aşırı eksüda seviyeleri, pürülan eksüda (irin) veya yara yatağının parlak görünümü.

Ek Kriterler;

- Kalıcı kızarıklık

Çeşitli tonlarda kızarıklık mevcut olabilir. Koyu ten rengine sahip hastaların cildi normalden daha soluk, daha koyu ya da mor renkte olabilir.

- Daha önceki (iyileşmiş) bir cilt kusurundan kaynaklanan renk değişikliği
- Cildin parlak görünümü
- Maserasyonlu cilt
- Bütünlüğü bozulmamış veziküller ve/veya büller
- Palpasyon sırasında cilt gergin veya ödemli şişmiş hissedilebilir
- Yanma, batma, kaşıntı veya ağrı (8)



9. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Öznur CAN

Yüksek Lisans: İstanbul Kültür Sanatları Üniversitesi, Gülhan
Kültür Temsilci ve Esat Ana Bilim Dalı
2016-2018 Halkın Üretimi ve İletişim
2013 Etiler Anadolu Lisesi
2009-2009 İstanbul Kültür Sanatları Üniversitesi

Unvan