



**YOĞUN BAKIM HASTALARINDA İNKONTİNANS
ALAKALI DERMATİT GÖRÜLME SIKLIĞI VE
HEMŞİRELERİN BİLGİ, TUTUM VE
UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

İbrahim NALCI

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT

Yüksek Lisans Tezi-2024



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**YOĞUN BAKIM HASTALARINDA İNKONTİNANS
ALAKALI DERMATİT GÖRÜLME SIKLIĞI VE
HEMŞİRELERİN BİLGİ, TUTUM VE
UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

İbrahim NALCI

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT**

ERZURUM

2024

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İnkontinans Alakalı Dermatit	4
2.2. İnkontinans Alakalı Dermatit Görülme Sıklığı	4
2.3. İnkontinans Alakalı Dermatitin Risk Faktörleri	5
2.4. İnkontinans Alakalı Dermatit Etiyopatogenezi	9
2.5. İnkontinans Alakalı Dermatitin Belirtileri ve Etkilenen Bölgeler	10
2.6. İnkontinans Alakalı Dermatitin Değerlendirilmesi	11
2.7. İnkontinans Alakalı Dermatit ve Bası Ülseri Arasındaki Farklar	13
2.8. İnkontinans Alakalı Dermatitin Yönetimi	15
2.9. İnkontinans Alakalı Dermatit ve Hemşirelik	18
3. MATERYAL VE METOT	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Örneklem Seçim Kriterleri	23
3.5. Örneklem Dışlanma Kriterleri	24
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması	25

3.7.1. Hastaya İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu	25
3.7.2. İnkontinans Alakalı Dermatiti Değerlendirme Ölçeği (İADDÖ)	26
3.7.3. Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu.....	26
3.7.4. İnkontinans Alakalı Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği (İAD-BTU-Ö)	27
3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	28
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
3.10. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri.....	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
KAYNAKLAR	69
EKLER	77
EK-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu.....	77
EK-2. Etik Kurul Onay Formu	78
EK-3. Kurum İzni	80
EK-4. Erişkin Hastalar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	81
EK-5. Hastaya İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu	84
EK-6. İnkontinans Alakalı Dermatiti Değerlendirme Ölçeği (İADDÖ)	87
EK-7. Hemşireler için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	89
EK-8. Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu:	90
EK-9. İnkontinans Alakalı Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği	91
EK-10. Ölçek İzinleri.....	93

TEŞEKKÜR

Bu çalışma benim için akademik kariyerimde atacağım adımların ilk basamağı olmuştur. Yoğun ve zor geçen ancak bir o kadar da karşılaştığım durumlardan ders çıkardığım verimli ve güzel bir süreç olmuştur.

Eğitimim süresince klinik ve akademik bilgi ve tecrübeleri ile tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesi noktasında desteğini esirgemeyen danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT'a teşekkürlerimi sunarım.

Bana verdiği destek ve gösterdiği ilgiden ötürü değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Mehtap KAVURMACI ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ'a,

Ayrıca beni bugünlere getiren çok değerli anneme, tez sürecimde maddi ve manevi olarak desteğini her daim gösteren çok kıymetli eşime ve yardımlarını esirgemeyen vefakar mesai arkadaşlarıma sevgi ve şükranlarımı sunarım.

İbrahim NALCI

ÖZET

Yoğun Bakım Hastalarında İnkontinans Alakalı Dermatit Görülme Sıklığı ve Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışma yoğun bakım hastalarında inkontinans alakalı dermatit (İAD) görülme sıklığı ve İAD yönetiminde hemşirelerin bilgi, tutum ve uygulama düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma Erzurum Şehir Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde örneklem seçim kriterlerini karşılayan 209 hasta ve 122 hemşire ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında hastalar için Hastaya İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu, İnkontinans Alakalı Dermatiti Değerlendirme Ölçeği (İADDÖ); hemşireler için Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu, İnkontinans Alakalı Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği (İAD-BTU-Ö) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde t testi, varyans analizi, Pearson Korelasyon analizi, Mann Whitney U analizi, Kruskal Wallis analizi, Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Yoğun bakım hastalarının %73.7'sin de İAD gelişmiştir. Ayrıca İADDÖ şiddeti için 7 günlük puan ortalaması 3.64 ± 4.07 'dir. Solunum sistemi hastalığı olan, hemoglobin ortalaması düşük olan, antihipertansif ilaç kullanan ve hareket kısıtlılığı olan hastalarda İAD gelişimi fazla iken; beslenmesi yeterli olan ve satürasyon ortalaması yüksek olan hastalarda ise İAD gelişiminin daha az olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakım hemşireleri İAD-BTU-Ö Etiyoloji ve Tanılama Bilgisi alt boyutundan 19.56 ± 3.12 , Risk Faktörleri Bilgisi alt boyutundan 24.68 ± 3.77 , Önlemeye Yönelik Tutum alt boyutundan 9.96 ± 2.28 ve Önlemeye Yönelik Uygulamalar alt boyutundan 24.16 ± 3.91 puan almışlardır. Daha önce İAD gelişme riski olan klinikte çalışmış olan, Daha önce İAD olan bir hastaya bakım veren, İAD'yi hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak gören hemşirelerin alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Yoğun bakım hastalarında İAD görülme sıklığı fazla olmakla birlikte İAD şiddeti düşük bulunmuştur. Yoğun bakım hemşirelerinin İAD yönetiminde bilgi, tutum ve uygulama düzeyleri yüksek bulunmuştur. Daha önce İAD gelişme riski olan bir klinikte çalışan, daha önce İAD olan bir hastaya bakım veren ve İAD'yi hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak gören hemşirelerin İAD-BTU-Ö puan ortalamalarını etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi tutum ve uygulama, hemşirelik, inkontinans alakalı dermatit, yoğun bakım

ABSTRACT

The Prevalence of Incontinence-Associated Dermatitis in Intensive Care Patients and Evaluation of Nurses' Knowledge, Attitudes and Practices

Aim: This study was conducted to determine the prevalence of incontinence-associated dermatitis (IAD) in intensive care patients and the knowledge, attitude and practice levels of nurses in the management of IAD.

Material and Method: This descriptive study was conducted with 209 patients in the Intensive Care Units of Erzurum City Hospital and 122 nurses working in these units. In collecting data, the Patient Descriptive Form and the Incontinence-Associated Dermatitis Assessment Scale (IADAS) were used for patients. The Nurse Descriptive Form and the Knowledge, Attitude and Practice of Nurses in Managing Incontinence-Associated Dermatitis Questionnaire (KAP-IAD-Q) were used for nurses. In the evaluation of the data, the t-test, analysis of variance, Pearson correlation analysis, Mann-Whitney U analysis, Kruskal-Wallis analysis, and Spearman correlation analysis were used.

Results: The rate of developing IAD in intensive care patients is 73.7%. Additionally, the 7-day average score for IADAS severity is 3.64 ± 4.07 . Patients with respiratory system diseases, low average hemoglobin, those taking antihypertensive medication, and with limited mobility are more likely to develop IAD. It has been determined that patients with adequate nutrition and high saturation averages have a lower incidence of the development of IAD. Intensive care nurses scored 19.56 ± 3.12 in the Etiology and Diagnosis Information subscale, 24.68 ± 3.77 in the Risk Factors Knowledge subscale, 9.96 ± 2.28 in the Preventive Attitudes subscale, and 24.16 ± 3.91 in the Preventive Practices subscale of the KAP-IAD-Q scale. It has been determined that nurses who have previously worked in a clinic with a risk of IAD, who have cared for a patient that previously had IAD, and who believe that IAD is an indicator of the quality of nursing care, have higher average scores on its subdimensions.

Conclusion: Although the frequency of IAD is high in intensive care patients, the severity of IAD has been found to be low. Intensive care nurses' levels of knowledge, attitude, and implementation regarding IAD management have been found to be high. It has been determined that previously working in a clinic with a risk of IAD, providing care to a patient who previously had IAD, and considering IAD as an indicator of the quality of nursing care affects nurses' average scores for KAP-IAD-Q.

Key Words: Incontinence-associated dermatitis, intensive care, knowledge attitude and practice, nursing

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ	: Beden kitle indeksi
BÜ	: Bası ülseri
DKB	: Diyastolik kan basıncı
İAD- BTU-Ö	: İnkontinans alakalı dermatit yönetiminde hemşirelerin bilgi tutum ve uygulamalarını değerlendirme ölçeği
İAD	: İnkontinans alakalı dermatit
İADDÖ	: İnkontinans alakalı dermatiti değerlendirme ölçeği
NMF	: Doğal nemlendirici faktör
SKB	: Sistolik kan basıncı
SVO	: Serebrovasküler hastalık
YBÜ	: Yoğun bakım ünitesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 2.1. İAD risk faktörleri 8



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. İAD ve BÜ arasındaki farklar	14
Tablo 3.1. Yoğun bakım özellikleri ve çalışan hemşire sayısı.....	22
Tablo 3.2. İAD-BTU-Ö alt boyutları ve özellikleri	27
Tablo 3.3. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler.....	29
Tablo 3.4. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu.....	30
Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	32
Tablo 4.2. İAD sıklığının dağılımı.....	35
Tablo 4.3. Günlere göre İADDÖ'den alınan puanların karşılaştırılması	35
Tablo 4.4. Tanıtıcı özelliklerine göre 1. gün İAD gelişme durumun karşılaştırılması ..	36
Tablo 4.5. Hasta özelliklerine göre 1 ve 7. günde İAD gelişme durumun karşılaştırılması	39
Tablo 4.6. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve inkontinas ile ilgili görüşlerinin dağılımı	41
Tablo 4.7. İAD-BTU-Ö alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının dağılımı	43
Tablo 4.8. Demografik özelliklere göre İAD-BTU-Ö bölümlerinden alınmış olan puanların karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.9. Hemşirelerin demografik değişkenleri ile İAD-BTU-Ö alt boyutları arasındaki ilişki	49

1. GİRİŞ

İnkontinans alakalı dermatit (İAD) idrar ya da dışkının deri ile teması sonucu derinin bariyer fonksiyonunun bozulmasına bağlı olarak perineal bölgede kızarıklık ve vezikül gibi belirtiler ile kendini gösteren bir cilt lezyonudur (Avşar ve ark., 2019; Kayser ve ark., 2019; Özdemir Aydın ve Kaya, 2017; Sönmez ve ark., 2025; Sönmez ve ark., 2022). Görülme sıklığı ile alakalı literatürde insidansı %3.4 ile %30; prevalansı ise %5.6 ile %50 arasında değişmektedir (Avşar ve ark., 2019; Avşar ve Karadağ, 2018a; Beeckman ve ark., 2015; Gray ve Giuliano, 2017; Kayser ve ark., 2019; Kılıç ve ark., 2024).

Bu durumun oluşmasına neden olan çeşitli risk faktörleri mevcuttur. Bunlar; uzun süre neme maruz kalma, miks inkontinans, inkontinans sıklığı, inkontinans ürünlerinin yeterli sıklıkta değiştirilmemesi vb. olarak sıralanabilir (Avşar ve Karadağ, 2018a; Arda, 2004; Karaca Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020; Özdemir Aydın ve Kaya, 2017).

Bu risk faktörleri derinin epidermis tabakasında bulunan ve strotum korneum olarak adlandırılan yapının bozulmasına neden olur. Strotum korneum patojen ve zararlı maddelerin vücuda girişini önleyecek bariyeri oluşturmaktadır. Bariyer fonksiyonun bozulmasına bağlı olarak mikroorganizmalar deriye daha kolay nüfuz eder ve bunun sonucunda İAD oluşabilir (Ali ve Yosipovitch, 2013; Campbell ve ark., 2016; Gray ve ark., 2002; Kılıç ve ark., 2024).

Böyle bir durumda İAD'nin geliştiğini gösteren çeşitli belirtiler mevcuttur. Bunlar açık tenli bireylerde pembeden başlayarak kırmızıya doğru ilerleyen eritem olarak görülmektedir. Koyu tenli bireylerde ise daha solgun, koyu kırmızı ya da mor renklidir. (Beeckman ve ark., 2011b; Borchert ve ark., 2010; Özdemir Aydın ve Kaya, 2017). İAD'yi doğru değerlendirmek zor ve karmaşık olabilir. Dekübit ülseri, kontakt

dermatit gibi deri kaynaklı sorunlardan ayırt etmek zordur. Bu noktada etiyoloji karar vermede önemli bir belirteçtir. Hastanın inkontinans öyküsü yoksa bu durum İAD değildir (Avşar ve Karadağ, 2018b; Sönmez ve ark., 2025).

İAD gelişimi gözlenen hastalarda üriner ve fekal inkontinansın deri ile olan temasını azaltmak ve cilt irritasyonunun önüne geçmek için çeşitli yöntem ve aletler geliştirilmiştir. Bunlar; rektal foley kateter, emici inkontinans ürünleri/diaper, perianal torba, bağırsak yönetim sistemleri örnek verilebilir (Ali ve Yosipovitch, 2013; Bilge ve ark., 2018; Çelik, 2009; Denat ve Khorshid, 2009; Echols ve ark., 2007; Terzi ve ark., 2017). Bunların dışında deri üzerindeki inkontinans ürünlerini temizlemek için geleneksel olarak su, sabun ve normal bir temizleme bezi kullanılır. Modern anlamda ise sabuna alternatif ‘perineal cilt temizleyici’ olarak adlandırılan yeni ürünler geliştirilmiştir. Normal deri pH’ına benzer aralıkta olan bu ürünler sabuna kıyasla deri pH’ında bir değişikliğe neden olmaz (Avşar ve Karadağ, 2018b; Beeckman ve ark., 2015; Orhan ve ark., 2023).

Bireyleri birçok yönden olumsuz etkileyen İAD geniş bir prevalans aralığına sahiptir. Hemşirelik bakımı ile İAD’nin önlenmesi, erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi mümkündür. Hemşirelerin İAD açısından primer görevi deri sağlığını korumak ve sürdürmektir. Derinin korunması, temizliğinin sağlanması ve onarılması İAD yönetiminde hemşirelik bakımının önemli bileşenleridir (Orhan ve ark., 2023; Sönmez ve ark., 2022). Aynı zamanda İAD, bakımın kalitesini ve hemşirelik bakımının önemini gösteren bir belirteçtir (Sönmez ve ark., 2022; Şendir ve ark., 2014, s.484). Bununla birlikte hemşirelerin İAD ile ilgili olumlu tutuma sahip olması bilgi düzeyini geliştirme isteğini, kaynakları etkili kullanmasını ve multidisipliner ekip yaklaşımını benimsemesini sağladığı bilinmektedir. Bu nedenle hemşirelerin İAD’ye ilişkin bilgi tutum ve uygulama düzeyleri değerlendirilmelidir. Ayrıca İAD’ye ilişkin önleyici

girişimlerin planlanabilmesi, İAD gelişme riski taşıyan bireylerin belirlenmesini gerektirir (Chianca ve ark., 2016; Sönmez ve ark., 2022; Yılmaz ve Aslan, 2018). Literatür incelendiğinde yoğun bakım hastalarında İAD gelişme sıklığı ve yoğun bakım hemşirelerinin İAD'ye yönelik bilgi, tutum ve uygulama düzeylerinin değerlendirildiği araştırmalar sınırlıdır (Campbell ve ark., 2016; Kayser ve ark., 2019; Pather ve ark., 2016; Sönmez ve ark., 2025; Şahin, 2017; Van Damme ve ark., 2019; Zhang ve ark., 2021). Bu araştırma yoğun bakım hastalarında İAD gelişme sıklığı ve hemşirelerin İAD ile ilişkili bilgi tutum ve uygulamalarını değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

Bu araştırmadan elde edilecek bulgular yoğun bakım hastalarında İAD gelişme sıklığı ve etkileyen faktörler ile hemşirelerin İAD bilgi, tutum ve uygulama düzeylerini etkileyen faktörleri inceleyerek ilgili literatüre katkı sağlayacaktır.

Araştırma soruları;

1. Yoğun bakım hastalarında İAD görülme sıklığı nedir?
2. Yoğun bakım hemşirelerinin İAD yönetiminde bilgi, tutum ve uygulama düzeyleri nedir?
3. Yoğun bakım hastalarında İAD görülme sıklığını etkileyen faktörler nelerdir?
4. Yoğun bakım hemşirelerinin İAD yönetiminde bilgi, tutum ve uygulama düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnkontinans Alakalı Dermatit

Kontinans sosyal çevre kuralları çerçevesinde uygun şart, yer ve zamanda istemli ve kontrollü olarak kişinin miksiyon ve defekasyon ihtiyacını karşılamasıdır. İnkontinans ise bireyin miksiyon ve defekasyon ihtiyacının çeşitli nedenlerle kontrolden çıkması ve idrar ve gaitanın vücuttan istemsiz olarak atılmasını ifade eder (Özcan ve Kapucu, 2014).

İAD, idrar ya da dışkının deri ile teması sonucu derinin bariyer fonksiyonunun bozulmasına bağlı olarak perineal bölgede kızarıklık ve vezikül gibi belirtiler ile kendini gösteren bir cilt lezyonudur (Avşar ve ark., 2019; Kayser ve ark., 2019; Kılıç ve ark., 2024; Sönmez ve ark., 2025; Sönmez ve ark., 2022). İAD, perineal dermatit, bez pişigi, irritan dermatit, alt bezi dermatiti, inkontinansa bağlı dermatit ve inkontinans ilişkili dermatit gibi farklı başlıklarla da tanımlanmaktadır (Avşar ve ark., 2019; Avşar ve Karadağ, 2018a; Kaya ve Kızılkaya Beji, 2013; Sönmez ve ark., 2022).

2.2. İnkontinans Alakalı Dermatit Görülme Sıklığı

İAD toplumun her yaş grubundan ve cinsiyetten insanı etkileyen bir rahatsızlıktır. Ancak özellikle yaşlı popülasyon da deri yenilenmesinin ve onarımının yavaşlaması ve inkontinans rahatsızlıklarının fazla olmasından dolayı daha sık görülmektedir (Avşar ve ark., 2019; Bayrak ve Akın, 2019; Özdemir Aydın ve Kaya, 2017).

İAD'nin tıbbi bir sorun olarak kabul edilmemesi, evre 1-2 bası ülserinden (BÜ) ayırt edilmesinin zor olması gibi nedenlerden ötürü prevalans ve insidansına ilişkin sınırlı sayıda çalışmalar mevcuttur (Avşar ve ark., 2019; Beeckman ve ark., 2009). Kaymak Köse'nin (2022) yapmış olduğu bir araştırmada bu duruma hemşirelerin İAD hakkında hizmet içi eğitim almamaları ve kurumda İAD'yi değerlendirmeyi sağlayacak

bir aracın kullanılmamasından kaynaklandığı sonucuna ulaşmıştır. Literatürdeki farklı çalışmalarda İAD'nin insidansı %3.4 ile %30; prevalansı ise %5.6 ile %50 arasında değişmektedir (Avşar ve ark., 2019; Avşar ve Karadağ, 2018a; Beeckman ve ark., 2015; Beeckman ve ark., 2011b; Kılıç ve ark., 2024).

Beeckman ve ark'nın. (2015) ve Johansen ve ark'nın (2020) yapmış oldukları çalışmalarda hastaneye yatan ve üriner inkontinansı olan hastaların %42'sinde dermatit geliştiği görülmüştür. Yoğun bakım ünitesinde yatan ve diyaresi olan hastalarda ise bu oran %50'dir (Campbell ve ark., 2016; Junkin ve Selekof, 2007; Pather ve ark., 2016; Sönmez ve ark., 2022).

2.3. İnkontinans Alakalı Dermatitin Risk Faktörleri

Perineal bölge vücut salgıları, idrar, dışkı gibi atık ürünlerin deri kıvrımları arasında birikerek mikroorganizmaların üremesi için uygun bir ortamın oluştuğu vücudun kontamine bölgelerindendir. Perine derisi hassas bir yapıya sahip olduğu için atık ürünler ile olan teması dakikalar içinde hasar meydana gelmesine sebebiyet verebilir. Bu yüzden düzenli aralıklarla risk tanınması yapılmalı ve risk görülen bölgeye uygun bakım planı uygulanmalıdır (Beeckman ve ark., 2015; Kaya ve Kızılkaya Beji, 2013).

İAD gelişimi için muhtemel risk olabilecek etkenler mevcuttur ve bu etkenler birbirleri ile ilişki içerisindedir. Bu risk faktörleri aşağıda verilmiştir (Aktaş ve Koçaslı, 2020; Karaca Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020; Kayser ve ark., 2019; Kılıç ve ark., 2024).

- Üriner inkontinans
- Fekal inkontinans
- Miks inkontinans (üriner ve fekal inkontinansın birlikte olması)
- Neme maruziyet süresi
- Kullanılan ilaçlar

- Sık perine bakımı
- Kritik hastalıklar
- Yaş

Üriner inkontinans: İdrar deri ile temas ettiğinde içeriğindeki amonyak derinin pH değerini alkali hale getirir. Bu durum bakteri kolonizasyonuna zemin hazırlayarak derinin zamanla enfekte olma riskini artırır. İAD gelişimine neden olur (Başak ve ark., 2009; Kılıç ve ark., 2024).

Fekal inkontinans: Dışkıda bulunan sindirim enzimleri olan lipolitik ve proteolitik enzimler bağırsak dışında deri ile teması İAD'ye neden olabilir. Özellikle defekasyon ürünü sulu ise dermatit riskini artırır. Nedeni ise sıvı dışkıda katı dışkıya göre enzim yoğunluğunun fazla olmasıdır (Aktaş ve Koçaslı, 2020; Avşar ve Karadağ, 2018a; Başak ve ark., 2009; Beeckman ve ark., 2009; Bilge ve Kızılkaya Beji, 2018; Campbell ve ark., 2016; Gray ve ark., 2007; Gray ve ark., 2002).

Miks inkontinans: İdrar ile feçes inkontinansının birlikte görülmesidir. Buna bağlı olarak hem içeriğindeki enzimler hem de idrar birlikte derinin pH değerini alkali hale getirerek İAD'ye neden olur (Aktaş ve Koçaslı, 2020; Avşar ve Karadağ, 2018a; Kızılkaya Beji, 2018; Campbell ve ark., 2016).

Neme maruziyet süresi: İnkontinans sıklığının fazla olması, defekasyon içeriğinin sıvı olması, inkontinans ürünlerinin yeterli sıklıkta değişmemesi, emici inkontinans ürünlerinin nemi tutarak derinin hidrasyonunu artırması, bakım aralıklarının uzun olduğu durumlarda inkontinans ürünlerine derinin maruziyet süresinin uzaması ve terleme (derinin hidrasyonunda artışa neden olur) vb. nedenlerle derinin neme maruziyetinin uzadığı durumlarda derinin bariyer fonksiyonu bozulur. Cildin aşırı hidrate olmasına ve dermatit gelişme riskinde artışa neden olur (Avşar ve Karadağ, 2018a; Karaca Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020; Kayser ve ark., 2019).

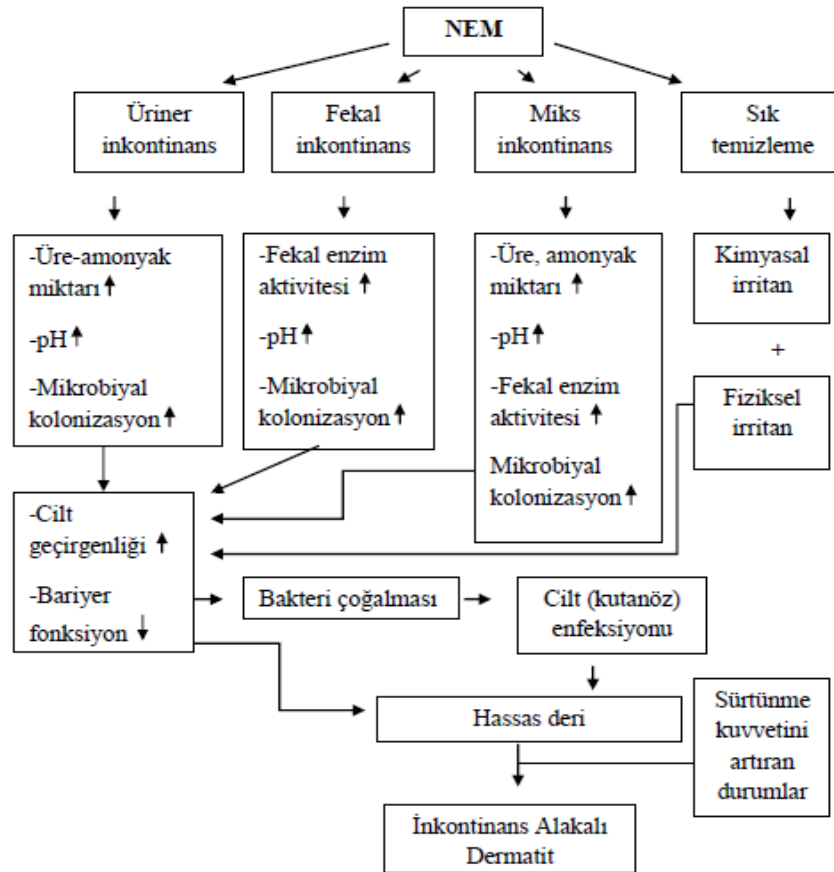
Kullanılan ilaçlar: Tedavide kullanılan ilaçlar özellikle antibiyotikler doğal bağırsak florasını değiştirebilir (buna bağlı clostridium difficile daha etkin hale gelir). Antiasit ilaçlar gastrik savunma mekanizmasını zayıflatabilir (buna bağlı clostridium difficile daha etkin hale gelir). Bu nedenlere bağlı olarak diyare gelişimi görülebilir ve dolaylı yoldan İAD gelişimine neden olur (Arda, 2004; Arıcan ve Demir Korkmaz, 2015; Avşar ve Karadağ, 2018a; Bıçak Ayık ve Enç, 2019; Gray ve ark., 2002; Kılıç ve ark., 2024).

Sık perine bakımı: Çeşitli nedenlere bağlı olarak sık perine bakımı yapılan hastalarda uygulanan agresif temizleme tekniği (örn. banyo lifi kullanımı) olarak adlandırılan yöntem sürtünmeyi artırarak derinin aşınmasına ve derinin bariyer fonksiyona zarar vererek İAD'ye neden olur (Avşar ve Karadağ, 2018a; Beeckman ve ark., 2015; Gray, 2004; Gray ve ark., 2002; Kılıç ve ark., 2024). Ayrıca su ve sabun kullanılarak yapılan perine bakımında sabunun uzun süreli cilt bakımında kullanımı sonucu korneositler hasar görür, yağ tabakası azalır, cilt pH değeri alkali hale gelir ve derinin kuruluşunun artmasına bağlı sürtünme kuvveti artar. Bu durum derinin bariyer fonksiyonunun bozulması ve İAD gelişimine zemin hazırlar (Başak ve ark., 2009; Beeckman ve ark., 2009).

Kritik hastalıklar: Serebrovasküler hastalıklar, alzheimer gibi nörolojik rahatsızlıklar immobilizasyon ve yatağa bağımlılığı beraberinde getirebilir. Buna bağlı gelişen doku oksijenizasyonundaki yetersizlik ve anal sfinkter kontrol kayıpları İAD için risk oluşturmaktadır (Kayser ve ark., 2019; Kılıç ve ark., 2024; Tanrıku ve Dikmen, 2017; Yılmaz ve aslan, 2018).

Yaş: İAD toplumun her yaş grubundan ve her cinsiyetten insanı etkileyen bir rahatsızlıktır. Ancak özellikle yaşlı popülasyonda deri yenilenmesinin ve onarımının yavaşlaması ve inkontinans rahatsızlıklarının fazla olmasından dolayı daha sık

görülmektedir (Bayrak ve Akın, 2019; Kayser ve ark., 2019; Özdemir Aydın ve Kaya, 2017). Yaşlanma ile görülme sıklığı artan kardiyovasküler hastalıklar, metabolik bozukluklar, beslenme bozuklukları, immün yetersizlikler, bilişsel bozukluklar, derinin katmanlarında ve bariyer işlevindeki yetersizlikler vb. kritik hastalıklar İAD için risk oluşturmaktadır (Bayrak ve Akın, 2019; Özcan ve Kapucu, 2014; Kılıç ve ark., 2024; Sönmez ve ark., 2022). İAD gelişimini etkileyen İAD risk faktörleri şekil 2.1’ de verilmiştir (Beeckman ve ark., 2009).



Şekil 2.1. İAD risk faktörleri

2.4. İnkontinans Alakalı Dermatit Etiyopatogenezi

Derinin en önemli görevi patojen ve zararlı maddelerin vücuda girişini önleyecek bariyeri oluşturmaktır. Bariyer görevi derinin en dış tabakası olan epidermis ve özellikle epidermisin en dış tabakası olan stratum korneum tarafından gerçekleşir (Özdemir Aydın 2018, s.11).

İnce bir film halinde olan strotum korneum, deriden içe ve dışa sıvı giriş çıkışını (yeterli hidrasyonun sağlanması) kontrol eder. Bu yapı sayesinde deride bir koruyucu bariyer oluşur (Ali ve Yosipovitch, 2013).

Strotum korneumu oluşturan hücre katmanları olan korneositler, doğal nemlendirici faktör (NMF) olarak bilinen çeşitli protein, şeker ve diğer maddeleri içerir. NMF derinin hidrasyon dengesini sağlayarak bariyer fonksiyonunu yerine getirmesinde rol oynar (Yeni 2019, syf.6).

İnkontinans ürünlerinin deri ile teması sonucu derinin içerisine aşırı miktarda sıvı çekerek hücrelerin hidrate olmasına ve şişmesine neden olur. Bu durum strotum korneumun yapısını bozarak ciltte gözle görülür değişikliklere neden olur (örn. maserasyon). Ayrıca hassas hale gelen deri sürtünme ve makaslamaya bağlı olarak yara oluşumuna açık hale gelir (Kaymak Köse 2022, s.14).

Deri esnekliğini sağlamak ve su geçirmezliğini korumak için sebum salgılar. Bu salgı deri pH'ını 5.5 – 6.8 arasında dengeler. pH değeri derinin bariyer görevini sürdürmesinde önemli rol oynar. Çünkü cildin asidik pH yapısı stratum korneumun bariyer görevini yerine getirmesinde en önemli etkindir (Ali ve Yosipovitch, 2013; Beeckman ve ark., 2011b).

Fekal inkontinans sonucu deri ile temas eden dışkı, strotum korneumun yapısına zarar verecek lipolitik ve proteolitik sindirim enzimleri içerir. Özellikle diyare şeklinde sıvı halde görülen dışkının enzim yoğunluğu daha fazladır. Bu da dışkının cilt

üzerindeki zarar düzeyini artırmaktadır. Bununla birlikte üriner inkontinansa bağlı olarak idrarında dahil olmasıyla mikts inkontinans oluşur ve idrarın içeriğindeki üre enzimler ile etkileşime geçerek amonyağa dönüşür ve derinin pH değerini alkali hale getirir. Amonyak cilt üzerinde zararlı bir etkiye sahip değildir ancak cilt pH değerini alkali hale getirerek enzimler için daha aktif oldukları bir ortam oluşumuna neden olmakta ve bu durum İAD riskini artırmaktadır (Ali ve Yosipovitch, 2013; Campbell ve ark., 2016; Gray ve ark., 2002; Kılıç ve ark., 2024).

2.5. İnkontinans Alakalı Dermatitin Belirtileri ve Etkilenen Bölgeler

İAD, beyaz tenli bireylerde pembeden başlayarak kırmızıya doğru giden eritem olarak görülmektedir. Koyu tenli bireylerde ise koyu kırmızı ya da mor renkli ve daha soluktur. Şiddetli İAD olgularında etkilenmiş alandaki cilt kırmızıdır, kısmi deri kaybı, bül oluşumu ve kanama görülebilmektedir. Buna ek olarak etkilenen bölgede ağrı, kaşıntı, yanma ve karıncalanmada görülen diğer belirtiler arasındadır. Ancak bu belirtiler bilinci kapalı olan hastada anlaşılamaz bu yüzden cilt üzerinde oluşan anormal renk ve doku değişiklikleri önemlidir. Şiddetli İAD olgularında deri bütünlüğünde bozulma ve derinin savunma mekanizmasındaki zayıflamaya bağlı olarak ikincil enfeksiyonların görülme sıklığı artmaktadır. En sık görülen ikincil enfeksiyon kandidiyazistir (Beeckman ve ark., 2011b; Bliss ve ark., 2011; Borchert ve ark., 2010; Campbell ve ark., 2016; Orhan ve ark., 2023; Özdemir Aydın ve Kaya, 2017; Sönmez ve ark., 2025).

İAD'den en fazla etkilenen bölge ana etken inkontinans olduğu için perine bölgesidir. Perine bölgesinde ise üriner inkontinans olgularında kadınlarda labialar ve erkeklerde skrotum, penis ve kasık kıvrımları etkilenirken; fekal inkontinanstaki her iki cinsten gluteal kıvrımlar, sakrokoksigeal alan, posterior uyluk alanı etkilenmektedir

(Bliss ve ark., 2011; Campbell ve ark., 2016; Kaya ve Kızılkaya Beji, 2013; Orhan ve ark., 2023; Sönmez ve ark., 2025).

2.6. İnkontinans Alakalı Dermatitin Değerlendirilmesi

İAD'nin erken tanınması, risk faktörlerinin bilinmesi ve değerlendirilmesi; komplikasyonların önlenmesi, bakımın yönlendirilmesi ve sistematik bir yaklaşım için önemlidir (Avşar ve Karadağ, 2018b; Orhan ve ark., 2023).

İAD'nin doğru bir şekilde değerlendirilebilmesi ve tanı konulması temelde klinik gözlem ve hasta öyküsüne dayanmaktadır. İnkontinanslı hastalarda İAD belirtileri yönünden günde en az bir defa olmakla birlikte hastanın inkontinans rahatsızlığının sıklığına ve özelliğine göre değişebilen sayıda birden fazla kez deri değerlendirilmesi yapılması gerekebilmektedir (Avşar ve ark., 2019; Orhan ve ark., 2023). Deri değerlendirmesi yapılırken perine bölgesi, uyluklar, kalçalar, bel bölgesi, alt karın bölgesi maserasyon, eritem, lezyon, laserasyon, erozyon ve bakteriyel/fungal deri enfeksiyonu gelişimi açısından değerlendirilmelidir (Avşar ve Karadağ, 2018a; Orhan ve ark., 2023). İAD'yi BÜ, kontakt dermatit, enfeksiyon ya da terlemeye bağlı görülen lezyonlardan ayırt etmek zordur (Avşar ve Karadağ, 2018a). İAD gelişme riski taşıyan bireylerin belirlenmesi önleyici girişimlerin etkili ve planlı uygulanmasını sağlar. Bu kapsamda İAD gelişiminin tespit ve değerlendirilmesinde farklı ölçme araçları geliştirilmiş olup (Avşar ve ark., 2019; Avşar ve Karadağ, 2018a) bu ölçüm araçlarına aşağıda yer verilmiştir.

Transepidermal sıvı kaybı testi: Derinin pasif su kaybı düzeyi ile bariyer fonksiyonunu ölçmek için kullanılır. Bu testin kullanımı karmaşık ve yorumlanması zor olmakla birlikte test parametrelerindeki artış derinin koruyucu fonksiyonunun bozulduğunun bir göstergesidir (Avşar ve ark., 2019).

Perirektal cilt değerlendirme aracı: Brown ve Sears tarafından 1993 yılında geliştirilen bu ölçme aracı kanser tedavisi gören hastalarda perirektal bölgedeki derinin durumunu değerlendirme amacıyla kullanılmaktadır (Avşar ve ark., 2019; Avşar ve Karadağ, 2018a; Orhan ve ark., 2023).

Deri değerlendirme aracı: Bu ölçme aracı deri bütünlüğünde bozulma, kızarıklık ve erozyon olmak üzere 3 kategoriden oluşur. Her bir kategori için alt boyutlar mevcuttur. Alt boyutların toplam skoru İAD şiddetinin derecesini belirlemektedir (Avşar ve ark., 2019; Avşar ve Karadağ, 2018a; Junkin ve Selekof, 2007; Orhan ve ark., 2023).

Perineal dermatit derecelendirme ölçeği: Brown ve Sears tarafından geliştirilmiş olup bu ölçekte İAD gelişimini etkileyen faktörler ve perineal dermatit kavramına yer verilmiştir. Ölçek dermatitin gelişim özelliklerinden daha çok dermatitin önlenmesi ve tedavisinde hemşirelik girişimlerinin etkililik düzeyini ölçmek için bakım alan hastalara görüşme yolu ile uygulanmaktadır. Ancak bilinci kapalı hastalarda kullanılamaması ölçeğin bir dezavantajıdır (Borchert ve ark., 2010; Orhan ve ark., 2023; Özdemir Aydın ve Kaya, 2017).

Perineal tanılama ölçeği: Ölçek içeriğinde zararlı maddenin türü ve maddenin yoğunluğu, maruz kalma miktarı, perinenin durumu, antibiyotik kullanımı, enteral beslenme gibi değişkenler bulunmaktadır. Bu bağlamda ölçek dermatit düzeyini belirlemekten ziyade dermatit gelişim riskine yönelik bilgi edinmeyi sağlamaktadır (Borchert ve ark., 2010; Orhan ve ark., 2023; Özdemir Aydın ve Kaya, 2017).

Ghent küresel inkontinansa bağlı dermatit sınıflandırma aracı: Bu ölçekte inkontinansa bağlı dermatitin şiddeti, cilt lezyonunun ciddiyetine göre kategorize edilmiş görseller kullanılarak sınıflandırılmasına dayanmaktadır. Kızarıklık varlığı 'kategori 1', cilt kaybı 'kategori 2'; ayrıca her iki kategoriyi klinik enfeksiyon yok ise

‘kategori A’ ve klinik enfeksiyon var ise ‘kategori B’ olarak alt boyutlara ayırmaktadır (Orhan ve ark., 2023).

Bu ölçme araçlarından bazılarının geçerlik ve güvenirliği tam olarak kanıtlanmadığı bazılarının ise günlük uygulamadaki kullanımlarının klinik karar verme ve bakımın iyileştirilmesine ilişkin yeterli kanıtların olmaması nedeniyle kullanımları hala sınırlıdır (Avşar ve ark., 2019; Avşar ve Karadağ, 2018a; Bliss ve ark., 2011; Borchert ve ark., 2010; Junkin ve Selekof, 2007; Orhan ve ark., 2023; Özdemir Aydın ve Kaya, 2017).

2.7. İnkontinans Alakalı Dermatit ve Bası Ülseri Arasındaki Farklar

İAD önemli bir sağlık sorunu olup BÜ gelişimine zemin hazırlayan bir risk faktörüdür (Beeckman ve ark., 2011a; Sönmez ve ark., 2025).

İAD’yi doğru değerlendirmek, evre 1 ve evre 2 BÜ, kontakt dermatit gibi diğer deri sorunlarından ve enfeksiyon ya da terlemeye bağlı ciltte gelişen lezyonlardan ayırt etmek çoğu zaman zordur (Avşar ve ark., 2019; Avşar ve Karadağ, 2018a; Campbell ve ark., 2016; Chianca ve ark., 2016; Sönmez ve ark., 2025). Ciltte oluşan anomalinin ayırt edilebilmesi için BÜ ve/veya İAD için herhangi bir risk faktörünün olup olmadığının değerlendirilmesi gerekir. Bu noktada değerlendirme esnasında etiyoloji ayırıcı bir faktördür. Hastanın inkontinans öyküsü yoksa bu durum İAD olarak tanımlanamaz. Bunun içinde kapsamlı bir sağlık öyküsünün alınması gerekir (Avşar ve ark., 2019).

İAD ve BÜ’nün patofizyolojik olarak farklı etkenlere ve sürece bağlı geliştiği görülmektedir. Bununla birlikte hastalarda ayrı ayrı bulunabilecekleri gibi aynı anda da görülebilmektedir (Beeckman ve ark., 2009). İAD derinin idrar ya da gaita ile teması sonucu irritasyona bağlı ortaya çıkarken; BÜ derinin ve onu destekleyen dokuların basınca bağlı kanlanmasının yetersiz hale gelmesi ve makaslama sonucu oluşan bir yara tipidir (Karaca Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020; Kaya ve Kızılkaya Beji, 2013)

İAD'de hasar deri yüzeyinde başlayarak alt tabakalara doğru ilerlerken (epidermisten dermise); BÜ'de hasar derinin alt tabakalarında oluşan değişiklikler nedeniyle başlar (dermisten epidermise) (Karaca Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020). Sakrum bölgesinde gelişen yaralar BÜ olarak tanımlanır. Ancak çoğunlukla yanlış yönetilen idrar ve/veya gaita inkontinansına bağlı ciltte görülen pH değişiklikleri ve nem ile ilişkilidir (Karaca Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020). Sakral bölgede BÜ olan hastalarda hareketsizlik ve inkontinansın etkili olduğu, hareketsizlik etkeni düzeltildiğinde dahi inkontinansın tek başına BÜ için risk oluşturabildiği görülmektedir (Beeckman ve ark., 2009; Yeni 2019, s.32). İAD bir kez oluştuğunda BÜ gelişme riski de doğru orantılı olarak artmaktadır (Kaymak Köse 2022, s.29). İAD ve BÜ arasındaki farklar Tablo 2.1'de verilmiştir (Beeckman ve ark., 2015).

Tablo 2.1. İAD ve BÜ arasındaki farklar

Parametreler	İnkontinans Alakalı Dermatit (İAD)	Bası Ülseri (BÜ)
Anamnez	Üriner ve/veya fekal inkontinans	Basınç ve/veya makaslamaya maruz kalma
Semptomlar	Ağrı, yanma, kaşıntı, karıncalanma	Ağrı
Etkilenen bölge	Perine, perigenital bölge, kalçalar, gluteal kıvrım, üst uyluğun orta ve arka yönleri ve bel kısmını etkiler	Genellikle bir kemik çıkıntısı üzerinde ya da tıbbi bir cihazın yerleşimi ile ilişkili
Şekil/kenarlar	Etkilenen alanın kenarları belirsiz bir şekilde yayılmış, kızarmış /lekeli olabilir	Kenarları belirgin
Görünüm/derinlik	Sağlam deri eritemlidir (basmakla solan ya da solmayan). Yüzeysel, kısmi kalınlıkta deri kaybı olabilir veya olmayabilir	Basmakla solmayan bir eritemden tam kalınlıkta bir cilt kaybına kadar görünüm zamanla olabilir

2.8. İnkontinans Alakalı Dermatitin Yönetimi

İAD'nin bakımı ve tedavisinde inkontinansın yönetimi ve uygun deri bakımı önem taşımaktadır (Avşar ve Karadağ, 2018a). İnkontinans yönetiminde etiyoloji ve doğru deri bakımı planının belirlenmesi gerekir. Bu yüzden hasta öyküsünün ayrıntılı değerlendirilmesi gerekmektedir (Avşar ve ark., 2019; Avşar ve Karadağ, 2018a).

İnkontinansın önlenmesi için uygun diyet ile beslenmenin düzenlenmesi, yeterli hidrasyonun sağlanması ve boşaltım teknikleri gibi davranışsal müdahaleler kullanılmaktadır (Beeckman ve ark., 2015; Bıçak Ayık ve Enç, 2019; Gray ve ark., 2002; Orhan ve ark., 2023). Ancak demans, serebrovasküler hastalık vb. olgularda yatağa bağımlılık ve anal sfinkter kontrol kaybına bağlı inkontinans kaçınılmazdır. Bu yüzden idrar ve/veya feçesin bir yerde biriktirilmesini sağlayarak deri ile teması azaltan inkontinansın yönetiminde kullanılan çeşitli ürünler geliştirilmiş olup (Beeckman ve ark., 2015; Denat ve Khorshid, 2009; Orhan ve ark., 2023; Tanrikulu ve Dikmen, 2017) bu ürünlere aşağıda değinilmiştir.

Üriner kateter: Üriner inkontinans yönetiminde kullanılmaktadır. Üriner kateter mesane drenajını kapalı bir sistem ile sağlaması avantaj ve kullanım kolaylığı oluştururken; üriner enfeksiyon görülme sıklığı ve antibiyotik kullanımında artışa neden olması dezavantajıdır (Beeckman ve ark., 2015).

Sürgü/ördek: Sürgü yatağa bağımlı hastalarda kadınlar için idrar ve dışkı boşaltımında; erkeklerde ise dışkı boşaltımında kullanılmaktadır. Ördek ise yalnız erkeklerde idrar boşaltımı için kullanılmaktadır. Bilinci kapalı ve mental yetersizliği olanlarda kullanılamaması dezavantajıdır (Özdemir Aydın 2018, s.7).

Emici ürünler: Üriner ve fekal inkontinansın yönetiminde en sık kullanılan yöntemdir. Özellikle geriatrik, bilinci kapalı, immobil, duyu ve motor kaybı bulunan hastalarda kullanımı endikedir (Gray ve ark., 2007; Kılıç ve ark., 2024).

Anal torba: Devamlı sıvı özellikte dışkı inkontinansı olan hastalarda ostomi torbasına benzer şekilde perianal bölgenin etrafını saracak şekilde tasarlanmış bir üründür. Kokuyu kontrol altına alması ve sıvı defekasyonun ölçülebilmesi avantajı iken; sık kontrol edilmesi, torbanın yapıştırıldığı bölgenin kuru kalması gerekliliği ve her dışkılama sonrası torbanın değiştirilmesi gerekliliği birer dezavantajdır (Denat ve Khorshid, 2009).

Rektal kateter: Fekal inkontinansın kontrol edilmesinde kullanılan en eski ve geleneksel yöntemlerden biridir. Ancak çeşitli dezavantajları bulunmaktadır. Bunlar rektal mukozada basınca bağlı hasara neden olması (bu yüzden sık aralıklarla kaf kontrolü yapılması gerekir bu durum iş yükünü artırır) ve sıvı içerikli dışkının tüp etrafından sızmasıdır (Avşar ve Karadağ, 2018a; Beeckman ve ark., 2015; Çelik, 2009; Terzi ve ark., 2017).

Bağırsak yönetim sistemi: Özel olarak geliştirilmiş olan bu ürün bir kateter sistemi olup dışkının boşaltılmasını ve toplanmasını sağlamaktadır (Beeckman ve ark., 2015; Beeckman ve ark., 2011a; Terzi ve ark., 2017). Rektal kateterin farklı bir versiyonu olan bu ürünün kullanımı ile hastaların %92'sinde perine bölgesinde ve gluteal bölgede cilt bütünlüğünün korunduğu belirtilmiştir (Çelik, 2009; Echols ve ark., 2007; Kaya ve Kızılkaya Beji, 2013).

Doğru deri bakımı temizleme, koruma ve onarma olmak üzere 3 farklı aşamadan oluşmaktadır (Beeckman ve ark., 2015; Orhan ve ark., 2023). Deri bakımında kullanılmak üzere her aşama için ayrı özellikte bakım ürünleri geliştirildiği gibi her 3 aşamayı da kapsayan 'kontinans bakım mendilleri' gibi bakım ürünleri de mevcuttur (Avşar ve Karadağ, 2018a; Beeckman ve ark., 2015; Orhan ve ark., 2023).

Temizleme: İAD'ye neden olan idrar inkontinansı, dışkı inkontinansı ya da miks inkontinans gibi deri ile temas ettiğinde tahrişe neden olan iritanların deriden

temizlenmesini esas alır. Bu maksatla kullanılan ürünler ‘perineal deri temizleyiciler’ olarak adlandırılır (Avşar ve Karadağ, 2018a; Gray ve ark., 2002; Orhan ve ark., 2023).

Geleneksel olarak inkontinans epizotundan sonra deri üzerindeki inkontinans ürünlerini temizlemek için su, sabun ve normal bir temizleme bezi kullanılır (Avşar ve Karadağ, 2018a; Beeckman ve ark., 2015; Campbell ve ark., 2016; Gray ve ark., 2002; Orhan ve ark., 2023). Sabun bitkisel ya da hayvansal kaynaklardan elde edilen yağ asitlerinin alkali tuzlarıdır. Deri temizliği esnasında suyun yüzey gerginliğini azaltarak suyun deriye daha fazla nüfus etmesini sağlar. Bu sayede hem deri üzerindeki kirler daha kolay uzaklaştırılır hem de deri döküntülerinin deriye sıkıca yapışmasını sağlar (Kaya ve Kızılkaya Beji, 2013). Ancak standart sabun alkalidir ve temizleme esnasında derinin asit mantosunu etkileyerek derinin alkali bir pH düzeyine geçmesine neden olur. Bu durum derinin asidik pH ile sağladığı bariyer fonksiyonuna zarar vererek enfeksiyonlara karşı savunma gücünü zayıflatmaktadır (Avşar ve Karadağ, 2018a; Beeckman ve ark., 2015; Kaya ve Kızılkaya Beji, 2013; Orhan ve ark., 2023).

Modern anlamda ise sabuna alternatif ‘perineal cilt temizleyici’ olarak adlandırılan yeni ürünler geliştirilmiştir. Normal deri pH’ına benzer aralıkta olan bu ürünler sabuna kıyasla deri pH’ın da bir değişikliğe neden olmaz (Avşar ve Karadağ, 2018a; Beeckman ve ark., 2015; Beeckman ve ark., 2011a; Beeckman ve ark., 2009; Gray ve ark., 2002; Kaya ve Kızılkaya Beji, 2013). Diğer yandan sert dokulu temizleme malzemeleri sürtünmeye bağlı deride irritasyona neden olur. Bunun sonucunda ise derinin bariyer fonksiyonu zarar görebilir (Avşar ve Karadağ, 2018a; Beeckman ve ark., 2015; Gray, 2004; Gray ve ark., 2002; Kaya ve Kızılkaya Beji, 2013). Ancak birçok deri temizleyici durulama gerektirmez. Uygulama sonrası deri üzerinde kuruyarak durulama gerektirmeksizin kaybolur. Bu sayede kurulamanın neden olduğu irritasyonun etkisi azaltılmış olur (Avşar ve Karadağ, 2018a; Beeckman ve ark., 2011a). Perineal cilt

temizleyicileri deri yüzeyinden kir ve debris (döküntü) uzaklaştırmak için kullanılan su ve sürfaktanlardan oluşan ürünlerdir. Aynı zamanda antibakteriyel özelliğe de sahiptirler (Avşar ve Karadağ, 2018a; Gray ve ark., 2002; Kaya ve Kızılkaya Beji, 2013).

Koruma: Deri koruyucu ürünler stratum korneum tabakası ile nem ve iritanlar arasında bariyer oluşturarak İAD'nin önlenmesi ve tedavisinde kullanılmaktadır. 'Nem bariyeri, yumuşatıcılar' olarak da adlandırılan bu ürünler içeriklerine bağlı olarak nem ve iritanlara karşı değişken özellikte koruma sağlarlar (Avşar ve Karadağ, 2018a; Beeckman ve ark., 2015; Gray, 2004; Gray ve ark., 2002; Orhan ve ark., 2023). Deri koruyucu ürünlerin ana maddeleri petrolatum (vazelin), çinko oksit, dimetikon ve akrilat terpolimerdir (Avşar ve Karadağ, 2018a; Beeckman ve ark., 2015; Gray, 2004; Gray ve ark., 2002; Junkin ve Selekof, 2007). Bu ürünler deriye sıkıca yapışarak stratum korneumdan sıvı kaçışını engelleyerek nem oranının korunmasını sağlar (Kaya ve Kızılkaya Beji, 2013).

Onarma: Deri onarıcı ürünler 'nemlendirici' olarak da adlandırılır. Bu ürünler içeriğindeki stratum korneum yapısında bulunanlara eş değer lipitler ile kuruluşun giderilmesi ve lipit yapısının korunmasını sağlayarak etki gösterir. Bir diğer onarıcı ürün humektanlardır (örn. gliserin, üre). Bu bileşenler stratum korneumun içerisine sıvı çekilmesini sağlayarak işlev görmektedir. Ancak hidrate olan ve masere deride kontrendikedir (Avşar ve Karadağ, 2018a; Beeckman ve ark., 2015; Beeckman ve ark., 2011a; Gray ve ark., 2002; Kaya ve Kızılkaya Beji, 2013; Orhan ve ark., 2023).

2.9. İnkontinans Alakalı Dermatit ve Hemşirelik

Sağlık hizmeti alanında koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kurumlarının çoğunluğunda hemşireler etkin olarak görev almaktadır. Özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunulduğu alanlardan biri

olan yataklı tedavi kurumlarında hemşireler sağlık hizmeti sunumunda önemli bir yere sahiptir (Bilge ve Kızılkaya Beji, 2018).

Palyatif bakım klinikleri ve yoğun bakımlar gibi yatağa bağımlı bireylere hizmet verilen birimlerde cilt bütünlüğünün sağlanması için derinin sistematik olarak değerlendirilmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi ve olası sorunlara yönelik girişimlerin planlanması noktasında hemşireler önemli rol ve sorumluluklara sahiptir (Bayrak ve Akın, 2019; Bilge ve Kızılkaya Beji, 2018; Orhan ve ark., 2023; Sönmez ve ark., 2025).

Hemşire bütüncül bir yaklaşımla değerlendirme aşamasında bireyin sözel ifadelerine dayanan subjektif veriler ile fiziksel değerlendirilmesine dayanan objektif verilerden yararlanarak sağlık bakım gereksinimlerinin iyileştirmesi sürecine katılmalıdır (Avşar ve ark., 2019; Bilge ve Kızılkaya Beji, 2018). BÜ ve İAD yatağa bağımlı bireylere hizmet verilen kliniklerde önemli bir sorundur. Cilt bakımının etkililiğinin devamlılığı için ciltte görülen değişikliklerin doğru bir şekilde değerlendirilmesi ve sınıflandırılması gerekmektedir (Tay ve ark., 2020; Sönmez ve ark., 2025). İAD ve BÜ'nün birbirinden ayırt edilmesinde çoğu zaman sorun yaşanabilmektedir (Avşar ve ark., 2019). İAD oluşumuna neden olan faktörlerin bilinmesi ve belirtilerin doğru değerlendirilmesi ile İAD'nin önlenmesi ve bakımın planlanması sağlanabilir (Avşar ve ark., 2019; Tay ve ark., 2020).

Sağlıklı cilt bütünlüğünün devamlılığını engelleyen enfeksiyon, inkontinans, BÜ gibi çeşitli risk faktörleri mevcuttur (Bilge ve Kızılkaya Beji, 2018). Hemşire hastadaki inkontinans türü, sıklığı, perineal cilt durumu, kullanılan bakım ürününe hastanın cildinin uyum düzeyi gibi etkenleri göz önünde bulundurarak planladığı hemşirelik bakım planını hasta merkezli oluşturmalıdır (Bilge ve Kızılkaya Beji, 2018; Gray, 2004; Yılmaz ve Aslan, 2018). Hemşirelerin İAD'yi erken aşamada tespit etme ve yönetme çabaları İAD'nin insidans ve prevalansının azalmasında önemli katkılar sunar (Sönmez

ve ark., 2025). Hemşirelerin primer görevi deri sağlığını korumak ve sürdürmek olmalıdır. Prevalansı değişiklik gösteren İAD, yoğun bakımda olan bireyleri birçok yönden olumsuz etkilemektedir. İAD gelişiminin önlenmesi, erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi etkin bir hemşirelik bakımı ile mümkündür. Etkin bir hemşirelik bakımı ise deri temizliğinin sağlanması, derinin korunması ve onarılması basamaklarını içermelidir (Orhan ve ark., 2023; Sönmez ve ark., 2022). Bu yüzden hemşirelik açısından İAD, bakım kalitesini ve hemşirelik bakımının önemini gösteren önemli bir belirteçtir (Sönmez ve ark., 2022; Şendir ve ark., 2014, s.484). İAD'nin önlenmesi ve etkili yönetimi, hasta konforunda artış, hospitalizasyon ve bakım maliyetlerinde azalmayı sağladığı için kritik hemşirelik müdahaleleri olarak kabul edilir (Sönmez ve ark., 2025; Şahin ve ark., 2019).

Risk faktörlerinin etkisini azaltmak ve/veya ortadan kaldırmak için hazırlanan hemşirelik bakım planının çoğunluğunu komplikasyonları önleyici girişimler oluşturmaktadır (Başak ve ark., 2009). İnkontinans alakalı komplikasyonların giderilmesi perineal cilt bakımının düzenli ve doğru yöntemler kullanılarak gerçekleştirilmesi ile sağlanabilir (Özdemir Aydın 2018, s.60). Bu bağlamda hemşirelerin uygulaması gerek 3 önemli girişim bulunmaktadır. Bunlar; cildin temiz tutulması, nemlendirilmesi ve idrar ve feçes gibi iritanlardan cildin arındırılmasıdır (Bilge ve Kızılkaya Beji, 2018). Günümüzde inkontinanslı hastaların bakımına yönelik çeşitli ürünler geliştirilmiştir. Hemşirenin hastayı değerlendirerek elde ettiği veriler ışığında hemşirelik bakım planını hazırlarken hasta için en uygun olan bakım ürününe karar vermesi gerekmektedir. Bu yüzden bu ürünleri tanınması ve eleştirel olarak değerlendirebilmesi önemlidir (Aydınlı ve Biçer, 2019; Başak ve ark., 2009; Bilge ve Kızılkaya Beji, 2018; Kaya ve ark., 2019; Yılmaz ve Aslan, 2018).

Cilt bütünlüğünün devamlılığı, hemşirelik bakımının kalitesini gösteren önemli bir belirteçtir (Kılıç ve ark., 2024; Sönmez ve ark., 2022; Tay ve ark., 2020; Yılmaz ve Aslan, 2018; Zhang ve ark., 2021). Avşar ve Karadağ'ın (2016) yoğun bakım ünitelerinde doku toleransını artırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin doku bütünlüğünü sürdürmeye olan etkisini inceleyen çalışmasında İAD oranları kanıta dayalı hemşirelik girişimlerinin uygulandığı müdahale grubunda %10.4 (n=77), kontrol grubunda %31.2 (n=77) olarak saptanmıştır. Bu yüzden hemşirelerin sağlıklı cilt bütünlüğünün devamlılığını sağlamak için risk faktörleri ve bakım uygulamaları konusunda yeterli ve güncel bilgiye sahip olması gerekmektedir (Chianca ve ark., 2016; Kılıç ve ark., 2024; Sönmez ve ark., 2022; Tay ve ark., 2020; Yılmaz ve Aslan, 2018; Zhang ve ark., 2021). Hemşirelerin İAD konusunda bilgi düzeyleri değerlendirilmeli ve eksiklikleri giderilmelidir (Beeckman ve ark., 2015; Bliss ve ark., 2011; Chianca ve ark., 2016; Kılıç ve ark., 2024; Sönmez ve ark., 2022; Tay ve ark., 2020).

Ancak İAD'yi önlemede bilgi tek başına yeterli değildir. İAD önlemede bilgi kadar tutumda önem arz etmektedir. Olumlu tutum düzeyi arttıkça İAD tedavi ve önlenmesine yönelik uygulamalarda artar. Aksi durumda kanıta dayalı uygulamaların kullanılamaması ve/veya olumsuz tutum sergilenmesi hemşirelik bakımının kalitesini düşürebilir (Bliss ve ark., 2011; Sönmez ve ark., 2022; Tay ve ark., 2020; Van Damme ve ark., 2018; Zhang ve ark., 2021). Ayrıca klinik yoğunluk ve personel eksikliği nedeniyle hemşireler öncelik belirlemek durumunda kalmaktadır. Order edilen tedavinin tatbiki ve ağrı yönetimi gibi kritik bakım uygulamalarına öncelik verilmesi gerekebilir ve zamanın yetersizliğinden ötürü cilt bakımı ötelenebilir ya da atlanabilir (Gül, 2019; Kartal ve ark., 2022; Van Damme ve ark., 2021). Bu yüzden hemşirelik bakım kalitesinin azalmasında bu faktörde göz önünde bulundurulmalıdır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma yoğun bakım hastalarında İAD ve İAD yönetiminde hemşirelerin bilgi, tutum ve uygulama düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 01.04.2024 – 30.09.2024 tarihleri arasında Erzurum Şehir Hastanesinde yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) gerçekleştirilmiştir. Yoğun bakım özellikleri ve çalışan hemşire sayısı Tablo 3.1’de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Yoğun bakım özellikleri ve çalışan hemşire sayısı

Yoğun bakım (YB) adı	Yoğun bakım düzeyi	Yatak kapasitesi	Hemşire sayısı
Erişkin YB 1	3.düzye	9	16
Erişkin YB 2	3.düzye	9	19
Erişkin YB 3	3.düzye	10	18
Erişkin YB 4	3.düzye	12	22
Erişkin YB 5	3.düzye	10	19
Kardiyovasküler cerrahi YB	3.düzye	10	12
Genel cerrahi YB	3.düzye	11	15
Göğüs YB	2.düzye	14	18
Dahiliye YB	2.düzye	14	16
Koroner YB	2.düzye	10	7
Acil YB	2.düzye	8	7
Toplam		78	128

Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım, cerrahi yoğun bakım, acil yoğun bakım ve koroner yoğun bakım hasta yatış süresinin 7 günün altında olmasından dolayı araştırma kapsamına uygun olmadığı için çalışma dışında bırakılmıştır. Araştırma kapsamındaki erişkin 1-2-3-4-5, dahiliye ve göğüs YBÜ’de toplam 78 yatak ve 128 hemşire bulunmaktadır (Tablo 3.1).

Hemşireler yoğun bakım ünitelerinde 8, 16 ve 24 saatlik nöbetler tutmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde 24 saatte bir kez genel hasta bakımı (ağız bakımı, göz bakımı, vücut bakımı, pansuman değişimi, çarşaf değişimi) yapılmaktadır. Gereklilik halinde genel hasta bakımı 24 saat içerisinde birden fazla olabilmektedir. Bunun dışında perineal bakım hastanın defekasyon sıklığına göre değişiklik göstermekle beraber 24 saatte 1 ile 12 kez arasında değişmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma 01.04.2024 – 30.09.2024 tarihleri arasında Erzurum Şehir Hastanesi'nde YBÜ'de tedavi gören erişkin hastalar ve çalışmakta olan hemşireler ile yapılmıştır. Evreni bu tarihler arasında yatan hastalar ve bakım veren hemşireler oluşturmuştur. Hastalar için araştırmanın örneklem hacminin belirlenmesinde *raosoft programı* kullanılmıştır (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>) ve evreni belli örneklem yöntemi kullanılarak bir önceki yıl aynı tarihler arasında yatan 909 hasta üzerinden yapılan örneklem hesabı ile belirlenmiş olup örneklemi %90 güven aralığı ve %5 hata payı ile minimum 209 hasta oluşturmuştur. Hemşireler için örneklem hacminin belirlenmesinde örnekleme yöntemi kullanılmadan aynı yoğun bakım ünitelerinde çalışan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 122 yoğun bakım hemşiresi oluşturmuştur. Evreni oluşturan hemşirelerin %95'ine ulaşılmıştır.

3.4. Örneklem Seçim Kriterleri

Örnekleme alınacak hastalar için:

- Araştırmaya katılma için hasta ve/veya yakınlarının rızasının alınması
- 18 yaş ve üzeri olma
- Üriner inkontinans ve/veya fekal inkontinansı olması
- Perineal bölgede İAD gelişmemiş olması
- Klinikte 24 saati doldurmuş olması

- Klinikte en az 7 gün yatması
- Hastalarda alerjinin olmaması

Örnekleme alınacak hemşireler için:

- Yoğun bakımda çalışıyor olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

3.5. Örneklem Dışlanma Kriterleri

Örnekleme alınacak hastalar için:

- Hastanın exitus olması
- Hastanın farklı kliniğe transfer edilmesi veya taburcu olması
- Hastanın 7 günden az yatması
- 18 yaşın altında olma
- Hastada dekübit ülseri olması

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni

Yoğun bakım hastalarında İAD görülme sıklığı iken hemşirelerin İAD yönetiminde bilgi, tutum ve uygulama düzeyleridir.

Araştırmanın bağımsız değişkeni

Hastalar için cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, beden kitle indeksi (BKİ), tıbbi tanı, hastalık durumu, kullandığı ilaçlar, laboratuvar bulguları, klinikte yattığı gün sayısı, yatış öncesi inkontinans varlığı, alt bezi kullanım durumu, gaita kültüründe üreme durumu, beslenme şekli, defekasyon temizlik şekli, pozisyon sıklığı, yaşam bulguları, inkontinans tipi, defekasyon sayısı, defekasyon kıvamı, perine bakımı sayısı, bilinç durumu, nemlilik, hareketlilik düzeyi, beslenme miktarı, sürtünmedir.

Hemşireler için yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, toplam hizmet süresi, çalışılan klinik, mevcut klinikte toplam hizmet yılı, önceden İAD gelişme riski olan birimde

çalışması, önceden İAD'si olan hastaya bakım yapma durumu, haftalık bakım verdiği İAD'li hasta sayısı, daha önce İAD hakkında hizmet içi eğitime katılma durumu, İAD gelişiminin önlenmesi ve tedavisine yönelik bilgi düzeyi durumu, İAD'nin önlenmesi ve tedavisine yönelik uygulamalarda yeterlilik açısından kendini değerlendirme durumu, İAD'nin önlenmesi ve tedavisinde hemşirelik girişimlerinin etkililik durumu, İAD'nin hemşirelik bakım kalitesini etkileyen bir belirteç olma durumudur.

3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Verilerin toplanmasında; hastaya ilişkin tanıtıcı özellikler formu, inkontinans alakalı dermatiti değerlendirme ölçeği (İADDÖ), hemşirelere ilişkin tanıtıcı özellikler formu, inkontinans alakalı dermatit yönetiminde hemşirelerin bilgi, tutum ve uygulamalarını değerlendirme ölçeği (İAD-BTU-Ö) kullanıldı.

3.7.1. Hastaya İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan hastaya ilişkin tanıtıcı özellikler formu bölüm A ve bölüm B olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Bölüm A yaş, cinsiyet, boy, kilo, eğitim durumu gibi bireysel özellikler, tıbbi tanı, hastalık durumu, kullandığı ilaçlar, laboratuvar bulguları, klinikte yattığı gün sayısı, kliniğe yatış öncesi inkontinans varlığı, alt bezi kullanım durumu, gaita kültüründe üreme durumu gibi İAD oluşumunu etkileyebilecek değişkenler, beslenme şekli, defekasyon temizlik şekli, pozisyon sıklığı gibi hasta bakımına ilişkin değişkenlerden oluşturulmuştur. Bölüm B: yaşam bulguları, inkontinans tipi, günlük defekasyon sayısı, defekasyon kıvamı, günlük perine bakım sayısı, bilinç durumu, nemlilik, hareketlilik düzeyi, beslenme miktarı ve sürtünme gibi günlük değişiklik gösterebilecek değişkenlerden oluşmuştur (Avşar 2016, s.61; Kaymak Köse 2022, s.84; Tülü 2023, s.78).

3.7.2. İnkontinans Alakalı Dermatiti Değerlendirme Ölçeği (İADDÖ)

Ölçek, Borchert ve ark. (2010) tarafından İAD'nin tanılanması için geliştirilmiştir (Borchert ve ark., 2010). Bu ölçeğin Türkçeye uyarlanması Avşar, Gül ve Karadağ tarafından 2019 yılında yapılmıştır (Avşar ve ark., 2019). Ölçekte perineal alan 13 bölgeye ayrılarak her bir bölge numaralandırılmıştır (1.perianal bölge, 2.iki kalça arası kıvrım, 3.sol alt kalça, 4.sağ alt kalça, 5.sol üst kalça, 6.sağ üst kalça, 7.genital bölge, 8.alt karın bölgesi, 9.genital ile uyluk arasındaki kıvrım, 10.sol ön iç uyluk, 11.sağ ön iç uyluk, 12.sol arka uyluk, 13.sağ arka uyluk). Her bir bölge kızarıklık, döküntü ve deri kaybı açısından değerlendirilerek her bir vücut bölümü için birer puan verilerek ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır (Deri kaybı: 4, Döküntü: 3, Kırmızı renk: 2, Pembe renk: 1, Kızarıklık yok: 0). Olası puan aralığı 0-52 olarak belirlenmektedir. Puanın 0 olması İAD gelişmediğini, 1 ve üzeri olması İAD gelişimini gösterir. Puan arttıkça dermatit şiddeti de artmaktadır. (Avşar ve ark., 2019; Özdemir Aydın ve Kaya, 2017). Ayrıca ölçekte fotoğraflar kullanılarak İAD ve BÜ arasındaki fark tanımlanmıştır. Yine renk şeridine yer verilerek kızarıklığın açık ve koyu tonlu bireylerde nasıl olduğu gösterilmiştir. Ayrıca kızarıklık, deri kaybı ve döküntü resimler kullanılarak tanımlanmıştır (Özdemir Aydın 2018, s.93; Özdemir Aydın ve Kaya, 2017). Ölçeğin 'içerik geçerlik indeksine göre görüş uyumu 1.00'dir (Avşar ve ark., 2019).

3.7.3. Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan hemşirelere ilişkin tanıtıcı özellikler formu, bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu gibi demografik özellikler, toplam hizmet süresi, çalışılan klinik, mevcut klinikte toplam çalışma süresi gibi klinik tecrübe ile ilgili özellikler, daha önce İAD gelişme riski olan birimde çalışması, daha önce İAD'li olan hastaya bakım yapma durumu, haftalık bakım verdiği

İAD’li hasta sayısı, daha önce İAD hakkında hizmet içi eğitime katılma durumu, İAD gelişiminin önlenmesi ve tedavisine yönelik bilgi düzeyi durumu, İAD’nin önlenmesi ve tedavisine yönelik uygulamalarda yeterlilik açısından kendini değerlendirme durumu, İAD’nin hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olma durumu gibi bilgi düzeyine ilişkin soruları içermektedir (Avşar 2016, s.61; Özdemir 2020, s.60; Şahin 2017, s.67; Yeni 2019, s.75).

3.7.4. İnkontinans Alakalı Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği (İAD-BTU-Ö)

İAD yönetiminde hemşirelerin bilgi, tutum ve uygulama düzeylerini değerlendirmek için Tay ve ark. (2020) tarafından geliştirilen bir ölçektir (Tay ve ark., 2020). Bu ölçeğin Türkçeye uyarlanması Sönmez ve ark. (2022) tarafından yapılmıştır (Sönmez ve ark., 2022). Ölçek 20 madde ve 4 alt boyuttan meydana gelmektedir. Her bir alt boyutta maddeler 5’li likert tipinde olup; ‘Kesinlikle katılmıyorum’ (1), ‘Katılmıyorum’ (2), ‘Kararsızım’ (3), ‘Katılıyorum’ (4), ‘Kesinlikle katılıyorum’ (5) olarak puanlanmaktadır.

İAD-BTU-Ö’ye ait alt boyutları, madde sayısı, minimum ve maksimum değerleri Tablo 3.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.2. İAD-BTU-Ö alt boyutları ve özellikleri

Alt boyut adı	Madde sayısı	Minimum puan	Maksimum puan
1.İAD etiyoloji ve tanılama bilgisi	5	5	25
2.İAD risk faktörleri bilgisi	6	6	30
3.İAD önlemeye yönelik tutum	3	3	15
4.İAD önlemeye yönelik uygulamalar	6	6	30

Birinci alt boyuttan alınacak olan yüksek puan İAD etiyoloji ve tanılama bilgisinin iyi ve yeterli olduğunu göstermektedir. İkinci alt boyuttan alınacak olan

yüksek puan İAD risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyinin iyi ve yeterli olduğunu göstermektedir. Üçüncü alt boyuttan alınacak yüksek puan İAD önlemeye yönelik olumlu tutum olarak kabul edilmektedir. Dördüncü alt boyuttan alınacak yüksek puan İAD önlemeye yönelik olumlu uygulamaları yansıtmaktadır.

Ölçekten elde edilecek toplam bir puan olmayıp her bir alt boyut kendi içinde değerlendirilmektedir. Her bölümde o bölümü oluşturan maddelerden alınabilecek ortalama puan o alt boyutun toplam puanı olmaktadır ve ilgili bölümdeki toplam puanın madde sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Ölçekte ters madde mevcut değildir (Sönmez ve ark; 2022; Tay ve ark; 2020). Bu ölçeğin Cronbach Alpha kat sayısı etioloji ve tanılama bilgisi 0.79, risk faktörleri bilgisi 0.88, önlemeye yönelik tutum 0.77, önlemeye yönelik uygulamalar 0.88'dir (Sönmez ve ark., 2022). Bu araştırma için Cronbach Alpha etioloji ve tanılama bilgisi iç geçerlilik kat sayısı 0.829, risk faktörleri bilgisi iç geçerlilik kat sayısı 0.895, önlemeye yönelik tutum iç geçerlilik kat sayısı 0.867, önlemeye yönelik uygulamalar iç geçerlilik kat sayısı 0.926 olarak bulunmuştur.

3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu edinilen verilerin, SPSS Windows 22 paket programı ile analizi yapıldı. Verilerin analizinde en düşük ve en fazla değerler, sayılar, yüzdeler ile ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$, güven aralığı %90 alınmıştır (Tablo 3.1).

Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler Tablo 3.3'te sunulmuştur.

Tablo 3.3. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	Mann whitney u analizi
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans analizi (İleri analiz için varyansların homojenlik gösterdiği durumlarda LSD, göstermediği durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).	Kruskall wallis analizi (İleri analiz için Mann Whitney U kullanılmıştır).
İlişkisel çıkarımlarda	Pearson korelasyon analizi	Spearman korelasyon analizi
İç geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve skewness kat sayıları*	

*Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım değerleri Tablo 3.4'te sunulmuştur.

Tablo 3.4. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness		Kurtosis	
		Kat Sayısı		Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
İAD etiyoloji ve tanılama ilgisi*	122	-0.988	0.219	2.703	0.435
İAD risk faktörleri bilgisi*	122	-1.518	0.219	4.976	0.435
İAD önlemeye yönelik tutum*	122	-0.834	0.219	1.076	0.435
İAD önlemeye yönelik uygulama*	122	-1.571	0.219	4.907	0.435
7 günlük İAD ortalaması*	209	2.57	0.168	11.16	0.335
Hastanın yaşı	209	-1,115	0,168	1,515	0,335
Hemoglobin değeri	209	0,687	0,168	0,147	0,335
Klinikte yattığı gün sayısı*	209	5,519	0,168	33,674	0,335
Ateş 1.gün*	209	1,258	0,168	9,823	0,335
Ateş 7. gün*	209	0,913	0,168	2,202	0,335
Nabız 1. gün	209	0,419	0,168	0,155	0,335
Nabız 7. gün	209	0,205	0,168	0,180	0,335
Sistolik kan basıncı 1. gün	209	0,585	0,168	0,736	0,335
Sistolik kan basıncı 7. gün	209	0,142	0,168	-,237	0,335
Diyastolik kan basıncı 1. gün	209	0,846	0,168	1,572	0,335
Diyastolik kan basıncı 7. gün	209	0,336	0,168	0,887	0,335
Satürasyon 1. gün	209	-1,015	0,168	0,881	0,335
Satürasyon 7. gün	209	-,874	0,168	-,070	0,335
Günlük defekasyon sayısı 1. gün	209	1,383	0,168	1,726	0,335
Günlük defekasyon sayısı 7. gün	209	0,047	0,168	-1,222	0,335
Günlük perine bakım sayısı 1. gün*	209	1,334	0,168	3,590	0,335
Günlük perine bakım sayısı 7. gün	209	-,592	0,168	1,584	0,335

* Normal dağılmayan verilerdir. Tüm veriler normal dağılım göstermektedir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Hastalar için

- Araştırmanın yalnız Erzurum Şehir Hastanesi'nde bulunan yoğun bakımları kapsamaması nedeniyle tek merkezli bir çalışma olması

- Hastalar için uygulanacak ölçeğin 7 günü kapsamaması nedeni ile 7 gün boyunca yatan hasta bulunabilmesinin zorluğu

- Bazı hasta ve/veya yakınlarının araştırmaya katılmayı istememeleri

- Bazı yoğun bakımlarda hasta sirkülasyonunun az olması

Hemşireler için

- Klinikte çalışmakta olan hemşirelerin %95'ine ulaşılmış olmasına rağmen bazı hemşirelerin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi

3.10. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırmaya katılan hasta ve/veya yakınlarına, çalışmanın amacının ne olduğu, ne kadar süreceği, olası riskleri, veri olarak nelerin gözleneceği, elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağına dair bilgilerin yer aldığı 'Erişkin Hastalar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' sunuldu ve sözel olarak da açıklama yapıldı (EK-4). Çalışmanın diğer bölümünü oluşturan hemşirelere çalışmanın amacının ne olduğu, katılımcıdan nelerin beklendiği, elde edilen bilgilerin nasıl ve nerede kullanılacağına dair 'Hemşireler için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' sunuldu ve sözel olarak da açıklama yapıldı (EK-7). Hastalardan ve/veya yakınlarından ve hemşirelerden gönüllülük ilkesi ışığında yazılı onamları alındı. Ayrıca hastalara kişisel bilgilerinin araştırmacı ve araştırma dışında kullanılmayacağı hakkında güvence verilerek Gizlilik ilkesine bağlı kalındı. Araştırmaya başlamadan önce hastalar için kullanılması planlanan 'İnkontinans Alakalı Dermatiti Değerlendirme Ölçeği (İADDÖ) ve hemşire katılımcılar için kullanılması planlanan 'İnkontinans Alakalı Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeğinin (İAD-BTU-Ö) araştırmada kullanılabilmesi için e-posta yolu ile izin alındı (EK-10). Erzurum Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan Etik Kurul Onayı (EK-2), Erzurum İl Sağlık Müdürlüğünden resmi yazılı izin alındı (EK-3). Verilerin toplanması aşamasında bakım ve tedavinin aksatılmamasına özen gösterildi ve Zarar Vermeme/Yararlılık ilkesine bağlı kalındı.

4. BULGULAR

Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Erkek	115	55.0
	Kadın	94	45.0
BKİ	Zayıf	1	0.5
	Normal	151	72.2
	Fazla kilolu	43	20.6
	Obez	8	3.8
	Aşırı obez	3	1.4
	Morbid obez	3	1.4
Eğitim Düzeyi	Okur yazar değil	46	22.0
	Okuryazar	117	56.0
	İlkokul	38	18.2
	Ortaokul	5	2.4
	Lise	2	1.0
	Üniversite	1	0.5
Yattığı Klinik	Dahiliye YB	37	17.7
	Erişkin 1 YB	47	22.5
	Erişkin 2 YB	31	14.8
	Erişkin 3 YB	35	16.7
	Erişkin 4 YB	11	5.3
	Erişkin 5 YB	16	7.7
	Göğüs YB	32	15.3
Hastalık Durumu*			
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	Evet	30	14.4
	Hayır	179	85.6
Endokrin Sistem Hastalıkları (Diyabet)	Evet	54	25.8
	Hayır	155	74.2
Serebrovasküler Hastalıklar	Evet	36	17.2
	Hayır	173	82.8
Kalp Damar Hastalığı	Evet	68	32.5
	Hayır	141	67.5
Obezite	Evet	14	6.7
	Hayır	195	93.3

Tablo 4.1. (Devam)

		n	%
Hipertansiyon	Evet	96	45.9
	Hayır	113	54.1
Solunum Sistemi Hastalıkları	Evet	152	72.7
	Hayır	57	27.3
Travma	Evet	10	4.8
	Hayır	199	95.2
Üriner Sistem Hastalıkları (Böbrek Yetmezliği)	Evet	37	17.7
	Hayır	172	82.3
Nörolojik Hastalık	Evet	38	18.2
	Hayır	171	81.8
Kullanılan İlaç*			
Antibiyotik	Evet	198	94.7
	Hayır	11	5.3
Sedatif	Evet	71	34.0
	Hayır	138	66.0
Antikoagülan	Evet	198	94.7
	Hayır	11	5.3
Steroid	Evet	21	10.0
	Hayır	188	90.0
Antidiyabetik	Evet	11	5.3
	Hayır	198	94.7
Antihipertansif	Evet	50	23.9
	Hayır	159	76.1
Oksijen Tedavisi	Evet	160	76.6
	Hayır	49	23.4
Vazopressor	Evet	57	27.3
	Hayır	152	72.7
Antiasit	Evet	202	96.7
	Hayır	7	3.3
Kliniğe Yatış Öncesi İnkontinans Varlığı	Evet	126	60.3
	Hayır	83	39.7
Alt Bezi Kullanma	Evet	208	99.5
	Hayır	1	0.5
Gaita Kültüründe Üreme Durumu	Var	6	2.9
	Yok	203	97.1
Beslenme Şekli	Oral	53	25.4
	Enteral	120	57.4
	Parenteral	28	13.4
	Diğer	8	3.8

Tablo 4.1. (Devam)

		n	%		
Defekasyon Temizliğini Yapma Şekli	Islak pamuk ile silme	208	99.5		
	Islak pamuk ve bariyer krem	1	0.5		
Pozisyon Sıklığı	2 st'de bir kez	9	4.3		
	4 st'de bir kez	137	65.6		
	Pozisyon verilemeyen	26	12.4		
	Yatak içi hareketli	37	17.7		
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	209	28	99	75.5	12.81
Hemoglobin	209	5.00	17.0	10.05	2.14
BUN	209	7.00	150.0	46.80	27.52
Albumin	209	16.00	43.0	26.80	4.78
Kreatinin	209	0.15	7.5	1.55	1.19
Klinikte yattığı gün sayısı	209	1.00	179.0	8.65	23.06

* Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Katılımcıların %55'i erkektir, %72.2'si normal kiloludur, %56'sı okuryazardır. Katılımcıların %72.7'sinin solunum sistemi hastalığı vardır, %95.2'sinin travması yoktur. Katılımcıların %94.7'si antibiyotik kullanmaktadır, %94.7'si antikoagülan kullanmaktadır, %76.6'sı oksijen tedavisi almaktadır ve %96.7'si antiasit kullanmaktadır. Katılımcıların %60.3'ü nün kliniğe yatmadan önce inkontinansı vardır, %99.5'i alt bezi kullanmaktadır, %57.4'ü enteral beslenmektedir ve %99.5'i defekasyon temizliğini ıslak pamuk ile silerek yapmaktadır. Katılımcıların %65.6'sına 4 saatte bir kez pozisyon verilmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması 75.5 ± 12.81 , hemogloblin ortalaması 10.05 ± 2.14 , BUN ortalaması 46.80 ± 27.52 , albumin ortalaması 26.80 ± 4.78 , kreatinin ortalaması 1.55 ± 1.19 ve klinikte yattığı gün sayısı ortalaması 8.65 ± 23.06 'dır (Tablo 4.1).

İAD sıklığının dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. İAD sıklığının dağılımı

	n	%
Gelişmedi	55	26.3
Gelişti	154	73.7

Katılımcıların %73.7'sinde İAD gelişmiştir.

Günlere göre İADDÖ'den alınan puanların karşılaştırılması Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Günlere göre İADDÖ'den alınan puanların karşılaştırılması

	n	İnkontinans Alakalı Dermatiti Değerlendirme				
		Ort.	SS.	Test	p	Benferroni
1.gün puan ortalaması	209	2.41	4.36	F=39.770	0.000	1<2.3.4.5.6.7 2<3.4.5.6.7 3<4.5
2.gün puan ortalaması	209	3.02	4.56			
3.gün puan ortalaması	209	4.03	5.14			
4.gün puan ortalaması	209	4.57	5.25			
5.gün puan ortalaması	209	4.84	5.35			
6.gün puan ortalaması	209	4.55	5.08			
7.gün puan ortalaması	209	4.43	5.07			
	n	Ort.	SS.			
7 Günlük Ortalama	209	3.64	4.07		-	

Günlere göre İADDÖ'den alınan toplam puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Günlere göre hangi gruptan kaynaklı farkın oluştuğunu belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); 1. gün İADDÖ toplam puan ortalamasının 2-3-4-5-6-7. gün puan ortalamalarından düşük, 2. gün puan ortalamasının 3-4-5-6-7. gün puan ortalamalarından düşük ve 3. gün puan ortalamasının 4-5. gün ortalamalarından düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Katılımcıların İADDÖ 7 günlük ortalaması 3.64 ± 4.07 'dir (Tablo 4.3).

Tanıtıcı özelliklerine göre 1. gün İAD gelişme durumun karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Tanıtıcı özelliklerine göre 1. gün İAD gelişme durumun karşılaştırılması

		İAD Gelişmedi		İAD Gelişti		Önemlilik
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	28	50.9	66	42.9	$\chi^2=1.062$
	Erkek	27	49.1	88	57.1	p=0.303
BKİ	Zayıf	-	-	1	.6	
	Normal	47	85.5	104	67.5	
	Fazla kilolu	8	14.5	35	22.7	$\chi^2=8.477$
	Obez	-	-	8	5.2	p=0.132
	Aşırı obez	-	-	3	1.9	
	Morbid obez	-	-	3	1.9	
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	Evet	10	18.2	20	13.0	$\chi^2=0.890$
	Hayır	45	81.8	134	87.0	p=0.346
Endokrin Sistem Hastalıkları (Diyabet)	Evet	14	25.5	40	26.0	$\chi^2=0.006$
	Hayır	41	74.5	114	74.0	p=0.940
Serebrovasküler Hastalıklar	Evet	14	25.5	22	14.3	$\chi^2=3.546$
	Hayır	41	74.5	132	85.7	p=0.060
Kalp Damar Hastalığı	Evet	22	40.0	46	29.9	$\chi^2=1.895$
	Hayır	33	60.0	108	70.1	p=0.169
Hipertansiyon	Evet	28	50.9	68	44.2	$\chi^2=0.744$
	Hayır	27	49.1	86	55.8	p=0.388
Solunum Sistemi Hastalıkları	Evet	34	61.8	118	76.6	$\chi^2=4.479$
	Hayır	21	38.2	36	23.4	p=0.034
Nörolojik Hastalık	Evet	12	21.8	26	16.9	$\chi^2=0.663$
	Hayır	43	78.2	128	83.1	p=0.415
Antibiyotik	Evet	50	90.9	148	96.1	p=0.162*
	Hayır	5	9.1	6	3.9	
Sedatif	Evet	20	36.4	51	33.1	$\chi^2=0.190$
	Hayır	35	63.6	103	66.9	p=0.663
Antikoagülan	Evet	53	96.4	145	94.2	p=0.731*
	Hayır	2	3.6	9	5.8	
Steroid	Evet	3	5.5	18	11.7	$\chi^2=1.742$
	Hayır	52	94.5	136	88.3	p=0.187
Antidiyabetik	Evet	2	3.6	9	5.8	p=0.731*
	Hayır	53	96.4	145	94.2	

Tablo 4.4. (Devam)

		İAD Gelişmedi		İAD Gelişti		Önemlilik	
		n	%	n	%		
Antihipertansif	Evet	21	38.2	29	18.8	$\chi^2=8.338$ p=0.004	
	Hayır	34	61.8	125	81.2		
Oksijen Tedavisi	Evet	37	67.3	123	79.9	$\chi^2=3.583$ p=0.058	
	Hayır	18	32.7	31	20.1		
Vazopressor	Evet	13	23.6	44	28.6	$\chi^2=0.498$ p=0.481	
	Hayır	42	76.4	110	71.4		
Antiasit	Evet	53	96.4	149	96.8	p=1.000*	
	Hayır	2	3.6	5	3.2		
Alt Bezi Kullanma	Evet	55	100	153	99.4	p=1.000*	
	Hayır	-	-	1	0.6		
Gaita Kültüründe Üreme Durumu	Var	-	-	6	3.9	p=0.344*	
	Yok	55	100	148	96.1		
Beslenme Şekli	Oral	20	36.4	33	21.4	$\chi^2=6.721$ p=0.081	
	Enteral	28	50.9	92	59.7		
	Parenteral	4	7.3	24	15.6		
	Diğer	3	5.5	5	3.2		
Defekasyon Temizliğini Yapma Şekli	Islak pamuk ile	55	100	153	99.4	p=1.000*	
	Islak pamuk ve bariyer krem	-	-	1	0.6		
Pozisyon Sıklığı	2 saatte bir kez	4	7.3	5	3.2	$\chi^2=5.443$ p=0.142	
	4 saatte bir kez	30	54.5	107	69.5		
	Pozisyon verilemeyen	7	12.7	19	12.3		
	Yatak içi hareketli	14	25.5	23	14.9		
Sürekli Değişkenler	İAD Gelişmedi			İAD Gelişti			Önemlilik
	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	
Yaş	55	77.89	10.89	154	74.63	13.36	t=1.792, p=0.076
Hemoglobin	55	10.71	2.09	154	9.81	2.11	t=2.728, p=0.007
Klinikte yattığı gün sayısı	55	5.44	9.87	154	9.80	26.15	U=3626.500, p=0.103

*Fisher'in kesin ki-kare testi yapıldığı için ki-kare değeri bulunmamaktadır. χ^2 : Ki-kare analizi, U: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız gruplarda t testi

Solunum sistemi hastalıkları, antihipertansif ve hemoglobin düzeyine göre İAD gelişme farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05) (Tablo 4.4).

Solunum sistemi hastalığı olanlarda İAD gelişme oranı daha yüksektir. Antihipertansif ilaç kullananlarda İAD gelişme oranı daha yüksektir. İAD gelişenlerin hemoglobin ortalaması daha düşüktür (Tablo 4.4).

Cinsiyet, BKİ, dolaşım sistemi hastalıkları, diyabet, serebrovasküler hastalıklar, kalp damar hastalığı, hipertansiyon, nörolojik hastalık, antibiyotik, sedatif, antikoagülan, steroid, antidiyabetik, oksijen tedavisi, vazopressor, antiasit, alt bezi kullanma, gaita kültüründe üreme durumu, beslenme şekli, defekasyon temizliğini yapma şekli, pozisyon sıklığı, yaş ve klinikte yatılan gün sayısına göre İAD gelişme farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Hasta özelliklerine göre 1 ve 7. günde İAD gelişme durumun karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Hasta özelliklerine göre 1 ve 7. günde İAD gelişme durumun karşılaştırılması

		1.Gün				Önemlilik	7.Gün				Önemlilik
		İAD Gelişmedi		İAD Gelişti			İAD Gelişmedi		İAD Gelişti		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
İnkontinans Tipi	Dışkı	52	94.5	151	98.1	p=0.188*	53	96.4	150	97.4	p=0.655*
	Mix	3	5.5	3	1.9		2	3.6	4	2.6	
Defekasyon Kıvamı	Sıvı	5	9.1	21	13.6	x²=1.693 p=0.429	4	7.3	28	18.2	x²=5.135 p=0.077
	Yumuşak	22	40.0	69	44.8		40	72.7	88	57.1	
	Sert	28	50.9	64	41.6		11	20.0	38	24.7	
Bilinç Durumu	Açık	16	29.1	29	18.8	x²=2.525 p=0.283	20	36.4	43	27.9	x²=1.440 p=0.487
	Kapalı	28	50.9	90	58.4		27	49.1	88	57.1	
	Konfüze	11	20.0	35	22.7		8	14.5	23	14.9	
Nemlilik	Çok sık ıslak	3	5.5	11	7.1	x²=0.191 p=0.909	3	5.5	14	9.1	x²=3.180 p=0.204
	Ara sıra ıslak	51	92.7	140	90.9		50	90.9	139	90.3	
	Çok seyrek ıslak	1	1.8	3	1.9		2	3.6	1	0.6	
Hareketlilik Düzeyi	Aktif	2	3.6	1	0.6	x²=6.984 p=0.072	3	5.5	1	0.6	x²=12.667 p=0.005
	Biraz sınırlı	13	23.6	19	12.3		16	29.1	30	19.5	
	Çok sınırlı	15	27.3	54	35.1		8	14.5	54	35.1	
	İmmobil	25	45.5	80	51.9		28	50.9	69	44.8	

Tablo 4.5. (Devam)

		1.Gün				Önemlilik	7.Gün				Önemlilik
		İAD Gelişmedi		İAD Gelişti			İAD Gelişmedi		İAD Gelişti		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Beslenme Miktarı	Yeterli	20	36.4	52	33.8	$\chi^2=4.810$ $p=0.090$	37	67.3	65	42.2	$\chi^2=10.826$ p=0.004
	Kısmen yeterli	20	36.4	78	50.6		17	30.9	77	50.0	
	Kaşektik	15	27.3	24	15.6		1	1.8	12	7.8	
Sürekli Değişkenler		1.Gün				Önemlilik	7.Gün				Önemlilik
		İAD Gelişmedi		İAD Gelişti			İAD Gelişmedi		İAD Gelişti		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.		Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Ateş		36.49	0.20	36.48	0.12	$U=4155.500$ $p=0.831$	36.51	0.13	36.53	0.17	$U=4123.000$ $p=0.765$
Nabız		97.45	20.6	93.58	18.1	$t=1.234$ $p=0.221$	94.45	16.9	94.88	17.5	$t=-0.155$ $p=0.877$
Sistolik kan basıncı (SKB)		117.89	17.08	115.14	18.98	$t=0.946$ $p=0.345$	114.75	13.69	113.44	15.10	$t=0.566$ $p=0.572$
Diyastolik kan basıncı (DKB)		65.85	12.41	64.03	13.01	$t=0.902$ $p=0.368$	61.15	9.27	60.53	9.78	$t=0.409$ $p=0.683$
Satürasyon		95.82	2.87	95.95	3.12	$t=-0.284$ $p=0.776$	96.44	2.41	95.43	3.28	$t=2.406$ p=0.018
Defekasyon sayısı		0.73	1.01	0.97	1.19	$t=-1.335$ $p=0.183$	1.27	0.89	1.05	0.87	$t=1.648$ $p=0.101$
Perine bakım sayısı		1.69	0.72	1.95	0.77	$U=3416.000$ p=0.015	1.82	0.47	1.90	0.42	$t=-1.227$ $p=0.221$

*Fisher'in kesin ki-kare testi yapıldığı için ki-kare değeri bulunmamaktadır. χ^2 : Ki-kare analizi, U: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız gruplarda t testi

1.günde perine bakım sayısına göre İAD gelişme farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.5). İAD gelişenlerin perine bakım sayısı daha fazladır.

1.günde inkontinans tipi, defekasyon kıvamı, bilinç durumu, nemlilik, hareketlilik düzeyi, beslenme miktarı, ateş, nabız, SKB, DKB, satürasyon ve defekasyon sayısına göre İAD gelişim farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

7. günde hareketlilik düzeyi, beslenme miktarı ve satürasyon düzeyine göre İAD gelişme farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hareket düzeyi çok sınırlı olanlarda İAD gelişme oranı daha yüksektir, beslenme miktarı yeterli olanlarda İAD gelişme oranı daha azdır, İAD gelişmeyenlerde satürasyon ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.5).

7.günde inkontinans tipi, defekasyon kıvamı, bilinç durumu, nemlilik, ateş, nabız, SKB, DKB, defekasyon sayısı ve perine bakım sayısına göre İAD gelişme farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve inkontinans ile ilgili görüşlerinin dağılımı Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4. 6. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve inkontinas ile ilgili görüşlerinin dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	80	65.6
	Erkek	42	34.4
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	9	7.4
	Ön lisans	3	2.5
	Lisans	103	84.4
	Yüksek lisans	7	5.7

Tablo 4.6. (Devam)

		n	%		
Çalışılan Klinik	Dahiliye yoğun bakım	14	11.5		
	Erişkin 1 yoğun bakım	16	13.1		
	Erişkin 2 yoğun bakım	19	15.6		
	Erişkin 3 yoğun bakım	17	13.9		
	Erişkin 4 yoğun bakım	22	18.0		
	Erişkin 5 yoğun bakım	19	15.6		
	Göğüs yoğun bakım	15	12.3		
Daha Önce İAD Gelişme Riski Olan Bir Klinikte Çalışma Durumu	Evet	69	56.6		
	Hayır	53	43.4		
Daha Önce İAD Olan Bir Hastaya Bakım Verme	Evet	67	54.9		
	Hayır	55	45.1		
Daha Önce İAD ile İlgili Bir Eğitim Programına Katılma	Evet	21	17.2		
	Hayır	101	82.8		
İAD Önlenmesi ve Tedavisine Yönelik Bilgi Düzeyi	Yetersiz	19	15.6		
	Kısmen yeterli	80	65.6		
	Yeterli	23	18.9		
İAD Önlenmesi ve Tedavisine İlişkin Uygulamalarda Kendini Değerlendirme	Yetersiz	24	19.7		
	Kısmen yeterli	72	59.0		
	Yeterli	26	21.3		
İAD Önlenmesi ve Tedavisinde Hemşirelik Girişimlerini Etkili Bulma Durumu	Hiç etkili değil	2	1.6		
	Etkili değil	6	4.9		
	Orta etkili	30	24.6		
	Etkili	39	32.0		
	Çok etkili	45	36.9		
İAD’yi Hemşirelik Bakım Kalitesini Gösteren Bir Belirteç Olarak Görme Durumu	Evet	107	87.7		
	Hayır	15	12.3		
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	122	23	42	27.20	3.08
Toplam hizmet süresi (Yıl)	122	1	18	4.17	3.06
Mevcut klinikte toplam çalışma süresi (Yıl)	122	1	9	2.46	1.58

Hemşirelerin %65.6'sı kadındır, %84.4'ü en son hemşirelikte lisans programını tamamlamıştır, % 18'i erişkin 4 yoğun bakımda çalışmaktadır, %56.6'sı daha önce İAD

gelişme riski olan bir klinikte çalışmıştır ve %54.9'u daha önce İAD olan bir hastaya bakım vermiştir. Hemşirelerin %82.8'i daha önce İAD ile ilgili bir eğitim programına katılmamıştır, %65.6'sı İAD önlenmesi ve tedavisine yönelik kısmen yeterli bilgi düzeyine sahiptir, %59'u İAD önlenmesi ve tedavisine ilişkin uygulamalarda kendisini kısmen yeterli görmektedir, %36.9'u İAD önlenmesi ve tedavisinde hemşirelik girişimlerini çok etkili bulmaktadır ve %87.7'si İAD'yi hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak görmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması 27.20 ± 3.08 , toplam hizmet süresi ortalaması 4.17 ± 3.06 ve mevcut klinikte toplam çalışma süresi ortalaması 2.46 ± 1.58 'dir (Tablo 4.6).

İAD-BTU-Ö alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.7'de sunulmuştur.

Tablo 4.7. İAD-BTU-Ö alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının dağılımı (n=122)

Ölçek ve Alt Ölçekler	En Yüksek ve En Düşük Değer Aralığı	Ort. $\pm$ SS.
Etiyoloji ve Tanılama Bilgisi	5-25	19.56 ± 3.12
Risk Faktörleri Bilgisi	6-30	24.68 ± 3.77
Önemeye Yönelik Tutum	3-15	9.96 ± 2.28
Önemeye Yönelik Uygulamalar	6-30	24.16 ± 3.91

Hemşireler 'Etiyoloji ve Tanılama Bilgisi' alt boyutundan 19.56 ± 3.12 , 'Risk Faktörleri Bilgisi' alt boyutundan 24.68 ± 3.77 , 'Önemeye Yönelik Tutum' alt boyutundan 9.96 ± 2.28 ve 'Önemeye Yönelik Uygulamalar' alt boyutundan 24.16 ± 3.91 puan almışlardır (Tablo 4.7).

Demografik özelliklere göre İAD-BTU-Ö bölümlerinden alınmış olan puanların karşılaştırılması Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Demografik özelliklere göre İAD-BTU-Ö bölümlerinden alınmış olan puanların karşılaştırılması

		n	Etiyoloji ve Tanılama Bilgisi		Risk Faktörleri Bilgisi		Önlemeye Yönelik Tutum		Önlemeye Yönelik Uygulamalar	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	80	19.83	2.79	24.88	3.35	9.71	2.31	24.28	3.64
	Erkek	42	19.05	3.64	24.31	4.49	10.43	2.18	23.95	4.42
	Test ve Önemlilik		U=1554.500 p=0.494		U=1650.000 p=0.870		t=-1.660 p=0.099		U=1659.500 p=0.910	
Eğitim Durumu	Sağlık meslek lisesi	9	20.11	2.42	24.67	3.32	10.44	1.33	24.89	3.69
	Ön lisans	3	20.67	2.08	25.67	3.06	11.33	1.15	25.67	3.79
	Lisans	103	19.42	3.20	24.59	3.84	9.88	2.30	24.01	3.97
	Yüksek lisans	7	20.43	3.15	25.57	4.04	9.86	3.29	24.86	3.85
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=1.403$ p=0.705		$\chi^2_{KW}=0.955$ p=0.812		F=0.536 p=0.659		$\chi^2_{KW}=0.642$ p=0.887	
Çalışılan Klinik	Dahiliye yoğun bakım	14	19.00	4.90	23.86	6.92	8.86	2.91	23.57	7.32
	Erişkin 1 yoğun bakım	16	18.88	3.42	24.13	2.85	9.50	2.00	23.31	2.15
	Erişkin 2 yoğun bakım	19	19.26	2.73	24.21	3.71	9.37	2.50	24.37	4.03
	Erişkin 3 yoğun bakım	17	20.53	2.10	25.29	2.42	10.88	1.41	25.53	2.90
	Erişkin 4 yoğun bakım	22	19.14	3.40	24.55	3.83	10.27	1.70	23.73	3.07
	Erişkin 5 yoğun bakım	19	20.58	2.32	26.37	2.24	10.37	2.61	25.26	1.97
	Göğüs yoğun bakım	15	19.40	2.53	24.00	3.30	10.20	2.46	23.07	4.59
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=5.743$ p=0.453		$\chi^2_{KW}=7.792$ p=0.254		F=1.574, p=0.161		$\chi^2_{KW}=8.126$ p=0.229	

Tablo 4.8. (Devam)

		n	Etiyoloji ve Tanılama Bilgisi		Risk Faktörleri Bilgisi		Önlemeye Yönelik Tutum		Önlemeye Yönelik Uygulamalar	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Daha Önce İAD Gelişme Riski Olan Bir Klinikte Çalışma Durumu	Evet	69	19.99	3.27	24.99	3.79	10.30	1.93	24.84	3.95
	Hayır	53	19.00	2.84	24.28	3.75	9.51	2.62	23.28	3.71
	Test ve Önemlilik		U=1384.000 p=0.020		U=1541.000 p=0.132		t=1.931 p=0.056		U=1275.500 p=0.004	
Daha Önce İAD Olan Bir Hastaya Bakım Verme	Evet	67	20.03	3.10	25.27	3.25	10.46	1.83	24.91	3.27
	Hayır	55	18.98	3.06	23.96	4.24	9.35	2.62	23.25	4.44
	Test ve Önemlilik		U=1414.500 p=0.026		U=1449.500 p=0.040		t=2.674 p=0.009		U=1351.500 p=0.010	
Daha Önce İAD ile İlgili Bir Eğitim Programına Katılma	Evet	21	18.48	4.55	23.48	5.75	10.10	2.10	22.90	5.62
	Hayır	101	19.78	2.70	24.93	3.20	9.93	2.32	24.43	3.43
	Test ve Önemlilik		U=970.500 p=0.537		U=998.500 p=0.669		t=0.300 p=0.765		U=980.500 p=0.580	
İAD Önlenmesi ve Tedavisine Yönelik Bilgi Düzeyi	Yetersiz	19	19.11	2.62	24.21	3.54	8.68	3.37	23.16	4.49
	Kısmen yeterli	80	19.30	3.27	24.46	3.96	9.84	1.89	24.21	3.96
	Yeterli	23	20.83	2.67	25.83	3.13	11.43	1.65	24.83	3.16
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=4.715$ p=0.095		$\chi^2_{KW}=3.852$ p=0.146		F=8.942 p=0.000		$\chi^2_{KW}=2.038$ p=0.361	
İAD Önlenmesi ve Tedavisine İlişkin Uygulamalarda Kendini Değerlendirme	Yetersiz	24	18.92	3.09	23.96	4.54	8.71	3.10	22.79	4.87
	Kısmen yeterli	72	19.50	3.16	24.49	3.76	9.86	1.95	24.40	3.82
	Yeterli	26	20.31	2.98	25.88	2.73	11.38	1.36	24.77	2.90
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=2.934$ p=0.231		$\chi^2_{KW}=4.497$ p=0.106		F=10.077 p=0.000		$\chi^2_{KW}=3.258$ p=0.196	

Tablo 4.8. (Devam)

			n	Etiyoloji ve Tanılama Bilgisi		Risk Faktörleri Bilgisi		Önemlemeye Yönelik Tutum		Önemlemeye Yönelik Uygulamalar						
				Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.					
İAD Önlenmesi ve Tedavisinde Hemşirelik Girişimlerini Etkili Bulma Durumu	Hiç etkili değil		2	20.00	7.07	26.00	5.66	9.00	8.49	20.00	11.31					
	Etkili değil		6	18.83	2.93	24.00	1.55	10.83	1.83	24.33	2.25					
	Orta etkili		30	19.00	2.30	23.33	3.12	9.03	2.22	23.20	2.98					
	Etkili		39	19.31	3.55	24.90	4.19	10.49	2.10	24.21	4.03					
	Çok etkili		45	20.22	3.07	25.42	3.81	10.04	2.06	24.93	4.09					
	Test ve Önemlilik			$\chi^2_{KW}=6.247$ p=0.181		$\chi^2_{KW}=11.499$ p=0.021		F=2.165 p=0.077		$\chi^2_{KW}=7.243$ p=0.124						
İAD'yi Hemşirelik Bakım Kalitesini Gösteren Bir Belirteç Olarak Görme Durumu	Evet		107	19.81	3.05	24.95	3.74	9.93	2.32	24.42	3.98					
	Hayır		15	17.73	3.08	22.73	3.51	10.20	2.04	22.33	2.82					
	Test ve Önemlilik			U=415.500 p=0.002		U=486.000 p=0.012		t=-0.436 p=0.664		U=431.500 p=0.003						
t:	Bağımsız	gruplarda	t	testi,	F:	Varyans	analizi,	U:	Mann	Whitney	U	testi,	χ^2_{KW} :	Kruskall	Wallis	analizi

Etiyoloji ve tanılama bilgisi alt boyutu için;

Daha önce İAD gelişme riski olan bir klinikte çalışma, daha önce İAD olan bir hastaya bakım verme ve İAD'yi hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak görme durumuna göre etiyoloji ve tanılama bilgisi puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Daha önce İAD gelişme riski olan bir klinikte çalışanların, daha önce İAD olan bir hastaya bakım verenlerin, İAD'yi hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak görenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan klinik, önceden İAD hakkında eğitim programına katılım, İAD önlenmesi ve tedavisine yönelik bilgi düzeyi, İAD önlenmesi ve tedavisine ilişkin uygulamalarda kendini değerlendirme ve İAD önlenmesi ve tedavisinde hemşirelik girişimlerini etkili bulma durumuna göre etiyoloji ve tanılama bilgisi puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Risk faktörleri bilgisi alt boyutu için;

Daha önce İAD olan bir hastaya bakım verme, İAD önlenmesi ve tedavisinde hemşirelik girişimlerini etkili bulma ve İAD'yi hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak görme durumuna göre risk faktörleri bilgisi puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Daha önce İAD olan bir hastaya bakım verenlerin ve İAD'yi hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak görenlerin puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.8). İAD önlenmesi ve tedavisinde hemşirelik girişimlerini etkili bulma durumuna göre hangi gruba bağlı farkın oluştuğunu bulmak üzere yapılan ileri analizde (LSD); orta etkili cevaplı puanların, etkili ve çok etkili cevaplandırılanların puanlarından daha az olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan klinik, daha önce İAD gelişme riski olan bir klinikte çalışma, daha önce İAD hakkında eğitim programına katılımı, İAD önlenmesi ve tedavisine yönelik bilgi düzeyi, İAD önlenmesi ve tedavisine ilişkin uygulamalarda

kendini değerlendirme durumuna göre risk faktörleri bilgisi puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Önemeye yönelik tutum alt boyutu için;

Daha önce İAD olan bir hastaya bakım verme, İAD önlenmesi ve tedavisine yönelik bilgi düzeyi ve İAD önlenmesi ve tedavisine ilişkin uygulamalarda kendini değerlendirme durumuna göre önemeye yönelik tutum puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Daha önce İAD olan bir hastaya bakım veren hemşirelerin puan ortalaması daha yüksektir. İAD önlenmesi ve tedavisine yönelik bilgi düzeyi durumuna göre hangi gruba bağlı farkın oluştuğunu bulmak üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); yeterli cevabı verenlerin puanlarının, yetersiz ve kısmen yeterli cevabı verenlerden fazla olduğu belirlenmiştir. İAD önlenmesi ve tedavisine ilişkin uygulamalarda kendini değerlendirme durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); yeterli yanıtı verenlerin puanlarının, yetersiz ve kısmen yeterli yanıtı verenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan klinik, daha önce İAD gelişme riski olan bir klinikte çalışma, daha önce İAD hakkında eğitim programına katılımı, İAD önlenmesi ve tedavisinde hemşirelik girişimlerini etkili bulma, İAD'yi hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak görme durumuna göre önemeye yönelik tutum puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Önemeye yönelik uygulamalar alt boyutu için;

Daha önce İAD gelişme riski olan bir serviste çalışma, daha önce İAD'li hastaya bakım verme, İAD'yi hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak görme durumuna göre önemeye yönelik uygulamalar puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Daha önce İAD gelişme riski olan bir serviste

Çalışanların, daha önce İAD’lı hastaya bakım verenlerin, İAD’yi hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak görenlerin puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.8).

Cinsiyet, eēitim durumu, çalışılan klinik, daha önce İAD konusunda eēitim programına katılma, İAD nlenmesi ve tedavisine yönelik bilgi düzeyi, İAD nlenmesi ve tedavisine ilişkin uygulamalarda kendini deēerlendirme ve İAD nlenmesi ve tedavisinde hemşirelik girişimlerini etkili bulma durumuna göre önlemeye yönelik uygulamalar puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Hemşirelerin demografik deēiřkenleri ile İAD-BTU- alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 4.9’da sunulmuştur.

Tablo 4.9. Hemşirelerin demografik deēiřkenleri ile İAD-BTU- alt boyutları arasındaki ilişki

		Yaş	Hemşirelikte Toplam Hizmet Süresi	Mevcut Klinikte Toplam alışma Süresi
Etiyoloji ve Tanılama Bilgisi	r	0.078	0.108	0.036
	p	0.396	0.236	0.695
	n	122	122	122
Risk Faktörleri Bilgisi	r	-0.020	-0.011	-0.097
	p	0.826	0.900	0.290
	n	122	122	122
Önlemeye Yönelik Tutum	r	0.160	0.210	0.000
	p	0.079	0.020	0.998
	n	122	122	122
Önlemeye Yönelik Uygulamalar	r	0.072	0.118	0.095
	p	0.428	0.195	0.297
	n	122	122	122

Etiyoloji ve tanılama bilgisi puanı ile yaş, hemşirelikte toplam hizmet süresi ve mevcut klinikte toplam çalışma süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Risk faktörleri bilgisi puanı ile yaş, hemşirelikte toplam hizmet süresi ve mevcut klinikte toplam çalışma süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Önemeye yönelik tutum puanı ile hemşirelikte toplam hizmet süresi arasında düşük düzeyli pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Hemşirelikte toplam hizmet süresi arttıkça önemeye yönelik tutum puanı da artmaktadır. Önemeye yönelik tutum puanı ile yaş ve mevcut klinikte toplam çalışma süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Önemeye yönelik uygulamalar puanı ile yaş, hemşirelikte toplam hizmet süresi ve mevcut klinikte toplam çalışma süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

5. TARTIŞMA

Yoğun bakım hastalarında İAD görülme sıklığı ve hemşirelerin İAD yönetiminde bilgi, tutum ve uygulama düzeylerinin incelendiği bu araştırmada elde edilen bulgular literatür bilgileri ile tartışılmıştır.

Yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların takip edildiği 2. ve 3. düzey yoğun bakımlarda İAD görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmış olan bu çalışmada yoğun bakım hastalarında İAD görülme sıklığının fazla (%73.7) (Tablo 4.2), şiddetinin ise düşük olduğu (3.64) bulunmuştur (Tablo 4.3). Konuyla ilgili literatür incelendiğinde çalışma sonuçlarını destekleyen ancak sıklığı %3.4- %30 arasında bulunan araştırmalar mevcuttur. Ancak yoğun bakım hastalarında bu oran daha yüksek olabilir (Avşar ve Karadağ, 2018a; Avşar 2016, s.21; Beeckman ve ark., 2015; Gray ve Giuliano, 2017; Junkin ve Selekof, 2007; Kaymak Köse 2022, s.12; Özdemir Aydın 2018, s.16; Zhang ve ark., 2021). İADDÖ'den alınan 7 günlük puan ortalaması düşüktür. İADDÖ alınabilecek günlük puan aralığı 0-52'dir. 0 puan İAD gelişmediğini, 1-52 puan aralığı İAD geliştiğini göstermektedir. Ayrıca puan arttıkça İAD şiddetinin de arttığı anlamına gelmektedir. Bununla birlikte 1. günden 7. güne İADDÖ puan ortalamasında artış olduğu söylenebilir (Tablo 4.3). Çalışma kapsamında incelenen örneklem grubunda İAD görülme sıklığı yüksek olmakla birlikte İAD şiddetinin yüksek olmadığı sonucuna ulaşılabilir. Kaymak Köse'nin (2022), Tülü'nün (2023) yapmış oldukları tez çalışmasında da İADDÖ puan ortalamasında günlere göre artış olduğu belirtilmektedir. Bu durumun oluşmasında risk faktörlerine olan maruziyetin devamlılığının etkili olduğu düşünülmektedir.

Örnekleme alınan hastalarda yaş ve cinsiyete göre İAD gelişme durumu istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.4). İAD toplumun her yaş grubunu ve her iki cinsiyetten insanı etkileyen bir sorundur. Yaşlı popülasyon da deri yenilenmesinin ve

onarımının yavaşlaması, derinin katmanlarında ve bariyer işlevindeki yetersizliklerden dolayı İAD daha sık görülmektedir (Bayrak ve Akın, 2019; Aydın ve ark, 2017; Özdemir Aydın 2018, s.16; Tülü 2023, s.17). Araştırma sonucu literatür ile uyumlu olmayıp, örneklemin çoğunluğun geriatrik hastalardan oluşması ve genç hasta sayısının az olmasının İAD gelişme durumunu yaş gruplarına göre karşılaştırmada sınırlılık oluşturduğu düşünülmektedir.

BKİ'ye göre İAD gelişme farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.4). BKİ'deki artış, inkontinanstaki kaynaklanan cilt hasarı riskini arttıran faktörlerden biridir (Kaymak Köse 2022, s.50). Araştırma sonucu literatür ile benzer değildir. Ancak 1, 2 ve 3. derece obez hastaların tamamında İAD gelişmesi dikkat çekicidir (Tablo 4.4).

Araştırmaya alınan nörolojik rahatsızlığı bulunan hastalarda İAD gelişme durumu istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.4). Bununla birlikte yatışın 7. gününde hareketlilik düzeyi ve İAD gelişme durumu istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.5). SVO, alzheimer gibi nörolojik rahatsızlıklar immobilizasyon ve yatağa bağımlılığı beraberinde getirebilir. Buna bağlı gelişen doku oksijenasyonundaki yetersizlik ve anal sfinkter kontrol kayıpları İAD için risk oluşturmaktadır (Kılıç ve ark., 2024; Tanrıku ve Dikmen, 2017; Yılmaz ve Aslan, 2018). Hareketlilik düzeyi çok sınırlı olan hastalarda İAD gelişme oranının hareketli hastalara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu durumun basınca bağlı doku perfüzyonunun yetersiz kalması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ancak nörolojik rahatsızlık ve hareketlilik düzeyi arasındaki ilişki dikkate alındığında İAD gelişmesiyle ilgili farklı sonuçların bulunması literatür ile uyuşmamaktadır.

Solunum sistemi hastalığı bulunanlarda İAD gelişme oranı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4). İAD gelişmeyen hastalarda saturasyon oranı daha yüksektir (Tablo 4.5). Yaşlanma ile görülme sıklığı artan kardiyovasküler hastalıklar, metabolik

bozukluklar, beslenme bozuklukları, immün yetersizlikler, bilişsel bozukluklar, kritik hastalıklar İAD için risk oluşturmaktadırlar (Bayrak ve Akın, 2019; Özcan ve Kapucu, 2014; Sönmez ve ark., 2022). Yoğun bakımda solunum sistemi hastalığı bulunanlarda desatürasyon riskinin fazla olması doku oksijenlenmesini olumsuz etkileyebilir (Demir Korkmaz ve Öden 2019, s.6). Buna bağlı İAD görülme oranının solunum sistemi hastalığı olanlarda fazla olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte kardiyovasküler hastalıklar ve metabolik bozukluk ile İAD gelişme farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.4). Kardiyak ve metabolik dengesizlikler yoğun bakım ortamında devamlı olarak takip edilerek olası durumlarda müdahale edilerek stabil seviyede kalması sağlanır. Ancak hemodinamik bozukluğu olanlarda müdahale etkili olmayabilir (Demir Korkmaz ve Öden 2019, s.6). Buna bağlı olarak İAD gelişimi ile kardiyak ve metabolik dengesizlikler arasında ilişki olmadığı düşünülebilir. Hastaların beslenme düzeyleri incelendiğinde beslenme miktarı yeterli olanların İAD gelişme oranının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Yeterli beslenmenin dokular için gerekli olan protein miktarının karşılanmasını sağlamasına bağlı doku onarımını ve savunmasını güçlendirdiği düşünülmektedir.

Hastaların beslenme şekli ve hospitalizasyon süresi ile İAD gelişimi arasında fark saptanmamıştır (Tablo 4.4). Ancak antihipertansif ilaç kullanan hastalarda İAD gelişme oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Tedavide kullanılan ilaçlar özellikle antibiyotikler bağırsak florasını değiştirerek (*clostridium difficile* daha etkin hale gelir), antiasit ilaçlar gastrik savunma mekanizmasını zayıflatarak (*clostridium difficile* daha etkin hale gelir), hospitalizasyon süresinde uzama, enteral beslenme sıvılarının kontaminasyonu gibi nedenlerle diyare gelişimi görülebilir ve dolaylı yoldan İAD gelişimine neden olur (Arda, 2004; Arıcan ve Demir Korkmaz, 2015; Avşar ve Karadağ, 2018a; Bıçak Ayık ve Enç, 2019; Gray ve ark., 2002; Özdemir

Aydın 2018, s.13). Araştırma sonucu literatür bilgisi ile benzer değildir. Literatürde çoğunlukla ilaçlara bağlı gelişen immünitinin zayıflamasına dikkat çekilmiştir. Ancak antihipertansif ilaçların yan etkileri ile İAD gelişimi arasında bir ilişki olabilir. Örneğin hipotansiyona bağlı dokuların beslenmesinde yetersizlik oluşması İAD gelişimi ile ilişkili olabilir.

Hastaların vital bulguları incelendiğinde ateş, nabız ve tansiyon oranları ile İAD gelişimi arasında istatistiksel olarak bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bununla birlikte satürasyon düzeyi yüksek olan hastalarda daha az İAD geliştiği belirlenmiştir (Tablo 4.5). Hastaların hemoglobin düzeyleri incelendiğinde hemoglobin ortalaması düşük olan hastalarda daha fazla İAD geliştiği belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bu bulgulara göre doku oksijenlenmesinin yeterlilik düzeyinin İAD gelişimini etkilediği düşünülmektedir.

1. günde İAD gelişimi görülen hastalarda perine bakımı sayısının fazla olduğu belirlenmiştir. 7. günde perine bakım sayısı ve İAD gelişimi arasında bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.5). Sık perine bakımı yapılması derinin lipit tabakasını azaltarak kuruluğa sebebiyet verir. Ayrıca perine bakımı esnasında uygulanan agresif temizleme yöntemi (örn. banyo lifi kullanımı) olarak adlandırılan ve sürtünmeyi artırarak derinin aşınmasına neden olan bu yöntem derinin bariyer fonksiyonuna zarar verir. Bu durum İAD gelişimini sekonder olarak etkilemektedir (Beeckman ve ark., 2015; Beeckman ve ark., 2011b; Gray, 2004; Gray ve ark., 2002; Kaya ve Kızılkaya Beji, 2013; Kayser ve ark., 2019). Araştırma sonucu literatür bilgisi ile benzer değildir. İlk günden 7. güne hastaların beslenme miktarının yeterlilik düzeyinin artmasına bağlı (Tablo 4.5) cildin direncinin artmış olmasının İAD gelişimini azaltmada etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda alt bezi kullanımı ile İAD gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4). Ancak araştırmaya alınan hastalarda

yatış süreci boyunca alt bezi kullanım (emici inkontinans ürünü) oranı yüksektir (Tablo 4.1). Literatür incelendiğinde inkontinans ürünlerinin yeterli sıklıkta değişmemesi, bakım aralıklarının uzun olduğu durumlarda inkontinans ürünlerine derinin maruziyet süresinin uzaması ve emici inkontinans ürünlerinin nemi tutarak derinin hidrasyonunu artırması İAD riskini artırmaktadır (Avşar 2016, s.23; Denat ve Khorshid, 2009). Elde edilen verilerde derinin nemliliğini artıracak değişkenlere bakıldığında inkontinans tipinin çoğunlukla yumuşak olması, nemlilik düzeyinin çoğunlukla ara sıra ıslak olması, diyare görülme oranının az olması (Tablo 4.5) gibi sonuçların derinin hidrasyonunu artıracak düzeyde olmadığı ve buna bağlı alt bezi ile İAD gelişimi arasında ilişkiye rastlanmadığı düşünülmektedir.

Araştırmaya alınan hastaların inkontinans tipi ve İAD gelişimi arasında istatistiksel olarak bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 4.5). Hastaların tamamına yakınında üriner kateterizasyon uygulandığı için idrar inkontinansı oranı düşüktür (Tablo 4.1). En çok görülen inkontinans tipi ‘dışkı inkontinansı’dır (Tablo 4.5). Literatür incelendiğinde miks inkontinans olarak adlandırılan ve idrar ile feçes birlikte görüldüğünde hem içeriğindeki enzimler hem de idrar birlikte derinin pH değerini alkali hale getirerek İAD’ye daha hızlı ve daha fazla neden olur (Avşar ve Karadağ, 2018a; Beeckman ve ark., 2009; Gray ve ark., 2007; Gray ve ark., 2002; Kaymak Köse 2022, s.16; Tülü 2023, s.13). Araştırma sonucu literatür ile benzer değildir. Araştırma bulgularında miks inkontinans oranının az olmasının (Tablo 4.5) konu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Günlük defekasyon sayısı 1. günden 7. güne artış göstermiştir. Nemlilik düzeyi en çok ‘ara sıra ıslak’ olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5). Literatür incelendiğinde inkontinans sıklığının fazla olması, defekasyon içeriğinin sıvı olması, terleme (derinin hidrasyonunda artışa neden olur) vb. nedenlerle derinin neme maruziyetinin uzadığı

durumlarda derinin bariyer fonksiyonu bozulur, cildin aşırı hidrate olmasına ve dermatit gelişme riskinde artışa neden olur (Avşar ve Karadağ, 2018a; Karaca Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020; Kayser ve ark., 2019; Tülü 2023, s.14). Bu yönüyle araştırma bulguları ile literatür bilgileri karşılaştırıldığında defekasyon sıklığı ile ilişkilidir. Ancak defekasyon kıvamının yumuşak olmasının yanı sıra nemlilik düzeyi ‘ara sıra ıslak’ olması nedeniyle hastaların neme maruziyetinin az olmasının İAD şiddetinin düşük olmasını etkilediği düşünülmektedir.

Yoğun bakım hemşirelerinin, İAD yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve uygulama düzeyleri yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). Ölçeğin toplam puanı olmayıp, alt boyutları kendi içerisinde değerlendirilmektedir. Her alt boyutta farklı sayıda madde bulunması nedeniyle alınabilecek en düşük ve en yüksek puan toplamı her alt boyut için aynı değildir. Puan arttıkça bilgi, tutum ya da uygulama düzeyi de artmaktadır.

Alt boyutlar ve değişkenlerin karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlar başlıklar halinde ele alınmıştır.

Etiyoloji ve tanılama bilgisi alt boyutu için;

Cinsiyete göre alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.8). Bilgi düzeyini cinsiyet farkının etkilemediği düşünülmektedir.

Eğitim durumuna göre alt boyut puanı ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.8). Bakımın niteliğini en çok etkileyen hemşirelik eğitimidir (Gül, 2019; Tor 2021, s.22). Literatür ile araştırma bulguları arasında benzerliğe rastlanmamıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun lisans mezunu olması (Tablo 4.6) nedeniyle anlamlı bir farklılık olmadığı düşünülmektedir.

Çalışılan kliniğe göre alt boyut puanı ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.8). Literatür incelendiğinde İAD riski yüksek kliniklerde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyinin fazla olduğu belirtilmiştir (Van Damme ve ark., 2018).

Bununla birlikte kliniğe göre bakım algısı ve davranışlar değişebilir (Tor 2021, s.28). Literatür ile araştırma bulguları arasında benzerliğe rastlanmamıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin hepsinin yoğun bakımda ve İAD için yüksek riskli hastalar ile çalışıyor olmasının farklılık görülmemesinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Daha önce İAD riski olan bir klinikte çalışan hemşirelerin puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8). Kliniğe göre bakım algısı ve davranışlarda farklılık olabilir. Yoğun bakım hemşirelerinin birçoğu hemşirelik bakımı olarak bireyin temel ihtiyaçlarını karşılamayı algılamaktadırlar (Tor 2021, s.28). Ayrıca hemşirelerin cilt bütünlüğünü etkili bir şekilde koruyabilmeleri için İAD hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları gerekir (Tay ve ark., 2020). Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu bağlamda hemşirelerin yoğun bakım ortamında cilt bütünlüğünün devamlılığını olumsuz olarak etkileyebilecek bir risk olan İAD'ye karşı mücadele edebilmek için İAD ile ilgili yeterli bilgi birikimine sahip oldukları düşünülmektedir.

Daha önce İAD olan bir hastaya bakım veren hemşirelerin bilgi puan ortalaması farkı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8). Van Damme ve ark. (2018)'nin yapmış olduğu bir araştırmada geriatri servisi hemşirelerinin İAD ile daha fazla karşılaşmasına bağlı diğer servis hemşirelerinden daha fazla bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakımlar İAD olgularıyla karşılaşma riski yüksek olan kliniklerdir (Campbell ve ark., 2016; Junkin ve Selekof, 2007; Pather ve ark., 2016). Yoğun bakım hemşirelerinin İAD'nin tedavi ve önlenmesi için bilgi birikimlerini artırdığı söylenebilir. Ancak araştırmaya sadece İAD gelişme riski yüksek olan yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin alınmış olmasının puan ortalamasının yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Daha önce İAD ile ilgili bir eğitim programına katılma durumuna göre alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.8). İAD önlenmesi ve

tedavisine yönelik yanlış ve/veya yetersiz bilgi tedavi ve bakımın kalitesini ciddi şekilde etkileyebilir. Bu yüzden bilgi düzeylerini artırmak amacıyla eğitim verilmelidir (Tay ve ark., 2020). Tor (2021)'un yapmış olduğu bir araştırmada bakım konusunda hizmet içi eğitime katılanların katılmayanlara göre bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların çoğunluğu İAD ile ilgili bir eğitim programına katılmamıştır (Tablo 4.6). Bununla birlikte bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamalarının yüksek olmasının İAD olguları ile sık karşılaşmaya bağlı olduğu düşünülmektedir.

İAD önlenmesi ve tedavisine ilişkin uygulamalarda kendini değerlendirme ve İAD önlenmesi ve tedavisinde hemşirelik girişimlerini etkili bulma durumuna göre alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.8). Ancak İAD'yi hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak gören hemşirelerin puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.8). Cilt bütünlüğünün devamlılığı hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak kabul edilir (Tor 2021, s.69; Zhang ve ark., 2021). Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Kaliteli bakım bilimsel olarak ispat edilmiş yöntemlerin kullanılmasını gerektirir. İAD'nin tedavisi ve önlenmesi için hemşirelik bakım kalitesi hakkındaki farkındalıklarının bilgi düzeylerini artırdığı söylenebilir.

Yaş, hemşirelikte toplam hizmet süresi ve mevcut klinikte toplam çalışma süresi ile alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.9). Meslekteki toplam hizmet süresi ve yaş düzeyi arttıkça İAD hakkında bilgi ve uygulama düzeyi de paralel olarak artış göstermektedir (Şahin 2017, s.55; Tor 2021, s.67). Ancak araştırmaya katılan hemşirelerin toplam yaş ve süre değişkenlerinin benzer oranda ve düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9). Buna bağlı olarak ölçek alt boyut puanları ile ilişki görülmemiş olabileceği düşünülmektedir.

Risk faktörleri bilgisi alt boyutu için;

Cinsiyete göre alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.8). Bilgi düzeyini cinsiyet farkının etkilemediği düşünülmektedir.

Eğitim durumuna göre alt boyut puanı ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.8). Eğitim düzeyi arttıkça İAD bilgi düzeyi de artmaktadır (Gül, 2019; Şahin 2017, s.54; Tor 2021, s.22). Araştırma bulguları ve literatür benzerlik göstermemektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun lisans mezunu olması nedeniyle anlamlı bir farklılık olmadığı düşünülmektedir (Tablo 4.6).

Mevcut çalışılan klinik ve daha önce İAD gelişme riski olan bir klinikte çalışma durumuna göre alt boyut puanı ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.8). Literatür incelendiğinde İAD riski yüksek kliniklerde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyinin fazla olduğu belirtilmiştir (Van Damme ve ark., 2018). Literatür ile araştırma bulguları arasında benzerliğe rastlanmamıştır. Bu durumun araştırmanın yalnız benzer özellikteki kliniklerde çalışan hemşireler ile yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Daha önce İAD olan bir hastaya bakım verenlerin puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.8). Van Damme ve ark. (2018)'nın yapmış olduğu bir çalışmada geriatri servisi hemşirelerinin İAD ile daha fazla karşılaşmasına bağlı diğer servis hemşirelerinden daha fazla bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakım ortamı İAD olgularıyla karşılaşma riski yüksek olan kliniklerdir (Campbell ve ark., 2016; Junkin ve Selekof, 2007; Pather ve ark., 2016). Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin İAD'nin tedavi ve önlenmesi için bilgi birikimlerini artırdığı söylenebilir. Ancak İAD riski düşük kliniklerde çalışan hemşireler hem çalışma kapsamına alınmadığı hem de İAD ile sık karşılaşmadığı için karşılaştırma yapılamamıştır.

İAD ile ilgili hemşirelerin çoğunluğu herhangi bir eğitim programına katılmamalarına rağmen (Tablo 4.6), alt boyut puanı ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.8). İAD'nin yanlış tanımlanması tedavi ve bakımın kalitesini ciddi şekilde etkileyebilir. Bu yüzden bilgi düzeylerini artırmak amacıyla eğitim verilmelidir (Tay ve ark., 2020). Tor (2021)'un yapmış olduğu bir araştırmada bakım konusunda hizmet içi eğitime katılanların katılmayanlara göre bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Araştırma bulguları ile literatür benzer değildir. Eğitim programına katılımın düşük olmasına rağmen klinikte İAD olguları ile sık karşılaşmanın (Tablo 4.8) klinik tecrübeyi artırmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

İAD önlenmesi ve tedavisine yönelik bilgi düzeyi, İAD önlenmesi ve tedavisine ilişkin uygulamalarda kendini değerlendirme durumuna göre alt boyut puanı ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.8). Tor (2021)'un yapmış olduğu araştırmada bilgi düzeyini ve bakım kalitesini yeterli görenlerin bilgi düzeylerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulguları literatür ile benzer değildir. Her iki değişken için kendilerini kısmen yeterli gören hemşirelerin çoğunlukta olmasının (Tablo 4.8) istatistiksel fark oluşmamasında etkili olduğu düşünülmektedir.

İAD önlenmesi ve tedavisinde hemşirelik girişimlerini etkili bulma durumuna göre alt boyut puanı ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.8). Literatür incelendiğinde İAD riski yüksek kliniklerde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyinin fazla olduğu belirtilmiştir (Van Damme ve ark., 2018). İAD tedavisi ve yönetiminde risk ile sık karşılaşma hemşirelerin tecrübe kazanmasını sağlamıştır. Bu durumun etkililik düzeyinin değerlendirilebilmesini sağladığı düşünülmektedir.

İAD'yi hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak gören hemşirelerin puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.8). Cilt bütünlüğünün devamlılığı hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak kabul edilir (Zhang ve ark.,

2021). Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Kaliteli bakım bilimsel olarak ispat edilmiş yöntemlerin kullanılmasını gerektirir. İAD'nin tedavisi ve önlenmesi için hemşirelik bakım kalitesi hakkındaki farkındalıklarının bilgi düzeylerini artırdığı söylenebilir.

Yaş, hemşirelikte toplam hizmet süresi ve mevcut klinikte toplam çalışma süresi ile alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.9). Bu üç değişken dikkate alındığında yaş ve sürenin artması ile İAD hakkında bilgi düzeyinde arttığı bilinmektedir (Şahin 2017, s.55; Tor 2021, s.67). Ancak ilişki bulunamamasının katılımcıların yaş ve süre değişkenlerinin birbirine yakın olması ile (Tablo 4.6) ilgili olduğu düşünülmektedir.

Önemeye yönelik tutum alt boyutu için;

Cinsiyete göre alt boyut puanı ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.8). Cinsiyetin İAD tedavi ve önlenmesinde olumlu ya da olumsuz tutum sergilemekte etkisinin olmadığı düşünülmektedir.

Eğitim durumuna göre alt boyut puanı ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.8). Van Damme ve ark. (2018)'nin yapmış olduğu araştırma da lise hemşirelerinin lisans hemşirelerine oranla İAD tedavi ve önlenmesine yönelik daha olumlu tutum sergilediği belirlenmiştir. Araştırma bulguları ve literatür benzerlik göstermemektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu lisans mezunu olduğu için eğitim düzeyi ve tutum arasında anlamlı bir fark oluşmadığı düşünülmektedir (Tablo 4.8).

Mevcut çalışılan klinik ve daha önce İAD gelişme riski olan bir klinikte çalışma durumuna göre alt boyut puanı ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.8). Kliniğe göre bakım algısı ve davranışlarda farklılık olabilir. Yoğun bakım hemşirelerinin birçoğu hemşirelik bakımı olarak bireyin temel ihtiyaçlarını karşılamayı

algılamaktadırlar. (Tor 2021, s.28). Van Damme ve ark. (2018)'nın yapmış olduğu bir araştırmada geriatri servisi hemşirelerinin İAD ile daha fazla karşılaşmasına bağlı diğer servis hemşirelerinden daha olumlu tutum sahibi olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulguları ve literatür benzerlik göstermemektedir. Bu durumun araştırmanın yalnız benzer özellikteki kliniklerde çalışan hemşireler ile yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Daha önce İAD olan bir hastaya bakım verme durumuna göre bilgi puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.8). Literatür incelendiğinde klinikte yapılan bütün uygulamalarda hemşire ekibin ortak inancından etkilenir. İAD'nin önlenmesi ve tedavisi noktasında ekip üyelerinin özellikle de kıdemli hemşirelerin ilgi düzeyi diğer ekip üyelerini de etkilemektedir (Van Damme ve ark., 2018). Bu nokta dikkate alındığında çalışmaya katılan hemşirelerin İAD önleme ve tedavisiyle alakalı tutumlarının olumlu olduğu söylenebilir.

İAD ile ilgili hemşirelerin çoğunluğu herhangi bir eğitim programına katılmamalarına rağmen (Tablo 4.6), alt boyut puanı ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.8). Ancak İAD önlenmesi ve tedavisine yönelik bilgi düzeyi alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.8). Literatür incelendiğinde cilt bütünlüğünün etkili şekilde korunabilmesi için hemşirelerin yeterli bilgi düzeyine sahip olması gerektiği belirtilmektedir, özellikle İAD risk faktörleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmanın cilt bütünlüğü bozulma riski yüksek hastaların tespitini kolaylaştıracağı ayrıca İAD'nin yanlış sınıflandırılması uygulanacak bakımın kalite ve etkililiğini zayıflatacağı belirtilmektedir. Ancak bilgi tek başına yeterli değildir, İAD'yi önlemenin doğrudan belirleyicisi tutumdur. Tutum düzeyi ne kadar fazla ise bilgiyi pratiğe geçirme düzeyi o kadar artmaktadır (Tay ve ark., 2020; Zhang ve ark., 2021). Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu İAD önlenmesi ve

tedavisine yönelik bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.8). Tutum düzeylerinin ve bilgi düzeylerinin yüksek olması arasındaki ilişki literatürü destekler niteliktedir.

İAD önlenmesi ve tedavisine ilişkin uygulamalarda kendini değerlendirme durumuna göre alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.8). Cilt bütünlüğünün devamlılığı hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak kabul edilir (Sönmez ve ark., 2022; Zhang ve ark., 2021). Olumlu tutumun fazla olması (Tablo 4.7) hemşirelerin kendini değerlendirmelerini ve bu sayede İAD tedavi ve önlenmesi için eksiklerini gidermeye çalışmalarını sağlamış olabilir. İAD önlenmesi ve tedavisinde hemşirelik girişimlerini etkili bulma ve İAD'yi hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak görme durumuna göre alt boyut puanı ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.8). Olumlu tutum düzeyinin fazla olmasına rağmen (Tablo 4.7) bu iki değişkenin anlamlı olmaması düşündürücüdür.

Yaş ve mevcut klinikte toplam çalışma süresi ile alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.9). Buna rağmen alt boyut puanı ile hemşirelikte toplam hizmet süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır. Hemşirelikte toplam hizmet süresi arttıkça alt boyut puanı da artmaktadır (Tablo 4.9). Hemşirelikteki toplam hizmet süresi ve yaş arttıkça bilgi düzeyi de artmaktadır (Şahin 2017, s.55; Tor 2021, s.67). Hemşirelik mesleğinde her yeni günde karşılaşılan yeni hastalar yeni tecrübeler kazandırır. Bu sebeple İAD riski ile karşılaşma düzeyi arttıkça deneyiminde arttığı düşünülmektedir.

Önemeye yönelik uygulama alt boyutu için;

Cinsiyete göre alt boyut puanı ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.8). Uygulama düzeyini cinsiyet farkının etkilemediği söylenebilir.

Eğitim durumuna göre alt boyut puanı ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.8). Van Damme ve ark. (2018)'nın yapmış olduğu araştırmada katılım sağlayan hemşirelerin eğitim düzeyi ile ilgili olarak lise hemşirelerinin uygulama yoğunluklu, lisans hemşirelerinin ise teori yoğunluklu bir eğitim aldığı ayrıca lise hemşirelerinin lisans hemşirelerine göre İAD nleme ve tedavisine yönelik olarak daha olumlu tutum sergilediği belirlenmiştir. Hemşirelerin uygulama düzeyinde eğitim seviyesinin anlamlı bir etkisinin olmadığı düşünülmektedir. Çünkü bilgi tek başına yeterli değildir, bilginin kullanılmasının doğrudan belirleyicisi tutumdur (Tor 2021, s.69; Van Damme ve ark., 2018; Zhang ve ark., 2021).

Çalışılan kliniğe göre alt boyut puanı ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.8). Bu durumun araştırmanın yalnız benzer özellikteki kliniklerde çalışan hemşireler ile yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Daha nce İAD gelişme riski olan bir klinikte çalışan ve daha önce İAD olan bir hastaya bakım veren hemşirelerin alt boyut puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8). Bununla birlikte İAD ile ilgili hemşirelerin çoğunluğu herhangi bir eğitim programına katılmamalarına rağmen (Tablo 4.6), alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.8). Ayrıca İAD nlenmesi ve tedavisine yönelik bilgi düzeyine göre alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.8). Kliniğe göre bakım algısı ve davranışlar değişebilir (Tor 2021, s.26). Van Damme ve ark. (2018)'nın yapmış olduğu bir araştırmada geriatri servisi hemşirelerinin İAD ile daha fazla karşılaşmasına bağlı diğer servis hemşirelerinden daha olumlu tutum sahibi olduğu belirlenmiş. Araştırma bulguları ve literatür benzerlik göstermektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında tecrübenin uygulama düzeyi üzerinde daha etkili olduğu düşünülmektedir.

İAD önlenmesi ve tedavisine ilişkin uygulamalarda kendini değerlendirme ve İAD önlenmesi ve tedavisinde hemşirelik girişimlerini etkili bulma durumuna göre alt boyut puanı ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.8). Ancak İAD'yi hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak görenlerin puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.8). Hemşire ekibin ortak inancından etkilenir, İAD tedavi ve önlenmesi ekip üyeleri arasında az ilgi görürse bireysel olarak diğer hemşirelerinde az ilgi göstermesi muhtemeldir (Van Damme ve ark., 2018; Zhang ve ark., 2021). Tutum alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu dikkate alındığında (Tablo 4.7) ekibin İAD tedavi ve önlenmesine ilgi düzeyinin yüksek olduğu ve bu durumun uygulama düzeyini etkilediği düşünülmektedir.

Yaş, hemşirelikte toplam hizmet süresi ve mevcut klinikte toplam çalışma süresi ile önlemeye yönelik uygulama alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur (Tablo 4.9). Literatür incelendiğinde meslekteki toplam hizmet süresi ve yaş düzeyi arttıkça İAD hakkında bilgi ve uygulama düzeyi de paralel olarak artış göstermektedir (Tor 2021, s.67; Şahin 2017, s.55). Araştırma bulguları ve literatür benzerlik göstermemektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin toplam yaş ve süre değişkenlerinin benzer oranda ve düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9). Buna bağlı olarak ilişki görülmemiş olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin İAD bilgi, tutum ve uygulama ölçek alt boyut puan ortalamaları yüksek olmasına rağmen (Tablo 4.7) hastalarda İAD görülme sıklığı oranı fazladır (Tablo 4.2). Hemşirelerin iş yoğunluğunun fazla olması kliniklerinde İAD sıklığının fazla olması ile ilişkili olabilir (Tablo 4.7). Van Damme ve ark. (2018)'nın ve Kartal ve ark. (2022)'nin yapmış oldukları araştırmalar da hemşirelerin yoğunluk ve personel eksikliği nedeniyle öncelik belirlemek zorunda kaldıkları ve buna bağlı tedavi ve ağrı gibi kritik bakım uygulamalarına öncelik verilmesinin cilt bakımının %20 - %39.5

oranında ertelenmesi ya da atlanmasına neden olduğu belirlenmiştir. İAD ve BÜ görölme sıklığının bu konuyla ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca Tor (2021)'un yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin %51.1'i bakımın kısmen karşılanabildiğini bu durumun oluşmasında personel ve zaman yetersizliğinin etkili olduğunu söylemişlerdir. Bu çalışmada da benzer bir durum olabileceği dűřünölmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoğun bakım hastalarında İAD görülme sıklığı ve İAD yönetiminde hemşirelerin bilgi, tutum ve uygulama düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada araştırma sonuçları şu şekildedir;

- İADDÖ'ye göre 7 günlük süreçte yoğun bakımda yatan hastaların %73.7'sin de İAD geliştiği,
- Hastaların 7 günlük İADDÖ'ne göre İAD şiddetinin düşük olduğu (3.64 ± 4.07),
- Solunum sistemi hastalığı olan, antihipertansif ilaç kullanan hastalarda İAD gelişme oranının daha yüksek olduğu,
- İAD gelişen hastaların hemoglobin değeri ortalamasının daha düşük olduğu,
- Hastaların alt bezi kullanımı, beslenme şekli, pozisyon sıklığı, hospitalizasyon süresi ile İAD gelişimi arasında anlamlı bir fark olmadığı,
- Yedinci günde hareketlilik düzeyi sınırlı olan hastalarda İAD gelişme oranının daha yüksek olduğu, beslenme miktarı yeterli olan hastalarda İAD gelişme oranının daha düşük olduğu, İAD gelişmeyen hastalarda saturasyon ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- Yedinci günde hastaların inkontinans tipi, defekasyon kıvamı, nemlilik, defekasyon sayısı ve perine bakımı sayısı ile İAD gelişimi arasında anlamlı bir fark olmadığı,
- Hemşirelerin etiyoloji ve tanılama bilgisi bölümünden 19.56 ± 3.12 , risk faktörleri bilgisi bölümünden 24.68 ± 3.77 , önlemeye yönelik tutum bölümünden 9.96 ± 2.28 ve önlemeye yönelik uygulamalar bölümünden 24.16 ± 3.91 puan aldığı,
- Hemşirelerin etiyoloji ve tanılama bilgisi bölümü için daha önce İAD gelişme riski olan bir klinikte çalışanların, daha önce İAD olan bir hastaya bakım verenlerin ve İAD'yi hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak görenlerin puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu,

- Hemşirelerin risk faktörleri bilgisi bölümü için daha önce İAD olan bir hastaya bakım verenlerin, İAD önlenmesi ve tedavisinde hemşirelik girişimlerinin etkililik düzeyi ve İAD'yi hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak görenlerin puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek olduğu,
- Hemşirelerin önlemeye yönelik tutum bölümü için daha önce İAD olan bir hastaya bakım verenlerin puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek olduğu,
- Hemşirelerin önlemeye yönelik tutum bölümü için İAD önlenmesi ve tedavisine yönelik bilgi düzeyi ve uygulamalarda kendini yeterli olarak ifade ettiği,
- Hemşirelerin önlemeye yönelik uygulamalar bölümü için daha önce İAD gelişme riski olan bir klinikte çalışanların, daha önce İAD olan bir hastaya bakım verenlerin ve İAD gelişimini hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç olarak görenlerin puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre şu önerilerde bulunulmuştur;

- Yoğun bakımda İAD gelişme riski yüksek olan hastalarda perine bakımı sırasında dikkatli gözlem yapılması,
- İAD gelişimi için yetersiz beslenme, hemoglobin düşüklüğü, hareket kısıtlılığı ve solunum sistemi hastalıkları olan, antihipertansif ilaç kullanan hastaların İAD riski için yakından izlenmesi önerilir.
- Bu araştırmada yalnızca İAD gelişim riski yüksek hastalar ile çalışan yoğun bakım hemşireleri alınmış ancak diğer servis hemşirelerinin de dahil edildiği çalışmalar yapılması,
- Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin İAD ile ilgili deneyimleri dikkate alınarak bu ünitelerde görevlendirilmesi,
- Hemşirelere yönelik İAD ile ilgili hizmet içi eğitim programlarının geliştirilmesi ve hemşirelerin düzenli olarak programlara katılımlarının sağlanması önerilir.

KAYNAKLAR

- Aktaş, D., & Koçaşlı, S. (2020). Kolorektal kanser cerrahisi sonrası önemli bir sorun: fekal inkontinans. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(1), 36-43. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.712645>
- Ali, S., & Yosipovitch, G. (2013). Skin pH: from basic science to basic skin care. *Acta Dermato Venereologica*, 93, 261-267. <https://doi.org/10.2340/00015555-1531>
- Arda, B., (2004). Nazokomiyal diyare. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*, 8, 271-281.
- Arıcan, S., & Demir Korkmaz, F. (2015). *Clostridium difficile* enfeksiyonu: yoğun bakım hemşireliği yönü. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 4, 76-100. <https://doi.org/10.17371/UHD.2015412757>
- Avşar, P., & Karadağ, A. (2018a). İnkontinansa bağlı dermatit: değerlendirme, önleme ve tedavi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(1), 69-77. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.431133>
- Avşar, P., & Karadağ, A. (2018b). Efficacy and cost-effectiveness analysis of evidence based nursing interventions to maintain tissue integrity to prevent pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 15(1), 54-61. <https://doi.org/10.1111/wvn.12264>.
- Avşar, P. (2016). *Doku toleransını artırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin doku bütünlüğünün sürdürülmesine etkisi ve maliyet etkinlik analizi* (Tez No. 445429) [Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Avşar, P., Gül, Ş., & Karadağ, A. (2019). İnkontinansa bağlı dermatit ve şiddeti aracı'nın Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik ve gözlemciler arası doğrulama yüzdesi çalışması. *Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(2), 104-111. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2019.104>

- Aydınlı, A., & Biçer, S. (2019). Hemşirelik eğitiminde güncel yaklaşımlar. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 28(1), 38-42.
- Başak, T., Uzun, Ş., & Arslan, F. (2009). Üriner inkontinanslı bireylerde perineal cilt bakımı. *Türkiye Klinikleri*, 29(1), 202-205.
- Bayrak, S., & Akın, S. (2019). Yaşlılarda cilt sorunları ve bakımı. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(3), 215-220.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.04986.x>
- Beeckman, D., Verhaeghe, S., Defloor, T., Schoonhoven, L., & Vanderwee, K. (2011a). A 3-in-1 perineal care washcloth impregnated with dimethicone %3 versus water and pH neutral soap to prevent and treat incontinence-associated dermatitis. *Journal Wound Ostomy Continence Nurses Society*, 38(6), 627-634. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e31822efe52>
- Beeckman, D., Woodward, S., Rajpaul, K., & Vanderwee, K. (2011b). Clinical challenges of preventing incontinence-associated dermatitis. *British Journal of Nursing*, 20(13), 784-791. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.13.784>
- Beeckmann, D., Campbell, J., Campbell, K., Coyer, F., & Wang, L. (2015). Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds International*. <https://woundsinternational.com/consensus-documents/incontinence-associated-dermatitis-moving-prevention-forward/>
- Bilge, Ç., & Kızılkaya Beji, N. (2018). Fekal inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 86-99.

- Bliss, D. S., Savik, K., Thorson, M., Ehman, S., Lebak, K., & Beilman, G. (2011). Incontinence-associated dermatitis in critically ill adults. *Journal Wound Ostomy Continence Nurses Society*, 38(4), 433-445. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e318220b703>
- Borchert, K., Bliss, D., Savik, K., & Radosevich, D. (2010). The incontinence-associated dermatitis and its severity instrument. *Journal Wound Ostomy Continence Nurses Society*, 37(5), 527-535. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3181edac3e>
- Büyüköztürk, Ş. (2014). Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. Pegem Akademi Yayınları, Ankara.
- Campbell, J., Coyer, F., & Osborne, S. (2016). Incontinence-associated dermatitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting. *International Wound Journal*, 13(3), 1-9. <https://doi.org/10.1111/iwj.12322>
- Chianca, T. C. M., Gonçalves, P. C., Salgado, P. O., Machado, B., Amorim, G. L., & Alcoforado, C. (2016). Incontinence-associated dermatitis: a cohort study in critically ill patients. *Revista Gaucha De Enfermagem*, 37, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68075>
- Çelik, S. (2009). Yoğun bakım hastalarında fekal inkontinans yönetim sistemlerinin etkinliği: hemşirelik açısından anlamı. *İstanbul Üniversitesi Florence Nighingale Hemşirelik Dergisi*, 17(2), 137-143.
- Demir Kormaz, F., & Öden, T. N. (2019). Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde hemodinamik izlem. Yoğun Bakım Hemşireliği. Özer N. (editör). Türkiye Klinikleri, Ankara, Türkiye, 6-15.
- Denat, Y., & Khorshid, L. (2009). Fekal inkontinansın bakımı ve bakımda kullanılan ürünler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 94-103.

- Echols, C., Friedman, B. C., Mullins, R. F., Hassan, Z., Shaver, J., Brandigi, C., Wilson, J., & Cox, L. (2007). Clinical utility and economic impact of introducing a bowel management system. *Journal Wound Ostomy Continence Nurses Society*, 34(6), 664-670. <https://doi.org/10.1097/01.WON.0000300279.82262.07>
- Gray, M., & Giuliano, K. (2017). Incontinence-associated dermatitis and immobility as pressure injury risk factors. *Journal Wound Ostomy and Continence Nurses Society*, 5(1), 63–67. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000390>
- Gray, M. (2004). Preventing and managing perineal dermatitis. *Journal Wound Ostomy Continence Nurses Society*, 31(1), 2-12. <https://doi.org/10.1097/00152192-200401001-00002>
- Gray, M., Bliss, D., Doughty, D., Kennedy-Evans, J., & Palmer, M. (2007). Incontinence-associated dermatitis. *Journal Wound Ostomy Continence Nurses Society*, 34(1), 45-54. <https://doi.org/10.1097/00152192-200701000-00008>
- Gray, M., Ratliff, C., & Donovan, A. (2002). Perineal skin care for the incontinent patient. *Advances in Skin and Wound Care*, 15(4), 170-178. <https://doi.org/10.1097/00129334-200207000-00008>
- Gül, Ş. (2019). Bakım kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 129-134. <https://doi.org/10.31067/0.2019.134>
- Johansen, E., Lind, R., Sjobo, B., & Petosic, A. (2020). Moisture associated skin damage (MASD) in intensive care patients: a Norwegian point-prevalence study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 60, 102889. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102889>
- Junkin, J., & Selekof, J. (2007). Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care in patient. *Journal Wound Ostomy Continence Nurses Society*, 34(3), 260-269. <https://doi.org/10.1097/01.WON.0000270820.91694.1f>

- Karaca Sivrikaya, S., & Sarıkaya, S. (2020). Yoğun bakım hastalarında bası ülseri, önleme ve hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(2), 139-149.
- Kartal, H., Çamlıca, T., Özkan, A. (2022). Yoğun bakımlarda karşılanmayan hemşirelik bakımı ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 9(2), 322-333. <https://doi.org/10.54304/SHYD.2022.75547>
- Kaya, A., Karataş, N., & Dalgıç, A. İ. (2019). Profesyonellik çerçevesinde hemşirelik bilimi: genel bir bakış. 2nd International Health Sciences and Life Congress, 1-7. https://www.researchgate.net/profile/Ayla-Kaya/publication/334203496_PROFESYONELLIK_CERCEVESINDE_HEMSIRELIK_BILIMI_GENEL_BIR_BAKIS
- Kaya, Y., & Kızılkaya Beji, N. (2013). Perine bakımı. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 35(2), 1-8.
- Kaymak Köse, Y. (2022). *Yoğun bakım hastalarında inkontinans alakalı dermatit gelişiminin incelenmesi* (Tez No. 742567) [Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Kayser, S. A., Phipps, L., Vangilder, C., & Lachenbruch, C. (2019). Examining prevalence and risk factors of incontinence-associated dermatitis using the international pressure ulcer prevalence survey. *Journal Wound Ostomy Continence Nurses Society*, 46(4), 285-290. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000548>
- Kılıç, M., Tuncay, A., & Çakır, S. B. (2024). Evaluating intensive care nurses' knowledge of incontinence-associated dermatitis: a multicenter cross-sectional study. *Advances in Skin & Wound Care*, 37(9), 1-7. <https://doi.org/10.1097/ASW.0000000000000199>

- Orhan, B. N., Gezgin, E., & Göktaş, S. (2023). Üriner inkontinans ilişkili dermatit ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(4), 696-700. <https://doi.org/10.52880/sagakaderg.1296332>
- Özcan, M., & Kapucu, S. (2014). Üriner inkontinansı olan geriatrik hastalara hemşirelik yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 101-109.
- Özdemir Aydın, G., & Kaya, H., 2017. İnkontinans ile ilişkili dermatiti değerlendirme ölçeği: gözlemciler arası uyum çalışması. *Flornce Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(2), 111-118. <https://doi.org/10.17672/fnhd.07180>
- Özdemir Aydın, G. (2018). *İnkontinansla ilişkili dermatitin önlenmesinde iki farklı bakım ürününün etkisinin incelenmesi* (Tez No. 540906) [Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Özdemir, Z. (2020). *Hemşirelerin üriner inkontinansa ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi* (Tez No. 615949) [Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Pather, P., Dip, G., Cert, G., & Hines, S. (2016). Best practice nursing care for ICU patients within continence-associated dermatitis and skin complications resulting from faecal incontinence and diarrhoea. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 14, 15-23. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000067>
- Sahin, F., Karadag, A., & Avsar, P. (2019). A survey of Turkish nurses knowledge of incontinence-associated dermatitis. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 46(5), 434-440. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000567>.
- Sönmez, M., Korkmaz, S., & Gürlek Kısacık, Ö. (2022). İnkontinans ilişkili dermatit yönetiminde hemşirelerin bilgi, tutum ve uygulamalarını değerlendirme ölçeği: Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık*

Bilimleri Fakültesi Dergisi, 9(2), 316-343. <https://doi.org/10.21020/husbfd.1030427>

Şahin, F. (2017). *Hemşirelerin inkontinans alakalı dermatite ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi* (Tez No. 502593) [Yüksek Lisans Tezi, Koç Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.

Şendir, M., Büyükyılmaz, F., & Aktaş, A. (2014). Doku Bütünlüğünün Sağlanması ve Yara Bakımı. Hemşirelik Esasları, Aştı, T.A. ve Karadağ, A. (editörler). Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, Türkiye, 483-529.

Tanrikulu, F., & Dikmen, Y. (2017). Yoğun bakım hastalarında basınç yaraları: risk faktörleri ve önlemler. *Journal of Human Rhythm*, 3(4), 177-182.

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. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2020.06.004>

Terzi, B., Kaya, N., & Aştı, T. (2017). Bağırsak yönetim sistemi ve hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 6(1), 34-39.

Tor, E. (2021). *Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hemşirelik bakım davranışlarına yönelik algılarının belirlenmesi* (Tez No. 701665) [Yüksek Lisans Tezi, Avrasya Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.

Tülü, B. (2023). *Yoğun bakımda yatan hastalarda inkontinansa bağlı dermatit gelişmesini etkileyen faktörlerin incelenmesi* (Tez No. 820702) [Yüksek Lisans Tezi, Onsekiz Mart Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.

Van Damme, N., Van Hecke, A., Himpens, A., Verhaeghe, S., & Beeckman, D. (2019). Design and psychometric testing of the attitude towards the prevention of

incontinence-associated dermatitis instrument (APrIAD). *International Wound Journal*, 16(2), 492-502. [https://doi.org/ 10.1111/iwj.13062](https://doi.org/10.1111/iwj.13062)

Yeni, T. (2019). *Yatağa bağımlı bireylere bakım veren hemşirelerin inkontinans alakalı dermatit ve basınç yaralanması ayırımına dair farkındalıklarının incelenmesi* (Tez No. 570664) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.

Yılmaz, B., & Aslan, E. (2018). Fekal inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 39-44. [https://doi.org/ 10.22312/sdusbed.362880](https://doi.org/10.22312/sdusbed.362880)

Zhang, Q., Zhang, K., Wang, K., Wang, Y., Jia, Y., Gu, J., Li, X., Li, M., Xintong, L., & Minzing, L., 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(2), 421-426. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2021.03.006>

EKLER

EK-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	İbrahim NALCI	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	% 4	% 15
II. Genel Bilgiler	% 6	% 35
III. Materyal ve Metod	% 18	% 35
IV. Bulgular	% 12	% 15
V. Tartışma	% 7	% 20
Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.		

EK-2. Etik Kurul Onay Formu



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Bölümü : Dekanlık
Servisi : Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/161
Konu : Etik Kurul Kararı

29.03.2024

Sayın: Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT
Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz **"Yoğun Bakım Hastalarında İnkontinans Alakalı Dermatit Görülme Sıklığı ve Hemşirelerin Bilgi Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi"** isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

EK-2 (Devam)



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Yoğun Bakım Hastalarında İnkontinans Alakalı Dermatit Görülme Sıklığı ve Hemşirelerin Bilgi Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı:2 Karar No:91	Tarih:29.03.2024
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof. Dr. ...

EK-3. Kurum İzni



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-76614443-604.01-243409409
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri / İbrahim
NALCI

09.05.2024

ERZURUM ŞEHİR HASTANESİNE

İlgi : 30.04.2024 tarihli dilekçe.

İlgi'de kayıtlı dilekçede Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi İbrahim NALCI tarafından "*Yoğun Bakım Hastalarında İnkontinans Alakalı Dermatit Görülme Sıklığı ve Hemşirelerin Bilgi Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi*" başlıklı çalışmayı Erzurum Şehir Hastanesinde yapılabilmesi için tarafımızdan izin talebinde bulunulmuştur. Yapılan değerlendirmeler neticesinde araştırmanın verilen hizmeti aksatmayacak şekilde Hastanenizde gerçekleştirilmesi Müdürlüğümüz tarafından uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

EK-4. Erişkin Hastalar için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırma Projesinin Adı: Yoğun Bakım Hastalarında İnkontinans Alakalı Dermatit Görülme Sıklığı ve Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi.

Sorumlu Araştırmacının Adı: Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT

Diğer Araştırmacıların Adı: İbrahim NALCI

‘Yoğun Bakım Hastalarında İnkontinans Alakalı Dermatit Görülme Sıklığı ve Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi’ isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizden nedeni sizde İnkontinans Alakalı Dermatit hastalığının görülme riski olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında, Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT’ın sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

İnkontinans Alakalı Dermatit (İAD) yatağa bağımlı inkontinans öyküsü olan hastalarda deride kızarıklık ile başlayıp dekübüt yaralarına kadar ilerleyebilen bir problemdir. İAD olan hastaların insidansına ilişkin sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Veri miktarının yetersizliği konunun önemi hakkında yeterli dikkati toplayamamaktadır. Ayrıca hemşirelerin İAD hakkındaki bilgi, tutum ve uygulama düzeylerideİAD’nin tespiti ve önlenmesinde önemli bir etkidir. Bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar ile İAD gelişme sıklığına ilişkin literatüre katkıda bulunmak, hemşirelerin İAD ile ilgili bilgi, tutum ve uygulama düzeylerini belirlemek ve İAD gelişme sıklığı ile bilgi, tutum ve uygulamalar arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışmada 209 hastaya ulaşılması hedeflenmektedir.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizden sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Verilerin toplanmasında; hastaya ilişkin tanıtıcı özellikler formu ve inkontinans alakalı dermatiti değerlendirme ölçeği(İADDÖ) kullanılacaktır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Yapılacak olan bu çalışmada herhangi bir zarar ya da risk bulunmamaktadır.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Yoğun bakım hastalarında inkontinans alakalı dermatit görülme sıklığının belirlenmesine ilişkin bilgi birikimine katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

EK-4 (Devam)

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : İbrahim NALCI

GÖREVİ : Yüksek lisans öğrencisi

TELEFON : *****

(Katılımcının/Hastanın/Yakınının Beyanı)

AÜTF İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında, Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek **bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.**

Araştırmaya katılma konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Hatice POLAT, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 25240 Yakutiye/Erzurum ve *****’ten arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

EK-4 (Devam)

Katılımcı /Yakını

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**AYDINLATMA ve KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN
DEVAMI ŞEKLİNDE OLACAKTIR. AYRI AYRI SAYFALARDA YER
ALMAYACAKTIR**

EK-5. Hastaya İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu

Bölüm A

1. Hasta No:
2. Yatış Tarihi:/...../.....
3. Yattığı klinik:
4. Hastanın yaşı:.....
5. Hastanın Cinsiyeti
6. 1() Kadın 2() Erkek
7. Boy:Kilo:BKİ:
8. Eğitim durumu:
 - 1 () Okur-yazar değil
 - 2 () Okuryazar
 - 3 () İlkokul mezunu
 - 4 () Ortaokul mezunu
 - 5 () Lise mezunu
 - 6 () Yüksekokul mezunu veya üstü
9. Tıbbi tanısı:
10. Hastalık durumu:
 - 1() Dolaşım sistemi hastalıkları
 - 2() Diyabet
 - 3() Serebrovasküler hastalık
 - 4() Kalp damar hastalığı
 - 5() Obezite
 - 6() Hipertansiyon
 - 7() Solunum sistemi hastalıkları
 - 8() Travma
 - 9() Böbrek yetmezliği
 - 10() Nörolojik hastalık
11. Kullandığı ilaçlar
 - 1() Antibiyotik
 - 2() Sedatif
 - 3() Antikoagülan
 - 4() Steroid
 - 5() Antidiyabetik
 - 6() Antihipertansif
 - 7() Oksijen tedavisi
 - 8() Vazopressor
 - 9() Antiasit

EK-5 (Devam)

12. Laboratuvar bulguları:

Hgb(gr/dl):

BUN(mg/dl):

Albumin(gr/dl):

Kreatinin(mg/dl):

13. Klinikte yattığı gün sayısı:

14. Kliniğe yatış öncesi inkontinans varlığı:

1() Evet

2() Hayır

15. Hasta alt bezi kullanıyor mu?

1() Evet

2() Hayır

16. Gaita kültüründe üreme durumu:

.....

17. Beslenme şekli:

1() Oral beslenme

2() Enteral beslenme(NG/PEG/OG vb.)

3() Parenteral beslenme

4() Diğer (Belirtiniz:)

18. Defekasyon temizliği nasıl yapılıyor:

1() Islak pamuk ile silme

2() Islak pamuk ile silme ve bariyer krem uygulama

3() Su ile yıkama

4() Su ve sabun ile yıkama

5() Islak mendil/perine temizleme havlusu ile silme

6() Diğer(antiseptik solüsyon, distile su, serum fizyolojik vb. ile yıkama)

19. Pozisyon sıklığı:

1() 2 saatte bir kez

2() 3 saatte bir kez

3() 4 saatte bir kez

4() 6 saatte bir kez

5() Pozisyon stop

6() Yatak içi hareketli

20. Dekübüt ülseri gelişme durumu:

1.gün

7.gün

EK-5 (Devam)

Bölüm B																	
Hasta İzlem Formu				1.Gün		2.Gün		3.Gün		4.Gün		5.Gün		6.Gün		7.Gün	
1.	Yaşam bulguları	Ateş	Nabız														
		Tansiyon	SpO2														
2.	İnkontinans tipi İdrar: 1/Dışkı: 2/Miks: 3																
3.	Günlük defekasyon sayısı																
4.	Defekasyon kıvamı Sıvı: 1/Yumuşak: 2/Sert: 3																
5.	Günlük perine bakımı sayısı																
6.	Bilinç durumu Açık: 1/ Kapalı: 2/ Konfuze: 3																
7.	Nemlilik Çok sık ıslak: 1 / Ara sıra ıslak: 2 Çok seyrek ıslak: 3																
8.	Hareketlilik düzeyi Aktif: 1/ Biraz sınırlı: 2 Çok sınırlı: 3/ İmmobil: 4																
9.	Beslenme miktarı Yeterli: 1/ Kısmen yeterli: 2 Kaşektik: 3																
10.	Sürtünme Yok: 1/ Problem olabilir: 2/Var: 3																

EK-6. İnkontinans Alakalı Dermatiti Değerlendirme Ölçeği (İADDÖ)

Başlangıç tarihi:								
Bölge		1.Gün	2.Gün	3.Gün	4.Gün	5.Gün	6.Gün	7.Gün
1.	Perianal bölge							
2.	İki kalça arası kıvrım							
3.	Sol alt kalça							
4.	Sağ alt kalça							
5.	Sol üst kalça							
6.	Sağ üst kalça							
7.	Genital bölge(labia/skrotum)							
8.	Alt karın bölgesi							
9.	Genital ile uyluk arasındaki kıvrım							
10.	Sol ön iç uyluk							
11.	Sağ ön iç uyluk							
12.	Sol arka uyluk							
13.	Sağ arka uyluk							
Toplam:								

1. 13 vücut bölgesinin her biri için en kötü deri hasarını belirleyin.
2. Her bir vücut bölgesinin en kötü deri hasarı düzeyini puanlandırın.
3. Olası puan aralığı:0-52.
4. 13 bölgenin puanlarını toplayarak İAD puanını belirleyin (puan iyileşme ile azalacaktır).

EK-6 (Devam-İADDÖ görsel kılavuz)

1. İnkontinans Alakalı Dermatitin (İAD) geliştiği 13 vücut bölgesi

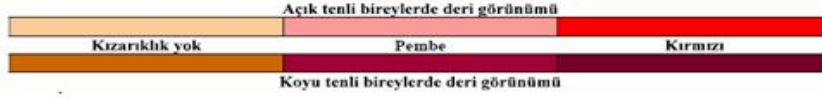
1. Perianal deri
2. İki kalça arasındaki kıvrım
3. Sol alt kalça
4. Sağ alt kalça
5. Sol üst kalça
6. Sağ üst kalça
7. Genital bölge (labia-skrotum)
8. Alt karn bölgesi
9. Genital ile uyluk arasındaki kıvrım
10. Sol ön iç uyluk
11. Sağ ön iç uyluk
12. Sol arka uyluk
13. Sağ arka uyluk



2. Kızarıklık;

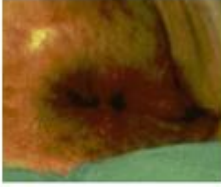
Seçenekler: kızamıklık yok, pembe, kırmızı ve parlak kırmızıdır. İnkontinans Alakalı Dermatit koyu tenli bireylerde parlak kırmızı renkte, deri kaybı morumsu görünümde olabilir.

Kızamıklık tonu;



3. Deri Kaybı;

En üst tabaka aşınmış ve deri nemlidir.



EVET

veya

HAYIR

Basınç Ülseri İAD değildir

4. Döküntü;

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

EVET



HAYIR



EK-7. Hemşireler için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu bilgilendirilmiş gönüllü onam formu yoğun bakım hemşirelerini ‘Yoğun Bakım Hastalarında İnkontinans Alakalı Dermatit Görülme Sıklığı ve Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi’ adlı çalışmaya davet etmek amacı ile hazırlanmıştır.

Sorumlu Araştırmacı: Hatice POLAT

Yardımcı Araştırmacı: İbrahim NALCI

Araştırmanın Bağlı Olduğu Kurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Sayın meslektaşım ‘Yoğun Bakım Hastalarında İnkontinans Alakalı Dermatit Görülme Sıklığı ve Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi’ adını vermiş olduğumuz çalışmamıza katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Çalışmada yer almadan önce bu çalışmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını anlamanız ve katılıp katılmama kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Araştırma hakkındaki sözlü olarak aktaracağım bilgiler yazılı olarak bu onam formunda bulunmaktadır. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz. Onam formunun son bölümü onay işlemleri ile ilgilidir. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz lütfen formun son bölümü imzalayınız

Yoğun bakım üniteleri uzun süreli yatağa bağımlılığın gerektiği tedavi birimleridir. Uzun süre yatağa bağımlılık bireylerde cilt bütünlüğünü tehdit eden bir unsurdur. Hemşirelerin primer görevi deri sağlığını korumak ve sürdürmek olmalıdır. Bu yüzden hemşirelik açısından inkontinans alakalı dermatit bakım kalitesini ve hemşirelik bakımının önemini gösteren önemli bir belirteçtir. Bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar ile İAD gelişme sıklığına ilişkin literatüre katkıda bulunmak, hemşirelerin İAD ile ilgili bilgi, tutum ve uygulama düzeylerini belirlemek ve İAD gelişme sıklığı ile bilgi, tutum ve uygulamalar arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacı İbrahim NALCI tarafından ‘Yoğun Bakım Hastalarında İnkontinans Alakalı Dermatit Görülme Sıklığı ve Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi’ adlı yüksek lisans tez çalışması hakkında bilgilendirilip, çalışmaya dahil edilmek üzere gönüllü olarak davet edildim. Araştırma sonuçlarının hemşirelik bilimi için kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağına dair bana güven verildi. Araştırma sürecinde istediğim zaman araştırmadan çekilebilirim. Araştırma için hiçbir maddi sorumluluk altına girmemekteyim. Araştırmacıya ulaşabileceğim iletişim bilgileri tarafıma bildirildi.

Araştırma hakkında verilen tüm bilgileri anlamış bulunup, onam formunun bir örneğini alıp, kendi irademle araştırmaya katılmaya gönüllü olmaya karar verdim.

Gönüllü Bilgileri

Ad Soyad:

İmza ve tarih:

İletişim bilgileri:

Araştırmacı bilgileri

Ad Soyad:

İmza ve tarih:

İletişim bilgileri:

EK-8. Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu:

1. Anket No:
2. Yaşınız:
3. Cinsiyetiniz:
1() Kadın 2() Erkek
4. En son tamamladığı hemşirelik programı:
1() Sağlık Meslek Lisesi
2() Hemşirelikte Ön Lisans
3() Hemşirelikte Lisans
4() Hemşirelikte Yüksek Lisans
5() Hemşirelikte Doktora
5. Hemşirelikte toplam hizmet süresi:(yıl)
6. Çalıştığınız klinik:
7. Bu klinikteki toplam çalışma süresi:(yıl)
8. Daha önce ‘İnkontinans alakalı dermatit’ gelişme riski olan bir klinikte çalıştınız mı?
1() Evet 2() Hayır
9. Daha önce ‘İnkontinans alakalı dermatit’ olan bir hastaya bakım verdiniz mi?
1() Evet 2() Hayır
10. Daha önce ‘İnkontinans alakalı dermatit’ ile ilgili bir eğitim programına katıldınız mı?
1() Evet 2() Hayır
11. ‘İnkontinans alakalı dermatit’ önlenmesi ve tedavisine yönelik bilgi düzeyiniz nedir?
1() Yetersiz 2() Kısmen yeterli 3() Yeterli
12. ‘İnkontinans alakalı dermatit’ önlenmesi ve tedavisine ilişkin uygulamalarda yeterlilik olarak kendinizi nasıl değerlendirirsiniz?
1() Yetersiz 2() Kısmen yeterli 3() Yeterli
13. Sizce ‘İnkontinans alakalı dermatit’ önlenmesi ve tedavisinde hemşirelik girişimleri ne kadar etkilidir?(1 hiç etkili değil, 5 çok etkili)
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
14. ‘İnkontinans alakalı dermatit’ hemşirelik bakım kalitesini gösteren bir belirteç midir?
1() Evet 2() Hayır

EK-9. İnkontinans Alakalı Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği

Bölüm 1.İnkontinans Alakalı Dermatitin Etyolojisi ve Tanılama Bilgisi					
	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
İnkontinans alakalı dermatit (İAD) idrar, dışkı ya da her ikisine birden maruz kalma nedeniyle oluşan bir cilt hasarıdır.					
İnkontinans alakalı dermatit, bazen seröz eksüda ve/veya cilt erozyonunun da gözlemlendiği, cilt yüzeyinde eritem ve ödem ile karakterize bir durumdur.					
İnkontinans alakalı dermatit, perineal dermatit veya alt bezi dermatiti olarak da bilinir.					
İdrar ve dışkıya maruz kaldığında, cilt daha asidik hale gelir ve bu da inkontinans alakalı dermatite neden olur.					
Su ve sabunla sık sık yapılan cilt temizliği, kuruluğu artırması ve sürtünme oluşturması nedeniyle cilt bariyer fonksiyonuna zarar verir.					
Bölüm 2. İnkontinans Alakalı Dermatit Risk Faktörleri Bilgisi					
	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
İnkontinans alakalı dermatit oluştuğunda, basınç yaralanması gelişme riski daha yüksektir.					
Yaşlanmaya bağlı ciltteki değişiklikler, daha yüksek inkontinans alakalı dermatit prevalansı ile ilişkilidir.					
Hareket kısıtlılığı, inkontinans alakalı dermatitin gelişme riskini artırır.					
Dehidratasyon ve ödem, inkontinans alakalı dermatitin kötüleşmesine katkıda bulunabilir.					
İnkontinans alakalı dermatit gelişme riski olan hastalarda, yeterli beslenme, hidrasyon ve cilt üzerindeki basıncın azaltılması çok önemlidir.					
İnkontinans alakalı dermatit değerlendirmesi, rutin genel cilt değerlendirmesine dahil edilmelidir.					

EK-9 (Devam)

Bölüm 3. İnkontinans Alakalı Dermatit Önlemeye Yönelik Tutum					
	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Kurumumda inkontinans alakalı dermatitin tanınması, önlenmesi ve yönetimine ilişkin kullanılan mevcut prosedür ya da talimatları bilirim.					
İnkontinansı olan hastalara bakım verenleri (refakatçi), inkontinans alakalı dermatitin tanınması ve yönetimi konusunda eğitmek için yeterince donanımlıyım.					
İnkontinans alakalı dermatitin tanınması, evrelendirilmesi, önlenmesi ve yönetimi konusunda yeterince donanımlıyım.					
Bölüm 4. İnkontinans Alakalı Dermatiti Önlemeye Yönelik Uygulamalar					
	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
İnkontinans alakalı dermatiti önleme müdahalelerini kullanmak, inkontinans alakalı dermatit riskini ortadan kaldırır.					
İnkontinans sorununun ele alınması, inkontinans alakalı dermatitin önlenmesinin ve tedavisinin temelidir.					
İnkontinans alakalı dermatit önleme girişimleri uygulanmayan inkontinans hastalarında, inkontinans alakalı dermatit riski artar.					
İnkontinans alakalı dermatitin varlığının ve şiddetinin düzenli olarak değerlendirilmesi, iyileşmeyi sağlamak için önemlidir.					
İnkontinans alakalı dermatitli hastaların hemşirelik bakımı, cildin dışkı ve idrara maruz kalmasını önlemeye odaklanır.					
İnkontinans alakalı dermatite bağlı cilt hasarının yönetimi, cildin temizlenmesini ve bariyer etkili bir ürünün uygulanmasını içerir.					

EK-10. Ölçek İzinleri

İnkontinans Alakalı Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği izni

Ölçek izni

1 ileti

Münevver SÖNMEZ

Alıcı: İbrahim Nalci

10 Mar 2024 Pzt, 20:55

Merhaba;

Öncelikle şimdiden tezinde başarılar dilerim. Ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Atıf göstererek ölçeği kullanabilirsiniz. Ekte ölçeğin maddelerini iletiyorum. Saygılarımla

Doç. Dr. Münevver Sönmez

İnkontinans Alakalı Dermatiti Değerlendirme Ölçeği izni

Ölçek izni

1 ileti

Ayşe Karadağ

Alıcı: İbrahim Nalci

Cc: Şenay GÜL

11 Mar 2024 Pzt, 14:40

İbrahim merhaba,

"İnkontinansa bağlı dermatit ve şiddeti aracı" nı tez çalışmada kullanman için yazarların izni bulunmaktadır.

Çalışmalarında kolaylık ve başarılar dilerim

Ayşe

Ayşe Karadağ RN, ET/WOCN, PhD, Prof.

Koç University School of Nursing

Dean

