



**T.C.**

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTALARDA İNKONTİNANSA  
BAĞLI DERMATİT GELİŞMESİNİ ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN**

**BURCU TÖLÜ**

**TEZ DANIŞMANI**

**DOÇ. DR. ŞENGÜL ÜZEN CURA**

**ÇANAKKALE-2023**





T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTALARDA İNKONTİNANSA BAĞLI  
DERMATİT GELİŞMESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan  
Burcu TÜLÜ

Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Şengül ÜZEN CURA

Çanakkale – 2023



## ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

Burcu TÜLÜ  
25/08/2023

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca, her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen, değerli fikir ve deneyimleriyle bana yol gösteren çok değerli danışmanım Doç. Dr. Şengül Üzen Cura'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana emeği geçen ve yol gösteren diğer hocalarıma,

Yaşadıkları zor sürece rağmen çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarıma ve çalışmamda destek olan tüm arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım boyunca sürekli yanımda olan, benden desteklerini esirgemeyen canım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Burcu TÜLÜ  
Çanakkale, Ağustos 2023

## ÖZET

### YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTALARDA İNKONTİNANSA BAĞLI DERMATİT GELİŞMESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Burcu TÜLÜ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Doç.Dr. Şengül ÜZEN CURA

25/08/2023, 74

Bu araştırma yoğun bakımda yatan hastalarda inkontinansa bağlı dermatit gelişmesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Araştırma 01.02.2022- 31.05.2022 tarihleri arasında, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Çerkezköy Devlet Hastanesi'nde genel yoğun bakım ünitelerinde yürütüldü. Araştırmanın örneklemini, Çerkezköy Devlet Hastanesi genel yoğun bakımda yatan ve inkontinansa bağlı dermatit (İBD) gelişen 114 hasta oluşturdu. Araştırmaya başlamadan önce "İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddet Aracı"nın araştırmada kullanılabilmesi için mail yolu ile izin alındı (Ek-3). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Rektörlüğü Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Bilimsel Araştırma Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı alındı (Ek-4) Etik kurul onayından sonra Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü'nden resmi yazılı izin alındı (Ek-5). Veri toplama aracı olarak, "Hasta Bilgi Formu" ve İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddet Aracı (İBDŞA) kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde, Tek Yönlü Anova Testi, Bağımsız Örneklem T testi, Mann Whitney U Testi, Bonferroni Düzeltme Testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0,05$  kabul edildi. Veriler yoğun bakım ünitesinde yüz yüze görüşme yöntemi ile hastalardan yazılı onamları alınarak toplandı. Bilinci yerinde olmayan hastaların yakınlarından yazılı onamları alındı.

Hastaların %97,4'sinde üriner inkontinans, %96,5'inde fekal inkontinans ve %95,6'sında ise üriner ve fekal inkontinansın birlikte görüldüğü saptandı. Hastaların İBDŞA puan ortalamaları ile cinsiyeti, sigara ve alkol kullanma durumu, kronik hastalık bulunma durumu, düzenli ilaç kullanımı, beslenme şekli ve düzeyi, dışkılama özelliği ve

sayısı, enfeksiyon varlığı, üriner ve fekal inkontinans varlığı, hareketlilik ve terleme durumu, vücut ve defekasyon temizliği, yaş ve BKİ'i arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulundu ( $p<0,05$ ). İBDŞA puan ortalamaları ile hastaların pozisyon değişimi ve perine bakımı yapılma sayısı, mekanik ventilasyon desteği alma ve Glasgow Koma Skalası puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ). İBDŞA puan ortalaması ile Barthel İndeks puanı arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel anlamlılık saptanırken ( $p<0,05$ ), Ramsey Sedasyon Skalası ile aynı yönde zayıf düzeyde istatistiksel anlamlılık bulundu( $p<0,05$ ). Birinci gün İBDŞA puan ortalaması  $17,79\pm6,06$  iken 8. gün İBDŞA puan ortalaması  $27,35\pm9,55$  bulundu. Sonuç olarak İBDŞA'dan alınan puan ortalamalarına göre, hastaların yattığı gün sayısı arttıkça İBD şiddetinin arttığı saptandı ve İBD gelişmesinde birçok risk faktörünün etkili olduğu sonucuna varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Dermatit, Fekal İnkontinans, Üriner İnkontinans, Yoğun Bakım



## ABSTRACT

### EXAMINING THE FACTORS INFLUENCING THE DEVELOPMENT OF INCONTINENCE-RELATED DERMATITIS IN PATIENTS INTENSIVE CARE

Burcu TL

anakkale Onsekiz Mart University

School of Graduate Studies

Master of Science Thesis in Nursing Science

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Şengül ZEN CURA

25/08/2023, 74

This study was conducted to determine the factors affecting the development of dermatitis due to incontinence in patients hospitalized in the intensive care unit.

The research was conducted between 01.02.2022 and 31.05.2022 in general intensive care units at erkezky State Hospital affiliated with the Ministry of Health. The sample of the study consisted of 114 patients who were hospitalized in the general intensive care unit of erkezky State Hospital and developed dermatitis due to incontinence (IBD). Before starting the research, permission was received via e-mail to use the "Incontinence Dermatitis and Violence Tool" in the research (Ek-3). Ethics Committee Approval was received from Çanakkale Onsekiz Mart University Rectorate Graduate Education Institute Scientific Research Ethics Committee (Annex-4). After the ethics committee approval, official written permission was received from Tekirdağ Provincial Health Directorate (Ek-5). "Patient Information Form" and "Incontinence-Related Dermatitis and Violence Tool (IBDŐA) were used as data collection tools. One-way Anova Test, Independent Sample T test, Mann Whitney U Test, Bonferroni Correction Test were used to evaluate the data.  $P < 0.05$  was accepted for statistical significance. The data were collected in the intensive care unit by face-to-face interview method by obtaining written consent from the individuals. Written informed consent was obtained from the relatives of unconscious patients.

Urinary incontinence was observed in 97,4% of the patients, fecal incontinence in 96,5%, and urinary and fecal incontinence in 95,6% of the patients. IBDSA mean score of the patients and their gender, smoking and alcohol use, presence of additional diseases, the presence of medications that they regularly use, diet and level, characteristics and number of defecation, presence of infection, presence of urinary and fecal incontinence, mobility and sweating status of the patient, body cleanliness and defecation cleanliness, age and BMI were statistically significant( $p<0.05$ ). There was no significant relationship between the mean scores of IBDSA and the number of patients' position changes and care, adherence to mechanical ventilation and Glasgow Coma Scale score( $p>0.05$ ). While moderate statistical significance was found in the opposite direction between the mean IBDSA score and the Barthel Index score( $p<0.05$ ), a weak statistical significance was found in the same direction as the Ramsey Sedation Scale( $p<0.05$ ). While the 1st day IBDSA score average was  $17.79\pm 6.06$ , the 8th day IBDSA score average was  $27.35\pm 9.55$ . As a result, according to the average scores obtained from IBDSA, it was determined that the severity of IBD increased as the number of days the patients were hospitalized increased and it was concluded that many risk factors were effective in the development of IBD.

**Keywords:** Dermatitis, Fecal Incontinence, Intensive Care, Urinary Incontinence

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

|                               |      |
|-------------------------------|------|
| TEZ ONAY FORMU .....          | i    |
| ETİK BEYAN.....               | ii   |
| TEŞEKKÜR .....                | iii  |
| ÖZET.....                     | iv   |
| ABSTRACT.....                 | vi   |
| İÇİNDEKİLER.....              | viii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR ..... | xii  |
| TABLolar DİZİNİ.....          | xiii |
| ŞEKİLLER DİZİNİ.....          | xiv  |

## BİRİNCİ BÖLÜM

### GİRİŞ VE AMAÇ

1

## İKİNCİ BÖLÜM GENEL BİLGİLER

3

|  |   |
|--|---|
| 2.1 Üriner İnkontinans.....                      | 3 |
| 2.2. Üriner İnkontinans Çeşitleri.....           | 4 |
| 2.2.1. Stres Üriner İnkontinans.....             | 4 |
| 2.2.2. Acil İnkontinans (Urge İnkontinans) ..... | 4 |
| 2.2.3. Geçici Üriner İnkontinans.....            | 5 |
| 2.2.4. Taşma Tipi (overflow) İnkontinans.....    | 5 |
| 2.2.5. Miks İnkontinans.....                     | 5 |
| 2.2.6. Fonksiyonel İnkontinans.....              | 5 |
| 2.3. Fekal İnkontinans.....                      | 6 |
| 2.3.1 Fekal İnkontinans Çeşitleri.....           | 7 |
| Koital Fekal İnkontinans.....                    | 7 |
| Noktüral Defekasyon.....                         | 7 |
| Rektal Aciliyet.....                             | 7 |
| Parsiyel Dışkı İnkontinansı.....                 | 7 |
| Tam Dışkı İnkontinansı.....                      | 7 |

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 2.4.    | Dermatit Tanımı.....   | 7  |
| 2.4.1.  | Dermatit Çeşitleri.....  | 8  |
|         | Kontakt Dermatit.....  | 8  |
|         | Atopik Dermatit.....   | 8  |
|         | İnkontinansa Bağlı Dermatit (İBD).....   | 8  |
| 2.5.    | İnkontinansa Bağlı Dermatit Patofizyolojisi ve Gelişim Süresi.....                                   | 9  |
| 2.6.    | İnkontinansa Bağlı Dermatit Risk Faktörleri.....   | 11 |
| 2.6.1.  | Üriner İnkontinans.....  | 12 |
| 2.6.2.  | Fekal İnkontinans.....   | 12 |
| 2.6.3.  | Üriner ve Fekal İnkontinansın Birlikte Olması (miks inkontinans).....                                | 13 |
| 2.6.4.  | İnkontinans Sıklığı.....   | 13 |
| 2.6.5.  | Tahriş Edici Maddelerin Kullanımı.....   | 13 |
| 2.6.6.  | Hareketlilikte Azalma.....   | 14 |
| 2.6.7.  | Vücut Sıcaklığında Yaşanan Değişimler.....   | 14 |
| 2.6.8.  | Bilinç Durumundaki Bozukluk.....   | 15 |
| 2.6.9.  | Hijyen Eksikliği.....  | 15 |
| 2.6.10. | Kötü Beslenme Alışkanlıkları.....  | 16 |
| 2.6.11. | Kronik Hastalıklar.....  | 16 |
| 2.6.12. | Yaş.....   | 16 |
| 2.7.    | İnkontinansa Bağlı Dermatite Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli ve Hemşirelik Bakımı..... | 17 |
| 2.8.    | İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Bakım Planları.....   | 25 |
| 2.9.    | Uygulama Aşaması.....  | 28 |
| 2.10.   | Değerlendirme Aşaması.....   | 28 |

### ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

#### GEREÇ VE YÖNTEM

|      |  |    |
|------|--|----|
| 3.1. | Araştırmanın Türü ve Amacı.....                    | 31 |
| 3.2. | Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....                   | 31 |
| 3.3. | Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....              | 32 |
| 3.4. | Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri..... | 32 |

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 3.5.   | Araştırma Verilerinin Toplanması .....           | 33 |
| 3.6.   | Araştırma Verilerinin Analizi .....              | 33 |
| 3.7.   | Veri Toplama Araçları.....                       | 33 |
| 3.7.1. | Hasta Bilgi Formu.....                           | 34 |
| 3.7.2. | İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddet Aracı..... | 34 |
| 3.8.   | Araştırmanın Sınırlılıkları.....                 | 36 |
| 3.9.   | Araştırmanın Etik Yönü.....                      | 36 |

**DÖRDÜNCÜ BÖLÜM  
BULGULAR**

38

**BEŞİNCİ BÖLÜM  
TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER**

52

|               |  |      |
|---------------|--|------|
| 5.1.          | Sonuç.....   | 58   |
| 5.2.          | Öneriler.....  | 60   |
| KAYNAKÇA..... |  | 63   |
| EKLER.....    |  | I    |
| Ek 1.         | Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Metni.....                 | I    |
| Ek 2.         | Hasta Bilgi Formu.....                                   | II   |
| Ek 3.         | İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddet Aracı (İBDŞA)..... | IX   |
| Ek 4.         | Etik Kurul Kararı.....                                   | X    |
| Ek 5.         | Kurum İzni.....  | XI   |
| Ek 6.         | Ölçek Kullanım İzni.....                                 | XII  |
| ÖZGEÇMİŞ..... |  | XIII |

## SİMGELER VE KISALTMALAR

|                |   |
|----------------|---|
| <b>CRP</b>     | C-Reaktif Protein   |
| <b>Fİ</b>      | Fekal İnkontinans   |
| <b>GKS</b>     | Glasgow Koma Skalası  |
| <b>HGB</b>     | Hemoglobin  |
| <b>ICS</b>     | Uluslararası Kontinans Derneği  |
| <b>İBD</b>     | İnkontinansa Bağlı Dermatit   |
| <b>İBDŞA</b>   | İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddet Aracı   |
| <b>NANDA-I</b> | North American Nursing Diagnosis Association International<br>(Uluslararası Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği Sınıflama Sistemi) |
| <b>RSS</b>     | Ramsey Sedasyon Skalası   |
| <b>SÜİ</b>     | Stres Üriner İnkontinans  |
| <b>SVH</b>     | Serebrovasküler Hastalık  |
| <b>TESK</b>    | Transepidermal Su Kaybı   |
| <b>Üİ</b>      | Üriner İnkontinans  |
| <b>YADHM</b>   | Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli   |

## TABLULAR DİZİNİ

| <b>Tablo No</b> | <b>Tablo Adı</b>  | <b>Sayfa No</b> |
|-----------------|---|-----------------|
| <b>Tablo 1</b>  | Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı  | 38              |
| <b>Tablo 2</b>  | Hastaların genel sağlık durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı   | 39              |
| <b>Tablo 3</b>  | Hastalarda varolan kronik hastalıkların dağılımı  | 40              |
| <b>Tablo 4</b>  | Hastaların düzenli kullandığı ilaçların dağılımı  | 40              |
| <b>Tablo 5</b>  | Hastaların üriner/fekal inkontinans özelliklerinin dağılımı   | 41              |
| <b>Tablo 6</b>  | Hastaların, hastalık özelliklerine ilişkin faktörlerin incelenmesi  | 42              |
| <b>Tablo 7</b>  | Hastaların, hastalık özelliklerine ilişkin faktörlerin incelenmesi( Tablo 6'nın devamı)   | 43              |
| <b>Tablo 8</b>  | Hastaların İBDŞA puanlarının günlere göre dağılımı ve karşılaştırılması   | 44              |
| <b>Tablo 9</b>  | Hastaların İBDŞA puan ortalamalarının sosyodemografik özellikleri ve genel sağlık durumlarına ilişkin özellikleri ile karşılaştırılması | 46              |
| <b>Tablo 10</b> | Hastaların İlk (1. Gün) ve Son Gün (8. Gün) İBDŞA puan ortalamalarının üriner/fekal inkontinans özellikleri ile karşılaştırılması       | 48              |
| <b>Tablo 11</b> | Hastaların İBDŞA puan ortalamalarının hijyen/bakım ile ilgili özellikleri ile karşılaştırılması   | 49              |
| <b>Tablo 12</b> | Yaş, BKİ, Glasgow Koma Skalası, Ramsey Sedasyon Skalası, Barthel Index Puanı ve İBDŞA toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki        | 51              |

## ŞEKİLLER DİZİNİ

| Şekil No | Şekil Adı  | Sayfa No |
|----------|--|----------|
| Şekil 1  | İBDŞA Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği | 41       |





## RESİMLER DİZİNİ

| <b>Resim No</b> | <b>Resim Adı</b>                                      | <b>Sayfa No</b> |
|-----------------|---|-----------------|
| <b>Resim 1</b>  | Hastalardan Alınan İnkontinansa Bağlı Dermatit Örneği | 41              |
| <b>Resim 2</b>  | Hastalardan Alınan İnkontinansa Bağlı Dermatit Örneği | 42              |
| <b>Resim 3</b>  | Hastalardan Alınan İnkontinansa Bağlı Dermatit Örneği | 42              |
| <b>Resim 4</b>  | Hastalardan Alınan İnkontinansa Bağlı Dermatit Örneği | 42              |
| <b>Resim 5</b>  | Hastalardan Alınan İnkontinansa Bağlı Dermatit Örneği | 43              |
| <b>Resim 6</b>  | Hastalardan Alınan İnkontinansa Bağlı Dermatit Örneği | 43              |

## BİRİNCİ BÖLÜM

### GİRİŞ VE AMAÇ

İnkontinans, istem dışı idrar kaçırma (üriner inkontinans) veya dışkı kaçırma (fokal inkontinans) ya da her ikisinde görülme durumu (karma) olarak tanımlanır (Akın, 2015). Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) üriner inkontinansı (Üİ), idrarın istemsizce kaçırılmasına bağlı sosyal ve hijyenik olmayan bir sorun olarak tanımlamıştır (Kurtuluş vd., 2022). Fokal inkontinans (Fİ) ise dışkılama ve bağırsak kontrolü kaybetmeye bağlı olarak istemsiz olarak, uygun olmayan yer veya zamanda gaitanın anüsten atılması olarak tanımlanmıştır (Buswell, vd., 2017).

İnkontinans çoğunlukla pelvik taban yetmezliğinden kaynaklanır (Karan, vd., 2000). Pelvik taban zayıfığında, intraabdominal basınç artışı sebebiyle mesane boyu anatomik olarak yer değiştirir ve buna bağlı olarak kişilerde idrar kaçırma durumu ortaya çıkar (Zhang, vd., 2017) İntraüretal basıncın intravezikal basıncın altında kaldığı durumlarda üriner inkontinans gelişir (Torky, vd., 2015). Fokal inkontinans, anal bölgede yapılan cerrahi girişimler, spinal kord hasarı, multipl skleroz gibi hastalıklar, doğuma bağlı sfinkter hasarı gibi sebeplerden meydana gelebilmektedir.

Yoğun bakım üniteleri, hastaların uzun süre tedavi gördüğü, sağlık personeline en çok ihtiyacın olduğu bakım birimleridir. Yoğun bakım ünitesi gelişmiş hasta bakım ekipmanları ile donatılmıştır ve kritik hastaların uzun süre bakım görmesi için tasarlanmıştır (Çınar, vd., 2017) Yoğun bakım ünitelerinde hastaların yatış sürelerinin uzun olması, ek hastalıklarının fazla olması, çoğu hastanın tamamen hareketsiz olması hastalarda bazı deri problemlerinin oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Çelik, vd., 2009). Bu olası problemlerin başında inkontinansa bağlı dermatitler gelmektedir (Avşar, vd.,2018)

İnkontinans dermatiti, idrar veya dışkı inkontinansı olan hastalarda cilt problemlerini tanımlayan geniş bir terimdir. İnkontinansa bağlı dermatit, cildin idrar ve dışkı ile uzun süre teması sonucunda tahriş olması ve buna ödem, erozyon, büll ve enfeksiyonun eşlik ettiği deri tahribatıdır (Cunich, vd., 2022). Dermatit gelişen hastaların vulva, perineal bölge ve kalça kısmında doku hasarı, iltihap ve ağrı oluşur (Bussche, vd., 2018) Cildin idrar ve dışkı ile teması sonucunda deri nemlenir ve çatlaklar oluşmaya

başlar. Genellikle dermatitlerde idrar ve dışkı inkontinansı birlikte görülür ve idrar dışkı ile etkileşime girerek cilt hasarını hızlandırır (Parlak, vd., 2012; Hahnel, vd., 2017).

İnkontinansa bağlı dermatit konusundaki bilgi eksikliği, literatürde bu konuyla ilgili az çalışmanın olması, inkontinansa bağlı dermatitin kayıt altına alınmaması gibi etkenler tıbbi tedavilerin ve hemşirelik bakımının eksik olmasına sebep olabilmektedir. Bu çalışma yoğun bakım ünitelerinde inkontinansa bağlı dermatit gelişimini etkileyen faktörleri incelemek ve literatüre katkı sağlamak amacıyla yapılmıştır.



## İKİNCİ BÖLÜM GENEL BİLGİLER

### 2.1. Üriner İnkontinans

Üriner inkontinans, objektif olarak gösterilebilen, sosyal ve hijyenik problemlere neden olan istemsizce gerçekleşen idrar kaybı olarak tanımlanır (Yıldız, vd., 2021). Üriner inkontinans, yaşam kalitesini kötü etkileyen, tıbbi, sosyal, hijyenik olmayan bir problemdir (Bardsley, vd., 2016). Farklı tanımlarına bakacak olursak inkontinans, genç-yaşlı, kadın-erkek tüm bireyleri etkileyebilen, istemsizce idrar kaçırabilme durumudur (Becher, 2022). Üriner inkontinans yaşamı tehdit eden bir durum olarak değerlendirilmese de sürekli ıslaklığın olması ve cilt harabiyetine sebep olabilmesi kişilere rahatsızlık verebilmekte, seksüel yaşamı, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayabilmektedir (Kızılkaya, vd., 2003).

Üriner inkontinans kadın erkek her iki cinsiyette de görülebilmektedir (Milsom, vd., 2019). Literatüre bakıldığında kadınlarda erkeklere oranla daha fazla üriner inkontinans görülmektedir (Sazonova, vd., 2022; Bliss, vd., 2017; Khan, 2021). Öztürk vd. arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada kadınlarda üriner inkontinans görülme insidansının erkeklere oranla daha fazla olduğu ve yaş ile birlikte görülme sıklığının arttığı görülmüştür (Öztürk, vd., 2012). Demirci vd. arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada da kadınlarda erkeklere oranla üriner inkontinans daha sık görülmüştür. Aynı çalışmada kadınlarda erkeklere oranla daha sık inkontinans görülmesinin sebebi, yaş, menopoz, doğumda yaşanan zedelenme ve yaralanmalar olduğu belirtilmiştir (Demirci, vd., 2011). Zeynep vd. arkadaşlarının 322 birey ile yapmış oldukları çalışmada, kadınların %53,6'sı erkeklerin ise %22,0'ında idrar kaçırma şikâyetinin olduğu saptanmıştır (Zeynep, vd., 2020). Kızılkaya'nın Türkiye'de üriner inkontinans yaşayan 1250 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, 307 kadının %24,5'inin istemsizce idrar kaçırdığını, bu kadınların %50'sinden fazlasının haftada en az bir kere idrar kaçırma yaşadığı, %27'sinin günde bir kere, %21'inin ise elbiselerini değiştirmek zorunda kalacak kadar idrar kaçırdıklarını söylemişlerdir (Kızılkaya, vd., 2003). Bu çalışma sonucunda üriner inkontinans insidansının en düşük %12 ile 18-29 yaşlar arasında ve en yüksek %29 ile 40-44 yaşlar arasında yaşandığı bulunmuştur. Tüm bu literatür bilgilerine göre üriner inkontinans her iki cinsiyette

görülebilmektedir ve anatomik farklılıklardan dolayı kadınlarda erkeklere oranla daha sık yaşanabilmektedir.

## **2.2. Üriner İnkontinans Çeşitleri**

Üriner inkontinans yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen hijyenik olmayan, sosyal bir problemdir (Dieter, 2021). İnkontinansa sebep olan faktörleri bilmek, inkontinansa bakımı kolaylaştırmakta, inkontinansın sebep olduğu tahribatın iyileşmesini hızlandırmaktadır (Ceyhan, vd., 2018). Literatürde üriner inkontinans 6 türde tanımlanmaktadır.

### **2.2.1. Stres İnkontinans**

Üriner inkontinansın en sık görülen tipi stres inkontinansıdır (Yoshimura ve Miyazato,2012). Mesane duvarını ve üretrayı destekleyen dokuların gevşemesi sonucu üretradaki hipermobile ve üretradaki sfinkter yetmezliğine bağlı karın içi basıncın artması sonucu oluşan inkontinans tipidir (Erdogan, vd., 2022). Stres inkontinansı olan hastalarda gülme, hapsirme, öksürme esnasında idrar kaçırma görülebilir (Yıldız ve Turan, 2021). Trowbridge vd. (2022)'nin yapmış oldukları çalışmada stres inkontinans en sık karşılaşılan inkontinans türleri arasındadır. Kadınlarda erkeklere oranla daha çok görülebilmektedir (Miyazato ve Ashikari, 2020). Genellikle kadınlarda doğuma bağlı pelvik taban kaslarının zayıflaması, travma, radyasyon gibi nedenlerle görülürken erkeklerde ameliyat ya da geçirilmiş travma sonrasında sfinkter hasarına bağlı görülebilmektedir (Öztürk, vd., 2021). Yapılan bir çalışmada stres inkontinansın fazla kilo ile de bağlantılı olduğu, obez kişilerde daha fazla görüldüğü, obez kişilerin kilo verdiklerinde idrar kaçırma şikayetlerinin azaldığı görülmüştür (Tanrıverdi, vd., 2004).

### **2.2.2.Acil İnkontinans (Urge İnkontinans)**

Aniden ve şiddetli bir şekilde gelen idrar kaçırma durumudur (Hadımlı, vd., 2018). Genel olarak detrüsör kasının aktif çalışmasına bağlı oluşur. Acil inkontinans durumunda aşırı aktif çalışan detrüsör kası mevcuttur. Mesane kasları istemsiz olarak kasılır ve bu kasılmalar yaş ile birlikte artar (Toy Urcun ve Çetinkaya, 2019). Bu idrar kaçırma tipinde

kişi tuvalete yetişemededen idrar kaçıırma problemi yaşamaktadır (Nandy ve Ranganathan, 2020). Detrüör kası aşırı aktif çalışan nörolojik hastalığı olanlarda görüldüğü gibi nörolojik hastalığı olmayan bireylerde de görülebilir. İnme, omurilik yaralanması, demans gelişen bireylerde de görülür (Thomas, vd., 2019). Ayrıca enfeksiyon, mesane taşı kaynaklı mesanenin irrite olması sonucuda inkontinans gelişebilir (Kızılkaya ve Beji,2003). Yaşlılarda en sık görülen üriner inkontinans tipidir (Gacci, vd., 2022). Tiyazid grubu ilaçlar, kafein ve alkol idrar miktarını arttırarak mesane kasını aktive edebilir ve inkontinans görülebilir (Öztürk, vd., 2012).

### **2.2.3. Geçici Üriner İnkontinans**

Geçici üriner inkontinans çevresel faktörlere göre değişiklik gösteren inkontinans türüdür (Hagen, vd., 2020). Depresyon, enfeksiyon, kullanılan bazı ilaçlar, diyabet, hareket kısıtlılığı gibi nedenler idrar kaçırmaya sebep olabilir (Milsom ve Gyhagen, 2023). Bu sebepler ortadan kalktığında kişide idrar kaçıırma durumu da ortadan kalkar.

### **2.2.4. Taşma Tipi (Overflow) İnkontinans**

Bu inkontinans tipinde mesane kaslarının aşırı gerilmesiyle birlikte sık sık, damlama şeklinde idrar kaçıırma görülür (Trowbridge, vd., 2022). Taşma tipi inkontinanst mesanenin aşırı dolması ve taşması söz konusudur. Urge ve stres tipi inkontinans belirtilerini gösterdiği için bu inkontinans tipleriye karışabilmektedir (Kızılkaya Beji, 2003). Trowbridge vd. (2022)'nin yapmış oldukları çalışmada taşma tipi inkontinans, en sık karşılaşılan inkontinans türleri arasındadır.

### **2.2.5. Miks İnkontinans**

Miks inkontinans, genellikle urge ve stres inkontinansın birlikte bulunması durumudur (Parker, vd., 2015). Bu tür inkontinans kullanılan ilaçlar ile farklı tipteki bir inkontinansın birleşmesi sonucu oluşabilir (Zeren, vd., 2014).

### **2.2.6. Fonksiyonel İnkontinans**

Fonksiyonel idrar inkontinansı, hastaların üriner sistem fonksiyonlarında herhangi bir hastalık olmamasına rağmen bilişsel ya da fiziksel hastalıklar sebebiyle idrar kaçırılması durumudur (Tanna, vd., 2022). Fonksiyonel idrar inkontinansı romatizmal hastalıklar gibi diğer faktörler sebebiyle oluşur (Clark, vd., 2021).

### **2.3. Fekal İnkontinans**

Fekal inkontinans, uygun olmayan yer ve zamanda, bağırsak kontrolünün kaybıyla karakterize, katı veya sıvı şekilde olan feçesin istemsizce kaçırılması durumudur (Shah ve JA, 2017). Fekal inkontinans bireyi sadece fiziksel olarak değil sosyal ve psikolojik olarak da etkilemektedir (Buswell, vd., 2017).

Fekal inkontinans genelde yoğun bakımda yatan hastalarda görülmektedir ve yoğun bakımlarda mortalite ve morbidite oranlarını arttırdığı belirtilmektedir (Yılmaz ve Aslan,2018). Bu sebeple yoğun bakım ünitelerinde fekal inkontinansın yönetimi ve bakımı oldukça önemlidir. Hemoroid, fistül, fissür ameliyatları, perianal travmalar, nöroloji hastalıklar ve spinal kordda bulunan tümörler sebep olabilmektedir (Zheng, vd., 2019; Pucciani,2018). Atropin, antipsikotik, antidepresan türevi ilaçlar hastalarda fekal inkontinans görülme sıklığını artırabilmektedir (Silva ve Sirany, 2019).

Padmanabhan vd. (2007)'nin yapmış oldukları bir çalışmada acil servis ve yoğun bakım ünitelerindeki hastaların %67'sinin iki saat aralıklarla fekal inkontinans yaşadığı bildirilmiştir. Junkin ve Selekof (2007)'un yapmış oldukları bir çalışmaya göre acil servise başvuran hastaların %17,6'sında fekal inkontinans görüldüğü, erkeklerde bu oranın %18,8 olduğu, 80 yaş ve üzeri bireylerde gençlere oranla bu sayının dört kat fazla olduğu görülmüştür. Fekal inkontinansın farmakolojik tedavisinin yanı sıra davranışsal tedavi seçenekleri de mevcuttur (How, vd., 2021). Bireylerin düzenli tuvalet alışkanlığı kazanması ve yeme alışkanlıklarının düzenlenmesi davranışsal tedavilerden bazılarıdır. Buna ek olarak fekal inkontinansı olan kişiler lifli gıdalarda beslenmeli, baharatlı, yağlı yiyeceklerde uzak durmalı ve yeterli miktarda sıvı tüketmelidir (Yıldız ve Turan, 2021). Aynı zamanda fekal inkontinans ile kilo arasında da anlamlı ilişki bulunmaktadır. Burgio

vd. (2007)'nin yapmış oldukları bir çalışmaya göre kilo vermek amacıyla ameliyat olan kadınlarda fekal inkontinans semptomlarının azaldığı görülmüştür (Yılmaz ve Aslan, 2018). Ayrıca sigara kullanımı, gaitanın kolondan geçişini hızlandırmakta ve kolonun motilitesini bozduğu için önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir.

### **2.3.1. Fekal İnkontinans Çeşitleri**

#### **Koital fekal inkontinans**

Cinsel birleşme sırasında feçesin istemsizce kaçırılması durumudur (Yılmaz ve Aslan, 2018).

#### **Noktüral Defekasyon**

Defekasyon sebebiyle kişinin gece uykusunun bir ya da daha fazla sayıda bölünmesi durumudur (Çelik, 2009).

#### **Rektal Aciliyet**

Ertelenmesi mümkün olmayan defekasyon ihtiyacı olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz ve Aslan, 2018).

#### **Parsiyel Dışkı İnkontinansı**

Rektumdan sıvı veya gaz çıkışının istemsiz biçimde meydana gelmesi durumu olarak tanımlanmıştır. Bu inkontinans türü daha çok nörolojik hastalığı olan yaşlı hastalarda ve fekal tıkaç sorunu olanlarda görülmektedir (Denat ve Khorshid, 2010).

#### **Tam Dışkı İnkontinansı**

Katı ya da sıvı haldeki dışkının istemsizce kaçırılması durumudur. Travma ve serebrovasküler hastalığı olan kişilerde daha çok görülmektedir (Çelik, 2009; Baran, vd., 2018).



## **2.4. Dermatit**

Dermatit, ciltte kızarıklık, şişlik ve kaşıntı gibi belirtilerin görüldüğü yaygın bir deri hastalığıdır. Cildin su ve nemini kaybetmesi, bireyin yağ kütesinin azalması, hücrelerin kendini yenileme işlevini yitirmesi dermatit oluşumunun başlıca sebeplerindedir. Dermatitin dünyada görülme sıklığı giderek artmaktadır (Koşar, vd., 2022). Literatürde dermatitin 2 çeşidi olduğu tanımlanmaktadır.

### **2.4.1. Dermatit Çeşitleri**

#### **Kontakt Dermatit**

Temas dermatiti olarak da bilinir. Derinin hassasiyetinin olduğu maddelere teması sonucu oluşur (Wulandari, 2023). Kontakt dermatit vücutta el, yüz, göz kapağı, saç derisi boyun, ayak ve genital bölgede görülebilir (Akdeniz, vd., 2019). Kontakt dermatitin tahriş egzaması ve alerjik egzamatöz kontakt dermatit adında iki çeşidi bulunmaktadır. Tahriş egzaması, cildin hassasiyetinin olduğu maddeye teması sonucu sadece temas eden bölgede egzama oluşmasıdır. Sabunlar, takılar, sanayi malzemeleri buna örnek verilebilir. Genelde ellerde, parmak aralarında ve yüzde görülmektedir. Alerjik egzamatöz kontakt dermatit ise alerjenlerin değdiği bölgede kızarıklık, kaşıntı, sulu büllerin oluştuğu dermatit çeşididir. Bu dermatit çeşidi kan yoluyla vücudun farklı bölgelerine yayılabilir (Ertam, vd., 2018).

#### **Atopik Dermatit**

Tüm egzama türleri arasında en çok görülen çeşididir (Frazier, vd., 2020). Atopik dermatit, kronik seyirli, tekrarlayabilen, kaşıntının eşlik ettiği bir deri hastalığıdır. Genellikle çocuklarda ve bebeklerde görülmektedir (Strathie, vd., 2016). Genetik faktörler hastalığın görülmesinde önemli etkenlerden biridir (Karaman, 2016).

#### **İnkontinansa Bağlı Dermatit (İBD)**

İnkontinansın sebep olduğu en yaygın deri tahrişlerinden biri dermatittir (Avşar, vd., 2019). İnkontinansa bağlı dermatit, derinin idrar ya da dışkı temasına bağlı hasar görmesi olarak tanımlanır. İnkontinansa bağlı dermatit kontakt dermatitin bir çeşididir

(Beeckman, vd., 2016). İnkontinansa bağılı dermatit aynı zamanda perineal dermatit, ıslak lezyonlar, bebek bezi dermatiti, alt bezi dermatiti, bebek bezi döküntüsü, alt bezi döküntüsü gibi terimlerle de anılmaktadır (Avşar, vd., 2019). Literatürdeki bazı çalışmalara göre inkontinansa bağılı dermatitten etkilenen kesin hasta sayısı bilinmemektedir (Kottner ve Beeckman,2018; MacLachlan ve Rovner,2015). Bliss vd. (2006)'nin yapmış oldukları regresyon analizinde huzur evinde kalan 59558 hastanın hemşirelik kayıtları incelenmiştir. Çalışma sonucunda üriner inkontinans prevalansı %59,8, fekal inkontinans prevalansı %12,4, üriner ve fekal inkontinansın birlikte bulunduğu hastaların prevalansı ise %39,7 belirlenmiştir. İnkontinansa bağılı dermatit görülme oranının %5,7 olduğu görülmüştür. Aynı çalışma sonuçlarında inkontinansa bağılı dermatit oluşma süresinin minimum 6 gün, maksimum 42 gün olduğu görülmüştür. Avşar ve Karadağ (2016)'ın yoğun bakım ünitelerinde doku toleransını arttırmak amacı ile hemşirelik uygulamalarının doku bütünlüğüne etkisini inceledikleri çalışmada inkontinansa bağılı dermatitin kontrol grubunda %31,2 müdahale grubunda %10,4 oranında görüldüğü saptanmıştır (Avşar, vd., 2019).

İnkontinansa bağılı dermatitin kesin insidansı bilinmemekle birlikte huzur evlerindeki inkontinanslı bireylerin %7'sinde, fekal inkontinanslı bireylerin %50'sinde, idrar inkontinansı olup hastaneye yatmış yetişkin bireylerin %42'sinde, yoğun bakımda yatan inkontinanslı bireylerin %83'ünde dermatit tipinde deri hasarının olduğu görülmüştür (Aydın ve Kaya, 2017).

İnkontinansa bağılı dermatitte etkilenen bölgeler, idrar ve feçese maruziyet dercesine göre değişebilmektedir. İnkontinansa bağılı dermatit kadınlarda labia majör (dış dudaklar) kıvrımlarında, erkeklerde ise kasık kıvrımlarında ve skrotumda görülebilmektedir. Bazı vakalarda batin ve uyluk bölgelerinde de inkontinansa bağılı dermatit görülebilmektedir (Avşar ve Karadağ, 2018).

İnkontinansa bağılı dermatit, basınç yarası ve diğer deri hastalıkları ile karışabilmektedir. İBD, bir zedelenmedir ve derinin yüzeyinde oluşmaya başlar. Basınç yaralanmasında da zedelenme mevcuttur fakat derinin altındaki yumuşak dokularda meydana gelir. Değerlendirmede en önemli husus etiyojodir. Hastanın inkontinansı yok ise bu durum inkontinansa bağılı dermatit olarak adlandırılmaz. Basınç yarası, genellikle kemik çıkıntıları üzerinde görülen, basıncın neden olduğu ve bu duruma ağrının eşlik ettiği

tablodur. Basınç yarasının sınırları belirgindir ve tam kalınlıkta deri kaybı görülebilir. Yaranın tabanında nekrotik doku da bulunabilir ve sekonder yumuşak doku enfeksiyonu gelişebilir. İnkontinansa bağlı dermatitte ağrıyla birlikte yanma ve kaşıntı da görülebilir. Dermatitten perineal bölge, gluteal kıvrımlar, uyluk bölgesi etkilenir ve kemik çıkıntılarında kadar uzanabilir. Yüzeysel veya kısmi deri kaybı görülür ve yüzeysel deri enfeksiyonu görülebilir. İBD, basınç yaralanmaları için olası bir risk faktörüdür ve bir arada bulunabilir (Bulut, 2019). İBD ve basınç yaralanmasına neden olabilecek faktörler benzerdir bu sebeple hastanın uygun hemşirelik bakımı alabilmesi için dermatit ve basınç yarasını ayırt edebilmek oldukça önemlidir (Şahin, 2017).

## **2.5. İnkontinansa Bağlı Dermatit Patofizyolojisi**

İBD gelişimine sebep olan risk faktörlerinin bilinmesi için öncelikle İBD patofizyolojisinin bilinmesi oldukça önemlidir (Avşar ve Karadağ, 2018). İBD, derinin bariyer fonksiyonunun bozulup, görevini yerine getirememesi durumudur. Bu durum zamanla perineal derinin aşınarak tahrişine sebep olabilmektedir (Aydın ve Kaya, 2017). Derinin ana koruyucu bariyeri stratum korneumda yer alır. Stratum korneum, korneositlerin yani düzleşmiş deri hücrelerinin 15-20 tabakasından oluşmaktadır (Kaymak Köse,2021; Tepe,2008). Stratum korneumun üst tabakası döküldükçe, derinin ana tabakasını korumak amacıyla altta yeni bir korneosit tabakası oluşmaktadır. Oluşan bu tabakada korneositlerin içinde yer alan doğal nemlendirici faktör, korneositlerin aralarında yer alan lipit tabakaları ve desmozom olarak adlandırılan protein bağlantıları bulunmaktadır (Kayser, vd., 2019). Doğal nemlendirici faktör, deriye esneklik sağlar ve bariyer görevini sürdürmek için derinin tüm katmanlarının nemliliğinin sağlanmasında rol alır. Bütün bu yapılar stratum korneumun içinde ve dışında meydana gelen su hareketinin düzenlenmesinde görev alır (Koudounas, vd., 2021; Mugita, vd., 2015; Gri, 2019).

Sağlıklı derinin pH değeri 4-6 arasında değişmektedir ve asidik bir yapıya sahiptir. pH derinin bariyer görevi görmesinde rol oynar ve deri üzerinde bulunan bakterilerin düzenlenmesine katkıda bulunur (Beeckman, vd., 2016; Bliss, vd., 2017). İnkontinasta idrar ve feçese maruz kalan korneositlerin içine su dolar ve burada tutulur. Bu hidrasyon stratum korneumun yapısını bozmaya başlar ve şişliğe sebep olur. Bu durumun devamlılığında deride gözle görülür değişiklikler meydana gelir ve deri hasarı oluşmaya

başlar (Şahin,2017; Tekin, 2016). Hidrasyonun aşırı olması iritanların kolaylıkla stratum korneuma girmesine neden olur ve deri tahrişini hızlandırır. Transepidermal su kaybı artmaya başlar (Avşar, vd., 2019). Derinin aşırı hidrate olması ve yatak pedleri, giysiler veya yatak çarşaflarının temasının neden olduğu sürtünme kuvvetinin etkisiyle deri yaralanmaya açık hale gelir (Aydın ve Kaya, 2017; Tanrıkulu ve Dikmen, 2017).

İdrar veya feçese maruz kalan deri zamanla alkali hale gelmeye başlar (Beeckman, vd., 2016). Bunun sebebi ise deride bulunan bakterilerin üreyi alkali olan amonyağa çevirmesidir. Feçes stratum korneuma zarar verebilecek yağ sindirici ve protein sindirici enzimleri barındırır (Kaymak Köse,2022). Bu enzimler üre üzerine etki ederek amonyak üretimine yol açabilir. Bu da üriner inkontinansda görülen pH değerini daha da arttırarak deri hasarını arttırabilir. Enzimlerin etki etmesi pH değerine göre farklılık gösterir. Yüksek pH değerinde enzimler daha aktif çalışır ve bu durum deri hasarı riskini arttırmaktadır (Avşar, vd., 2018). Sıvı feçes katı feçese orana daha fazla sindirim enzimi içermektedir. Bu sebeple sıvı feçes katı feçese göre daha çok deri hasarına sebep olmaktadır (Kayser, vd., 2019). İdrar ve feçes inkontinansının bir arada bulunduğu miks inkontinanslar yalnızca idrar veya feçes inkontinansı bulunan inkontinansa kıyasla daha irritandır (Beeckman, vd., 2015; Koudounas, vd., 2023) İdrar veya feçes ile atılan steroid, antibiyotik ve kemoterapötik türevi ilaçların İBD gelişimine sebep olabileceği düşünülmektedir (Aydın ve Kaya, 2017). Yapılan bir çalışmada antibiyotik kullanımının İBD gelişimi için risk faktörü olduğu bulunmuştur (Clark, vd., 2017).

İBD gelişim süresine ilişkin farklı bilgiler yer almaktadır. Denat ve Korshid'in 2007 yılında yapmış oldukları çalışmada dışkı inkontinansına bağlı dermatit gelişim süresi 3 ile 8 gün arasında bulunmuştur. Bliss vd. arkadaşlarının 2006 yılında yapmış oldukları çalışmada ise inkontinansa bağlı dermatit gelişim süresinin minimum 6 gün, maksimum 42 gün olduğu görülmüştür.

## **2.6. İnkontinansa Bağlı Dermatit Risk Faktörleri**

İBD önlenmesinde risk faktörlerini doğru saptamak kilit öneme sahiptir (Beele, vd., 2018). Hastanelerde, risk tanılama düzenli aralıklarla yapılmalı, hastanın durumunda herhangi bir değişiklik olur ise risk tanılması tekrarlanmalı ve risk görülen bölgeye göre

bakım planı uygulanmalıdır (Banharak, vd., 2021). Risk tanılması yapılırken hastaya uygun ölçekler kullanılmalıdır (Glass, vd., 2021). İBD gelişmesinde birçok risk faktörü mevcuttur ve bazıları aşağıdaki gibidir;

- Üriner inkontinans
- Fekal inkontinans
- Üriner ve fekal inkontinansın birlikte olması (miks inkontinans)
- İnkontinans sıklığı
- Tahriş edici maddelerin kullanımı
- Hareketlilikte azalma
- Vücut sıcaklığında yaşanan değişimler
- Bilinç durumundaki bozukluk
- İlaçlar
- Hijyen eksikliği
- Kötü beslenme alışkanlıkları
- Hayati risk taşıyan hastalıkların oluşu
- Yaş
- İlaçlar

### **2.6.1. Üriner inkontinans**

İBD gelişimindeki en önemli faktörlerden biri üriner inkontinanstır. İBD görülme sıklığı ve üriner inkontinans arasında doğru orantı mevcuttur (Avşar, vd., 2019). Üriner inkontinansın dermatite sebep olmasındaki en büyük etken idrarda amonyakın bulunmasıdır. Amonyak deriyi alkali hale getirir ve deri pH'nın artmasına sebep olur. Aşındırıcı özelliği sebebiyle de cilt hasarını artırmaktadır. Amonyak bakteri kolonizasyonuna zemin hazırlayarak derinin enfeksiyonuna sebep olabilmektedir ve bu durumda dermatit oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir (Ferreira, vd., 2020). Üriner inkontinans ile birlikte cilt nemli hale gelir (Bayrak ve Semiha, 2019). Cildin nemli olmasıyla birlikte derinin sürtünme kuvveti artar ve cilt hasarı daha hızlı gelişir (Sezgünsay ve Başak,2019). Beeckman vd. (2015)'nin yapmış oldukları çalışmada hastaneye yatan ve üriner inkontinansı olan hastaların % 42' sinde dermatit geliştiği görülmüştür. Başka bir çalışmaya göre ise yoğun bakım hastalarında İBD görülme insidansı %83 bulunmuştur (Aydın ve Kaya, 2017).

### **2.6.2. Fekal inkontinans**

Fekal inkontinans hastalarda normal deri bütünlüğünün bozulmasına sebep olur (İlçe ve Ayhan, 2011). Fekal inkontinansın sulu yapıda olması dermatite daha fazla sebep olabilmektedir. Bunun sebebi ise sıvı dışkının enzimler bakımından zengin ve alkali yapıda olmasına bağlı cildin bariyer yapısını daha hızlı bozabilmesidir. Kalantar vd. (2002)'nin yaptığı çalışmada fekal inkontinans ile dermatit gelişimi arasında anlamlı ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

### **2.6.3. Üriner ve Fekal İnkontinansın Birlikte Olması (Miks İnkontinans)**

İBD gelişime etki eden faktörlerden en önemlisi üriner ve fekal inkontinansın birlikte görülmesidir (Mugita, vd., 2021). İnkontinans türleri arasında, dışkı inkontinansı üriner inkontinansa göre daha fazla aşındırıcı etkiye sahiptir (Kayser, vd., 2019). Derinin fazla hidrate olması stratum korneumun yapısının bozulmasına, derinin şişmesine zemin hazırlar. İdrar ve feçes ile nemlenen deri, alkali hale gelir ve buda deri enfeksiyonunun oluşmasına zemin hazırlar (Rippke, vd., 2018). Nemlenmiş deri giysilere ve yatak

çarşafına temas etmesi sonucunda, sürtünmeden kaynaklı oluşabilecek deri hasarına açık hale gelir. Dışkı yapısına bakacak olursak sıvı dışkı katı dışkıya kıyasla daha çok aşındırıcı etkiye sahiptir (Campbell, vd., 2016).

#### **2.6.4. İnkontinans Sıklığı**

İnkontinansın sık aralıklarla olması İBD gelişmesini arttıran ve iyileşme süresini uzatan sorunlardan biridir (Hahnel, vd., 2017). Sık inkontinans görülmesi cildin sürekli nemli olmasına sebep olur ve bu durum deri elastikiyetinin bozulmasına ve dermatit oluşumuna zemin hazırlar (Sivrikaya ve Sarıkaya,2020). Derinin sık aralıklarla neme maruz kalması cildin bariyer fonksiyonunu bozar, cildin aşırı hidrasyonuna sebep olur ve bu durumda dermatit oluşumunu hızlandırır (Kayser, vd., 2019).

#### **2.6.5. Tahriş Edici Maddelerin Kullanımı**

İBD'in önlenmesinde bakım yapılan maddenin içeriği de önemlidir (Beeckman, vd., 2016). Su veya sabunla yapılan deri temizliklerinde korneositler hasar görür, yağ tabakası azalır, derinin kuruluğu artar ve derinin bariyer fonksiyonunu bozulur ve bu durum İBD gelişimine zemin hazırlar (Akdeniz, vd., 2019). Kalın deri koruyucu ürünlerin kullanımı nemin emilmesini azaltarak stratum korneumun hidrasyonunda artışa sebep olabilir. Deriyi temizlerken sert cisimlerin kullanımı sürtünme kuvvetini arttırarak deriyi aşındırabilir (Avşar ve Karadağ, 2018).

Bireylerde nörolojik ve romatizmal hastalıklara bağlı hareket kısıtlılığının görülmesi idrar kaçırmayı tetikleyebilmektedir (Öztürk, vd., 2012). Hareket kısıtlılığına bağlı olarak kilo alımının artması ve buna bağlı olarak karın içi basıncın artması, pelvik taban kaslarına zarar vermekte ve bu durumda üriner inkontinans görülme riskini arttırabilmektedir (Tanrıverdi, vd., 2004).

#### **2.6.6. Hareketlilikte Azalma**

Hareketsizlik İBD oluşumu için önemli bir risk faktörüdür (Öztürk, vd., 2012). Hareketsizlikle beraber dokulara yeterli oksijen taşınmaz, yeterli oksijenlenmeyen dokuda

dermatit oluşumu hızlanır ve iyileşme süreci uzar. Yaşlanma ile birlikte oluşan demans sonucunda bilişsel fonksiyonlarda bozukluk meydana gelebilir. Bilişsel bozukluklar beraberinde hareketsizliği getirebilir. Bu bireyler hayatının geri kalanını yatağa bağımlı halde geçirebilmektedir Hareketsizliğe ek olarak üriner veya fekal inkontinansında görülmesiyle hastalarda inkontinansa bağlı dermatitler görülebilir. Bu sebeple hareket kısıtlılığı olan hastalara yeterli sıklıkta pozisyon verilmesi İBD gelişiminin önlenmesi açısından oldukça önemlidir (Tanrıku ve Dikmen,2017).

### **2.6.7. Vücut Sıcaklığında Yaşanan Değişimler**

Hastalarda yaşanan sıcaklık değişimleri İBD gelişmesine sebep olabilmektedir (Clark, vd., 2017). Çevresel faktörlere bağlı olarak aşırı ısınma, soğuk veya kuru hava, ısı kaynaklarına yakın temasın olması cildin nem miktarının azalmasına sebep olabilmektedir (Ertam, vd., 2018). Vücut sıcaklığının yükselmesi metabolizma hızında artmaya dolayısıyla dokunun oksijen ihtiyacının artmasına sebep olmaktadır. Meydana gelen bu durum İBD gelişimi açısından potansiyel bir risk faktörüdür (Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020).

### **2.6.8. Bilinç Durumundaki Bozukluk**

Genellikle yaşlanmayla birlikte yaşanan bilinç durumundaki bozukluklar İBD gelişimi için risk faktörüdür. Demans varlığı hastalarda, idrara yetişememe ve zamanla da idrar ve dışkı kaçırma şeklinde kendini gösterir. Bu durumda dermatit oluşumunu tetikler (Bayrak ve Semiha, 2019). Serebrovasküler hastalık (SVH), alzheimer gibi nörolojik hastalıklar mobilizasyon durumunda değişikliğe sebep olabileceğinden İBD gelişimi için risk faktörüdür. Motor ve duyu kayıpları ile birlikte hastalarda kalıcı sfinkter kontrolü kaybı yaşanabilir. Bu durum hastalarda idrar ve dışkı kaçırma görülmesine yol açabilir. İdrar ve dışkı kaçıran hastalara dermatit gelişimi inkontinans yaşamayan hastalara göre daha fazladır (McNichol, vd., 2018).



### **2.6.9. Hijyen Eksikliği**

İnkontinans şikâyeti olan hastalarda cilt bakımı hayati öneme sahiptir. Hastanın günlük bakım sayısına ve bakımında kullanılan malzemelere dikkat edilmelidir (Chen,2020). İdrar ve feçese maruziyet sonrasında bakım yapılmalı, derinin idrara ve feçese uzun süreli temasından kaçınılmalıdır (Voegeli, 2012). İdrarla kirlenen cilt ılık su ve sabunla temizlenmeli ve kurulanmalıdır. Kurulandıktan sonra cilde losyon uygulanmalı ve cildin nemi sağlanmalıdır (Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020). Losyonlar derinin idrarla bulaşı halinde koruyucu bir bariyer oluşturur. Jordan Dykes ve Bradbury (2018) tarafından yapılan çalışmada derinin sağlığı açısından su bazlı korumanın daha etkin olduğu bulunmuştur. İnkontinansı olan bireyin yatağını ve kıyafetlerini korumak amacıyla ped kullanılması önerilmektedir. Ürün seçiminde yatak pedlerinin hızlı emici özellikte olması ve ıslaklığı alt katmanlara iletmemesi gibi özelliklere dikkat edilmelidir (Miget, vd., 2018). Francic vd. (2017)'nin yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmada tek kullanımlık pedlerin tekrar kullanabilen pedlere göre daha az dermatite sebep olduğu bulunmuştur. Beeckman vd. (2016)'nin yaptıkları çalışmaya göre su ve sabun yerine köpüklü temizleyicilerin dermatit oluşumu açısından daha az riskli olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak yeterli hijyenin sağlanmaması İBD gelişimini hızlandırmakta ve iyileşmesi zor cilt sorunlarına sebep olmaktadır.

### **2.6.10. Kötü Beslenme Alışkanlıkları**

Kötü beslenme alışkanlıkları ve yetersiz sıvı alımı da dermatit oluşumunu hızlandıran ve iyileşmesini yavaşlatan etkenler arasındadır (Ferreira, vd., 2020). Protein ve enerjiden fakir beslenen hastada fibroblastik aktivite azalır, yeniden yapım aşamasındaki kollajen sentezi azalır ve buna bağlı olarak olgunlaşma yavaşlar (Lopez, vd., 2019). Yetersiz beslenmeye bağlı albümin değerinin düşmesi derinin onkotik basıncının düşmesine sebep olur. Albümin düzeyindeki yetersizlik beraberinde A,C,E vitamini onarım aşamasında görev alan ve immün sistemi güçlendiren vitamin ve mineral eksikliğine de sebep olur (Bayrak ve Semiha, 2019). Hemogloblin değerinin 12'nin altına düşmesi kanın oksijen taşıma kapasitesinde azalmaya sebep olur. Yetersiz dehidratasyon sonucunda cilt kurur ve cildin bütünlüğü daha kolay bozulur. Tüm bu faktörlere idrar veya fekal inkontinansın eklenmesi sonucu hastalarda dermatitler oluşabilir (Beeckman, vd., 2016).

### **2.6.11. Kronik Hastalıklar**

Ek hastalıkların varlığı, diğer risk faktörleriyle birleşince dermatitlere sebep olabilmektedir (Tezcan ve Karabacak, 2020). Arteriel yetmezlik ve kalp yetmezliği gibi hastalıklar dokuların yeterince oksijenlenmesine engel olabilir. Diyabet hastalığı dokuların onarımında gecikmeye sebep olabilmektedir. Üriner sistemi etkileyen hastalıkların varlığı, üriner veya fekal inkontinansı tetikleyebilmektedir. Tüm bu hastalıkların inkontinans ile birleşmesi sonucu hastada dermatitler oluşabilmektedir (Hödl, vd., 2020).

### **2.6.12. Yaş**

İleri yaş ile birlikte İBD insidansında artış gözlenmektedir (Sönmez, vd., 2020). Yaşlanmayla birlikte cildin bariyer işlevinde azalma, vücut ısısındaki değişimler, epidermis ve dermiş tabakasındaki değişimler, ter veya yağ bezlerinde işlev bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Cildin kendini yenileme özelliği azalmakta, ciltte kuruluk meydana gelmektedir. Yaşlanmayla birlikte sistemik ve metabolik hastalıklar daha sık görülmektedir (Bayrak ve Akın, 2019). İleri yaş ile birlikte hareket bozukluğu, bilişsel aktivitelerde azalma, beslenme bozuklukları, immün yanıtta azalma gibi durumlar görülebilmektedir. Serebrovasküler olaylar daha fazla görülmekte hastalar yatağa bağımlı hale gelebilmektedir. Yaşlanmayla birlikte üriner veya fekal inkontinans görülme sıklığı da artmaktadır (Özcan ve Kapucu,2014). İlerleyen yaş ile birlikte yaşanan değişimler ve inkontinans varlığında hastada dermatit gelişebilmekte ve hastanın hayat kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Campbell, vd., 2016).

## **2.7. İnkontinansa Bağlı Dermatit'te Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli ve Hemşirelik Bakımı**

Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli Roper, Logan ve Tierney tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Bu model hemşireliğin hasta tedavisinden farklı olarak günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sorunların önlenmesi ve çözümlenmesini içermektedir. Bu araştırma da dermatit riski ve varlığının değerlendirilmesi, hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanmasında bakım sürecine yaşam modeli rehberlik edebileceği

düşünülmektedir. Bu doğrultuda inkontinansa bağlı dermatit gelişmesini etkileyen faktörlere uygun hemşirelik tanıları ve bakım planları Yaşam Aktiviteleri Modeli'ne göre ele alınmıştır. Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli iki başlık altında toplanmıştır (Akkoyun ve Arslan, 2019).

### **Yaşam Modeli**

Yaşam Modeli beş ana öğeden oluşmaktadır.

- ✓ Yaşam Süresi
- ✓ Yaşam Aktiviteleri
- ✓ Bağımlılık/ Bağımsızlık
- ✓ Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler
- ✓ Yaşamın Bireyselleştirilmesi

### ***İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Yaşam Süresi***

Yenidoğan ve çocukluk döneminde derinin yapısı çok ince ve hassastır. Bebeklik ve çocukluk döneminde idrar ve dışkı kontrolü sağlanamaz ve buna bağlı olarak dermatitler gelişebilmektedir (Keskin, 2019). İleri yaş ile birlikte bireylerde kronik hastalıkların varlığı, düzenli ilaç kullanımı, bilişsel ve duyuşsal bazı hastalıklara bağlı idrar ve dışkı kontrolü bozuklukları görülebilmektedir. Uzun süre yatağa bağımlı olma, yetersiz beslenme, BKİ değerinin olması gereken değerden fazla olması gibi sebeplerle dermatitler gelişebilmektedir. İdrar veya dışkı kaçırma durumu bebeklik, çocukluk veya yetişkinlik olmak üzere hayatın her döneminde karşımıza çıkabilmektedir. İlerleyen yaş ile birlikte hastaların yoğun bakım ünitesinde yatış riski artabilmektedir ve bu durum dermatit görülme riskini artırabilmektedir. İnkontinansın deri üzerindeki etkilerini en aza indirebilmek için gerekli önlemler alınmalı, uygun bakım sağlanmalıdır (Williamson, vd., 2020).

## ***İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Yaşam Aktiviteleri***

Yaşam Aktiviteleri Modeli, yalnızca hasta bireylere yönelik olmayıp aynı zamanda sağlıklı kişilerinde sağlığının korunup geliştirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. YADHM, hemşirelik uygulamalarının temeli olan hastayı koruma, rahatlatma ve hastanın bağımlı fonksiyonlarına odaklanır. İBD'in bakımında hemşire, hastaların ruhsal, ekonomik, psikolojik durumlarının yanı sıra yaşam becerilerini yerine getirebilme durumlarını dikkate alarak uygun hemşirelik tanısı geliştirebilmeli ve geliştirdiği hemşirelik tanılarını uygulayabilmelidir.

### **Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi**

Bireyin hayatta kalabilmesi ve diğer yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi için güvenli bir çevrenin oluşturulması gerekir. Güvenli çevre, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden kendini iyi hissettiği ortamı ifade eder. Bireyin enfeksiyona yatkın bir ortamda olması, yaş faktörü, kötü beslenme alışkanlıkları, duyuşal kayıplar, uygun giysileri giymemesi gibi durumlar güvenli çevre içinde değerlendirilir (Vicdan, vd., 2015)

Hemşireler güvenli çevre ilkesini gerçekleştirebilmek için hasta yatağını uygun tekniklerle yapmalı, yatak takımlarının temizliğine dikkat etmeli, yoğun bakım ünitesinin havalandırılmasını, adınlatılmasını, ısıtılmasını yerine getirmelidir.

Güvenli çevrenin sağlanması ilkesi hastanın bilişsel ve duyuşal kaybının olması, hareketsiz olması ile doğrudan ilişkilidir. Bilişsel ve duyuşal kaybın olması bireylerde inkontinansa sebep olabilmektedir. Aynı zamanda enfeksiyonun önlenmesi, izolasyon önlemleri, yatak çarşaflarının ve hasta temizliğinin sağlanması gibi uygulamalar İBD'e sebep olan risk faktörleri arasındadır.

### **İletişim Aktivitesi**

İletişim, bireyin duyuş ve düşüncelerini sözel, sözsüz veya dokunma gibi farklı yollarla kişilere ulaştırmasıdır. İnsan sosyal bir varlıktır ve yaşadığı çevre ile farklı yol ve yöntemlerle iletişim kurma gereksinimine sahiptir (Bozdemir, 2019) İnkontinans görülen

bireyler psikolojik, sosyal, seksüel yaşamlarında sorunlar yaşayabilmekte ve kendini izole edebilmektedir. Araştırmaya katılan hastaların GKS puan ortalamaları düşüktür ve hastalar iletişime geçememektedir veya enfeksiyon kontrol önlemleri ve hastaların kritik hastalıklarının olması sebebiyle hastalar yoğun bakım ortamlarında tek kalmaktadır. İstenmeyen yer ve zamanda fekal inkontinans yaşayan bireylerde hijyenik olmayan bazı problemler meydana gelebilmektedir. Sonuç olarak İBD gelişimine etki eden inkontinans varlığı bireylerin iletişim kurmasına engel olabilmektedir.

### **Solunum Aktivitesi**

Yaşam ile başlayan ve ölüm ile son bulan bir aktivite olduğu için, tüm yaşamsal aktivitelerin gerçekleşmesi solunum aktivitesinin gerçekleşmesine bağlıdır. Solunum aktivitesi ile vücuda oksijen alınır ve vücuttan karbondioksit uzaklaştırılır. Ama bazı durumlarda bireyler yeterince solunum aktivitesinin gerçekleştiremez ve dokular yeterince oksijenlenemez. Yoğun bakımda yatan hastalarda solunum aktivitesini yeterince yerine getirememesi ve buna bağlı dokuların oksijenlenmesi azalabilmektedir. Yeterince oksijenlenmeyen deride, deri hasarı meydana gelebilmekte ve bu durum da İBD gelişimini tetikleyebilmektedir (Albayrak, 2018)

### **Beslenme Aktivitesi**

Beslenmenin ve sıvı alımının yetersiz olması deri sağlığı açısından önemlidir. Yatağa bağımlı olan hastaların çoğunda malnutrisyon görülebilmektedir. Protein ve enerjiden fakir beslenen hastada fibroblastik aktivite azalır, yeniden yapım aşamasındaki kollajen sentezi azalır ve buna bağlı olarak olgunlaşma yavaşlar (Lopez, vd., 2019). Yetersiz beslenmeye bağlı albümin değerinin düşmesi derinin onkotik basıncının düşmesine sebep olur. Albümin düzeyindeki yetersizlik beraberinde A,C,E vitamini onarım aşamasında görev alan ve immün sistemi güçlendiren vitamin ve mineral eksikliğine de sebep olur(Bayrak ve Semiha,2019). Hemogloblin değerinin 12'nin altına düşmesi kanın oksijen taşıma kapasitesinde azalmaya sebep olur. Yetersiz dehidratasyon sonucunda cilt kurur ve cildin bütünlüğü daha kolay bozulur. Tüm bu faktörlere, idrar veya fekal inkontinansın eklenmesi sonucunda hastalarda dermatitler oluşabilmektedir (Beeckman, vd., 2016).

### **Boşaltım Aktivitesi**

İstemli boşaltım yaşamın erken yaşlarından kazanılan bir aktivitedir. Yeme içme kadar gerekli olan bu aktivite gizli bir aktivite olarak görülmüştür. Çeşitli hastalıklar, travmalar sebebiyle bireylerde inkontinans gelişebilmektedir. Bazen bireylerde sadece üriner inkontinans veya sadece fekal inkontinans görülmeyebilir. Bazı bireylerde her iki inkontinans türü de görülebilmektedir. Üriner ve fekal inkontinans varlığı dermatit oluşumu açısından önemli bir risk faktörüdür (Akyar, 2011)

### **Kişisel Temizlik ve Giyinme Aktivitesi**

Kişisel temizlik aktivitesi ile İBD gelişimi arasında doğrudan ilişki mevcuttur. İnkontinans şikâyeti olan hastalarda cilt bakımı hayati öneme sahiptir. Hastanın günlük bakım sayısına ve bakımında kullanılan malzemelere dikkat edilmelidir (Chen, 2020). İdrar ve feçese maruziyet sonrasında bakım yapılmalı, derinin idrara ve feçese uzun süreli temasından kaçınılmalıdır. İdrarla kirlenen cilt ılık su ve sabunla temizlenmeli ve kurulanmalıdır. Kurulandıktan sonra cilde losyon uygulanmalı ve cildin nemi sağlanmalıdır (Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020).

### **Vücut Sıcaklığının Kontrolü Aktivitesi**

Hastalarda yaşanan sıcaklık değişimleri İBD gelişmesine sebep olabilmektedir (Clark, vd., 2017). Çevresel faktörlere bağlı olarak aşırı ısınma, soğuk veya kuru hava, ısı kaynaklarına yakın temasın olması cildin nem miktarının azalmasına ve bu faktörlerde İBD gelişiminin hızlanmasına sebep olabilmektedir (Ertam, vd., 2018). Vücut sıcaklığının yükselmesi metabolizma hızında artmaya dolayısıyla dokunun oksijen ihtiyacının artmasına sebep olmaktadır. Meydana gelen bu durum İBD gelişimi açısından potansiyel bir risk faktörüdür (Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020).

## **Hareket Aktivitesi**

Hareket aktivitesi insanların ayakta kalabilmesini, oturmasını, yürümesini, el becerisi ve yüz ifadesi gibi kas gruplarının hareketlerini kapsamaktadır. Hareketsizlikle beraber dokulara yeterli oksijen taşınmaz, yeterli oksijenlenmeyen dokuda dermatit oluşumu hızlanır ve iyileşme sürecini uzar. Yaşlanma ile birlikte oluşan demans sonucunda bilişsel fonksiyonlarda bozukluk meydana gelebilir ve bu sebepler hastaların yoğun bakım ünitesinde tedavisini gerektirebilir. Yoğun bakım ünitelerinde hastalarda bilişsel bozukluklar veya sedasyonun etkisiyle hareketsizlik görülebilir. Bu bireyler hayatının geri kalanını yatağa bağımlı halde de geçirebilmektedir Hareketsizliğe ek olarak üriner veya fekal inkontinansında görülmesiyle kişilerde dermatitler görülebilmektedir (Öztürk, vd., 2012).

## **Çalışma ve Eğlence Aktivitesi**

Yoğun bakım hastalarının günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olması, inkontinans ile özbakım eksikliği ve iletişimde yetersizliğe bağlı sosyal izolasyon görülmesi dermatit oluşumu risk faktörleri arasındadır. Hastaların yoğun bakım ünitesinde uzun süre tedavi görmesi hastaların çalışmasına ve eğlenmesine engel olabilmektedir. İnkontinansı olan bireyin yatağını ve kıyafetlerini korumak amacıyla ped kullanılması önerilmektedir (Miget, vd., 2018). Kullanılan pedler hastaların yaşam kalitesini düşürebilmektedir.

## **Cinselliği İfade Etme Aktivitesi**

Cinsellik yaşam boyunca kişilik ve davranışın oluşmasında etkilidir. Kadın veya erkek olmak yalnızca fiziksel görüntü ve kuvvetli olma ile yansıtılmaz. Giyim stili, bedeninin bilincinde olmak, iletişim şekli gibi faktörler cinselliği ifade etme aktivitesi içindedir. Sağlık durumundaki bazı bozulmalar cinselliğin sürdürülmesine engel olabilmektedir. İdrar veya dışkı kaçıran bireylerde deri daha hassas olacağından seksüel yaşamı olumsuz etkileyeceği öngörülmektedir. İnkontinans kadın erkek her iki cinsiyette de görülebilmektedir (Milsom, vd., 2019). Literatüre bakıldığında kadınlarda erkeklere oranla daha fazla üriner inkontinans görülmektedir (Sazonova, vd., 2022; Bliss, vd., 2017;

Khan, 2021). Hastalarda inkontinans görülmesi ise dermatit oluşumunu tetikleyebilmektedir.

### **Uyku Aktivitesi**

Yaş, hastalık öyküsü, inkontinans varlığı gibi faktörler uyku örüntüsünde rahatsızlık sorunu yaşanabilmektedir. Hastaların farklı bir ortamda oluşu, hastalıklarına bağlı ağrıların olması, bazılarının sedatif ilaç kullanıyor olması da uyku kalitelerinin etkileyebilmektedir. Bu durumda hastaların vücut dirençleri düşebilir ve dermatit gelişimi hızlanabilmektedir (Köşgeroğlu ve Boğa, 2011).

### **Ölüm**

Ölüm, tüm yaşam aktivitelerini etkiler ve yaşamı sonlandırır. Ölmek üzere olan hastanın ve yakınlarının hemşirelerin destekleyici uygulamalarına ihtiyacı olabilmektedir. Ölüm bazen aniden gelişebilmekle birlikte bazen de uzun süren tedaviler sonrasında da görülebilmektedir. Tüm yaşamsal fonksiyonlarının bozulduğu terminal dönemde hastaların derilerinde hasar oluşması olasıdır. Terminal dönemde görülen inkontinans, dermatit oluşumuna sebep olarak, mortalite oranını artırabilmektedir. Bu süreçte hemşire hastaya etkin deri bakım uygulamaları sağlamalı ve ölüm korkusu ve ümitsizlik duygusu ile baş etmede hasta ve yakınlarına yardımcı olmalıdır (Köşgeroğlu ve Boğa, 2011).

### ***İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Bağımlılık/ Bağımsızlık***

Bakımın ilk aşaması hastanın dikkatli bir şekilde değerlendirilmesinden geçer. Hemşire hastayı değerlendirirken bütüncül bir şekilde yaklaşır. Hastalarda meydana gelen fonksiyon bozukluklarının çoğu birbiriyle bağlantılıdır. Travma geçirilmesi, kronik hastalıklara bağlı sva görülmesi, yaş ile birlikte hareket sistemindeki bozulmalar, hastaları bağımlı, yarı bağımlı ve tam bağımlı halde getirebilmektedir. Bu bağımlılık durumu aniden gelişebilmekle birlikte belli bir süre içinde de kendini gösterebilmektedir. Araştırmamız sonuçlarında tamamen hareketsiz olan hastaların hareketleri çok hareketsiz ve az hareketli olanlara göre, çok hareketsiz olanların az hareketli olanlara göre İBD gelişme riskinin daha fazla olduğu görülmüştür. Araştırmamızın sonucunda hastalarımız tam bağımlı



kategorisinde bulunmuştur. Sonuç olarak hastaların bağımlılık/bağımsızlık durumu İBD'e sebep olabilecek faktörler arasındadır.

### ***İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler***

*İBD* gelişiminde birçok risk faktörü mevcuttur.

**Biyofizyolojik Faktörler;** Ek hastalıklarının varlığı, devamlı kullandığı ilaçlarının olması, yaş, BKİ, mekanik ventilasyona bağlı olma durumu, üriner veya dışkı inkontinansı görülmesi gibi faktörler hastalarda İBD gelişimine sebep olabilecek risk faktörlerindedir. Araştırmamızda ileri yaş, ek hastalıklarının olması, devamlı kullandığı ilaçlarının olması, üriner veya fekal inkontinans görülmesi gibi hastalık özellikleri hastalarda İBD 'e sebep olabilecek risk faktörleri arasında bulunmuştur.

**Psikolojik Faktörler;** Hastalarda inkontinans görülmesine bağlı utanma, kendini kötü hissetme, yalnız olduğunu düşünme gibi psikolojik sorunlar yaşanabilmektedir. Psikiyatrik ilaçların bazıları aşırı mesane aktivasyonuna sebep olmakta ve bu durumda kişilerin daha çok idrar kaçırmasına sebep olabilmektedir. Hastanın aşırı stresli oluşu, tedaviye uyumlu olup olmaması tedavi sürecini etkileyen faktörler arasındadır. Sonuç olarak psikolojik faktörler İBD'e sebep olabilecek risk faktörlerindedir.

**Sosyo-kültürel Faktörler;** Hastanın ve yakınlarının hastalığa karşı tutumu, bakıma katılabilme istekleri sosyo-kültürel faktörler arasına girmektedir. Ayrıca hastanın eğitim durumu ve çalışma durumuda İBD ile başedebilme alışkanlıklarını etkileyebilmektedir. Araştırmamızda eğitim durumu ve çalışma durumunun İBD 'e sebep olabilecek risk faktörlerinden olduğu görülmektedir.

**Politiko-ekonomik Faktörler;** Ülkemizde inkontinansın önlenmesi, bakımının ve tedavisinin yapılabilmesi için uluslararası politikaların ışığında ilerlemek şarttır. Yoğun bakım ortamlarının tam donanımlı olması, defekasyon temizlik ürünlerinin daha kaliteli olması politik ve ekonomik faktörler arasındadır ve bu faktörlerde İBD'e sebep olabilecek riskler arasındadır.

**Çevresel Faktörler;** Yoğun bakım ortamının sıcaklığı, enfeksiyon varlığı, hasta alt bezinin yapısı, defekasyon temizlik ürünleri, İBD'e sebep olabilecek çevresel risk faktörleri arasındadır. Araştırmamızda da enfeksiyon varlığının, sıcaklık değişimine bağlı terlemenin, defekasyon temizlik ürünlerinin yapısı ile İBD gelişimi arasında anlamlı ilişkinin çıkması çevresel birçok faktörün İBD oluşumuna zemin hazırladığının kanıtıdır.

### ***İnkontinans Bağlı Dermatit ve Yaşamın Bireyselleştirilmesi***

Bu madde her bireyin yaşam aktivitelerini farklı bir şekilde yaşamasını ifade etmektedir. Birey, bireyselliğini çok farklı yollarla ortaya koyabilmektedir. Bireyin yaşam aktivitelerini nasıl ve hangi sıklıkta yerine getirdiği ve yaşam aktivitelerini yerine getirirken sahip olduğu davranışlarının farklı olması gibi maddeler bireysellik ilkesine örnek verilebilir. Her hastanın tedavi ve bakım protokolünün farklı olması, değerlendirme yapılırken her hastanın birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmesi bu ilke kapsamındadır.

### **2.8. İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Bakım Planları**

Hastalara uygun bakımın verilebilmesi için doğru hemşirelik tanılarının bulunması ve uygulanması gerekmektedir. İnkontinans yaşayan bireylerde sıklıkla kullanılan NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association-International) hemşirelik tanıları aşağıdaki gibidir;

- Üriner Boşaltımda Bozulma
- Bağırsak İnkontinansı
- Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski

### ***Hemşirelik Tanısı: Üriner Boşaltımda Bozulma***

**Tanım:** İdrar tutma fonksiyonlarının işlevini yerine getirememesi ve bozulması durumudur (Kaya, 2009).

**Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:** Bireyin üriner fonksiyonlarının günlük hayatına olan etkisi azaltılacak veya engellenecek. İdrarın deriye olan teması engellenecek ve girişimler konusunda hastaya veya yakınlarına bilgi verilecek.

### **Hemşirelik Girişimleri**

- ✓ Üriner inkontinansa neden olan ve arttıran faktörler belirlenerek ortadan kaldırılır.
- ✓ Üriner inkontinans belirti ve bulguları değerlendirilir.
- ✓ AÇT takibi yapılır ve saatlik idrar çıkışı 30-50ml altında ise dikkat edilir.
- ✓ Kontrendike değilse sıvı kısıtlaması yapılır.
- ✓ Dehidratasyon belirti ve bulguları yönünden takip edilir.(deri turgorunda azalma, susuzluk hissi gibi)
- ✓ Perine bölgesinin düzenli aralıklarla temizliği sağlanır.
- ✓ İdrar koruyucu giysilerin temini sağlanır.

### ***Hemşirelik Tanısı: Bağırsak İnkontinansı***

**Tanım:** Normal bağırsak alışkanlıklarının aksine istemsiz olarak dışkılama ile karakterize durumdur.

**Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:** Bireye istemsiz olarak dışkılamayı önleyerek normal bağırsak alışkanlığı kazandırmayı amaçlamaktadır.

## **Hemşirelik Girişimleri**

- ✓ Hastanın mevcut olan durumu tanımlanır.
- ✓ Önceki boşaltım şekli, dışkının kıvamı, sıklığı ve tipi belirlenir.
- ✓ Hastanın nörolojik durumu ve işbirliği yapabilme yeteneği değerlendirilir.
- ✓ Hastanın mahremiyetine özen gösterilir.
- ✓ Lavman ve laksatif kullanımı kısıtlanır.
- ✓ Bağırsak programı konusunda hasta yakınlarına da bilgi verilir.
- ✓ Diyeti ve sıvı gereksinimi belirlenir.
- ✓ Yatak ve giysilerinin temiz olmasına dikkat edilir.
- ✓ Enfeksiyon ve yara oluşumu açısından deri takibi yapılır.
- ✓ Her dışkılama sonrası perineal bölge temizliği sağlanır.

## ***Hemşirelik Tanısı: Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski***

**Tanım:** Bireyin deri ya da mukoz membran bütünlüğünün bozulması veya riskinin olması durumudur.

**Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:** Hastanın derin bütünlüğünü korumak ve sürdürülebilmeyi amaçlamaktadır.

## **Hemşirelik Girişimleri:**

- ✓ Hasta hastaneye kabulünden itibaren bası yarası gelişme riski açısından değerlendirilir ve kayıt altına alınır.

- ✓ Hastanın cildi değerlendirilir ve basınç bölgeleri kontrol edilir (Muslu ve Yardımcı,2012).
- ✓ Derinin rengi ve sıcaklığı kontrol edilir.
- ✓ Kontrendike değilse hastanın hidrasyonu sağlanır.
- ✓ Cildin temiz ve kuru olmasına özen gösterilir.
- ✓ Düzenli olarak pozisyon verilir. Pozisyon sıklığı iki saat arayla ve gerektiğinde olmalıdır.
- ✓ Yatak çarşaflarının kırışksız olmasına özen gösterilir.
- ✓ Hasta ve ailesine cilt bütünlüğünün korunmasının önemli olduğu ve sağlığın devamının sürdürülmesindeki önemi anlatılır.
- ✓ Hasta inkontinans açısından gözlemlenir. Eğer dışkı ya da idrar inkontinansı mevcutsa sık sık perine bakımı verilmeli ve bölge temiz tutulmalıdır.
- ✓ Deri enfeksiyon belirtisi ve bulguları yönünden takip edilmelidir.

## **2.9. Uygulama Aşaması**

Bu aşama hemşirelik bakımının uygulamaya konulduğu ve etkili yaklaşımlardan oluşan kanıta dayalı uygulamaları içerir. Hemşire bakım uygulamalarını doğrudan ya da dolaylı olarak gerçekleştirebilmektedir. Araştırmamızda İBD gelişimine sebep olan faktörleri belirlemeyi ve faktörlerin sebep olduğu hasarın en aza indirilmesi hedeflenmiştir (Yeni,2019). Bu aşamada hemşire İBD önlenmesine yönelik planlanan hemşirelik bakım planlarının uygulanmasıdır. Hastaların düzenli aralıklarla deri kontrollerini yapar ve kayıt altına alır. Bu aşamada hemşire bakımın güvenli ve etkin bir şekilde verilmesinden sorumludur. Bakım verilirken hasta yakınlarından destek alınması, bakımın etkili verilmesi açısından önemlidir. Hemşire İBD risk faktörleri konusunda bilimsel bilgi ve profesyonel bakım standardına uyarak girişimlerini uygular.

## 2.10. Değerlendirme Aşaması

Değerlendirme, hemşirelik bakım sürecinin son aşaması olarak görülse de sürecin her aşamasında karşımıza çıkabilmektedir. Değerlendirme aşamasında hastanın tedaviye yanıtları değerlendirilir, belirlenen amaca ulaşma ya da ulaşmama durumu belirlenir. Değerlendirme sonucunda belirlenen hedeflere ulaşılmamışsa sürecin başlangıç noktasına dönülür, süreç yeniden gözden geçirilir ve yeniden bir bakım planı oluşturulur. Araştırmamızda İBD'in önlenmesi ve deri hasarının en aza indirilmesi hedeflenmiştir. Deride dermatit belirtisi olan kızarıklık, kaşıntı, döküntü olmaması beklenir. Bu sebeple deri düzenli aralıklarla kontrol edilir (Denat ve Khorshid, 2009). Dermatit riski olan hastaların günde en az bir kez değerlendirilmesi gerekir ve bu sıklık idrar veya dışkı kaçırma epizotlarına göre değişebilmektedir (Beeckman, vd., 2018). İBD riskinin değerlendirilmesinde kullanılabilecek teknoloji tam anlamıyla gelişmemiştir. Transepidermal su kaybı (TESK) olarak anılan derinin pasif yollarla su kaybının ölçümü testi kullanılsa da TESK ölçümlerinin kullanılması ve yorumlanması oldukça zordur, aynı zamanda bu testin avantajları da tam olarak bilinmemektedir (Avşar ve Karadağ, 2018). Literatür incelendiğinde inkontinansa bağlı dermatit ve düzeyini ölçmeye yarayan birçok ölçeğin olduğu görülmektedir. İnkontinansa bağlı dermatit ve şiddet aracı, inkontinansa bağlı dermatit sınıflama ölçeği, perirektal cilt değerlendirme aracı bu ölçeklerden bazılarıdır (Kaymak Köse ve Şenturan, 2022; Avşar ve Karadağ, 2018; Aydın ve Kaya, 2017).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Araştırmamız; yoğun bakımda yatan hastalarda inkontinansa bağlı dermatit gelişmesini etkileyen faktörleri incelemek amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte yapıldı.

### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 01.02.2022- 31.05.2022 tarihleri arasında, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Çerkezköy Devlet Hastanesi'nde genel yoğun bakım ünitelerinde yürütüldü. Çerkezköy Devlet Hastanesi'nde 3A, 3B, 3C ve 3D olmak üzere 4 adet genel yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. 3D yoğun bakım ünitesi COVID-19 pandemisi sebebiyle pandemi yoğun bakım olarak hizmet vermektedir. Bu sebeple araştırma 3D yoğun bakımda sürdürülmemiştir. 3A genel yoğun bakım ünitesi 6 yataklı olup, 11 hemşire görev almaktadır. 3B genel yoğun bakım ünitesi 10 yataklı olup, 16 hemşire görev almaktadır. 3C genel yoğun bakım ünitesinde ise 6 yatak bulunmakta olup 12 hemşire görev almaktadır. Hemşireler genel yoğun bakım ünitesinde 8, 16 ve 24 saatlik nöbetler tutmaktadır. Hastaların, hemşirelik bakım uygulamaları rutin olarak günde iki kez(sabah ve akşam) yapılmaktadır. Ek olarak her üriner veya fekal inkontinans sonrası da bakımları yapılmaktadır. Cilt temizliği ılık su ve gazlı bez kullanılarak yapılmakta, deri kurulanmakta ve gerekli görülen hastalara antiseptikli solüsyonlar uygulanmaktadır. Ayrıca hemşireler dermatit gelişmesini engelleyen ve iyileşmesini hızlandıran, deri üzerinde etkisini görmek amacıyla kremler kullanmaktadır. Bu kremler rutin bakım sonrasında, dermatit ya da yara oluşan bölgeye sürülüp kapatılmaktadır ve her gün etkisi takip edilmekte ve kayıt altına alınmaktadır. Hemşireler hastalardaki basınç yaralanması riskini belirlemek amacıyla Narton Basınç Skalası'nı kullanmakta ve hastaların risk düzeylerine göre bakım planı uygulamaktadır. Hastaların sedasyon derecesini değerlendirmek amacıyla Ramsey Sedasyon Skalası(RSS), bilinç durumunu değerlendirmek için ise Glasgow Koma Skalası'nı(GKS) kullanmaktadır. İBD riskinin belirlenmesi ve önlenmesi için rutinde herhangi bir ölçek veya protokol kullanılmamaktadır.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 01.02.2022-31.05.2022 tarihleri arasında Çerkezköy Devlet Hastanesi genel yoğun bakım ünitelerinde yatan inkontinanslı hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise bu tarihler arasında yatan ve inkontinansa bağlı dermatit gelişen 114 hasta oluşturmuştur.

Çalışmada örneklem hesabının yapılmasında Raosoft programı kullanılmıştır (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>). Çalışmada evreni bilinen (N=380) örneklem yönteminden yararlanılarak %80 güç ile örneklem sayısı minimum 114 olarak hesaplanmıştır ( $\alpha=0,05$ ,  $1-\beta=0,80$ ).

### 3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini hastaların cinsiyeti, yaşı, üriner ve fekal inkontinans bulunma durumu, ek hastalıklarının varlığı, hareketlilik durumu, sigara kullanma durumu, beslenme şekli ve düzeyi, dışkılama özelliği ve sayısı, enfeksiyon varlığı, pozisyon değişimi, terleme durumu, mekanik ventilasyona bağlılık durumu, alt bezi kullanma durumu ve değişim sıklığı, defekasyonda kullanılan temizlik ürünleri oluşturmuştur. Araştırmanın bağımsız değişkeni ise, hastada dermatit gelişip gelişmeme durumudur.

#### *Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri*

- 18 yaşından büyük olması
- Üriner ve/veya fekal inkontinansın gelişmiş olması
- Hasta veya yakınının gönüllü olması
- En az sekiz gündür yoğun bakımda yatıyor olması
- Perine bölgesinde dermatit gelişmiş olması



### ***Araştırmadan Dışlama Kriterleri***

- 18 yaşından küçük olması
- Hastada inkontinans şikâyeti olup dermatit gelişmemiş olması
- Yoğun bakımda sekiz günden daha kısa süre yatması
- Hastanın dermatit geliştikten sekiz gün içinde vefat etmesi
- Hastanın farklı bir birime transfer edilmesi veya taburcu edilmesi

### **3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması**

Veriler araştırmacı tarafından anket formları ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Bunun yanı sıra hastalarla ilişkili bazı verilere COVID-19 pandemisi sebebiyle elektronik ortam aracılığıyla ulaşıldı. Bilinci açık olan hastaların kendilerine, bilinci olmayan hastaların ise yakınlarına bu çalışmanın ne amaçla, neden yapıldığı ve neden kendilerinin seçildikleri anlatıldı. Katılmaya gönüllü kişiler çalışmaya dahil edildi.

### **3.6. Araştırma Verilerinin Analizi**

Araştırma kapsamında elde edilen veriler, SPSS for Windows (Version 24.0, Statistical Package for Social Sciences) programı ile analiz edildi. Verilerin dağılımı Skewness ve Kurtosis değerlerine göre değerlendirilmiş ve Skewness ve Kurtosis değerleri +2.0/-2.0 sınır aralığında kalan verilerin normal dağılıma uygun olduğu, bu aralıkta kalmayan verilerin normal dağılıma uygun olmadığı kabul edilmiştir (George ve Mallery, 2010). Araştırmadaki sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma ve minimum, maksimum değerleriyle gösterilmiştir. Üç kategorili bağımsız grup karşılaştırmalarında Tek Yönlü ANOVA (One Way ANOVA) testi kullanılmıştır. İki kategorili bağımsız grup karşılaştırmalarında ise normal dağılıma uygun olan değişkenler için Bağımsız Örneklem t Testi (Independent Sample t Testi), normal dağılıma uygun olmayan değişkenler için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Gruplar arasında elde edilen farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltme testi uygulanmıştır. Bağımlı gruplar arasında farklı zamanlardaki ölçümler arası farklılık tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (Repeated Measures Anova) ile incelenmiştir. Elde edilen veriler %95 güven aralığında ve anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.7. Veri Toplama Araçları**

Veri toplama aracı olarak hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren Hasta Bilgi Formu ve İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddet Aracı (İBDŞA) kullanılmıştır.

#### **3.7.1. Hasta Bilgi Formu**

Bu form, araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturuldu (Avşar, vd., 2019; Bliss ,vd., 2011; Denat, 2007; Gray, vd., 2007) Form hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu çalışma durumu gibi sosyo-demografik özelliklerinden ve boy, kilo, BKİ, sigara kullanım durumu, kronik hastalık durumu, enfeksiyon varlığı, düzenli kullandığı ilaçların varlığı, üriner ve fekal inkontinans bulunma durumu, dışkı özellikleri ve dışkılama sayısı, hareketlilik ve pozisyon durumu, terleme durumu, beslenme şekli ve düzeyi, Glasgow Koma Skalası, Ramsey Sedasyon Skalası ve Barthel İndeks puanları, ventilasyona bağlı olma durumu, defakasyon temizlik ürünü özellikleri, kan değeri parametrelerini içeren değişkenlerden oluşturulmuştur(Avşar ,vd., 2018; Bliss ,vd., 2011;Denat, 2007).

#### **3.7.2. İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddet Aracı**

İnkontinansa bağlı dermatitin tanınması amacıyla Bliss ve arkadaşları tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir (Bliss, vd., 2010) İBDŞA'nın Türkçe'ye uyarlanma çalışması ise Avşar ve arkadaşları tarafından 2019 yılında gerçekleştirilmiştir ( Pınar, vd., 2019) Bu formda inkontinansa bağlı dermatit bulunabilecek 13 bölge kızarıklık, döküntü ve derinin kaybı açısından değerlendirilmektedir (Avşar, vd., 2019). Öncelikle en kötü cilt hasarı tanımlanmaktadır. İnkontinansa bağlı dermatit oluşabilecek her vücut bölümü için bir puan verilir ve bu puanlar toplanır. Kızarıklık yok ise: 0 puan, pembe renk: 1 puan, kırmızı renk: 2 puan, döküntü: 3 puan, deri kaybı: 4 puan olarak puanlandırılmıştır. Bu formda alınabilecek en az puan 0, en yüksek puan ise 52'dir. İyileşmenin olması durumunda toplam puanda azalma görülmektedir (Sönmez, vd., 2022). Ölçekte kızarıklığın tonları, kırmızılık yok, pembe, kırmızı ve parlak kırmızı olarak belirtilmiştir. Koyu tene sahip

bireylerde kızarıklık parlak kırmızı, deri hasarı ise mor renkte olabileceği söylenmektedir (Gray, vd., 2007).

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın tek bir merkezde yürütülmesi ve COVID-19 pandemisi sebebiyle bazı yoğun bakımlarda veri toplanamaması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır. Elde edilen sonuçların değerlendirilmesinde olası risk faktörleri ile sınırlı kalınmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya katılan hastalara, çalışmanın ne amaçla yapıldığı, süresi, kendilerinden neler beklenildiği, elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağına dair bilgilerin yer aldığı “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Metni” sunuldu (Ek-1). Hastalardan 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 “İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddet Aracı”nın araştırmada kullanılabilmesi için mail yolu ile izin alındı (Ek-3). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Rektörlüğü Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Bilimsel Araştırma Etik Kurulu’ndan Etik Kurul Onayı alındı (Ek-4) Etik kurul onayından sonra Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü’nden resmi yazılı izin alındı (Ek-5). Araştırmanın yürütüleceği hastanenin başhemşiresi ve hemşirelerine araştırma hakkında bilgi verildi. Verilerin toplanması aşamasında bakım ve tedavinin aksatılmamasına özen gösterildi ve Zarar Vermeme/Yararlılık ilkesine bağlı kalındı.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Tablo 1  
Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

| Özellikler      | Ortalama±SS | Ortanca  |
|-----------------|-------------|----------|
| Yaş             | 72,76±15,70 | 76,00    |
| BKI             | 27,46±4,55  | 26,19    |
|                 | <b>n</b>    | <b>%</b> |
| Cinsiyet        |             |          |
| Kadın           | 61          | 53,5     |
| Erkek           | 53          | 46,5     |
| Medeni Durum    |             |          |
| Evli            | 108         | 94,7     |
| Bekar           | 6           | 5,3      |
| Eğitim Durumu   |             |          |
| Okuryazar değil | 24          | 21,1     |
| İlkokul         | 50          | 43,9     |
| Ortaokul        | 26          | 22,8     |
| Lise            | 14          | 12,3     |
| Çalışma Durumu  |             |          |
| Çalışmıyor      | 103         | 90,4     |
| Çalışıyor       | 11          | 9,6      |

SS: Standart Sapma, BKI: Beden Kitle İndeksi

Çalışma grubunu oluşturan hastaların (n=114) yaş ortalamasının 72,76±15,70, beden kitle indeksinin 27,46±4,55 olduğu, %53,5'inin kadın cinsiyete sahip olduğu ve %94,7'sinin evli olduğu saptandı. Katılımcıların %43,9' unun ilkokul mezunu olduğu ve %90,4'ünün çalışmadığı belirlendi.

Tablo 2

Hastaların genel sağlık durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı

| Özellikler                        | n   | %    |
|-----------------------------------|-----|------|
| Sigara veya Alkol Kullanma Durumu |     |      |
| Evet                              | 50  | 43,9 |
| Hayır                             | 64  | 56,1 |
| Ek Hastalık Bulunma Durumu        |     |      |
| Evet                              | 106 | 93,0 |
| Hayır                             | 8   | 7,0  |
| Devamlı Kullandığı İlaç           |     |      |
| Evet                              | 110 | 96,5 |
| Hayır                             | 4   | 3,5  |
| Beslenme Şekli                    |     |      |
| Oral                              | 2   | 1,8  |
| Enteral                           | 61  | 53,5 |
| Parenteral                        | 51  | 44,7 |
| Beslenme Düzeyi                   |     |      |
| Yetersiz                          | 9   | 7,9  |
| Kısmen yeterli                    | 98  | 86,0 |
| Yeterli                           | 7   | 6,1  |
| Enfeksiyon Varlığı                |     |      |
| Evet                              | 107 | 93,9 |
| Hayır                             | 7   | 6,1  |
| Dışkılama Özelliği                |     |      |
| Katı                              | 5   | 4,4  |
| Yumuşak                           | 76  | 66,7 |
| Sulu                              | 33  | 28,9 |
| Dışkılama Sayısı                  |     |      |
| Günde 1 kez                       | 49  | 43   |
| Günde 2 kez                       | 37  | 32,5 |
| Günde 3 ve daha fazla             | 28  | 24,6 |

Tablo 2' de hastaların genel sağlık durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Hastaların %56,1' inin sigara veya alkol kullanmadığı, %93'ünde ek bir

hastalık bulunduğu, %96,5'inin devamlı kullandığı ilacı olduğu belirlendi. Ayrıca hastaların %53,5'inin enteral beslendiği ve %86'sının kısmen yeterli beslenme düzeyine sahip olduğu, hastaların %93,9'unda enfeksiyon olduğu, %66,7'sinin yumuşak dışkılama özelliğine sahip olduğu ve %32,5'inin ise günde 2 kez dışkıladığı saptandı.

Tablo 3

Hastalarda varolan kronik hastalıkların dağılımı

| Hastalıklar                         | n  | %    |
|-------------------------------------|----|------|
| Diyabetes Mellitus(Tip II)          | 67 | 58,8 |
| Serebrovasküler Olay                | 34 | 29,8 |
| Kalp Damar Hastalığı                | 43 | 37,7 |
| Obezite                             | 50 | 43,9 |
| Hipertansiyon                       | 74 | 64,9 |
| Nörolojik Hastalıklar               | 72 | 63,2 |
| Solunum Sistemi ile ilgili Hastalık | 42 | 36,8 |
| Travma                              | 4  | 3,5  |
| Dolaşım Sistemi İle İlgili Hastalık | 59 | 51,8 |
| Kronik Böbrek Yetmezliği            | 30 | 26,3 |

Tablo 3'te hastalarda var olan kronik hastalıkların dağılımı yer almaktadır. Hastalar da en fazla %64,9 oranında hipertansiyon hastalığı tanısı vardır. Bunu sırasıyla %63,2 ile nörolojik hastalıklar ve %58,8 ile de diyabet hastalığı takip etmektedir.

Tablo 4

Hastaların düzenli kullandığı ilaçlarının dağılımı

| İlaçlar         | n   | %    |
|-----------------|-----|------|
| Antibiyotik     | 113 | 99,1 |
| Sedasyon        | 84  | 73,7 |
| Antikoagülan    | 111 | 97,4 |
| Steroid         | 31  | 27,2 |
| Antidiyabetik   | 65  | 57   |
| Antienflamatuar | 67  | 58,8 |
| Oksijen         | 31  | 27,2 |
| Antihipertansif | 85  | 74,6 |

Tablo 4'te hastaların düzenli kullandığı ilaçların dağılımı yer almaktadır. Hastaların %99,1'i antibiyotikleri kullanırken, %97,4'ü antikoagülan ilaçları, %74,6'sı ise antihipertansif ilaçları kullanmaktadır.

Tablo 5

Hastaların üriner/fekal inkontinans özelliklerinin dağılımı

| Özellikler                              | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Üriner İnkontinans Varlığı</b>       |     |      |
| Evet                                    | 111 | 97,4 |
| Hayır                                   | 3   | 2,6  |
| <b>Fekal İnkontinans Varlığı</b>        |     |      |
| Evet                                    | 110 | 96,5 |
| Hayır                                   | 4   | 3,5  |
| <b>Üriner-Fekal İnkontinans Varlığı</b> |     |      |
| Evet                                    | 109 | 95,6 |
| Hayır                                   | 5   | 4,4  |

Hastaların üriner inkontinans ve fekal inkontinans özelliklerine ilişkin dağılıma Tablo 5'te yer verilmiştir. Hastaların %97,4'ünün üriner inkontinansı, %96,5'inin fekal inkontinansı ve %95,6'sının da üriner-fekal inkontinansı olduğu belirlendi.

Tablo 6

Hastaların hastalık özelliklerine ilişkin faktörlerin incelenmesi

| Özellikler                 | n   | %    |
|----------------------------|-----|------|
| Üriner Kateter Varlığı     | 114 | 100  |
| <b>Hareketlilik Durumu</b> |     |      |
| Tamamen hareketsiz         | 52  | 45,6 |
| Çok hareketsiz             | 51  | 44,7 |
| Az hareketli               | 11  | 9,6  |
| <b>Pozisyon Değişimi</b>   |     |      |
| 2 saatte 1 kez             | 76  | 66,7 |
| 4 saatte 1 kez             | 36  | 31,6 |
| 8 saatte 1 kez             | 2   | 1,8  |
| <b>Terleme Durumu</b>      |     |      |

Tablo 6'nın devamı

|                                  |     |      |
|----------------------------------|-----|------|
| Evet                             | 102 | 89,5 |
| Hayır                            | 12  | 10,5 |
| Mekanik Ventilasyon Desteği Alma |     |      |
| Evet                             | 102 | 89,5 |
| Hayır                            | 12  | 10,5 |
| Hasta Alt Bezi Kullanma Durumu   |     |      |
| Evet                             | 114 | 100  |
| Hayır                            | 0   | 0    |
| Hasta Alt Bezi Değişim Sıklığı   |     |      |
| Günde 1 kez                      | 5   | 4,4  |
| Günde 2 kez                      | 78  | 68,4 |
| Günde 3 ve daha fazla            | 31  | 27,2 |
| Defekasyon Temizlik Ürünü        |     |      |
| Sadece su                        | 76  | 66,7 |
| Su ve sabun                      | 28  | 24,6 |
| Diğer (antiseptikli solüsyon )   | 10  | 8,8  |

Tablo 6'da hastaların, hastalık özelliklerine ilişkin faktörleri yer almaktadır. Hastaların tamamında üriner kateter bulunmaktadır. Hastaların %45,6'sı tamamen hareketsizken, %66,7'sinin 2 saatte bir pozisyonu değişmektedir. Hastaların %89,5'inin terlediği gözlemlenirken, yine %89,5'inin mekanik ventilasyona bağlı olduğu ve tamamının hasta alt bezi kullandığı belirlendi. Hastalarının %68,4'ünün alt değişim sıklığının günde iki kez olduğu ve %66,7'sinin defekasyon temizlik ürünü olarak sıklıkla sadece suyun kullanıldığı saptanmıştır.



Tablo 7

Hastaların, hastalık özelliklerine ilişkin faktörlerin incelenmesi

| Özellikler                           | Ortalama±SS  | Ortanca | Min. - Max.  |
|--------------------------------------|--------------|---------|--------------|
| Glasgow Koma Skalası                 | 1,94±1,57    | 1,00    | 1-6          |
| Ramsey Sedasyon Skalası              | 3,91±1,95    | 5,00    | 1-7          |
| Barthel Index Puanı                  | 1,18±0,45    | 1,00    | 1-3          |
| Hemoglobin                           | 9,72±1,82    | 9,45    | 5,09 - 15,85 |
| Albumin                              | 2,29±0,89    | 2,1     | 1,1 - 4,4    |
| Kreatinin                            | 1,68±1,33    | 1,35    | 0,5 -7,1     |
| Parsiyel Oksijen Basıncı             | 57,31±29,05  | 48      | 20,6 - 147   |
| Parsiyel Karbondioksit Basıncı       | 49,30±11,71  | 49,25   | 25,1- 90,4   |
| 8 Günlük Ort. Sistolik Kan Basıncı   | 123,59±22,51 | 124,81  | 79-158,88    |
| 8 Günlük Ort. Diyastolik Kan Basıncı | 71,10±12,88  | 70,50   | 43,75-102,38 |
| 8 Günlük Ort. Kan Glukoz Düzeyi      | 151,89±55,57 | 139,68  | 67,75-343,13 |
| C-Reaktif Protein                    | 142,11±84,70 | 116,85  | 4,3-389      |

SS: Standart Sapma

Hastaların, hastalık özelliklerine ilişkin faktörlere Tablo 7’de yer verilmiştir. Buna göre, hastaların Glaskow Koma Skalası ortalama puanı 1,94, Ramsey Sedasyon Skalası ortalama puanı 3,91, Barthel Index Ortalama Puanı 1,18 olarak belirlendi. Hastaların kan değerlerine bakıldığında Hgb ortalama değerinin 9,72 g/dl, albümin ortalama değerinin 2,29 g/dl ve kreatinin ortalama değerinin 1,68 mg/dl olduğu saptandı. Hastaların O<sub>2</sub> parsiyel basıncının ortalama değeri 57,31 mmHg ve CO<sub>2</sub> parsiyel basıncının ortalama değeri 49,30 mmHg olarak belirlendi. Hastaların 8 günlük ortalama sistolik kan basıncının 129,59 mmHg, diyastolik kan basıncının 71,10 mmHg, kan glukoz düzeyinin 151,89 mg/dl ve CRP değerinin 142,11 mg/dl olduğu saptandı.

Tablo 8

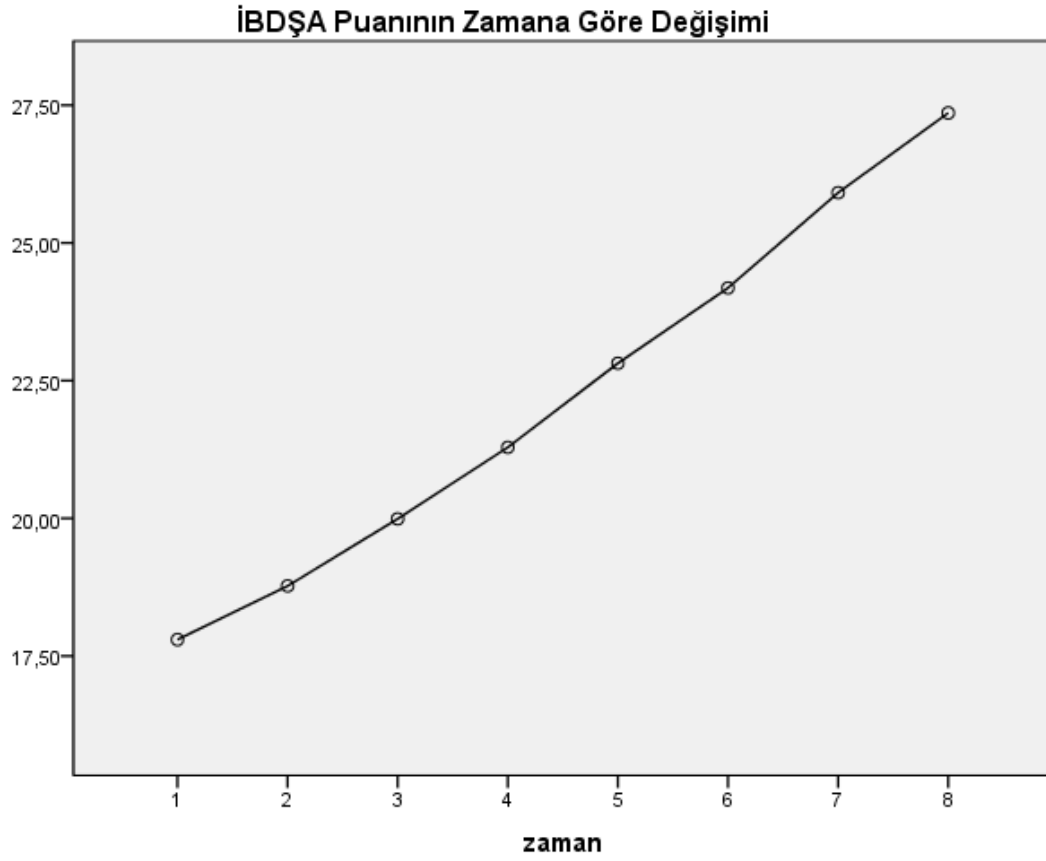
Hastaların İBDŞA puanlarının günlere göre dağılımı ve karşılaştırılması

| İBDŞA  | Ortalama±SS | Minimum | Maksimum | F       | p      |
|--------|-------------|---------|----------|---------|--------|
| 1. gün | 17,79±6,06  | 4       | 30       |         |        |
| 2. gün | 18,77±6,57  | 4       | 31       |         |        |
| 3. gün | 19,99±6,87  | 5       | 32       |         |        |
| 4. gün | 21,28±7,32  | 5       | 35       |         |        |
| 5. gün | 22,81±7,97  | 4       | 37       | 357,528 | <0,001 |
| 6. gün | 24,18±8,62  | 3       | 40       |         |        |
| 7. gün | 25,91±8,95  | 6       | 42       |         |        |
| 8. gün | 27,35±9,55  | 6       | 42       |         |        |

$p<0,05$ , SS: Standart Sapma, İBDŞA: İnkontinansa Bağlı Dermatit Değerlendirme Ölçeği, F: Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi (Repeated Measures ANOVA),

Tablo 8’de hastaların İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddeti Aracı puanlarının günlere göre dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır. İBDŞA puan ortalamalarının zamana göre değişimi incelendiğinde günlere göre farklılık gösterdiği belirlendi( $p<0,001$ ). İBDŞA puan ortalamalarında en düşük değer 1. günde 17,79±6,06 olarak saptanırken, en yüksek değer 8. günde 27,35±9,55 olarak saptanmıştır.

Tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi sonuçlarına göre İBDŞA puan ortalamaları zamana göre yükselme eğilimindedir. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda her bir gün arasındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı( $p<0,05$ ).



**Şekil 1.** İBDŞA puan ortalamalarının zamana göre değişim grafiği

Bazı hastalardan/ yakınlarından yazılı onam alınarak çekilen İBD görselleri aşağıdaki gibidir.



**Resim 1.** Hastalardan alınan inkontinansa bağlı dermatit örneği



**Resim 2.** Hastalardan alınan inkontinansa bağlı dermatit örneği



**Resim 3.** Hastalardan alınan inkontinansa bağlı dermatit örneği



**Resim 4.** Hastalardan alınan inkontinansa bağlı dermatit örneği



**Resim 5.** Hastalardan alınan inkontinansa bağlı dermatit örneği



**Resim 6.** Hastalardan alınan inkontinansa bağlı dermatit örneği  
(Görseller araştırmacı tarafından fotoğraflanmıştır.)

Tablo 9

Hastaların İBDŞA puan ortalamalarının sosyo-demografik özellikleri ve genel sağlık durumlarına ilişkin özellikleri ile karşılaştırılması

| Özellikler                   | İBDŞA 8 Günlük Ölçüm Puanı | İstatistik |                               |
|------------------------------|----------------------------|------------|-------------------------------|
|                              | Ort.±SS                    | t / F*     | p                             |
| Cinsiyet                     |                            |            |                               |
| Kadın                        | 24,04±7,73                 | -2,378     | <b>0,019</b>                  |
| Erkek                        | 20,71±7,22                 |            |                               |
| Medeni Durum                 |                            |            |                               |
| Evli                         | 22,90±7,18                 | 4,055      | <b>&lt;0,001</b>              |
| Bekar                        | 10,75±6,36                 |            |                               |
| Eğitim Durumu                |                            |            |                               |
| Okuryazar değil <sup>1</sup> | 27,70±5,22                 |            |                               |
| İlkokul <sup>2</sup>         | 23,47±5,81                 | 14,207*    | <b>&lt;0,001, 1&gt;3,</b>     |
| Ortaokul <sup>3</sup>        | 18,86±7,15                 |            | <b>1&gt;4, 2&gt;3, 2&gt;4</b> |
| Lise <sup>4</sup>            | 14,95±9,45                 |            |                               |
| Çalışma Durumu               |                            |            |                               |
| Çalışmıyor                   | 23,54±6,78                 | 10,809     | <b>&lt;0,001</b>              |
| Çalışıyor                    | 10,29±3,40                 |            |                               |
| Sigara Alkol Kullanma Durumu |                            |            |                               |
| Evet                         | 18,90±7,32                 | 4,511      | <b>&lt;0,001</b>              |
| Hayır                        | 24,89±6,80                 |            |                               |

Tablo 9'un devamı

|                                    |            |         |                                  |
|------------------------------------|------------|---------|----------------------------------|
| Ek hastalık Bulunma Durumu         |            |         |                                  |
| Evet                               | 23,18±6,98 |         |                                  |
| Hayır                              | 10,14±5,06 |         |                                  |
|                                    |            | -5,172  | <b>&lt;0,001</b>                 |
| Devamlı Kullandığı İlaç            |            |         |                                  |
| Evet                               | 22,79±7,21 | -15,792 | <b>&lt;0,001</b>                 |
| Hayır                              | 7,65±1,33  |         |                                  |
| Beslenme Şekli                     |            |         |                                  |
| Oral <sup>1</sup>                  | 10,37±7,07 |         |                                  |
| Enteral <sup>2</sup>               | 19,80±7,67 | 13,031* | <b>&lt;0,001, 3&gt;1, 3&gt;2</b> |
| Parenteral <sup>3</sup>            | 25,67±5,87 |         |                                  |
| Beslenme Düzeyi                    |            |         |                                  |
| Yetersiz <sup>1</sup>              | 21,50±6,50 |         |                                  |
| Kısmen yeterli <sup>2</sup>        | 23,08±7,15 | 8,273*  | <b>&lt;0,001, 1&gt;3, 2&gt;3</b> |
| Yeterli <sup>3</sup>               | 11,71±8,16 |         |                                  |
| Enfeksiyon Varlığı                 |            |         |                                  |
| Evet                               | 23,17±6,91 | -13,416 | <b>&lt;0,001</b>                 |
| Hayır                              | 8,28±2,34  |         |                                  |
| Dışkılama Özelliği                 |            |         |                                  |
| Katı <sup>1</sup>                  | 20,10±6,89 |         |                                  |
| Yumuşak <sup>2</sup>               | 21,16±7,69 | 3,452   | <b>0,035, 3&gt;2</b>             |
| Sulu <sup>3</sup>                  | 25,12±6,93 |         |                                  |
| Dışkılama Sayısı                   |            |         |                                  |
| Günde 1 kez <sup>1</sup>           | 20,97±7,56 |         |                                  |
| Günde 2 kez <sup>2</sup>           | 21,43±8,08 | 3,819   | <b>0,025, 3&gt;1</b>             |
| Günde 3 ve daha fazla <sup>3</sup> | 25,62±6,19 |         |                                  |

$p < 0,05$ , SS: Standart Sapma, İBDŞA: İnkontinansa Bağlı Dermatit Değerlendirme Ölçeği, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA), t: Bağımsız Örneklem t Testi (Independent Sample t Test)

Hastaların toplam İBDŞA puan ortalamalarının sosyo-demografik özellikleri ve genel sağlık durumlarına ilişkin özelliklerinin karşılaştırılmasına Tablo 9'da yer verilmiştir. Hastaların İBDŞA puan ortalamaları ile cinsiyet, medeni durum, eğitim

durumu, çalışma durumu, ek hastalık bulunma ve devamlı ilaç kullanma durumu, beslenme şekli ve düzeyi, enfeksiyon varlığı, dışkılama özelliği ve sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı( $p<0,05$ ). Kadınların, İBDŞA puan ortalamalarının erkeklerden, evli olanların bekarlardan, çalışmayanların çalışanlardan, ek hastalığı bulunanların bulunmayanlardan, devamlı ilaç kullananların kullanmayanlardan, enfeksiyonu olanların olmayanlardan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlendi.( $p<0,001$ ) Eğitim durumu, beslenme şekli ve düzeyi, dışkılama özelliği ve sayısı ile İBDŞA ortalama puanları arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltme testinde okuryazar olmayanların ortaokul ve lise mezunlarına göre, ilkokul mezunu olanların ortaokul ve lise mezunu olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek puana sahip oldukları( $p<0,001$ ); parenteral yoldan beslenenlerin oral ve enteral yoldan beslenenlere göre anlamlı şekilde daha yüksek puana sahip oldukları( $p<0,001$ ); yetersiz beslenme düzeyinde olanların yeterli olanlara göre, kısmen yeterli olanların yeterli olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek puana sahip oldukları( $p<0,001$ ); sulu dışkılama özelliği olanların yumuşak dışkılama özelliği olanlara göre; günde 3 ve daha fazla dışkılama sayısına sahip olanların günde 1 kez dışkılayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek puana sahip oldukları( $p<0,001$ ) saptandı.

Tablo 10

Hastaların İlk (1. Gün) ve Son Gün (8. Gün) İBDŞA puan ortalamalarının üriner/fekal inkontinans özellikleri ile karşılaştırılması

| Özellikler                       | İBDŞA 1. Gün Ölçüm Puanı |         | İBDŞA 8. Gün Ölçüm Puanı |              |
|----------------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------|
|                                  | Ortalama±SS              | Ortanca | Ortalama±SS              | Ortanca      |
| Üriner İnkontinans Varlığı       |                          |         |                          |              |
| Evet                             | 17,77±6,13               | 19,00   | 27,40±9,61               | 30,00        |
| Hayır                            | 18,66±3,05               | 18,00   | 25,66±8,73               | 28,00        |
| Z                                |                          | -0,062  |                          | -0,443       |
| p                                |                          | 0,951   |                          | <b>0,045</b> |
| Fekal İnkontinans Varlığı        |                          |         |                          |              |
| Evet                             | 17,81±6,10               | 19,00   | 27,39±9,63               | 30,00        |
| Hayır                            | 17,25±5,73               | 19,00   | 26,50±7,93               | 29,00        |
| Z                                |                          | -0,239  |                          | -0,447       |
| p                                |                          | 0,811   |                          | 0,655        |
| Üriner-Fekal İnkontinans Varlığı |                          |         |                          |              |
| Evet                             | 17,83±6,13               | 19,00   | 27,49±9,62               | 30,00        |
| Hayır                            | 17,00±5,00               | 18,00   | 24,40±8,32               | 28,00        |
| Z                                |                          | -0,45   |                          | -0,893       |
| p                                |                          | 0,652   |                          | <b>0,030</b> |

$p<0,05$ , SS: Standart Sapma, İBDŞA: İnkontinansa Bağlı Dermatit Değerlendirme Ölçeği, Z: Mann Whitney U Testi

Hastaların ilk (1. gün) ve son gün (8. gün) İBDŞA puan ortalamalarının üriner/fekal inkontinans özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 10'da yer almaktadır. Üriner inkontinans olma durumu ile 1. Gün İBDŞA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ( $p>0,05$ ), 8. Gün İBDŞA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Fekal inkontinans olma durumu ile İBDŞA 1. Ve 8. gün ölçüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Üriner ve fekal inkontinansın beraber bulunması durumu ile 1. Gün İBDŞA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ( $p>0,05$ ), 8. Gün İBDŞA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ).



Tablo 11

Hastaların İBDŞA puan ortalamalarının hijyen/bakım ile ilgili özellikleri ile karşılaştırılması

| Özellikler                                  | İBDŞA Toplam Puanı |         | İstatistik                               |  |
|---|--------------------|---------|--|--|
|   | Ort.±SS            | t / F*  | p  |  |
| <b>Hareketlilik Durumu</b>                  |                    |         |  |  |
| Tamamen hareketsiz <sup>1</sup>             | 26,10±5,00         | 19,572* | <b>&lt;0,001, 1&gt;2, 1&gt;3, 2&gt;3</b> |  |
| Çok hareketsiz <sup>2</sup>                 | 20,06±8,05         |         |  |  |
| Az hareketli <sup>3</sup>                   | 14,31±5,72         |         |  |  |
| <b>Pozisyon Değişimi</b>                    |                    |         |  |  |
| 2 saatte 1 kez                              | 22,00±8,42         | 0,710*  | 0,494                                    |  |
| 4 saatte 1 kez                              | 23,09±5,74         |         |  |  |
| 8 saatte 1 kez                              | 17,12±2,47         |         |  |  |
| <b>Nemlilik</b>                             |                    |         |  |  |
| Sürekli ıslaklık <sup>1</sup>               | 27,40±5,26         | 36,912* | <b>&lt;0,001, 1&gt;2, 1&gt;3, 2&gt;3</b> |  |
| Çok sık ıslaklık <sup>2</sup>               | 23,70±5,87         |         |  |  |
| Ara sıra ıslaklık <sup>3</sup>              | 14,28±6,71         |         |  |  |
| <b>Terleme Durumu</b>                       |                    |         |  |  |
| Evet  | 23,63±6,64         | -6,583  | <b>&lt;0,001</b>                         |  |
| Hayır                                       | 10,58±4,96         |         |  |  |
| <b>Mekanik Ventilasyon Bağlılık Durumu</b>  |                    |         |  |  |
| Evet  | 22,62±7,60         | -1,498  | 0,137                                    |  |
| Hayır                                       | 19,16±7,33         |         |  |  |
| <b>Hijyen/Bakım Yapılma Sayısı</b>          |                    |         |  |  |
| Günde 1 kez                                 | 20,60±6,64         | 0,422*  | 0,657                                    |  |
| Günde 2 kez                                 | 22,69±7,01         |         |  |  |
| Günde 3 ve daha fazla                       | 21,44±9,21         |         |  |  |
| <b>Defekasyon Temizliği</b>                 |                    |         |  |  |
| Sadece su <sup>1</sup>                      | 24,44±6,31         | 26,160* | <b>&lt;0,001, 1&gt;2, 1&gt;3, 2&gt;3</b> |  |
| Su ve sabun <sup>2</sup>                    | 21,00±7,06         |         |  |  |
| Diğer (antiseptikli solüsyon ) <sup>3</sup> | 9,23±3,72          |         |  |  |

$p < 0,05$ , SS: Standart Sapma, İBDŞA: İnkontinansa Bağlı Dermatit Değerlendirme Ölçeği, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA), t: Bağımsız Örneklem t Testi (Independent Sample t Test)

Hastaların İBDŞA puan ortalamalarının hijyen/bakım ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılmasına Tablo 11’de yer verilmiştir. Hastaların İBDŞA puan ortalamaları ile hareketlilik durumu, nemlilik durumu, terleme durumu ve defekasyon temizliğinde kullanılan ürün arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Terleyen hastaların terlemeyenlere göre anlamlı şekilde daha yüksek İBDŞA puanlarına sahip olduğu belirlendi ( $p<0,001$ ). Hastaların hareketlilik durumu, nemlilik durumu ve defekasyon temizliğinde kullanılan ürün ile İBDŞA puan ortalamaları arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltme testinde, tamamen hareketsiz olan hastaların hareketleri çok hareketsiz ve az hareketli olanlara göre ( $p<0,001$ ), çok hareketsiz olanların az hareketli olanlara göre ( $p<0,001$ ), sürekli ıslak olanların çok sık ve ara sıra ıslaklık olanlara göre ( $p<0,001$ ), çok sık ıslaklık olanların ara sıra ıslaklık olanlara göre ( $p<0,001$ ), defekasyon temizliğinde sadece su kullanılanların su ve sabun kullanılanlara ve antiseptikli solüsyon gibi diğer ürünleri kullanılanlara göre ( $p<0,001$ ), su ve sabun kullanılanların diğer ürünleri kullanılanlara göre ( $p<0,001$ ) İBDŞA ortalama puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptandı.

Hastaların İBDŞA puan ortalamaları ile pozisyon değişimi, mekanik ventilasyona bağlılık durumu ve hijyen/bakım yapılma sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Tablo 12

Yaş, BKI, Glasgow Koma Skalası, Ramsey Sedasyon Skalası, Barthel Index Puanı ve İBDŞA toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki

|                                  |   | 1                | 2                | 3                | 4                | 5                | 6                |
|----------------------------------|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Yaş (1)                          | r |                  | 0,330*           |                  |                  |                  | -                |
|                                  | p | 1                | *                | 0,661**          | -0,120           | 0,207*           | 0,379**          |
|                                  | p |                  | <b>&lt;0,001</b> | <b>&lt;0,001</b> | 0,202            | <b>0,027</b>     | <b>&lt;0,001</b> |
| BKI (2)                          | r | 0,330**          | 1                | 0,283**          | -0,033           | 0,102            | -0,117           |
|                                  | p | <b>&lt;0,001</b> |                  | <b>0,002</b>     | 0,730            | 0,281            | 0,213            |
|                                  | p |                  |                  | <b>0,002</b>     | 0,730            | 0,281            | 0,213            |
| İBDŞA Toplam Puan Ortalaması (3) | r | 0,661**          | 0,283*           | 1                | -0,096           | 0,220*           | -                |
|                                  | p | <b>&lt;0,001</b> | *                |                  |                  |                  | 0,452**          |
|                                  | p | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,002</b>     |                  | 0,309            | <b>0,019</b>     | <b>&lt;0,001</b> |
| Glasgow Koma Skalası (4)         | r | -0,12            | -0,033           | -0,096           | 1                | -,889**          | 0,139            |
|                                  | p | 0,202            | 0,730            | 0,309            |                  | <b>&lt;0,001</b> | 0,140            |
|                                  | p | 0,202            | 0,730            | 0,309            |                  | <b>&lt;0,001</b> | 0,140            |
| Ramsey Sedasyon Skalası (5)      | r | 0,207*           | 0,102            | 0,220*           | -                | 1                | -                |
|                                  | p | <b>0,027</b>     | 0,281            | <b>0,019</b>     | <b>&lt;0,001</b> |                  | 0,282**          |
|                                  | p | <b>0,027</b>     | 0,281            | <b>0,019</b>     | <b>&lt;0,001</b> |                  | <b>0,002</b>     |
| Barthel Index Puanı (6)          | r | -                | -0,117           | -                | 0,139            | -                | 1                |
|                                  | p | 0,379**          |                  | 0,452**          |                  | 0,282**          |                  |
|                                  | p | <b>&lt;0,001</b> | 0,213            | <b>&lt;0,001</b> | 0,140            | <b>0,002</b>     |                  |

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,001$ , rp: pearson korelasyon analizi, BKI: Beden Kitle İndeksi, İBDŞA: İnkontinansa Bağlı Dermatit Değerlendirme Ölçeği

Tablo 12'ye göre, İBDŞA puan ortalaması ile hastaların yaşı arasında aynı yönde orta üzeri düzeyde ilişki saptanırken ( $p < 0,001$ ), BKI toplam puanı ile arasında aynı yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ( $p < 0,002$ ) bulundu. İBDŞA toplam puan ortalaması ile Ramsey Sedasyon Skalası arasında aynı yönde zayıf düzeyde ( $p < 0,019$ ), Barthel Index toplam puan ortalaması ile arasında ters yönde orta düzeyde ( $p < 0,001$ ), istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Buna göre, İBDŞA toplam puanı arttıkça hastaların yaşı ( $p < 0,001$ ), BKI'leri ( $p < 0,05$ ), Ramsey Sedasyon Skalası puanı ( $p < 0,05$ ) artarken, Barthel Index Puanı ( $p < 0,001$ ) azalmaktadır. İBDŞA toplam puan ortalaması ile Glasgow Koma Skalası puanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

İBD, rahatsızlık, belirgin ağrı, yanma ve kaşıntıya neden olduğu ve enfeksiyon riskini arttırabileceği için hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki yaratır (Glass, vd., 2021). Yapılan bir araştırmada hastalarda İBD insidansının %5,2-46,0 gibi geniş bir aralıkta görüldüğü belirtilmektedir (Kayser, vd., 2019). Bu araştırmada İBD gelişen hastalar dâhil edilmiş olup verilerin toplandığı süre içerisinde yatan hastaların %30'unda İBD geliştiği saptandı. Avşar ve Karadağ'ın (2016) ve Damme vd. (2018)'nin araştırmalarında da İBD görülme sıklığı bu araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Gray ve Giuliano'nun (2018) yaptıkları araştırmada hastalarda İBD görülme oranının %45,7 olduğu belirtildi. Bu araştırmada ve yapılan çalışmalarda İBD gelişme oranının yüksek olduğu söylenebilir. İBD ilişkili komplikasyonların önlenmesinde etkili ve kapsamlı hemşirelik bakımına ihtiyaç duyulmaktadır. İBD ile ilişkili komplikasyonlara yönelik hizmetiçi eğitimlerin verilmesi ve İBD'yi belirlemeye yönelik değerlendirme araçlarının kullanılmasının İBD ilişkili komplikasyonların azaltılmasında etkili olabileceği öngörülmektedir.

Araştırmada İBDŞA ölçeği toplam puan ortalamasının, 1. gün  $17,79 \pm 6,06$  8. gün ise  $27,35 \pm 9,55$  olduğu belirlendi. 1. ve 8 gün İBDŞA puanları arasında anlamlı artış olduğu görüldü. Kaymak Köse ve Şenturan'ın 2022 yılında yaptıkları tez çalışmasında da bu araştırmaya benzer şekilde İBD oranların 1 ve 7 gün arasında anlamlı artış olduğu belirtilmektedir. Hemşirelerin İBD geliştiği anda ciltte görülen farklı lezyonları ayırt edebilmeleri ve İBD'e yönelik bakımı verebilmeleri hasta güvenliği ve bakım kalitesi açısından önemlidir. İBD'e yönelik hemşirelik bakımının standardize edilebilmesi için kanıt temelli rehberlerden yararlanılmasının önemli olacağı öngörülmektedir.

Araştırmada üriner inkontinansın İBDŞA puan ortalamalarının arasında 1. Ve 8. günde anlamlı ilişki görülürken, fekal inkontinansın İBDŞA puan ortalamaları arasında 1. Ve 8. günde yükselme olmasına rağmen arasındaki ilişki anlamlı değildi. Ayrıca üriner ve fekal inkontinansın birlikte görülmesinin İBDŞA puan ortalamalarının 1. Ve 8 gün arasında anlamlı ilişki vardı. Araştırmanın bu bulgusuna benzer olarak Hödl vd. (2020)'nin yapmış oldukları çalışmada da üriner inkontinansın fekal inkontinansa göre ve üriner ve

fekal inkontinansın birlikte bulunmasının ise üriner inkontinansa göre İBD gelişimi açısından anlamlı olduğu belirtildi. Literatür incelendiğinde üriner ve fekal inkontinansı ikisinde İBD gelişimine etkisi olduğu belirtilmektedir (Campbell, vd., 2016; Johansen, vd., 2011; Fujimura, vd., 2016; Lachance, vd., 2019; Kayser, vd., 2019; Werth, vd., 2019). Delapena vd. (2021)'nin yapmış oldukları bir çalışmada uzun süreli idrar ve fekal inkontinansa sahip hastalarda kalıcı ve kimyasal yakıcı dermatitlerin oluştuğu saptanmıştır. Ayrıca araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu hastaların dışkılama özellikleri ve günlük dışkılama sayısı ile İBDŞA puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olmasıydı. Sulu dışkılama özelliğine sahip hastalarda ve günde 3 ve daha fazla dışkılama özelliğine sahip hastaların İBDŞA puan ortalamaları daha yüksekti. Literatürde yapılan çalışmalarda da dışkılama özelliği ve günlük dışkılama sayısının İBD gelişimi üzerinde etkisi olduğu belirtilmektedir (Wei, vd., 2019; Wang, vd., 2018; Jiang, vd., 2022; Hoedl, vd., 2022). İnkontinans özelliği ve sayısı İBD gelişimi üzerinde etkilidir. inkontinans ile birlikte idrar ve feçesten korneositlere su çekilir ve bu aşırı hidrasyon şişliğe ve stratum korneumun yapısının bozulmasına sebep olur. Aşırı hidrasyon sonucunda iritanlar kolaylıkla deriye ulaşarak, enflamasyonun alevlenmesine yol açar. Sulu dışkıda protein ve sindirim enzimlerinin daha fazla bulunması, derinin yapısının daha hızlı bozulmasına ve dermatit oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Yılmaz ve Aslan, 2018). Araştırmamızda sulu dışkılaması ve dışkılama sayısı fazla olanlarda İBD gelişimi, literatür bilgisini destekler niteliktedir. Araştırmada hastaların terleme durumu ile de İBDŞA puan ortalamaları üzerinde anlamlı ilişki saptandı. Hastalarda terleme görülmesi de vücudun nemlilik düzeyini artıran faktörlerden biridir. Üriner ve fekal inkontinans görülmesi, derinin sürekli nemli olması ve buna ek olarak hastalarda terleme görülmesi de İBDŞA puan ortalamalarının artması üzerinde anlamlı etkisi olduğunu düşündürmektedir. Aydın ve Kaya(2018)'nin yapmış oldukları tez çalışmasında da İBD oluşmasında hastaların terleme durumunun etkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışma araştırmamız ile benzerlik göstermektedir. Hastaların tamamında üriner kateter bulunmasına rağmen İBD gelişiminde üriner inkontinans varlığının anlamlı çıkması, hastaların ajite olmasına, hareketli olmasına, foley sondanın uygun numarada takılmayışına bağlı idrar sızdırmasına bağlanabilir. Üriner ve fekal inkontinansın birlikte olmasının İBDŞA puan ortalaması üzerinde anlamlı çıkmasının sebebi ise, hastaların dışkılama sayısının fazla fakat bakımlarının az sayıda yapıyor olması, inkontinansa bağlı hastaların perine bölgelerinin sürekli ıslak olması sayılabilir.

Bu araştırma sonucunda İBDŞA puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki olduğu bulundu. Kadın hastaların İBD oranının erkeklere göre daha yüksekti. Yapılan bir çalışmada kadın hastaların %65,8' inde İBD görülürken, erkeklerde ise bu oran % 34,2'dir (Campbell, vd., 2018). Ayrıca araştırmanın bu bulgusu farklı çalışmalarla da benzerlik göstermektedir (Johansen, vd., 2020;Coyer ,vd., 2020;Ferreira ,vd., 2020; Jiang, vd., 2020). Kadınlarda erkeklere oranla İBD gelişmesinin sebepleri arasında, normal doğum eylemi, ve sayısı, üretral yolun kısa olması, menopoza sonrası görülen hormonal değişimler ve üriner veya fekal inkontinansın kadınlarda daha sık görülmesi sayılabilir.

Araştırmamıza katılan hastaların BKİ puan ortalaması  $24.6 \pm 5.4$  kg/m<sup>2</sup> bulunmuştur. Hastaların BKİ değerlerine göre kilolu kategorisinde olduğu belirlendi. Hastaların BKİ puan ortalamaları arttıkça İBDŞA puan ortalamaları artmakta idi. Literatürde bulunan bazı çalışmalarda araştırmamızı destekler niteliktedir (Kayser, vd., 2016; McNichol, vd., 2018; Ferreira, vd., 2020). BKİ'si yüksek olan hastalara uygun pozisyon verilmesinde ve öz bakım gereksinimlerinin karşılanması da zorluklar yaşanabilmektedir. Dolayısıyla BKİ değerlerinin yüksek olması İBD oluşumuna zemin hazırlayabileceği öngörülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yaşı arttıkça İBDŞA puanlarının arttığı belirlendi ve bu artış anlamlıydı. Araştırmanın bu bulgusunu literatürdeki diğer araştırma sonuçları ile uyumludur (Wei, vd., 2019; Cabral, vd., 2020; Grden, vd., 2020; Wang, vd., 2018). Yaşlanmayla birlikte cildin bariyer işlevinde bozulma, yaraların geç iyileşmesi, vücut sıcaklığındaki değişimler, epidermis ve dermis tabakalarındaki değişimler, hücrelerin yenilenme mekanizmasındaki bozulmalar ve üriner sistem hastalıklarına bağlı idrar ve fekal inkontinans varlığı yaşlı hastalarda İBD gelişimini hızlandırmaktadır (Bayrak, vd., 2019). Elde edilen bu bulgu yaşlılığın fizyolojik değişimleri ile ilişkilendirildi.

Bu araştırmada sigara ve alkol kullanan hastaların İBDŞA puanları düşüktü ve arasındaki ilişki zıt yönde anlamlı bulundu. Literatürde doğrudan sigara ve alkol kullanan hastalar ile İBD ilişkisinin inceleyen araştırmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple sigara ve alkol kullanımının İBD oluşumuna etkisini inceleyen daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Bu araştırmada hastaların kronik hastalıklarının İBDŞA puan ortalamalarının arasındaki ilişkiye ayrı ayrı bakılmamasına rağmen araştırma socunda hastaların tıbbi tanılarına eşlik eden ek hastalıklarının olmasının İBDŞA puan ortalamasına anlamlı olarak arttırdığı belirlendi. Araştırmaya dâhil edilen hastalarda en sık görülen ek hastalıkların sırasıyla hipertansiyon hastalığı ve nörolojik hastalıklar olduğu görüldü. Hipertansiyon ve nörolojik hastalığa sahip hastaların İBD gelişimini anlamlı şekilde arttırdığı görüldü. Literatürde yapılan başka bir çalışmaya göre hastaların ek hastalıklarının fazla olmasına rağmen sadece diyabet hastalığının İBD oluşumunda anlamlı çıktığı görülmüştür (Hödl, vd., 2020). Literatürdeki başka bir çalışmada örneklemi kanser tanısı alan 341 hasta oluşturmuştur. Bu hastaların %6,7'sinde İBD görülmüştür (Castro, vd., 2022). Jiang vd. adaşlarının (2023) yapmış oldukları çalışmada ise diyaliz hastalığı ile İBDŞA puan ortalaması arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla hastaların ek hastalıklarının fazla olması İBD oluşumunu hızlandırdığı düşünölmektedir.

Ayrıca hastaların düzenli kullandığı ilaçlarının olmasının İBDŞA puan ortalaması üzerinde etkili olduğu bulundu. İBD için temel risk faktörlerinden biri olan ilaçlar idrar ve feçes yardımı ile vücuttan uzaklaştırılmaktadır. İlaçların idrar ve feçes ile atılırken cilde temas etmesi dermatit oluşmasına sebep olmaktadır (Avşar ve Karadağ, 2018). Yapılan bir çalışmaya göre çalışmaya katılan hastaların diüretik ilaç kullanımına bağlı İBD gelişme oranı %42, laksatif grubu ilaç kullanımına bağlı İBD gelişme oranı %14, sedatif ilaç kullanımına bağlı İBD gelişme oranı %24 bulunmuştur (Ferreira, vd., 2020). Yapılan başka bir çalışmada ise hastaların devamlı kullandığı ilaçlarının olması ile İBD gelişmesi arasında anlamlı fark bulunmuştur (Wei, vd., 2019). Hastaların ek hastalıklarının fazla olması devamlı ilaç kullanımını arttırmaktadır. Bu bağlamda ek hastalıkları ve devamlı ilaç kullanım sayısı fazla olan hastaların İBD gelişimi açısından düzenli takibi önemlidir.

Araştırma sonuçlarımızda hastaların hareketlilik durumu ile İBDŞA puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulundu. Tamamen hareketsiz hastaların çok hareketsiz ve az hareketli olan hastalara göre ve çok hareketsiz olan hastaların az hareketli olan hastalara göre İBDŞA puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulundu. Literatürde yapılan bazı çalışmalarda bu araştırma ile benzerlik göstermektedir (Su, vd., 2015; Hödl, vd., 2020; Fujimura, vd., 2016; Lachance, vd., 2019). Hareketsizlik, dermatit oluşmasında en önemli risk faktörlerinden biridir. Hareketsizlik ile birlikte deri yüzeyine uygulanan

basıncın artması sebebiyle doku iskemisi meydana gelebilmektedir. İskemi olan dokuda dermatitler ve ülserasyonlar görülebilmektedir. Sağlıklı bireyler doku iskemisi meydana geldiğinde rahatsızlık hissedebilir ancak uzun süre yatağa bağımlı olan yoğun bakım hastaları doku hipoksisi gelişimini hissedemeyebilir. Bu durumda hastalarda dermatit gelişme riskini arttırabilmektedir (Kottner ve Beeckman,2018). Yapılan bir çalışmada inkontinansa bağı dermatitin sakrum bölgesindeki yaralanmalarda bağımsız bir risk faktörü olduğu, buna ek olarak hareketsizlikle birleştiğinde tam deri kayıplarının yaşanabileceği görülmüştür (Sezgünsay, vd., 2019).

Bu araştırmada İBDŞA puan ortalamaları ile Glasgow Koma Skalası (GKS) arasında anlamlı ilişki bulunmadı. ( $p>0,309$ ) GKS, komadaki hastaların değerlendirilmesinde kullanılan, hastaların bilinç durumunu yansıtan bir skaladır. GKS, göz açma, sözel ve motor yanıt olmak üzere 3 ayrı bölümde puanlama yapılarak bulunur. Araştırmaya katılan hastalarımızın % 69,29'unun mekanik ventilasyona bağı olması ve bu hastalarda GKS değerlendirmesinin yapılmaması İBDŞA puan ortalaması ile GKS arasında anlamlı ilişki görülmemesine sebep olduğu düşünülmektedir. Bu bulguya ek olarak araştırmamızda Ramsey Sedasyon Skalası puanı ile İBDŞA puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulundu( $p<0,019$ ). Ramsey Sedasyon Skalası (RSS), yoğun bakımda yatan hastaların sedasyon ve ajitasyon düzeyini ölçmek için kullanılan skaladır. Yoğun bakımda yatan ve mekanik ventilasyon cihazına bağı olan hastaların sedasyon derecesinin belirlenmesinde kullanılır (Hepkarşı, vd., 2015). Araştırmamıza katılan hastaların % 69,29'unun mekanik ventilasyona bağı olduğu ve bu hastaların sedasyon düzeylerinin takibinde RSS kullanıldığı bulunmuştur. Sedasyon alan hastalarda, periferik doku perfüzyonunda ve kapiller kan akımında azalma görülebilmektedir ve buda dermatit oluşumuna sebep olabilmektedir (Kıraner, vd., 2021). Jiang vd. (2023)'nın yapmış oldukları bir çalışmada İBD gelişmesinde sedasyonun etkili olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucumuz yapılan bu çalışma ile uyumludur.

Bu araştırmada Barthel İndeks puanı ile İBDŞA puan ortalamaları arasında ters yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı. Barthel İndeks, hastanın günlük yaşam aktiviteleri performansını ölçmeye yarayan ve hastanın günlük işlerde ne kadar bakıma ihtiyaç duyduğunu gösteren 10 maddelik bir indekstir. Barthel İndeks, beslenme, kendine bakım, tuvalet kullanımı gibi maddelerden oluşmaktadır. Barthel İndeks toplam puanının



azalması, hastanın günlük yaşam aktivitelerinde daha çok bakıma ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Barthel indeks skoruna göre 0-20 puan arasında değerlendirilen hastalar tam bağımlı, 21-61 puan arası değerlendirilen hastalar ileri derecede bağımlı, 62-90 puan arası değerlendirilen hastalar orta derecede bağımlı, 91-99 puan arasında değerlendirilen hastalar hafif derecede bağımlı ve 100 puan olarak değerlendirilen hastalar ise tam bağımsız kategorisinde yer almaktadır (Kankaya, vd., 2017). Bizim araştırmamıza katılan 114 hastanın, Barthel İndeks puan ortalaması  $1,18 \pm 0,45$  bulundu ve hastalar tam bağımlı kategorisinde yer aldı. Barthel İndeks parametrelerine göre yetersiz beslenen, öz bakım ihtiyaçlarını yerine getiremeyen, hareket kısıtlılığı yaşayan hastalarda, İBD gelişiminin daha sık olacağı öngörülmektedir. Araştırmamıza benzer olarak Wang vd. (2018)'nin yapmış oldukları çalışmada Barthel İndeks puanı ile İBD gelişimi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.



## 5.1. Sonuçlar

Bu araştırma inkontinansa bağlı dermatit gelişmesini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla genel yoğun bakım ünitesinde yapılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre;

- ✓ Araştırma grubunu oluşturan hastaların (n=114) yaş ortalamasının  $72,76 \pm 15,70$ ,
- ✓ BKI'sinin  $27,46 \pm 4,55$  olduğu
- ✓ %56,1'inin sigara veya alkol kullanmadığı
- ✓ %93'ünde ek bir hastalık bulunduğu ve en fazla hipertansiyon hastalığı (%64,9) tanısının olduğu,
- ✓ %96,5'inin devamlı kullandığı ilacı olduğu,
- ✓ %53,5'inin enteral beslendiği ve %86'sının kısmen yeterli beslenme düzeyine sahip olduğu,
- ✓ %66,7'sinin yumuşak dışkılama özelliğine sahip olduğu ve %32,5'inin ise günde 2 kez dışkıladığı,
- ✓ Büyük çoğunluğunun üriner inkontinansı (%97,4), fekal inkontinansı (%96,5) ve üriner-fekal inkontinansı (%95,6) olduğu,
- ✓ %45,6'sı tamamen hareketsizken, %66,7'sinin 2 saatte bir pozisyonunun değiştiği,
- ✓ %89,5'inin terlediği gözlemlenirken, yine %89,5'inin mekanik ventilasyona bağlı olduğu, ve tamamının hasta alt bezi kullandığı,

- ✓ Yarısından fazlasında alt değişim sıklığının günde iki kez (%68,4) olduğu ve defekasyon temizlik ürünü olarak pamuk ve suyun (%66,7) kullanıldığđ ve derinin kurulandđđı,
- ✓ İBDŞA puan ortalamalarının zamana göre değişimi incelendiğinde günlere göre farklılık gösterdiği, puan ortalamalarında en düşük değerin 1. günde (17,79±6,06), en yüksek değerin ise 8. günde (27,35±9,55) görüldüğü ve yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda her bir gün arasındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- ✓ İBDŞA puan ortalamaları ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sigara alkol kullanma durumu, kronik hastalık bulunma ve düzenli ilaç kullanımı, beslenme şekli ve düzeyi, enfeksiyon varlığı, dışkılama özelliği ve sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu,
- ✓ Üriner inkontinans olma durumu ile 1. Gün İBDŞA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, 8. Gün İBDŞA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ve üriner ve fekal inkontinansın beraber bulunması durumunda 1. Gün İBDŞA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, 8. Gün İBDŞA puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu,
- ✓ İBDŞA puan ortalamaları ile hareketlilik durumu, vücut temizliği, terleme durumu ve defekasyon temizliğinde kullanılan ürün arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu ve terleyen hastaların terlemeyenlere göre anlamlı şekilde daha yüksek İBDŞA puan ortalamalarına sahip olduğu,
- ✓ İBDŞA puan ortalamaları ile pozisyon değişimi, mekanik ventilasyona bağlılık durumu ve hijyen/bakım yapılma sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadđđı,

- ✓ İBDŞA puan ortalamaları ile hastaların yaşı arasında aynı yönde orta üzeri düzeyde ilişkinin olduğu,
- ✓ İBDŞA puan ortalamaları ile BKI toplam puanı ile arasında aynı yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu,
- ✓ İBDŞA toplam puan ortalaması ile Ramsey Sedasyon Skalası arasında aynı yönde zayıf düzeyde, Barthel Index toplam puan ortalaması ile arasında ters yönde orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu, buna göre, İBDŞA toplam puanı arttıkça hastaların yaşı, BKI'leri, Ramsey Sedasyon Skalası puanı artarken, Barthel Index Puanı azalmaktadır. İBDŞA toplam puan ortalaması ile Glasgow Koma Skalası puanı arasında anlamlı ilişkinin olmadığı sonucuna varıldı.

## 5.2. Öneriler

- ✓ İBD gelişimine sebep olabilecek faktörler bilinmeli ve bu faktörlere göre etkili bakım sağlanmalıdır.
- ✓ Hemşirelerin inkontinansı yönetebilmek ve kapsamlı bir bakım planı oluşturabilmesi için hastayı ayrıntılı değerlendirmesi gerekir ve hastanın durumu değiştikçe yeniden değerlendirme yapılması gereklidir.
- ✓ Nörolojik sisteminde sorun olan, sedatif ilaç etkisinde olan hastalara iki saatte bir pozisyon verilmesi önerilmektedir.
- ✓ Hemşirelerin dermatit açısından riskli gruptaki hastaların değerlendirilmesinde dikkatli olması gerekmektedir.
- ✓ Hastalar dermatite yönelik standart tedaviye yanıt vermiyorsa diğer olası dermatolojik hastalıklar arasında ayırım yapılmalıdır ve uzman görüşü alınmalıdır.

- ✓ İBD oluşumunun önlenmesi açısından her dışkılama sonrasında ve gerek duyuldukça perineal derinin temizlenmesi, idrar ve feçece maruziyetin en aza indirilmesi ve etkili bir hemşirelik bakımının verilmesi gereklidir.
- ✓ Ek hastalıkları ve devamlı ilaç kullanım sayısı fazla olan hastalar İBD gelişimi açısından düzenli takip edilmelidir.
- ✓ Yaş ile birlikte İBD görülme insidansının artması sebebiyle bu bireylerde deri bütünlüğü daha sık kontrol edilmelidir.
- ✓ Ülkemizde inkontinansa bağlı dermatit ile ilgili çalışmalar yeterli sayıda bulunmamaktadır ve yoğun bakım ünitelerinde İBD değerlendirilmesi için ölçekler kullanılmamaktadır. Hemşirelere İBD ile ilişkili komplikasyonlara yönelik hizmetiçi eğitimler verilmeli ve hemşireler İBD'yi belirlemeye yönelik geçerli ve güvenilir değerlendirme araçlarını kullanmalıdır.
- ✓ Dermatit oluşumu hastalarda ağrıya sebep olabilmektedir. Bu sebeple hemşireler pansuman ve pozisyon değişimi sırasında özenli davranmalı ve hekim istemindeki ağrı kesicileri uygulamalıdır.
- ✓ Yoğun bakım ortamında dermatit riski bulunan bütün hastaların beslenme durumları değerlendirilmeli ve beslenme protokolü ile günlük kalori ihtiyacına göre yeterli düzeyde beslenmesi sağlanmalıdır.
- ✓ Hemşireler hastaları enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden takip etmeli ve uygun tedavi ortamı hazırlamalıdır.
- ✓ Hastaların dışkılama özellikleri ve sayısı takip edilmelidir. Dışkılama sayısı az olan hastalara kontrendike değilse laksatif veya lavman tedavisi yapılmalıdır ve hastanın hidrasyonu sağlanmalıdır.

## KAYNAKÇA

- Akdeniz, M., Kavukcu, E., ve Teksan, A. (2019). “Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler ve kliniğe yansımaları”. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 10(3), 1-15.
- Akın, S. (2015). Yaşlılarda Üriner İnkontinans 49. Prof. Dr. Rahmi Onur (Koordinatör) Prof. Dr. İzzet Koçak Doç. Dr. Cenk Gürbüz Doç. Dr. Ömer Gülpınar Doç. Dr. Cemal Taşdemir. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Kayseri.
- Akkoyun, S., ve Arslan, F. T. (2019). “Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli’ne göre kronik böbrek yetmezliği olan çocuk hastanın değerlendirmesi: olgu sunumu”. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 78-93.
- AKYAR, Ö. G. D. İ. (2011). Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2), 79-88.
- Albayrak, D. (2018). KOAH’lı hastalara yaşam modeline göre verilen hemşirelik eğitiminin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi (Master's thesis, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Aşık, Z., ve Demirel, E. S. (2020). Erişkinlerde Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri: Tabakalı Örneklemli Saha Çalışması (Urinary Incontinence in Adults and Its Effects on Quality of Life: A Stratified Field Study). *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(6), 422-430.
- Avşar, P., Gül, Ş., ve Karadağ, A. (2019). “İnkontinansa bağlı dermatit ve şiddeti aracı’nın türkçeye uyarlanması ve geçerlilik ve gözlemciler arası doğrulama yüzdesi çalışması”. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(2), 104-111.
- Avşar, P., ve Karadağ, A. (2018). “İnkontinansa bağlı dermatit: değerlendirme, önleme ve tedavi”. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(1), 69-77.

- Aydin, G. Ö., ve Kaya, H. (2017). İnkontinans ile ilişkili dermatiti değerlendirme ölçeği: gözlemciler arası uyum çalışması/incontinence associated dermatitis assessment scale: study of inter-observer compliance. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 25(2), 111-119.
- Aygin, D., Yılmaz, A, Ç ve Sert, N. (2021). “Komorbid hastalıklarda yara iyileşmesi”. *Journal of Human Rhythm*, 7(1),28-42.
- Banharak, S., Panpanit, L., Subindee, S., Narongsanoi, P., Sanun-Aur, P., Kulwong, W., and Khemphimai, W. (2021). Yaşlı erişkinlerde inkontinansla ilişkili dermatitin önlenmesi ve bakımı: sistematik bir derleme. *Multidisipliner sağlık dergisi*. 8
- Baran, E., Orhan, C., Uzelpasacı, E., Özgül, S., Nakip, G., ve Akbayrak, T. (2018). “Fekal inkontinansı olan erkek hastada pelvik taban kas eğitimi ile ekstrakorporeal manyetik stimülasyonun etkisi: vaka raporu”. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 5(1), 59-64.
- Bardsley, A. (2016). “An overview of urinary incontinence”. *British Journal of Nursing*, 25(18), S14-S21.
- Bayrak, S., ve Akın, S. (2019). “Yaşlılarda cilt sorunları ve bakımı”. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(3), 215-220.
- Becher, KF (2022). Urininkontinenz. *Dmw-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 147 (14), 899-907.
- Beeckman, D., Campbell, J., Campbell, K., Denise Chimentão, D., Domansky, R., Gray, M., and Wang, L. (2015). Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds International*.
- Beeckman, D., Van Damme, N., Schoonhoven, L., Van Lancker, A., Kottner, J., Beele, H., and Verhaeghe, S. (2016). “Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
- Beeckman, D., Van den Bussche, K., Alves, P., Arnold Long, MC, Beele, H., Ciprandi, G., and Kottner, J. (2018). “İnkontinansla ilişkili dermatit (IAD) için uluslararası bir dile doğru: 30 ülkede Ghent Global IAD Kategorizasyon Aracının (GLOBIAD)

psikometrik özelliklerinin tasarımı ve değerlendirilmesi". *British Journal of Dermatology*, 178 (6), 1331-1340.

Beele, H., Smet, S., Van Damme, N., and Beeckman, D. (2018). Incontinence-associated dermatitis: pathogenesis, contributing factors, prevention and management options. *Drugsandaging*, 35, 1-10.

Beji, N. K. (2003). Uriner İnkontinans Sorunu, Epidemiyolojisi ve İnkontinanslı Hastanın Tanı Amacıyla Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 13(50).

Bilgi, G. Balık Yağı: Kullanımlar, Yan Etkiler, Etkileşimler, Dozaj ve Uyarı.,

Bozdemir, H. (2019). Cerrahi girişim geçiren meme kanserli hastalarda roper, logan ve tierney'in günlük yaşam aktiviteleri modeline göre verilen eğitimin kolun disfonksiyonuna, lenfödeme ve yaşam kalitesine etkisi (Doctoral dissertation, Sakarya Üniversitesi (Turkey)).

Bliss, D. Z., Harms, S., Garrard, J. M., Cunanan, K., Savik, K., Gurvich, O., and Virnig, B. (2013). "Prevalence of incontinence by race and ethnicity of older people admitted to nursing homes". *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 451-e1.

Bliss, D. Z., Mathiason, M. A., Gurvich, O., Savik, K., Eberly, L. E., Fisher, J., and Larson, R. (2017). "Incidence and predictors of incontinence associated skin damage in nursing home residents with new onset incontinence". *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 44(2), 165.

Bliss, D. Z., Savik, K., Harms, S., Fan, Q., and Wyman, J. F. (2006). "Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing home residents". *Nursing research*, 55(4), 243-251.

Bulut, E. (2019). İç hastalıkları yoğun bakım kliniklerinde yatan yaşlı hastalarda basınç yarası gelişimini etkileyen faktörler, sıklığı ve arayüz basıncının yordayıcı



değeri (Master's thesis, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Burgio, K. L., Richter, H. E., Clements, R. H., Redden, D. T., and Goode, P. S. (2007). "Changes in urinary and fecal incontinence symptoms with weight loss surgery in morbidly obese women". *Obstetrics and Gynecology*, 110(5), 1034-1040.

Buswell, M., Goodman, C., Roe, B., Russell, B., Norton, C., Harwood, R., and Bunn, F. (2017). "What works to improve and manage fecal incontinence in care home residents living with dementia? A realist synthesis of the evidence". *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(9), 752-760.

Campbell, J. L., Coyer, F. M., and Osborne, S. R. (2016). "Incontinence-associated dermatitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting". *International wound journal*, 13(3), 403-411.

Ceyhan, Ö., Göriş, S., ve Zincir, H. (2018). "Yaşlı bireylerde uykuyu etkileyen önemli bir problem: inkontinans". *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27(1), 29-35.

Chen, A. T., Huang, M. H., Chen, C. C., Wang, I. T., ve Chen, L. C. (2020). "Using Teamwork to Reduce the Incidence of Incontinence-Associated Dermatitis". *Hu Li Za Zhi*, 67(1), 89-97.

Chianca, T. C. M., Gonçalves, P. C., Salgado, P. O., Machado, B. D. O., Amorim, G. L., and Alcoforado, C. (2017). "Incontinence-associated dermatitis: a cohort study in critically ill patients". *Revista gaucha de enfermagem*, 37.

Clark, C., Haslam, C., Malde, S., and Panicker, J. N. (2021). "Urinary catheter management: what neurologists need to know". *Practical Neurology*, 21(6), 504-514.

Clark, M., Semple, M. J., Ivins, N., Mahoney, K., and Harding, K. (2017). "National audit of pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis in hospitals across Wales: a cross-sectional study". *BMJ open*, 7(8), e015616.

Cunich, M., Barakat-Johnson, M., Lai, M., Arora, S., Church, J., Basjarahil, S., and Coyer, F. (2022). "İnkontinansla ilişkili dermatitin önlenmesi ve tedavisine yönelik

müdahalelerin maliyetleri, sağlık sonuçları ve maliyet etkinliği: Sistematik bir derleme”. *Uluslararası hemşirelik çalışmaları dergisi*, 129,1

Çelebi, D., ve Yılmaz, E. (2019). “Cerrahi hastalarda enteral ve parenteral beslenmede kanıta dayalı uygulamalar ve hemşirelik bakımı”. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (7), 714-731.

Çelik, S. (2009). “Yoğun bakım hastalarında fekal inkontinans yönetim sistemlerinin etkinliği: Hemşirelik açısından anlamı”. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 17(2), 137-143.

Çınar, F., ve Eti, A., F. (2017). “Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi”. *GOP Taksim EAH JAREN*, 3(1), 37-42.

Da Silva, G., ve Sirany, A. (2019). “Recent advances in managing fecal incontinence”. *F1000Research*, 8.

De Castro, D. L. V., Da Silva, E. L., Onaga, L. S., Nogueira, P. C., Furlan, P. C., and de Gouveia Santos, V. L. C. (2022). “The prevalence of skin lesions and associated factors in hospitalised adult patients with cancer”. *Journal of Wound Care*, 31(8), 660-668.

Delapena, S., Spadafore, P., Bollenbach, S. E., Kowal-Vern, A., Foster, K. N., and Matthews, M. R. (2021). “Rare Operative Intervention for Urinary and Fecal Incontinence-Associated Dermatiti"s”. *Wounds: a Compendium of Clinical Research and Practice*, 33(4), E31-E33.

Demirci, N., Başar, F. K., Süzer, F., Aba, Y. A., ve Ataman, H. (2011). “Huzurevindeki kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkisi”. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(18), 85-101.

Denat, Y., and Khorshid, L. (2010). “Fekal İnkontinansın Bakımı ve bakımda Kullanılan Ürünler”. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 94-103.

Denat, Y., and Khorshid, L. (2010). “Fekal İnkontinansın Bakımı ve Bakımda Kullanılan Ürünler”. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 94-103.

- Dieter, A. A. (2021). "Background, Etiology, and Subtypes of Urinary Incontinence". *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 64(2), 259-265.
- Dykes, P. ve Bradbury, S. (2017). "Cilt bariyeri kremlerinin etkinliğinin ve yıkama direncinin karşılaştırılması: sağlıklı bir gönüllü çalışması". *Yara Bakımı Dergisi*, 26 (9), 552-557.
- Erdogan, B. R., Liu, G., Arioglu-Inan, E., and Michel, M. C. (2022). "Established and emerging treatments for diabetes-associated lower urinary tract dysfunction". *Naunyn-schmiedeberg's Archives of Pharmacology*, 395(8), 887-906.
- Ertam, İ., Su, Ö., Alper, S., Sarıcaoğlu, H., Karadağ, A. S., Demirsoy, E. O., ve Borlu, M. (2018). "Türkiye atopik dermatit tanı ve tedavi kılavuzu-2018". *Türkderm: Türk Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi= Turkderm: Turkish Archives of Dermatology and Venereology*, 52(1), 6-23.
- Ferreira, M., Abbade, L., Bocchi, S. C. M., Miot, H. A., Boas, P. V., and Guimaraes, H. Q. C. P. (2020). "Incontinence-associated dermatitis in elderly patients: prevalence and risk factors". *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73.
- Francis, K., Pang, SM, Cohen, B., Salter, H., and Homel, P. (2017)." Hastane kaynaklı inkontinansla ilişkili dermatit ve basınç yaralanmalarının önlenmesi için tek kullanımlık ve yeniden kullanılabilir emici altlıklar". *Yara, Ostomi ve Kontinans Hemşireliği Dergisi*, 44 (4), 374-379.
- Frazier, W., and Bhardwaj, N. (2020). Atopic dermatitis: diagnosis and treatment. *American family physician*, 101(10), 590-598.
- Fujimura, T., Makino, M., Takagi, M., Maki, K., Murakami, E., Tasaka, Y., and Ando, K. (2016). "The influence of incontinence on the characteristic properties of the skin in bedridden elderly subjects". *International journal of dermatology*, 55(5), e234-e240.
- Gacci, M., Sakalis, VI, Karavitakis, M., Cornu, JN, Gratzke, C., Herrmann, TR, andandGravas, S. (2022). "Erkek üriner inkontinansı ile ilgili Avrupa Üroloji Derneği kılavuzları". *Avrupa Ürolojisi*, 82 (4), 387-398.

- George, D. (2011). *SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference, 17.0 update, 10/e*. Pearson Education India.
- Glass Jr, G. F., Goh, C. C. K., Cheong, R. Q., Ong, Z. L., Khong, P. C. B., and Chan, E. Y. (2021). "Effectiveness of skin cleanser and protectant regimen on incontinence-associated dermatitis outcomes in acute care patients: A cluster randomised trial". *International Wound Journal*, 18(6), 862-873.
- Gray, M., and Giuliano, K. K. (2018). "Incontinence-associated dermatitis, characteristics and relationship to pressure injury: a multisite epidemiologic analysis". *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 45(1), 63.
- Gray, M., Bliss, DZ, Doughty, DB, Ermer-Seltun, J., Kennedy-Evans, KL ve Palmer, MH (2007). İnkontinansla ilişkili dermatit: bir fikir birliği. *Yara Ostomisi ve Kontinans Hemşireliği Dergisi*, 34 (1), 45-54.
- Grden, C. R. B., Martins, A. R., Cabral, L. P. A., Reche, P. M., Arcaro, G., Brasil, D., and Bordin, D. (2020). Incontinence associated dermatitis in elderly people admitted to a university hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73.
- Grden, C. R. B., Martins, A. R., Cabral, L. P. A., Reche, P. M., Arcaro, G., Brasil, D., and Bordin, D. (2020). "Incontinence associated dermatitis in elderly people admitted to a university hospital". *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73.
- Gri, M. (2019). "Uygulama Bağlamı: İnkontinansla İlişkili Dermatitin Epidemiyolojisi ve Patofizyolojisi, Stoma Köprüleri, Basınç Yaralanması için Kök Neden Analizi ve Onikomikoz". *Yara Ostomisi ve Kontinans Hemşireliği Dergisi*, 46 (4), 280-281.
- Gülsün Ö.A. (2018) İnkontinansla İlişkili Dermatitin Önlenmesinde İki Farklı Bakım Ürününün Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Hagen, S., Bugge, C., Dean, SG, Elders, A., Hay-Smith, J., Kilonzo, M., and Williams, LR (2020). Üriner inkontinansı olan kadınlar için temel ve biofeedback aracılı yoğun pelvik taban kas eğitimi: OPAL RCT. *Sağlık teknolojisi değerlendirmesi (Winchester, İngiltere)*,

- Hahnel, E., Blume-Peytavi, U., Trojahn, C., and Kottner, J. (2017). "Associations between skin barrier characteristics, skin conditions and health of aged nursing home residents: a multi-center prevalence and correlational study". *BMC geriatrics*, 17(1), 1-12.
- Hepkarşı, A., Bor, C., Demirağ, K., Çankayalı, İ., and Uyar, M. (2015). Yoğun bakım sedasyonunda ramsay-richmond skalaları ve hemşire-doktor arasındaki uyumun karşılaştırılması, *Türk Yoğun Bakım Dergisi*, Galenos Yayınevi, İzmir.
- How, P., Trivedi, P. M., Bearn, P. E., and Thomas, G. P. (2021). "Insert devices for faecal incontinence". *Techniques in Coloproctology*, 25, 255-265.
- Hödl, M., Blanaş, V., Amir, Y., and Lohrmann, C. (2020). "Association between incontinence, incontinence-associated dermatitis and pressure injuries: A multisite study among hospitalised patients 65 years or older". *The Australasian journal of dermatology*, 61(1), e144.
- Hödl, M., Blanaş, V., Amir, Y., and Lohrmann, C. (2020). "Association between incontinence, incontinence-associated dermatitis and pressure injuries: A multisite study among hospitalised patients 65 years or older". *The Australasian journal of dermatology*, 61(1), e144.
- İlçe, A., ve Ayhan, F. (2011). "Yaşlılarda Üriner ve Fekal İnkontinansın Belirlenmesi, Yaşam Kalitesine Etkisi: Bilgilendirme ve Eğitim". *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 5(1).
- Jiang, H., Shen, J., Lin, H., Xu, Q., Li, Y., and Chen, L. (2023). "Kritik hastalarda inkontinansla ilişkili dermatitin risk faktörleri: Sistemik bir gözden geçirme ve meta-analiz". *Tıpta Sınırlar*, 10, 1146697.
- Jiang, H., Shen, J., Lin, H., Xu, Q., Li, Y., and Chen, L. (2023). "Risk factors of incontinence-associated dermatitis among critically ill patients: A systematic review and meta-analysis". *Frontiers in Medicine*, 10, 1146697.
- Johnson, C. E. (2011). "Sexual health during pregnancy and the postpartum (CME)". *The journal of sexual medicine*, 8(5), 1267-1284.

- Js, K. (2002). "Prevalence of faecal incontinence and associated risk factors: An underdiagnosed problem in the Australian community?". *Med. J. Aus.*, 1762, 54-57.
- Junkin, J. ve Selekof, JL (2007). "Akut bakım yatan hastalarda inkontinans ve buna bağlı cilt yaralanması prevalansı". *Yara Ostomisi ve Kontinans Hemşireliği Dergisi*, 4
- Kankaya, H., ve Karadakovan, A. (2017). "Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi". *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 21-29.
- Karaman, B. F. (2016). Bilge" Atopik Dermatit" Tanisi/Diagnosis of" Atopic Dermatitis". *Turk Dermatoloji Dergisi*, 10(2), 49.g
- Karan, A., Aksaç, B., Ayyıldız, H., Işıkoğlu, M., Yalçın, Ö., ve Eskiuyurt, N. (2000). "Üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi ve objektif değerlendirme parametreleri ile ilişkisi". *Geriatry*, 3(3), 102-106.
- Kaya, N., ve Kaya, H. (2009). "Nöroonkoloji hastasının hemşirelik bakımı". *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1), 64-73.
- Kaymak, K., Y. (2022). *Yoğun bakım hastalarında inkontinans alakalı dermatit gelişiminin incelenmesi*. Yüksek Lisans tezi. Biruni Üniversitesi, İstanbul.
- Kaymak, K., Y. (2022). *Yoğun bakım hastalarında inkontinans alakalı dermatit gelişiminin incelenmesi* Yüksek Lisans tezi. Biruni Üniversitesi, İstanbul.
- Kayser, S. A., Phipps, L., Van Gilder, C. A., and Lachenbruch, C. (2019). "Examining prevalence and risk factors of incontinence-associated dermatitis using the international pressure ulcer prevalence survey". *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 46(4), 285.
- Keskin, E. (2019). *Bebeklerde komplike olmayan bez dermatiti şiddet değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

- Kıraner, E., ve Kaya, H. (2021). COVID-19 tanısı ile yoğun bakımda yatan hastalarda basınç yaralanmalarının ve risk faktörlerinin retrospektif analizi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 25(3), 139-151.
- Korkmaz, Ö. G. D. F. (2011). Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2), 59-67.
- Koşar, Ş., Ekinci, M., ve Öztürk, A. A. (2022). Cilt Tipleri ve İhtiyaçlara Göre Dermakozmetik Ürün Önerilmesinde Eczacının Rolü ve Nanokozmetikler: Geleneksel Derleme. *Journal of Literature Pharmacy Sciences*, 11(2).
- Koudounas, S., Mugita, Y., Minematsu, T., Nakagami, G., Weller, C. ve Sanada, H. (2021). “Bakteriyel üriner enfeksiyon varlığı inkontinansa bağlı dermatit gelişimine katkıda bulunur mu? Kapsam belirleme incelemesi”. *Doku Canlılığı Dergisi*, 30 (2), 256-261.
- Köşgeroğlu, N., ve Boğa, S., M. (2011). “Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli (YADHM)’ne göre zihinsel engelli bireylerin sorunları ve hemşirelik”. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 148-154.
- Kurtuluş, Ş., Bucak, Ö., G. F. ve Can, R. (2022). Sağlık Bilimlerine Multidisipliner Yaklaşım, İksad Yayınevi, Ankara
- Lachance, C. C., and Argaez, C. (2019). Perineal skin cleansers for adults with urine incontinence in long-term care or hospital settings: a review of the clinical effectiveness and guidelines.
- López, M., Jiménez, J. M., Fernández, M., Martín, B., Cao, M. J., and Castro, M. J. (2019). “Relationship between pressure ulcer risk based on Norton Scale and on the “Eating/Drinking” need assessment”. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 117-124.
- MacLachlan, LS ve Rovner, ES (2015). “İnkontinans için yeni tedaviler. *Kronik böbrek hastalığında gelişmeler*”. 22 (4), 279-288.
- McNichol, L., Lund, C., Rosen, T. ve Gray, M. (2013). “Tıbbi yapıştırıcılar ve hasta güvenliği: bilimin durumu: yapıştırıcıyla ilişkili cilt yaralanmalarının

değerlendirilmesi, önlenmesi ve tedavisi için fikir birliği beyanları”. *Ortopedi Hemşireliği*, 32 (5), 267-281.

Milsom, I., and Gyhagen, M. (2019). The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*, 22(3), 217-222.

Milsom, I., and Gyhagen, M. (2023). “Does the climacteric influence the prevalence, incidence and type of urinary incontinence?”. *Climacteric*, 26(2), 75-79.

Miyazato, M., and Ashikari, A. (2020). “Therapeutic new targets for stress urinary incontinence in the central nervous system”. *Nihon Yakurigaku zasshi. Folia Pharmacologica Japonica*, 155(1), 16-19.

Mugita, Y., Koudounas, S., Nakagami, G., Weller, C., and Sanada, H. (2021). “Assessing absorbent products’ effectiveness for the prevention and management of incontinence-associated dermatitis caused by urinary, faecal or double adult incontinence: A systematic review”. *Journal of Tissue Viability*, 30(4), 599-607.

Mugita, Y., Minematsu, T., Huang, L., Nakagami, G., Kishi, C., Ichikawa, Y., and Sanada, H. (2015). Histopathology of incontinence-associated skin lesions: inner tissue damage due to invasion of proteolytic enzymes and bacteria in macerated rat skin. *PloS one*, 10(9), e0138117.

Muslu, G. K., ve Yardımcı, F. (2012). Orem’in Öz Bakım Teorisine Göre Juvenil Dermatitli Hastanın Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakım Planı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(2), 123-133.

Nandy, S., and Ranganathan, S. (2020). Urge Incontinence.

Özcan, M., ve Kapucu, S. (2014). Üriner inkontinansı olan geriatric hastalara hemşirelik yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 101-109.

Öztürk, G. Z., Toprak, D., ve Basa, E. (2012). yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 46(4), 170-176.



- Padmanabhan, A., Stern, M., Wishin, J., Mangino, M., Richey, K., DeSane, M., and Flexi-Seal Clinical Trial Investigators Group. (2007). "Clinical evaluation of a flexible fecal incontinence management system". *American Journal of Critical Care*, 16(4), 384-393.
- Parker, W. P., and Griebeling, T. L. (2015). "Nonsurgical treatment of urinary incontinence in elderly women". *Clinics in geriatric medicine*, 31(4), 471-485.
- Parlak, A., Küçükuslu, N., ve Aydoğgan, Ü. (2012). "Yaşlılarda sık görülen deri hastalıkları". *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(2).
- Pather, P., Hines, S., Kynoch, K., and Coyer, F. (2017). "Effectiveness of topical skin products in the treatment and prevention of incontinence-associated dermatitis: a systematic review". *JBIC Evidence Synthesis*, 15(5), 1473-1496.
- Pucciani, F. (2018). "Post-surgical fecal incontinence". *Updates in Surgery*, 70(4), 477-484.
- Raza-Khan, F. (2021). "Basic Evaluation of Urinary Incontinence". *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 64(2), 276-286.
- Rippke, F., Berardesca, E., and Weber, T. M. (2018). pH and microbial infections. *pH of the Skin: Issues and Challenges*, 54, 87-94.
- Sazonova, N. A., Kiseleva, M. G., Gadzhieva, Z. K., and Gvozdev, M. Y. (2022). "Urinary incontinence in women and its impact on quality of life". *Urologiia*, (2), 136-139.
- Sezgünsay, E., ve Başak, T. (2019). "Yaşlılarda Basıncı Yaralanması Risk Faktörleri". *Geriatik Bilimler Dergisi*, 2(2), 50-57.
- Shah, R., and JA, V. H. (2017). Fecal incontinence.
- Sivrikaya, SK, ve Sarıkaya, S. (2020)"Yoğun Bakım Hastalarında Bası Ülseri, Önleme ve Hemşirelik Bakımı". *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*,
- Sönmez, M., Korkmaz, S., and Kısacık, Ö. G. (2022). "İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği:

Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 9(2), 316-343.

Sönmez, M., Korkmaz, S., ve Kısacık, Ö. G. (2022). “İnkontinans İlişkili Dermatit Yönetiminde Hemşirelerin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarını Değerlendirme Ölçeği: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 9(2), 316-343. Beeckman, D. ve diğerleri. Proceedings of the Global İAD Expert Panel. İnkontinans Alakalı Dermatit: Önlemeyi Geliştirme. *Wounds International* 2015. <http://www.woundsinternational.com> adresinden 23 Eylül 2016’da alınmıştır.

Su, M. Y., Lin, S. Q., Zhou, Y. W., Liu, S. Y., Lin, A., and Lin, X. R. (2015). A prospective, randomized, controlled study of a suspension positioning system used with elderly bedridden patients with neurogenic fecal incontinence. *Ostomy/wound Management*, 61(1), 30-39.

Şahin, F. (2017). *Hemşirelerin inkontinans alakalı dermatit'e ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi* (Doctoral dissertation, Koç University).

Tanna, R. J., Powell, J., and Mambu, L. A. (2022). Ileal Conduit. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.

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

Tanrıverdi, H. A., Sade, H., ve Akbulut, V. (2004). “Üriner inkontinans ve pelvik prolapsusun epidemiyoloji, etiyoloji ve risk faktörleri”. *Journal of Clinical Obstetrics and Gynecology*, 14(4), 231-238.

Tekin, N. (2016). Palyatif bakım hastalarında basınç yaraları pressure wounds in palliative care patients. *Smyrna Tıp Dergisi*, 6(2), 48-53.

Tepe, B. (2008). İntertrigo etkenlerinin direkt yayma, Wood Işığı ve kültür yöntemleri ile araştırılması.

- Tezcan, B., ve Karabacak, B. G. (2020). “Basınç yaralanmalarının önlenmesinde daha iyi sonuçlara doğru: Kanıta dayalı uygulamalar”. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 49-54.
- Thomas, L. H., Coupe, J., Cross, L. D., Tan, A. L., and Watkins, C. L. (2019). Interventions for treating urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Torky, H., El Ela, A. A., Salah, M., and Fathy, H. (2015). “Voiding disorders in elderly Egyptian women”. *Journal of Evidence-Based Women’s Health Journal Society*, 5(1), 25-29.
- Toy Urcun, M. . (2019 )”Jinekoloji polikliniğine başvuran alt üriner sistem semptomu olan ve olmayan kadınların işeme akış özelliklerinin serbest üroflovetri ve artık idrar hacmi ile değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.
- Trowbridge, Acil Servis ve Hoover, EF (2022). “Kadınlarda idrar kaçırmının değerlendirilmesi ve tedavisi”. *Gastroenteroloji Klinikleri* , 51 (1), 157-175.
- Tuğba Y. (2019). Yatağa Bağımlı Bireylere Bakım Veren Hemşirelerin İnkontinaans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanması Ayrımına Dair Farkındalıklarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Van Damme, N., Clays, E., Verhaeghe, S., Van Hecke, A., and Beeckman, D. (2018). Independent risk factors for the development of incontinence-associated dermatitis (category 2) in critically ill patients with fecal incontinence: a cross-sectional observational study in 48 ICU units. *International journal of nursing studies*, 81, 30-39.
- Van den Bussche, K., Kottner, J., Beele, H., De Meyer, D., Dunk, A. M., Ersser, S., and Beeckman, D. (2018). “Core outcome domains in incontinence-associated dermatitis research”. *Journal of advanced nursing*, 74(7), 1605-1617.
- Vicdan, A. K., Karabacak, B. G., & Alpar, Ş. E. (2015). Classification of 2012-2014 NANDA-I nursing diagnostics using the Nursing Model Based on Activities of

- Living 2012-2014 NANDA-I hemşirelik tanılarının Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline göre sınıflandırılması. *Journal of Human Sciences*, 12(2), 1626-1636.
- Voegeli, D. (2012). "Moisture-associated skin damage: aetiology, prevention and treatment". *British Journal of Nursing*, 21(9), 517-521.
- Wang, X., Zhang, Y., Zhang, X., Zhao, X., and Xian, H. (2018). "Incidence and risk factors of incontinence-associated dermatitis among patients in the intensive care unit". *Journal of clinical nursing*, 27(21-22), 4150-4157.
- Wei, L., Bao, Y., Chai, Q., Zheng, J., and Xu, W. (2019). "Determining Risk Factors to Develop a Predictive Model of Incontinence-associated Dermatitis Among Critically Ill Patients with Fecal Incontinence: A Prospective, Quantitative Study". *Wound Management & Prevention*, 65(4), 24-33.
- Werth, S. L., and Justice, R. (2019). "Prevalence of moisture-associated skin damage in an acute care setting: Outcomes from a quality improvement Project". *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 46(1), 51-54.
- Williamson, S., Merritt, J., and De Benedetto, A. (2020). "Atopic dermatitis in the elderly: a review of clinical and pathophysiological hallmarks". *British Journal of Dermatology*, 182(1), 47-54.
- Wulandari, D. (2023). "Kişisel hijyenin çiftçilerde dermatit görünüşü ile ilişkisinin analizi, Endonezya". *Uluslararası Sağlık, Eğitim ve Sosyal Dergisi (IJHES)*, 6 (6), 22-40.
- Yıldız, Ş., ve Turan, Z. (2021). "Üriner İnkontinansı olan kadınlarda hemşirelik yaklaşımları". *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 4(3), 155-166.
- Yılmaz, B., ve Aslan, E. (2018). "Fekal inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı". *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 39-44.
- Yoshimura, N., and Miyazato, M. (2012). "Neurophysiology and therapeutic receptor targets for stress urinary incontinence". *International journal of urology*, 19(6), 524-537.

- Yücel, U., Hadımlı, A., Koçak, Y. Ç., Ekşioğlu, A. B., Dilek, S. A. R. I., ve Saydam, B. K. (2018). “Bornova’da yaşayan 20 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri”. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 414-423.
- Zeren, M. F., Yüksel, M. B., ve Temeltas, G. (2014). “The comparison of urodynamic findings in women with various types of urinary incontinence”. *International braz j urol*, 40, 232-239.
- Zhang, A. Y., Fu, A. Z., Moore, S., Zhu, H., Strauss, G., Kresevic, D., and Bodner, D. R. (2017). “Is a behavioral treatment for urinary incontinence beneficial to prostate cancer survivors as a follow-up care?”. *Journal of Cancer Survivorship*, 11, 24-31.
- Zheng, J., Chen, Q., Fu, J., Lu, Y., Han, T., and He, P. (2019). “Critical appraisal of international guidelines for the prevention and treatment of pregnancy-associated venous thromboembolism: a systematic review”. *BMC cardiovascular disorders*, 19(1), 1-10.

## EKLER

### Ek 1.Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Metni

**Araştırmanın Adı:** Yoğun Bakımda Yatan Hastalarda İnkontinansa Bağlı Dermatit Gelişmesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Sizi Burcu TÜLÜ tarafından yürütülen “Yoğun Bakımda Yatan Hastalarda İnkontinansa Bağlı Dermatit Gelişmesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Yoğun Bakımda Yatan Hastalarda İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Gelişmesini Etkileyen Faktörlerin incelenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 10 dakika (süreyi saat veya dakika olarak belirtebilirsiniz) ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 100-120 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Araştırmada girişimsel hiçbir uygulama yapılmayacaktır. Araştırma sırasında herhangi bir risk ve zarara maruz kalınmayacaktır. Araştırmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Ek olarak hastaların dermatit gelişen bölgelerinin görselleri de teze eklenecektir. Hastanın kimliğini ifşa edecek, hasta mahremiyeti ilkesini ihlal edecek herhangi bir görsel konmayacaktır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Bu araştırmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Ancak, araştırmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz.

---

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum.

**Katılımcı:**

Adı Soyadı:

Telefon:

İmza:

**Araştırmacı:**

Burcu TÜLÜ

Tel:

## Ek 2. Hasta Bilgi Formu

1. Yaşı:

2.Cinsiyet:

1.Erkek( )

2.Kadın( )

3.Medeni durum:

1.Evli( )

2.Bekar( )

4.Eğitim durumu:

1.Okuryazar değil( )

2.İlkokul( )

3.Ortaokul( )

4.Lise( )

5.Üniversite( )

5.Çalışma durumu:

1.Çalışmıyor( )

2.Çalışıyor( )

6.Hastanın kilosu:

7.Boyu:

8.BKİ:

9.Sigara veya alkol kullanma durumu:

1.Yok( )

2.Var( )

10. Tıbbi Tanı:

11.Kronik hastalığı durumu:

1)yok

2)var

12.Diyabet hastalığı varlığı?

1)yok

2)var

13.Serebrovasküler hastalık varlığı?

1)yok

2)var

14)Kalp damar hastalığı varlığı?

1)yok

2)var

15.Obezite öyküsü?

1)yok

2)var

16.Hipertansiyon varlığı?

1)yok

2)var

17.Norolojik hastalık varlığı?

1)yok

2)var

18.Solunum sistemi hastalıklarının varlığı?

1)yok

2)var

19.Travma varlığı?

1)yok

2)var

20.Dolaşım sistemi hastalıklarının varlığı?

1)yok

2)var

21.Kronik böbrek yetmezliği varlığı??

1)yok

2)var

22.Diğer hastalıklar

1)yok

2)var

23.Devamlı kullandığı ilaçlarının varlığı?

1)yok



2)var

24.Antibiyotik kullanım durumu?

1)yok

2)var

25.Sedatif ilaç kullanım durumu?

1)yok

2)var

26.Antikoagulan kullanım durumu?

1)yok

2)var

27. Steroid kullanım durumu?

1)yok

2)var

28.Antidiyabetik kullanım durumu?

1)yok

2)var

29.Antienflamatuar kullanım durumu?

1)yok

2)var

30.Oksijen Tedavisi alma durumu?

1)yok

2)var

31.Antihipertansif kullanım durumu?

1)yok

2)var

32.Diğer ilaçlardan kullanıyor mu?

1)yok

2)var

33.Enfeksiyon varlığı?

1.yok( )

2.var( )

34.Üriner inkontinans varlığı?

1.yok

2.var

35.Fekal inkontinans varlığı ?

1.yok

2.var

36.Üriner ve fekal inkontinans varlığı?

1.yok

2.var

37. Dışkı özelliği nasıl?

1.Katı( )

2.Yumuşak( )

3.Sulu( )

38.Günlük dışkılama sayısı?

1.Günde 1 kez( )

2.Günde 2 kez( )

3. Günde 3 ve daha fazla( )

39. Hareketlilik durumu?

1.Tamamen immobil( )

2.Çok sınırlı( )

3.Biraz sınırlı( )

4.Aktif( )

40.Hastalara pozisyon kaç saatte bir veriliyor?

1.2 saatte 1 kez( )

2.4 saatte 1 kez( )

3.8 saatte 1 kez( )

4.24 saatte bir kez( )

41.Vücut temizliği nasıl?

1.Sürekli ıslaklık( )

2.Çok sık ıslaklık( )

3.Ara sıra ıslaklık( )

4.Çok seyrek ıslaklık( )

42.Terleme durumu?

1.Yok( )

2.Var( )

43.Beslenme şeklinası?

1.Oral( )

2.Enteral( )

3.Parenteral( )

4.Diğer(..... )

44.Beslenme düzeyi nasıl?

1.Yetersiz( )

2.Kısmen yeterli( )

3.Yeterli( )

4.Çok iyi( )

45.Glasgow koma skalası puanı kaçtır?

1.yok

2.15 ise oryante( )

3.13–14 ise konfüze( )

4.8–13 ise stupor( )

5.3–8 ise perikoma( )

6.3 ise koma( )

46.Ramsey sedasyon skalası puanı kaçtır?

1)yok

2)1puan

3)2puan

4)3puan

5)4puan

6)5puan

7)6puan

47. Mekanik ventilasyona bağlılık durumu?

1.Yok( )

2.Var( )

48. Hasta altı bezi kullanıyor mu?

1.yok

2.var

49.Hijyen-bakım kaç kez yapılıyor?

1.Günde 1 kez( )

2.Günde 2 kez( )

3.Günde 3 kez ve daha fazlası

50.Defekasyon temizliği nasıl yapılıyor?

1.Sadece su( )

2.Su ve sabun( )

3.Lif ve benzeri ürünler( )

4.diğer(Antiseptikli solüsyon vb)

51.Hastaneye kabulünden önce inkontinans varlığı?

1.yok

2.var

52.Hastaneye kabulünden önce dermatit varlığı?

1.yok

2.var

53.Barthel İndex puanı kaçtır?

1.\_0-20 puan-Tam bağımlı( )

2.21-61puan: İleri derecede bağımlı( )

3.62-90puan: Orta derecede bağımlı( )

4.91-99 puan: Hafif derecede bağımlı( )

5.100 puan: Tam bağımsız( )

(Araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir.)

### Gözlemlenen diğer parametreler

| Yaşamsal Bulgular | 1.gün | 2.gün | 3.gün | 4.gün | 5.gün | 6.gün | 7.gün | 8.gün |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ateş              |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Kan Basıncı       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Kan Şekeri        |       |       |       |       |       |       |       |       |

| Hastanın laboratuvar bulguları |  |
|--------------------------------|--|
| Hgb                            |  |
| Albümin                        |  |
| Kreatinin                      |  |
| PaO2                           |  |
| PaCO2                          |  |

### Ek 3. İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddet Aracı(İBDŞA)

#### EK 1: İnkontinansa Bağlı Dermatit ve Şiddet Aracı (İBDŞA) Puanlama Formu

Yönerge:

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

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

## Ek 4.Etik Kurul Kararı



T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
Bilimsel Araştırma Etik Kurulu



Sayı : E-84026528-050.01.04-2100230005  
Konu : Başvuru İncelenmesi

30.11.2021

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Şengül ÜZEN CURA

Yürütücülüğünüzü yapmış olduğunuz 2021-YÖNP-0835 nolu projeniz ile ilgili Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun almış olduğu 25.11.2021 tarih ve 20/27 sayılı kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

**KARAR:27-** Dr.Öğr.Üyesi Şengül ÜZEN CURA'nın sorumlu yürütücülüğünü yaptığı "Yoğun Bakımda Yatan Hastalarda İnkontinansa Bağlı Dermatit Gelişmesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı araştırmasının, ilgili kurumun izninin alınması ve Bilimsel Araştırmalar Etik Kuruluna sunulması koşulu ile Etik Kurul ilkelerine **uygun olduğuna** oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Salih Zeki GENÇ  
Kurul Başkanı

Belge Doğrulama Kodu: FA4EMMF

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi: dogrulama.comu.edu.tr

Adres: Onsekiz Mart Üniversitesi Terzioğlu Yerleşkesi Çanakkale

Telefon No: (0 286) 2180018

e-Posta:

Keş Adresi: [comu@hs01.kep.tr](mailto:comu@hs01.kep.tr)

Faks No:

İnternet Adresi: <https://www.comu.edu.tr>

Bilgi için :

Nimet İnal  
Fen Bilimleri Enstitüsü Etik  
Kurul Memur

Telefon No:



## **Ek 5. Kurum İzni**





## Ek 6.Ölçek Kullanım İzni

